جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مخبر علم النفس العيادي والقياسي

التعلق غير الآمن والصحة العقلية عند الراشد

دراسة عيادية لـ 15 حالة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل م د تخصص علم النفس العيادي

من اعداد

دراجي مونية

تحت اشراف

الأستاذة / الدكتورة بداد نادية

مقدمة أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الأستاذة / الدكتورة: حدادي دليلة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
الأستاذة / الدكتورة: بداد نادية	أستاذة محضارة –أ–	جامعة الجزائر 2	مشرفا ومقررا
الأستاذ / الدكتور: بن خليفة محمود	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	عضوا مناقشا
الأستاذة / الدكتورة: علي توردت نسيمة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة الجزائر 2	عضوا مناقشا
الأستاذة / الدكتورة: كركوش فتيحة	أستاذة التعليم العالي	جامعة البليدة	عضوا مناقشا
الأستاذة / الدكتورة: عزيرو سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة تيزي وزو	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:2021-2022

يندرج هذا العمل في إطار مشروع بحث PRFU موسوم: " نوعية التعلق عند ضحايا العنف". تحت رمز 105L03UN160220190007 والذي تم اعتماده سنة 2019 تحت اشراف الدكتورة بداد نادية.

مخبر علم النفس العيادي والقياسي

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الجزائر 2

الشـــكـــــــــــــــر

أشكر الله الذي فتح عليا بنعمة العلم، وجاد عليا بوجوده المعظم، وكان بي خير رحيم وسخر لي جنودا في الأرض بكل كرم، أشكر ربي العليم السلام الكريم.

أتقدم بشكري وامتناني للأستاذة الدكتورة المشرفة بداد نادية، التي رافقتني طيلة هذا المشوار العلمي ولم تبخل عليا بتوجيهاتها القيمة.

كما أتقدم بخالص الشكر الجزيل إلى الأستاذة على تودرت نسيمة التي لم تبخل عليا وبكل سخاء.

شكري للأخصائية النفسانية درويش سماح التي ساعدتني، ووقفت إلى جانبي بكل صدق.

كما أشكر كل أستاذ علمني حرفا وأعطاني توجيها وكان معي سخيا منذ بداياتي الدراسية.

أشكر المختصتين في الطب العقلي حمزة الشريف غزلان وطالبي هبة الرحمان عائشة على مساعدتهما خاصة في مثل هذه الظروف الاستثنائية –جائحة كورونا.

أشكر الأساتذة المحترمين أعضاء اللجنة المناقشة على قبولهم تقييم ومناقشة هذا البحث.

الإهـــــــــــــداء

إلى جدتي رحمها الله وجعلها في أعلى مقام وأكرمها بالجنة.

إلى أمي وأبي وأخي رحمهم الله.

إلى من بذلوا جهدا في مساعدتي وكانوا خير سند.

إلى أسرتي إلى أصدقائي وزملائي.

إلى كل هؤلاء: أهدي هذا العمل الذي أسأل الله تعالى أن يتقبله خالصا.

ملخص

الهدف من الدراسة الحالية هو البحث عن دور التعلق غير الآمن على الصحة العقلية عند الراشد، من خلال الكشف عن النماذج العاملة الداخلية وأنماط التعلق ومؤشرات الصحة العقلية وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي، من خلال دراسة عيادية لـخمسة عشرة حالة من الراشدين، متكونة من مجموعة بحث ضمت ثلاثة اضطرابات (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار).

أجريت الدراسة في كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "سرفانتس" والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية " بشير لعجوزي" بالجزائر العاصمة أين كانت الحالات تأتي لطلب العلاج.

لجمع البيانات تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة ومقياس أنماط التعلق للراشدين، الذي تم اعداده من طرف باحثين جزائريين (مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي بجامعة الجزائر الأغواط سنة 2017)، لتحديد النماذج العاملة الداخلية وأنماط التعلق عند مجموعة البحث، كما تم الاعتماد على اختبار الرورشاخ نظام مندمج، لتحديد مؤشرات التعلق ومؤشرات الاكتئاب والوسواس القهري والكوكبة الانتحارية، وقد تبين من خلال الدراسة ما يلي:

أن نمط التعلق غير الآمن السائد لدى الراشدين الذين يعانون من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار، تمثل في النمط المتناقض والمنفصل والمتجنب ونوعين من النماذج العاملة الداخلية السلبية وهي النظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين، والنظرة السلبية للذات والايجابية للآخرين.

الكلمات المفتاحية: التعلق غير الآمن، الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار، إختبار الرورشاخ في النظام المندمج.

RESUME

Cette recherche vise à étudier l'impact de l'attachement insécure sur la santé mentale de l'adulte à travers les modèles opérants internes, les types d'attachement et les indicateurs de santé mentale. Cette étude a été menée dans deux structures de santé publique qui sont la polyclinique de proximité de kouba d'Alger-centre – Cervantès – et la polyclinique Bachir Laajouzi.

Le groupe de recherche étant constitué de quinze sujets adultes comprenant trois troubles (La dépression, le trouble obsessionnel-compulsif et la tentative de suicide) et l'approche étant clinique car adéquate au type de la recherche.

Pour collecter nos données, nous nous sommes appuyés sur l'entretien semi-directif et l'échelle des styles d'attachement des adultes, élaborée par un groupe de chercheurs Algériens (MEBARKI. K, BOUFATEH. M et BAHI.S de l'université de Laghouat-2017) et ce, afin de déterminer les modèles opérants internes et les styles d'attachement du groupe de recherche ; nous avons également utilisé le test du Rorschach en système intégré pour déterminer les indicateurs d'attachement et les indicateurs de dépression, des troubles obsessionnels-compulsifs et de la tentative de suicide.

Les résultats de la recherche ont démontré que les styles d'attachement insécure qui prévalent chez les adultes souffrant de dépression, de troubles obsessionnels-compulsifs et de tentative de suicide, sont représentés dans le style ambivalent, détaché et évitant, et dans deux types de modèles opérants internes négatifs, à savoir : la vision positive de soi et la vision négative des autres, ainsi que la vision négative de soi et positive des autres.

Mots clés : l'attachement insécure, la dépression, les troubles obsessionnel-compulsifs, la tentative de suicide et le test du Rorschach en système intégré.

ABSTRACT

This research aims to study the impact of insecure attachment on adult mental health through internal working models, attachment types and mental health indicators this study was conducted in two public health structures, which are the local polyclinic of kouba of Algiers-center - Cervantes - and the polyclinic Bachir Laajouzi.

The research group being made up of fifteen adult subjects comprising three disorders (depression, obsessive-compulsive disorder and attempted suicide) and the approach being clinical because it is adequate for the type of research.

To collect our data, we relied on the semi-directive interview and the scale of adult attachment styles, developed by a group of Algerian researchers (MEBARKI. K, BOUFATEH. M and BAHI.S of the University of Laghouat-2017) in order to determine the internal working models and attachment styles of the research group; we also used the Rorschach test in an integrated system to determine indicators of attachment and indicators of depression, obsessive-compulsive disorder and suicide attempt.

The research results demonstrated that the insecure attachment styles that are prevalent in adults with depression, obsessive-compulsive disorder and suicide attempt, are represented in the ambivalent, detached and avoidant style, and in two types of negative internal working models, namely: the positive view of self and the negative view of others, as well as the negative view of self and positive view of others.

Keywords: insecure attachment, depression, obsessive-compulsive disorder, suicide attempt and the Rorschach test in integrated system.

فهرس المحتويات

مقدمة..... 1

1-الإشكالية..... 7

2-الفرضية العامة..... 16

2-1-الفرضيات الجزئية..... 16

4-أهداف الدراسة..... 19

6-أسباب إختيار الموضوع..... 20

7-صعوبات البحث..... 21

8-الدراسات السابقة..... 22

9-التعقيب على الدراسات السابقة.....28

تمهيد..... 36

1-لمحة تاريخية عن نظرية التعلق..... 36

2-تعريف التعلق..... 41

2-1-تعريف التعلق لغة 41

2-2-تعريف التعلق اصطلاحا..... 41

3-المفاهيم الأساسية للتعلق..... 44

3-1-سلوك التعلق 44

3-1-1-النوع الأول 44

3-1-2-النوع الثاني..... 45

3-2-صورة التعلق:Figure d'attachement (FA) 45

3-3-العلاقة الارتباطية بين صورة التعلق وسلوك التعلق 45

3-4-نظام التعلق: Système d'attachement (SA)..... 46

3-4-1-نظام الاستكشاف:Système d'exploration 46

3-4-2-نظام الانتماء:Système d'affiliation 47

3-4-3-قاعدة الأمان:Base de sécurité 47

3-4-4-دائرة الأمان:Le cercle de sécurité 47
4-نظريات التعلق..... 48
4-1-نظرية التحليل النفسي 49
4-2-النظرية السلوكية 49
4-3-نظرية التعلق لِـبولبي..... 50
5-النظام البيولوجي والسلوكي للتعلق..... 54
6-التعلق عند الطفل والمراهق..... 55
6-1-أهمية السنوات الأولى من الحياة في إنشاء روابط التعلق عند الفرد 55
6-2-التعلق في الطفولة المبكرة 56
6-3-أنماط التعلق عند الطفل 58
6-4-كيف يتكون التعلق غير الآمن عند الطفل..... 62
6-5-التعلق الغير منتظم عند الطفل 63
6-6-التعلق عند المراهق..... 65
7-التعلق عند الراشد..... 66
7-1-المقاربة التطورية للتعلق عند الراشد 66
7-2-المقاربة النفسية الاجتماعية للتعلق 68
7-3-التعلق والشخصية عند الراشد..... 68
7-4-أنماط التعلق عند الراشد لهازان وشافير 70
8-استقرار أنماط التعلق..... 71
9-أبعاد التعلق..... 72
9-1-النماذج العاملة الداخلية 72
9-1-1-أهمية النماذج العاملة الداخلية 75
9-1-2-وظيفة النماذج العاملة الداخلية..... 76
10-أبعاد التعلق عند بارثولوميو وهورويتز 78
10-1-نموذج التعلق الآمن عند الراشد 78
10-2-نموذج التعلق المنفصل عند الراشد 79

10-3-نموذج التعلق المنشغل عند الراشد 80
10-4-نموذج التعلق الخائف عند الراشد 81
11-التعلق والتنظيم الاجتماعي..... 82
11-1-التعلق والمشاكل الاجتماعية 82
12-الأبحاث العصبية الفسيولوجية حول التعلق..... 83
12-1-التعلق والدماغ..... 84
12-2-عمليات التعلق وتشريح الدماغ..... 85
13-اضطرابات التعلق..... 86
14-التعلق وأحداث الحياة وعلم النفس المرضي 87
15-الأمراض العقلية المرتبطة بالتعلق..... 89
خلاصة الفصل..... 90
تمهيد..... 94
1-لمحة تاريخية عن الصحة العقلية..... 94
2-تعريف الصحة العقلية..... 98
1.2.التعريف اللغوي للعقل 98
2-2-تعريف علماء النفس للعقل 99
2-3-الصحة العقلية..... 99
3-مكونات الصحة العقلية..... 107
3-1-مقاربة المتعة أو الرفاهية العاطفية Hédonique..... 107
3-2-مقاربة الرفاهية الفردية والاجتماعية Eudémonique..... 107
4-تعريف الاضطراب النفسي..... 109
4-1-المعايير التي تحدد الصحة العقلية والاضطراب النفسي..... 110
➢الاكتئاب..... 110
1-لمحة تاريخية عن الاكتئاب..... 111
2-تعريف الاكتئاب..... 112
2-1-التعريف اللغوي..... 112

2-2-التعريف الاصطلاحي.....112
3-أهم النظريات التي تناولت الاكتئاب.....115
3-1-نظرية أبراهام ماسلو Abraham Maslow.....115
3-2-نظرية ملاني كلاين Melanie Klein.....116
3-3-نظرية ماهلر Margaret Schönberger Mahler.....117
3-4-نظرية فرويد Sigmund Freud.....117
3-5-نظرية جون بولبي John Bowlby.....119
3-6-النظريات السلوكية.....121
3-7-النظرية المعرفية.....122
3-7-1-التفسير الأول.....122
3-7-2-أما التفسير الثاني.....123
3-8-العامل الوراثي والاكتئاب.....123
3-9-التوازن الكيميائي الحيوي.....124
4-أعراض الاكتئاب.....126
5-تشخيص الاكتئاب.....126
6-الفرق بين إضطرابات المزاج والاضطرابات الاكتئابية.....126
6-1-نوبة الاكتئاب العظمى Episode dépressif majeur.....127
6-2-الاضطرابات الاكتئابية Troubles dépressifs.....128
6-3-إضطراب الاكتئاب العصابي Trouble névrotique dépressif.....128
6-4-إضطراب الاكتئاب غير المعين على أي نحو آخر.....129
6-5-الاضطرابات ثنائية القطبية Troubles bipolaires.....130
7-أسباب الاكتئاب.....135
8-مؤشرات الاكتئاب.....137
9-الأشكال الاكلينيكية للإكتئاب.....138
➢الوسواس القهري.....139
1-نبذة تاريخية عن الوسواس القهري.....139

2-تعريف الوسواس القهري.....140
2-1-الوسواس لغة.....140
2-2-القهر لغة 141
2-3-الوسواس القهري في الطب النفسي.....141
2-4-الأفكار الوسواسية 141
2-5-الأفعال القهرية 141
3-التشخيص الفارق بين الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية 142
3-1-الفرق بين اضطراب الوسواس القهري والشخصية الوسواسية.....142
4-النظريات المفسرة للوساوس القهري.....146
4-1-النظرية النفسية السيكو دينامية.....146
4-1-1-الصراع 147
4-1-2-معاقبة النفس.....148
4-1-3-الشعور بالذنب.....148
4-1-4-التكامل والقداسة 149
4-1-5-الدفاع عن النفس.....149
4-1-6-التخلص من الإضطراب.....149
4-1-7-السيطرة الداخلية 150
4-2-النظرية السلوكية 151
4-3-النظرية المعرفة.....152
4-4-نظرية التعلق والوسواس القهري.....153
➢الانتحار..... 157
1-لمحة تاريخية عن الانتحار.....157
2-تعريف الانتحار..... 159
2-1-التعريف اللغوي للإنتحار 159
2-2-التعريف الاصطلاحي للإنتحار.....159
3-تعريف المحاولة الانتحارية..... 160

4-الفرق بين المحاولة الانتحارية والانتحار.....160
5-تعريف التفكير الانتحاري.....160
6-أنواع الانتحار.....161
6-1-الانتحار الأناني 161
6-2-الانتحار الغيري (الإيثاري).....161
6-3-الانتحار الأنومي 161
7-إحصائيات حول الانتحار والمحاولة الانتحارية 162
8-النظريات المفسرة للإنتحار.....165
8-1-النظرية السوسيولوجية.....165
8-2-النظريات النفسية لتفسير الانتحار 166
8-2-1-النظرية النفسية المرضية.....166
8-2-2-نظرية التحليل النفسي.....167
8-3-النظرية السلوكية 168
8-4-النظرية المعرفية.....168
8-5-النظرية الإنسانية.....169
8-6-نظرية كارل مننجر K.Menninger.....169
8-7-النظرية البيولوجية الوراثية.....169
9-أسباب الانتحار.....172
10-الاكتئاب والانتحار.....173
11-الانتحار والوسواس القهري.....174
خلاصة الفصل.....175
تمهيد.....179
1-الدراسة الاستطلاعية.....179
2-منهج الدارسة.....181
3-محددات الدراسة.....181
4-مجالات الدراسة.....182

4-1-المجال المكاني.....182
4-1-1-المؤسسة العمومية للصحة-سرفانتس- 182
4-1-2-المؤسسة العمومية للصحة – بشير لعجوزي- 182
4-2-المجال الزماني 182
5-تقديم مجموعة البحث..... 183
5-1-طريقة وشروط إختيار مجموعة البحث.....183
5-2-ظروف إختيار مجموعة البحث 184
5-3-خصائص مجموعة البحث.....184
5-3-1-مجموعة الاكتئاب 184
5-3-2-مجموعة الوسواس القهري.....185
5-3-3-مجموعة محاولة الانتحار 185
6-تقديم أدوات البحث..... 186
6-1-المقابلة العيادية.....186
6-2-مقياس أنماط التعلق.....188
6-2-1-التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس.....189
6-2-2-خطوات بناء مقياس نمط تعلق الراشدين 190
6-2-3-وصف المقياس 190
6-2-4-جدول أرقام بنود المقياس 191
6-2-5-الخصائص السيكو مترية لمقياس أنماط التعلق 191
6-3-إختبار الرورشاخ في النظام المندمج 197
6-3-1-تعريف إختبار الرورشاخ في النظام المندمج 198
6-3-2-لمحة موجزة عن إختبار الرورشاخ في النظام المندمج 198
6-3-4-طبيعة سيرورة إجابة الرورشاخ في النظام المندمج.....199
6-3-5-طريقة الإجراء.....201
7-مؤشرات الاكتئاب.....211
7-1-الكوكبة المعدلة للإكتئاب DEPI-R.....211

7-1-1-مؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية:CDI 212
7-1-2-مؤشرات مستقلة أخرى 212
7-1-3-مؤشرات الاكتئاب DEPI في الرورشاخ (نظام مندمج) 213
7-1-4-مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)..... 214
7-1-5-مؤشرات الوسواس القهري OBS في إختبار الرورشاخ (النظام المندمج) 215
7-1-6-مؤشرات الانتحار S-CON في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج) 216
8-إجراءات التطبيق في الدراسة الحالية..... 221
تمهيد..... 225
1-عرض وتحليل الحالات..... 225
1-1-عرض حالات المجموعة الاكتئابية 225
1-1-1-تقديم المبحوثة الأولى أميرة (D1) 225
1-1-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 225
1-1-1-3-عرض تحليل محتوى مقياس أنماط التعلق 232
1-1-2-تقديم المبحوثة الثانية ماريا (D2) 249
1-1-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 249
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 249
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 250
❖محور الاكتئاب..... 250
1-1-2-2-تحليل محتوى المقابلة..... 251
1-1-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة ماريا(D2) 252
1-1-2-4- تحليل بروتوكول المبحوثة ماريا(D2) 253
1-1-2-5-المناقشة العامة وخلاصة عن المبحوثة ماريا (D2)..... 257
1-1-3-تقديم المبحوث الثالث طه (D3) 259
1-1-3-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة المبحوث طه(D3)..... 259
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 259
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 259

❖محور الاكتئاب..... 260
1-1-3-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوث طه(D3) 262
1-1-3-4- تحليل بروتوكول للمبحوث طه (D3)..... 264
1-1-3-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوث طه (D3) 266
1-1-4-تقديم المبحوثة الرابعة سميرة (D4) 267
❖محور الصحة الجسمية..... 267
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 267
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 267
❖محور الاكتئاب..... 268
1-1-4-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سميرة (D4). 270
1-1-4-3-تحليل بروتوكول المبحوثة سميرة*(D4)*..... 271
1-1-4-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الرابعة سميرة(D4) 274
1-1-5-تقديم المبحوثة الخامسة نعيمة (D5) 275
❖محور الصحة الجسمية..... 275
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 275
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 276
❖محور الاكتئاب..... 276
1-1-5-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة نعيمة (D5). 278
1-1-5-3-تحليل بروتوكول للمبحوثة الخامسة نعيمة (D5)..... 279
1-1-5-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الخامسة نعيمة (D5) 282
1-2-1-تقديم المبحوثة الأولى فهيمة (O1) 284
1-2-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 284
❖محور الصحة الجسمية..... 284
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 284
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 285
❖محور الوسواس القهري..... 286

1-2-1-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فهيمة (O1).....290
1-2-1-4-تحليل بروتوكول للمبحوثة فهيمة(O1) 302
1-2-1-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة فهيمة (O1).....306
1-2-2-تقديم المبحوثة الثانية أسيا (O2).....312
1-2-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 312
❖محور الصحة الجسمية..... 312
❖محور الصحة النفسية والعقلية.....312
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات.....313
❖محور الوسواس القهري.....313
1-2-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أسيا(O2) 314
1-2-2-4-تحليل بروتوكول للمبحوثة أسيا(O2) 316
1-2-2-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة أسيا (O2) 319
1-2-3-تقديم المبحوثة الثالثة أحلام (O3).....321
1-2-3-1-عرض وتحليل محتوى القابلة للمبحوثة أحلام(O3) 321
❖محور الصحة الجسمية..... 321
❖محور الصحة النفسية والعقلية.....321
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات.....322
❖محور الوسواس القهري..... 322
1-2-3-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أحلام (O3) 324
1-2-3-3-تحليل بروتوكول المبحوثة أحلام (O3) 325
1-2-3-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة أحلام (O3).....327
1-2-4-تقديم المبحوثة الرابعة سليمة (O4).....330
❖محور الصحة الجسمية..... 330
❖محور الصحة النفسية والعقلية.....330
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات.....331
1-2-4-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سليمة(O4) 331

1-2-4-3-تحليل بروتوكول المبحوثة سليمة (O4) 333
1-2-5-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أبعاد التعلق للمحبوثة فضيلة(O5) 337
1-2-5-4-تحليل بروتوكول المبحوثة فضيلة(O5) 339
1-2-5-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة فضيلة (O5) 342
1-3-حالات مجموعة محاولة الانتحار..... 344
1-3-1-تقديم المبحوثة الأولى لينة (S1)..... 344
1-3-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 344
❖محور الصحة الجسمية..... 344
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 344
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 345
❖محور محاولة الانتحار..... 347
1-3-1-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة لينة (S1)..... 352
1-3-1-4-تحليل بروتوكول المبحوثة لينة (S1)..... 366
1-3-1-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة لينة (S1)..... 369
1-3-2-تقديم المبحوثة الثانية سلمى (S2)..... 374
1-3-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 374
❖محور الصحة الجسمية..... 374
❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 374
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 375
❖محور محاولة الانتحار..... 376
1-3-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق عند للمبحوثة سلمى(S2) 377
1-3-2-4-تحليل بروتوكول المبحوثة سلمى (S2) 378
1-3-2-5-المناقشة العامة وخلاصة للمبحوثة سلمى(S2) 381
1-3-3-تقديم المبحوثة الثالثة كوثر (S3) 382
1-3-3-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 382
❖محور الصحة الجسمية..... 382

❖محور الصحة النفسية والعقلية..... 383
❖محور الجانب الاجتماعي والعلاقات..... 384
❖محور محاولة الانتحار..... 384
1-3-3-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة كوثر(S3) 385
1-3-3-4-تحليل بروتوكول المبحوثة كوثر (S3)..... 387
1-3-3-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة كوثر (S3)..... 390
1-3-4-تقديم المبحوثة الرابعة فريدة (S4) 391
1-3-4-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 391
1-3-4-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فريدة (S4) 392
1-3-4-4-تحليل بروتوكول المبحوثة فريدة(S4) 394
1-3-4-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الرابعة فريدة (S4) 397
1-3-5-تقديم المبحوثة الخامسة (S5) 398
1-3-5-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة 398
1-3-5-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة وسيلة(S5) 400
1-3-5-4-تحليل بروتوكول المبحوثة وسيلة (S5) 402
1-3-5-5-المناقشة العامة وخلاصة للمبحوثة وسيلة(S5) 405
تمهيد..... 408
1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى..... 408
2-مناقشة نتائج الفرضية الثانية..... 412
3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة..... 416
4-مناقشة نتائج الفرضية الرابعة..... 419
4-1-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات الاكتئاب..... 420
4-2-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات الوسواس القهري 421
4-3-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات محاولة الانتحار 421
5-مناقشة نتائج الفرضية الخامسة..... 424
استنتاج عام..... 429

خاتمة..... **431**

توصيات واقتراحات..... **432**

المراجع..... **434**

الملاحق..... **449**

فهرس الجداول

رقم	العنوان	الصفحة
1	أنماط التعلق عند الطفل.	**59**
2	الفرق بين أنماط التعلق عند الطفل وعند الراشد في الوضعية الغريبة.	**65**
3	الحالة العامة للمنتحرين على الصعيد العالمي من 2001-2006.	**162**
4	الخصائص الديمغرافية والسيكاترية لمجموعة الاكتئاب.	**180**
5	الخصائص الديمغرافية والسيكاترية لمجموعة الوسواس القهري.	**181**
6	الخصائص الديمغرافية والسيكاترية لمجموعة محاولة الانتحار.	**181**
7	نموذج أبعاد التعلق عند بارثولوميو وهورويتز (1991).	**185**
8	أرقام بنود أبعاد التعلق.	**187**
9	العبارات المصححة.	**190**
10	أرقام بنود أنماط التعلق.	**191**
11	النسب المئوية لإتفاق المحكمين على مدى إنتماء البنود لمقياس أنماط التعلق.	**192**
12	الصدق التمييزي للمقياس.	**193**
13	الإتساق الداخلي لبنود مقياس أنماط التعلق.	**194**
14	الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس أنماط التعلق.	**195**
15	نتائج معامل الثبات لمقياس بطريقة التجزئة النصفية.	**195**
16	نتائج معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس.	**196**
17	مراحل وعمليات سيرورة إجابة الرورشاخ.	**200**
18	البروتوكولات المزدوجة للتنقيط والزميلات اللواتي شاركن في تنقيطها	**207**
19	نتائج الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات.	**207**
20	المجموعات الخاصة بمختلف ميادين التوظيف النفسي وتسلسل تحليل المتغيرات داخل كل مجموعة.	**209**
21	المؤشرات المستقلة للإكتئاب وعدم الكفاءة الإجتماعية.	**212**

22	مؤشرات الاكتئاب في الرورشاخ نظام المندمج.	**213**
23	مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية في إختبار الرورشاخ (نظام المندمج)	**214**
24	مؤشرات الوسواس القهري في إختبار الرورشاخ (النظام المندمج)	**215**
25	مؤشرات الانتحار في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)	**216**
26	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الأولى(D1)	**234**
27	نتائج بروتكول الرورشاخ للمبحوثة الأولى (D1)	**236**
28	مؤشر الاكتئاب (DEPI) للمبحوثة (D1)	**242**
29	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الثانية (D2)	**254**
30	مؤشر الاكتئاب للمبحوثة الثانية (D2)	**255**
31	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوث الثالث (D3)	**264**
32	مؤشر الاكتئاب للمبحوث الثالث (D3)	**266**
33	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الرابعة (D4)	**272**
34	مؤشر الاكتئاب عند للمبحوثة الرابعة (D4)	**273**
35	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الخامسة (D5)	**280**
36	مؤشر الاكتئاب للمبحوثة الخامسة (D5)	**281**
37	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الأولى (O1)	**292**
38	نتائج بروتكول الرورشاخ للمبحوثة الأولى (O1)	**293**
39	مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة الأولى (O1)	**304**
40	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الثانية (O2)	**316**
41	مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة الثانية (O2)	**317**
42	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الثالثة (O3)	**325**
43	مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة الثالثة (O3)	**326**
44	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الرابعة (O4)	**332**
45	مؤشر الوسواس القهري عند المبحوثة الرابعة (O4)	**334**
46	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الخامسة (O5)	**338**
47	مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة الخامسة (O5)	**340**
48	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الأولى (S1)	**353**
49	بروتكول الرورشاخ للمبحوثة الأولى (S1)	**354**
50	مؤشر الكوكبة الانتحارية للمبحوثة الأولى (S1)	**367**

51	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الثانية (S2)	**378**
52	مؤشر الكوكبة الانتحارية عند المبحوثة الثانية (S2)	**379**
53	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الثالثة (S3)	**386**
54	مؤشر الكوكبة الانتحارية للمبحوثة الثالثة (S3)	**387**
55	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الرابعة (S4)	**393**
56	مؤشر الكوكبة الانتحارية للمبحوثة الرابعة (S4)	**394**
57	نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الخامسة (S5)	**400**
58	مؤشر الكوكبة الانتحارية عند المبحوثة الخامسة (S5)	**402**
59	نمط التعلق السائد ومؤشر الاكتئاب عند حالات المجموعة الأولى(D)	**407**
60	نمط التعلق السائد ومؤشر الوسواس القهري عند حالات المجموعة (O)	**411**
61	نمط التعلق السائد ومؤشر الكوكبة الانتحارية عند حالات المجموعة الثالثة (S)	**415**
62	النماذج العاملة الداخلية لحالات الاكتئاب (D)	**419**
63	النماذج العاملة الداخلية لحالات الوسواس القهري (O)	**419**
64	النماذج العاملة الداخلية السلبية لحالات الكوكبة الانتحارية (S)	**420**
65	اختلاف النماذج العاملة الداخلية السلبية بين حالات الاكتئاب والوسواس القهري.	**422**
66	نتائج مقياس أنماط التعلق لكل الحالات.	**423**

فهرس الأشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
1	دائرة الأمان.	**46**
2	الصحة العقلية الإيجابية من نوع نموذجين من سلسلتين.	**103**
3	الصحة العقلية الإيجابية من نوع نموذج متصل واحد.	**103**
4	المعايير التي تحدد الصحة العقلية والإضطراب النفسي.	**108**
5	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الأولى(D1)	**235**
6	مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة الأولى (D1)	**241**
7	الملخص الشكلي للمبحوثة الأولى (D1)	**242**
8	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الثانية (D2)	**254**
9	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوث الثالث(D3)	**264**
10	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الرابعة (D4)	**272**
11	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الخامسة(D5)	**280**
12	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الأولى(O1)	**303**
13	مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة الأولى (O1)	**290**
14	الملخص الشكلي للمبحوثة الأولى (O1)	**300**
15	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الثانية(O2)	**317**
16	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الثالثة (O3)	**326**
17	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الرابعة (O4)	**333**
18	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الخامسة(O5)	**339**
19	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الأولى(S1)	**367**
20	مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة الأولى (S1)	**368**
21	الملخص الشكلي للمبحوثة الأولى (S1)	**378**
22	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الثانية (S2)	**393**
23	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الثالثة (S3)	**394**
24	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الرابعة (S4)	**401**
25	نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة الخامسة (S5)	**401**

فهرس الملاحق

رقم الملحق	العنوان	الصفحة
1	استمارة المواقفة	450-449
2	دليل المقابلات	458-452
3	مقياس أنماط التعلق	467-462
4	كراسة التطبيق	479-469
5	الملخص الشكلي	481
6	Schéma block	485-483
7	متغيرات المؤشرات الخاصة بالاكتئاب/ الوسواس القهري/ الكوكبة الانتحارية	488-487
8	الدواء المتناول عند حالات الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار	489

مقدمة

يعتبر التعلق من الموضوعات الهامة التي إقتحمت الكثير من الجوانب في مجال العلاقات الإنسانية وأصبحت محط إهتمام العديد من الباحثين في علم النفس، حيث أن العلاقة الأولى التي يربطها الطفل مع مقدم الرعاية وما يميزها من خصائص تعتبر الحجر الأساسي والقاعدة التي يتحدد من خلالها نمط التعلق الذي يتبناه الفرد وتبنى عليها جميع العلاقات مستقبلا ويتحكم في مصير الإنسان الراشد وعلاقته مع زوجته كزوج، أو مع أبنائه كأب، أو حتى بزملائه كصديق أو كزميل في العمل، وكمسؤول في وظيفة معينة وحتى في علاقته مع نفسه.

فنمط التعلق الذي يتبناه الفرد هو الذي يحدد مصير هاته الروابط إما بالنجاح أو بالفشل والإضطراب باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، لا يمكنه ممارسة حياته أو الإستمتاع بها خارج هذه العلاقات التي قد تتسبب في كثير من الأحيان في صراعات ومشاكل تؤثر على جوانب حياته بأكملها بما فيها الجانب العقلي النفسي الذي يؤدي إلى احتمالية الإصابة باضطرابات عقلية ونفسية.

لقد كان بولبي Bowlby من بين الرواد المهتمين بهذا المجال في إطار نظرية التعلق حيث يرى أن "التعلق حاجة أساسية لا يمكن تجاهلها أو إهمال إشباعها وإلا أصيبت الشخصية بالضرر وأعيق نموها وأن الأطفال يولدون ولديهم الحاجة إلى الحب وإقامة العلاقات الحميمة مع أشخاص يمدونهم بالحب والمساندة والتقبل". (كرم الدين، 2001، ص. 11).

كما أكد على أن "الإهمال الذي يلقاه الفرد في مرحلة الطفولة وكذلك قسوة الوالدين، لا يساعده على إقامة تعلق ايجابي مع الوالدين بالدرجة الأولى ومن ثم مع الأقران وأفراد المجتمع بالدرجة الثانية، الأمر الذي يؤدي به إلى غياب التفاعل والدينامية وعدم الشعور بالأمن والتعاطف مع الآخرين، مما يقود في النهاية إلى السلبية والانسحاب عن الآخرين". (Perry, 2006, p. 22).

أكدت الدراسات والأبحاث التي قام بها بولبي Bowlby (1950) وأينسوورث Ainsworth (1969) أن نمط التعلق الذي ينشأ في مرحلة الطفولة يستمر إلى مرحلة المراهقة والمرحلة التالية لها (الرشد) ويؤثر على كافة جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي وينعكس بشكل واضح على سلوك الفرد وصحته العقلية.

كما أشار ماير وسالوفي Mayer& Salovy (1997) إلى "أن أنماط التعلق تلعب دورا أساسيا في الضبط الانفعالي لدى الأفراد، كما أن لها دورا كبيرا وهاما في تمتع الفرد بالصحة العقلية حيث يدفع الفرد للتوافق مع نفسه وبيئته ويجعله مستمتعا بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين". (p.26) .

انطلاقا من الممارسة الميدانية والمتابعة النفسية للمفحوصين والملاحظات التي لفتت انتباه الباحثة لهذا الجانب (التعلق)، هي أن العلاقات التي يربطها هؤلاء الراشدين مع غيرهم ليست مختلفة عن تلك التي كانت في الماضي أي في (الطفولة) والتي تعرف بأنماط التعلق وبالخصوص التعلق غير الآمن من جهة، ومن جهة أخرى أن المفحوصين الذين يترددون إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية يعانون من اضطرابات مختلفة تؤثر على الصحة العقلية لديهم، فمنهم من يعاني من الاكتئاب والوسواس القهري وحتى محاولة الانتحار، والملفت للانتباه أثناء المقابلات النفسية أن أكبر المشاكل التي إعترضت حياة هؤلاء المفحوصين وأوصلتهم إلى الحالة المزرية التي هم عليها، كانت في جلها سببها صراعات علائقية وعلاقات سلبية وإخفاقات متكررة.

كان هذا بمثابة دافع قوي للقيام بدراسة موضوع التعلق غير الآمن وعلاقته بالصحة العقلية التي تعتبر من أهم جوانب الشخصية خاصة في قدرة الإنسان على إدراك نفسه والتواصل السوي مع الواقع والمحيطين به، لتحقيق الرفاهية النفسية والعاطفية الإجتماعية وهذا من أجل الكشف عن أكثر أنماطه الغير الآمنة التي تؤثر على الصحة العقلية.

وبما أن الصحة العقلية تعتبر من المواضيع الواسعة والمعقدة لا يمكن الإحاطة بكافة جوانبها، لهذا إختارت الباحثة بعض جوانب من الصحة العقلية للراشد أي الوجه الآخر للصحة وهو الجانب المرضي، وذلك على أساس المفحوصين الذين يستهدفون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والمتمثلين في حالات الاكتئاب، والوسواس القهري، ومحاولة الانتحار من جهة ومن جهة أخرى هي نفسها الاضطرابات الناتجة عن سوء الرعاية في العلاقة الأولى مع مقدم الرعاية، والتي لها تأثير على الصحة العقلية بمفهومها الحديث كمتغيرات لهذا البحث.

لتجسيد هذا البحث تم تقسيمه إلى جزئيين: الجزء الأول الجانب النظري والجزء الثاني الجانب التطبيقي. يحتوي الجانب النظري على ثلاثة فصول:

تناولت الباحثة في الفصل التمهيدي مقدمة وإشكالية الدراسة، الفرضيات، تحديد المفاهيم الإجرائية أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، صعوبات البحث، الدراسات السابقة التي أقيمت على هذا الموضوع والتعقيب عليها.

وفي الفصل الأول موضوع التعلق من خلال نبذة تاريخية عن نظرية التعلق، تعريفه والمفاهيم المرتبطة به، نظرياته، أهميته وأنماطه وأبعاده، الأبحاث العصبية الفسيولوجية حول التعلق، اضطرابات التعلق، التعلق وأحداث الحياة وعلم النفس المرضي، الأمراض العقلية المرتبطة بالتعلق، خلاصة الفصل.

أما الفصل الثاني فتضمن الصحة العقلية من خلال نبذة تاريخية عن الصحة العقلية، تعريفها ومكوناتها، الاضطراب النفسي، معايير الصحة العقلية والاضطراب النفسي، الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار، خلاصة الفصل.

أما الفصل الثالث من الجانب الميداني فتناولت فيه الباحثة إجراءات الدراسة كالدراسة الاستطلاعية والمنهج المتبع ومجموعة البحث ومعايير انتقائها وخصائصها والإطار المكاني والزماني، وأدوات الدراسة والتي تمثلت في كل من المقابلة النصف موجهة، مقياس أنماط التعلق، واختبار الرورشاخ النظام المندمج، كأدوات أساسية تساعد في الإجابة عن إشكالية هذا البحث.

والفصل الرابع إحتوى على عرض وتحليل للحالات بالإعتماد على الوسائل العيادية، مع التفصيل في ثلاث حالات أي حالة من كل فئة، لتتوصل الباحثة في آخر هذه الدراسة في الفصل الخامس إلى مناقشة الفرضيات والوصول إلى استنتاج عام، بالاستناد على دراسات نظرية سابقة، إضافة إلى خاتمة البحث تضمنت جملة من الاقتراحات المستمدة من هذه الدراسة، بالإضافة إلى ذكر المراجع المستعملة باللغة العربية والأجنبية مع ذكر الملاحق التي تضمنها هذا البحث.

الجزء الأول

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

الفصل التمهيدي

1- إشكالية الدراسة

2- الفرضيات

3- تحديد المفاهيم الاجرائية للبحث

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- أسباب اختيار الموضوع

7- صعوبات البحث

8- الدراسات السابقة التي أقيمت على هذا الموضوع

9- التعقيب على الدراسات السابقة

1-الإشكالية

يعتبر التعلق من المواضيع الهامة التي انصبت حولها الإهتمامات الحديثة وهذا لأهميته في حياة الفرد ككل، حيث تبدأ جذوره في الطفولة الأولى من خلال العلاقة التي يربطها الطفل مع من يتولى رعايته، والمتمثل عادة في الأم وكل ما تقدمه من رعاية وإهتمام وردود أفعال وإستجابات.

فقد عرفه كل من بولبي وأنسوورث Bowlby et Ainsworth على أنه " رابطة إنفعالية قوية يشكلها الطفل مع مقدم الرعاية الأساسي، والتي تصبح فيما بعد أساسا لتحقيق علاقات الحب المستقبلية". (نقل عن أبو غزال& جرادات، 2009، ص.45).

فالتعلق في طبيعته يختلف من شخص إلى آخر ويعود هذا الإختلاف إلى الطريقة التي تستجيب بها الأم لحاجات طفلها، فكلما كانت الإستجابة مناسبة للطفل كلما سمح له بتكوين نمط تعلق آمن يستمر معه حتى الرشد وتبنى عليه كل العلاقات بطريقة سليمة وفعالة وإيجابية، مما يسمح له بإكتساب قدرات تؤهله لأن يكون فردا فعالا وناجحا في المجتمع.

أكد روس Ross(2004) على أن "استمرارية التعلق الآمن مع مقدم الرعاية يؤدي إلى علاقات مستقرة وآمنة مع الأصدقاء ومن ثم يدفع إلى الثقة بالنفس والأمن النفسي، مما يزيد من قدرة الفرد على الدخول في علاقات إجتماعية متطورة". (p. 25).

فالتعلق الآمن يسمح للفرد بتطوير شخصية متوازنة وسوية تؤهله لمواجهة صعوبات وضغوطات الحياة بالطريقة المناسبة، وهذا يعد شرطا أساسيا للحفاظ على الصحة بمختلف جوانبها.

هذا ما أكده Kenny (1944) في تعريفه للتعلق بأنه "رابطة إنفعالية قوية تنمو بين فرد وآخر وتعزز الإستقلال والأمن النفسي لدى الفرد، مما يساعده على النمو الإجتماعي والانفعالي السليم". (p.17)

أما إذا كانت إستجابات الأم غير مناسبة لحاجات الطفل، فهذا يؤدي إلى تكوين نمط تعلق غير آمن يلعب دورا سلبيا في حياته كراشد سواء في علاقته مع ذاته أو مع الآخرين، مما يؤدي إلى عدم الشعور بالآمان والثقة والإستقرار على المستوى الشخصي والإجتماعي.

تختلف أنماط التعلق الغير آمن من النمط التجنبي إلى النمط القَلِقْ والخائف والمنفصل والمتناقض، ويعود هذا إلى شخصية وطبيعة وأسلوب تعامل الأم، وسلامتها النفسية والعقلية خلال

علاقتها مع الطفل. حيث يرى لينج وكويان " أنه توجد علاقة وثيقة الصلة بين أنماط التعلق وإضطرابات الشخصية وأنها تمثل حجر الزاوية في نشأة الاضطرابات". (Ling & Qian, 2010, p. 572).

لقد قسم العلماء طبيعة الأم المسؤولة عن تكوين نمط التعلق غير الآمن إلى:

الأم التي تفتقر إلى الإتصال الجسدي وتتميز بقلة الصبر، الباردة المتشنجة في تصرفاتها والأنانية وهنا الطفل يرفض التواصل معها ويعتبرها غير موجودة وغير مهمة في عالمه، مما يمنعه من تطوير قدراته على التعلق. فوفقا لـ ستنهاور Steinhauer (1996) " الطفل الذي لم يطور قدرته على التعلق في غضون عامين، تكون العواقب وخيمة إجتماعيا ومعرفيا في الواقع". (p. 22).

بينما الأم التي تعاني من إضطرابات نفسية كالاكتئاب، الذي يجعلها تهمل إبنها وقد تمارس العنف ضده، فهي غير قادرة على بناء علاقة ثقة مع طفلها وعلاقتها مليئة بالتناقضات، مما يجعل الطفل يشعر بعدم الأمان، وتأتي تصرفاته ترجمة لهذه الحالة من الضياع الداخلي، فيتخبط بين التعلق والمقاومة والتجنب وتوحي ملامحه بالحزن والاكتئاب.

أما الأم التي لديها رغبة في بناء إتصال جسدي مع طفلها، ولكنها تفتقر للقدرة على ضبط إستجابتها مع إحتياجات الطفل، وليس لديها القدرة على توقيت هذه الإستجابة بشكل ملائم فيشعر الطفل أن أمه غير فعالة، وأنه لا يستطيع الإعتماد عليها للحصول على الدعم المطلوب، مما يجعله غاضبا وحاقدا عليها. (مجدي، 1996).

كل هذه التصرفات يتم تسجيلها وتخزينها من طرف الطفل لتصبح برنامج ثابت، يعتمد عليه مدى الحياة ويتدخل بقوة في شخصيته وطباعه ويحكم إنفعالاته وسلوكاته ومشاعره وحتى إختياراته. وهذا ما يعرف بالنماذج العاملة الداخلية (Modèles Internes Opérants-MIO) التي تعتبر من أبرز المفاهيم في نظرية بولبي، فهي الحلقة النمائية التاريخية التي تفسر كيفية تأثير ظروف الماضي بظروف الحاضر والمستقبل، وتعد كإطار نظري لدراسة العلاقات الإنسانية في مرحلة الرشد. (Hazan&Shaver, 1987).

وهي"عبارة عن خرائط معرفية Carte Cognitive أو تمثيلات أو مخططات Schémas Représentation أوخطط Scripte يمتلكها الفرد عن نفسه ككينونة مادية ونفسية وعن بيئته المحيطة، وقد تكون على مستويات من التعقيد تتراوح بين التراكيب الأولية إلى التراكيب المعقدة". (Marrone, 1998. 77).

وعرفتها بيرك Berk (1999) " بأنها مجموعة من التوقعات المشتقة من الخبرات المبكرة مع مقدم الرعاية، تتضمن مدى وجود مقدم الرعاية وإحتمالية تقديمه للدعم أوقات الضيق والتوتر، وهي تمثيل عقلي لعلاقة التعلق التي تُشكل أساس التوقعات الحميمة". (p.26).

فهذه النماذج تمثل مرجعا ودليلا يعتمد عليه الراشد في تفسير وفهم سلوك الآخرين وتوقع ردود أفعالهم، إذ أنها تُسَيّرُ طريقة الفرد في الإدراك والتصرف في علاقاته البين شخصية وعليه يشكل الفرد نموذج الذات ونموذج الآخرين، ويتبنى هذه النماذج العاملة الداخلية والعواطف المرتبطة بها مدى الحياة، بصفة لا واعية تصبح المرجع الأساسي في كيفية إستجابته إتجاه علاقاته المختلفة.

بناء على تفسيره لإستجابات الآخر يُدرك الفرد نفسه كشخص جدير بمحبة الآخرين، ناجح إجتماعيا وكُفؤ وفي هذه الحالة يكون نموذج الذات إيجابيا. أما إذا كان العكس أي أن الفرد يُدرك نفسه كشخص غير جدير بمحبة الآخرين غير ناجح وغير كُفؤ، فهنا يكون نموذج الذات سلبيا أما نموذج الآخرين فيعتمد على كيفية إدراك الفرد للآخرين كأفراد حساسين أو لا نحو حاجاته، وبالتالي إذا استنتج أنه يمكنه الإعتماد على وجود وإستمرارية صور التعلق طور نموذج لتعلق إيجابي نحو الآخرين، لكن إذا أدرك الآخرين كأفراد غير حساسين أو غير مهتمين بحاجاته، فإن نموذج الآخرين يكون لديه سلبيا.

ذهب بولبي Bowlby للقول بوجود جانبين لهذه النماذج "جانب يتعلق بالذات ويتضمن تقديرا لمدى جدارة الذات وآخر يتعلق بالآخرين، ويتضمن تقديرا لمدى إستجابتهم والثقة بهم كشركاء إجتماعيين".(Bowlby, 1988, p. 180).

إن أهمية النماذج العاملة الداخلية تظهر من حيث أنها توجه وتمارس نوعا من السيطرة على إعتقادات الفرد وإدراكه لنفسه، أي أنها تؤثر في تشكيل مفهوم الذات لديه وإعتقاداته المتعلقة بعلاقته الإجتماعية.

فمعظم العلماء الذين بحثوا في التعلق يرون " أن علاقة الطفل بمقدم الرعاية تعتبر الأساس للعلاقات اللاحقة لأن الإتجاهات والتوقعات والمهارات البين شخصية التي يكتسبها الطفل، يُعاد دمجها من قبله وإعادتها في السياقات والمواقف التطورية اللاحقة". (أبو غزال، 2014، ص. 27).

ورأى بولبي أنه "رغم بقاء نماذج العمل الداخلية مفتوحة أمام الخبرات الجديدة عند تفاعل الطفل مع تمثلها في النموذج الموجود سلفا، فعندما يواجه الطفل خبرات ومواقف جديدة سَيُخضِعْ هذه الخبرات

والمواقف للنموذج العامل الموجود لديه، متجاهلا بذلك الأدلة الواضحة التي تدحض هذا النموذج". (أبو غزال، 2009، ص. 46).

هذا يعني إذا كان النموذج سلبي ومشوه والذي عادة يكون نتيجة التعلق غير الآمن، يمنع الفرد من إدراك الواقع بطريقة سليمة وبالتالي يعرقل تكيف الفرد مع المحيط ويخلق له صراعات دائمة مع الآخرين، مع عدم قدرته على مواجهة الضغوطات وأخذ القرارات ويؤثر على إدراكه للأحداث وتفسيرها تفسيرا سلبيا، مما يمنعه من الإحساس بالإستقرار والآمان والتوازن والراحة النفسية والإجتماعية وحتى الجسدية، فيتعرض إلى مختلف الأمراض والاضطرابات التي تهدد تكيفه وتحرمه من المتعة في الحياة وبالتالي يهدد سلامة الصحة العقلية لديه.

أكد بولبيBowlby (1969) على "أن وجود علاقات لا تبعث على الثقة والآمان في مقدمة الرعاية الأساسية تشوش عملية تطور الشخصية، مما يؤدي إلى إضطرابات عاطفية تتراوح ما بين القلق والكآبة وحتى إضطرابات شخصية أصعب بكثير". (p. 35).

وعليه فنماذج العمل الداخلية السلبية تمثل السمة الأساسية للنماذج المعرفية لعلم النفس المرضي، فهي تعتبر بمثابة مخططات ومعتقدات غير قادرة على التكيف، مما يؤدي إلى إضطرابات مختلفة منها الاكتئاب والوسواس القهري والتي قد تصل إلى محاولة الانتحار وغيرها، فالمكتئب يركز على الجانب السلبي في حياته، حيث يرى آرون بيك Aron Beck " أن لدى الشخص المكتئب معرفة سلبية عن ذاته، فهو يركز على عيوبه الشخصية والقصور لديه". (الرشيدي وآخرون، 2001، ص. 55).

وافترض " بيك" أن الخلل يكمن في المعرفة السلبية، وأن مزاج المكتئب هو نتيجة هذا الخلل المعرفي فالشخص المكتئب يستبعد المعلومات الإيجابية عن حياته، ويتمسك بالمعلومات السلبية بطريقة إنتقائية. وأن هذا المخطط الذهني يتطور في الطفولة وذلك بسبب كثرة إنتقاد الوالدين للطفل أو بسبب الحوادث السلبية التي يتعرض لها، فإنه في مرحلة الرشد يكون قد تأثر بما حدث سابقا، فيشعر بأنه بلا قيمة وغير كفؤ ويرى المستقبل مليء بالفشل وأن الحياة مليئة بالكوارث، فالشخص المكتئب يفسر الأحداث التي يتعرض لها بطريقة سلبية. (الرشيدي وآخرون، 2001).

أكد بولبي على وجود ثلاثة أنواع من الظروف التي تعتبر الأكثر خطرا في الظهور اللاحق للإكتئاب، تتمثل في موت أحد الوالدين أثناء مرحلة الطفولة، عدم قدرة الطفل على تطوير علاقة آمنة مع صور التعلق وبالتالي عدم القدرة على تكوين نموذج إيجابي للذات.

ولقد أثبتت العديد من الدراسات أن هناك إرتباط بين عوامل النشأة والاكتئاب حيث أشارت دراسة كوهن وآخرون Cohan et al (1992) إلى " أن الأفراد الذين مروا بخبرات طفولة تعيسة يشعرون بعدم الآمن وعدم الثقة، كنتيجة مباشرة لفقدان الحب وأن الآثار السلبية لهذه الخبرة تزداد بتقدم العمر". (p. 417).

واتفقت لستون ايمي مع دراسة كوهن وآخرون على أن خبرات الطفولة المؤلمة، تلعب دورا في نمو الاكتئاب في مرحلة المراهقة والرشد. (Leston, 1999).

أما إضطراب الوسواس القهري فيوضح فوناجي Fonagy (1998) " أن مريض الوسواس القهري يعايش عقله، كما لو كان جهاز تسجيل بتطابق تام دقيق بين الحالات الداخلية والواقع الخارجي، فالواقع يعايش كأسطورة خيالية والأسطورة تبدو كواقع، بسبب القدرة الضعيفة على التعقل".(p.92) . فتؤدي هذه التجارب إلى تطوير لنماذج العاملة الداخلية غير منظمة للذات وللآخرين، مما يشكل تفسيرات الفرد وتوقعاته للعالم.

تم اقتراح نموذج أكثر تفصيلا لدور التعلق غير الآمن في تطوير أعراض الوسواس القهري من قبل Guidano et Liotti (1983) حيث وضعا نظرية مفادها أن التعلق المزدوج يمكن أن يؤدي إلى تطوير إضطراب الوسواس القهري، فينتج هذا النمط من التعلق عن صورة التعلق التي يكون لسلوكها تفسيران متعاكسان في وقت واحد، هذا السلوك الذي يمكن تفسيره على أنه إظهار الحب والرعاية، وفي نفس الوقت الإنفصال والعداء، وهذا نجده عندما تكون الشخصيات المتعلق بها في الغالب تتميز بفرض القواعد وتفتقر للراحة الجسدية والمرح، حيث تبدو صور التعلق صارمة ومنظمة وغير مرنة بشأن القواعد.

ما يجعل النماذج العاملة الداخلية عندما تتكون بطريقة فيها جانبا واحدا من الذات والعالم صحيح والآخر خاطئ، بدلا من إعتبار أن كلا الجانبين لهما جوانب من الصواب والخطأ، وأن العالم

يتألف بشكل أساسي من جوانب صحيحة وأخرى خاطئة، وهذا النوع من النماذج قد يؤدي إلى مشكلة حقيقية وهي أي جانب من الذات هو الذات الحقيقية؟

وفي الانتحار نجد أن العمليات العقلية للفرد المحاول للإنتحار تفتقر للتفكير المنطقي والعقلاني، فهو ليس له القدرة على مواجهة المشاكل والتخلص من الآلام النفسية الغير محتملة. (مسغوني & ضيف، 2021).

في دراسة مولينا وزملائه لوحظ أن خبرات الطفولة الصادمة وسوء معاملة الطفل والمراهق من قبل القائمين على رعايته، تؤدي إلى التعلق غير الآمن بالوالدين ومحاولات للإنتحار. (Molina et al, 2002)

وأن غالبية المتعلقين غير الآمنين ينحدرون من أسر مختلة، ومن أمهات كن يعانين من الاكتئاب ومن آباء كثيري التغيب عن المنزل أو من والدين لديهم إضطرابات في شخصيتهم. (Perry, 2006)

ولهذا رأى بولبي أن "هناك صلة بين التعلق والصحة العقلية، حيث أظهرت معظم الدراسات وجود تمثيل زائد لتعلقات غير الآمنة في المجموعات الإكلينيكية السريرية، فالتعلق الآمن هو عامل وقائي ضد أحداث الحياة المجهدة". (Bowlby, 1951, p.64).

اعتماد على تعريف الصحة العقلية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (Organisation mondiale de la santé" في عام 2018 على أنها "حالة من العافية على الصعيد العاطفي والنفسي والإجتماعي والجسمي، وهي تؤثر على شعور الشخص وتفاعله وتأقلمه مع الحياة وأحداثها، كما أنها تحدد كيفية تعامل الشخص مع الضغوطات وكيفية إتخاذ قراراته". (p.28).

يمكننا القول أن الاضطرابات التي تم التطرق إليها سابقا لا يمكن للشخص المصاب بها التمتع بالصحة العقلية، لأنه يفتقد للرفاهية النفسية والإجتماعية وغير قادر على التغلب على التوترات لأن الاكتئاب يؤثر على المشاعر والانفعالات الخاصة بالفرد ويشوه إدراكه للواقع، والوسواس القهري يؤثر على الجانب الفكري الانفعالي والمتمثل في الأفكار المتكررة والقلق الذي تسببه له، والإنسان المحاول للإنتحار فَقَدَ أصلا الرغبة في الحياة نتيجة سيطرة نزوات الموت على نزوات الحياة وبالتالي لا يبحث أصلا على الرفاهية.

وعليه فإن التعلق غير الآمن يساهم في تكوين النماذج العاملة الداخلية السلبية التي تعلب دور مهم على الصحة العقلية بمساهمتها في ظهور الاضطرابات التي تم التطرق إليها.

فهناك العديد من الدراسات التي أقيمت في هذا المجال نجد منها دراسة سيماند وآخرون (Simand et al 2010) التي دامت خمسة عشرة عاما وأظهرت أن التعلق غير الآمن في مرحلة الطفولة يستثير المخططات المبكرة غير المتكيفة في مرحلة الرشد.

كما بينت دراسة بوسمانا Bosmanas et al (2010) أن المخططات المبكرة غير المتكيفة تلعب دورا وسيطا بين كل من نمط التعلق غير الآمن القلِق ونمط التعلق التجنبي والاضطرابات النفسية في سن الرشد.

وفي الدراسة التي قامت بها كل من لعزالي ولوزاني (2020) حول مساهمة نمط التعلق غير الآمن في التنبؤ بالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لدى الراشد على عينة 168 راشد، وإستخدام مقياس برثولوميو وهورويتز Bartholomew et Horowitz ومقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ، توصلت إلى نتيجة هي مساهمة أنماط التعلق غير الآمنة في ظهور مخططات مجال نقص الاستقلالية والإتقان، كما أن نمط التعلق غير الآمن المنشغل هو المساهم الوحيد في ظهور مجال التوجه المفرط نحو الآخرين، ونمط التعلق غير الآمن الخائف يسهم في التنبؤ بظهور مخططات مجال اليقظة المفرطة والكف.

أما إرتباط التعلق غير الآمن والاكتئاب فنجد بعض الدراسات أوضحت أن التعلق التجنبي الخائف مرتبط بالاكتئاب مثل دراسة Nelson et al (1995) ودارسة Leston (1999)، (2004) Samantha Reis et al وBifulco (2000) Antonia. ورأت مجموعة أخرى أن التعلق مشغول البال مرتبط بالاكتئاب منها دراسة(2003) Davila et al, (2004) Steven et al, (2004) Patricia Noller.

في حين أكدت مجموعة من الدراسات الأخرى أن الاكتئاب مرتبط إيجابيا بالتعلق مشغول البال والتعلق التجنبي الخائف مثل دراسة باربرا Barbara Muph (2001)، ودراسة سامنثاريس وآخرين (2004) Samantha Reis et al.

كما أشارت دراسة سمانتا وآخرون Samantha et al (2004) أن ظهور الاكتئاب يرتبط بالتعلق غير الآمن التجنبي.

أما الدراسات الخاصة باضطراب الشخصية الوسواسية فنجد دراسة ويلتجن وآخرون (2015) Wiltgen et al حول معرفة العلاقة بين أنماط التعلق وإضطراب الشخصية الوسواسية القهرية على عينة مكونة من 61 مضطرب و61 من الأصحاء حيث إعتمدا الباحثان على مقياس (PSM) لأنماط التعلق، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين نمطي التعلق غير الآمن (التجنبي والقلق) وإضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

بينما هدفت دراسة كوهسر وبونا Koohsr et Bona (2011) إلى معرفة العلاقة بين أنماط التعلق الراشدين واضطراب الوسواس القهري، وإعتمدت على عينة مكونة من 469 طالب جامعي وأظهرت الدراسة إسهام أنماط التعلق غير الآمن في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري ووجود علاقة إيجابية بين أنماط التعلق غير الآمن وإضطراب الوسواس القهري.

أما الدراسات حول محاولة الانتحار نجد الدراسة التي قامت بها مزيان حورية حول أنماط التعلق والحرمان العاطفي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار بجامعة لونيسي علي البليدة2، وكانت نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقة بين التعلق غير الآمن (التجنبي والقلق والمتناقض) ومحاولات الانتحار، وأن هناك اضطراب حقيقي في العلاقة مع الموضوع الأولي، مع وجود صعوبة كبيرة على مستوى العلاقات البين شخصية.

في حين أثبتت الدراسات بجامعة Minnesota الأمريكية أن التعلق غير الآمن ولا سيما المشوش والمضطرب يرتبط بشكل كبير ببطئ العودة إلى المستوى الطبيعي للكورتيزول المرتفع الذي يفرز في وضعيات القلق والخوف بعد الإنفصال، فالأشخاص ضحايا الإهمال وسوء المعاملة من طرف الوالدين يتعرضون إلى إرتفاع نشاط اللوزتين والتي بدورها ترفع الكورتيزول في الجسم الذي يؤدي إلى إضطرابات القلق والأمراض العضوية المزمنة والاكتئاب. (Antoine, 1995)

أما في كيبك Québec (2017) فقد أشارت الدراسات إلى تأثير التعلق غير الآمن على مستوى النمو العصبي، حيث يؤدي إلى نقص واضح في الوظيفة القشرية وبالتحديد القشرة الأمامية والأنظمة الطرفية التي تقوم بتنظيم العواطف والإثارة والتنبيه والمهارات الإجتماعية، بما يؤثر في النهاية على مهارات التواصل.

وهذا ما أشار إليه بالفعل بولبي Bowlby (1969) بأن التعلق يقوم على نظام بيولوجي وسلوكي والذي عرفه على أنه "إرتباط يشكل نظاما تحفيزيا مبرمجا وراثيا، مع أساس بيولوجي يهدف إلى حماية وبقاء الطفل الذي لا يكفي إستقلاليته لتلبية إحتياجاته الخاصة، كإستجابة على التهديد أو الخطر في حالة حدوث إنذار". (p.45).

وهذا النظام التحفيزي يشكل نظام التعلق (Système d'attachement) (SA)، والمدعوم بنظام عصبي منظم، في دائرة مرتبطة ومراقبة. كما تكلم مطولا عن تأثير التعلق على الجهاز العصبي سنة 1940 في مقاله بعنوان: (The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character)

استناد على ما تناولته بعض الدراسات والأبحاث التي تم التطرق إليها، والتي تعرضت لدراسة أنماط التعلق غير الآمن والنماذج العاملة الداخلية السلبية وإختلفت في أهدافها، وانطلاقا من الواقع الميداني والممارسة العيادية التي كشفت عن تزايد عدد المضطربين وأكثرهم يعانون من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولات الانتحار والملاحظ أن هؤلاء يعانون من علاقات سيئة مع الوالدين سواء الأم أو الأب ويرجعون السبب وراء معانتهم إلى هذه العلاقة السيئة، كل هذا كان دافعا وفضولا علميا للبحث في هذا الموضوع من خلال طرح عدة أسئلة تمثلت في:

- هل التعلق غير الآمن عند الراشد يؤدي إلى إضطرابات تؤثر على الصحة العقلية؟ وكيف يمكن أن يظهر هذا في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)؟
- هل المصاب بإضطراب الاكتئاب يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد؟
- هل المصاب بإضطراب الوسواس القهري يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد؟
- هل المحاول للانتحار يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد؟
- هل تختلف النماذج العاملة الداخلية عند الراشد في كل إضطراب (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار)؟
- هل تختلف أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد في كل إضطراب (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار)؟

للإجابة على هذه الأسئلة قامت الباحثة بصياغة الفرضيات الآتية:

2-الفرضية العامة

- يلعب التعلق غير الآمن عند الراشد دورا على الصحة العقلية في ظهور الاضطرابات.

ويتم تحديد هذا من خلال الفرضيات الجزئية التالية:

2-1-الفرضيات الجزئية

- يتميز المصاب بإضطراب الاكتئاب بالتعلق غير الآمن عند الراشد ويظهر هذا من خلال مؤشرات DEPI=5 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.
- يتميز المصاب بإضطراب الوسواس القهري بالتعلق غير الآمن عند الراشد ويظهر هذا من خلال مؤشرات OBS في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.
- يتميز المحاول للانتحار بالتعلق غير الآمن عند الراشد ويظهر هذا من خلال مؤشرات S-CON=8 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.
- تختلف النماذج العاملة الداخلية عند الراشد في كل إضطراب ويظهر هذا من خلال مقياس أنماط التعلق.
- تختلف أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد في كل إضطراب ويظهر هذا من خلال مقياس أنماط التعلق.

3-تحديد مصطلحات الدراسة

قبل الشروع في أي دراسة لا بد أولا من ضبط المفاهيم المرتبطة بها، وعليه يتم تقديم تعاريف إجرائية للمفاهيم والمصطلحات الواردة في هذه الدراسة.

3-1-تعريف التعلق غير الآمن

لم ترد تعريفات خاصة ومحددة للتعلق غير الآمن، غير التعريفات التي قدمت لكل نمط من أنماط التعلق غير الآمن، وهي نمط التعلق غير الآمن المتناقض، المنفصل والمتجنب.

يمكن تعريف التعلق غير الآمن بأنه ذلك التعلق الذي يعجز فيه الإنسان على إقامة علاقات اجتماعية مستقرة وناجحة، فهو يفتقد للقدرة اللازمة على تحقيق الحاجة الاجتماعية والميكانيزمات النفسية التي تسمح له بالتجاوب والتفاعل السوي مع الآخرين، ويتضمن الأنماط الخاصة بالتعلق غير

الآمن التي جاءت في مقياس أنماط التعلق المستعمل في هذه الدراسة. وتكون المخططات المعرفية أو النماذج العاملة الداخلية فيه غير متكيفة وسلبية وبعيدة عن الواقع.

نمط التعلق غير الآمن يعرف إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد في مقياس أنماط التعلق الذي تم بناؤه في البيئة الجزائرية من طرف كل من أ. مباركي خديجة، د. بوفاتح محمد، د. باهي سلامي بجامعة الجزائر الأغواط سنة 2017.

أما النماذج العاملة الداخلية فتعرف إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد في مقياس أبعاد التعلق لـ برثولوميو وهورويتز Bartholomew et Horowitze الذي تمت ترجمته من طرف لوزاني فاطمة الزهراء جامعة بليدة سنة 2018.

لكن بعد الدراسة الاستطلاعية وبعدما توصلت الباحثة إلى عدم إمكانية الاعتماد على هذا المقياس لافتقاده قوة التمييز بين الأنماط غير الآمنة من جهة ولعدم توازن بنوده من جهة أخرى.

وعليه تم الاعتماد على مقياس أنماط التعلق لإستخراج النماذج العاملة الداخلية السلبية أو غير المتكيفة.

فالنموذج العامل الداخلي السلبي الذي يتميز بالنظرة السلبية اتجاه الذات والنظرة الإيجابية للآخرين يعرف اجرائيا بالنمط غير الآمن المتناقض.

أما النموذج العامل الداخلي السلبي الذي يتميز بالنظرة الإيجابية اتجاه الذات والنظرة السلبية للآخرين فيعرف اجرائيا بالنمط غير الآمن المنفصل والمتجنب بكون هذين النمطين يتميزان بنفس نهايات للأبعاد أي بعد الذات وبعد الآخرين والنهايات سلبية وإيجابية.

3-2-الصحة العقلية

تعددت التعاريف الخاصة بالصحة العقلية المقدمة من طرف المنظمة العالمية للصحة وقد تم اختيار آخر تعريف وضعته هذه المنظمة سنة 2018 على أن الصحة العقلية هي "حالة من العافية على الصعيد العاطفي والنفسي والاجتماعي والجسمي، وهي تؤثر على شعور الشخص وتفاعله وتأقلمه مع الحياة وأحداثها، كما أنها تحدد كيفية تعامل الشخص مع الضغوطات وكيفية اتخاذ قراراته" (p.28)

وعليه أعتمت الباحثة اجرائيا في تحديد الصحة العقلية على الجانب المرضي والمتمثل في الاضطرابات المحددة بالاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار.

3-2-1-الاكتئاب

يعرف إجرائيا بالمؤشر المتحصل عليه في اختبار الرورشاخ (النظام المندمج) وهي (DEPI) الإيجابي حيث يساوي 5 أو أكثر.

3-2-2-الوسواس القهري

يعرف إجرائيا بالمؤشر المتحصل عليه في اختبار الرورشاخ (النظام المندمج) وهي (OBS) الإيجابي بحيث نتحصل على المتغيرات الدالة عليها.

3-2-3-محاولة الانتحار

أما بالنسبة لمحاولة الانتحار الذي يُقصد بها السلوك الانتحاري الذي ينتهي بالنجاة، فهو كل فعل مُنفد من طرف الفرد ذاته بهدف الانتحار ولكنه لا يؤدي إلى نتيجة الموت، وعليه فإن محاولة الانتحار في هذه الدراسة يقصد بها كل محاولة فاشلة للانتحار يقوم بها الفرد الراشد ما بين 27-50 سنة بهدف قتل نفسه.

وإجرائيا تعرف محاولة الانتحار بالمؤشر المتحصل عليه في اختبار الرورشاخ (النظام المندمج) وهي (S-CON) الإيجابي حيث يساوي 8 أو أكثر.

4-أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين التعلق غير الآمن والصحة العقلية عند الراشد من خلال:

أ- معرفة إن كان التعلق غير الآمن يؤثر على الجانب النفسي بظهور الاكتئاب.

ب-معرفة إن كان التعلق غير الآمن يؤثر على الجانب الفكري العقلي بظهور الوسواس القهري.

ت-معرفة إن كان التعلق غير الآمن يؤثر أيضا على الجانب السلوكي في محاولة الانتحار.

ث-معرفة إن كانت النماذج العاملة الداخلية تختلف باختلاف الاضطرابات.

ج- معرفة إن كانت أنماط التعلق غير الآمنة تختلف من اضطراب إلى آخر.

كل هاته الأهداف حددت بغرض الكشف عن التأثيرات السلبية للتعلق غير آمن والتي من خلالها نصل إلى نتائج، تمكننا من فهم أولا هذا المصطلح وكيف تظهر آثاره في سن الرشد، إلى جانب الإضافة العلمية في البحث العلمي من حيث التعرف على بعض الاضطرابات التي تكون نتيجة التعلق غير الآمن، أو يكون أحد أسبابها أو عامل من عواملها، وبالتالي التحكم في التشخيص الصحيح لتوجيه العلاج المناسب.

5-أهمية الدراسة

تتمثل هذه الأهمية في جانبين: جانب نظري والآخر تطبيقي.

5-1-الأهمية النظرية

- إثراء البحث العلمي من خلال التطلع على طبيعة الآثار التي يمكن أن يحدثها التعلق غير آمن على الصحة العقلية عند الراشد.
- يمثل هذا البحث إضافة علمية في التراث السيكولوجي لحقل اهتمام حديث وهو ميدان التعلق بصفة عامة والتعلق غير الآمن وعلاقته بالصحة العقلية عند الراشد وما ينشأ عنه من اضطرابات.

5-2-الأهمية التطبيقية

- تساعد نتائج هذه الدراسة على إظهار أهمية مفهوم التعلق في انشاء الاضطرابات النفسية العقلية المتمثلة في الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار.
- تساعد نتائج هذه الدراسة في تحديد أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد لكل من اضطراب الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار.
- تساعد نتائج هذه الدراسة في تحديد النماذج العاملة الداخلية لكل اضطراب من الاضطرابات المقصودة في هذه الدراسة.
- توجيه اهتمام الأخصائيين العياديين إلى نظرية التعلق واستخدام مبادئها في ممارستهم العيادية، باعتباره توجه حديث في العلاج الأسري والزوجي والذاتي بهدف فهمه وتعديله.
- الوصول إلى وضع استراتيجيات جديدة تعتمد على أسلوب الوقاية من خلال الكشف المبكر لهذه الأنماط واختلالاتها الخاصة بالتعلق، والتي لها الأثر السلبي على الصحة العقلية.

6-أسباب إختيار الموضوع

- ميل شخصي للباحثة وذلك من خلال الممارسة المهنية العيادية التي أثارت الفضول العلمي لمعرفة ما يمكن أن يخلفه التعلق غير الآمن على الصحة العقلية، فمن خلال التجربة الميدانية تم الانتباه إلى أن جل المفحوصين الذين يعانون من اضطرابات مختلفة، ترتكز شكواهم على العلاقة السيئة مع أحد الوالدين سواء كانت الأم أو الأب، والمعاناة الدائمة من سوء المعاملة وعدم التفهم والإهمال ما يولد صراع عادة يبدأ من الطفولة أو من المراهقة.
أضف إلى هذا أن هؤلاء المفحوصين أثناء تطبيق اختبار الرورشاخ نظام كلاسيكي وجد خلال الاستجابات الخاصة باللوحات التي لها علاقة بموضوع الحب سواء الأم أو الأب استجابات سلبية.
- قناعة شخصية بأهمية وانعكاسات التعلق غير الآمن على الجانب النفسي العقلي الجسمي الانفعالي العلائقي السلوكي عند الراشد.
- ندرة الكتب والبحوث العلمية في البيئة العربية الجزائرية التي تدور حول هذا الموضوع وتجمع بين متغيرين، هما التعلق غير الآمن والصحة العقلية رغم أهميته على الجانب الإنساني عبر الأجيال.

7-صعوبات البحث

- التطرق إلى ميدانين حديثين وهما نظرية التعلق والصحة العقلية لدى الراشد يعتبر صعبا، ويتطلب وقتا طويلا للإحاطة بالموضوع بشكل دقيق ومما زاد الأمر تعقيدا قلة المراجع العربية وخاصة التي تتكلم عن الصحة العقلية التي تكون في مضمونها التكلم عن الصحة النفسية، حيث وجدت الباحثة خلط كبير بين الصحة العقلية والصحة النفسية فجل المراجع تتناول كل منهما كأنهما شيء واحد.
- الفترة التي أُنجز فيها هذا البحث كانت صعبة جدا، بسبب الظروف التي كانت تعيشها الجزائر والعالم بأسره، نتيجة انتشار جائحة كورونا والحجر الصحي، الذي فرض في هذه الفترة، مما صعب القيام بالجانب الميداني بسبب صعوبة الالتقاء بالمبحوثين.

وللإشارة أن مثل هذا الظرف لم يعايش من قبل من جهة ومن جهة أخرى تدخل كمتغير بقوة في هذا البحث، علما أن هذه الفترة تزايدت فيها نسبة الاضطرابات خاصة الاكتئاب حيث أن التباعد الاجتماعي وموت المقربين والمخاوف من المخاطر المجهولة أثرت سلبا على المكتئبين، وأن الإجراءات الوقائية التي فرضت نمط معين من السلوكات كغسل اليدين باستمرار وعدم التقارب بين الأشخاص ساهمت في تزايد الأعراض الوسواسية، وأن الظروف المعيشية والاقتصادية المزرية (التوقف عن العمل، انعدام الدخل المادي، السكن الضيق) التي عاشتها بعض العائلات خاصة في الأحياء الشعبية أدت إلى محاولات انتحار ناجحة.

8-الدراسات السابقة

تعد الدراسات السابقة من بين عناصر البحث الأساسية والمنهجية، فهي تزود الباحث بالعديد من المعطيات والنتائج والاتجاهات المنهجية المختلفة، سواء على الصعيد النظري أو على الصعيد الميداني، بحيث يحاول الباحث أثناء عرضه للدراسات السابقة أن يبرز مواطن الاتفاق والاختلاف في تلك البحوث مع بحثه الحالي مبرزا قيمة الاستفادة من تلك البحوث السابقة.

وبما أن هذا البحث يعتمد على متغيرات متعددة، سيتم ذكر هذه الدراسات الخاصة بكل العناصر التي جاءت في هذا البحث والمتمثلة في التعلق غير الآمن والنماذج العاملة الداخلية وعلاقتهما بكل من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار.

أولا: الدراسات الخاصة بالتعلق والنماذج العاملة الداخلية والاكتئاب

اعتمدت دراسة لستون Leston (1999) على دراسة العلاقة ما بين أنماط التعلق والاكتئاب لدى عينة من النساء في فترة الشيخوخة. حيث تقترح هذه الدراسة أن أنماط التعلق المبكرة تكون ذات دلالة بالنسبة لأنماط التعلق الراشد وكذلك ترى أن العلاقة القوية التي توجد بين التعلقات الهزيلة في التنشئة الأولى في مرحلة الطفولة وفترة المراهقة تلعب دور في نمو الاكتئاب في فترة الرشد. وأمكن التوصل في ضوء معامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار الخطي والمتعدد إلى النتيجة التالية وجود علاقة ارتباطية موجبة ما بين التعلق التجنبي والاكتئاب، في حين أكدت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية سالبة ما بين نمط التعلق الآمن ومستوى الاكتئاب. وأنه لا توجد دلالة للجنس في نوعية التعلق، علاوة على ذلك ترجمة هذه النتائج كانت بمثابة مساندة لرأي نظرية التعلق غير الآمن، حيث ترى أن تاريخ التعلق غير الآمن له علاقة بالاكتئاب في أواخر العمر والدعم الجزئي لهذه النظرية يوضح العلاقة ما بين تاريخ التعلق وأنماط التعلق خلال فترة الرشد.

أجرت باربرا موفي Barbara Muph (2000) دراسة هدفت من خلالها إلى تقديم فكرة إضافية للعوامل الداخلية في بداية الاكتئاب، إلى جانب تقييم فعالية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب مرتكزة على نظرية الارتباط والتعلق لبولبي، كإطار لفهم التعلق والعمليات المعرفية المرتبطة بالاكتئاب، محاولة من خلالها توضيح أي أنماط التعلق المرتبطة بالاكتئاب وتوضيح العلاقة ما بين أنماط التعلق والعناية الأبوية الأولية، إلى جانب تحديد السمات الشخصية لذوي أنماط التعلق المرتبطة

بالاكتئاب. مستعينة بنموذج بارثولوميو وهوريتز 1991 لتحديد أي أنماط التعلق المرتبطة بالاكتئاب، وقوائم التقارير الذاتية ومقياس بيك للاكتئاب. واختيرت عينة الدراسة من المراهقين في عمر 17 عاما، قوامها 305 من المستجيبين منهم 225 أنثى، 80 ذكر، وأسفرت نتائج الدراسة أن كلا من نمط التعلق التجنبي الخائف، ونمط التعلق مشغول البال، يمكن أن يكون كلاهما مكون هام في تشكيل عوامل الضعف المؤدية إلى الاكتئاب. وأن الأفراد ذوو التعلق التجنبي الخائف نماذج مميزة للاكتئاب الشديد، وأبرزت الدراسة أن أهم السمات الشخصية لذوي نمط التعلق التجنبي الخائف الشخصية المستقلة ذاتيا الأكثر حساسية، الأقل تكيفا، متسم بشخصية تتأثر باللوم والنقد الذاتي وتتجنب الألفة، وتتسم بتقدير الذات المنخفض، كما أظهرت هذه الدراسة أن العمليات المعرفية والتعلق غير الآمن وراء ما يتبدى من أعراض اكتئابيه.

وامتدادا لهذا التوجه كانت دراسة جينفر وزملائه Jennifer et al (2001) والتي بحثت فكرة أن نماذج التعلق العاملة عند الوالدين تنعكس على أنماط تعلق أطفالهم بهم وأن أنماط التعلق الموجودة عند الوالدين سواء كانت آمنة أو غير آمنة تؤثر على علاقة المراهق بأبويه. وذلك على عينة مكونة من 56 مراهقا 19 من الذكور، 37 من الإناث، تتراوح أعمارهم ما بين 15–22 سنة، وتحقيقا للهدف من هذه الدراسة تم تطبيق مقياس هازان وشافير 1986 وبعد المعالجة الإحصائية وما تحصل عليه الباحثون من بيانات باستخدام تحليل التباين، أمكن التوصل إلى النتيجة التالية: آباء الأطفال غير الآمنين منتجات غير آمنة تتنقل من جيل إلى آخر ما لم يحدث الإصلاح، عندما يتوافر لدى والديه الرفض قد يصبح الولد متجنب، مما يعني أن الابن يتجنب الاتصال والتقارب العاطفي مع الآخرين. وأن الآباء المتسامحين وجد أن أطفالهم يكونوا تائهين، وغير ناضجين، ويفتقرون للمسؤولية الاجتماعية والاستقلالية، في حين ارتبطت الأبوة الموثوق بها بالإنجاز الأكاديمي والتي تميزت بمستويات عالية من الدفء، والمشاركة الفعالة في المفاوضات، كما أظهرت هذه الدراسة أن 92 بالمئة من الآباء الآمنيين نتوقع أن أبناءهم يكونوا آمنيين. كما أوضحت هذه الدراسة أن أنماط التعلق في الطفولة يمكن أن تُنبئ بنوعية علاقات الراشد في المستقبل، وأن أساليب التنشئة تعكس نمط التعلق لدى الفرد، حيث وجد أن الأبناء المتعلقين بآبائهم تعلق آمن وجدوا مؤهلين جدا للاعتماد على النفس متحمسين، مسؤولين إجتماعيا، ويميلون إلى الإنجاز والتعاون، كما أن هؤلاء الطلاب الآمنيين لديهم تصورات ايجابية عن ذاتهم ونمط تعلقهم متوازن.

وتوضح هذه الدراسة أن التعلق الآمن في المراهقة مرتبط بعلاقات أكثر ايجابية مع الآباء والأقران مما يجعلهم أقل شعورا بالوحدة النفسية، والرفض الاجتماعي وأكثر تكيفا أثناء فترات الانتقال الاجتماعي.

اهتمت دراسة جون روبرت وجون كاسال Roberts et Kassel (2002) بفحص العلاقة بين التعلق الآمن والأعراض الاكتئابية ودور كلا من الاتجاهات ذات الخلل الوظيفي، وانخفاض تقدير الذات، وذلك على عينة قوامها 225 فرد يتراوح المدى العمري لديهم من 17 إلى 49 عاما. حيث طُبق عليهم مقياس التعلق للراشد Shaver et Hazan(1987) ومقياس تقدير الذات لروسنبرج، ومقياس بيك للاكتئاب، وبعد التحليل الإحصائي لما توصل إليه الباحثون من بيانات باستخدام معادلة الانحدار، أمكن التوصل إلى النتائج التالية: التعلق غير الآمن يرتبط بالاتجاهات ذات الخلل الوظيفي التي تؤدي بدورها إلى الانخفاض في تقدير الذات، والذي يعتبر السمة الأساسية أو العلامة المميزة لخبرة الاكتئاب، التعلق الآمن بالوالدين يمثل مصدرا وقائيا للفرد وعند تعرضه للضغوط، فإنه يرفع من تقدير الفرد لذاته ومن فاعليته الذاتية، وهو يخفف من الآثار المترتبة عند تعرضه لهذه الأحداث حيث وجد أنه يزود الفرد بحاجز ضد الضيق النفسي، وتعد العلاقة الآمنة بين المراهق ووالديه أهم مدعم اجتماعي على الإطلاق، وكذلك العلاقات مع الأقران تمثل سندا اجتماعيا يقوي من شعور الفرد بالثقة وتقدير الذات والفاعلية الذاتية، التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط وتمثل عامل وقائي من آثارها، كما بينت الدراسة أن التعلق الآمن مستقر في كافة مراحل الحياة بسبب استمرارية الظروف البيئية والاجتماعية التي تمد العون باستمرار، وارتبط التعلق الآمن بمستويات منخفضة من الاكتئاب بينما التعلق غير الآمن ارتبط بمستويات عالية من الأعراض الاكتئابية وأن المكتئب نمط تعلقه مميز بإنشغال البال والتجنب في العلاقات، ويحدث التعلق مشغول البال ردا على خبرات التعلق الأولية السلبية.

وتؤكد هذه الدراسة على أهمية التعلق الآمن بالوالدين، وكذلك أهمية دعم الوالدين للأبناء، مما يجعلهم أكثر طمأنينة وشعورهم بالأمان النفسي في مرحلة المراهقة.

دراسة موراس اندريا Muras Anderea (1996) كان هدف الدراسة معرفة نمط التعلق في التأثير على السلوك الاجتماعي لدى المراهقين، وذلك على عينة قوامها (60) من المراهقين الذين تلقوا علاجا نفسيا كانت أعمارهم بين (13–17) سنة. طبق عليهم مقاييس بيك، التعلق، الاستقلال

الاجتماعي وكانت النتيجة أن المراهقين ذوو التعلق المتناقض كانوا مرتفعي الاكتئاب والقلق مقارنة مع أقرانهم ذوو التعلق والارتباط الآمن، أما المراهقين ذوو التعلق التجنبي لديهم مستويات عالية من القلق مقارنة بذوي التعلق المنفصل.

قام Duggoll et al بدراسة المسار التطوري للاكتئاب باستخدام بيانات من دراسة Minnesota الطولية للآباء والأطفال وتوصلوا إلى أن التعلق المتناقض والمقاوم والمتجنب الذي لوحظ في الطفولة المبكرة هو مؤشر على الاكتئاب في مرحلة المراهقة، وأن العلاقة بين الفقدان لصورة التعلق والاكتئاب أقوى لدى الأفراد الذين يعانون من النماذج العاملة الداخلية غير الآمنة قبل الفقدان أو الذين لم يتلقوا الدعم الكافي بعد الفقدان.

أظهر Beardslee et al أنه في سن 20 أن أطفال الأباء الذين يعانون من اضطرابات عاطفية هم معرضون بنسبة 40% لظهور نوبات اكتئاب كبرى وترتفع هذه النسبة 60% في سن 25. كما قام Mikulincer et Shaver بدراسة 120 بحث من أجل دراسة العلاقة بين التعلق عند الراشد وحِدَّة أعراض الاكتئاب واعتمدوا في هذه الدراسة على المقابلة وسلم التقييم الذاتي المبني على الدليل الاحصائي DSM واختبار Beck للاكتئاب. واعتمدوا في دراستهم على فئتين واحدة سريرية والأخرى غير سريرية فوجدوا:

- أن التعلق الآمن في العلاقات القريبة غير مرتبط بالاكتئاب.
- الفئة التي ارتبطت بالاكتئاب المتطور هي التعلق المنشغل والتعلق القلق.
- التعلق المتجنب مرتبط بالاكتئاب.

وذهبوا إلى أي نمط من التعلق غير الآمن مرتبط بأعراض خاصة من الاكتئاب فوجدوا:

- التعلق القلق مرتبط بالإفراط في الاعتماد ونقص الاستقلالية.
- التعلق المتجنب مرتبط بالنقد والعقاب وله علاقة بالحالات الحدية.
- التعلق المنفصل فهو مرتبط بالإحساس بعدم القيمة، تأنيب الضمير، تقدير متدني للذات.
- التعلق المتناقض فهو مرتبط بالاكتئاب الاتكالي.

ثانيا: الدراسات السابقة عن الانتحار

أشار بيونيي وأتجر إلى أن دراسة كندية (1999) تطرقت إلى العلاقة بين الشعور بالأمن ومحاولة الانتحار عند عينة تتكون من (187) مراهق خاضع للعلاج النفسي، إذ اعتمدت هذه الدراسة على فرضية آدام (Adam) الذي يرى أنّ السلوك الانتحاري هو سلوك يرتبط ارتباطا وثيقا بالتعلق ونمطه غير الآمن، فالمحاولة الانتحارية تعكس التوظيف السيء للتعلق وتحدث نتيجة لعدم القدرة على الشعور الكافي بالأمن، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن عدم وجود علاقة ارتباطية سليمة والحرمان العاطفي يؤديان إلى مستوى عال من الاكتئاب مما يزيد من احتمالية المرور إلى الفعل. (مزيان، 2017).

في حين قامت مزيان حورية بدراسة حول أنماط التعلق والحرمان العاطفي لدى الراشدين، الذين قاموا بمحاولة الانتحار بجامعة لونيسي علي البليدة2، وكانت نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقة بين التعلق غير الآمن (التجنبي والقلق والمتناقض) ومحاولات الانتحار، وأن هناك اضطراب حقيقي في العلاقة مع الموضوع الأولي، مع وجود صعوبة كبيرة على مستوى العلاقات البين شخصية.

ثالثا: الدراسات السابقة عن الوسواس القهري

حسب الدراسات الحديثة التي أجريت على عينات من الذكور والإناث ناتاشا وسيبستيان Natacha et Sébastien (2012) فإن هناك عامل كبير ومؤثر في حدوث مثل هذه السلوكات العدائية في حق أحد أفراد الأسرة وهي اضطرابات الشخصية لدى الفرد المرتكب للجرم ودور نمط التعلق لدى الراشد في تحديد نوعية اضطراب الشخصية التي يعاني منها في إحداث سلوكات تكيفية وغير تكيفية في العلاقة الأفقية بين الزوجين أو العمودية والدين – طفل/طفل– والدين ومنه فأكثر اضطرابات الشخصية التي ركزت عليها هذه الدراسات في علاقتها بنمط التعلق حسب نموذج ماير وبيلكونيس Meyer& Pilkonis(2005) هي النمط غير الآمن المنفصل (الشخصية: الفصامية Schizoid، النمط الفصامي Schizotypal،الوسواسية القهرية Obsessive-compulsive (قاصب، (د.ت)).

أجرى أرنسون وزملائه Aaronson et al(2006) دراسة للكشف عن الاختلاف في أنماط التعلق بين مجموعة من المرضى باضطراب الشخصية الحدية والوسواسية القهرية، حيث تكونت من 90 مريضا، بواقع (74 إناثا، 16 ذكورا) من فئات اجتماعية مختلفة، وقد تم تطبيق استبانة استرجاع

خبرات التعلق إعداد الباحثون، والمقابلة التشخيصية، وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في أنماط التعلق وفقا للسن والنوع والحالة الاجتماعية، بينما كانت هناك فروق دالة بين مجموعتي المرضى في أنماط التعلق حيث كان المرضى ذوي اضطرابات الشخصية الحدية أعلى بشكل دال في الدرجة الكلية للتعلق غير الآمن، كما حصلوا على درجات أعلى في فقدان ممثلي الرعاية، والانفصال عن الآخرين، وأظهرت النتائج أيضا وجود علاقة بين أنماط التعلق وكل من اضطرابات الشخصية الحدية والوسواسية القهرية.

قامت دراسة ويلتجن وآخرون Wiltgen et al (2015) لمعرفة العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية على عينة مكونة من 61 مضطرب و61 من الأصحاء واعتمد الباحثون على مقياس (PSM) لأنماط التعلق، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين نمطي التعلق التجنبي والقلق واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. (p.411).

استهدفت دراسة ريزفان وآخرون Rezvan et al (2012) إلى معرفة مدى إسهام أنماط التعلق الغير آمنة في التنبؤ بأعراض الأفكار الوسواسية لدى الأطفال الإناث، على عينة مكونة من 221 طفلة، طبق عليهم مقياس أنماط تعلق الأقران للأطفال إعداد الباحثون ومقياس بل بروان للأفكار الوسواسية، وأظهرت النتائج وجود علاقة بين أنماط التعلق والأفكار الوسواسية، كما أظهرت النتائج الإسهام القوي لأنماط التعلق غير الآمنة في التنبؤ بالأفكار الوسواسية.

يرى (سيد،2012) أن اضطرابات الشخصية تظهر بصورة عامة عند الإناث أكثر من الذكور، ويميل الأطباء النفسيون إلى وصف الإناث باضطراب الشخصية الحدية أو الهستيرية أو الاعتمادية، كما يميلون إلي وصف الذكور باضطراب الشخصية البارانويدية والمعادية للمجتمع والنرجسية والوسواسية بسبب ظهور الأعراض الخاصة بكل اضطراب لدى كل من الجنسين اعتمادا على الدراسات التي أجريت في هذا المجال.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، على عينة قوامها 120 طالبا وطالبة من طلاب جامعة جنوب الوادي، طبق عليهم مقياس التعلق إعداد كل من مباركي خديجة، بوفتاح محمد، باهي سلامي (2017).ومقياس اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية إعداد إبراهيم حسن محمد(2017)، وأظهرت النتائج وجود علاقة بين أنماط التعلق

الآمنة والغير آمنة واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية في اتجاه الذكور.وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين نمط التعلق الأمن واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، ووجود علاقة ايجابية بينه وبين أنماط التعلق الغير آمنة وهي(القلق، التجنبي، المشوش) .الإناث أكثر إصابة بالاضطراب من الذكور

رابعا: الدراسات السابقة عن الاضطرابات العقلية والنفسية

أثبتت العديد من الدراسات بونين وسوندرس Bonnin و Sanders (2015) أن ردة فعل الوالدين نحو المشاكل السلوكية لأطفالهم من خلال العقاب، الرفض السلبي، الاستقلال غير الآمن والتحكم المفرط، خصوصا من طرف الأم–باعتبارها أول شخص يبني علاقة مباشرة مع الطفل، والتي تنشأ تحت تأثير المخططات المبكرة غير المتكيفة للأم، تسبب احتمال تطوير الطفل للاضطرابات العقلية والنفسية.(Shahryari et al, 2014).

أما الدراسة التي قام بها قاصب بوعلام(2015) بجامعة الجزائر حول جرائم القتل في الوسط الأسري من خلال التركيز على أنماط التعلق غير الآمن وإضطرابات الشخصية، فكانت نتائجها أن التعلق غير الآمن (المتخوف–المشوش) ينجم عنه اضطرابات الشخصية الحدية، والنمط غير الآمن (المنشغل–القلق) ينجم عنه اضطرابات الشخصية الاعتمادية والبارانويدية والهستيرية، أما التعلق غير الآمن (المنفصل/ المتجنب) ينجم عنه اضطراب الشخصية النرجسية والمضادة للمجتمع والوسواسية القهرية والاكتئاب.

9–التعقيب على الدراسات

يعتبر التعقيب على الدراسات السابقة خطوة مهمة في البحث، ولهذا سيتم التعقيب على كل الدراسات المقدمة من عدة جوانب وهذا من خلال تناول كل مجموعة على حدا.

9–1–من حيث الموضوع

لقد اشتركت هذه الدراسات مع بحثنا في موضوع التعلق والاكتئاب على الرغم من اختلافها في دراسة جوانبه نذكر منها:

دراسة العلاقة ما بين أنماط التعلق والاكتئاب لدى النساء في فترة الشيخوخة. والعلاقة بين التعلق الآمن والأعراض الاكتئابية ودور كلا من الاتجاهات ذات الخلل الوظيفي، وانخفاض تقدير الذات. إلى جانب دراسة العلاقة بين التعلق عند الراشد وحِدَّة أعراض الاكتئاب.

دراسة أنماط التعلق المرتبطة بالاكتئاب وتوضيح العلاقة ما بين أنماط التعلق والعناية الأبوية الأولية، إلى جانب تحديد السمات الشخصية لذوي أنماط التعلق المرتبطة بالاكتئاب.

كما بحثت هذه الدراسات في فكرة أن نماذج التعلق العاملة عند الوالدين، تنعكس على أنماط تعلق أطفالهم بهم، وأن أنماط التعلق الموجودة عند الوالدين سواء كانت آمنة أو غير آمنة تؤثر على علاقة المراهق بأبويه.

الملاحظ أن هذه الدراسات لم تأخذ بعين الاعتبار تحديد نوع الاكتئاب من جهة، ومن جهة ثانية لم تضبط ضبطا كافيا الحالات التي يكون فيها الاكتئاب مستقل عن الاضطرابات الأخرى، في تحديد نمط التعلق كما أنها لم تتناول بصورة كافية النماذج العاملة الداخلية واقتصرت على نمط التعلق فقط.

أما بالنسبة للدراسات التي أقيمت على التعلق والوسواس القهري، فقد تناولت مواضيع جلها تدور حول دور نمط التعلق لدى الراشد في تحديد نوعية اضطراب الشخصية الوسواسية. كما تناولت مدى إسهام أنماط التعلق الغير آمنة في التنبؤ بأعراض الأفكار الوسواسية لدى الأطفال، ومعرفة العلاقة بين أنماط التعلق واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

من الملاحظ أن هذه الدراسات قد ارتكزت على الشخصية الوسواسية، وليس على اضطراب الوسواس القهري الذي هو موضوع بحثنا في هذه الدراسة.

كذلك نجد من بين الموضوعات التي تناولتها الدراسات الخاصة بمحاولة الانتحار هي دراسة العلاقة بين الشعور بالأمن ومحاولة الانتحار. والعلاقة بين أنماط التعلق والحرمان العاطفي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار.

يلاحظ أن هاتين الدراستين ركزت على متغيرات مختلفة، وهي الشعور بالأمن والحرمان العاطفي كتفسير وسبب أساسي لمحاولة الانتحار، وهنا اختلفت من حيث موضوع دراستنا التي تبحث عن ماإذا كان الشخص المحاول للانتحار يتميز بتعلق غير آمن وليس البحث عن السببية أو العلاقة.

بالنسبة للدراسات التي أقيمت على التعلق والاضطرابات النفسية، فهي تكاد تكون منعدمة تمثلت في موضوع المخططات المبكرة غير المتكيفة للأم وعلاقتها بتطوير الطفل للاضطرابات النفسية والعقلية، وعلاقة أنماط التعلق غير الآمن واضطرابات الشخصية والاختلاف بين هذه الدراسات وبين بحثنا، في أنها اعتمدت في موضوعها على المخططات الغير متكيفة والتي عادة تمثل الجانب المعرفي الفكري، والذي يختلف عن النماذج العاملة الداخلية التي تمثل البرنامج الخاص بالتعلق وهو مايهمنا في هذا البحث.

9-2-من حيث المنهج

بالنسبة للدراسات الخاصة بالاكتئاب اعتمدت على المنهج الوصفي، باستخدام وسائل مختلفة منها نموذج بارثولوميو وهوريتز 1991. وقوائم التقارير الذاتية ومقياس بيك للاكتئاب، مقياس هازان وشافير 1986، مقياس التعلق للراشد Shaver et Hazan (1987) ومقياس تقدير الذات لروسنبرج، مقياس الاستقلال الاجتماعي، استخدام بيانات من دراسة Minnesota الطولية للآباء والأطفال. المقابلة وسلم التقييم الذاتي المبني على الدليل الاحصائي DSM.

أما المنهج المستعمل في الدراسات الخاصة بالوسواس القهري هو المنهج الوصفي كذلك، وقد اعتمدت على وسائل تمثلت في استبانة استرجاع خبرات التعلق، والمقابلة التشخيصية مقياس (PSM) لأنماط التعلق، مقياس أنماط تعلق الأقران للأطفال ومقياس بل بروان للأفكار الوسواسية، ومقياس التعلق من بناء جزائري ومقياس اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

كذلك الدراسات الخاصة بمحاولة الانتحار ارتكزت على المنهج الوصفي، أما الوسائل فتمثلت في فرضية آدام (Adam)، الذي يرى أنّ السلوك الانتحاري هو سلوك يرتبط ارتباطا وثيقا بالتعلق ونمطه غير الآمن، فالمحاولة الانتحارية تعكس التوظيف السيء للتعلق، وتحدث نتيجة لعدم القدرة على الشعور الكافي بالأمن. وكذلك المقابلة ومقياس الحرمان العاطفي واختبار الرورشاخ.

لا يختلف المنهج المتبع كذلك في الدراسات التي أقيمت على التعلق والاضطرابات العقلية والنفسية والمتمثل في المنهج الوصفي.

الملاحظ أن المنهج المستخدم في جل هذه الدراسات هو المنهج الوصفي، والذي عادة لايسمح بالدراسة المعمقة على المستوى الفردي، ولهذا جاءت دراستنا مخالفة تماما لما تقدم وذلك اعتمادا على المنهج العيادي، الذي يسمح بالدراسة المعمقة وهذا من خلال تناول كل حالة على حدا. كما أن المقاييس المعتمد عليها في تحديد نمط التعلق هي مقاييس معدلة، بخلاف ماميز دراستنا حيث أنها اعتمدت على مقياس أنماط التعلق الذي تم بناؤه وفق معايير البيئة الجزائرية، إضافة إلى اختبار الرورشاخ النظام المندمج الذي يحدد مؤشرات الاكتئاب والوسواس القهري والكوكبة الانتحارية والتعلق.

9-3-من حيث العينة

اعتمدت جل هذه الدراسات على عينة الأطفال والمراهقين الذين تراوحت أعمارهم مابين 15 و17 و22 سنة. وراشدين مابين 17 إلى 49 سنة، أما حجم العينة أقلها 56 وأكبرها 305 تناولت الذكور والاناث.

وجدنا في هذه الدراسات أن أغلب العينات المعتمد عليها هي الأطفال والمراهقين، وحتى عينة الراشدين الموجودة سواء على مستوى الدراسات الخاصة بالتعلق والاكتئاب أو الخاصة بالتعلق والوسواس القهري ومحاولة الانتحار وكذلك الخاصة بالاضطرابات النفسية والعقلية، أعطت الأهمية للراشدين لكن على المستوى الاحصائي وليس الفردي من جهة، ومن جهة أخرى اعتمدت على دراسة الشخصية وليس الاضطراب أي الجانب المرضي خاصة في الدراسات الخاصة بالوسواس القهري.

9-4-من حيث النتائج

من بين النتائج وأهمها التي توصلت إليها هذه الدراسات هي أن أنماط التعلق المبكرة تكون ذات دلالة بالنسبة لأنماط التعلق الراشد، وأن العلاقة القوية التي توجد بين التعلقات الهزيلة في التنشئة الأولى في مرحلة الطفولة، وفترة المراهقة تلعب دور في نمو الاكتئاب في فترة الرشد. كما أن تاريخ التعلق غير الآمن له علاقة بالاكتئاب في أواخر العمر. وجود علاقة ارتباطية موجبة ما بين التعلق التجنبي والاكتئاب.

كما أوضحت أن أنماط التعلق في الطفولة يمكن أن تُنبئ بنوعية علاقات الراشد في المستقبل، وأن التعلق غير الآمن يرتبط بالاتجاهات ذات الخلل الوظيفي، التي تؤدي بدورها إلى الانخفاض في تقدير الذات، والذي يعتبر السمة الأساسية أو العلامة المميزة لخبرة الاكتئاب.

أما النتائج التي توصلت إليها الدراسات الخاصة بالوسواس القهري، هي وجود علاقة بين الشخصية الوسواسية ونمط التعلق غير الآمن المنفصل، وبين أنماط التعلق وكل من اضطرابات الشخصية الحدية والوسواسية القهرية والتعلق التجنبي والقلق. وجودعلاقة ايجابية بين الشخصية الوسواسية وبين أنماط التعلق الغير آمنة وهي (القلق، التجنبي، المشوش). الإناث أكثر إصابة بالاضطراب من الذكور.

وفيما يخص النتائج التي توصلت إليها الدراسات الخاصة بمحاولة الانتحار، وجود علاقة بين التعلق غير الآمن (التجنبي والقلق والمتناقض) ومحاولات الانتحار، وأن هناك اضطراب حقيقي في العلاقة مع الموضوع الأولي، مع وجود صعوبة كبيرة على مستوى العلاقات البين شخصية. عدم وجود علاقة ارتباطية سليمة والحرمان العاطفي يؤديان إلى مستوى عال من الاكتئاب، مما يزيد من احتمالية المرور إلى الفعل.

أما النتائج الخاصة بالتعلق والاضطرابات النفسية والعقلية، فنجد أن المخططات المبكرة غير المتكيفة للأم تسبب احتمال تطوير الطفل للاضطرابات العقلية والنفسية، كما أن التعلق غير الآمن (المتخوف–المشوش) ينجم عنه اضطرابات الشخصية الحدية، والنمط غير الآمن (المنشغل–القلق) ينجم عنه اضطرابات الشخصية الاعتمادية والبارانويدية والهستيرية، أما التعلق غير الآمن (المنفصل/ المتجنب) ينجم عنه اضطراب الشخصية النرجسية والمضادة للمجتمع والوسواسية القهرية والاكتئاب.

يتضح من خلال هذه النتائج أنها ارتكزت على دراسة العلاقة بين التعلق والاكتئاب وبين التعلق والشخصية الوسواسية إلى جانب اهتمامها بالفروق الفردية، وكذلك بالنسبة لمحاولة الانتحار نفس الشئ، بعكس الدراسة الحالية التي تبحث عن دور التعلق غير الآمن على الصحة العقلية من الجانب المرضي.

مما تقدم يتبين أن جل الدراسات التي أقيمت في هذا الجانب لها عدة اختلافات سواء من حيث الموضوع أو من حيث المنهج والعينة وكذلك الوسائل، دون أن ننسى الهدف المرجو من هذا البحث

الذي يختلف كثيرا عن الأهداف الخاصة بهذه الدراسات، كما أن هذه الأخيرة لم تغطي كفاية الأبحاث فهي تعد قليلة خاصة ما تعلق منها بالراشد.

الفصل الأول

التعلق

الفصل الأول: التعلق

تمهيد

1-لمحة تاريخية عن نظرية التعلق

2-تعريف التعلق

3-المفاهيم الأساسية للتعلق

4-نظريات التعلق

5-النظام البيولوجي والسلوكي للتعلق

6-التعلق عند الطفل والمراهق

7-التعلق عند الراشد

8-إستقرار أنماط التعلق

9-أبعاد التعلق

10-أبعاد التعلق عند بارثولوميو وهورويتز

11-التعلق والتنظيم الاجتماعي

12-الأبحاث العصبية الفسيولوجية حول التعلق

13-إضطرابات التعلق

14-التعلق وأحداث الحياة وعلم النفس المرضي

15-الأمراض العقلية المرتبطة بالتعلق

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر الانسان ذلك الكائن الاجتماعي الذي لا يمكنه أن ينمو وينضج إلا في إطار العلاقة التي يربطها منذ المراحل الأولى من حياته مع موضوع الحب الأول، والمتمثل في الأم أو من ينوب عنها حيث تكون هذه العلاقة كمقدمة لعلاقات لاحقة، وهذا ما يعرف بالتعلق الذي يمثل النواة الأولى في قدرة الفرد على تأسيس علاقات تختلف بمختلف مراحل نموه، وبالتالي استقراره العاطفي وتكيفه الاجتماعي ولهذا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى كافة تفاصيل التعلق.

1-لمحة تاريخية عن نظرية التعلق

في عام 1929 أنهى بولبي Bowlby دراسته في الطب العقلي اختصاص الطفولة، وعمل في مدرسة الأطفال غير المتوافقين، أين اهتم بالعلاقة بين الاضطرابات السلوكية وتاريخ هؤلاء الأطفال، وقد حددت تجربته مع طفلين من هذه المدرسة اهتماماته المستقبلية، واحد منهما كان مراهق منعزل ومتجنب حساس، حيث طرد من مدرسته السابقة بسبب حادثة سرقة، أما الثاني فكان طفل في سن السابعة يعاني من القلق وكان يتتبع باولبي كظله، مما دفع هذا الأخير لتخصص في علم النفس الطفولة. (Bretherton, 1992).

عمل بولبي في سنوات ما قبل الحرب بمستشفى Maudsley ثم من 1936 إلى 1939 عمل مع وينيكوت Winnicott في (Child Guidance Clinic) لينشر سنة 1944 دراسة تتبعيه أقيمت في هذا المركز على 44 سارق من الشباب بعنوان (Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-Life).

وفي سنة 1949 توظف بولبي بـ (Tavistock Clinic) وتحت الرعاية المالية Sir halley Stuart trust وبمساعدة روبرتسون James et Joyce Robertson. قام بدراسة منهجية على مجمل إشكالية تأثير الانفصال عن الأم دون وجود بديل دائم في الطفولة الصغرى ونتائجها على النمو اللاحق للطفل، وقد لاحظ أن هؤلاء الأطفال في سن 6 أشهر يعيشون ضيقا شديدا، هذه الاضطرابات كانت كردود فعل من الاحتجاج واليأس وتلاشي التعلق، واستخلص أن فقدان صورة الأمومة في مرحلة الطفولة الصغرى، حَدثُ بالغ الأهمية في تأسيس الشخصية. (Gaudreault, 1998).

نتيجة للسجل العلمي الدائر حول آثار الحرب العالمية الثانية والحرمان العاطفي، طَلبت منظمة الصحة العالمية من باولبي أن يكتب لها تقريرا عن الوضع، فبعد أن زار الكثير من البلدان الأوروبية والولايات المتحدة، كتب تقريره الشهير (Mental health and maternal care) سنة 1951، لتظهر فيه آثار الانفصال والحرمان العاطفي على الطفل خاصة في السنوات الأولى من حياته، وذلك عن طريق تجميع وسرد عدة دراسات سابقة أهمها دراسة Gesell , Amatruda , Spitz ، كلها تصب في نفس المنحى ومن نتائج الحرمان وجد نقص في العمر العقلي للطفل، وقلة الاهتمام والاستجابة، قلق كبير أمام الغرباء، قلة التعابير الوجهية، قلة المبادرة، نمطية حركية، عدم القدرة على التأقلم مع الوضعيات الجديدة، تأخر لغوي، جمود عاطفي، شحوب، هدوء عام، فقدان الشهية، عدم زيادة في الوزن، ونوم مضطرب. (Katherine,1951).

وفي عام 1952 إلتقى بولبي بـ Konrad Lorenz في جنيف، وزار مخبره بعد سنة أين التقى بهاري هارلو Harry harlow، حيث أظهر اهتمامه بنتائج الدراسات الايثيولوجية، وفي 1958 كتب مقاله بعنوان:(The nature of the child's tie to his mother) أين وضع الأسس الأولى لنظرية التعلق. (Gallien, 2006).

وقد أصدر الثلاثية التي سطرت لنظريته "التعلق" سنة 1969، وهي "الانفصال"، "القلق والغضب" سنة 1973" الفقدان والحزن والانفصال".

ليعمل بمعية Colin Parkes سنة 1962 في Tavistok clinic على دراسة استجابات الحداد عند الراشدين، وآخر كتاب لبولبي كان سيرة ذاتية لشارل داروين، مما يبين تأثير الفكر التطوري في نظريته عن التعلق ليتوفى سنة 1990. (Gallien, 2006).

كانت في السابق الحاجة الأولية الوحيدة لحديثي الولادة هي الحاجة للغذاء، (إشارة إلى النموذج الفرويدي) وتلبية هذه الحاجة تنشأ عن طريق السند (étayage) علاقات تربطه ببيئته، وبالتالي فإن الاحتياجات الفسيولوجية هي التي تُولد الحاجة للآخرين عاطفيا، فكتب بولبي (1986) أن " النظرية الوحيدة في هذه الحقبة ترى أن الطفل يتعلق بأمه لأنها تغذيه". (p.11).

حيث كانت النظرية التحليلية تمجد الرغبات أكثر من العلاقة، في حين يرى بولبي أن الرضيع هو" كائن اجتماعي ينشأ في العلاقة". (Pierrehumbert, 2003 ,p.14).

كما يؤكد على أن "أهمية التعلق للطفل الصغير بفرد ما يشكل له قاعدته الآمنة، ويبني له القاعدة التي من خلالها يستطيع أن ينمو ويستقل بذاته". (Goldbeter- Merinfeld, 2005, p.14).

وقد اقترح مجموعة من الأنظمة الفطرية للسلوكات التي تبحث عن العلاقة، والتي تُصحح في أهدافها عن طريق استجابة المحيط، وعَرف سلوك التعلق على أنه " سلوك فطري يصبو لتقارب الصغير مع أمه وحمايته". (Guedeney A, 2002, p.40).

ومن بين الذين وضعوا بصمتهم في نظرية التعلق نجد ماري أينسوورث (Mary Ainsworth) التي وضعت مفهوم القاعدة الآمنة (Base sécurisant) من خلال الدراسة التي قامت بها على نتائج الانفصال والفطام، وذلك من خلال ملاحظتها لـ 28 رضيع في وسطهم الطبيعي لمدة 9 أشهر، والتي من خلالها توصلت إلى تصنيف الأطفال من حيث أنهم غير متعلقين بأمهاتهم أو متعلقين بشكل آمن أو غير آمن. (Gallien,2006).

حيث تَعتبر ماري أينسوورث "أن القاعدة الآمنة هي صورة للتعلق لاستكشاف العالم المادي والاجتماعي، وأن الفروق الفردية الكبيرة بين الرضع في قدرتهم على استخدام الأم كقاعدة آمنة، متوقفة على سلوكات وحساسية الأمهات واستجابتهن لإشارات أطفالهن". (Reveyrand, 2007, p. 9).

من خلال الدراسات والملاحظات التي قامت بها قننت اختبار موضوعي وهو الوضعية الغريبة (Situation étrange). (Gallien, 2006).

دون أن ننسى مساهمة ماري ماين Mary Main في نظرية التعلق وهي أستاذة في علم النفس وتلميذة ماري أينسوورث، وقد انصب اهتمامها ليس بالبعد السلوكي للتعلق لكن بتمثيلات نماذج التعلق (ما اسماه بولبي بنماذج العمل الداخلية -Modèles internes opérants-MOI)، كما قامت بدراسة تتبعيه للأطفال من خلال استعمال اختبار قلق الانفصال Anxiété de Séparation ومقابلات مع الوالدين، وتوصلت إلى وجود تطابق بين تصنيفات التعلق والوضعية الغريبة والسيرة الذاتية للوالدين، وتوصلت إلى إنشاء وسيلة لتقييم تمثيلات التعلق لدى الراشد أسمتها (مقابلة التعلق للراشدين- Adult Attachement Interview(AAI)). (Gallien, 2006).

توصلت من خلال تحليل المقابلة إلى أربعة تصنيفات:

- واحدة تقلل من التعلق.
- واحدة تعبر عن التعلق من النمط الآمن المستقل.
- واحدة تعبر عن التعلق من النمط القلق.
- واحدة تعكس تجارب صادمة لم تحل بعد.

كان الفضل لها في وضع تصنيف رابع للتعلق عند الرضيع، وهو غير المنتظم والتي رمزت له بالرمز .(D) إلى جانب هذا حددت مع أينسوورث ثلاثة أنواع من الأمهات:

- الأمهات الحساسات والمتكيفات مع أطفالهن، أي تستجبن لاحتياجاتهم ويثق الأطفال في حضورهن.
- الأمهات العشوائيات والغير مستقرات التي لا يمكن التنبؤ بسلوكهن.
- الأمهات المتدخلات والمتجمدات.

في النوعين الأخيرين الطفل يخشى الاتصال بالأم، كما أنها تشكل مصدر قلق بالنسبة له، وتُؤكد أن "التعلق يعتبر سلوكا فطريا يعتمد على المحيط، وخاصة على نوعية التفاعل الموجود بين الطفل والأم". (Reveyrand,2007,p. 122).

في المنظور البسيكوديناميي: نجد أن المتأثرين بكتابات ميلاني كلاين، يرون "أن العلاقة بين الوالدين والرضيع أساسية في نمو الطفل، وهذه الأهمية تعود للتصورات الداخلية لدى الطفل عن الأحداث والمواضيع من حوله، فالتمثيل والعالم الداخلي أهم من المحيط نفسه، فالطفل في علاقة مع الموضوع قبل أن يكون في علاقة مع الأشخاص". (Trabulsy et al, 2000, p.5) .

وعليه فالعلاقة حسب الكلاينيين ما هي إلا تطور ثانوي للعالم الداخلي للطفل.

يرى السلوكيون أن نوعية العلاقة بين الطفل ووالديه تنشأ من الأم التي تمنحه الرعاية والتغذية، فالتفاعل والعلاقة التي تتطور ماهي إلا نتاج الإشراط الكلاسيكي الذي يربط بين المواقف الممتعة والضرورية مع الشخص الذي يقوم بها.

يؤكد Winnicott "أن التعلق بالموضوع الانتقالي لا يمكن أن يتكون إلا إذا شهد الطفل رعاية الأم الجيدة بالكفاية، وبالتالي أهميته بالنسبة لنمو الطفل". (Hobara, 2003, p.176).

بعكس ما يراه بولبي أنه لا يوجد ما يكفي لتدعيم أهمية الموضوع الانتقالي لمسار النمو، ويرى "أن هذه المواضيع (الانتقالية) هي بباسطة بدائل للأم أو الحاضن عندما يكون هؤلاء الأشخاص غير متوفرين، وأن هذه المواضيع تستعمل كوظيفة تهدئة وكذلك تعزز العلاقات المقبولة مع الأفراد". (Hobara, 2003, p. 177).

وهذا يعني أن الأطفال يستطيعون أن يكون لهم نمو طبيعي، دون اللجوء إلى التعلق بالموضوع الإنتقالي إذا كان الراعي الأولي دائم الحضور.

يرى بولبي "أن قلق الانفصال المرضي يكون متعلقا بالتعلق غير الآمن من النوع المتناقض لدى الطفل، في هذا النوع من التعلق الطفل غير متأكد أن الوالد متوفر، ويستجيب له إذا ناداه، وبذلك الطفل الذي يخضع لقلق الانفصال، يفضل الالتصاق بالشخص الذي يرعاه ويدعم سلوكاته للاستكشاف". (Russell, 1973, p.35).

في مقال لكل من Estes Hayllet et Johnson Princeps (1956) اعتبروا أن "قلق الانفصال الباثولوجي هو حالة من الاعتمادية المتبادلة والمفرطة بين الأم وأحد أطفالها". (Wendland,2011, p.15).

أما الدراسات حول العلاقات بين الراشدين بدأت مع دراسات Bowlby et Parkes (1970-1972) عن الحداد عند الراشد والانفصال الزواجي فكانت بفضل أعمال Weiss ما بين (1973-1977) وأحدث كل من Shaver et Hazan (1988) تجديدا في هذا الموضوع من خلال وضع أنماط للتعلق عند الراشدين مع تحديد لكل نمط سمات وخصائص والتي يتم توضيحها لاحقا.

دون أن ننسى اسهامات Bartholomew et Horowitz (1991) الذي طور النماذج العاملة الداخلية عند الراشد وحدد من خلالها نموذجا خاصا بكل نمط من أنماط التعلق.

يمكننا القول إن البداية في تاريخ نظرية التعلق لجون بولبي كانت من الطب العقلي، والدراسات التي اهتم بها من اضطرابات السلوك والانفصال والحرمان العاطفي. وأن تأثره بالدراسات الايثيولوجية والفكر التطوري استطاع أن يضع الأسس الأولى للنظرية التعلق.

ليواصل مشواره كثير من الباحثين من أجل تطوير نظرية التعلق أمثال: ماري أينسوورث (Mary Ainsworth) وماري ماين(Mary Main) ، وهازان وشافير(Hazan et Shaver) ، وبارثولوميو وهوريتز (Bartholomew et Horowitz).

2-تعريف التعلق

سنتطرق إلى مجموعة من التعاريف لمختلف العلماء والباحثين للتعلق، حتى يكون مفهوم هذا الأخير أكثر وضوحا ودقة.

2-1-تعريف التعلق لغة

جاء التعلق في اللغة من كلمة عَلِقَ، يقال عَلِقَ بالشيء عَلَقاً أي نشب فيه وتعلق به، وتعلق تعني نشوب الحب بقلب المحب حتى لا يكاد يفارقه، وفي مختار الصحاح يعني التمسك والتشبث والارتباط، ويقال عَلِقَ فلان فلانا به أي تمكن حبه في قلبه، أي تعلق واستمسك. (مجمع اللغة العربية، 2003، ص. 431).

2-2-تعريف التعلق اصطلاحا

يرى بولبي(Bowlby) أن التعلق هو "حاجة أساسية لا يمكن تجاهلها أو إهمال إشباعها وإلا أصيبت الشخصية بالضرر وأعيق نموها، ويرى أن الأطفال يولدون ولديهم الحاجة إلى الحب وإقامة العلاقات الحميمة مع الأشخاص يمدونهم بالحب والمساندة والتقبل". (كرم الدين، 2001، ص. 11).

كما يراه على أنه "نظام حيوي سلوكي (يقصد موجود داخل العقل) هدفه التنسيق بين البحث عن الأمان (عن طريق التقرب من الأشخاص ذوي دلالة في حياته)، والرغبة في استكشاف العالم بما فيه من مخاطر أي أن الطفل يسعى لتحقيق الهدفين معا". (Bowlby ,1979, p. 65).

أما ماري أينسوورث (Ainsworth) فتعرفه على أنه "رابطة وجدانية مستمرة لفترة طويلة نسبيا، يكون فيها الشريك كفرد هام وفريد في التعامل المتبادل، وهناك رغبة في الحفاظ على القرب من الآخر". (Ainsworth,1999, p. 55).

كما يعرفه كل منهما (بولبي وأينسوورث) على أنه:" رابطة انفعالية قوية يشكلها الطفل مع مقدم الرعاية الأساسي، وتصبح فيما بعد أساسا لتحقيق علاقات الحب المستقبلية". (أبوغزال & جرادات، 2009، ص. 45).

في حين عرفه كيني "بأنه رابطة انفعالية قوية تنمو بين فرد وآخر وتعزز الاستقلال والأمن النفسي لدى الفرد مما يساعده على النمو الاجتماعي والانفعالي السليم". (Kenny, 1994, p. 399).

أما شافير Shaver فيعرفه على أنه "علاقة عاطفية قوية بين شخصين تتميز بالتبادل العاطفي والرغبة في المحافظة على القرب بينهما، ويكون التعلق الرئيس للطفل بأمه إلا أنه قد يتشكل تعلق بأفراد آخرين ممن يتفاعلون معه بشكل منتظم كالأب أو أحد الجدين أو بعض الأقارب" .(Hazan, 1987, p. 99).

ويرى كفافي "أن رابطة التعلق بالوالدين والأصدقاء لا تنفصم عراها، وهي تستمر بالتأثير في مختلف أشكال السلوك لدى الفرد حتى مرحلة الرشد، وأن رابطة التعلق إذا كانت آمنة وايجابية فهي تدفع إلى التعاطف والتفاعل الايجابي مع الآخرين". (كفافي، 1997، ص. 198).

أما إسماعيل يعرف التعلق على أنه "مظهر من مظاهر السلوك الانفعالي والاجتماعي عند الفرد في العلاقات مع الآخرين إذ يظهر في السنوات الأولى من العمر ويستمر فترة طويلة في الحياة". (إسماعيل، 1986، ص. 151).

ويستخدم مفهوم التعلق في الصحة النفسية ليشير إلى" القدرة الكلية على تكوين العلاقات مع الآخرين".(Bruce, 2018, p. 5) .

لقد أعطت بي (Bee 2002) تعريفا جديدا للتعلق حيث تقول: "أنه رابطة عاطفية قوية تجمع بين شخصين ينتج من خلال علاقتهما شعور بالأمن، وتعلق الطفل بشخص الذي يرعاه مهم في حياته لأنه يحدد درجة الثقة التي يمتلكها، والتي تكون بمثابة الحافز لتجاربه الحياتية اللاحقة واستكشافاته للمحيط الذي يعيش فيه، والطفل الذي لا ينجح في إرساء دعائم علاقة حميمة وتقارب مع الشخص الذي يلبي احتياجاته سوف يعيش اضطرابات في الشخصية، ويواجه مشاكل اجتماعية عديدة في حياته اللاحقة". (Dumontier, 2009, p. 78).

كما يُعرف بأنه "ظاهرة نمائية انفعالية تَحدث منذ الولادة وتستمر حتى سن ثلاثة سنوات، والتعلق يتضمن علاقة حميمة بين الطفل وشخصية التعلق (الأم عادة)، حيث يُشبع الطفل ضمن هذه العلاقة حاجاته الفسيولوجية والنفسية، ويلعب دورا مهما في بناء الجانب الانفعالي والاجتماعي من شخصية الطفل". (علي محمد، 2013، ص. 108).

يختلف الأطفال في درجة التعلق بالكبار، ويرجع ذلك إلى أمرين أحدهما يتصل بالخصائص التكوينية للطفل، حيث أن الأطفال مختلفون من حيث المستوى الأمثل للاستثارة التي يحتاج إليها كل منهم. أما الأمر الثاني فيرجع لعوامل بيئية أي إلى الأفراد المحيطين بالطفل إذ أن بعض هؤلاء يستطيعون استثارة الطفل أكثر من غيرهم، بحيث أنه إذا وجد الطفل من يُشبع له حاجاته إلى الاستثارة بالدرجة التي تتفق مع المستوى الأمثل له، فإن مثل هذا الشخص هو الذي يفضله الطفل على غيره من حيث التعلق، أي أن الطفل يتعلق بهذا الشخص بدرجة أشد من غيره. (علي محمد، 2013).

أما التعلق عند الراشد فيعرف على أنه" موضع الفرد تجاه نفسه وأيضا تجاه العالم من حوله، ويستند على خبرات الشخص مع صور التعلق في طفولته". (Stanojevic, 2004, p. 99).

يفهم من هذا التعريف أن التعلق عند الراشد يأخذ معنى الأبعاد وليس الأنماط، وذلك من خلال بعد الذات وبعد الآخر والذي يكون إما إيجابي أو سلبي، وهذا طبعا من خلال الأنماط التي استدخلت خلال الطفولة والخبرات المعاشة مع صور التعلق والمعبر عنها بالنماذج العاملة الداخلية.

ومن خلال هذه التعاريف يمكننا أن نقول بأن التعلق هو حاجة ورابطة عاطفية انفعالية ومظهر من مظاهر السلوك، مهمة وضرورية تربط بين الطفل ومقدم الرعاية، هدفها البحث عن الأمان والرغبة في الاستكشاف وهي أساس تحقيق التوازن العاطفي والنفسي العقلي والانفعالي والاجتماعي، وتلعب دورا مهما في بناء كل جوانب الشخصية، كما تتوقف عليها كل الاختيارات لعلاقات الحب المستقبلية، التي تستمر في التأثير على مختلف أشكال السلوك حتى مرحلة الرشد، وأي إهمال (التعلق) يؤدي إلى اضطرابات في الشخصية ومشاكل اجتماعية في حياة الانسان. كما أن التعلق يأخذ مفهوم الأنماط عند الطفل لأنه بصدد تكوين تمثيلات تصبح فيما بعد نماذج عاملة داخلية عند الراشد.

لا يمكن فهم نظرية التعلق إلا بالتطرق إلى مفاهيم تعد مهمة وأساسية، ولهذا سنقوم بتوضيحها قبل التطرق إلى هذه النظرية.

3-المفاهيم الأساسية للتعلق

3-1-سلوك التعلق

عندما نتحدث عن سلوك التعلق فإننا نتحدث عن نوعين من السلوكات، السلوكات التي يستخدمها الطفل لجذب مقدم الرعاية وهدفها تعزيز التقارب، والسلوكات التي يقوم بها الوالدين والتي تسمح بالتقرب والراحة لدى الطفل.

3-1-1-النوع الأول

هو كل سلوك يعزز التقارب بين الطفل ومقدم الرعاية، فهو كل السلوكات التي تنبه الأم برغبات طفلها وتبين حاجات الطفل للتفاعل مع مقدم الرعاية.

فحسب قيدناي وقيدناي "سلوكات التعلق هي كل سلوكات الرضيع الموجهة نحو تعزيز التقارب، والمتمثلة في سلوكات الابتسامة، المناغاة، البكاء... الخ". (Guedeney.N & Guedeney. A, 2005, p. 124).

فخلال النمو تتطور هذه السلوكات عند الطفل وتصبح سلوكات نشطة كالمشي مثلا، والتي تجعل من الطفل هو الذي يلجأ إلى مقدم الرعاية بالتقرب إليه، فهو مبادر وفعال في التعلق من خلال هذا السلوك. كما يؤكد Guedeney على أن "كل سلوك يسمح للطفل بالارتباط والحفاظ على التقارب مع بعض صور التعلق المفضلة والمميزة يمكن اعتبارها كسلوك للتعلق" (Guedeney. N& Guedeney. A, 2005, p. 124) .

يصف Bowlby سلوكات التعلق "بأنها تمثل المهارات الفطرية الخمسة للتعلق، وهي سلوكات المص، والتشبث، والبكاء، والإبتسامة، ومتابعة النظر".(Bowlby, 1969, p. 27) .

يحدد بولبي دوافع وأهداف هذه السلوكات حيث يرى: "أن الأطفال الصغار لديهم خمسة أنواع من السلوك المحدد تساعدهم على إحداث وابقاء الاتصال بالراشدين وهي التشبث، المص، الملاحقة تعمل على ابقاء الاتصال بالنوع، أما البكاء الابتسامة فيجعلان الراشد يقوم بالاتصال الاجتماعي مع الطفل، ومع نضج الطفل تتكامل هذه السلوكيات وتتركز حول الأم وتكون الأساس للتعلق بها، ومع

التقدم في السن، فإن السلوك يفترض أن يتحول من الاتصال البدني بالأم إلى اتصال أكثر بعدا، بما في ذلك التأييد الانفعالي". (عبد المعطي، 2000، ص. 102).

3-1-2-النوع الثاني

حيث يعرفه بولبي على أنه " مجموعة السلوكات الوالدية التي تتضمن الرعاية الجسمية والعاطفية للطفل".(Guedeney, 2006, p. 59) .

كما يقترح Cassidy تسمية (Caregiving) "على مجموع السلوكات الوالدية التي تعمل على تحفيز التقرب والراحة للطفل في حالة ادراكهم بأنه في خطر أو ضيق، ومن بين هذه السلوكات نجد الضم، النداء، العناق، الإمساك...الخ". (Guedeney, 2006, p. 59) .

وعليه فإن كل سلوك يهدف ويعمل كسلوك للتعلق والتقارب يعتبر سلوك للتعلق، بغض النظر عن نوعية هذا السلوك أو اتجاهه سواء كان من الطفل إلى الوالدين أو من الوالدين إلى الطفل، كما أنه كلما يتقدم الطفل في العمر تتنوع سلوكات التعلق، وتتغير كذلك من طرف مقدم الرعاية وتصبح أكثر تعقيدا.

3-2-صورة التعلق: Figure d'attachement (FA)

تتمثل صورة التعلق في كل شخص يدخل في علاقة مع الطفل، ويستجيب لحاجاته ومتطلباته حيث يعتبر بولبي صورة التعلق "بأنها الصورة التي يُوجه إليها الطفل سلوك التعلق، فصورة التعلق تكون متدرجة بناء على مقدم الرعاية والرعاية التي يقدمها، ومدى قدرته على فهم حاجات الطفل والاستجابة لها والتفاعل معه. (Bowlby, 1984, p. 45).

فالطفل يخلق بقابلية للارتباط فطريا، فكلما وجد مقدم الرعاية محفز لهذا الارتباط ومشجع له، كلما تطور عند الطفل الارتباط أكثر حتى يُكون صورة للتعلق متميزة، تستمر معه طوال الحياة وتصبح ملجأ له عند الحاجة أو عند التعرض إلى الخطر.

3-3-العلاقة الارتباطية بين صورة التعلق وسلوك التعلق

تعتبر العلاقة بين صورة التعلق وسلوك التعلق مهمة جدا، بكونها تساهم في تكوين نظام أساسي وهو ما يعرف بنظام التعلق والذي سنوضحه.

3-4-نظام التعلق: Système d'attachement (SA)

حسب بولبي نظام التعلق هو نظام نشط بإستمرار، فالطفل عندما يدرك العوامل المحيطة به كمؤشرات آمنة يتوجه نحو أهداف ونشاطات أخرى، مع استمرار النظام في مراقبة المحيط كمنبع محتمل للضغط، أما في حالة إدراك هذه العوامل كمؤشرات على الخطر يتم تفعيل نظام التعلق من خلال البحث عن الاتصال والتقارب مع صورة التعلق، وعدم الشعور بالرضا إلا بالارتباط معها. (Bowlby, 1984)

ففي نظر بولبي نظام التعلق يسمح بالتوجه نحو العالم الخارجي، ويتم تنشيط هذا النظام في حالة وجود الخطر وعدم الإحساس بالأمان، فهذا النظام يعتبر كعامل للحماية بالرجوع إلى مصدر الأمان المتمثل في صورة التعلق من خلال الاتصال والتقارب، كما أنه يمنح الطفل الإحساس الفارقي بين الخطر والأمان فهو نظام تنبيهي. كما أنه يتطور هذا النظام حسب قيداناي وقيدناي عَبْرَ ثلاث مراحل وهي:

- من 0 – 6 أشهر وهي مرحلة تأسيس سياق التمييز.
- من 6 أشهر– 3 سنوات وهي مرحلة تأسس مخططات التعلق بناءًا على أنظمة التغذية الرجعية.
- بعد ثلاثة سنوات تتكون العلاقة التبادلية.(Guedeney. N& Guedeney. A, (2005 .

يتضمن نظام التعلق جملة من الأنظمة تسمى بالأنظمة التحفيزية الكبرى وهي:

3-4-1-نظام الاستكشاف: Système d'exploration

يولد الطفل مزود فطريا برغبة الاستكشاف ومعرفة المحيط الخارجي، لتوسيع ادراكاته ومعلوماته ويرتكز هذا الاستكشاف على ضرورة وجود القاعدة الآمنة للتعلق، التي تسمح له بالابتعاد عن صورة التعلق واللجوء إليها مرة أخرى عند شعوره بالخطر أو أي تهديد خارجي.

فحسب بولبي "فإن التعلق يوفر التوازن بين سلوكات الاستكشاف وسلوكات البحث عن التقارب، مع الأخذ بعين الاعتبار وجود صورة للتعلق والخطر الموجود في المحيط المادي والاجتماعي". (Bowlby, 1984, p.37).

وبالتالي لن يكون الاستكشاف إذا لم يتمكن الطفل من إدراك صورة التعلق، ومدى توفرها عند الحاجة من جهة ومن جهة أخرى قدرته على التعرف على المخاطر الموجودة في محيطه.

3-4-2-نظام الانتماء: Système d'affiliation

حسب بولبي هذا النظام "هو تسجيل استجابة الطفل لوضعية الخطر المدرك، كما يتقاسم هذا النظام نفس العوامل المنشطة له مع نظام التعلق، ويظهر مع نهاية السنة الأولى". (Bowlby, 1984, p. 45).

وعليه فهذا النظام يتطلب قدرة الطفل على المراقبة وادراكه للخطر وردود الأفعال التي يستجيب بها الطفل في هذه الحالة، كما أن مشاعر الخوف والقلق تعتبر مشاعر منبهة عن وجود تهديد خارجي، وبالتالي تفاديه والتعامل معه بالصورة المناسبة.

3-4-3-قاعدة الأمان: Base de sécurité

يتوقف بناء قاعدة الأمان عند الطفل على مقدم الرعاية، الذي يمثل السند والحماية والملجأ عند الخطر، فكلما توفرت لدى الطفل قاعدة الأمان كلما كان منطلقا في العالم الخارجي ومستكشفا لما حوله، وكل هذا يتوفر من خلال مقدم الرعاية ودوره الفعال في التعامل مع الطفل، وذلك من خلال الإبتعاد والإقتراب من صورة التعلق حسب تمييزه للخطر، وفي كل الأحوال الطفل يرتبط بمقدم الرعاية سواء كان هذا الأخير سلبي غير موفر للحماية أو العكس إيجابي يوفر الحماية والأمن.

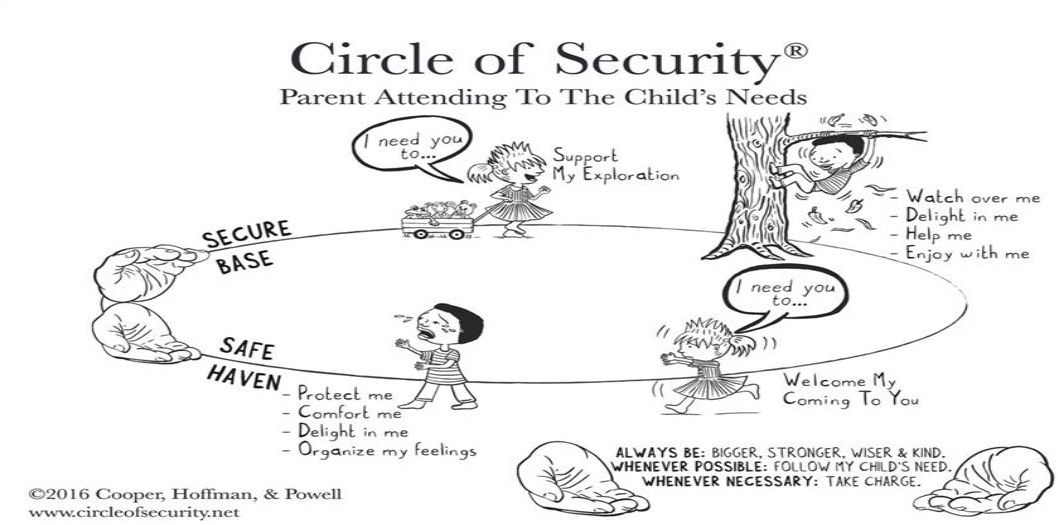
وهنا تتميز نظرية التعلق عن نظرية السند وهذا ما تؤكده قيدناي وقيدناي أن قاعدة الأمان "هي بمثابة الثقة بمقدم الرعاية الذي يوفر السند والحماية، وهذا مهما كان سن الفرد، حيث يمثل التقارب الجسدي عاملا مهما في المراحل الأولى من الحياة ليصبح تدريجيا مفهوم الأمن عقلاني وإنفعالي(Mentalisé et émotionnel) . (Guedeney.N& Guedeney. A, 2005).

3-4-4-دائرة الأمان: Le cercle de sécurité

يُعتبر التوازن بين الإستكشاف والحاجة إلى السلامة عند الطفل مُهما وأساسيا في النمو السليم حيث تمنح صورة التعلق له الشعور بالأمان والرفاهية، مما يسمح له بإستكشاف البيئة (أساس الأمن) وعندما يكون في خطر يمكنه العودة إلى صورة التعلق، ليجد ما يحتاج إليه من خلال هذا القرب إلى مقدم الرعاية والتي عادة تكون الأم، يحس بالحماية والراحة والطمأنينة والأمان الذي يمكنه مرة أخرى للانطلاق إلى البيئة الخارجية، كل هذه التفاعلات المفيدة تساعده على تنظيم العواطف والمساهمة في تنميتها والتأثير عليها طوال الحياة. (Cooper et al, 2000).

يمكن أن نستنتج أن دائرة الأمان بالنسبة للطفل تعتبر كمحفز للاستقلالية والإعتماد على النفس والشعور بقيمة الذات وبالتالي الثقة بالنفس والصورة الإيجابية للذات، كما أنها تطور ذكاء الطفل ومعارفه وقدراته وتغذي فضوله المعرفي، من خلال حب الاستكشاف للعالم الخارجي دون خوف أو شعور بالخطر، والعودة مرة أخرى إلى صورة التعلق، وهذا كله يساعد على نمو الشخصية بشكل متوازن وتطوير خبراته في الحياة، وهذا طبعا ما يحتاج إليه الشخص المتزن السوي.

شكل رقم 1: *دائرة الأمان (Cooper et al,2000)*



Toujours : être plus grand, plus fort, plus sage et bienveillant

Quand c'est possible : suivre mon enfant

Quand c'est nécessaire : prendre charge

4-نظريات التعلق

بعد التكلم عن المفاهيم الخاصة بالتعلق والمهمة التي لا يمكن أن يفهم التعلق إلا من خلالها سنتطرق إلى نظريات التعلق، وهي في الحقيقة اختلفت في تفسيرها للتعلق فكل نظرية ارتكزت على جانب محدد من الجوانب الإنسانية، وهذا ما سنعرضه من خلال التطرق إلى كل نظرية ووجهة نظرها للتعلق.

وكإشارة سنحاول التوسع أكثر في نظرية التعلق لِبُولبِي، بكونها هي الأساس الذي نعتمده في بحثنا هذا، أما باقي النظريات نتطرق إليها بصورة سطحية.

4-1-نظرية التحليل النفسي

اعتمدت هذه النظرية على الحاجات البيولوجية للطفل، حيث أنه يتعلق بأمه لأنها تغذيه عن طريق الثدي الذي يعتبر محرك للطاقة اللبيدو (المحرك الأساسي)، وبالتالي مبدأ اللذة يفوق على مبدأ الموضوع (الأم)، فالطفل يتعلق بها بدافع البحث عن اللذة المتمثلة في الإشباع البيولوجي والنفسي الغذاء من جهة والشعور باللذة من جهة أخرى. وقد تحدث فرويد عن علاقة الطفل بالأم بصفة صريحة سنة 1938 حيث وصف هذه الصلة "كفريدة من نوعها، لا نظير لها، دائمة، أول وأقوى موضوع حب، ونموذج للعلاقات اللاحقة لكل من الجنسين". (Guedeney A, 2004, P. 40).

ومن هنا يتبين أن نظرية التحليل النفسي اعتمدت على الجانب النفسي الباطني أكثر من اهتمامها بالجانب العلائقي، واقتصرت على مبدأ اللذة في التعلق بالأم وجعلت من دافع الطفل للتعلق هو الحاجة البيولوجية للغذاء.

4-2-النظرية السلوكية

ترى هذه النظرية أن الطفل الصغير يتعلم أن قرب الأم يعني اللذة والرضا، وبمعنى آخر افترض علماء التعلم أن الأم تعطي دلالة للتخلص من عدم الراحة، وقد افترضوا أيضا أن الطفل المضطرب أو الخائف أو الذي لا يشعر بالراحة يبحث عن والدته كمصدر للتخلص من الخوف، أو غيره من المضايقات، وطبقا لما ذكره روبرت بيجوRobert Bugeaud (1969) " فإن الأم نفسها كمثيرة تصبح متميزة كزمان ومكان إما لإضافة معززات إيجابية لبيئة الطفل الصغير أو لنقص المعززات السببية فيها، وبالتالي فإنها تكتسب وظيفة تعزيزية إيجابية، وترسخ الأساس للنمو الإجتماعي بعد ذلك لطفلها الصغير". (عبد المعطي، 2000، ص. 288).

يتضح من خلال هذه النظرية التي لا تختلف من حيث المبدأ عن نظرية التحليل النفسي في جعل الدافع للتعلق هو الحاجة، والمتمثلة في البحث عن الراحة والتخلص من المضايقات بمختلف أنواعها فهي تركز كذلك على مبدأ اللذة غير أنها فقط ترى أن التعلق سلوك متعلم، فعلى سبيل المثال الأم التي تقوم بإشباع جوع الطفل (حافز أولي) وبذلك يصبح وجودها حافزا ثانويا متعلما لأنه اقترن بشعور الطفل بالراحة والشبع، ونتيجة لذلك يتعلم الطفل تفضيل كل المثيرات المرافقة للإطعام مثل الابتسامة والعناق والكلمات الدافئة، وبذلك يتكون التعلق بالأم وينطبق هذا الأمر على التعلق بالآخرين ذلك أن التعلق بالآخرين يخفض حوافز معينة لدى الفرد.

هذا ما دفع علماء النفس لسنوات عديدة إلى التمييز بين الدوافع الأولية (البيولوجية) من جهة والدوافع الثانوية (الاجتماعية) من جهة ثانية، إلا أنه ظهرت نظريات جديدة رأت أن الاهتمام الاجتماعي دافع انساني متميز وأولي.

فنتائج الدراسات العلمية تميل لترجيح وجهة نظر باولبي على النظريات التقليدية والأخذ بنظرية اشباع الحاجة في تفسير النمو الاجتماعي. (عبد اللطيف، 2011).

وعليه سنقوم بعرض نظرية التعلق عند باولبي بأكثر توسع، لأنها النظرية التي نتبناها في بحثنا هذا.

4-3-نظرية التعلق لـبولبي

تأثر بولبي (1969،1988) إلى حد كبير بالنظرية الإيثولوجية بشكل عام، ولكن بشكل خاص بدراسة لورنز Lorenz (1935) للتطبع. حيث أظهر لورنز أن التعلق مسألة فطرية (في صغار البط) وبالتالي فإن له ضرورة في البقاء.

فأثناء تطور الجنس البشري كان الأطفال الذين يبقون بالقرب من أمهاتهم هم الذين يستطيعون البقاء على قيد الحياة، وعليه افترض بولبي أن كلا من الرضع والأمهات قد طوروا حاجة بيولوجية للبقاء على ترابط مع بعضهم البعض، وعلى هذا الأساس بنى بولبي نظريته في التعلق.

فهو يرى أن الطفل يأتي إلى العالم مبرمج بيولوجيًا مسبقًا لتكوين روابط وعلاقات مع الآخرين، لأن هذا يساعده على البقاء على قيد الحياة.

وللطفل حاجة فطرية غريزية إلى الارتباط بشخصية تعلق رئيسية واحدة، يسمى هذا النمط من التعلق مونوتروبي "Monotropy" حيث يشير مفهوم المونوتروبي إلى وجود علاقة واحدة أكثر أهمية من البقية، أي أن التعلق أحادي التوجه بمعنى أن الطفل له القدرة أن يتعلق بعدد من الأشخاص لكن الرابطة الرئيسية تتشكل فقط مع الأم، ويرى أن هناك فترة حرجة للتطور في التعلق وهي فترة (سنتان ونصف)، فإذا لم يتم تطوير أي تعلق خلال هذه الفترة الزمنية، فقد لا يتم هذا التعلق على الإطلاق.

كما يؤكد على أن المربي الأولي للرضيع يوفر قاعدة آمنة يمكن للطفل من خلالها استكشاف العالم وادراكه كمأوى آمن، وذلك عندما يختبر الطفل الضيق والانزعاج وعندما يُفعل النظام السلوكي

للتعلق ويبادر ويبدأ بسلوكات التعلق: كالبكاء والصراخ أو البحث عندما يشعر بأنه مهدد أو خائف أو عندما يدرك أنه لا يمكنه أن يصل إلى المربي بسهولة ويسر وأن هذه السلوكات تساعده على استعادة التوازن وكسب الأمان ثانية، وإذا كان المربي بصورة متكررة غير مستجيب أو غير متوفر فإن مشاعر الابتعاد وسلوك الانفصال يبدآن في التطور والظهور من خلال ثلاثة مراحل تبدأ بالاحتجاج ثم بالحزن والاكتئاب، وتنتهي بالابتعاد وانفصال عاطفي دائم وعميق ويرفض الأم عند ظهورها مرة ثانية. كما يرى أن الحرمان من (الأم) قد يؤدي إلى صعوبات معرفية واجتماعية وعاطفية طويلة المدى عند الرضيع. (معاوية، 2006).

إن عمل (بولبي) يختلف عن عمل فرويد واعتمادا على علم دراسة السلوك الحيواني (فرع من البيولوجيا يركز على دراسة الحيوانات في بيئتها الطبيعية)، أشار بولبي إلى ظهور نظام سيكولوجي يتم من خلال العلاقة بين الطفل والوالدين بشكل خاص، وقد أسماه بنظام سلوك التعلق.

حيث يعتبر نظام سلوك التعلق (Le système comportementale d'attachement –SCA) تبعا لـ بولبي "سلوكا داخليا" أي أن كل الناس لديهم نفس النظام نتيجة ما وهبهم الله بيولوجيا، بحيث يكون لهذا النظام (سلوك التعلق) أهمية تحفيزية أو دافعية، فالنظام يحفز الطفل الصغير على الاقتراب من مقدمي الرعاية (البحث عن الاقتراب الجسمي) وخاصة عندما يكون هناك تهديد في البيئة.

فيتعلق الطفل الصغير بالكبار من أجل الراحة والأمان، وبعد ذلك يحصل الطفل على إحساس أكبر بالأمان في علاقته بالكبار خلال التطور، ويوفر الاقتراب من الشخصيات الكبيرة (قاعدة أمان) لاستكشاف البيئة. (كايد ضمرة، 2017).

تتنبأ نظرية التعلق بآثار عمليات التطور والتي تتضمن التعلق لفترات طويلة من العمر، ويعتمد هذا التنبؤ على المنطق الآتي: تخلق علاقات الطفل – الوالدين تمثيلات عقلية ذات طابع رمزي لدى الطفل تتطلب الذات ومقدمي الرعاية، وتسمى التمثيلات العقلية هذه بالنماذج العاملة الداخلية (MOI) حيث تحتوي على معتقدات مجردة وتوقعات عن الآخرين المهمين، وهي تشتمل على تمثيلات عقلية لفهم الذات والعالم والآخرين، وفي سن الثالثة تصبح جزءا من شخصية الطفل وتؤثر على فهمه للعالم وتفاعلاته المستقبلية مع الآخرين، ومقدم الرعاية الأساسي يعمل كنموذج أولي للعلاقات المستقبلية عبر هذه النماذج والتي تتضمن ثلاث سمات رئيسية:

- نموذج للآخرين باعتبارهم جديرين بالثقة.

- نموذج للذات باعتبارها ذات قيمة.
- نموذج للذات بنفس الفعالية عند التفاعل مع الآخرين.

فهذا التمثيل العقلي هو الذي يوجه السلوك الاجتماعي والعاطفي المستقبلي، حيث تُوجه هذه التمثيلات استجابة الطفل للآخرين بشكل عام.

لقد أدركت نظرية التعلق لـ باولبي "الفروق الفردية في التعلق حيث مارس الأطفال على اختلافهم أنواعا مختلفة من التفاعلات مع مقدمي الرعاية، مهما اختلف الوالدان في كيفية استجابتهما لحاجات الأطفال الصغار، فالفروق الأبوية تخلق فروقا في النماذج العاملة الداخلية عند الطفل، وفروقا في التمثيلات العقلية والتي بدورها تسهم في إظهار الفروق في سلوك الأطفال والانفعالات الخاصة بالتفاعلات مع الآخرين المهمين". (كايد ضمرة،2017).

يتضح مما تقدم أن بولبي أعطى أهمية كبيرة للتعلق وجعله أساسا لضمان البقاء في الحياة، كما أوضح الأهمية الكبرى للمربي والمتمثل في الأم التي تكون المسؤولة الأولى عن استقرار شخصية الطفل وتوازنها وقدرته على إقامة علاقات مستقبلية متكيفة وناجحة. كما يقول وينيكوت (Winnicott) "بدون وجود شخص خاص موجه تبعا لحاجات الطفل، لا يستطيع الرضيع أن يجد صلة أو رابطة بالواقع الخارجي، وبدون وجود شخص يوفر اشباع مرضي للحاجات البيولوجية الأولية، لا يستطيع الطفل أن يعثر على جسمه، ولا يمكنه أيضا أن يطور شخصية متكاملة، وبدون شخص واحد يحبه ويكرهه، لا يكون الطفل قادرا على معرفة أن الشخص الذي يحبه ويكرهه هو نفس الشخص، وبالتالي لا يستطيع أن يشعر بالذنب والرغبة في التعويض واعادة البناء". (أحسن جاب الله، 2015).

إضافة إلى هذا أن اعتماد بولبي على علم الايثيولوجيا ونظرية التطور وعلم النفس النمو، كان مهما ومفيدا جدا في وضع الأسس الأولى لنظرية التعلق، وأهم شيء توصل إليه هو النماذج العاملة الداخلية التي تسمح بمعرفة التمثيل العقلي عند الطفل والذي يكشف عن البرنامج الخاص بالتعلق عنده ويتحكم في نظرته وادراكه للعالم والذات والآخرين، مما يسمح بالتنبؤ لاحقا للعلاقات التي يتخذها الطفل مستقبلا.

دون أن ننسى أنه في نفس الوقت الذي تحدث فيه باولبي Bowlby (1973-1988) عن روابط التعلق والنماذج الداخلية العاملة، قامت ماري أينسوورث وزملاؤهاMary Ainsworth (1978) بتطوير

المسودة الأصلية للموقف الغريب، لمراقبة ردود فعل الأطفال الرضع لوجود وغياب وعودة المربي، وقد حددت أينسوورث وزملاؤها ثلاثة أنواع من التعلق وهي:

التجنبي، والآمن، والقلق–المقاوم، وذلك استنادا إلى سلوك الأطفال نحو الأمهات، عندما يشعر الأطفال بالضيق والانزعاج، وعندما يواجه الأطفال غياب الأم وهم في موقف غريب، يعبر الأطفال التجنبيون عن أقل درجة من الضيق، وأقل درجة من الارتياح عند عودة الأم، ويتحرك الأطفال ذو التعلق الآمن للسعي والحصول على التلامس الجسمي مع الأم عند عودتها ويرتاحون بسرعة، ومن ثم يستمرون في الاستكشاف واللعب، وأخيرا يتميز الأطفال ذوو نمط التعلق القلق–المقاوم بإظهار مزيج من سلوك الغضب والسعي للقرب الجسمي.

يقترح العالمان ماين وسولومن Main et Solomon (1990) نوعا رابعا: هو التعلق غير المنظم لوصف الأطفال الرضع، الذين يظهرون سلوكا أقل ترابطا واتساقا كالسلوك المتناقض، الذي يحدث على نحو متعاقب، أو في آن واحد (مثلا التجنب ثم السعي للتلامس والاقتراب الجسمي)، الهدوء والانزعاج أو الجمود. (كايد ضمرة،2017).

لقد أشارت أينسوورث Answorth (1989) إلى التعلق باعتباره متصلا عبر دورة الحياة، ويؤثر في أوجه النشاط المختلفة ومن أنماط متباينة من الروابط الوجدانية فيما بعد مرحلة الطفولة، والتي تسمى بأنظمة السلوك وهذه الأنظمة تم تصنيفها إلى:

1. نظام الرعاية المقدم عن طريق الوالدين لأبنائهم، ومقارنة هذه الروابط بمدى تعلق الأبناء بوالديهم.
2. الروابط الزوجية وما سيتتبعها من تناسل يهيئ الفرصة لتعلق ناجح وأنظمة السلوك.
3. أشكال الصدقات في كل من الطفولة والرشد والأنظمة السلوكية التي تحكمها، وكذلك الظروف التي ممكن أن تتداخل مع هذه الروابط، روابط القرابة (الأشخاص الآخرين غير علاقة الوالدين بالطفل).

نلاحظ أن ماري أينسوورث قد أضافت إضافة مهمة لنظرية التعلق، بتقنينيها لاختبار الوضعية الغريبة الذي ساعد على تحديد أنماط التعلق عند الطفل، والتي أصبحت كمرجع هام في تحديد النمط الذي ينتمي إليه الطفل، وبالتالي تحديد طبيعة سلوكاته والاشكالية التي يعانيها مع مقدم الرعاية، من جهة ومن جهة أخرى تحديد ما مدى قيام الأم بدورها اتجاه طفلها، والانعكاسات الخطيرة التي يمكن

أن تكون على هذا الأخير. كما أن ما قدمته أينسوورث لنظرية التعلق الخاصة بالطفل، أصبح كمرجع تعتمده الأبحاث في دراستها على التعلق عند الراشدين من خلال الوضعية الغريبة وأنظمة السلوك.

لتأتي ماري ماين وسولومون بإضافة من نوع آخر لنظرية التعلق، وهي وضع نمط من أنماط التعلق يكشف عن الجانب الباثولوجي عند الطفل، وهذا من خلال تحديد نمط رابع متمثل في التعلق الغير منتظم.

5-النظام البيولوجي والسلوكي للتعلق

بالإعتماد على عمل علماء السلوك يؤكد باولبي على أن التعلق هو ارتباط يشكل نظاما تحفيزيا مبرمجا وراثيا، مع أساس بيولوجي يهدف إلي حماية وبقاء الطفل، الذي لا يكفي استقلاليته لتلبية احتياجاته الخاصة كاستجابة على التهديد أو الخطر في حالة حدوث إنذار، يثير الطفل إلى حاجته إلى الحماية من خلال القرب من والديه، وذلك بسلوك التعلق الذي يتغير حسب السن: منها (سلوك المص، الإمساك تتبع العين، البكاء، الالتفات، الصراخ، الابتسامة قول " أمي" وكل هذا بهدف جذب انتباه الوالدين لتقريبهم إليه (نظام القرب) لكي يحصل على استجابة مُرضية، للحاجة إلى الارتباط (الهدوء والتنظيم العاطفي) من خلال الرعاية اليومية، حيث يصبح الوالدين من الشخصيات المرتبطة بالطفل والتي تُكون صورة التعلق(FA). (Bowlby, 1969) .

هذا النظام التحفيزي يشكل نظام التعلق (SA) (Système d'attachement)، والمدعوم بنظام عصبي منظم في دائرة مرتبطة ومراقبة.

حيث يعمل هذا النظام في حالة الشعور بالخطر أو التهديد الذي يمكن أن يواجهه الطفل في محيطه من خلال دائرة عصبية تكون عن طريق محور ما تحت المهاد Hypothalamus) (hypophysaireالكرتيزول (Cortisol) اللوزة (Amygdale)، العواطف (Emotions)، الحصين (Hippocampi)الذاكرة (Mémoire) نظام الأدرينالين (System adrénergique) الخوف La) . (Coan & Toward, 2008) Peur)

فعلى مدار السنوات الماضية تم إجراء العديد من الدراسات المتعلقة ببيولوجيا الأعصاب، وعلم السلوك وعلم النفس التطوري على الحيوانات، لتمييز وتحديد الروابط بين سلوكات التعلق والدوائر العصبية، والروابط الاجتماعية بشكل أفضل عند الإنسان.

وكانت النتيجة أنه يتم نمذجة التعلق على أنه بنية عصبية محددة ومعقدة، تتدخل في الاستجابة للتوتر والبحث عن مقدم الرعاية والتنظيم الاجتماعي للعواطف، ويمثل سلوك الاستجابة الفورية للتهديد الهروب أو القتال هنا ينشط الطفل نظام التعلق(SA) المسؤول عن إفراز هرمون الكورتيزون والمسئول عن التوتر، وكذلك تنشط المناطق المسؤولة عن تنظيم العواطف والذاكرة والمسؤولين عن إفراز هرمون الأوكسيتوسين (Ocytocine) وهو هرمون التعلق و الترابط الاجتماعي، وبعدها يطلب الطفل المساعدة والسعي إلى القرب، للشعور بالطمأنينة من والديه واللذان يزودانه بعد ذلك بالشعور بالأمان والرفاهية، وينشطان دوائر ذاكرته، ونظام المكافأة الذي يتم عن طريق (الدوبامين). (Wallon & Genet, 2017)

وعليه فإن التعلق ليس فقط مجرد عملية تتم على المستوى الخارجي، بل هو نظام داخلي تشترك فيه الكثير من الأنظمة العصبية، والتي تعمل على أهم شيء وهو الحفاظ على سلامة الانسان من خلال تنشيط ميكانيزمات التصرف المناسبة في حالة الخطر وطبعا هذا للحفاظ على البقاء.

6-التعلق عند الطفل والمراهق

6-1-أهمية السنوات الأولى من الحياة في إنشاء روابط التعلق عند الفرد

إن الفشل في تكوين العلاقة مع الأم من طرف الطفل في المرحلة المبكرة من الطفولة، يؤدي إلى اضطرابات دائمة، وعلى الرغم من العلاجات يصعب عكسها عن التنشئة الاجتماعية في الواقع. فالطفل الذي لا يستطيع الاستفادة في السنوات الأولى من الحياة، من حضور الأم القادرة على تعزيز ظهور روابط التعلق، إما بسبب الغيابات المتكررة أو الانفصال التام أو حتى عدم قدرتها على استجابات ملائمة لاحتياجات الطفل له تأثير كبير على الناحية الصحية بمختلف جوانبها .

حيث يرى Rutter (1979) بأن "الفشل في تكوين رابطة أثناء الطفولة، تؤدي في وقت لاحق إلى سلسلة كاملة من السلوك غير الاجتماعي وغير المتكيف، والذي لا يمكن في وقت لاحق التغلب على هذا العائق في حياة الطفل، حتى ولو وضع في بيئة أكثر ملائمة". (p. 72).

كما أوضح Rutter (1995) أنه كلما طالت الفترة التي يقضيها الطفل بدون بديل عن الأم بأم متوفرة وكافية، زادت إمكانية ابتعاده عن الواقع، فبدلا من تكوين روابط جديدة يتحول الطفل تدريجيا عن العلاقة، لإعادة استثمار نفسه في الحب الذي كان مخصصا لأول مرة لشخصيات الوالدين، ويتخلى عن فكرة أنه بالإمكان تلبية احتياجاته، فيكون مترددا في الحب أو يسمح لنفسه أن يكون

محبوبا، وحتى علاقاته تكون سطحية مع الراشدين، الذين يصبحون في نظره قابلين للتغيير والاستبدال في أي وقت وبكل سهولة.

وفقا لـ ستنهار Steinhauer (1996) " فإن الطفل الذي لم يطور قدرته على التعلق في غضون عامين، تكون العواقب وخيمة اجتماعيا ومعرفيا في الواقع". (p. 22).

كما يؤكد لوبر Loeber (1991) " أن هناك الفترة الحرجة في الطفولة، والتي تضمن تعلم المهارات الاجتماعية، وأن حالات الحرمان العاطفي خلال هذه الفترة، سواء بالانفصال عن الأم أو سوء نوعية الرعاية، تؤدي إلى سلوك معادي للمجتمع لاحقا".(p. 55) .

يتبين لنا من كل هذا أن هناك ثلاث صور للتعلق السلبي، والمتمثلة في إما الفشل في تكوين رابطة التعلق والتي ينتج عنها سلوك غير اجتماعي وغير مكيف، وإما بطول الفترة بدون بديل عن الأم والذي ينتج عنه الابتعاد عن الواقع وعلاقات اجتماعية سطحية وغير مستقرة، وإما الحرمان العاطفي الذي يؤدي إلى سلوك معادي للمجتمع وعواقب اجتماعية ومعرفية.

6-2-التعلق في الطفولة المبكرة

في حالة التهديد أو الخطر يلجأ الطفل إلى الراشدين، الذين يعتنون به في أغلب الأحيان والمتمثلين في الوالدين وخاصة الأم من أجل التقرب إليه، وبالتالي الشعور بالراحة والأمان فالطفل يقوم بسلوكات التعلق الموجهة نحوهم، ويفضل أن يكون التعلق موجه نحو ما هو مألوف ومتعود عليه، ويتم بناء رابطة التعلق مع الوالدين، والتي تعكس تجارب الرعاية المتكررة، فالأم هي مقدمة الرعاية الأساسية الغير مشروطة للطفل، ويصبح هذا الأخير مرتبط بها وفي نفس الوقت الأم تستقبل اللذة التي تشجعها على توطيد هذه العلاقة. (Delage, 2008).

ما بين 6-9 أشهر إلى 3 سنوات يتطور الطفل وبنشاط في جميع المجالات الحركية والمعرفية والعاطفية والتواصل في وتيرته الخاصة ومع شخصيته، والتي تعدل المسافة مع شكل وصورة التعلق (FA) الخاص به، فيتقرب منها ويتبعها إذا ابتعدت عنه للحصول على الأمان وتؤسس عنده حلقة أمان حقيقية.

فصورة التعلق توفر للطفل أساسا من الأمان والرفاهية (التهدئة العاطفية)، وهذا ما يسمح له باستكشاف البيئة، ويسمح له باللعب بكل ارتياح ومواجهة التحديات أو الأزمات التي تواجهه خلال

اللعب، ويمكنه العودة مرة أخرى إلى الشخص المُتَعَلَقْ به للعثور على ما يحتاج إليه من الحماية والراحة وهذا هو أساس الأمان.

فيساهم هذا بالعودة والذهاب في نمو الطفل، كما أنه يؤثر عليه طوال حياته وفقا للتجارب التي عاشها خلال هذه الطفولة، فهو يبني رؤية للعالم وعلاقة المساعدة المقدمة له من طرف الأم، والتي يتم استيعابها تدريجيا في شكل تمثيلات لعلاقة الارتباط وهذا كله يسهل عليه تنظيم العواطف من خلال التوازن بين الأمان والاستكشاف، كما أن العواطف هي جزء من الحياة العلائقية التي تساعده على التواصل مع مشاعره الداخلية بسرعة وبكل سهولة.(Damasio, 2003) .

فهذه المشاعر تمر عبر الجسم وتترجم ويتعلم من خلالها كيف يضبطها مع الآخرين، فيتعلم كيفية التعامل مع الخوف والغضب والحزن وتقدير الشعور بالأمان، كما يكتسب القدرة على المراقبة وكيفية تعديل المشاعر السلبية والايجابية وهذا كله يعتبر جزءا من وظائف التعلق، كما أنه يمثل بصمة يتم تخزينها في ذاكرته كتمثيلات لجميع تفاعلاته والتي تسمى بنماذج التشغيل أو النماذج العاملة الداخلية . (Delage 2013) .

فالتعلق يلعب دورا راجحا في التوازن النفسي الجسدي، فيتم نسج رابطة التعلق يوما بعد يوم من خلال التفاعلات المتكررة مع صورة التعلق، ويستغرق الأمر وقتا حتى يتم إنشاؤه بالكامل حوالي 6-7 أشهر.(Coan, 2008) .

تُظهر أعمال الطبيب العقلي Konrad Lorenz (1948) أنه عند الحيوانات توجد فترة حرجة تكون مواتية لرابطة التعلق، هذه الفترة تختار فيها ما يسمى بظاهرة البصمة البيولوجية التي تسمح للحيوان أن يتعرف على أمه، بالاعتماد على السلوكات المتابعة للتكيف مع نفس نوعها.

فكلما كان المرفق المتمثل في الأم متاحا وحساسا ومنتبها عند حاجة الطفل إليه، يمكن للطفل تطوير استراتيجيات آمنة لاستكشاف البيئة بسهولة واللعب مع الآخرين، والاندماج اجتماعيا وتنظيم العواطف (الخوف، الحزن، الغضب)، وزيادة قدرته للتغلب على العقبات وإيجاد الحلول بسهولة في الوسط.

فكلما كانت صورة التعلق أقل قربا وأقل وصولا إليه وأقل حساسية واستجابة وانتباه عند الحاجة يمكن للطفل أن يطور استراتيجيات غير آمنة لا تسمح له بالتكيف والبقاء على قيد الحياة، فهي

تعتبر ثمينة من الناحية النفسية، كما قد تؤدي إلى افتقار فضوله وصعوبات في تنظيم عواطفه، ومشاكل في الاندماج الاجتماعي يتعلق باستراتيجيات ثانوية. (Main, 1990).

قد يتبنى الطفل نفس استراتيجيات التعلق أو استراتيجيات مختلفة عن والديه، وهذا يتوقف على الجودة والانتظام الذي تتميز به استجاباتهم، فكل تعلق يعتبر خاص حسب صور التعلق.فالعلاقة العاطفية مع الأم والعلاقة العاطفية مع الأب تعتبر (صورة التعلق الأولي) والمتمثلة في الوالدين فالأم والأب في مكانين مختلفين في سلسلة التعلق ورعاية الطفل. (Main,1985).

حيث تشير الدراسات إلى أن تفاعلات الأب/ طفل تختلف عن تفاعلات أم / طفل، فالأم تميل إلى جذب انتباه الطفل والحفاظ على سلامته من خلال الاقتراب منه، والتأكد من أنه يستكشف بأقل قدر من المخاطر، أما الأب فيحفز ويشجع الاستكشاف بمخاطرة محسوبة أو مدروسة، ويسهل عليه اللعب وحل المشكلات. (Humbert, 2003).

فيصبح الطفل مرتبطا بشكل خاص بوالده ووالدته، ومربيته ومعلم الحضانة في الحضانة وأجداده وأعمامه وخالاته، بعد ذلك بالمدرسين والمعلمين والمربين عندما تستمر علاقتهم لفترة زمنية معينة وبالتالي فشكل التعلق يكون بصورة هرمية (فالوالدين هم الشخصيات الأولية، ومتعددة مع صور التعلق ثانوية، فالطفل لديه حوالي 3 أشكال من صور التعلق في المتوسط).

يمكننا القول بأن صورة التعلق تلعب دورا كبيرا في توفر الأمان والاستكشاف، وتحقيق الرفاهية وتنظيم العواطف عند الطفل، وأن صورة التعلق الأولية (الأم–الأب) تخزن في ذاكرة الطفل حتى تصبح مرجع له فيما بعد مع علاقات أخرى. وهي المسؤولة عن تكوين استراتيجيات آمنة أو غير آمنة وهذا يتوقف على استجابات وردود الأفعال التي يتلقاها من طرف الأم، إضافة إلى أن التعلق يتطور عند الطفل مع مراحل النمو بشكل هرمي.

وعليه سنتناول أنماط التعلق التي يمكن أن يكتسبها الطفل نتيجة علاقته مع أمه.

6-3-أنماط التعلق عند الطفل

أظهرت أعمال ماري أينسوورث Mary Ainsworth عالمة النفس الكندية التي عملت مع John Bowlby للتمييز بين عدة أنواع من التعلق عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18/12 شهر بناءًا على تطوير نموذج تجريبي يعتمد على ملاحظة أخلاقية للوضعية الغريبة، وهذه الوضعية

معيارية في 8 متواليات من 3 دقائق من الانفصال ولَمْ الشمل مع شخصية التعلق غالبا الأم، وأحيانا في وجود شخص غريب ويعتبر سلوك الطفل أثناء لحظات لم الشمل محددة لأنماط التعلق التي تم تسليط الضوء عليها أثناء هذا التسليم وهي:

-**التعلق الآمن** : يتمتع الطفل فيه بالاستقلالية ويكتشف البيئة بسهولة، فهو يرى أمه كقاعدة آمنة ينطلق منها لاستكشاف محيطه، وله القدرة على جذب انتباه الآخرين والتعبير عن احتياجاته، ويتم تفعيل استراتيجيات التعلق في حالة وجود تهديد وهو يمثل (حوالي 60% في عموم السكان).

-**التعلق غير الآمن:** حيث يبدو الطفل غير متجاوب مع أمه خلال وجودها معه، وإذا انفصل عنها لا يبدو منزعجا ويتصرف مع الشخص الغريب كما يتصرف مع أمه، وعندما تعود يتجنبها أو يكون بطيئا في الترحيب بها، وعندما تحمله لا يبدي تعلقا جسديا بها وينقسم إلى:

-**التعلق غير الآمن تجنبي (العشوائي):** يقدم استقلالية زائفة، يستكشف البيئة بسهولة، لكنه يعبر عن احتياجاته وعدم تأثره فلا ينظر لأمه عندما تحمله ولا يبدو سعيدا عندما يلتقيها، لا يتم تفعيل استراتيجيات التعلق لديه كثيرا ويمثل حوالي (20% عموم السكان).

-**التعلق غير الآمن مقاوم / متناقض:** فهو يعبر عن احتياجاته للتعلق بطرق صاخبة يمكن أن يكون عدوانيا ويصعب إرضاؤه، أي يبدو متعلقا بأمه بشدة ويفشل في استكشاف محيطه في وجودها، ويتم تنشيط استراتيجيات التعلق لديه بشكل كبير إذا ابتعدت عنه أمه وهو يمثل (حوالي 10% في عموم السكان). (مجدي، 1996).

لقد قام الباحثون بإجراء دراسات لتحديد الطباع المختلفة لأمهات الأطفال في كل مجموعة، واستطاعوا أن يربطوا بين طبع الأم وطبيعة تعلق طفلها بها ووجدوا ما يلي:

- الأم التي ينتمي طفلها للمجموعة الأولى (التعلق الآمن) تتحلى بقدرة على استجابة عالية لاحتياجات الطفل، يصاحب ذلك قدرة ماهرة في توقيت استجابتها للطفل، وتبدي رغبة شديدة في بناء اتصال جسدي مع ولدها، ولذا فإن طفلها يعتبرها قاعدة آمنة ينطلق منها لاستكشاف عالمه، ويبدو واثقا من أن أمه ستكون جاهزة إذا احتاج دعمها.

– الأم التي ينتمي طفلها للمجموعة الثانية (التعلق غير الآمن)، فقد أوضحت الدراسة أنه ليس لديها أي رغبة في بناء اتصال جسدي مع طفلها وهي اجمالا قليلة الصبر، متشنجة في تصرفاتها معه وباردة في علاقتها به وتتميز بنوع من الأنانية، مما يجعل الطفل يتجنب الاتصال بها ويعتبرها غير موجودة وغير مهمة في عالمه.

– أما الأم التي ينتمي طفلها إلى المجموعة الثالثة (التعلق التجنبي–العشوائي)، فهي إجمالا تعاني من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، مما يجعلها تهمل الطفل وقد تمارس العنف ضده وهي غير قادرة على بناء علاقة ثقة مع طفلها وتكون علاقتهما مليئة بالتناقضات، مما يجعل الطفل يشعر بعدم الأمان وتأتي تصرفاته ترجمة لهذه الحالة من الضياع الداخلي، فيتخبط بين التعلق والمقاومة والتجنب وتوحي ملامحه بالحزن والاكتئاب.

– أما الأم التي ينتمي طفلها للمجموعة الرابعة والأخيرة (التعلق المقاوم–المتناقض) يكون لديها رغبة في بناء اتصال جسدي مع طفلها ولكن تفتقر للقدرة على ضبط استجابتها مع احتياجات الطفل وليس لديها القدرة على توقيت هذه الاستجابة بشكل يتلاءم مع الطفل، لذلك يشعر الطفل أن أمه غير فعالة وأنه لا يستطيع الاعتماد عليها للحصول على الدعم المطلوب مما يجعله غاضبا وحاقدا عليها. (مجدي، 1996).

وفي وقت لاحق أبرز كل من ماين Main وسولومونSolomon (1986) وبعدها ماين Main وهيس Hesse(1990) أن التعلق غير المنتظم يمثل حوالي (15% في عموم السكان) .

الطفل يكون لديه سلوك فوضوي وغير مستقر لا يمكنه من الارتياح من ضيقته، لا تظهر استراتيجية التعلق محددة جيدا، لذلك تُظهر معظم الدراسات توزيعا لحوالي 60% من الأشخاص الآمنين و40% غير آمنين في عموم السكان، يقوم الطفل بتنشيط نظام التعلق الخاص به حسب السياق (إنذار، ضغط، تهديد) ونبرته الآمنة وغير الآمنة تجعل هذه الاستراتيجيات من الممكن تطوير تمثيلات اللغة الحسية، ثم تصبح أكثر تعقيدا وتجريد مع اكتساب اللغة من تعميم التجارب العلائقية .

.(Main& Hesse 1990)

مما تقدم نستطيع القول أن معاملة واستجابة وردود أفعال الأم مهمة وخطيرة في نفس الوقت، لأنها المسؤولة الأولى عن تحديد نمط التعلق عند الطفل، وليس هذا فقط بل تنتج لديه سلوكات هو الآخر(الطفل) معينة يتصرف بها اتجاه محيطه وهذا ما سنوضحه من خلال هذا الجدول.

جدول رقم (1): *أنماط التعلق عند الطفل*

نمط التعلق	السلوكات	نظام التعلق
نمط التعلق الآمن	–الاستقلالية. –اكتشاف البيئة بسهولة. –القدرة على جذب انتباه الآخرين. –التعبير عن احتياجاتهم	تنشيط نظام التعلق في حالة وجود الخطر
غير آمن تجنبي	–استكشاف البيئة بسهولة. –قليل التعبير عن العواطف. –عدم التعبير عن احتياجاتهم. أو تعبير أقل أو معدوم عن احتياجاته.	إستراتيجيات التعلق أقل نشاط
غير آمن متناقض –مقاوم	–سلوك الطلب والعدوانية. –الحاجة إلى أن يكون آمنا دون أن يكون راض. –التعبير عن احتياجاته بطريقة صاخبة.	إستراتيجيات التعلق أكثر نشاط
غير آمن –غير منتظم	–سلوك فوضوي وغير مستقر.	عدم وجود إستراتيجيات للتعلق يمكن تحديدها

6-4-كيف يتكون التعلق غير الآمن عند الطفل

يحدث هذا النوع من التعلق في حالة ما إذا لم يستجيب الراشد والمتمثل عادة في الأم إلى حاجات الصغير بشكل مستقر وثابت أو إذا استجاب بطريقة غير مناسبة، كأن يهمل طلب الطفل مثلا أو يؤجل استجابته لبكائه، فتزعزع ثقة الطفل به.

لقد أظهرت الدراسات أنه إذا نشأ الطفل في ظروف يحصل فيها على رعاية أكثر من شخص واحد كالأم والأب والجدين، فإنه يكون مستعدا لإقامة علاقة تعلق مع كل هؤلاء وفي هذه الحالة فإن ابتعاد الطفل عن أمه بتركها له في فترات متقطعة ولمدة قصيرة لا يقلل من علاقاته الآمنة معها.

كما كشفت هذه الدراسات أن قلق الانفصال يزداد عند الطفل إذا تركته الأم في الوقت الذي يكون مريضا أو عندما يكون في مكان غير مألوف لديه، أي في مكان مختلف تماما عن المنزل الذي يعيش فيه، ومن العوامل المؤثرة في قلق الانفصال طول المدة التي يبتعد فيها الطفل عن الأم. (عبد اللطيف، 2011).

وعليه فكلما كان في الوسط الذي يعيش فيه الطفل من ينوب عن الأم ويعتني بالطفل بصورة جيدة لن يكون للأم تأثير كبير وسلبي على الطفل عند غيابها.

الخوف من الغريب:

يتوافق سلوك التعلق لدى الأطفال بإثارات من القلق لوجود الغرباء في عالمهم، فيتضايق معظم الأطفال بين الشهرين والشهر الخامس والثامن من اقتراب الغرباء منهم، تضايقا أميل لأن يتحول إلى العبوس والصراخ والابتعاد وخوف الطفل من الغريب. (عبد اللطيف، 2011).

يمكن أن يساهم تعرض الطفل عند الاقتراب المتكرر من الغريب إليه وخاصة في ابتعاد وغياب الأم وتركه لوقت طويل في تنشط التعلق غير الآمن عند الطفل.

الدخول المدرسي:

تضعف أهمية التعلق بالأشخاص الذين يتعلق الطفل بهم في مرحلة جاهزية الطفل لدخول المدرسي إذْ يدخل العديد من الناس في تلك الفترة عالم الطفل ويزودونه بالاهتمامات الاجتماعية، وبذلك يتخطى الناشئة (القلق من الغريب) و(قلق الانفصال). (عبد اللطيف، 2011).

قد تشكل مرحلة الدخول المدرسي خطرا كبير في تنشيط استراتيجيات غير آمنة عند الطفل، وهذا يعود لتصرفات الأم السلبية أو وجود مولود جديد داخل العائلة، مما يتولد عند الطفل الخوف من الابتعاد عن أمه ورفضه التام لذهاب إلى المدرسة مع تصرفات الصراخ والعدائية وقد تصل حتى إلى تظاهرات مرضية.

6-5-التعلق الغير منتظم عند الطفل

تشير الدراسات إلى أن هناك ما يقارب 15% من الأطفال لديهم تعلق غير منتظم في عموم السكان و20% إلى 60% في المجتمع الإكلينيكي و82% من الأطفال تعرضوا إلى سوء المعاملة.

وقد عرفه بولبي في عام 1969 بأنه " استبعاد دفاعي-exclusion defensive حيث يفقد الطفل الارتباط مع عواطفه وحياته العاطفية في ديناميكية الشخصية مع صورة التعلق (FA)". .(Bowlby, 1969, P. 59).

تقول قيدنياي في هذا السياق " إذا إستبعد شخص دفاعيا أحداث الحياة المشحونة عاطفيا للغاية، فإنهم يشكلون تمثيلا عاما لطفولتهم منفصل عن الحلقات المحددة التي مروا بها". (Guedeney & Leblanc, 2016, p. 72).

يرى بولبي " أن التنشيط المزمن للنظام التعلق(SA) في حالة التعلق غير المنتظم الطفل يستبعد عواطفه، عندما لا يستطيع الحصول على القرب والراحة، أي صورة التعلق(FA) أثناء وجوده في تهديد أو خطر".(Bowlby, 1969, P. 60) .

ففي التعلق غير الآمن الغير منتظم يقوم الطفل باستمرار بتنشيط نظام التعلق (SA) بسبب السلوكات غير الملائمة لصورة التعلق (FA) والذي يفشل في تعطيله، مما يتركه في حالة خوف لن يستطيع حله ولا يُمكنه من إيجاد استراتيجيات للتعلق وبالتالي يعاني من الغضب وعجز تفاعلاته مع صورة التعلق الخاصة بهذه الاستراتيجيات غير المتناغمة والمشوهة عاطفيا، تعزز الخوف دون حل. (Main & Hesse,1990).

تقود هذه الأساليب من التفاعل الآباء إلى أسلوب تقديم رعاية معادي وضعيف يعبرون عنه بعبارة (لم يعد بإمكاننا فعل أي شيء مع طفلنا) فينتشر الخوف من الجانبين.

يمكن أن يكون الوالد بدوره مُخيفا، خَائفا أو موجودا ومتكيفا والطفل مرتبك تماما ثم يتطورون في "مثلث درامي" وصفه Karman (1968) وأعيد استخدامه من قبل Liotti (2004) المضطهد-المنقذ-

الضحية–ينتقل الجميع من وضعية إلى أخرى في تذبذب دائم غير آمن للجميع، لذلك لا يستطيع الطفل الوصول إلى الشعور بالأمن الداخلي، مما يؤدي إلى فشل عملية التفكير الذهني-(Lyons Ruth, 1999)

يعتبر هذا النقص في تكامل الاستراتيجيات الأساسية للبحث عن الراحة والحماية في المواقف العصيبة، هو أصل الضعف لعمليات الانفصال طوال الحياة. (Guedeney & Leblanc, 2016) .

على نطاق واسع يشكل (المثلث الدرامي) الذي وضعه Liotti نموذجا تعلقيا بالاضطرابات المرتبطة بالصدمات (الاضطرابات الانفصالية والشخصيات الحدية وحالات الإجهاد اللاحقة للصدمة).

عملت Karlen Lyons-Ruth على التعلق غير المنتظم والاضطرابات النفسية في الطفولة، فتكلم فوناجي Fonagy عن نموذجه " المسمى الاستهداف العلائقي Diathèse relationnelle الذي يعتبر شرح ذا منحى تحليلي للسلوكات والمحتويات العقلية للأطفال ذوي التعلق غير المنتظم". (Gallien ,2006, P. 73) فبالنسبة له هناك عاملين هامين في تواجد هذا النوع من التعلق خطورة الصدمة ونوعية التعلق.

بفضل تسجيل العوامل الفيزيولوجية (الايقاع القلبي) في الوضعية الغريبة، أظهر Spangler (1993) أن الأطفال غير الآمنين–المتجنبين يظهرون اشارات استجابة انفعالية قوية إثر الانفصال، أكثر مما هو عند بقية الأطفال فلا يبحثون عن الطمأنينة لدى صورة التعلق. وهذا لا يعني أن تعلقهم متدني لكن هو عبارة عن كف (دفاعي) لسلوكات التعلق، من جهة أخرى أظهر نفس العلماء وجود نسب من الكورتيزون المفرز في اللعاب بنسب كبيرة جدا عند الأطفال من النوع (غير المنتظم المرتبك Désorienté بعد اختبار الوضعية الغريبة. مما يشير إلى وجود وضع من الاستنفار المتواصل عند هؤلاء الأطفال رغم وجود أمهاتهم. (Spangler & Grosmann,1993).

يعتبر Liotti أن "عدم التنظيم هو صدمة علائقية مبكرة، ونوع من عملية الإنفصال وهو مقدمة حقيقية للإنفصال". (Liotti, 2004, P. 44).

أما Bowlby يصف تطور عدم التنظيم في التعلق غير الآمن يُكون " نموذج تحكم مع إنعكاس دور الوالدين" من ثلاثة أنواع:

- التحكم العقابي (العدواني).
- مراقبة الرعاية (الحامي).
- الجنس المبكر (تقليد الكبار).

فبعد ستة سنوات عندما يستمر وضع التحكم والمراقبة قد يقدم الطفل حالات فصامية وينظم نفسه بطريقة جامدة أو يطور قاعدة زائفة آمنة ونفس زائفة. (Holmes, 2012) .

أما عند الراشدين فالتعلق غير المنتظم يضعف ويعزز ظهور الاضطرابات الانفصالية.

يعتبر التعلق غير الآمن غير المنتظم أخطر نمط يؤدي إلى مشاكل واضطرابات مختلفة تؤثر على جميع جوانب الشخصية عند الطفل.

بعد عرض التعلق عند الطفل سيتم الحديث عن التعلق في الطفولة الثانية أو ما تعرف بالمراهقة بشكل مختصر.

6-6-التعلق عند المراهق

تمثل المراهقة مرحلة من مراحل الاستقلال الذاتي فتتطور العلاقة بين الوالدين والمراهق حول قضيتين رئيسيتين وهما:

الاستكشاف واكتساب الاستقلالية الذاتية فالمراهق في مرحلة المغامرات والاكتشافات والمخاطر والاختيارات العاطفية، يثري المراهق وظيفته الانعكاسية والعقلية فهو يفكر فيمن هو أي هويته، وكيف يضع نفسه في تاريخه، وفقا لما كان يعيش معه عندما كان طفلا ووالديه يوسع تفكيره حول كيف يرى العالم وعلاقة المساعدة، يكتشف الاندماج في علاقات جديدة خاصة مع أقرانه ويختبر تأثيرهم في التبادلات وفي المعنى الذي يمكن أن تحمله هذه العلاقات بالنسبة له.

تتطور علاقات التعلق ويظل الآباء هم الشخصيات الأساسية المرتبطة بسيرورة التعلق، ويتم إنشاء روابط للتعلق أخرى تتميز بخاصية التماثل، فتعد تنفيذ استراتيجيات الحصول على الأمان أكثر تعقيدا، مع وجود تنوع واختلافات في روابط التعلق حتى لو أدى السعي وراء الاستقلالية والاستكشاف كهدف يسعى دائما من ورائه المراهق إلى توترات مع الوالدين أو حتى صراعات حقيقية، فيتحول المراهق إلى صور التعلق الأساسية الخاصة في حالة تعرضه لضغط كبير بالعودة مرة أخرى إلى الوالدين، فهو يبني أساليب تعلق الكبار أو الراشدين التي تتضمن المعاملة بالمثل (تقديم الرعاية

والأبوة)، فيصبح المراهق بدوره مقدم رعاية ويستعد للأبوة بنفس المنهاج كما يستعد للعلاقات العاطفية. (Stern, 1985).

يعتبر التعلق والجنس وحدة متكاملة يسيران جنبا إلى جنب ويقوي التفتح الاجتماعي والقدرة على إيجاد الحلول للمشاكل والشعور بالرضا عن الاستثمار والنجاح في الدراسة، ففي هذه الفترة المضطربة التي يتعرض إليها المراهق يبدو التعلق حتى لو كان يميل إلى الاستقرار قابلا للاختراق لتقلبات الحياة والبيئة. (Atger & Lamas, 2016).

نرى أن التعلق في المراهقة يأخذ منحى آخر وهو البحث عن الذات وعن الآخر، الذي يجد فيه عاطفة أخرى بعدما كان في الطفولة يبحث عن موضوع الحب الأول والمتمثل في الأم.

لكن رغم هذا فحتى المراهق مازال يخضع ويتبع النظام الخاص بالتعلق الذي إكتسبه في الطفولة مهما إختلفت أهدافه ودوافعه، هذا النظام الذي قد يتحول في أي لحظة قد يتعرض فيها المراهق إلى صدمات.

7-التعلق عند الراشد

لقد كتب بولبي في عام (1988) عن التعلق يقول فيه أن " التعلق نشط من المهد إلى اللحد فبناء روابط التعلق وتوحيدها بمرور الوقت تساهم دائما في تنظيم الشعور بالأمان" (Miljkovitch, 2009, P. 55)

ويقول أيضا أن التعلق "يستمر بالوالدين طوال الحياة حتى ولو اكتشف الشخص الراشد شخصيات تعلق أخرى وقام بعلاقات عاطفية، كما أن الصداقة الحقيقية التي يُكونها تنحصر ما بين ثلاثة أشخاص إلى ستة في المتوسط". (Bartholomew, 1997, P. 67).

إذا كان التعلق عند الطفل يعتمد على البحث الدائم عن الأمان عند الوالدين، فإن البحث عن الأمان عند الراشد يمكن أن يعثر عليه من مصادر أخرى، كالنجاح في العمل والنشاطات الرياضية أو الفنية وغيرها.(Genet, 2016) .

7-1-المقاربة التطورية للتعلق عند الراشد

يمر التعلق خلال أربع إلى ثمانية سنوات من سجل السلوك إلى سجل التمثيلات، حيث طورت ماري مين (Mary Main) وفريقها مقياس تقييم معقد وأثبت صدقه في عام (1985) والمتمثل في

مقابلة للكبار (Adult attachment interview- AAI) وهي مقابلة شبه منظمة تحلل القصة وشكل الكلام والخطاب والاتساق خاصة في المواقف الخاصة بالتعلق، حيث تسمح هذه المقابلة بتحديد الحالة العقلية الخاصة بالمواقف ذات الصلة بالتعلق وهذه الحالة العقلية محددة فيما يتعلق بالملحق آمن مستقل ويرمز إليه (F)، ومنفصل بـ (D) ومشغول بـ (E)، وغير محلول أو غير منظم بـ (u/d). (Tereno & Atger, 2016).

وسنعرض جدول يقارن بين أنماط التعلق للأطفال الذين حصلوا على درجات في الوضعية الغريبة وأنماط التعلق عند الراشدين المسجلين في المقياس (AAI).

جدول رقم (2): *الفرق بين أنماط التعلق عند الطفل والراشد في الوضعية الغريبة.*

الطفولة (Enfance) الوضعية الغريبة (Situation étrange)	الراشد (Adulte) مقابلة التعلق للراشد (AAI)
Sécure (B) تعلق آمن	Sécure/ Autonome (F) آمن مستقل
Ambivalent / Résistant (C) تعلق غير آمن متناقض/ مقاوم	Préoccupé (E) منشغل
Evitant (A) تعلق غير آمن متجنب	Détaché (D) منفصل

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن نمط التعلق الآمن عند الطفل يقابله التعلق الآمن المستقل عند الراشد، والنمط المتناقض/ مقاوم عند الطفل يقابله النمط المنشغل عند الراشد، والنمط المتجنب عند الطفل يقابله المنفصل عند الراشد.

إن اختلاف التسميات بين الطفل والراشد له مدلول من حيث السلوكات والتصرفات التي يتصرف بها الراشد تختلف عن التصرفات والسلوكات وردود الأفعال التي يظهرها الطفل، والتي تكون أقل نضجا من تلك التي هي عند الراشد رغم أنه قد نلاحظ بقايا وآثار من هذه السلوكات عند الراشد.

7-2-المقاربة النفسية الاجتماعية للتعلق

إهتمت هذه المقاربة بدراسة التعلق في مرحلة البلوغ وبين الزوجين والأقارب والأبوة وكذلك القدرة على رعاية المسنين، حيث قام هازان وشافير Hazan et Shaver (1987) بدراسة التعلق عند الراشدين وتناوله من ناحية التعلق الذي يتكون بين الزوجين بعد عدة أشهر، وما الخصائص التي يتميز بها هذا التعلق، مع التركيز على دائرة الأمان والمتمثلة في (الحفاظ على القرب، قاعدة الأمان، الشعور بالأمان).

فالزوجين يعتبران متساويان من حيث التعلق فكلاهما يقدم الرعاية للآخر مع التوازن بين نظام التعلق ونظام تقديم الرعاية، حيث بالإمكان أن يشعروا بالراحة معا والمشاركة في التجارب، كما يمكنهم التغلب على الصعوبات وتسيير النزاعات والصراعات، مع بقاء صورة التعلق الأساسية المتمثلة في الوالدين فرغم ابتعادهم إلا أن تأثيرهم يظل قويا على الزوجين، خاصة من حيث التمثيل الأبوي ولهذا فإن هذا النوع من التعلق أي الخاص بالعلاقات الزوجية، يحتاج إلى أنظمة تحفيزية للتعلق وهي تقديم الرعاية، الجنس، الشعور بالانتماء. (Mintz et al, 2016).

7-3-التعلق والشخصية عند الراشد

حتى لو كانت الأبحاث بعيدة عن إلقاء الضوء على جميع جوانب تطور التعلق لدى الراشدين، فمن المقبول أن جميع تجارب التعلق تُعاش منذ الولادة شيئا فشيئا ونمط التعلق يصبح تدريجيا جزءا من أداء الشخصية وبالتالي التأثير على عدة جوانب في الحياة.

فالتعلق عند الراشد يتدخل بقوة في كل العلاقات الزوجية أو في تمثيل دور الأبوة، الشيخوخة، ويؤثر سلبيا أو إيجابا على الصحة البدنية والعقلية والقدرة على التكيف والاندماج الاجتماعي.

حيث يرى اريكسون "أن الأنا تكتسب الاحساس بالثقة الأساسية في الذات والعالم والأشخاص والاستقلال من الخبرات المتعلقة بإشباع الحاجات الأساسية من طعام ودفئ وحب واهتمام، وهذا الاحساس يعمل كقاعدة للعلاقات بالآخرين فيما بعد (في العلاقة بالأصدقاء، بالأبناء، بالزوج)". (Erikson,1995,p.55).

نرى أن التعلق لا يختلف في قيمته عن القدرات العقلية التي يحتاجها كل انسان للنجاح في كل مجالات الحياة، فالتعلق يتدخل بصورة كبيرة ويحدد مسار الانسان إما بالنجاح أو بالفشل والاضطراب.

ولهذا اتسعت الأبحاث في السنوات الأخيرة من طرف علماء النفس عن التعلق وتطورت من مجرد فهم العلاقات بين الطفل والوالدين، للبحث أكثر في العلاقات العاطفية في مرحلة البلوغ وهذا من فرضية أن الفروق الفردية ترتبط بروابط انفعالية في مرحلة الطفولة والتي ترجع إلى الطريقة التي تبدأ فيها الروابط الانفعالية لاحقا في الحياة.

ولدراسة هذه الفرضية أجرى هازان و شافير بحثا لمشاركين اكملوا دراسة مسحية لجريدة تسمى" لغز الحب" على أنه مقياس لنمط التعلق ووصف قراء الجريدة أنفسهم بأنه يناسبهم تصنيف من ثلاث تصنيفات في ضوء علاقاتهم مع الآخرين وكانت التصنيفات وصفية لثلاثة أنماط من التعلق وبما أن المقياس على نمطهم الحالي في علاقات الحب، طلب من المشاركين الاجابة لأسئلة أدرجت تحت شعار كعنوان رئيسي في الجريدة " أخبرونا عن الحب في حياتكم" والاستجابات عن الأسئلة تتعلق بعلاقات الحب الأكثر أهمية التي تشكلت لديهم وكانت أساس الدراجات في سلم يتألف من (12) خبرة حب، كما طرحت أسئلة إضافية تتعلق بوجهة نظر كل شخص في الحب مع الوقت وذكريات علاقات مرحلة الطفولة مع الوالدين وبين الوالدين أنفسهم.

وكانت النتيجة أن الأنماط المتعلقة بالأمان ارتبطت بخبرات السعادة والصداقة والثقة، أما الأنماط التجنبية فارتبطت بالخوف من الاقتراب والانفعالات المتطرفة ما بين الشدة والانخفاض والغيرة، في حين أن أنماط التعلق القلق والمتردد تميزت بالانشغال القهري مع حب الشخص والرغبة في الاتحاد والانجذاب الجنسي المفرط والتطرف العاطفي والغيرة، بالإضافة إلى اختلاف المجموعات الثلاثة في وجهات نظرهم أو الاختلاف في النماذج العقلية للعلاقات العاطفية.

فالنمط الآمن يظهر مشاعر الحب لأنه نوعا ما مستقر ولكنه لا يتقبل الحب الذي يوصف في الروايات، في حين يشك النمط المتجنب في استمرارية الحب ويشعر بأنه من النادر إيجاد الشخص الذي يمكن الوقوع في حبه، أما النمط القلق المتردد فهو من السهل عليه الوقوع في الحب مع اعتقاده أنه من النادر إيجاد الحب الحقيقي. ولم تتوقف الأبحاث إلى هذا الحد فقط ولكن ذهبت أبعد من هذا إلى دراسة التعلق وعلاقته بالتوجه نحو العمل وخلصت إلى النتائج التالية:

- النمط الآمن يقترب من عمله بثقة وبدون خوف من الفشل والفصل بين حياته الشخصية والعملية.

- أما النمط القلق فيتأثر بالمديح والخوف من الرفض في العمل والخلط بين الحياة العاطفية والعمل.
- في حين يستخدم النمط التجنبي العمل لكسب التفاعل الاجتماعي على الرغم من أنه يعمل بشكل جيد ماليا، إلا أنه يُظهر مستويات منخفضة من الرضا المهني مقارنة مع النمط من التعلق الآمن. (Hazan&Schaver, 1990).

نرى أن التعلق يتدخل بشكل أساسي في الشخصية ويلعب دورا مهما سواء في المشاعر والعلاقات العاطفية ويذهب إلى أبعد من هذا فهو يحدد اختيارات وتوجهات الفرد في العمل وأساليب تعامله في وظيفته وحتى استقراره في هذه الأخيرة، فكلما كان يتمتع بنمط آمن كلما كان أكثر نجاحا وتوازنا.

بعد الحديث عن التعلق والشخصية سنتطرق إلى أنماط التعلق عند الراشد التي حددها هازان وشافير بكونهما أول من قاما بمحاولة دراسة أنمط التعلق عند الراشد.

7-4-أنماط التعلق عند الراشد لهازان وشافير

بناءًا على ما أشارت إليه أينسوورث نجد أن الباحثين قاموا بتطوير دراساتهم حول التعلق لتمتد إلى مرحلة الرشد.

وقد كانت أول هذه المحاولات على يد هازان وشافير حيث استخدما نظرية التعلق لبولبي كأساس لدراسة العلاقات الحميمة والرومنسية في الرشد، فقد عمل على تحويل أنماط تعلق الرضع التي وضعتها أينسوورث (الآمن، التجنبي، قلق / متناقض) إلى أنماط للتعلق الراشدين، كما افترض أن العلاقة الرومنسية في حد ذاتها تصبح علاقة تعلقيه شبيهة بعلاقة الأم بالطفل، وهكذا يمكن فهم الحب من خلال أنماط التعلق. (Hazan, 1987).

حيث صنف هازان وشافير أنماط التعلق في الرشد إلى ثلاثة أنماط وهي:

- **التعلق الآمن:** وفي هذا النمط يسهل على الأفراد الدخول إلى علاقات حميمية مع الآخرين والثقة بهم والاعتماد عليهم دون قلق من هجر الآخرين لهم.
- **التعلق التجنبي:** يتميز الأفراد فيه بعدم الشعور بالارتياح في العلاقات القريبة ويصعب عليهم الثقة أو الاعتماد على الآخرين.

- **التعلق المتناقض وجدانيا:** ويشعر أصحاب هذا النمط بأن الآخرين يرفضون الاقتراب منهم، كما يشعرون بالقلق لأن شركائهم لا يهتمون بهم وذلك على الرغم من أن لديهم الرغبة في أن يكونوا قريبين منهم.

ترتبط جودة العلاقات بأنماط التعلق لما لها من تأثير مهم على السلوك في العلاقات الاجتماعية، إذ أن لها دورا في اختيار شريك الحب، كما أنها تتميز بإقامة علاقات رومنسية جيدة، فالراشدون ذوو الأنماط المختلفة من التعلق يختلفون في خبراتهم بالحب ولذلك فنمط المحبين الآمن لديهم علاقات تتسم بالسعادة والثقة والصداقة والتواصل بصورة ناضجة. أما النمط المحب القلق فلديهم علاقات تتميز بالمشاعر المرتفعة والمنخفضة بالغيرة والانشغال الوسواسي بالشريك، كما نجدهم يتصرفون بطريقة أكثر سلبية ولا يقدمون المساندة لشركائهم ولا يساهمون بصورة بناءة في حل المشكلات.

وعليه فنمط التعلق عند الراشد يتدخل بقوة في كل مجالات الحياة ويؤثر فيها، ولكن هل هذه الأنماط هي مستقرة وثابته أم أنها يمكن أن تتغير؟

8-استقرار أنماط التعلق

تسلط العديد من الدراسات الحديثة الضوء على الاستقرار المهم لأنماط التعلق في مرحلة الطفولة المبكرة طوال الحياة، كما يوضح سروف (Sroufe) أن ارتباط الطفل في السنة الأولى من العمر بتعلق آمن، أو متجنب ومتناقض، يتنبأ بتطور هذا الأخير خلال الحياة كلها.

أما بولبي فطور فكرة نماذج العمل الداخلية، لشرح ميل الطفل إلى نماذج التعلق الخاصة به، وهذا ما يفسر الأهمية الكبرى لنموذج التعلق المبكر والذي يستمر طوال الحياة.

وقد توصل ووترز وآخرون Waters et al (1995) إلى أن هناك ارتباط كبير بين التعلق الآمن والغير آمن للموضوعات، التي تم اختبارها ووجد أن 70 % من الأشخاص لهم نفس نموذج التعلق الذي كونوه وهم في عمرهم سنة.

أما البعض فلقد لاحظوا عدم استقرار أنماط التعلق والتي يمكن تفسيرها إلى حد كبير إلى تدخل عوامل معينة في علاقة التعلق، مثل المرض الخطير أو الانفصال أو فقدان لصور التعلق.

وعليه فإن أنماط التعلق يمكنها أن تتغير في حالة تعرض الفرد إلى أحداث صادمة ومفاجئة وغير منتظرة.

إنه لمن الضروري توضيح أن الكثير يخلط بين أنماط التعلق وأبعاد التعلق، على الرغم من أن كل منهما مكمل ومحدد للآخر، فكل نمط من أنماط التعلق له نموذج يختلف عن نمط آخر ولهذا لا يمكننا أن نكتفي بالحديث فقط عن نمط التعلق عندما نتحدث عن الراشد، فلابد من توضيح أبعاد التعلق.

9-أبعاد التعلق

إن المقصود بالأبعاد هي نماذج العمل الداخلية والتي حددها بولبي حيث يرى أن "نماذج التعلق تحدد في ضوء بعدين يعكسان نموذج العمل الداخلي للذات، ونموذج العمل الداخلي للآخرين ويتطلب كل بعد نهاية إيجابية ونهاية سلبية، ويمكن أن تكون النهاية الإيجابية الأخرى موضحة توقعات بأن الآخرين موجودون وداعمون من أجل الاقتراب". (Bowlby,1988, p.55).

تعتبر هذه الأبعاد مهمة في التمثيلات العقلية والبرنامج الذي يتضمنه التعلق عند كل فرد نتيجة خبرات الطفولة والعلاقة الأولى التي يربطها الطفل مع موضوع الحب، فلكل نمط نموذج محدد وهذا ما نوضحه من خلال التطرق إلى النماذج العاملة الداخلية.

9-1-النماذج العاملة الداخلية

بينت العديد من الدراسات حول السلوكات الاجتماعية للأفراد على غرار دراسات (1984) Bowlbyأنه يوجد نظام للتعلق يحكم السلوكات الموجهة نحو البحث عن لفت انتباه سند وحماية أشخاص آخرين أو تجنب الرفض منهم، فنظرية التعلق تترجم الحاجة المشتركة للأفراد لتكوين روابط عاطفية فهي تسلم بأن الأفراد مدفوعين بيولوجيا إلى تطوير مثل هذه الروابط.

حيث تقترح قريفن وبارثولوميو Griffin& Bartholomew (1994) نظرية تصف عمل نظام التعلق عند الشخص والاختلاف بين استراتيجيات التعلق عند الأفراد استنادا على تجاربهم في الحياة، تُنظِم هذه الاستراتيجيات من طرف ما يسمى بالنماذج العاملة الداخلية Modèles Internes) (Opérants-MOI التي تُعرف بأنها تمثيل عقلي لعلاقة التعلق التي تشكل أساسا التوقعات في العلاقات الحميمية.

كما تُعرف نماذج العمل الداخلية "بأنها خرائط معرفية Carte Cognitive أو تمثيلات أو مخططات Schémas , Représentation أوخطط Scripte يمتلكها الفرد عن نفسه ككينونة مادية ونفسية وعن بيئته المحيطة ". (Marrone, 1998, p. 33).

تتشكل هذه النماذج العاملة الداخلية بدءا من التجارب التي يتلقاها الفرد من محيطه، فالطفل يطور انطلاقا من التبادلات الأولى مع مقدم الرعاية نماذج علائقية تساعده على فهم وتفسير سلوك المقربين، كما تسمح له بتوقع ردود فعل الآخرين وبذلك فهي تؤثر على سلوكه في علاقاته المختلفة.

بالرجوع إلى ما جاء به بولبي Bowlby(1988) والذي إستمد هذا المفهوم من عالم النفس البريطاني كريك (Craik) سنة 1943 للإشارة إلى هذه النماذج العقلية التي شكلها الفرد، مبرزا طبيعتها الدينامية من حيث دورها العملي في حياة الطفل، باعتبارها الحلقة النمائية التاريخية التي تفسر كيفية تأثير ظروف الماضي بظروف الحاضر والمستقبل، إذ أنها تسير طريقة الفرد في الإدراك والتصرف في علاقاته البين شخصية وعليه يشكل الطفل نموذج الذات ونموذج الآخرين من خلال هذه النماذج الداخلية، فبناءًا على تفسيره للاستجابات الآخر يدرك الفرد نفسه كشخص جدير بمحبة الآخرين، ناجح اجتماعيا وكفء وفي هذه الحالة يكون نموذج الذات إيجابيا أما إذا كان العكس، أي أن الفرد يدرك نفسه كشخص غير جدير بمحبة الآخرين غير ناجح وغير كفء فهنا يكون نموذج الذات سلبيا، أما نموذج الآخرين فيعتمد على كيفية إدراك الفرد للآخرين كأفراد حساسين أو لا نحو حاجاته وبالتالي إذا استنتج الطفل أنه يمكنه الاعتماد على وجود واستمرارية صور التعلق طور نموذج للتعلق ايجابي نحو الآخرين، لكن إذا أدرك الآخرين كأفراد غير حساسين أو غير مهتمين بحاجاته فإن نموذج الآخرين يكون لديه سلبيا.

يتبين أن هذه النماذج العاملة الداخلية والعواطف المرتبطة بها مدى الحياة بصفة لا واعية تسير الطريقة التي يدرك بها الفرد الآخرين، وتحدد كيفية استجابته في مختلف علاقاته البين شخصية.

لذلك أشار كل من قيدناي وقيدناي Guedeney. N, Guedeney. A (2005) إلى أنه لتحديد السن الذي تتشكل فيه هذه النماذج العاملة الداخلية استند بولبي إلى أعمال بياجيه Piaget (1947) حول استمرارية الموضوع، حيث أشار إلى أنه قبل سن الخمسة أشهر الطفل لا يدرك التواجد المستمر للموضوع عندما يكون هذا الأخير مخفيا عن مجال نظره، إذ يعتقد الرضيع أن الموضوع الذي لا يُرى يعني أنه مفقود. فلا يحاول البحث عنه وإذا أعيد تقديم هذا الموضوع له فإنه لا يدركه على أنه

نفس الموضوع الأول. لكن عندما يحدث العكس أي أن الطفل يصبح قادرا على التعرف على الموضوع المفقود والبحث عنه عند اختفائه، فذلك يدل على بداية اكتسابه لما يسمى «باستمرارية الموضوع»، ويحدث ذلك حسب بولبي Bowlby (1988) في منتصف السنة الأولى من العمر عندما يصبح الطفل قادرا على بناء تصورات عن أمه، مما يعني استدخال صورتها لتصبح فيما بعد نموذج داخلي عامل.

فحسب بولبي فإن القدرة على التعرف وتذكر الأم تظهر قبل القدرة على التعرف أو تذكر شخص آخر باعتبار أن الأم من وجهة النظر العاطفية هي أكثر دلالة (plus significative) من الآخرين لأن الطفل تربطه معها تبادلات أكبر وأكثر تنوعا.

وبالتالي تتشكل النماذج العاملة الداخلية انطلاقا من الوسط الذي يعيش فيه الفرد بداية من المراحل الأولى للحياة، حين يصبح الطفل قادرا على التعرف والبحث عن الموضوع المفقود.

وبمعنى أدق عندما يصبح الطفل قادرا على تصور الموضوع، فتوقعاته حول مدى وجود وحساسية صور التعلق تدرج في إطار نموذج داخلي عامل للتعلق يتحكم لاحقا في طريقة إدراكه للأحداث والعلاقات الجديدة بناء على ما تلقاه من قبل، فمثلا الطفل الذي عانى من حرمان عاطفي في مراحل الطفولة الأولى، لكن فيما بعد تلقى رعاية من عائلة مُستقبلة مُتفهمة ومُحبة يميل إلى الحفاظ على نماذجه العاملة الداخلية القاعدية، حيث يستمر في أغلب الحالات بالاعتقاد بأنه غير جدير بالحب وبأن الآخرين غير قادرين على الاستجابة لتوقعاته، وبذلك فكلما كانت صور التعلق الأولى توفر قاعدة أمن وحماية كلما كانت استجابات الفرد في علاقاته سليمة، مما يعني أن النموذج الداخلي العامل للفرد قادر على تكييف الأحداث الجديدة وتسيير سلوكات التعلق بصفة سليمة، تسمح بالوصول إلى الهدف المحدد المتمثل في العودة إلى قاعدة آمنة، تسمح بتخفيض مشاعر الحصر والتجنب في العلاقات البين شخصية.

فالسلوكات والعواطف الإيجابية التي تظهر عند الأفراد الذين تلقوا الرعاية من والدين متفهمين وحساسين لحاجاتهم ترجع إلى نموذج داخلي عامل يوفر نمط آمن للتعلق. أما السلوكات الحصرية والعواطف السلبية الملاحظة عند الأفراد من والدين غير متفهمين وغير ملبيين لحاجاتهم فيرجع إلى نموذج داخلي عامل يوفر نمط غير آمن للتعلق.

9-1-1-أهمية النماذج العاملة الداخلية

تظهر أهمية النماذج العاملة الداخلية من حيث أنها توجه وتمارس نوعا من السيطرة على اعتقادات الطفل وادراكه لنفسه، أي أنها تؤثر في تشكيل مفهوم الذات لديه واعتقاداته المتعلقة بعلاقته الاجتماعية. فمعظم العلماء الذين بحثوا في التعلق يرون " أن علاقة الطفل بمقدم الرعاية تضع أساسا للعلاقات اللاحقة، لأن الاتجاهات والتوقعات والمهارات البين شخصية التي يكتسبها الطفل، يعاد دمجها من قبله واعادتها في السياقات والمواقف التطورية اللاحقة ". (أبو غزال، 2014، ص. 46).

ويرى بولبي أنه رغم بقاء نماذج العمل الداخلية مفتوحة أمام الخبرات الجديدة عند تفاعل الطفل مع تمثلها في النموذج الموجود سلفا، فعندما يواجه الطفل خبرات ومواقف جديدة سَيُخضِعْ الطفل هذه الخبرات والمواقف للنموذج العامل الموجود لديه، متجاهلا بذلك الادلة الواضحة التي تدحض هذا النموذج. (أبو غزال، 2009).

وحسب ماجاء في دراسة سوان وزملائه " تمتلك نماذج العمل الداخلية آلية إنجاز ذاتية تؤثر على السلوك الاجتماعي ومعالجة المعلومات الاجتماعية، فعلى سبيل المثال هنالك أدلة تشير إلى أن اختيار رفاق العلاقة يتم وفقا لقدرتهم على تعزيز التوقعات التي ترتبط بالتعلق حتى وإن كانت تلك التوقعات سلبية ". (Swann et al, 1992, p.118).

من ثمة يمكن القول أن التعلق يظهر من خلال ميل الفرد للبحث عن التقارب والاتصال مع شخص محدد أو عدة أشخاص ممن يوفرون له الشعور بالحماية والأمن، حيث يتحدد هذا الميل وفقا للنماذج العاملة الداخلية للتعلق، التي تتبلور انطلاقا من التجارب السابقة مع صور التعلق الأولى لتؤثر فيما بعد في كل التبادلات الاجتماعية الحالية للفرد وتسير مواقفه في مختلف علاقاته البين شخصية. ومن هنا تظهر أهمية التعلق إذْ أن أي اضطراب على مستوى التبادلات العاطفية الأولى مع صور التعلق التي تتشكل على أساسها النماذج العاملة الداخلية، سيؤدي إلى اضطراب سيكو باثولوجي على مستوى العلاقات المستقبلية للراشد ومنه يظهر دور التعلق في البناء السليم لشخصية الراشد وأهميته في مرحلة الطفولة.

9-1-2-وظيفة النماذج العاملة الداخلية

قدم العديد من الباحثين اقتراحات نظرية تتمحور حول اعتبار النماذج العملية الداخلية بمثابة مخططات معرفية. (Baldwin et al, 1993 ; Bretherton, 1990 ; Collins& Read, 1994)، والتي تتشكل من مجموع المعارف والمعلومات المتناسقة والقادرة على قيادة الإدراك والتقييمات الداخلية.

في ظل هذه الاقتراحات برز التقارب المفاهيمي بين المعنى الذي قدمه يونغ Young لمصطلح المخطط والمعنى الذي تحدث عنه بيك (Beck) حول نفس المصطلح والذي يقصد به العناصر المنتظمة انطلاقا من التجارب والاستجابات للماضي. حيث أكد بيك Beck (2005) "على أن النماذج العملية الداخلية المختلة تمثل أفضل رؤية للمخططات المبكرة غير المتكيفة ". (p.38) .

فالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تُتَرْجَمُ عياديا من خلال هشاشة معرفية فردية غالبا ما تكون كامنة بدون التأثير على سلوك الفرد، وتنشط من طرف حوادث الحياة المؤلمة من خلال تذكر وترجمة المعلومة المطابقة للمخطط.

مقابل هذا أثبتت بعض الدراسات الإمبريقية لكل من بوسمان (Bosman)، برايث (Braet) ورايدت(Raedt) (2007) أن للنماذج العاملة الداخلية نفس نظام عمل المخططات المعرفية، وهذا ما يعزز الافتراضات المشار إليها سابقا ويعد دليلا إضافيا على أن لكلا المفهومين ميكانيزمات مشتركة ووظيفة متشابهة. حيث تخزن التجارب التفاعلية مع الصورة الأساسية موضوع التعلق في الطفولة داخل النماذج العاملة الداخلية وتنعكس على المخططات المعرفية للفرد في سن الرشد.

فهذه المخططات تسير الراشد بطريقة لا شعورية في علاقاته البين الشخصية أثناء تعرضه لحالات الشدة والضيق، فهي تؤثر على الطريقة التي يترجم بها الشخص تفاعلاته مع الآخرين.

على هذا الأساس تمثل المخططات المبكرة غير المتكيفة مواضيع اختلاليه للفرد، حول نفسه وحول الآخرين وتتشكل من ذكريات وانفعالات ومعارف وأحاسيس جسدية في سن مبكرة.

في هذا الصدد قدم يونغ بلورة لمفهوم المخططات المبكرة غير المتكيفة في إطار نظري متناسق يعبر عن نماذج معرفية انفعالية ذاتية التهديم، تظهر مبكرا بسبب عدم إشباع الحاجات العاطفية في مرحلة الطفولة وتكرر طوال حياة الإنسان.(Young, 2005) .

تندرج المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ ضمن خمسة مجالات تتمثل في الانفصال والرفض نقص الاستقلالية والأداء الجيد، نقص الحدود، التوجه نحو الآخرين، اليقظة المفرطة والكف. وقد تم إجراء العديد من الدراسات للكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق والمخططات المبكرة غير المتكيفة.

حيث أظهرت الدراسة التي قام بها سيبلي Sibley (2007) حول العلاقة بين النماذج العاملة للتعلق والشخصية وتوصل إلى وجود علاقة بين النماذج العاملة الداخلية والمخططات المعرفية التي ذكرها بيك.

كما كشف بوسمان وزملاؤه Bosman et al (2010) في دراسة تم إجراؤها على عينة متكونة من 289 طالبا، بهدف التحقق من الافتراضات التي تشير إلى وجود رابط معرفي متمثل في المخططات المبكرة غير المتكيفة بين التعلق والاضطرابات النفسية والتي كانت نتيجتها أن كلا من التعلق الغير آمن التجنبي والقلق يرتبطان بالمخططات المعرفية غير المتكيفة المقدمة من طرف يونغ.

من هنا يظهر أن النماذج العاملة الداخلية في غاية الأهمية، من حيث أنها تكشف لنا عن البرنامج الذي تبناه الفرد منذ الطفولة من حيث محتواه ومن حيث نوعيته، كما تكشف لنا عن الجانب المضطرب من الشخصية بدلالة على المخططات المعرفية غير المتكيفة وغير الآمنة عادة، وتحدد لنا صورة التعلق المتمثلة في الأم التي كان لها الدور في بناء هذه النماذج عند الطفل، وعليه يمكن كذلك التنبؤ بالعلاقات المستقبلية لهذا الفرد.

ومن أجل هذا فإن الكثيرين من العلماء والباحثين كرسوا جهدهم في البحث عن عمل هذه النماذج معتمدين على نظرية بولبي ومن بينهم بارثولوميو وهورويتز.

10-أبعاد التعلق عند بارثولوميو وهورويتز

لقد طور بارثولوميو وهورويتز Bartholomew et Horowitz (1991) مفهوم التعلق الذي يأخذ العلاقات الحالية المقربة ويحدد نموذجا للذات والآخرين، فمن خلال الاستبيانات التي تم تطويرها من هذا النموذج أربعة أنماط للتعلق وهي:

- **التعلق الآمن (Sécure):** ويكون فيه نموذج ايجابي للذات، ونموذج ايجابي للآخرين.
- **التعلق المنفصل (Détaché):** يتمثل في نموذج ايجابي للذات، ونموذج سلبي للآخرين.
- **التعلق القلق / المنشغل (Préoccupé):** يتميز بنموذج سلبي للذات، ونموذج إيجابي للآخرين.
- **التعلق الخائف (Craintif):** ويكون فيه النموذج السلبي للذات، والنموذج السلبي للآخرين.

يمكننا أن نستخلص أن التعلق الآمن له نهاية إيجابية فقط سواء اتجاه الذات أو الآخرين، أما التعلق غير الآمن الخائف فله نهاية سلبية فقط اتجاه البعدين معا. أما بقية الأنماط كالنمط الغير آمن القلق-المنشغل أو النمط المنفصل فلها نهايتين إيجابية وسلبية، وعليه سيتم ذكر هذه الأبعاد بالتفصل.

10-1-نموذج التعلق الآمن عند الراشد

يتميز هذا النمط بنموذج إيجابي اتجاه الذات والآخرين، مما يعزز احترامه لذاته لديه تجربة ممتعة لعلاقة المساعدة. (Solomon & Gearges, 1996).

ويعود هذا نتيجة التشبع بالأمان والعلاقة الجيدة مع الوالدين، هذا ما يساعد على الاستكشاف للمحيط بأقل قدر من المخاطر، له القدرة على الفشل والاعتراف بأخطائه، تعلم إدارة التوتر على النحو الأمثل له مشاعر الإيثار والرحمة متطورة تجاه الآخرين، يعتني بنفسه بسهولة ولديه أسلوب حياة صحي وفي حالة المرض يوافق على الاعتناء بنفسه، يتقبل الضعف ويميل إلى استثمار عمله مع الحفاظ على خصوصيته في حالة الفقد، يُكون جزءا من عملية الحداد التطورية ويمكنه استئناف مسار حياته.

العلاقة الزوجية عنده مبنية على المعاملة بالمثل يوفر لشريكته قاعدة آمنة وملاذا آمنا، يسهل الاستكشاف ويتجه إلى زوجته عند الضرورة، ويختبر المتعة وراحة البال والخلافات لا تهدده. بصفته أب فهو منتبه ومراعي لاحتياجات أطفاله، يعرف كيفية تطوير الشراكة مع تشجيع الاستقلالية، يمكن

أن يكون حازم مع الاحتفاظ ببعض المرونة ويمكنه تصحيح أخطائه والظهور بتفاؤل كبير مع تقدمه في السن، يمكن لهذا النمط من التعلق طلب المساعدة وقبولها، والتوجه إلى المقربين سواء داخل العائلة أو في العمل.

10-2-نموذج التعلق المنفصل عند الراشد

في هذا النوع من التعلق نجد بعده يرتكز على نموذج إيجابي اتجاه الذات ونموذج سلبي للآخرين لقد تعلم الابتعاد عن تجربته العاطفية لصالح أدائه (التمثيل بدلا من الشعور) واندماجه الاجتماعي يفضل الاستقلالية، لا ينظر إلى أقاربه على أنهم موارد من حيث الدعم العاطفي وعادة ما يتم تنشيط نظام التعلق لديه قليلا، لا يشعر بالراحة لأن يكون قريبا جدا منهم ويفضل مشاركة الأنشطة الشيقة مع الآخرين بدلا من المشاعر، يقوده نموذجه الايجابي لذاته إلى الاعتماد على نفسه فقط، لقد جرب أن الحب مشروط وتعلم التحكم في عواطفه التي لم يتم تقليلها أو عدم التعرف عليها وكذلك احتياجات التعلق. قد يكون لديه غضب يصعب السيطرة عليه في حالة الإجهاد، يقوم بإلغاء تنشيط نظام التعلق الخاص به بينما من الناحية الفسيولوجية يتعرض للضغط بطريقة مكثفة، يميل إلى التقليل من آثار التوتر وفي حالة المرض فإنه يتردد في التشاور. (Solomon & Gearges, 1996).

لديه وظائف صارمة نوعا ما حيث تسود القواعد لاشي بدون شيء والقدرة على مواجهة الخسارة. يكافح ضد مشاعر الضيق والحزن والغضب وضد حاجته إلى الارتباط اجتماعيا، يميل إلى الانسحاب ويكون أحيانا عدواني أنه أكثر أو أقل قبولا، يعرف كيفية العمل بمفرده مع أهداف أداء قابلة للتحقيق. يمكن أن تكون العلاقات معقدة يميل إلى الحفاظ على مسافة بينه والتحكم في عواطفه ومشاعر الآخرين.

من الصعب تلبية الإحتياجات الداعمة للشريك أو من الشريك أي طلب من هذا النوع يكون مزعجا ويمكن أن يثير النقد، فهو غير حساس لضغوط أطفاله واحتياجاتهم العاطفية التي تثير القلق بالنسبة له، لكن يمكنه الاستجابة لها تحت ضغط شديد قد يركز البعض من هذا النمط على الأداء التعليمي على حساب ما يحدث بالفعل لأطفاله.

الحب مشروط فالطفل هو المسؤول عما إذا كان محبوبا من والديه أم لا وتعمل الشيخوخة على إعادة تنشيط توازن التبعية الاستقلالية، ويمكن أن تكون مزعجة بشكل خاص للراشد المنفصل

ومع ذلك يمكن أن تنشط استراتيجيات التجنب ومن الممكن التكيف مع هذه المرحلة عن طريق تثبيطها وتحمل هذه الفترة مع الضعف الكبير.

10-3-نموذج التعلق المنشغل عند الراشد

يتميز هذا البعد بنموذج سلبي اتجاه نفسه ونموذج ايجابي للآخرين، مما يؤدي إلى انخفاض احترام الذات والشكوك والصعوبات في مواجهة تحديات وتقلبات الحياة، تمجيد الآخرين كما أنه يعطي الأولوية للقرب على حساب الحكم الذاتي، يشعر بخيبة أمل في الآخرين من الشعور بعدم القدرة على التحكم في حياته يحاول تلبية احتياجات التعلق من خلال الآخرين، شديد الحساسية لأدنى تلميح للانفصال والخسارة والتخلي، كما يتميز بإفراط في تنشيط نظام التعلق مع الحاجة المتكررة إلى الطمأنينة وإضفاء الطابع الدرامي على أدنى قدر من القلق والغيضان العاطفي ونمط الكل أو لاشي من العلاقة.(Solomon & Gearges, 1996).

يتم التصرف في المشاعر بدلا من التفكير بها مع صعوبة التفكير العقلي، وتحيز الإدراك السلبي للعواطف وسلوكات الآخرين لديه، شعور عميق بنقص الحب وعدم الرضا والاحتياج العاطفي لملأه باستمرار وردود أفعاله تجاه التوتر شديدة ودرامية، مما يؤدي إلى حزن متضارب يعيد تنشيط الشعور بالهجر المزمن والغضب في حالة المرض، فإن هذا الخوف المروع من اعتلال الصحة يدفعه إلى التشاور دون أن يطمئن ويغير الأطباء في كثير من الأحيان، الخسارة تفتح الباب أمام الحداد المزمن في العمل، يفضل الجانب الاجتماعي مع الحاجة إلى الإرضاء وقلق الأداء الذي يجهد قدراته ويولد شعورا بعدم الرضا والاستياء وغالبا ما يؤدي إلى صراعات مع الآخرين، وقد يكون لديه نقاط قوة من حيث أنه يحب أن يكون مركز الاهتمام من خلال القيام بوظائف تتعلق بالجمهور.

تتميز العلاقة الزوجية بالخوف من الهجر والحاجة إلى الطمأنينة لخطر الغيرة المفرطة على حساب نوعية العلاقات التي تكون مكثفة ومتفجرة تتخللها الدراما والمطالب والتهديدات بالرحيل وشعور كبير بعدم الرضا، الشريك هو الوصي الوحيد على احتياجات الرفاهية.

دوره كأب يتميز بالميل إلى إدراك سلوكات الأطفال المؤلمة على أنها نكران الجميل الذي يعيده إلى إحساس مؤلم بعدم الكفاءة الوالدية، يؤدي هذا إلى أسلوب الأبوة الدفاعي الذي لا يمكن التنبؤ به مع الشعور بالعجز، مما يجعل أطفاله بدورهم قلقين ويصعب إدارتهم وبالتالي جو عائلي مرهق ومربك والشعور بعدم الأمان وصعوبة إعطاء الأولوية لاستقلالية أطفاله، مع تقدمه في السن يشعر بأنه أكثر

عرضة للخطر وإذا لم تسمح له الحياة بأن يكون آمن فسوف يقوم بإفراط في تنشيط نظام التعلق مع أحبائه ومقدمي الرعاية ومقدمي المساعدة للحفاظ على القرب والمشاركة والذي يعيق العلاقات مع الأقارب ويجعل علاقة المساعدة صعبة، بالنسبة لأطفاله فإن رعاية والديهم المسنين يمكن أن تتعارض وتتغلب على احتياجات التعلق الخاصة به مع احتياجات والديهم.(Solomon & Gearges, 1996).

10-4-نموذج التعلق الخائف عند الراشد

هذا البعد من التعلق يمثل الراشد الذين عاش تجارب مبكرة من الفقد والإساءة والإهمال وصدمات لم يتم حلها.

نموذج التعلق عند هذا النمط يكون سلبي سواء اتجاه الذات أو اتجاه الآخرين، فالأنا تطورت بذات تشعر بالوحدة ولا تستحق أن تُحَبْ وينظر إلى الآخرين على أنهم يرفضونه. فهو يتفاعل بشكل مفرط مع الشعور بالإجهاد مع محيطه، لديه إمكانات قوية للعلاقات الصراعية ويسعى للقرب من الآخرين لكن بخوف وعدم ثقة ويرجع هذا بسبب تسلل الماضي إلى الحاضر فيقوم بتعطيل العلاقة الحالية.

يتمتع هذا النمط بالهدوء وعدم الرضى والعلاقة الزوجية عنده تعيد تنشيط نظام التعلق الخاص به والذي ينتهي بالانسحاب بشكل صاخب، مما يؤدي إلى طلبات وسلوكات متناقضة ومدمرة.

لديه صعوبة في التعرف على احتياجاته ويفسرها بطريقة سلبية، هذا ما يجعل العلاقة الزوجية مضطربة عنده.

وجود الخوف والعنف والهروب في ممارسة دوره كأب توقظ احتياجات أطفاله ذكريات وصدمات الماضي فَيُنشطُ عنده نظام التعلق ويزداد التوتر وتنهار قدراته العقلية مما يعطل تقديم الرعاية لأطفاله.

هذا بدوره يجعله يشعر بالعجز واليأس والعداء والارتباك ويصبح مسيطر لغاية درجة التجمد والإهمال والتخلي عن أطفاله عندما يكونوا بأمس الحاجة إلى صورة التعلق، الأمر الذي لا يوفر له الراحة أو التنظيم ولكنه يرسل لهم الخوف أو الغضب مرة أخرى تتفاقم هذه الديناميكية في حالة النزاع أو حتى العنف المنزلي.

مع تقدمه في العمر يمكن أن تقود تجارب الحياة إلى الهدوء وتنمية قدراته على التفكير العقلي والسيطرة مع الميل إلى تنظيم نفسه وفقا لاستراتيجيات تجنب، وإذا كان مستوى التوتر معتدلا قد يعيد

تنظيم نفسه نحو استراتيجيات آمنة أو غير آمنة، إذا استفاد من التجارب المفضلة للتعلق خلال حياته على المستوى الاجتماعي.

تركز القليل من الدراسات على مستقبل هذا النمط من التعلق وحسب الدراسات المتوصل إليها هي أن حياتهم أقصر من حياة الراشد الذي لديه نمط آخر من التعلق. (Solomon & Gearges, 1996).

11-التعلق والتنظيم الاجتماعي

لنظام التعلق تأثير وقائي على الاتصال الاجتماعي لدى كل من الطفل والراشد، فما هو مألوف يقلل من التوتر وأكثر من هذا فهو يشكل صور التعلق، ففي دراسة التي قام بها كوان وآخرين (Coan et al, 2006) تسلط الضوء على الصلة بين تحسين الصحة والرفاهية كوظيفة للتمثيل الاجتماعي للاستجابة العاطفية لأحداث الحياة المجهدة، تعلقت هذه الدراسة بالنساء المتزوجات اللاتي يتعاملن مع أزوجهن بشكل جيد وتم تعريضهن لصدمات كهربائية طفيفة في ثلاث حالات:

- أثناء العزلة يعني لوحدهم.
- الإمساك بيد شخص غريب.
- الإمساك بيد زوجها.

فكانت نتائج الدراسة أن الضغط يكون كبير عندما تكون لوحدهن وإنخفاض عام في الإستجابة للضغط عندما يُمسكن بيد غريب والزوج، ويكون الانخفاض أكثر وضوحا مع الزوج وأقل تمييز بالغريب وكانت النتيجة العامة أن هناك صلة بين نظام الاستجابة للضغط العصبي وعمليات التهدئة ونظام التعلق يؤدي إلى تحسين الصحة والرفاهية (Bien-être). (Coan, 2006).

وهذا يدفعنا إلى القول بأن التعلق يتدخل بقوة في الحفاظ على الصحة العقلية للفرد وليس بمفهومها التقليدي ولكن بمفهومها الحديث أي ما يقصد به الصحة العقلية الإيجابية.

11-1-التعلق والمشاكل الاجتماعية

منذ عدة سنوات والأبحاث الإكلينيكية تحاول البحث في العلاقة بين التعلق المبكر وصورة الأمومة والمشاكل الاجتماعية، حيث قام بولبي بمحاولة البحث في العلاقة بين الانفصال المبكر والطويل والسلوكات العدوانية والانحراف.(Bowlby, 1954) .

وفي عام 1969 لاحظ من الدراسة التي أجريت على عينات مختلفة، أن السيكوباتية والاكتئاب المصحوبين بنوعين من الأعراض (الجنوح المستمر والميل إلى الانتحار)، ارتبطوا بالانقطاع والانفصال المتكرر في العلاقات العاطفية أثناء مرحلة الطفولة. (Bowlby, 1969).

أما البحث الذي قام به قولدبرج Goldberg (1990) حول الرضع المعرضين للخطر وجد "أن الرضع الذين لهم تعلق آمن كانوا أكثر كفاءة فكريا واجتماعيا من أولئك الذين كان ارتباطهم قلق وغير منتظم، وذلك وفقا للمتابعة التي قام بها والتي دامت لمدة 8 سنوات. "وأن اضطرابات السلوك هي مرتبطة بالتعلق غير الآمن والغير منتظم". (Goldberg, 1990, p. 122).

كما تدعم العديد من الدراسات الأخرى أن هناك علاقة بين نوعية التعلق في سن مبكرة والمشاكل السلوكية ما قبل سن الدخول المدرسي.

من كل هذا نفهم أن المشاكل التي يسببها التعلق تشكل عقبة أمام تطور الحياة، فالبيئة المستقرة ضرورية في بناء قدرات علائقية عند الفرد وهذا ما تثبته الأبحاث العصبية الفسيولوجية.

12-الأبحاث العصبية الفسيولوجية حول التعلق

إن الأبحاث العصبية الفسيولوجية الحالية تؤكد أهمية الرعاية الأمومية في الطفولة المبكرة وتأثيرها على تطور نمو الطفل.

ففي الدراسة التي قام بها مياني Meaney (1997) على الفئران والقردة الصغيرة أثبتت أن النمو عندهم لا يتوقف فقط على الطعام والدفء، ولكن أيضا على اللمسة التي تقدمها الأم وأن الفئران والقردة المحرومين من رعاية الأم، تبدأ في إظهار مستويات متزايدة من هرمونات الإجهاد (les glucocorticoïdes) بكميات كبيرة تمنع النمو وتقلل قدرة الخلايا العصبية على تكوين اتصالات جديدة والتي على المدى الطويل يكون لها تأثير على الأداء العاطفي والفكري للحيوان. (Meaney, 1997).

وأفادت الأبحاث الحديثة حول تطور الدماغ ففي 1998 في كتيب معهد صحة الطفل تم تسليط الضوء على أن الدماغ يعمل وفقا لمبدأ فقدان مالا نستخدمه، فإذا لم يتلقى الطفل التحفيز اللازم تبقى بعض مناطق الدماغ مختلفة، حيث تصبح الدوائر غير المستخدمة معطلة بعد فترة من السنوات الأولى من الحياة.

ويؤكد Gunnar من جامعة مينيسوتا Minnesota الأمريكية أن الأطفال الذين تم الاعتناء بهم باستمرار وتشبعوا بالحب والعاطفة، أن إفراز هرمون الكورتيزول Cortison أقل وهو هرمون الاستجابة للضغط.

أما Perry وزملائه في كلية Baylar أن الرضع والأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة والإهمال، فإن افراز هرمون الكورتيزول Cortison بكثرة مما جعلهم أكثر عرضة لإنتاج رد فعل قوي للضغط وحتى ولو كان ضئيلا. (Meaney, 1997).

12-1-التعلق والدماغ

لم يحصل الرائدون في دراسة التعلق في القرن العشرين أمثال " بولبي" و " أينسوورث" على بيانات عن نظام الدماغ الذي يكمن وراء التعلق، حيث تقدم الأمر في بداية القرن الواحد والعشرين ليفتح الباب للبحث عن الدماغ وعمليات التعلق.

ففي البحث الذي قام به Coan (2010) أشار إلى بعض المبادئ العامة، إحداها (المبدأ الأول) أن الدماغ لا يحتوي على ميكانزيم واحد للتعلق وفي منطقة محددة من الدماغ، وبدلا من ذلك تسهم نظم الدماغ المتعددة في تطوير والمحافظة على عمليات التعلق، وهي بشكل عام نظم تشارك في عدد من الوظائف النفسية بالإضافة إلى التعلق.

و(المبدأ الثاني) هو أن نظم الدماغ التي تلعب أدوارا رئيسية في التعلق من المحتمل أن تكون نفس النظم الرئيسة في انفعالات الانسان وعمليات التعلق ذات الطبيعة الانفعالية، فاستجابة الوالدان للعروض الانفعالية التي يقوم بها صغارهم (مثل الابتسامة أو الصراخ) تولد الرغبة عند الصغير بالاستجابة العاطفية الدافئة من الوالدين، وأنظمة الدماغ التي تمكن الطفل الصغير من ممارسة وإظهار ردود الفعل الانفعالية هي بالتأكيد تشارك في عملية التعلق.

وبما أن الدماغ يحتوي على نوعين من المواد الأول هو خلوي حيث يحتوي الدماغ على عدد هائل من الخلايا المستقلة تدعى الخلايا العصبية، وهي منظمة في بنيات فرعية متعددة تشكل التشريح الكلي للدماغ، والنوع الآخر هو الجزئيات حيث تتصل الخلية العصبية مع بعضها البعض بإرسال نواقل عصبية (Neurotransmetteurs) وهي جزئيات تتنقل من خلية عصبية إلى أخرى وتؤثر على نشاط الخلية العصبية التي تنتقل إليها.

سنتكلم أولا عن عمليات التعلق والنواقل العصبية وأحد هذه النواقل العصبية التي يحتمل أن يكون لها علاقة في عمليات التعلق وهو "الاوسيتوسين" حيث أن نشاط هذا الأخير في أجزاء عديدة من الدماغ، قد ينتج عنه ردود فعل انفعالية وفي هذه الدراسة تم تقييم "الأوسيتوسين" تجريبيا ففي ظروف تجريبية مختلفة يعطي الباحثون المشاركين رذاذا للأنف يحتوي على "الأوسيتوسين" أو على مادة كيميائية وهمية خامدة وبعد ذلك يقيم تأثير "الأوسيتوسين" على استجابات التعلق اللاحقة وفي الدراسة التي قام بها بيشهايم وآخرون Buchheim et al (2009) حيث أعطي مشاركون ممن لديهم أنماط تعلق آمنة "الأوسيتوسين" أو دواء وهميا وبعد ذلك كانوا يرون رسومات بمواضيع ذات علاقة تعلقية، وكان يطلب من المشاركين في كل صورة الحكم على درجة مناسبة عبارات مختلفة للصورة فجد الباحثون أنه بعد تلقي رذاذ "الأوسيتوسين" يحكم المشاركون على أن العبارات المتعلقة بالأمان تناسب الصورة وأشارت النتيجة إلى أن "الأوسيتوسين" يؤثر مباشرة على مشاعر التعلق والأفكار. (كايد ضمرة، 2017، ص. 207).

12-2-عمليات التعلق وتشريح الدماغ

يتعلق البحث في جزئيين من الدماغ الجزء الأول لم يكن مفاجأة ولكن الآخر كان يشكل مفاجأة هي مجموعة الدوائر العصبية تعرف بتدخلها في الاستجابات الانفعالية وأشكال الدافعية البسيطة (الدوافع الرئيسة للاقتراب من المكافآت والعقوبات أو تجنبهما). (Coan, 2010) .

وتوجد هذه الدوائر العصبية مبدئيا في المنطقة السفلية من الدماغ، وتعرف بالجهاز الحوفي والجزء المفاجئ هو تركيب في المنطقة الخلفية السفلية من الدماغ، يعرف باسم المخيخ ويتدخل هذا الأخير مبدئيا في السيطرة على الحركة والتوازن، حيث أن لهذه الوظائف دورا في المشاركة في عمليات التعلق.

لكن البحث الحالي أظهر أن المخيخ يتدخل كذلك في الخبرة عن الانفعالات ويحاول السيطرة على ردود الفعل الانفعالية بما فيها الانفعالات المتعلقة بالتعلق، وفي احدى الدراسات التي أجريت مع مجموعة من الأفراد لهم تاريخ من التوتر النفسي، استخدم الباحثون مسح الدماغ لقياس حجم المادة العصبية في المخيخ، وتم تطبيق ذلك على الأفراد الذين اختبروا درجات مختلفة من فقدان العلاقات الشخصية (من خلال موت شخص محبوب) واختلاف أساليب التعلق.

وكانت النتيجة أن الناس الذين لديهم أنماط تعلق مختلفة في تشريح المخيخ، والفروق واضحة جدا عند فحص العلاقة بين خبرات الفقدان والمخيخ، فتبين أن الأشخاص الذين لديهم نمط تعلق تجنبي ترتبط الخبرة التي فيها عدد كبير من فقدان العلاقة الشخصية بحجم المخيخ الأصغر، أما الأشخاص الذين لديهم القليل من نمط التعلق التجنبي وكثير من نمط التعلق الآمن مع اختبارهم لفقدان الكثير من العلاقات الشخصية تميزوا بكبر حجم المخيخ، ويرتبط المتغير السيكولوجي وأسلوب التعلق والمتغير العصبي وحجم المادة العصبية في المخيخ بقوة مع بعضهم البعض. (كايد ضمرة، 2017).

13-اضطرابات التعلق

لقد تضاربت الآراء حول اضطرابات التعلق ومتى يشكل التعلق عائقا ويعتبر مرضا عند الفرد، وقد عرضSteinhauer (1996) شبكة من العوامل التي تشير إلى اضطرابات التعلق:

- **تاريخ الانفصال أو الإهمال الشديد.**

- الإهمال الشديد أو الإساءة على المدى الطويل.

- **رفض الاعتماد على الكبار.**

- التركيز على متعته الخاصة.
- يعتمد فقط على نفسه.
- لا يبحث عن الراحة عند القلق.

- **عدم وجود ردود فعل واضحة عند الانفصال.**

- لا يتفاعل مع التغيرات في الحياة حيث لا يوجد رد فعل واضح.

- **علاقته سطحية مع الآخر.**

- الابتسامة الاصطناعية وغياب المشاعر الحقيقية.
- يفعل ويقول ما يتوقعه الآخرين عنه.

- **عدم الحفاظ على الأوقات الجيدة دون تدميرها.**

- متلاعب ويركز على اهتماماته فقط.
- يتفاعل بشكل سيئ مع الثناء والمكافآت.
- يدمر الرابطة مع البالغ بنشاط بعد قضاء وقت ممتع معه.
- لا يتحمل أي توقع للبالغين منه.

❖ **رد فعل على أي حد أو شرط مثل هجوم أو نقد.**

- صعوبة الإقرار بذنوبه.
- يثبت أنه بعيد المنال حتى ولو عوقب.

❖ **تضارب العلاقات مع الأقران.**

- قلة التعاطف والدفء.
- التلاعب والعداء إذا لم يكن لديه ما يريد.
- بالكاد يشارك انتباه أو يتقاسم مع الكبار.

من خلال هذه الشبكة نلاحظ أنه من الصعب جدا أن نفصل بين اضطرابات التعلق ومشاكل التنشئة الاجتماعية، لأن هناك تشابه كبير وتداخل ولا يكاد يتمايز عن بعضه، وهذا يدفعنا للقول بأن التعلق والتنشئة الاجتماعية عملة واحدة ذات وجهين، فالتعلق يكتسب من خلال الكيفية التي يتعامل بها الوالدين مع الطفل سواء من الناحية السلوكية أو الانفعالية والعاطفية، والتعلق المضطرب أو غير الآمن يكشف لنا عن طبيعة التنشئة التي تلقاها الفرد خلال طفولته وهذا ما يفسر بالدرجة الأولى التداخل بينهما.

14-التعلق وأحداث الحياة وعلم النفس المرضي

بالنسبة لِبولبي أن "الحفاظ على الرابطة العاطفية يخلق شعورا والانفصال يولد شعورا آخر، عادة ما تكون العواطف انعكاسا لحالة التعلق العاطفي للشخص، لذا فإن علم النفس وعلم النفس المرضي للعواطف، هما إلى حد كبير علم النفس وعلم النفس المرضي للتعلق". (Bowlby, 1980, p. 72).

فهو يرى أن "هناك صلة بين التعلق والصحة العقلية، حيث أظهرت معظم الدراسات وجود تمثيل زائد للتعلقات غير الآمنة في المجموعات الإكلينيكية السريرية، فالتعلق الآمن هو عامل وقائي ضد أحداث الحياة المجهدة". (Bowlby, 1951, p.64) .

فالتعلق غير الآمن عامل ضعف والتعلق الخائف الذي لم يتم حله، مما يزيد من مخاطر الأداء العقلي، ومقاومة الإجهاد، كما ترتبط تجارب الطفولة مثل (فقدان صورة التعلق، وسوء المعاملة الوالدية، وجودة تقديم الرعاية) بالتطور المحتمل للمرض العقلي.(Bowlby, 1951) .

إن فقدان صورة التعلق في الطفولة وخاصة قبل إحدى عشرة سنة يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة باضطرابات متعددة منها الاكتئاب، القلق، الشخصية المعادية للمجتمع، والاكتئاب الأساسي والاكتئاب المصحوب بالغضب، كما يرتبط القلق بالتهديد بالفقدان وعدم استقرار صورة التعلق (Figure d'attachement-FA) وفي كثير من الأحيان عدم استقرار هذه الأخيرة يكون أكثر من الفقدان نفسه لصورة التعلق.

كما أن تطور الشخصية المعادية للمجتمع يمر عبر الهجر والانفصال والطلاق، وفي كل هذه الاضطرابات فإن طريقة رعاية الطفل في اللحظات التي تسبق الفقد وبعده، لا تقل أهمية عن الخسارة نفسها للصورة التعلق، فعندما يواجه الفرد فقدان صورة التعلق (FA) يجب أن نضع في اعتبارنا تأثير دائرة الأمان وخاصة تلك الخاصة بمرحلة الحضانة الأولى.

ففي حالة الاكتئاب والقلق، فإن العلاقة الآمنة مع الأم أو الأب أو غيرهم من مقدمي الرعاية قبل الخسارة، لها تأثير وقائي على أثارها السلبية بسبب جودة الرعاية المقدمة، أما بالنسبة لشخصيات المعادية للمجتمع قد تكون اضطرابات تقديم الرعاية (سلوك الأب المنحرف، اضطراب رعاية الأم فيما يتعلق بالهجر والطلاق) عوامل أكثر أهمية تؤثر على نمو الشخصية من الفقدان نفسه.

-**الإساءة: les abus** تُظهر الدراسات أن التجارب المتكررة للإساءة موجودة في الاضطرابات الانفصالية، والشخصيات الحدية، والشخصيات المعادية للمجتمع، تحدث هذه الإساءات أيضا في مواقف تقديم الرعاية اليومية المضطربة، وقد يلعب هذا الاضطراب دورا مهما مثل الإساءة نفسها.

-**الصدمات:Les traumas** أظهرت الأبحاث وجود صلة بين الفوضى والصدمات النفسية والاضطرابات النفسية المرضية مثل: الاضطرابات الانفصالية، والشخصيات الحدية، والإجهاد اللاحق للصدمة حيث تتداخل الصور الرمزية لروابط التعلق المعطلة بشدة مع تطور مسار هذه الأمراض.

-**جودة تقديم الرعاية والإهتمام :La qualité du caregiving** تختلف بإختلاف الأمراض والاضطرابات فالرفض والفقدان له علاقة بإضطرابات القلق والاكتئاب، والرفض والإنضباط والرقابة على الشخصيات المعادية للمجتمع، والرفض والحماية المفرطة من طرف الأمهات وإهمال الوالدين لإضطرابات الأكل وإهمال الوالدين وإساءة المعاملة للشخصيات الحدية. (Bowlby, 1951).

مع هذا لا تزال العديد من الأسئلة والأبحاث بشأن تطور التعلق لدى الراشد، ودوره في علم النفس المرضي.

15-الأمراض العقلية المرتبطة بالتعلق

هناك مجموعة من الاضطرابات التي تنتج بسبب التعلق المضطرب والغير آمن نذكر منها:

- إضطرابات القلق المتعلقة بعدم توفر صورة التعلق (FA)
- إضطرابات الاكتئاب والتي يكون سببها الفقدان.
- الشخصيات الحدية والتي تكون بسبب (الخوف من الهجر، الإهمال، سوء المعاملة والصدمة).
- الاضطرابات الإنفصالية والتي تنتج بسبب (الصدمة المتعلقة بالتعلق).
- الشخصيات المعادية للمجتمع (لا يوجد تعلق آمن)

نلاحظ بأن التعلق الغير الآمن يمكن أن يكون عامل أساسي في مختلف الاضطرابات والأمراض العقلية، وعليه فالتعلق غير آمن يؤثر على الصحة العقلية والنفسية للفرد. (Meaney, 1997).

خلاصة الفصل

لقد تدرجنا في عرض هذا الفصل بالحديث عن المفاهيم الأساسية الخاصة بالتعلق حتى يكون مفهوم هذا الأخير واضحا، وكان لزاما علينا أن التطرق إلى التعلق في مرحلة الطفولة، لأنها مرحلة أساسية ومهة.

مما تقدم نرى أن التعلق يتعدى مجرد تعريفه أنه رابطة عاطفية انفعالية تجمع بين الطفل ومقدم الرعاية المتمثل عادة في الأم، فهذا ربما يعتبر وصف للمظهر الخارجي للتعلق، في حين هناك عمليات تتم على المستوى الداخلي والتي تشترك فيها الكثير من الوظائف والعمليات البيولوجية والعصبية والنفسية العقلية.

فهو برنامج كامل يتكون منذ الطفولة ويخزن ويسجل ليصبح القاعدة والأساس التي تبنى عليها حياة الإنسان كاملة، فقد يكون هذا البرنامج إيجابي يعود بالسعادة والأمان والاستقرار والصحة على الفرد بمختلف مستوياتها، وإما يكون برنامج سلبي يؤثر على كل جوانب الشخصية من عواطف ومشاعر وأفكار وانفعالات وردود أفعال وسلوكات، ويدمر إستقرار الانسان وتوازنه ويضرب حتى صحته العقلية، فيتعرض إلى مختلف الأمراض والاضطرابات التي تهدد تكيفه وتحرمه من المتعة في الحياة.

وهذا ما سنعرضه في الفصل القادم والمتمثل في الصحة العقلية من خلال التطرق إلى اضطراب الاكتئاب والوسواس القهري والانتحار كمتغيرات في هذا البحث.

الفصل الثاني

الصحة العقلية

الفصل الثاني: الصحة العقلية

تمهيد

1-لمحة تاريخية عن الصحة العقلية

2-الصحة العقلية

3-مكونات الصحة العقلية

4-تعريف الإضطراب النفسي

- الاكتئاب

1-لمحة تاريخية عن الاكتئاب

2-تعريف الاكتئاب

3-أهم النظريات التي تناولت الاكتئاب

4-أعراض الاكتئاب

5-تشخيص الاكتئاب

6-الفرق بين إضطرابات المزاج والاضطرابات الاكتئابية

7-أسباب الاكتئاب

8-مؤشرات الاكتئاب

9-الأشكال الإكلينيكية للإكتئاب

- الوسواس القهري

1-لمحة تاريخية للوسواس القهري

2-تعريف الوسواس القهري

3-التشخيص الفارق بين إضطراب الوسواس القهري وإضطراب الشخصية الوسواسية

4-النظريات المفسرة للوسواس القهري

- الانتحار

1-لمحة تاريخية عن الانتحار

2-تعريف الانتحار

3-تعريف المحاولة الانتحارية

4-الفرق بين المحاولة الانتحارية والانتحار

5-تعريف التفكير الانتحاري

6-أنواع الانتحار

7-إحصائيات حول الانتحار والمحاولة الانتحارية

8-النظريات المفسرة للإنتحار

9-أسباب الانتحار

10-الاكتئاب والانتحار

11-الانتحار والوسواس القهري

خلاصة الفصل

تمهيد

إن التمتع بالصحة العقلية يضمن للإنسان التمتع بالحياة في مختلف مستوياتها النفسية، والفكرية، والعاطفية، والجسدية، وحتى الاجتماعية، فعليها تبنى أفكار ومشاعر وتصرفات وردود أفعال الفرد وتفاعله مع الأخرين، وقدرته على تحمل الضغط واتخاذ القرارات.

فهي المحرك الأول للاتزان الداخلي والخارجي عند الانسان، الذي يسمح له بالشعور بالرفاهية والاستقلالية والكفاءة الذاتية والاجتماعية والسلامة الجسدية.

فهناك من يتمتع بدرجة عالية أو منخفضة من الصحة العقلية، وهناك من يفتقد لها وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل بعد التطرق إلى الجانب التاريخي وتوضيح مفهوم الصحة العقلية ومقوماتها لنصل إلى تحديد بعض الفئات المتمثلة في (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار) التي تفتقد لمقومات الصحة العقلية.

1-لمحة تاريخية عن الصحة العقلية

أُنشئت أول مستشفيات للطب النفسي ببغداد سنة 792 م، وتبعتها مستشفيات أخرى في دمشق والقاهرة والأندلس.

وصف ابن سينا عام 1037 م في كتابه "القانون في الطب" حالات الهستيريا والصرع والهوس والاكتئاب. وعالج أبو بكر الرازي كثيرا من حالات الهستيريا والأمراض الجسمية علاجا نفسيا. ووصف إسحاق بن عمران حالات الملاخوليا وصفا عمليا، وصنفها إلى حالات اكتئاب بسيط وشديد، كما بين عواملها الجسمية والنفسية وعالجها نفسيا، وبيئيا وطبيا.

وألف ابن حزم أول كتاب عن "القلق" في القرن الحادي عشر ميلادي تناول فيه الهم وأعراضه، وعوامله وأساليب علاجه. وضمن ابن مسكويه في كتابه " تهذيب الأخلاق وتطهير الأعراق " فضلا عن الصحة النفسية، فلم يعرف الطب آنذاك الانفصال المصطنع بين النفس والجسد. (عطار، 2016).

أما في أوروبا فكان العصر الوسيط، فترة مظلمة في تاريخ الطب عامة، والطب العقلي خاصة. اتسمت خلالها معاملة المرضى العقليين بالقسوة، لدرجة كان يبحث عن المرضى العقليين لإبادتهم

بصورة جماعية، وقُتل في عهد فرنسيس الأول بفرنسا، ما يقارب مليون مريض عقلي، وفي مدينة جنيف أحرق عام 1515 ميلادية، حوالي خمسة مئة من مريض عقلي، كما كانوا يرجمون بالحجارة حتى الموت، حيث كان الاعتقاد السائد أن الشياطين والأرواح الشريرة تسكن أبدانهم، وكان المسؤول الأول عن هذه النكسة سيطرة الكنيسة على عقول الناس.

ولكن بعد إنتهاء القرن الثامن للميلاد، ظهرت بعض القوانين التي منعت اضطهاد المرضى العقليين، لكنه مع ذلك بقيت نظرة المجتمع لهؤلاء تتسم بالقوة، وظلوا يوضعون داخل السجون، وكثيرا ما كانوا عرضة لتهكم وتحقير الجمهور لهم، الذي كان يزور هذه السجون وكأنها حديقة للحيوانات.

ولقد إستمر هذا الحال إلى غاية عام 1815م، إلى حين تشكلت لجنة برئاسة الطبيب بيرشارب Birscharpe، إثر التقرير الذي تقدم به تيوك S.Tuke حول ظروف ووضعية مستشفى يورك York للأمراض العقلية بلندن، الذي اندلع فيه حريق سنة 1814 م، وأدى بحياة عدد كبير من المرضى، بسبب الإهمال وعدم توفر أدنى شروط الأمن والنظافة. (عطار، 2016).

وتقدمت هذه اللجنة باقتراحات لتحسين ظروف معيشة المرضى العقليين داخل المصحات. وأسس تيوك مُعْتَزَلْ "يُورك"، ووضع هيئة خاصة للتمريض.

ولم يكن الحال أحسن بفرنسا لكن الثورة الفرنسية عام 1792م، أكدت على قيمة الفرد وعلى حقوق الانسان، وسمحت برؤية إنسانية تجاه هذه الفئة لاسيما لدى الأطباء وعلى رأسهم بينال Pinnell، الذي فك قيود خمسين مريضا بمستشفى بستر Bicetre، كانوا قيد السلاسل الحديدية منذ أكثر من ثلاثين عاما واعتبرهم مرضى لكنهم فقط حرموا من النور والحرية واعتبر المرضى العقليين، لأول مرة مرضى يستحقون العلاج والرعاية ووضعت لهم سجلات تسجل فيها الملاحظات المتعلقة بحالة المريض وتطورها.

بعدها قام أسكيرول Eskirol وهو أحد تلاميذ بينال بإدخال المزيد من الإصلاح في سكن ومعيشة المرضى. وبلغ الحد بهذا الطبيب أن جال أرجاء فرنسا مبشرا بأفكاره الإصلاحية، وأنشأ حوالي عشرة ملاجئ عقلية. (عطار، 2006).

أما في أمريكا فقد أنشئت عام 1841م الرابطة الطبية النفسانية التي صارت تعرف باسم الرابطة الأمريكية للطب العقلي.

واشتهرت دوروثي ليند دكس Dorothy Lynde Dix بقيادتها حركة إصلاحية في كثير من الولايات الأمريكية، وبفضلها أدخلت تحسينات في ميدان علاج الاضطرابات العقلية وأنشئت مستشفيات خاصة، ومؤسسات تعمل لمجال الصحة النفسية.

وتجمع الأدبيات التي تؤرخ لحركة الصحة النفسية على أنها انطلقت بدفع حيوي من كليفورد بيرسClifford Beers ذلك المريض من ولاية كونتيك Cunicticut، الذي انتقل ما بين عام 1900م و1903م بين عدد من المستشفيات العقلية، عاش خلالها تجربة مرة، نشر بعدها عام 1908م كتابه الموسوم " العقل الذي وجد نفسه" روى فيه تجربته. ومازال هذا الكتاب يطبع ويترجم إلى العديد من اللغات ملهما أجيال الدراسين والمهنيين العاملين في القطاع بضرورة تحسين ظروف العلاج في المصحات.

ولقد أسس بـيرس (Beers) في نفس العام، بمساعدة شخصيات مرموقة أمثال أدولف ما ير (A. Mayer)، "جمعية كونيتيكت (Connecticut) لرعاية الصحة النفسية"، والتي اعتبرت الأولى من نوعها، ووضع لها دستور لازال يحتذى به إلى اليوم، في مجال الرعاية بالصحة النفسية واتحادات الصحة النفسية، مبادئه الأساسية:

تحسين ظروف علاج المرضى العقليين، ثم الوقاية من المرض العقلي، والتأخر العقلي، وصيانة الصحة النفسية ونشر الوعي بالصحة النفسية.

وفي العام التالي أي عام 1909م قاد بيرز في نيويورك New York إنشاء اللجنة الوطنية للصحة النفسية (The Nationale Communtee for Mental Hygiene).

لقد كون بيرس(Beers) عام 1919م لجنة دولية لرعاية الصحة النفسية، وأدى ذلك لعقد المؤتمر الدولي لأول مرة لرعاية الصحة النفسية عام 1930 في واشنطن Washinton، وكانت قد أُنشئت حتى ذلك الحين جمعيات للصحة النفسية في 25 بلدا. (عطار، 2016).

من جهة أخرى أدت المشكلات التي خلفتها الحرب العالمية الثانية إلى المزيد من الاهتمام بالصحة النفسية في كل من أمريكا وكندا، وأصبح الموضوع حاضرا بقوة في وسائل الاعلام، وبفضل اعتماد قانون الصحة النفسية الوطنية في أمريكا عام 1946م، أصبح ممكنا إنشاء المعهد الوطني للصحة النفسية عام 1949م ضمن ما أصبح يعرف "بقسم الصحة والتربية والرعاية "، وتحول هذا

المعهد إلى ممول رئيسي للأبحاث النظرية والتطبيقية في الصحة النفسية، كما أنه يسر تأسيس المجلات وتمويل تدريب المهنيين في الميدان.

وتتضافر جهود هذا المعهد مع بقية المعاهد والمؤسسات والوكالات الأمريكية المعنية بصحة الطفل، والتربية وخدمات التأهيل الاجتماعي ورعاية قدماء المحاربين.

أما الاتحاد الدولي للصحة النفسية World Federation for Mental Health (WFMH) فقد أنشئ خلال عقد المؤتمر الدولي الثالث في لندن عام 1948، وبلغ عدد الجمعيات المنظمة إلى عضويته مائة وستين جمعية من خمسين بلدا حتى عام 1970، ويوفر الاتحاد الدولي استشارات، ويتبادل الأنشطة مع العديد من وكالات الأمم المتحدة بما فيها الصحة العالمية التي تأسست فيها وحدة للصحة النفسية عام 1949. ومازالت تتوسع أنشطة الاتحاد بشكل كبير لكي تنشر في أكثر من مئة بلد. كما تنامت الاهتمامات العامة، وتثقيف الجمهور باتجاه متابعة مساعي بناء بيئة معفاة تساعد على النمو الفردي والتنمية الاجتماعية.

بينما إنطلقت في أوروبا العديد من البرامج ووضعت العديد من السياسات بالتعاون ما بين المنظمات الدولية، والحكومية والأهلية، وبمشاركة العديد من المهنيين في مجالات الصحة والسكن والعمل والتربية والتنمية. وبذلك تكون قد خرجت من الصحة النفسية ورعايتها من العيادات والمراكز الاستشارية كي تتحول إلى مسألة عامة تدخل صلب الأنشطة التنموية الاجتماعية.

كما كان لمنظمة الصحة العالمية دور هام في ترسيخ مفهوم الصحة النفسية من خلال انشاء وحدة الصحة العقلية بالمنظمة سنة 1946 والتي كونت لجنة من الخبراء برئاسة الطبيب النفسي الإنجليزي بولبي Bowlby الذي ساهم في إطلاق حركة الصحة العقلية على مستوى الأمم المتحدة، إثر دراسة حول تأثير العلاقة الأولية مع الأم على الصحة العقلية للأفراد. (عطار، 2016).

يتبين من هذا العرض التاريخي أن مسار الصحة العقلية، قد مر بعدة مراحل وأزمات وأحداث جعلت من الاهتمام بالصحة العقلية يزداد يوما بعد يوم.

2-تعريف الصحة العقلية

من البديهي التعريف بالعقل قبل التطرق إلى مفهوم الصحة العقلية.

1.2.التعريف اللغوي للعقل

لقد ذهب أهل اللغة إلى " أن العقل مصدر عَقِلَ يَعْقِلُ عَقْلاً ومَعْقُولاً، والجمع عُقُولْ وعَقِلْتُ الشيء أَعْقِلُهُ عَقْلاً أي فهمته". (بن سيده، ص. 15).

ونقل الأزهري عن ابن العربي قوله: (العقل التثبت في الأمور، والعقل القلب، والقلب العقل، وسمي العقل عقلا لأنه يعقل صاحبه عن التورط في المهالك، أي يحبسه).

وقال آخرون: العقل هو التمييز الذي يتميز به الانسان عن سائر الحيوان.

أما جمال الدين بن منظور في اللسان فيعرفه بأنه: " العقل: القلب، والقلب العقل. وقيل العقل هو التمييز الذي به يتميز الانسان من سائر الحيوان. وعقل الشيء يعقله عقلا: فهمه". (ص.11).

وقيل الرجل العاقل "هو الجامع لأمره ورأيه. وهو الذي يحبس نفسه ويردها عن هواها، أخذا من قولهم قد اعتقل لسانه إذا حبس ومنع الكلام". (بن حزام، 1996، ص.216).

نجد أن لكلمة العقل في اللغة الإنجليزية مرادفات، بعضها قريب من مفهوم العرب لمعنى العقل، وبعضها بعيد عنها، ولهذا فإن العقل في اللغة الإنجليزية يسمى (Mind) لكنهم يطلقون عليه أيضا اسم (Spirit) أي الروح أو النفس والفهم والثقافة العقلية والاعتقاد، أو الإيمان والتصديق والميل والرغبة والحكم، أو الفصل في الأمور، والإرادة والتصميم والاستعداد العقلي، والعاطفة والتذكر والفكرة والوعي والغريزة، والذكاء والفطنة والتنسيق والتنظيم.

وقد أورد معجم وبستر (Webster) معان عدة لكلمة عقل منها معاني: " الذاكرة والتذكر والاسترجاع. كذلك أورد من معانيه معنى: الانتباه والذكاء والملاحظة". (بختي، (د.ت)، ص. 9).

مما تقدم يظهر من التعريف اللغوي للعقل أن له دور مؤثر وفعال في حياة الانسان، وهذا يظهر جليا من الأسماء والأوصاف المتعددة المستخدمة له. كما يتوضح أن معنى العقل كثيرا ما يستخدم بمعنى النفس والروح.

2-2-تعريف علماء النفس للعقل

يعرف علماء الطب والنفس العقل على "أنه وظيفة من الدماغ، يدرك بها الانسان المعاني، ويفكر ويتذكر فيعي وجوده، وهو ليس شيئا من الجسم، بل هو النفس، ويقوم بوظائف معرفية عن طريق الإدراك والتفكير". (بختي، (د.ت)، ص. 9).

يرى بعض علماء النفس أن العقل "هو قوة من أرقى قوى النفس، وبذلك يعتبر جزء منها، لأنه يحتوي على عدة جوانب، وكل جانب يقوم بوظيفة خاصة كالإدراك والتفكير والتذكر، فهو بهذا المعنى من يقوم بعملية التمييز أي مركز التوجيه والقيادة لجميع قوى النفس". (بختي، (د.ت)، ص. 9).

يتبين أن العقل والنفس لا يمكن فصلهما عن بعضهما البعض، فالعقل يحتوي النفس وهذه الأخير تخضع له.

2-3-الصحة العقلية

من المعروف أنه من الصعب تحديد مفهوم الصحة العقلية في مراحل التغير السريع الذي يطرأ على المجتمعات، خاصة ذلك التغير الذي يصاحب الأزمات المتلاحقة والحروب والثورات، ولهذا سنتكلم عن الصحة العقلية بمفهومها التقليدي والحديث، دون أن ننسى التطرق إلى الصحة العقلية بأبعادها الإيجابية حتى تكون أكثر وضوحا.

فالصحة العقلية تعني نقيض المرض العقلي، والمرض العقلي في حد ذاته مصطلح عام ومداه واسع وبالتالي لا يعتبر دقيقا، لأنه يتضمن مجموعة كبيرة من أنماط السلوك، إضافة إلى أن المجال الذي يظهر فيه الاضطراب العقلي هو مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة، وعلينا أن نقوم بدراسة السلوك في مجال هذه العلاقات دراسة منظمة. (Corn, 2017).

فنجد آدمس Adams (1964) يرى "بأنه لا يوجد ما يسمى بالمرض العقلي في أي صورة لها معنى معقول إن الحقيقة أن مصطلح المرض العقلي، يطلق دون تمييز على مجموعة من أنماط السلوك في العلاقات الإنسانية المتبادلة، فالمرض العقلي ليس إلا ظاهرة تتضمن سلوكا في علاقات إنسانية متبادلة، ويجب أن تقوم برامج الوقاية تبعا لذلك على فهم منظم للسلوك في هذه العلاقات". (ضمرة، 1986).

وهو يتفق مع سازس Szasz (1961) ففي رأيه "أننا حين نقول إن شخصا ما عنده مرض عقلي أو أنه يعاني منه فإننا نؤكد حكما منطقيا مشكوكا في أمره، لأنه مستحيل أن نؤكد ما إذا كان الحكم صوابا أو خطأ لأن المدى لمعنى مصطلح المرض العقلي واسع جدا". (p.67)

نستخلص من هذين الرأيين:

- أن مصطلح المرض العقلي مصطلح عام مداه واسع، وبالتالي لا يعتبر مصطلحا دقيقا لأنه يتضمن مجموعة كبيرة من أنماط السلوك.
- إن المجال الذي يظهر فيه الاضطراب العقلي هو مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة، وعلينا أن نقوم بدراسة السلوك في مجال هذه العلاقات دراسة منظمة.
- يعني المرض العقلي وجود النقيض له الصحة العقلية مفهوم نظري غامض.

وقد نادى أبقراط ومن جاءوا من بعده حتى فرويد، أنه لا يوجد حد فاصل بين المرض العقلي والسواء، وأن السوي لا يختلف عن المريض في النوع لكن في الدرجة، ويمكن ترتيب الأفراد على متصل مستمر بين السواء والشذوذ، وبالتالي يمكن أن يوجد السلوك المرضي في محتوى سوي، كما أنه من الممكن أن يوجد السلوك السوي في محتوى مرضي.

والخلاصة أنه حاليا نرفض تصنيف الناس في فئتين متناقضتين: أبيض وأسود، عاقل ومجنون، مريض عقليا وسليم عقليا. (ضمرة، 1986).

فحسب ما تقدم لا يمكن تعريف الصحة العقلية على أساس أنها عكس المرض العقلي، كما أن الفصل بين المرض والسواء أمر صعب.

يقول بلاتز Blats (1958) "إن الصحة العقلية وظيفة لتقبل نتائج القرارات التي يتخذها الفرد، والفرد الذي لا يتجنب أبدا عواقب سلوكه سواء أكان هذا السلوك خارجا عن قواعد الضبط أو خاضعا لها، فهو شخص في تمام الصحة العقلية". (p.29) .

يعني أن الصحة العقلية عند بلاتز هي أن يتحمل الفرد نتائج قراراته وسلوكاته، مهما كانت سواء متوافقة مع القواعد أو غير متوافقة. وعليه فكل شخص لا يتقبل نتائج قراراته فهو لا يتمتع بالصحة العقلية.

كما يعتبرها بعض العلماء أنها " أداء عقلي ناجح ينتج عنه أنشطة إنتاجية، وتحقيق العلاقات والقدرة على التعامل مع التغيير والصعوبات". (Encyclopédia, p.524).

فالصحة العقلية لا غنى عنها للأداء الشخصي الفعال، والعلاقات الشخصية والعائلية، والحياة المجتمعية بصفة عامة.

كما تعرف لجنة الصحة العقلية في Québec (1994) "على أنها حالة من التوازن النفسي حيث يشعر الشخص بالرفاهية الذاتية، والقدرة على استعمال قدراته العقلية، العمل بطريقة كافية داخل المجتمع الذي هو جزء منه". (p.25).

وترى منظمة الصحة العالمية (Organisation mondiale de la santé) " الشخص الذي يتمتع بالصحة العقلية هو القادر على التكيف مع المواقف المختلفة في الحياة، والمتمثلة في الاحباطات والضغوطات وبالتالي فهي القدرة على تحقيق التوازن النفسي بين جميع جوانب الحياة الجسمية، العاطفية، الروحية، الاجتماعية والبيئية".(OMS, 2009, p.15).

يفهم من هذا التعريف أن الشخص الذي لا يملك القدرة على التكيف مع المواقف، وغير متوازن في جانب من الجوانب المذكورة في هذا التعريف، لا يمكنه التمتع بالصحة العقلية.

ولِيكُونَ مفهوم الصحة العقلية أكثر ايضاحا نتطرق إلى التعريف، الذي اتخذته لجنة خبراء الصحة العالمية في تقريرها الثاني الصادر في سنة 1951، والذي خططت على أساسه برامجها لثلاثة عقود متتالية، حيث جاء التقرير على النحو التالي:

لما كانت هناك تعاريف متعددة للصحة العقلية، فإن اللجنة ترى أنه من المهم أن تضع المفهوم الذي كان لديها قيد المناقشة.

حيث ترى أن المفاهيم التي تُعرِّف الصحة العقلية سلبيا كحالة يكون فيها الفرد متحررا من الاضطرابات الطب نفسية الظاهرة لا تبعث على الرضا، كما أن الاحتفاظ بالتلاؤم مع البيئة قد يكون في حالة الاستجابة الصحية فيها هي محاولة تغييرها، ومع ذلك فعلى الرغم من أن الاكراه على التلاؤم لأي بيئة وكل بيئة ليس من خصائص الصحة العقلية.

وعليه تُعرِّف هذه اللجنة الصحة العقلية بمفهومها الحالي على أنها" القدرة على تكوين علاقات موفقة مع الآخرين يعتبر من الصحة العقلية". (كايد ضمرة،2017، ص. 32).

هذا يوضح القدرة على تكوين علاقات متكيفة وناجحة مع الآخرين، شرط أساسي للتمتع بالصحة العقلية والعكس صحيح.

وترى اللجنة أن الصحة العقلية تتأثر بكل من العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية، كما أنها ليست حالة احصائية (Statistique)، لكنها حالة تتعرض للتغير والتذبذب في درجتها، ويتضمن مفهوم اللجنة للصحة العقلية كذلك مشاركة الفرد في الاسهام بنائيا في تغيير بيئته الاجتماعية والطبيعية، وتتضمن أيضا قدرته على اشباع متوافق ومتوازن لطاقاته الذاتية التي تتعارض مع غرائزه، والمقصود بالإشباع المتوافق التوصل إلى التكامل دون حرمان من اشباع بعض النزعات الغريزية لمقاومة نزعات أخرى. كما تتضمن نمو الشخصية بطريقة تُمكن بها الدوافع الغريزية المتصارعة من أن تجد التعبير المنسجم للتحقيق العام للقدرات. (Cervone& pervin, 2017).

والملاحظ أن الاتجاهات في تعاريف الصحة العقلية في الثلاثين سنة الأخيرة، تنحو نحو التخلي عن كثير من العناصر الأساسية في التعاريف التي كانت موجودة حتى سنة 1950 وتبرز عناصر أخرى تتفق وروح العصر.

فقد تخلت التعاريف الحالية عن:

1. تعريف الصحة العقلية سلبيا كالقول بأنها حالة يكون فيها الفرد متحررا من الاضطرابات الظاهرة، لأن الصحة العقلية لا تعني خلو الفرد من المشاكل أو خلوه التام من الاضطراب النفسي، بل أن الاضطراب النفسي في رأي البعض قد يكون من علامات الصحة والعبرة هي قدرة الفرد على مواجهة مشاكله.
2. إن التوافق مع البيئة الذي كان يعتبر عنصرا هاما في التعاريف القديمة، لم يعد مظهرا من مظاهر الصحة العقلية.

بالتالي فإن التعاريف القديمة تبرز أهمية المرونة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية التي تساعد الفرد على التوافق مع غيره من الناس، وإن كانت التعاريف الحديثة تحتم بالضرورة وجود علاقة

مشبعة مع الغير كمظهر من مظاهر الصحة العقلية، مما نجده واضحا في تعريف لجنة خبراء الصحة العقلية.

أما التعاريف الحالية تبرز:

1. أنها حالة تتأثر بالعوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية، وتبعا لذلك فهي ليست حالة إحصائية ثابتة ولكنها حالة تتعرض للتغيير والتذبذب في درجتها، لأنه لا يوجد فرد يخلو من المشاكل التي لابد أن تؤدي إلى اختلال توازنه وتوافقه مؤقتا، ولا يعني هذا أنه لا يتمتع بالصحة العقلية.
2. تؤكد التعاريف الحالية أن التوافق الداخلي للفرد هو المعيار الذي يمكن به الحكم على سلامة صحته العقلية، فالمهم هو قدرة الفرد على التطلع في داخل نفسه، للبحث عن القيم والقواعد التي يمكن أن يعيش فيها بانفصالية واستقلالية وطابع للحكم الذاتي، بصرف النظر عما يعتبر نجاحا أو فشلا من وجهة نظر الآخرين ومهما بدا الفرد غير معقول في نظرهم.
3. كما تؤكد ضرورة وجود علاقات مشبعة مع الغير والاسهام معهم في القيام بعمل بناء لتغيير المجتمع.
4. ضرورة الإشباع للدوافع بما لا يضر بذات الفرد أو ذوات الآخرين مع تعدد مصادر الاشباع.
5. القدرة على اتخاذ القرارات وتقبل تبعاتها وعدم تجنب عواقب السلوك، الذي يقوم به الفرد سواء كان هذا السلوك خارجا على قواعد الضبط أو خاضعا لها.

ينطوي تعزيز الصحة العقلية على منظور وطريقة جديدة لفهما بمعناها الايجابي. كما يجب فهم الصحة العقلية كمورد أساسي يجب حمايته ورعايته ودعمه.

والملاحظ أنه تقليديا اقتصر تعريف الصحة العقلية على أنها غياب المرض العقلي أو الاضطرابات العقلية. وهذا التعريف يفترض أن الفرد الذي لا يعاني من اضطراب عقلي يتمتع بصحة عقلية جيدة، وعلى العكس من ذلك لا يستطيع الشخص المصاب باضطراب عقلي التمتع بصحة عقلية جيدة.

على هذا فقد تم اقتراح مفهوم جديد للصحة العقلية في أبعادها الايجابية، حيث يرى العلماء "أن الصحة العقلية ممكن تعريفها على نحو أكثر ملائمة على أنها الرفاهية، وبهذا المعنى تتجاوز غياب الاضطرابات العقلية". (Caron, 2017, p. 113).

ويشير هذا التعريف الشامل للصحة العقلية على أنها لا تعني غياب الضيق والكرب وانعدام الصراع داخل الذات، بل تعني التفكير بوضوح وبشكل عقلاني، وعلى نحو منطقي مصحوبا بالآتي:

أ- التمكن من مواجهة التغيرات التي تفرزها الحياة.

ب-التمكن من مواجهة الضغوط.

ت-القدرة على التصدي للصدمات.

ث-تحمل وطأة الإخفاقات والفشل.

ج- المحافظة على الاستقرار الانفعالي والاتزان الوجداني.

وتفيد نتائج البحوث الحديثة بأن الأشخاص الذين يتمتعون بالصحة العقلية والنفسية يتصف سلوكهم بعدد من الخصائص أهمها:

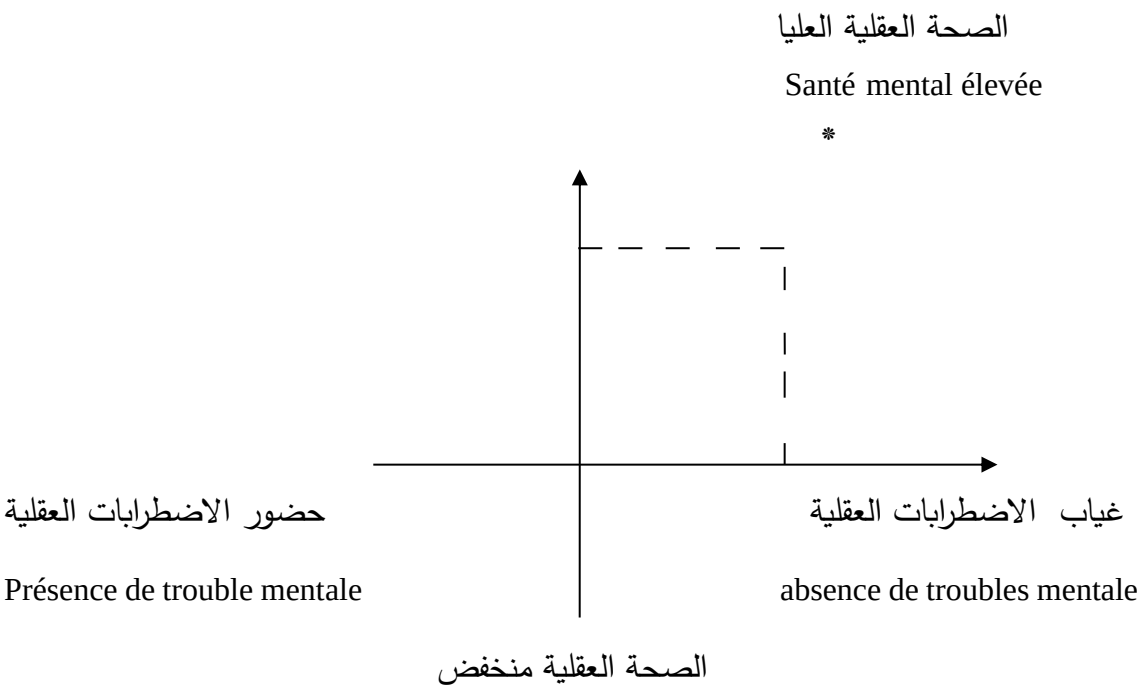
- إدراك الواقع كما هو – تقبل البيئة الطبيعة والبشرية.
- النظرة الواقعية إلى تحديات الحياة – تحمل المسؤولية.
- تقييم النفس بشكل متوازن بإقامة علاقات إنسانية حميمية والعمل بما يتلاءم والقدرة العقلية.
- الشعور بقيمة الانجاز وثمرة الجهد، وأضيف لها مؤخرا الجانب الروحي بالمعنى الإيجابي للإيمان.

وبالتالي فإن الصحة العقلية بالمفهوم الجديد الإيجابي أصبحت تتمثل في:

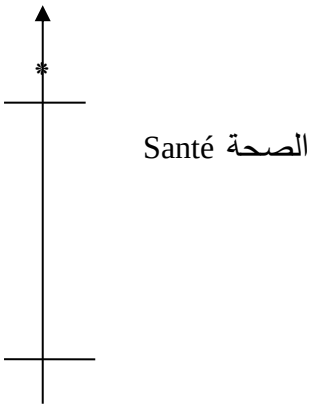
❖ نموذج من سلسلتين متصلين.

❖ نموذج من سلسلة متصلة واحدة، ومتواليتين من الصحة ومن الاضطرابات النفسية والعقلية والذي يتم توضيحه بالمخطط التالي:

شكل رقم (2): *الصحة العقلية الإيجابية من نموذجين متصلين.*



شكل رقم(3): الصحة العقلية *الإيجابية من نموذج متصل واحد.*



*= صحة عقلية كاملة santé mentale complète

حسب الشكلين يمكننا أن نستنتج:

الشكل رقم (2) المتكون من (نموذجين متصلين):

- يصف الاستمرارية من مستوى الصحة العقلية المنخفض إلى مستوى الصحة العقلية العليا.
- الصحة العقلية الكاملة: هي غياب الاضطرابات العقلية مع مستوى عالي أو مثالي من الصحة.

أما الشكل رقم (3) المتكون من (نموذج متصل واحد) فيمثل:

غياب–وجود الاضطرابات العقلية. (Caron, 2017).

وهذا يعني أن:

- عدم وجود اضطرابات عقلية لا يعني وجود الصحة العقلية.
- أي حالة أقل من الصحة العقلية المثلى مرتبطة بانخفاض الأداء سواء كان الشخص يعاني من اضطرابات عقلية أم لا.
- وجود اضطرابات عقلية لا يعني غياب الصحة العقلية.

مما يعني أن وجود أو غياب الاضطرابات العقلية، ليس معيارا أو مقياس لوجود أو غياب للصحة العقلية، رغم أن الخط الفاصل بين الصحة العقلية والاضطراب النفسي ليس من السهل تحديده. فهذان المفهومان متداخلان حيث يعتبر كل منهما استمرار للآخر، ويفهم من هذا هو أن الصحة العقلية تتحقق بتوفر مقوماتها التي تسمح بالرفاهية العاطفية النفسية والاجتماعية ولا يهم إن وجد الاضطراب العقلي أم لا.

وهذا ما اعتمدته منظمة الصحة العالمية عام 2004 كتعريف للصحة العقلية (L'OMS) "بأنها حالة من الرفاهية يمكن للشخص أن يدرك فيها نفسه ويتغلب على التوترات الطبيعية في الحياة، ويؤدي عملا منتجا ومثمرا ويساهم في مجتمعه". (WHO, 2004, p.14).

وفقا لهذا التعريف فإن الرفاهية الفردية والاجتماعية والعملية أو الأداء الجيد هو أساس الصحة العقلية وهذا ما سنوضحه.

3-مكونات الصحة العقلية

لقد ساهمت المقاربات أو المناهج إلى حد كبير في فهم الصحة العقلية بمعناها الإيجابي، وهذه الأساليب قد عملت كأساس نظري لتطوير العديد من السلالم ومقاييس للصحة العقلية والمتمثلة في:

3-1-مقاربة المتعة أو الرفاهية العاطفية Hédonique

يشير هذا المنهج المستمد من الفلسفة اليونانية إلى ملذات الوجود والسعادة، تبعا لهذا المنهج يَعتبر أن الرفاهية أو المتعة تتوافق مع ردود الفعل العاطفية، التي يُعبر عنها بالمزاج والعواطف التي لها تأثير على الرفاهية، والتي تندرج تحت مصطلح " الرفاهية العاطفية" وتتضمن زيادة العواطف الايجابية وتقليل تأثيرات العواطف السلبية.

فالرفاهية العاطفية هي الرضا عن الحياة (qualité de vie-QV) ومجالاتها العديدة، وهذا مبني على تقدير عاطفي ومعرفي يضعه الفرد على نفسه. حيث يعتمد هذا التقدير الذاتي على مدى إدراك المسافة بين الوضع الحالي للفرد، عن تلك التي يرغب أن يجد نفسه فيها، يعني إدراك ما هو عليه الآن وما يريد أن يصل إليه. فكلما كان هذا الإدراك متماشيا مع توقعاته وطموحاته وأهدافه في الحياة، كلما زاد تأثيره الايجابي وكان أفضل، وبالتالي رضاه عن الحياة.

والعكس صحيح فالضغط والتأثيرات السلبية مع تقييم أقل ايجابية عن الرضا في الحياة. والتي تعتبر حالة ليست ساكنة تتقلب مع مرور الوقت، وفقا لأحداث ومراحل وسياقات الحياة والتغيرات في التوقعات والتطلعات والمهارات والكفاءات التي تسمح بتحقيقها.

3-2-مقاربة الرفاهية الفردية والاجتماعية Eudémonique

هذا المصطلح مستمد أيضا من الفلسفة اليونانية ينظر إلى الرفاهية بإعتبارها الهدف النهائي للحياة البشرية. ويشير إلى قدرة الفرد على تحقيق إمكاناته، وفقا لهذا المنهج تشير الرفاهية إلى الأداء الفردي والاجتماعي.

أ- الأداء الفردي

يقدم Ryff "تصور للأداء الفردي والذي يتوقف على التحديات الشخصية التي يواجهها الفرد في تحقيق إمكاناته". (Ryff, 1989, p. 55).

ويعتمد الأداء الفردي على الرفاهية النفسية والتي بدورها تتضمن ستة أبعاد تتمثل في:

تقبل الذات، العلاقات الايجابية مع الآخرين، النمو الشخصي، الهدف في الحياة، السيطرة على البيئة، الاستقلالية.

ب-الأداء الاجتماعي

يقترح Keyes نموذجا متعدد الأبعاد للرفاهية الاجتماعية والتي ترتبط بعمل الفرد في المجتمع والتحديات المرتبطة بتحقيق الفرد في المجال الاجتماعي ويضم خمسة أبعاد:

التماسك الاجتماعي، التحديث الاجتماعي، الاندماج الاجتماعي، القبول الاجتماعي، المساهمة الاجتماعية.

ومما تقدم وتبعا للتعاريف السابقة للصحة العقلية على الرغم من أنها تخطت معيار الاضطرابات العقلية إلى معايير متعددة يمكن ايجازها فيما يلي:

- ❖ أن التوافق الداخلي للفرد وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة، هو المعيار الذي يسمح بالحكم على سلامته العقلية، وهذا يعني أن كل فرد غير متوافق داخليا وغير قادر على تكوين علاقات اجتماعية لا يتمتع بالصحة العقلية.
- ❖ تحقيق التوازن النفسي والعاطفي والقدرة على الاستقلالية، وتحمل القرارات والاحباطات والصراعات شرط أساسي للصحة العقلية.

وعليه يمكن القول بأن الفرد الذي تتوفر فيه هذه الشروط والمقومات المتمثلة في الرفاهية العاطفية والنفسية والرفاهية الإجتماعية يتمتع بالصحة العقلية، فعلى سبيل المثال كل شخص يعاني من الاضطرابات العاطفية كالاكتئاب (النظرة السلبية للحياة والأفكار التشاؤمية)، واضطرابات القلق كالوسواس القهري (سيطرة الأفكار والسلوكات القهرية على الفرد) لا يتمتع بالصحة العقلية، أضف إلى هذا فكل فرد فقد الأمل في الحياة ولديه رغبة في الانتحار (الرغبة في الموت)، فهو أصلا لا يبحث عن الرفاهية بمختلف أنواعها.

بناء على كل هذا سيتم عرض كل من هذه الاضطرابات (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار) وتوضيحها بالتفصيل، وقبل هذا نتطرق إلى تعريف الإضطراب النفسي والمعايير التي تحدد هذا الأخير مقارنة بالصحة العقلية.

4-تعريف الاضطراب النفسي

يُعرف الإضطراب النفسي على أنه "خلل نفسي مصحوب بضيق أو ضعف كبير في الأداء، وهو رد فعل غير متوقع في السياق الإجتماعي، يكون حاد ومستمر بمرور الوقت".

كما يشير الإضطراب النفسي إلى " العلامات والأعراض التي تتميز بتغيرات في الفكر أو المزاج أو السلوك تؤدي إلى حالة من الضيق أو المعاناة والخلل الوظيفي الكبير". (Benny et al, 2016, p. 16)

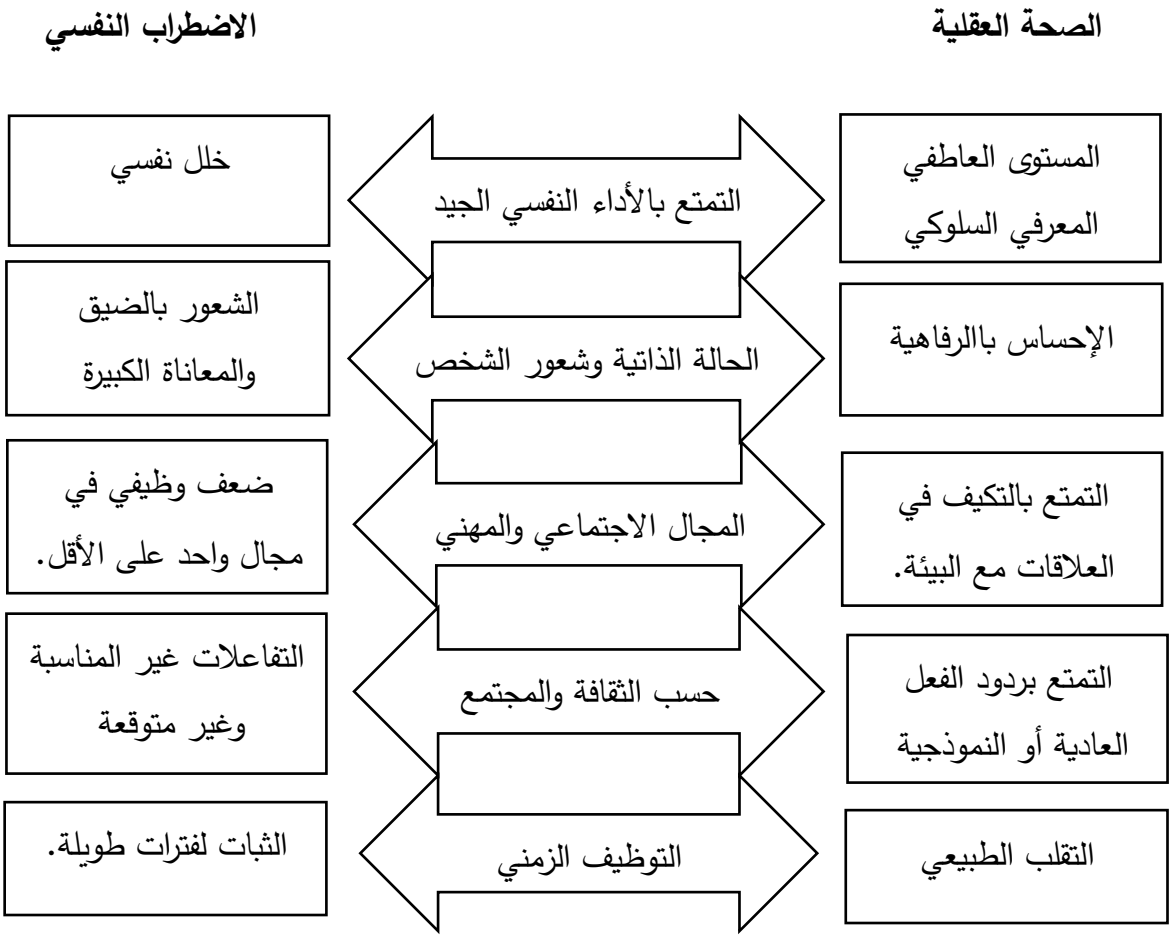
ويعتبر بصورة عامة " أنه حالة من الإعتلال في الجانب المعرفي (Cognitif) أو الجانب الانفعالي (Emotif) أو الجانب السلوكي(Comportemental) ،كما قد يكون الاضطراب مزيج من كل هذا". (القيسي، 2020، ص. 53).

يجمع المجتمع العلمي على المعايير التي تسمح بتعريف الاضطراب النفسي وجود خلل وظيفي نفسي في الشخص مرتبط بالشعور بالضيق أو بتغيير في الأداء، وهذا في سياق يكون فيه رد الفعل غير نمطي أو غير مناسب ثقافيا، وحيث تكون العلامات والأعراض شديدة وتستمر بمرور الوقت.

نفهم من هذا أن هناك ثلاثة معايير وهي: الخلل النفسي، الضيق النفسي، رد الفعل أو الأعراض المنحرفة أو غير النمطية اعتمادا على الثقافة والمجتمع.

4-1-المعايير التي تحدد الصحة العقلية والاضطراب النفسي

شكل رقم(4): *المعايير التي تحدد الصحة العقلية والاضطراب النفسي.*



(Robichaud, 2006, p. 17)

أمثلة عن الاضطرابات النفسية

➢ الاكتئاب

حسب منظمة الصحة العالمية يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية، التي تمثل السبب الرئيسي لإعتلال الصحة والعجز في العالم نتيجة الإحصائيات التي تكشف عن التزايد المستمر، فقد ارتفع بأكثر من 18% منذ العام 2015 ليستحوذ أكثر بعد جائحة كورونا، فهو عامل خطر مهم يلعب دورا على مستوى دافعية الفرد وإهتماماته وأدائه ولإرتباطه بالانتحار.

وعليه سنقدم لمحة تاريخية عن إضطراب الاكتئاب قبل التعرف عليه أكثر من خلال التعاريف التي وضعت له والنظريات التي فسرته.

1-لمحة تاريخية عن الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية، وسجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام، ومما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن.

كما ورد في مراجع التاريخ أيضا أن الأمراض النفسية، ومنها الاكتئاب كان الإهتمام بها وعلاجها يتم بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي، فقد ورد وصف للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإيحاء والعلاج الديني للاضطرابات النفسية، كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية، مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة، التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية.

كما ورد في كتابات الإغريق عن طريق الأساطير والشعر والأدب، حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي، فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم. كما نجد أبو قراط (أبو الطب) 460-377 ق.م من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي، ونقيضه مرض الهوس وصفا غير مختلف عن الوصف الحالي جمع بين الجسد والروح، أي بين الجسم والعقل، وأكد وجود تأثير متبادل بينهما، وعزا ذلك إلى اضطراب في التوازن بين سوائل الجسم، وقد قال "إن السوائل الجسمية هي مجموع خليط أربعة سوائل: السوداء، والصفراء، والحمراء، والنخامية، وتغلب السوداء على الأخريات في حالة السوداوية Mélancolie، بينما أضاف جاليان Galien بعد ذلك أن اختلاط السوداء بالصفراء وتزايد الاثنين يؤدي إلى حالة اضطراب المزاج. (الشربيني، 2001).

كما وصف ابن سينا العديد من حالات السوداوية وكيفية علاجها، أما الأطباء الرومان فقد قدموا وصفا لبعض الأمراض كالاكتئاب، وتم تصنيفه إلى نوع داخلي وخارجي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي.

وفي العام 1621 نشر الطبيب الإنجليزي روبرت بيرتون Robert Berton كتابه (The Atonomy of Melancholia) الذي عد فيه هذا المرض مرضا عالميا.

في القرن التاسع عشر أصبح " الاكتئاب" يحتل موقعا مركزيا في أعمال كبار الأطباء النفسيين، أمثال كربلين Kraepelin وجاسبيرJaspers وفرويد Freud وشنايدر Schneider حيث ساهمت كتاباتهم في الكثير والتي امتد بعضها إلى أواسط القرن العشرين في وضع البذور الجنينية لفهم ظاهرة الاكتئاب.

وفي النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض، للدرجة التي جعلت كاتبا مثل كليرمان Klerman (1979) يقول إن هذه الفترة يمكن أن تسمى عصر السوداوية.

أما اليوم فيعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسة التي تخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهماً من برامجها لمواجهته، حيث قدرت منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب سيكون ثاني اضطراب مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب. (سرحان،2008).

2-تعريف الاكتئاب

2-1-التعريف اللغوي

تعرف دائرة معارف القرن العشرين " الاكتئاب بـ كَئِبِ الرجل يَكْأَبُ كَأْبًا وكَآبَةً، أي بمعنى حزن فهو كَئِيبْ ". (وجدي، 1971، ص. 3).

ويعرف قاموس مختار الصحاح " الاكتئاب من باب كَآبةٌ بالمد سوء الحال والانكسار من الحزن والكآبة أيضا بِوَزنِ رَهِبةَ فهو كَئِيبٌ، وامرأة كئيبة وكَأْبَاءُ ". (الصحاح، 1995، ص. 234).

2-2-التعريف الاصطلاحي

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات التي يصعب تحديدها في تعريف دقيق، وربما يعود السبب إلى اختلاف الأبحاث التي أقيمت على دراسته، وتضارب العلماء والمختصين في آراءهم ونتائجهم وخبراتهم، وهذا ربما يعود بالدرجة الأولى إلى التركيز على جانب من جوانب هذا الاضطراب، وليست النظرة الكلية كما يعود إلى الأعراض والأسباب والأشكال المختلفة التي يتخذها هذا الاضطراب، وربما هذا ما يترجم وجود نظريات متعددة في تفسيرها للاكتئاب.

لهذا سنستعرض العديد من التعاريف وقبلها نفرق بين الحداد والسوداوية.

لقد فرق فرويد Freud (1915) بين الحداد والسوداوية "حيث يرى أن الحداد هو ردة فعل طبيعية نتيجة فقدان شخص عزيز مستثمر بشكل كبير بطريقة لا شعورية، أما السوداوية فموضوع الحب لا يكون ميتا في الواقع ولكنه يضيع كموضوع للحب، وهذا بطريقة واعية" . (Leclerc, 2007, p.113).

وهذا يعني أن الفرق بين الحداد والسوداوية يكمن في أن الفقدان في الحداد يكون لاشعوري، وفي السوداوية يكون شعوريا. كما أنه في الحداد يكون العالم فقيرا أما في السوداوية الشخص بحد ذاته يحس بالفقر وتدني احترام الذات.

يرى نوربار سيلامي Norbert Silamy (2001) الاكتئاب أنه " حالة عقلية مرضية دائمة على وجه التقريب تتميز بنقص في التوتر العضلي". (p.274).

في حين مصطفى زيور يرى الاكتئاب بأنه " حالة من الألم النفسي يصل إلى الميلانخوليا وإلى ضرب من جحيم العذاب، مصحوبا بالإحساس بالذنب شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي". (زيور (ب.ت)، ص. 12).

أما روكلن Roklen فيرى أن الاكتئاب هو" حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، والشعور بالكآبة والحزن، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيفا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة" (فاروق، 2011، ص. 250).

والاكتئاب في الطب العقلي يعرف " بأنه حالات مرضية ترتكز أساسا على نوعين من الافتراض من جهة حدوث تغيير في المزاج المتمثل في التشاؤم، الشعور بعدم القدرة، الاحتقار وتأنيب الذات، ومن جهة أخرى نجد تباطؤ في النشاط العام في السلوكات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية ". (بطرس، 2008، ص.309).

ويرى ربنينفين Rubininfine: " بأنه يحدث من تمزق الوحدة النفسية بين الأم وطفلها، فينتج عن ذلك عجز وتحرر من الوهم النرجسي، يترتب عليه أن يأخذ العدوان مكانه في تطوير الاستعداد للإصابة بالاكتئاب". (عسكر، 1988، ص. 81).

أما سيغموند فرويد Freud (1989) فيرى بأنه " حالة عصبية يثيرها فقدان عزيز، وتتسم بالقلق، وانتقاد الذات، والحط من شأنها، واستكثارها فالاكتئاب عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة، والأفكار غير السارة". (p.257).

ويرى بيك Beck الاكتئاب أنه" حالة انفعالية تتضمن تغيرا محددا في المزاج، مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها، ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط". (قاسم، 2008).

في حين Storon (1991) يعتبره "حالة انفعالية تتجسد في تأخر الاستجابة لدى الفرد والحزن الشديد، والميول التشاؤمية التي قد تدفعه إلى التفكير في الانتحار". (اليحفوفي، 2003، ص. 124).

أما بارجيري Bergeret (1992) فيعرفه على أنه " الشعور بالوحدة والفراغ الداخلي واليأس في العلاقات والمشاعر السلبية ". (p. 43).

وينقسم الاكتئاب عند شابير Chabert (2005) " إلى اكتئاب ظاهر واكتئاب مقنع، فالأولى يظهر من خلال مجموعة الأعراض التي تكون واضحة والتي يمكن ملاحظتها بما فيها الحزن والبطء الحركي، أما الاكتئاب المقنع فهو الذي يكون متخفي وراء أعراض غير معتادة قد تكون متخفية في أعراض جسدية" .(p.201) .

يمكننا القول أن الاكتئاب اضطراب مزاجي يمس المشاعر والانفعالات والسلوك والنشاط العام للجسم، ويؤدي إلى الحزن والقلق وعدم الشعور بالقيمة وانخفاض القدرة والعلاقة السيئة مع الذات والمشاعر السلبية في العلاقات، وتلعب العلاقة الأولية مع الأم دورا هاما في حدوثه، وتؤثر الأحداث على ظهوره.

وبالتالي فالشخص المكتئب يفتقد إلى الرفاهية العاطفية والنفسية والاجتماعية والجسدية كشروط للتمتع بالصحة العقلية.

3-أهم النظريات التي تناولت الاكتئاب

3-1-نظرية أبراهام ماسلو Abraham Maslow

كانت محاولته الأولى عام 1911 وجاءت أعماله بعنوان (ملامح تاريخ النمو اللبيدي سنة 1924)، حيث افترض أن مشاعر العدوان والكراهية المدمرتين للقوة العاطفية، تنجمان عن رغبات جنسية مكبوتة فالعدوان هو نتيجة الإسقاط المعكوس نحو الذات، والذي ينتج عنه مشاعر الإثم والانتقام، وهذا ما يتسبب في مرض الاكتئاب.

لقد وسع أبراهام ماسلو نظرية فرويد، واهتم بالدراسة النفسية العيادية للاكتئاب، ووجد أن الاكتئاب هو بمثابة نكوص إلى المرحلة الفمية، واعتبره انفصال التوازن الذي يحدث بين النشاط اللبيدي والنشاط العدواني، فالاكتئاب يمس أنا ضعيف عاجز وغير قادر على إيجاد الحلول بمفرده للبقاء، وهذا ما يؤدي للتبعية الاتكالية.

فالمرحلة الفمية هي أول مراحل التطور اللبيدي، حيث تسود فيها ارتباط اللذة الجنسية، ويظهر فيها نشاط المص، أما المرحلة الثانية فهي المرحلة الفمية السادية، وهي فترة ثانية من المرحلة الفمية يظهر فيها نشاط العض، ويتخذ فيها الاندماج بين حب الموضوع وتدميره، فيتجه كل من الليبيدو والعدوانية نحو نفس الموضوع، فالفرد المصاب يتأثر بصدمة الضعف والحرمان من طاقته، وهكذا فالاكتئاب لا يكون فقط ناتجا عن الفقدان أو الحرمان، بل ناتج أيضا عن كبت لهذا الفقدان، وكبت لكراهية الموضوع المتسبب في استجابة غريزية لهذا الحرمان.

إن الأشخاص ذوي الإستعدادات للإكتئاب والذين يعانون من فشل على مستوى علاقتهم، يكشف هذا الأخير عن وجود اضطرابات بدائية في علاقاتهم بالموضوع الأول أي الأم، هكذا أرجع أبراهام ماسلو الاكتئاب إلى الطفولة المبكرة، وفسر المرحلة الفمية المتمثلة في البحث عن اللذة التي يرافقها هدف تدميري يهدد موضوع الحب ويعرضه للتدمير.

كما يرى أبراهام بأن مرضى الاكتئاب مثبتون على المستوى الفمي، ويتطلبون اشباعات فمية غير عادية وتبدوا في الأكل والحديث والامتصاص، أو في النهم الفمي ومثل هؤلاء يكونون على مستوى عال من الحساسية للإحباطات الفمية. (جلال، 1985).

3-2-نظرية ملاني كلاين Melanie Klein

إهتمت ميلاني كلاين بالأعراض الاكتئابية عند الطفل، وأطلقت عليها اسم الوضعية الخورية (الانهيارية) وهي نمط من العلاقات بالموضوع، تكون في حدود الشهر الرابع من العمر، ويتم تجاوزها تدريجيا خلال السنة الأولى، رغم العثور عليها ثانية خلال مرحلة الطفولة، ومع إمكانية إعادة تحريكها عند الراشد وخصوصا أثناء الحداد والحالات الخورية، حيث يصبح الطفل قادرا منذ ذلك الحين على مقاربة الأم باعتبارها موضوعا كليا أي ادراكها كموضوع واحد.

كما أنها تخفف من حدة الانشطار بين الموضوع الحسن والموضوع السيئ، حيث تميل النزوات الليبيدية والعدوانية إلى التمركز على نفس الموضوع .

والوضع الاكتئابي عند ميلاني كلاين يتكون من خلال إدراك الطفل للموضوع الكلي، ويربط نفسه بموضوعه وهي الأم، وفي هذا الوضع ينبثق القلق عن التناقض الوجداني، ويكون القلق الطفلي عندما تكون الدفاعات الهدامة قد تلاشت أو إمكانية تلاشي موضوع الحب، وتكون عمليات الاستدماج في الوضع الاكتئابي أكثر حدة، ويبدأ هذا الوضع في المرحلة الفمية ويعمل من خلال مصاحبته للتعديل البدائي لنظرة الطفل للواقع، فيصبح الطفل واعيا بنفسه من خلال ادراكه لاعتماديته وتناقضه في غرائزه الخاصة وأهدافه.

يعد الاكتئاب بالنسبة لكلاين " حالة عقلية تحدث عندما تكون خبرة الشعور بالألم في الوضع الاكتئابي قد تم استدعاؤه ". (عسكر، 1988، ص. 70).

فالنظرية الكلاينية تفسر طبيعة العلاقة القائمة بين الأم والرضيع، وهي تندرج حول الوضعية الخورية وذلك في أعمال فرويد وماسلو، فقد وضع كل منهما إنكار فقدان الموضوع المحبوب، في الدرجة الأولى من الخور (الانهيار) السوداوي، بينما ميلاني كلاين فقد وجدت أن نقاط تثبيت هذا الانهيار في النمو النفسي الجنسي في المرحلة الفمية الثانية لأبراهام ما سلو، وأكدت على القرابة القائمة ما بين الخور وبين العمليات السوداوية مثل الحداد، وبينت أن الوضعية الخورية تنشأ في حوالي منتصف السنة الأولى وتكون مع سلسلة من التغيرات، التي تمس الموضوع و الأنا من جهة والنزوات من جهة أخرى.

3-3-نظرية ماهلر Margaret Schönberger Mahler

تكلمت ماهلر عن الاكتئاب في مراحل النمو التي يعيشها الطفل، وهي مرحلة الانفصال والتفرد والتي تكون في سن 36 شهرا، حيث يستجيب الطفل لهذا الانفصال عن أمه بالقلق، والشعور بالذنب بمهاجمتها (تكرار المرحلة السادية الفمية)، ويكون رد فعل الأم مهما في هذه المرحلة فعندما لا تستطيع الأم تقبل الاستقلالية عن طفلها، يمكن أن يكون رد فعل هذا الأخير بالاكتئاب أو الهجر أو الالتحام مع الأم. (Pirlot, 2019).

3-4-نظرية فرويد Sigmund Freud

يعد فرويد أب نظرية التحليل النفسي، حيث فسر مرض الاكتئاب واعتبره تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وقارن بين الحزن والاكتئاب وافترض أنه في الحزن الأنا يكون سليم، وفقدانه يتم على مستوى اللاشعور.

كما درس فرويد الحزن وما يعرف بالحداد في مجموعة من المقالات، تحت عنوان الحداد والسوداوية سنة 1915م، ووجد بأنه ناتج عن فقدان الموضوع، وفرق أيضا بين كل من الاكتئاب والسوداوية ووجد أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي وضرب من الحزن، بينما السوداوية فهي العذاب المصحوب بالإحساس بالذنب الشعوري وانخفاض في تقدير النفس لذاتها وفي النشاط العقلي والحركي. (الحجار، 1989).

إن فقدان الحب هو الموقف الرئيسي الباعث على الاكتئاب، سواء كان الإنسان محبوبا أو لا فانقطاع العلاقة الوثيقة المتبادلة من الحب نجدها أساس كل حالات الاكتئاب، فالفرد يتعرض للاكتئاب عندما يفقد موضوعا قد رغب لا شعوريا في موته، وكأنه هو المتسبب في موته، ويرى فرويد أن فقدان الموضوع يكون مصحوبا بفقدان الأنا، وهو يُشَبِّه الاكتئاب بحالة الحداد الذي يمكنه أن يتحول إلى اكتئاب ذهاني، ويتضح من ذلك طبيعة العلاقة بين الاكتئاب وموضوعه أي موضوع الحب، حيث أنها تتسم بالنرجسية إلى حد كبير، أي أنه لا يحب الموضوع ذاته بل أنه بحاجة إليه، كي لا يفقد اتزانه الانفعالي من حيث تنظيم الدفاعات الغريزية من حب وعدوانية، فإذا ما اختفى الموضوع شعر الشخص المكتئب بخسارة أهم جزء من نفسه، فيجد نفسه وجها لوجه أمام عدوانيته المتفجرة، وهكذا يرى فرويد أن الاكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثيقة إلى علاقة عدوانية

ضحيتها المريض، فاللبيدو والعدوان اللذان كانا متجهان نحو الموضوع الخارجي، يصبحان متجهين إلى الأنا فتنشأ بذلك حالات الشعور بالنقص وتأنيب الضمير و من تم الاكتئاب. (Champion,1992)

يرى فرويد أن العلاقة بين الأجهزة الثلاثة (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) علاقة صراع وتشاحن في الغالب وأن تطور الشخصية و جزءا كبيرا من أمراضها فيما بعد، يحدث بسبب هذا الصراع بين هذه الأجهزة خاصة في المراحل المبكرة من العمر، أي صراع الطفل بين اشباع حاجاته الغريزية الجنسية والعدوانية التي يمثلها الهو ومتطلبات الواقع التي يمثلها الأنا، والرقابة الداخلية الأخلاقية والضمير أي متطلبات الأنا الأعلى، ومن المعلوم أن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب، الافراط في لوم الذات والاحساس بالذنب والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف وشديد الصرامة.

فالاكتئاب من وجهة النظر التحليلية ما هو الا غضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في اشباع الحاجة للحب ولكنه غضب يتحول بسبب آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها، وكأن لسان حال الشخص يقول لموضوع الحب: " أنك لا تشبع حاجتي لك، أو لحبي فيك، والنتيجة الشعورية هي " ما دمت لا تحبني فأنا أكرهك" ولكنني لا أستطيع أن أصرح أو أعترف بكراهيتي لك بفعل الإحساس بالذنب والصرامة في بناء الأنا الأعلى إذن " فإنني أنا الجدير بالكراهية، وأستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبي" وهذا هو الاكتئاب.

بالرغم من أن علماء التحليل النفسي يتفقون بشكل عام في نظريتهم للاكتئاب، بصفته غضبا موجها للذات فإنهم يختلفون في تحديد نوع الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب، حيث يراها أبرهام أنها مرتبطة بالحاجة للإرضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي والحصول على الحب، في حين يراها رادوا (Rado,1982) ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، ويصف فينشل(Fenichel, 1945) بأن الانسان المكتئب انسان مدمن للحب، ولكن بيبرينج (Bibring, 1953) فيرى أن الاكتئاب هو عجز في تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير، ماهي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان، والحاجة لمنح الحب (فضلا عن الحصول على الحب) ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أو نتيجة لإحباط أي حاجة من

الحاجات الثلاثة السابقة، والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط في اشباع أي منها.(عبد الستار، 1998).

يظهر أن الحرمان المبكر من الوالدين وموضوعات الحب المبكرة، أثر كبير على نمو الاكتئاب وتطوره فقد وجهت النظرية التحليلية للاكتئاب النظر لدور الحرمان المبكر من الأبوين وآثاره العميقة في اثارة مشاعر الاكتئاب المبكر، وقد لقيت هذه النقطة بشكل خاص اهتماما من الباحثين يذكر مونوز (Munoz, 1987) بعد أن يستعرض عددا من البحوث في هذا الموضوع، أن الفقدان المبكر للأبوين يعتبر من المخاطر الرئيسية ومن العلامات المنذرة للاكتئاب، ومن ثم يجب حساب هذا العامل في أي محاولة للوقاية المبكرة من نشوب هذا العرض، ويبين براون(Brown, 1961) من خلال دراسته للخبرات المبكرة لمجموعة من المرضى المكتئبين نتيجة مماثلة، أي أنهم تعرضوا بدرجة عالية 41 بالمئة للحرمان المبكر من الوالدين. (Mendeleson, 1960) .

وهكذا فإن النظرية التحليلية استطاعت أن توجه الأنظار إلى دور التفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكرة، مما أدى إلى بعض الثمار الأكيدة في فهم بعض الظواهر المرتبطة بالاكتئاب والوقاية المبكرة منه.

3-5-**نظرية جون بولبي** John Bowlby

لقد ساهمت نظرية التعلق التي أسسها جون بولبي John Bowlby في توضيح إشكالية الاكتئاب، حيث ألقى سنة 1973 الضوء على اكتئاب الأطفال وأشار إليه في نظرية (الفقدان الشخصي)، وأرجعه إلى اضطراب العلاقة المبكرة بين الطفل وأمه والذي يكون كاستجابة لخبرات الانفصال أو الفقدان، ومدى إدراك الطفل لهذه العلاقة، وخاصة إذا كانت صورة الأم غير مشبعة وحدوث قلق الانفصال، وبداية مظاهر السلوك الاحتجاجي، فاذا استمرت صورة الأم غير المشبعة فإن سلسلة من الأحداث يمكن أن تنشأ، وأن العلاقة الأولية بين الأم والطفل التي تتميز بالغياب أو الصعوبة فالطفل هنا يصاب في الجانب النرجسي، والذي يكون منخفض حيث لا يسمح له بمواجهة المحيط، خاصة إذا تعلق الأمر بالعلاقات العاطفية مع المواضيع، فهذا الحرمان يؤدي إلى عدوانية نرجسية ومن ثم القلق لتأتي مرحلة الاكتئاب، وهذا كله يؤدي به إلى تطوير صورة سلبية عن ذاته، وعدم تقبل الحرمان وقلق إتجاه كل وضعية تتميز بالفقدان لموضوع الحب، وهذا يعني شعوره بالتخلي والترك. (Pirlot, 2019).

كما أقر بولبي بأنه على الرغم من الاعتقاد العام بعدم حدوث الحداد عند الأطفال في المراحل المبكرة من النمو، إلا أنه هناك حالة من الأسى والحزن في هذه المرحلة، ففقدان الأم في السنوات المبكرة من عمر الطفل يعد ظرفا مرضيا وثيق الصلة بتطور الشخصية، حيث يأخذ هذا التطور شكلا ينتمي إلى أشكال المرض النفسي، فالذين تظهر لديهم الأعراض الاكتئابية إنما هي نتيجة مرضية بسبب الحداد. (عسكر، 1988).

كما اقترح جون بولبي وزميله كولين موراي باركس Collin Murray Parkes مراحل للحزن وهي:

- المرحلة الأولى: تتسم بفقدان الإحساس والصدمة عندما يرفض الفرد تقبل من يحب أو أن ينظر إلى الأمر على أنه ليس حقيقيا.
- المرحلة الثانية: وتتميز بالشوق والبحث والاحساس بالفراغ والانشغال بالتفكير في الشخص المفقود والبحث عن كل ذكرى تذكره به.
- المرحلة الثالثة: وتتميز بفقدان الأمل والغضب في بعض الأحيان حيث يميل الشخص إلى الانطواء والشعور بالاكتئاب.
- المرحلة الرابعة: وهي إعادة التنظيم والانتعاش والعودة التدريجية للحياة.

كما وجد بولبي في نظريته على دراسة سلوك الحيوانات أيضا، أن قردا يبلغ من العمر ستة أشهر يظهر رد الفعل ذاته الذي يظهره طفل ينفصل عن أمه، إذ يهتاج القرد ويبدأ بالبحث عن أمه صارخا وباكيا، وكذلك يفعل الطفل الذي يتجاهل الألعاب أو الأصدقاء الموجودين في الغرفة ولا يهمه إلا العودة إلى حضن أمه، ويزداد صراخ القرد وقت النوم إذا ما استمر انفصاله عن أمه، وبعد مرور عدة أيام يبدأ القرد بالانسحاب من العالم الخارجي فلا يستجيب لأي مؤثرات، وتستمر هذه الحالة الاكتئابية لفترة من الوقت، ويمكن أن تزداد سوءا إذا ما نقل القرد إلى بيئة مختلفة خلال فترة الانفصال. (عودة، 2015).

ولقد وجد الباحثون في دراسة على مستعمرة لقرود الماكوي أن 20 بالمئة من قرود المستعمرة، أظهرت منذ الصغر حساسية مفرطة نحو المثيرات الخارجية، فيبدو عليها الخوف والقلق من أقل صوت أو حركة كما أنها كانت أقل فضولا من أقرانها فيما يتعلق ببيئتها، فإذا لم تجد هذه القردة رعاية كافية من الأم ستظهر عليها أعراض الاكتئاب مثل السلبية والقلق، وقد تلجأ إلى وضعية

الجنين مبتعدة عن أقرانها وتنعزل عما حولها، ويعتقد الباحثون أن فرط الحساسية صفة وراثية لدى القرود، ومن ثم فإن هذه الملاحظات على سلوكها تقدم نموذجا مهما للتفاعل بين الجينات الوراثية والتأثيرات البيئية. (عودة،2015).

تشترك نظرية التعلق مع نظريات التحليل النفسي البعيدة عن التعقيد في عدة سمات منها:

- أن كلتيهما ترى في تعلق الأم وطفلها كل بالآخر نظاما محفزا مستقلا، كما تفترض هذه النظريات أن تجربة الانفصال واكتشاف العالم الخارجي بعيدا عن موضوع التعلق لا تتم بسهولة، إلا بحصول الشخص على رعاية كافية في فترة الطفولة، وتخزين هذه التجربة داخليا.
- تدخل ثلاث أفكار رئيسة من أفكار فرويد في صلب نظرية التعلق، وهي الاعتقاد بقوة تأثير سلوك الأبوين في شخصية الطفل وتصوره الاجتماعي، أما الفكرة الثانية فهي أن هذا التأثير يتأسس في مرحلة مبكرة، وأن علاقة الطفل بالوالدين تقدم للطفل نموذجا ذهنيا يحكم علاقاته المستقبلية.
- الاعتقاد باشتمال التجارب، التي تشكل النموذج الذهني وتحفزه، على علاقات مثيرة ومحفزة للقلق سببها فقدان الحب أو المحبوب.

3-6-النظريات السلوكية

توجد عدة نظريات حول الاكتئاب المشتقة من الاشتراط الإجرائي (Conditionnement opérant) والنموذج الأكثر انتشارا هو العجز المكتسب.

وانطلاقا من نظريات الاشتراط الإجرائي بين الباحثون، أن غياب الأحداث المفرحة في المحيط الذي يعيش فيه الفرد، ينقص الدافعية لدى الشخص فيصبح تدريجيا بدون نشاط، وهذا ما يسبب له حالة من الحزن، فالسلوك الذي يكون خال من العواقب أو النتائج الإيجابية المحفزة (conséquence positives) يؤدي إلى الإنطفاء، وكذلك كثرة الأحداث السلبية والمفاجئة التي يتعرض لها الفرد يؤدي إلى نفس النتيجة، فأي سلوك نتائجه سلبية بصفة دائمة تنتهي به إلى الضياع.

فالشخص المكتئب يتعرض لظاهرة الانطفاء الراجعة إلى نقصان كبير أو خطير في الدعم الاجتماعي الإيجابي، ولهذا فالمظاهر الاكتئابية الوحيدة هي المدعمة.

حيث يرى سيلقمان seligman (1975) أن الاكتئاب "هو نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع العلاقة بين الفعل والدعم الإيجابي". (p.129)

وخلال تجربته التي قام بها حول الكلاب، يرى أن الكف عند الكلاب المصدومين (عن طريق الكهرباء) والتي سماها " بالعجز المكتسب " أو" خيبة أمل مكتسبة" انطلاقا من تجاربه هذه يرى seligman بأن كل الحيوانات والأشخاص المكتئبين، بعد تعرضهم إلى تجربة صدمة مطولة أو صدمات متكررة يتوقفون عن إعطاء إجابات منتجة.

إستخدم نموذج العجز المكتسب في الإطار المعرفي، من طرف كل من " أبرمسون " " Abramson" وسيلقمان" Seligman " وتسدال" Teasdal" سنة 1978 حيث أن الشخص المكتئب، أمام الفشل مثلا يعطي حكم سببي (الإنتساب أو عزو الأسباب يكون داخلي، عام وثابت) فالشخص يرجع كل المسؤولية إلى الفشل (إنتساب داخلي) ويعتبر هذا الفشل دائم(ثابت)، ويعممه في كل مجالات حياته (تعميم)، والعكس في حالة النجاح أو حادث إيجابي يعطي الأحكام التالية: أحكام خارجية (الصدفة، الآخرين هم السبب)، أحكام خاصة (الحدث معزول) وأحكام غير مستقرة (هذا لا يستمر). (Cottraux, 1993) .

3-7-النظرية المعرفية

تفسر النظرية المعرفية الاكتئاب على أساسين:

3-7-1-التفسير الأول

هو أن المكتئب يركز على الجانب السلبي في حياته، حيث قدم آرون بيك Aron Beck في نظريته عن الاكتئاب، أن لدى الشخص المكتئب معرفة سلبية عن ذاته، فهو يركز على عيوبه الشخصية والقصور لديه. ويفترض " بيك" أن الخلل يكمن في المعرفة السلبية، وأن مزاج المكتئب هو نتيجة هذا الخلل المعرفي، فالشخص المكتئب يستبعد المعلومات الإيجابية عن حياته، ويتمسك بالمعلومات السلبية بطريقة انتقائية.

وأن هذا المخطط الذهني يتطور في الطفولة، وذلك بسبب كثرة انتقاد الوالدين للطفل أو بسبب الحوادث السلبية التي تعرض لها، فإنه في مرحلة الرشد يكون قد تأثر بما حدث سابقا، فيشعر بأنه

بلا قيمة وغير كفؤ ويرى المستقبل مليء بالفشل وأن الحياة مليئة بالكوارث، فالشخص المكتئب يفسر الأحداث التي يتعرض لها بطريقة سلبية. (الرشيدي وآخرون، 2001).

إن الأسلوب المعرفي الاكتئابي كما سماه " بيك " يعتبر سببا لظهور الاكتئاب والانتكاسة في العلاج حيث يرى أن المخططات المعرفية، هي تراكيب ثابتة تنظم معرفة الشخص المكتئب وتوجه إدراكه للمعلومات وتخزنها وتستدعيها، وأن المخطط المعرفي السلبي يكون كامن في الفرد في فترة تحسنه من الأعراض الاكتئابية ويكون سببا في النوبة الاكتئابية.

فالمكتئب يقوم بربط الذكريات التي تتعلق بالاكتئاب، ويحفظها في الذاكرة لديه وبسبب ما لديه من ذاكرة اكتئابيه فإنه ينتبه للعوامل الباعثة على الاكتئاب من حوله، ويقوم باستخدام الانتباه الانتقائي للمنبهات، فيدعم الاكتئاب لديه أكثر وينغمس في الذكريات الاكتئابية، فهو بذلك يستدعي دائما الأسباب القديمة لاكتئابه. (الرشيدي وآخرون، 2001).

3-7-2-أما التفسير الثاني

هو أن الفرد حينما يشعر أنه غير قادر على التحكم في الأمور السيئة التي تحدث في حياته، فهذا يؤدي به إلى الاكتئاب، وهذا ما يسمى بـ (العجز المتعلم) فالخبرات السابقة التي يمر بها الشخص، ويكون فيها عاجزا عن السيطرة والتحكم فإنه يستسلم لها ويتقبلها مكتئبا، وهذا العجز المتعلم قد يؤدي إلى إطالة مدة الاكتئاب، ويرجع السبب في ذلك بأن الشخص حينما يشعر بأنه غير قادر على المواجهة، وعاجز ومكتئب بالتالي فإنه لا يقوم بأي محاولة للتغلب على المشاكل التي تواجهه ومن ثم الشعور بالاكتئاب. (الرشيدي وآخرون، 2001).

يظهر لنا من خلال تفسير بيك للإكتئاب أنه يتطابق مع أحد أنواع النماذج العاملة الداخلية التي تكلم عنها بولبي، حيث تكلم بولبي عن نوع من التعلق الغير آمن التجنبي، والذي تكون فيه النماذج العاملة الداخلية تتميز بالنظرة السلبية للذات والنظرة الإيجابية للآخرين.

3-8-العامل الوراثي والاكتئاب

تعتمد الدراسات والأبحاث حول الاكتئاب على الجانب العضوي والمتمثل في العامل الوراثي، وذلك من خلال شيوعه بين التوائم حتى ولو نشأوا في ظروف اجتماعية مختلفة، مما يرجح وجود تفسير وراثي على سبيل المثال يلخص لنا "كتاب أكسفورد في الطب النفسي" عددا من الدراسات التي

تشير في مجملها إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس والاكتئاب بين التوائم المتطابقين، الذين تربوا منفصلين بالتبني وصلت إلى 67 %، وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشأوا معا 68 %، أما بين التوائم الأخوين غير المتطابقين فقد وصلت إلى 23 %، وهي نسبة تتماثل مع دراسات أخرى أجريت في بريطانيا وشمال أوروبا وأمريكا الشمالية هذا بالنسبة إلى اضطراب الهوس- والاكتئاب أو ما يسمى بالاضطراب الدوري.

لكن الأمر فيما يتعلق باضطراب الاكتئاب أو نوبة الاكتئاب المنفردة كان مختلفا، فقد كان تأثير العامل الوراثي فيها غير واضح بصورة قاطعة، بعبارة أخرى تعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للاكتئاب الخالص بما فيه الاكتئاب العصابي، أو الاكتئاب الاستجابي مما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب. (Gelder et Mayou, 2005).

وعليه أيا كان تأثير المورثات الجينية فلابد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى توجهها إلى المرض أو الصحة.

لكن العلماء المتحمسين للتفسير البيولوجي للأمراض النفسية كالاكتئاب، اتجهوا إلى البحث عن عوامل أخرى عضوية (غير المورثات الجينية) ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية وظهورها.

3-9-التوازن الكيميائي الحيوي

إتجه الكثير من علماء الطب النفسي وعلماء العقاقير النفسية في العقود الأخيرة بجدية واجتهاد في البحث عن دور ما يسمى بالعوامل الكيميائية الحيوية، بدأت هذه البحوث مبكرا بالمقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين فيما يتعلق بإمكانية وجود فروق ترجع إلى اختلال العناصر الكيميائية في الجسم، وقد اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة، عندما بينت سلسلة من الدراسات المبكرة أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين.

تبين أن من شأن هذا الاختلال أن يؤثر مباشرة في إمكانيات الإحساس بالراحة، مما يؤثر بدوره في إثارة الأعصاب، وتأكد ذلك عندما تبين أن مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية

يزداد ويرتفع لدى المصابين، فضلا عن هذا تبين أن مستوى الصوديوم ينخفض ليصبح عاديا عند المكتئبين، بعد إخضاعهم للعلاج بنجاح من حالات الاكتئاب. (Davison et Neale, 1974) .

هذه النتائج وغيرها أدت إلى تكثيف الجهود من جديد للبحث عن تفسيرات عضوية تتعلق بكمياء المخ، خاصة بما يسمى بالتفسير (الأميني amine).

يتعلق التفسير الكيميائي–الأميني للاكتئاب باختصار شديد، بالبحوث التي بينت أنه قد ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، وخاصة توزيع العناصر الأمينية (amines)، والأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي (système Lambic).يثبت علماء وظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم الانفعالات، ووظيفة الأمينات هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد أي أنها عبارة عن موصلات عصبية (Conducteurs nerveux) وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعائدة من الأعصاب المختلفة، وتشمل الدوبامين (dopamine) السيروتينين (sérotonine) و النوريبينيفرين(norépinephrine). ومن المعتقد أن المحافظة على التوزان المزاجي يحتاج إلى توازن في العناصر الأمينية، والاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إذا نقصت هذه العناصر أو أحدها، والهوس هو الاستجابة المرجحة إذا زادت هذه العناصر وتكثفت. (Gelder et al, 1984).

ومن ثم يمكن أن نعتبر المخ بشكل ما أقرب ما يكون لجهاز كهربائي، أعصابه بمنزلة أسلاك كهربائية تتصل ببعضها البعض، وتتبادل الرسائل فيما بينها من خلال عناصر تسمى الموصلات الكيميائية، ويختل الاتصال بين الأعصاب إذا استنفدت هذه الموصلات الكيميائية لأي سبب من الأسباب والنتيجة هي الانخفاض النفسي والركود الانفعالي الذي نسميه الاكتئاب.

هناك ما يشير إلى بعض الصحة في نظريات التفسير الأميني للاكتئاب، فمن ناحية تبين أن بعض العقاقير التي تستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم (وليس كلها بالطبع)، تؤدي إلى زيادة في نوبات الاكتئاب لدى الأفراد المستهدفين للإصابة باضطراب المزاج، ومن المعروف عن هذا النوع من العقاقير، أنها تستنزف الموصلات الكيميائية الأمينية من المخ، ومن ثم تؤدي إلى انخفاض مستويات الأمينات في المخ إلى تفجر النوبة الاكتئابية.

إن الموصلات الأمينية في المخ قد تقوم بدور سببي في التحكم ولو على الأقل في بعض أشكال الاكتئاب بدليل التأرجح في المزاج ارتفاعا وانخفاضا بحسب زيادة الأمينات أو هبوط مستوى تركيزها في المخ، كذلك تكشف تحاليل الدم والبول والنخاع عن وجود نقص في تركيز الأمينات لدى بعض المكتئبين (ولكن ليس جميعهم) مما يتسق مع فرضية التفسير الأميني للاكتئاب ولو جزئيا. (Burns, 1992).

4-أعراض الاكتئاب

هناك عدة أعراض للإكتئاب نذكر منها:

- **الأعراض الوجدانية:** تبدو في مشاعر الحزن، وفقدان الاهتمام بالنشاطات الترفيهية.
- **الأعراض المعرفية:** تتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والمستقبل.
- **الأعراض الجسمية:** وتظهر في فقدان الشهية واضطراب النوم، ونقص وزن الجسم. (جاب الله وآخرون، 2001).

5-تشخيص الاكتئاب

يلاحظ أن تشخيص الاكتئاب هو أمر في غاية الصعوبة، لأنه عادة ما يصاحب العديد من الاضطرابات العصابية (كالقلق والهستيريا) وكثيرا من اضطرابات الشخصية، وكذلك العديد من الاضطرابات العضوية خاصة تصلب شرايين المخ، وأمراض الجهاز العصبي، والقلب. (السماك ومصطفى،2001).

ولهذا سنحاول عرض الفرق بين الاكتئاب والاضطرابات الأخرى من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الرابع والخامس.

6-الفرق بين إضطرابات المزاج والاضطرابات الاكتئابية

تعتبر اضطرابات المزاج مشابهة للاضطرابات الاكتئابية ويكمن الفرق في:

- إضطرابات المزاج يقصد بها نوبات اكتئاب ونوبات الهوس، أي غير مقتصرة فقط على الاكتئاب.

- إضطرابات الاكتئاب هو اضطراب يشتمل على الاكتئاب المحض فقط.

6-1-نوبة الاكتئاب العظمى Episode dépressif majeur

وهي تعد من إضطرابات المزاج ويمكن توضيحها من خلال:

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال نفس مدة الأسبوعين، وهي تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد على الأقل من هذه الأعراض هو:

1. المزاج المكتئب: يكون معظم اليوم وكل يوم تقريبا، بالإدلاء الذاتي (أحس بالحزن أو الفراغ) أو بملاحظة الآخرين له (يبدوا باكيا مثلا).
2. فقدان الشغف أو اللذة: نقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة، أو كلها تقريبا، معظم اليوم، كل يوم تقريبا سواء بالتصريح الذاتي أو ملاحظة الآخرين له.
3. نقص كبير في الوزن، بدون اتباع حمية، أو زيادة كبيرة أو نقص في الشهية كل يوم تقريبا (مثل: تغير في الوزن يتجاوز 5% في شهر واحد).
4. الأرق أو النوم المفرط كل يوم تقريبا.
5. تهيج أو تأخر نفسُ حركي كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر ذاتية بالقلق أو بالتعب).
6. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
7. الإحساس بانعدام القيمة أو الإحساس المفرط أو الدائم بالذنب كل يوم تقريبا.
8. نقصان القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد تقريبا كل يوم (إما بالتصريح الذاتي أو كما يلاحظ عليه الآخرون).

ب-أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد خوف من الموت)، أو تفكير متكرر في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار. لا تفي الأعراض بالمعايير الخاصة بنوبة مختلطة.

ج-تؤدي الأعراض إلى كرب دال اكلينيكيا، أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.

د–ليست الأعراض نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار ادماني، دواء) أو لمرض جسمي عام (مثل نقص نشاط الغدة الدرقية).

هـ–لا يمكن تعليل الأعراض تعليلا أفضل بوصفها "ثُكْلاً" أي فقد عزيز، فهذه الأعراض تستمر لأكثر من شهرين وتتسم بعجز وظيفي ملحوظ، أو انشغال مرضي بانعدام القيمة، أو تفكير انتحاري، أو أعراض ذهانيه، أو تأخر نفسُ حركي. (السماك ومصطفى،2001).

6–2–**الاضطرابات الاكتئابية** Troubles dépressifs

إضطراب الاكتئاب الكبير

أ– وجود نوبة اكتئاب عظمى واحدة والتي تم ذكرها سابقا.

ب–لا يمكن تعليل نوبة الاكتئاب العظمى تعليلا أفضل، بوصفها اضطراب فصام وجداني (وليست مقحمة على فصام عقلي)، ولا بوصفها اضطرابا فصامي الشكل، أو اضطرابا ضلاليا، أو اضطرابا ذهانيا غير معين على أي نحو آخر.

ج–لم تكن هناك أية نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف.

ملاحظة: ألا تكون ناتجة عن استخدام مادة أو علاج أو عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمرض جسمي عام.

6–3–**إضطراب الاكتئاب العصابي** Trouble névrotique dépressif

أ– مزاج مكتئب معظم اليوم، يسود في أغلب الأيام، كما يتبين إما بالإدلاء الذاتي أو بملاحظة الآخرين له لمدة سنتين على الأقل.

ب–وجود إثنين أو أكثر مما يلي عندما يكون مكتئبا:

1– ضعف الشهية أو الافراط في الأكل.

2– الأرق أو فرط في النوم.

3– نقص الطاقة أو التعب.

4– نقص اعتبار الذات.

5– ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.

6– الشعور بفقدان الأمل.

ج–خلال مدة السنتين من الاضطراب لم يحدث على الاطلاق أن خلا الشخص من الأعراض المدرجة في (أ) و(ب) لفترة تتجاوز الشهرين.

د–لم تكن هناك نوبة اكتئاب عظمى أثناء السنتين الأوليين من الاضطراب، أي لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلا أفضل بوصفه اضطراب اكتئاب كبير مزمن، أو اضطراب اكتئاب كبير في هدأة جزئية.

هـ–لم تحدث يوما نوبة هوس على الاطلاق أو نوبة مختلطة أو نوبة هوس خفيف، ولم تتوافر على الاطلاق مواصفات اضطراب المزاج النوابي.

و–لا يحدث الاضطراب على وجه الحصر أثناء المسار المرضي، لاضطراب ذهاني مزمن من قبيل الفصام والاضطراب الضلالي.

ز–ليست الأعراض نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار ادماني، دواء) أو مرض جسمي عام (مثل: زيادة نشاط الغدة الدرقية)

ح–يؤدي الاضطراب إلى كرب دال اكلينيكيا أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى. (السماك ومصطفى،2001).

6-4-إضطراب الاكتئاب غير المعين على أي نحو آخر

تشمل فئة "إضطراب الاكتئاب غير المعين على أي نحو آخر" على إضطرابات ذات مظاهر إكتئابية لا تستوفي المعايير الخاصة بإضطراب الاكتئاب الكبير، أو إضطراب التوافق ذو المزاج المكتئب أو اضطراب التوافق مع خليط من القلق والاكتئاب، وفي بعض الأحيان يمكن أن توجد الأعراض الاكتئابية كجزء من اضطراب القلق غير المعين على أي نحو آخر، ونذكر من أمثلة اضطراب الاكتئاب غير المعين على أي نحو آخر.

1- إضطراب عسر المزاج قبل الطمث في معظم الدورات الشهرية خلال العام السابق، كانت الأعراض (مزاج اكتئابي بدرجة ملحوظة، قلق ملحوظ، تقلب وجداني ملحوظ، نقص الاهتمام بالأنشطة) تحدث بانتظام أثناء الأسبوع الأخير من المرحلة الصفرية (وتهدأ خلال بضعة أيام من بداية الطمث). ويعين أن تكون هذه الأعراض من الشدة بحيث تكون معيقة بشكل

ملحوظ للنشاط المهني أو المدرسي أو الأنشطة المعتادة، وأن تكون غائبة تماما لمدة أسبوع على الأقل بعد الطمث.

2- اضطراب الاكتئاب الصغير: نوبات من أسبوعين على الأقل من الأعراض الاكتئابية، إلا أنها تشمل على الأقل من البنود الخمسة التي يتطلبها تشخيص اضطراب الاكتئاب الكبير.

3- اضطراب الاكتئاب الوجيز الراجع: نوبات اكتئاب تستمر من يومين إلى أسبوعين، وتحدث مرة كل شهر لمدة 12 شهر (غير مرتبطة بالدورة الشهرية).

4- اضطراب الاكتئاب بعد الذهاني للفصام: نوبة اكتئاب عظمى تحدث أثناء المرحلة المتبقية للفصام.

5- نوبة اكتئاب عظمى مقحمة على الاضطراب الضلالي، أو الاضطراب الذهاني غير المعين على أي نحو آخر، أو المرحلة النشطة للفصام.

6- المواقف التي استنتج فيها الممارس أن هناك اضطرابا اكتئابيا، ولكن لا يستطيع تحديد ما إذا كان الاضطراب أوليا أو نتيجة لمرض جسمي عام أو لاستخدام مواد.

6-5-الاضطرابات ثنائية القطبية Troubles bipolaires

هناك ست مجموعات منفصلة من المعايير بالنسبة للاضطراب ثنائي القطبية وتتمثل في:

1- نوبة اكتئاب وحيدة، أحدث النوبات نوبة هوس خفيف، أحدث النوبات نوبة هوس، أحدث النوبات نوبة مختلطة، أحدث النوبات نوبة اكتئاب، أحدث النوبات غير محددة، أما الاضطراب ثنائي القطبية-نوبة هوس وحيدة، فيستخدم لوصف الأشخاص الذين يمرون بنوبة هوس أُولَى، وأما بقية مجموعات المعايير فتستخدم لتحديد طبيعة النوبة الحالية لدى الأشخاص الذين سبق أن عانوا من نوبات مزاجية راجعة. (السماك ومصطفى،2001)

أما حسب معايير الدليل التشخيصي الخامس فنجد:

6-6-اضطراب الاكتئاب الجسيم Trouble dépressif majeur

A- تواجد خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما:

1- مزاج منخفض: معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويُعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين.

2- فقد الاهتمام أو المتعة: انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3- فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل: التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.

4- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

5- هياج نفسُ حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظة من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالملل أو البطء).

6- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

7- أحاسيس انعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب، (والذي قد يكون توهميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكنه مريضا.

8- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

9- أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير A-B تشكل نوبة اكتئابيه جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة)، قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب، على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة إكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة.

عند تمييز الحداد من نوبة اكتئاب جسمية، فمن المفيد أن نعتبر أنه في الحداد المشاعر المسيطرة هي الفراغ والخسارة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم، يهيمن المزاج المكتئب المستمر، وعدم

القدرة على تأمل السعادة أو المتعة. والأرجح أن الانزعاج في الحداد يميل للانخفاض في الشدة على مدى أيام لأسابيع، ويحدث على شكل موجات، ما يسمى وخزات الحداد ترتبط هذه الموجات عادة مع أفكار تذكر الشخص الذي فقد، المزاج المكتئب في نوبة الاكتئاب الجسيم هو أكثر ثباتا وغير مرتبط بأفكار أو اهتمامات محددة.

ألم الحداد قد تصحبه المشاعر الإيجابية وروح الدعابة، والتي لا تميز التعاسة والبؤس المتفشي والذي يميز نوبة الاكتئاب الجسمية، محتويات التفكير المرتبطة بالحداد تتميز عموما بالانشغال بالأفكار والذكريات عن المتوفي، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيمة تُجتر الأفكار المتشائمة والناقدة للذات، في الحداد يُحافظ على تقييم الذات عادة، بينما في نوبة الاكتئاب الجسيم فمشاعر التفاهة والنفور من النفس شائعة إذا وجد التفكير الذي يحط من قيمة النفس في الحداد، فإنه عادة ما ينطوي على مشاعر مماثلة للمتوفي (على سبيل المثال، عدم الزيارة المتكررة بما فيه الكفاية، لم يخبر الراحل كم كان محبوبا له أو لها) إذا كان الفرد المتفجع يفكر بالموت فتركز مثل هذه الأفكار عموما على الراحل وربما عن " الانضمام" للراحل، على حين أنه في نوبة الاكتئاب الجسيمة، تركز مثل هذه الأفكار على انهاء حياة المرء الخاصة، بسبب الشعور بانعدام القيمة، وعدم استحقاق الحياة، أو عدم القدرة على التعامل مع ألم الاكتئاب. (الحمادي،2014).

2- اضطراب الاكتئاب المستمر (سوء المزاج) Trouble dépressif persistant

يعتبر هذا الاضطراب دمجا للاضطراب الاكتئاب الجسيم المزمن، حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج.

A–مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

B-وجود اثنين أو أكثر مما يلي أثناء انخفاض المزاج :

1–ضعف الشهية أو زيادة في الأكل.

2–أرق أو فرط في النوم.

3–انخفاض الطاقة أو التعب.

4–انخفاض الشعور بقيمة الذات.

5–ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

6–مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى).

C–لم يخلو الشخص أثناء فترة سنتين من الاضطراب أبدا من الأعراض المدرجة في المعيارين A.B، لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

D- معايير نوبة اكتئابيه جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

E- لم توجد أبدا نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم يتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري.

F- لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الاضطراب التوهمي أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة، وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.

G- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (مثل قصور الدرقية).

H- تُسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ملاحظة: لأن معايير نوبة الاكتئاب الجسيم تضم أربعة أعراض غائبة من قائمة أعراض اضطراب الاكتئاب المستمر، فعدد محدود جدا من الأفراد سيكون لديهم أعراض اكتئابيه استمرت لفترة أكثر من سنتين، ولكنهم لن يستوفوا معايير اضطراب الاكتئاب المستمر.

إذا إكتملت معايير إضطراب الاكتئاب الجسيم في نقطة معينة خلال النوبة الحالية، فيجب أن يوضع تشخيص إضطراب الاكتئاب الجسيم، وإلا فتشخيص الاضطرابات الاكتئابية المحددة الأخرى أو الاضطرابات الاكتئابية غير المحددة فيجب أخذه بالحسبان. (الحمادي، 2014).

إضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث Trouble dysphorique prémenstruel

A- في معظم دورات الطمث يجب أن تتواجد خمسة أعراض على الأقل في الأسبوع الأخير قبل بداية الطمث، وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتصبح أقل ما يمكن أو قد تغيب في الأسبوع التالي للطمث.

B- واحد أو أكثر من الأعراض التالية يجب أن يكون موجودا:

1- عدم استقرار انفعالي واضح (على سبيل المثال: تقلبات في المزاج، الشعور المفاجئ بالحزن والبكاء أو زيادة الحساسية للرفض).

2- الملل أو غضب ملحوظ أو زيادة الخلافات الشخصية.

3- مزاج مكتئب ملحوظ، الشعور باليأس أو الأفكار عن الانتقاص من الذات.

4- قلق وتوتر ملحوظ أو مشاعر بكونها مقيدة أو على الحافة.

C- واحد أو أكثر من الأعراض التالية يجب أن تتواجد حاليا بالإضافة إلى ما سبق لتصل إلى مجموعة خمسة أعراض عندما تجمع مع الأعراض من المعيار B.

1- تدني الاهتمام بالأنشطة المعتادة (على سبيل المثال: العمل، المدرسة، الأصدقاء، الهوايات).

2- صعوبة في التركيز.

3- الخمول وسهولة التعب أو افتقاد ملحوظ للطاقة.

4- تغير ملاحظ في الشهية إفراط أو شراهة في تناول نوع محدد من الطعام.

5- فرط النوم أو الأرق.

6- شعور بالارتباك أو بالخروج عن نطاق السيطرة.

7- الأعراض الجسدية مثل توتر أو تورم الثدي، وآلام المفاصل أو العضلات، والاحساس بالانتفاخ أو زيادة الوزن.

ملاحظة: الأعراض في معايير A-C يجب أن تكون قد استوفت لمعظم دورات الطمث التي حصلت في العام السابق.

D- تترافق الأعراض مع انخفاض سريري واضح أو تتداخل مع العمل أو المدرسة والنشاطات الاجتماعية الاعتيادية، أو العلاقات مع الآخرين (مثلا تجنب النشاطات الاجتماعية، تدني الإنتاجية والفعالية في العمل المدرسة أو في المنزل).

E- الاضطراب ليس مجرد تفاقم أعراض اضطراب آخر مثل اضطراب الاكتئاب الجسيم، اضطراب الهلع اضطراب الاكتئاب المستمر أو اضطراب في الشخصية (على الرغم من أنه قد يحدث بشكل مشترك مع أي من هذه الاضطرابات).

F- المعيار A يجب أن يتم تأكيده بالتقييمات اليومية خلال اثنين على الأقل من الدورات الطمثية ذات الأعراض (ملاحظة: يمكن وضع هذا التشخيص مؤقت قبل هذا التأكيد).

G- الأعراض لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (إساءة استعمال مادة أو دواء، أو علاجات أخرى)، أو حالة طبية أخرى (مثلا فرط نشاط الغدة الدرقية). (الحمادي، 2014).

7-أسباب الاكتئاب

يُرجع العلماء أسباب الإصابة بالاكتئاب إلى عدة عوامل، وهذا طبعا يرجع إلى كل نظرية وما تعتمد عليه في تفسيريها للاكتئاب. ويمكننا ذكر بعض عوامل الخطر المسؤولة عن ظهوره منها:

- وجود تاريخ الإصابة بالاكتئاب في الأسرة.
- وفاة أو مرض شخص عزيز.
- ضغط عقلي/ جسدي مستمر في العمل.
- إساءة جسدية أو جنسية أو عاطفية.
- إساءة استخدام العقاقير أو الكحول.
- الأمراض المزمنة أو حالات طبية كمرض الأعصاب، السرطان، التغيرات الهرمونية (سن اليأس).
- أحداث الحياة الكبرى مثل تغيير محل الإقامة أو التخرج من الكلية أو تغيير العمل أو الزواج أو الطلاق أو التقاعد.
- الصعوبات المالية.

- الفشل المفاجئ في بعض المواقف: مثل رسوب في الامتحان أو في الحب أو الزواج، أو عدم الحصول على الوظيفة بعد عناء الدراسة.
- الإحساس بالنبذ وبأن شخصيته غير مرغوبة.
- عندما تتوقف الأهداف ويعجز الشخص عن تحديدها.
- الإحساس بوطأة المشاكل الحضارية سواء كانت مشكلات بيئية، أو مشكلات عالمية إنسانية تتعلق بمستقبل البشرية كلها، ومثل هذا الإحساس يقع للمفكرين والفلاسفة وأصحاب الرأي والمشاركين في مسيرة الحضارة، حين يجد الواحد منهم أن الطريق إلى الحرية أو الرخاء أو القضاء على العنصرية أو سيادة الأمن صعبة فيصيبه الاكتئاب.
- التناقض بين طموحات وأحلام الذات وبين الواقع، بكل ما يمثله من عوامل موضوعية تحكمه قوانين وأعراف وبيئة بشرية ومادية، فيتحول صراع قد يدفع الشباب إلى الاكتئاب.
- اختلال التركيب الكيميائي في مخ المريض: أي تختل نسب النواقل العصبية (النورابينيفرين، والجابا) ومن الطبيعي أن تختلف في وقت الحزن والكرب عنها في وقت الخوف، أو وقت الفرح والسرور، لكن هذه الاختلافات والتذبذبات دائمة في نسب النواقل العصبية الموجودة في المخ.
- الظروف البيئية والاجتماعية المحيطة بالمريض: مثل حالات الوفاة، أو الشعور بالوحدة أو المعاناة من أمراض مزمنة، فهذه تعتبر مجرد محفزات لحدوث حالة الاكتئاب لدى المريض، وليست مسببات أساسية للمرض، بدليل أنه بعد زوال هذه العوامل تزول حالة الاكتئاب لدى المريض.
- العامل الوراثي: وجد أن نسبة حدوث مرض الاكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة (التوائم التي تنتج من تلقيح حيوان منوي واحد لبويضة واحدة) بحيث تصل هذه النسبة إلى حوالي 80% وكذلك تبلغ نسبة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي 20%. (ثاير،2017).

بالإضافة إلى كل هذه العوامل المسببة للإكتئاب ومن خلال الممارسة المهنية، لاحظنا أنه في هذه الفترة القاسية جدا التي يعيشها الأفراد في ظل جائحة كورونا أن إرتفاع نسبة الاكتئاب عند الكثير من الأشخاص، حيث كان ظهور هذا الظرف المفاجئ كعامل مفجر لحالات الاكتئاب بسبب الإجراءات الوقائية المتمثلة في الحجر الصحي، والشعور بالملل بسبب عدم القيام بالنشاطات اليومية،

وتغير نمط الحياة بصورة مفاجئة، كما أن هذه الفترة شهدت ليس فقط إنتشارا للإكتئاب ولكن أيضا من حيث الحدة فلملاحظ أن الأعراض الاكتئابية كانت حادة.

8-مؤشرات الاكتئاب

اشترطت الجمعية الأمريكية لتحديد الاكتئاب توفر المعايير التالية:

- أن تظهر خمسة من المؤشرات التالية: تغيرا في سلوك المضطرب (المكتئب) على مدى أسبوعين وعلى أن تشير واحدة كحد أدنى إلى حالة نفسية اكتئابيه أو إلى فقدان الاهتمام أو القدرة على التمتع (لا تدخل في ذلك الأعراض التي تسببها حالات فيزيولوجية أو أفكار هذائية أو هلوسات غير متطابقة مع الحالة الاكتئابية)، والمؤشرات التي يجب أن تكون ظاهرة في سلوك المضطرب أو على الأقل ظهور خمس منها هي:

1) حالة اكتئابيه (يمكن أن تكون حساسية زائدة في الطفولة) خلال القسم الأكبر من اليوم ومتكررة بشكل يومي تقريبا، تعبر عنها تجربة الشخص نفسه وتستنتج من ملاحظات الآخرين.
2) انخفاض ملحوظ في التمتع والاهتمام في معظم أو كل النشاطات العادية.
3) فقدان أو زيادة دالة في الوزن دون أن يُنفذ المضطرب نظاما غذائيا خاصا، وأن يكون ذلك بمعدل 50% من الوزن خلال الشهر.
4) الأرق الشديد كل ليلة تقريبا.
5) اضطراب السلوك النفسي الحركي يوميا بشكل يُلاحظه الآخرين.
6) إنهاك أو فقدان للطاقة يتكرر بشكل يومي تقريبا.
7) مشاعر الإحساس بالذنب وعدم الجدوى والجدارة.
8) انخفاض قدرات التركيز والتفكير واتخاذ القرار.
9) أفكار متكررة بدون خطة معينة أو محاولة انتحارية أو خطة.

حُددت هذه المؤشرات من طرف جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM III R). (ثاير،2017).

9-الأشكال الاكلينيكية للإكتئاب

توجد عدة تصنيفات للاكتئاب نذكر منها:

الاكتئاب العصابي La Dépressions névrotiques

الاكتئاب الذهانيLa Dépressions psychotiques

- يضم السوداوية
- ذهان الهوس الاكتئابي PMD
- الحصر الاكتئابي
- اكتئاب الهذاء.

الاكتئاب الوظيفيLa Dépressions réactionnelles

- الحداد.
- الاكتئاب ما بعد الولادة.
- إكتئاب السن.
- الاكتئاب والأمراض الجسدية.

الاكتئاب المقنع La Dépressions masquée

تأخذ الأعراض منحنى آخر في هذا الاكتئاب نجده من خلال:

- الشكوى الجسدية مع عدم وجود أي مرض عضوي وعدم فعالية الدواء.
- الشراهة أو فقدان الشهية للأكل.
- الإدمان بمختلف أنواعه. (ثاير،2017).

يتبين لنا من خلال عرضنا للاكتئاب كاضطراب يفتقد للرفاهية النفسية والعاطفية والاجتماعية والجسدية وهذا يظهر واضحا من خلال الأعراض التي تمس الجوانب المهمة من الشخصية، سواء الجانب المعرفي والسلوكي والعاطفي والانفعالي وحتى الجسدي، وبهذا فالمكتئب لا يتمتع بالصحة العقلية بأبعادها الإيجابية.

ننتقل في عرضنا التالي إلى ثاني اضطراب وهو الوسواس القهري.

➢ الوسواس القهري

يعتبر الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق، التي تعرقل حياة الانسان من الجانب المعرفي السلوكي المتمثل في الأفكار والسلوكات المستحوذة، والجانب العاطفي من حيث الشعور بالقلق. والذي سنتناوله بالتفصيل.

1-نبذة تاريخية عن الوسواس القهري

تعتبر أصل كلمة "وسواس" من الأصل اللاتيني (Obsession) وهي " الحصار والمحاصرة أي الأفكار تحاصر صاحبها، ويحاول هذا الأخير الدفاع عن نفسه من خلال القيام بالطقوس المتكررة (Pirlot et Cupa, 2019, p.55)."

في بداية القرن التاسع عشر وصفت الظواهر الوسواسية من طرف الفلاسفة والعلماء بمصطلحات مختلفة:

هوس المنطق لإسكيرول (1838) Monomanie raisonnante d'Esquirol وجنون الوعي لِبايلارجر Folie de la conscience de Baillarger وجنون الشك لِفالريت Folie du doute de Falret والأفكار الثابتة لِبكولا Idées fixes de Bucola ومصطلح الدوافع الفكرية لبول Impulsions intellectuelles de Ball وهذيان اللمس من قبل تامبوريني Idées incoercibles de Tamburini وهذيان اللمس لِجراند لدوصول (1875) Délire du Toucher de Legrand du Saulle حيث يربط هذا الأخير هذيان اللمس بجنون الشك، وصنف هذا الكيان تحت مصطلح الجنون الواضح والذكاء، يوضح بفعل الروابط المستقبلية بين العصاب الوسواسي وطابو اللمس (الجنسي المفرط، وحتى زنا المحارم).

في عام 1903 أعطى جانيه Janet في كتابه بعنوان Les obsessions et la psychasthénie دورا مركزيا في خفض التوتر النفسي في شرح سمات الشخصية الوراثية النفسية على عكس DSM-IV حيث يرتبط الوسواس القهري باضطراب القلق في مفهوم جانيه للوسواس، فإن مفاهيم القلق والصراع ليست مركزية لشرح الهواجس. (Pirlot et Cupa, 2019).

وكتوضيح للوسواس القهري فهو يعتبر اضطراب عميق في الأداء العقلي أي فقدان وظيفة الواقع، وعرقلة الأنشطة العليا والعودة إلى المراحل القديمة للأداء العقلي، وإهدار الطاقة في الأنشطة التلقائية التي تمنح التحريض الذهني والحركي (الوسواس–الاكراهات).

في ألمانيا اقترح كرافت ابنيغ Krafft-Ebing (1987) مصطلح (Zwangvorstellung) أي بمعنى تمثيل الحصار لتعيين الجماهير التمثيلية الراكدة أثناء الاكتئاب، وفي عام 1870 حدد المؤلف نفسه الروابط بين الكآبة أو السوداوية وحالة القيد المتمثلة في العصاب الوسواسي.

اقترح ويستفال (Westphal) مفهوم العصاب الاجباري عام 1877 وهو المصطلح الذي تناوله فرويد فيما بعد. وينظر كربلان (Kraepelin) إلى هذه الفئة بأنها تتميز بالشك والاجترار في الكآبة اللاإرادية. كما قام فرويد (Freud) من سنة 1895 إلى غاية 1926 بتطوير نظرية العصاب الوسواسي.

يعتبر الوسواس القهري من الاضطرابات القليلة بالنسبة للمراجعة الاكلينيكية، ويعود ذلك إلى المقاومة التي يبديها المضطرب لمشكلته العصابية التي يعانيها من وساوس وأفعال قهرية، ويكون مستبصرا بأن الوساوس غير معقولة فيستمر على هذا الحال لفترات طويلة ولكن لا يلبث الوضع النفسي لديه أن يتحول من الاستبصار إلى الانعدام فيه إضافة إلى ضعف المقاومة، مما يجعله يعمد إلى الذهاب إلى للعيادة طالبا المعونة من المختصين، ولعل هذا ما يفسر حاجة المريض إلى العلاج الدوائي.

2–تعريف الوسواس القهري

2–1–الوسواس لغة

هو حديث النفس، فيقال وَسْوَسَتْ إليه نفسه وسْوَسَةً وَوِسْوَاساً، كما في (لسان العرب). (سالم، 2003، ص.15).

قال تعالى:" وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنسَانَ وَنَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ" سورة ق الآية ١٦

والوَسواس بالفتح هو اسم الشيطان، كما ورد في (القاموس المحيط)، قال تعالى:" **قُلۡ أَعُوذُ بِرَبِّ ٱلنَّاسِ (١) مَلِكِ ٱلنَّاسِ (٢) إِلَٰهِ ٱلنَّاسِ (٣) مِن شَرِّ ٱلۡوَسۡوَاسِ ٱلۡخَنَّاسِ (٤) ٱلَّذِي يُوَسۡوِسُ فِي صُدُورِ ٱلنَّاسِ (٥) مِنَ ٱلۡجِنَّةِ وَٱلنَّاسِ (٦)" سورة الناس. الآية من** ٤-٦

2-2-القهر لغة

هو الغَلَبَةُ، قَهَرَهُ قَهْرًا، غَلَبَهُ فهو قَاهِرٌ وقَهَارٌ، ويقال أخذهم قَهْرًا أي بغير رضا، كما في (القاموس المحيط). (سالم، 2003، ص.15).

2-3-الوسواس القهري في الطب النفسي

يعتبر الوسواس القهري من الأمراض العصابية الأكثر شيوعا، حيث يعاني واحد من كل أربعين من البالغين، وطفل واحد من بين (200) طفل من هذا المرض في أي مرحلة من مراحل حياتهم، ويتميز هذا المرض بأفكار متكررة مزعجة (وساوس) أو أفعال متكررة تأخذ شكل الطقوس، ويكون الشخص مجبرا على الاتيان بها (أفعال قهرية)، ويكون مدركا تماما أن هذه الأفكار والأفعال غير منطقية وغير صحيحة وتافهة ولا معنى لها، ولكنه لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم فيها مع ملاحظة أن الانسان السليم يمكنه دفع هذه الأفكار ومنع تكرارها ووقفها. (سالم، 2003).

2-4-الأفكار الوسواسية

هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض، وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها.

يعاني المريض كثيرا منها لغرابتها وعدم فائدتها وتسببها في كثير من القلق والازعاج، وتلح على خاطره عبارات معينة أو اسم معين يتكرر باستمرار.

وأيضا قد يتصور المريض أشياء رهيبة عن الذات الإلهية أو الأنبياء أو الدين أو الأخلاق لا يمكن دفعها، أو سب قهري لأشياء مقدسة وغالية على النفس، مثل سب الله عز وجل أو سب الأنبياء، مع العجز عن وقف هذه الأفكار. (سالم، 2003).

2-5-الأفعال القهرية

هي أعمال عقلية واعية وسلوكات متكررة جبرية استجابة لأفكار وسواسية لتخفف أو تمنع القلق والازعاج الناتج عن تلك الأفكار ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة،

وهو غير راض عنها ولا يحبها، خاصة وأنه لا يشعر بثمرة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها. ودائما ما تأت الوساوس القهرية لمنع أو تجنب بعض الأحداث المفزعة المتصورة في عقل المريض، مثل سوء الحظ المتوقع أو المحن أو الموت أو المرض. (سالم، 2003).

إذن يعتبر الوسواس القهري اضطراب يتميز بأفكار وصور وسلوكات ملحة ومتكررة، تسبب القلق والإنزعاج مع العجز عن توقيفها أو التحكم فيها فهي لاإرادية. ولكي يتوضح إضطراب الوسواس القهري بصورة أكثر، لابد من تبيان الفرق بينه وبين الشخصية الوسواسية.

3-التشخيص الفارق بين الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية

3-1-الفرق بين اضطراب الوسواس القهري والشخصية الوسواسية

ربما يكون اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية مرتبطا بشكل أكثر شيوعا بالوسواس القهري، حيث أن التداخل بين اضطراب الشخصية الوسواسية واضطراب الوسواس القهري لايزال مصدرا للكثير من الجدل، والذي جعل الكثير من الباحثين يحاولون التمييز بين ما إذا كان اضطراب الشخصية الوسواسية والوسواس القهري ظاهرتان متميزتان، يمكن أن تحدثا معاً أو ما إذا كانتا متشابهتين ومتداخلة. (Mancebo, 2005).

فالأفراد المصابون باضطراب الوسواس القهري، يعانون من أفكار أو صور تطفلية متكررة (مثل: الوساوس) والسلوكات الطقسية (مثل: الاكراهات). أما الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية منشغلون بالسيطرة العقلية والشخصية والنظام، ويعتبرون وعنيدين وكماليين. (Pastetal, 2016).

وإستنادا إلى أوجه التشابه مع الوسواس القهري من حيث العمر الذي يبدأ فيه المرض، وزمن المرض وتشابه الأعراض، والوراثة المشتركة، وزيادة السمات المشتركة، والعجز الادراكي العصبي المشترك، والاستجابة العلاجية، يدعو بعض الباحثين إلى تضمين اضطرابات الشخصية الوسواسية في الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، ومع ذلك فإن النسخة من (DSM-5) و (ICD-11) كلاهما لا يتضمن اضطراب الشخصية الوسواسية في قسم اضطراب الوسواس القهري، وعلى الرغم من وجود أوجه تشابه سطحية بين الاضطرابين، فقد تم وصف كلاهما على أنهما حالتان منفصلتان ومتميزتان. (Thamby et Khanna, 2019).

ولذا تم ذكرها على أنهما اضطرابان منفصلان في كل من الإصدار الرابع والخامس من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-V-DSM -IV) . (Goudarzi et al, 2016).

ولهذا سنحاول ذكرهما في كل من الاصدار الرابع والخامس.

❖ **الشخصية الوسواسية**

حسب الدليل الاحصائي الرابع فإن أصحاب الشخصية الوسواسية، يتسم بنمط شامل من الانشغال بالنظام والترتيب وطلب الكمال والسيطرة على النفس وعلى العلاقة بالآخرين، وذلك على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة، حيث يبدأ الاضطراب مع مرحلة الرشد المبكرة ويتمثل في عدد من السياقات، كما يظهر في أربعة أمور أكثر مما يلي:

1- مشغول بالتفاصيل أو القواعد أو القوائم، أو النظام أو التنظيم أو الجداول بحيث تفوته الغاية الرئيسية من العمل.
2- يبدي نزوعا إلى الكمال يعيق إتمام المهمة المطلوبة (مثال ذلك أن يعجز عن إتمام مشروع ما لأن معاييره المفرطة في الصرامة غير مستوفاة).
3- يكرس نفسه للعمل والإنتاج تكريسا مفرطا لدرجة إقصاء وقت الفراغ وأنشطته وصداقاته (لا تبرره ضرورة اقتصادية واضحة).
4- يقظ الضمير بدرجة مفرطة، ومتزمت ومتصلب في الأمور الأخلاقية والقيم (لا يمكن تفسيره بالتوحد الثقافي والديني). (السماك ومصطفى،2001).

❖ **اضطراب الوسواس القهري**

➢ يتمثل حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية في:

أ-إما وساوس وإما أفعال قهرية:

1- **وساوس** Obsessions وتعرف بـ:

- أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة ومستمرة، يعانيها الشخص في وقت ما من الاضطراب كأشياء مقحمة وغير ملائمة، وتسبب له قلقا أو كربا ملحوظا.
- هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية ليست مجرد هموم زائدة حول مشكلات حياتية حقيقية.

- يحاول الشخص أن يتجاهل أو يخمد هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور، أو يعادلها بفكرة أخرى أو فعل آخر.
- يدرك الشخص أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية هي نتاج عقله وذاته (ليست مقحمة عليه من الخارج). (السماك ومصطفى، 2001).

2- أفعال قهرية:Compulsions وتعرف بـ

أ- سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال ذهنية (مثل: الصلاة، العد، تكرار كلمات في صمت) يشعر الشخص أنه مدفوع إلى تأديتها استجابة لوسواس أو اتباعا لقواعد يتوجب عليه أن يطبقها بحذافيرها.

- تهدف السلوكيات أو الأفعال الذهنية إلى منع وقوع كرب أو تخفيف كرب، أو منع وقوع حدث أو موقف مرعب. إلا أن هذه السلوكيات أو الأفعال الذهنية إما غير موصولة على نحو واقعي بما أريد بها تخفيفه أو منعه، وإما زائدة عن الحد بشكل واضح.

ب-عند نقطة ما خلال مسار الاضطراب يدرك الشخص أن الوسواس أو الأفعال القهرية زائدة عن الحد أو غير معقولة.

ج-تؤدي الوساوس أو الأفعال القهرية إلى كرب ملحوظ، وتستهلك وقتا كبيرا (أكثر من ساعة كل يوم)، أو تعيق بدرجة كبيرة وتيرة الشخص الحياتية الطبيعية، أو الأداء المهني أو الدراسي، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية المعتادة.

د-في حالة وجود اضطراب آخر من اضطرابات المحور (1) فإن محتوى الوساوس أو الأفعال القهرية غير مقصور عليه (مثل: الانشغال بالطعام في وجود اضطراب أكل، أو جذب الشعر في وجود هوس خلع الشعر، أو الانشغال بالمظهر في وجود اضطراب التشوه الوهمي للجسد، أو الانشغال بالعقاقير في وجود اضطراب استخدام مادة، أو الانشغال بالإصابة بمرض خطير في وجود توهم المرض، أو الانشغال بدفعات أو خيالات جنسية في وجود انحراف جنسي، أو اجترار الذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الكبير).

هـ-ليس الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار ادماني، دواء) أو لمرض جسمي عام. (السماك ومصطفى،2001).

❖ **اضطراب الوسواس القهري**

➢ يتمثل حسب التصنيف التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية(DSM-5) :

وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

1- أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تُختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.

2- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تُعرف الأفعال القهرية بـ (1) و(2).

1- سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت)، والتي يشعر المريض أنه مُساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فظيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتحييده أو منعه أو أنها مُفرطة.

A. تكون الوساوس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا)، أو تسبب احباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

B. أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار/ دواء) أو لحالة طبية أخرى.

C. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال: المخاوف المفرطة، كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر كما في هوس نتف الشعر، نزع الجلد كما هو الحال في اضطراب الحركة في الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض كما هو الحال في اضطراب المرض، الاندفاعات والتخيلات الجنسية كما هو الحال في اضطرابات الولع

الجنسي، الاندفاعات كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب كما هو الحال في اضطراب الاكتئاب الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى أو الأنماط المتكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد). (الحمادي،2014).

❖ **سمات الشخصية الوسواسية**

هناك سمات تتميز بها شخصية الوسواس نلاحظها فيما يلي:

1-الصلابة وعدم المرونة وتتمثل في صعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة.

2-حب النظام والروتين وضبط القواعد، والدقة في كل الأعمال.

3-الاهتمام بالتفاصيل، والحساسية الخلقية المرهفة.

4-الشكوى من بعض الاضطرابات مثل: القلق النفسي، توهم العلل البدنية، عصاب الوسواس القهري (الأفكار، الأفعال، المخاوف، الاندفاعات الوسواسية القهرية)، اكتئاب سن اليأس.

5-اختلال الأنا والشعور بالتغير في النفس، وأحيانا الإحساس بأن العالم قد تغير.

6-الشكوى من الأمراض السيكوسوماتية. (عبد الله، 1996).

4-النظريات المفسرة للوساوس القهري

4-1-النظرية النفسية السيكو دينامية

كان سيجموند فرويد Sigmund Freud أول من ميز حالة الوسواس القهري، من خلال دراسته لرجل الفئران وأطلق عليه اسم-عصاب الوسواس. (Cassin et Rector, 2012) .

تقترح نظرية التحليل النفسي التقليدية أن التثبيت أو النكوص إلى المرحلة الشرجية من التطور الجنسي مع التناقض المرتبط بين الدوافع العدوانية والجنسية والأنا الأعلى القاسي أمر أساسي في الوسواس القهري، فتحاول الأنا التقليل من القلق والعار المرتبطين بالصراع بين هذه القوى باستخدام آليات الدفاع. حيث تهدف هذه الآليات إلى التحكم في الدوافع الجنسية والعدوانية من خلال تكوين رد الفعل (إظهار سمات الشخصية التي تتعارض مع الدوافع المخيفة)، وهذا من خلال تبني شخصية الكمال لمحاولة السيطرة على الدوافع العدوانية والجنسية. (Fenichel et Jakes, 1999).

فالوسواس القهري هو عبارة عن دوافع عدوانية جنسية مكبوتة، تخترق آليات الدفاع إلى الشعور أو نتيجة للعقاب من الأنا الأعلى القاسية، فالصراع بين هذه الأنظمة يظهر في المرحلة الشرجية كجزء طبيعي من التطور النفسي، ولكن إذا عجزت الأنا في أداء وظيفتها هنا تتطور أعراض الوسواس القهري. فكل الأبحاث الحديثة تقر بدور ازدواجية الذات (الصراع بين الحب والكره) في إضطراب الوسواس القهري.

ولقد اعتبره علماء النفس أنه نوعا من الآلية الدفاعية في مواجهة الاضطراب النفسي، وتكرار عمل معين لا علاقة له بالمغزى الحقيقي للعمل، حيث يتسلح المصاب بسلوكه الخاص هذا ويثور ضد خطر داخلي وخارجي، متصورا أنه يبعد عن نفسه الخطر الذي يهدده بعمله هذا. كما أن المصاب يسعى ومن أجل التخلص من أساليب الرقابة والمنع والأمر والنهي إلى الاهتمام بذاته، وهذا ما يطلق عليه اسم الوسواس، واعتبره آخرون "بأنه نوع من آلية تغيير الأساليب، وقالوا إن المصاب يلجأ إليها بعد مواجهة الفشل والشعور بالإحباط. (علي، 1996).

هناك صفات مهمة في الوسواس وهي:

4-1-1-الصراع

الصراع النفسي يعتبر الوسواس دليل على وجود الصراع النفسي الداخلي لدى المصاب، وقد اعتبره البعض أمثال بيرجان من علامات الذهان العصبي أو النهك العصبي، بعكس فرويد الذي يراه انعكاسا رمزيا للصراعات النفسية، ويعتقد المؤيدون لنظرية الصراع النفسي أن المصاب يعاني حالة من الانفصام الحاد في داخله، فيسعى إلى إزالة مظاهر الصراع النفسي وتهدئة نفسه والسيطرة عليها.

وبعبارة أخرى فإن طريقة تفكيره بهذا النحو حيث الجدال القائم بين اشباع الميول غير الطبيعية لديه، وبين كبحها والوقوف بوجهها يولد حالة من التناقض والاضطراب، والوسيلة التي أعدها لمواجهة الاضطراب هي الوسواس، وأحيانا يرى المريض أن السلوك الوسواسي هو السبيل الوحيد الذي يمكن من خلاله التخلص من فكرة مؤلمة حادة غير قابلة للتحمل أو معاناة قاتلة، وعلى هذا الأساس يمكن تبرير الوسواس من هذه الزاوية.

4-1-2-معاقبة النفس

قد يكون الوسواس والخضوع إلى مشاعر الاكراه والالزام وتقبل حالة ما، من قبيل غسل الأيدي لعدة مرات تعبيرا رمزيا عن السعي لتطهير الذات من الذنوب المرتكبة، سواء في الماضي أو الحاضر وهذا أيضا أحد المتغيرات التي أشار لها بعض علماء النفس. (علي، 1996).

بعبارة أخرى فإن عمليات التطهير المتكررة والشكوك المتواصلة، تعد بحد ذاتها عقابا للمصاب من حيث لا يشعر، حيث يهدف من خلال تحمل المشقة والعقاب تطهير ذاته من الأفكار والمفاهيم العالقة في ذهنه، وكذلك من سلوكه الآثم، ويأخذ اتباع هذا السلوك في الأيام الأولى شكلا شعوريا عقابيا، لكنه يتحول بمرور الأيام إلى أمر اعتقادي يتبلور إلى سلوك يتسم بالإلزام والاجبار.

4-1-3-الشعور بالذنب

هناك تأكيدات كثيرة حول الوسواس وعلاقته بموضوع الشعور بالذنب، حتى أن البعض ذهب إلى القول "بأن الشعور بالذنب هو أساس نشوء الوسواس وهذا الشعور يكون مناف للأخلاق أو الشرع، حيث يلجأ المصاب بعد القيام بأعمال تحمل بين طياتها طابع الندم في سبيل تطهير نفسه من الذنب". (علي، 1996، ص. 74).

فهو يسعى عن طريق إيذاء نفسه من حيث لا يشعر للعثور على طريقة يكفر فيها عن اثمه، ومن هنا يسلك سلوكا ينطوي على إيذاء النفس، والدقة والحرص ومن المظاهر الملحوظة تكرار الغسل وكثرة الشك لغرض الوصول إلى الأسلوب الأمثل في أداء الواجب.

فالذين يتصورون أن أرواحهم قد تلوثت بالآثام أو الممارسات غير المتوقعة أو العواطف غير المقبولة يلجؤون إلى تطهير أنفسهم هربا من الصراعات الداخلية التي يعانون منها، ويمثل هذا في الواقع صبغة رمزية لتطهير الروح نلاحظها ظاهريا على هيئة عملية تطهير، فهو من خلال التكرار المتمثل في الغسل كإثبات وتأكيده على النظافة، والتخلص بهذه الطريقة من حالة تأنيب النفس اللوامة.

على هذا الأساس فإن الذين يرتكبون الذنب سرا يسلكون نفس السلوك بعد عودتهم إلى رشدهم بدلا من انتهاج سبيل التوبة.

4-1-4-التكامل والقداسة

يسعى المصاب بالوسواس إلى الوصول إلى الكمال فهناك من يرغب في أن يعيش كالأنبياء والمعصومين أو يفكر ببلوغ مراحل الكمال والصفاء الذاتي، لكنهم لا يجدون في أنفسهم القدرة على القيام بذلك، ولا يعرفون السبيل الموصول إليه، وبالنتيجة تسيطر عليهم الهواجس التي نراها متجسده بالوسواس وما تفرزه من حالات وتصرفات تتسم بالشك والترديد.

فموضوع النجاسة مثلا يترك في نفس المصاب تأثيرات سلبية تجعله يحاول وبحرص إزالة أدنى أثر لها، لأنه يتصور أن من شروط الكمال التمتع بالحياة النظيفة الطيبة، ويرون ضرورة تجسيد مثل هذه الحياة في الجسم والثياب الطاهرة والطيبة للشخص. (علي، 1996).

4-1-5-الدفاع عن النفس

يرى بعض علماء النفس " أن الوسواس شكل من أشكال الدفاع عن النفس ناتج عن حب الذات والأنانية ". حيث يسعى المصاب من خلال أفعاله وسلوكه إلى اظهار استيلاء المخاطر والمشاكل وأنه قادر على إبعاد العوامل التي تشكل خطورة عليه. (علي، 1996، ص. 76).

فمن خلال إظهار المقاومة إزاء ارتكاب الأعمال السيئة والتأكيد على هذه المسألة، وكذلك من خلال انتهاج أسلوب وطريقة تتسم بطابع الشك والتردد من جهة، ومن جهة أخرى إبداء صفات المروءة والشهامة في انجاز عمل ما، انما هي في حقيقتها أسلوب دفاعي وسعي متواصل لتجسيد حياته بشكل حي وواضح ولا يمثل تأقلمه مع الوسواس القهري إلا أحد مظاهر هذا الاهتمام.

4-1-6-التخلص من الإضطراب

في بعض الأحيان تكون التوترات والاضطرابات قاتلة، وتُسلب المرء الإستقرار والهدوء فالشخص المضطرب يعجز عن الجلوس أو الوقوف أو النوم في مكان ما في مأمن واحد بهدوء وراحة بال، فتراه يشغل نفسه بأمور تافهة وفارغة بأمل أن تهدأ حالته ويسكن اضطرابه.

والحال إذا لم تجد هذه الأمور نفعا في تحقيق مراده، يسعى إلى العثور على طريقة عمل ذات طابع مشروع وعقلاني في الظاهر.

فمسألة الإغتسال والانفعال المكررة هي بحد ذاتها طريقة عملية للإنشغال والتخلص من التوترات والاضطرابات النفسية.

4-1-7-السيطرة الداخلية

أحيانا يكون الوسواس أسلوبا للسيطرة الداخلية على النفس، ويهدف المصاب بذلك في الغالب الوقاية من الانحرافات الأخلاقية والثقافية والاجتماعية المحتملة، حيث تحدثه نفسه عن صور ومعان يخشاها، من قبيل دفع الشخص من سطح الدار واسقاطه، أو ضرب أحد بصخرة والخ.

وتشتد الوساوس وتتفاقم تدريجيا رغم محاولات المنع الداخلية، ومن أجل عدم اللجوء إلى مثل هذه الذنوب يشغل نفسه بتكرار سلوكات وأفعال معينة، كالتشديد في الطهارة أو تكرار الأرقام وعدها ويرى نفسه مضطرا للقيام بذلك لأنه يخشى عند تركها أن يندفع إلى القيام بتصرف خطير يجلب له العار، وهذا يعد بحد ذاته هاجسا غريبا وخطيرا. (علي، 1996).

أما نينبرق(1932) Nunberg " فيرى أن الانشغال الثاني في الاتجاه للوسواس القهري إلى الثنائية الجنسية والتي تعبر عن غموض حدود الأنا، ويرى أن التمييز بين الخبرات الداخلية والإدراكات الخارجية يتم فقدانها وتحل محلها العمليات النفسية في كلا الاتجاهين: من العالم الداخلي إلى العالم الخارجي ومن العالم الخارجي إلى العالم الداخلي، ويتم فهم الخبرات الداخلية لتكون إدراكات العالم الخارجي، بينما التغيرات في العالم الخارجي تعايش على أنها تغيرات في العالم الداخلي". (Nunberhg, 1932).

أما ميلاني كلاين Klein ترى " أن العصاب الوسواسي تكمن جذوره في القلق الذهاني للوضع شبه الفصامي البارانويدي". (Klein, 1932, p.149).

فالوساوس والأفكار القهرية تعد وسيلة للسيطرة على مواقف الخطر المبكرة والشعور بالقلق والذنب المرتبط بها والتابعة للهجمات السادية الشرجية للطفل على الموضوعات الخارجية، وأن الافراط في نشاط الوسواس القهري يعكس عدم قدرة الأنا على التعامل مع مخاوف الاضطهاد، ويثير نمو عصاب الوسوسة الذي يهدف بدوره إلى الشعور بالراحة والحفاظ على الموضوعات المتنوعة.

في حين يوضح فوناجي Fonagy (1999) " أن مريض الوسواس القهري يعايش عقله، كما لو كان جهاز تسجيل بتطابق تام دقيق بين الحالات الداخلية والواقع الخارجي، فالواقع يعايش كأسطورة خيالية والأسطورة تبدو كواقع بسبب القدرة الضعيفة على التعقل". (Fonagy, 1999, p.92).

أما فاربرن Fairbairn(1944) فيرى " أن الملامح الوسواسية توجد كدفاع ضد الموضوعات الداخلية السيئة غير المشروطة، وفي محاولة للتعويض يتم استدخال الموضوعات الجيدة، وهذا

الاستدماج للموضوعات الجيدة التعويضية يوصف بأنه دفاع أخلاقي، ويتضمن تحويل الموضوعات السيئة غير المشروطة إلى موضوعات سيئة مشروطة". (Fairbairn, 1944, p.94).

حسب كل هذا فإن الوسواس القهري يظهر نتيجة الصراع بين الدوافع العدوانية والجنسية والأنا الأعلى الصارم مع تثبيت في المرحلة الشرجية، وفقدان القدرة على التمييز بين العالم الداخلي والخارجي، والأفكار والوساوس ماهي إلا دفاعات للسيطرة على الخطر والشعور بالذنب المهدد له. فهو يمس الجانب الفكري المعرفي والجانب السلوكي الانفعالي.

4-2-النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية أن الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهري يربطون أشياء أو مواقف معينة بالخوف، ويعمدون إلى تجنب تلك الأشياء أو المواقف التي تخفيهم، أو يمارسون طقوسا تساعدهم على الحد من هذا الخوف.

وتتحول الأشياء التي كانت غالبا عادية إلى مصدر لمشاعر الخوف، فعلى سبيل المثال: (الشخص الذي اعتاد دائما استخدام المراحيض العامة قد يربط بين استخدام المرحاض وبين الخوف من الإصابة بمرض معدٍ)، وذلك عندما يكون مصابا بالتوتر والقلق.

وما أن تنشأ الصلة بين الشيء ما والشعور بالخوف، يفضل بعدها مرضى اضطراب الوسواس القهري الابتعاد عن الأشياء التي يخافون منها، بدلا من أن يواجهوا خوفهم أو يتحملونه، فمثلا: الشخص الذي يخاف من الإصابة بمرض معدٍ نتيجة استعمال المراحيض العامة سيتجنب استعمالها، وإذا ما اضطرته الظروف إلى استخدام مرحاض عام، فإنه سوف يجري مجموعة من طقوس التنظيف المستفيضة، كتنظيف مقعد المرحاض، ومقابض أبواب الحمام، أو القيام بعملية تنظيف شاملة، وبما أن هذه التصرفات ستخفف مشاعر الخوف مؤقتا، فلن يُبادر المريض مطلقا إلى مواجهة ذلك الخوف والتعامل معه، بل يترسخ هذا السلوك في شخصيته، وقد ينتقل الخوف المرتبط بالاضطراب إلى أشياء أخرى، كالمغاسل وأماكن الاستحمام العامة.

ويتعلم مرضى اضطراب الوسواس القهري في العلاج السلوكي كيفية مواجهة بواعث قلقهم والحد منها دون ممارسة السلوك (الانسحابي أو الطقوسي)، وما إن يحسنوا مواجهة مخاوفهم بأنفسهم فإن مشاعر الخوف لديهم تقل بشكل ملحوظ. (سعفان، 2003).

4-3-النظرية المعرفة

يمثل هذه النظرية كل من بيك (Beck) وأليس (Ellis) وتهتم بالإمكانيات التي يولد بها الفرد والتي من خلالها يصبح منطقيا أو لا منطقيا.

بحيث يصبح الفرد إما عنده ميل إلى تحقيق الذات والاهتمام بالآخرين، أو قد يصبح من ناحية أخرى مدمرا لذاته يتهرب من المسؤولية ويكره الآخرين، وهذا يعتمد على الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفسه وفي العالم الخارجي.

حيث يرى بيك أن العصابي بشكل عام يتميز بتقيد الانتباه، وتقلص الوعي والتجريد الانتقائي والتشويه والتحريف.

فالنظرية المعرفية تعتبر أن اضطراب الوسواس القهري على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومضخمة وتحدث مصادفة، وتكون بشكل علني ظاهر كتكرار الاغتسال أو إعادة الفحص، وهذا التتابع من الأفكار والأفعال يقود إلى الشعور بالألم والبؤس واضطراب يؤدي إلى السلوك المزعج بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية وإلى سلسلة من الخسائر المستمرة. (سعفان، 2003).

كما يشير بيك " إلى أن محتوى الوساوس بخطر ما يظهر على هيئة شك أو حيطة، فمريض الوسواس القهري قد يبقى في شك مما إذا قد أدى عملا ما ضروريا لتأمين سلامته وهذا يظهر من خلال سلوكات المراقبة المستمرة والمتكررة كإغلاق الغاز أو الباب ". (بيك، 1989، ص. 96).

أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة للشكوك والوساوس عن طريق الفعل، مثال ذلك (غسل اليدين القهري) فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يُزل كل القذارة والأوساخ من بعض أجزاء جسمه وهو ما يعرضه لخطر المرض الجسمي أو يجعل رائحته كريهة.

لذلك فتفكير الفرد عملية لا شعورية تنتج من خلال انفعالاته ودوافعه وسلوكه، وعندما يدرك ويفكر فهو يفعل ذلك بطريقة تتفاعل فيها العمليات بتأثير من التنشئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الفرد، لذلك فهو أكثر حساسية للضغوط بمن حوله.

ومع ذلك يذهب (أليس) إلى أن الواقع والظروف الخارجية لا تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي بل أن الاتجاهات نحو الوقائع والأحداث وكيفية إدراكها هما اللذان يحددان هذا الاضطراب.

وقد أشار أميلكامب أن مرضى الوسواس القهري لديهم شعور بالخوف من أن يتعرضوا للعقاب على الأعمال غير الملائمة وكذلك الأحداث المؤذية، كما أنهم يفكرون كثيرا في الأحداث التي تقع في حياتهم التي تنذرهم بأن هناك أضرار سوف تقع خلال تفاعلهم مع البيئة، كما أنهم يظهرون حساسية زائدة للملامسات غير المرغوبة وأكثر، ولديهم شعور بالوحدة النفسية وتصور في رؤيتهم لذواتهم. (سعفان، 2003).

في حين تركز النظرية السلوكية على كيفية ربط اضطراب الوسواس القهري بين أشياء معينة والخوف الذي ينتابهم، فإن النظرية المعرفية تهتم بكيفية إساءة تفسير أولئك المرضى لأفكارهم.

ويراود الكثير من الأشخاص أفكار قهرية أو غير مرغوب فيها مماثلة لتلك الأفكار التي يعاني منها مرضى اضطراب الوسواس القهري، على سبيل المثال: (قد تنتاب الوالدين اللذين يعانين من التوتر الناجم عن العناية بالطفل وساوس قهرية حول إلحاق الأذى بالطفل)، فمعظم الأشخاص باستطاعتهم التخلص من هذه الوساوس أما الأشخاص المعرضون للإصابة باضطراب الوسواس القهري، فقد يبالغون في حقيقة تلك الهواجس ويستجيبون لها كما لو كانت تمثل تهديدا حقيقيا.

4-4-نظرية التعلق والوسواس القهري

تم تطوير النظريات المفسرة للوسواس القهري من طرف مجموعة من العلماء والباحثين، وذلك من خلال الدور المركزي الذي تلعبه النماذج العاملة الداخلية التي تُعتبر بمثابة مخططات أو هياكل معرفية عاطفية، حيث تقترح نظرية التعلق أن القابلية للتأثر بعلم النفس المرضي تتطور من تجارب التعلق غير الآمن، فتؤدي هذه التجارب إلى تطوير لنماذج العاملة الداخلية غير منظمة للذات وللآخرين، مما يشكل تفسيرات الفرد وتوقعاته للعالم.

هذه المخططات والمعتقدات غير القادرة على التكيف، وهي أيضا تمثل السمة الأساسية للنماذج المعرفية لعلم النفس المرضي. حيث سلط أُكْسوق Occwg (1997) الضوء على ستة مجالات للمعتقدات الغير قادرة على التكيف والتي يعتقد " أنها تعتبر أساسية في تطوير الوسواس القهري، وهي ترتبط ارتباطا وثيقا بذاكرة التخزين المؤقتة والتي يتم إنتاجها بواسطة بنية معرفية عند الأفراد الذين يستوفون معايير الوسواس القهري". (Doron et kyrios, 2005, p.103)

كما أن النظريات السلوكية المعرفية للوسواس القهري قد أوضحت بشكل صريح وضمني للذات والآخرين في مسببات النماذج العاملة الداخلية للوسواس القهري منذ البداية.

حيث يقترح راتشمان Rachman (1997) نموذج معرفي هو " أن الأفكار المتطفلة في الوسواس والتي ينظر إليها على أنها مقلقة للأنا من المرجح أن تتصاعد إلى هواجس، لأن هذه التدخلات ينظر إليها على أنها غير متسقة مع وجهة نظر المرء الذاتية وبالتالي فهي تهدد تقدير الذات". (Summerfeldt et Antony, 2005, p.107)

أي عندما يكون المحتوى المحدد للفكر المتطفل غير متسق مع نظرة الأفراد إلى الذات، ينظر إليه على أنه مهم ويزداد تكراره.

علاوة على هذا اقترح سالكوفسكيس Salkovskis (1999) " أن الأفكار المتطفلة تتصاعد إلى الوساوس بسبب الشعور المتضخم بالمسؤولية، وهذا ينطوي على وجهات نظر الذات باعتبارها المسؤولة الوحيدة عن الضرر مما يشير إلى مشاركة النماذج العاملة الداخلية للذات والعالم". . (p.55)

كما يقترح سوكمان وبينارد وبيوتشمينSookman& Pinard et Beauchemin (1994) " أن معتقدات المسؤولية المتضخمة قد تنجم عن البنى المعرفية غير الناضجة ". (p.213).

لقد تم اقتراح نموذج أكثر تفصيلا لدور التعلق في تطوير أعراض الوسواس القهري من قبل Guidano et Liotti (1983) حيث وضعا نظرية مفادها أن التعلق المزدوج يمكن أن يؤدي إلى تطوير الوسواس القهري حيث ينتج هذا النمط من التعلق عن صورة التعلق، التي يكون لسلوكها تفسيران متعاكسان في وقت واحد هذا السلوك الذي يمكن تفسيره على أنه اظهار الحب والرعاية، وفي نفس الوقت الانفصال والعداء، وهذا نجده عندما تكون الشخصيات المتعلق بها في الغالب تتميز بفرض القواعد، وتفتقر للراحة الجسدية والمرح حيث تبدو صور التعلق صارمة ومنظمة وغير مرنة بشأن القواعد.

كمثال على ذلك الأب الذي كثيرا ما ينقل القواعد والقوانين الأخلاقية والاجتماعية شفهيا، لكنه لا يظهر دعما عاطفيا. وكمثال آخر الأم التي تُفرط في تناول الطعام لطفلها ولكنها بعد ذلك تطالبه

بالمسؤولية، فهذا الأمر يوفر للطفل إمكانية رؤية هذه التجربة على أنها دليل للرعاية واللامبالاة في نفس الوقت.

مما قد يؤدي إلى تفسيرات متزامنة للحب وفي نفس الوقت للكره، ويعتبر هذان التفسيران متعاكسان لنفس صورة التعلق المتمثلة في الأم، مما ينتج عنه نماذج عاملة داخلية متعارضة للذات وللآخرين. حيث تصبح الذات محبوبة وغير محبوبة مطيعة ومتمردة أخلاقية وغير أخلاقية، فيسعى الفرد بعد ذلك من أجل إحساس موحد بالذات، لأن التمزق بين جانبين متعارضين من الذات يمكن أن يكون مؤلما، وقد يؤدي إلى عدم اليقين بشأن تقدير الذات، وقد يشعر الفرد أنه بحاجة إلى مراقبة نفسه والعالم من حوله لمعرفة ما هو التمثيل الحقيقي والطريقة الصحيحة للتصرف.

هذا ما يجعل النماذج العاملة الداخلية عندما تتكون بطريقة فيها جانبا واحدا من الذات والعالم صحيح والآخر خاطئ، بدلا من اعتبار أن كلا الجانبين لهما جوانب من الصواب والخطأ، وأن العالم يتألف بشكل أساسي من جوانب صحيحة وأخرى خاطئة، وهذا النوع من النماذج قد يؤدي إلى مشكلة حقيقية وهي أي جانب من الذات هو الذات الحقيقية.

ففي ظل وجود معتقدات متناقضة مع الذات من المرجح أن تتصاعد التدخلات المتوترة عن النفس إلى هواجس، لأنهم ينظرون إليهم على أنهم تهديدات للذات الأخلاقية، فتظل الدوافع وسيلة لحل التناقض الذاتي وتحديد الذات على أنها الذات الصحيحة أو الأخلاقية.

كما ذكر غيدانو وليوتي Guidano et Liotti (1983) " أن الصعوبات الشخصية وسوء الفهم هي سمة أساسية من سمات الوسواس القهري، ولكن لا توسع هذه الفكرة وتختار بدلا من ذلك التركيز على الإدراك". (p.245).

أفاد غيدانو وليوتيي أن هذا النوع من التعلق تم العثور عليه في الغالبية، ولكن ليس كل الأفراد المصابين بالوسواس القهري، كما أنه ليس كل الأفراد الذين لهم هذا النوع من التعلق سيصابون بالوسواس القهري ولكن تعتبر هذه واحدة من الطرق التي يمكن أن تتطور بها معتقدات الوسواس القهري.

هناك أدلة تجريبية أثبتت أن المعتقدات حول الكمال، وعدم التسامح مع عدم اليقين مرتبطة بالوسواس القهري أمثال: (Brigidi ، Abramowitz، Reuther Tolin، OCCWG،Steketee et Frost)

كما أظهرت الأبحاث أيضا أن تدني احترام الذات، وانخفاض قيمة الذات، يرتبطان بالوسواس القهري أمثال: (Ehntholt، Salkovskis،Rimes، Hussain، Chaudhry، Raza-Ur-Rehman ، Ahmed)

أظهرت الأبحاث التي أجراها Bhar et Kyrios (2007) أن ازدواجية الذات مرتبطة بظاهرة الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوسواس القهري، بينما تتحكم في احترام الذات والاكتئاب والقلق.

كما اقترح Doron et kyrios (2005) نظرية هياكل الضعف الادراكي والعاطفي الكامنة في تطوير الوسواس القهري. وفقا لهذه النظرية يمكن أن تؤدي تجارب التعلق الخاصة إلى تطوير نماذج عاملة داخلية معينة للذات والآخرين، والتي يمكن أن تؤدي إلى معتقدات متعلقة بالوسواس القهري واحتمالية المعاناة من أعراض هذا الأخير، فالأشخاص الذين لديهم وجهة نظر ذاتية حساسة محدودة، هم أكثر عرضة لتفسير التَدَخُلاَتْ على أنها تهدد تقديرهم لذاتهم ويزيد من القلق والضيق، وأن هذه النظرة الذاتية مقترنة بنظرة للعالم على أنه تهديد، ولكن التحكم فيها يزيد من ضعف المرء أمام ظاهر المخالفات.

يرى كل من بولبي وأينسوورث Bowlby et Ainsworth أن تجارب التعلق المبكرة تتعلق بإحساس الفرد بالأمان والدعم من المحيط، لذلك فقد يؤدي أسلوب التعلق غير الآمن إلى نماذج عاملة داخلية غير آمنة ومهددة، وهذا ما يؤدي إلى تكوين معتقدات تتميز بالمبالغة في احتمالية الأحداث المكروهة، والمبالغة في الشعور بهذا التهديد، وهي معتقدات شائعة عند المصاب باضطراب الوسواس القهري.

الذي يتميز بتعلق غير آمن قلق والبحث الدائم عن الطمأنينة، مما يؤدي إلى صعوبة العثور على مصادر الدعم الداخلية والخارجية، وبالتالي فإن النماذج العاملة الداخلية السلبية تزيد من احتمالية وجود معتقدات غير قادرة على التكيف مع الذات والآخرين والعالم. (Doron et al, 2012).

مما تقدم يمكننا القول إن تجارب التعلق السلبية تؤثر على الأداء الشخصي للفرد، فالتعلق غير الآمن يؤدي إلى ضعف المهارات الاجتماعية، ونقص العلاقات الداعمة مما يجعل المرء عرضة للاضطرابات النفسية منها الوسواس القهري، كما يؤدي إلى سلوكات غير قادرة على التكيف فالمصاب

بالوسواس القهري يتميز بعدم اليقين والتناقض في العلاقات الشخصية، وهذا يمنعه من التمتع بالرفاهية النفسية والاجتماعية.

بعد التطرق إلى الاكتئاب والوسواس القهري، تعمدنا ترك الانتحار هو آخر عنصر نتطرق إليه، وهذا لأن الانتحار يمثل حلقة وصل بين الاضطرابين. وعلى الرغم من تناولنا للاكتئاب والوسواس القهري من جانب عدم القدرة على التمتع بالرفاهية العاطفية والنفسية والاجتماعية، فإن محاولة الانتحار هي في حقيقة الأمر رغبة في عدم البقاء في الحياة أصلا والهروب منها.

➢ الانتحار

يعتبر الانتحار من القضايا المهمة التي تهدد وجود وبقاء الكائن البشري، كما أنه ظاهرة تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات.

1-لمحة تاريخية عن الانتحار

كشفت بعض البحوث الأنثروبولوجية عن انتشار السلوك الانتحاري في كثير من الجماعات البدائية، فيشير مالينو فيسكي Malinowski (1949)، إلى شيوع الانتحار في جماعات جزر التروبرياند(Trobriandais) وأكدت بندكت Benedict (1953) انتشاره على نطاق واسع في جماعات الدوبو (Dobu) بجنوب محيط الهادي، وفي جماعات الكواكيوتيل(Kwakiutl)، في شمال غرب كندا وذلك لأسباب مختلفة، فَيُقبلُ الفرد في هذه الجماعات على قتل نفسه هروبا من موقف مشين غير محتمل، أو تخلصا من منازعات عائلية أو تضحية شخصية أو عقابا ذاتيا عن شعور عنيف بالإثم، أو رد فعل لمشاعر فاجعة نتيجة انفصام روابط عاطفية خاصة، أو قد يكون بدافع انهيار السلطة أو المكانة الاجتماعية تكون بسبب فقدان ثروة أو في موقف جنائي أو مدني، فقد ينتحر المجني عليه انتقاما من الجاني فيضطر الأخير إلى الإقدام على مصير مماثل. (مسغوني وضيف، 2021).

يعرف هذا النوع من السلوك الانتحاري في بعض جماعات إفريقيا الغربية وفي ساحل الذهب غانا خاصة، ويعرف باسم (قتل نفس على رأس آخر)، ويعرف هذا الانتحار الانتقامي أيضا بين قبائل بانكاوندو(Bankundu) بإفريقيا في أحوال العلاقات المدنية، فعندما يعجز الدائن عن استرداد ماله من المدين يقتل نفسه أمامه فتوجه الجماعة اللوم على المدين وتحمله مسؤولية موت الدائن.

وفي جماعة الويو كان المعتدي على المحارم يقهر على تنفيذ الانتحار تحت ضغط اجتماعي شديد، أما في شمال آسيا بين جماعات الاسكيمو (Esquimaux)، فإن المسنين والمرضى يقبلون على تنفيذ الانتحار أوقات نقص الطعام بوجه خاص، وذلك حتى يوفروا الطعام لغيرهم وتيسير سبل الحياة للآخرين.

في أمريكا الشمالية تعرف قبائل الهنود نوعا من الانتحار يماثل ما كان شائعا بين قبائل الهندوسية في شبه القارة الهندية بآسيا، فعند هنود ساحل أمريكا الشمالي الغربي، كان يعد من الشرف أن ينتحر الأسرى والخدم عند وفاة سيدهم، ويدفنون معه في نفس المقبرة، وبين قبائل أمريكا الوسطى كان موت الرئيس يقتضي أن تقبل زوجاته وأقاربه وجواريه وأصدقاؤه على تنفيذ الموت الإرادي.

كما تؤكد الوثائق التاريخية أن السلوك الانتحاري كان معروفا في المجتمعات التاريخية، فقد سجلت الثوراة بعض الأمثلة لحوادث الانتحار في المجتمع العبري القديم ومن أبرز هذه الأمثلة (شمشون) و(شاؤول) الملك والقائد (اخيتوفل).

وعرفته أثينا (اليونان) وسيلة عقابية على الجرائم الكبرى، حيث كان يطلب من المحكوم عليه بالإعدام أن يتناول السم بيده كما حدث في إعدام سقراط، كما كان الانتحار في اليونان وسيلة النفوس النبيلة للتخلص من وطأة ظروف غير محتملة.

أما في روما فإذا تورط كبير في موقف مشين بسمعته، فإنه يلجأ إلى الانتحار تخلصا من ظروفه السيئة ومن أشهر الأمثلة التاريخية انتحار بروتس Brutus وسينيكا Sénèque وكاتوCato، وكان الانتحار يعد عملا بطوليا وفعلا فاضلا يستحق التقدير. (إبراهيم وحسين، 2021).

يتبين أن الانتحار قديم قدم البشرية وله طقوس ومبررات ودوافع تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات والاعتقادات، وحتى الرؤية للانتحار من رؤية سلبية ومحرمة إلى رؤية إيجابية وتعتبر فخر وعزة.

2-تعريف الانتحار

2-1-التعريف اللغوي للإنتحار

الانتحار باللغة العربية من أصل كلمة نَحَرَ أي ذَبَحَ وقَتَلَ وانْتَحَرَ الشخص أي ذَبَحَ نفسه وقتلها.

أما في اللغة اللاتينية " فنجد كلمة suicide التي أدخلت اللغة الفرنسية على يد Abbé Desfontaines سنة 1737. وتنقسم إلى كلمة sui (الذات) وcider (قتل) والكلمة بأكملها suicider أي tuer soi même بمعنى قتل الذات ". (سحيري، 2013، ص. 51).

2-2-التعريف الاصطلاحي للإنتحار

يعرفه العالم الإجتماعي الفرنسي إميل دوركايم Emile Durkheim بأنه:" حالات الموت التي تكون نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لفعل إيجابي أو سلبي قام المنتحر به، وهو يعلم بأنه سيؤدي إلى هذه النتيجة ". (علي محمد، 1976، ص. 120).

لقد عرف مكرم سمعان (1964) الانتحار بأنه " كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه، وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال". (ص.15).

كذلك عرفه مدكور (1975) على أنه " قتل الإنسان لنفسه". (ص.13).

كما ذهب بعض الباحثين في تعريفهم للانتحار إلى التمييز بين نوعين من الانتحار هما: الانتحار الحقيقي-أي الموت الجسدي-والانتحار النفسي.

فقد عرفه الخولي (1976) بأنه "قتل الإنسان لنفسه عمدا، كما عرف نوعا آخر يسمى بالانتحار النفسي psychique suicide على أنه نوع من الانتحار غير الصريح، حيث يزهد البعض الحياة تماما ويبغضونها، وتدفعهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم فيصابون بحالات مرضية".

ويعرفه الغرير (2009) بأنه عملية اختيار الموت عندما يستطيع الشخص اختيار الحياة، وهو ناتج عن رفض الواقع الذي يعيشه الفرد، نتيجة حالة توتر شديد، ويعرف بأنه المسمار الأخير في نعش الصحة النفسية والعقلية، ويأتي في الدرجة الخامسة في تصنيف خطورة المرض النفسي. (نسرين، 2019، ص. 319).

3-تعريف المحاولة الانتحارية

حسب تعريف شنايدر Scheneider (1973) " المحاولة الانتحارية هي كل انتحار باء بالفشل، لأن الفرد لا يزال على قيد الحياة، وهذا مهما كان سبب الفشل".

وذهب دوركايم على أنه " المرور إلى الفعل دون نتيجة". (سحيري، 2013، ص.52).

4-الفرق بين المحاولة الانتحارية والانتحار

- الانتحار يتم بوسائل عنيفة مثل السلاح الناري أو الشنق، أما المحاولة الانتحارية فتتم بتناول الأدوية أو المواد المنظفة وقطع الشرايين phlébotomie.
- الانتحار مدروس بسرية تامة، أما المحاولة الانتحارية فتكون غالبا مصرح بها.
- الانتحار يتم غالبا ليلا، أما المحاولات الانتحارية فتحدث في الغالبية نهارا.
- غالبا ما يكون سبب الانتحار الفصام أو الميلانخوليا أما المحاولة الانتحارية ففي الغالب سببها صراعات عائلية وعاطفية.
- تواتر الرجال في الانتحار أكثر من تواتر النساء، أما في المحاولة الانتحارية فنجد العكس. المحاول للانتحار يحاول أن يلفت أنظار محيطه لمشاكله.

5-تعريف التفكير الانتحاري

من الجوانب الجديرة بالإهتمام عند دراسة التفكير الانتحاري، تحديد مفهومه فهناك عدة ترجمات مختلفة لأصل المصطلح الإنجليزي suicidal ideation منها "تصور الانتحار" أو "تخيل الانتحار" أو "الأفكار الانتحارية" أو "التفكير في الانتحار". ورغم أن بعضها قريب من المعنى، إلا أن هذه الترجمة العربية ليست دقيقة، لأن الكلمة الأولى suicidal هي صفة منسوبة إلى الانتحار أي انتحاري، وليست الاسم أو المصدر إنتحار suicide. والكلمة الثانية Ideation تعنى تفكير أو أعمال الفكر وليست أفكار Ideas، أما التصور والتخيل فيقابله في الإنجليزية كلمة Imagination وهي لم ترد في أصل المصطلح، وبذلك يكون المصطلح المرادف بالعربية هو: "التفكير الانتحاري". (سحيري، 2013).

ويقصد بالتفكير الانتحاري هو كل الأفكار والتصورات المرتبطة بعملية محاولة الانتحار والإقدام عليها وكيفية التخطيط والتنفيذ وتخيلات الأحداث قبل وأثناء وبعد تنفيذ محاولة الانتحار، والتفكير الانتحاري هو مرحلة مبكرة من مراحل عملية الانتحار التي تنتهي بالفعل الانتحاري الكامل.

6-أنواع الانتحار

لقد صاغ إميل دوركايم (Durkheim) الأنواع أو الأشكال الثلاثة للإنتحار وهي:

6-1-الانتحار الأناني

وهو ذلك الذي يتغير عكسيا مع درجة الاندماج داخل المجموعات الاجتماعية سواء تعلق الأمر بالأسرة أو الدين.

ففي مقارنة بين معدلات الانتحار بين الديانات البروتستانية والكاثوليكية واليهود، يخلص دوركايم إلى أن ما قدمه البروتستانت من إنتحارات أكثر بكثير مما قدمته الطوائف الأخرى، ويرجع ذلك إلى الحرية الفردانية العالية في التفكير، وكذا منظومة تحرر الفرد من القيود المجتمعية التي يتمتع بها الأفراد في المذهب البروتستانت عن غيره، فهو يعزو الظاهرة إلى العوامل الاجتماعية المرتبطة بأسلوب الحياة والنمط القيمي، كما لاحظ أن الأرامل وغير المتزوجين هم الأكثر تعرضا.

6-2-الانتحار الغيري (الإيثاري)

إذا إنفصل الإنسان عن مجتمعه ينتحر بسهولة، وهو ينتحر أيضا حينما يكون مسرفا جدا في الإندماج فيه. وهو كذلك الذي يتم ضمن مجموعات لا يوجد فيها الأفراد بأنفسهم بقدر ما يوجدون للجماعة التي ينتمون إليها، فهو بالمجتمعات التي تتمتع بدرجة عالية من التضامن. فحين يرتبط الفرد عضويا بالجماعة وأهدافها يرتفع الشعور بالتضحية من أجل الآخرين، وعليه فهو يتحدد بنوع المجتمع فنجده كثير الوقوع في المجتمع العسكري.

6-3-الانتحار الأنومي

وهو إنعدام الإطار المرجعي الأخلاقي للأفراد خصوصا في فترات التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، فهو يتزايد طردا مع اختلال الأنظمة الاجتماعية، حيث يفتقد التوازن لمنظومة القيم

والأخلاق بالمجتمع، فنجده على المستوى العائلي حين يضعف الطلاق النظام الزوجي. وحسب دوركايم فإن المجتمع الصناعي يفكك الحياة الإجتماعية والبنية الإجتماعية والعلاقات في حياة السكان وأسلوب معيشتهم، وبالتالي يقل التضامن الإجتماعي وهو ما يزيد من حالات الانتحار. (خنفر وقنوعة، 2021).

7-إحصائيات حول الانتحار والمحاولة الانتحارية

لقد أصبحت ظاهرة الانتحار من أبرز المشكلات السلوكية التي إمتاز بها العصر، وإحتلت المراتب الأولى في أسباب الموت لدى الأشخاص خاصة لدى فئة الشباب، ويعد (العنف الموجه نحو الذات أو الانتحار) عملا سريا محاط بهالة من التحريم، ولا يمكن تمييزه ولا تصنيفه بشكل صحيح، ويقدر أن هناك 815.000 قتلوا أنفسهم في مختلف أنحاء العالم عام 2000، بمعدل تقريبي انتحار إنسان كل 26 ثانية. ووجدت أعلى معدلات الانتحار في دول أوروبا الشرقية وأخفضها في أمريكا اللاتينية، وقليل من دول أسيا.

"هناك قلة من الناس يتابعون عملهم الانتحاري حتى الموت، ووسطيا فان حوالي 10% من أولئك الذين يحاولون الانتحار يتابعون حتى الموت، وهناك نسبة أكثر من ذلك بكثير يقعون ضحية أفكار الانتحار لكنهم لا يحاولون قتل أنفسهم، وأن النساء كمعدل وسطي أكثر تفكيرا بالانتحار من الرجال". (عرفان، 2005).

كما أن هناك من يقدم على قتل نفسه في إطار ثقافة طقسية كالجماعات التي تمارس الطقس الإنتمائي الجماعي، كما حدث في أواخر القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية، أو في إطار ثقافة ووعي كشكل من الواجب كالفدائيين في الحروب ضد العدوان، وقلما نجد شعبا لم يتطوع أبنائه للتضحية بأنفسهم في سبيل الوطن، ولهذا اعتبرت الشهادة في الإسلام مرتبة رفيعة وينظر إلى الشهداء نظرة ايجابية قدسية. وهنا تختلف بتاتا عن الانتحار لأن الانتحار موت دون جدوى وحرمه الإسلام.

ومن الانتحار من يقدم عليه بعض من أصيبوا بالعمى الأيديولوجي الإيماني، بحيث يسوغون لأنفسهم أن يقتلوا أكبر عدد بتفجير أنفسهم وهؤلاء خضعوا لعمليات غسيل دماغ.

وقد يرتبط بثقافة الشعب وعقيدته وظروف الحياة والاكراهات، وقد ذكرت الشرطة اليابانية أن 30.000 ياباني انتحروا في 2006 و16.000 عسكري انتحروا في العراق، و121 جندي أمريكي انتحروا في العراق و2000 محاولة انتحار بين الجنود الأمريكان في العراق.

سُجل أيضا في 2007 عشرة آلاف شخص انتحروا، وهو عدد يفوق عدد ضحايا الإيدز وحوادث المرور، وفي مؤتمر سنوي حول محاولة الانتحار عُقد في فرنسا سنة 2008، ذُكر أن هناك محاولة انتحار كل 3 ثواني. (حسن، 2009).

كما تشير التقديرات إلى حدوث ما يقرب 804.000 حالة وفاة بسبب الانتحار عام 2012، وهو ما يمثل معدل الانتحار العالمي السنوي المقاس حسب العمر وهو 11.4 لكل 100.000 نسمة، 15 للذكور و8 للإناث.

وتبقى هذه الإحصائيات تقريبية فقط وغير مضبوطة لعدة اعتبارات، فغالبا ما يصنف الانتحار خطأ في أغلب الأحيان على أنه حادث أو ناجم عن سبب آخر للوفاة. أما في البلدان التي لا يوجد بها تسجيل موثوق للوفيات فالمنتحرين يموتون دون إحصاء عددهم، وفي البلدان الغنية الرجال يموتون ثلاث أضعاف النساء، وفي البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل نسبة الذكور تكون مقارنة بالإناث أقل بكثير تبلغ 105 رجل مقابل امرأة، وتمثل حالات الانتحار 50% من جميع الوفيات الناجمة عن العنف بين الرجال و71% بين النساء.

أما فيما يتعلق بالعمر فيبلغ أعلى معدلاته لدى الأشخاص 70سنة، وأكثر لدى الرجال والنساء عالميا، وفي بعض البلدان يبلغ الانتحار أعلى معدلاته لدى الشباب، وهو ثاني أهم أسباب الوفاة لدى الفئة ما بين 15 و29 سنة عالميا. ويأتي ابتلاع المبيدات الحشرية والشنق والأسلحة النارية في قائمة الأدوات المستعملة في الانتحار، وغالبا ما تسبق حالة الانتحار العديد من المحاولات الانتحارية. (منظمة الصحة العالمية، 2014).

وفيما يلي جدول إحصائي لمنظمة الصحة العالمية حول الانتحار بين 2001-2006 حسب الجنس ومعدل نمو الظاهرة حسب المنطقة:

جدول رقم (3): *الحالة العامة للمنتحرين على الصعيد العالمي من 2001-2006*

السنة	العدد	ذكور	إناث	معدل المنطقة
2001	309	309	00	منطقة الوسط
2002	319	243	76	40
2003	330	250	80	منطقة الشرق
2004	359	282	77	30
2005	311	234	77	منطقة الغرب 25
2006 (11 شهر)	249	191	58	منطقة الجنوب 5

فالملاحظ من الجدول أن منطقة الوسط احتلت المرتبة الأولى بنسبة 40% تليها منطقة الشرق 30% ثم الغرب وأخيرا الجنوب 5% وهي نسبة ضعيفة، إذ نجد تفاوتا كبيرا بينهما وبين باقي الاعتبارات وفوارق اقتصادية وسياسية وثقافية. (وسعدي، 2016).

وفي الجزائر في سنة 2012 بلغ عدد حالات الانتحار 677 حالة منها 277 إناث و400 ذكور حيث بلغ المعدل لكل 100 ألف 1.9 وبالمقارنة مع سنة 2000 التي بلغ فيها المعدل لكل 100 ألف 1.9 وبالمقارنة مع سنة 2000 التي بلغ فيها المعدل لكل 100 ألف 2.2، فإنه نسجل تراجعا في النسبة المئوية للمعدل تقدر ب: 12.8% وهو مؤشر إيجابي، ويمكن تفصيل معدل هذه الحالات للكل 100 ألف حسب المراحل العمرية للأفراد كما يلي:

المرحلة العمرية من:5-14 سنة المعدل لكل 100 ألف بلغ: 0.3.

المرحلة العمرية من: 15-29 سنة المعدل لكل 100 ألف بلغ: 2.2

المرحلة العمرية من: 30-49 سنة المعدل لكل 100 ألف بلغ: 2.1.

المرحلة العمرية من: 50-69 سنة المعدل لكل 100 ألف بلغ: 2.5

المرحلة العمرية 70 سنة فما فوق المعدل لكل 100 ألف بلغ: 6.1. (مسغوني وضيف، 2021).

8-النظريات المفسرة للإنتحار

8-1-النظرية السوسيولوجية

إن الانتحار جريمة والجريمة هي شكل من أشكال الخروج عن قواعد السلوك التي يضعها المجتمع لتنظيم حياة أفراده، فالمجتمع هو الذي يحدد ماهية السلوك العادي والسلوك المنحرف أو الإجرامي، وفقا لقيمه ومعاييره التي ارتضاها لضبط سلوك أفراده وحمايتها، إذ أن من الحقائق الاجتماعية أن لكل مجتمع أنظمته الاجتماعية وأعرافه وآدابه السلوكية وطرقه الشعبية التي تضبط سلوك أفراده، ومن هذا المنطلق انطلق مؤسس علم الاجتماع وواضع أصوله العلمية، صاحب المدرسة الاجتماعية الفرنسية إميل دوركايم (1858-1917) في تفسير ظاهرة الانتحار، حيث وضع عام 1897 كتابه (الانتحار) وكان أول من تعرض لتحديد مفهوم الانتحار وأعراض السلوك الانتحاري، واعتبر الانتحار ظاهرة اجتماعية بل دلالة عن طبيعة الأخلاق السائدة في مجتمع معين، وبذلك عارض ورفض بشدة التفسيرات السائدة في القرن التاسع عشر والمتمثلة في دور الوراثة، الجنون، المناخ وتقليد الآخر في انتحاره.

أكد دوركايم من خلال الإحصاءات عن التبدلات التي تطرأ على نسبة الانتحار في الزمان والمكان، محاولا كشف العوامل المفسرة لتلك الظاهرة من المنظور الاجتماعي، حيث توصل إلى أن الانتحار يشير إلى سلطة المجتمع على الفرد، فالانتحار يتغير ويتأثر بطريقة معاكسة لتكامل المجموعات الاجتماعية فيما بينها بناءا على أن الفرد جزء لا يتجزأ من تكوين هذه المجموعات الاجتماعية، فعندما تكون الجماعة متماسكة يتماسك فيها الأفراد وتتبلور قيم وقواعد السلوك لتنظيم العلاقات بين الأفراد، بمعنى آخر فالجماعة تعمل على مساعدة الأفراد في إيجاد السبل الناجعة لتحقيق ما يصبون إليه، وبالتالي تقل نسب الانتحار في مثل هذه المجتمعات.

وقد إعتبر دوركايم أن معدل حوادث الانتحار يعكس سيطرة المجتمع على الفرد، ولهذه السيطرة وظيفة معقدة يدعوها بوظيفة (الاندماج الاجتماعي)، كما يقر أن الانتحار ظاهرة اجتماعية تتباين تبعا لمجموعة من المتغيرات وهي:

- طبيعة المجتمع الذي نعيش فيه (البعد المكاني).

- طبيعة المنطقة التي يحدث فيها (في عمق المجتمع).
- مراحل المجتمع الواحد (البعد الزماني).
- الجماعات المختلفة (متزوج، أعزب، ... إلخ).
- وفقا للإطار الديني. (طاوس، 2012)

إذن فالانتحار في النظرية السوسيولوجية تعود أصوله إلى المجتمع، فهو يعد الدافع المسبب في نظر دوركايم للانتحار، وبهذا فالفرد لا يعتبر هو السبب بكونه خاضعا وليس حرا في اختياراته.

8-2-النظريات النفسية لتفسير الانتحار

يقوم التفسير النفسي للسلوك الإجرامي بوجه عام، على أساس أن الجريمة (السلوك الإجرامي) تعود في الأصل إلى الخلل أو الاضطراب في التكوين النفسي للشخصية التي تفصح عن نفسها في أشكال أخرى من السلوك المنحرف تبعا لظروف وعوامل تكوين كل شخصية، مع عدم إغفال العوامل الاجتماعية المؤثرة في علاقة الفرد بالآخر. (مسغوني وضيف، 2021).

8-2-1-النظرية النفسية المرضية

إن الدراسات الكلاسيكية المبنية على متابعة مختلف الأشكال الحادة للاضطرابات العقلية، منها اضطرابات المزاج وإدمان الكحول والفصام، تبين أن 10-15% من المصابين يموتون على أثر الانتحار.

كما أن نصف المنتحرين يوجد في سجلهم المرضي، ولو اتصال واحد بمصالح الطب العقلي، هذا الاتصال يجعل خطر الانتحار يتضاعف بنسبة 26 مرة خلال السنة التي تليه.

إن البحوث التي تعتمد على الفحص النفسي الدقيق، تقر بوجود اضطراب عقلي لدى 90% من المنتحرين، والتشخيص الغالب في معظم الأحيان يكون على الشكل التالي:

- إكتئاب لدى 50% من الحالات.
- تعاطي الكحول لدى 3/1 من الحالات.
- الفصام لدى أكثر من 05% من الحالات.
- 3/1 من الحالات إضطرابات الشخصية.

أكد المشتغلون بالطب العقلي الارتباط الوثيق بين الصحة العقلية والسلوك الانتحاري، حيث تبين لهم ارتفاع نسبة الانتحار لدى نزلاء مصحات الأمراض العقلية بوجه عام. كما تبين في بعض الدراسات أن 1/3 من الأفراد في المجتمع والذين هم نساء أقبلن على الانتحار، كن مرضى مكتئبات نتيجة أحداث صعبة، أو عجز أقعدهن عن العمل، أو الفشل في تحقيق زواج سعيد وصعوبات أسرية أخرى. (Hardy et coll, 2003).

لقد لوحظ على المنتحر أن أفكار قهرية مفروضة عليه ومصحوبة برغبات قوية في الموت والمعاناة والأرق، ويحتفظ بنزعات عدوانية ورغبات لا شعورية محرمة.

أما لمبرير (Lamperiére) فيرى "أن محاولة الانتحار تظهر خاصة عند النساء، خلال النصف الأول من العمر من خلال تعاطي السموم المختلفة، وعلاقتها بالأمراض العقلية قليل". (Hardy et coll, 2003, p.218).

كثيرا ما يتحدث المنتحر عن الشعور بالإثم ويستعذب الألم، وقد نبه الملاحظون إلى مسؤولية الطب العقلي في منع الشخص الانتحاري من تنفيذ انتحاره، ذلك بتحذير المريض من الإقبال على الانتحار. هذا لأن معظم المنتحرون يرددون عبارات انتحارية قبل تنفيذ العملية الانتحارية بمدة سنة تقريبا.

8-2-2-نظرية التحليل النفسي

يمكن لنا أن نوجز خلاصة نظرية التحليل النفسي في السلوك الانتحاري، حيث تنظر إليه على أنه عدوان مرتد على الذات، بفاعلية عمليات التقمص أو الإبدال تحت ضغط اعتبارات اجتماعية أو ذاتية تمنع وقوع العدوان على موضوعه الخارجي. فعلماء التحليل النفسي يرون أن الإنسان يولد ومعه غريزتان أساسيتان تعمل كل منهما ضد الأخرى وهما:

- غريزة الحياة وحب البقاء.
- غريزة الموت والعدوان والكراهية والفناء.

وتبعا لذلك فإن غريزة الموت تؤدي إلى العدوان على الذات الذي يؤدي إلى الانتحار، فالكائن البشري حسب فرويد يتقمص الشخص الذي يحبه بطريقة متناقضة وجدانيا (يحبه ويكرهه). فعند أوقات الإحباط يظهر الجانب العدواني من التناقض الوجداني ويوجه ضد الذات، فكأن الانتحار هو تحول الطاقة العدوانية عن الشخص الذي تسبب في الإحباط لتتحول وتتجه إلى معاقبة الذات، ولهذا

فإن الإنسان ربما يقوم بقتل نفسه لكي يقتل صورة الشخص الذي كان يكرهه والذي كان يحبه من قبل. (مسغوني وضيف، 2021).

8-3-النظرية السلوكية

ينظر السلوكيون إلى الانحراف عموما (السلوك الانحرافي)، على أنه سلوك مكتسب من البيئة وأنه لا صلة للإنسان به، فكل سلوك إنساني هو في نهاية الأمر سلوك مكتسب، يتعلمه الإنسان من المحيط الذي يعيش فيه، ولما كان السلوك عموما هو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه، فإن السلوك الانتحاري، ما هو إلا استجابة تصدر طبقا للاتجاه السلوكي الذي يتعلمه ويكتسبه الإنسان من البيئة المحيطة.

وتعد قابلية التغيير والتعديل في السلوك الإنساني، مبدأ أساسي من المبادئ التي يقوم عليها العلاج السلوكي الحديث، وهو أيضا من المبادئ التي يقوم عليها مجموعة من التخصصات المهنية (مهن المساعدة الإنسانية) التي تقدم العون للناس في مواجهة مشاكلهم، مثل الخدمة الاجتماعية والطب النفسي وغيرها. (مسغوني وضيف، 2021).

في نظر السلوكيين أن البيئة هي المسؤولة عن السلوك الانتحاري، فلو كانت البيئة تخلو منه لما تعلمه الانسان، وبالتالي فهو سلوك مكتسب ولا توجد له دوافع داخلية تحرضه أو صراعات تدفع إليه.

وعليه فهي بذلك ركزت على الجانب الخارجي للانتحار كسلوك، وأهملت الجانب الداخلي الذي يفتقد للرقابة في بعض الأحيان أمام عجز الانسان نتيجة الصراعات التي يواجهها.

8-4-النظرية المعرفية

تركز النظريات المعرفية على العمليات العقلية للفرد أو المنتحر، وينظر إلى الانتحار من هذا المنحى على أنه قرار ضعيف في مواجهة وحل المشاكل التي تواجهه، وإزالة الآلام النفسية غير المحتملة، ومن ثم فالسلوك الانتحاري طبقا لهذا، إنما يرجع لغياب التفكير المنطقي والعقلاني. (مسغوني وضيف، 2021).

إن الأساس الذي اعتمدت عليه هذه النظرية هو التفكير المنطقي العقلاني أي الجانب المعرفي، والذي عادة يكون مبني على معتقدات ومبرمج لدرجة قد يصبح فيها المنطق ليس منطق. لأنه في

أغلب الحالات المنطق لا يتوافق مع الواقع. والدليل على هذا أن الكثير من الناس يختلفون في تقييمهم للأشياء ونظرتهم المنطقية.

8-5-النظرية الإنسانية

طبقا لهذا الإتجاه فإن السلوك الانتحاري يكون نتيجة لعائق أمام تحقيق الذات، أو أنه ناتج عن شروط بالغة الأهمية التي فرضها عليه أفراد ذو أهمية في المجتمع في حياته، حتى يعطونه ما يحتاج من تقدير واعتبار. (مسغوني وضيف، 2021).

8-6-نظرية كارل مننجر K.Menninger

ويتلخص تفسير مننجر (Menninger) للإنتحار بأنه "نوع خاص من الموت يتضمن عناصر ثلاثة، تشتق وجودها وديناميكيتها من الافتراض الثلاثي لجهاز الشخصية عند فرويد". (عباس العادلي وصبر ناصر، 2016، ص. 867).

- رغبة في أن أَقْتُلْ.
- رغبة في أن أُقْتَلْ.
- رغبة في أن أموت.

وقد يتضمن السلوك الانتحاري هذه الديناميكيات كلها أو بعضها، هذه العوامل أو النزعات تتفاعل معا في الشخصية تفاعلا ديناميكيا، وتحت وطأة شروط معينة يسود أحدها ويؤدي بصاحبه إلى تنفيذ الانتحار. (عباس العادلي وصبر ناصر، 2016).

8-7-النظرية البيولوجية الوراثية

لقد كان غارليس (Garelis) ومعاونوه أول من قال بالفرضية البيولوجية للانتحار سنة 1974، حيث يرجعه إلى هدم السيروتونين، والسبب في ذلك هو نقص في نسبة حمض هيدروكسيل أندول أسيتيك5(Acide Hydroxylé Indole Acétique (5-HIAA)، في السائل الدماغي الشوكي (L.C.R)، وهو ما يجعل الفرد يقوم بمحاولة الانتحار، خلافا للذين لهم نسبة كافية من هذا الحمض. (Hanus, 2004)

يظهر دور السيروتونين في النوم، العدوانية والألم، هذه المظاهر التي قد نجدها في الاكتئاب، لكن هناك من الباحثين من اعتبر أن اختلال في السيروتونين، قد يكون له علاقة بعوامل أخرى غير معروفة حتى الآن دون الاكتئاب.

شدد كل من تراسمان وبينز (Traskman et Benz) سنة 2000 على أهمية النظام الطاقوي للسيروتونين كدافع من دوافع السلوك الانتحاري، وتؤدي الاختلالات في هذا المستوى إلى الاكتئاب الحاد والانتحار. فالخلل في المنطقة الجوفية للقشرة الدماغية يؤدي إلى تحرر سلوكي، أما السيروتونين فهو يساعد على كبح السلوكات، وهدمه يدفع إلى ارتفاع خطر الانتحار.

إن نسبة العدوانية والاندفاعية تكون مرتفعة أكثر لدى المقبلين على الانتحار، منه لدى المصابين بالاضطرابات العقلية الغير المقدمين على الانتحار.

وقد تقدم الباحثون بالفرضية القائلة "إن الاندفاعية تزيد من الخطر العدواني ضد العالم الخارجي. فنقص عمل النظام الطاقوي للسيروتونين، له ارتباط وثيق بالعدوان الموجه نحو العالم الخارجي، مثل: القتل–قتل الأطفال–الحرق الإجرامي وكذلك الانتحار ومحاولات الانتحار". (Hanus, 2004, p.80).

أما فيما يخص الجانب الوراثي، فيمكن الحديث على وجود قابلية وراثية للسلوكات الانتحارية، ولعل طبيعة عوامل الانتحار الوراثية المحددة مازال مشكوك فيها. إذ قد تكون إصابات عقلية مشتركة بسلوكات إنتحارية أو عوامل مستقلة عن الأولى، أي سمات شخصية كالإندفاعية ونمط الإستجابة للحوادث المرهقة وغيرها، وتكون سهلة الوضوح عن إشتراكها بإضطراب عقلي. (Hardy et coll, 2003).

أما دافيدسون (Davidson) فيرى أن الانتحار هو نتيجة موقف يحد من مجال شعور الفرد إلى درجة فقدان الانتباه للحياة ذاتها، عندها يحدث انهيار عضوي وتصبح المراكز العصبية العليا غير قادرة على الضبط والاستجابة للمثيرات، فيفقد الفرد القدرة على التخيل، وتكون نتيجة شلل القدرة الذاتية السوية على رفض أو تجنب ما يضر الحياة. (Hardy et coll, 2003) .

لقد أشاد الطبيب العقلي دافيد برانت (D. Brent) وهو باحث في جامعة Pittsburgh مختص في مسألة الانتحار لدى المراهقين، بأهمية العوامل العائلية في حدوث الانتحار لدى المراهقين، فالدراسات المختلفة التي اهتمت بالتوأم ومسائل التكفل بالأطفال، وكذا دراسات الوسط العائلي بينت أن هناك علاقة بين الانتحار ووجود قاعدة عائلية مساعدة.

فأعمال برانت (Brent) ومعاونوه عام 1996 وكذا بريدج (Bridge) ومعاونوه عام 1997 أظهرت أن الانتحار ينتقل بين أفراد العائلة، كما هو الحال في الأمراض الوراثية الأخرى، فبالنسبة لبرانت "قد تكون العلة النفسية المرضية وراء الاندفاع نحو الانتحار أو محاولة الانتحار، لكن هذا العامل لا يكفي وحده لشرح السلوكات الانتحارية، ويمكن التفريق بين انتقال السلوك الانتحاري عبر أفراد العائلة، وانتقال السلوك المرضي عبر أفراد العائلة. (Renaud, 1999).

9-أسباب الانتحار

تجمع الدراسات في تحليل أسباب انتحار الأفراد، على وجود أسباب كثيرة ومتنوعة، تختلف باختلاف الأفراد والبيئة الاجتماعية، والظروف التي يعيش فيها الفرد، ويمكن إيجاز الأسباب والدوافع الكامنة وراء محاولة الانتحار في الآتي:

- **التفكك العائلي** ويشير التفكك العائلي إلى انعدام الأمن والعاطفة داخل الأسرة، كالمشاحنات بين الزوجين، غياب الوالدين أو أحدهم. وذلك لأن الأسرة هي البيئة التي ينتمي إليها الفرد، ومما لا شك فيه أن للأسرة دورا تربويا هاما بالنسبة للفرد فهي إما تؤثر سلبا أو ايجابا. (الجبالي، 2005).
- **غياب الوازع الديني** المعتقد الديني حول الانتحار له دور أساسي في قبول فكرة الانتحار، فعندما يعلم الإنسان بأن الانتحار محرم قد يستسهل هذه العملية، وقد يعتبر البعض الانتحار هو قرار نابع عن أخطاء أو خسارات كبيرة لا يتحملها العقل، والحقيقة أن الشعور راجع إلى ضعف الوازع الديني لديهم. (العطميل، 2001).
- **المستوى الاقتصادي والمهني** إن المستوى الاقتصادي من الدوافع التي لها تأثير على الفرد، وذلك عند شروعه في عملية الانتحار، لأن الدوافع الاقتصادية التي يعيشها الفرد في المجتمع الميسور اقتصاديا كلها إذا تراكمت على الفرد تدفع به إلى الانتحار بقصد التخلص من ذلك الوضع، كما أن شعور الفرد بالبطالة وعدم القدرة على الحصول على العمل إلا عن طريق الوساطة، هذا يجعله يشعر باليأس والضياع لعدم قدرته للحصول على وظيفة، والذي يكون دافع للانتحار نتيجة الفراغ الذي يعانيه والحالة التي يعيشها، وهذا ما أكده اوجبرن (Ogburn) وتوماس (Thomas) سنة 1922 في الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا أن ثمة علاقة وثيقة نسبيا بين تقلبات تسبب الانتحار، وبين تقلبات ظروف العمل، فوجدا أن نسب الانتحار تزداد في أزمات العمل، وتهبط في فترات الرخاء، كما وجد هوليرت (Hurlburt) أن نسب الانتحار اتجهت إلى الارتفاع، كما قلت فرص العمل في الولايات المتحدة الأمريكية بين 1929-1945.

ولقد أكد أكثر من باحث أيضا أن ارتفاع نسب الانتحار أثناء الأزمات الاقتصادية يرجع إلى اضطراب دورات العمل وهبوط مستوى العمالة وما تنطوي عليه من انتشار البطالة، والملاحظ

عموما أن الأزمات الاقتصادية يقترن بها انتشار البطالة والتشرد بين الطبقة العاملة بوجه خاص، كما أن تجمد فرص العمل وكساد السوق يؤثران في بعض الطبقات العليا، وتدهور دخول الأفراد بوجه عام، وما يصحبه من خوف شديد من المستقبل. (سمعان، 1964).

10-الاكتئاب والانتحار

في الواقع يوجد هناك تلازما بين الاكتئاب والانتحار في العديد من الحالات نظرا لحدة الإصابة الاكتئابية، نتيجة درجة القنوط التي ستشعرونها وكأنهم وحيدين ومعزولين عن العالم، فإن العديد من الحالات إما يتعرضوا لحالات الانتحار أو إلى محاولات الانتحار (انتحار غير ناجح). وفي هذا السياق بينت الدراسات أن هناك ارتباطا شديد بين الاكتئاب والانتحار، وحتى ضمن الأعراض الشخصية نجد لحالات الاكتئاب وجود أفكار انتحارية.

في فرنسا مثلا يوجد 12000 منتحر سنة 1995، ويظهر العدد الحقيقي للموت في فرنسا أن 22.1 لكل 100000 من السكان، منذ سنة 1983 عدد المنتحرين فاق في فرنسا الذين ماتوا بسبب حوادث المرور. وهذا يتعلق بالشباب بين 15 و24 سنة، وقد ارتفع عدد المنتحرين وشهد تطورا إلى 91.5 لكل 100000 من السكان عند الرجال بين 75 و84 سنة و141.3 عند الأشخاص في سن 85 سنة. وأكدت الدراسة أن الرجال ينتحرون ثلاث مرات أكثر من النساء.

وهذا يعكس تلك العلاقة بين الاكتئاب والانتحار، والتي تعكس حدة المعاناة التي يتعرض لها المكتئب بعدما يفقد معنى الحياة ويستبدله بالموت، هناك ارتباط بين الاكتئاب والانتحار لأن الدراسات تبين أن:

- الاكتئاب هو الإضطراب العقلي الأكثر إرتباطا بالانتحار.
- من بين 40% إلى 80% من الأفراد المنتحرين يتعرضون إلى أزمة اكتئابية حادة عند القيام بفعل الانتحار.
- في حدود 15% من المنتحرين هم مكتئبين.
- الأشخاص الذين يقدمون اضطرابات مزاجية، يعانون خطر الموت بواسطة الانتحار ويكون مضاعفا بـ 30 بنسبة المجتمع عامة. (بن أحمد قويدر، 2011).

- نسبة 10% من حالات الانتحار تكون عند الأشخاص الذين يقدمون اضطرابات ثنائية القطب (هوس اكتئابي). (بن أحمد قويدر، 2011).

11-الانتحار والوسواس القهري

إن العلاقة التي تجمع بين الانتحار والوسواس القهري، تتمثل في أنه عادة لا يحدث الانتحار في هذه الحالة لأي دافع حقيقيا كان أو متخيلا، بل بسبب فكرة ثابتة عن الموت تستحوذ غاية الاستحواذ على ذهن المريض دون أي سبب يمكن تشخيصه.

فالرغبة في الانتحار عند هذا المريض لا يوجد لها أي سبب معقول، غير أنها فكرة تستحوذ عليه ولا يستطيع كبحها أو السيطرة عليها مع شعور بالضيق والحزن والقلق والتوتر، ولهذا فيطلق على هذا النوع من الانتحار بالانتحار الحصري. (عودة،2011).

يتبين لنا أن الانتحار يرتبط ارتباطا وثيقا بالاكتئاب، فكثيرا ما تكون نهاية الشخص المكتئب هي الانتحار، لوضع حد للحزن واليأس الذي يعيشه في حياته لأنه يفتقد إلى الرغبة فيها. أما الانتحار والوسواس القهري فنادرا ما يتحقق هذا الارتباط إلا في زاوية واحدة والمتمثلة في الجانب الفكري إذا استحوذت على الشخص الفكرة فيقوم بتطبيقها وكأنه برنامج ولابد أن ينفده.

خلاصة الفصل

تطرقنا في هذا الفصل إلى الصحة العقلية من خلال التركيز على مفاهيمها بهدف توضيحها باعتبارها من المفاهيم الواسعة والمعقدة، ومن ثم إلى مقوماتها حتى يتبين لنا ماهي الأسس والقواعد التي تبنى عليها الصحة العقلية عند الفرد. والتي من خلالها تم تحديد الفئة من الناس التي لا تتمتع بالصحة العقلية بمفهومها الحديث الذي تعدى مجرد غياب المرض أو الاضطراب إلى مستوى الرفاهية العاطفية والنفسية والاجتماعية والجسمية.

لنتطرق إلى الإضطراب النفسي كعائق يمنع الفرد المضطرب من الوصول إلى مستوى الرفاهية بمختلف مجالاتها، محددين بعض الاضطرابات التي تتميز بخصائص معرفية وعاطفية وانفعالية وسلوكية، تجعل من الشخص مفتقرا للرفاهية في حياته.

وفصلنا في كل من الاكتئاب والوسواس القهري والانتحار، بهدف الوصول إلى أن التعلق غير الآمن يؤثر على الصحة العقلية من خلال اعتباره عامل مهم يكون له دور كبير في ظهور هذه الاضطرابات.

الجزء الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للبحث

الفصل الثالث: الاجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

2-منهج الدراسة

3-محددات الدراسة

4-مجالات الدراسة

5-تقديم مجموعة البحث

6-تقديم أدوات البحث

7-مؤشرات الاكتئاب

8-اجراءات التطبيق في الدراسة

تمهيد

تعتبر منهجية البحث من أهم عناصر البحث الجيد ومميزاته، وعلى الباحث ضبطها بدقة وموضوعية من أجل التوصل إلى الحقائق المراد الكشف عنها بشكل علمي موثوق، وفي هذا الفصل سيتم عرض أهم الخطوات المنهجية المتبعة في هذا البحث.

1-الدراسة الاستطلاعية

تُعد الدراسة الإستطلاعية أو الأولية من أهم الخطوات التي ينبغي على الباحث القيام بها أثناء إجراء الدراسة الميدانية، وتكمن أهميتها في أنها تسمح بتحديد أبعاد البحث والهدف المراد الوصول إليه، كما أنها تساعد على تفادي الوقوع في الأخطاء عند القيام بالدراسة الأساسية.

فالدراسة الإستطلاعية تسمح بالتأكد من صلاحية أدوات قياس متغيرات الدراسة، وهل فعلا أنها تقيس ما وضعت لقياسه ومدى مناسبة الأدوات المختارة في البحث، ويتم ذلك من خلال تطبيقها على حالات غير الحالات الأساسية.

ولهذا قامت الباحثة قبل الشروع في هذا البحث بدراسة إستطلاعية على عينة تمثلت في 61 حالة ضمت 15 رجل و46 امرأة تتروح أعمارهم من 23 إلى 55 سنة من خلال:

أولا: للتأكد من نجاعة مقياس أبعاد التعلق قامت الباحثة بتطبيقه على (61) حالة، ولكن النتيجة كانت أن هذا المقياس لا يمكن الاعتماد عليه، بسبب النتائج المتحصل عليها والتي كشفت أن كل الحالات ظهر عندها نموذج عامل داخلي سلبي من النمط المتجنب، رغم حجم العينة الكافي (61) حالة وهذا يعتبر غير منطقي، بالرغم من حساب نتائج المقياس بطريقة صحيحة وحاولت الباحثة التواصل مع (الباحثة التي قامت ببناء البنية العاملية لهذا المقياس وهي لوزاني فاطمة الزهراء) للتأكد من ذلك، وبالرجوع والبحث في هذا المقياس تبين أن بنوده غير متجانسة، حيث أن بنود البعد المتجنب(8 بنود) أكثر من بنود الأبعاد الأخرى، البعد الآمن(5 بنود)، البعد المنشغل(4 بنود)، البعد الخائف(3 بنود)، وعليه تم التخلي عن هذا المقياس وعدم الاعتماد عليه لضعف تمييزه، لتلجأ الباحثة لمقياس أنماط التعلق من أجل استخراج النماذج العاملة الداخلية وهذا من خلال نمط التعلق.

ثانيا: نفس الشئ بالنسبة لمقياس أنماط التعلق (الملحق رقم**04**) حاولت الباحثة التأكد من أنه سيخدم فعلا هذه الدراسة وبموضوعية، والنتيجة كانت أن هذا المقياس فعلا أثبت قدرته على الكشف عن نمط التعلق لكل حالة، وهذا ربما يعود بالدرجة الأولى إلى تجانس بنود هذا المقياس (20 بند لكل نمط)، ومن جهة أخرى إلى اعتماد الباحثين (مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي) الذين قاموا ببناء هذا المقياس على البيئة الجزائرية، كما استطاع الكشف عن النماذج العاملة الداخلية وبكل موضوعية.

أما اختبار الرورشاخ فقد كشف عن الكثير ووجه هذا البحث للأفضل، حيث أنه في البداية اعتقدت الباحثة الوصول إلى حالات محظة أي تعاني فقط سواء من الاكتئاب أو الوسواس القهري، ولكن النتيجة كانت شيئ آخر وهي:

- وجود مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية في حالة واحدة.
- وجود مؤشر الوسواس القهري مع عدم الكفاءة الاجتماعية وحتى اليقظة المفرطة وفي حالات أخرى وجود الاكتئاب.
- وجود مؤشر للانتحار مع اكتئاب مع عدم كفاءة اجتماعية مع يقظة مفرطة.
- وجود درجات مختلفة من الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية.

هذا ما دفع للبحث أكثر في الموضوع وتبين أنه في حالة وجود كفاءة اجتماعية مع اضطراب الاكتئاب يرجع سبب الاكتئاب في الأصل إلى مشكلة علائقية، وهذا النوع عادة يكون في الحالات الحدية حسب ما توصل إليه اكسنر على الرغم من أن أعراض الاكتئاب تكون ثانوية بالنسبة لصعوبة التكيف الاجتماعي، فالأفراد الذين أجريت عليهم الدراسة ليس لديهم النضج الاجتماعي الذي يسمح لهم بالمواجهة والمراقبة والتحكم في ضغوط الحياة والتعامل معها، فهم يواجهون صعوبات كبيرة في العلاقات، حيث أن إجتماع مؤشرات الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية، تسمح بتحديد الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. (Exner, 2003).

من هنا جاءت فكرة استعمال هذا النوع من الحالات، للتعرف على نمط التعلق والنماذج العاملة الداخلية لديهم، من حيث كونها مختلفة عن الحالات التي يكون فيها فقط الاكتئاب أو الوسواس القهري أو محاولة الانتحار أي غير مجتمعة في حالة واحدة، فهل هذا يغير من نمط التعلق والنماذج

العاملة الداخلية أم لا. وبهذا ساهمت الدراسة الاستطلاعية في تسيير هذا البحث وفق منهجية مضبوطة وواضحة تمكن من القيام بالدراسة الحالية.

2-منهج الدارسة

يعتبر تحديد وإختيار منهج الدراسة من أهم الخطوات التي تساهم في دراسة الظاهرة بالأسلوب العلمي الصحيح، وعلى قدر ما يختار المنهج بعناية ودقة على قدر ما يسمح بالوصول إلى نتائج حقيقية وصحيحة ذات موضوعية علمية، وبالنظر إلى موضوع الدراسة فإن المنهج العيادي واعتمادا على دراسة حالة يخدم هذا البحث، الذي يسعى لإبراز تأثير التعلق غير الآمن على الصحة العقلية عند الراشد.

يعرّف بيرون Pieron (1968) المنهج العيادي على أنه " منهج يسعى لمعرفة طبيعة السير النفسي الخاص بكل فرد، بهدف تشكيل الحوادث السيكولوجية في بنية معرفية والتي يكون الفرد منبع لها" .(p. 38) .

فالمنهج العيادي هو " الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية في بيئتها، مع احترام هذه الفردية في إطار وضعية ما، وفي سياق تطوري معلوم، ممّا قد يسمح بفهم الأفراد". (Reuchlin, 1998, p.29) .

إن دراسة الحالة كأساس للمنهج العيادي " تتطلب ملاحظة معمقة للفرد الواحد والوصف الدقيق للمشكلة الحالية له، آخذا بعين الإعتبار مختلف ظروف هذا الأخير الآنية منها والماضية، في تنظيم شخصيته وعلاقاته بالآخرين".(Chahraoui et Benony, 2003, p.35).

3-محددات الدراسة

الإطار النظري

لقد تبنت الباحثة في هذه الدراسة نظرية التعلق في إختيار وسائل البحث وفي معالجة ومناقشة نتائجها وتحليلها، وتعتبر هذه النظرية نظرية حديثة مقارنة بنظرية التحليل النفسي والنظرية المعرفية، رائدها جون بولبي وهي نظرية تهتم بالروابط التي تنشأ بين الأفراد وتفاعلهم ودراسة الاضطرابات الناتجة عن الخلل في هذه الروابط.

4-مجالات الدراسة

بغية التقرب من مجموعة البحث أكثر وتطبيق أدوات الدراسة للتأكد من صدق الفرضيات المطروحة من عدمها، لم تكتفي الباحثة بمؤسسة واحدة والتي تعمل بها ولكن تنقلت إلى مؤسسة أخرى سيتم فيما يلي التعريف بهما.

4-1-المجال المكاني

بالنسبة للمكان الأول الذي تم اختياره في هذا البحث هو المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المتعددة الخدمات القبة العناصر-سرفانتس-بالجزائر، نظرا لكون الباحثة ممارسة كأخصائية نفسانية رئيسية فيه، كما تقصده شريحة كبيرة من المواطنين، بغرض الفحص الطبي العقلي والنفسي ويتم توجيه الكثير من المرضى من طرف المختصة في الطب العقلي للمتابعة النفسية، وكذا المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بشير لعجوزي رويسوا-بالجزائر.

4-1-1-المؤسسة العمومية للصحة-سرفانتس-

هي مؤسسة للصحة الجوارية متعددة الخدمات تضم أقساما مختلفة منها قسم للطب العام، قسم للأطفال والتلقيح وقسم خاص بالنساء والتوليد وآخر خاص بأمراض الأذن والحنجرة، وقسم خاص بالطب العقلي والنفسي والأرطفوني، وهي مؤسسة تستقبل كمًا هائلا من المرضى الذين يقصدونها من كل الولايات على مختلف أشكالهم من الذين يعانون سواء من أمراض جسمية عامة أو أمراض عقلية واضطرابات نفسية ولغوية.

4-1-2-المؤسسة العمومية للصحة – بشير لعجوزي-

هي مؤسسة عمومية للصحة متعددة الخدمات حيث تقدم خدمات طبية كبيرة وتستقبل عددا كبيرا من المرضى، تضم أقساما متعددة من الطب العام وطب الغدد والسكري وطب العيون والأطفال وطب التوليد والسرطان، كما تضم مجموعة من الأطباء والمختصين في الطب العقلي والنفسي العصبي والأرطوفوني. وتستقطب هذه المؤسسة كثيرا من المرضى وخاصة الذين يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية بمختلف الأعمار.

4-2-المجال الزماني

المدة الزمنية المسطرة لنيل شهادة الدكتوراه هي ثلاثة سنوات وبالتالي حدود زمن البحث ستكون انطلاقا من 2018 إلى غاية 2021 إلا أنه تم التأخير بسبب الظروف التي مر بها العالم والجزائر من

جراء جائحة كورونا وما ترتب عنها من إجراءات وقائية كالحجر الصحي والتباعد الاجتماعي مما تعذر الالتقاء بالمبحوثين في بداية الجائحة نتيجة الخوف من انتشار المرض، وهذا كان سببا في التأخر لإتمام الجانب التطبيقي من البحث.

5-تقديم مجموعة البحث

بما أن هذه الدراسة تقوم على المنهج العيادي بالاعتماد على دراسة حالة وتهتم بالتعلق غير الآمن والصحة العقلية عند الراشد، وعليه فمجموعة البحث تمس الراشدين البالغين وقد استهدفت هذه الدراسة مجموعة بحث ضمت 15 حالة منهم 14 إمرأة ورجل واحد وعدم التوازان في مجموعة البحث من حيث النساء والرجال راجع إلى أن هذه الدراسة لا تدرس الفروق الفردية في الجنس.

وتكونت مجموعة هذا البحث من ثلاث فئات، حيث تضم الفئة الأولى اضطراب الاكتئاب ويرمز لها بالرمز **(D)** والثانية اضطراب الوسواس القهري ويرمز لها بالرمز **(O)** أما الثالثة فضمت محاولة الانتحار ويرمز لها بالرمز **(S)** وهذه الرموز هي أول حرف من إسم كل إضطراب باللغة اللاتينة.

5-1-طريقة وشروط إختيار مجموعة البحث

لقد تم إختيار مجموعة هذا البحث بطريقة عمدية قصدية وهذا من خلال الحالات الموجهة لنا من طرف المختصة في الطب العقلي وذلك إعتمادا على مجموعة من الشروط.

- **بالنسبة لمجموعة الاكتئاب**
- أن يكون راشدا.
- أن يعاني من الاكتئاب.
- ألا يتعاطى أي مواد إدمانية.
- **بالنسبة لمجموعة الوسواس القهري**
- أن يكون راشدا.
- أن يعاني من الوسواس القهري.
- ألا يتعاطى مواد إدمانية.
- **بالنسبة لمجموعة محاولة الانتحار**

- أن يكون راشدا.
- أن يكون قام بمحاولة إنتحار واحدة على الأقل.
- ألا يتعاطى مواد إدمانية.

5-2-ظروف إختيار مجموعة البحث

كحالة إستثنائية لا تحدث دائما وهي كما أشارت الباحثة سابقا أن هذا البحث تزامن مع ظروف فجائية، تمثلت في جائحة كورونا وعليه فمجموعة البحث المختارة كانت في ظل هذه الجائحة وربما تكون هذه الأخيرة، كعامل يغير من نتائج البحث عن الدراسات السابقة التي أقيمت على نفس الموضوع، خاصة وأن الاضطربات التي إخيترت في هذا البحث تمثلت في اضطراب الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار وكل هذه الاضطرابات تأثرت كثيرا بهذه الجائحة، خاصة الأشخاص الذين فقدوا أحد أفراد العائلة بسببها، دون أن ننسى أن إجراءات الوقاية التي تمثلت في الحجر الصحي كان لها بالغ الأثر على المصابين بالاكتئاب، فالتباعد الاجتماعي والعزلة والموت والظروف غير الواضحة والمجهولة عن متى ستتوقف الجائحة وما يمكن أن تُحدثه من مضاعفات وخاصة على المستوى الصحي والمالي والتعليمي، كلها ظروف أثرت على نفسية المكتئب والمضطرب بالوسواس القهري، فعامل الوقاية المتمثل في إجراءات النظافة وطبيعة هذا الفيروس وكيفية انتقاله أثر على هذه الفئة بصورة كبيرة.

5-3-خصائص مجموعة البحث

5-3-1-مجموعة الاكتئاب

يمكن تلخيص خصائص مجموعة بحثنا من خلال الجدول التالي:

جدول رقم(4): *الخصائص الديمغرافية لمجموعة الاكتئاب*.

المبحوث	الجنس	السن	الحالة المدنية
D1 أميرة	أنثى	36	متزوجة
D2 ماريا	أنثى	31	عازبة
D3 طه	ذكر	38	متزوج
D4 سميرة	أنثى	35	متزوجة

D5 نعيمة	أنثى	41	مطلقة (مرتين)

يتبين من الجدول رقم (4) أن مجموعة البحث الخاصة بالاكتئاب كلها نساء ماعدا رجل واحد، تراوحت أعمارهم مابين 31 كأقل عمر و41 كأكبر عمر، وتنوع الحالة المدنية عند هذه المجموعة (عازبة، 3 متزوجون، مطلقة مرتين).

5-3-2-مجموعة الوسواس القهري

جدول رقم (5): *الخصائص الديمغرافية الوسواس القهري.*

المبحوث	الجنس	السن	الحالة المدنية
O1 فهيمة	أنثى	48	متزوجة
O2 أسيا	أنثى	42	مطلقة
O3 أحلام	أنثى	51	متزوجة
O4 سليمة	أنثى	56	عازبة
O5 فضيلة	أنثى	41	متزوجة

يتبين من الجدول رقم (5) أن مجموعة البحث الخاصة بالوسواس القهري كلها نساء، تراوحت أعمارهم مابين 41 كأقل عمر و56 كأكبر عمر، وتنوع الحالة المدنية عند هذه المجموعة (عازبة، 3 متزوجات، مطلقة).

5-3-3-مجموعة محاولة الانتحار

جدول رقم (6): *الخصائص الديمغرافية لمجموعة محاولة الانتحار*

المبحوث	الجنس	السن	الحالة المدنية
S1 لينة	أنثى	27	متزوجة
S2 سلمى	أنثى	40	عازبة
S3 كوثر	أنثى	43	متزوجة
S4 فريدة	أنثى	40	متزوجة

S5 وسيلة	أنثى	43	عازبة

يتبين من الجدول رقم (6) أن مجموعة البحث الخاصة بمحاولة الانتحار كلها نساء، تراوحت أعمارهم مابين 27 كأقل عمر و43 كأكبر عمر، أما الحالة المدنية فتضمنت (3 متزوجات، عازبتين).

6-تقديم أدوات البحث

إعتمدت الباحثة لإختبار فرضيات هذا البحث على المقابلة العيادية، التي كان الهدف منها التشخيص والحصول على المعلومات حول حالة المبحوث من مختلف الجوانب، خاصة العلائقي والصحي والنفسي العقلي. كما تم الاعتماد على مقياس أنماط التعلق الذي تم بناؤه من طرف كل من مباركي خديجة وبوفاتح محمد وباهي سلامي سنة 2017 وإختبار الرورشاخ في النظام المندمج. وسيتم توضيح لا حقا أسباب ودوافع إختيار كل أداة من أدوات هذا البحث.

6-1-المقابلة العيادية

تعتبر المقابلة "طريقة مميزة لجمع البيانات من خلال تفاعل لفظي مباشر، بين شخصين على الأقل كما تتيح إمكانية تسجيل الاستجابات غير اللفظية".

وهي "عملية تفاعل إجتماعي بين شخصين يلعبان دورين اجتماعيين مختلفين، دور الفاحص الذي يريد تحقيق المقابلة، فيقوم بطرح الأسئلة قصد الحصول على المعلومات والتفاصيل المطلوبة ودور الباحث الذي يقع عليه البحث والذي يزود الباحث أو القائم بالمقابلة بالمعلومات التي يحتاجها البحث". (بوحفص، 2016، ص. 179).

يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المقابلة: المقابلة الموجهة والمقابلة غير الموجهة والمقابلة نصف موجهة وقد إعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المقابلة نصف الموجهة، التي تهدف في الأساس إلى فهم مشكلة معينة والإلمام بالأسباب التي أدت إلى بروز هذه المشكلة وخطورتها، كما تهدف إلى تسهيل تعبير الشخص الذي يتم إستجوابه عن طرق توجيهه إلى مواضيع محددة وفي نفس الوقت ترك الحرية له للتعبير بالطريقة التي تناسبه، وهذا بهدف إثراء المعلومات التي يتم الحصول عليها من باقي المقاييس المستعملة، خاصة ما يتعلق بنوعية الحياة النفسية الإجتماعية ونوعية العلاقة مع الذات والآخرين وبالاعتماد على الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع والخامس

تم وضع محاور لهذه المقابلة خاصة ما يتعلق بتشخيص الاضطرابات، المتمثلة في الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار من جهة ومن جهة أخرى كل ما يخص الجانب العلائقي حيث تضمنت المحاور التالية:

- **محور البيانات الشخصية:** تضمن كل البينات الشخصية الخاصة بالحالة من السن والمستوى التعليمي والحالة المدنية الاجتماعية والمهنة وهذا للتعرف على المبحوث.
- **محور الصحة الجسمية:** وتضمن كل ما يمكن معرفته عن الصحة الجسمية من أمراض وأعراض عضوية، وهذا لمعرفة إذا كان المبحوث يعاني من أمرض مزمنة فمثلا (في حالة فقر الدم نجد أعراض إكتئابية ناتجة عن نقص في الفيتامينات)، حرصا من الباحثة على التشخيص الموضوعي.
- **محور الجانب الإجتماعي العلائقي:** ويحتوي هذا المحور على الظروف والعلاقات العائلية خاصة مع الأم والأب والإخوة والعلاقة مع الذات ومع الجسم والآخرين، ومدى وجود دعم وسند إجتماعي لمعرفة طبيعة التعلق عند المبحوث.
- **محور الصحة النفسية العقلية:** ملاحظة الأفكار والسلوكات والانفعالات المختلفة، مدى التكيف مع الواقع، التعرف على التشخيص المناسب وبداية ظهور الاضطراب، الجانب الجنسي، الصدمات والأحداث المفاجأة، بغرض الحصول على معلومات كافية عن الجانب النفسي والعقلي.
- **محور الاكتئاب:** معرفة مدى وجود المزاج الاكتئابي، هل يوجد انخفاض ملاحظ في الاهتمام أو المتعة في القيام بالأنشطة طوال اليوم وعلى مدى كل الأيام تقريبا، خسارة أو زيادة في الوزن في غياب الحمية، ارهاق أو فقدان الطاقة، إحساس مفرط بعدم القيمة والاحساس بالذنب، ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة على اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت، بهدف تشخيص الاكتئاب عند المبحوث.
- **محور إضطراب الوسواس القهري:** معرفة مدى وجود أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة ومستمرة، محاولة تجاهل أو قمع الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي ابداء فعل قهري)، سلوكات متكررة أو أفعال ذهنية، اللجوء إلى السلوكيات أو الأفعال القهرية لمنع أو تقليل الإحباط أو القلق، بهدف معرفة وجود تشخيص اضطراب الوسواس القهري لدى المبحوث.

- **محور المعطيات الخاصة بمحاولة الانتحار:** يتضمن هذا المحور مدى وجود أفكار انتحارية وعدد محاولات الانتحار السابقة وكيف تم تحقيقها، مع البحث عن سبب اللجوء إلى الانتحار مع استخراج المعنى المعطى له والظروف المرتبطة به، بهدف التعرف على أن المبحوث أقدم ولو مرة واحدة على الأقل على محاولة انتحار.

وقد تم وضع أسئلة خاصة بكل محور من محاور المقابلة نصف الموجهة، وكإشارة أن صياغة الأسئلة اختلفت من مبحوث إلى آخر بما يتناسب وشخصية كل مبحوث، مع الحفاظ على نفس الهدف من الأسئلة، كما أن سبب إعتماد الباحثة على الدليل الإحصائي والتشخصي الرابع والخامس يساعد على التشخيص الموضوعي للإضطرابات من جهة، ومن جهة أخرى لأن هناك إختلافات بين الدليلين في تحديد هذه الاضطرابات.

6-2-مقياس أنماط التعلق

تم الإستعانة بمقياس أنماط التعلق الذي تم بناؤه من طرف كل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي والذي طبق على عينة من الراشدين طالبا وطالبة من البيئة الجزائرية، بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية عمار ثليجي الأغواط، حيث بلغت العينة 385 سنة 2017، وضم 80 بند تضمنت أنماط التعلق الأربعة وهي (الآمن والمتجنب والمتناقض والمنفصل).

- **التعلق الآمن**

هو نمط الفرد الذي تمتاز علاقاته مع الآخرين بالحب والمودة والثقة بالنفس وبالآخرين، لأنه قادر على إنجاح أية علاقة تفاعلية مع المحطين به وهذا ما يفسر التوازن المنطقي في حياته.

- **ويعرف إجرائيا** بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد من خلال اجابته على البنود المنتمية لهذا المؤشر وفق مقياس أنماط التعلق، لكل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي.
- **نمط التعلق المتجنب**

وهو سلوك يتسم به الفرد بأن يرفضه الآخرين إذا تواصل معهم، لهذا فهو يتجنبهم قبل أن يرفضوه لأنه يفضل الاستقلالية.

- **ويعرف إجرائيا** بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد من خلال اجابته على البنود المنتمية لهذا المؤشر وفق مقياس أنماط التعلق لكل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي.
- **نمط التعلق المتناقض**

يمثله الانسان الغير مستقل ذاتيا، والمعتمد في حياته الكلية على الآخرين، مع أنه يجد صعوبة في التفاعل معهم.

- **ويعرف إجرائيا** بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد من خلال اجابته على البنود المنتمية لهذا المؤشر وفق مقياس أنماط التعلق لكل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي.
- **نمط التعلق المنفصل**

يتميز سلوكه بالابتعاد وعدم الاحتياج إلى الآخرين، ويقلل من أهمية العلاقات والمودة في حياته لهذا يتفادى التفاعلات المباشرة مع الأشخاص.

- **ويعرف إجرائيا** بالدرجة التي يتحصل عليها الراشد من خلال اجابته على البنود المنتمية لهذا المؤشر وفق مقياس أنماط التعلق لكل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي.

6-2-1-التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس

تم التحقق من الخصائص السيكو مترية للمقياس من طرف كل من مباركي خديجة، بوفاتح محمد، باهي سلامي من خلال حساب درجات صدق المقياس وثباته كما يلي:

1. **صدق المحكمين:** تم فحص والتأكد من ترجمة بنود المقياس من جانب هيئة التدريس وذلك في ضوء التعريفات الإجرائية لأبعاد مقياس أنماط التعلق للراشد.
2. **صدق التجانس الداخلي:** تم حساب معاملات الارتباط بين بنود المقياس والعامل الذي تنتمي إليه وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0,64 و0,34 وهي دالة عند 0,5 و0,1 مما يشير إلى اتساق عوامل المقياس والبنود التي تنضوي تحتها لقياس مفهوم أنماط التعلق.
3. **معامل الثبات عن طريق ألفا ليكرونباخ:** تم حساب درجات ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا ليكرونباخ للاتساق الداخلي والتي بلغت قيمته 0,74 وهي تشير إلى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي، أي أن المقياس يكشف عن 74% من أنماط التعلق لدى أفراد عينة الدراسة.

6-2-2-خطوات بناء مقياس نمط تعلق الراشدين

لتحقيق أهداف البحث قاما الباحثون بإتباع خطوات منهجية للوصول إلى بناء المقياس النهائي:

- تم بعدها عرض الصورة الأولية للمقياس على ثمانية أساتذة متخصصين في علم النفس العيادي علوم التربية، وقد طلب منهم الحكم على مدى ملائمة تعليمة الإجابة للمفحوصين وانتماء الفقرات للمحور الذي وضعت لقياسه ومدى جودة صياغة الفقرات ووضوحها، كذلك الحكم على بدائل الإجابة ومدى مناسبتها واستقرت نتائج تحكيم أراء الأساتذة عن اتفاقهم على صلاحية الفقرات من حيث الصياغة والتي تم الأخذ به، وبالتالي تم تصحيح بعض العبارات واضافة عبارات أخرى بناءًا على طلب الأساتذة المحكمين. والجدول التالي يوضح العبارات المصححة.

جدول رقم (7): *العبارات المصححة.*

الفقرة قبل التصحيح	الفقرة بعد التصحيح
1-لدي رؤية موضوعية للمستقبل.	-لدي رؤية متفائلة للمستقبل.
2-ارتاح كثيرا عندما أجد شخصا أثق به.	-أمنح ثقتي للأشخاص الذين أعرفهم.
3-أشعر بسعادة وثقة في حب الآخرين لي.	-احترام الناس لي يشعرني بالسعادة.
4-أعيش التقارب الإيجابي مع والدي.	-أتفاهم جيدا مع الوالدين.
5-أجد صعوبة في الاعتماد على الآخرين.	- لا أعتمد كثيرا على الآخرين.
6-أعيش الحاضر ولا أحب تذكر الماضي.	- يؤلمني الماضي ولا أحب تذكره.
7-احتاج لكثير من الثقة لأكون محبوب من الآخرين.	- تنقصني الثقة في نفسي ليُحبني الآخرين.

6-2-3-وصف المقياس

تم تحديد أربعة أنماط للتعلق استنادا إلى التراث النظري لنظرية التعلق، وبالنظر كذلك إلى المقاييس الأجنبية التي أعدت لقياسه. والأنماط الأربعة للمقياس الحالي هي: نمط التعلق الآمن، ونمط التعلق المتناقض، نمط التعلق التجنبي، ونمط التعلق المنفصل. ويحتوي كل نمط على (20 بندا).

بالتالي يتكون المقياس الكلي من (80) فقرة، تتم الإجابة عنها من خلال أسلوب ليكرت ذي التدرج الخماسي، "أبدا، قليلا جدا، إلى حد ما، كثيرا، كثير جدا".

وهذا بإعطاء الدرجات من (5-1) بالتوالي على الإجابة التي يختارها المجيب على الاستبيان، حيث يطلب منه إن يضع علامة (x) في الخانة التي تناسب شخصيته. نشير إلى أن كل نمط تحسب درجاته على حدا، حيث تتراوح الدرجات على كل نمط ما بين (20) و(80) وبعد حساب درجات كل الأنماط يكون النمط السائد للمفحوص هو النمط الذي ينال الدرجة الأعلى في الاستبيان.

6-2-4-جدول أرقام بنود المقياس

جدول رقم(8): *أرقام بنود أنماط التعلق*

أنماط التعلق	أرقام البنود
نمط التعلق الآمن	1-2-3-10-12-14-15-17-22-23-24-24-28-31-44-49-50-64-68-77.
نمط التعلق التجنبي	6- 7- 8-9 -19-27-29-32-34-35-38-39-40-41-55-56-59-66-72-80.
نمط التعلق المتناقض	16-18-20-26-33-36-42-43-46-47-51-53-54-58-65-67-70-73-75-78.
نمط التعلق المنفصل	4-5-11-13-21-30-37-45-48-52-57-60-61-62-63-69-71-74-76-79.

6-2-5-الخصائص السيكو مترية لمقياس أنماط التعلق

إستعان الباحثون بعدة طرق لحساب صدق المقياس وهي:

- **صدق المحتوى:** تم الحصول على مؤشر هذا النوع من الصدق عند عرض المقياس على ثمانية من الأساتذة المحكمين المختصين في مجال علم النفس من جامعة الأغواط، ورقلة وتمنراست، واتفقوا أن فقرات مقياس أنماط تعلق الراشدين تقيس **مكونات التعلق وأبعاده الأربعة** التي تم تحديدها في التعاريف الإجرائية للبحث، وقد تم حساب معامل الاتفاق بين

الأساتذة المحكمين على كل عبارة من عبارات المقياس باستخدام معادلة كوبر والمتمثلة في:

$$\text{معادلة كوبر} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق}}{\text{عدد مرات الاتفاق} + \text{مرات الاتفاق عدم}} \times 100$$

ويوضح الجدول التالي النسب المئوية لإتفاق المحكمين على بنود الإختبار.

جدول رقم (9): *النسب المئوية لإتفاق المحكمين على مدى إنتماء البنود لمقياس أنماط التعلق.*

العبارة	النسبة المئوية	العبارة	النسبة المئوية	العبارة	النسبة المئوية	العبارة	النسبة المئوية
1	%84.61	21	%91.66	41	%91.66	61	100%
2	100%	22	%91.66	42	100%	62	100%
3	100%	23	100%	43	100%	63	%91.66
4	100%	24	%100	44	%100	64	100%
5	%91.66	25	%91.66	45	%91.66	65	100%
6	%91.66	26	%91.66	46	%91.66	66	100%
7	100%	27	%100	47	%100	67	100%
8	100%	28	%100	48	%100	68	%100
9	%91.66	29	%84.61	49	%91.66	69	%100
10	%91.66	30	%84.61	50	%100	70	%84.61
11	%91.66	31	%100	51	%100	71	%100

%100	72	%91.66	52	%100	32	%91.66	**12**
%100	73	%100	53	%84.61	33	%91.66	**13**
%91.66	74	%100	54	%91.66	34	%84.61	**14**
%91.66	75	%100	55	%100	35	100%	**15**
%84.61	76	%100	56	%100	36	100%	**16**
%100	77	%84.61	57	%91.66	37	%91.66	**17**
%100	78	%84.61	58	%100	38	100%	**18**
%100	79	%91.66	59	%91.66	39	%84.61	**19**
%91.66	80	%100	60	%91.66	40	100%	**20**

من خلال الجدول (9) نلاحظ أن نسبة الاتفاق على البنود تتراوح بين (84,6 %و100%) بمعنى أنها كلها تقيس نمط التعلق، كما أوصى المحكمون أن بعض البنود تحتاج فقط إعادة في صياغتها.

- **الصدق التمييزي:** تم حسابه من خلال ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى حيث أخذنا 27% من درجات أعلى التوزيع و27% من أدنى درجات التوزيع فكان عدد الأفراد (104) فردا، وبعد ذلك تم حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (10): *الصدق التمييزي للمقياس.*

المتغير المقياس	مجموعة المقارنة	N	$\times -$	S^2	T	DF	Sig	الدلالة الاحصائية
التعلق	المجموعة العليا	104	147,80	39,33	16.83	206	0.000	دال
	المجموعة الدنيا	104	151,74	27,63				

نلاحظ من خلال الجدول (10) المحصل عليه أن القيمة (T) بلغت القيمة (16,83) عند درجة الحرية (206)، بمستوى الدلالة (0,000)، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط التعلق لدى الطلبة بين المجموعتين وذلك لصالح المجموعة الدنيا حيث بلغ متوسطها (174,80) بينما بلغ مستوى المجموعة العليا(151,71) وهذا ما يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين.

- **صدق الإتساق الداخلي**
- **صدق الإتساق الداخلي بين الدرجة الكلية والعبارات:** وهو عبارة عن معاملات الارتباط بين كل فقرة مع المجموع الكلي للفقرات المكونة للمقياس.

جدول رقم(11): *الإتساق الداخلي لبنود مقياس أنماط التعلق.*

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1	0.18*	21	0.41**	41	0.23**	61	0.44**
2	0.22**	22	0.55**	42	0.38**	62	0.24**
3	0.24**	23	0.30**	43	0.36**	63	0.40**

4	0.18*	24	0.18*	44	0.52**	64	0.21**
5	0.22**	25	0.17*	45	0.24**	65	0.16*
6	0.14*	26	0.35**	46	0.26**	66	0.44**
7	0.15*	27	0.18*	47	0.29**	67	0.40**

من خلال الجدول(11) نلاحظ أن العبارات كلها دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0,01) و(0,05) حيث قدرت معاملات الارتباط من (0,14-0,67).

- **صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية**

جدول رقم (12): *الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس أنماط التعلق.*

الأبعاد	معامل الارتباط
بعد الآمن	0.85**
بعد التجنبي	0.84**
بعد المتناقض	0.87**
بعد المنفصل	0.84**

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيم معامل ارتباط كل بُعد مع الدرجة الكلية للمقياس موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يشير إلى أن الأبعاد تتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق ويؤكد قوة الارتباط الداخلي بين الأبعاد، وعليه فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

- **الثبات**
- **ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية**

قام الباحثون بتقسيم بنود الإختبار إلى نصفين، النصف الأول البنود الفردية والنصف الثاني البنود الزوجية، ثم حساب معامل الثبات والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(13): *نتائج معامل الثبات لمقياس بطريقة التجزئة النصفية.*

المتغير المقاس	معامل الثبات قبل التصحيح	معامل الثبات بعد التصحيح	الدلالة الاحصائية
التعلق	0.62	0.74	دال احصائيا

من خلال نتائج الجدول (13) المتحصل عليها نلاحظ أن قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى (0,62) قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جتمان وصلت القيمة إلى (0,74) وهي قيمة عالية وبالتالي فالمقياس ثابت.

ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ: من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار، ومعامل ألفا يرتبط ثباته بثبات بنوده.

جدول رقم (14): *نتائج معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس.*

الأنماط	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
النمط الآمن	20	0.69
النمط التجنبي	20	0.81
النمط المتناقض	20	0.75
النمط المنفصل	20	0.67
الدرجة الكلية	80	0.86

يتضح من الجدول (14) أن معاملات ألفا كرونباخ جميعها جيدة ومرتفعة، بحيث بلغت معاملات الأبعاد (0.69, 0.67, 0.75, 0. 81) ومعامل الثبات الكلي بلغ (0.86) وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

6-3-إختبار الرورشاخ في النظام المندمج

إنطلاقا من محضارات الأستاذة الدكتورة دليلة حدادي في مقياس الإختبارات والمقاييس حول أهداف إختبار الرورشاخ (النظام المندمج): يهدف النظام المندمج للرورشاخ إلى وصف السير النفسي للمبحوث الذي يحتوي على المتغيّرات التي اتّفقت عليها الدراسات المعيارية عبر العالم وعددها 115 متغيّر، تظهر هذه المتغيرات على شكل ملخص شكلي يوفره منذ سنة 2013 برنامج تصحيحي CHESSSS (Fontan). حيث يحتوي هذا الملخّص الشكلي في أعلاه على قيم متغيرات الرورشاخ في وسطه على علاقات نسب مئوية واشتقاقات لكّل المتغيرات ونجد المؤشرات الخمس التالية:

1- مؤشر الإدراك والتفكير (PTI)
2- مؤشر الاكتئاب (DEPI)
3- مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI)
4- مؤشر الانتحار (S-CON)
5- مؤشر اليقظة المفرطة (HVI)
6- مؤشر الهجاس (OBS)

وبما أن النظام المندمج يهدف إلى وصف السير النفسي فيحتوي هذا الأخير على المجموعات السبعة الأساسية الآتية: العواطف، قدرات التحكّم والتحمّل للضغط، الوساطة المعرفية، التفكير، معالجة المعلومات، إدراك العلاقات، إدراك الذات والضغط الظرفي. (حدادي، 2021).

وعليه اعتمدت الباحثة على اختبار الرورشاخ (نظام مندمج)، كأداة من أدوات البحث في هذه الدراسة وهذا لعدة أسباب توضحها فيما يلي:

كونه يساعد على تحديد المؤشرات الخاصة بمتغيرات البحث والمتمثلة في مؤشر الاكتئاب (DEPI) مؤشر الوسواس القهري(OBS)، مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) .

كما أنه يكشف عن الأسلوب الذي يتبناه الفرد في علاقاته مع الآخرين وهذا من خلال مجموعة متغيرات إدارك الذات ومجموع متغيرات إدراك الآخرين.

وجود مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية مع مؤشر الاكتئاب أو الوسواس القهري أو محاولة الانتحار تكشف على أن السبب الحقيقي للاضطراب هو مشكلة في الجانب العلائقي.

إضافة إلى هذا فهو يحدد العواطف، قدرات التحكّم والتحمّل للضغط، الوساطة المعرفية، التفكير ومعالجة المعلومات والتي بإمكانها تزويدنا بمعلومات عن الصحة العقلية للمبحوث.

6-3-1-تعريف إختبار الرورشاخ في النظام المندمج

يقصد بالنظام المندمج "طريقة لتحليل الأجوبة المقدمة في إختبار الرورشاخ تقوم على المعطيات التجريبية وتندرج في إطار نموذج ادراكي_معرفي لسيرورة الإجابة (لا ينفي هذا النموذج الإدراكي – المعرفي وجود وتأثير ميكانيزمات لا شعورية). ولقد بين Exner فيما يخص هذه النقطة أن سيرورة الإجابة مماثلة لنشاط حل المشكل، وليست مماثلة لسيرورة التداعي الحر، لذلك لا يرتكز التحليل على محتويات الأجوبة وإنما على الإجراءات الادراكية وراء تكوين الأجوبة والقرارات التي يتخذها الشخص (تصنيف واختيار الأجوبة).

6-3-2-لمحة موجزة عن إختبار الرورشاخ في النظام المندمج

أسس إختبار الرورشاخ نظام مندمج من طرف Exner وهذا من خلال أبحاث إحصائية كانت الأساس في وضع هذا النظام الجديد، وفي نفس الوقت الذي كان إهتمام الكثير من الباحثين بهذا الاختبار أراد Exner تأسيس نظام ادماجي يجمع كل النظريات في هذا الاختبار كي يكون متكامل ويدرس كافة الجوانب. (Exner, 1968) .

يعتبر النظام المندمج في نسخته الحالية كنتيجة لعمل تصديق مدقق دام ثلاثين عام ويخص التصديق عدة جوانب:

حيث إهتم Exner أولا ببناء نظام ترميزي للأجوبة بأكثر دقة ممكنة مع ضمان صدق جيد بين المنطقين، ثم عمد إلى إقامة واثبات معنى العوامل بالرجوع إلى خصائص اكلينيكية ولقد سمحت دراسة تجربية حول مجموعات كبيرة من المبحوثين من إستخراج كوكبة من المتغيرات التي تسمح بتحديد خصائص التوظيف النفسي للفرد، سواء كان في حالة مرضية أو في خطر تطوير تلك الحالة أوكذلك تحديد التوجه الأسلوبي للشخصية. (Andronikof, 2004).

إعتمد بناء النظام المندمج في البداية على اهتمام سيكومتري، ليتطور تدريجيا إلى تنظير متميز لتوظيف الشخصية، وفتح مجالات جديدة في تقييم هذا التوظيف، ولم يتردد Andronikof (2004) في اعتبار النظام المندمج والمصطلحات التي يقوم عليها، كمنهجية تفتح فلسفة جديدة في مجال العيادة

النفسية، لأنها تضع العيادي في وضعية وسطية بين نوعين من المعطيات التي غالبا ما يمزج بينها: وهي الواقع الحميمي الشخصي للفرد المبحوث وتصرفاته الخارجية (الحياة اليومية والأعراض). ويدرك العيادي أنه بإمكانه فهم الجانب الشخصي الداخلي من خلال شبكة قراءة (نظرية) من بين شبكات أخرى ممكنة، أما فيما يخص التصرفات (السلوك) فهو يعرف أنها غير محددة مباشرة من طرف الضمن – النفسي: (أي ما بين الضمن–النفسي والتصرفات)، تتدخل الأحداث الواقعية والظرفية ولكن أيضا جانب آخر لا يمكن وزنه وهو الحرية الشخصية، كما أن مصطلح "البنية" يعتبر مصطلحا غريبا عن النظام المندمج.

وتضيف Andronikof (1992) أن تحليل الرورشاخ في إطار النظام المندمج يقوم على مجموعة من المصطلحات في علم النفس، وبالضبط مصطلحات كلاسيكية في علم النفس العيادي غير التحليلي.

6-3-3-إختبار الرورشاخ في الجزائر

وفي إطار مشروع بحث جمع بين مخبر علم النفس العيادي والقياسي (Laboratoire de psychologie Clinique et Métrique) (جامعة الجزائر2) تحت إشراف د.سامعي حدادي دليلة ومخبر سيرورات الصحة (Laboratoire des processus de santé) (جامعة باريس 10) تحت إشراف Andronikofسنة 2012 تم الشروع في دراسة معيارية جزائرية للرورشاخ في النظام المندمج، حيث تم إنجاز هذه الدراسة وفق عدة مراحل استلزمت تكوين فرقة تتكون من 12 باحث جامعي في طريقة النظام المندمج، الذين قاموا بدورهم بتكوين 60 مختص نفساني، من جميع أنحاء الجزائر في طريقة إجراء وتنقيط الرورشاخ في النظام المندمج. وبفضل تنسيق المعهد الوطني للصحة العمومية ومساعدة الديوان الوطني للإحصائيات تم جمع 614 بروتوكول رورشاخ. وتقوم حاليا فرقة البحث في معالجة هذه البروتوكولات بهدف وضع قاعدة من المعطيات تسمح وفق الدراسات المعيارية الأمريكية والفرنسية الحصول على المعايير الجزائرية. (Haddadi, 2015).

6-3-4-طبيعة سيرورة إجابة الرورشاخ في النظام المندمج

يرى Rorschach (1921) أن تكوين الأجوبة يقوم على دمج الآثار الذكروية (Traces mnésiques) بالأحاسيس التي يثيرها المثير ووصف هذه السيرورة بالتداعي، حيث يرى أن هناك

عتبات مختلفة بين الأشخاص في قدرتهم على دمج أحاسيس المثير مع أشكال البقع ويضيف أن تنوع الإجابات المعطاة راجع أساسا إلى الفوارق في هذه العتبة. وعلى خلاف مؤيدي الفرضية التي من خلالها بالنسبة لـ Rorshhach أن هناك عناصر لا شعورية تلعب دورا في تكوين الاجابة-Wolf) . Fedida, 2006)

كما إعتبر Exner (1995) أن Rorshach رفض فكرة أن العناصر اللاشعورية تلعب دورا في تكوين الإجابة، لأن سيرورة الإجابة هي سيرورة ادراكية وتكوين الإجابات هي عملية شعورية، في حين فضل Exner كعادته الافتراض أن Rorshach قد يهتم بالفرضية الاسقاطية لـ Frank أو مصطلح الاسقاط بمعنى Murray في علاقة مع سيرورة الإجابة.

عرض Exner في أربع مقالات أساسية كتبها بَيّنَ 1959–1996 وجهته النظرية فيما يخص طبيعة اختبار الرورشاخ. (Andronikof, 2008b).

كما إهتم Exner (1995) مباشرة بفهم سيرورة الإجابة انطلاقا من دراسات تجريبية، موضحا أن الشخص في وضعية الاختبار يكون واعيا أنه أمام بقع حبر لا أكثر، إلا أن طبيعة وضعية الاختبار تفرض عليه أن يُحول البقعة إلى شيئ ما، لذلك فهو يواجه وضعية خاصة لحل مشكل يتطلب منه خرق الواقع إلى درجة معينة وفي نفس الوقت يجب عليه الاحتفاظ بكماله الشخصي، بهذا المعنى يثير ضرورة الادراك الخاطئ مجموعة من العمليات النفسية التي تؤدي إلى أخذ القرار وإعطاء الإجابة، وتوصل Exner إلى تحديد مختلف مراحل سيرروة الإجابة كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (15): *مراحل وعمليات سيرورة إجابة الرورشاخ.*

المرحلة 1	المرحلة 2	المرحلة 3
1.تسجيل الحقل	3.مسح ثانوي للحقل بهدف انتقاء الإجابات الكامنة.	5.الاختيار النهائي من بين الأجوبة الكامنة التي بقيت.
2.تصنيف الصور المسجلة وأجزائها في أجوبة كامنة.	4.رفض الأجوبة غير المستعملة المرغوب فيها بالمقارنة بينها أو الرقابة.	6. إعطاء الإجابة المختارة.

وتنجز كل هذه العمليات في الثواني التي تسبق إعطاء الإجابة وتُبين معطيات معالجة المعلومة والنشاط المعرفي أن هذه العمليات الستة تتداخل فيما بينها خلال السيرورة الكلية. وبعد انجاز كل هذه العمليات أو بعد المرور بالمراحل الثلاثة يتم إعطاء الإجابة الأولى في كل لوحة.

فضلا عن هذا تساءل Exner (1995) عن دور الاسقاط في سيرورة الإجابة، ليشير أنه يمكن لهذا الأخير أن يتدخل في نمطين من الأجوبة: فخلال المرحلة الأولى عندما يكون هناك خلل أو خطأ في الادراك (أجوبة ذات نوعية شكلية سلبية)، وخلال المراحل الثانية والثالثة يمكن انتاج اسقاط خيالي عندما يبتعد الشخص تماما في وصف إجابته عن حقل المثير.

بعد العرض الموجز لاختبار الرورشاخ نظام مندمج ستحاول الباحثة توضيح الإجراءات المتبعة للقيام بهذا الإختبار.

6-3-5-طريقة الإجراء

يعتبر تطبيق إختبار الرورشاخ (نظام مندمج) اجراء سهل، لكنه يتطلب من الباحث الأخذ بعين الاعتبار عدة شروط إجرائية من اللازم توفرها حتى يتم تطبيق الاختبار بطريقة صحيحة وجيدة وهي:

يجب على الباحث أن يهيئ نفسه ويهيئ الجو والظروف الملائمة لتطبيق الاختبار، من تحضير الوسائل اللازمة (الاختبار المتمثل في عشرة لوحات، قلمين، ورقة الموقع للتحقيق)، اختيار الوقت الملائم، تجنب وضعية الجلوس وجها لوجه، إذ من الأفضل اجراء الاختبار في وضعية جنب لجنب). كما يجب على الباحث تحضير المبحوث بإعطائه شرحا كاملا انطلاقا من مقابلة قصيرة يتأكد من خلالها أن هذا الأخير قد فهم.

6-3-6-الإجراء التلقائي

-التعليمة

يستعمل النظام المندمج التعليمة التي استعملها Rorschach(1947) وهي تعليمة بسيطة جدا تعطى حرفيا كالتالي: "ماذا يمكن أن يكون هذا؟ (Qu'est-ce-que cela pourrait être ?).

لا نكتفي بإجابة واحدة في اللوحة الأولى ونشجع المبحوث على إعطاء المزيد من الإجابات: "خذ وقتك"، "شيء آخر" الخ...

في الحالة التي يعطي فيها المبحوث أكثر من خمسة إجابات في اللوحة الأولى، نكتفي بهذا القدر ونقول: "حسنا نمر الآن للوحة الموالية"، ونقدم اللوحة الثانية وهكذا

تهدف تدخلات المبحوث أثناء اللوحة الأولى إلى تحديد أهداف تمرير الرورشاخ، إعطاء أجوبة لا تتعدى خمسة في اللوحة الواحدة وتشجيعه للتعبير على ما يراه في كلّ لوحة.

في حالة محاولة المبحوث رفض أي لوحة نبقى حازمين ونشجعه على إعطاء إجابة. "ستجد شيئا ما" "معظم الناس يجدون".

يتجنب المبحوث بشكل عام التدخل أثناء الإجراء التلقائي، لكن هذا لا يعني أنه لا يتدخل إطلاقا. نلخص الحالات التي يجب عليه أن يتدخل فيها في النقاط التالية:

- يتدخل للإجابة بطريقة مباشرة قصيرة وواضحة على أسئلة المبحوث، مثلا عندما يتبين أن المبحوث لم يفهم جيدا التعليمة ويسأل: "هل يجب أن أستعمل خيالي؟"، لا بد على الباحث أن يتدخل بهذه الطريقة: " قلي فقط ما تراه هنا ".
- عدد الإجابات: أدنى حد لعدد إجابات البروتوكول هو 14 إجابة، ما دون ذلك يعتبر البروتوكول ملغى ولا داعي لمواصلة التمرير، أي ضرورة الحصول على بروتوكول صالح. (حدادي،2021).
- يجب على الباحث أن يتدخل لتشجيع المبحوث في حالة واحدة فقط: عندما يعطي إجابة واحدة في اللوحة الأولى ويقول له: "خذ وقتك وانظر، أعرف أنك ستجد شيئا آخر". كما يتدخل الباحث بنفس الطريقة عندما يحاول المبحوث رفض لوحة ما.
- يتدخل الباحث عندما يتعلق الأمر ببروتوكول قصير (أقل من 14 إجابة)، ليشرح للمبحوث ضرورة إعطاء عدد أكبر من الأجوبة أو بروتوكول طويل ليتجنب الباحث الحصول على بروتوكول طويل يكرّر فيه المبحوث نفس الإجابة. (حدادي،2021).

6-3-7-التحقيق

هي مرحلة مهمة جدا وجزء من عملية التنقيط إذ يعاد قراءة الإجابات بكاملها، لا نقترح أي شيء الكلمة التي يقولها المبحوث هي الموجه بالنسبة إلينا نعيد له الكلمة ليحدد إجابته.

6-3-8-التعليمة الخاصة بالتحقيق

"سأقرأ إجابتك وأطلب منك أن توضح لي في أي جزء من اللوحة رأيتها، وتقول لي على ماذا إعتمدت في ذلك، حتى أستطيع أن أراها مثلك" هل هذا واضح؟

يهدف التحقيق إلى تحديد العناصر الأساسية الثلاثة: أي الموقع، المحددات والمحتوى، التي تسمح بتنقيط كل إجابة لكن في بعض الأحيان يجب على الباحث التدخل بحذر من أجل التحقق من أحد هذه العناصر وذلك من خلال طرح أسئلة إضافية غير مباشرة.

عندما تكون الإجابة غير واضحة تماما يمكن طرح السؤال التالي: " لَستُ مُتأكد من رؤيته كما تراه أنت، ساعدني لرؤيته كما تراه أنت".

عندما يكون محدد الإجابة غير واضح يمكن طرح السؤال التالي: " قل لي ما الذي جعلك ترى أنه يشبه لـ...".

يتدخل أيضا الباحث لطرح أسئلة انطلاقا مما يسمى بالكلمات المفتاحية أي كلمات قد تضم محددا ما لم يعبّر عنه المبحوث مباشرة. يمكن للكلمة المفتاحية أن تكون صفة (حزين، جريح)، أسماء أو أفعال (حفلة، دم). (حدادي،2021).

6-3-9-تحقيق الحدود

هذه الخطوة يتم اللجوء إليها في الحالة التي لا يعطي المبحوث أية إجابة مألوفة وتخص اللوحات III,V, VIII.

يقوم الباحث بعد نهاية إجراء التحقيق بإعادة أخذ اللوحة التي لم يعط فيها المبحوث الإجابة المألوفة (غالبا اللوحات VIIIوIII، وفي بعض الأحيان اللوحة V)، ويقول: " تقريبا قد أنهينا، لكن قم بمشاهدة هذه اللوحة من جديد والتي نرى فيها أحيانا (إعطاء الإجابة المألوفة دون تحديد موقع الإجابة)، هل ترى ما يشبه ذلك؟

نجد في كتابي جون إكسنر خطة التنقيط وخطة التفسير اللتين تتطلبان تكوينا طويل المدة تقوم به فرق تنتمي إلى الجمعية العالمية للرورشاخ بالنظام المندمج (CSIRA-ARISI).

وفي جامعة الجزائر2 تَلَقتْ مجموعة من الأساتذة هذا التكوين عن طريق الشراكة الدولية بين جامعة الجزائر وجامعة نانتار تحت إشراف آن أندرونيكوف والأستاذة الدكتورة دليلة سامعي–حدادي.

إن تطبيق اختبار الرورشاخ نظام مندمج يستوجب اتباع الشروط التي تم التطرق اليها، حتى يتمكن الباحث من التنقيط الجيد والموضوعي للبرتوكول ويمكنه الاعتماد عليه في بحثه.

6-3-10-التنقيط

وهو الخطوة التي يعتمدها الباحث بعد الانتهاء من تطبيق الاختبار، كما تقدم لغة الرورشاخ تحت شكل مجموعة من المعطيات الكمية والنوعية، ولقد لقيت قضية التنقيط والرموز المستعملة في الرورشاخ اهتماما واسعا في أدبيات الموضوع، وأدت غزارة هذا الأخير إلى اختلافات بين المدارس التي أدت بدورها إلى انتقادات في الخمسينات والستينات، هذه الانتقادات مرتبطة خاصة بالخاصيات السيكو مترية للرورشاخ، حيث اعترف Exner (1995) بالأساس الصحيح لبعض هذه الانتقادات مؤكدا أنه يمكن حل هذه المشاكل على ضوء الطرق الإحصائية الحديثة وبالتركيز على عينات واسعة من المعطيات. وتسمى سيرورة ترجمة إجابات الرورشاخ إلى رموز بالتنقيط وهو إجراء ترميزي يتم من خلاله حصر الإجابة في مخطط منطقي ونظامي، خاص بلغة الرورشاخ وتسمح المعطيات المتحصل عليها بفضل التنقيط تقييم أساليب الإجابة وباقي المميزات النفسية للفرد، لذلك ومن البديهي أن لسيرورة التنقيط في حد ذاتها أهمية كبرى، باعتبار أن كل تنقيط يساهم في بناء الملخص الشكلي كما تمثل رموز التنقيط المستعملة في النظام المندمج تركيبا لرموز ثبت صدقها من الناحية التجريبية في الأنظمة الأخرى، لرموز جديدة تم اعدادها تدريجيا. (Exner, 1995).

تختلف خطة التنقيط بصفة طفيفة عن تنقيط المدرسة الفرنسية حيث نجد المواقع، المحدّدات (Blends)، كلّ المحتويات والتنقيطات الخاصة المرتبطة بالخطاب.

6-3-11-الملخص الشكلي

يهدف تنقيط الأجوبة إلى الوصول إلى إمكانية إنشاء الملخص الشكلي للبروتوكول، ويتكون هذا الأخير من تجميع كل الرموز التنقيطية، وتعرض النسب وجميع أنواع الارتباطات، النسب المئوية والانحرافات العددية. ويتم الوصول إلى خصائص التوظيف النفسي للفرد انطلاقا من تحليل جميع هذه المعطيات.

تتبع منهجية التفسير الخطوات التي تظهر على شاشة الكمبيوتر من خلال (الـCHESSSS الذي ستقوم الباحثة بتقديمه) المراحل التي يمرّ بها التفسير وفقا لقيمة المتغيرات المفتاحية بعضها مرتبطة بالمؤشرات(HVI, CDI, DEPI, PTI) والباقي بمتغيرات أخرى.

إذا تحصّل المبحوث على كوكبة انتحار إيجابية فقبل الشروع في التفسير الكلّي للبروتوكول، يُوجه المفحوص إلى الطب العقلي لاحتمال كبير في المرور إلى الفعل.

إذا كانت المتغيرات المفتاحية كلّها غير إيجابية يعطينا الـ CHESSSS_ تسلسلا آخرا لمراحل التفسير استنادا إلى متغيرات ثالثة (Tertiaires)، التي ليس لها وزن المتغيرات المفتاحية ولكنها تصف السير النفسي بصفة قريبة كلّ القرب من واقعه.

تنتهي تفسير معطيات الملخص الشكلي بوصف شامل للتوظيف النفسي ويقول جون إكسنر في هذا الصدد: "من الممكن تقديم وصف البروتوكول بطرق مختلفة بما في ذلك وضع النتائج في إطار نماذج نظرية مختلفة للشخصية و/أو للسلوك، يجب على المفسّر دائما أن يجتهد لوصف المفحوص بعبارات مفهومة من طرف أيّ شخص ذكي". (حدادي، 2021).

6-3-12-تقديم برنامج (CHESSSS)(CODE FOR HERMANN STRUCTURAL SUMMARY AND SUPPLEMENTARY SCALES)

يدرك مستعملي الرورشاخ النظام المندمج مدى الوقت المستغرق ونسبة الأخطاء التي يمكن ارتكابها أثناء إنجاز الملخص الشكلي باليد، ونحن نعرف أن هناك بعض البرامج الأوتوماتكية للقيام بالعمليات الحسابية والحصول على بعض عناصر تحليل الاختبار، ولكن بالإضافة إلى كونها غالية فهي تعاني من نقائص منهجية، كغياب المصداقية في تنقيط نفس الأجوبة من طرف المختصين أو صعوبات تقنية في تسيير قواعد المعطيات. كما يستغرق تحليل الرورشاخ في إطار النظام المندمج من خلال مراحله المتعددة وقت كبير، ويصعب استعمال الملخص الشكلي للنظام المندمج من أجل قراءة شاملة لأنه يحتوي فقط على المعطيات الخامة، في حين هناك معطيات وتركيبات لا يمكن للأخصائيين في الرورشاخ تذكرها، كما أن بعض المعطيات الهامة للتحليل لا يمكن الحصول عليها مباشرة في الملخص الشكلي الأصلي وبالرغم من أن هذه الصعوبات هي من طبيعة تقنية، إلا أنها

تطرح مشاكل على العيادي والباحث العلمي. ورغم أن برامج الرورشاخ الموجودة تسهل الحسابات وعمليات أوتوماتيكية أخرى، إلا أنها لا تضمن الحرية والاستقلالية التامة للباحثين والعياديين في استعمال وتسيير والحفاظ على معطياتهم.

ويتميز العالم الحالي بالاستهلاك السريع وتتجه المجتمعات إلى التخفيض من مدة العمليات المختصة ومن جهتهم يتجهون الأخصائيون النفسانيون إلى تفضيل الفحص السريع من خلال تطوير منهجيات وطرق تحليلية أوتوماتيكية لاختباراتهم النفسية، ففي هذا السياق تنقص طريقة النظام المندمج للرورشاخ من عزيمة مستعمليها نظرا للوقت والمجهود اللذين تتطلبهما هذه الطريقة العيادية. (Fontan et al, 2013)

حاول Fontan(2014) إيجاد حلول لهذه الصعوبات من خلال تطوير لبرنامج حر (تطبيق إكسال) يسمى بـ (CHESSSS)(CODE FOR HERMANN STRUCTURAL SUMMARY AND SUPPLEMENTARY SCALES)، ووضع هذا البرنامج في متناول هيئة الرورشاخ ويمكن استعماله بكل حرية، ويمكن لكل شخص أن يستعمله ويكيفه حسب حاجاته الخاصة، لقد أشار مؤلفي هذا البرنامج إلى حرصهم على جعل تطبيقه أكثر فعالية وراحة، حيث أن استعماله وحتى برمجته لا تتطلب مستوى مرتفع من القدرات في الإعلام الآلي. يمنح CHESSSS طبعة زائدة للملخص الشكلي للرورشاخ النظام المندمج ويوضح الجوانب الأساسية للبروتوكول ويقدم الملخص الشكلي الزائد عدد من الكلمات الدالة المتعلقة بمختلف حالات كتيب التفسير، مما يجعله أكثرا وضوحا نظرا لعدم إعطاء تفسيرات بطريقة أوتوماتيكية ويعتبر المؤلفين هذا التقديم الجديد للملخص الشكلي كتقديم مرئي وديناميكي للتوظيف النفسي للشخص.

وبصفة عامة يمنح CHESSSS لمستعمليه طريقة قانونية وتقنية للتسيير معطياتهم بشكل حر مستقل وفردي، حيث يسمح البرنامج تحقيق المتطلبات التالية:

- استعمال السلالم الإضافية: كسلم المحتويات العدوانية Melohy et Gacano AG.
- المسائل المتعلقة بالتنقيط الثنائي (Double cotation) سواء من الناحية العيادية أي الإتفاق في التنقيط الثنائي لنفس البروتوكول (Interrater agreement) أو في مجال البحث أي الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات (Interrater reliability).
- تعبير جداول الخصائص الشكلية في مختلف البلدان.

- البحث عن الخصائص الشكلية في جداول الخصائص الشكلية.
- المساعدة في التحليل (استراتجيات التحليل والإشارة إلى النقاط الهامة للبروتوكول).
- خلق قاعدة المعطيات التي تحتوي على جميع المعلومات المتعلقة بالبروتوكول (الخطاب، سلسلة رموز التنقيط، الملخص الشكلي). (Fontan, 2014).

ولقد قامت الباحثة بإدراج جميع معطيات بروتوكولات الرورشاخ في برنامج CHESSSS (الملحق رقم**06**) بما في ذلك المحتوى الخطابي وتنقيط الأجوبة، مما سهل الحصول على معطيات الملخص الشخصي وجدول المؤشرات الخاصة بكل بروتوكول وكذا الحصول على قاعدة المعطيات التي تضم جميع معلومات البروتوكولات (15) وتلك الخاصة بالصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات. كما تم تنقيط هذه البروتوكولات من طرف كل من الأخصائية النفسانية درويش سماح وكبري هناء.

جدول رقم (16): *البروتوكولات المزدوجة التنقيط والزميلات اللواتي شاركن في تنقيطها.*

اسم ولقب الزميلة	البروتوكولات المزدوجة التنقيط
درويش سماح	D1, D2, D5, O1, O2, O5, S4, S5
كبري هناء	S1, S2, S3, D3, D4, O3,O4

سمحت معالجة تنقيط البروتوكولات المزدوجة من طرف برنامج CHESSSS الحصول على معاملات Kappa لفئات التنقيط الكبيرة كما يوضحه الجول التالي:

جدول رقم (17): *نتائج الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات.*

N=15	Kappa	interpret.
Loc	1,00	Excellent
DQ	1,00	Excellent
Dets	0,92	Excellent
FQ	0,89	Excellent
Pair	0,99	Excellent
Cont	0,98	Excellent
P	0,97	Excellent
Zf	1,00	Excellent
Sum6	0,89	Excellent
Othr SpSc	0,95	Excellent
All Spsc	0,94	Excellent

يظهر من خلال الجدول (17) أن الصدق في التنقيط المزدوج للبروتوكولات ممتاز (execellent)، فهذا يعني أن درجة الاتفاق في تنقيط الفئات الكبيرة للرورشاخ الموقع (Loc)، نوعية التطور (DQ) المحددات (Dete)، النوعية الشكلية (FQ)، الازدواجية (Pair)، المحتويات (Cont)، الأجوبة المبتذلة (P) التنظيم الادراكي (Zf)، تنقيط الرموز الخاصة (All Spsc) لعينة من بروتوكولات الدراسة (15 بروتوكول) هي درجة مرتفعة، وبمعنى آخر تتفق الباحثة بنسبة كبيرة مع الزميلاتان في تنقيط نفس بروتوكول الرورشاخ.

6-3-13-سيرورة التحليل

يعتبر تحليل كل معطيات الرورشاخ عملا معقدا، إذ يتطلب كباقي الاختبارات النفسية تكوينا، قدرات ونوعا من الخبرة، فتحليل معطيات الرورشاخ يقوم على معرفة معمقة لنظريات الشخصية والسلوك معرفة جيدة لعلم النفس المرضي والاختبار في حد ذاته. وتقوم الفرضيات التحليلية على هذه المجموعة من النقاط الضرورية إضافة إلى المعطيات المعيارية والببليوغرافية. وتقوم سيرورة التحليل على عمل استنتاج انطلاقا من المعطيات الكمية والكيفية للبروتوكول.

إن إجابة الرورشاخ هي نتيجة لمجموعة معقدة من العمليات، التي تضم معالجة المعلومة، الترجمة التصميم، أخذ القرار وأحيانا الإسقاط، ففردنة الشخص يمكن أن تترجم في المادة الإسقاطية، ولكن يمكن قراءتها أيضا من خلال حوصلة المعطيات الشكلية للاختبار، ويؤكد Exner في هذا الإطار أنه لا يوجد شخصين مماثلين : " إن التحليل المدقق والذكي للمعطيات الشكلية لسلسلة الرموز التنقيطية والمادة الإسقاطية تسمح بإقامة صورة صادقة عن شخص ما، يتشابه دائما مع الآخرين في بعض الجوانب ويبقى فردا مميزا ". ويضيف في الأسطر الموالية أن " العيادي الذي يحترم نفسه وأخلاقيات مهنته هو الذي يتجنب التأويلات التي تؤدي إلى الخطأ ويرتكز على الحكمة التي تقتضي باستعمال جميع المعطيات الشكلية التسلسلية والمحتوى من أجل انتاج صورة عقلانية صادقة وواقعية عن الشخص". (Exner, 1995, p.207).

بالنسبة لـ Exner (1995) يمكننا الافتراض أن Rorschach لم ينف الفرضية الإسقاطية لـ Frank ولكن لم يعط أي إشارة للوجود الحقيقي لهذه السيرورة – الإسقاط–في اختباره، مؤكدا على أنه يستدعي التكيف مع مثيرات خارجية. وإن قلنا إن اختبار الرورشاخ قد تطور يمكننا قول نفس الشيء فيما يتعلق بسيرورة التحليل وما يمكن الاحتفاظ به كنقطة تتفق عليها جميع مدارس الرورشاخ،

فهو فكرة أن التحليل يجب أن يأخذ بعين الاعتبار كل معطيات الاختبار أي ما يسمى في أدب الموضوع بالتناول الشامل.

ويصف Exner تحليل الرورشاخ كإجراء يضم ثلاث مراحل، تتمثل المرحلة الأولى في وضع فرضيات المرحلة الثانية هي دمج كل المعطيات، وأخيرا استعمال المعطيات التي تم دمجها بهدف الإجابة بشكل فعال على الأسئلة التي حفزت الفحص النفسي.

6-3-14-صياغة الفرضيات

يبدأ تحليل الرورشاخ بالمراجعة المنتبهة لكل متغير، الذي لا يأخذ كمتغير منعزل وإنما ينتمي إلى عائلة من المتغيرات التي تشير إلى المميزات الخاصة لمختلف مكونات الشخصية الشاملة، وفي نهاية هذه العملية التحليلية التي تمكن من مراجعة جميع معطيات الملخص الشكلي: النسب، العلاقات والنسب المئوية، وكذا تنقيط الإجابات في حد ذاتها، مع تسلسل ظهورها، وخطاب الشخص في الإجراء التلقائي وفي التحقيق، ولا يمكن صياغة فرضيات حول كل بعد من أبعاد الشخصية إلا بعد دراسة بإنتباه العناصر المتعددة المرتبطة بهذه الأبعاد الموضحة في الجدول. (Exner ,2003).

جدول رقم (18): *المجموعات الخاصة بمختلف ميادين التوظيف النفسي وتسلسل تحليل المتغيرات داخل كل مجموعة.*

المركبة أو الوظيفة	المتغيـرات
القدرة على التحكم وتحمل الضغط	1. score D Ajusté et CDI, **2**.EA ,**3**.EB et Lambda, **4**.es et esAj, **5**.EB
الانفعالات	1. DEPI& CDI, **2**.EB &Lambda, **3**.EBPer, 4.côté droit du eb et variables liées ,**5**.SumC/WSumC ,**6**.Afr ,**7**.2AB+ (Art+Ay) ,**8**.CP, **9**. FC : CF+C, **10**.C Pure (fréquence et qualité) ,**11**. S, **12**. Blends (Lambda et EB) ,**13**.Blends m et y ,**14**.Copmlexité des blends ,**15**. Blends coul-Est, **16**.Blend Est.
معالجة المعلومة	Préalables (L,EB,OBS,HVI),**1**.Zf,**2**.W :D :Dd,**3**.Séquence des Localisations,**4**.W :M,5.Zd,**6**.PSV,**7**.DQ ,**8**.Séquence DQ.
إدراك الذات	1.OBS&HVI,**2**.Reflets,**3**.Index d'égocentrisme,**4**.FD&Vista (en lien avec l'anamnèse,**5**.An+Xy,**6**.Total MOR,**7**.H : (H)+HD+(HD) & cotation des réponses de contenu humain,8b-

Rechercher le matériel projeté dans :8a-Réponses moins,8b-Réponses MOR,8c-contenus des réponses M et humaines,8d-Réponses FM et m,8e-Matériel verbal des autres réponses.	
1. Score D en lien avec es et Aj, 2.Différences entre D et DAj, 3. m et y, 4.T, V+ 3r+2R en lien avec l'anamnèse, 5.Score D (C pure, M-, M sans) ,6.Blends, 7. Blends Coul-Est*Est.	الضغط الظرفي
1.EB&Lambada,2.EBPer,3.a :p,4.HVI,OBS,MOR,5.côté gauche du eb,6.Ma :Mp,7.Index d'intellectualisation,8.sum6 et Wsum6,9. Qualités des 6 cotations spéciales critiques, **10**.Qualité formelle des M, **11**.Qualité des réponses M.	التفكير
Préalables (R,OBS,L),**1**.XA%&WDA%,**2**.Sans forme,**3**.X-%, nombre FQ-,S-,3a-Homogénéité des -,3b-Degré de déformation des-,**4**.Banalités (P) ,**5**.Nombre FQ+ ,X+% &Xu%.	الوساطة
1. CDI, **2**.HVI, **3**.Rapport a : p, **4**.Réponses alimentation (Fd) ,**5**.SumT, **6**.Somme Contenus Humains et somme H pur ,**7**. GHR/PHR, **8**.COP&AG (nombre et cotations) ,**9**.PER ,**10**.Index d'isolement social, **11**.Contenus des réponses M&FM avec paire.	إدراك العلاقات

6-3-15-تلخيص نتائج كل مجموعة من المتغيرات

عندما يتم فحص جميع معطيات مجموعة من المتغيرات، يتم تلخيص مختلف الفرضيات والإقتراحات التي تمت صياغتها في المرحلة السابقة. والإكتفاء في هذه المرحلة أيضا بصياغة الإحتمالية لأنه يمكن لمعطيات أخرى أن تغير الإقتراحات التي تمت صياغتها من قبل. ويسمح هذا الملخص بإعطاء حوصلة حول جميع المعلومات المتعلقة ببعد الشخصية.

6-3-16-المرحلة الإدماجيـة

يصل المحلل بعد صياغة عدة فرضيات انطلاقا من تحليل معطيات كل مجموعة، إلى وصف المبحوث. ويعتبر هذا الوصف كنتيجة لإدماج منطقي لمختلف الاقتراحات التي تمت صياغتها فلا يتعلق الأمر هنا فقط بتقديم الملاحظات واحدة تلوى الأخرى وإنما تقوم هذه المرحلة على التنظير الإكلينيكي والبعد النفسي للشخص.

وفي بعض الأحيان يمكن رفض الفرضيات التي تم صياغتها إنطلاقا من تحليل معطيات مجموعة ما، نتيجة لبعض النتائج التي تم الحصول عليها في تحليل مجموعات أخرى. لكن نادرا ما تحدث هذه الحالة لأنه في غالب الأحيان الاقتراحات التي يتم الحصول عليها انطلاقا من تحليل معطيات مجموعة ما تأتي لتغيير أو توضيح فرضيات أخرى. يعتمد العيادي في هذه الحالة الأخيرة إضافة إلى المعطيات الخاصة والملاحظات التي توصل إليها على استنتاجاته المنطقية الخاصة، ومعرفته للسلوك الإنساني ولعلم النفس المرضي، من أجل إدماج المعطيات الخاصة بوصف التوظيف النفسي للشخص وتسمح المرحلة التكاملية بلوغ هذا الوصف الذي يهدف إلى فهم الشخص.

ويتميز تحليل معطيات إختبار الرورشاخ حسب نموذج النظام المندمج، بخاصية أساسية تعتبر من المساهمات الهامة والمميزة لهذه الطريقة والمتمثلة في إمكانية فحص وتشخيص الاكتئاب والوسواس القهري وكذلك الخطر الانتحاري بفضل الكوكبة الانتحارية S-CON التي أدرجها Exner في نظامه منذ سنة 1997، ومن الناحية التطبيقية يجب فحص أولا هذه الكوكبة قبل الشروع في تحليل المعطيات الأخرى.

بعد التفصيل في إختبار الرورشاخ نظام مندمج، تتطرق الباحثة إلى توضيح المؤشرات التي تخدم هذه الدراسة والمتمثلة في:

7-مؤشرات الاكتئاب

7-1-الكوكبة المعدلة للإكتئاب DEPI-R

لقد إستنتج Exner ثلاثة أنواع من الناس المعرضون للاكتئاب أو الاضطراب العاطفي وهم أولئك الذين يعانون من عدم التوازن العاطفي، والأشخاص المتشائمون فكريا، والفئة الثالثة الذين يشعرون بأنهم غير قادرين على التعامل مع المجتمع. (Exner, 1995).

هذا ما أدى به إلى القيام بسلسلة من الدراسات حول الاكتئاب واكتشف أن النوعين الأولين (العاطفي والمعرفي) يتشبهان، بينما النوع الثالث يختلف تماما عنهما وهذا ما دفعه لتعديل تشخيص الاكتئاب في اختبار الرورشاخ نظام مندمج حيث يتطلب لتشخيص هذه الفئة الثالثة إضافة مؤشر آخر وهو مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI . (Exner, 1995).

7-1-1-مؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية: CDI

هم الأشخاص الذين يتحصلون على درجة 4 أو 5 من هذا المؤشر، يعانون من صعوبات في العلاقات الشخصية حيث تكون سيئة أو غير مرضية وصعوبة في التعامل مع المطالب الاجتماعية. (Exner, 1995).

حيث يؤدي سوء تكيفهم أو معاناتهم في كثير من الأحيان إلى الاكتئاب، على الرغم من أن أعراض الاكتئاب تكون ثانوية بالنسبة لصعوبة التكيف الاجتماعي، فهم ليس لديهم النضج الاجتماعي الذي يسمح لهم بالمواجهة والمراقبة والتحكم في ضغوط الحياة والتعامل معها، فهم يواجهون صعوبات كبيرة في العلاقات، وهذه الفئة تسمح بتحديد الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية (Exner, 2003)

وعلى هذا فوجود مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية معا، يشير إلى وجود علاقات سطحية وغير مرضية وهذا ما يوضح عندهم الاضطراب العاطفي ويعيشون نوبات اكتئابية وهذا يوضح أن سبب الاكتئاب يكون مرتبط بصورة كبيرة بالعلاقات الشخصية وحتى في العلاج لابد من التركيز على مشكلة عدم القدرة على التكيف الاجتماعي واعتبارها النقطة الأساسية في ظهور الاكتئاب وليس على هذا الأخير بحد ذاته. (Exner, 2003).

وهنا نلاحظ أن إختبار الرورشاخ لم يكشف فقط عن الاكتئاب بصورة سطحية وهذا ما يسمح بفهم أكثر للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب من جهة والأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية والتي نجدها عند الحالات الحدية بالأخص.

7-1-2-مؤشرات مستقلة أخرى

في الدراسات التي قام بها Champagne (2000) توصل إلى وجود مؤشرات مستقلة والتي من شأنها أن تحدد الفارق بين الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب فقط والأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية ويوضح هذا من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (19): *المؤشرات المستقلة للإكتئاب وعدم الكفاءة الإجتماعية.*

المؤشر	الوصف	التفسير
Score D	هي الإستجابات المفصلة والمعتادة.	الشعور بالضيق والتحمل العاطفي الزائد.

Scores-Y	هي الإستجابات التي تعتمد على التظليل والانتشار.	الشعور بالضيق الزائد في المواقف الصعبة.
Score T	الإستجابات التي تعتمد على الملمس	الحاجة إلى العاطفة والعلاقات الحميمة.
Indice d'égocentricité	الإستجابات التي تعتمد على التناظر (الزوج والانعكاس)	الإستثمار المفرط في الاهتمام بالنفس أو تدني في احترام الذات.
C'	الإستجابات التي تعتمد على الألوان اللالونية Achromatique	تثبيط التعبير العاطفي. إكتئاب.

(Champagne, 2000)

7-1-3-مؤشرات الاكتئاب DEPI في الرورشاخ (نظام مندمج)

جدول رقم(20): *مؤشرت* الاكتئاب *في الرورشاخ (نظام مندمج).*

المؤشر	الوصف	التفسير
1-(Sum V > 0) ou (FD > 2)	إستجابات العمق	تأثيرات سلبية ناتجة عن ضغوط ناتجة عن وضعيات تأنيب الضمير
2-(Blends Coul-Est > 0 ou (S > 2)	وجود اللون والتظليل والفراغات البيضاء في الاستجابات	ارتباك عاطفي التشاؤم وجود غضب لا شعوري
3-(EGO>.44 et (Fr + rF = 0) ou (EGO < .33)	إستجابات تعتمد على التناظر (الزوج والانعكاس)	الاستثمار المفرط في الاهتمام بالذات أو تدني احترام الذات.
4- (Afr < .46) ou (Blends < 4)	عدد الإجابات في اللوحات والمحددات المتعددة	تجنب وعزلة اجتماعية
5-(Sum Est> FM +m) ou (SumC' > 2)	وجود تأثير كبير لاستجابات العمق على حساب الحركات الحيوانية والغير المتحركة أو استعمال الألوان اللالونية (Achromatique)	الشعور بالضيق النفسي أو تأثيرات سلبية ناتجة عن التثبيط أو استدخال للمشاعر

7- (MOR> 2) ou (Indice d'intellectualisation> 3)	هي الاستجابات ذات المحتوى الذي يكون غير صالح ومتدهور أو استجابات ذات المحتوى المجردة سواء كان فني أو ثقافي أو تاريخي	نظرة متشائمة مع استعمال كبير للفكر لتوقيف المشاعر
8-(COP<2) ou (Indice d'isolement social > .24)	الاستجابات التي تحتوي على تفاعل وتعاون أو الاستجابات التي تحتوي على محتوى نباتي، سحب، جغرافي، مناظر، طبيعة.	الشخص غير قادر على توقع التفاعلات الإيجابية بين الناس أو يعيش انسحاب اجتماعي وعلاقات غير مرضية

(Exner, 2002)

7-1-4-مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)

جدول رقم (21): *مؤشرات عدم الكفاءة الاجتماعية في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)*

المؤشر	الوصف	التفسير
1-(EA < 6) ou (AdjD < 0)	إستجابات تحوي حركات إنسانية وعلى الألوان وحركات الأشياء والتظليل والإنتشار	إفتقاد للمنبع الداخلي أو عواطف زائدة.
2-(COP < 2) et (AG < 2)	حركات التعاون والعدوانية	يعتمد على العلاقات الشخصية التي تتميز بالعدوانية.
3-WSum C < 2.5) ou (Afr < 0.46)	التنقيط الخاص والمعامل المتحصل عليه حسب عدد الإجابات في اللوحات X-IV+VIII على عدد الإجابات في اللوحات المتبقية.	إحتمالية وجود إضطراب على مستوى التفكير أو تجنب التحفيز العاطفي والإجتماعي.

4-(Passive> Active + 1) ou (Pure H < 2)	الإستجابات التي تعتمد على الحركات النشطة والخاملة أو على المحتوى الإنساني الخالص.	السلبية على مستوى العلاقات الشخصية أو مؤشر على صعوبات علائقية تحتمل إمكانية الانسحاب.
5- (Sum T> 1) ou (Food> 0) ou (Indice d'isolement> 0.24)	تعتمد الإستجابة على الملمس أو محتوى الطعام، ويتم الحصول على المعامل وفقا لفئات المحتوى الخمس مقسوما على عدد الإستجابات.	الحرمان العاطفي والشعور بالفراغ أو إمكانية الإعتماد العاطفي. تصور التثبيط أو العزلة الإجتماعية

(Exner, 2002)

7-1-5-مؤشرات الوسواس القهري OBS في إختبار الرورشاخ (النظام المندمج)

جدول رقم(22): *مؤشرات الوسواس القهري في إختبار الرورشاخ* (النظام المندمج)

المؤشر	الوصف	التفسير
1- Dd>3	التفاصيل غير المعتادة من اللوحة وهي قطعة نادرا ما تستعمل	الميل إلى الدقة والكمال
2- Zf>12	نشاط التنظيم الإدراكي	الخوف من الفوضى
3- P>7	الإجابات الشائعة	القلق الناتج عن الفشل أو عدم النجاح
4- FQ+>1	النوعية الشكلية جد مفصلة	الميل إلى قلة الإبداع بسبب الإنشغال والحرص على دقة وإكتمال العمل

(Franco& Villemor, 2012)

7-1-6-مؤشرات الانتحار S-CON في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج)

يرى lane et Bishop, Martin, Costanza (2000) في مقالهم حول مؤشرات الانتحار في الرورشاخ أن استعمال هذا الاختبار مرتبط حتما بالنظرية السيكوديناميةة، تقوم بعض علامات الانتحار التي نجدها في الرورشاخ بتأويل بعض التفسيرات التي صاغتها هذه النظرية حول الانتحار.

وسيتم تقديم علامات الانتحار في الرورشاخ التي تدخل في هذا الإطار، ولتسهيل تقديم مؤشرات الانتحار في الرورشاخ، فضلت الباحثة إدراجها في الجدول التالي حسب الفئات التي وضعها الباحثون السابقون.

جدول رقم(23): *مؤشرات الانتحار في إختبار الرورشاخ (نظام مندمج).*

الفئة	المؤشرات
مؤشرات تقوم على المحتوى	-**المحتويات المعتلة (Contenus morbides):** أشار العديد من الباحثين مثل Hertz, Exner et Sakheim إلى أن الإسقاط لمحتويات معتلة تعتبر كمؤشر للخطر الانتحاري، ويرتبط المحتوى المعتل بمواضيع الموت، الانحلال والتعفن. ويرى Smith& Phillips أن المحتويات المعتلة المرتبطة بالموت تشير إلى الاكتئاب وعادة ترافقها إجابة لونية محضة (C pur) "كالدم"، "الجروح" في اللوحتين II و III. -**مؤشرات المحتوى لـ Costello (1958):** يرى أن هناك أربعة مؤشرات تساهم بشكل فعال في التمييز بين مجموعة من مفحوصين انتحاريين ومجموعة من مفحوصين غير انتحاريين: حيوان طائر في اللوحة V، إجابة إنسانية في اللوحة V، إجابة جغرافية في اللوحة VII، ورأس حيوان (أيل، تيس جبلي، ظبي) في اللوحة IX. ولقد بين من قبل كل من Smith&Phillips (1953) إمكانية إستعمال الإجابة الجغرافية (سواء في الموقع W أو D) كمؤشر لخطر انتحاري، أما المؤشرات الثلاثة الباقية فلم تثبت صحتها في دراسات مستقبلية. -**مؤشر Sapolsky (1963):** افترض أن الإجابة المرتبطة بالمنطقة D6 للوحة VII (نفس D6 في نظام Exner)، التي عادة ما تشاهد كمنطقة مهبلية في لوحة تسمى

باللوحة الأمومة يمكن أن تمثل رغبة لا شعورية للعودة إلى بطن الأم وبالتالي يمكن لهذه الإجابة تمييز مفحوصين انتحاريين مقارنة بمجموعة ضابطة، إلا أن الباحثين الذين حاولوا فحص هذه الفرضية لم يتوصلوا إلى نتائج إيجابية (Eyman & Eyman,1991). ودعت Arffa (1982) إلى التخلي عن هذا المؤشر في الدراسات المستقبلية.

-مؤشر Linder: وصف Linder في أعماله خلال سنوات 1947 و1950 اللوحة IV باللوحة "الانتحارية"، حيث افترض أن الأجوبة في هذه اللوحة التي تحتوي على إسقاطات كـ"أسنان متعفنة" ، " جذع شجرة متعفن" تترجم إكتئاب شديد وتشير بصفة غير مباشرة إلى ميول انتحاري ولقد فحص Farberow& Cutter, Jorgensen (1968) هذه الفرضية ليبينوا ضعف استعمالها، في حين بين Sakheim(1955) أن الصدمة أمام اللوحة IV (رفض اللوحة، الجمود، ارتفاع زمن الإجابة) تميز بين المفحوصين السيكاتريين غير الانتحاريين, ودعت Hertz(1948) إلى الحذر في استعمال مؤشر Linder ، لأن مؤشر واحد لا يكفي لتشخيص الخطر الانتحاري، كما أشارت إلى أن المحتويات المعتلة في اللوحة IV هي مؤشر هام جدا للإكتئاب، لكن ليس بالضرورة لوجود ميول انتحاري لأن الأشخاص المكتئبين ليسوا بالضرورة كلهم انتحاريين.

-ملاكان يحملان شخص في الوسط إلى أعلى Heaven (اللوحة I): لا يوجد أي دراسة بينت صحة هذا المؤشر كعلامة لخطر الانتحار، من البديهي أن هذه الإجابة تحتوي على تصورات الموت، الخمول والرغبة في الهروب إلى مكان أفضل، ويمكن إعتبارها من الناحية الإكلينيكية كمؤشر لوجود أفكار إنتحارية.

-تركيبات Hertz

-الكوكبة الانتحارية (S_CON) لـ Exner

مؤشرات متعددة/ تركيبات

-قائمة Martin: اقترح هذا الباحث في إطار رسالته لنيل الدكتورة (عمل لم ينشر) 17 مؤشر Lester & perdue (1974) التي تميز حسبه بين المفحوصين المنتحرين وغير المنتحرين. وبين Weiner في دراسة قام بها عام 1961 أن علامتين من علامات Martin (العلامة 6) (الإجابات CF et Ce التي تظهر كإجابات أولية في

اللوحات X, IX,VIII)، والعلامة 16 (P< 3)(F%<60) تميز بشكل جدي بين الأفراد الانتحاريين والأفراد غير الانتحاريين، كما بين فعالية العلامة 3 (CF>1 ou 2) والعلامة 7 (ظهور الإجابة C و/أو CF في بروتوكول لكن Sum Shading Y et (Sum Texture_T=0) وبينت أربع دراسات أخرى أن العلامات 6 لـMartin تدل على خطر المرور إلى الفعل الانتحاري. ولقد بين Sakheim & Daston أن العلامات الثلاث: 6،10 (Sum Shading Y et sum Texture_T>1)، و17 (ارتفاع زمن الكمون الأولي عن 27 ثانية في اللوحة I) تميز بطريقة ناجحة بين مجموعة من أفراد منتحرين ومجموعة ضابطة من أفراد غير إنتحاريين وباستعمال عتبة 7 أو أكثر من المتغيرات، نجحوا في تصنيف 92% من المجموعة الضابطة 62% من مجموعة أفراد منتحرين. (Bishop et al, 2000). لكن بين Perdue & Lester(1974) في دراستهم أن قائمة Martin لا تشير فقط إلى السلوك الانتحاري وإنما أيضا إلى ميول نحو الاندفاعية والاعتداء على الغير، ذلك لأنهم لم يلاحظوا فرقا بين مجموعات بحثهم أي بين المجموعة الانتحارية ومجموعة القتلى المسجونين.

-تركيبات Beck (1945): افترض أن " في حالة تعرض شخص ذو ذكاء مرتفع إلى صراع داخلي فإنه يعمل على حله من خلال إسقاطه تحت شكل بنية عصابية وفي حالة قمعه لتجاربه الشخصية العميقة، فهذا يشكل دائما قاعدة مرتبطة بتهديدات انتحارية". (Bishop et al, 2000, p297). وبالتركيز على هذه الفرضية اقترح Fleischer عام 1958 وSakheim عام 1955 خمسة مؤشرات انتحارية تترجم حسبهم فرضية Beck: قلق قمعي، البنية العصابية، صراع داخلي شديد، الاجترار والصدمة التضليلية أمام اللوحة IV بالرغم أن هذه المؤشرات تقوم على معايير ذاتية فإن Fleischer يؤكد أن تواجد مؤشر أو عدة مؤشرات من المؤشرات الخمسة لـBeck يساهم بشكل فعال في التمييز بين المنتحرين، محاولي الانتحار والذين يهددون بالانتحار ومجموعة ضابطة.

-مؤشرات Piotrowski (1957): افترض أن ارتفاع عدد الأجوبة التضليلية وانخفاض نسبة F%، ارتفاع عدد الأجوبة C et W يشير إلى ميول انتحاري ولقد فحص

Sakheim& Fleischer هذه المؤشرات أو أكثر لا يسمح بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية

مؤشرات منعزلة

-تشير Hertz(1948) إلى أن الأشخاص الانتحارية يقدمون أقل عدد الأجوبة اللونية مقارنة بالأشخاص غير الانتحاريين حيث فسرت ذلك باتجاه الأشخاص الانتحاريين إلى قمع تعبيرهم الانفعالي تجاه المحيط، لكن لم يجد Fisher (1951) فرقا بين مجموعة من المفحوصين الانتحاريين يعانون من اضطراب الفصام البارانوي ومجموعة من المفحوصين غير الانتحاريين يعانون من نفس الاضطراب فيما يخص نسبة الأجوبة اللونية. (Eyman & Eyman ,1991).

-الأجوبة اللونية -التظليلية لـ Holzman&Appelbaum.

-الأجوبة الشفافة لـ Blatt& Roth.

-درس Kendra(1979) بروتوكولات الرورشاخ حسب طريقة Piotrowski وتوصل إلى تحديد ستة متغيرات (W: M, H% , F%, C, Fc', FM) التي تسمح بالتمييز بين مجموعة المحاولة الانتحارية، مجموعة الانتحار الكلي والمجموعة السيكاترية الضابطة.

-**الصدمة اللونية والتضليلية:** افترض Rabin (1946) أن الظهور المشترك للصدمة اللونية والصدمة التضليلية في بروتكول الرورشاخ يشير إلى خطر انتحاري، إلى جانب علامات أخرى: رفض لوحة ما، الكف، ارتفاع الزمن الرجعي، النوعية الشكلية، وقد أشار كل من Crasilneck (1954)، Hertz (1984)، Pratt (1951) إلى وجود عدة صدمات لونية وتضليلية في بروتوكولات المفحوصين الانتحاريين.

-**الإجابة W في اللوحة X:** إن الأجوبة W في اللوحة X غير منتظرة خاصة عندما يستثمر الشخص تفاصيل اللوحة ويحاول تنظيمها في إجابة شاملة، غالبا ما نجد هذه الميزة عند الأفراد المكتئبين نظرا لرغبتهم في إعطاء معنى لسلسلة من الأحداث المشوشة في نظرهم، ويميل هذا النوع من الأفراد إلى النظر " إلى ما وراء الأشياء"، وإلى أبرز اهتمام بكل شيئ وحتى بالتفاصيل التافهة ولنفس هذه الأسباب يجب

افتراض الاجترار الانتحاري والاكتئاب عند هؤلاء الأفراد، كلما قدموا عددا مرتفعا عن المعدل من الأجوبة w. (Bishop et al, 2000).

مؤشرات عامة

-**أسلوب التحكم :** لقد بين العديد من الباحثين Henderson (1972) ، Lester (1989) Lester &Sidrow (1988) أن الأشخاص الذين لديهم أسلوب تحكم موجه نحو الخارج يواجهون الخطر الانتحاري بنسبة مرتفعة، مقارنة بالأشخاص الذين لديهم أسلوب تحكم موجه نحو الداخل. فالأشخاص الذين ينتظرون الرأفة من المحيط ويشعرون أنهم غير قادرين على تغيير الأشياء معرضون أكثر للخطر الانتحاري، مقارنة بالأشخاص الذين لديهم الثقة في نفسهم وفي قدرتهم على تغيير الأشياء.

يترجم أسلوب التحكم الداخلي في الرورشاخ بوجود حركات نشطة (a) في حين يتميز أسلوب التحكم الخارجي بحركات خاملة (p)، بأجوبة m التي تشير إلى قلق وضغط الناتجين عن الشعور بعدم القدرة على مواجهة المواقف الخارجية، ويشعر الشخص كأنه ضحية لهذه المواقف. هذا ما يشار إليه بدرجة D(EA-es) والأجوبة التضليلية الانتشارية (Y) لـExner أي حدود في القدرات الشخصية على مواجهة والتعامل مع المثيرات الخارجية والداخلية.

-**أسلوب الشخصية:** لقد توصلت الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين أسلوب الشخصية والهشاشة الانتحارية Plutchik (1994)،Reznikoff، Greenwald (1987) Million، Chabert&Boissiére (2014) إلى أن نسبة الخطر الانتحاري مرتفعة لدى الشخصيات الحدية والشبه الفصامية (Schizoides). غالبا ما نلتقي في بروتوكولات المرضى الحديين أجوبة نكوصية (التي تترجم ضعف التحكم الداخلي وضعف الأنا)، أجوبة اندفاعية (الأجوبة الشكلية)، الصعوبة في التحكم في الغضب (الأجوبة اللونية)، أجوبة ذات محتويات "فمية" أما الشخصية الشبه الفصامية فهي تتميز بالانعزال الاجتماعي وبسلوكات موجهة نحو الذات، تحتوي بروتوكولات هذا النوع من الشخصيات على عدد قليل، أو خالية تماما، من الأجوبة الانفعالية، محتويات وأجوبة حركية إنسانية قليلة. (Bishop et al, 2000) .

-**الميكانيزمات الدفاعية (النكوص والاستدخال):** بين العديد من الباحثين Brown, Borst, Noam, (1992) ، (1989) Van praag& Korn, Sevy, Plutchik, Apter)

Recklitis أن النكوص والاستدخال هي ميكانيزمات دفاعية تميز بين المفحوصين الانتحاريين والمفحوصين غير الانتحاريين. حسب Apeter يعتبر النكوص من المكونات الأساسية لعدة تصرفات بدائية من بينها الانتحار، ويشجع هذا الميكانيزم ظهور الشحنات العدوانية والاندفاعية وتوجيهها نحو الداخل.

يجب اعتبار الأجوبة النكوصية (ارتفاع المحتويات الحيوانية)، الأجوبة العدوانية والعنيفة، وبعض التعبيرات في الرورشاخ كمؤشر لضعف التحكم الداخلي الضروري لتحكم بالاندفاعات العنيفة (الانتحار). وكما يتميز الأفراد الانتحاريون (محاولي الانتحار وأفراد لديهم تفكير انتحاري) بميكانيزمات دفاعية قائمة على الاستدخال (Introjection)، عكس الأفراد غير الانتحاريين الذين يستعملون ميكانيزمات من نوع آخر كالاسقاط والتكوين الضدي، يظهر ميكانيزم الاستدخال في الرورشاخ من خلال الأجوبة (+w) أين يحاول الشخص وصف الموضوع خارج عن حدود معارفه الشخصية وخارج المكونات البنيوية للبقعة. (Bishop et al, 2000).

لقد قامت الباحثة بإدراج جميع معطيات بروتوكولات الرورشاخ في برنامج CHESSSS بما في ذلك المحتوى الخطابي وتنقيط الأجوبة، مما ساعد الحصول على معطيات الملخص الشكلي وجدول المؤشرات الخاصة بكل بروتوكول، وكذا الحصول على قاعدة المعطيات التي تضم جميع معطيات البروتوكولات(15). والمعطيات الخاصة بالصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات.

8-إجراءات التطبيق في الدراسة الحالية

قبل التطرق إلى الإجراءات التطبيقية في هذا البحث وجب الإشارة إلى أن الظروف التي تمت فيها هذه الدراسة ظروف صعبة، تزامنت مع جائحة كرونا في العالم بأكمله وما ترتب عنها من إجراءات الحجر الصحي للوقاية من انتشار الفيروس وعليه فجل المؤسسات الاستشفائية في الطب العقلي كان من الصعب الوصول إليها، ومن هذا توصلت الباحثة إلى حل يُمكن هذا البحث من السير بالطريقة الموضوعية والمنهجية المطلوب توفرها في أي بحث علمي ناجع. لهذا لجأت الباحثة إلى طريقة أخرى للحصول على مجموعة البحث والتي يتم توضيحها فيما يلي:

أولا: اللجوء إلى التعاون مع المختصة في الطب العقلي في كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوراية سرفانتس وبشير لعجوزي بالجزائر.

من خلال الحالات التي تأتي إلى هتين المؤسستين بهدف الفحص والمتابعة عند المختصة في الطب العقلي، تم اختيار مجموعة هذا البحث والتي تمثلت في الحالات التي تم تشخيصها من طرف المختصة على أنها تعاني من اكتئاب، وسواس قهري، والحالات التي قامت بمحاولة انتحار على الأقل مرة واحدة.

تم اختيار الحالات (15) بصورة عمدية وقصدية، وهذا لتوفر شروط البحث (وجود المؤشرات المطلوبة) فيها دون غيرها من الحالات الأخرى للقيام بالبحث.

- قامت الباحثة بتسليم استمارة الموافقة (الملحق رقم**01**) للمشاركة في هذا البحث للمبحوث مع توضيح الهدف من هذا البحث، والتأكيد على السرية التامة للمعلومات الخاصة بالمبحوث.
- بعد الحصول على الموافقة من المبحوثين على المشاركة في هذا البحث بالارادة الشخصية والتأكد من إلتزامهم بالمجئ، كلما طلب منهم ذلك وهذا طبعا بعد أخذ كل المعلومات التي تُمكن الباحثة من التواصل معاهم.
- تم تطبيق المقابلة نصف موجهة (الملحق رقم**02**) بهدف جمع المعلومات والتعرف أكثر على المبحوث من أجل التشخيص من خلال المحاور التي تم التطرق إليها سابقا، وقد تم بناء المقابلة ومحاورها بالاعتماد على الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع والخامس (DSM IV - V) ويعود السبب في الاعتماد على الدليلين هو اختلاف كل واحد منها على الآخر وكمثال توضيحي (فيما يخص اضطراب الوسواس القهري في الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الرابع يوضح الفرق بين اضطراب الوسواس القهري والشخصية الوسواسية، لكن الدليل الخامس لا يوضح هذا الفرق بينها) .
- نظرا لاختلاف الحالات تم تقسيمها إلى مجموعات ضمت ثلاث فئات لكل فئة رمز بأخذ الحرف الأول من تسمية الاضطراب، فالاكتئاب بالرمز(D)، اضطراب الوسواس القهري بالرمز(O) وفئة محاولة الانتحار بالرمز (S)، وهذا كي تكون شكليا ومنهجيا أكثر تنظيما.
- تطبيق مقياس أنماط التعلق في حصة وهذا كي يكون المتسع من الوقت حرصا من الباحثة على فهم المبحوث للأسئلة والاجابة عنها بما يتناسب مع حالته.

- تطبيق اختبار الرورشاخ (نظام مندمج) مع الالتزام بشروط تطبيقه (المذكورة سابقا) وتحضير الوسائل اللازمة أثناء اجراء الاختبار، وهذا بإستعمال كراسة الفحص (Cahier d'examen) (الملحق رقم**05**) الذي تم اعداده من طرف مخبر علم النفس العيادي والقياسي في اطار مشروع بحث حول دراسة معيارية فرنسية–جزائرية لإختبار الرورشاخ في النظام المندمج، حيث تضم الصفحة الأولى للكراس معلومات مفيدة للباحث (كإسم وسن وجنس المبحوث) والتي يتم ملؤها من طرف الباحث، أما الصفحات العشرة المتبقية فقد تم تخصيصها للوحات العشرة المكونة للاختبار إذ تحتوي كل صفحة على عمود مخصص للخطاب التلقائي (الأجوبة) وعمود مخصص للتحقيق، يوجد فيه أيضا نسخة فوتوغرافية للوحة وهذا بغرض تحديد موقع كل إجابة.
- في الحالات التي وجد فيها مؤشر الانتحار مرتفع قامت الباحثة بالاجراء اللازم والمستعجل لحماية المبحوثة من أي خطر قد يحدث لها وهذا بإخبار المختصة في الطب العقلي.
- تم تنقيط البروتوكولات الخاصة بإختبار الرورشاخ في النظام المندمج على الدليل المتمثل في: Manuel de cotation du rorschach pour le système intégré
- تم تحليل البروتوكولات الخاصة بإختبار الرورشاخ في النظام المندمج على الدليل المتمثل في:Manuel d'interprétation du rorschach en système intégré (2003) -John Exner
- جمع كل المعلومات والمعطيات المتحصل عليها من المقابلة نصف الموجهة، مقياس أنماط التعلق، واختبار الرورشاخ في النظام المندمج من أجل تحليل هذه المعطيات للوصول إلى النتائج.

الفصل الرابع

عرض وتحليل الحالات

تمهيد

في هذا الفصل يتم عرض وتحليل للحالات التي تمت دراستها في هذا البحث، من خلال المقابلة ومقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ في النظام المندمج.

1-عرض وتحليل الحالات

يتم عرض وتحليل النتائج وهذا من خلال تقديم الحالات (15)، مع التفصيل في حالة من كل مجموعة (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار).

1-1-عرض حالات المجموعة الاكتئابية

فيما يلي يتم عرض وتحليل نتائج المقابلة ومقياس (أنماط التعلق) وإختبار (الرورشاخ في النظام المندمج) المطبقة على كل حالات المجموعة الاكتئابية والتي يرمز لها بالرمز **(D).**

1-1-1-تقديم المبحوثة الأولى أميرة (D1)

تبلغ أميرة من العمر ستة وثلاثون سنة متزوجة وأم لطفل وطفلة، لديها تخصص شبه طبي وهي الآن عاملة في حفظ الصحة، تحتل المرتبة الثانية (توأم) بين أخواتها خمسة بنات، الأم على قيد الحياة أما الأب فقد توفي في عام 2020 بعد اصابته بالكوفيد، تم توجيهها إلينا من طرف المختصة في الطب العقلي، على أنها تعاني من حالة اكتئاب حيث كان واضحا عليها من أول لقاء. بدت متعبة كئيبة ومتوترة غير معتنية بشكلها وتفاعلها كان نوعا ما صعب بسبب الصمت لفترات طويلة وكثرة التنهدات.

1-1-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند أميرة فقد أبانت محاورها.

❖ **محور الصحة الجسمية**

لا تعاني المبحوثة من أي مرض عضوي، ماعدا أعراض تمثلت في آلام العينين والرأس والمعدة بصورة مزمنة "*راسي يوجعني بزاف وعينيا*"، "*وكي نتقلق المعدة دير فيا حالة بالسطر*"، مع

فقدان الشهية وعدم وجود المتعة في الأكل. " *منشتهاش الماكلة نحب نأكل بصح ماعلابالیش واش راني حابة نأكل*"، " نأكل *وخلاص*".

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

المبحوثة تعاني الخوف من المجهول ومن الفقدان (موت أطفالها، أو الأشخاص المقربين)، الانفعال الشديد والقلق والتوتر، تكيفها مع الواقع نسبي. تم تشخيص الاكتئاب عندها من طرف المختصة في الطب العقلي منذ خمس سنوات وكانت حالتها مستقرة، لكن تأزمت الحالة أكثر منذ وفاة الأب الحقيقي بالكوفيد 2020.

عبرت عن الجانب الجنسي بعدم الرغبة في العلاقة الجنسية وإيجاد صعوبة كبيرة في هذه العلاقة مع الزوج، خاصة من ناحية الرفض المتكرر والذي سبَبُهُ عدم الإحساس باللذة، تفضل العلاقة في الظلام بسبب الانزعاج من جسمها.

تعرضت إلى تحرش جنسي في سبع سنوات من طرف بنت، وفي عمر تسع سنوات حاول شخص التحرش بها في المسجد وكانت بالنسبة لها صدمة كبيرة "*ما عدتش ندير ثقة في تاع المساجد، جميع واحد يهدر بربي بزاف نشك فيه*"، وفي عمر ثلاثة عشرة سنة تعرضت إلى تحرش جنسي من طرف أولاد الخال، "*بعد ما مات بابا لي رباني ورجعت لدارنا بما خلاتني مع أولاد خالي في زوج تحرشوا بيا وهددوني في زوج وزعما لي هي بما كانت عند الجارة وما خمتش فيا*".

عانت المبحوثة من صدمات وأحداث مفاجأة منها حادثة الزلزال، غرق في البحر "*في أربعطاش سنة قريب مت في البحر غرقت*"، حادثة سيارة "*كنت مع بابا وكانت الشتا وتقلبت بينا الطموبيل أنا ما صرالي والوا وهو تقاس من رقبتوا*"، وفاة الجدة وعمرها ستة سنوات، وبعدها توفي الجد وتركها وعمرها ثلاثة عشرة سنة (اللذان قاما برعايتها)، وآخر صدمة وفاة الأب الحقيقي في 2020 بالكوفيد.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

عند ولادة المبحوثة أميرة قام الوالدين بإعطائها للجد والجدة، حيث توفيت الجدة وتركتها في عمر ستة سنوات، أما الجد فتوفي وعمرها ثلاثة عشرة سنة، لتعود مرة أخرى للوالدين الحقيقيين وفي عام 2020 توفي الأب بكوفيد، أما الأم فلازالت على قيد الحياة تعاني المبحوثة من صراع كبير مع الأم "*نحسها ما تحبنيش كون جات تحبني كون هي لي رباتني ما شي مدتني*"، "*بما تفرق بيني وبين خاوتي تعاملني كلي ماشي بنتها*".

"*تكرهني نشك بلي ما نيش بنتها ما كانش عاطفة*"، "*دير حاجات ما تبانش أم*"، "*كون تموت نورمال كون ماتت هي ومماتش بابا*". توجد علاقة شفقة اتجاه الأم "*تغيضني برك*". "*في أربعطاش سنة نقول يما أنا دفنتها*".

تعرضت الجدة التي قامت برعايتها إلى شلل دام لمدة عامين وعمر المبحوثة ثلاثة سنوات. "يما *نحبها لأنها هي لي رباتني خير من يما لي فرطت فيا*".

علاقتها مع الجد تميزت بالحب والافتخار "*بابا لي رباني نحبو بزاف، كان شباب وكانت عندو هيبة كبيرة*".

أما العلاقة مع الأب الحقيقي في الطفولة كانت سيئة للغاية "*بابا كان ما علابلوش بيا وكي بدا يتقرب مني في كبري توفى ما عنديش الزهر الله غالب*". كان أكثر ما يميز علاقتها مع الوالدين الحقيقيين العتاب واللوم لتركها عند الجدة والجد "*دايمن نقعد مع روحي نقول علاه أنا من دوم خاوتي مدوني علاه*"، "*ساعات نقول بلاك أنا ما شي بنتهم تاع الصح على هاذي قدرو يسمحوا فيا*".

علاقتها بإخوتها مضطربة نتيجة التباعد الذي كان بينهم، ونتيجة تفضيل الأم لهم عليها. "*خاوتي ما نرتاحش معاهم لاني ما تربيتش معاهم، ويما تفضلهم هوما وأولادهم عليا وعلى أولادي*"، "*يتعاملوا معايا كلي وحدة غريبة عليهم*".

علاقتها مع الزوج مضطربة بسبب الصراعات حول الجانب الجنسي وكزوج لا يعجبها " راجلي طيب بصح ما يعجبنيش"، "*كون غير جا شباب كيما بابا لي رباني*"، " *هو ولد فاميليا كي نحكي معاه نرتاح مي ما يعجبنيش كزوج*"، " *تعرفت عليه في التلفون من صوتوا كان يجيني رجلة وهذا الحاجة جبذتني ليه*"، "*نهار شفتو تشوكيت ماشي كيما كنت نتخيل*"، "*زوجت بيه لأنو غاضني ما قدرتش نقولو بلي ماعجبتنيش*"، "*ما كانش عندي اختيار كنت حابة غير نخرج من دارنا لأني عمري حسيت روحي فيها مرتاحة*".

تميزت علاقتها مع أطفالها بالخوف الشديد، تفضل الابن على البنت." *دايمن ساكني الخوف على أولادي، غير يخرجوا شويا نتقلق*"، "*تعرفي نحب وليدي خير من الطفلة وهذا الحاجة مقلقتني، بصح الطفلة تزغد بزاف ما شي كيما الطفل عاقل*".

علاقتها مع الناس تفتقر إلى الشعور بالقيمة، "*الناس ما يقيمونيش*"،"*الناس يفهموني بالغالط*"،" *كل حاجة نديرها يفسروها معوجة*"،" *ماعنديش الزهر مع الناس*". ما يوضح مشكلتها في التكيف مع الآخرين ربما لقلة الذكاء الاجتماعي أو مشكلة في التواصل.

العلاقة سيئة مع الجسم " *جسمي ما يعجبنيش*". لا تشعر بأي دعم أو سند اجتماعي.

" *حاسة روحي وحدي*"،" *ماعنديش الزهر مع عايلتي ولا مع الناس*"،" *راجلي وولادي غابنتهم معايا* " *مافهمت المشكل فيا ولا فيهم*"،" *أنا وقيلا حالة ميؤوس منها*"،"*حياتي بدات معوجة وكملت معوجة*".

❖ **محور الاكتئاب**

تعاني المبحوثة من الشعور الدائم بالحزن والملل وتقلب المزاج، " *تغيضني عمري ما نحسش كامل بهذا الحياة*"،" *ما نيش حاسة روحي عايشة*"، " *نخدم وعندي دار وأولاد وراجل* mais *ما نيش حاسة بالمتعة تاع حتى حاجة*"، " *لي يشوفني يقول لا باس عليا والصح ما كان والو*" .

انخفاض ملاحظ في الاهتمام أو المتعة في القيام بالأنشطة طوال اليوم وعلى مدى كل الأيام تقريبا " *نروح للخدمة نكره نحب نرجع للدار وكي نرجع نكره*"، " *نحب نروح لدارنا وننندم*"، "*حاجة ما هي تفرح فيا*". والاحساس الدائم بالارهاق والتعب مع الإحساس المفرط بعدم القيمة والإحساس بالذنب، "*عندي شك في قدراتي مهما ندير نحس بلي أي حاجة نديرها ما شي في المستوى*"، "*عندي تأنيب كبير خاصة من جيهة راجلي هو مسكين ما يديرلي حتى حاجة ما شي مليحة وأنا ما نحبوش*" *ولادي نعيط عليهم على أتفه حاجة*"، " *نقولهم روحوا أخرجوا باش نقعد وحدي وكي يخرجوا نخاف تصرالهم حاجة*".

صعوبة كبيرة على مستوى اتخاذ القرارات " *نروح نشوف هذا وهذا باش نقرر ومن بعد ما نقدرش نهز حتى قرار في حياتي*". صعوبة في التركيز " *دايمن مخي يخدم لدرجة ما نقدرش نركز في واش راهو قدامي*". أفكارها متكررة عن الموت "*كنت نعيش كأني ولد وفكرت في الانتحار بصح الإيمان تاعي بربي هو لي منعني*". يغلب عليها الشعور الدائم بالتعب والإرهاق"*نرقد نرقد وكي نوض كلي ما رقدتش*"، " *ساعات ما ندير والو ونحس بالتعب*"، "*جاوك حالات كيما أنا ماظنيتش*". أما الأحلام فتحلم دائما بالأفعى، الإرهاب، شخص يريد قتلها، " *حتى في منامي وما نيش هانية*"، " *موتي خير من حياتي*".

فيما يخص تفاعل المبحوثة أثناء المقابلة: صعوبة في الحديث، حيث كانت تنتظر طرح الأسئلة للإجابة عليها، ولكنها بعد مدة من الزمن تفاعلت بشكل إيجابي، والذي ساعد على جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول معاشها النفسي، وكإشارة الحديث عن الجانب الجنسي تميز بالخجل والتحفظ وصعوبة في الإفصاح عن الحياة الجنسية ولكن استطاعت الباحثة تخطي هذه العرقلة من خلال تشجيعها على الكلام، وفي حديثها عن الأم كانت علامات التحصر واللوم والعتاب واضحة بصورة كبيرة من خلال ايماءات الوجه، أما الحديث عن الجد المتوفي فكانت مشاعر الحزن تبدو بصورة واضحة والتي عبرت عنها بالبكاء الكثير، وعموما تجاوبت المبحوثة بشكل جيد أثناء هذه المقابلة.

1-1-1-2-تحليل محتوى المقابلة

تعبر المبحوثة عن قلقها وصراعها في الحياة بأعراض سيكوسوماتية، تمثلت في آلام مزمنة وحادة على مستوى الرأس، العينين والمعدة. يشير Marcelli (2006) إلى أن "الصدمات أثناء الطفولة ترتبط بمستوى عال من التجسيد Somatisationعند الراشد".(p.405)

الجانب النفسي العقلي يغلب عليه الخوف من المجهول، الفقدان والانفعال الشديد والقلق والتوتر والصراع مع الآخرين، معاناتها مع الاكتئاب بدأت منذ خمس سنوات وتأزمت أكثر عند وفاة الأب الحقيقي بالكوفيد 2020، الجانب الجنسي يفتقر للنشاط والشعور باللذة وهذا يمكن ارجاعه إلى التحرشات الجنسية المتكررة ومشكلة الهوية الجنسية والتقمص والعلاقة السيئة مع الجسم.

على مستوى العلاقات هذه المبحوثة تعاني الكثير من الصراعات، انطلاقا من موضوع الحب الأول المتمثل في صورة التعلق (الأم) المرفوضة والغير مقبولة، حيث تميزت بعدم الحب والإهمال والتخلي والترك وعدم الفهم واللامبالاة والتفرقة بينها وبين اخوتها، أما صورة الأم التي قامت برعايتها(أي الجدة)، فهذه الأخيرة لم تقدم لها الرعاية الكافية واللازمة، بسبب مرضها الذي جعلها لا تتحرك نتيجة الإصابة بالشلل وأميرة لم تتجاوز ثلاث سنوات من عمرها وهي مرحلة حساسة يحتاج فيها الطفل للرعاية والتواصل الجسدي عن طريق اللمس والتواصل اللغوي حتى يكتسب قدرات اتصال فعالة فيما بعد، ليقوم الجد (الذي أخذ دور الأم) بالاعتناء بها في هذه السن المبكرة والمهمة في عملية التقمص، وكان لهذا الأمر انعكاس على شخصيتها الحالية، حيث يغلب عليها الطابع الذكوري أكثر من الأنثوي وحتى في مشاعرها وربما هذا أيضا يعود بالتأثير على علاقتها الزوجية التي تميزت

بالبرود الجنسي ورفض العلاقة الجنسية تماما وهناك تفاصيل في هذا الجانب الذي يوضح بقوة مشكلة أميرة على المستوى الجلدي في تعبيرها "وين يقسني ما نحملش وحتى واحد ما نحب يقسني في لحمي".

أما العلاقة مع الأب الحقيقي فهي الأخرى تفتقر للحب والاهتمام والفترة التي بدأت هذه العلاقة بالتحسن كانت الصدمة كبيرة وهي وفاته بكوفيد، هذه الحادثة أعادت احياء الحدث الصدمي القديم والذي تمثل في وفاة الجد(وعمرها ثلاثة عشرة سنة) الذي قام برعايتها وهي صغيرة والذي كان يمثل صورة التعلق بالنسبة لأميرة وهذا يعتبر أكبر حدث أثر عليها في حياتها، فهي كانت تفتخر به على حد تعبيرها ترى فيه صورة الشخصية التي لا مثيل لها الجمال الجسدي والهيبة التي كان يتمتع بها، فحدث وفاة الأب واحياء الصدمة القديمة (وفاة الجد) هو الذي فجر النوبة الاكتئابية بشدة.

وعليه فهذه المبحوثة تفتقد إلى علاقة مستقرة، فالانفصال المبكر عن الأم جعل هذه الأخيرة مرفوضة تماما من طرفها، والعلاقة مع الجدة التي عجزت عن القيام بدورها كأم بسبب مرضها لتتوفى وعمر أميرة ستة سنوات وهي السن الموافقة للدخول المدرسي وتعتبر هذه المرحلة مهمة، حيث يتطور فيها الجانب الاجتماعي أكثر من خلال الاحتكاك بالآخرين، كما أن العاطفة اتجاه هذه الجدة تفتقر لكل مشاعر التعبير عن الحب وتعطي صورة للأم العاجزة التي لا تستطيع تقديم أي شيء من احتياجات أميرة وهي تعبر قائلة "يما لي رباتني نحبها لأنها هي رباتني ماشي كيما يما خلاتني) وهذا يبين بقوة أن المشاعر التي تربطها بها هي مشاعر تعبير عن الشكر والامتنان فقط وليس الحب.

أما في علاقتها مع الاخوة فبحكم أنها لم تنشأ معهم في نفس المكان وبحكم أنها الوحيدة التي وقع عليها الاختيار وتم التنازل عليها لتعيش عند الجد والجدة والمعاملة من طرف الأم التي تصفها أميرة بالمعاملة المختلفة (تفضل اخوتها عليها) وغير العادلة كل هذا أثر سلبا وبقوة في علاقتها مع اخوتها لدرجة احساسها بأنهم لا يعنون لها أي شيء.

كل هذه العلاقات الأولية المضطربة في حياة أميرة أدت إلى برنامج خاص على مستوى الجانب العلائقي في الرشد، فعلاقتها مع الزوج تخلو من الحب والعاطفة والانجذاب الجنسي، لأن صورته لا تنطبق مع صورة الجد الذي قام برعايتها والتي عبرت عنها بكل وضوح "كون غير جا راجلي كيما بابا لي رباني شباب"، والأمر المهم أن أميرة لا تملك صورة عن العلاقة الزوجية الجنسية، ففي المحيط الذي عاشت فيه العلاقة بين الجد والجدة كانت منعدمة، بحكم أن هذه الأخيرة كانت تعاني من شلل ولا تستطيع الحركة فعلاقتهما (الجد والجدة) اتسمت فقط بالرعاية من طرف الزوج

(الجد). ولهذا فهي لا تجد مشكلة مع زوجها في العلاقة العامة من خلال الحديث أو التعامل معه، لكن المشكلة كلها تكمن في الجانب العلائقي الجنسي. أمام كل هذا تفشل أميرة كي تكون أم في علاقتها مع أطفالها التي اتسمت بمشاعر الخوف والقلق دون الحب أو حتى تقديم الرعاية الأمومية لأطفلها فالأب هو من يشرف على كل هذا (باباهم هو لي قايم بيهم). وهذا أكبر برهان عن البرنامج القديم في حياة المبحوثة، فالجد كان هو من يعتني بها والأم عاجزة عن تقديم الدعم ونفس الأمر بالنسبة لأطفلها الأب هو من يعتني بهم وهي عاجزة عن تقديم الرعاية، لأن التمثيل الذهني لصورة الأم مترجم بالعجز وعدم القدرة لصورة الأم المربية (الجدة) وبالاهمال وعدم الحب والترك بالنسبة لصورة (الأم الحقيقية).

ليمتد هذا البرنامج إلى العلاقات مع الآخرين حيث تشكو أميرة من عدم فهم الآخرين لها وأن كل ما تقوم به يترجم بصورة خاطئة، فعلاقتها مع الآخرين اتسمت بعدم الشعور بالقيمة وعدم الفهم ومشكلة في التواصل والذي يعكس بصورة واضحة المعاش النفسي الذي عاشته في علاقتها مع الأم، فتخلي الأم عنها وتركها في سن صغيرة هذا يعني أنها لم تكن تعني شئ للأم وبالتالي فلا قيمة لها وعدم فهم الأم لها ولإحتياجتها امتد ليشمل عدم فهم الآخرين لها وتفسير كل ما تقوم به بصورة عكسية وغير مناسبة.

هذا الجانب السلبي على مستوى كل العلاقات أصبح الأساس الأول في مشاعر الحزن والملل وتقلب الميزاج الدائم عند أميرة وغياب المتعة وعدم الإحساس بالراحة والطمأنينة والشعور الكبير بالقلق والتوتر والخوف من المجهول والشعور بالذنب وعدم الرضى، كلها مشاعر تدل على عدم الاستقرار النفسي والعاطفي والصراع الداخلي المستمر. حيث يؤكد ماير وسالوفي " إلى أن التعلق يلعب دورا أساسيا في الضبط الانفعالي لدى الأفراد، كما أن له دور كبيرا وهاما في تمتع الفرد بالصحة النفسية حيث يدفع الفرد للتوافق مع نفسه وبيئته ويجعله مستمتعا بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين". (Mayer et Salovy, 1997, p 25)

نظرتها للذات سلبية فهي تشعر بعدم القيمة وعدم الفعالية في كل ما تقدمه وعدم قدرتها على اتخاذ القرارت وتحمل المسؤولية وهذا ربما يترجم من خلال الردود السلبية التي عاشتها منذ الطفولة الأولى من طرف الأم، التي تمثلت في الانفصال الأول والترك والتخلي والاهمال وعدم الاهتمام والتفرقة والحرمان العاطفي، مما دعم عند المبحوثة النظرة التشاؤمية والسلبية للحياة فمستوى الطاقة النفسية عندها مستنزف نتيجة الصراع الداخلي والتفكير في كل ما هو سلبي وهذا يظهر من خلال الإحساس الدائم

بالتعب والارهاق حتى دون القيام بأي شيء، الإحساس الدائم بالخوف يوضح بصورة كبيرة انعدام الشعور بالآمان والذي تكشف عنه الحياة الهوامية عند أميرة من خلال الأحلام المتكررة والتي ترمز إلى التهديد (حلم الأفعى، الإرهاب، القتل)، والأفكار المتكررة عن الموت وعلاقتها السيئة بالأكل الذي يعتبر نزوة من نزوات الحياة، توضح بقوة حالة الاكتئاب المرتبط بالجانب العلائقي الذي تعاني منه هذه المبحوثة وعدم رغبتها في الحياة، هذا ما يؤكده بولبي أن المحاولات الناجحة في تحقيق الاقتراب والشعور بالأمان من خلال عملية التعلق، ضرورية لخلق علاقات مقربة خلال مراحل الحياة المختلفة، عدا ذلك فإن وجود علاقات لا تبعث على الثقة والآمان في مقدمة الرعاية الأساسية، تشوش عملية تطور الشخصية مما يؤدي إلى اضطرابات عاطفية تتراوح ما بين القلق والكآبة و حتى اضطرابات الشخصية أصعب بكثير. (Bowlby, 1969) .

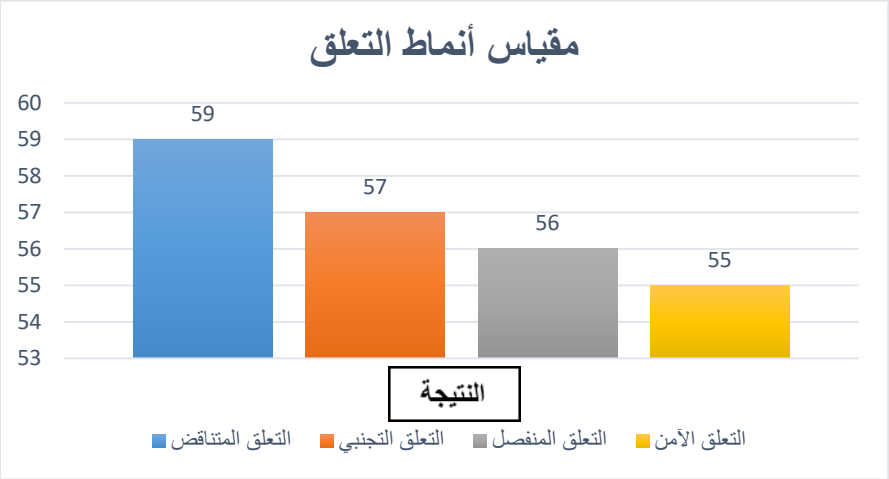
1-1-1-3-عرض تحليل محتوى مقياس أنماط التعلق

بعد تمرير المقياس على المبحوثة أميرة أوضحت النتائج.

جدول رقم (25): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أميرة(D1)*

مقياس أنماط التعلق	النقطة المتحصل عليها
التعلق المتناقض	59
التعلق التجنبي	**57**
التعلق المنفصل	**56**
التعلق الآمن	**55**

شكل رقم(3): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة أميرة (D1)*



يظهر من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق الموضحة في الجدول والشكل البياني أن نمط التعلق السائد عند المبحوثة هو التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى وبعدها التعلق غير الآمن المتجنب والمنفصل في الدرجة الثانية على نفس المنحنى البياني بدرجة واحدة، ليأتي التعلق الآمن في الأخير، مما يوضح أن هذه المبحوثة لا تشعر بالآمان، وبالرجوع إلى محتوى المقابلة فالمبحوثة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض والذي يتميز بالرغبة في القرب من الآخرين وفي نفس الوقت الاعتقاد أن الآخرين، يرفضونه ولا يشعر بالاهتمام من طرفهم وعليه تبنت المبحوثة نموذج عامل داخلي سلبي، أصبح الركيزة في بناء العلاقات وهي راشدة هذا النموذج الذي يبرر عدم شعورها بالآمان، لأنه نموذج يتميز بالنظرة السلبية للذات والنظرة الايجابية للآخرين، مع انخفاض احترام الذات والشكوك والصعوبات في مواجهة تحديات وتقلبات الحياة، وإعطاء الأولوية للقرب على حساب الحكم الذاتي، الشعور بخيبة الأمل ومحاولة تلبية احتياجات التعلق من خلال الآخرين، مع الحساسية الشديدة لأدنى تلميح للانفصال والخسارة والتخلي، كما يتميز بإفراط في تنشيط نظام التعلق مع الحاجة المتكررة إلى الطمأنينة وإضفاء الطابع الدرامي على أدنى قدر من القلق والغيضان العاطفي والكل أو لا شيئ من العلاقة. يتم التصرف في المشاعر بدلا من التفكير بها مع صعوبة التفكير العقلي، وتحيز الإدراك السلبي للعواطف وسلوكات الآخرين لديه شعور عميق بنقص الحب وعدم الرضا والاحتياج العاطفي لِملأه باستمرار وردود أفعاله تجاه التوتر شديدة ودرامية، مما يؤدي إلى حزن متضارب يعيد تنشيط الشعور بالهجر المزمن للمبحوثة

وهذا ربما يرجع إلى أول احباط تعرضت له منذ الطفولة من طرف الأم التي تركتها وهي رضيعة ليتبناها الجد والجدة.

جدول رقم (26): *نتائج بروتوكول الرورشاخ للمبحوثة أميرة (D1)*

الرقم	الوضعية	الإجابة	التحقيق
I	^	1.حشرة عندها جناحتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك هاوليك الوسمو تعها وهامليك الجناحتين تعها والشكل تعها.
	^	2.خفاش.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** الخفاش هو لي عندو الجناحتين تاعو شغل عراض كبار الشكل تاعو.
	^	3.ظلام.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** أسود par ce que الخفاش دايمن يجي في الليل.
	^	4.شغل واحد راهو جاي ليك يشدك.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** par rapport لهادوما اليدين شغل واحد راهو جاي راح يشدك هكا هذا واش بانلي أنايا. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه جاي؟ **المبحوث:** ماشي جاي شغل هو واحد راح يحكم واحد راح يشد حاجة.
	^	5.امرأة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهي في الوسط الشكل تاع مرا.
II	^	6.الرئتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هنا وين لحمر قاع par rapport هاذ القصبات هذا الصدر واش كاين لداخل كاين الرئتين شغل تقابلي هاد الأسود قفص صدري وتحتو جايين الرئتين.

	^	7.شغل طريق طويلة واحدة عريضة ومن بعد تضياق.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** إيه هذيا تبدى عريضة أومبعدة تبدى تضياق هكا هكا هكا حسيتها شغل واحد رايح لهديك الطريق تكون عريضة أومبعد تبدى تضياق.
	^	8.الدم.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:**par rapport اللون هادو شغل البقع وين كاين لحمر كامل دم.
	^	9.جبل.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** الجبل هذا القمة.
	^	10.شغل زوج وجوه متقابلين محور تناظر واش كاين منا كاين منا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذوما وجه حيوان ماشي إنسان بانتلي La forme تاع وجه ونيفو معلق في هذا.
III	^	11.محور تناظر(تفاعل) رجل حيوان.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهي هاذي وهذا الصباط ديالو وهذي الرجل.
	^	12.شخصين متقابلين عندهم رقبتهم طويلة ونيفهم طويل عندهم زعكة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذوما الشخصين هذا راسهم وهذا العنق تاعهم وهاذي الذات بصح La forme غريبة تاع الذات تاعهم شغل مخربشة ماشي نورمال.
	^	13.رئتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذو كيف كيف هذا زعما القفص الصدري وهاذ الزوج.
	^	14.القفص الصدري.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا لي في النص La forme تاعوا شغل هكا جاي مشدود.

IV	^	15. تناظر بانلي شغل وحش حاجة ضخمة ورجليها كبار هو عملاق ووجهه صغير.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك هذا راسو صغير هذوما يديه شوفي رجليه شحال كبار حاجة ضخمة وحش وهذا هو الوجه على حساب La forme وهذا قاع الذات.
	^	16. المبيضين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذ الزوج La par rapport forme تاعهم.
V	^	17. طائر بجناحتين(فراشة).	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** طائر دايمن بالجناحتين شغل فراشة هذوما هذوك تاعها وهذو رجليها جاتني أنثى وهذو الجناحتين تاوعها هذو كامل جناحتين.
	^	18. لاحظت في كل البطاقات تناظر وبانلي إمرأتين متلاصقين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** جاوني زوج نسا شوفي هكا كي تقسميها هكا جاتني مرا هاوليك وجها شتي هذوك تاع بكري شغل أميرة هذوك Les robes كبار هكا مع هذاك التاج طويل هكا متقابلين هكا نص شغل راهم يشطحو قاع هذا وجها صغير شتهم يشطحو على جال الوقفة تاع رجليهم.
VI	^	19.محور التناظر دائما صورة شخص طويل عنده شلاغم في وجهه من هنا ما قدرتش نشوف والوا ومن هنا شفت وجه.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك الراس وهامليك الشلاغم هاوليك طويل ماعلابالیش وين يوصل عندو راسو وطويل ماشي كامل ماكاش رجليه ويديه يبان غير راسو وطويل ولي خلاتو يبانلي راجل شوفي لهنا عينين ونيف وشلاغم.

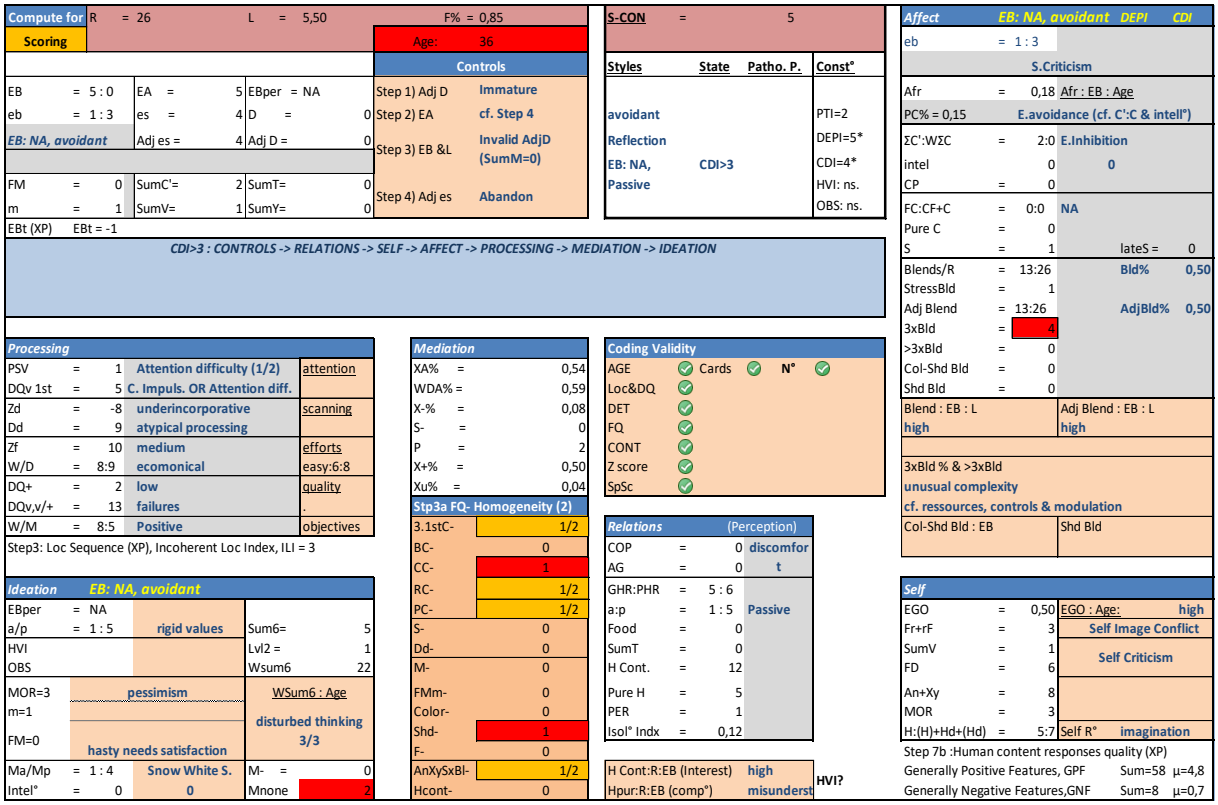
^	20.مخالب.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هنا هاذ الزوج لي شفتهم مخالب جايين حادين La forme تاعهم.	
^	21.تناظر زوج وجوه متقابلين (إمرأتين) عندهم زعكة وعندهم ريشة فوق الرأس.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** إمرأتين par ce que هنا بانتلي الشوشة وهذا النيف وهذا فمهم والعينين داخلين وعندهم هاذي الزعكة تاعهم وهاذي La forme تا ع ريشة.	**VII**
^	22.دوكا راني نشوف ماعلابالي إذا حيوان أو إنسان المهم حاجة باشعة وخارج منه امرأة سنانوا خارجين وعينيه حادين ونيفو طويل.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** كاين زوج هدا راسو ماعرفتش باشع عينيه حادين هاذ النقطة العينين هاو فمو هنا هذو سنان وهذا نيفو وتخرج منو هاذ لمرا **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيها مرا؟ **المبحوث:** عندها الشوشة. **الباحث:** سنانو خارجين. **المبحوث:** هنا يبان فمو مفتوح وسنانو خارجين شوية شغل داير هك ونيفو طويل هذا الزايد.	
^	23.تناظر أني نشوف شغل إنسان متمسك بحاجة بيديه برجليه إنسان شاد في الدنيا وهذا الحاجة مين ذاك تكون مليحة ومين ذاك ماهيش مليحة كانت من ماشي مليح للمليح شغل راهي الدنيا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** الإنسان هو هاهوما يديه وهاهوما رجليه هاو شاد حاجة خضرة يتسما حاجة مليحة حاجة خير مي هاذ اللون نار ووسمو يتسما حاجة كيما نقولو ماشي مليحة شغل شاد فالدنيا بخيرها وبشرها. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه إنسان؟ **المبحوث:** أنا علاش جاتني إنسان par ce que الإنسان لي يشد في الدنيا بخيرها وبشرها	**VIII**

			ماشي حيوان par ce que الحيوان ماعندوش لاحول ولا قوة بلاعقل راهو مسير. **الباحث:** واش خلاك تشوفيها الدنيا. **المبحوث:** شوفي الدنيا هي لي راهي تتبدل خطرة مليحة خطرة ماشي مليحة كيما نقولو درجات.
IX	^	24.ماقدرت نشوف والوا في هاذ الصورة بلاك هنا برك طفل صغير وعلى وجهوا منحني للأرض.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** كاين زوج هذا راسو وراهو هابط للتحت نيفو يخرج لهنا وعينيه يتسما راسو راهو هكا للأرض ماشي للفوق. **الباحث:** واش خلاك تشوفيه طفل؟ **المبحوث:** معلابالیش بسيف باش شفتو par ce que بانلي بيبي بانلي صغير.
X	^	25.جاني في بالي أشكال تاع حشرات متنوعة هذا واش شفت.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذو قاع قاع قاع شفتي زعما كي تكوني في البحر شتي البحر من تحت عندو حيوانات البحر هكذا شغل بانلي شغل كائنات غريبة ماشي معروفين حشرات مانعرفش أسماواتهم. يبانو في البحر par ce que في البحر لي نلقاو هاذو.
	^	26.وجه بصاح ماهوش باين حاجة تخرج من فمه ومن حلقه زرقاء.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم زوج وجوه هذا الفم هاذو العينين وهذا النيف خارجة منا وهذا العنق كيف كيف خارج خارجة منا ومنا.

شكل رقم(4): *مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة أميرة (D1)*

I	1	Wo		F	u		A		ZW	
	2	Wo		FD.F	o		A	P	ZW	
	3	Wv		C'	no		Id			ALOG
	4	Ddo	21	F.Mp	no		H			
	5	Do	4	F	o		H			
II	6	D+	3	Cn.C'	-		An,Xy		ZA	
	7	Dsv	5	FD	no		Ge			
	8	Ddv	99	F.Cn	o		Bl			
	9	Dv	4	F	no		Ls			
	10	Dd+	21	Fr.F	o		Ad		ZD	
III	11	Do	5	F	o		Ad,Cg			INC2
	12	Ddv	34	F	+	2	(H)			MOR
	13	Ddo	29	F	no		An,Xy			PSV
	14	Ddo	28	F	no		An,Xy			
IV	15	Wv		Fr.FD.F	+		(H)	P		
	16	Do	4	F	no		An,Xy			
V	17	Wo		F	o		A		ZW	
	18	Wv/+		F.Ma	o	2	H,Cg		ZA	PER
VI	19	Ddv	99	FD.F	no		(Hd)			
	20	Ddo	21	F	o		Ad			
VII	21	Dv/+	2	F.Fr	+		(Hd),Ad		ZA	
	22	Dv/+	2	F.FD.Mp	+		(H),Hd		ZA	FAB,MOR
VIII	23	Wv/+		F.Cn.Mp	no		H,Id,Fi		ZD	FAB,ALOG,MOR
IX	24	Do	4	F.Mp.FD	o	2	H			
X	25	Wv		FV	-		A,Ls			
	26	Ddv/+	99	F.m'p	no	2	Hd		ZA	

شكل رقم(5): *الملخص الشكلي للمبحوثة أميرة(D1)*



من خلال الشكل رقم (5) نستنتج أن المبحوثة أميرة (D1) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI=4.

1-1-1-4-تحليل بروتوكول المبحوثة أميرة (D1)

جدول رقم (28): *مؤشر الاكتئاب (DEPI) للمبحوثة أميرة(D1)*

	SumV>0 OR FD>2	X
	Col-shd blends>0 OR S>2	
	ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf	
	Afr<0,46 OR Blends<4	X
	SumShd>FM+m OR SumC'>2	X
	MOR>2 OR INTELL>3	X
	COP<2 OR ISOL>0,24	X
	TOTAL	5
DEPI=5	POSITIVE?	VRAI

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: قدرات التحكم والتحمل للضغط-إدراك العلاقات-إدراك الذات-الانفعالات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: بما أن قيمة DAj صفر وقيمة CDI 4 فالمبحوثة أميرة لديها تنظيم شخصية غير ناضج وهذا يمكن أن يخلق قابلية للتأثر بمشاكل إدارة متطلبات الحياة اليومية لها،

حيث تظهر هذه الصعوبات عادة في المجال العلائقي ويمكن أن تساهم بسهولة في مشاكل التحكم **(المرحلة 1)**. وبما أن قيمة الجانب الأيمن من eb أعلى من قيمة الجانب الأيسر مع وجود es تساوي 4 إذن فالمبحوثة تعاني من بعض الانزعاج. **(المرحلة 5)**.

إدراك العلاقات: بما أن CDI هي 4 فمن المحتمل أن تكون هذه المبحوثة أقل نضجا في الجانب العلائقي، كما أنها محدودة إلى حد ما في مهارات العلاقات ومن المرجح أن تواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، لا سيما في مجال العلاقات الشخصية. فهي تتميز بالسطحية وعدم القدرة على المحافظة على علاقاتها. نظرا لانعزالها الاجتماعي وتميل إلى أن تكون أقل حساسية لاحتياجات ومصالح الآخرين، فغالبًا ما يتميز هذا النوع من الأشخاص الذين لديهم مؤشر CDI إيجابي سير ذاتية تتميز بالفوضى الاجتماعية و/ أو العلاقات غير المُرضية. في بعض الأحيان يخجلون من التفاعلات الاجتماعية ويتبنون أسلوب حياة أكثر انعزالًا يتضمن علاقات سطحية فقط. ومع ذلك في كثير من الأحيان لا تختلف تطلعات علاقتهم كثيرًا عن تطلعات معظم الناس. إنهم يسعون إلى علاقات وثيقة ودائمة، لكن عدم تكيفهم غالبًا ما يجعلهم أقل قبولًا للآخرين، أو حتى يتسبب في رفضهم من قبل الآخرين، فالمبحوثة غير راضية جدًا عن حياتها وغالبًا ما تشعر بالارتباك أو العجز بشأن وضع علاقتها. وهذا في الواقع السبب وراء نوبات الاكتئاب لديها كاستجابة للفشل في علاقاتها. **(المرحلة 1)**. وبما أن قيمة الحركة السلبية تتجاوز قيمة الحركة النشطة، نستنتج أن المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمة T صفرا فالمبحوثة تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، وهذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة **بل** العكس ولكنها أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**. بما أن قيمة عدد ردود التمثيل البشري 12 وقيمة PHR أكبر من قيمة GHR، فإن المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية، التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. وبما أن قيمة COP صفرية وقيمة AG تساوي صفرًا فمن المحتمل ألا تتوقع المبحوثة تفاعلات

إيجابية بين الأشخاص بالطريقة المعتادة. وهي عرضة للشعور بعدم الارتياح في المواقف الشخصية وقد ينظر إليها الآخرون على أنها منعزلة. **(المرحلة 8)**.

إدراك الذات: بما أن قيمة Fr + rF أكبر من الصفر، فهذا يشير إلى أن هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات أميرة عن العالم، هذه الخاصية هي سمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**. وبما أن قيمة مؤشر التمركز حول الذات أعلى من المعدل الطبيعي، فإن هذا يشير إلى أن المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس، فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمة An + Xy أكبر من 2، فمن المؤكد تقريبًا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم يعتبر المسبب لمشاعر القلق. حيث يحدث هذا بشكل شائع عند الأشخاص الذين يعانون من مشاكل جسدية إذا لم تكن هناك مشكلة صحية، فهذا يشير إلى أن القلق هو المزيد من اجترار الجسد و/ أو الصورة الذاتية، مما قد يكشف عن شعور غير مريح بالضعف. **(المرحلة 5)**. والصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية ويوحي بأن الإدراك الذاتي يميل إلى أن يكون متشائما للغاية **(المرحلة 6)**.

الانفعالات: بما أن قيمة DEPI هي 5 وقيمة CDI 4 فنفترض وجود بعض الضعف تجاه المشكلات العاطفية بسبب صعوبات التكيف الاجتماعي **(المرحلة 1)**. وبما أن EB لديها قيمة صفرية من الجانب الأيمن، فهذا يعكس أسلوبا انطوائيا مما يشير إلى احتفاظ هائل للانفعالات ولديها ظروف عاطفية غير عادية **(المرحلة 2)**. وبما أن EB يشير إلى أسلوب انطوائي وقيمة Lambda أكبر من 0.99، نستنتج أنها تميل عموما إلى الحفاظ على الانفعالات على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 3)**. أما قيمة Afr أقل من 0.44 فهذا يشير إلى ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية **(المرحلة 6)**.

علاج المعلومة: بما أن قيمة Zf تساوي 10 فنستنتج أن المبحوثة تعالج المعلومات الجديدة بطريقة حذرة واقتصادية **(المرحلة 1)**. وبما أن استجابات W أكبر من استجابات M فهذا يشير إلى أنها تسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما

تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. وبما أن قيمة Zd أقل من −3.0، فإن هذا يشير إلى نشاط شامل يسمى التضمين الناقص. بمعنى آخر تمسح المبحوثة على عجل وبصورة عشوائية، ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز (وهذا المفهوم نجده عادة عند المدرسة السلوكية ومعنى التحفيز هو تعزيز السلوك الجيد عن طريق إيجاد عائد إيجابي مادي أو معنوي نتيجة لسلوك الجيد وبمعنى آخر هو المكافأة) وهذا يعني أن هذا الأسلوب من التعزيز لا يؤثر في المبحوثة وبالتالي يجعلها أقل اهتماما. وهذه الخاصية عادة تظهر بشكل شائع عند الأطفال دون سن العاشرة ولا تدعو للقلق إلا إذا كان الطفل يعاني من صعوبة شديدة. أما عند الأطفال الأكبر سنًا والبالغين، يمكن أن يكون هذا عائقًا كبيرًا لأن عدم الإدماج ينطوي على مخاطر وساطة خاطئة ويمكن أن يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة. **(المرحلة 5)**. قيمة PSV هي 1 هذا يعني أن المبحوثة تواجه أحيانًا بعض الصعوبات في تحويل انتباهها إلى شيء آخر، مما قد ينتج عنه أنشطة معالجة أقل كفاءة **(المرحلة 6)**. وبما أن قيمة DQ + تقع ضمن النطاق المتوقع فيمكن افتراض أن جودة معالجة المعلومات بشكل عام غير كافية للغاية **(المرحلة 7)**.

الوساطة المعرفية: بما أن XA٪ أقل من 0.70 مع WDA٪ أقل من 0.75، فإن هذا يشير إلى أن هناك ضعف كبير في قدرات الوساطة **(المرحلة 1)**. وبما أن نسبة X−٪ أقل من 0.15 فإن نوبات الخلل الوظيفي الوسيط لا تحدث بشكل متكرر أكثر مما يحدث عند معظم الناس **(المرحلة 3)**. وبما أن عدد الردود P أقل من المتوسط، فمن المحتمل أن تستجيب المبحوثة بطريقة أقل تقليدية **وأكثر فردية**، حتى في المواقف البسيطة و/ أو المحددة بدقة **(المرحلة 4)**.

التفكير: بما أن EB يشير إلى أسلوب انطوائي مع Lambda أكبر من 0.99، فهذا يعني أن المبحوثة تميل إلى التفكير في عدة خيارات قبل اتخاذ القرار، فإن هيمنة أسلوب التجنب تعني أن هذه العملية أقل شمولاً، ومن المرجح أن تكون الأنشطة المفاهيمية للمبحوثة أبسط بكثير. تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/ أو اتخاذ القرار **(المرحلة 1)**. إن مجموع قيم التقرير (a+p) تتجاوز أربعة وقيمة جانب واحد أكبر من قيمة الجانب الآخر، يمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية ثابتة بشكل جيد نسبيًا وسيكون من الصعب تعديلها إلى حد ما **(المرحلة 3)**. بما أن MOR تساوي ثلاثة فإن التفكير المفاهيمي، غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم **(المرحلة 4)**.

وبما أن قيمة الجانب الأيسر من eb أقل من ثلاثة فمن المحتمل أن تميل المبحوثة إلى الاستجابة بسرعة لتقليل التقليد الناتج عن تدخلات الأفكار المحيطية (المرحلة 5). أما قيمة Mp تتجاوز قيمة Ma بثلاث نقاط، فنفترض وجود اتجاه أسلوبي أصبح فيه الملجأ في الأوهام أسلوبًا معتادًا للرد على المواقف غير السارة. تتميز بشكل أساسي بتجنب المسؤولية واتخاذ القرار. وتستخدم الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج عكسية للعديد من احتياجاتها **(المرحلة 6)**.

1-1-1-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة أميرة (D1)

من خلال المقابلة العيادية ومقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، يمكننا القول أن المبحوثة أميرة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بالنظرة السلبية للذات والنظرة الإيجابية للآخرين. واضطراب الاكتئاب مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI=4، التي تترجم بقوة المشكل العلائقي عند المبحوثة أميرة والذي يعتبر السبب الأساسي وراء الاكتئاب عندها.

وهذا من خلال أن المبحوثة لها قابلية للتأثر بمشاكل إدارة متطلبات الحياة اليومية والتي تظهر من خلال الصعوبات في المجال العلائقي، كما أنها أقل نضجا في العلاقة فهي محدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة وهذا يعود إلى مشكلة الترك والتخلي من طرف الوالدين في الطفولة وعدم الإحساس بالحب من طرف صورة التعلق وهي الأم، أضف إلى ذلك تعرضها لفقدان الوالدين اللذين قاما بتربيتها في عمر مبكرة، أكثر سطحية ومنعزلة وضعيفة في علاقاتها مع الآخرين وأقل حساسية لاحتياجاتهم ومصالحهم، ويرجع هذا في الأصل إلى عدم الإحساس بحب الآخرين وتقديرهم وفهمهم، مما يترجم أن المبحوثة لم تتلقى العناية الكافية في الطفولة من خلال الاستجابة إلى احتياجاتها ومتطلباتها، فهي تتبنى دورا سلبيا في العلاقات الشخصية وتتجنب مسؤولية اتخاذ القرار، من خلال سعيها الدائم لاستشارة الآخرين والاعتماد عليهم من أجل أخذ قرار محدد وفي النهاية تبقى عاجزة عن ذلك وهذا يوضح بقوة عدم ثقتها في نفسها وقدراتها. رغبتها في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة قليلة بسبب الملل والحزن وعدم الإحساس بالمتعة في الحياة وأفكار الموت المتكررة، أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص خاصة التي يكون فيها التبادل اللمسي وربما هذا يعود إلى غياب اللمس (مشكلة في الأنا الجلدي) في العلاقة الأولية والتحرشات الجنسية المتكررة، حيث تعتقد أن كل اقتراب منها بدافع رغبة جنسية

وهذا برنامج راجع إلى الطفولة تبنته من خلال التجارب السلبية التي عاشتها، تعاني من عجز في الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين وأقل تكيفا مع عدم الشعور بالارتياح في المواقف الشخصية ويمكن تفسير هذا إلى أن أصل العلاقة الأولية التي عاشتها المبحوثة مع الأم كانت مفقودة ولم تكن وثيقة وبقيت حتى الآن على هذا الحال، وحتى الأم التي قامت بتربيتها ظلت في الفراش لمدة طويلة بسبب الشلل الذي كانت تعاني منه، فالتقارب العاطفي والجسدي كان أصلا مفقودا لتتعرض إلى الفقدان الذي عاشته للمرة الثانية على التوالي في الطفولة، بسبب وفاة الأم المربية وهي في عمر ستة سنوات بعد الفقدان الأول عندما ولدت وانفصلت عن الأم الحقيقية، وبالتالي الرابط العاطفي في كل مرة ينفصل دون أن ننسى ما تعرضت إليه من فقدان للأب الحقيقي، بعدما بدأت العلاقة تتحسن توفي وبالتالي فالبرنامج المستدخل عند هذه المبحوثة في كل مرة تتكون فيها رابطة عاطفية تفقد. مما يجعل الآخرين يتبنون نظرة سلبية عنها بأنها انسانة منعزلة.

تتميز بإستثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية وأكثر اهتماما بنفسها، لها خاصية النوع النرجسي متجدرة بعمق في نفسيتها وأحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين وهذا يرجع إلى الحرمان العاطفي الذي عاشته هذه المبحوثة، فالطفل عندما لا يجد الحب في المحيط الذي يعيش فيه يستثمر ذاته بدلا من أن يستثمر موضوع الحب، فتصبح المشاعر التي عادة ما تكون موجهة إلى الموضوع الخارجي والمتمثل في الأم، تتحول هذه المشاعر إلى الذات وهذا الاستثمار المبالغ فيه عادة يكون للصورة الخارجية للذات وليس للذات الداخلية وهذا ما يفسر الميل إلى النظرة التشاؤمية للادراك الذاتي.

اهتمامها بجسمها لدرجة القلق لأن الجسم تشوهت صورته بسبب التحرشات الجنسية المتكررة من جهة ومن جهة أخرى، بسبب مشكلة التقمص التي عبرت عنها بكل وضوح في المقابلة "*كنت نعيش كأني ولد وفكرت في الانتحار بصح الإيمان تاعي بربي هو لي منعني*" واستمرارية الصراع مع الأم منعتها من تبني دورها كأنثى وتمنيها للأم بالموت بدلا من الأب، يوضح بقوة النظرة السلبية للأنوثة عندها والذي يظهر من خلال علاقتها مع أولادها، فهي تفضل الابن على الابنة وعجزها عن التفاعل الجنسي مع الزوج والرفض القاطع للعلاقة الجنسية.

أما من ناحية الانفعالات فهي تعاني من ضعف اتجاه المشكلات العاطفية يعود إلى صعوبة التكيف الاجتماعي وميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، معالجتها للمعلومات الجديدة بطريقة

حذرة اقتصادية، مما يترجم عدم احساسها الكبير بالآمان والثقة في أي وضعية جديدة لم تتعرف عليها من قبل، سعيها لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرا لقدراتها الوظيفية الحالية يجعل من عدم نجاحها في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد وهذا ما يؤدي إلى إخفاقات في تجارب الإحباط، فالسعي الدائم للوصول إلى النجاح يعود إلى محاولة فاشلة في اثبات قدراتها ونتيجة لعدم ايمانها بهذه القدرات يقف كحاجز للاخفاق وعدم الاستفادة من التجارب الذي سببه ثبات القيم الفكرية والتي يصعب تعديلها وتميزها بالتفكير المفاهيمي التشاؤمي واستخدام الخيال بشكل مفرط لانكار الواقع يؤدي بها دائما إلى نتائج عكسية.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ماجاء في كل من مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ. ومما تقدم يمكننا تحديد مؤشرات التعلق ومؤشرات الصحة العقلية عند هذه المبحوثة:

- **مؤشرات التعلق**

هناك الكثير من المؤشرات الخاصة بالتعلق والتي اعتمدت الباحثة على استخراجها من خلال مجموع متغيرات إدراك العلاقات ومجموع متغيرات إدراك الذات من اختبار الرورشاخ والمتمثلة في:

- مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI=4 والذي يدل عادة على صعوبة في إقامة أو الحفاظ على علاقات وثيقة بين البالغين، مع تجنب التبادلات العاطفية والعزلة ومحدودية المهارات العلائقية، مما يؤدي إلى صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، لا سيما في مجال العلاقات الشخصية والتي عادة ما تكون أكثر سطحية.
- مؤشر الحركة النشطة والخاملة a-p حيث أن الحركة السلبية تتجاوز قيمة الحركة النشطة مما يدل على أن المبحوثة تتبنى بشكل عام دورا سلبي في العلاقات.
- مؤشر الملمس (Texture) هو T=0 أي الميل إلى التعبير عن الحاجة للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس. أي أنها تكون أكثر حذرا في حالات التقارب اللمسي بين الأشخاص.

فالتفاعل اللمسي يعد عنصرا مهما في العلاقات اليومية، فهو أحد الحواس الأساسية وهو مصدر المعلومات والتواصل ومصدر الاستكشاف كما أنه يعبر عن الاهتمام بالآخر.

- مؤشر ردود التمثيل البشري هو 12 وقيمة PHR (التصورات الإنسانية الضعيفة أو السلبية) أكبر من قيمة GHR (التصورات الإنسانية الجيدة)، فإن المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه.
- مؤشر حركة التعاون (COP) حيث يساوي صفر ومؤشر الحركات العدوانية AG تساوي صفر فمن المحتمل ألا تتوقع المبحوثة تفاعلات إيجابية بين الأشخاص بالطريقة المعتادة وهي عرضة للشعور بعدم الارتياح في المواقف الشخصية وقد ينظر إليها الآخرين على أنها منعزلة.
- قيمة Fr+ rF أكبر من الصفر وهذا يعني أن هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات المبحوثة عن العالم.
- قيمة مؤشر التمركز حول الذات أعلى من المعدل الطبيعي فإن هذا يشير إلى أن المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس.
- قيمة An + Xy أكبر من 2 وهذا له دلالة على المزيد من اجترار الجسد أو الصورة الذاتية حيث أن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية ويوحي بأن الادراك الذاتي يميل إلى أن يكون متشائما للغاية وهذا ما تدعمه نتائج مقياس أنماط التعلق الذي كشف عن التعلق المتناقض والذي يتميز بنظرة سلبية للذات وإيجابية للآخرين.

➢ مؤشرات الصحة العقلية

تم تحديد مؤشرات الصحة العقلية لهذه الحالة من خلال الإعتماد على التعاريف المقدمة من المنظمة العالمية للصحة العقلية، الذي تم التطرق إليها في الجانب النظري وعليه يمكن تلخيص هذه المؤشرات في:

- قيمة DAj تساوي صفر مع عدم الكفاءة الاجتماعية، مما يدل على تنظيم شخصية غير ناضج، فقدرات التحكم وتحمل الضغط عند هذه المبحوثة يتأثر بمشاكل ادارة متطلبات الحياة اليومية ومشاكل التحكم.
- قيمة الجانب الأيمن من eb أعلى من قيمة الجانب الأيسر مع وجود es تساوي 4 وهذا من شأنه التأثير سلبا على شعورها بالارتياح أو الراحة النفسية.

- إستجابات W أكبر من استجابات M وهذا له تأثير سلبي على النجاح في تحقيق الأهداف من طرف هذه االمبحوثة.
- الشعور بالاحباط نتيجة الاخفاقات المتكررة في الحياة.
- قيمة Zd أقل من −3.0 والذي يمكن أن يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة.
- قيمة PSV هي 1 هذا يعني أن المبحوثة تواجه أحيانًا بعض الصعوبات في تحويل انتباهها إلى شيء آخر، مما قد ينتج عنه أنشطة معالجة أقل كفاءة، مما يؤثر على جانب العمليات العقلية كالتركيز والانتباه والتذكر.
- قيمة DQ + تقع ضمن النطاق المتوقع فيمكن افتراض أن جودة معالجة المعلومات بشكل عام غير كافية للغاية.
- بالنسبة لاتخاذ القرارات فيشير EB إلى أسلوب انطوائي مع Lambda أكبر من 0.99، فهذا يعني أن المبحوثة تميل إلى التفكير في عدة خيارات قبل اتخاذ القرار. وتفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/ أو اتخاذ القرار.
- قيمة MOR تساوي ثلاثة فإن التفكير المفاهيمي غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم.
- أما قيمة Mp تتجاوز قيمة Ma بثلاث نقاط وهذا ما يدفع للجوء إلى الأوهام في المواقف غير السارة.
- بالنسبة لتحمل المسؤولية واتخاذ القرار فهي تتخذ أسلوب تجنبي وتعتمد على الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع.

كل ما تقدم من مؤشرات يبين بقوة أن التعلق غير الآمن المتناقض له تأثير سلبي على الصحة العقلية عند هذه المبحوثة.

1-1-2-تقديم المبحوثة الثانية ماريا (D2)

المبحوثة ماريا تبلغ من العمر احدى وثلاثون سنة، عزباء لديها مستوى الثالثة ثانوي علوم. ماكثة في البيت وتحتل المرتبة الصغرى من بين إخوتها (4 ذكور و8 إناث)، الأم والأب على قيد الحياة، تظهر المبحوثة بملامح شخص ضائع من خلال نظراتها.

1-1-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند ماريا فقد أبانت محاورها.

- **محور الحالة الصحية**

لا تعاني المبحوثة من أي مرض عضوي، ماعدا أعراض تمثلت في آلام الرأس والاحساس بالضغط في الجبهة وآلام أسفل الظهر والمعدة، مع وجود علاقة سيئة مع الأكل.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

المبحوثة تتميز بعزلة عن الآخرين، كثرة البكاء، لوم وعتاب، الشعور بالذنب، كلمات تدل على تدني تقدير الذات لدرجة الكره وتكيف مع الواقع نسبي. تم تشخيص الاكتئاب عندها من طرف المختصة في الطب العقلي منذ ثلاثة سنوات.

عبرت المبحوثة عن الجانب الجنسي بـ "*ما عنديش إحساس تاع مرأة*"، "*ما عندي حتى جاذبية اتجاه الرجالة*".

تعرضت إلى تحرش جنسي من طرف الجار في عمر تسعة سنوات وإلى اعتداء جنسي في عمر واحد وعشرون سنة وكان نتيجتها فقدان العذرية، بعد ثلاثة سنوات عرفت بالصدفة أنها ليست عذراء، عند ذهابها إلى طبيبة النساء للفحص.

تعرضت إلى حادثة الزلزال وعمرها احدى عشرة سنة، كما تعرضت إلى الضرب من طرف الأم عدة مرات وحتى (بالزجاج) ما أدى بها إلى الدخول إلى المستشفى.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

العلاقة بين الأبوين (الأم والأب) سيئة منذ 2003، حيث امتازت بالصراعات والمشاكل والتي كانت المبحوثة تعاني منها.

علاقتها مع الأم سيئة جدا، رفضتها كأم تبحث عن أم أخرى "*ما هيش حنينة معايا*"، السبب وراء عدم إكمال دراستها، الأم متحكمة كانت تتهم الأب بالخيانة، تخاف من أولادها الذكور وحسب قولها (تكذب)، "*وليت ما نشوفهاش أم، الأم تقول لأولادها الذكور أختكم دير حوايج ما شي مليحة حوايج ضد الأخلاق*". وكانت مهملة لها، "*نحشم نقول ماما مرات تغيضني ومن ذاك نقول حرام عليها خسرتلي حياتي، نحشم نهدر عليها لأنها ماما*"،" *كانت تقولي عسي بابا ك وأنا نكذب باش ترضى عليا*". أما علاقتها مع الأب سطحية أو منعدمة "*بابا ما عندي حتى علاقة معاه غير نشوفوا يدخل ويخرج ويضارب*"، تميزت العلاقة مع الاخوة بالاهانة وسوء التقدير، "*يظلوا يحقروني وكل ما يما تحرشهم أنا نخلص غير الضرب والسبان*". علاقتها سيئة جدا مع الجسم خاصة بعد حادثة فقدان العذرية.

لا يوجد دعم أو سند اجتماعي لديها "*واحد ما يوقف معايا حتى أختي المتزوجة مرات برك تعطيني دراهم بالتخبية على يما*".

❖ **محور الاكتئاب**

تعاني المبحوثة من الحزن، الفراغ، اليأس، البكاء، النظرة السلبية للحياة، لديها انخفاض ملاحظ في الاهتمام أو المتعة في القيام بالأنشطة طوال اليوم وعلى مدى كل الأيام تقريبا." *كارهة كلش حاجة ماني نستنبها، هذا الدنيا ما تسوا والو عندي*". خسارة ملحوظة في الوزن "*راني غير نضعاف*"، مع الشعور بالارهاق أو فقدان الطاقة "*نحس روحي تعبانة وفاشلة في كل وقت، باش نوض جهد كبير برك*"، واحساس مفرط بعدم القيمة خاصة في المنزل والشعور بالذنب، "*ما نسوا والوا في دارنا واحد ما مقيمني، ما نيش راضية على روحي*". كما أن المبحوثة تعاني من ضعف القدرة على التفكير والتركيز مع عدم القدرة على اتخاذ القرارات." *ما نقدرش نهز حتى قرار وحتى كي نشاور نبقى مترددة، نحس راسي دايمن مزير رايح يطرطق ضغط كبير فيه ما نقدرش نخمم ولا نركز*"، مع وجود أفكار

متكررة عن الموت "*موتي خير من حياتي، واش راني ندير في هذا الدنيا ما ني صالحة لوالوا*"، النوم عندها مضطرب "*نفطن ونرقد ونحلم غير الحيوانات الزاحفة*".

لقد أبدت المبحوثة تجاوبا كبيرا أثناء المقابلة وكانت جد متعاونة، والملاحظ أن مشاعر الحزن والتعاسة كانت تظهر بقوة عليها، خلال المقابلة كانت تبكي كثيرا كلما تحدثت عن علاقتها مع الأم.

1-1-2-2-تحليل محتوى المقابلة

من خلال محتوى المقابلة يمكن القول أن ماريا تعبر عن قلقها بأعراض سيكوسوماتية، من خلال آلام الرأس، والاحساس بالضغط على مستوى الجبهة وآلام أسفل الظهر والمعدة.

تبدو ماريا غير متوزانة نفسيا فهي في عزلة دائمة، تعاني من كثرة البكاء والشعور الدائم بالذنب واللوم والعتاب، وربما هذا يعود إلى مشكلة الاعتداء الجنسي والذي كان نتيجته فقدان العذرية وهذا أثر بصورة كبير على تدني تقدير الذات وعدم الرضا عن النفس، صدمة التحرش الجنسي الأول في تسعة سنوات (مرحلة الكمون التي لها خاصية نفسية مميزة)، كان له أثر كبير على عدم توازنها النفسي، مشكلة التقمص واضحة عند المبحوثة ومعانتها من سوء المعاملة من طرف الأم والاخوة والتعرض إلى الضرب بصورة متكررة.

على المستوى العلائقي تعاني من علاقة سيئة مع الوالدين، رفضها للأم والاعتقاد بأنها هي من دمرت حياتها أمر في غاية الأهمية، عندما يتحول مقدم الرعاية بخصائصه الإيجابية (حب، عاطفة، اهتمام، رعاية) إلى العكس، صورة الأم السلطوية دفعتها لرفض أنوثتها وهذا راجع إلى تفضيل اخوتها الذكور عليها والعنف المتكرر من جهتهم، وسوء التقدير والاهانة والاحتقار من طرفهم وعلاقتها مع جسمها السلبية. كل هذا ساهم في حالة الحزن والشعور بالفراغ واليأس والنظرة السلبية للحياة وعدم الشعور بالمتعة، هذا ما أدى إلى ضعف الطاقة بإستمرار عند المبحوثة وحتى على المستوى الجسدي (نقص في الوزن)، عدم قدرتها على التفكير والتركيز وحتى على اتخاذ القرار يفسر بقوة آلام الرأس المستمرة، الأفكار المتكررة عن الموت واضطراب النوم والحياة الهوامية التي تمثلت في الأحلام المتكررة (الحيوانات الزاحفة)، يوضح بقوة العجز وعدم القدرة على المقاومة والعدوانية ويعود بها إلى الحياة الأولى من الطفولة، كل هذا يفسر أعراض الاكتئاب الذي ارتبط بقوة بالعلاقة المضطربة مع موضوع الحب الأول (الأم).

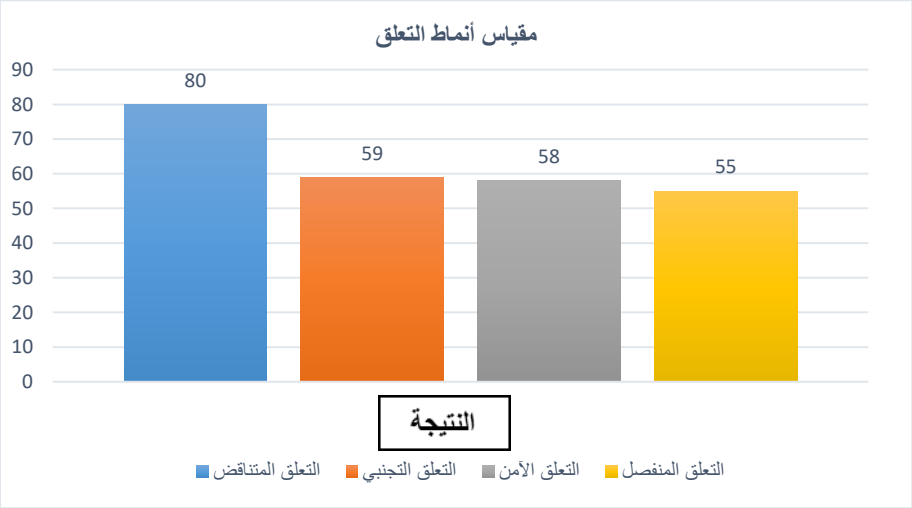
1-1-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة ماريا(D2)

بعد تمرير المقياس على ماريا أوضحت النتائج.

جدول رقم (29): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة ماريا (D2)*

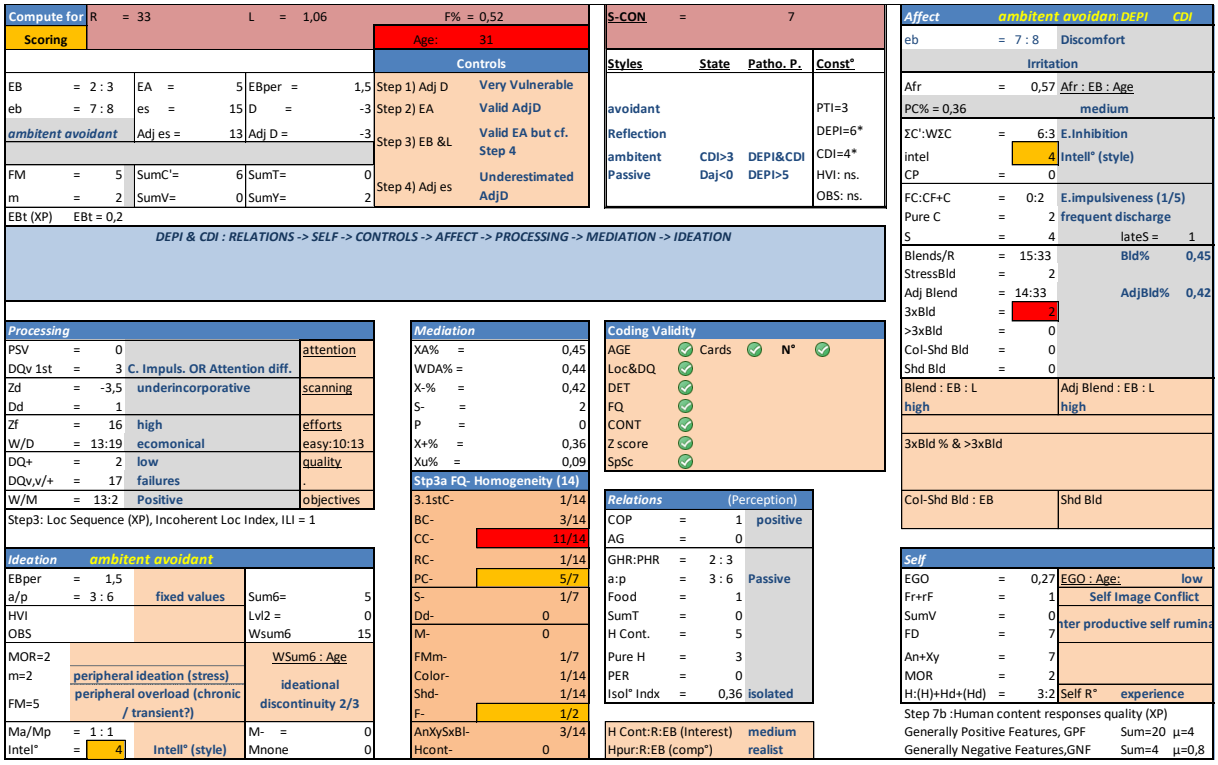
مقياس أنماط التعلق	النقطة المتحصل عليها
التعلق المتناقض	80
التعلق التجنبي	**59**
التعلق الآمن	**58**
التعلق المنفصل	**55**

شكل رقم (6): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة ماريا (D2).*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق التي يظهرها الجدول ويوضحها الشكل البياني أن المبحوثة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض والذي يفسر النظرة السلبية للذات عند المبحوثة من خلال تدني تقدير الذات والاحتقار والضرب والاهانة من طرف الأم والاخوة وغياب الحب والاهتمام من طرف الوالدين والذي كان واضحا من خلال المقابلة.

شكل رقم(7): *الملخص الشكلي لإختبار الرورشاخ للمبحوثة الثانية ماريا (D2)*



من خلال الشكل رقم (7) نستنتج أن المبحوثة ماريا (D2) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=6 ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI=4.

1-1-2-4- تحليل بروتوكول المبحوثة ماريا (D2)

مؤشر الاكتئاب (DEPI)

جدول رقم(30): *مؤشر الاكتئاب للمبحوثة ماريا (D2)*

	SumV>0 OR FD>2	X
	Col-shd blends>0 OR S>2	X
	ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf	X
	Afr<0,46 OR Blends<4	
	SumShd>FM+m OR SumC'>2	X
	MOR>2 OR INTELL>3	X
	COP<2 OR ISOL>0,24	X
	TOTAL	6
DEPI=6	POSITIVE?	VRAI

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: إدراك العلاقات-إدراك الذات-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية.

إدراك العلاقات: تعتبر ماريا أقل نضجا في العلاقات، فهي محدودة إلى حد ما في مهاراتها ومن المرجح أن تواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، لا سيما في مجال العلاقات الشخصية ربما تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ على علاقاتها، حيث أنها تعتبر منعزلة أو ضعيفة مع الآخرين وتميل إلى أن تكون أقل حساسية لاحتياجات ومصالح الآخرين **(المرحلة 1)**. تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. كما أنها تميل إلى إظهار سلوكيات إدمانية بكثير مما هو معتاد، فهي تعتمد على الآخرين لقيادتها ودعمها، ويمكن أن تكون ساذجة تماما في توقعات علاقاتها، لأنها تتوقع عموما أن يكون الآخرون متسامحين جدا مع احتياجاتها ومطالبها ومستعدون للتصرف وفقا لتلك الاحتياجات والمطالب **(المرحلة 4)**. تميل ماريا إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالمقارنة مع معظم الناس وهذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة. لكنها أكثر حذرا في حالات التقارب مع الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين. (وهذا ربما يعود لصدمة الاعتداء الجنسي الذي تعرضت له) **(المرحلة 5)**. تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع المواقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. من المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى. فهي لا ترتبط جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية **(المرحلة 10)**.

إدراك الذات: تميل إلى استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصوراتها عن العالم، هذه الخاصية هي سمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي (ما نحبش نبين روحي قدام الناس بلي ما نيش مليحة في حياتي، نبين بلي أني لا باس عليا) **(المرحلة 2)**. تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب. فهذا يشير إلى أن المبحوثة في صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات ومن المحتمل جدا حدوث خلل

في السلوك **(المرحلة 3)**. بما أن هناك استجابتين من MOR يقترحان أن المبحوثة قد تكون لها نظرة أكثر تشاؤما عن نفسها (أنا ما نسواش) **(المرحلة 6)**.

قدرات التحكم وتحمل الضغط: بما أن درجة DAj هي3–فيمكننا أن نستنتج أن المبحوثة معرضة جدا لفقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط (وهذا يظهر من خلال نوبات الغضب في المنزل خاصة مع الأم، كي نضارب مع يما وتسبني نعود نصوغ كي المهبولة ونكسر أي حاجة تكون قدامي) **(المرحلة 1)**. وبما أن EA هي خمسة أقل بكثير من (6.5 للبالغين)، فإن الموارد المتاحة لديها تكون محدودة أكثر **(المرحلة 2)**. بينما قيمة esAj عالية وموثوقية EA لا تبدو مشكوك فيها، فمن المحتمل أن DAj يقلل من قدرات التحكم للمبحوثة وتحمل الضغط، تشير نسبة عالية من esAj إلى احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. وبما أن الجانب الأيمن من eb أعلى من الجانب الأيسر مع وجود es أكبر من أربعة، فيمكننا أن نستنتج أن المبحوثة تعاني من بعض الانزعاج **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: بما أن قيمة DEPI=6 وقيمة CDI=4 فهناك بالتأكيد اضطراب عاطفي عند المبحوثة، بحيث أن المشكلة العاطفية بشكل عام ثانوية بالنسبة لصعوبة أساسية في تكوين والحفاظ على علاقات شخصية حقيقية، حيث أن علاقاتها عموما تكون سطحية وهشة وغير مُرضية وهذا هو السبب في أنها غالبا ما تصاب بنوبات من الاكتئاب أو الضيق أو حتى اليأس، والاضطراب العاطفي الذي يميز هذه النوبات غالبا ما يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب المزمن **(المرحلة 1)**. تتميز بأسلوب متجنب–غامض لديها ميل واضح لتبسيط التعقيد والغموض وتجاهله أو إنكاره. ربما تكون غير متسقة للغاية في استخدام هذا النهج لحل المشكلات واتخاذ القرار، من المحتمل جدا أن يؤثر هذا النقص في التماسك على الطريقة التي تتعامل بها مع المشاعر، أي أنها في بعض الأحيان يمكنها التحكم في هذه المشاعر إلى أقصى حدود، بينما في ظروف مماثلة قد لا يتم التحكم فيها بطريقة مناسبة للوضع **(المرحلة 2)**. تعاني المبحوثة من بعض الانزعاج النفسي حيث يمكن أن يتخذ هذا الانزعاج عدة أشكال. يمكن أن يكون مباشرا كما هو الحال في الاكتئاب أو القلق أو يمكن أن يكون غير مباشرا، كما هو الحال في حالات التوتر غير العادي أو الخوف أو في أعراض جسدية مختلفة، مثل الأرق والخمول. يمكن الاعتقاد أن المبحوثة تعاني من شكل من أشكال المرض العقلي **(المرحلة 4)**. تعاني المبحوثة تثبط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس وربما تعاني بشكل

كبير من الشعور بالتهيج النفسي **(المرحلة 5)**. تعتبرأقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها **(المرحلة 6)**. كما تميل إلى معالجة الانفعالات على المستوى الفكري أكثر من معظم الناس في حين أن هذه العملية تقلل أو تحيد تأثير المشاعر. فإنها تمثل أيضا شكلا من أشكال الإنكار الذي يميل إلى تشويه المعنى الحقيقي للموقف وتأثيره **(المرحلة 7)**. هذه المشكلة تنشأ من صعوبات التحكم، ولكن من الممكن أيضا أنها تعكس تنظيما نفسيا غير **ناضج (المرحلة 9)**. تعاني من وجود قدر كبير من الغضب. عادة ما يكون هذا الغضب معمما وله تأثير ملحوظ على المواقف تجاه البيئة، وهذه سمة شخصية تؤثر على الأداء النفسي للمبحوثة **(المرحلة 11)**. الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا، حيث أن هذه النتيجة تظهر عند الأشخاص الذين يتسم تنظيمهم النفسي ببعض عدم النضج، حيث تعاني المبحوثة من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة **(المرحلة 12)**.

علاج المعلومة: لديها نمط متجنب وهذا يشير إلى أن المبحوثة قد بذلت المزيد من الجهد **(المرحلة 1)**. هناك نشاط شامل يسمى التضمين الناقص، ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز، يمكن أن يكون هذا عائقًا كبيرًا لأن عدم الإدماج ينطوي على مخاطر وساطة خاطئة ويمكن أن يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة **(المرحلة 5)**. تشير جودة علاج المعلومات إلى تتراجع أحيانًا بشكل كبير **(المرحلة 7)**.

الوساطة المعرفية: لديها ضعف كبير في قدرات الوساطة **(المرحلة 1)**. وجود ضرر شديد فإن أهمية الخلل الوظيفي تشير إلى أن الاضطراب معمم. تعاني المبحوثة من مشكلة معيقة لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة **(المرحلة 2)**.

التفكير: يمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد نسبيًا وسيكون من الصعب تعديلها إلى حد ما **(المرحلة 3)**. كما تميل أكثر من غيرها إلى التفكير في انفعالها ويشير هذا إلى أنه يمكن للمبحوثة أن تتبنى أو تقبل بعض التشوهات المفاهيمية والتي تفيدها في إنكار التأثير الحقيقي للوضع **(المرحلة 7)**. وجود مشكلة خطيرة في التفكير تعتبر نوبات الانقطاع الفكري أو التصور الخاطئ للمفاهيم التي تطمس الفكر وتسبب أحكامًا خاطئة أكثر شيوعًا مما هو مرغوب فيه نتيجة لذلك، هناك احتمال واضح أن المبحوثة سوف تتخذ قرارات خاطئة. **(المرحلة 8)**.

1-1-2-5-المناقشة العامة وخلاصة عن المبحوثة ماريا (D2)

مما تقدم (المقابلة، مقياس أنماط التعلق، اختبار الرورشاخ) يتبين أن المبحوثة تتميز بتعلق غير آمن متناقض، حيث كشف اختبار الرورشاخ عن التعلق عند هذه المبحوثة عن أسلوب متجنب غامض وهذا يعني أنها ترغب في القرب من الآخرين وفي نفس الوقت لا تشعر بالارتياح في العلاقات القريبة ويصعب عليها الثقة أو الاعتماد عليهم، كما تبين أنها تعاني من الاكتئاب المزمن وعدم الكفاءة الاجتماعية، ومن المميزات التي ظهرت في هذا الاختبار عند المبحوثة من جانب ادراك العلاقات أنها أقل نضجا في العلاقات، تواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، علاقاتها أكثر سطحية هشة ومنعزلة وضعيفة وغير مُرضية وتتبنى بشكل عام الدور السلبي في هذه العلاقات، كما تميل إلى أن تكون أقل حساسية لاحتياجات ومصالح الآخرين وعدم قدرتها على تكوين أو الحفاظ على علاقات شخصية وهذا هو السبب غالبا وراء نوبات الاكتئاب والضيق وحتى اليأس.

تتجنب تحمل مسؤولية اتخاذ القرار وأقل رغبة في البحث عن حلول للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة وتميل للاعتماد على الآخرين لقيادتها، وهي أكثر حذرا في حالات التقارب مع الأشخاص خاصة التي تتميز بالتبادل اللمسي وهذا يرجع إلى عدم التبادل العاطفي مع الأم على المستوى الجلدي وإلى التحرش والاعتداء الجنسي الذي عاشته هذه المبحوثة.

أما إدراك الذات فظهر أن هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات المبحوثة عن العالم، وهي خاصية تؤثر على قراراتها وسلوكاتها بسبب الحاجة إلى التأكيد المتكرر أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي.

تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، كما تعاني من صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات وهذا ما يدفع إلى خلل في السلوك، كما تتميز بنظرة تشاؤمية عن نفسها.

أما قدرات التحكم وتحمل الضغط فهي قليلة بحيث أنها تفقد السيطرة والتنظيم تحت الضغط وهذا نتيجة الموراد المحدودة عندها.

الانفعالات لدى هذه المبحوثة تتميز بإضطراب عاطفي وتميل إلى التبسيط والتعقيد والغموض والتجاهل والانكار في حل المشاكل واتخاذ القرارات، كما تظهر عندها القدرة على التحكم في المشاعر

إلى أقصى الحدود وفي نفس الوقت في ظروف مماثلة لا تملك أدنى قدرة على التحكم في هذه المشاعر بطريقة مناسبة، أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية وأقل استعدادا لمعالجتها وتعاني من الخمول والأرق والشعور بالتهيج النفسي ووجود قدر كبير من الغضب، الذي عادة ما يؤثر على أدائها النفسي وصعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة.

علاج المعلومة متراجعة بشكل كبير والوساطة المعرفية ضعيفة عندها، مما جعل المكون الأساسي لإختبار الواقع المناسب معطل بشدة والتفكير عادة يتميز بالتشوه مفاهيمي، مما يدفع بها إلى انكار التأثير الحقيقي للوضع، وجود مشكلة كبيرة في التفكير نتيجة نوبات الانقطاع الفكري (آلام الرأس الحادة وخاصة على مستوى الجبهة مصدر التفكير والقرار) والتصور الخاطئ الذي يدفع إلى أحكام خاطئة وبالتالي اتخاذ قرارات خاطئة.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما جاء في كل من مقياس أنماط التعلق وإختبار الرورشاخ.

1-1-3-تقديم المبحوث الثالث طه (D3)

المبحوث طه رجل يبلغ ثمانية وثلاثون سنة، متزوج منذ خمس سنوات وليس لديه أطفال، لديه مستوى جامعي مهندس في الإعلام الآلي وهو الآن يعمل كمهندس في شركة الاتصالات، وهو الأصغر بين إخوته (2 ذكور)، الوالدين على قيد الحياة، تم توجيهه من طرف المختصة في الطب العقلي على أنه يعاني من إضطراب الاكتئاب.

1-1-3-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة المبحوث طه (D3)

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند المبحوث طه فقد أبانت محاورها.

❖ **محور الصحة الجسمية**

لا يعاني المبحوث من أي مرض عضوي ما عدا آلام الرأس والظهر، وصعوبة في النوم *"ما نقدرش نرقد، نبات نخمم* ".

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

يعاني المبحوث من الانفعالات الزائدة مع عدم القدرة على التحكم في انفعالاته، شعور بالملل الدائم، الغضب مدى تكيفه مع الواقع عقلاني منطقي وخالي من العواطف " أنا نخمم غير بعقلي "، تم تشخيصه من طرف المختصة في الطب العقلي منذ أربع سنوات.

الجانب الجنسي غير مشبع والرغبات الجنسية مرفقة بهومات مكثفة وطلباته كبيرة أين يجد مشكلة مع الزوجة " أنا نحب بزاف صوالح في الجنس ومرتي ما تقدرش عليهم". تعرض إلى تحرش جنسي في سن التاسعة من عمره من طرف مدرب الرياضة وهذا كان بمثابة صدمة كبيرة، خلفت أثارا على الجانب النفسي.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

علاقته مع الأم تميزت بالتناقض الوجداني، يغلب عليها الصراع وكثرة الشجارات والمشاحنات اللفظية والاحساس بأنها تفضل أخوه أكثر، عدم الإحساس بالعاطفة من جهتها بكونها تفتقر للتعبير

العاطفي" *يما تعجبني وما تعجبنيش، يما عندها شخصية قوية وصعيبة بصح تتحكم في بابا، دايمن ندخل معاها في مشاكل على حاجات تافهة، تحب خويا خير مني وتتفاهم معاه*".

أما العلاقة مع الأب فهي كذلك تميزت بالتناقض الوجداني والذي كان واضحا من خلال كلام المبحوث " *بابا يعجبني وما يعجبنيش هو انسان طيب هادئ ساكت، يخلي يما هي لي تتحكم فيه ما عندوش رأي ولا حتى سلطة وكي تعيط عليه ما يقدرش يرد عليها يخاف منها* ".

علاقته مع الزوجة علاقة متناقضة كذلك إيجابية وسلبية بسبب المشكل الجنسي، فهو يرغب هو من يكون المسير للجانب الجنسي"*نحب نحسها ملكي شحال من مرة حبيت نطلقها عييت وكرهت، ما نقدرش نطلقها لأن شخصيتها تعجبني وندير فيها ثقة كبيرة بلي ما تخدعنيش، ونحب نطلقها لأني في الجانب الجنسي ما نيش مليح كامل*"."*كون نزوج بوحدة خلاف تقدر تخدعني*".

يعاني المبحوث في علاقته مع الجسم لا يوجد تقبل كامل للجسم " *جسمي ما يعجبنيش نشوف روحي عريض بزاف من فوق ومن تحت ضيق ورجليا ثاني ما يعجبونيش*". وبالنسبة للدعم والسند الاجتماعي فهو يرفض أي طلب للمساعدة من الآخرين ويفضل الاعتماد على نفسه، خوفا من ينظر إليه نظرة ضعف " *ما نحب نقول حتى الواحد كي نكون محتاج ما نحبش الضعف*".

❖ **محور الاكتئاب**

يعاني المبحوث من الحزن والاحساس بالفراغ واليأس وكثرة البكاء خاصة عند تواجده لوحده، الرغبة في العزلة، " *نحب نقعد وحدي نحس بالراحة كي نكون قاعد مع راسي*"، الشعور بالندم وعدم الرغبة في أي نشاط ماعدا تأدية وظيفته فقط، "*كاره كلش حتى الخدمة محتمة عليا*"، الشعور الدائم بالتعب حتى دون أي نشاط أو بدل أي مجهود، "*دايمن تعبان حتى يالوكان ما ندير حاجة*". لا يوجد أي شعور بالذنب وهذا نتيجة إعطاء مبررات لنفسه دائما بأنه هو على صواب " أنا ما نغلطش".

قدراته على التفكير والتركيز ضئيلة مع وجود مشكلة في اتخاذ القرارات والنسيان بكثرة، " *ما نقدرش نهز قرار في حتى حاجة وننسى بزاف*".

كان طه في المقابلة متعاون، في البداية كانت الرقابة بقوة في كل كلمة كان يقولها، لكن سرعان ما تحدث بكل حرية وحتى في الحديث عن خصوصيته الجنسية لم يبدي أي اعتراض، بل

بلعكس وكأنها كان ينتظر الفرصة للتكلم في هذا الجانب بغية معرفة هل الإشكالية تتعلق به أو بزوجته.

1-1-3-2-تحليل محتوى المقابلة

يعبر طه عن قلقه بأعراض جسدية (آلام الرأس والظهر) مع صعوبة في النوم سببها التفكير المستمر.

يتميز الجانب النفسي العقلي بالانفعال الشديد والغضب والشعور بالملل، يعتمد على الجانب العقلي على حساب الجانب العاطفي. تعرضه للصدمة الجنسية في عمر تسع سنوات، خلف أثار نفسية والتي تظهر بقوة في الجانب الجنسي والهومات التي تعتبر غير سوية (الجنس عقلاني عنده، تقمص المعتدي واضح) وهذا ما يدفع زوجته للرفض الدائم للعلاقة الجنسية.

يغلب على علاقاته سواء مع الوالدين أو مع الزوجة التناقض الوجداني (نفس الموضوع مرغوب ومرفوض)، المشكلة الأكثر تأثير عليه في حياته هي علاقته مع الأم " *المصيبة لكبيرة في حياتي يما تقلقني بزاف*" علاقته سئية مع جسمه وهذا طبيعي وحتى شكل الجسم يوحي بأن هناك تثبيت في المراحل الأولى من العمر، فالجزء السفلي من الجسم لم يتطور (جسم طفل) والجزء العلوي (جسم راشد). رفضه للضعف يرجع إلى ميكانيزم مثالية الأنا، هذا مايجعله يفضل الاعتماد على نفسه.

مشاعر الاكتئاب تترجم من خلال الرغبة في العزلة والشعور بالحزن، الملل والفراغ وعدم الرغبة في أي شيء، والشعور بالتعب المستر، شعوره بالذنب منعدم وهذا يعود للجانب العقلي الذي يتحكم فيه بقوة من خلال إعطاء مبررات لنفسه كميكانيزم دفاعي. عدم قدرته على اتخاذ القرار توضح الحقيقة الداخلية الضعيفة للمبحوث، بالنسبة للحياة الهوامية فهو لا يتذكر شيء عن أحلامه وعرض النسيان هو أيضا ميكانيزم دفاعي يخفي ماضي أليم لا يريد تذكره.

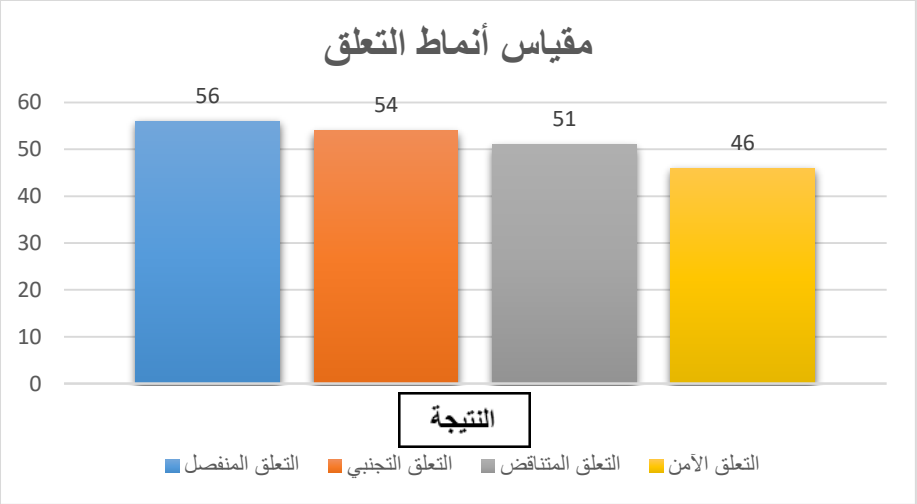
1-1-3-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوث طه (D3)

بعد تمرير المقياس على المبحوث طه أوضحت النتائج.

جدول رقم (31): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوث طه.(D3)*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المنفصل	56
التعلق التجنبي	**54**
التعلق المتناقض	**51**
التعلق الآمن	**46**

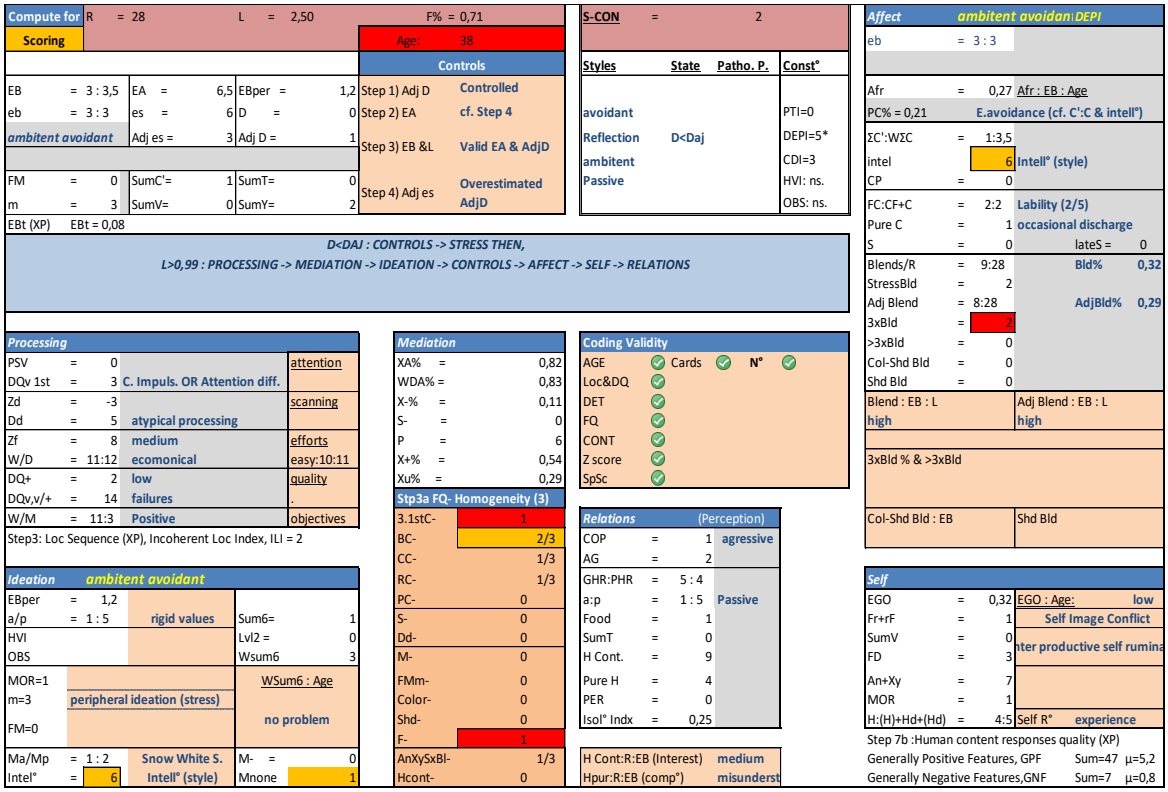
شكل رقم(8): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوث طه.(D3)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق الموضحة في كل من الجدول والشكل البياني، يتبين أن نموذج التعلق السائد عند هذا المبحوث هو نمط التعلق غير الآمن المنفصل في الدرجة الأولى ويلية نمط التعلق غير الآمن التجنبي والمتناقض على المنحنى البياني بثلاث درجات تقريبا، ليكون في المرتبة الأخيرة نمط التعلق الآمن وهذا ما يبين أن المبحوث لا يشعر بالأمان ولا يثق في الآخرين وهذا ما يفسر الرقابة والحذر التي كانت تظهر خلال المقابلة.

والذي قد يرجع إلى الصراع الدائم مع صورة التعلق المتمثلة في الأم، التي تميزت بشخصية صعبة كما يصفها ومسيطرة وتفتقر للعاطفة، مما يبين أن أم المبحوث هي سلطوية ويغلب عليها الطابع الذكوري في شخصيتها أكثر. وعليه فالمبحوث يتميز بنمط غير آمن منفصل، حيث في هذا النوع من التعلق نجد نموذج إيجابي اتجاه الذات ونموذج سلبي اتجاه الآخرين، يفضل فيه المبحوث الابتعاد عن العاطفية والاستقلالية، لا ينظر إلى أقاربه على أنهم موارد من حيث الدعم العاطفي، وعادة ما يتم تنشيط نظام التعلق لديه قليلا، لا يشعر بالراحة لأن يكون قريبا جدا من الآخرين ويفضل مشاركة الأنشطة الشيقة بدلا من المشاعر، يقوده نموذجه الايجابي لذاته إلى الاعتماد على نفسه فقط، وهذا نتيجة الخبرات الأولى التي عاشها بأن الحب مشروط.

شكل رقم(9): *الملخص الشكلي للمبحوث طه (D3)*



من خلال الشكل رقم (9) نستنتج أن المبحوث طه (D3) لديه مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5.

1-1-3-4- تحليل بروتوكول للمبحوث طه (D3)

مؤشر الاكتئاب (DEPI)

جدول رقم (32): *نتائج مؤشر الاكتئاب للمبحوث طه(D3)*

	SumV>0 OR FD>2	X
	Col-shd blends>0 OR S>2	
	ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf	X
	Afr<0,46 OR Blends<4	X
	SumShd>FM+m OR SumC'>2	
	MOR>2 OR INTELL>3	X
	COP<2 OR ISOL>0,24	X
	TOTAL	5
DEPI=5	POSITIVE?	VRAI

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير–قدرات التحكم والتحمل للضغط–الانفعالات–إدراك الذات–إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: يعالج المبحوث المعلومات الجديدة بطريقة حذرة واقتصادية **(المرحلة 1)**. ويسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراته الوظيفية الحالية. ولهذا فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددها لنفسه تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. ويمكن افتراض أن جودة معالجة المعلومات بشكل عام كافية للغاية **(المرحلة 7)**.

الوساطة المعرفية: إن الوساطة مناسبة بشكل عام للوضع بمعنى آخر تشير إلى أن المكون الأساسي الضروري لاختبار الواقع التقليدي سليم **(المرحلة 1)**. ويمكننا أن نستنتج أن نوبات الخلل الوظيفي الوسيط لا تحدث بشكل متكرر أكثر مما يحدث عند معظم الناس **(المرحلة 3)**. يمكن توقع أن ينتج المبحوث استجابات كتم الصوت، أي أنه في مواقف كثيرة خاصة في صراعاته مع الأم يفضل الصمت. احتمالية ظهور ردود أقل تقليدية في مواقف بسيطة و/أو محددة بدقة ضئيلة، حتى في الحالات التي لوحظت فيها بعض المشكلات في معالجة المعلومات **(المرحلة 4)**.

التفكير: يُهيمن أسلوب التجنب على الغموض الأقل كفاءة. التوجه لتجنب التعقيد يتداخل مع التناقض في التفكير المفاهيمي، مما يزيد بشكل كبيرمن عدم الكفاءة لأن نطاق التصورات الممكنة منخفض جيدا **(المرحلة 1)**. المبحوث يميل إلى مزج مشاعره بالفكر في معظم الأوقات، ولكن في بعض الأحيان يتم الاحتفاظ بمشاعره جانبًا لإفساح المجال لنهج فكري يسمح للنظر بعناية في العديد من

الخيارات **(المرحلة 2)**. ويمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوث ثابتة بشكل جيد نسبيًا ومن الصعب تعديلها إلى حد ما **(المرحلة 3)**. والمستوى المعتاد من التفكير المحيطي يزداد بسبب الإجهاد الظرفي **(المرحلة 5)**. لديه ميل واضح لاستبدال الخيال بشكل دفاعي بالواقع في المواقف العصيبة، في كثير من الأحيان أكثر من المعتاد بالنسبة لمعظم الناس **(المرحلة 6)**. يميل أكثر من غيره إلى التفكير في إنفعالاته، ويشير هذا إلى أنه يمكن للفرد أن يتبنى أو يقبل بعض التشوهات المفاهيمية والتي تفيده في إنكار التأثير الحقيقي للوضع **(المرحلة 7)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: المبحوث أكثر مقاومة للإجهاد من معظم الناس، وأنه أقل عرضة لمشاكل التحكم **(المرحلة 1)**. كما أنه يعاني من بعض الانزعاج **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: يمتلك إمكانية حدوث تجارب متكررة من الاضطرابات العاطفية **(المرحلة 1)**. وهو شخص غير متكافئ **(المرحلة 2)**. فهو أحد أولئك الذين يسعون إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 6)**. ويميل إلى معالجة الانفعالات على المستوى الفكري أكثر والتي تعتبر شكل من أشكال الإنكار الذي يميل إلى تشويه المعنى الحقيقي للموقف **(المرحلة 7)**. والمبحوث أقل اهتماما بالتحكم في الانفعالات العاطفية من معظم البالغين. **(المرحلة 9)**.

إدراك الذات: هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات المبحوث عن العالم، هذه الخاصية هي سمة شخصية أساسية، لها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**. تقدير القيمة الشخصية للمبحوث تميل إلى أن تكون سلبية، حيث يقلل من قيمة نفسه عند مقارنتها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب. فهذا يشير إلى أن المبحوث في صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات، من المحتمل جدا حدوث خلل في السلوك **(المرحلة 3)**.

إدراك العلاقات: المبحوث يتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، يفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار ويكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. كما يميل إلى إظهار سلوكيات إدمانية بكثير مما هو معتاد وإلى أن يكون ساذج تماما في توقعات علاقاته، هذا لأنه يتوقع عموما أن يكون الآخرون متسامحين جدا مع احتياجاته ومطالبه ومستعدون للتصرف، وفقا لتلك الاحتياجات

والمطالب **(المرحلة 4)**. يميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجته للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوث لا يشعر بهذا النوع من الحاجة بدلا عن ذلك يشير إلى أن المبحوث يكون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث يميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحته الشخصية ويكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**. إن أنشطته العلائقية تكون مناسبة تمامًا بشكل عام وينظر إليها الآخرون بشكل إيجابي **(المرحلة 7)**.

1-1-3-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوث طه (D3)

طه شخص يتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المنفصل، حيث يتمتع بنظرة إيجابية اتجاه الذات والنظرة السلبية اتجاه الآخرين، يعاني من الاكتئاب، معالجته للمعلومات اقتصادية حذرة، مما يجعل مستوى الرقابة مرتفعة وهذا لعدم احساسه بالآمان، رغبته في تحقيق الأهداف تفوق قدراته مما يجعله عرضة للاخفاقات المتكررة للاحباط، مزج المشاعر بالفكر في معظم الوقت وفي أحيان أخرى يتم الاحتفاظ بالمشاعر جانبا لافساح المجال للنهج الفكري، يسمح له بالنظر في العديد من الخيارات كما يميل إلى التقليل من الشعور بقيمة الذات عند مقارنته بالآخرين وهي مصدر الاكتئاب عنده وفي الحقيقة يعود هذا إلى أن علاقته بموضوع الحب (الأم)، هي علاقة تنافسية مع أخوه الأكبر منه الذي يرى أن الأم تحبه وتفضله كثيرا، وهذه هي المأساة التي يعيشها بإستمرار والتي كانت واضحة من خلال المقابلة، يتميز بالحذر خاصة في العلاقات القريبة، التي يكون فيها اللمس وهذا بطبيعة الحال يفسر من خلال غياب التبادل العاطفي الجسدي مع الأم وإلى تجربة التحرش الجنسي، كما أنه يتبنى بعض التشوهات المفاهيمية والتي تفيده في إنكار التأثير الحقيقي للوضع وهذا يعتبر مقاومة للاكتئاب. يجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات، كما يعاني طه من صراع شديد بين صورة الذات وتقدير الذات وهذا يرجع إلى حرصه الدائم ألا يكون ضعيف أمام الآخرين مما يمنعه من طلب الدعم والمساعدة ويعتمد على نفسه من خلال الاستقلالية الذاتية.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما جاء في كل من مقياس أنماط التعلق وإختبار الرورشاخ نظام مندمج.

1-1-4-تقديم المبحوثة الرابعة سميرة (D4)

المبحوثة سميرة إمرأة تبلغ من العمر خمسة وثلاثون سنة متزوجة وأم لطفلة، لديها مستوى جامعي ماستر محاسبة وتعمل الآن كمحاسبة، تحتل المرتبة الرابعة بين إخوتها (2 ذكور و5 إناث)، الأم والأب على قيد الحياة. تم توجيهها من طرف المختصة في الطب العقلي، على أنها تعاني من الاكتئاب منذ عامين.

❖ **محور الصحة الجسمية**

لا تعاني المبحوثة من أمراض عضوية سوى آلام في المعدة والرأس، " *راسي قاتلني دايمن نعاني منو*"، " *و L'estomac مدايرا فيا حالة*".

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني المبحوثة من الأفكار السلبية التشاؤمية والانفعالات الشديدة لأبسط الأشياء، مع عدم التحكم في انفعالاتها وسرعة الغضب والعدوانية، مدى تكيفها مع الواقع يكاد يكون منعدم، تم تشخيص الاكتئاب عندها من طرف المختصة في الطب العقلي منذ عامين.

أما الجانب الجنسي فهي تعاني من مشكلة كبيرة، تمثلت في الرفض التام للعلاقة الجنسية حيث تعبر عنها "*كون يخيروني بين الموت والعلاقة الجنسية نختار الموت*"، "*كرهت هذا الزواج غير من هذا لحكاية*"، كانت مدمنة على الأفلام الإباحية في سن الخامسة والعشرون، لتجد نفسها بعد الزواج تنفر من هذا الجانب وتكرهه بشدة، تعرضت إلى تحرش جنسي والذي كان كصدمة كبيرة وهذا من أحد الأقارب، أما الصدمة التي أثرت فيها بقوة هي حادثة دخول الأب إلى السجن.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

المبحوثة تعاني من صراع شديد مع الأم وعلاقتها سيئة للغاية مبنية على العنف اللفظي والانتقادات الدائمة، "*يما هي أكبر مشكل في حياتي*"، "*نكرها كون غير جيت ما عنديش خير أم*"، "*قلبها حجرة ما تحسش*"، "*تعرف غير تسوغ وتنتقد*"، "*ما يرضيها والو*"، "*كئيبة دايمن*"، "*تحب كي تشوفني نتعذب*"، "*تعاود غير الهدرة*".

لا تختلف المبحوثة في علاقتها مع الأب عن الأم حيث تعبر عنه بكلامها " *حقار ظالم ما هوش حنين*"، "*عندو ثوابت لا زم عليك غير تبعيها*"، " *المسؤولية كامل على يما*"، " *مكانش حوار بين يما وبابا دايمن غير المشاكل*".

أما العلاقة مع الزوج كانت في بداية الزواج عام 2020 جيدة، كما تعبر عنها بكلامها "*كان العقل والقلب معا*". ولكن سرعان ما انقلب كل شيء للتحول إلى علاقة سيئة، "*كنت حاسبتوا كيما كان بيانلي في لول*"، "*ما شي مسؤول ما نحسوش راجل*"، " *مولا يعجبني فيه والوا*"، " *كل يوم المشاكل*"، "*غير ساكت ما يعرف يدير والوا*"، "*حبيت نطلق كرهت*"، "*كون جات دارنا ما فيهاش يما كون طلقت*"، " *ندمت على الزواج*"، " زوجت باش نهرب من دارنا"، "*كون ما جاتش المشاكل في دارنا ما نزوجش بواحد مطلق وعندو طفل*". علاقتها مع الجسم سيئة وهذا بسبب التنشئة الاجتماعية التي تلقتها داخل العائلة "*كي بلغت كانوا دايمن يقولولي علاش تبيني في سدرك تعقدت كرهت هذا الجسم كامل*"، كما أن المبحوثة تفتقر للدعم والسند الاجتماعي " *ما عندي حتى واحد*".

❖ **محور الاكتئاب**

تعاني المبحوثة من الحزن الدائم والشعور باليأس وكثرة البكاء وعدم الرغبة في الحياة، لأنها تنظر إلى هذه الحياة بأنها انتهت في نظرها، " *ما بقاتلي حتى حياة راني عايشة وخلاص، قلت كي نكبر تفرج عليا لقيت روحي في مصيبة كثر ملي كنت عايشة فيها، ودوك زدت لصقت بطفلة ما عرفتش واش ندير نطلق ولا نقعد مع راجل ما عندي حتى مشاعر اتجاهو*". كما تعاني من انخفاض ملحوظ خاصة في الأنشطة المنزلية والشعور بالارهاق الشديد والتعب، " *عدت ما نقدر ندير والوا في الدار*" " *دايمن تعبانة وكارهة*"،" *أي حاجة صغيرة نديرها نتعب*". الإحساس بعدم القيمة والشعور بالذنب استحوذ عليها " *ما نيش راضية على روحي درت حاجات ما شي ملاح*"، "*ما نسوا والوا*".

ضعف القدرة على التفكير والتركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والتردد، " *حاجة ما نقدر نقرر فيها*"،" *نحس روحي مبحرة كلي ما نيش هنا في الدنيا*"، " *راسي حابس كامل*".

أفكار الموت مسيطرة عليها بقوة." *نتمنى الموت اليوم قبل غدوة*"، " *واش راني ندير في هذا الدنيا*". الحلم المتكرر وبإستمرار هو حلم السقوط من الأعلى.

ظهرت المبحوثة سميرة أثناء المقابلة حزينة جدا ومتعبة وهذا كان واضحا بصورة كبيرة على ملامحها لم تجد الباحثة أي صعوبة مع سميرة في الحصول على المعلومات، رغبتها في الكلام كانت كبيرة نتيجة القلق الذي كانت تظهر به والذي عبرت عنه "*رايحة نطرطق*".

1-1-4-1-تحليل محتوى المقابلة

تعبر المبحوثة عن قلقها وتوترها عن طريق أعراض جسدية تمثلت في آلام الرأس والمعدة، وهذا يدل على أن سميرة تعاني من صراع كبير مع نفسها. أما من الناحية النفسية والعقلية تسيطر عليها الأفكار السلبية التشاؤمية والانفعالات الشديدة وهذا لأبسط الأشياء، مما يدل على أن مستوى الصراع والقلق قد بلغ درجة كبيرة لم يعد في قدرتها التحكم فيه لدرجة العدوانية، وهذا يرجع بطبيعة الحال إلى غياب الجانب الجنسي التام بعدما كان مستثمر بقوة من قبل.

الجانب العلائقي غير مستقر على كل المستويات والعلاقة السيئة مع الأم دمرت المبحوثة في كل جوانب حياتها، فموضوع الحب عندها غير متفهم وقاسي ويخلو من الحب والعاطفة، رؤيتها السلبية عن الأب الذي تصفه بكلام خطير، ساهم في بناء برنامج إمتد إلى العلاقة مع الزوج الذي يفتقر في اعتقادها إلى أقل المميزات التي تجعلها قادرة على العيش معه، بحثها عن الطلاق يترجم بقوة العلاقة الصراعية التي كانت تجمع بين الوالدين،علاقتها بالجسم سيئة للغاية بسبب التنشئة الاجتماعية، التي كانت تستهدف أنوثتها وهي الدافع وراء ادمانها على الجنس في عمر 25 سنة، "*كي بلغت كانوا دايمن يقولولي علاش تبيني في سدرك تعقدت كرهت هذا الجسم كامل*".

يظهر الاكتئاب بقوة من خلال الحزن والشعور باليأس وكثرة البكاء وعدم الرضا عن الحياة، فهي لم تجد الراحة في منزل عائلتها ولا في منزلها الذي اتخذت الزواج فيه كهروب، زواجها برجل مطلق وله طفل يوضح بقوة أن الصراع الأوديبي لم يحل بعد. نشاطها يفتقر للرغبة والحيوية احساسها بالضياع يمنعها من أي قدرة على اتخاذ القرار، قدرات التفكير والتركيز قليلة جدا وسيطرة أفكار الموت تدل على أن رغبتها في الحياة لم تعد موجودة، الحياة الهوامية تصف بقوة الشعور بالاخفاق والفشل.

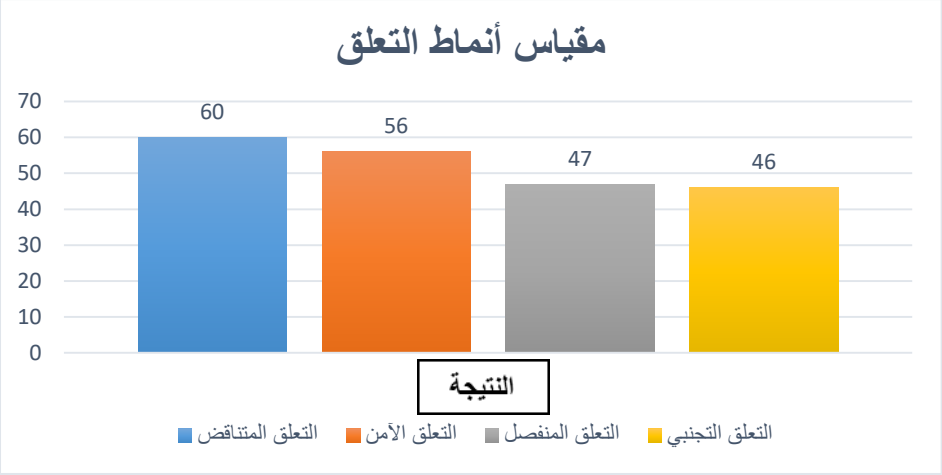
1-1-4-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سميرة (D4).

بعد تمرير المقياس على المبحوثة سميرة أوضحت النتائج.

جدول رقم (33): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سميرة (D4).*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	60
التعلق الآمن	**56**
التعلق المنفصل	**47**
التعلق التجنبي	**46**

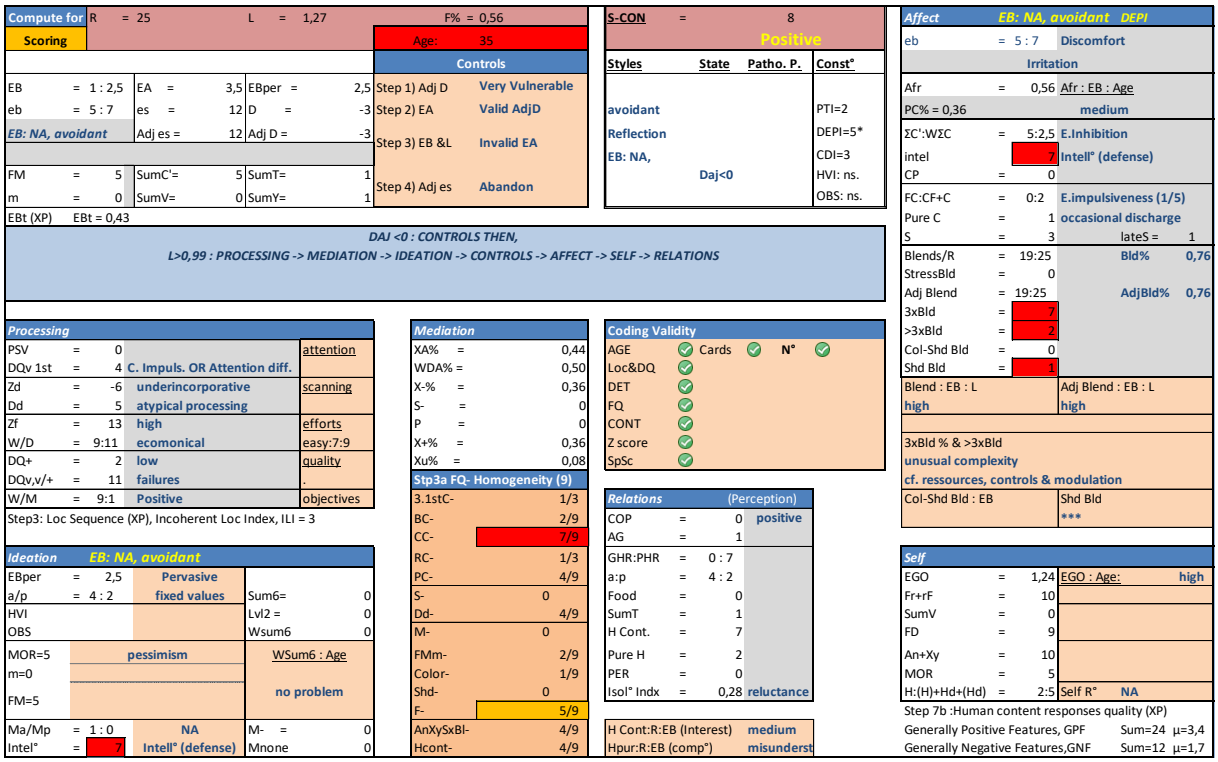
شكل رقم (10): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة سميرة (D4).*



تبين نتائج مقياس أنماط التعلق أن بعد التعلق السائد عند هذه المبحوثة هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى ويليه التعلق الآمن في الدرجة الثانية والتعلق غير الآمن المنفصل والمتجنب في الدرجة الثالثة على نفس المنحنى البياني بدرجة واحدة فقط، فهذه المبحوثة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من النمط المتناقض، يتميز بالنظرة السلبية للذات والايجابية للآخرين، فهي تتميز برغبة في التقرب من الآخرين وفي نفس الوقت تشعر بأن الآخرين، يرفضون الاقتراب منها ولا يهتمون بها وهذا طبيعي جدا، بالنظر إلى العلاقة مع الأم التي تميزت بالشتم والسب والانتقاد

فهذه المعاملة أنشأت عند المبحوثة نموذج سلبي فيه الإحساس بالرفض من صورة التعلق (الأم) وعممته على جميع علاقاتها.

شكل رقم(11): *الملخص الشكلي للمبحوثة سميرة (D4)*



من خلال الشكل رقم (11) نستنتج أن المبحوثة سميرة (D4) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر محاولة الإنتحار أيضا إيجابي S-CON=8.

1-1-4-3-تحليل بروتوكول المبحوثة سميرة *(D4)*

مؤشر الاكتئاب (DEPI)

جدول رقم(34): *نتائج مؤشر الاكتئاب عند للمبحوثة سميرة(D4)*

	SumV>0 OR FD>2	X
	Col-shd blends>0 OR S>2	X
	ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf	
	Afr<0,46 OR Blends<4	
	SumShd>FM+m OR SumC'>2	X
	MOR>2 OR INTELL>3	X
	COP<2 OR ISOL>0,24	X
	TOTAL	5
DEPI=5	POSITIVE?	VRAI

للإشارة في هذه الحالة قامت الباحثة بالإجراءات اللازمة والاستعجالية قبل القيام بتحليل بروتوكول المبحوثة، فبمجرد الحصول على مؤشر الكوكبة الانتحارية، تم الاتصال بالمختصة في الطب العقلي وإخبارها بأن هذه المبحوثة لديها خطورة المرور إلى الفعل الانتحاري.

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير –قدرات التحكم والتحمل للضغط–الانفعالات–إدراك الذات–إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. تسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. تمسح المبحوثة على عجل وعشوائية ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: هناك خلل وظيفي يميل إلى أن يكون ثابتًا عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. تعاني المبحوثة من مشكلة معيقة لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة **(المرحلة 3)**. ومن المحتمل أن تستجيب المبحوثة بطريقة أقل تقليدية وأكثر فردية، حتى في المواقف البسيطة و/أو المحددة بدقة ولا تشكل هذه السمة بالضرورة عائقًا **(المرحلة 4)**. فهناك احتمال كبير بأن تظهر سلوكات غير نمطية أكثر مما هو مرغوب فيه أو حتى غير مناسب. من المرجح أن يكون الميل إلى إنتاج سلوكات غير تقليدية مدفوعًا بأشكال من الخلل الوظيفي الوسيط ومشاكل في اختبار الواقع **(المرحلة 6)**.

التفكير: إن التفكير المفاهيمي عند المبحوثة غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم **(المرحلة 4)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة. إنها آلية فكرية زائفة تخفي و/ أو **تسمح بالإنكار**، وبالتالي تقلل من فرص معالجة التأثير بطريقة مباشرة و / أو واقعية **(المرحلة 7)**.

قدرات التحكم وتحمل الضغط: إن المبحوثة معرضة جدًا لفقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط **(المرحلة 1)**. كما أن هناك احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. المبحوثة تعاني من بعض الانزعاج **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: إن المبحوثة تمتلك إمكانية حدوث تجارب متكررة من الاضطرابات العاطفية **(المرحلة 1)**. ولها أسلوب متجنب–غامض لديها ميل واضح لتبسيط التعقيد والغموض وتجاهله أو إنكاره **(المرحلة 2)**. وتعاني المبحوثة من بعض الانزعاج النفسي حيث يمكن أن يتخذ هذا الانزعاج عدة أشكال، يمكن أن يكون مباشرا كما هو الحال في الاكتئاب أو القلق أو يمكن أن يكون غير مباشرا كما هو الحال في حالات التوتر غير العادي أو الخوف أو في أعراض جسدية مختلفة **(المرحلة 4)**. المبحوثة تقوم بقمع العواطف بشكل متكرر وتعاني من تهيج نفسي **(المرحلة 5)**. وهي أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا **(المرحلة 7)**. لديها مظاهر عاطفية شديدة للغاية وغالبا ما تبدو متهورة وتعكس تنظيما نفسيا غير ناضج **(المرحلة 9)**. كما تميل إلى أن تكون أكثر سلبية أو معارضة للبيئة من معظم الأشخاص **(المرحلة 11)**. وتعاني المبحوثة من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة **(المرحلة 12)**.

إدراك الذات: هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات المبحوثة عن العالم، هذه الخاصية هي سمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكات، بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي. **(المرحلة 2)**. المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس، فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين. **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمة An+Xy هي 12، فمن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم أو حتى القَلِقْ **(المرحلة 5)**. الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها، مما قد يكون مرغوبا فيه. **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: إن المبحوثة منفتحة عمومًا على إقامة علاقات وثيقة وتقبل بسهولة التبادلات اللمسية المعتادة، كطريقة لتأسيس هذه العلاقات والحفاظ عليها. **(المرحلة 5)**. كما تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع المواقف، مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. من المحتمل ألا تتوقع المبحوثة تفاعلات إيجابية بين الأشخاص بالطريقة المعتادة. وهي عرضة

للشعور بعدم الارتياح في المواقف الشخصية وقد ينظر إليها الآخرون على أنها منعزلة **(المرحلة 8)**. وتميل إلى أن تكون أقل نشاطًا في التفاعلات الاجتماعية مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 10)**.

1-1-4-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الرابعة سميرة(D4)

من خلال المقابلة ومقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، أظهرت النتائج أن المبحوثة سميرة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي، من نمط التعلق غير الآمن المتناقض والذي يتميز بتقدير ذاتي متدني جدا، كما أنها تعاني من الاكتئاب الذي ينتهي بالمرور إلى الفعل وهذا من خلال تواجد مؤشرات الاكتئاب والانتحار معا، مما يدل أن سميرة في معاناة صعبة جدا وأن الاكتئاب عندها وصل إلى درجة الرغبة في الموت، كل هذا كان واضحا من خلال المقابلة فهي تعاني صراعات علائقية على كل المستويات، وهذا لعدم قدرتها على التكيف مع الواقع المرفوض، قلة العناصر التحفيزية الذي يرجع إلى مشاعر الحزن والملل ورفض الحياة، الجانب الوظيفي لإختبار الواقع معطل وهذا ربما ما يعرضها لمشاكل وصراعات أكبر، مما يدل أن الرقابة قليلة جدا فهي لا تملك السيطرة أو حتى التحكم في انفعالاتها وهذا راجع إلى قوة الضغط الذي تعيش فيه، تَغلب التفكير التشاؤمي وهذا يمكن ترجمته من خلال النظرة السلبية للذات، التي تتميز بها لإحساسها بالرفض وعدم القبول من الآخرين رغم وجود الرغبة في التقرب منهم، ميكانيزم الانكار حاضر بقوة (وهو من الميكانيزمات البدائية)، مما قد يعرضها إلى فقدان العلاقة مع الواقع.

تتمتع بأسلوب متجنب غامض هذا ما يوضح بقوة مشكلتها في إدراك الواقع، قمع على مستوى العواطف بإستخدام أسلوب دفاعي لإخفاء القوة العاطفية (نقطة ضعفها)، ما يوضح عدم النضج النفسي الذي يظهر من خلال صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما جاء في كل من مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، وعليه فالمبحوثة لا تتمتع بالصحة العقلية من حيث أنها لا تملك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية وتفتقر للقدرة على التحكم وتحمل الضغط واتخاذ القرارات وخاصة أن المكون الأساسي الذي يسمح بإختبار الواقع معطل بشدة مما يوضح صعوبات كبيرة في التكيف.

1-1-5-تقديم المبحوثة الخامسة نعيمة (D5)

المبحوثة نعيمة إمرأة تبلغ من العمر واحد وأربعون سنة، مطلقة لمرتين ولديها ثلاثة أطفال (2 ذكور وطفلة)، لديها مستوى جامعي علوم قانونية وإدارية وهي تعمل الآن كمحامية. تحتل المرتبة الكبرى بين إخوتها الأربعة، الأب متوفي والأم على قيد الحياة. تم توجيهها من طرف المختصة في الطب العقلي على أنها تعاني من اضطراب الاكتئاب.

❖ **محور الصحة الجسمية**

لا تعاني المبحوثة من أي مرض عضوي سوى آلام على مستوى الظهر والمعدة مشكلة الوزن الزائد للجسم."*كرحت روحي قاعدة غير نسمان*"، "*راني نسوفري من المعدة بزاف*".

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني المبحوثة من تقلبات في المزاج بصورة دائمة والانفعال الشديد والشعور بالملل والفراغ الداخلي عدم الشعور بالرغبة في العمل، الهروب من المسؤولية، نقص النشاط، الانعزال، لا توجد المتعة في الحياة."*ما نيش مليحة تم تم يهبطلي المورال ونزعف على أبسط حاجة*"، "*نحس بالضياع وكارهة كلش*"،" *ما كان حتى طعم في هذا الدنيا*"، "*نحس روحي Vide لداخل*"، "*نروح نخدم باش نوكل ولادي كون ليا ما عندي حتى رغبة في العمل*"، "*كارهة والمسؤولية زادت عليا*"، "*نحب نقعد وحدي ونتقلق كي يجي عندي واحد للدار*". تكيفها مع الواقع نسبي، تم تشخيص الاكتئاب لديها من طرف المختصة في الطب العقلي منذ ستة سنوات.

أما الجانب الجنسي فهي تفتقد للرغبة الجنسية، "*ما عندي حتى رغبة في الجنس، كرهتوا*"، "*نحس روحي ميتة من الداخل حاجة ما تحركني*".

عاشت المبحوثة صدمات متكررة تحرش جنسي في الطفولة في عمر خمسة سنوات، حادثة سيارة في عمر واحد وعشرون سنة، حادث الزلزال، موت الأخ في السجن نتيجة حدوث حريق. "*أكبر حاجة محطمتني طلاقي من الزوج الأول ونفس النتيجة مع الزوج الثاني*"، "*تعرضت للإهانة والضرب من طرف زوجي وأمام الجميع*"، "*أكبر صدمة حطمتني وعمري ننساها راجلي تهمني بالخيانة وأنو الطفل ما شي وليدو ورخسني قدام خاوتي ويما*"، "*موت خويا كمل عليا*".

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

العلاقة مع الأم كارثية مليئة بالصراعات، والشجارات والعتاب والانتقادات والهجر الدائم والمخاصمة علما أن العلاقة بين الوالدين انتهت بالطلاق وهذا بسب الصراعات التي تميزت بالعنف والضرب من طرف الأب." *بما تعرف غير تضربنا* "، "*مع بابا والو مغبونة*"، "*نحبها ونكرها تغضني كي يضربها بابا* "، "*ساعات نقول تستاهل هي ضعيفة*"، "*والديا خلطولي حياتي*".

علاقتها مع الأب سيئة وباردة خالية من العواطف، "*بابا جامي شفت لحنانة تاعوا*"، " كان يحب غير روحو"، "*خلانا وراح على جال امرأة*"، "ضيعنا حرام عليه"، "*نكرهوا صراحة*".

العلاقة مع الزوج سواء الأول أو الثاني تميزت بعدم الاستقرار والضرب والعنف ولكن الطلاق الثاني ترك آثار كبيرة وعميقة على نفسية المبحوثة، لما عاشته من صدمات. "*الراجل خلاص بالنسبة ليا، كرهتهم كامل*"، "*كون يقتلوني ما نزيدش نتزوج*". علاقتها مع الجسم علاقة رفض كامل" جسمي *ما يعجبنيش كامل*". أما الدعم والسند الاجتماعي فهو منعدم تماما، "*كلش نديروا وحدي*"،" واحد ما لقيتوا" "*كون نموت واحد ما يوقف يسقسي عليا* ".

❖ **محور الاكتئاب**

تعاني هذه المبحوثة من الحزن، الفراغ، اليأس، البكاء، عدم الرغبة في الحياة، الملل، نقص النشاط، الهروب من المسؤولية. مع انخفاض تام للطاقة والنشاط، "*نحب غير نهرب من الخدمة*"، " *الناس يجيبولي القضايا تاعهم وأنا نخليهم غير يطولوا*"، " *ما نجي نروح للخدمة الصباح بالجهد*". زيادة في وزن الجسم والشعور بالارهاق الكبير،"*نحس روحي ميتة من قوة التعب*". مع عدم الإحساس بالقيمة والشعور بالذنب، "*أنا درت ودرت ودرت وواحد ما قيمني*"، "*نادمة على بزاف حاجات درتها* ".

كما أن هذه المبحوثة تعاني من عدم القدرة على التركيز والتفكير واتخاذ القرار،" *ما نقدرش نهز قرار في حياتي*"، "*نعرف غير نهدر في وقت الصح ما كان والوا*"، " *مخي نحسوا معمر بزاف*" "*أني غايبة كامل ما نيش هنا* "، "*ما نقدر نخمم في حتى حاجة وكي نجي نخمم نتعب*".

رغبتها في الموت كبيرة، "*كون غير مت*"، "*موتي خير من حياتي*"، "*واش راني ندير حاجة ما هي تفرح*". كما أنها تعاني وبشدة من صعوبة النوم وكثرة الاستيقاض، لا تتذكر شيء عن الأحلام "*ما نشفى على حتى حاجة*".

لقد استجابت المبحوثة نعيمة بكل صعوبة، تطلب هذا من المبحوثة جهد كبير حتى استطاعت أن تتحدث نعيمة عن معناتها، كما بدت المبحوثة حزينة ويائسة من خلال ملامح وجهها وظهرت عليها الحاجة للمساعدة.

1-1-5-1-تحليل محتوى المقابلة

تُعبر نعيمة عن الضغط والقلق والتوتر بأعراض جسمية، تتمثل في آلام الرأس والمعدة وزيادة الوزن وهي أعراض دالة على الضغط والصراع وعدم القدرة على التحمل.

من الناحية النفسية العقلية تعاني بصورة دائمة من تقلب المزاج والانفعال الشديد، الشعور بالملل والفراغ وعدم الرغبة في القيام بأي نشاط مع محاولة الهروب من تحمل المسؤولية وهذا يبرهن على حالة التعب الشديد وعدم الشعور بالمتعة في الحياة، تكيفها مع الواقع نسبي وعدم وجود النشاط الجنسي عند نعيمة، علامة دالة على فقدان اللذة وهذا نتيجة الصدمات التي تعرضت إليها على التوالي وخاصة صدمة المعاملة القاسية لأقصى درجة من الزوج الثاني، الذي حطم صورتها الذاتية بإتهامها بالخيانة وانكاره لإبنه أمام الجميع. وهذا أكبر ألم يمكن أن تتعرض إليه المرأة في الحياة ليزداد الألم أكثر بعد وفاة الأخ المقرب إليها، الذي كان في السجن ونتيجة نشوب حريق والذي تسبب في موته وهي الصدمة الثانية الصعبة على التوالي عند المبحوثة، حادثة التحرش الجنسي في خمس سنوات كانت لها آثار وخيمة على نعيمة من الناحية الجنسية (العملية الجنسية آلية) "*في العلاقة الجنسية جسمي برك حاضر وعقلي ما كانش، نحس روحي ميتة*".

يغلب على الجانب العلائقي المعاملة السيئة والعنف بمختلف أنواعه، علاقتها مع الأم كارثية تخلو من التفاهم والعاطفة والحب، أما الأب فحبه لذاته واهماله وتركه (من أجل امرأة أخرى) ومعاملته القاسية لزوجته والتي انتهت بالطلاق، ساهم بقوة في إنشاء برنامج سلبي أعادته المبحوثة خلال علاقتها مع الزوج، (الاتهام بالخيانة، الضرب، المعاملة السيئة، الطلاق)، عدم وجود الدعم والسند الاجتماعي وعلاقة سلبية تماما مع الجسم الذي يوضح بقوة رفض الوجود الذاتي.

يظهر الاكتئاب واضحا من خلال مشاعر الحزن والفراغ وعدم الرضى، التهرب من المسؤوليات انخفاض النشاط العام، وعدم القدرة على النوم والوزن الزائد للجسم وانعدام الطاقة الجنسية وعدم الشعور بالقيمة والندم ومشاعر الذنب وعجز في التفكير واتخاذ القرار والرغبة القوية في الموت،

الحياة الهوامية تمثلت في العجز عن تذكر الأحلام، مما يدل على قوة الصراعات الداخلية وعدم التوزان وهو ميكانيزم يبرر عدم الرغبة في تذكر الماضي.

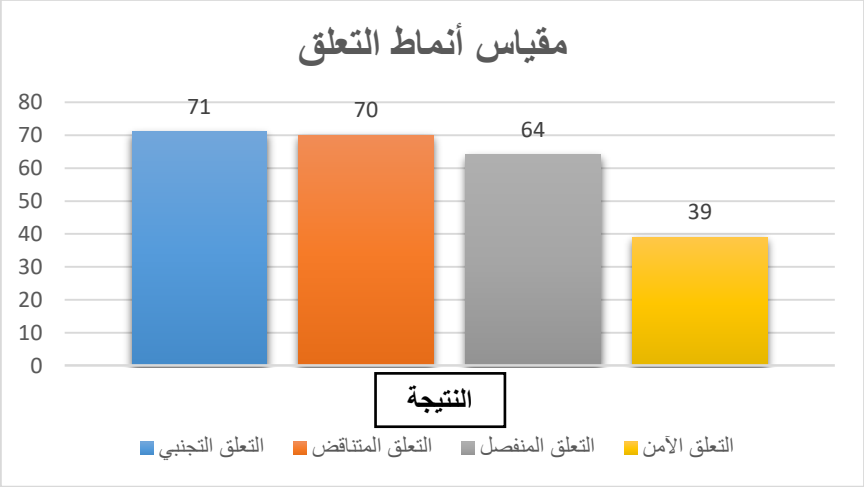
1-1-5-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة نعيمة (D5).

بعد تمرير المقياس على المبحوثة نعيمة أوضحت النتائج.

جدول رقم (35): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة نعيمة (D5).*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
تعلق تجنبي	71
التعلق المتناقض	**70**
التعلق المنفصل	**64**
تعلق آمن	**39**

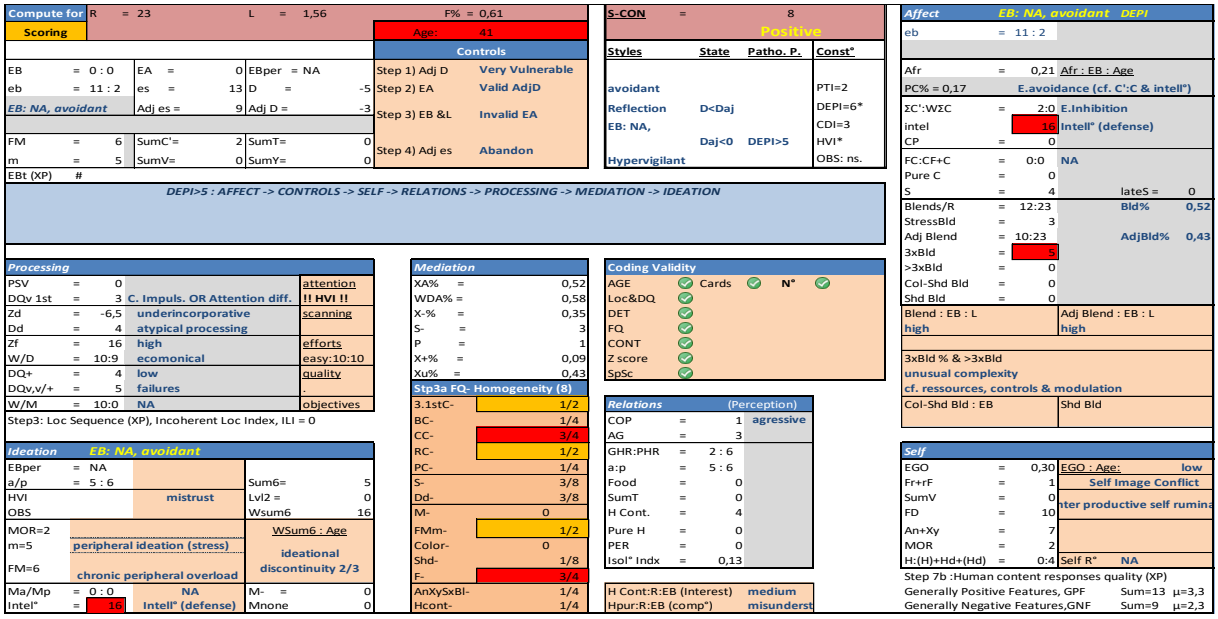
شكل رقم (12): *نتائج أنماط التعلق عند المبحوثة نعيمة (D5).*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق المبينة في الجدول والشكل البياني، يظهر أن بعد التعلق السائد هو نمط التعلق غير الآمن المتجنب في الدرجة الأولى ويليه نمط التعلق المتناقض في الدرجة الثانية ونمط التعلق غير الآمن المنفصل في الدرجة الثالثة، ليكون التعلق الآمن في آخر ترتيب ما

يبين بقوة عدم إحساس المبحوثة بالأمان، حيث أن نموذج العامل الداخلي سلبي عندها يتميز بالنظرة الإيجابية للذات والنظرة السلبية للآخرين، فهي لا تشعر بالارتياح في العلاقات القريبة ويصعب عليها الوثوق أو الاعتماد على أي شخص، وبالنظر إلى المعاش النفسي لهذه المبحوثة في علاقتها السيئة بالأم والأب والصراعات الدائمة بين الوالدين التي انتهت بالطلاق، ساعد المبحوثة على تبني نموذج عامل داخلي سلبي يحمل نفس البرنامج الذي عاشته مع الوالدين والملاحظ أنها كررت نفس الأحداث.

شكل رقم(13): *الملخص الشكلي للمبحوثة الخامسة نعيمة (D5)*



من خلال الشكل رقم (13) نستنتج أن المبحوثة نعيمة (D5) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=6 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر محاولة الإنتحار أيضا إيجابي S-CON=8.

1-1-5-3-تحليل بروتوكول للمبحوثة الخامسة نعيمة (D5)

مؤشر الاكتئاب (DEPI)

جدول رقم (36): *نتائج مؤشر الاكتئاب للمبحوثة الخامسة نعيمة (D5)*

	SumV>0 OR FD>2	X
	Col-shd blends>0 OR S>2	X
	ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf	X
	Afr<0,46 OR Blends<4	X
	SumShd>FM+m OR SumC'>2	
	MOR>2 OR INTELL>3	X
	COP<2 OR ISOL>0,24	X
	TOTAL	6
DEPI=6	POSITIVE?	VRAI

وكإشارة قبل القيام بتحليل بروتوكول الرورشاخ الخاص بهذه المبحوثة، قامت الباحثة بالاتصال المباشر بالمختصة في الطب العقلي، لإخبارها بوجود مؤشرات الانتحار لتفادي أي خطر يمكن أن يحدث للمبحوثة.

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: الانفعالات–قدرات التحكم والتحمل للضغط–إدراك الذات–إدراك العلاقات–علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير.

الانفعالات: المبحوثة تعاني من مشكلة عاطفية كبيرة وربما تكون معيقة **(المرحلة 1)**. وتقوم بتثبيط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس وربما تعاني بشكل كبير من الشعور بالتهيج النفسي **(المرحلة 5)**. وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، حيث نستنتج أن المبحوثة **غير مرتاحة** للغاية في المواقف العاطفية أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 1)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا **(المرحلة 7)**. المبحوثة انزعجت إلى حد ما من الاختبار وربما يعكس هذا ميلا مفرطا نحو المعارضة عندما تشعر بالتشكيك بلا داع، ولكنه قد يعكس أيضا موقفا سلبيا أكثر رسوخا تجاه السلطة **(المرحلة 11)**. إن الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا مما هو متوقع، تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية **(المرحلة 12)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد. نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع **(المرحلة 1)**. والموارد المتاحة تكون محدودة أكثر **(المرحلة 2)**. من المحتمل أن المبحوثة تواجه أنماط تفكير عشوائية وغير متصلة أكثر من المعتاد. عادة ما تكون الأنشطة الفكرية من هذا النوع مدفوعة بزيادة الاحتياجات غير الملباة. تنقسم هذه المطالب المستندة إلى الحاجة إلى أنماط تفكير متعمدة وتتداخل في كثير من الأحيان مع التركيز والانتباه **(المرحلة 5)**.

إدراك الذات: المبحوثة شديدة اليقظة ولا تثق في البيئة، وتقلق بشأن إمكانية التلاعب بها أو التقليل من قيمتها. تستثمر طاقة كبيرة في الحفاظ على حالة من اليقظة، تسمح لها بتحديد هذه الاحتمالات والتصدي لها. إن مسألة النزاهة الشخصية مهمة جدا لها وغالبا ما تدافع عن نفسها من خلال عزو أسباب الأحداث السلبية إلى قوى خارجية دون مراعاة حقيقة الموقف. **(المرحلة 1)**. هناك استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات

المبحوثة عن العالم، هذه الخاصية هي سمة شخصية أساسية، لها تأثير كبير على القرارات والسلوكات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي. **(المرحلة 2)**. ونعتقد بأن تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب. فهذا يشير إلى أن المبحوثة في صراع شديد، فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات من المحتمل جدا حدوث خلل في السلوك **(المرحلة 3)**. هناك اهتمام خاصا بالجسم لدرجة الشعور بالقلق **(المرحلة 5)**. ومن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: تميل المبحوثة إلى الإفراط في الحذر التقليدي في التعامل مع الآخرين وتميل إلى الشعور بالضعف الشديد وتقوم بصياغة سلوكاتها بحذر شديد، إنها منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية، بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات. **(المرحلة 2)**. المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية **دورا** سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. كما أنها تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة بدلا عن ذلك يشير إلى أن المبحوثة تكون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**. وتشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع المواقف، مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. فمن المحتمل أن تدرك **أن** العدوان جزء طبيعي من العلاقات الشخصية. عادة ما تكون سريعة أو عدوانية في سلوكها اليومي. في بعض الأحيان تمثل هذه السلوكات أسلوبًا دفاعيًا، يهدف إلى التعويض عن مشاعر عدم الأمان في المواقف الشخصية، ولكنها غالبًا ما تعكس ببساطة طريقة مكتسبة للتفاعل مع الآخرين **(المرحلة 4)**.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. وتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية

عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. تمسح المبحوثة على عجل وعشوائية ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: إن الخلل الوظيفي خطير للغاية واختبار الواقع متدهور للغاية. غالبًا ما تكون مثل هذه النتائج نتيجة شخص يمر بعملية شبيهة بالذهان **(المرحلة 1)**. تعاني المبحوثة من مشكلة معيقة، لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة **(المرحلة 3)**. فمن المحتمل أن تستجيب المبحوثة بطريقة أقل تقليدية وأكثر فردية، حتى في المواقف البسيطة و/ أو المحددة بدقة ولا تشكل هذه السمة بالضرورة عائقًا **(المرحلة 4)**.

التفكير: وجود سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسية المبحوثة والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي وتستخدم طاقة كبيرة للحفاظ على حالة تأهب دائمة **(المرحلة 4)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة. إنها آلية فكرية زائفة تخفي و/أو تسمح بالإنكار، وبالتالي تقلل من فرص معالجة التأثير بطريقة مباشرة و/ أو واقعية **(المرحلة 7)**.

1-1-5-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الخامسة نعيمة (D5)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، تبين أن المبحوثة نعيمة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتجنب، الذي يتميز بالنظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين وأن المبحوثة اجتمعت فيها مؤشرات الاكتئاب والانتحار واليقظة المفرطة.

حيث تميل المبحوثة إلى الحذر المفرط في التعامل مع الآخرين، فكل تصرفاتها تخضع لرقابة شديدة كما تهتم بالمساحة الشخصية والدفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية، لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات وهذا راجع إلى الخوف، مما يدل أنها لا تملك أدنى شعور بالأمان والثقة والذي يظهر بكل وضوح في مقياس أنماط التعلق (التعلق الآمن في آخر مرتبة). وهذا دليل على أنها تعاني من مشكلة عاطفية كبيرة وربما تكون معيقة. تستخدم الفكر كميكانيزم دفاعي في المواقف العاطفية، مما يدل على تثبيط عاطفي وارهاق في هذا الجانب. مشكلتها مع السلطة كبيرة وهذا ربما يرجع إلى التجربة التي عاشتها مع الوالدين والزوج.

تعاني المبحوثة من الاجهاد المزمن فكل الصدمات التي عاشتها (موت الأخ المقرب في السجن، الطلاق لمرتين، الاتهام بالخيانة، الإهانة أمام الجميع). هذا كله أثر سلبا على الجانب الفكري والعمليات العقلية (التركيز، التذكر، الانتباه) والعشوائية في التفكير.

يشتد الانفعال لديها في حالة التلاعب بها أو التقليل من قيمتها وهذا ما يفسر بالكبت الراجع إلى الصدمة التي عاشتها أمام الجميع ولم تستطيع الدفاع عن نفسها، طاقتها كلها مستثمرة في الحفاظ على حالة اليقظة، مشاعرها مبالغ فيها بالفخر الشخصي وهذا كمحاولة لإسترداد مكانتها وصورتها المحطمة، شعورها بقيمتها ينخفض عندما تقارن نفسها بالآخرين، مما يكشف عن الصراع بين الصورة الذاتية وتقدير الذات، اهتمامها بالجسم لدرجة القلق (علاقتها سيئة بالجسم)، النظرة التشاؤمية عن الذات كبيرة، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة وربما هذا يفسر الخوف من الأشياء التي لا تعرفها ولا تتقنها، كما أنها أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص خاصة التي تنطوي على التبادل اللمسي، العدوانية جزء طبيعي من العلاقات الشخصية لديها (معاملة الأب للأم / معاملة الزوج لها بالعنف)، تعاني من خلل وظيفي خطير للغاية واختبار الواقع متدهور للغاية وهي عملية شبيهة بالذهان، المبحوثة دائما في حالة تأهب وهذا مايجعلها مستنزفة وعرضة للاجهاد الدائم.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما جاء في كل من مقياس أنماط التعلق وإختبار الرورشاخ، وعليه فالمبحوثة لا تتمتع بالصحة العقلية من حيث أنها لا تملك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية وتفتقر للقدرة على التحكم وتحمل الضغط واتخاذ القرارات والمكون الأساسي لإختبار الواقع معطل بشدة والحالة الشبيهة بالذهان التي تعيشها تفسر أنها ليست متكيفة تماما مع الواقع.

1-2-مجموعة حالات الوسواس القهري

كما أشارنا سابقا أن لكل فئة من الحالات وضعنا رمز حيث يرمز لهذه الفئة بالرمز (O)

1-2-1-تقديم المبحوثة الأولى فهيمة (O1)

المبحوثة فهيمة امرأة متزوجة وأم لطفلين تبلغ من العمر ثمانية وأربعون سنة، لديها مستوى جامعي ليسانس علوم قانونية وإدارية وهي تعمل الآن كموثقة، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها الخمسة الأم والأب متوفيان، الأم توفيت سنة 2008 والأب توفي سنة 2018، تم توجيهها لنا من طرف المختصة في الطب العقلي على أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري، كإشارة أن هذه المبحوثة في أسرتها يوجد اضطراب الاكتئاب الذي يعاني منه الأخ، لعدة سنوات واضطراب الوسواس القهري الذي تعاني منه الأخت منذ مدة طويلة، علما أن هذه الأخت تعيش معها في نفس المنزل.

1-2-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند فهيمة فقد أبانت محاورها.

- **محور الصحة الجسمية**

المبحوثة تعاني من أمراض عضوية (ارتفاع الضغط الدموي والغدة الدرقية، القولون، بكتريا المعدة، المرارة) وأعراض عضوية تمثلت في آلام الرأس والمعدة والشعور الدائم بثقل في القدمين، وحكة مستمرة على مستوى الظهر، لا توجد عندها رغبة في الأكل "*نفسي مغلوقة*"، عدم القدرة على النوم "*لا نوم*"، حلم متكرر رؤية الكلاب يطاردونها.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني المبحوثة من الانفعال الزائد والبكاء بكثرة، الشعور بالاختناق، القلق التوتر، الغضب." *ضغوط كبيرة بسبب عملي*"، ومدى تكيفها مع الواقع نسبي تم تشخيص اضطراب الوسواس القهري عندها منذ 2020 من طرف المختصة في الطب العقلي.

من الناحية الجنسية تعاني المبحوثة من برود جنسي، " *عندي برود جنسي بسبب معاملة زوجي وأنانيته*". وبسبب هذا لجأت المبحوثة إلى طريق آخر في اشباع الجانب الجنسي لديها وهذا عن طريق

العادة السرية " *وليت نمارس العادة السرية كي عدت باردة جنسيا من جيهة راجلي ما فهمتش كيفاش قعدت لهذا السنوات في العلاقة الجنسية كي نتفكر الكلام والمعاملة السيئة (حمارة) يحتقرني ويعايرني، هو عندو سرعة القدف وهذا السبة لي خلاتني باردة جنسيا* ".

تعرضت إلى صدمات وأحداث مفاجأة ففي عمر خمسة سنوات، عاشت المبحوثة حادثة صعبة جدا وهي أن أختها الكبرى وأمها وخالتها قاموا بالكشف عن عضوها الجنسي، بسبب الخوف من أن تكون قد تعرضت لتحرش جنسي، وحادثة سيارة في عام 2005، كما تعرضت إلى صدمة أغلق فيها الباب عليها وكانت لوحدها، إلى جانب صدمة الزلزال وصدمة الحريق الذي نجت منه بأعجوبة.

كما تعرضت إلى صدمة كبيرة سنة 2012 عندما دخل الأخ الأكبر إلى السجن، بسبب ارتكابه لخطأ تمثل في (إمضاء أوراق دون قراءتها)، في مجال عمله والذي يعمل كموثق هو الآخر حيث تقول المبحوثة " *حالتي النفسية بدأت تسوء ملي دخل خويا للسجن* ".

وفي 2020 تتالت الصدمات من حادثة الغرق إلى وفاة نفس الأخ، بسبب كورونا وهو المقرب إليها في العائلة ووفاة الشخص الذي كانت تحبه بقوة.

- **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

من خلال المقابلة التي أجريت مع المبحوثة تبين أن الأم عاشت حياة تعيسة مع الأب " *نفس السيناريو نعيشوا أنا مع زوجي، منذ الطفولة وبابا يقول ليما نزوج عليك وكان يضربها بزاف، تزوج بابا على يما وهي لي طلبت منو غير باش تتهنى منوا يما ما كنتش تشكي كانت تعيسة مع بابا* ".

أما علاقتها مع الأب فكانت باردة من العواطف وسطحية مبنية على الخوف أكثر من الحب" "*ما كانش حنين معنا كنا نخافو منو كي يدخل للدار* ".

بينما علاقتها مع الأم فتميزت بالتناقض الوجداني حب وشفقة وكره وتذمر، " *يما نحبها لأنها تغضني وما تعجبنيش لأنها ضعيفة وخاضعة ماعندهاش شخصية، كون طلبت الطلاق منو ولا حياة الذل لي كانت عيشتها* ".

أما العلاقة مع الزوج الذي تزوجت به منذ 1991، فهي نادمة جدا على الزواج به والذي عبرت عنه بقولها " *كون يرجع الزمان للورا مانتزوجش، خطبني وأنا في عمري سطاش سنة وتزوج بيا وعمري تمنطاش، مصيبتي راجلي ما يقدرنيش وما يقيمنيش عندو الغيرة مني يحس بنقص الشخصية*"" *حكمتوا في خيانة في الهاتف ولي فاق بيها وليدي*"، " *زاد وليدوا وما فرحش بيه*"." *المشكلة*

تاعي بدت من ليلة الدخلة الدم ما كانش لأني عندي غشاء مطاطي ولي روحت بسبتوا للطبيب"، "راجلي يحوس عليا غير على العلاقة الجنسية"، "كنت نغير عليه وكانت توجعني كي يقولي تهدري بزاف"، " كنت نحبوا ودوكا وليت مانطيقوش وما نيش رايحة نرتاح حتى نطلق منو"، "كنت نمثل بلي نحس باللذة وهذا الأمر نحيتو من حياتي خلاص"، "ما عادش يهمني الجنس معاه".

" الخيانة من راجلي كانت في 2004 وهي أول خيانة ومن هنا بدات تزعزع الثقة تاعي فيه، اتصلت به وحدة في التلفون وأنا هدرت معاها، وفي 2010 كان زبون عندي وكان يهتم بيا حتى لقيت روحي في خيانة معاه، لأنو كان يعطيني الاهتمام لي ما لقيتوش عند راجلي وهذا الخيانة كانت في التلفون برك لأني ما نيش محتاجة جنس محتاجة حنانه واهتمام وواحد يقيمني".

في عام 2019 دخلت في علاقة عاطفية ووصلت إلى درجة الحب مع شخص متزوج وهو من خارج الوطن التقت به.

علاقتها مع جسمها سئية وخاصة منطقة البطن "*كرشي ما تعجبنيش*". لا يوجد أي دعم أو سند "*غير أنا لي ندير كلش*".

- **محور الوسواس القهري**

تعاني هذه المبحوثة من أفكار متكررة حول موت الأخ "*دايمن مخي يدور غير بموت خويا والجنازة تاعوا*"، "*دايمن شاغلتني فكرة أني ندخل للسجن ونتخيل السيناريوا*". مما جعلها تقوم بمراقبة الأوراق في المكتب بصورة متكررة ومزمنة، "*نقعد في المكتب لساعات طويلة وأنا نشوف في الملفات ونعاود الملف نشوفوا خمسين مرة*"، "*كرهت حياتي الناس كامل تخدم وتروح وأنا نقعد ما نخرجش من المكتب وكي نروح للدار تجيني أفكار بلي ما شفتش مليح ما عييت في ساعات متأخرة من الليل نروح غير باش نتأكد*".

كما تعاني المبحوثة من سلوك قهري متكرر وهو غسل اليدين بإستمرار بطريقة مقلقة والذي تزامن ظهوره مع جائحة كورونا حيث عبرت المبحوثة عنه بقولها "*ملي جات كورونا وفرضوا الحجر الصحي وقعدت في الدار، وليت نغسل يديا ونعاود في اليوم بزاف، ودوكا وليت ندوش ونعاود ندخل للدوش بساعات، كرهت والله غير كرهت حياتي*".

كانت المبحوثة فهيمة متعاونة للغاية لم تجد الباحثة أي صعوبة في القيام بالمقابلة والوصول إلى أكبر قدر ممكن من المعلومات، حيث أن المبحوثة تميزت بالكلام بإسهاب عن حياتها وبكل التفاصيل حتى الجانب الجنسي وبدون إحراج والملاحظ أن المبحوثة كانت تنتقل من موضوع إلى آخر ما يوحي بوجود ضغط كبير وتريد أن تتخلص منه عن طريق الكلام. وللاشارة أن المبحوثة تتكلم كثيرا ما تستعمل اللغة العربية الفصحى وهذا ربما يعود إلى طبيعة عملها.

1-2-1-2-تحليل محتوى المقابلة

تعاني المبحوثة فهيمة من أمراض سيكوسوماتية تمثلت في الأمراض العضوية المزمنة (ارتفاع الضغط الدموي والغدة الدرقية والقولون)، كما أنها تعبر عن الضغط والقلق بأعراض عضوية آلام الرأس والمعدة والشعور الدائم بثقل في القدمين وحكة على مستوى الظهر، مما يوضح أن المبحوثة تعاني بقوة على المستوى الجسدي، وهذا دلالة على عدم التوازن بين غريزتي الحياة والموت والاستثمار المفرط للجسد، بسبب عدم التوازن بين الجهاز النفسي والجهاز الجسدي والذي عادة يحدث نتيجة صراع أو صدمة لا شعورية ناتجة عن نقص الوسائل السيكولوجية للدفاع عن القلق، التي ترجع إلى اختلال التوظيف العقلي المرتبط بالبعد الانفعالي والاجهاد، فهي لا تملك القدرة على معالجة وارصان التمثيلات النفسية للنزوة سواء على مستوى البعد الكمي أو الكيفي، لهذا فهي تتميز بتوظيف عقلي خاص يفتقر للهومات والميكانزمات الدفاعية فيه غير فعالة، لا تسمح بالقدرة على المعالجة العقلية للمتناقضات التي ترهقها في الحياة.

من الناحية النفسية والعقلية فهيمة تعاني من الانفعال الزائد والبكاء بكثرة والشعور بالاختناق والقلق والتوتر وحتى الغضب، فهي تعيش ضغوطا كبيرة بحكم وظيفتها التي تتطلب الفطنة والدقة والمجهود والحرص اللازم حتى تؤديها على أكمل وجه للحفاظ على حقوق الناس، كما أن مهنتها لا تخلو من المخاطر مما يجعلها حذرة أكثر من اللازم. من الناحية الجنسية تعاني المبحوثة من تعاسة كبيرة بسبب البرود الجنسي والذي ترجع أسبابه إلى المعاملة السيئة من طرف الزوج الذي يعاني من سرعة القدف، مما يدل على أنها تعرضت لاحباطات كثيرة في هذا الجانب حتى وصلت إلى حالة من البرود وعدم الرغبة، عانت المبحوثة صدمات كثيرة ففي عمر مبكرة (خمس سنوات) تعرضت إلى حادثة تركت آثارا كبيرة على الجانب النفسي، عندما قامت الأخت الكبرى والأم والخالة بالكشف

عن عضوها الجنسي، خوفا عليها أن تكون قد تعرضت إلى اعتداء جنسي وفقدت عذريتها والذي سجل عند المبحوثة اعتداءا في حد ذاته، لم تستطيع ترجمته أو فهمه في ذالك الوقت بحكم سنها، لكنه خلف آثار كانت واضحة في سن الرشد بعد الزواج، حيث تكرر الحدث الصدمي الأول في ليلة الدخلة بإتهام الزوج لها بأنها ليست عذراء بسبب عدم وجود الدم، في حين أن المبحوثة غشاء البكرة عندها من النوع المطاطي. والظاهر أن جل الصدمات التي عاشتها المبحوثة في عام 2005 مرتبطة كلها بالموت والنجاة منها (حادثة السيارة، الزلزال، الحريق)، لتعيش صدمة موت الأم في عام 2008، للتعرض إلى صدمة أخرى في عام 2012 هي دخول أخوها المقرب إليها إلى السجن، حيث خلفت هذه الصدمة آثارا نفسية كبيرة جعلتها تعيش حالة اكتئاب، لكنها لم تصل لحد الوسواس القهري. لتعيش مرة أخرى في عام 2018 وفاة الأب، وعلى التوالي في عام 2020 حادثة الغرق التي نجت منها بأعجوبة (حادثة ارتبطت هي الأخرى بالموت)، ووفاة الشخص الذي كانت على علاقة عاطفية به (بكوفيد) وفي نفس العام 2020، الذي انتهى بصدمة أخرى وهي موت الأخ (بكوفيد) والذي كان العامل المفجر لظهور الوسواس القهري عند فهيمة (كإشارة هذا الأخ يعمل موثق أي نفس عمل المبحوثة).

أما على المستوى العلائقي عاشت المبحوثة حياة غير مستقرة، بسبب الصراعات المستمرة بين الوالدين والتي كانت مليئة بالنزعات وسوء المعاملة والعنف من طرف الأب، الذي كان يضرب الأم بإستمرار ويهددها بالزواج، فالأم عاشت حياة تعيسة مع الأب والذي تزوج عليها في الأخير.

علاقتها مع الأم مبنية على التناقض الوجداني المبني على الحب والشفقة وفي نفس الوقت الكره والتذمر، حيث ترى فيها الأم الخاضعة والضعيفة بدون شخصية ترضى بحياة الذل فهي أم سلبية في نظرها. أما العلاقة مع الأب فهي خالية من العواطف، سطحية مبنية على الخوف بسبب غيابه المتكرر من المنزل. أما الزوج فعلاقتها معه مأسوية تميزت بالصراعات والنزعات، لدرجة كبيرة وهذه العلاقة ما هي إلا البرنامج نفسه الذي عاشته خلال طفولتها مع الوالدين يتكرر مع الزوج وبنفس الطريقة، فهي تعاني من احتقار واهانة وعدم التقدير والغيرة والإهمال والخيانة التي اكتشفتها في عام 2004 حيث كانت سببا هز ثقتها لدرجة الندم على الزواج منه، منذ ذلك الحين تضخمت الصراعات بينهما وخاصة الجانب الجنسي الذي أصبح منعدما تماما، ونتيجة نقص الاهتمام الذي كانت تعيشه المبحوثة من طرف الزوج، أما في عام 2010 دخلت في علاقة عاطفية سطحية اقتصرت على

الرسائل والتي كانت تستمد منها استرجاع قيمتها من خلال المعاملة، التي كان يعاملها بها هذا الشخص ونتيجة شعورها بالذنب أنهت هذه العلاقة، لتبقى المشاكل مستمرة بينها وبين الزوج إلى درجة وصلت إلى طلب الطلاق لتدخل في علاقة عاطفية أخرى في عام 2019، لتنتهي هذه العلاقة بوفاته في عام 2020 الذي كان بالتوازي مع وفاة الأخ المقرب لها. وعليه فالجانب العلائقي عند هذه المبحوثة غير مستقر وملئ بالصراعات وحتى مع أولادها، فهي دائما غائبة وهذا هو نفس أسلوب الأب الذي كان غائبا في حياتها، مما يوحي بقوة أنها تقمصت الأب ويظهر هذا من خلال عدة سلوكات تتشابه مع الأب الخيانة وطلب الطلاق من الزوج الذي تسعى إليه بقوة، ففي حديثها الذي كان معبرا بقوة "*ما نيش رايحة نرتاح حتى نطلق منو*" وهذا يوضح مدى تأثير برامج الطفولة على الحياة المستقبلية والذي يمكن تفسيره بالنماذج العاملة الداخلية حيث أن الطفل يستدخل هذه النماذج على شكل برنامج يكرره مرة أخرى في حياته المستقبلية وبنفس الطريقة.

ارتبط اضطراب الوسواس القهري بثلاثة أمور عند فهيمة وهي وفاة الأخ الذي كان الوحيد في العائلة يحبها ويقدرها ويحترمها، ووفاة الشخص الذي تحبه والذي كان يمدها بالاهتمام والحنان، ظرف كورونا الذي تسبب في موت الكثيرين في العالم، كل هذا كان عامل مفجر وبقوة، لأنها فقدت أولا مصدر الحب من الجهتين (الأخ، والشخص الذي كانت تربطها علاقة حب به)، كل هذا كان بمثابة صدمة اختلطت فيها مشاعر الحزن والندم وتأنيب الضمير والخوف والأفكار المتكررة عن موت الأخ وعن دخولها للسجن وأن تعيش ماعاشه الأخ من قبل، بحكم عملها (موثقة) كعقاب لها لأنها لم تكن راضية على نفسها، وهذا ما يفسر الأعراض الوسواسية التي تمثلت في مراقبة أوراق العمل بصورة مستمرة ومزمنة وضاغطة ومقلقة لحد جعلها تكره حياتها.

أما الأعراض التي تمثلت في غسل اليدين المتكرر والذي تطور إلى الاستحمام بصورة مستمرة (رمزية لطهارة من الذنوب)، هي مشاعر الذنب التي كانت سببها الخيانة وموت الأخ والشخص الذي تحبه أيقظها على حقيقة وجود الموت، خاصة في مثل هذه الظروف(كورونا) الذي كان منسيا عندها بسبب صدمات الموت المتكررة السابقة التي أنكرتها كميكانيزم دفاعي حتى تواصل الحياة.

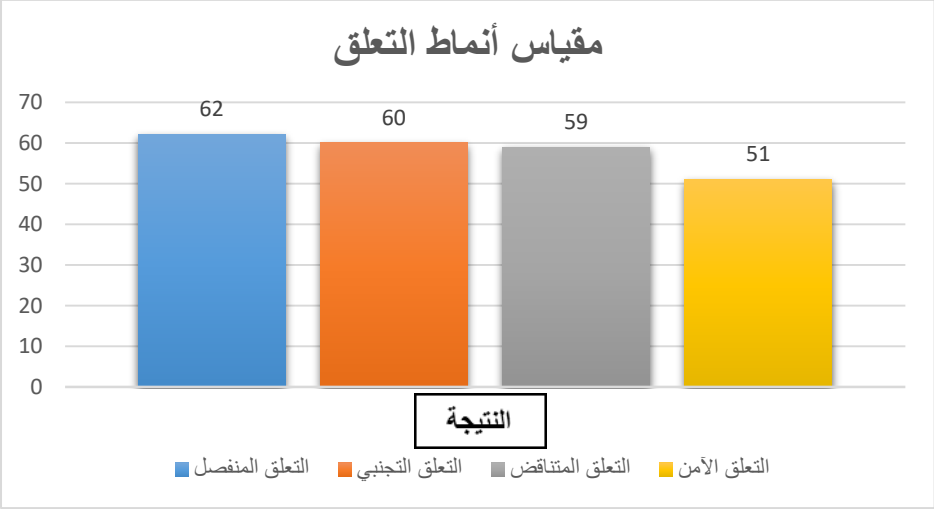
1-2-1-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فهيمة (O1)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة فهيمة أوضحت النتائج.

جدول رقم (37): *يوضح نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فهيمة (01)*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المنفصل	62
التعلق التجنبي	**60**
التعلق المتناقض	**59**
التعلق الآمن	**51**

شكل رقم(14): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة فهيمة(O1)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق الموضحة في الجدول والشكل البياني، يتبين أن بعد التعلق السائد عند فهيمة هو نمط التعلق غير الآمن المنفصل في الدرجة الأولى ويليه نمط التعلق غير الآمن المتجنب والمتناقض في الدرجة الثانية على نفس العمود بدرجة واحدة، ليكون في الأخير نمط التعلق الآمن وهذا ما يدل على أن المبحوثة تفتقد للشعور بالآمان.

الملفت للانتباه أن هناك تقارب بين الأنماط الغير آمنة للتعلق، حيث أن التعلق المنفصل والمتجنب والمتناقض بينها فارق بدرجة واحدة فقط، وربما هذا يمكن ترجمته أن المبحوثة تعتمد على هذه الأنماط الثلاثة والذي يمكن تفسيره بالصدمات التي تعرضت لها، لأن نمط التعلق يكون مستقرا إلا في الحالة التي يتعرض فيها الفرد إلى تجربة قاسية أو صدمة والتي يمكن أن تساهم في تغير نمط التعلق.

يتميز النمط المنفصل بالنظرة الإيجابية للذات والنظرة السلبية للآخرين، مما يجعلها لا تشعر بالارتياح في العلاقات القريبة ومن الصعب الثقة أو الاعتماد على الآخرين وهذا ربما يعود إلى المعاش النفسي الذي عاشته المبحوثة في علاقتها بالوالدين، فالعلاقة مع الأم تميزت بالتناقض الوجداني وازدواجية لصورة الأم إلى جانب الإحساس بالشفقة اتجاهها، وكذلك العلاقة مع الأب الذي لم يكن موفرا للحب وعلاقة الوالدين التي تتميز بكثرة الصراعات والمعاملة السيئة والتهديد، كل هذا سمح بتكوين نموذج عامل داخلي سلبي عن المحيط الخارجي، ويتمز أصحاب هذا النمط بالغضب الذي يصعب السيطرة عليه في حالة الاجهاد، فيقمون بإلغاء تنشيط نظام التعلق وهذا ما يؤدي من الناحية الفسيولوجية إلى التعرض للضغط بطريقة مكثفة.

جدول رقم (38): ***نتائج بروتوكول اختبار الرورشاخ للمبحوثة فهيمة (O1)***

الرقم	الوضعية	الإجابة	التحقيق
I		1.كي شغل حيوان خفاش.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا في الشكل تاعو كامل تصورتو خفاش الشكل واللون.
		2.ماعلابالیش یبان شكل تاع فراشة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك هذو الزوج لي عندها الشكل كيفكيف.
		3.إنسان راهو داير هكا باليدين جسم تاع مرا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** جسم تاع إمرأة هاهو هنا كي شغل هاد الجزء بانلي حاجة رقيقة تاع مرا أو مام هذا كي شغل وحدة رقيقة أو وحدة شوية عريضة، هامليك رجليها هايليك لي

		شفتها رقيقة ملسقة رجليها أومبعد شفت مرا كبيرة هايليك هذا كي شغل صدرها شفت زوج نسا باليدين هكا.
	4.هكا النص يبان خريطة بحيرات.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هكذا هاذي كي شغل الخرائط يجو الشكل تعها أو هذو كي شغل بحيرات.
٧	5. (ظهري وجعني) هنايا جاني كيما التصاور تاع الفراعنة هذا نيف والشابونا ومنا ثاني.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا جاني كي شغل كيما تاع الفراعنة جاني كي شغل هذا نيفو هذا لسانو خارج وهذا هذاك لي يديروه فوق الراس كي موالفة نتفرج المسلسل تاع سيدنا يوسف لي حاطينهم قدام المعابد هكا تخيلتو في الشكل تاعو فقط.
II	6. (ضحكت) رئتين الحمورة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذو اللون تاعهم يبانو رئتين غير شفتهم بانولي رئتين اللون والشكل.
	7. طريق.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك هذي الطريق لي شتها تخايلت هذوما شجر أو هذي طريق تدي وهذي تجيب شفت الشكل تعها هكا تخايلتها جاتني طريق.
	8.زوج أرانب ودايرين شابونة فمو شبهتو للأرنب.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك واحد راهو مقابل يشوف هك وهذا راهو مقابلو أوكيف كيف الشابونة ماعلابااليش علاه راني نشوفها بزاف هذا جاني الشكل تاعو هنايا شكل أرنب هاذ الشعيرات هذو كرعيه كي شغل قاعد هكدا أو هذي حاجة طويلة بصح أرنب ماعندوش حاجة طويلة عندو وذنيه مي

		هنايا بانتلي كي شغل شابونة طويلة راهو لابسها.
	9.مقام الشهيد منا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذي هاذ الكوانة هنا شتي مقام الشهيد جاي هكا الشكل تاعو هذا تخايلتو مقام الشهيد كي شغل جاي رقيق من فوق ومن تحت عريض.
	10.بحيرة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذي في الوسط بانتلي كي شغل قلتة بحيرة صغيرة هكا par ce que تخايلت هذو جبال وهذي par ce que بيضة ماشي كحلة تخايلتها بحيرة.
III	11.هذو زوج حيوانات بصح ماعلابالیش واش نسميهم كيما caniche الصغار بصح ماعلابالیش وشنو هذا لي طالع لفوق.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذو الزوج بانلي كلي caniche بالاك كي شت هاذ التخربيشات هكا بانلي كيشغل caniche جاي متشعب هذا ماعلابالیش وشنوه خارج منو من راسو ماعرفتش إدا راهو لابسها ولا وذنيه طوال (ضحكت) ماشي وذنيه على كل حال.
	12.هنا كي شغل شبهتو للرحم تاع المرأة هذو شبهتهم هذا كامل راني نشوف فيه للجهة السفلية الرحم ولي فوقو.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا كامل جاني رحم أو هاذي ماعرفتش نسميها ماعمباليش إيذا كاينة ولا لالا كنت راح نقولك كلاوي بصح الكلاوي ماكاش لتحتا المهم بانلي الشكل تاع الرحم ماشي راني نشوف فيه رحم الشكل تاعو.
	13.حذاء رجل تاع إنسان.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا بانلي كي شغل طالون الشكل تاعو بانلي كلي واحد رجلو طويلة ولابس صباط هذاcoté لتحتا برك بانتلي

		كي شغل صوروها منا من النصف من الركبة للتحت، منا خاطي.
	14.هذا كي شغل لوزتين واحد حال فمو واللوزتين زوج يبانو.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذو هذو أو هذا ماشي فم لالا بصح شفت اللوزتين كي شغل راني شايفة li vidéo ولا تصاور تاع واحد كي يكون فاتح فمو وهذوك اللوزتين هكا يبانو ضرك تخايلتهم لوزتين. **الباحث:** وشنوها الحاجة لي بينتلك لوزتين؟ **المبحوث:** حمورا اللون.
IV	15.وشنو هذو الأشكال ياربي عملاق كي شغل مطلع رجليه هكا ولابس bot	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** تقلقني هاذ التصويرة شفتو وحش عملاق إنسان متسلط شفتو متوحش قاع قاع متعجرف واحد ماعلابالوش قاع ماعلابالیش هكا تصورتو كي شغل واحد ينفخ في روحو شغل واحد حاسب روحو مغرور كل ماهو سلبي شفتو في هاذ التصويرة في إنسان سلبي إجتمعت فيه كل السلبيات هذا راسو وهذو كي شغل كتافو دايرهم هكا صباطو بالاك بكري كي كنا نشوفو تعا الشرير نشوفو صبابط جايين هكذا كي شغل شفتو غول.
	16.طريق هنا طويلة هكا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** أنا هاذي دايمن نشوفها طريق منا ماكاش تبدى منا هذو كي شغل شفتهم شجر أو هاذ الخط هذا كي شغل فاصل بين الطريق لي تدي وتجيب بانتلي طويلة بالاك الطريق اللون تعها هكا هذو. تخايلتهم شجر par ce que مضالية نسافر مضالية نشوف li vidéo لي يديرو صور

		من فوق في المنام دايمن نشوفها بانتلي كيما لي في المخيلة تاعي لي نشوفها في المنام.
	17.هنا نشوف شكل رحم ثانيك.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هنايا هاوليك الشكل برك تاع رحم.
V	18.طائر خفاش.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا كامل اللون الأسود تاعو.
	19.فراشة بهاذ الفوقانيين الزوج.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك شوفي كي تشوفي تانيك الشكل تعها تاع فراشة وشنو الفراشة ماتجيش كحلة.
	20.راني نشوف حيوان تحت هذا رجلين تاع معزة خروف	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم شوفي كيشغل رجلين تاع خروف معزة تحت هذا علاش ماقلتلكش بنادم par ce que ماشفتش الصباعتين **الباحث:** واش خلاك تشوفيهم رجلين تاع حيوان؟ **المبحوث:** الشكل هذو الرجلين تاع حيوان وهذا كي شغل الذيل تاعو.
	21.في هذا الجزء راني نشوف إنسان لابس cambinaison	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك في الشكل هذا هذو كي شغل كرعيه هامليك وهذي السنسلة كي شغل واحد راهو لابس cambinaison هكا يبان الشكل برك، مانيش نشوف في يديه هاني نشوفو حتى لهنا هذو لالا أو شغل تخايلتو واقف وداير هكا رجليه.
٧	22.وجه واحد الطائر مانعرفش وشنوه عندو منقار طويل.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة.

		المبحوث: هاو وجهو وهاهو المنقار تاعو تخايلتو هايليك عيون شغل يخوف هذا الطائر هكا هذا راني نشوف فيه منا هاوليك نفسو.
VI	23.يتشابهو كامل هاذ التصاور راني نشوف طريق طويلة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك قاع حتى للفوق **الباحث:** واش خلاك تشوفيها طريق؟ **المبحوث:** والله ماعلابالي بالاك المنامات لي راني نومهم بانتلي هكا طريق طويلة أنا نسافر بزاف على كل حال أو تخايلت الطرقان ماشي تاع ضرك الطرقان تاع بكري لي يكونو ضيقين والشجر منا ومنا وكاين غير طريق لي تدي وتجيب هذا هو النوع من الطرقات لي راني نشوف فيهم بلاك كي كاين اللون هذا لهنا.
	24.جاني شكل تاع رئتين كيف كيف (تتاؤب) شرنوق تاع الرئتين	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا الشكل كاين هذو شوية خارجين جايين منا كيشغل شرنوق كي شغل راني رافده تاع الكبش في العيد هكا راني نشوف فيه.
<٧	25.هنايا كي شغل حيوان كي شغل دب راقد على ظهرو مطلع رجليه تصورتو دب.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك دب مطلع يدو هاوليك هذا راسو هذو تخايلتهم يديه معلقين للسما وهذو تخايلتهم رجلين ثاني معلقين وهذا كي شغل ذيل هو ماعندوش ذيلو الدب في الشكل تاع فمو هنايا بانلي كي شغل تاع دب رجلو كيف كيف يدو هنايا بانلي كي

		شغل راهو راقد على ظهرو ومطلع يديه ورجلو وهنا نفس الشي صورة مماثلة.
٧	26.هنا كيف كيف كي شغل دبين راهم متكسلين على ظهرهم كي شغل شفتهم راقدين (تثاؤب).	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم ماشي متكسلين تخايلتهم كي شغل متكيين على ظهرهم شغل متكيين على بعضاهم هاوليك الظهر مع الظهر هاوليك رجلو أنا هاذ الجلسة موالفة نديرها.
VII	27.هنا نشوف فيها طريق كي شغل ظلمة ظلمة أومبعد أشعة تاع الشمس تشرق الشمس.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذ الفتيتة بانتلي كي شغل ظلمة وهاذ الرسم هذا هكا كي شغل gris clair وهنا بيض مانيش عارفة تخايلتو كي شغل ظلمة ظلمة ظلمة أومبعد كي شغل الأشعة تاع الشمس كي شغل هكا نور. **الباحث:** واش خلاك تشوفيها طريق؟ **المبحوث:** بالاك كي طويلة هكا وهاذ الشجر لهنا بصح هاذي طريق مظلمة هذي ظلمة وهذا شفت إشراق كي شغل نور.
	28. فراشة هذو الأجنحة تاعها.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هكذا هذو ماتحسبيهمش غير هاذي كي شغل فراشة شتي الجسم تاعها الفراشة يجي في الوسط وهذوما الجناحتين تاعها الشكل تاعها.
	29.زوج جرو متقابلين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك واقفين لهنايا هذا لول وهذا الثاني وراهم متقابلين الشكل تاعو فمو هنايا كي شغل جرو يجي هكا هذا الذيل تاعو وهذا الجسم تاعو وهذا راسو.

>	30. (تثاؤب) حيوان ومع حيوان يديرو bouche à bouche كي شغل هذا راس وهذا راس.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك هذا لوناني وهذا الثاني الثاني كاين غير الراس برك. **الباحث:** وش خلاك تشوفيه حيوان؟ **المبحوث:** هاولك الذيل تاعو هاوليك واقف على أربعة ماعلابالیش الشكل تاع الراس بانلي هنا كي شغل راس تاع حلوف هذا فمو وهذو عينو أو بانتلي راهم يتسالمو هاو هذا فمو وهذا فمو هام متلاسقين.
٧	31.هذا بانلي أرنب.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا الشكل تاعو.
	32.وجه تاع إنسان طفل صغير.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هنايا بانلي في وحد اللحظة وحتى ضركة راني نشوف فيه بانلي وجه تاع طفل صغير نيفو فمو وهامليك هنا عينيه هاذ الجيهة برك.
VIII	33.أشكال كلها تتشابه كيف كيف هذا دايمن نتخايلو طريق طويلة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** تبدى منا حتى لهنا ومنا لالا ومنا حتى لهنا راني نشوف فيها طريق شفتها من فوق شفتها كي شغل راني نمشي فوقها شفتها من جميع النواحي
>	34.هذا حيوان متخايلاتو كي شغل هذا قارات ماعرفتش نسميه ضبع ويبان خطير واقف على القارات كي شغل واقف على الكرة الأرضية.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** غير هاذ النص هذو تخايلتهم قارات par ce que أنا عندي كرة أرضية في المكتب ديالي نضل نشوف فيها عليها شفتها ماشي الكرة الأرضية Mais تخايلتها جزء من الكرة الأرضية قارة هنا وقارة هنا وكي شغل هاذ الحيوان راهو واقف هكا

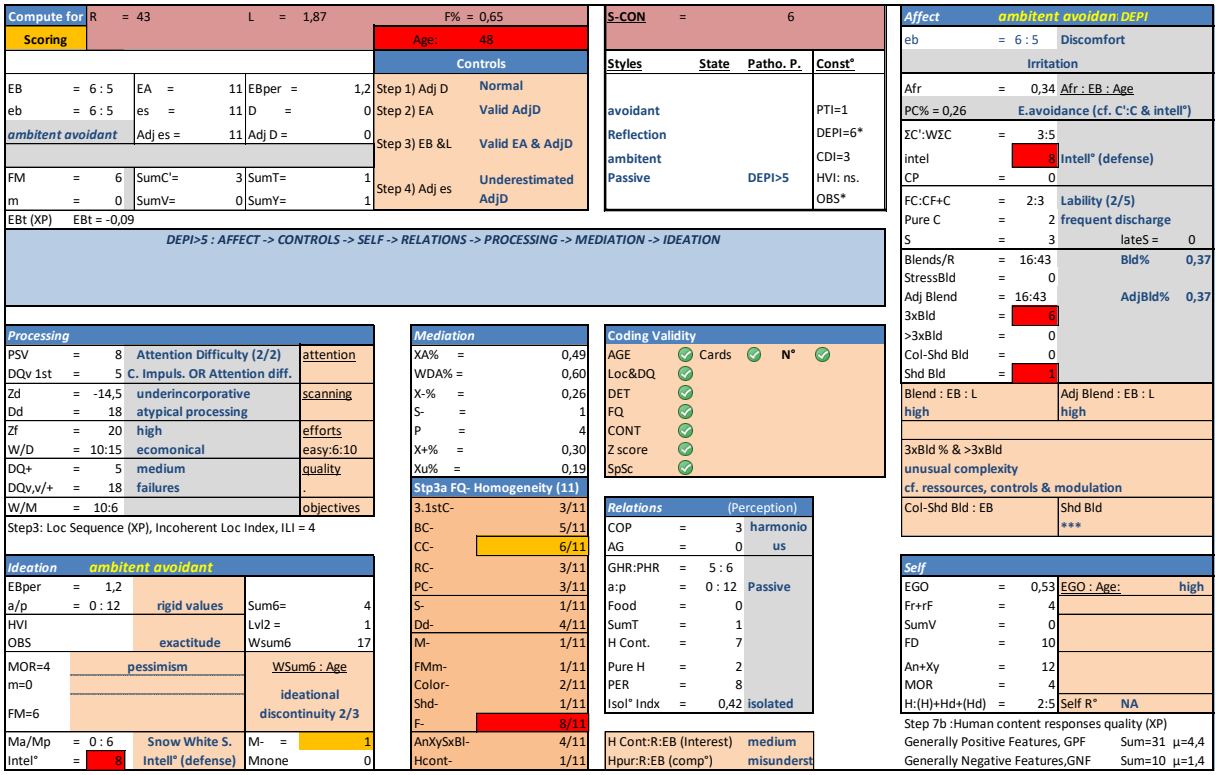
		تخايلتو كي شغل راهو واقف على هاذ القارات. **الباحث:** واش خلاك تشوفيه حيوان؟ **المبحوث:** الشكل ديالو هذو كرعيه هامليك هذا راسو راني شايفة واحد الحيوان ماعرفتش نسميه برك موالفة نشوفو في واحد القناة تاع الحيوانات **الباحث:** واش خلاك تشوفيهم قارات؟ **المبحوث:** بالاك الشكل تاعهم بالاك كي كاين لي متباعدين وكاين لي متقاربين كي شغل حنا رانا في الفضاء أو هو راهو واقف عليهم.
	35.هنا راني نحس كي شغل يد مدتهالو باش تطلعو.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهي هنا الشكل تعها الصباعتين هكا تخايلتها كلي هذاك راهو بين القارات وهذاك راهو مادلو يدو هك كي شغل واحد وتجبديه لعندك.
	36.وهنا راني نحس عالمين منعكسين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا منعكس لهذا كي شغل تصويرة تعاكس تصويرتها.
IX	37.كيف كيف هذي نشوف فيها دايمن طريق.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك بالاك كي طويلة.
	38.عالمين منعكسين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** التناظر لي منا منا تخايلت كي شغل رانا في الفضاء والطريق راهي في الوسط وكاين علم من ومن منعكسين.
	39.هنا راني نشوف في كل طرف حيوان شاد في حيوان	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا اللول وهذا الثاني وهذا الثالث شادين في بعضاهم الشكل تاعهم

	هذا الوردي مع هذا وهذا راهو شاد مع الجيهة لخرا.	كي شغل هذا النيف تاعو كي شغل هذا راسو هذا الجسم تاعو كي شغل واحد راهو في ظهر واحد.
X	40.هنا راني نشوف رئتين والجهاز التنفسي هنا (تثاؤب).	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا كامل وهذو الرئتين الشكل القصبة دايمن عندي هذيك الصورة كي نذبحو الكبش ومولا بيتي يجيبلي هذيك الرئتين.
	41.نشوف عالمين منعكسين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك par ce que راهم متناظرين كي نطبقو هذا على هذا نلقاوهم كيف كيف.
	42.هنا نشوف فيها حشرة شغل دودة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك الشكل تعها مام اللون تعها كاين زوج منا ومنا
>	43.راني نشوف فيها مملوءة بالحشرات وهذا شاد في هذا هذي وحد الحاجة شتها في البحر.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم لي شفتهم منا شفتهم منا الشكل تاعهم.

شكل رقم(15): *مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة فهيمة (O1)*

I	1	Wo		FC	o		A	P	ZW	
	2	Wo		F	o		A	P	ZW	
	3	D+	4	F.FD.Mp	+	2	H,Sx		ZA	
	4	Ddsv/+	99	F	u		Ge,Ls		ZA	
	5	Ddv/+	34	F.FD.Mp	+	2	Art,(H),Ay,Cg		ZA	PER
II	6	Do	3	CF	-		An,Xy			
	7	Ddv	99	F	no		Ls,Bt			
	8	Dv/+	2	F.FMp.FD	+	2	(A),Cg		ZA	INC2,ALOG
	9	Do	4	F.FD	u		Ay			
	10	Ddsv/+	99	C'	o		Ls		ZA	
III	11	Do	2	TF	-	2	A			
	12	Ddso	99	F	-		An,Xy			
	13	Ddv/+	99	F	no		Cg,Hd		ZA	
	14	Do	3	Cn	+		An,Xy			PER
IV	15	Wv		F.Mp	o		(H),Hx,Cg	P		AB,MOR,PER
	16	Ddv	99	FD.C	no		Ls,Bt			PER,PSV
	17	Ddo	30	F	no		An,Xy			
V	18	Wo		C'	o		A	P	ZW	
	19	Wo		F	o		A		ZW	
	20	Ddo	99	F	u		Ad			ALOG
	21	Ddv/+	99	F.Mp	-		H,Cg		ZA	
	22	Ddo	99	F	-	2	Ad,Hx			AB
VI	23	Dv	5	C	o		Ls			PER,PSV
	24	Wo		F	-		An,Xy		ZW	PER
	25	Do	4	F.FMp.Fr	u		A			
	26	D+	1	F.FMp	u	2	A		ZA	PER
VII	27	Ddv/+	99	C'.FY.FD	no		Ls,Bt		ZD	MOR
	28	Do	4	F	o		A			
	29	Do	2	F	-	2	A			
	30	Dd+	22	F.Mp	u	2	A,Ad,Sx		ZA	
	31	Do	2	F	-		A			
	32	Ddo	99	F	no		Hd			
VIII	33	Ddv	99	FD	no		Ls			PSV
	34	Ddv/+	99	F.FD.FMp	no		A,Ge		ZD	DR,PER,MOR
	35	Ddv/+	99	F.Mp	u		Hd,A,Ge		ZA	COP,PSV
	36	Wv		Fr	no		Ge,Art			
IX	37	Dv	5	FD	u		Ls			PSV
	38	Wv/+		Fr.FD	no		Ge,Ls		ZA	PSV
	39	Dd+	99	F.FMp	-	2	A		ZA	COP
X	40	Do	11	F	-		An,Xy			MOR,PSV
	41	Wv		Fr	no		Ge			PSV
	42	Do	9	FC	-	2	A			
	43	W+		F.FMp	o	2	A		ZD	COP

شكل رقم(16): *الملخص الشكلي للمبحوثة فهيمة (O1)*



من خلال الشكل رقم (16) نستنتج أن المبحوثة فهيمة (O1) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر محاولة الإنتحار أيضا إيجابي S-CON=8.

1-2-1-4-تحليل بروتوكول للمبحوثة فهيمة (O1)

جدول رقم(39): *مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة فهيمة (O1)*

1 Dd>3	X		
2 Zf>12	X		OBS*
3 Zd>3,0		Positive?	VRAI
4 P>7		1-5 are true	
5 FQ+>1	X	FQ+>3 AND 2 items 1-4	X
total 1-4	2	X+%>0,89 et 3 items	
total	3	FQ+>3 et X+%>0,89	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: الانفعالات-قدرات التحكم والتحمل للضغط-إدراك الذات-إدراك العلاقات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير.

الانفعالات: بما أن قيمة DEPI هي 6 وقيمة CDI هي 3، يمكننا أن نستنتج أن هناك مشكلة عاطفية كبيرة وربما تكون معيقة **(المرحلة 1)**. وبما أن قيمة EB تشير إلى أسلوب انطوائي عند فهيمة Lambda أكبر من 0.99، فإن المبحوثة تعتمد على أسلوب تجنب-انطوائي. قد يفترض أن المبحوثة تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. يمكننا الافتراض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي قد يكون مرتبطا بالشعور بالضيق والتهيج النفسي أو انفعالات سلبية، ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر **(المرحلة 4)**. وبما أن AFr قيمتها 0.34 أقل من 0.44 فهذا يشير إلى أنها تميل إلى تجنب المحفزات العاطفية، فهي غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 6)**. أما قيمة مؤشر الفكر هي 8 إذا تجاوزت القيمة 6 فهذا يعني أن المبحوثة تستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا **(المرحلة 7)**. بينما قيمة CF+C أعلى بنقطة من قيمة FC وقيمة C Pure تساوي 2 فهذا يشير إلى وجود مظاهر عاطفية شديدة للغاية وغالبا ما تبدو متهورة وقد تنشأ هذه المشكلة من صعوبات التحكم، ومن الممكن أيضا أنها تعكس تنظيما نفسيا غير ناضج **(المرحلة 9)**. وبما أن قيمة S هي 3 وإحدى هذه الإجابات كانت بعد اللوحة II فهذا يشير إلى أن المبحوثة **تميل إلى أن** تكون أكثر سلبية أو معارضة للبيئة من معظم الأشخاص. مما قد يعيق محاولتها لإنشاء والحفاظ

على علاقات اجتماعية متناغمة ومجزية **(المرحلة 11)**. أما نسبة التوليفات أقل من النطاق المتوسط المرتبطة بـ Lambda فإن هذا يشير إلى أن الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا، وهي تشترك مع الأشخاص الذين يتسم تنظيمهم النفسي ببعض عدم النضج، حيث تعاني المبحوثة من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة **(المرحلة 12)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: بما أن قيمةDAj صفروCDI أقل من 4، فيمكن الاستنتاج بشكل معقول أن قدرات التحكم الخاصة بالمبحوثة مماثلة لتلك الخاصة بمعظم البالغين **(المرحلة 1)**. وبما أن قيمة esAj عالية وموثوقية EA لا تبدو مشكوك فيها، فمن المحتمل أن DAj يقلل من قدرات التحكم للمبحوثة وتحمل الضغط، تشير نسبة عالية من esAj إلى احتمالية العثور على تعقيد نفسي **غير عادي (المرحلة 4)**. بما أنFM أكبر من 5 فمن المحتمل أن المبحوثة تواجه أنماط تفكير عشوائية وغير متصلة أكثر من المعتاد، عادة ما تكون الأنشطة الفكرية لديها من هذا النوع مدفوعة بزيادة الاحتياجات غير المُلباة، تنقسم هذه المطالب المستندة إلى الحاجة إلى أنماط تفكير معتمدة وتتداخل في كثير من الأحيان مع التركيز والانتباه. وبما أن قيمةSum C' تجاوزت 2، فهذا يشير إلى أن المبحوثة تستوعب انفعالها أكثر ويمكن أن تؤدي هذه العملية النفسية إلى تجربة أنواع مختلفة من الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف، ويمكن أن تساهم أيضا في الاضطرابات الجسدية **(المرحلة 5)**.

إدراك الذات: يشير OBS الإيجابي إلى الميل نحو الكمال، هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات **(المرحلة 1)**. بما أن قيمة Fr+rF أكبر من الصفر، فهذا يشير إلى استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات الفرد عن العالم، هذه السمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**. بما أن قيمة مؤشر التمركز حول الذات أعلى من المعدل الطبيعي، فإن هذا يشير إلى أن المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس وهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمة An+Xy هي 12 فمن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم حتى القلق **(المرحلة 5)**. أما قيمة MOR

أكبر من 2، فمن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: بما أن قيمة a:p =0 :10 فهذا يعني أن المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمةT=1 تشير إلى وجود استجابة نسبية فريدة أي أن المبحوثة تتعرف على احتياجات التقارب وتعبر عنها بطريقة عادية. هذا يعني أنها منفتحة عمومًا على إقامة علاقات وثيقة وتقبل بسهولة التبادلات اللمسية المعتادة كطريقة لتأسيس هذه العلاقات والحفاظ عليها **(المرحلة 5)**. وبما أن ردود التمثيل البشري 5 وقيمةPHR أكبر من قيمةGHR يجب استنتاج أن المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية، التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. وبما أن قيمة COP ثلاثة وقيمة AG تساوي صفرًا، فمن المحتمل أن تكون المبحوثة ينظر إليها الآخرون على أنها ودية ومؤنسة. حيث تعتبر الأنشطة العلائقية جانبًا مهمًا جدًا في حياتها اليومية ويتم التعرف عليها عمومًا من حولها على أنها مؤنسة جدًا في المواقف الجماعية كقاعدة عامة، تتوقع وتخلق تفاعلات متناغمة مع الآخرين **(المرحلة 8)**. وعندما تجاوزت قيمة PERثلاثة فمن المعقول، أن نستنتج أن المبحوثة لديها شعور بعدم الأمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية وأنها تميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية. حيث ينظر الآخرون إليها على أنها جامدة أو ضيقة الأفق، ونتيجة لذلك غالبًا ما يواجهون صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة معها، خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها **(المرحلة 9)**. وبما أن مؤشر العزلة الاجتماعية أكبر من 0.33 فمن المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية، حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى. لا تشير هذه النتيجة إلى نوع من الانسحاب المرضي للتبادلات الاجتماعية، إنه يشير ببساطة إلى أنه لأي سبب من الأسباب لا ترتبط المبحوثة جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية **(المرحلة 10)**.

علاج المعلومة: بما أن قيمة Zd أقل من −3.0، فإن هذا يشير إلى نشاط شامل يسمى التضمين الناقص ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز، يمكن أن يكون هذا عائقًا كبيرًا لأن عدم الإدماج ينطوي على مخاطر وساطة خاطئة ويمكن أن يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة **(المرحلة 5)**. بينما عددPSV داخل اللوحة أكبر من 1، فقد يعني ذلك وجود صعوبات كبيرة للغاية في تحويل الانتباه **(المرحلة 6)**. أما ردود بروتوكول+DQ خمسة فهذه المبحوثة تقع ضمن النطاق المتوقع. ومع ذلك فإن مجموعة Dov +/DOv هي 18، وهي أكثر من القيمة المتوقعة وتشير إلى أن جودة علاج المعلومات تتراجع أحيانًا بشكل كبير **(المرحلة 7)**.

الوساطة المعرفية: بما أن XA٪ أقل من 0.70 مع WDA٪ أقل من 0.75، فإن هذا يشير إلى ضعف كبير في قدرات الوساطة **(المرحلة 1)**. أما نسبة X-٪ أكبر من 0.25، فهذا يشير إلى وجود ضرر توسط شديد فإن أهمية الخلل الوظيفي تشير إلى أن الاضطراب معمم. مع نسبة X-٪ من هذا النوع تعاني المبحوثة من مشكلة معيقة، لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة **(المرحلة 2)**.

التفكير: عندما يشيرEB إلى أسلوب انطوائي مع Lambda أكبر من 0.99، فإن هذا يعني أن الهدف هو الانطواء، أي تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/أواتخاذ القرار، لكنها أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها عند مواجهة التعقيد أو الغموض. إنها تميل عمومًا إلى تبني أنظمة منطقية غير معقدة، وتتجنب الانخراط في استكشافات التجربة والخطأ قدر الإمكان. يمكن أن يكون توجه المواجهة هذا فعالًا بشكل معقول، عندما تكون الظروف روتينية، بشرط أن يكون التفكير النظري واضحًا ومتسقًا بشكل معقول **(المرحلة 1)**. وبما أن المبحوثة انطوائية مع EB per أقل من 2.5، فيمكننا أن نستنتج أن المبحوثة تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، ولكن في مناسبات معينة تساهم الانفعالات بشكل كبير في قراراتها. من ناحية أخرى **(المرحلة 2)**. يشيرOBS الإيجابي إلى وجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال. يميل الأشخاص الذين لديهم أسلوب مهووس إلى توخي الحذر الشديد في تكوين مفاهيمهم وفي الطريقة التي يطبقونها بها. عندما يعبرون عن أنفسهم فإنهم غالبًا ما يكونون أكثر إسهابا من الآخرين، وهذا ربما يعكس مدى تعقيد تفكيرهم المفاهيمي وهم يسعون جاهدين ليكونوا دقيقين. يتطلب أسلوب الهوس مزيدًا من الجهد والنشاط الفكري أكثر مما هو ضروري في بعض الأحيان. في هذا الصدد يمكن اعتباره غير فعال ومع ذلك لا ينبغي

اعتباره عائقاً إلا إذا وجد أن الفكرة غير متسقة أو زائدة عن الحاجة أو تتميز بانزلاق كبير، مثل استخدام الكلمات غير المناسبة والتعبيرات الغريبة والصعوبات في الاستنتاج وما إلى ذلك **(المرحلة 4)**. وعندما تجاوزت قيمة Mp قيمة Ma بأكثر من نقطة واحدة، فإن هذا يشير إلى وجود اتجاه أسلوبي أصبح فيه الملجأ في الأوهام أسلوبًا معتادًا، للرد على المواقف غير السارة والتي تتميز بشكل أساسي بتجنب المسؤولية واتخاذ القرار. حيث تستخدم المبحوثة بهذه **السمة** الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج عكسية للعديد من احتياجاتها **(المرحلة 6)**. وبما أن قيمة مؤشر الفكر تجاوزت ستة، فهذا يعني أن المبحوثة تستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة. إنها آلية فكرية زائفة تخفي و/ أو تسمح بالإنكار، وبالتالي تقلل من فرص معالجة الانفعال بطريقة مباشرة و/ أو واقعية. من المرجح جدًا أن تقبل المفاهيم المشوهة وقد يصبح نشاطها الفكري غير منظم أثناء التجارب العاطفية الشديدة، لأن أسلوب التفكير يصبح أقل فاعلية عندما يزداد حجم المنبهات المجهدة **(المرحلة 7)**. بما أن R تساوي 43 في البروتوكول مع WSum6 17، فهذا يشير إلى مشكلة خطيرة في التفكير. تعتبر نوبات الانقطاع الفكري أو التصور الخاطئ للمفاهيم التي تطمس الفكر وتسبب أحكامًا خاطئة أكثر شيوعًا، مما هو مرغوب فيه. نتيجة لذلك هناك احتمال واضح أن المبحوثة سوف تتخذ قرارات خاطئة **(المرحلة 8)**.

1-2-1-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة فهيمة (O1)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، تبين أن المبحوثة فهيمة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المنفصل، الذي يتميز بنظرة إيجابية للذات وسلبية للآخرين، كما تبين من اختبار الرورشاخ أن المبحوثة تعاني من إكتئاب ووسواس قهري حيث اجتمعت عندها مؤشرات الاكتئاب ومؤشرات الوسواس القهري معا.

فعلى المستوى الانفعالي تعاني المبحوثة من مشكلة عاطفية كبيرة وتحافظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات واتخاذ القرار، انفعالاتها سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر، تعتمد على الأسلوب التجنبي الانطوائي ولهذا فهي لا تملك القدرة على المواجهة العاطفية وتتجنب المحفزات العاطفية، بسبب الحزن والضغط الذي تعاني منه، تستخدم الفكر كأسلوب دفاعي خاصة في الوضعيات التي تكون فيها متعبة عاطفيا، الجانب العاطفي طاغي

جدا لدرجة التهور(هذا ما دفعها لدخول في علاقة عاطفية) والذي قد يخفي وراءه تنظيما نفسيا غير ناضج يفقدها السيطرة ويضعف قدرات التحكم لديها.

مشاعر الضغط عندها تؤثر على الجانب الفكري، الذي تغلب عليه الأفكار العشوائية والغير متصلة وهذا يؤثر على التركيز والانتباه، مما يؤدي إلى مشاعر القلق والحزن والتوتر والخوف والذي يساهم في الاضطرابات الجسدية.

بخصوص إدراك الذات فهي تميل نحو الكمال، استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات المبحوثة عن العالم، مما يؤثر على قرارتها وسلوكاتها بسبب الحاجة المتكررة لتعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي، التمركز حول الذات حيث تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها وهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة، مع الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين. اهتمامها بجسمها لدرجة القلق، الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، فكر المبحوثة يتميز بخاصية أكثر تشاؤما عن نفسها.

على المستوى العلائقي تميل إلى أن تكون أكثر سلبية أو معارضة للبيئة، كمعظم الأشخاص مما قد يعيق محاولتها لإنشاء والحفاظ على علاقات اجتماعية متناغمة ومجزية، تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا.

تتجنب مسؤولية اتخاذ القرار وهي أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل، أو تبني أنماط سلوك جديدة، تتعرف على احتياجات التقارب وتعبر عنها بطريقة عادية، هذا يعني أنها منفتحة عمومًا على إقامة علاقات وثيقة وتقبل بسهولة التبادلات اللمسية المعتادة، كطريقة لتأسيس هذه العلاقات والحفاظ عليها (وهذا ما يعبر بقوة عن حاجتها للاهتمام والحب والذي عبرت عنه في المقابلة).

تشارك المبحوثة بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية، التي قد تكون أقل تكيفا مع المواقف ينظر إليها الآخرون على أنها ودية ومؤنسة، حيث تعتبر الأنشطة العلائقية جانبًا مهمًا جدًا في حياتها اليومية، مؤنسة جدًا في المواقف الجماعية كقاعدة عامة، تتوقع وتخلق تفاعلات متناغمة مع الآخرين، لديها شعور بعدم الأمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف.

تميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية. وينظر الآخرون إليها على أنها جامدة أو ضيقة الأفق. كما أنها تواجه صعوبات في الحفاظ على علاقات وثيقة، خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها.

المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية، حيث تجد صعوبة في إنشاء أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى. لا ترتبط المبحوثة جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية.

علاج المعلومة يرتكز على التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز، يمكن أن يكون هذا عائقًا يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة، صعوبات كبيرة للغاية في تحويل الانتباه وتراجع جودة علاج المعلومات أحيانًا بشكل كبير.

تعاني المبحوثة من ضعف كبير في قدرات الوساطة، والخلل الوظيفي يشير إلى أن الاضطراب معمم، مما يجعل من المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب معطل بشدة.

على مستوى التفكير تعتمد على إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات أو اتخاذ القرارات، فهي أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها عند مواجهة التعقيد أو الغموض. تميل إلى تبني أنظمة منطقية غير معقدة، وتتجنب الانخراط في استكشافات التجربة والخطأ قدر الإمكان.

انطوائية تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، تساهم الانفعالات بشكل كبير في قراراتها وتتميز كغالبية الأشخاص الذين لديهم أسلوب مهووس، إلى توخي الحذر الشديد في تكوين مفاهيمهم وفي الطريقة التي يطبقونها، عندما يعبرون عن أنفسهم فإنهم غالبًا ما يكونون أكثر إسهابا من الآخرين، وهذا ربما يعكس مدى تعقيد تفكيرهم المفاهيمي وهم يسعون جاهدين ليكونوا دقيقين.

يتطلب أسلوب الهوس مزيدًا من الجهد والنشاط الفكري، أكثر مما هو ضروري في بعض الأحيان تلجأ إلى الأوهام كأسلوب للرد على المواقف غير السارة، وتستخدم الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع وهي آلية فكرية زائفة، تخفي أو تسمح بالانكار وبالتالي تقلل من فرص معالجة الانفعال بطريقة غير مباشرة أو واقعية.

تعاني المبحوثة من استخدام غير فعال للكلمات وغير مناسب، تعبيراتها غريبة وتجد صعوبة في الاستنتاج، ومن المرجح جدا أن تقبل بالمفاهيم المشوهة والذي يصبح أقل فاعلية عندما يزداد حجم المنبهات المجهدة، مشكلة خطيرة في التفكير حيث تعاني من نوبات الانقطاع الفكري أو التصور الخاطئ للمفاهيم التي تطمس الفكر وتسبب أحكاما خاطئة وأكثر شيوعا. ونتيجة لهذا تكون قراراتها خاطئة.

تقبل بالمفاهيم المشوهة وقد يصبح نشاطها الفكري غير منظم أثناء التجارب العاطفية الشديدة، لأن أسلوب التفكير يصبح أقل فاعلية، عندما تزداد حجم المنبهات المجهدة وهي مشكلة خطيرة في التفكير.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما جاء في كل من مقياس التعلق واختبار الرورشاخ. ومما تقدم يمكن تحديد مؤشرات التعلق ومؤشرات الصحة العقلية عند هذه المبحوثة.

- **مؤشرات التعلق**

هناك الكثير من المؤشرات والتي اعتمدت الباحثة على استخراجها من خلال مجموع متغيرات إدراك العلاقات وإدراك الذات والمتمثلة في:

- التمثيل البشري يساوي خمسة وقيمةPHR أكبر من قيمةGHR مما يدل على أن المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية، التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه.
- قيمة PER ثلاثة فمن المحتمل أن المبحوثة لديها شعور بعدم الأمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية وتميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية، حيث ينظر الآخرون إليها على أنها جامدة أو ضيقة الأفق، نتيجة لهذا غالبًا ما تواجه صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها.
- مؤشر العزلة الاجتماعية أكبر من 0.33 فمن المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية، حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات

مغزى وهذا يشير ببساطة إلى أنه لأي سبب من الأسباب لا ترتبط المبحوثة جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية.

- قيمة مؤشر التمركز حول الذات أعلى من المعدل الطبيعي، فإن هذا يشير إلى أن المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس وهذا يدل على أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة، وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين.
- قيمة Fr+rF أكبر من الصفر، فهذا يشير إلى استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصوراتها عن العالم، هذه السمة أساسية ولها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي.
- قيمة MOR أكبر من 2 من المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه.
- قيمة An+Xy هي 12 فمن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم حتى القلق.
- التبادلات اللمسية لا تشكل مشكلة عند هذه المبحوثة، حيث أنها تعتمد على هذا الجانب كطريقة لتأسيس هذه العلاقات والحفاظ عليها.
- AFr قيمتها 0.34 أقل من 0.44 فهذا يشير إلى أنها تميل إلى تجنب المحفزات العاطفية فالمبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن.

➢ **مؤشرات الصحة العقلية**

- يشير OBS الإيجابي إلى الميل نحو الكمال وهذا قد يؤدي إلى مشاعر سلبية جدا خاصة عند مواجهة المبحوثة للإخفاقات أو الفشل.
- تعتمد المبحوثة بصفة عامة على تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة.
- قيمة EB تشير إلى أسلوب انطوائي وLambda أكبر من 0.99، فإن المبحوثة تعتمد على أسلوب تجنب–انطوائي، قد يفترض أن المبحوثة تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار.

- قيمة CF+C أعلى بنقطة من قيمة FC وقيمة C Pure تساوي 2، فهذا يشير إلى وجود مظاهر عاطفية شديدة للغاية وغالبا ما تبدو متهورة وقد تنشأ هذه المشكلة من صعوبات التحكم ومن الممكن أيضا أنها تعكس تنظيما نفسيا غير ناضج.
- قيمة An+Xy هي 12 فمن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة القلق.
- نسبة X-٪ أكبر من 0.25 وهذا دلالة على خلل وظيفي قد يشير إلى الاضطراب مع نسبة X-٪ من هذا النوع، مما يجعل المبحوثة تعاني من مشكلة معيقة لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة.

1-2-2-تقديم المبحوثة الثانية أسيا (O2)

أسيا امرأة تبلغ من العمر إثنان وأربعون سنة متزوجة لمرتين ومطلقة ولديها طفلة من الزوج الأول لديها مستوى جامعي تخصص اللغة الإنجليزية وهي تعمل الآن أستاذة اللغة الانجليزية في التعليم المتوسط، تحتل المرتبة الرابعة بين إخوتها (5 بنات و1 ذكر)، الأب متوفي منذ 2021 بالكوفيد والأم على قيد الحياة. تم إرسالها لنا من طرف المختصة في الطب العقلي على أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري.

1-2-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند أسيا فقد أبانت محاورها.

- **محور الصحة الجسمية**

لا تعاني المبحوثة من أي مرض عضوي ما عدا أعراض تمثلت في آلام في الجبهة والعينين والكتف الأيسر واعوجاج في العمود الفقري والمعدة، الانقطاع المستمر وعدم وجود الرغبة في الأكل.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني أسيا من مشكلة النسيان، الحزن، وأفكار وسواسية والشك، "*ناس كامل يعرفو حقيقتي*"، "*حاسة روحي معسوسة في التليفون*". الإحساس بالكسل، "*دايما نخلي لآخر دقيقة باش ندير خدمتي*". كما أنها تفتقد للقدرة على التركيز والانتباه والاندفاعية خاصة في الجانب العاطفي. تجد صعوبة في التكيف مع الواقع، الجانب الجنسي مستثمر بصورة طبيعية ولا تعاني أي مشكلة فيه.

لقد تم تشخيص اضطراب الوسواس القهري من طرف المختصة في الطب العقلي.

تعرضت المبحوثة إلى صدمة رفض الأم لها بعد الولادة مباشرة، "*قالتلي يما كي زدت رفضتك وما حبيتش نشوفك*". عاشت صدمة أخرى في سن ما بين ثلاثة إلى أربع سنوات فُقِدتْ وبعد عناء شديد من البحث وجدوها لكنها لا تتذكر شيء عن الحادثة.

بالنسبة للأكل المبحوثة ليس لديها أي رغبة. الحلم المتكرر هو حلم أنها تقود سيارة والدها.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

تميزت علاقة أسيا بأمها بالخلافات المتكررة والصراعات والشجارات التي كانت يوميا تقريبا. كما أن المبحوثة تعتقد أن الأم تفضل أختها عليها، وهي أم لا تعبر عن العواطف وتقدم الانتقاد بإستمرار.

أما علاقتها مع الأب فيغلب عليها طابع الاحترام والتقدير أكثر، وعلى حد تعبيرها أن الأب كان يشغل منصب قاضي، كان عموما أغلب الوقت غائب عن المنزل، العواطف عنده عبارة عن توفير للأشياء المادية أكثر من العاطفة "*بابا يعرف غير يجيبنا لحوايج وعمرو اهتم بينا*".

علاقتها مع اخوتها غير مستقرة تتميز بالصراع والانتقاد والنظرة السلبية وحتى الإهانة والتحكم، وعلى حد ما قالته المبحوثة، "*أنا راسي يابس نحب ندير رأيي وهوما يحبوا يمشوني كيما حابين*"، "*يحبو يدخلو في حياتي بزاف*"،"*أكبر حاجة كرهتلي حياتي معاهم أنهم يشوفوني ندير حوايج ما شي ملاح*"

"*نكره كي يشوفوني طفلة صغيرة ولي يجي يحب يقيدني*"، "*يما دايمن توقف معاهم ودور عليا*"

علاقتها مع جسمها جد سيئة فهي تكرهه وتعتقد أنه يفتقر إلى أدنى مقومات الجمال.

لا يوجد أي دعم أو سند اجتماعي على حد قول المبحوثة، "*كلش نديرو وحدي واحد ما يعاوني*".

أما العلاقة مع الزوج فالمبحوثة تزجت لمرتين، الزواج الأول انتهى بوفاة الزوج الذي ترك بنتا، والزواج الثاني دام لمدة سنة واحدة لينتهي بالطلاق، وكإشارة أن هذا الزوج كان متزوج وله أطفال، يعني أسيا تعتبر الزوجة الثانية له.علاقتها بالجسم سيئة حيث لا يعجبها جسمها بالكامل " حاجة ما تعجبني في هذا *Le Corps* "

❖ **محور الوسواس القهري**

تعاني المبحوثة من القلق والانفعال الزائد والتوتر والشعور بالضيق لدرجة الاختناق، لديها مخاوف مستمرة ومتكررة أن تعيش نفس التجربة السيئة التي عاشتها مع الزوج، "*دايمن تجيني في بالي بلي نطيح في راجل يديرلي واش دارلي بابا* "، "*عدت نتوسوس لكل شخص يتقرب مني*"، الوساوس مرتبطة عندها دائما بالرقابة، "*تجيني أفكار دايمن بلي راهم يعسوا فيا*"، " في الدار يما وخاوتي *والخدمة لي يخدمو معايا*".

تعاونت المبحوثة بإعطاء المعلومات وبكل أريحية، لكنها كانت تتوقف لعدة مرات للتفكير قبل الإجابة وهذا كان في البداية، لكنها سرعان ما اطمئنت خاصة عند التأكيد لها، بأن تتكلم بكل حرية وفي كل شئ أرادت يخص حياتها. تظهر أسيا جد حزينة ومتعبة نفسيا وغير مرتاحة في حياتها.

1-2-2-2-تحليل محتوى المقابلة

تعبر أسيا عن معانتها النفسية بأعراض عضوية، تمثلت في آلام على مستوى الجبهة (مصدر العمليات العقلية العليا كالتفكير والتذكر والانتباه والذاكرة) والعينين والكتف الأيسر واعوجاج في العمود الفقري الذي يرمز إلى فقدان التوازن عند المبحوثة نتيجة الصراع النفسي.

على المستوى النفسي والعقلي تعاني المبحوثة من مشكلة النسيان والحزن وأفكار وسواسية متبوعة بالشك، أما الجانب العلائقي فيفتقر للاستقرار ولكل ما تحتاج إليه حتى تكون مرتاحة، هذا ما جعلها تحس نفسها مضطهدة، فقد تتعدى عندها الأفكار الوسواسية إلى الشك والشعور بالاضطهاد من الآخرين.

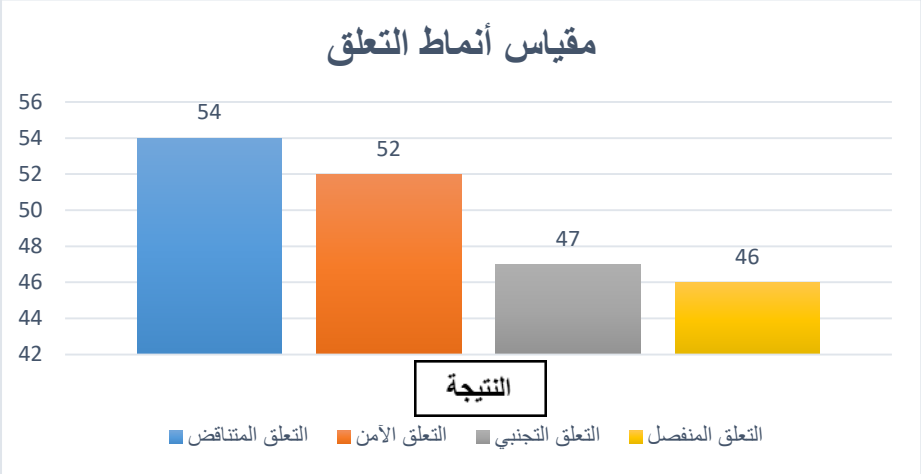
1-2-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أسيا(O2)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة أسيا أوضحت النتائج.

جدول رقم(40): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أسيا (O2)*

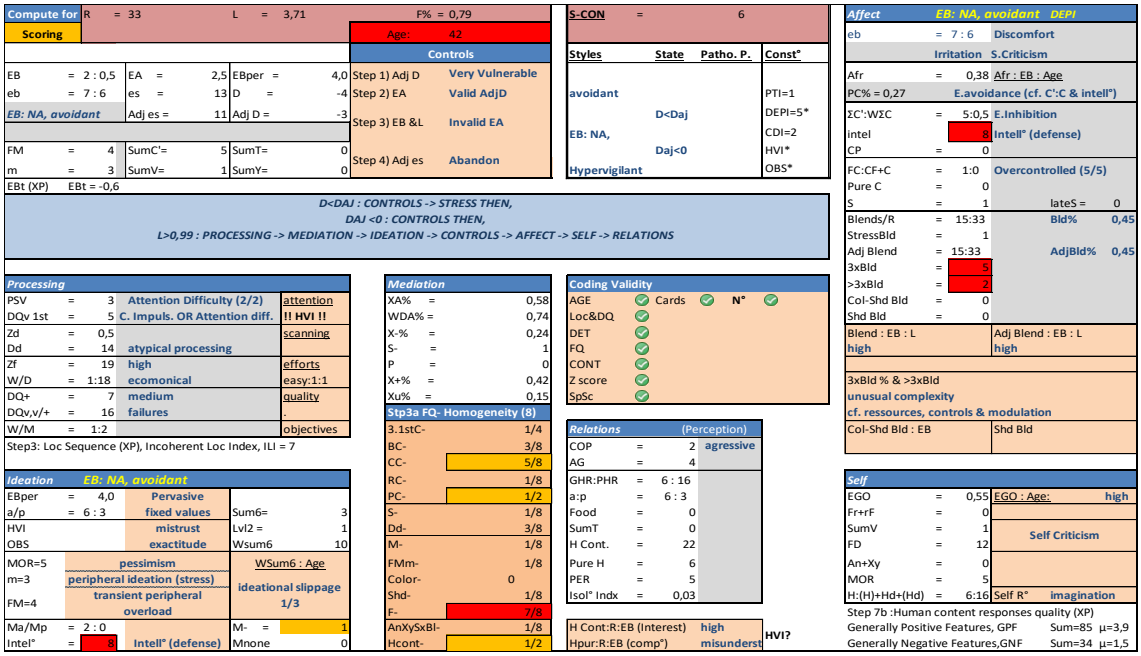
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	54
التعلق الآمن	**52**
التعلق التجنبي	**47**
التعلق المنفصل	**64**

شكل رقم (17): *أنماط التعلق غير الآمن عند المبحوثة أسيا (O2).*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق التي تظهر في الجدول والموضحة في الشكل البياني، يتبين أن بعد التعلق السائد عند هذه المبحوثة، هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى وبعدها التعلق الآمن، ليأتي التعلق التجنبي والمنفصل في الدرجة الثالثة على نفس المنحنى البياني بفارق نقطة. وعليه فالمبحوثة تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بالنظرة السلبية للذات والايجابية للآخرين وهذا يتوافق مع ما جاء في المقابلة مع المبحوثة.

شكل رقم (18): *الملخص الشكلي للمبحوثة أسيا (O2)*



من خلال الشكل رقم (18) نستنتج أن المبحوثة آسيا (O2) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر الوسواس القهري OBS أيضا إيجابي.

1-2-2-4-تحليل بروتوكول للمبحوثة أسيا (O2)

جدول رقم(41): *مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة أسيا (O2)*

1 Dd>3	X		
2 Zf>12	X		OBS*
3 Zd>3,0		Positive?	VRAI
4 P>7		1-5 are true	
5 FQ+>1	X	FQ+>3 AND 2 items 1-4	X
total 1-4	2	X+%>0,89 et 3 items	
total	3	FQ+>3 et X+%>0,89	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-إدراك الذات-إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. من المحتمل أن تكون المبحوثة اقتصاديًة بشكل مفرط وغير رسمية إلى حد ما في تحديد الأهداف **(المرحلة 4)**. مع وجود صعوبات كبيرة للغاية في تحويل الانتباه **(المرحلة 6)**.

الوساطة المعرفية: الخلل خطيرًا واختبار الواقع مضطربًا للغاية **(المرحلة 1)**. وقد يكون هناك اتجاه عام نحو الخلل الوظيفي الوسيط **(المرحلة 3)**. فهناك احتمال كبير بأن تظهر سلوكيات غير نمطية أكثر مما هو مرغوب فيه، أو حتى غير مناسب من المرجح أن يكون الميل إلى إنتاج سلوكات غير تقليدية مدفوعًا بأشكال من الخلل الوظيفي الوسيط ومشاكل في اختبار الواقع. **(المرحلة 6)**.

التفكير: يمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة، بشكل جيد نسبيًا وسيكون من الصعب تعديلها إلى حد ما **(المرحلة 3)**. وجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال ووجود سمة شخصية، تميل إلى لعب دور مهم في نفسية الفرد والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي وتستخدم طاقة كبيرة للحفاظ على حالة تأهب دائمة. والتفكير المفاهيمي للمبحوثة غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم. **(المرحلة 4)**. تعاني من زيادة ملحوظة في النشاط العقلي المحيطي بسبب الإجهاد الظرفي، غالبًا ما تكون هذه حالة عابرة ولكن يجب أن نتذكر أن القدرة على الانتباه والتركيز تقل بشكل كبير **(المرحلة 5)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف، التي تعتبرها مرهقة إنها آلية فكرية زائفة تخفي و/ أو تسمح بالإنكار، وبالتالي تقلل من فرص معالجة التأثير بطريقة مباشرة و/ أو واقعية **(المرحلة 7)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة معرضة جدًا لفقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط **(المرحلة 1)**. والموارد المتاحة تكون محدودة أكثر **(المرحلة 2)**. وهناك احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. إن المبحوثة تستوعب تأثيرها أكثر مما يلزم. يمكن أن تؤدي هذه العملية النفسية إلى تجربة أنواع مختلفة من الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف، ويمكن أن تساهم أيضًا في الاضطرابات الجسدية **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: يمكن أن نفترض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي قد يكون مرتبطا بالمتغير أو المتغيرات التي تشير إلى هذا الشعور بالضيق، وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر **(المرحلة 4)**. وتقوم بتثبيط التعبير عاطفي أكثر بكثير من معظم الناس وربما تعاني بشكل كبير من الشعور بالتهيج النفسي. **(المرحلة 5)**. وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية، أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن. **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر

كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا. **(المرحلة 7)**. ويمكننا اعتبار أن المبحوثة تتحكم في التفريغ العاطفي أو تعدله مثل معظم البالغين. **(المرحلة 9)**.

إدراك الذات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت إخفاقات. ووجود شعور بالضعف إنه شعور عام وليس شعورًا محددًا، فإن هذا الشعور ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة **(المرحلة 1)**. المبحوثة تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس، فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق **بالآخرين. (المرحلة 3)**. فمن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه. **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: تميل المبحوثة إلى الإفراط في الحذر التقليدي في التعامل مع الآخرين وتميل إلى الشعور بالضعف الشديد وتقوم بصياغة سلوكاتها بحذر شديد، إنها منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية، بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة، إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات**(المرحلة 2)**.المبحوثة تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة، بدلا عن ذلك يشير إلى أن المبحوثة تكون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**.المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه. **(المرحلة 7)**، من المعقول أن نستنتج أن المبحوثة لديها شعور بعدم الأمان، فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية وأنها تميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية، وينظر الآخرون إلى المبحوثين من هذا النوع عمومًا على أنها جامدة أو ضيقة الأفق، ونتيجة لذلك غالبًا ما تواجه صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة، خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها **(المرحلة 9)**.

1-2-2-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة أسيا (O2)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، فالمبحوثة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض ويشعر أصحاب هذا النمط بأن الآخرين يرفضون الاقتراب منهم، كما يشعرون بالقلق لأن شركائهم لا يهتمون بهم وذلك على الرغم من أن لديهم الرغبة في أن يكونوا قريبين منهم، كما أن اختبار الرورشاخ يكشف عند المبحوثة على ثلاثة مؤشرات (الاكتئاب، الوسواس القهري، اليقضة المفرطة).

فعلى مستوى علاج المعلومة يظهر عند أسيا مشاكل في التكيف، كما أنها اقتصادية جدا في علاجها للمعلومة وبشكل مفرط، لا تملك رسمية في تحديد الأهداف، وجود صعوبات كبيرة في الانتباه من حيث أنها لا تملك القدرة على تحويله.

على مستوى الوساطة المعرفية تعاني أسيا من خلل خطير واختبار الواقع مضطرب للغاية، تظهر سلوكات غير نمطية وغير مناسبة، ممتزجة بخلل وظيفي ومشاكل في اختبار الواقع.

على مستوى التفكير الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد نسبيًا، ومن الصعب تعديلها تتمتع بخصائص الدقة والكمال، وجود سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسية الفرد والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي وتستخدم طاقة كبيرة للحفاظ على حالة تأهب دائمة. والتفكير المفاهيمي للمبحوثة غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم، كما أنها تعاني من زيادة ملحوظة في النشاط العقلي المحيطي، بسبب الإجهاد الظرفي وغالبًا ما تكون هذه حالة عابرة ولكن قدراتها على الانتباه والتركيز تقل بشكل كبير، تستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة وهي آلية فكرية زائفة تخفي و/ أو تسمح بالإنكار، وبالتالي تقلل من فرص معالجة التأثير بطريقة مباشرة أو واقعية.

قدرات التحكم وتحمل الضغط عند أسياعرضة لفقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط والموارد المتاحة تكون محدودة أكثر، لديها وجود احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي، فالمبحوثة تستوعب تأثيرها أكثر مما يلزم ويمكن أن تؤدي هذه العملية النفسية إلى تجربة أنواع مختلفة من الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف، ويمكن أن تساهم أيضًا في الاضطرابات الجسدية.

على المستوى الانفعالي أسيا لديها اضطراب نفسي، قد يكون مرتبطا بالشعور بالضيق، إلى جانب تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر، حيث تقوم بتثبيط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس، هناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية، أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا، كما يمكننا اعتبار أن المبحوثة تتحكم في التفريغ العاطفي أو تعدله مثل معظم الراشدين.

تميل المبحوثة في إدراك الذات نحو الكمال وهذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت إخفاقات، وجود شعور بالضعف وهو شعور عام وليس شعورًا محددًا ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة، تميل كذلك إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس ويشير هذا إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة (وهي خاصية موجودة في الحالات الحدية). تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين. فمن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه.

على المستوى العلائقي تميل أسيا إلى الإفراط في الحذر التقليدي في التعامل مع الآخرين والشعور بالضعف الشديد سلوكاتها تصيغها بحذر شديد، فهي منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية (وهذا ماجاء في المقابلة التي كانت تشكوا فيها من الشك في الآخرين) بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات وهذا طبعا شرط أساسي لتضمن احساسها بالأمان. التعبير عن حاجتها للتواصل يكون بطريقة غير معتادة لدى معظم الناس، وهذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة ولكنها أكثر حذرا فقط في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، كما أنها حذرة في انشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين وهذا نتيجة الشك الذي لايسمح لها بتفسير تصرفات الآخرين اتجاهها تفسيرا ايجابيا، كما أنها تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه، تفتقر للشعور بالآمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية والميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية فهي دائما

في التأهب للهجوم كميكانيزم للدفاع، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية، ينظر الآخرون إليها على أنها جامدة أو ضيقة الأفق، ونتيجة لذلك غالبًا ما تواجه صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة، خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها.

1-2-3-تقديم المبحوثة الثالثة أحلام (O3)

المبحوثة أحلام امرأة تبلغ من العمر احدى وخمسين سنة متزوجة وأم لبنتين وولد، لديها مستوى جامعي علوم قانونية وإدارية وتعمل حاليا في الإدارة، تحتل المرتبة الرابعة بين تسع إخوة، الأم متوفية والتي كانت تعاني من مرض عقلي والأب على قيد الحياة.

1-2-3-1-عرض وتحليل محتوى القابلة للمبحوثة أحلام (O3)

لقد أبانت محاور المقابلة ما يلي:

- **محور الصحة الجسمية**

تعاني المبحوثة من مرض الغدة الدرقية وألم شديد في الكتفين كعرض عضوي، كما أنها تجد صعوبة في النوم حيث تنام لساعات قليلة جدا، أما الأحلام فهي تعاني من كوابيس خاصة حلم الحشرات بكثرة. تظهر المبحوثة نحيلة الجسم طويلة القامة وترتدي حجاب.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

يغلب على المبحوثة تأنيب الضمير والشعور بالقلق وعدم الرضى على الذات، إلى جانب الوسوسة والتي تعلقت بحادثة عاشتها المبحوثة، عندما كانت بالحمل وتعرض الجنين إلى سكتة قلبية واضطرت الطبيبة إلى إعطائها دواء لإسقاط هذا الجنين، ومنذ هذه الحادثة وهي تعاني من وسوسة شديدة بأنها هي من تسببت في قتل ابنها، مدى تكيفها مع الواقع نسبي تم تشخيص اضطراب الوسواس القهري منذ ثلاثة سنوات من طرف المختصة في الطب العقلي.

أما الجانب الجنسي عاشت المبحوثة حالة خوف شديد في سن السابعة عشرة، بسبب اعتقادها بأنها ليست عذراء وعبرت عن ليلة عرسها بقولها، " في ليلة الدخلة حسيت أني اغتصبت"، بقت المبحوثة على الخوف الدائم من عملية الجماع ويعود هذا إلى الطفولة، عندما رأت الأم والأب في

علاقة جنسية محرجة وعمرها ستة سنوات. تعرضت إلى صدمات كبيرة وقت الإرهاب وكان عمرها لا يتجاوز العشرين وفي هذه الفترة شاهدت شخصا مقتولا.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

العلاقة بين الوالدين تميزت بالصراعات والضرب والشتم والسب والاهانة وكل هذه الصراعات عاشتها المبحوثة، "*كان بابا يضرب بيما ضرب تاع لكلاب، ويهينها ويسبها بلا رحمة ولا شفقة*". وكانت المبحوثة في هذه اللحظات تبكي بشدة لدرجة فقدان السيطرة حيث كانت تصرخ بقوة، كما تميزت علاقتها سواء بالأم أو الأب بالخوف الشديد بحكم أن الأم كانت مريضة عقليا والأب كان ذو سلطة وسيلته للتواصل هي الضرب والصراخ والشتم. ليستمر مشوار المبحوثة على نفس الطابع مع زوجها الذي كانت تخاف منه لدرجة لا توصف، " *راجلي واعر بزاف ونخاف منو خوف شديد*"، " *راجلي يعايرني يقولي حمارة*".

أما العلاقة مع الإخوة فتميزت بالخضوع لهم في كل طلباتهم وأوامرهم بدافع ارضائهم، "*كنت واش يطلبوه مني نديرو لازم نرضيهم ولا يدورو عليا*"،" *بحكم أني كنت نخدم نخلي بنتي عند خواتتي على هذا لازم نطيعهم*"، وبكون المبحوثة هي الوحيدة التي تزوجت، فالغيرة كانت من طرف اخوتها كبيرة حيث عانت الكثير منهم خاصة عندما أنجبت بنت، التي كانت تتعرض للتحريض من طرف خالتها بأن أمها لا تحبها وتهملها وتفضل العمل على رعايتها، " *ندمت على النهار لي خليت بنتي فسدوها وعمرولها راسها عليا حتى بنتي ولات تكرهني*"، أما علاقتها مع الجسم سلبية فهي تكره جسمها "*جسمي ما نحبوش لأني ما عنديش صدر كيما تاع النسا*".

❖ **محور الوسواس القهري**

تعاني المبحوثة من أفكار متعددة وسواسية بصورة قهرية، أنها قاتلة لإبنها والشعور الدائم بالوسخ وأن والديها ليس بأبوين حقيقيين لها وأنها ليست أم بمعنى الكلمة.

كما أنها تعاني من طقوس الاستحمام المتكرر، "*نوض الصباح بكري غير باش ندوش وندوش ونبقى ساعات وأنا في الدوش حتى يروح عليا الحال للخدمة*".

1-2-3-1- تحليل محتوى المقابلة

يتبين من خلال المقابلة وما جاء من خلال كلام المبحوثة أحلام، أنها عانت وبشدة من الجانب العلائقي خاصة من طرف الأم التي لم تكن تتمتع بقواها العقلية وهذا له تأثير سلبي كبير، فيمكننا أن نتخيل كيف كانت تتم رعاية هذه المبحوثة في طفولتها من طرف أم غير قادرة أن تعطي الاحتياجات الضرورية واللازمة حتى ينمو الطفل بطريقة سليمة وصحية.

إلى جانب هذا أن المبحوثة تحملت أسلوبا للتواصل بين الوالدين والذي كان جد قاسي تميز بلغة الضرب والعنف والشتم والسب والاهانة من طرف الأب والذي كان يمارس هذا الأسلوب بإستمرار كلغة خطاب مع زوجة مريضة عقليا، فكل هذه الأحداث عاشتها المبحوثة واستدخلت في معاشها النفسي والاجتماعي لتستمر المعاناة العلائقية مع الإخوة والزوج وحتى مع ابنتها.

لتكون حادثة اسقاط الجنين عامل مفجر لاضطراب الوسواس القهري والتي من خلالها ترسخ الاعتقاد لدى المبحوثة بأنها قاتلة ومذنبة، كي يكون عرض الوسواس القهري الذي تمثل في الاغتسال بإستمرار كتطهير من الذنب الذي اقترفته على حسب اعتقادها.

وكل هذا ماهو إلا برنامج يتكرر في حياة المبحوثة، فما عاشته مع الوالدين وبكل تفاصيله يتكرر في حياتها لتصبح هي مضطربة نفسيا (الوسواس القهري) ويصبح زوجها في نفس موقع الأب الذي تحس إتجاهه بالخوف والتدني وهو نفس الإحساس الذي عاشته مع الأب.

وترتبط حادثة القتل التي شاهدتها وقت الإرهاب بحدث اجهاض طفلها والذي كان سببا لإعتبار نفسها قاتلة وكل هذه الأحداث هي برامج استدخلت عند المبحوثة بما يسمى بالنماذج العاملة الداخلية لتعاد صياغتها مرة أخرى في حياتها.

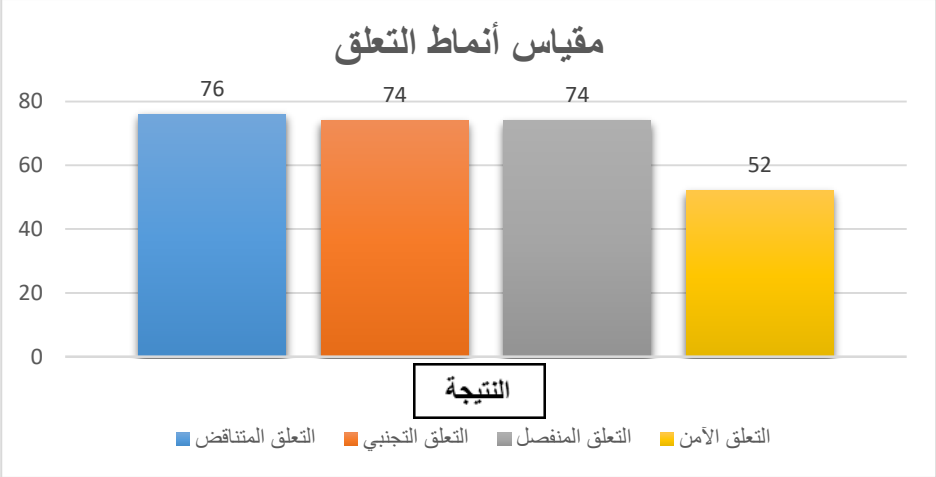
1-2-3-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أحلام (O3)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة أحلام أوضحت نتائج.

جدول رقم (42): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة أحلام(O3)*

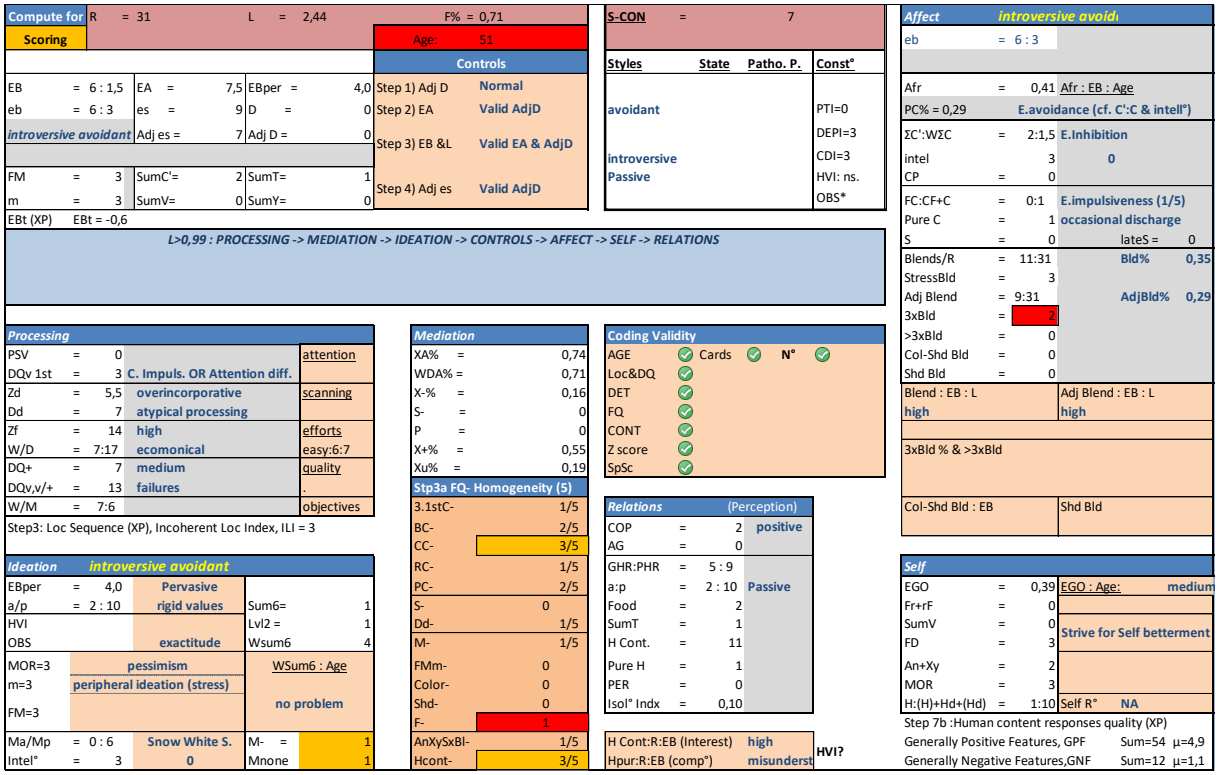
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	76
التعلق التجنبي	**74**
التعلق المنفصل	**74**
التعلق الآمن	**52**

شكل رقم (19): *نتائج أنماط التعلق عند المبحوثة أحلام (O3)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق التي تظهر على الجدول والموضحة من خلال الشكل البياني يتبين أن بعد التعلق السائد عند المبحوثة أحلام، هو نمط التعلق الغير آمن المتناقض في المرتبة الأولى ليأتي بعده النمط غير الآمن المتجنب والمنفصل في المرتبة الثانية وبنفس الدرجة والنمط الآمن في المرتبة الأخيرة، مما يدل أن المبحوثة تفتقر إلى الشعور بالآمان نتيجة غياب العلاقة الإيجابية والمشبعة سواء من طرف الأم أو الأب، فالعلاقة الأولية مع الوالدين والاخوة كانت سلبية للغاية خالية من مشاعر الحب ، مملوءة بالصراعات والغيرة والاهانة وسوء المعاملة، ولهذا فالمبحوثة تتميز بنظرة سلبية للذات.

شكل (20): *الملخص الشكلي للمبحوثة أحلام (O3)*



من خلال الشكل رقم (20) نستنتج أن المبحوثة أحلام (O3) لديها مؤشر الوسواس القهري OBS إيجابي.

1-2-3-3-تحليل بروتوكول المبحوثة أحلام (O3)

جدول رقم (43): *مؤشر الوسواس القهري للمبحوثة أحلام (O3)*

1 Dd>3	X		OBS*
2 Zf>12	X	Positive?	VRAI
3 Zd>3,0	X	1-5 are true	
4 P>7		FQ+>3 AND 2 items 1-4	X
5 FQ+>1	X	X+%>0,89 et 3 items	
total 1-4	3	FQ+>3 et X+%>0,89	
total	4		

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-إدراك الذات-إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. وتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية، إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية

عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. وتستثمر المزيد من الجهد والطاقة في الأنشطة الشاملة **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: هناك خلل وظيفي غالبًا ما ينتج عن تداخل التأثيرات السلبية **(المرحلة 3)**. المبحوثة تميل إلى إنتاج قرارات وسيطة تتجاهل المطالب أو التوقعات الاجتماعية أكثر من معظم الناس، في بعض الأحيان يمكن أن ينتج هذا عن طريق التعارض مع البيئة و/ أو من خلال نظام قيم يختلف بشكل كبير عن ذلك الذي تدعمه البيئة بشكل عام **(المرحلة 6)**.

التفكير: ومن المرجح أن تكون الأنشطة المفاهيمية للمبحوثة أبسط بكثير، تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/ أو اتخاذ القرار، لكنها أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها عند مواجهة التعقيد أو الغموض **(المرحلة 1)**. يمكن استنتاج أن الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلب نسبيًا، حيث تجد صعوبة بالغة في تغيير مواقفها أو آرائها **(المرحلة 3)**. وجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال **(المرحلة 4)**. وجود اتجاه أسلوبي أصبح فيه الملجأ إلى الأوهام أسلوبًا معتادًا للرد على المواقف غير السارة، تتميز بشكل أساسي بتجنب المسؤولية واتخاذ القرار. يستخدم الأشخاص بهذه السمة الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج عكسية للعديد من احتياجاتهم **(المرحلة 6)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن قدرات التحكم للمبحوثة وتحمل الإجهاد عادة، ما تكون مماثلة لتلك الخاصة بمعظم الأشخاص **(المرحلة 1)**. وهناك مؤشرًا موثوقًا وصالحًا لقدرة التحكم وتحمل الإجهاد **(المرحلة 2)**. إن المبحوثة تستوعب تأثيرها أكثر مما تود، يمكن أن تؤدي هذه العملية النفسية إلى تجربة أنواع مختلفة من الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف، ويمكن أن تساهم أيضًا في الاضطرابات الجسدية **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: المبحوثة لديها أسلوب تجنب – انطوائي، قد يفترض أنها تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر، أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. يمكن أن نفترض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي قد يكون مرتبطا بالمتغير أو المتغيرات التي تشير إلى هذا الشعور بالضيق، وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر **(المرحلة 4)**. هناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية، أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي

ثمن **(المرحلة 6)**. إن الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا حيث تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية. **(المرحلة 12)**.

إدراك الذات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات. **(المرحلة 1)**. تميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس، فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات، فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 3)**. الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية وفكر المبحوثة ككل، يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه. **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة. **(المرحلة 3)**. تميل إلى إظهار سلوكات إدمانية بكثير مما هو معتاد، حيث تميل إلى الاعتماد على الآخرين لقيادتها ودعمها، وتميل إلى أن تكون ساذجة تماما في توقعات علاقاتها، هذا لأنها تتوقع عموما أن يكون الآخرون متسامحين جدا مع احتياجاتها ومطالبها ومستعدون للتصرف وفقا لتلك الاحتياجات والمطالب.**(المرحلة 4)**.منفتحة عمومًا على إقامة علاقات وثيقة وتقبل بسهولة التبادلات اللمسية المعتادة، كطريقة لتأسيس هذه العلاقات والحفاظ عليها.**(المرحلة 5)**.المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه. **(المرحلة 7)**.

1-2-3-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة أحلام (O3)

من خلال المقابلة ومقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، يتبين أن المبحوثة أحلام، تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، كما أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري، فالمبحوثة تعاني من مشاكل في التكيف واحتمالية عدم نجاحها في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها في تزايد، لأنها تسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول بالنظر لقدراتها، ما يؤدي بها إلى تجارب الاحباط نتيجة الإخفاقات المتكررة وهذا كان واضحا من خلال المقابلة التي أقرت فيها " *نخدم نخدم مابان عليا والو، حياتي كيما هي ما ربحت خدمة ما ربحت صحة ما ربحت أولادي*".

عواطفها على مستوى هامشي أثناء حل المشكلات أو اتخاذ القررات والقيم الفكرية ثابتة، بشكل صلب وهذا يقف حاجزا أمام تغيير مواقفها وأرائها، مما يوحي بأن المبحوثة في كل مرة تستجيب بنفس الطريقة لأحداث الحياة، وبالتالي تتعرض إلى نفس الاحباطات ولا تتعلم من خبرات تجاربها السابقة.

تتميز شخصيتها بالكمال والدقة والسعي الدائم للوصول إلى الكمال هو في الحقيقة لتعويض النقص الداخلي والذي يعود إلى الحرمان العاطفي وافتقادها للحب والرعاية، فبحكم أن أمها كانت مريضة عقليا لم تعطيها المتطلبات الأساسية التي تحتاجها كي تعيش حياة متوازنة، دون أن ننسى صورة الأم المستدخلة والتي للأسف هي صورة سلبية، "*كي كنت صغيرة نحشم بيما*" "*تمنيت كون جات عندي أم ماشي مريضة*".

تعتمد على أسلوب الأوهام للرد على المواقف غير السارة، مما يبين عجزها عن مواجهة الواقع وتجنب المسؤولية واتخاذ القرار،" *ما نعرف ندير والو ما نصلح لوالو*"، اعتمادها على الخيال بشكل مفرط لإنكار الواقع وهذا طبيعي، فالحياة التي عاشتها المبحوثة والتي تكشف عن واقع مر أم مريضة عقليا وأب متلسط لايُتقِن إلا لغة الضرب خالي من العاطفة، وحتى الاخوة واجهت معهم صعوبات كبيرة من غيرة وتحريض ومعاملة سيئة، "*خاوتي يغيروا مني*"،" *يحرشوني على راجلي*"، "*حرشوا بنتي عليا حتى ولات تكرهني*"، " *راجلي نخاف منوا*"، " *يظل يهين فيا*"، هذا كله يعتبر واقعا مر ومؤلم بمعنى الكلمة، خاصة عندما يتعلق الأمر بالمحيط الأقرب للإنسان وهو العائلة، فكل هذا بمثابة صراع بين تقبل هذا الواقع ويصعب ذالك طبعا وبين تغييره وهذا مستحيل، فالملجأ الوحيد أمامها هو الانكار والافراط في الخيال.

احساسها الدائم بالقلق والحزن والتوتر والخوف مهد للإصابة الجسدية، عندها فهي تعاني من مرض الغدة الدرقية والذي هو في الأصل يصيب الأشخاص العاجزين عن التعبير عن انفعالاتهم وأحزانهم نتيجة الكبح الغير عادي في التعبير، تتجنب بقوة المحفزات العاطفية وتسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن، "*خاوتي دارو فيا الشر مي عمري قدرت نواجهم ولا نهدر معاهم*".

اهتمامها بذاتها ماهو إلا خاصية النوع النرجسي المتجدرة بعمق في نفسية المبحوثة، وهذا يؤكد بصورة قوية الحرمان العاطفي الذي تعاني منه، فتوفر موضوع الحب المتمثل في الأم التي لم تكن قادرة على الاعتناء بها وفهم حاجات ومتطلبات المبحوثة، كان دافع قويا أمام العجز عن استثمار موضوع الحب إلى استثمار الذات.

صورتها الذاتية سلبية تنظر إلى نفسها بنظرة سلبية وهذا كان واضحا أثناء المقابلة خاصة، بعدما أسقطت ابنها الذي تعرض إلى سكتة قلبية وهو في بطنها واعتقدت أنها هي من قتلته وهذا أمر صعب جدا على الانسان، أن يتبنى فكرة أنه قاتل ومجرم وخاصة أنها أم، فمن الصعب تخيل قوة القلق والألم التي تعانيه حيث حكمت على نفسها أنها، "*ليست أم أو بالأحرى أم قاتلة*".

شعورها الدائم بالوسخ الذي يرجع في الحقيقة إلى الشعور بالذنب وبالدناسة، لأنها في اعتقاد نفسها أنها قاتلة، ماجعل من طقس الاستحمام المتكرر ماهو إلا رغبة قوية في الطهارة من الذنب.

إلى جانب هذا الأحداث الصادمة التي تعرضت لها من الخوف الدائم، بأنها ليس عذارء وشعورها بالاغتصاب ليلة الدخلة، ورؤية الوالدين في علاقة جنسية، وما شهدته وقت الإرهاب والشتم والاهانة كل هذا ساهم في النظرة السلبية التشاؤمية للذات، والأمر الأول الذي كان الأساس في التأثير السلبي على الذات هو صورة الأم المستدخلة والتي كانت تخجل بيها، "*يما كنت نحشم بيها* " تعتبر جزء من تكوينها وهويتها ومادامت الأم صورتها سلبية في نظر المبحوثة، فهذا بديهي جدا أن تُكون نفس الصورة عن نفسها، وهذا يوضح بقوة من خلال صورة الجسم، "*جسمي ما يعجبنيش لاني ماعنديش صدر كيما تاع النسا*"، فالصدر يرمز إلى الجانب الأنثوي والأمومي عند المرأة وهذا ربما ما يبين بقوة مشكلة التقمص عند هذه المبحوثة ومشكلة الأمومة أوعدم النضج النفسي.

السعي الدائم للاعتماد على الآخرين لقيادتها ودعمها في الحقيقة هو سعي مجبورة عليه من أجل ارضائهم، على أمل منها أن تجد الحب والعاطفة التي تبحث عنها، من جهة ومن جهة أخرى لتفادي الكثير من الصرعات التي تخاف الدخول فيها، "*لازم عليا نشاورهم في كلش لانو كون ندير حاجة بلا ما يعرفوا يضاربوا معايا ويسبوني*" وهذا هو سبب الاعتمادية الذي هو في الأصل ليس حقيقي نابع من الداخل بل من أجل خفض التوترات.

وعليه فالمبحوثة لا تملك أدنى متعة أو رفاهية في الحياة من كل الجوانب، فهي عاجزة عن إقامة علاقات وعلاقاتها المقربة ليست مُرضية ولا تملك القدرة على اتخاذ قرارات أو تحمل أي مسؤولية ومن هنا فهي لا تتمتع بالصحة العقلية.

1-2-4-تقديم المبحوثة الرابعة سليمة (O4)

الحالة سليمة عزباء تبلغ من العمر ستة وخمسون سنة صحافية ومختصة في الطب البديل، تحتل المرتبة الرابعة بين إخوتها، كانت تعمل صحفية في الجريدة وبعدما أحيلت على التقاعد أصبحت تعمل في الطب البديل، الأب متوفي والأم على قيد الحياة. تم توجيهها لنا من طرف المختصة في الطب العقلي على أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري.

❖ **محور الصحة الجسمية**

تعاني المبحوثة من أعرض عضوية متعبة جدا، تمثلت في مرض عرق النسا الذي تعاني منه بشدة آلام في الظهر، انتفاخ الجسم وآلام المفاصيل، لقد أفصحت المبحوثة على أنها متعبة جدا من الناحية الجسدية.

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني المبحوثة من سرعة الانفعال، حب التنظيم، الشعور بالقلق والتوتر عند سماع الصوت المرتفع.

تكيفها مع الواقع نسبي، تم تشخيص الوسواس القهري من طرف المختصة في الطب العقلي.

تعرضت إلى صدمتين، الرسوب في امتحان البكالوريا، "*غاضني الباك كي ما جبتوش بقالي حرقة في قلبي*"، وموت الأب، "*أنا لي شربتلو الماء كي كان راح يموت، أنا لي شهدتلو، أنا لي بدلتلو قشو فالسبيطار كي مات بقاتلي صدمة ما ننساهاش*".

كما أن التحرشات الجنسية المتكررة من طرف الأخ الأكبر تركت آثار كبيرة على حياتها، حيث رفضت نهائيا الزواج وتكوين أسرة وعلى إثر هذه الحادثة أصبحت تكن كرها للرجال " *خويا دمرلي حياتي كامل*"،" *المشكل كي كنت نقول ليما ما تامنيش*"، " *ودوكا كي كبرت لقيت روحي ما درت والو في حياتي كي الناس*"، "*هو راهو عايش مع ولادو وأنا كي نتفكر نحب نقتل روحي*".

وقد اتخدث المبحوثة من النوم ميكانيزم دفاعي للهروب من الحياة والواقع الذي رفضته، كما أنها لا تتذكر نهائيا أحلامها، " *نظل غير نرقد ما نشبعش كامل رقاد، ساعات نرقد نهار كامل وما نجيبش خبر، وحتى المنام ما نومش*".

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

تعيش المبحوثة حالة صراع دائمة مع الأم الظروف والعلاقات العائلية (العلاقة مع الأم، الأب، الإخوة). فعلاقتها مع الأم مضطربة، هناك الكثير من الصراعات بينهما، " *ما نتفاهموش على أي حاجة*"، أما مع الاخوة فهي متوترة خاصة بعد زواجهم، العلاقة مع الجسم سيئة " *الجسم ماهوش عاجبني خلاص*". تعتمد على نفسها في كل شئ.

أما فيما يخص إضطراب الوسواس القهري فالمبحوثة تعاني من وسواس النظافة والتنظيم حيث تقوم بغسل الأشياء بصفة قهرية، كما لديها أفكار قهرية عن الموت والمرض.

1-2-4-1-تحليل محتوى المقابلة

يتبين من خلال المقابلة أن المبحوثة تعاني من صراعات داخل الأسرة ومنذ الصغر، فالحادث الذي عاشته ليس بالهين، فالاعتداء الجنسي الذي قام به الأخ الذي يعتبر مصدر الآمان والحماية تحول إلى مصدر عدم الثقة والخوف والتهديد خاصة وأن المبحوثة تعيش معه في نفس المكان وتراه يوميا هذا ما كان سببا في زيادة الشعور بالقلق والضغط، وهذا كله يرجع إلى غياب الحماية الوالدية، وما يفسر الصراع الدائم مع الأم هو عدم تصديقها لها، وهذه تعتبر أكبر ردة فعل مدمرة للجانب النفسي حين تلتزم الأم الصمت أمام أمر مثل هذا ولم تقم بدورها كموضوع حب يخاف ويحمي أطفاله، كما أن علاقتها السيئة بجسمها هو رفض لهذا الجسم الذي تشوه بنظرها، خاصة وأنا هذه التحرشات تكررت عدة مرات.

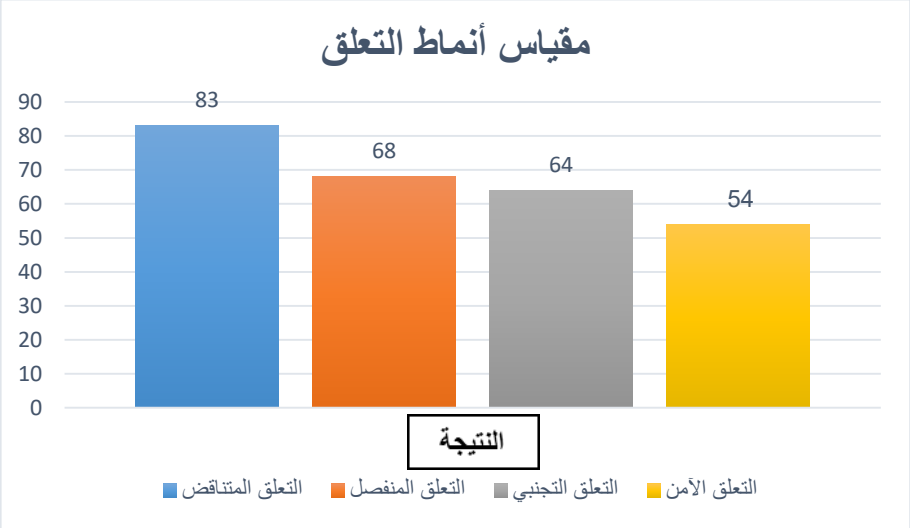
1-2-4-2-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سليمة (O4)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة سليمة أوضحت نتائج.

جدول رقم (44): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سليمة (O4)*

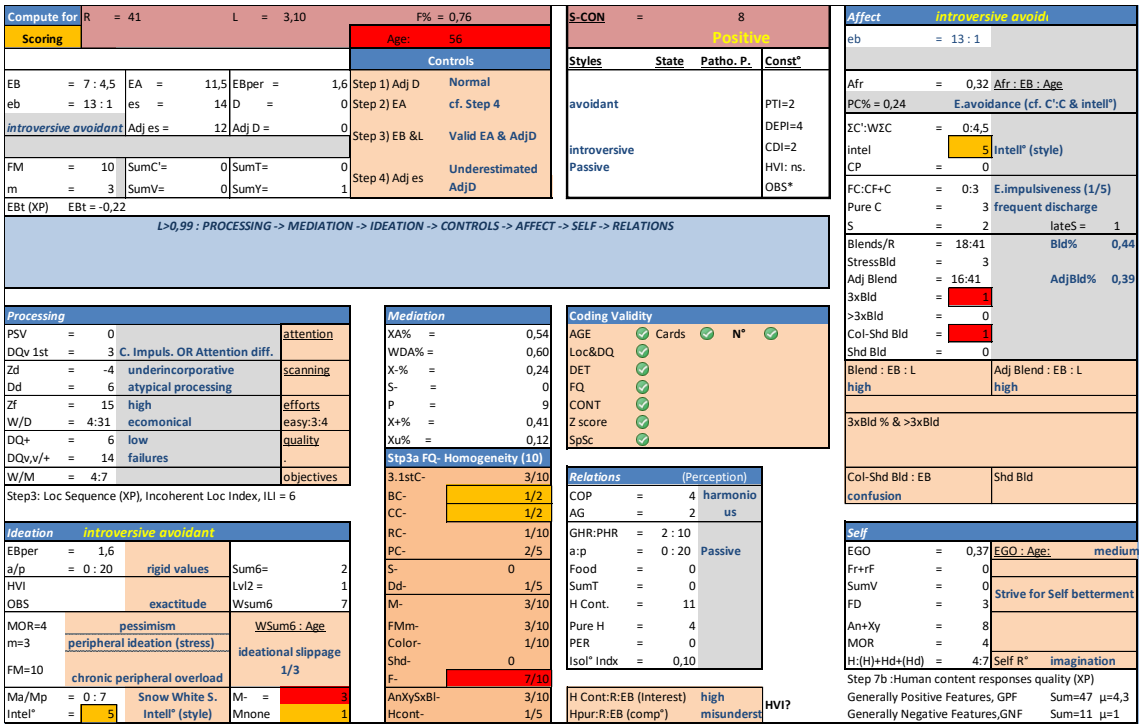
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	83
التعلق المنفصل	**68**
التعلق التجنبي	**64**
التعلق الآمن	**54**

شكل رقم (21): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة سليمة (O4)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق الموضحة في الجدول والمنحنى البياني، يتبين أن بعد التعلق السائد هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى، والمنفصل في الدرجة الثانية والتجنبي في الدرجة الثالثة، والتعلق الآمن في آخر ترتيب، مما يوضح عدم شعور المبحوثة سليمة بالأمان وهذا يعتبر منطقي لأن المبحوثة لم تعرف الشعور بالحماية والأمان في محيطيها العائلي، كما أنها تتميز بنظرة سلبية للذات وإيجابية للآخرين.

شكل رقم (22): *الملخص الشكلي للمبحوثة سليمة (O4)*



من خلال الشكل رقم (22) نستنتج أن المبحوثة سليمة (O4) لديها مؤشر الوسواس القهري OBS إيجابي مع مؤشر الأفكار الإنتحارية S-CON أيضا إيجابي.

1-2-4-3-تحليل بروتوكول المبحوثة سليمة (O4)

جدول رقم (45): *مؤشر الوسواس القهري عند المبحوثة سليمة (O4)*

1 Dd>3	X		
2 Zf>12	X		OBS*
3 Zd>3,0		Positive?	VRAI
4 P>7	X	1-5 are true	
5 FQ+>1	X	FQ+>3 AND 2 items 1-4	X
total 1-4	3	X+%>0,89 et 3 items	
total	4	FQ+>3 et X+%>0,89	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-إدراك الذات-إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**. وتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. تمسح المبحوثة على عجل وعشوائية، ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز. **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: هناك خلل وظيفي خطير للغاية واختبار الواقع متدهور للغاية. وربما تمر بعملية **شبيهة بالذهان. (المرحلة 1)**، فيجب اعتبار الخلل عامًا إلى حد ما وربما يكون شديدًا جدًا **(المرحلة 3)**. فهناك احتمال كبير بأن تظهر سلوكيات غير نمطية أكثر مما هو مرغوب فيه، أو حتى غير مناسب. من المرجح أن يكون الميل إلى إنتاج سلوكيات غير تقليدية مدفوعًا، بأشكال من الخلل الوظيفي الوسيط ومشاكل في اختبار الواقع **(المرحلة 6)**.

التفكير: تفضل المبحوثة عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و / أو اتخاذ القرار، لكنها أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها، عند مواجهة التعقيد أو الغموض **(المرحلة 1)**. ويمكن استنتاج أن الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا **(المرحلة 2)**، مع وجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال **(المرحلة 4)**. ووجود اتجاه أسلوبي أصبح فيه الملجأ

في الأوهام أسلوبًا معتادًا للرد على المواقف غير السارة **(المرحلة 6)**. وتميل أكثر من غيرها إلى التفكير في إنفعالها، يشير هذا إلى أنه يمكن للمبحوثة أن تتبنى أو تقبل بعض التشوهات المفاهيمية والتي تفيدها في إنكار التأثير الحقيقي للوضع **(المرحلة 7)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن قدرات التحكم للمبحوثة وتحمل الإجهاد عادة ما تكون مماثلة لتلك الخاصة بمعظم الأشخاص **(المرحلة 1)**، إن قدرات التحكم كانت أكبر مما هي عليه حاليًا **(المرحلة 2)**. وهناك احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي. **(المرحلة 4)**. إن المبحوثة تواجه أنماط تفكير عشوائية وغير متصلة أكثر من المعتاد. عادة ما تكون الأنشطة الفكرية من هذا النوع مدفوعة بزيادة الاحتياجات غير المُلباة. تنقسم هذه المطالب المستندة إلى الحاجة إلى أنماط تفكير متعمدة وتتداخل في كثير من الأحيان مع التركيز والانتباه **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: المبحوثة لديها أسلوب تجنب –انطوائي، قد يفترض أنها تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية، أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 6)**، وتلجأ المبحوثة إلى الفكر أكثر من معظم الناس في محاولة لتحديد تأثير المشاعر، فإنها تمثل أيضا شكلا من أشكال الإنكار، الذي يميل إلى تشويه المعنى الحقيقي للموقف وتأثيره **(المرحلة 7)**. وهناك إسترخاء كبير في التعديل العاطفي، حيث نستنتج أن المبحوثة تعاني من اضطرابات عاطفية **(المرحلة 9)**. إن الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا، حيث تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية **(المرحلة 12)**.

إدراك الذات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات. **(المرحلة 1)**. وهناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة القلق **(المرحلة 5)**. الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه. **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة. **(المرحلة 3)**، المبحوثة تميل إلى إدراك و/أو

التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة، بل تكون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين. **(المرحلة 5)**، المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه. **(المرحلة 7)**.

1-2-4-4-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة سليمة (O4)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ تبين أن المبحوثة سليمة تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بنظرة سلبية للذات ونظرة إيجابية للآخرين، كما أظهر اختبار الرورشاخ مؤشر الوسواس القهري إيجابي OBS مع مؤشر الكوكبة الانتحارية S-CON إيجابي بقيمة 8.

على مستوى إدراك الذات والعلاقات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات، وهناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة مقلقة (وهذا واضح من الشكوى على المستوى الجسمي التي تكلمت عنها المبحوثة في المقابلة)، فالمبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة.

تعاني المبحوثة من اضطرابات عاطفية كما أنها حذرة في حالات التقارب بين الأشخاص خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين، تتميز الصورة الذاتية بقوة بسمات سلبية وتفكيرها ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه.

1-2-5-تقديم المبحوثة الخامسة فضيلة (O5)

الحالة فضيلة امرأة متزوجة وأم لطفلة تبلغ من العمر 41 سنة، لديها مستوى التعليم المتوسط وتعمل الآن طباخة في المناسبات، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها (3 بنات و3 ذكور)، الأب متوفي والأم على قيد الحياة. تم إرسالها لنا من طرف المختصة في الطب العقلي على أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري.

1-2-5-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

على المستوى الصحي لا تعاني المبحوثة من أمراض عضوية، ولديها أعراض عضوية متمثلة في حكة في الظهر، لديها رغبة كبيرة في النوم وتعاني من حلم متكرر وهو السقوط من مكان مرتفع، تغذيتها غير منتظمة.

على مستوى الصحة النفسية والعقلية المبحوثة تعاني من الحزن والقلق وعدم الاستمتاع بالحياة، تكيفها مع الواقع قليل، تم تشخيصها باضطراب الوسواس القهري من طرف المختصة في الطب العقلي.

بالنسبة للجانب الجنسي في سن الخامسة تعرضت لتحرش جنسي من ابن العم (قام بنزع ملابسها) كانت مدمنة على الأفلام الاباحية وممارسة العادة السرية، بالنسبة للصدمات والأحداث المفاجئة التي عاشتها، تعرضت إلى ضرب كبير من طرف الأب بسبب علاقة عاطفية سنة 2000، ووفاة الأخ كانت بمثابة صدمة على المبحوثة، حيث استخدمت ميكانيزم دفاعي تمثل في انكار موت الأخ وهذا لعدم تقبلها هذه الحادثة، أما على مستوى الجانب الاجتماعي والعلائقي فهي في صراع دائم مع الأب لدرجة الكره والحقد، وحتى يوم وفاته لم تتأثر به وكأنه غير موجود.

علاقتها مع الأم سطحية جدا "*لأنها يما برك تغيضني ونشفق عليها لأنها عانت مع بابا، يما كنت نشوفها ضعيفة وما عندهاش شخصية ودوكا ولات تغيضني هذا ما كان*".

في علاقتها مع الزوج فهي تعاني صراعات كبيرة خاصة في الأوقات التي تكون فيها محطمة "كي نكون ما شي مليحة ومريضة يضارب معايا لدرجة تقول عليه وحش ما عندوش الرحمة".

على مستوى الأعراض الوسواسية يظهر على المبحوثة سلوكات تكرارية ووسواسية، كمراقبة الغاز والباب والنوافذ عدة مرات وطيلة اليوم، وتعاني أيضا من وسواس النظافة فتقوم بتنظيف المنزل عدة مرات طيلة اليوم وأيضا تقوم بتنظيف مقابض الأبواب بصفة قهرية.

1-2-5-2- تحليل محتوى المقابلة

يتبين من خلال ما جاء في هذه المقابلة أن المبحوثة، عاشت علاقة غير متزنة مع الأم التي تنظر إليها بإزدواجية بين الأم التي تحبها وتشفق عليها وبين الأم الضعيفة التي لا تملك شخصية وهو إحساس متناقض وهذه الازدواجية تشكل في حد ذاتها نواة لاضطراب الوسواس القهري، إلى جانب المعاناة الكبيرة مع الأب المهمل وهذا الأمر تأثرت به المبحوثة، على الرغم من أنها تنكر أهمية الأب في حياتها، هذا السبب كان وراء عدة مشاكل نفسية من بينها الوساوس القهرية خاصة وإذا علمنا أن المعنى الرمزي لهذه السلوكات كلها(مراقبة الغاز والباب بإستمرار) تدل على الخوف وعدم الشعور بالأمان والاحساس الدائم بالخطر، فمصدر الحماية المتمثل في الأب تخلى عنهم وأعاد الزواج مرة أخرى ولم يبحث عنهم حتى يوم وفاته.

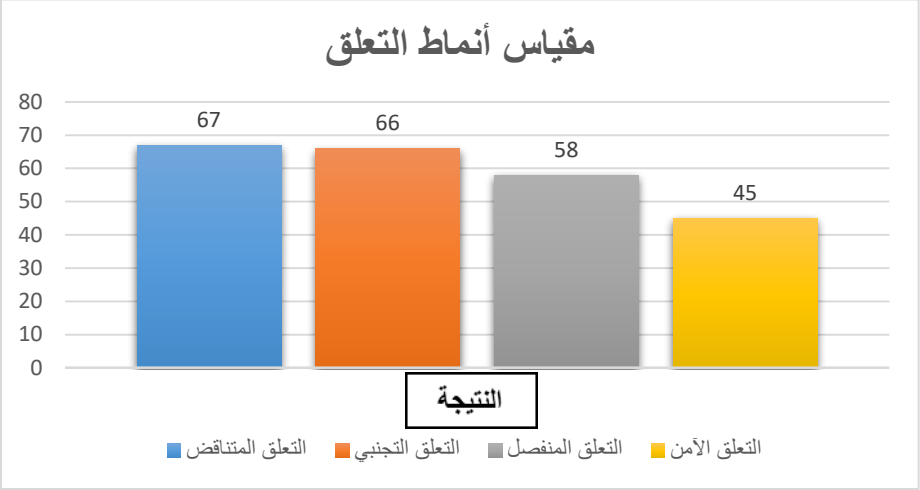
1-2-5-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أبعاد التعلق للمحبوثة فضيلة(O5)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة فضيلة أوضحت نتائج.

جدول رقم (46): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة الخامسة فضيلة (O5)*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	67
التعلق التجنبي	**66**
التعلق المنفصل	**58**
التعلق الآمن	**45**

شكل رقم (23): *توضح نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة فضيلة (O5)*



من خلال نتائج أنماط التعلق الموضحة في الجدول والشكل البياني، يتبين أن البعد السائد عند المبحوثة فضيلة هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى والتجنبي في الدرجة الثانية والمنفصل في الدرجة الثالثة والآمن في آخر ترتيب وهذا يعني أن المبحوثة تفتقد للشعور بالأمان وأنها تتميز بنظرة سلبية اتجاه الذات ونظرة إيجابية اتجاه الآخرين.

شكل رقم (24): *الملخص الشكلي للمبحوثة فضيلة (O5)*

| | | |

من خلال الشكل رقم (24) نستنتج أن المبحوثة فضيلة (O5) لديها مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI إيجابي مع مؤشر الوسواس القهري OBS أيضا إيجابي.

1-2-5-4-تحليل بروتوكول المبحوثة فضيلة (O5)

جدول رقم(47): *يوضح نتائج الوسواس القهري للمبحوثة فضيلة (O5)*

1 Dd>3	X		
2 Zf>12			OBS*
3 Zd>3,0	X	Positive?	VRAI
4 P>7		1-5 are true	
5 FQ+>1	X	FQ+>3 AND 2 items 1-4	X
total 1-4	2	X+%>0,89 et 3 items	
total	3	FQ+>3 et X+%>0,89	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: قدرات التحكم والتحمل للضغط-إدراك العلاقات-إدراك الذات-الانفعالات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة في **حالة مزمنة من الحمل الزائد**. نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع **(المرحلة 1)**. إن الموارد المتاحة تكون محدودة أكثر **(المرحلةَ 2)**. من المحتمل أن المبحوثة تواجه أنماط تفكير عشوائية وغير متصلة أكثر من المعتاد، عادة ما تكون الأنشطة الفكرية من هذا النوع مدفوعة بزيادة الاحتياجات غير المُلباة، تنقسم هذه المطالب المستندة إلى الحاجة إلى أنماط تفكير متعمدة وتتداخل في كثير من الأحيان مع التركيز والانتباه. **(المرحلة 5)**.

إدراك العلاقات: من المحتمل أن تكون أقل نضجا في العلاقة، مما قد يكون متوقعا أن هذه المبحوثة محدودة إلى حد ما في مهارات العلاقات ومن المرجح أن تواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، لا سيما في مجال العلاقات الشخصية ربما تكون العلاقات مع الآخرين أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، حيث أن المبحوثة منعزلة أو غير مناسبة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين وتميل إلى أن تكون أقل حساسية لاحتياجات ومصالح الآخرين **(المرحلة 1)**.المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة

غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة، بدلا عن ذلك يشير إلى أن المبحوثة **تك**ون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين**(المرحلة 5)**، المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف، مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. من المعقول أن نستنتج أن المبحوثة لديها شعور بعدم الأمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية وأنها تميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية. وينظر الآخرون إلى المبحوثين من هذا النوع عمومًا على أنها جامدة أو ضيقة الأفق، ونتيجة لذلك غالبًا ما يواجهون صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة، خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها **(المرحلة 9)**، فمن المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية، حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى. لا تشير هذه النتيجة إلى نوع من الانسحاب المرضي للتبادلات الاجتماعية، إنها تشير ببساطة إلى أنه لأي سبب من الأسباب **لا** ترتبط المبحوثة جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية **(المرحلة 10)**.

إدراك الذات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات **(المرحلة 1)**. ويوجد استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات الفرد عن العالم، هذه السمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات، بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**، وتميل إلى أن تكون أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس، فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسية المبحوثة وأنها تساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات، فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 3)**، ومن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة الشعور بالقلق **(المرحلة5)**. ونعتقد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه **(المرحلة 6)**.

الانفعالات: المبحوثة لديها أسلوب تجنب –انطوائي، قد يفترض أنها تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**، يمكن أن نفترض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي، قد يكون مرتبطا بالمتغير أو المتغيرات التي تشير إلى هذا الشعور بالضيق، وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر **(المرحلة 4)**، وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية، حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية، أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 6)**. إن المبحوثة أقل اهتماما بالتحكم في الانفعالات العاطفية من معظم البالغين **(المرحلة 9)**. إن الأداء النفسي للمبحوثة أقل تعقيدا، مما كان يتوقعه المرء حيث تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية **(المرحلة 12)**.

علاج المعلومة: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة **(المرحلة 1)**، تسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية، إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. يستثمر المزيد من الجهد والطاقة في الأنشطة الشاملة **(المرحلة 5)**، مع وجود صعوبات كبيرة للغاية في تحويل الانتباه **(المرحلة 6)**.

الوساطة المعرفية: هناك ضعف كبير في قدرات الوساطة **(المرحلة 1)**. وهذا الخلل عامًا إلى حد ما وربما يكون شديدًا جدًا **(المرحلة 3)**، من المحتمل أن تستجيب المبحوثة بطريقة أقل تقليدية وأكثر فردية، حتى في المواقف البسيطة و/أو المحددة بدقة ولا تشكل هذه السمة بالضرورة عائقًا **(المرحلة 4)**، فهناك احتمال كبير بأن تظهر سلوكات غير نمطية أكثر مما هو مرغوب فيه، أو حتى غير مناسب. من المرجح أن يكون الميل إلى إنتاج سلوكيات غير تقليدية مدفوعًا بأشكال من الخلل الوظيفي الوسيط ومشاكل في اختبار الواقع **(المرحلة 6)**.

التفكير: تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/أو اتخاذ القرار، لكنها أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها عند مواجهة التعقيد أو الغموض **(المرحلة 1)**. ويمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد نسبيًا وسيكون من الصعب تعديلها إلى حد ما **(المرحلة 3)**، مع وجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال، والتفكير المفاهيمي عندها غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم **(المرحلة 4)**، ولديها ميل واضح لإستبدال الخيال

بشكل دفاعي بالواقع في المواقف العصيبة، في كثير من الأحيان أكثر من المعتاد **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي يعتبرها مرهقة **(المرحلة 7)**.

1-2-5-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة فضيلة (O5)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ، تبين أن المبحوثة فضيلة تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بنظرة سلبية للذات ونظرة إيجابية للآخرين، كما أظهر اختبار الرورشاخ مؤشر الوسواس القهري إيجابي OBS، مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI بقيمة 4.

على مستوى إدراك الذات والعلاقات: تميل المبحوثة نحو الكمال هذا الأسلوب ليس بالضرورة إعاقة ولكن يمكن أن يصبح كذلك، إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت المبحوثة إخفاقات. ويوجد استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية والذي يميل إلى السيطرة على تصورات الفرد عن العالم، هذه السمة شخصية أساسية لها تأثير كبير على القرارات والسلوكيات بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي. المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة، فمن المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية، حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى.

قدرات التحكم والتحمل للضغط والانفعالات: إن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد (يظهر هذا من خلال ما جاء في المقابلة التي توضح فيها مدى التعب والمعاناة الكبيرة التي عاشتها ولا زالت تعيشها لحد الساعة). نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع. إن الموارد المتاحة تكون محدودة أكثر. ويمكن أن نفترض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي قد يكون مرتبطا بالمتغير أو المتغيرات التي تشير إلى هذا الشعور بالضيق، وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر. وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية حيث نستنتج أن المبحوثة غير مرتاحة للغاية في المواقف العاطفية أي أنها تسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن (ويتضح هذا من خلال عدم رد الفعل اتجاه وفاة الأخ والأب حيث تعاملت بصورة غير طبيعة من الانكار).

علاج المعلومة والوساطة المعرفية: هناك مشاكل في التكيف عند المبحوثة.وتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط. وهناك ضعف كبير في قدرات الوساطة. وهذا الخلل عام إلى حد ما وربما يكون شديدًا جدًا.

التفكير: تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/أو اتخاذ القرار، لكنها أكثر عرضة للتدخلات العاطفية في تفكيرها عند مواجهة التعقيد أو الغموض. ويمكننا أن نعتقد أن الاتجاهات والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد نسبيًا وسيكون من الصعب تعديلها إلى حد ما.

1-3-حالات مجموعة محاولة الانتحار

فيما يلي يتم عرض وتحليل نتائج المقابلة ومقياس (أنماط التعلق) واختبار (الرورشاخ) المطبقة على كل حالات المجموعة الخاصة بمحاولة الانتحار والتي يرمز لها بالرمز **(S).**

1-3-1-تقديم المبحوثة الأولى لينة (S1)

المبحوثة لينة امرأة متزوجة تبلغ من العمر سبعة وعشرون سنة وهي حامل، لديها مستوى جامعي دكتوراه في الرياضة البدنية وهي تعمل الآن كمدربة رياضة بدنية، تحتل المرتبة الثانية بين أخواتها (3 بنات)، الأم والأب على قيد الحياة، تظهر المبحوثة كئيبة جدا ومتوترة عصبية.

1-3-1-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند لينة فقد أبانت محاورها.

- **محور الصحة الجسمية**

لا تعاني المبحوثة من أي مرض عضوي، سوى أعراض تمثلت في آلام الرأس خاصة الفص الجبهي والركبتين، كما أجرت عملية جراحية على اليد اليسرى بسبب حدوث كسر تكرر لثلاث مرات، وكانت تتعرض بكثرة لمرض اللوزتين، تعاني المبحوثة من صعوبة كبيرة في النوم وشراهة في الأكل.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

عبرت المبحوثة عن خوفها الشديد من المسؤولية واشكالية الحرية، فهي تكره وترفض بشدة القيد والأوامر التي تحد من حريتها وهذا على حد تعبيرها "*عندي خوف من المسؤولية لدرجة وين رفضت بقوة الانجاب*"، "*عندي خوف من فقدان الحرية وبابا كي يقولي ما تخرجيش وما ديريش نحب نموت ونوصل نروح ندير الزكارة فيه بالتخبية*"، كما أنها تعيش لحظات كثيرة من تقلبات المزاج وتجلس لمدة طويلة من الزمن وهي تفكر في اللاشئ " *نقعد بالساعات وأنا غايسة في لفراغ*"، " *هو ما لي فرضو الحجاب عليا، نحس روحي نفكر في المجتمع أكثر من الله*"، "*أنا نفرح كي إنسان يشكرني*"، لديها شعور بالملل، المماطلة، الشعور بالمتعة المؤقتة، "*عندي مشكل مع مشاعري هل نوجههم اتجاه إنسان نحبوا أو يغيضني أو نكرهوا نحس كلي عندي شخصيتين في داخلي وحدة فيهم تحب تخرب كلش*"، " *نحب*

نفسي غير في الحالة لي يحبوني فيها الآخرين "، " ما نتفكر والو على طفولتي". "نشك في القدرات تاعي". "مرت عليا فترة وأنا عمري خمسطاش سنة وأنا غير نبكي وحدي".

أما الجانب الجنسي ففي عمر الحادية عشر سنة، تعرضت إلى تحرش جنسي من طرف شخص مجهول وإلى حادثة سيارة نجت منها بأعجوبة وكانت الصدمة أكبر، عندما رأت نفسها في المرآة ملطخة بالدم وفي سن الثانية عشر كانت تمارس العادة السرية بإستمرار وبطرق غريبة.

في سن الثالثة عشرة سنة أخفت البلوغ عن أسرتها خوفا من فرض الحجاب وكانت مدمنة على الأفلام الإباحية، لتتعرض إلى تحرش جنسي داخل المدرسة وعمرها ستة عشرة سنة، كانت المبحوثة تعاني من الخوف من ألا تكون عذراء، تعرضت عدة مرات لصدمة سماع ورؤية الوالدين في علاقة جنسية. حاليا تعاني لينة من مشكلة جنسية في عملية الجماع، التي تتم بصعوبة وتكون على أعلى درجة من القلق والتوتر بعد كل علاقة جنسية.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

تعبر المبحوثة عن علاقتها بالأم أنها خالية من العواطف ويطغى عليها التناقض الوجداني والشفقة *" تغيضني أكثر ما نحبها، تغيضني كامرا ومن بعد نقول واش خلاها تكون هكذا كي نعنقها كلي عنقت بوطوا تاع حيط" " نحبها ونكرها في نفس الوقت، ساعات نكرز منها"." يما باردة وكيما تنصحني تقولي ما تكونيش كيما باباك، هي لي خلقتلي هذا المشكل مع بابا"، "كي نكون لابسة مليح ما تقوليش جاتك شابة"، " يما تحب غير روحها، تخمم غير في روحها"، " بابا كان يجيب الفاكية تاكلها هي كامل وتمدلنا كيما هي تحب"، "يما حطبة كانت تضرب أختي لكبيرة حتى وصلت دوكا تشرب ودير حوايج ما شي ملاح"، "ما عندهاش حنانة نكرها نكرها مشكلتي مع يما أكثر من بابا وكل واش فقدتو من الثقة هي السبة فيه"، " في كل مرة كنت كي ما نقراش مليح تقولي نحي هذا الوسخ لي في راسك". "تقولي أنت زواخة كي نلبس مليح".*

أما العلاقة مع الأب فهي أكثر صراع وتعقيد وصلت العلاقة إلى أقصى حد من الكره وحتى إلى رغبة في القتل وتعبر عنه بقولها *" بابا شخصية متسلطة ديكتاتورية حقار وحش"، "يعرضك غير للحشمة والاحتقار والتبهديل"، "بابا يقولي أنا حبتك يالمعفنة وراكي جاية تهدري معايا نحس روحي خماج"، " نكره روحي كي يقولولي تشبهي لباباك نحب نتقيا"، "نكره الأنانية تاعوا"، "كان يضرب أختي لكبيرة ضرب كبير حتى يوجعني قلبي لدرجة وين خممت نهز الموس ونقتلوا"، " بابا يعرف*

غير يعسني ويعس لبستي وعلى قداه دخلت وعلى قداه خرجت". وصل الصراع بينها وبين الأب لدرجة لا توصف. وتضيف قائلة *"الرجال كون يكونوا كيما بابا نقتلهم كامل، كي تزوجت قلت تهنيت من بابا"*. *"نسيت بلاصتي في الدار كانت عندي أهمية في الدار كي كنت نلعبها مريضة "*. *"كي كنت صغيرة سرقت كارطا لابن عمي وضربني بابا وهذا ما خلاني نسرق لبابا دراهم من الجيب دايمن زكارة فيه"*. *"وليت مريضة نحب غير نسرق، يالوكان حاجة ما ندير بيها والوا، وليت مدمنة على السرقة"*. *"شربت الدخان من قبل باش نجرب وحتى الشمة ثاني نحب ريحة البنزين والغاز"*. *"أختي صغيرة كانت تبكي في عمرها عام كان يضربها بالسبتة باش تسكت"*، *"بابا لي علمني نسب تمنيتلوا الموت شحال من مرة وحتى كي نبوسوا كلي نبوس واحد براني"*، *"حياتي كامل بنيتها باش ما نتلقاش إنسان كيما هو وساعات نحب يتنحا خلاص من حياتي"*. *"هو السبب في كل واش راهو صاري في العائلة"*. *"كنت نتلقى غير اهانات من الأب شعرك حرش"*. *"إحساسي اتجاه الأب منذ الصغر هو الخوف ولازم ندير، ما نحتارموش"*. *"كي كان في عمري طناش سنة جاتني رغبة أني نربطو ونغلقلوا فموا ونقولوا كلش واش في قلبي"*. *"كنت نشوفوا وأنا في عمري حداش سنة تحت النواظر يشوف مع النسا"*. *" بابا واش داروا كامل ضرني وضر ختي لي بسبتوا مرضت ودخلت لسبيطار تاع لمهابل ولات ما شي نورمال" "بابا يعرف غير يسب ويتحكم"*.

أما العلاقة بين الوالدين علاقة مبينة على الصراعات والاهانة والاحتقار والضرب *"بابا يعرف غير يضرب بيما، يسبها على جال حاجة والوا يعاملها معاملة تاع العبيد"* ، فالأب قام بخيانة الأم عدة مرات ويوم اكتشفت الأمر تزوج لكنه لم يطلقها *" بيما تغبنت بزواجوا مي تستاهل"*، *وأنا كي عرفت خلاص كرهت كلش، حابة نقتلوا ونقتلها ونتهنا"*.

أما العلاقة مع الزوج تخلو من علاقة زوجية حقيقية حيث تقول *" الزواج بالنسبة لي هروب"*، *"راجلي متزوج بهذا الذات لي كون قعدت ما يتزوج بيها حتى واحد، داير فيا مزيا "*.

تعرضت المبحوثة إلى صدمة خيانة من طرف الزوج بعد عشرين يوم من زواجها." *نحب راجلي يعاملني كيما طفلة"*، *"شحال من مرة كي نتفكر واش صرالي نقولو طلقني ومن بعد نتفكر وين رايحة نرجع لدارنا مستحيل"*.

علاقتها مع الجسم علاقة سلبية *"يقولولي يا بقرة يا سيمنة"*."*نشبه لبابا بزاف ونكره روحي على جالوا"*.

علاقتها مع الذات مبنية على أساس الآخرين "*كل قرايتي لي قريتها غير باش يقولو قرات ويشوفوني بصورة مليحة، بصح أنا في الحقيقة ما نسوا والو كلش فيا مخروب*".

❖ **محور محاولة الانتحار**

تسيطر الأفكار الانتحارية بكثرة على لينة ورغبتها في الموت قوية، " *نتمنى الموت كل يوم، وساعات نتمناها في اليوم ألف مرة*" " *شحال من مرة نقعد نضرب في روحي ونقولها نكرهك نكرهك*"

ففي سن الخامسة عشر كانت تدعي المرض وتصل إلى حد الاغماء،"*كي كنت في عمري خمسطاش سنة كنت نشرب Tegretol وكنت نشرب كمية كبيرة منو غير باش نموت*"، " *ومرة حاولت ننتحر حكمت باطا تاع dépakine وشربتها كامل وما متش*"، " *وكي كنت في عمري 25 سنة حكمت tuyau تاغ الغاز وحطيتوا في فمي ومن بعد ما حسيتش بروحي حتى لقيت روحي في المستشفى، وكي روحت حكمني بابا ضربني ضرب تاع ليهود*" "*هو سبابي في هذا الحالة كرهتوا وحابة نقتلوا ونتهنى*"، " *دمرنا كامل ختي بسبتو خرجت من الدار ودوكا راهي عايشة مع واحد كثر منها وختي الصغيرة ولات مريضة عقليا*"." *دوركا أني حابة نموت والصغير لي في كرشي ما نيش حابتوا يجي باش نغبنوا*"، وفي بداية عام 2022 كانت الصدمة الكبرى بالنسبة للمبحوثة، حيث تعرضت الأم إلى الإصابة بفيروس كورونا المُحَورْ والذي كان نتيجته مضاعفات على مستوى الصدر، مكثت الأم في المنزل في البداية لأن الأب كان منشغلا بالزوجة الأولى ونتيجة التأخر في تقديم المساعدة الطبية تفاقمت حالة الأم لتدخل بصفة مستعجلة إلى المستشفى " *بابا يهودي ما شي بنادم، راح زوج واحد ما علابالو غير يما مسكينة حاكمة في قلبها وساكتة ضيعلها شبابها وكي مرضت ما هتمش بيها* "، مكثت الأم في المستشفى لمدة ستة أشهر وهي تصارع الموت لا تقوى على الحراك ولا التنفس إلا بالأكسجين لتتطور الحالة إلى ظهور هلاوس بصرية وسمعية للأم، وفي هذا الوقت كانت لينة المرافقة للأم داخل المستشفى، وفي هذه الأحداث تأتي صدمة أخرى أن أختها الصغيرة عندما رأت حالة الأم تدهورت قامت بقطع شريان يديها لتحملها لينة وهي مفزوعة وملطخة بالدم كليا. تقول لينة "*وملي مرضت يما بكوفيد وقاسلها صدرها حسيت بلي خلاص، (كانت تبكي بطريقة لا تحتمل) وليت نخمم غير في هذا الصغير لي في كرشي كيفاه نديرلوا*" "*أه ياربي واش هذا الحياة واش هذا الظلم*" "*كي هزيت ختي وهي بالدم ما قدرتش نفرق بين أني نحلم ولا راني فاطنة، ما قدرتش خلاص، حياتنا كامل*

دمار وبابا هو سبابها" " دمرنا وتحكم فينا كلش عندو حرام وكي وصلت ليه دارهم كامل وزاد تزوج، حابة نقتلوا ونقتل روحي ونتهنا".

تميزت المقابلة مع لينة بالثراء الكبير بالمعلومات، لأنها كانت بحاجة للتفريغ فكانت متعاونة وهذا ربما يبرر حاجتها للكلام ولهذا لم تجد الباحثة أية مشكلة، أثناء القيام بالمقابلة والملاحظ أن لينة كانت في حالة سيئة للغاية خاصة وأن أمها لازالت طريحة الفراش بسبب آثار كورنا.

1-3-1-2-تحليل محتوى المقابلة

تُعبر المبحوثة عن ألمها وصراعها النفسي بأعراض جسدية أكثرها رمزية، فالاصابة المتكررة بإلتهاب اللوزتين مما يدل أن المبحوثة تعاني من انفعالات شديدة، لكنها لا تستطيع التعبير عنها بحكم الأسلوب السلطوي من طرف الأب، مما يوضح القمع الذي تعيشه داخل الأسرة، دون أن ننسى آلام الجبهة التي تعد مصدر التفكير والتركيز والانتباه، مما يدل أن الجهد الفكري عند المبحوثة قد أرهقها ويظهر هذا من خلال عدم قدرتها على النوم.

أما الركبتين فهي ذات دلالة على التحرك والمشي، فموضع الألم فيها يدل على التعب والاجهاد وربما افتقار للنشاط والشعور بالعجز أمام ظروف الحياة، التي تعيشها هذه المبحوثة والشراهة في الأكل ما هي إلا ميكانيزم لرفع مستوى طاقتها المنخفضة.

على المستوى النفسي والعقلي والعلائقي تعاني لينة الخوف من المسؤلية وهو في حقيقة الأمر يرجع إلى عدم الثقة بالنفس وتدني تقدير الذات والشك في قدراتها، لأنها عاشت في بيئة تقدس المجتمع على حساب الفرد *" نشك في القدرات تاعي، نحس روحي نفكر في المجتمع أكثر من الله، نفرح كي انسان يشكرني، نحب نفسي غير في الحالة لي يحبوني فيها الآخرين*"، فتقديرها وحبها لذاتها يعتمد على عناصر خارجية ولهذا فكل تصرف أو سلوك سلبي اتجاهها من طرف الآخرين، يجعلها تعيش احباطات مؤلمة على المستوى النفسي وهذا ما يجعل كيانها دائما مهددا بالخطر، تعيش فقط على تشجيعات الآخرين مما ولد عند المبحوثة قيدا داخليا، فهي تعتبر خاضعة للمجتمع سواء قبلت أو رفضت وعلى هذا فكل قيد خارجي يزيد من قوة القلق والضغط وكرها للقيد ما هو إلا إحساس بالتهديد والخطر الغير محتمل، لأن المبحوثة فقيرة في دعم الذات سواء من الأم التي كانت تنتقدها بشدة وتنظر إليها بنظرة سلبية ومحبطة *" أنت زواخة كي نلبس مليح، في كل مرة كنت ما نقراش مليح تقولي نحي لوسخ لي في راسك"* واذا تمعنا في دلالات هذه العبارات الموجهة من الأم،

فنجد أن المبحوثة تتعرض في كل مرة إلى الجرح النرجسي سواء على المستوى الخارجي أي الصورة الخارجية للذات المتمثلة في الجسم أو على المستوى الداخلي، فكلمة نحي لوسخ من راسك هو هجوم من طرف الأم على الجانب الفكري للمبحوثة، الذي تنظر إليه على أنه فكر متسخ والوسخ يحمل عدة معاني وهذا ربما ما يوحي لا شعوريا للمبحوثة أن الأم قد كشفت عن جزء من حقيقتها الداخلية (معناه: أي أن الأم تعرف ما تقوم به لينة) والمتمثلة في كل السلوكات والأفعال التي كانت المبحوثة تقوم بها في الخفاء، الإدمان على الأفلام الإباحية، العادة السرية، التدخين، الشمة والسرقة وأشياء أخرى، ربما لم تكشف عنها المبحوثة فمهاجمة الأم لها هي مهاجمة على مستوى أعمق، لا تدركه الأم أثناء قيامها بهذا السلوك المتمثل في الكلام الجارح وعليه فالمبحوثة على إحساس بالخطر الدائم، أضف إلى هذا أن صورة الجسم السلبية والمرفوضة تماما، بسبب التهكمات الجارحة منذ الطفولة وخاصة سن المراهقة، أين يبدأ الفرد اثبات ذاته ووجوده " *بابا يقولي شعرك حرش*"، "*يقولولي بقرة ياسمينة، نشبه لبابا بزاف ونكره روحي على جالو*" كل هذا يوضح بقوة أن لينة لا تحب نفسها على الاطلاق ولم يتوقف الأمر على عدم حب الذات، بل كرهها بطريقة استنتاجية مادامت تشبه الشخص الذي تكرهه وترغب في قتله وهو الأب ومادامت هي تشبهه وبالتالي فهي تكره ذاتها وبقوة، خاصة وأن الصور الوالدية المستدخلة هي صور مرفوضة من طرفها ولا تنظر إليهم بنظرة إيجابية وهذا منذ الطفولة. فهي تتذكر المواقف الجنسية التي كانت تراها وتسمعها وتشمئز عند تذكرها، مواقف الأب الذي كشفت حقيقته بأنه يخون الأم وأنه ينظر إلى النساء، ومواقف الضرب التي كانت تشاهدها من طرفه على أختها الصغيرة جدا، وكل كلامه البذيئ الذي كانت في كل مرة تسمعه" *بابا تعملت نسب منو*" "*بابا يقولي أنا لي جبتك يالمعفنة وراكي جاية تهدري معايا، نحس روحي خماج*"، وصورة الأم التي ترى فيها الأم الباردة المتجمدة " *كي نحضنها تقول حظنت بوطوا حيط*" والأنانية " *تأكل الفاكية وحدها* " والعاجزة بدون شخصية ولا سلطة أمام الأب"*كان بابا يضربها*"، ولم يتوقف الأمر إلى الأبوين فقط بل إمتد كذلك إلى الأختين فالأخت الأولى أصبحت مدمنة على الخمر "*دير حوايج ماشي ملاح، عايشة مع راجل أكثر من باباها* " والأخت الثانية التي كانت ضحية كل الأحداث والتي انتهت بالدخول إلى مستشفى الأمراض العقلية وأصبحت مجنونة، فالمحيط الأسري عند لينة كله أسود في نظرها.

إضافة إلى هذا تعيش لينة تقلبات في المزاج وهذا طبيعي مادام الوسط الخارجي من يتحكم في سعادتها أوتعاستها، فهي تجلس لمدة طويلة من الزمن وهي تفكر في اللاشئ " *نغيس في الفراغ*" مما يدل على الرغبة في الانقطاع عن الواقع الذي ترفضه، كما أنها لا تتذكر طفولتها وهو نوع من

الانكار كميكانيزم دفاعي، لانكار الألم والأشياء السلبية التي كانت تقوم بها خاصة السرقة. احساسها بالملل والمماطلة من أجل انجاز أي شئ علامة على الاجهاد الذي تعاني منه والافتقار للقدرة، بسبب غياب الدافعية والرغبة لأن ما يحيط بها غير محفز.

تعرضت لينة لتحرش جنسي في الحادية عشرة من عمرها، لتعيش صدمة أخرى وهي حادثة السيارة التي عاشت فيها تجربة الموت وفي نفس الوقت صدمة أخرى عند رؤية نفسها في المرآة، ملطخة بالدم ليعاد الحدث الصدمي مرة أخرى وهو اعتداء جنسي في سن السادسة عشر، تركها تعيش أزمة نفسية كبيرة من القلق والخوف وهي أن لا تكون عذراء ويمكن تخيل درجة الألم الذي تحملته أمام هذه المشكلة، خاصة في أسرة فيها الأب سلطوي ومتحكم وفيها المجتمع الذي استدخل عند لينة خلال التنشئة وتَرتِيبه في الدرجة الأولى قبل الله وهذا ما يوضح بقوة دافع لينة للقيام بالأشياء اللاخلاقية في الخفاء، لتعيش صدمة أخرى وهي خيانة الزوج لها بعد عشرين يوما من زواجها.

والملاحظ أن هذه المبحوثة عاشت تجارب كثيرة من الناحية الجنسية، مما جعل هذا الأخير مستثمر بقوة وبصورة مرضية، لتتوقف الرغبة الجنسية من حياة لينة أثناء العلاقة مع زوجها، فهي تعاني صعوبة في الجماع(خيانة الزوج أفقدتها الثقة، وأعادت صورة الأب الخائن عندها) وقلق كبير بعد العلاقة، وربما يعود الأمر إلى الحدث الأول عند رؤية الوالدين التي كانت تشمئز كلما تذكرته ويزاداد توترها وكرهها أكثر، فوضعيتها في عملية الجماع تذكرها بوضعية الأم مع الأب لا شعوريا وتضعها في وضعية أخرى لم تحل بعد وهي عقدة أوديب، فتصبح الأم هي لينة وزوجها هو الأب وهذا ما يبين حقيقة العلاقة المحرمة، كل هذا تكشف عنه عبارات قالتها المبحوثة وهي "*نحب راجلي يعاملني كطفلة*"، في حديثها عن الأم والذي يكشف عن استمرار الصراع "*ماعندهاش حنانة نكرها نكرها مشكلتي مع بيا أكثر من بابا*"، "*كي نكون لابسة مليح ما تقوليش جاتك شابة*"، " *هي لي خلقتلي المشكل مع بابا*"، "*بابا شحال من مرة وحتى كي نبوسوا كلي نبوس واحد برانـي*"، رغم أنها لم ترغب في قتل الأم ورغبة في قتل الأب ومن المنطقي أن يكون العكس، والحدث الذي يفسر بقوة هو تضررها من زواج الأب للمرة الثانية "*خلاص كرهت كلش، حابة نقتلوا ونقتلها ونتهنا*".

فعلاقة لينة مع الوالدين فيها الكثير من الألم والصراع مبنية على التناقض الوجداني، فنفس صورة الأم والأب تحبها وتكرهها في نفس الوقت " *بيا تغيضني أكثر ما نحبها، تغيضني كامرا*"، " *نحبها ونكرها في نفس الوقت، ساعات نكرز منها*"، هذه العلاقة أفقدت المبحوثة توازنها العاطفي وجعلتها تعيش حالة من الانشطار الداخلي " *عندي مشكل مع مشاعري هل نوجههم اتجاه انسان*

نحبوا أو يغضني أو نكرهوا نحس كلي عندي شخصيتين في داخلي وحدة فيهم تحب تخرب كلش" ، وانشطار خارجي " *كل قرايتي لي قريتها غير باش يقولو قرات ويشوفوني بصورة مليحة، بصح أنا في الحقيقة ما نسوا والو كلش فيا مخروب"*.

كل هذه المآساة كانت وراء أفكار الموت المتكررة وعدم الرغبة في البقاء أي الموت والتي وصلت لحد جلد الذات " *شحال من مرة نقعد نضرب في روحي ونقولها نكرهك نكرهك*"، فعدم وجود الحب من طرف الوالدين والحرمان العاطفي والافتقار للتقدير الذات، رغم تحايلات المبحوثة المتكررة في الوصول إلى هذا الحب المفقود بحيل ولكنها عجزت " *كي كنت صغيرة كنت ندعي المرض ونطيح نتغاشا"* ، أمام هذا العجز في الوصول إلى الحب والتقدير من الوالدين والاستقرار الداخلي، اتجهت لينة لمحاولات انتحارية لثلاثة مرات وكانت أول مرة في سن الخامسة عشر وهي سن مبكرة، ولكن هذه المحاولات كلها كانت فاشلة استخدمت لمرتين الدواء ومرة بالغاز، ليتأزم الوضع في حياة لينة أمام ضغوطات متتالية، تعرضت فيها إلى اجهاد كبير وهذا بعدما أصيبت الأم بكوفيد المتحور على مستوى الصدر في عام 2022، لتحدث مضاعفات سببها التقصير من الأب (كان مع الزوجة الثانية) أدى بالأم إلى المكوث لأشهر في المستشفى والتي كانت عاجزة عن التنفس والحراك، وفي هذه الفترة بأكملها لينة هي من ترافق الأم، لتحدث صدمة أخرى وهي أختها الصغرى قامت بقطع شريان يديها

" *كي هزيت ختي وهي بالدم ما قدرتش نفرق بين أني نحلم ولا راني فاطنة*"، وهذه الحادثة تعتبر إعادة لحدث صدمي سابق وهو حادثة رؤية نفسها في المرآة ملطخة بالدم يوم حادث السيارة، كل هذا أدخل المبحوثة في أزمة حقيقية " *ملي مرضت يما بكوفيد وقاسلها صدرها حسيت بلي خلاص*، (كانت تبكي بطريقة لا تحتمل) *وليت نخمم غير في هذا الصغير لي في كرشي كيفاه نديرلوا* "، " *أه ياربي واش هذا الحياة واش هذا الظلم*"،" *كي هزيت ختي وهي بالدم، ما قدرتش نفرق بين أني نحلم ولا راني فاطنة ما قدرتش خلاص، حياتنا كامل دمار وبابا هو سبابها*" " *دمرنا وتحكم فينا، كلش عندو حرام وكي وصلت ليه دارهم كامل وزاد تزوج، حابة نقتلوا ونقتل روحي ونتهنا* ".

وللاشارة أن التحليل الذي جاء في المقابلة بخصوص هذه المبحوثة، ليس مجرد أحكام من الباحثة ولكنها حقيقة، فهناك بعض التفاصيل التي تعمدت الباحثة عدم ذكرها في المقابلة والاعتماد على الأشياء التي تخدم هذا البحث.

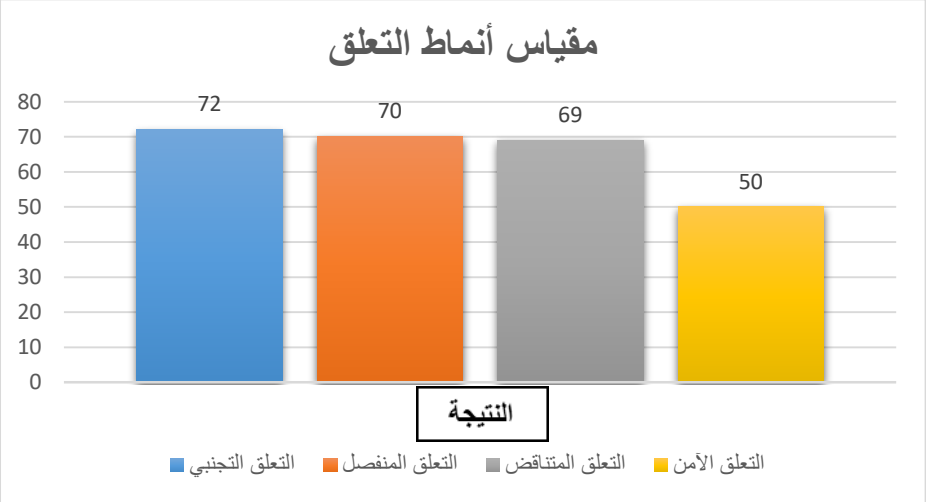
1-3-1-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة لينة (S1)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة لينة أوضحت النتائج.

جدول رقم (48): *نتائج مقياس أنماط التعلق* للمبحوثة *لينة (S1)*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق التجنبي	72
التعلق المنفصل	**70**
التعلق المتناقض	**69**
التعلق الآمن	**50**

شكل رقم (25): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة لينة (S1)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق التي تظهر في الجدول والموضحة على الشكل البياني يتبين أن البعد السائد عند هذه المبحوثة لينة هو المتجنب في الدرجة الأولى والمنفصل والمتناقض في الدرجة الثانية في نفس الترتيب بنقطة واحدة، ليأتي التعلق الآمن في الأخير، مما يدل على أن المبحوثة لا تشعر بالأمان وتتميز بالنظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين وعدم الثقة بهم والتصرف بحذر مع الآخرين، مما يدل على معاناتها الكبيرة داخل أسرة غير مستقرة، هذا ما تدعمه المقابلة والتي توضح أن لينة قامت بتعميم النظرة السلبية التي تبنتها عن الوالدين إلى الآخرين، أما نظرتها

الإيجابية لذاتها فيعود إلى الاستثمار الذي تقوم به على مستوى الذات، حتى تكون بالصورة الجيدة في نظر الآخرين، "*كل قرايتي لي قريتها غير باش يقولو قرات ويشوفوني بصورة مليحة، بصح في الحقيقة ما نسوا والو*". وهذا كميكانيزم دفاعي حتى لا يتسطيع أحد الوصول إلى معرفة ذاتها الحقيقية.

جدول رقم (49): *نتائج بروتوكول اختبار الرورشاخ للمبحوثة لينة (S1)*

الرقم	الوضعية	الإجابة	التحقيق
I	^	1.قناع.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** Complet قناع. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه قناع؟ **المبحوث:** هذا يهبط على النيف وهامليك خدود وذنين وعينين.
	^	2.زوج عساسين منا ومنا ذيوبا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهو ذيب وهاهو الذيب لوخر. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيهم ذيوبا؟ **المبحوث:** النيف الطويل وهاذ الوذن.
	^	3. خفاش.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك الصغير كي شغل هاوليك راسو أستناي نعاود نشوف إه شغل هاذ الصغير عندو يدين وهذو جناحتين كبار هكذا. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه خفاش؟ **المبحوث:** عندو جناح منا وجناح منا.
	^	4.وهذا قناع شرير نوعا ما.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** النيف الحاد هذا.

	^	5.وهادو أثداء وهادوما يدين تاع الأثداء.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك هنايا بين زوج، La forme تاع الثديين. **الباحث:** وهادوما اليدين تاع الأثداء. **المبحوث:** يدين تاع مول الأثداء يعني. **الباحث:** وش لي خلاك تشوفيهم يدين؟ **المبحوث:** هاوليك Les pouces وهاوليك الباقي تاع اليد.
	^	6.وهذا الحاجة تقلق حبيت نحيها.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** ماشي سواسوا شغل تحبي تمسحيها هذا الجزء هذا.
II	^	7.رئتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك هاذ الحمورة. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيهم رئتين؟ **المبحوث:** ربما الشكل ولونهم أحمر.
	^	8.حيوانين متقابلين مكمشين وهذا حاط يدو على هذا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذوا هامليك هكا. **الباحث:** مكمشين، واش لي خلاك تشوفيهم حيوانين ومكمشين؟ **المبحوث:** هاذي الرجل مراهيش محطوطة قاع راهي هكذا شغل راهي مطوية مطنش يعني هكذا وضعية الرجل هي لي خلاتني نشوفهم مكمشين شغل مطابسين. ماشي شكل تاع إنسان راهم ضخمين نوعا ما هذا مكان.

	^	9.هنا نشوف زوج وجوه (إشارة بيدها لغلق الفم).	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم هنايا هاذو الحمورة هاي عين هذا حاجب هاو النيف وهاو الفم بصح كلي راهو مسكت هكذا كلي مغلوق.
	^	10.زوج عباد متقابلين ويد بيد.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هامليك هكذا كامل. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيهم عباد؟ **المبحوث:** بلاك الوجه هذا.
	^	11. الحوض.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك، الشكل تاعوا.
III	^	12.ربطة العنق.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** الشكل تعها وLa couleur
	^	13.كي شغل وجه غريب وهذا عضو من أعضاء الجسم الداخلي وهذو عينيه.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** شغل وجه تاع قنينة هاوليك الأنف هكذا قاع هذا واقيلا فم جاي فوق النيف الفم راهو من تحت والعنين لي ماكاشهم علابيها قتلك وجه غريب. **الباحث:** واش هو لي خلاك تشوفيه وجه؟ **المبحوث:** الشكل هكذا الشكل بطريقة عامة. **الباحث:** وهذا عضو من أعضاء الجسم، وين راهو هذا العضو؟ **المبحوث:** هذا لتحت.

			الباحث: واش لي خلاك تشوفيه عضو. **المبحوث:** فكرني في La radio
^	14.وهذا وجه وعندوا شغل شكل حيوان شوية.		**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** إيه شغل قنينة ولا سنجاب هاهو هكدا. **الباحث:** واش هو الشيء لي خلاك تشوفيه حيوان بالضبط؟ **المبحوث:** عمبالك بلي لوكان نكمش عينيا من البعيد يبانلي قنينة مية بالمئة بصح كي نفتح كي ندير هكدا مافيهش شكل نقولك بلي هامليك عينيه هاه هاذي حاجة في وسط عينيه وهاوليك لوخر تاعوا يبانلي بلاك كيما تشوفي النيف تاع القط هذا والنيف تاع القط سواسوا القط والأرنب القط يبان ماشي أرنب je pense je القط وسنجاب.
V	15. (قلب البطاقة) تبانلي نوع آخر من الخفاش (إعادة القلب).	**IV**	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاو الراس هام الجناحتين. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه خفاش؟ **المبحوث:** هاذ الجناحتين.
^	16.وحش عملاق وعندو زعكة كبيرة عندو وجه شرير فيه الداخل وجوه وهذا الحلق ديالوا.		**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك راسو صغير وهام رجليه رجل كبيرة ورجل كبيرة وهاذي الذيل وهام يديه. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه وحش؟

			المبحوث: هاد الشكل هذا وراني نشوف دُركا نشوف وجوه لداخل وجه وجه وجه. **الباحث:** قلتيلي الوحش العملاق عندو زعكة وين هي هاذ الزعكة. **المبحوث:** هايليك. **الباحث:** عندو وجه شرير وين هو هاذ الوجه كيفاش حتى شتيه شرير؟ **المبحوث:** ماعلابااليش. **الباحث:** والزعكة واش لي خلاك تشوفيها زعكة؟ **المبحوث:** بانتلي زعكة فاللول حبيت ندیرهابصحLalogiqueماتسمحليش باش نقول العضو الذكري يكون كبير هكا. **الباحث:** فيه فالداخل وجوه وهذا الحلق ديالوا وين راهم هاد الوجوه؟ **المبحوث:** هامليك هاني نشوف هدا أوجه شريرة نوعا ما هامليك شغل وجه يطلع خيالات هاهو هذا شرير هذا غامض وهذا شغل يسوفري. **الباحث:** الحلق وين راهو، واش لي خلاك تشوفيه حلق؟ **المبحوث:** هاوليك جاي تحت الوجه.
V	^	17.هذا خفاش.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** جناحتين راس ووذنين ورجلين.
	^	18.وهنا كاين ذئب وذئب منا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاذ الخرطوم الطويل هو لي خلاني نشوفهم.

VI	^	19.هذا يبانلي العضو الذكري.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهوا هاذ La partie، جاني الطول تاعوا جاية هاذ La partie رقيقة هكايا وجاية La partie شوية منفخة هنايا شوية كيما العضو الذكري.
	^	20.يبانلي كائن طائر غريب وحاب يخرج من جهة لي راهو حاصل فيها وهذا الجيهة تحسيها كلي رايحة تقرصك.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك هنايا هذا راسو وهاذو جناحتيه. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه طائر؟ **المبحوث:** الأجنحة. **الباحث:** غريب واش لي خلاك تشوفيه غريب؟ **المبحوث:** رأسوا كبير والعمود الفقري خشينpra rapport الأجنحة فاللول ماكنتش نقدر نفرز إذا هذا Complet طائر ولا غير هذا برك. **الباحث:** وحب يخرج من الجيهة لي راهو حاصل فيها واش لي خلاك تشوفيه حاصل فيها؟ **المبحوث:** هاد الجيهة، كي شغل أنا راني حابة نجبدو للفوق ونخليه يطير وهاد الجيهة تفرغ هكدا. **الباحث:** وهاد الجيهة تحسيها كلي راح تقرصك. **المبحوث:** راهي دايرة هكدا.
VII	^	21.هذا يبان قناع.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا قاع، عندو La forme تاع وجه هاو مدور عينين بصح

		هاد Le masque يخبي العينين شوية يخلي غير شوية منا يخلي النيف ويخبي الفم. **الباحث:** علاش. **المبحوث:** ماعلابالیش par ce que كي نحطوا هكا على وجهي هاذاك واش يخبيلي.
^	22.زوج أوجه إمرأة متقابلين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هايليك هادي عينيها هام هنا نيفها فمها وهاي كيفكيف عينيها نيفها فمها.
^	23.وهذا خفاش في الأسفل.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** أمم هنا لتحت. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه خفاش؟ **المبحوث:** هام جناحتيه وهاو عندوا وسط وعندوا جناحتين منا ومنا مافهمتش علاه راني نشوف فالخفافيش راني نشوف Partout خفاش قناع حشرات تانيت هكدا حيوانات toujours.
^	24.وهذا يبان سكين فوق ريسانهم.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** إيه هاوليك هنا، الشكل هكدا هكدا.
^	25.وهذا كامل يبان جسم والجسم رايح هكذا والراس رايح هكذا.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك الجسم وهاو الراس. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه جسم.

		المبحوث: بصراحة معلابالیش ماشي جسم لفوق برك زعما هادي يد وهدا الفوقاني تاع الجسم.
^	26. وهنا كاين وجه غريب تاع شبح والجانب الأيسر منو ياخذ على الجانب الأيمن.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هدا كامل. **الباحث:** واش لي خلاك شتيه وجه غريب تاع شبح؟ **المبحوث:** فمو كحل عينيه كحولة هكدا. **الباحث:** والجانب الأيسر منو ياخذ على الجانب الأيمن، واش قصدك بيها؟ **المبحوث:** كيفاش الجانب الأيسر ياخذ على الجانب الأيمن نسيت واش قلت بالنسبة لهادي أستناي نعاود نشوف نسيت واش قلتلك بالنسبة لهاديا وشفيت بلي قتلك الجانب الأيسر ونسيت واش قتلك وشنو هيا نسيت.
	27. وهنا دايمن يفكرني La radio تاع حوض.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاوليك هنا. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه حوض؟ **المبحوث:** الشكل.
VIII ^	28.هنا تبانلي أعضاء تاع جسم الإنسان.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهم هادو بصح ماهيش مفروزة ماهيش واضحة حوض ماهيش مفروزة قاع. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيها أعضاء تاع جسم وماهيش مفروزة؟

		المبحوث: الشكل هدا تاع حوض هدا شوية جاني يشبهles reins وكاين زوج جيهة وجيهة كيما في الجسم تاعنا عندنا زوج من كلش.
^	29.وهذو فئران يتسلقو فيهم وهذا الرسمة قلقتني شويا وشلوشتني شويا وهنا كلي راهي تتقطع.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاد الزوج. **الباحث:** وشنوها الحاجة لي خلاتك تشوفيهم فئران؟ **المبحوث:** الشكل تاعهم عندهم هاي واحد زوج ثلاثا ربعا رجلين وراهم يتسلقو شوفي التسلق والراس هدا يشبه للفأر هاه. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيهم يتسلقوا؟ **المبحوث:** أنو يحط رجل هنا ويحط يد هنا ويد هنا. **الباحث:** أومبعدة قلتيلي هاد الرسمة قلقتني شوية، واش لي قلقك؟ **المبحوث:** قلقتني التقطيعة هاديك. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيها تتقطع؟ **المبحوث:** هادي كي شغل رانا نقطعو فيها هك.
IX ^	30.هاذي مافهمتش إذا الألوان راهم يقلقو فيا وكي شغل مرض في الأعضاء أو كليتين موسخين (شوشتني شويا) توحي بمرض في بعض الأعضاء وخاصة الكليتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هدا عضو وهدا عضو وهدا عضو وهذا الجهاز الهضمي الأنبوب الهضمي لي يجي في الوسط هكا هدا الحوض هنا. **الباحث:** واش لي خلاك لي لتحت تشوفيه حوض؟

		المبحوث: La couleur الحوض راهو مقسوم يعني ماهوش كامل. **الباحث:** والجهاز الهضمي واش لي خلاك تشوفيه جهاز هضمي. **المبحوث:** الأنبوب. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه شغل مرض في الأعضاء، واش هي الحاجة لي خلاتك تشوفي كلي راهو مرض في الأعضاء؟ **المبحوث:** هذا اللون الأخضر كلي ماهوش أخضر باهي موسخ شويا. **الباحث:** بصح واش لي خلاك تشوفيه موسخ؟ **المبحوث:** هداك اللون هدا شغل ملطخ. **الباحث:** والكليتين موسخين، وين راهم الكليتين؟ **المبحوث:** واش لي خلاك تشوفيهم كليتين؟ **المبحوث:** بالاك كي جايين فوق الحوض المركز ديالهم.
^	31.نشوفها قناع (وجه تاع أرنب أو سنجاب مي ماشي عفيف شيطاني) وفي كل البطاقات نشوف قناع.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة **المبحوث:** كي نشوفها هكدا complet نقدر نحطها في وجهي هدا قاع. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيها قناع؟ **المبحوث:** هادو عينيه هنا وين الثقبة تاع التنفس تاع النيف فيه بلاصة العينين في بلاصة النيف وكي نحطو على وجهي زعما يقدر يجي قناع.

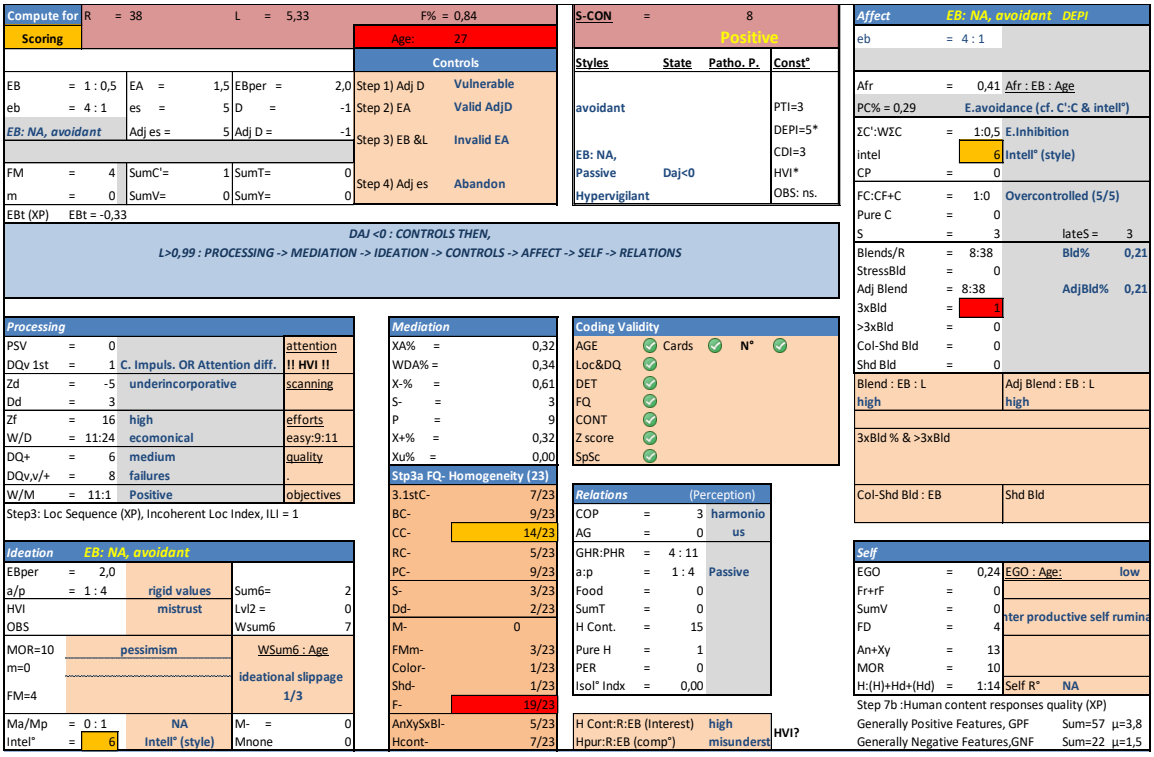
			الباحث: وجه تاع أرنب أو سنجاب وين راه؟ **المبحوث:** هكا قاع نفسو. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه أرنب أو سنجاب. **المبحوث:** هامليك وذنين هامليك عينين وهاوليك ماشي الخرطوم النيف مكان الفم هامليك هنا هاد La partie **الباحث:** ماشي عفيف شيطاني واش هو الشيء لي خلاك تشوفيه ماشي عفيف شيطاني. **المبحوث:** وذنيه جايين شويا pointu مايبتسمش ما هكدا إحساس.
X	^	32.هاذي رتيلة ولا عقرب.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** كثرة الرجلين عندها.
	^	33.وهاذوا منهنا رئتين.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هادو بين زوج هامليك زوج متقابلين وهايليك القصبة الهوائية.
	^	34.ومنهنا فئران وراهم في كل مكان.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** إيه هادوا الخضورة. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيهم فئران؟ **المبحوث:** عندهم وذنين عندهم يدين صغار هامليك رجليهم ماهمش يبان par ce que راهم يسوطيو كي شغل مخبيين تحت Le corps تاعهم.
	^	35.وهذا العقرب يقلق بزاف لا ماشي بزاف.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** عندو بزاف رجلين بزاف يدين فيهم شوك.

^	36.وهذا العقرب واحد خلاف أو رتيلة.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هذا. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه عقرب. **المبحوث:** اليدين والرجلين. **الباحث:** والرتيلة وين راهي. **المبحوث:**c'est la même يارتيلة يا عقرب.
^	37.وهذا عاود هاز رجليه.	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:**oui هادو هامليك رجليه. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه عاود؟ **المبحوث:** الرأس رأس صغير يشبه للعاود هذا مكان.
^	38.ودايمن راني نشوف قناع (قبيح أكثر من زعفان).	**الباحث:** إعادة قراءة الإجابة. **المبحوث:** هاهو القناع هام العينين وين يجو وهاو الفم. **الباحث:** واش لي خلاك تشوفيه قناع؟ **المبحوث:** فيه العينين والفم. **الباحث:** قبيح أكثر من زعفان، واش لي خلاك تشوفيه قبيح أكثر من زعفان؟ **المبحوث:** الفم جاي من تحت العينين جايين ماشي متقاربين.

شكل رقم(26): *مقطع تنقيط الأجوبة للمبحوثة لينة(S1)*

I	1	Wo		F	o		(Hd)		ZW	
	2	Do	7	F	-	2	Ad			
	3	Wo		FD	o		A	P	ZW	
	4	Wo		F	o		(Hd)		ZW	MOR
	5	Dd+	99	F	-		Hd,Sx		ZA	FAB
	6	Ddv	31	F	no		Id			
II	7	Do	3	F.Cn	-		An			
	8	D+	6	FMp.FD	+	2	A		ZA	COP
	9	Do	2	Cn.F	-	2	Hd			MOR
	10	W+		Mp.F	o	2	H,Hd		ZW	COP
	11	Do	3	F	-		An,Xy			
III	12	Do	3	FC	-		Cg			
	13	Dv	99	F	no		(Ad),An,Xy			MOR
	14	Do	99	F	-		(Ad)			
IV	15	Wo		F	o		A		ZW	
	16	Wv		F.FD	+		(H),(Hd),An	P		MOR
V	17	Wo		F	o		A	P	ZW	
	18	Do	10	F	-	2	Ad			
VI	19	Do	6	F	o		Hd,Sx			
	20	Wv/+		FMp.FD	-		A,Id		ZA	MOR
VII	21	Wso		F	-		(Hd)		ZS	
	22	Do	9	F	o	2	Hd	P		
	23	Do	4	F	-		A,Ad			
	24	D+	5	F	-	2	Hh		ZA	
	25	Do	99	F	-	2	Hd	P		MOR
	26	Wv		C'	-		(Hd)			DR
	27	Do	4	F	o		Xy,An			
VIII	28	D+	6	F	-		An		ZA	
	29	D+	1	F	o	2	A,Art	P	ZA	COP,MOR
IX	30	Dv/+	99	Cn.F	no		Art,An,Xy,Hx		ZD	AB,MOR
	31	Wsv		F	-		(Hd),Ad		ZS	MOR
X	32	Do	1	F	-		A	P		
	33	Do	11	F	-		An,Xy			
	34	Do	12	Cn.F.FMa	-		A			
	35	Do	1	F	-		A	P		
	36	Do	7	F	-		A	P		
	37	Do	2	FMp	-		A			
	38	Ddsv	22	F	-		(Hd),Hx		ZS	AB,MOR

شكل رقم (27): *الملخص الشكلي للمبحوثة لينة (S1)*



من خلال الشكل رقم (27) نستنتج أن المبحوثة لينة (S1) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر الكوكبة الإنتحارية S-CON أيضا إيجابي.

1-3-1-4-تحليل بروتوكول المبحوثة لينة (S1)

جدول رقم(50): *نتائج الكوكبة الانتحارية للمبحوثة لينة (S1)*

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	X
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	X
PURE H<2	X
R<17	
S-CON = 8	

وللإشارة أنه تم إبلاغ المختصة في الطب العقلي بإمكانية الاقدام على الانتحار عند هذه المبحوثة، كإجراء لابد منه.

يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير–قدرات التحكم والتحمل للضغط–الانفعالات–إدراك الذات–إدراك العلاقات.

علاج المعلومة: بما قيمة Lambda وقيمة Zf أكثر من المعتاد فإن المبحوثة قد بذلت جهدًا أكبر من المعتاد في معالجة مجال التحفيز **(المرحلة 1)**. وبما أن نسبة W أعلى بكثير من نسبة استجابات M مقارنة بنمط EB فتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية. إذا كان هذا الاتجاه يشير إلى السلوك اليومي، فإن احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها تزداد، وغالبًا ما تؤدي نتيجة هذه الإخفاقات إلى تجارب الإحباط **(المرحلة 4)**. وبما أن قيمة Zd أقل من –3.0 فإن المبحوثة تمسح الموضوع على عجل وعشوائي، ويمكن في كثير من الأحيان التغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز. هذا شائع عند الأطفال دون سن العاشرة ولا يدعو للقلق إلا إذا كان الطفل يعاني من صعوبة شديدة. في الأطفال الأكبر سنًا والبالغين، يمكن أن يكون هذا عائقًا كبيرًا لأن عدم الإدماج ينطوي على مخاطر وساطة خاطئة ويمكن أن يؤدي إلى أنماط سلوكية أقل كفاءة. يمكن عادةً تصحيح التضمين الناقص بسهولة تامة عن طريق طرق إعادة الهيكلة المعرفية التي تؤدي إلى تأخير الاستجابة ومسح المجال بمزيد من الاهتمام **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: بما أن X -% تساوي 0.61 فإنه يوجد خلل وظيفي يشير إلى أن الاضطراب معمم حيث تعاني المبحوثة من مشكلة معيقة، لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة **(المرحلة 3)**. وبما أن نسبة X–% أكبر من 0.20 فهناك احتمال كبير بأن تظهر سلوكيات غير نمطية أكثر مما هو مرغوب فيه، أو حتى غير مناسب. من المرجح أن يكون الميل إلى إنتاج سلوكيات غير تقليدية مدفوعًا بأشكال من الخلل الوظيفي الوسيط ومشاكل في اختبار الواقع **(المرحلة 6)**.

التفكير: إن مجموع قيم التقرير (a+p) تتجاوز أربعة وقيمة جانب واحد أكبر من قيمة الجانب الآخر يمكن استنتاج أن الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا **(المرحلة 3)**. وبما أن مؤشر HVI ايجابي فيشير إلى وجود سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسيتها، والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي والذي غالبًا ما يتميز بتوجه متشائم **(المرحلة 4)**. بما أن قيمة MP أكبر بنقطة واحدة من قيمة Ma فإن المبحوثة لديها ميل واضح لاستبدال الخيال بشكل دفاعي بالواقع في المواقف العصيبة، في كثير من الأحيان أكثر من المعتاد بالنسبة لمعظم

الناس **(المرحلة 6)**. ويمكنها أن تتبنى أو تقبل بعض التشوهات المفاهيمية، والتي تفييدها في إنكار التأثير الحقيقي للوضع **(المرحلة 7)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: بما أن قيمة DAj هي 1–فإن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد. نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع **(المرحلة 1)**. وبما أن قيمة الجانب الأيمن من eb أعلى من قيمة الجانب الأيسر مع وجود es تساوي 4 إذن فالمبحوثة تعاني من بعض الانزعاج **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: إن المبحوثة تمتلك إمكانية حدوث تجارب متكررة من الاضطرابات العاطفية **(المرحلة 1)**. وتميل إلى الحفاظ على الانفعالات على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. وتميل إلى مزج مشاعرها بالفكر معظم الأوقات في عمليات المواجهة **(المرحلة 3)**. وتقوم بقمع إطلاق العواطف بشكل متكرر أكثر من معظم الناس وتعاني من التهيج **النفسي (المرحلة 5)**. وهناك ميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية **(المرحلة 6)**. وتميل إلى معالجة الانفعالات على المستوى الفكري أكثر من معظم الناس **(المرحلة 7)**.

إدراك الذات: يشير HVI الإيجابي إلى وجود شعور بالضعف إنه شعور عام وليس شعورًا محددًا فإن هذا الشعور ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة **(المرحلة 1)**. وبما قيمة مؤشر التمركز حول الذات أقل من النطاق فيمكن الاعتقاد بأن تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب. فهذا يشير إلى أن المبحوثة في صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات من المحتمل جدا حدوث خلل في السلوك **(المرحلة 3)**. قيمة An + Xy أكبر من 2، فمن المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة القلق. يحدث هذا السيناريو بشكل شائع عند الأشخاص الذين يعانون من مشاكل جسدية. إذا لم تكن هناك مشكلة صحية، فهذا يشير إلى أن القلق هو **المزيد من اجترار** الجسد و / أو الصورة الذاتية، مما قد يكشف عن شعور غير مريح بالضعف **(المرحلة 5)**. وبما أن قيمة MOR أكبر من اثنين فمن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها، مما قد يكون مرغوبا فيه **(المرحلة 6)**.

إدراك العلاقات: بما أن مؤشر HVI إيجابيا إذن فالمبحوثة تميل إلى الإفراط في الحذر التقليدي في التعامل مع الآخرين وتميل إلى الشعور بالضعف الشديد وتقوم بصياغة سلوكياتها بحذر شديد. إنها منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات **(المرحلة 2)**. بما أن قيمة الحركة السلبية p تتجاوز قيمة الحركة النشطة a فهذا يعني أن المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. وبما أن قيمة Tصفرا فهذا يشير إلى أنها تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بطريقة غير معتادة بالنسبة لمعظم الناس، هذا لا يعني أن المبحوثة لا تشعر بهذا النوع من الحاجة بدلا عن ذلك يشير إلى أن المبحوثة تكون أكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**. بما أن عدد ردود التمثيل البشري 15 وقيمة PHR أكبر من قيمة GHR فنستنتج أن المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. بما أن قيمة COP = 3 وقيمة AG تساوي صفرًا فمن المحتمل أن المبحوثة منفتحة للغاية وتسعى بنشاط للتبادل الشخصي وتتوقع عمومًا علاقات متناغمة. ربما ينظر إليها الآخرون على أنها اجتماعية للغاية وربما يحبها الآخرون **(المرحلة 8)**.

1-3-1-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة لينة (S1)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الروشاخ، تبين أن المبحوثة لينة تتميز بنموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتجنب، الذي يتميز بنظرة إيجابية للذات وسلبية للآخرين، كما تبين من اختبار الرورشاخ أن المبحوثة تتوفر على مؤشر الكوكبة الانتحارية-S CON بقيمة 8 متبوع بمؤشرات الاكتئاب DEPI بقيمة 5 ومؤشرات اليقظة المفرطة HVI.

فعلى مستوى علاج المعلومة تبدل لينة مجهود أكبر في معالجة مجال التحفيز وتسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية، والذي قد يؤدي إلى زيادة فرص عدم النجاح في تحقيق هذه الأهداف، ما يجعلها أكثر عرضة للاحباط نتيجة الإخفاقات المتكررة. فرز المعلومة عند

لينة يكون بطريقة فوضوية وسريعة، مما يجعلها تهمل في غالب الأحيان العناصر الهامة في حقل المثيرات.

يوجد خلل وظيفي على مستوى الوساطة المعرفية عند المبحوثة، مما يدل على وجود اضطراب معمم حيث تعاني لينة من مشكلة معيقة، لأن المكون الأساسي الذي يسمح باختبار الواقع المناسب قد تعطل بشدة، ونتيجة هذا الخلل الوظيفي ومشكلة اختبار الواقع، هذا ما يسمح بظهور سلوكات غير نمطية.

على مستوى التفكير تميل عمومًا إلى تبني أنظمة منطقية غير معقدة، وتتجنب الانخراط في استكشافات التجربة والخطأ قدر الإمكان وهذا نتيجة الخوف من النتائج السلبية، كما أن الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة، بشكل جيد وصلبة نسبيًا وهذا يعود إلى الأسلوب الذي تلقته خلال التربية من طرف الأب السلطوي، التفكير المفاهيمي يغلب عليه الطابع التشاؤمي وهذا كسمة في شخصيتها والتي تلعب دورا مهما على المستوى النفسي، تستبدل لينة الخيال بالواقع بشكل دفاعي، خاصة في المواقف العصيبة وهذا في أكثر الأوقات، كما أنها تميل إلى تقبل بعض التشوهات المفاهيمية وخاصة التي تساعدها على انكار التأثير الحقيقي للوضع.

على مستوى قدرات التحكم وتحمل الضغط، تعاني المبحوثة من الحمل الزائد وهذا يعود إلى كل الأحداث والصدمات المتتالية في حياتها، ما يجعل قدرات التحكم عندها مجهدة وأقل كفاءة، فالموارد المتاحة محدودة كما أنها تعاني من بعض الانزعاج.

تعاني المبحوثة على المستوى الانفعالي من إمكانية حدوث تجارب متكررة، من الاضطرابات العاطفية والحفاظ على هذه الانفعالات يكون على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار، كما أنها تعتمد على مزج مشاعرها بالفكر معظم الأوقات في عمليات المواجهة، أي معالجة هذه الانفعالات على المستوى الفكري وقمع إطلاق العواطف بشكل متكرر، أكثر من معظم الناس إضافة إلى التهيج النفسي والميل الواضح لتجنب المحفزات العاطفية.

الشعور بالضعف على مستوى ادراك الذات، هذا الشعور ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة ويمكن الاعتقاد بأن تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة، تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب وهذا ماكان واضحا

من خلال المقابلة، التي بينت تقدير الذات المنخفض عند هذه المبحوثة واعتمادها على المصدر الخارجي في تقديرها للذات" *كل قرايتي قريتها غير باش يقولوا قرات، ويشوفوني بصورة مليحة بصح أنا في الحقيقة ما نسواش"*، ولهذا فالمبحوثة تعتمد على نمط التعلق غير الآمن المتجنب، كميكانزم دفاعي لعدم اكتشاف الذات الحقيقية من طرف الآخرين، مما يشير إلى أن المبحوثة في صراع شديد، فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات والذي من المحتمل جدا يؤدي إلى حدوث خلل في السلوك.

الاهتمام على مستوى الجسم لدرجة القلق وهذا راجع إلى الانتقادات الموجهة من طرف الوالدين *"شعرك حرش"، "يقولولي يابقرة ياسمينة"، "بابا يقولي أنا حبتك يالمعفنة...نحس روحي خماج"* وعليه فالصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها.

على مستوى إدراك العلاقات فالمبحوثة تميل إلى الإفراط في الحذر في التعامل مع الآخرين والشعور بالضعف الشديد وتعتمد على الحذر في صياغة سلوكاتها، فهي منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات، تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما،ا لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع وتفضل تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة، فالمبحوثة تتمتع بالحاجة إلى التقرب من الآخرين، لكن بأكثر حذر في حالات التقارب بين الأشخاص التي تنطوي على التبادل اللمسي وتفضل الاهتمام أكثر بمساحتها الشخصية، حفاظها على العلاقات يكون بحذر شديد، منفتحة للغاية حيث أنها تتوقع عمومًا علاقات متناغمة، ينظر الآخرين إليها على العموم بأنها اجتماعية للغاية.

كل ما جاء في المقابلة يدعم ما كشف عنه مقياس التعلق واختبار الرورشاخ وعليه يمكن تحديد مؤشرات التعلق والصحة العقلية لهذه المبحوثة فيما يلي:

- **مؤشرات التعلق**

- مؤشر HVI الإيجابي يشير إلى وجود شعور بالضعف وهذا راجع إلى التحدي اتجاه البيئة.
- مؤشر التمركز حول الذات أقل وهذا يعني أن المبحوثة تميل إلى أن تكون سلبية وتقلل من قيمة نفسها أثناء مقارنتها بالآخرين. كما تميل إلى الإفراط في الحذر التقليدي في التعامل مع الآخرين وتميل إلى الشعور بالضعف الشديد وبصياغة سلوكياتها بحذر شديد. إنها

منشغلة بقضايا المساحة الشخصية ودفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات.

- صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات مما يوحي بخلل في السلوك.
- قيمة An + Xy أكبر من 2، يعني أن هناك اهتماما خاصا بالجسم أو حتى القلق مما يدفع إلى المزيد من اجترار الجسد أو الصورة الذاتية كما قد يكشف عن الشعور بالضعف.
- قيمة MOR أكبر من اثنين مما يشير إلى أن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها.
- قيمة الحركة السلبية p تتجاوز قيمة الحركة النشطة a يعني أن المبحوثة تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، وتفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة.
- قيمة T صفرا فهي تميل إلى إدراك و/أو التعبير عن حاجتها للتواصل بأكثر حذرا في حالات التقارب بين الأشخاص، خاصة تلك التي تنطوي على التبادل اللمسي، حيث تميل إلى الإفراط في الاهتمام بمساحتها الشخصية وتكون أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين.
- ردود التمثيل البشري 15 وقيمة PHR أكبر من قيمة GHR يعني أنها أقل تكيفا مع المواقف
- قيمة COP = 3 وقيمة AG تساوي صفرًا فمن المحتمل أن المبحوثة منفتحة للغاية وتسعى بنشاط للتبادل الشخصي وتتوقع عمومًا علاقات متناغمة. ربما ينظر إليها الآخرون على أنها اجتماعية للغاية وربما يحبها الآخرون.

➢ **مؤشرات الصحة العقلية**

- قيمة Lambda وقيمة Zf أكثر من المعتاد وهذا يشير إلى أن المبحوثة تبذل جهد أكبر في معالجة مجال التحفيز.
- نسبة W أعلى بكثير من نسبة استجابات M مقارنة بنمط EB يعني أنها تسعى لتحقيق أكثر مما هو معقول نظرًا لقدراتها الوظيفية الحالية مما قد يؤدي إلى عدم النجاح في تحقيق الأهداف التي حددتها لنفسها مما يعرضها إلى اخفاقات متكررة والشعور بالاحباط نتيجة هذا.

- قيمة Zd أقل من −3.0 تمسح المبحوثة الموضوع على عجل وعشوائي أي انها تتغاضى العناصر الحاسمة في مجال التحفيز مما يتسبب في أنماط سلوكية أقل كفاءة.
- نسبة X-% تساوي 0.61 ما يسبب خلل وظيفي يشير إلى أن الاضطراب معمم مما يؤدي إلى مشكلة في اختبار الواقع.
- نسبة X-٪ أكبر من 0.20 وجود احتمالية سلوكيات غير نمطية وغير مناسبة لها تأثير سلبي على واقع المبحوثة.
- مجموع قيم (a+p) تتجاوز أربعة وقيمة جانب واحد أكبر من قيمة الجانب الآخر يمكن استنتاج أن الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا.
- قيمة MP أكبر بنقطة واحدة من قيمة Ma يشير إلى أن هناك ميل واضح لاستبدال الخيال بشكل دفاعي بالواقع في المواقف العصيبة. وهذا ما يجعلها تتبنى أو تقبل بعض التشوهات المفاهيمية، والتي تفييدها في إنكار التأثير الحقيقي للوضع.
- قيمة DAj هي 1 مما يشير إلى حالة مزمنة من الحمل الزائد. مما يجعل القدرة على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة.
- قيمة الجانب الأيمن من eb أعلى من قيمة الجانب الأيسر مع وجود es تساوي 4 إذن فالمبحوثة تعاني من بعض الانزعاج النفسي.
- المبحوثة تعيش تجارب متكررة من الاضطرابات العاطفية وتميل إلى الحفاظ على الانفعالات على مستوى هامشي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار وإلى مزج مشاعرها بالفكر معظم الأوقات في عمليات المواجهة.
- تتميز المبحوثة بقمع إطلاق العواطف بشكل متكرر والتهيج النفسي وميل واضح لتجنب المحفزات العاطفية ومعالجة الانفعالات على المستوى الفكري.

1-3-2-تقديم المبحوثة الثانية سلمى (S2)

المبحوثة سلمى عازبة تبلغ من العمر أربعين سنة، لديها مستوى جامعي تخصص أرطوفونيا، وهي تعمل الآن أستاذة في الجامعة، تحتل المرتبة السادسة بين عشرة إخوة (4 إناث و6 ذكور)، الأب متوفي والأم على قيد الحياة. تم توجيهها لنا من طرف المختصة في الطب العقلي.

1-3-2-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند سلمى فقد أبانت محاورها.

- **محور الصحة الجسمية**

على المستوى الصحي تعاني المبحوثة من مرض الحساسية وأعراض عضوية تمثلت في آلام الرأس والقولون وآلام في القدمين، كما أنها تعاني من نوم غير مستقر، كوابيس على مستوى الأحلام.

- **محور الصحة النفسية والعقلية**

تعاني المبحوثة من الإحساس المتكرر بالخوف بدون سبب (من المجهول)، والقلق والشعور بالملل ونقص الدافعية، تعيش ضغطا كبير بسبب عدم الزواج وهي أكبر مشكلة تعانيها في حياتها، *" كامل لي في عايلتي تزوجوا غير أنا"، " لي يحكمني يقولي واش مزال ما سهلش عليك ربي".*

أمام هذه المشكلة لجأت المبحوثة إلى طرق أخرى وهي *"وصلت لدرجة وين وليت نشك بلاك عندي مشكلة تا ع سحر، وهذا الأمر خلاني نروح لراقي"*، ومن هنا بدأت المبحوثة تدخل في متاهة كبيرة. *" من نهار بديت نروح لروقاة زدت هبلت، كل راقي يقولي حاجة ما وليتش عارفة روحي وين راهي". "دخلت في حيط، حياتي تخلطت وزادت عليا المشاكل تا ع الدار، يعرفوا غير يقولولي البنات كامل زوجوا غير أنت".*

في عمر ثمانية سنوات تعرضت المبحوثة إلى تحرش جنسي من طرف الأخ، وفي العشر سنوات من عمرها تعرضت إلى تحرش جنسي من طرف الممرضة في المستشفى بصورة متكررة، وفي ثلاثة عشرة سنة من عمرها تعرضت مرة أخرى لنفس التحرش في الحافلة أين حدث شجار كبير". "حسيت الناس *كامل تشوف معايا لدرجة كون تفتحت الأرض دخلت فيها".*

في السادسة عشر من العمر أصبحت مدمنة على العادة السرية حيث كانت في كل مرة تشعر بالذنب وتأنيب الضمير المتكرر" كنت نكره حياتي في كل مرة نمارس فيها العادة السرية ".

عاشت المبحوثة صدمة كبيرة تمثلت في الانفصال عن الأم وعمرها إحدى عشرة سنة، التي كانت مريضة على المستوى العقلي مالم يسمح لها بالبقاء مع أطفالها لتعود إلى منزل والديها، *"راحت يما وخلاتني صغيرة بزاف وأنا كنت ما نلصق حتى في واحد غير في يما"، " وبحكم أني كنت نعاني من مشكلة في النطق كبيرة، كانت يما هي لي تفهملي"*. لكن السبب الحقيقي لذهاب الأم والذي اكتشفته المبحوثة عن الأم هو أن سبب انفصالها عن الأب ليس المرض العقلي، لكن السبب الحقيقي هو صراع كبير مع الأب وعائلته.

دامت مدة غياب الأم لمدة 4 سنوات كاملة، لم تعد الأم إلا وعمر المبحوثة ستة عشرة سنة. في هذه الفترة كانت المبحوثة تعاني بشكل كبير من كلام الجارح الذي كانت تسمعه من الجيران"*يماك راحت وخلات باباك مريض وخلاتكم"، " يماك عيب عليها قلبها حجر سمحت فيكم*". في هذه الفترة عاشت المبحوثة إحساس الحقرة من طرف المحيطين بها.

تعرضت إلى صدمة الزلزال وتعرضت للحريق لمرتين: الأولى عمرها سبع سنوات والثانية في الثلاثين من العمر والتي عانت فيها حروقا كبيرة على مستوى الجسم.

في أكبر حدث تقول عنه المبحوثة "*كي كنت صغيرة لعب معايا بابا لعبة قالي أنت ما كيش بنتي" "هذا الامر قعد يشغل فيا حتى بعد ما كبرت واجتهوا قالي كنت نلعب معاك برك".*

- **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

رغم أن الأم كانت غائبة لكن الأثر النفسي الذي تركه الانفصال على المبحوثة كان له بالغ الأهمية على تكوين شخصيتها واحساسها بذاتها.

أما العلاقة مع الأب فكانت تتميز بالبرود العاطفي، عدم التواصل إلا في بعض الفترات الزمنية. علاقتها مع إخوتها مستقرة نوعا ما على الرغم من وجود بعض المشاكل التي سببتها الغيرة.

تتكلم المبحوثة عن علاقتها العاطفية تقول"*لم أكن أستطيع أن أعيش علاقات عاطفية بسبب الخوف" "أول علاقة حسيت بالخديعة لقيتوا مع مرا خلاف، يغيب ويعاود يرجع هبلتني هذا العلاقة وهي سبب الهم تاعي". "حبست هذا العلاقة وليت ما نحبش بالثقة كامل في الرجال"، أول مرة تمت الخطوبة* دامت (لمدة شهر) وتوقفت، لتتم خطوبة ثانية لكن الشخص لم يعاود الرجوع. بعدها تعرفت

على أستاذ ولكن العلاقة انتهت بسبب اكتشافها أنه يحاول استغلالها جنسيا، لا يوجد دعم أو سند عائلي للمبحوثة.

❖ **محور محاولة الانتحار**

تعيش المبحوثة حالة من اليأس، تقدمها في العمر وعدم زواجها، زاد من تعبها النفسي" *كرهت هذا الحياة أنا العايلة عندي حاجة مقدسة، ما لحقتش ندير واش كنت حابة، كرهت حياتي وكلش فيها" "مرة فقدت السيطرة على نفسي وحبيت نتهنا من حياة اليأس شربت الدواء تاع القلب علبة كاملة، داوني بسرعة للمستشفى وللأسف ما زالني حية".*

تعرضت المبحوثة إلى صدمة لم يتم قبولها، وفاة الأب في 2021 بالكوفيد، ولم تحضر جنازته لأنها كانت مسافرة.

1-3-2-2-تحليل محتوى المقابلة

تحاول الباحثة وضع تحليل مختصر، المبحوثة سلمى عاشت صدمة انفصال في مرحلة مبكرة من العمر، هذا يعني أن العلاقة مع الأم تميزت بالهجر والترك والإهمال والصورة الغير واضحة عن الأم.

صورتها المستدخلة عن الأم سلبية، جعلتها تتبنى برنامج الهجر والترك في كل مرة يتقدم فيها شخص لخطبتها، الانفصال المبكر عن الأم ترك في نفسها مشاعر تقدير الذات المنخفضة، أضف إلى الاحتقار والكلام الجارح الذي عاشته من الجيران طوال مدة غياب الأب.

العلاقة الخالية من العواطف اتجاه الأب والأم، فلم تكن المبحوثة مستثمرة عاطفيا من الوالدين. وتجربتها مع الرقاة التي بعثرت مفهومها لذاتها، وفاة الأب في فترة غيابها وعدم حضورها للجنازة ترك آثارا كبيرة من الناحية النفسية، كل هذه الظروف جعلتها تقوم بمحاولة الانتحار كي ترتاح من واقع مرفوض وتعيس.

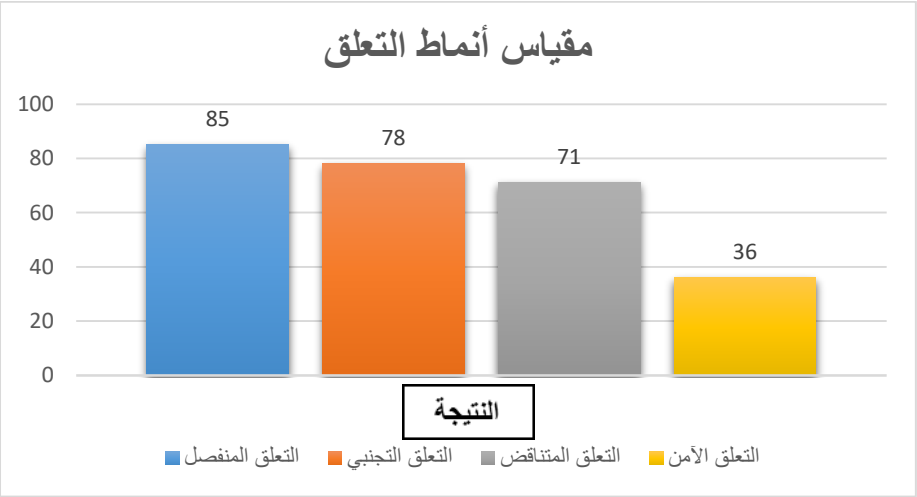
1-3-2-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق عند للمبحوثة سلمى (S2)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة سلمى أوضحت النتائج.

جدول رقم (51): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة سلمى (S2)*

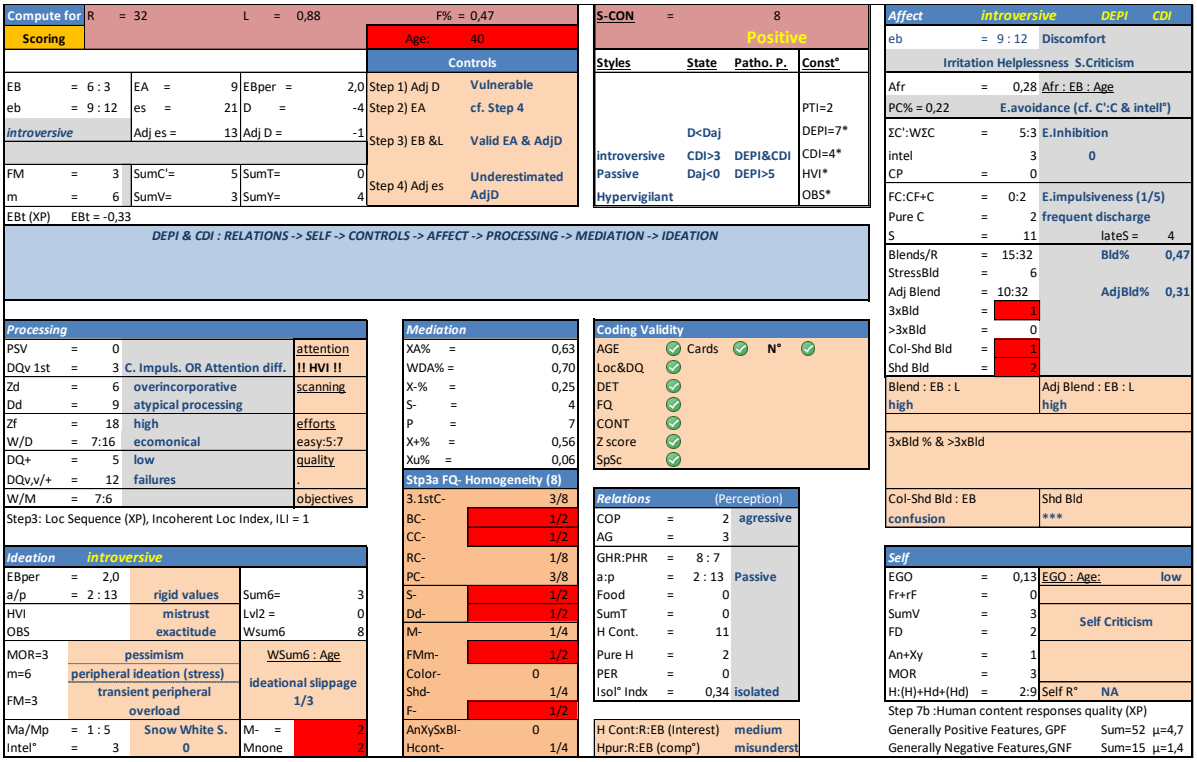
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المنفصل	**85**
التعلق التجنبي	78
التعلق المتناقض	71
التعلق الآمن	36

شكل رقم (28): *أنماط التعلق غير الآمن عند المبحوثة سلمى(S2)*



من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق التي تظهر في الجدول والموضحة على الشكل البياني، تبين أن بعد التعلق السائد عند المبحوثة سلمى هو المنفصل في الدرجة الأولى والمتجنب في الدرجة الثانية والمتناقض في الدرجة الثالثة، مما يوحي أن المبحوثة لا تثق فيمن حولها وتفضل الاستقلالية وتتميز بالنظرة الإيجابية للذات والنظرة السلبية للآخرين.

شكل رقم (29): *الملخص الشكلي للمبحوثة سلمى(S2)*



من خلال الشكل رقم (29) نستنتج أن المبحوثة سلمى (S2) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=7 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية CDI=4 والوسواس القهريOBS ومؤشر الكوكبة الإنتحارية S-CON أيضا إيجابي.

1-3-2-4-تحليل بروتوكول المبحوثة سلمى (S2)

جدول رقم (52): *مؤشرات الكوكبة الانتحارية عند المبحوثة سلمى(S2)*

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	X
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	X
P<3 OU P>8	
PURE H<2	
R<17	
S-CON = 8	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: إدراك العلاقات–إدراك الذات–قدرات التحكم والتحمل للضغط–الانفعالات–علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير.

إدراك العلاقات: إن المبحوثة أقل نضجا ومحدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، حيث علاقاتها تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، فهي منعزلة أو **ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين (المرحلة 1)**. وأكثر حذرا في سلوكاتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات **(المرحلة 2)**. وتتبنى دورا سلبيا في العلاقات الشخصية وتتجنب مسؤولية اتخاذ القرار وليس لديها رغبة في إيجاد حلول جديدة للمشاكل. **(المرحلة 3)**. وتكون أكثر رقابة في حالات التقارب بين الأشخاص التي تنطوي على التبادل اللمسي، وهي أكثر حذرا في إنشاء أو الحفاظ على روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين **(المرحلة 5)**. ومعزولة اجتماعيا للغاية. حيث لا ترتبط جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية. **(المرحلة 10)**.

إدراك الذات: المبحوثة تميل نحو الكمال يمكن أن يعود عليها بالسلب إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت إخفاقات. وتشعر بضعف عام ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة **(المرحلة 1)**. وتقدير القيمة الشخصية للمبحوثة يميل إلى أن يكون سالبًا **(المرحلة 3)**. والصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات **سلبية**، أما فكرها فيتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها مما قد يكون مرغوبا فيه **(المرحلة 6)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد. حيث قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة **(المرحلة 1)**. وهناك احتمال أن سيرها النفسي معقد أكثر من العادة **(المرحلة 4)**. لذلك يظهر أن المبحوثة تواجه صعوبات في هذا المجال **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: تشير النتائج منذ الوهلة الأولى إلى وجود اضطراب انفعالي لدى المبحوثة، لكن يجب الإشارة إلى أنه اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومرضية مع الأشخاص الآخرين وهذا هو السبب في إصابتها بنوبات من الاكتئاب والذي يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب المزمن **(المرحلة 1)**. كما لديها أسلوب انطوائي وتفضل إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. وتقوم بإبقاء المشاعر

على مسافة قبل اتخاذ القرار **(المرحلة 3)**. كما تعاني من بعض الانزعاج النفسي يمكن أن يكون مباشرا، كما هو الحال في الاكتئاب أو القلق أو غير مباشرا كما هو الحال في حالات التوتر غير العادي أو الخوف أو في أعراض جسدية مختلفة مثل الأرق والخمول وما إلى ذلك. ويمكن الاعتقاد أنها تعاني من شكل من أشكال المرض العقلي **(المرحلة 4)**. وتثبط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس وربما تعاني بشكل كبير من الشعور بالتهيج النفسي **(المرحلة 5)**. وتسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن **(المرحلة 6)**، ولديها مظاهر عاطفية شديدة للغاية وغالبا ما تبدو متهورة ويمكن أن تعكس تنظيما نفسيا غير ناضج **(المرحلة 9)**، ولها قدر كبير من الغضب **(المرحلة 11)**، حيث تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية **(المرحلة 12)**.

علاج المعلومة: يظهر أن المبحوثة متحفظة وحذرة **(المرحلة 1)**، لكنها تحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقتها وقدراتها الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاحها في تحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقاتها وقدراتها الحالية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الاحباط **(المرحلة 4)**. وتستثمر المزيد من الجهد والطاقة في الأنشطة الشاملة **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: يوجد خلل خطيرًا واختبار الواقع مضطربًا للغاية **(المرحلة 1)**. وهناك اتجاه عام نحو الخلل الوظيفي الوسيط **(المرحلة 3)**.

التفكير: تميل إلى مزج مشاعرها بالفكر في معظم الأوقات، ولكن في بعض الأحيان يتم الاحتفاظ بمشاعرها جانبًا لإفساح المجال لنهج فكري يسمح للنظر بعناية في العديد من الخيارات **(المرحلة 2)**. الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا. تجد صعوبة بالغة في تغيير مواقفها أو آرائها، أو رؤية المشكلات من وجهة نظر أخرى غير وجهة نظرها **(المرحلة 3)**. ووجود عقلية مرتبطة بالدقة أو الكمال، وسمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسيتها، والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي **(المرحلة 4)**. وتلجأ إلى الأوهام كأسلوب معتاد للرد على المواقف غير السارة. **(المرحلة 6)**.

1-3-2-5-المناقشة العامة وخلاصة للمبحوثة سلمى (S2)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس التعلق واختبار الرورشاخ، تبين أن المبحوثة سلمى تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المنفصل، الذي يتميز بالنظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين، كما أظهر اختبار الرورشاخ عند المبحوثة مؤشرات الانتحار S-CON بقيمة 8 ومؤشرات الاكتئاب DEPI بقيمة 7 ومؤشرات عدم الكفاءة الاجتماعية CDI بقيمة 4، إلى جانب مؤشرات اليقظة المفرطة HVI ومؤشر الهجاس OBS.

فعلى مستوى إدراك العلاقات المبحوثة تعتبر أقل نضجا، محدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، حيث علاقاتها تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، فهي منعزلة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين، أكثر حذرا في سلوكاتها وتعاملاتها مع الآخرين، تفضل المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية وبشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات، تتبنى دورا سلبيا في العلاقات الشخصية وتتجنب مسؤولية اتخاذ القرار وليس لديها رغبة في إيجاد حلول جديدة للمشاكل. تكون أكثر رقابة في حالات التقارب بين الأشخاص التي تنطوي على التبادل اللمسي، معزولة اجتماعيا للغاية، حيث لا ترتبط جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية.

تميل سلمى في إدراك الذات نحو الكمال، الذي يمكن أن يعود عليها بالسلب إذا تم دفعه إلى أقصى حدوده أو إذا واجهت إخفاقات. وتشعر بضعف عام ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة، تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة يميل إلى أن يكون سالبًا، الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، أما فكرها فيتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها.

قدرات التحكم والتحمل للضغط فهي في حالة مزمنة من الحمل الزائد. حيث قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة، لذلك فالمبحوثة تواجه صعوبات في هذا المجال.

أما الانفعالات تعاني من اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومرضية مع الأشخاص الآخرين، وهذا هو السبب في إصابتها بنوبات من الاكتئاب والذي يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب المزمن. كما لديها أسلوب انطوائي وتفضل إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات واتخاذ القرار وتقوم بإبقاء المشاعر على مسافة قبل اتخاذ القرار تعاني من انزعاج نفسي يظهر من خلال الاكتئاب أو القلق كما هو والتوتر

الخوف أو في أعراض جسدية مختلفة مثل الأرق والخمول وما إلى ذلك. ويمكن الاعتقاد أنها تعاني من شكل من أشكال المرض العقلي، تثبط التعبير العاطفي وتسعى إلى تجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن، لديها مظاهر عاطفية شديدة للغاية وغالبا ما تبدو متهورة ويمكن أن تعكس تنظيما نفسيا غير ناضج ولها قدر كبير من الغضب، حيث تعاني من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية.

علاج المعلومة: يظهر أن المبحوثة متحفظة وحذرة، تبدل مجهودا كبيرا لتحقيق أهداف خارجة عن قدرتها مما يعرضها للاحباط وتستثمر المزيد من الجهد والطاقة في الأنشطة الشاملة.

بينما الوساطة المعرفية تتميز بخلل خطيرًا ومضطرب في اختبار الواقع. أما التفكير فهي تميل إلى مزج مشاعرها بالفكر، ولكن في بعض الأحيان يتم الاحتفاظ بمشاعرها جانبًا لإفساح المجال لنهج فكري يسمح للنظر بعناية في العديد من الخيارات. الآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا. تجد صعوبة بالغة في تغيير مواقفها أو آرائها، أو رؤية المشكلات من وجهة نظر أخرى غير وجهة نظرها، تلجأ إلى الأوهام كأسلوب معتاد للرد على المواقف غير السارة.

1-3-3-تقديم المبحوثة الثالثة كوثر (S3)

الحالة كوثر إمرأة متزوجة تبلغ من العمر ثلاثة وأربعون سنة، لديها خمسة أطفال (3 ذكور و2 إناث توأم)، لديها مستوى جامعي علوم قانونية وإدارية وعملت محامية، لكنها الآن ماكثة في البيت، هي الكبرى بين إخوتها السبعة (5 إناث و2 ذكور)، الأم والأب على قيد الحياة.

1-3-3-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند كوثر فقد أبانت محاورها.

- **محور الصحة الجسمية**

تعاني المبحوثة من حساسية ومشكلة الشقيقة، أما الأعراض العضوية آلام في المعدة، القولون الظهر في الأسفل، القدمين (خذر)، الأكياس المائية، كثرة النوم تعاني من كابوس متكرر هو السقوط على عمود من حديد.

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

تشعر بتأنيب الضمير (على الصلاة والأولاد كثيرا الشعور بالتقصير). عدم القدرة على اكمال العمل مشكلة في الرغبة والدافعية. التردد والتوقع السلبي. *"كنت حاسة روحي والو"*. عندما لم تحصل على البكالوريا عاقبت نفسها لمدة ثلاثة أشهر.عندما كانوا يسألوا الأم عن نجاحها كانت تجيب أنها لا تشك بنجاحها، الخوف من الموت ومن وفاة الابن."*لا أريد أن أعيش حياة بسيطة وفي نفس الوقت لست قادرة على أن أرتقي بحياتي*". *" نكون في بلاصة مع الناس بصح نحس روحي ما شي* أنا". الشعور بالغرابة في وسط الناس. *" كي نقعد وحدي نقعد نهدر وحدي ونتخيل روحي كل حاجة مقلقتني في حياتي نروح نتخيل أشياء لي راني حابتها ونحس بالسعادة منذ الصغر لحد الساعة*". "*عندي تناقض في الشخصية تاع نحب حاجة وفي نفس الوقت ما نحبهاش مع خواتاتي في بعض الأحيان نحب نعاونهم وفي بعض الأحيان لا أحب ونكره*". *" نقول لولادي رايحين تهبلوني نحب نقطع قشي" وجود أعرض الانفصال عن الواقع.*

أما الجانب الجنسي فتعرضت للتحرش الجنسي في عمر ستة سنوات من طرف الجار. وإلى تحرش جنسي آخر في نفس الوقت من طرف جار الخالة، رؤية الوالدين في علاقة جنسية (علاقة كاملة) عمرها سبعة سنوات *" كنت أظن أن العلاقة حرام* ". حلم متكرر بإستمرار رؤية الزوج مع أمها في علاقة جنسية حيث تعبر المبحوثة عن الأم بقولها *" كنت شغل نغير منها ويغيضني الحال علاه راه (الأب) معاها وماشي معايا أنا*". في عمر تسعة سنوات "*دخلت في علاقة جنسية مع بنات خالتي كنا نباتوا عند جداتي كان ملامسات في الصدر في العضو الجنسي وهذا لي خلاني نمارس العادة السرية في الدوش، وهذا المشكل مخسر عليا العلاقة تاعي مع ربي*". في سن العاشرة توفي الجد (أب الأم) ولم تقم عليه بالحداد (مشكل في التنفس) هو الشخص الوحيد الذي كانت تعتبره يحبها وكانت تذهب معه إلى كل مكان وكأنها ذكر، تدخل إلى الأماكن التي يدخلها الذكور، كانت في المدرسة عند وفاة الجد. " كي مات قلت مانزيدش نلقى واحد يحبني كيما جدي *"*. والغريب أن ردة فعلها على وفاة الجد هو الضحك "كي مات جدي كنت غير نضحك ويما شافتني قالتلي أنت ماتحشميش كيفاش تضحكي ساعتها حسيت بالذنب".

وفي عمر ثمانية عشرة سنة في الثانوية دخلت في علاقة مع شاب والذي لم يكن فعلا يحبها وبعدما رفضته توفي وأصيبت بعذاب الضمير وهذا سبب خوفها من أن يحدث لابنها ما حدث لذلك الشاب.

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

العلاقة سيئة مع الأم *" كانت يما تفضل لخرين عليا"*، عدم وجود تعبير عاطفي في الأصل كانت الأم تقول لها *" أنت فنيانة". " يما ماعلمتنيش الخدمة تاع الدار بابا لي كان يعلمني"*، *"دائما تعلق عليا وتضحك عليا في كل حاجة نديرها كانت تحب أختي كثر مني، كنت نحس بلي أنا ما شي بنتها وكانت تشكي لبابا مني كنت نحسها مرت بابا، يما ما علمتني والو حتى الحيض وما نبهتنيش ليه ولا الصيام والو ما كانش تواصل بيناتنا"*، *" السبة لي خلاتني نكره الدار هي يما كل يوم صراع معاها، نحسها بلي تحقرني تغير مني. نحسها غير متفهمة تخرج الغضب تعها فيا. كانت ما دافعش عليا تحشمني قدام الناس. تنحيلي حوايجي وتمدهم لأولاد خالتها. ما علمتني والوا وضرك تقولي ما تعرفي والو جايحة ما نقدرش نرد عليها "*، أما علاقتها فكانت أفضل مع الأب " بابا كانت علاقتي معاه خير". *" بابا دخل للحبس لمدة ثلاث سنوات، لأنو كان يخدم في السياحة"*، *"بابا نلوموا لأنه ما كانش يدافع مع يما ونلوموا لأنو كي يكون ماشي متفاهم مع يما يقعد يهدر معايا باش غير يعرف عليها حوايج وهذا الشيئ يخليني نحسوا يستغلني"*، *"علاقتي كانت مليحة مع جدي وكي كان بابا في الحبس هو لي كا يتهلى فيا"*، *"علاقتي مع اختي ما شي مليحة لأنها كانت من الناس لي يكذبوا ويما هي لي تشجعها"*، *"أنامن طبعي ماشي اجتماعية نحب نقعد وحدي منلقاش روحي مع لعباد نلقى روحي ما نستفاد والوا"*. أما العلاقة مع الزوج *"العمر نتاعي نسيتو راجلي كل حاجة نديرها هو يستفيد منها"*. أما العلاقة مع الجسم سيئة " *ما نحبش نشوف مع روحي في لمراية"*.

❖ **محور محاولة الانتحار**

تعاني المبحوثة من الرغبة في الموت وبإستمرار *"تمنيت الموت، كون غير نموت"*، *"كنت كي نكره نفكر ننتحر"*، *"كي نتقلق ندعي على روحي ونقول يا ربي ونموت"*."*حاولت الانتحار وأنا عمري حداش سنة كنت نشرب كاشيات أي دواءنلقاه نشربو*". في عمر الثانية عشر سنة أتى الأب لأخذها من المدرسة ولم يجدها وبعدها قامت بشرب الدواء لكي تموت نتيجة الخوف منه " *خلطت الدواء كامل لي لقيتوا قدامي وشربتوا وما فقتش واش صرا من بعد غير وأنا في السبيطار*". " وبزاف مرات كنت نضرب روحي حتى نتكسر باش نرتاح وندعي على روحي"، *" شربت مرة جافيل ودخلت*

للمستشفى وتحرقت المعدة تاعي مازالني دوك نسوفري"،" كنت حابة نقوللهم أني هنا كنت حابة نقوللهم حسو بيا .

1-3-3-2-تحليل محتوى المقابلة

من خلال ما جاء في كلام المبحوثة يتبين أن أكبر مشكلة تعيشها هي مشكلة الشعور بالقيمة والأهمية والتقدير لأن المعاش النفسي الذي عاشته في علاقتها مع الأم، كان له أثر كبير خاصة على مستوى الاستثمار النفسي وهذا راجع إلى الصراعات المتكررة بينها وبين الأم والتي تمثلت في الاهانات المتكررة والانتقادات والتعجيز في كل أمر تقوم به، مما جعل الشعور بالنقص يتزايد أكثر فأكثر ومع ضغوطات الحياة والاجهاد على كل المستويات لم يترك للمبحوثة، خيارا إلا الانقطاع عن هذا الواقع بالانتحار ويتضح هذا من خلال كلامها المعبر جدا عن الإشكالية التي كانت تعاني منها هذه المبحوثة "*كنت حابة نقوللهم أني هنا كنت حابة نقوللهم حسو بيا".*

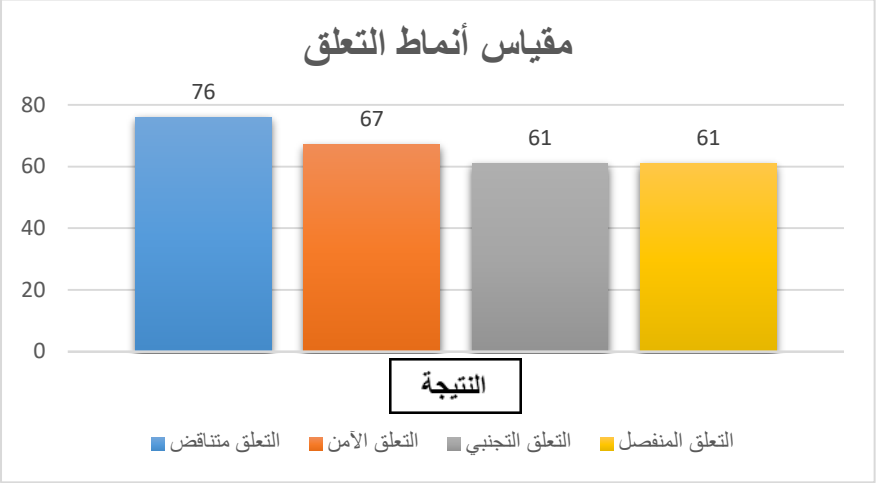
1-3-3-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة كوثر(S3)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة كوثر أوضحت النتائج.

جدول رقم (53): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة كوثر (S3)*

مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق متناقض	76
التعلق الآمن	**67**
التعلق التجنبي	**61**
التعلق المنفصل	**61**

شكل رقم (30): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة كوثر (S3)*



يظهر من خلال النتائج المتحصل عليها من مقياس أنماط التعلق أن بعد التعلق السائد عند المبحوثة كوثر هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى والآمن في الدرجة الثانية والمتجنب والمنفصل في نفس الدرجة الثالثة، مما يشير إلى أن المبحوثة بحاجة كبيرة للتقارب من اللآخرين مع احساسها بالرفض من طرفهم، كما أنها تتمتع بالنظرة السليبة اتجاه الذات والايجابية اتجاه الآخرين.

شكل رقم (31): *الملخص الشكلي للمبحوثة كوثر (S3)*

| | | |

من خلال الشكل رقم (31) نستنتج أن المبحوثة كوثر (S3) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=6 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية CDI=4 ومؤشر الكوكبة الإنتحارية S-CON أيضا إيجابي.

1-3-3-4-تحليل بروتوكول المبحوثة كوثر (S3)

جدول رقم(54): *مؤشرات الكوكبة الانتحارية للمبحوثة كوثر (S3)*

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	X
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	X
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	
X+%<0,70	X
S>3	X
P<3 OU P>8	
PURE H<2	
R<17	
S-CON = 8	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: إدراك العلاقات-إدراك الذات-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير.

إدراك العلاقات: إن المبحوثة أقل نضجا ومحدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة **في** التفاعل مع البيئة، حيث علاقاتها تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، فهي منعزلة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين **(المرحلة 1)**. وأكثر حذرا في سلوكياتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات **(المرحلة 2)**. وتتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، وتفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وتكون أقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أوتبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. تميل إلى إظهار سلوكيات إدمانية بكثير مما هو معتاد، حيث تميل إلى الاعتماد على الآخرين لقيادتها ودعمها، وتميل إلى أن تكون ساذجة تماما في توقعات علاقاتها وتتوقع عموما أن يكون الآخرون متسامحين جدا مع احتياجاتها ومطالبها ومستعدون للتصرف وفقها **(المرحلة 4)**. وتميل نحو التعبير عن حاجتها في الإتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد حيث تتميز بالحذر عندما يتعلق

الأمر بعلاقات القرب مع الآخرين خاصة تلك التي تضم تبادل لمسي **(المرحلة 5)**. تتبنى تصرفات أقل تكيفا مما ننتظره من الآخرين **(المرحلة 7)**. لديها شعور بعدم الأمان فيما يتعلق بنزاهتها الشخصية في المواقف الشخصية وتميل إلى أن تصبح استبدادية بطريقة دفاعية، وهذا الموقف يلعب الدور من درع ضد ما تراه الذات على أنه استجواب للذات في المواقف العلائقية. وغالبًا، ما تواجه صعوبة في الحفاظ على علاقات وثيقة خاصة مع أولئك الذين لا يخضعون لها **(المرحلة 9)**. فالمبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية ولا ترتبط جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية **(المرحلة 10)**.

إدراك الذات: وجود شعور بالضعف عام ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة **(المرحلة 1)**. ويوجد استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية الذي يسيطر على تصوراتها عن العالم الخارجي وتؤثر على قراراتها وسلوكياتها بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**. وهي أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسيتها وتساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 3)**. من المؤكد تقريبا أن هناك اهتماما خاصا بالجسم أو حتى القلق **(المرحلة 5)**. ومن المعقول الاعتقاد بأن الصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية، وأن فكر المبحوثة ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها **(المرحلة 6)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة معرضة جدًا لفقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط **(المرحلة 1)**. احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. فمن المحتمل أن المبحوثة تواجه أنماط تفكير عشوائية وغير متصلة أكثر من المعتاد **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: وجود اضطراب انفعالي لدى المبحوثة، لكن يجب الإشارة إلى أنه اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومرضية مع الأشخاص الآخرين وهذا هو السبب في إصابتها بنوبات من الاكتئاب والذي يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب المزمن **(المرحلة 1)**. ولديها أسلوب انطوائي تفضل عموما إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. وتقوم بإبقاء المشاعر على مسافة قبل اتخاذ القرار **(المرحلة 3)**. ونفترض أنها تعاني من اضطراب نفسي وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر **(المرحلة 4)**. وتثبيط التعبير العاطفي أكثر

بكثير من معظم الناس **(المرحلة 5)**. ولا تهتم بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف مرهقة عاطفيا **(المرحلة 7)**. وتميل إلى الخوف أو عدم الثقة من المشاركة في المظاهر العاطفية الشديدة **(المرحلة 9)**. وتتميز بميول نحو المعارضة اتجاه المحيط، بالرغم أن هذه الميول لا تمثل خلل لكن بإمكانها اعاقتها في إقامة علاقات اجتماعية **(المرحلة 11)**. وتعاني من اضطرابات سلوكية عند مواجهة مواقف انفعالية معقدة **(المرحلة 12)**.

علاج المعلومة: إن المبحوثة قد بذلت جهدًا أكبر من المعتاد في معالجة مجال التحفيز **(المرحلة 1)**. لكنها تحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقتها وقدراتها الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاحها في تحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقاتها وقدراتها الحالية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الاحباط **(المرحلة 4)**. تقوم المبحوثة في هذا السياق بفرز المعلومة بطريقة فوضوية وسريعة مع الاهمال في غالب الأحيان لعناصر هامة في حقل المثيرات **(المرحلة 5)**.

الوساطة المعرفية: هناك خلل وظيفي يميل إلى أن يكون ثابتًا **(المرحلة 1)**. إن أهمية هذا الخلل تشير إلى أن الاضطراب معمم وتعاني المبحوثة من مشكلة معيقة **(المرحلة 3)**. مما يزيد من احتمال إظهاره لتصرفات غير نمطية وغير ملائمة مع المواقف العادية، فالميل نحو إظهار لتصرفات غير مألوفة قد يعود الى الخلل في الوساطة المعرفية وإلى الخلل في العلاقة مع الواقع **(المرحلة 6)**.

التفكير: تعتمد بشكل كبير على التفكير النظري وتميل إلى التفكير في سلوكها وتأجيله حتى تفكر في عدة احتمالات **(المرحلة 1)**. حيث نستنتج أن المبحوثة تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، ولكن في مناسبات معينة **(المرحلة 2)**. والآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا **(المرحلة 3)**. ووجود سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسيتها والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي **(المرحلة 4)**. ولديها ميل واضح لاستبدال الخيال بشكل دفاعي بالواقع في المواقف العصيبة في كثير من الأحيان أكثر من المعتاد **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة **(المرحلة 7)**.

1-3-3-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة كوثر (S3)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ تبين أن المبحوثة كوثر تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بنظرة سلبية للذات ونظرة إيجابية للآخرين، كما أظهر اختبار الرورشاخ مؤشرات الانتحار S-CON بقيمة 8 ومؤشر الاكتئاب DEPI بقيمة 6 ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI بقيمة 4 مع مؤشر اليقظة المفرطة.

على مستوى إدراك الذات والعلاقات: المبحوثة أقل نضجا ومحدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، منعزلة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين وأكثر حذرا في سلوكاتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات، استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية الذي يسيطر على تصوراتها عن العالم الخارجي ويؤثر على قراراتها وسلوكاتها بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي. وهي أكثر اهتماما بنفسها ويشير هذا إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسيتها وتساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين.

قدرات التحكم والتحمل للضغط والانفعالات: فقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط، وجود اضطراب انفعالي لدى المبحوثة وهو اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومُرضية مع الأشخاص الآخرين وهذا هو السبب في إصابتها بنوبات من الاكتئاب والذي يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب المزمن.

علاج المعلومة والوساطة المعرفية: تقوم المبحوثة بفرز المعلومة بطريقة فوضوية وسريعة مع الاهمال في غالب الأحيان لعناصر هامة في حقل المثيرات، الميل نحو إظهار لتصرفات غير مألوفة قد يعود إلى الخلل في الوساطة المعرفية وإلى الخلل في العلاقة مع الواقع.

التفكير: تعتمد بشكل كبير على التفكير النظري وتميل إلى التفكير في سلوكها وتأجيله حتى تفكر في عدة احتمالات، حيث تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، ولكن في مناسبات معينة. والآراء والقيم الفكرية للمبحوثة ثابتة بشكل جيد وصلبة نسبيًا.

1-3-4-تقديم المبحوثة الرابعة فريدة (S4)

فريدة امرأة متزوجة تبلغ من العمر أربعون سنة لديها 4 أطفال (2 ذكور و2 إناث)، لديها مستوى جامعي ليسانس علم الاجتماع وهي تعمل الآن مع زوجها في محل تصليح النظارات، تحتل المرتبة الأخيرة بين إخوتها 15 (6 ذكور و9 إناث)، الأب متوفي والأم على قيد الحياة.

1-3-4-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند فريدة فقد أبانت محاورها.

❖ **محور الصحة الجسمية**

على المستوى الصحي قامت المبحوثة بعمليتين على الغدة الدرقية. وفي عمر الثلاثين سنة أصيبت بإلتهاب المفاصل وكسر في اليد اليمنى، تعاني من آلام الرأس، الظهر وأسفل الظهر.

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

على مستوى الصحة النفسية والعقلية تقول المبحوثة *" ما نحبش نكون مع الناس ما نلقاش روحي ونحس روحي غريبة عليهم وما نشبهلهومش""،" كي كنت في الإقامة الجامعية لقيت روحي عندي انجذاب للبنات"* العلاقة الجنسية غير مستقرة مع الرجل لأنه يعاني سرعة القذف وهذا ما دفعها إلى عدم الاهتمام. بعد الولادة أصبحت عندها مخاوف أكثر من العلاقة الجنسية ونفور من الزوج. *"عشت صدمات كبيرة في الطفولة تاعي مع ختي لكبيرة ويما نحسهم ما يحبونيش ويكرهوني"*

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

على مستوى العلاقات فالعلاقة مع الأم سيئة.*"نحس ما عنديش ماشعر اتجاهها"،"ما نعرفش واش معناتها أم ولا مشاعر الأمومة"،" كي مدتني يما لختي باش تربيني وكي رجعت لدارنا حسيت مكانتي راحت معادش عندي مكانة"*، أما العلاقة مع الأب*" كنت نكرهوا لانوا ما كانش يحميني".* "والآن *"أصبح عندي إحساس شفقة اتجاهو".* علاقتها مع الأخت *" كنت نتأذى من المعاملات تاع أختي ومن كامل يما وبابا لانهم ما حبسوهاش على الألم لي كانت ديرهولي".*

أما العلاقة مع الزوج غير متزنة ومبنية على الشفقة *"راجلي نحس روحي يماه ما شي مرتوا، راجلي يغيضني"*. علاقتها مع الجسم *"جسمي ما يعجبنيش وملي زاد الوزن تاعي كرهتوا "*.

❖ **محور الانتحار**

فيما يخص محاولة الانتحار قامت المبحوثة بمحاولة انتحار والتي كانت غير ناجحة حيث تقول *شربت الدواء زوج خطرات ومنعني ربي الساعة برك ما زالت ما لحقتش"، " تمنيت لوكان ما خلقتش لوكان جيت شيء آخر وما كنتش أنا"، " تمنيت لوكان كنت جاجة"، " كون ما جاتش الموت حرام برك كون أني قتلت روحي وتهنيت من كل عذاب، حابة نموت وبشدة"*.

1-3-4-2-تحليل محتوى المقابلة

مما جاء في المقابلة يظهر أن المبحوثة عانت من إشكالية المكانة والاهتمام والحب وخاصة عدم الحماية من طرف الوالدين، اللذين لم يستطيعا الدفاع عنها أو حتى الوقوف بجانبها، ومحاولة الانتحار ما هي إلا خطوة جريئة كانت في لحظة ضعف، حيث يظهر من خلال المقابلة المبحوثة أن علاقتها مع الأخت سلبية جدا تركت آثارا على الجانب النفسي، والأمر الواضح أن المبحوثة تفتقر لكل مقومات الراحة وحتى مع زوجها، والشئ الذي يبرهن على إشكالية الهوية عند المبحوثة هي عدم تمنيها أصلا أن تكون موجودة في الحياة أو حتى أن تكون أي كائن آخر إلا أن تكون إنسانة وهذا واضح من خلال كلامها *" تمنيت لوكان كنت جاجة"* وهذا الأمر يعتبر من أقصى حالات الألم النفسي. وللاشارة أن درجة الانتحار عندها مرتفعة جدا فالرغبة في اللاوجود قوية جدا وربما الوازع الديني كان سببا في عدم الاقبال على محاولات أخرى ولكن هذا لا يعني أن خطر الانتحار مستبعد.

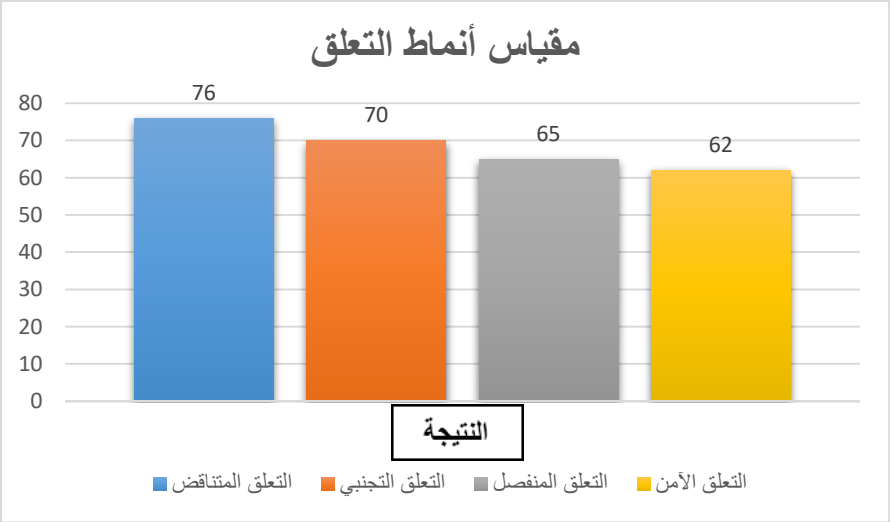
1-3-4-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فريدة (S4)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة فريدة أوضحت نتائج مايلي:

جدول رقم (55): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة فريدة (S4)*

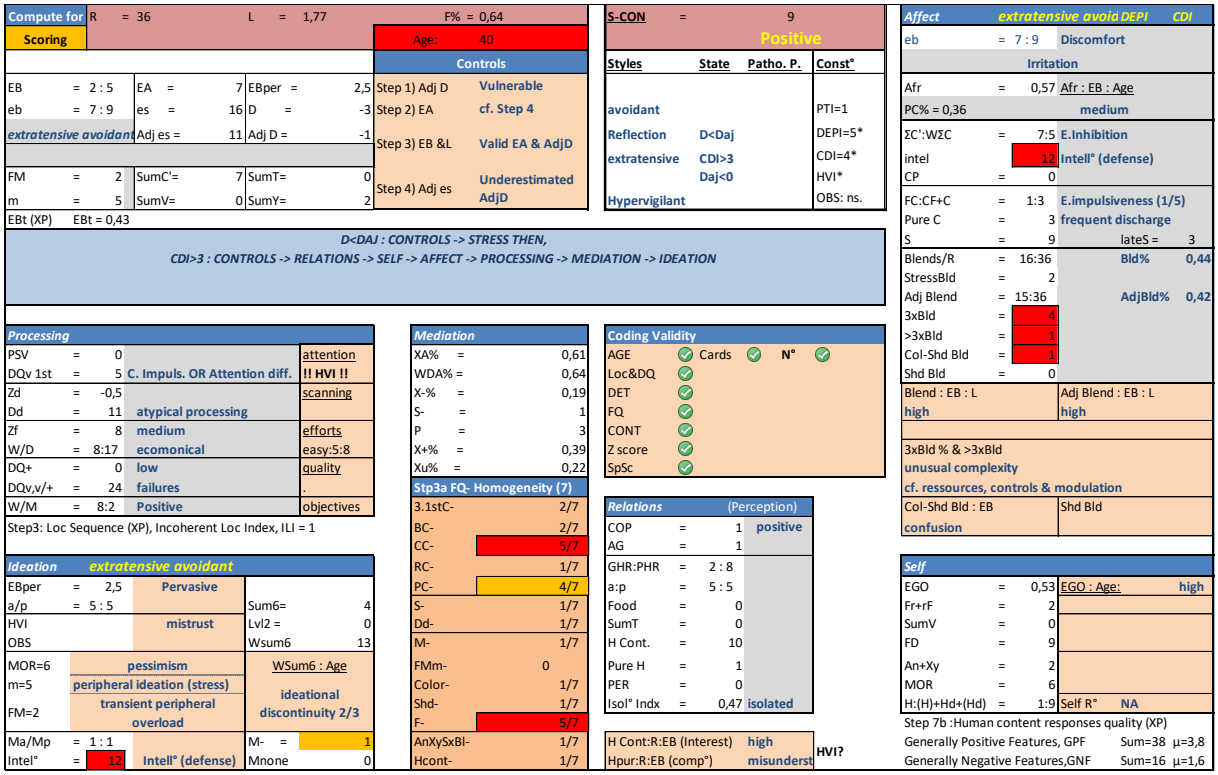
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	76
التعلق التجنبي	**70**
التعلق المنفصل	**65**
التعلق الآمن	**62**

شكل رقم (32): *أنماط التعلق غير الآمن للمبحوثة فريدة (S4)*



من خلال النتائج المتحصل عليها من مقياس أنماط التعلق الموضحة أعلاه أن بعد التعلق السائد عند فريدة هو نمط التعلق غير الآمن المتناقض في الدرجة الأولى والمتجنب في الدرجة الثانية والمنفصل في الدرجة الثالثة والآمن في آخر ترتيب وهذا يدل أن المبحوثة لا تشعر بالآمان وتنظر إلى ذاتها بنظرة سلبية وللآخرين بنظرة إيجابية.

شكل رقم (33): *الملخص الشكلي للمبحوثة فريدة (S4)*



من خلال الشكل رقم (33) نستنتج أن المبحوثة فريدة (S4) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=5 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية CDI=4 ومؤشر الكوكبة الإنتحارية S-CON=9 أيضا إيجابي.

1-3-4-4-تحليل بروتوكول المبحوثة فريدة (S4)

جدول رقم(56): *مؤشرات الكوكبة الانتحارية للمبحوثة فريدة (S4)*

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	X
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	X
Zd>3,5 ou <-3,5	
es>EA	X
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	X
P<3 OU P>8	
PURE H<2	X
R<17	
S-CON = 9	

قبل القيام بتحليل بروتكول الرورشاخ كخطوة مستعجلة قامت الباحثة بإخبار المختصة في الطب العقلي بهذا الأمر وهذا احتياطا لأن مؤشر الانتحار مرتفع بشدة.

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: قدرات التحكم والتحمل للضغط–إدراك العلاقات–إدراك الذات–الانفعالات–علاج المعلومة–الوساطة المعرفية–التفكير.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع **(المرحلة 1)**. وهناك احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. وتعاني من بعض الانزعاج يمكن أن يؤدي إلى تجربة أنواع مختلفة من الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف ويمكن أن تساهم أيضًا في الاضطرابات الجسدية **(المرحلة 5)**.

إدراك العلاقات: المبحوثة أقل نضجا في العلاقة ومحدودة إلى حد ما في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، لا سيما في مجال العلاقات الشخصية وتكون العلاقات مع الآخرين أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، حيث أنها منعزلة أو غير مناسبة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين وتميل إلى أن تكون أقل حساسية لاحتياجات ومصالح الآخرين **(المرحلة 1)**. وأكثر حذرا في سلوكياتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات **(المرحلة 2)**. وتميل نحو التعبير عن حاجتها في الإتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد حيث تتميز بالحذر عندما يتعلق الأمر بعلاقات القرب مع الآخرين خاصة تلك التي تضم تبادل لمسي **(المرحلة 5)**. المبحوثة تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكيات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. تبدو منفتحة على التبادلات بين الأفراد وتتوقع عمومًا أن تكون إيجابية **(المرحلة 8)**. من المحتمل أن تكون المبحوثة معزولة اجتماعيا للغاية حيث تلجأ إلى صعوبة في إنشاء و/أو الحفاظ على علاقات شخصية سلسة وذات مغزى. لا ترتبط المبحوثة جيدا بالآخرين وتجد نفسها خالية نسبيا من العلاقات المُرضية **(المرحلة 10)**.

إدراك الذات: وجود شعور بالضعف عام ينبع من موقف التحدي تجاه البيئة **(المرحلة 1)**. ويوجد استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية الذي يسيطر على تصوراتها عن

العالم الخارجي وتؤثر على قراراتها وسلوكياتها بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي **(المرحلة 2)**. وهي أكثر اهتماما بنفسها من معظم الناس فهذا يشير إلى أن خاصية النوع النرجسي متجذرة بعمق في نفسيتها وتساهم في الحفاظ على أحكام إيجابية عن الذات فيما يتعلق بالآخرين **(المرحلة 4)**. وهناك اهتماما خاصا بالجسم أو حتى القلق **(المرحلة 5)**. وصورتها الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية وأن فكرها ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها **(المرحلة 6)**.

الانفعالات: المبحوثة تعاني من وجود بعض الضعف تجاه المشكلات العاطفية بسبب صعوبات في التكيف الاجتماعي **(المرحلة 1)**. ولديها أسلوب تكيف مكثف حيث عادة ما تكون أكثر ميلا من الآخرين إلى استخدام المشاعر والتأثر بها وأنها تفضل عموما اختبار أفكارها ونقص الفرضيات من خلال نهج التجربة والخطأ **(المرحلة 2)**. كما تعاني من بعض الانزعاج النفسي يمكن أن يكون مباشرا، كما هو الحال في الاكتئاب أو القلق أو غير مباشرا كما هو الحال في حالات التوتر غير العادي أو الخوف أو في أعراض جسدية مختلفة مثل الأرق والخمول وما إلى ذلك. ويمكن الاعتقاد أنها تعاني من **ش**كل من أشكال المرض العقلي **(المرحلة 4)**. كما تنبط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس وتعاني بشكل كبير من الشعور بالتهيج النفسي **(المرحلة 5)**. إنها أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها **(المرحلة 6)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف التي ينظر إليها على أنها مرهقة عاطفيا **(المرحلة 7)**.

علاج المعلومة: إن المبحوثة قد بذلت جهدًا أكبر من المعتاد في معالجة مجال التحفيز **(المرحلة 1)**. لكنها تحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقتها وقدراتها الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاحها في تحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقاتها وقدراتها الحالية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الاحباط **(المرحلة 4)**.

الوساطة المعرفية: هناك خلل وظيفي خطير للغاية واختبار الواقع متدهور للغاية **(المرحلة 1)**. ويمكن ربط هذا الخلل الوظيفي مباشرة بالخصائص العاطفية للمبحوثة **(المرحلة 3)**.

التفكير: تعتمد بشكل كبير على التعليقات الخارجية وغالبًا ما تنخرط في سلوكيات التجربة والخطأ عند مواجهة الحاجة إلى اتخاذ القرارات **(المرحلة 1)**. ولديها أسلوب صارم للغاية وأن العواطف تكون لها دائمًا تأثير كبير على أنماط التفكير **(المرحلة 2)**. ووجود سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم

في نفسيتها والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي **(المرحلة 4)**. وتستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة **(المرحلة 7)**.

1-3-4-5-المناقشة العامة وخلاصة المبحوثة الرابعة فريدة (S4)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ تبين أن المبحوثة فريدة تتبنى نموذج عامل داخلي سلبي من نمط التعلق غير الآمن المتناقض، الذي يتميز بنظرة سلبية للذات ونظرة إيجابية للآخرين، كما أظهر اختبار الرورشاخ مؤشرات الانتحار S-CON بقيمة 9 ومؤشر الاكتئاب DEPI بقيمة 5 ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI بقيمة 4 مع مؤشر اليقظة المفرطة HVI.

على مستوى إدراك الذات والعلاقات: يوجد استثمار ذاتي مبالغ فيه وتضخم في الشعور بالقيمة الشخصية الذي يسيطر على تصوراتها عن العالم الخارجي ويؤثر على قراراتها وسلوكاتها بسبب الحاجة إلى التأكيدات المتكررة أو تعزيز المشاعر المبالغ فيها بالفخر الشخصي، وصورتها الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية وأن فكرها ككل يتميز بنقطة أكثر تشاؤما عن نفسها. وتميل نحو التعبير عن حاجتها في الإتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد، حيث تتميز بالحذر عندما يتعلق الأمر بعلاقات القرب مع الآخرين خاصة تلك التي تضم تبادل لمسي، والمبحوثة أقل نضجا في العلاقة ومحدودة إلى حد ما في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة.

قدرات التحكم والتحمل للضغط والانفعالات: المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع. وهناك احتمالية العثور على تعقيد نفسي غير عادي. وتعاني من وجود بعض الضعف تجاه المشكلات العاطفية بسبب صعوبات في التكيف الاجتماعي، إنها أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها.

علاج المعلومة والوساطة المعرفية: إن المبحوثة قد بذلت جهدًا أكبر من المعتاد في معالجة مجال التحفيز. لكنها تحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقتها وقدراتها الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاحها في تحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقاتها وقدراتها الحالية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الاحباط. وهناك خلل وظيفي خطير للغاية واختبار الواقع متدهور للغاية. ويمكن ربط هذا الخلل الوظيفي مباشرة بالخصائص العاطفية للمبحوثة.

التفكير: تعتمد بشكل كبير على التعليقات الخارجية وغالبًا ما تنخرط في سلوكيات التجربة والخطأ عند مواجهة الحاجة إلى اتخاذ القرارات. ولديها أسلوب صارم للغاية وأن العواطف تكون لها دائمًا تأثير كبير على أنماط التفكير.

1-3-5-تقديم المبحوثة الخامسة (S5)

وسيلة عازبة تبلغ من العمر ثلاثة وأربعون سنة لديها مستوى جامعي ماستر، تربية بدنية ورياضية وهي تعمل كمدربة رياضة، تحتل المرتبة الخامسة بين إخوتها سبعة (2 ذكور و5 إناث)، الأم والأب على قيد الحياة.

1-3-5-1-عرض وتحليل محتوى المقابلة

بالنسبة لمحتوى المقابلة عند وسيلة فقد أبانت محاورها.

❖ **محور الصحة الجسمية**

على المستوى الصحي لا تعاني المبحوثة من أي أمراض جسمية مزمنة، لكنها تعاني من بعض الأعراض كألم في الرأس، ألم في الظهر، ثقل في العينين وخاصة العين اليسرى، كما تعاني من اضطرابات في النوم منذ عامين ولديها كوابيس متمثلة في الذبح القتل خاصة الأشخاص المقربين.

❖ **محور الصحة النفسية والعقلية**

على مستوى الصحة النفسية والعقلية حسب قولها " *2008-2009 هي أفضل فترة حسيت فيها بقدراتي أما دوكا أني نحس روحي في بير ونستنى في الموت* "، "*عندي أفكار كحلة وراهي غير تزيد*"، الإحساس بالفقدان، الإحساس بأنها تحت رقابة، مشكل في دافعية العمل، الإحباطات، ضعف تقدير الذات، مدى تكيفها مع الواقع نسبي. بالنسبة للصدمات والأحداث المفاجأة كانت الصدمة الأولى ستة عشرة سنة تعرضت إلى مرض فقر الدم، دخلت إلى الملعب ثم أخرجوها مباشرة بدون إعطاء تفسير، إعادة البكالوريا توقفت عن الدراسة بسبب الأنيميا، إعادة البكالوريا للمرة الثانية بسبب العلاقات العاطفية رغم أنها كانت تقوم بدروس تدعيمية، بعدها دخلت إلى كرة القدم بعد إحباطها في كرة السلة، وفي هذه المرحلة تحصلت على شهادة البكالوريا بمعدل 9، ولم تدخل إلى الجامعة بسبب بعد المسافة (بومرداس) (ضياع لمدة عام) وبعدها عام آخر.حيث تقول المبحوثة" *حياتي ما فلحتش*

فيها الخدمة زيرو لقراية ما درت بيها والوا الزواج ما كانش حياتي في الدار جحيم مع يما وبابا حتى هوايتي لي نحبها ما فلحتش فيا أنا ما نصلح لوالو".

❖ **محور الجانب الاجتماعي والعلاقات**

على مستوى الجانب الاجتماعي والعلاقات فالمبحوثة علاقتها مع الأم، مليئة بالانتقادات والصراعات وعدم الحب وعدم التعبير عن العاطفة والعنف وسوء المعاملة والضرب وخاصة الشتم والاهانة بإستمرار، أما علاقتها مع الأب فهي مبنية على اعتقادات بأن الأب يميز الذكور عن الإناث وأن الأب سلبي وخاضع ولا يعبر عن العاطفة ولا عن الرأي وهذا الأمر بدأ منذ أن عرفت بحادثة أختها الكبرى التي عند ولادتها رفضها الأب لأنها أنثى ورفض تسجيلها في الدفتر العائلي. بينما علاقتها مع الإخوة فهي متقلبة وغير مستقرة لا تخلوا من الصراعات المستمرة حيث تقول "*أنا نحس خاوتي التوام لي ماتوا قبل ما نجي لدنيا ما شي هادوا*". أما علاقتها مع جسمها سيئة حيث حسب قولها "*جسمي ما ولا يسوا والوا حتى قريب يهدر معايا، نقعد بساعات وأنا نحفر في وجهي قدام لمرايا ما نشوفش روحي بنادم*".

❖ **محور الانتحار**

أما فيما يخص محاولة الانتحار فالمبحوثة لديها أفكار انتحارية وسوداوية وبشدة، حيث قامت بـ 4 محاولات إنتحار لم يتم تحقيقها، إحداهما كانت بمحاولة "*رميت روحي من الطابق الثالث ولحقت بيا أختي ولات تسوغ جاو دارنا سلكوني*"، ولقد كان سبب لجوئها لمحاولة الانتحار حسب قولها "*كرهت لازم الواحد يضحي بحياتو باه يتهناو*". وكان موقف العائلة من محاولة الانتحار هو خوف وحذر والقلق كبير.

أما المحاولة الثانية فكانت بقطع شريان اليد في المرحاض وأثناء مرور الأم إلى الحمام وجدت الدم مما جعلهم يكسرون الباب لنقلها إلى المستشفى حيث مكثت لمدة أسبوع وعند احضار الأخصائية النفسانية لمتابعتها رفضت الحديث.

أما المحاولة الثالثة فكانت عن طريق شرب علبة الدواء كاملة وهو الدواء الذي تشربه الأم الخاص بالغدة الدرقية.

أما المحاولة الرابعة فكانت أخطر حيث قامت بإلقاء نفسها من السيارة التي كان أخوها يقود فيها وبسرعة فتحت الباب وألقت بنفسها خارج السيارة وكانت النتيجة أنها فقدت الوعي نتيجة صدمات في الرأس ودخلت إلى المستشفى وبقيت لمدة شهر كامل. حيث تقول "*أنا حبيت الموت وهي ما تحبنيش ودوركا قررت نعيش وأنا ميتة غير الجثة*".

1-3-5-2-تحليل محتوى المقابلة

وعليه فالمبحوثة عانت علاقات سلبية سواء مع الأم أو الأب، أضف إلى هذا الاحباطات المتكررة التي عاشتها على المستوى العاطفي على التوالي مع صراعات كبيرة وعلى مستوى الهواية التي تفضلها " كرة القدم" التي تعرضت فيها إلى صدمات قاسية جدا، وهذه الإخفاقات لم تستطيع المبحوثة تحملها نتيجة الضغوطات التي عاشتها في الطفولة، مماجعلها غير قادرة على مواجهة الواقع وكان الانتحار هو الخيار الأفضل لها، كي تتخلص من الواقع الذي لم يكن كما تمنته أو بالأحرى لم يكن مطابقا لأحلامها والمبحوثة تعيش حقا دمارا نفسيا على مستوى الشعور بالقيمة فتقديرها لذاتها يكاد يكون معدوم. لقد جاء تحليلنا لهذه المبحوثة على حسب المعطيات والتفاصيل الكثيرة التي لم نستطيع ذكرها كاملة.

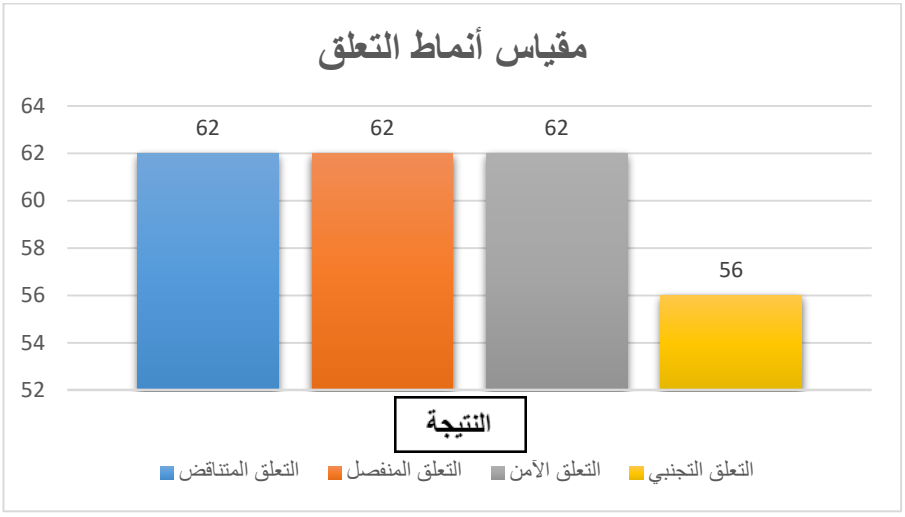
1-3-5-3-عرض وتحليل محتوى مقياس أنماط التعلق للمبحوثة وسيلة (S5)

بعد تمرير المقياس على المبحوثة وسيلة أوضحت النتائج.

جدول رقم (57): *نتائج مقياس أنماط التعلق للمبحوثة وسيلة (S5)*

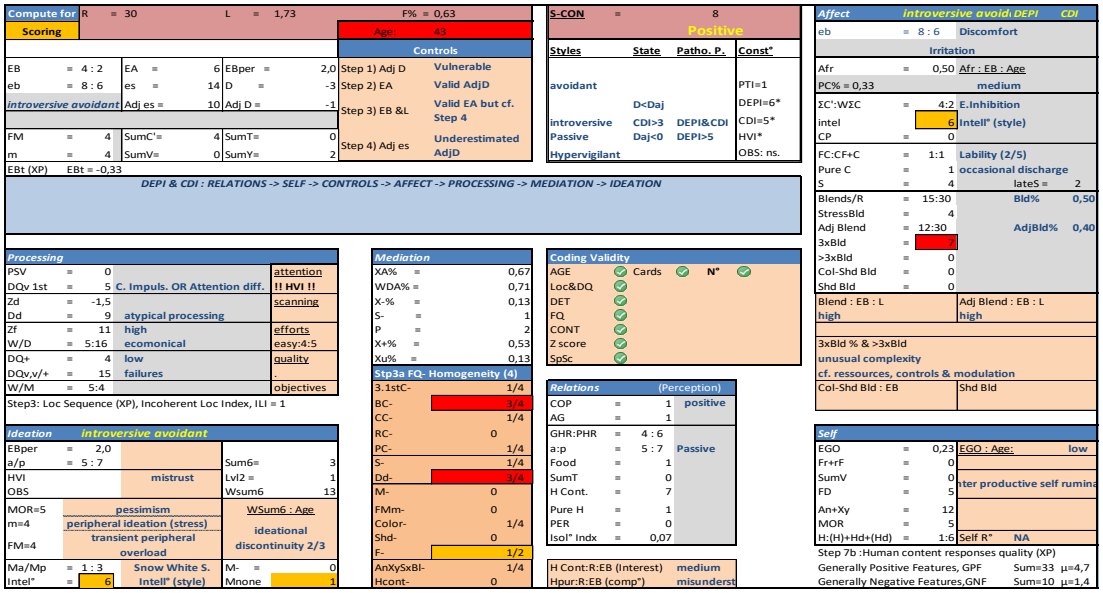
مقياس أنماط التعلق	النتيجة
التعلق المتناقض	62
التعلق المنفصل	**62**
التعلق الآمن	**62**
التعلق التجنبي	**56**

شكل رقم (34): *نتائج مقياس أنماط التعلق عند المبحوثة وسيلة (S5)*



من خلال النتائج الموضحة في الجدول والشكل البياني لمقياس أنماط التعلق أن النموذج السائد عند المبحوثة وسيلة هو من اتجاهين وهو نمط التعلق غير الآمن المتناقض والمنفصل والآمن في الدرجة الأولى والمتجنب في الدرجة الثانية، وهذا يعني أن المبحوثة تتمتع بتناقض وجداني واضح، حيث تنظر إلى ذاتها نظرة سلبية في مواقف وإيجابية في مواقف أخرى، كما تنظر إلى للآخرين نظرة إيجابية في مواقف ونظرة سلبية للآخرين في مواقف أخرى.

شكل رقم (35): *الملخص الشكلي للمبحوثة وسيلة (S5)*



من خلال الشكل رقم (35) نستنتج أن المبحوثة وسيلة (S5) لديها مؤشر الإكتئاب إيجابي DEPI=6 ومؤشر اليقظة المفرطة HVI ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI=5 مع مؤشر الكوكبة الإنتحارية S-CON أيضا إيجابي.

1-3-5-4-تحليل بروتوكول المبحوثة وسيلة (S5)

جدول رقم(58): *مؤشرات الكوكبة الانتحارية عند المبحوثة وسيلة(S5)*

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	X
Zd>3,5 ou <-3,5	
es>EA	X
CF+C>FC	
X+%<0,70	X
S>3	X
P<3 OU P>8	X
PURE H<2	X
R<17	
S-CON = 8	

وعليه يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: إدراك العلاقات-إدراك الذات-قدرات التحكم والتحمل للضغط-الانفعالات-علاج المعلومة-الوساطة المعرفية-التفكير.

إدراك العلاقات: إن المبحوثة أقل نضجا ومحدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، حيث علاقاتها تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، فهي منعزلة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين **(المرحلة 1)**. وأكثر حذرا في سلوكياتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات **(المرحلة 2)**. تتبنى بشكل عام في العلاقات الشخصية دورا سلبيا إلى حد ما، لكنه ليس بالضرورة دورا للخضوع، تفضل بشكل عام تجنب مسؤولية اتخاذ القرار وأقل رغبة في البحث عن حلول جديدة للمشاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة **(المرحلة 3)**. تميل إلى إظهار سلوكيات إدمانية بكثير مما هو معتاد، حيث تميل **إلى** الاعتماد على الآخرين لقيادتها ودعمها، وتميل إلى أن تكون ساذجة تماما في توقعات علاقاتها هذا لأنها تتوقع عموما أن يكون الآخرون متسامحين جدا مع احتياجاتها ومطالبها ومستعدون للتصرف

وفقا لتلك الاحتياجات والمطالب **(المرحلة 4)**. وتميل نحو التعبير عن حاجتها في الإتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد حيث تتميز بالحذر عندما يتعلق الأمر بعلاقات القرب مع الآخرين خاصة تلك التي تضم تبادل لمسي **(المرحلة 5)**. تشارك بشكل عام في أشكال من السلوكات العلائقية التي قد تكون أقل تكيفا مع الموقف مما هو مرغوب فيه **(المرحلة 7)**. تتوقع بشكل عام التفاعلات الإيجابية بين الأشخاص وأنها مهتمة بالمشاركة **(المرحلة 8)**.

إدراك الذات: المبحوثة **شديدة** اليقظة ولا تثق بالبيئة، وتقلق بشأن إمكانية التلاعب بها أو التقليل من قيمتها. تستثمر طاقة كبيرة في الحفاظ على حالة من اليقظة تسمح لها بتحديد هذه الاحتمالات والتصدي لها **(المرحلة 1)**. تقدير القيمة الشخصية للمبحوثة تميل إلى أن تكون سلبية حيث تقلل من قيمة نفسها عندما تقارن نفسها بالآخرين، غالبا ما تكون هذه الميزة مقدمة للاكتئاب. فهي في صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات من المحتمل جدا حدوث خلل في السلوك **(المرحلة 3)**. وهناك اهتماما خاصا بالجسم أو حتى القلق **(المرحلة 5)**. والصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية والإدراك الذاتي يميل إلى أن يكون متشائما للغاية **(المرحلة 6)**.

قدرات التحكم والتحمل للضغط: إن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع **(المرحلة 1)**. والموارد المتاحة تكون محدودة أكثر **(المرحلة 2)**. وهناك تعقيد نفسي غير عادي **(المرحلة 4)**. تستوعب انفعالاتها أكثر مما تود. يمكن أن تؤدي إلى تجربة أنواع مختلفة الانزعاج الذاتي، مثل القلق والحزن والتوتر والتخوف ويمكن أن تساهم أيضا في الاضطرابات الجسدية **(المرحلة 5)**.

الانفعالات: وجود اضطراب انفعالي لدى المبحوثة، لكن يجب الإشارة إلى أنه اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومرضية مع الأشخاص الآخرين وهذا هو السبب في إصابتها بنوبات من الاكتئاب والذي يكون مشابها جدا لتلك الموجودة في الاكتئاب **المزمن (المرحلة 1)**. ولديها أسلوب تجنب–انطوائي. قد تميل عموما إلى الحفاظ على العواطف على مستوى **هامشي** أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار **(المرحلة 2)**. تستخدم المبحوثة عادة أسلوبا فكريا مع إبقاء المشاعر على مسافة قبل اتخاذ القرار **(المرحلة 3)**. ويمكن أن نفترض أن المبحوثة لديها اضطراب نفسي قد يكون مرتبطا بالمتغير أو المتغيرات التي تشير إلى هذا الشعور بالضيق، وأن هناك تهيج نفسي أو انفعالات سلبية ناتجة عن ميل غير عادي لكبح التعبير عن المشاعر

(المرحلة 4). وتقوم بتثبيط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس **(المرحلة 5)**. فهي أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها **(المرحلة 6)**. وتميل إلى معالجة الانفعالات على المستوى الفكري أكثر من معظم الناس في حين أن هذه العملية تقلل أو تحد تأثير المشاعر، فإنها تمثل أيضا شكلا من أشكال الإنكار الذي يميل إلى تشويه المعنى الحقيقي للموقف وتأثيره **(المرحلة 7)**. المبحوثة أقل اهتماما بالتحكم في الانفعالات العاطفية من معظم البالغين. **(المرحلة 9)**. ولديها ميلا مفرطا نحو المعارضة اتجاه المحيط بالرغم أن هذه الميول لا تمثل خلل لكن بإمكانها اعاقتها في إقامة علاقات اجتماعية متزنة **(المرحلة 11)**. حيث تعاني المبحوثة من صعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية معقدة **(المرحلة 12)**.

علاج المعلومة: يمكن استنتاج أن كفاءة فرز المعلومة مماثلة لتلك الخاصة بمعظم الأشخاص **(المرحلة 5)**. أن جودة علاج المعلومات تتراجع أحيانًا بشكل كبير **(المرحلة 7)**.

الوساطة المعرفية: فإن هذا يشير إلى ضعف كبير في قدرات الوساطة، قد يكون الخلل خطيرا واختبار الواقع مضطربا للغاية **(المرحلة 1)**. نوبات الخلل الوظيفي الوسيط لا تحدث بشكل متكرر أكثر مما يحدث في معظم الناس **(المرحلة 3)**. ومن المحتمل أن المبحوثة تستجيب بطريقة أكثر فردية حتى في المواقف البسيطة و/أو المحددة بدقة **(المرحلة 4)**.

التفكير: المبحوثة تتميز بأسلوب الانطوائي. تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و / أو اتخاذ القرار، وتتجنب الانخراط في استكشافات التجربة والخطأ قدر الإمكان **(المرحلة 1)**. نستنتج أن المبحوثة تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، ولكن في مناسبات معينة ستساهم الانفعالات بشكل كبير في قراراتها من ناحية أخرى **(المرحلة 2)**. وهناك سمة شخصية تميل إلى لعب دور مهم في نفسية المبحوثة، والتي غالبًا ما يكون لها تأثير كبير على التفكير المفاهيمي **(المرحلة 4)**. وتلجأ إلى الأوهام كأسلوب معتاد للرد على المواقف غير السارة **(المرحلة 6)**. تستخدم الفكر كأسلوب دفاعي رئيسي في المواقف التي تعتبرها مرهقة. **(المرحلة 7)**. فهذا يشير إلى مشكلة خطيرة في التفكير. نتيجة لذلك هناك احتمال واضح أن المبحوثة سوف تتخذ قرارات خاطئة **(المرحلة 8)**.

1-3-5-5-المناقشة العامة وخلاصة للمبحوثة وسيلة (S5)

من خلال المقابلة ونتائج مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ تبين أن المبحوثة وسيلة تتبنى ازدواجية في النماذج العاملة الداخلية السلبية من نمط التعلق غير الآمن المتناقض والذي يتميز بنظرة سلبية للذات ونظرة إيجابية للآخرين والمنفصل الذي يتميز بنظرة إيجابية للذات ونظرة سلبية للآخرين يختلف استخدام هذه النماذج حسب المواقف وكل هذا راجع إلى ازدواجية الصورة الوالدية عند المبحوثة. كما أظهر اختبار الرورشاخ مؤشر الكوكبة الانتحارية إيجابي S-CON بقيمة 8 ومؤشر الاكتئاب DEPI بقيمة 6 ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية CDI بقيمة 4 مع مؤشر اليقظة المفرطة على مستوى إدراك الذات والعلاقات: هناك اهتماما خاصا بالجسم لدرجة الشعور بالقلق. والصورة الذاتية تتميز بقوة بسمات سلبية والإدراك الذاتي يميل إلى أن يكون متشائما للغاية. فالمبحوثة أقل نضجا ومحدودة في مهارات العلاقات وتواجه صعوبات متكررة في التفاعل مع البيئة، حيث علاقاتها تكون أكثر سطحية وأقل سهولة في الحفاظ عليها، فهي منعزلة أو ضعيفة في علاقاتها مع الآخرين. وأكثر حذرا في سلوكياتها وتعاملاتها مع الآخرين. وتستخدم قضايا المساحة الشخصية بطريقة دفاعية للغاية في علاقاتها الشخصية. بشكل عام لا تحافظ على علاقات وثيقة إلا إذا شعرت بالسيطرة على هذه التفاعلات.

قدرات التحكم والتحمل للضغط والانفعالات: إن المبحوثة في حالة مزمنة من الحمل الزائد نتيجة لذلك فإن قدراتها على التحكم في الإجهاد والإدارة أقل كفاءة من المتوقع. والموارد المتاحة تكون محدودة أكثر. وتقوم بتثبيط التعبير العاطفي أكثر بكثير من معظم الناس. فهي أقل اهتماما بالمحفزات العاطفية أو أقل استعدادا لمعالجتها. وتميل إلى معالجة الانفعالات على المستوى الفكري أكثر من معظم الناس.

علاج المعلومة والوساطة المعرفية: يمكن استنتاج أن كفاءة فرز المعلومة مماثلة لتلك الخاصة بمعظم الأشخاص. أن جودة علاج المعلومات تتراجع أحيانًا بشكل كبير. هناك ضعف كبير في قدرات الوساطة، قد يكون الخلل خطيرا واختبار الواقع مضطربا للغاية. نوبات الخلل الوظيفي الوسيط لا تحدث بشكل متكرر أكثر مما يحدث في معظم الناس.

التفكير: المبحوثة تتميز بأسلوب الانطوائي. تفضل عمومًا إبقاء العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات و/ أو اتخاذ القرار، وتتجنب الانخراط في استكشافات التجربة والخطأ قدر

الإمكان. نستنتج أن المبحوثة تستخدم بشكل عام أسلوبًا فكريًا، ولكن في مناسبات معينة تساهم الانفعالات بشكل كبير في قراراتها من ناحية أخرى.

الفصل الخامس

تحليل ومناقشة نتائج البحث

تمهيد

تقدم الباحثة في هذا الفصل مناقشة وتحليل النتائج المتوصل إليها على ضوء الفرضيات.

1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى

- للتذكير بالفرضية الأولى: يتميز الراشد المصاب بإضطراب الاكتئاب بالتعلق غير الآمن ويظهر هذا من خلال مؤشرات DEPI=5 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتطبيق مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ في النظام المندمج على حالات الاكتئاب المدروسة، حيث توصلت إلى تحديد نوع التعلق (الآمن/ غير الآمن –متناقض، متجنب، منفصل)، الذي تنتمي إليه هذه المجموعة وهذا من خلال جدول يوضح نتائج المقياس والاختبار معا.

جدول رقم (59): *نمط التعلق السائد ومؤشر الاكتئاب عند حالات المجموعة الأولى* ***(D)***

النتائج	مقياس أنماط التعلق				اختبار الرورشاخ
	التعلق الآمن	التعلق غير الآمن			
الحالات	الآمن	التجنبي	المتناقض	المنفصل	المؤشرات
أميرة (D1)	**55**	**57**	**59**	**56**	DEPI=5* CDI=4*
ماريا (D2)	**58**	**59**	**80**	**55**	DEPI=6* CDI=4*
طه (D3)	**46**	**54**	**51**	**56**	DEPI=5*
سميرة (D4)	**56**	**46**	**60**	**47**	DEPI=5* S-CON=8
نعيمة (D5)	**39**	**71**	**70**	**64**	DEPI=6* S-CON=8 HVI*

اللون الأحمر = الدرجة المرتفعة والمتحصل عليها في مقياس التعلق.

من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق تبين أن التعلق السائد عند كل حالات المجموعة الأولى (المكتئبين) في هذا البحث، هو التعلق غير الآمن وعليه يمكننا الإستنتاج أن نمط التعلق السائد

والغالب لدى أفراد مجموعة البحث هو النمط **المتناقض** أو **المتجنب** أو **المنفصل** وهي أنماط غير آمنة للتعلق. كما يتبين أيضا من الجدول أنه كلما إرتفعت درجة التعلق غير الآمن في مقياس أنماط التعلق، كلما إرتفع مجموع المتغيرات الخاصة بمؤشر الاكتئاب **(الملحق رقم 8)**، حيث نجد أن المبحوثة ماريا سجلت 80 درجة في مقياس التعلق غير الآمن، وفي المقابل ستة متغيرات من مؤشر الاكتئاب DEPI=6. وكذلك بالنسبة للمبحوثة نعيمة التي تحصلت على 71 درجة من التعلق غير الآمن من النمط المتجنب، وفي المقابل ستة متغيرات من مؤشر الاكتئاب DEPI=6.

من خلال نتائج إختبار الرورشاخ في النظام المندمج تَأكد أن كل حالات المجموعة الأولى في هذا البحث تعاني من الاكتئاب وهذا من خلال وجود مؤشر الاكتئاب والذي تمثل في:

1- الاكتئاب مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية. (DEPI + CDI)

2- الاكتئاب بدون مؤشرات أخرى أي مستقل. (DEPI)

3- الاكتئاب مع مؤشر الكوكبة الانتحارية (DEPI+S-CON)

4- الاكتئاب مع مؤشر الكوكبة الانتحارية واليقظة المفرطة. (DEPI+S-CON+HVI)

حيث إرتبط كل نوع من هذه الأنواع بنمط خاص من التعلق غير الآمن، فالنوع الأول (الاكتئاب مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية) والثالث (الاكتئاب مع مؤشر الكوكبة الانتحارية) ارتبط بالتعلق غير الآمن المتناقض، والنوع الثاني (الاكتئاب مستقل بدون أي مؤشرات أخرى) إرتبط بالتعلق غير الآمن المنفصل، أما النوع الأخير (الاكتئاب مع مؤشرات الكوكبة الانتحارية واليقظة المفرطة) فقد إرتبط بالتعلق غير الآمن المتجنب، وهذا يمكن تفسيره بسبب دخول اليقظة المفرطة Hypervigilance (التي تدل على الرقابة والشعور بالاضطهاد) كمؤشر إضافي، وعليه فالتعلق غير الآمن المتجنب يرتبط بالاكتئاب في حالة وجود الرقابة المفرطة.

حيث يشير Exner (1995) إلى ثلاثة أنواع من الناس المعرضون للإكتئاب أو الإضطراب العاطفي وهم "أولئك الذين يعانون من عدم التوازن العاطفي، والمتشائمون فكريا، والفئة الثالثة الذين يشعرون بأنهم غير قادرين على التعامل مع المجتمع". (p.45).

هذا ما دفعه للقيام بسلسلة من الدراسات حول الاكتئاب واكتشف أن النوعين الأولين (العاطفي والمعرفي) يتشابهان، بينما النوع الثالث يختلف تماما عنهما وهذا ما دفعه لتعديل تشخيص الاكتئاب

في إختبار الرورشاخ (النظام المندمج)، حيث يتطلب لتشخيص هذه الفئة الثالثة إضافة مؤشر آخر وهو مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية.

وتمثل هذه الفئة الثالثة الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في العلاقات الشخصية، حيث تكون سيئة أو غير مرضية وصعوبة في التعامل مع المطالب الاجتماعية.

حيث يقول ايكسنر عن هذه الفئة بأن سوء تكيفهم أو معاناتهم في كثير من الأحيان يؤدي إلى الاكتئاب، على الرغم من أن أعراض الاكتئاب تكون ثانوية بالنسبة لصعوبة التكيف الاجتماعي، فهم ليس لديهم النضج الاجتماعي الذي يسمح لهم بالمواجهة والمراقبة والتحكم في ضغوط الحياة والتعامل معها، فهم يواجهون صعوبات كبيرة في العلاقات، وهذه الفئة تسمح بتحديد الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. (Exner, 2003).

فوجود مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية معا، يشير إلى وجود علاقات سطحية وغير مرضية، وهذا ما يوضح عندهم الاضطراب العاطفي ويعيشون نوبات اكتئابية، فسبب الاكتئاب مرتبط بصورة كبيرة بالعلاقات الشخصية، وحتى في العلاج لابد من التركيز على مشكلة عدم القدرة على التكيف الاجتماعي واعتبارها النقطة الأساسية في ظهور الاكتئاب وليس على هذا الأخير بحد ذاته. (Exner, 2003).

كل ما تقدم أوضحته المقابلة العيادية التي أظهرت إضطراب في العلاقة مع مقدم الرعاية عند المبحوثة أميرة، التي عاشت الإهمال والترك والانفصال عن الأم الحقيقية في مرحلة جد مبكرة، وفقدان الأم التي قامت بتربيتها وعجزت عن تقديم كل الاحتياجات الضرورية لها، والمبحوثة ماريا التي عانت من الانفصال وعلاقة سيئة قاسية مع الأم، وعلاقة مع الأب خالية من الحب والعواطف.

أما حالة طه فتميزت بالصراع الدائم مع أم سلطوية ومتحكمة، تفرق بينه وبين أخيه وأب خاضع سلبي لا يقوى على فعل أي شيء.

بينما حالة سميرة فتميزت بمعاناة مع أم سلبية وعنيفة، تنتقد كل شيء وأب ظالم بارد من العواطف. أما حالة نعيمة فكانت تشير أكثر إلى الإهمال بين الوالدين والطلاق والأم الباردة من العوطف والأكثر عتابا، والأب الأناني الذي لا يفكر إلا في نفسه فقط.

وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات أن هناك إرتباط بين عوامل النشأة والاكتئاب، حيث أشارت دراسة كوهن وآخرون Cohan et al (1992) إلى" أن الأفراد الذين مروا بخبرات طفولة تعيسة يشعرون بعدم الأمن وعدم الثقة، كنتيجة مباشرة لفقدان الحب وأن الآثار السلبية لهذه الخبرة تزداد بتقدم العمر" .(p.417)

ومن هنا يمكننا أن نستنتج أن التعلق غير الآمن كان عاملا رئيسيا في ظهور الاكتئاب، ويؤثر على شدة هذا الأخير. ولهذا يؤكد بولبيBowlby (1969) على" أن وجود علاقات لا تبعث على الثقة والآمان في مقدمة الرعاية الأساسية تشوش عملية تطور الشخصية، مما يؤدي إلى إضطرابات عاطفية تتراوح ما بين القلق والكآبة وحتى إضطرابات شخصية أصعب بكثير". (p.35).

وقد أشار بولبي إلى وجود ثلاثة أنواع من الظروف التي تعتبر الأكثر خطرا في الظهور اللاحق للاكتئاب تتمثل في موت أحد الوالدين أثناء مرحلة الطفولة، عدم قدرة الطفل على تطوير علاقة آمنة مع صور التعلق وبالتالي عدم القدرة على تكوين نموذج ايجابي للذات، مما يؤدي إلى اضطرابات مختلفة منها الاكتئاب.

- وعليه إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها في المقابلة ومقياس أنماط التعلق وإختبار الرورشاخ في النظام المندمج، وإستنادا على الدراسات السابقة لتدعيمها، حيث اتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراسة Mikulincer et Shaver التي توصلت إلى أن التعلق غير الآمن المتجنب ارتبط بالحالات الحدية وله علاقة بالنقد والعقاب وأن التعلق المنفصل مرتبط بالاحساس بعدم القيمة، تأنيب الضمير، تقدير متدني للذات، وأن التعلق المتناقض ارتبط بالاكتئاب الاتكالي. ودراسة موراس أندريا Muras Andrea التي توصلت إلى أن الأشخاص ذوي التعلق غير الآمن المتناقض مرتفعي الاكتئاب والقلق مقارنة بذوي التعلق الآمن ودراسة لستون وايمي Leston et Amy (1999) التي خلصت بوجود علاقة موجبة ما بين التعلق غير الآمن التجنبي والاكتئاب وأن تاريخ التعلق غير الآمن له علاقة بالاكتئاب في أواخر العمر، وعليه يمكننا القول بأن الفرضية الأولى للبحث القائلة بأن المصاب بإضطراب الاكتئاب يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد وظهر هذا من خلال مؤشرات DEPI=5 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج قد تحققت.

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية

- للتذكير بالفرضية الثانية: يتميز الراشد المصاب بإضطراب الوسواس القهري بالتعلق غير الآمن ويظهر هذا من خلال مؤشرات OBS في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتطبيق مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ في النظام المندمج على حالات الوسواس القهري المدروسة، حيث توصلت إلى تحديد نوع التعلق (الآمن/ غير الآمن – متناقض، متجنب، منفصل)، الذي تنتمي إليه هذه المجموعة وهذا من خلال جدول يوضح نتائج المقياس والاختبار معا.

جدول رقم (60): *نمط التعلق السائد ومؤشر الوسواس القهري عند حالات المجموعة* الثانية ***(O)***

النتائج	مقياس أنماط التعلق				إختبار الرورشاخ
	التعلق الآمن	التعلق غير الآمن			
الحالات	الآمن	التجنبي	المتناقض	المنفصل	المؤشرات
فهيمة (O1)	**51**	**60**	**59**	**62**	OBS* DEPI=6*
أسيا (O2)	**52**	**47**	**54**	**46**	OBS* HVI* DEPI=5*
أحلام (O3)	**52**	**74**	**76**	**74**	OBS*
سليمة (O4)	**54**	**64**	**83**	**68**	OBS* S-CON=8
فضيلة (O5)	**45**	**66**	**67**	**58**	OBS* CDI=4*

اللون الأحمر= الدرجة المرتفعة والمتحصل عليها في مقياس التعلق.

من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق تبين أن التعلق السائد عند كل حالات المجموعة الثانية (OBS) في هذا البحث، هو التعلق غير الآمن وعليه يمكننا الاستنتاج بأن نمط التعلق السائد والغالب لدى أفراد مجموعة البحث هو **النمط المتناقض** أو **المنفصل** وهي أنماط غير آمنة للتعلق.

كما يتبين أيضا من الجدول أنه كلما إرتفعت درجة التعلق غير الآمن في مقياس أنماط التعلق، كلما إرتفع مجموع المتغيرات الخاصة بمؤشر الوسواس القهري **(الملحق رقم 8)**، حيث نجد أن المبحوثة سليمة سجلت 83 درجة في مقياس التعلق غير الآمن، وفي المقابل أربع متغيرات من مؤشر الوسواس القهريOBS . وكذلك بالنسبة للمبحوثة أحلام التي تحصلت على 76 درجة من التعلق غير الآمن من النمط المتناقض، وفي المقابل أربع متغيرات من مؤشر الوسواس القهريOBS .

ومن خلال نتائج اختبار الرورشاخ في النظام المندمج، تَأكد أن كل حالات المجموعة الثانية في هذا البحث تعاني من الوسواس القهري وهذا من خلال وجود مؤشر الوسواس القهري، حيث تمثل في:

1- الوسواس القهري مع مؤشر الاكتئاب (OBS+DEPI)
2- الوسواس القهري مع مؤشر الاكتئاب واليقظة المفرطة (OBS+DEPI+HVI)
3- الوسواس القهري بدون مؤشرات أخرى أي مستقل(OBS)
4- الوسواس القهري مع مؤشر الكوكبة الانتحارية (OBS+S-CON)
5- الوسواس القهري مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (OBS+CDI)

حيث ارتبطت أربعة أنواع من الوسواس القهري بنمط التعلق غير الآمن المتناقض، ماعدا نوع واحد وهو الوسواس القهري مع الاكتئاب الذي ارتبط بنمط التعلق غير الآمن المنفصل. والذي يمكن تفسيره بالاكتئاب أكثر من الوسواس القهري المتمثل في مؤشر OBS الذي يشير إلى صفة الدقة والكمال والملاحظ أن درجة الاكتئاب عند هذه الحالة (فهيمة) تمثلت في **ستة درجات** وهي مرتفعة وعليه فنمط التعلق غير الآمن المنفصل ارتبط بالاكتئاب وليس بالوسواس القهري، الذي اعتبر هنا كصفة أو ميزة في الشخصية عند هذه الحالة التي تبحث عن الكمال والدقة مع المعاناة من الاكتئاب.

وما يبرهن على هذا هو عند مقارنة حالة فهيمة من المجموعة الثانية بحالة (طه) في المجموعة الأولى من الاكتئاب، الذي تميز بمؤشر الاكتئاب مستقل عن المؤشرات الأخرى، نجد أن نمط تعقله هو المنفصل.

أما في حالة (أسيا) فرغم وجود الوسواس القهري ومؤشر الاكتئاب، إلا أن نمط التعلق لديها هو المتناقض، ويعود هذا لأن مؤشر اليقظة المفرطة هو مرتبط في الحقيقة بالوسواس القهري، حيث

أن اليقظة المفرطة إذا كانت مرتفعة جدا قد تمثل مظهرا من مظاهر جنون العظمة والاضطهاد، ولهذا ففي هذه الحالة الوسواس القهري هو المستحوذ وليس الاكتئاب، ومنه يمكن القول إن وجود اليقظة المفرطة يمكنها أن تدعم استحواذ الوسواس القهري، بكون الرقابة تصبح العنصر المهم على باقي المؤشرات الأخرى.

حيث تقول ميلاني كلاين Klien " أن العصاب الوسواسي تكمن جذروه في القلق الذهاني للوضع شبه الفصامي البارانوريدي". (1932, p.149).

كما يظهر أن نمط التعلق غير الآمن المتناقض عند حالة (أحلام) التي يعتبر الوسواس القهري لديها مستقل عن باقي المؤشرات الأخرى، وهذا يؤكد أن النمط الأصلي في الوسواس هو المتناقض.

يمكن القول بأن وجود الوسواس القهري مع مؤشرات الانتحار لا يؤثر على نمط التعلق، بدليل أن حالة (سليمة) رغم وجود مؤشرين (الوسواس والانتحار)، إلا أن التعلق لديها هو المتناقض والذي لديه علاقة مباشرة بالوسواس القهري.

كما يمكن القول بوجود الوسواس القهري مع مؤشرات عدم الكفاءة الاجتماعية عند الحالة (فضيلة)، لا يؤثر هو الآخر على نمط التعلق الأصلي الخاص بالوسواس القهري.

للإشارة أن نمط التعلق غير الآمن المتجنب في هذه المجموعة وفي هذا البحث لم يظهر، وأن النمط السائد أكثر هو المتناقض.

وبناء على كل ما تقدم فإن نمط التعلق لدى حالات الوسواس القهري من مجموعة هذا البحث هو نمط تعلق غير آمن متناقض، يمكن أن نلحظه أيضا من خلال المقابلة العيادية التي أظهرت اضطراب في العلاقة مع مقدم الرعاية عند حالة كل من أسيا، التي تعاني من صراعات متكررة مع الأم واهانات وتحكم، وفي نفس الوقت تحبها وتحترمها، وأحلام التي عانت كثيرا مع أم مريضة عقليا والتي ترفضها، وفي نفس الوقت تشفق عليها وأب لا يعرف إلا الضرب والشتم وفي نفس الوقت يستحق الاحترام والتقدير، وسليمة التي عانت القسوة من طرف الأب وفي نفس الوقت تفتخر به والصراع الدائم مع الأم، وفضيلة التي عاشت مع أم سطحية باردة وفي نفس الوقت تلتمس لها الأعذار وأب متجبر لأقصى حد، والملاحظ أن هذه الحالات يجتمع فيهم الضدين من المشاعر والرغبة اتجاه الوالدين.

وبالرجوع إلى خاصية النمط غير الآمن المتناقض الذي يجمع بين رغبتين متناقضتين، وهي الشعور بأن الآخر يرفض الاقتراب وهذا ما يدفع إلى الإحساس بالقلق، وفي نفس الوقت الرغبة في القرب من الآخر، فهنا الشعور سلبي اتجاه الآخر إلا أن الرغبة إيجابية وهي حب الاقتراب، عكس ماهو معروف عند النمط المتجنب والمنفصل، الذي لا يرتاح إلى القرب ويفضل الابتعاد والاستقلالية.

ولهذا يذهب Guidano et Liotti (1983) إلى أن التعلق المزدوج يمكن أن يؤدي إلى تطوير اضطراب الوسواس القهري، حيث ينتج هذا النمط من التعلق عن صورة التعلق التي يكون لسلوكها تفسيران متعاكسان في وقت واحد، هذا السلوك الذي يمكن تفسيره على أنه اظهار الحب والرعاية وفي نفس الوقت الانفصال والعداء، وهذا نجده عندما تكون الشخصيات المتعلق بها في الغالب تتميز بفرض القواعد، وتفتقر للراحة الجسدية والمرح حيث تبدو صور التعلق صارمة ومنظمة وغير مرنة بشأن القواعد.

وعليه انطلاقا من النتائج المتحصل عليها في مقياس أنماط التعلق واستنادا على الدراسات السابقة لتدعيمها، يمكننا القول بأن الفرضية الثانية للبحث القائلة بأن المصاب بإضطراب الوسواس القهري يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد وظهر هذا من خلال مؤشرات OBS في اختبار الرورشاخ النظام المندمج قد تحققت.

3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

- للتذكير بالفرضية الثالثة: يتميز الراشد المحاول للانتحار بالتعلق غير الآمن ويظهر هذا من خلال مؤشرات S-CON=8 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتطبيق مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ في النظام المندمج على حالات محاولة الانتحار المدروسة، حيث توصلت الباحثة إلى تحديد نوع التعلق (الآمن/ غير الآمن –متناقض، متجنب، منفصل)، الذي تنتمي إليه هذه المجموعة وهذا من خلال جدول يوضح نتائج المقياس والاختبار معا.

جدول رقم (61): *نمط التعلق السائد ومؤشر الكوكبة الانتحارية عند حالات المجموعة الثالثة* ***(S)***

النتائج	مقياس أنماط التعلق				اختبار الرورشاخ
	التعلق الآمن	التعلق غير الآمن			
الحالات	الآمن	التجنبي	المتناقض	المنفصل	المؤشرات
لينة (S1)	**50**	**72**	**69**	**70**	S-CON=8 DEPI=5* HVI*
سلمى (S2)	**36**	**78**	**71**	**85**	S-CON=8 DEPI=7* CDI=4* HVI* OBS*
كوثر (S3)	**67**	**61**	**76**	**61**	S-CON=8 DEPI=6* CDI=4* HVI*
فريدة (S4)	**62**	**70**	**76**	**65**	S-CON=9 DEPI=5* CDI=4* HVI*
وسيلة (S5)	**62**	**56**	**62**	**62**	S-CON=8 DEPI=6* CDI=5* HVI*

اللون الأحمر= الدرجة المرتفعة والمتحصل عليها في مقياس التعلق.

من خلال نتائج مقياس أنماط التعلق تبين أن التعلق السائد عند كل حالات المجموعة الثالثة (S-CON) في هذا البحث، هو التعلق غير الآمن وعليه يمكننا الاستنتاج بأن نمط التعلق السائد والغالب لدى أفراد مجموعة البحث هو **النمط المتناقض** أو **المتجنب** أو **المنفصل** أو **متناقض منفصل** وهي أنماط غير آمنة للتعلق.

ويتبين من الجدول كذلك أن الدرجات المتحصل عليها في مقياس التعلق مرتفعة جدا، مقارنة بالدرجات المتحصل عليها في المجموعتين الأولى والثانية (الاكتئاب، الوسواس القهري)، مما يدفعنا للقول أن محاولة الانتحار مرتبط بإرتفاع درجة التعلق غير الآمن **(الملحق رقم 8)**.

ومن خلال نتائج إختبار الرورشاخ في النظام المندمج، تأكد أن كل حالات المجموعة الثالثة في هذا البحث، لديها محاولة للمرور للفعل الانتحاري، وهذا من خلال وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية الذي تمثل في ثمانية متغيرات عند أربع حالات، وتسعة متغيرات عند حالة واحدة والتي تمثلت في:

1- الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب واليقظة المفرطة (S-CON+DEPI+HVI)

2- الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية، الوسواس القهري واليقظة المفرطة (S-CON+DEPI+CDI+OBS+HVI)

3- الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة (S-CON+DEPI+CDI +HVI)

حيث إرتبط النوع الأول بنمط التعلق غير الآمن المتجنب، وارتبط النوع الثاني بنمط التعلق غير الآمن المنفصل، وارتبط النوع الثالث بنمط التعلق غير الآمن المتناقض، ماعدا حالة (وسيلة) فقد ارتبطت الكوكبة الانتحارية لديها بنمطين من تعلق غير الآمن المتناقض والمنفصل.

لاحظت الباحثة أن وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية والاكتئاب واليقظة المفرطة مجتمعة في حالة واحدة، ترتبط بنمط التعلق غير الآمن المتجنب وهذا ما كان واضحا في حالة (نعيمة) من مجموعة الاكتئاب وحالة (لينة) من هذه المجموعة، ويمكن تفسير هذا أن الاكتئاب هو السبب الرئيسي وراء الانتحار، وبالتالي فإن هذا النمط الغير آمن من التعلق المتجنب هو مرتبط بالاكتئاب واليقظة المفرطة.

كما لاحظت الباحثة كذلك أن وجود مؤشرات الكوكبة الانتحارية والاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية والوسواس القهري واليقظة المفرطة مجتمعة في حالة واحدة، ترتبط بنمط التعلق غير

الآمن المنفصل، والذي يمكن تفسيره كذلك بالاكتئاب الذي كانت درجته مرتفعة جدا حيث بلغت **سبعة متغيرات** عند حالة سلمى.

أما في حالة وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية والاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة مجتمعة في حالة واحدة ترتبط بنمط التعلق غير الآمن المتناقض، كما في حالة كوثر وفريدة ووسيلة. رغم أن الحالة الأخيرة وسيلة فإختلف الأمر نوعا ما عندها بظهور نمط آخر وهو المنفصل ويرجع السبب في ذلك إلى **متغيرات الاكتئاب ستة** وعدم الكفاءة الاجتماعية **التي كانت مرتفعة** عندها خمسة مقارنة بالحالات الأخرى.

وبناء على ذلك فإن نمط التعلق لدى الحالات التي حاولت الانتحار من مجموعة هذا البحث هو نمط تعلق غير آمن، يمكن أن نلحظه أيضا من خلال المقابلة العيادية التي أظهرت اضطراب في العلاقة مع مقدم الرعاية عند حالات كل من لينة التي عانت من أم منتقدة غير مهتمة وأب متسلط وقاسي، وحالة سلمى التي عاشت انفصال عن الأم منذ الطفولة الأولى وأب كان خاليا من الحب، وحالة كوثر التي عانت الكثير مع الأم والأب، وحالة وسيلة التي عاشت مع أم سلطوية عنيفة وأب سلبي لا يعبر عن العاطفة ويفضل الذكور على الاناث.

وهذا ما توصلت إليه دراسة بيوني وأتجر1999 أن الحرمان العاطفي من مواضيع الحب الأولى (الأم والأب) يؤدي إلى مستوى عال من الاكتئاب، مما يزيد من احتمالية المرور إلى الفعل الانتحاري. كما يؤكدعليه yen بقوله " أن نمط التعلق غير الآمن الذي يتشكل من خبرات الطفولة مع صور التعلق عامل مساهم في الاضطرابات الشخصية، لا سيما ما تعلق منها بإضطرابات الشخصية الحدية ومحاولات الانتحار" .(Yen, 2005, p.99).

هذا ما يدفعنا للقول بأن هذا النمط من التعلق غير الآمن، كان عاملا رئيسيا في المرور إلى الفعل الانتحاري. وهذا ما توصلت إليه دراسة مزيان حورية 2017 بأن أنماط التعلق السائدة لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة الانتحار، هو نمط غير آمن من النوع المتجنب والقلق والمتناقض.

وعليه انطلاقا من النتائج المتحصل عليها في مقياس أنماط التعلق واستنادا على الدراسات السابقة لتدعيمها، يمكننا القول بأن الفرضية الثالثة للبحث القائلة بأن المحاول للانتحار يتميز بالتعلق غير الآمن عند الراشد وظهر هذا من خلال مؤشرات S-CON=8 أو أكثر في اختبار الرورشاخ النظام المندمج قد تحققت.

ومن خلال مناقشة وتحليل كل مجموعة البحث (الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار) تبين أنها ارتبطت جميعا بتعلق غير آمن من النمط (المتناقض، المنفصل، المتجنب). وكتذكير فإن مجموعة الوسواس القهري لم ترتبط في هذا البحث بالتعلق المتجنب.

4-مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

للتذكير بالفرضية الرابعة القائلة أن: النماذج العاملة الداخلية عند الراشد تختلف في كل إضطراب ويظهر هذا من خلال مقياس أنماط التعلق.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتطبيق مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ على كل الحالات المدروسة، حيث توصلت إلى تحديد النماذج العاملة الداخلية غير الآمنة وذلك من خلال أنماط التعلق. حيث أن التعلق غير الآمن المتناقض يتميز بالنظرة السلبية للذات والنظرة الإيجابية للآخرين، أما التعلق غير الآمن المتجنب والمنفصل فيتميز بالنظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين.

فقد توصلت الباحثة إلى أن النماذج العاملة الداخلية عند مجموعة البحث هي من النوع السلبي غير الآمن والذي يكون عادة السبب وراء الاضطرابات وهذا ما تؤكده الدرسات التي أجريت في هذا الصدد ونذكر منها دراسة Duggoll et al التي تؤكد على أن الاكتئاب أقوى لدى الأفراد الذين يعانون من النماذج العاملة الداخلية غير الآمنة.

وللاشارة أن النماذج العاملة الداخلية تتكون من بعدين، بعد الذات وبعد الآخرين ولكل بعد اتجاهين اتجاه إيجابي واتجاه سلبي، حيث يذهب بولبي Bowlby (1988) للقول بوجود جانبين لهذه النماذج "جانب يتعلق بالذات ويتضمن تقديرا لمدى جدارة الذات وآخر يتعلق بالآخرين ويتضمن تقديرا لمدى استجابتهم والثقة بهم كشركاء اجتماعيين". (p .180).

قبل التطرق إلى تحديد هذه النماذج في جميع الحالات (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار)، يجب الإشارة إلى أن النماذج العاملة الداخلية تختلف في الاضطراب الواحد أي نجد عدة نماذج مختلفة وهذا حسب ما توصلت إليه الباحثة من خلال مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ الذي سمح بتحديد المؤشرات الخاصة بكل اضطراب.

وللوصول إلى الإجابة الموضوعية لفرضية هذا البحث لا بد أن نتبع الخطوات التالية:

- ✓ تحديد النماذج العاملة الداخلية لكل من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار.
- ✓ تحديد المؤشرات المتشابهة في كل مجموعة، أي بمعنى إذا أخذنا الاكتئاب يجب أن تكون نفس الخصائص والمؤشرات التي تُمَيزُهُ هي نفسها التي يَتَمَيزُ بها الوسواس القهري ومحاولة الانتحار.

4-1-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات الاكتئاب

جدول رقم (62): *النماذج العاملة الداخلية السلبية لحالات الاكتئاب* ***(D)***

حالات الاكتئاب	المؤشرات	النماذج العاملة الداخلية
المبحوثة الأولى أميرة	(DEPI+CDI)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الثانية ماريا	(DEPI+CDI)	الذات – والآخرين +
المبحوث الثالث طه	(DEPI)	الذات + الآخرين –
المبحوثة الرابعة سميرة	(DEPI+S-CON)	الذات – الآخرين +
المبحوثة الخامسة نعيمة	(DEPI+S-CON+HVI)	الذات + الآخرين –

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (62) يتبين أن هذه المجموعة تتضمن نموذجين والذي يتم تحديدهم فيما يلي:

- ❖ في حالة وجود مؤشر الاكتئاب مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية أو وجود مؤشر الاكتئاب مع الانتحار تكون النظرة السلبية للذات والايجابية للآخرين.
- ❖ أما في حالة وجود مؤشر الاكتئاب مستقل أو وجود مؤشر الاكتئاب مع الكوكبة الانتحارية مع اليقظة المفرطة تكون النظرة الإيجابية للذات والسلبية للآخرين.

4-2-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات الوسواس القهري

جدول رقم (63): *النماذج العاملة الداخلية السلبية لحالات الوسواس القهري(O)*

حالات الوسواس القهري	المؤشرات	النماذج العاملة الداخلية
المبحوثة الأولى فهيمة	(OBS+DEPI)	الذات + الآخرين –
المبحوثة الثانية أسيا	(OBS+DEPI+HVI)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الثالثة أحلام	(OBS)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الرابعة سليمة	(OBS+S-CON)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الخامسة فضيلة	(OBS+CDI)	الذات – والآخرين +

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (63) يتبين عند هذه المجموعة نموذجين والذي يتم تحديدهم فيما يلي:

- ❖ في حالة وجود مؤشر الوسواس القهري مع مؤشر الاكتئاب تكون **النظرة الايجابية للذات والسلبية للآخرين.**
- ❖ أما في حالة وجود مؤشر الوسواس القهري ومؤشر الاكتئاب مع اليقظة المفرطة أو وجود الوسواس القهري مستقل أو وجود الوسواس القهري مع مؤشر الكوكبة الانتحارية أو وجود الوسواس القهري مع عدم الكفاءة الاجتماعية تكون النظرة السلبية للذات والايجابية للآخرين.

4-3-النماذج العاملة الداخلية السلبية عند حالات محاولة الانتحار

جدول رقم (64): *النماذج العاملة الداخلية السلبية لحالات الكوكبة الانتحارية* ***(S)***

حالات محاولة الانتحار	المؤشرات	النماذج العاملة الداخلية
المبحوثة الأولى لينة	(S-CON+DEPI+HVI)	الذات + الآخرين –
المبحوثة الثانية سلمى	S-CON+DEPI+CDI+HVI+OBS)	الذات + الآخرين –
المبحوثة الثالثة كوثر	(S-CON+DEPI+CDI+HVI)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الرابعة فريدة	(S-CON+DEPI+CDI+HVI)	الذات – والآخرين +
المبحوثة الخامسة وسيلة	(S-CON+DEPI+CDI**(5)**+HVI)	الذات – والآخرين + الذات + والآخرين –

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (64) يتبين أن هذه المجموعة تتضمن نموذجين والذي يتم تحديدهم فيما يلي:

- ❖ في حالة وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب واليقظة المفرطة أو في حالة وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية ومؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة والوسواس القهري يكون بعد الذات إيجابي وبعد الآخرين سلبي.
- ❖ أما في حالة وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة يكون بعد الذات سلبي وبعد الآخرين إيجابي.
- ❖ وفي حالة وجود مؤشر الكوكبة الانتحارية مع مؤشر الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية يساوي خمسة مع اليقظة المفرطة، فهنا يكون نموذجين بعد الذات إيجابي وبعد الآخرين سلبي وفي نفس الوقت بعد الذات سلبي وبعد الآخرين إيجابي عند الحالة الخامسة وسيلة لأنها تميزت بنمطين من التعلق غير الآمن المتناقض والمنفصل.

مما تقدم يتبين أن النماذج العاملة الداخلية هي من النوع السلبي (المقصود به أن أحد الاتجاهين سالب والآخر إيجابي) وتختلف داخل كل اضطراب في مجموعة البحث وهذا الاختلاف يعود إلى المؤشرات التي يتضمنها وكذلك إلى الدرجة التي يتميز بها المؤشر.

عند القيام بمقارنة النماذج العاملة الداخلية السلبية في كل من حالات الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار تبين أن هذه النماذج تكون مختلفة في حالة واحدة، إذا كان المؤشر مستقل بمعنى وجود DEPI وOBS بدون مؤشرات أخرى، كما هو في حالة المبحوث طه(D3) والمبحوثة أحلام(O3)، وأنه في حالة وجود هذين المؤشرين مع مؤشر إضافي يجعل من النماذج العاملة الداخلية متشابهة والذي يظهر عند المبحوثتين سميرة(D4) وسليمة(O4) DEPI-S-CON،OBS-S-CON .

أما بالنسبة للمجموعة الخاصة بمحاولة الانتحار فيصعب مقارنتها باضطراب الاكتئاب والوسواس القهري وهذا يرجع إلى أن الانتحار لا يعد اضطرابا بل هو نتيجة للإضطراب سواء للإكتئاب أو للوسواس القهري. وعليه فالفرضية تحققت عند حالتين فقط ولم تتحقق عند باقي الحالات. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (65): النماذج العاملة الداخلية السلبية بين حالات الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار

الاكتئاب	المؤشرات / النماذج	الوسواس	المؤشرات/ النماذج	محاولة الانتحار	المؤشرات/ النماذج
D1	(DEPI+CDI)	**O1**	(OBS+DEPI)	**S1**	(S-CON+DEPI+HVI)
	الذات – والأخرين+		**الذات+ الآخرين –**		**الذات+ الآخرين –**
D2	(DEPI+CDI)	**O2**	(OBS+DEPI+HVI)	**S2**	(S- CON+DEPI+CDI+HVI+OBS)
	الذات – والأخرين+		**الذات – والآخرين +**		**الذات+ الآخرين –**
D3	(DEPI)	**O3**	(OBS)	**S3**	(S-CON+DEPI+CDI+HVI)
	الذات+ الآخرين –		الذات – والآخرين +		**الذات – والآخرين +**
D4	(DEPI+S-CON)	**O4**	(OBS+S-CON)	**S4**	(S-CON+DEPI+CDI+HVI)
	الذات – والآخرين +		الذات – والآخرين +		**الذات – والآخرين +**
D5	(DEPI+S-CON+HVI)	**O5**	(OBS+CDI)	**S5**	(S- CON+DEPI+CDI **(5)**+ HVI
	الذات+ الآخرين –		**الذات – والآخرين +**		**الذات – والآخرين +** **الذات + والآخرين –**

اللون الأحمر= هما الحالتان اللتان تحققت فرضية البحث فيهما.

5-مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

للتذكير بالفرضية الخامسة القائلة أن: أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد تختلف في كل إضطراب ويظهر هذا من خلال مقياس أنماط التعلق.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بتطبيق مقياس أنماط التعلق واختبار الرورشاخ على كل الحالات المدروسة حيث توصلت إلى تحديد الأنماط غير الآمنة لكل الحالات. وتوضحها الباحثة في الجدول التالي:

جدول رقم(66): *نتائج مقياس أنماط التعلق لكل الحالات (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار.*

الاضطراب	الحالات	أنماط التعلق		
		التعلق المتناقض	التعلق التجنبي	التعلق المنفصل
الاكتئاب	أميرة	**59**	57	56
	ماريا	**80**	59	55
	طه	51	54	**56**
	سميرة	**60**	46	47
	نعيمة	70	**71**	64
الوسواس القهري	فهيمة	59	60	**62**
	أحلام	**76**	74	74
	أسيا	**54**	47	46
	سليمة	**83**	64	68
	فضيلة	**67**	66	58
محاولة الانتحار	لينة	69	**72**	70
	سلمى	71	78	**85**
	كوثر	**76**	61	61
	فريدة	**76**	70	65
	وسيلة	**62**	56	**62**

اللون الأحمر= الدرجة المرتفعة والمتحصل عليها في مقياس التعلق.

اللون الأخضر= هما الحالتان اللتان تحققت فرضية البحث فيهما.

نفس القاعدة التي طبقت على النماذج العاملة الداخلية تطبق على نمط التعلق أي للحكم بإختلاف النمط بين الحالات (الاكتئاب، الوسواس القهري، محاولة الانتحار)، لا بد من الأخذ بعين الاعتبار المؤشرات وللتوضيح أكثر في حالة مقارنة بين الاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية، لابد أن تكون نفس المؤشرات في الوسواس القهري ونفسها في محاولة الانتحار. ومنه إذا قارنا بين طه الذي يتنبى نمط تعلق غير آمن منفصل وهو ينتمي إلى حالات الاكتئاب وبين أحلام التي تتبنى نمط تعلق غير آمن متناقض وهي من ضمن مجموعة الوسواس القهري.

وعليه فالفرضية القائلة بأن أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد تختلف في كل إضطراب ويظهر هذا من خلال مقياس أنماط التعلق قد تحققت عند حالة طه وأحلام.

بعد عرض ومناقشة كل الفرضيات يمكن تحديد مجمل المؤشرات الخاصة بالتعلق التي تم استنباطها من مجموع متغيرات إدراك الذات ومجموع متغيرات إدراك العلاقات، لكون هذين العنصرين يكشفان عن أنماط التعلق والنماذج العاملة الداخلية، خاصة صورة الذات والآخرين التي تظهر من عنصر إدراك الذات من حيث أنه إيجابي أو سلبي، كما تم استخراج مؤشرات الصحة العقلية اعتمادا على التعاريف الخاصة بالصحة العقلية والمعتمدة من المنظمة العالمية للصحة والتي تم التطرق إليه سابقا وهذا من خلال مؤشرات قدرات التحكم وتحمل الضغط والانفعالات والقدرة على تحقيق الأهداف والتفكير عند مجموعة هذه الدراسة.

حيث توصـــلت الباحثة إلى تحديد عدة خصـــائص ومميزات تشـــترك فيها كل مجموعة هذا البحث من:

من حيث إدراك العلاقات نجد

- الجانب العلائقي أقل نضجا.
- المهارات العلائقية محدودة.
- صعوبات متكررة في التفاعل الاجتماعي لاسيما في مجال العلاقات الشخصية.
- السطحية وعدم القدرة على المحافظة على العلاقات والانعزال الاجتماعي.
- حساسية أقل لإحتياجات ومصالح الآخرين.
- الفوضى والعلاقات غير المُرضية.

- الســـعي إلى علاقات وثيقة دائمة والرفض من طرف الآخرين بســـبب عدم التكيف والذي نجده في التعلق غير الآمن المتناقض.
- عدم الرضى عن الحياة والشعور بالارتباك والعجز في العلاقات.
- الفشل في العلاقات عادة تكون وراء نوبات الاكتئاب خاصة عند الحالات التي تحتوي على مؤشر الاكتئاب مع عدم الكفاءة الاجتماعية.
- علاقات شخصية سلبية.
- تجنب مســـؤولية اتخاذ القرار وعدم الرغبة في البحث عن حلول جديدة للمشـــاكل أو تبني أنماط سلوك جديدة.
- الحاجة إلى التقارب وبأكثر حذر خاصة التي تنطوي على التبادل اللمسي.
- الاهتمام بالمساحة الشخصية مع الحذر في انشاء روابط عاطفية وثيقة مع الآخرين.
- عدم توقع تفاعلات إيجابية بين الأشخاص.
- عدم الارتياح في المواقف الشخصية ما يدفع للانعزال.
- الإعتماد على الآخرين للحصول على الدعم والقيادة.
- سذاجة في توقعات علاقات (متسامحين، مستعدون للتصرف وفق الاحتياجات والمطالب المنتظرة).
- عدم المحافظة على علاقات وثيقة بشرط الشعور بالسيطرة على هذه التفاعلات.
- العدوان جزء طبيعي في العلاقات الشخصية والذي يعد أسلوبا دفاعيا يهدف إلى التعويض عن مشاعر عدم الأمان في المواقف الشخصية.

أما إدراك الذات فنجد

- التقليل من قيمة النفس عند مقارنتها بالآخرين.
- صراع شديد فيما يتعلق بالصورة الذاتية وتقدير الذات.
- نظرة أكثر تشاؤما عن النفس.
- الصورة الذاتية تتميز بسمات سلبية والادراك الذاتي يميل إلى أن يكون متشائما.
- اهتمام خاص بالجسم لدرجة القلق.
- مشاعر الضعف.

- اضطراب عاطفي وعلاقات سطحية وهشة وغير مُرضية.
- التقليل من قيمة الذات عند مقارنتها بالآخرين وهذا ما يكون دافعا للاكتئاب.
- اليقظة الشـــديدة وعدم الثقة في البيئة ما يجعل اســـتثمار طاقة كبيرة في الحفاظ على حالة من اليقظة. وخاصة عند الحالات التي تتضمن مؤشر اليقظة المفرطة.

أما على مسـتوى الصـحة العقلية فتوصـلت الباحثة إلى تحديد هذه الخصـائص المشـتركة في هذه المجموعة من خلال:

قدرات التحكم وتحمل الضغط

- تنظيم الشـــخصـــية غير ناضـــج وقابلية للتأثر بمشـــاكل إدارة متطلبات الحياة اليومية، وصعوبات في المجال العلائقي والتي عادة تساهم في مشاكل التحكم.
- إمكانية فقدان السيطرة وعدم التنظيم تحت الضغط.
- حالة مزمنة من الحمل الزائد والقدرة على التحكم في الاجهاد والادراة أقل كفاءة من المتوقع.

الانفعالات

- ضعف على المستوى العاطفي راجع إلى صعوبات التكيف الاجتماعي.
- الاعتماد على أسـلوب انطوائي والحفاظ على الانفعالات على مسـتوى هامشـي أكثر أثناء عمليات حل المشكلات واتخاذ القرار.
- تجنب المحفزات العاطفية وأسلوب متجنب غامض.
- تنظيم نفسي غير ناضج وصعوبات سلوكية عند مواجهة المواقف العاطفية المعقدة.
- الإعتماد على أسلوب الانكار لتشوية المعنى الحقيقي للمواقف العاطفية.
- تجارب متكررة من الاضطرابات العاطفية والسعي لتجنب المواجهة العاطفية بأي ثمن.
- إهتمام أقل بالتحكم في الانفعالات العاطفية والانزعاج النفســـي المتمثل في التوتر والقلق والخوف.
- قمع العواطف بشـكل متكرر والتهيج النفسـي والمظاهر العاطفية شـديدة ومتدهورة وتعكس تنظيما غير ناضج.
- إستخدام الفكر كأسلوب دفاعي في المواقف العاطفية.

- مشكلة مع السلطة وصعوبات سلوكية عند مواجهة مواقف عاطفية.

التفكير

- أســـلوب انطوائي وهيمنة أســـلوب التجنب والميل إلى التفكير في عدة خيارات قبل اتخاذ القرار.
- العواطف على مستوى هامشي أكثر أثناء حل المشكلات أو اتخاذ القرار.
- القيم الفكرية ثابتة ومن الصعب تعديلها.
- الأسلوب المعتمد هو الملجأ للأوهام للرد على المواقف غير السارة والتوجه المتشائم.
- اســـتخدام الخيال بشـــكل مفرط لإنكار الواقع، مما يؤدي إلى نتائج عكســـية للعديد من الاحتياجات.
- الانقطاع الفكري والتصورات والأحكام الخاطئة.
- القبول بالتشوهات المفاهيمية التي تفيد في انكار الأثر الحقيقي للوضع.
- آلية فكرية زائفة تخفي أو تسمح بالانكار.

الوساطة العرفية

- ضعف كبير في قدرات الوساطة والاستجابة بطريقة أقل تقليدية وأكثر فردية.
- خلل وظيفي يشـير إلى اضـطراب معمم والمكون الأسـاسـي الذي يسـمح بإختبار الواقع المناسب معطل.

علاج المعلومة

- معالجة المعلومة بطريقة حذرة واقتصادية.
- احتمالية عدم النجاح في تحقيق الأهداف والتعرض إلى الإخفاقات التي تؤدي إلى إحباطات متكررة.
- جودة معالجة المعلومات غير كافية للغاية وأنماط سلوكية أقل كفاءة.
- مشاكل في التكيف والتغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز.

استنتاج عام

بعد حصولنا على النتائج الخاصة بأفراد مجموعة البحث وبعد قيامنا بتحليلها تم التوصل إلى أن اضطراب الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار، كلها ترتبط بإضطراب العلاقة بالموضوع الذي يميزه التعلق غير الآمن، هذا ما أثبتته العديد من الدراسات من بينها دراسة بونين وسوندرس Bonnin و Sanders (2015) التي أكدت على أن ردة فعل الوالدين نحو المشاكل السلوكية لأطفالهم من خلال العقاب، الرفض السلبي، الاستقلال غير الآمن والتحكم المفرط، خصوصا من طرف الأم– باعتبارها أول شخص يبني علاقة مباشرة مع الطفل، والتي تنشأ تحت تأثير المخططات المبكرة غير المتكيفة للأم، تسبب احتمال تطوير الطفل للاضطرابات العقلية والنفسية. (Shahryari et al, 2014) وهو ما تبين في دراستنا من خلال المقابلة ومن خلال تحليل محتوى المقاييس المستعملة حيث بينت هذه الأخيرة أن معايشة الفقدان والانفصال والهجر والاهمال والمعاملة القاسية وانعدام الحب والتقدير وازداوجية الصور الوالدية، كلها عوامل عززت ظهور الاكتئاب والوسواس القهري وكانت دافعا لمحاولة الانتحار. كما تبين بوضوح أن ارتفاع درجة التعلق غير الآمن يؤدي إلى ارتفاع في المتغيرات الخاصة بمؤشر الاكتئاب والوسواس القهري ويرتبط بصورة كبيرة بمحاولة الانتحار.

وهذا ما يعزز فرضية البحث القائلة بأن نمط التعلق غير الآمن يؤدي إلى الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار.

كما أن النماذج العاملة الداخلية عند الراشد تختلف من اضطراب إلى آخر وأن هذا الاختلاف لا يمكن تحديده إلا إذا أُخذ الاضطراب بمؤشرات تعادل نفس المؤشرات الموجودة في اضطراب آخر.

وأن أنماط التعلق غير الآمنة عند الراشد تختلف من إضطراب إلى آخر وأن هذا الاختلاف يمكن تحديده في حالة إذا مااجتمعت نفس المؤشرات في كل اضطراب.

ولقد ارتبط التعلق غير الآمن عند الراشد في كل من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار بالنمط المتناقض والذي كان عند حالات الاكتئاب التي اقترنت بعدم الكفاءة الاجتماعية وكذا بمحاولة الانتحار، وحالات الوسواس القهري التي ارتبطت بالاكتئاب واليقظة المفرطة، والوسواس القهري مع محاولة الانتحار وعدم الكفاءة الاجتماعية إلى جانب وسواس قهري مستقل غير مرتبط بأي مؤشر وحالات محاولة الانتحار التي اقترنت بالاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة.

كما ارتبط التعلق غير الآمن عند الراشد في كل من الاكتئاب ومحاولة الانتحار بالنمط المتجنب والذي كان عند حالات الاكتئاب التي ارتبطت بمحاولة الانتحار واليقظة المفرطة، لكن هذا النمط انعدم وجوده عند حالات الوسواس القهري في هذا البحث.

إضافة إلى أن التعلق غير الآمن عند الراشد ارتبط في كل من الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار بالنمط المنفصل في حالات الاكتئاب بدون مؤشرات أخرى وحالات الوسواس القهري التي ارتبطت بالاكتئاب وحالات محاولة الانتحار التي ارتبطت بالاكتئاب وعدم الكفاءة الاجتماعية واليقظة المفرطة والوسواس القهري.

كما ساعدت المقابلة النصف الموجهة من الوصول إلى المعلومات التي تخدم هذا البحث عند كل الحالات المدروسة سواء من حيث الاضطراب (الاكتئاب أو الوسواس القهري أو محاولة الانتحار) أو من حيث طبيعة العلاقات بمختلف جوانبها.

واستطاع مقياس التعلق أن يحدد أنماط التعلق والنماذج العاملة الداخلية بشكل متوافق مع ماجاء في اختبار الرورشاخ نظام مندمج.

حيث تمكن اختبار الرورشاخ نظام مندمج من الكشف عن أنماط التعلق غير الآمن عند الراشد من خلال المؤشرات عند جميع حالات هذه الدراسة.

واستطاع الرورشاخ نظام مندمج أن يميز بين نوع ثالث من الاكتئاب وهو المرتبط بعدم الكفاءة الاجتماعية والذي ينتمي إلى النمط غير الآمن من التعلق المتناقض وله علاقة بالحالات الحدية.

في حالة وجود مؤشرات الاكتئاب ومؤشرات الوسواس القهري يسمح اختبار الرورشاخ نظام مندمج بالكشف عن الاضطراب الأكثر ارتفاعا.

يسمح اختبار الرورشاخ نظام مندمج من خلال مجموعات قدرات التحكم وتحمل الضغط والانفعالات والتفكير والوساطة المعرفية على الكشف عن مؤشرات للصحة العقلية.

كل أدوات البحث (المقابلة النصف موجهة، مقياس أنماط التعلق، اختبار الرورشاخ) كانت مدعمة ومتوافقة ومكملة فيما بينها في إعطاء النتائج.

خاتمة

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة والمقابلة التي أوضحت بقوة المعاش النفسي والعلائقي الذي تميز بالمعاناة، وبعد التأكد من أن كل مجموعة البحث تتميز بتعلق غير آمن من النوع المتناقض أوالمنفصل أوالمتجنب، يتميز بالنماذج العاملة الداخلية من النوع غير الآمن والسلبي أين تكون فيه الذات أو الآخرين سلبية، كما أن هذه المجموعة تعاني فعليا من اضطراب الاكتئاب والوسواس القهري ومحاولة الانتحار، وهذا ما تأكد من خلال إختبار الرورشاخ في النظام المندمج من خلال المؤشرات وبمختلف المتغيرات التي كانت تسجل ارتفاعا، كلما كان التعلق غير الآمن مرتفع. وبعد الحصول على مؤشرات التعلق والصحة العقلية، توصلت الباحثة في الأخير إلى أن التعلق غير الآمن له تأثير على الصحة العقلية ويظهر هذا جليا من خلال الخصائص المشتركة والمتكررة عند كل المبحوثين، التي أظهرت وجود عدم النضج في الجانب العلائقي والنفسي وعدم القدرة على تحقيق الأهداف والإخفاقات والإحباطات المتكررة وتجنب مسؤولية إتخاذ القرار وعدم الرغبة في البحث عن حلول جديدة، وإستخدام الخيال لإنكار الواقع والذي يؤدي إلى نتائج عكسية للعديد من الإحتياجات والصراع الشديد بين الصورة الذاتية وتقدير الذات والقلق على المستوى الجسدي، الذي بإمكانه أن يؤدي إلى أمرض جسدية، إضافة إلى هذا رفض التبادلات اللمسية في تأسيس العلاقات والتغاضي عن العناصر الحاسمة في مجال التحفيز وأن المكون الأساسي لإختبار الواقع معطل ويعتبر هذا الأخير عنصرا مهما للتوازن النفسي والعلائقي والجسمي والعاطفي عند الفرد.

توصيات واقتراحات

من خلال النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث والتي تعتبر غير كافية للتعميم ومحدودة نظرا لطبيعة ومحدودية مجموعة البحث، التي تعد عنصرا لها الأثر الكبير على النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة وعليه نقترح ما يلي:

– العمل على إقامة جلسات توعية بأهمية التعلق ودوره في الحياة اليومية، وتبصير الأفراد بمخاطر التعلق غير الآمن.

– العمل على إجراء دراسات أكثر توسعا للمرحلة العمرية المستهدفة بالدراسة الحالية، نظرا لقلة الدراسات التي تهتم بهذه الفئة خاصة وأن الراشد قد يكون أب أو أم فهو مؤسس أجيال، وقد تتوارث إشكالية التعلق غير الآمن عبر الأجيال وما يترتب عنه من مشاكل وأزمات واضطرابات مختلفة.

– العمل على إجراء بحوث ودراسات هدفها التوسع أكثر في دراسة طبيعة العلاقة بين التعلق غير الآمن والصحة العقلية.

– بناء برامج تدريبية لإعادة تقييم وتصحيح أنماط التعلق غير الآمنة بحيث تصبح أنماط التعلق لديهم متكيفة خاصة إذا اعتبرنا أن هناك علاقة بين التعلق غير الآمن والصحة العقلية.

المراجع

المراجع

القرآن الكريم.

المراجع باللغة العربية

أبو غزال، معاوية، وجرادات، عبد الكريم. (2009) أنماط تعلق الراشدين وعلاقتها بتقدير الذات والشعور بالوحدة. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 5*(1).

أبو غزال، معاوية، وفلوة، عايدة. (2014). أنماط التعلق وحل المشكلات الاجتماعية لدى الطلبة المراهقين وفقا لمتغيري النوع والفئة العمرية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 10*(3)، 351-368.

أحمد محمد عبد الله، مجدي. (1996). *علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب*. دار العرفة الجامعية.

أرون، بيك(1898). *العلاج المعرفي والممارسة الاكلينيكية*. (حسن عبد المعطي، ترجمة). مكتبة زهراء الشرق.

أريبتي، سيلفانو(1991). *الفصامي: كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء*. (احمد عاطف، ترجمة). عالم المعرفة.

بطرس، بطرس حافظ. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل*(ط.1). دار المسيرة.

بن أحمد قويدر، بن أحمد. (2011). *التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد*، (أطروحة دكتوراه، دراسة عيادية لثماني حالات بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بمستغانم).

بوحفص، عبد الكريم. (2016). *أسس ومناهج البحث في علم النفس*، ديوان المطبوعات الجزائرية.

ثاير، عاشور. (2017). *الاكتئاب أسبابه أعراضه أنواعه طرق علاجه*. دار الخليج.

الجبالي، حمزة. (2005). *جرائم الأطفال والمراهقين أسبابها ودوافعها وعلاجها* (ط.1). دار الصفاء.

جلال، سعد. (1985). *الصحة النفسية*. دار الفكر العربي.

الجمعية الامريكية للطب النفسي (2014). *التصنيف التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5* (أنور الحمادي، ترجمة). الدار العربية للعلوم ناشرون.

حاج قويدر، رفيقة. (2015). *الملمح النفسي الاجتماعي وعلاقته بأنماط التعلق عند المراهق المعتدي جنسيا*، (أطروحة دكتواره، دراسة عيادية مقارنة، قسم علم النفس، جامعة الجزائر2).

الحجار، محمد. (1989). *الطب السيكولوجي المعاصر*(ط.1). دار العلم للملايين.

حسن، ابراهيم احمد. (2009). *العنف من الطبيعة إلى الثقافة دراسة أفقية* (ط.1). النايا للدراسات والنشر والتوزيع.

حسن، صالح قاسم. (2008). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها*. دار دجلة، عمان

خنفر، محمود، وقنوعة، عبد اللطيف. (2021، سبتمبر). الانتحار، الدوافع والأسباب دراسة ميدانية بولاية تقرت. *مجلة التراث، 11*(04).

دليل الكتابة السريع بنظام APA الإصدار السابع، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي المجلة التربوية.

الرابطة الامريكية للطب النفسي. (2001). *الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخصية*. (أمينة السماك، وعادل مصطفى، ترجمة; ط.2). مكتبة المنار الإسلامية.

الرازي، بن أبي بكر محمد بن عبد القادر. (1995). *مختار الصحاح*. مكتبة لبنان.

الرازي، محمد بن أبي بكر بن عبد القادر. (1995). *مختار الصحاح*. مكتبة لبنان ناشرون.

الرشيدي، بشير، وآخرون. (2001). *سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية*(ط.1). الديوان الأميري، مكتبة الانماء الاجتماعي.

رضوان، شعبان جاب الله، وهريدي، عادل محمد. (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. *مجلة علم النفس للهيئة المصرية العامة للكتاب*،*15*(85).

الزيادات، حورية محمد. (2015). *تقوية مهارات الاتصال وتحسين مفهوم الذات لدى أطفال قرى sos*. مركز الكتاب الأكاديمي.

زيور، مصطفى. (ب.ت). *محاضرة في الاكتئاب النفسي*. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

سارفون، دنيال، وبارفين، لورونس. (2017). *علم النفس الشخصية* (جلال كايد ضمرة، ترجمة ; ط.1). دار الفكر العربي.

سالم، محمد شريف. (2003). *كتاب دراسة طبية نفسية علمية شرعية، الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء* (ط.5). دار العقيدة.

سامعي حدادي، دليلة. (2021). *محاضرة تقنيات الشخصية*. مقياس الاختبارات والمقاييس.

سحيري، زينب. (2013). دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الاغواط*،*5*(10)، 49-70.

سرحان، وليد. (2008). *سلوكيات الاكتئاب*. دار مجدلاوي

سعفان، محمد احمد ابراهيم. (2003). *اضطراب الوسواس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية – التشخيص – العلاج*. مكتبة زهراء الشرق.

سمعان، مكرم. (1964). *مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري*. دار المعارف.

سيجموند، فرويد. (1998). *الكف–العرض–القلق* (محمد عثمان نجاتي، ترجمة ; ط.4). ديوان المطبوعات الجامعية، دار الشروق.

سيلامي، نوربير. (2001). *المعجم الموسوعي في علم النفس* (وجيه اسعد، ترجمة). منشورات وزارة الثقافة.

الشربيني، لطفي. (2001). *الاكتئاب المرض والعلاج*، منشأة المعارف.

الشيبة النعيمي، احمد محمد. (2012). *اسمي طفل: تعرف على احتياجاتي، مشاعري، أساليب التعامل معي*. شركة الابداع الفكري الكويت.

ضمرة كايد، جلال. (2017). *علم النفس الشخصية* (ط.1). دار الفكر.

الضيضان، الحميدي محمد. (يناير، 2015). أساليب المواجهة وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، 34*(16)، 541-572.

عايدة محمد، فكري. (2008). *أنماط التعلق وعلاقتها بالاكتئاب النفسي لدى المراهقين*. (رسالة ماجيستير، دراسة سيكومترية اكلينيكية، كلية التربية، جامعة الزقازيق).

عباس العادلي، راهبة، وصبر ناصر، أشواق. (2016). العلاقة بين الإرادة والتفكير الانتحاري لدى ضحايا التنمر المدرسي من طلبة المرحلة المتوسطة. *مجلة كلية التربية الأساسية، 22*(93).

عبد الستار، ابراهيم. (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*. عالم المعرفة.

عبد اللطيف أبو اسعد، أحمد. (2011). *علم النفس الارشادي*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. غزة.

عبد المعطي قناوي، محمد. (2000). *علم النفس النمو*. القاهرة (مصر). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

عرفان زيتون، منذر. (2005). *الصحة والعنف*. الأردن: المجلس الوطني لشؤون الأسرة ومنظمة الصحة العالمية.

عزت باشا، شيماء، وابراهيم، هدى. (2016). *العلاقة بين الرجل والمرأة من منظور نفسي حديث*. مكتبة الأنجلو المصرية.

عسكر، عبد الله. (1988). *الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق*. مكتبة الأنجلو المصرية.

عطار، سعيدة. (2016). *الصحة النفسية بين التنظير وتطور المفهوم ودور المساندة الاجتماعية*.

العطميل، عبد الله حمد. (2001). معالم الانتحار في الفقه الاسلامي. *المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 15*(30)، 80.

علي محمد، محمد. (1976). *رواد علم الاجتماع، قراءة جديدة للذكر الاجتماعي العربي*. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

عودة، حسن. (2011). *الانتحار*. منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب. وزارة الثقافة. دمشق.

الغرير، احمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. دار الشروق للنشر والتوزيع.

غزال، أمال. (2011). الصدع النرجسي في المحاولة الانتحارية من خلال إختباري رورشاخ وTAT. *مجلة التنمية البشرية*، (3).

فاروق مصطفى، أسامة. (2011). *مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الأسباب-التشخيص-العلاج* (ط.1). دار الميسرة.

الفيومي، أحمد بن محمد بن علي المقرئ. (2001). *المصباح المنير*. مكتبة لبنان.

قاسم حسن، صالح. (2008). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها*، دار دجلة.

القاسمي، علي. (1996). *الوسواس والهواس النفسية*(ط.1). دار النبلاء.

قاصب، بوعلام. (2016). جرائم القتل في الوسط الأسري اضطرابات الشخصية وأنماط التعلق محاولة فهم وتجاوز مخاطر الإساءة الجسمية والنفسية. *جامعة الجزائر2، 8*(1)، 80-73.

قنيفة، نورة، وسعدي، روفية. (ديسمبر،2001). المحاولة الانتحارية في قراءة إحصائية. *جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 27*.

القيسي، براء. (2020). *اضطرابات الاطفال النفسية السلوكية وتحديات التشخيص*. العراق.

الكركي، نسرين محمود، والعضايلة، لبنى خالد. (2019). دوافع الانتحار من وجهة نظر طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية. *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي*.

كفافي، علاء الدين. (1997). *الارشاد والعلاج النفسي الأسري*. دار الفكر.

لوزاني، فاطمة الزهراء. (2020). *العلاقة بين أنماط التعلق والمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لأمهات الأطفال المصابين باضطراب المعارضة المصاحب بالاستفزاز (6 إلى 12 سنة)*. (أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة البليدة 2 الجزائر).

ليلى، كرم الدين. (29 يونيو، 2001). دور الأسرة في بناء شخصية الطفل وتنميته. بحوث مؤتمر *عين الشمس*.

مباركي، خديجة. (2018). *أنماط التعلق لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية –دراسة ميدانية–*. (أطروحة دكتوراه الطور الثالث تخصص علم النفس "صحة نفسية". جامعة عمار ثليجي، الاغواط).

مباركي، خديجة، وبوفتاح، محمد، وباهي، سلامي. (2017). بناء مقياس أنماط تعلق الراشدين. *الجزائر مجلة العلوم الاجتماعية، 4*،24–25.

مجدي، أحمد محمد عبد الله. (1996). *علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. دار* المعرفة الجامعية.

مجيد خليل حسين، *دليل مواصفات كتابة رسالة الماجستير وأطروحة الدكتوراه*، مملكة هولندا–جامعة لاهاي.

محمد عماد الدين، اسماعيل. (1986). الأطفال مرآة المجتمع. *مجلة عالم المعرفة*، (99).

محمد فريد، وجدي. (1971). *دائرة المعارف القرن العشرين*. دار المعرفة.

مدكور، إبراهيم. (1975). *معجم العلوم الاجتماعية*. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

مزيان، حورية. (2017). *أنماط التعلق وعلاقتها بالحرمان العاطفي لدى الراشدين الذين قاموا بمحاولة انتحار*، (أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة لونيسي على البليدة2).

مسغوني، ابراهيم، وضيف، حسين. (2021). ظاهرة الانتحار قراءة في نظريات وأسباب. *مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 6*(1).

معاوية، محمود أبو غزال. (2006). *نظريات التطور الانساني وتطبيقاتها التربوية*. دار المسيرة.

معجم *علم النفس والتربية*. (2003). مجمع *اللغة العربية*. مصر.

وازي، طاوس. (جوان،2012). ظاهرة الانتحار بين التفسير الاجتماعي والتشخيص النفسي. *دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية،5*(1).

الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية. (2014). جنيف: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.

اليحفوفي، نجوى. (2003). الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانية. *المجلة التربوية، 18*(69).

المراجع باللغة الأجنبية

Aaronson, G., Bender, A., Skodol, AE. & Gunderson, G. (2006). Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive Compulsive.

Ainsworth, M. (1978). *A psychological study of strange situation.* Hillsdale N.J, Lawrence Erlbaum Associates.

Ainsworth, M.D.S. (1967). Infancy in Uganda: Infant care and the Growth of love. *The Johns Hopkins Press.*

Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theorical review of the infant-mother relationship. *Child Development, 40,* 969-1025.

Ainsworth, M.D.S. et al. (1978*). Patterns of Attachment, a Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, Routledge.

Ainsworth, M.D.S., & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49-67.*Assessed in the Strange Situation and at Home*.Rotledge

Amy Liston, Ph.D. (1999): An empirical Investigation of The Relationship between Attachment History, Current Attachment Style, and Depression in Geriatric, Female Sample. *Dissertation Abstracts International, 60,* 63-72.

Atger, F., & Lamas, C. (2016). *Attachement et adolescence*. In Guédeney, N. ET Guédeney, A. (Ed*.). L'attachement : approche théorique, tome 1,* 139-167. Collection " les âges de la vie", (4e ed), Masson.

Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: individual and couple perspectives, *British journal of medical psychology, 70*.

Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991).Attachment Styles among young Adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Baumgarten, S. (2008). *L'enfant porte-symptôme : couple, parentalité, éducation, école*. L'harmattan.

Beck, A, T. (2005). the current state of cognitive therapy: A 40-year Retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62*(9).

Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états-limites* : *points de vue théorique, clinique et thérapeutique*. Payot.

Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, le symptôme (3 e* ed.).Dunod.

Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique* : *théorique et clinique*. Masson

Berk, L. E. (1999). *Infancy, children and adolescent.* (3e ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Berk, L. E. (1999). *Infancy, children and adolescents.* (3rd ed). Boston: Allyn and Bacon

Bosmans, G. (2010). Attachment and symptomes of psychopathology early maladaptive schemas as a cognitive link?. *Clinical psychology and psychopathology, 17,* 374-385.

Bosmans, G., Braet, C., & Vlierberghe, L.V. (2010). Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link? *Clinical psychology and psychopathology, 17,* 374-385.

Bowlby, J. (1951). Maternal car and mental health. *Geneva: World Health Organization.* Colombian University Press.

Bowlby, J. (1954). *Soins maternels et santé mentale*. Cahiers de l'O.M.S. Genève.

Bowlby, J. (1969). " Les effets sur le comportement d'une rupture des liens affectif ". *Hygiène mentale canada, 59,*1-13.

Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte : L'attachement.* (5e ed.). *Le Fil Rouge*.

Bowlby, J. (1979). *The Bowlby-Ainsworth attachment theory. Behavioral and Brain Sciences, 4*(2), 637-638.

Bowlby, J. (1980). *La perte, tristesse et dépression*. (3e ed.) . Le Fil Rouge.

Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte : la perte tristesse et dépression* (Didier, E, trans). PUF.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory.Routledge*

Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory. Developmental Psychology, 5*(28), 759-775.

Bruce, M. (2018). *Reactive Attachment Disorder in Maltreated young children in foster care. Attachment & Human Development, 2*(21), 152-169.

Burns, David D. (1992). *Feeling good: The new mood therapy*. Avon Books.

Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention (PP.161-182), University of Chicago Press.

Chabert, C. (2004). *Figures de la dépression*. Dunod.

Chabert, C. (2005). *Figures de la dépression.*Dunod.

Champagne, J.S. (2000). *Comparison entre deux groupes d'individus états-limites quant à la constellation dépressive du rorschach*. Université du Québec,TROIS-RIVIÈRES.

Champion, L. A., & Power, M.J. (1992). *Adult Psychological Problems an introduction*. The Falmer press.

Coan, J.A, al. (2006). Lending a Hand: Social Regulation of the Neural Response to threat. *Psychological Science, 17*(12), 1032-1039.

Coan, J.A. (2008).Toward a Neuroscience of Attachment. IN Cassidy, J., & Shaver, P.R. *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 241-265). Guilford Press.

Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. (1992). Mothers ' and Fathers ' Working models of childhood Attachment Relationships, Parenting Styles, and Child Behavior. *Development and Psychopathology, 4*(03), 417-431.
Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C.P., & Pearson, J. (1992). Mothers' and Fathers' working Models of childhood attachment relationships, parenting styles, and child behavior. *Development and Psychology, 4*(3), 417-431.

Cooper, G., & All. (2000). *the Circle of Security.* www.Circleofsecurity.org.

Cottraux, J. (1993). *Les thérapies comportementales et cognitives* (2e ed.). Masson.

Crittenden, Patricia.M. (1992). *Quality of Attachment in the Preschool Years.* Development and Psychopathology.

Damasio, A.R. (2003). *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions.* Odile Jacob.

Davison, Gerald C., & Neale, John M. (1974). *Abnormal psychology*: *An experimental clinical approach*. John Wiley & Sons.NY.

Delage, M. (2002). Aide de la résilience familiale dans les situations traumatiques.*Thérapie familiale, 3*(23) ,269.

Delage, M. (2008).*La résilience familiale*. Editions Odile Jacob.

Delage, M. (2013), *La Vie Des Emotions et L'Attachement Dans La Famille*.Odile Jacob, France.

Doré, I., & Caron., J. (2017). Santé mental : concepets, mesures et déterminats, *printemps, 42*(1).

Doron, G., & al. (2005). Obsessive-compulsive disorder: a review of possible specific internal representations with in a broader cognitive theory. *Clinical psychological review.*

Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R., (2007). Sensitive domains of self-concept on obsessive-compulsive disorder: Further evidence for a multidimensional of on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 21*(3).
E. Exner, Jr. (Ed.), Issues and methods in Rorschach research. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Erikson. (1995). Journal search results- Cite This for Me. *Work, 5*,167.
Exner Jr, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach en systeme integré* (Anne Andronikof, Trans ; 4eme ed). Frison-Roche.
Exner Jr, J. E. (2002). A new nonpatient sample for the Rorschach Comprehensive System: A progress report. *J Pers Assess, 78*(3), 391-404.

Exner Jr, J. E. (2003) : *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré (traduction française d'Anne ANDRONIKOF*), Paris, Frison-Roche.

Exner Jr, J. E. Kinder, B. N., & Curtiss, G. (1995). *Reviewing basic design features.* In J.

Fonagy, P. (1998): An attachment theory approach to the treatment of difficult patients. *Bull Menninger Clin, 62*, 147 – 169

Franco, R., & De Villemor-Amaral, A. E. (2012). Zulliger test and Constellations of the Rorschach applied in System-Comprehensive. *Avaliação Psicológica, 11*(1), 141-152.

Gallien, E. (2006). *Le lien d'attachement et son évolution : concepts et incidences psychopathologiques.* Université d'Angers.

Genet, Ch., & Wallon, E. (2019). *Psychotherapie de l'attachement*. Dunod.

Goudarzi, N., Khosravi, Z., & Dehshiri, Gh. (2016). Early maladaptive schemas and metacognitive beliefs in people with obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder and normal people. *Journal of Clinical Psychology, 3*(31), 25-35.

Guédeney, N., & Dubucq-Green, C. (2005). Adoption, les apports de la théorie de l'attachement. *Enfances et Psy, 4*(29), 84-94.

Guidano, V.F., & liotti, G. (1983, January 3). "Cognitive processes and emotional disorders". *The Guilford Press*.

Hanus. M. (2004). *Le deuil après suicide*. Maloine, Paris.

Hazan, C., & shavar, P. (1987). Romantic love conceptualized an attachment process, *journal of personality and social psychology*.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology, 52*(3), 511- 524.

Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In F. Cassidy & P. Shaver (Eds) . Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. *New York: Guilford Press*, 552-598.

Jennifer, N., Donna, F., & Horburg. (2001). the effect of parenting styles and childhood Attachment patterns on Intimate Relationships. *Journal of Instructional psychology, 7*, 127-188.

Kenny, M. (1994). Quality and Correlates of Parental Attachment among Late Adolescents, *Journal of Counseling Development, 72*(4), 399-404.

Ling, H., Qian, M. (2010). Relationship between attachment and personality disorder symptoms of Chinese college students. *Social Behavioral and Personality, 38*(4), 571-576.

Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive Compulsive Personality Disorder and Obsessive Compulsive Disorder: Clinical

Characteristics, Diagnostic Difficulties, and Treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4).
Marrone, M. (1998). *Attachment and interaction*. Jessica Kingsley Publishers.

Molina, R., Carrasco, P., Perez, U., & Sanchez, L. (2002). Factors Associated to The Diagnosis of Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients. *Dissertation Abstracts International, 30*(3), 153-159.

Muph, B. (2000). *Attachment Style to Depression School of Social and Behavioural*
Los Angeles،*Sciences*. University of California.

Neal, J., & Frick-Horbury, D. (2001). The Effects of Parenting Styles and Childhood Attachment Patterns on Intimate Relationships, *Journal of Instructional Psychology, 28*(3), 127- 188.

Noller, P. (2003). The Relationship of Attachment Dimensions to Depression, *Dissertation Abstracts International, 10*(2), 171- 186.

Perry, M.D., Bruce, D., & Ph. D. (2001). Bonding and Attachment in Maltreated children *Child Trauma Academy.*
Quebec. (2004). Attachment Implication for College. *Journals of Adolescents, 6*, 783 - 806.

Reis, S., & Brin, F.S Grenyer. (2004). Fear of Intimacy in Women: Relationship between Attachment Styles and Depressive Symptoms. *Department of Psychology, Dissertation Abstracts International, 37* (6), 299 - 303.

Rezvan, S. (2012). Attachment insecurity as a predictor of obsessive– compulsive symptoms in female children, *Journal homepage, 25*(4), 403-415.

Ross, B., Wilkinson, M., & Purvey. (2004). Attachment Style, Quality Component of Self, Esteem in Adolescence. *Australian Psychology Society, Dissertation Abstracts International, 39*(5), 301 -305.

Rutter, M. (1979). Maternal Deprivation, 1972-1978: New Findings, New Concepts, New Approaches.Wiley publication, *50*(2), 283-305.
Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6), 1069 - 1081.
Samai-Haddadi, D. (2015). *Etude normative franco-algérienne du Rorschach en Systémé Intégré*. Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique, Alger.
Samantha, R., & Binf, S. (2004). Fear of intimacy in wormen: relationship between attachment style and depressive symptoms. *Department of psychology, Dissertation abstracts international, 37*(6), 299- 303.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W H Freeman/ Times Books/ Henry Holt.
Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development, 64*(5), 1439-1450.

Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M. & Parker, A. (2006). "Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment". *Journal of Psychopathology & Behavior Assessment*. *28*(1).
Swann, Jr., Hixon, J. G., William, B., & De La Rond, C. (1992). Embracing the bitter "truth": Negative self – concepts and marital commitment. *Psychological Science*, *3*(2), 118-121.
Wiltgen, A., & al. (2015). Attachment insecurity and obsessive–compulsive personalitydisorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, *147* (15), 411-415.

World health organisation. (2004, 2 Juin). *WHO world mental health surveys find mental disorders are widespread, disabling and often go unteated*. Geneva.

الملاحق

الملحق 1

استمارة الموافقة

Formulaire de consentement libre et éclairé

Consentement à lire attentivement avant de signer

Ne pas hésiter à poser des questions si certains aspects semblent peu clairs ou si des précisions supplémentaires semblent nécessaires.

Consentement établi en deux (02) exemplaires dont un (01) exemplaire à remettre à l'intéressé.

Je déclare avoir été informée, oralement et par écrit, de la manière la plus simple qui soit et dans la langue et le dialecte que je maitrise le mieux des objectifs et du déroulement de l'étude de psychologie clinique

L'attachement insécure et la santé mentale chez l'adulte dans le cadre de projet de thèse de Mme DERRAHI Mounia.

Je certifie avoir compris l'information orale et /ou écrite qui m'a été remise sur cette étude. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées sur ma participation à cette étude.

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à cette étude. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

J'ai été informé que mon identité n'apparaitra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet de traitement informatisé non nominatif par Mme DERRAHI Mounia.

Date :……

Nom du sujet : ……

Signature du sujet :
……

Nom du chercheur : ……

Signature du chercheur :
……

استمارة الموافقة

تقرأ هذه الاستمارة بتمعن قبل امضائها

في حالة وجود غموض في بعض الجوانب أو في حالة الحاجة إلى توضيحات إضافية لا تتردد في طرح الأسئلة.

تقدم هذه الاستمارة في نسختين أحدهما تسلم للمعني(ة) بالأمر

أصرح بأنني أعلمت شفويا وكتابيا، بطريقة بسيطة وفي اللغة أو اللهجة التي أتقنها بأهداف وطريقة انجاز البحث في علم النفس العيادي: **التعلق غير الآمن والصحة العقلية عند الراشد** في إطار مشروع أطروحة السيدة دراحي مونية.

أشهد بأنني قرأت وفهمت المعلومة الشفهية والمكتوبة التي سلمتها في هذه الدراسة.

أشهد بأنني أعطيت موافقتي من أجل المشاركة في هذا البحث، أوافق بإرادتي المشاركة في هذا البحث، وأفهم أن مشاركتي ليست اجبارية، ويمكنني أن أوقف مشاركتي في أي وقت بدون إعطاء أي تبرير وبدون تحمل أي مسؤولية.

أعلمت بأن هويتي لن تظهر في أي تقرير أو منشورة، وكل معالجة للمعلومة تخصني ستتم بشكل سري. وأوافق على أن المعطيات المسجلة خلال هذا البحث يمكن المحافظة عليها في قاعدة المعطيات واستعمالها في إطار المعالجة الالكترونية من غير تعيينها من طرف السيدة دراحي مونية.

التاريخ: .....

اسم المبحوث: .....

امضاء المبحوث: .....

اسم الباحث: .....

إمضاء الباحث: .....

الملحق 2

دليل المقابلات

دليل المقابلة مع حالات الاكتئاب

المحور الأول: البيانات الشخصية

- اللقب: .....
- الاسم: .....
- تاريخ الميلاد: .....
- التخصص: .....
- المهنة: .....
- الحالة المدنية: .....
- الأب: على قيد الحياة أو متوفي / والأم: على قيد الحياة أم متوفية.
- عدد الإخوة: .....
- المرتبة: .....

المحور الثاني: الصحة الجسمية

- الأمراض العضوية: هل تعاني من أمراض عضوية؟ ما هي؟ منذ متى؟
- الأعراض العضوية: هل تعاني من آلام على مستوى الجسد؟ ما هي؟ منذ متى؟ هل بصورة مستمرة ومزمنة؟
- النوم: تحدث لي عن كل ما يخص النوم عندك (عدد ساعات النوم، صعوبة أو سهولة في النوم، منذ متى؟ الشعور بالتعب بعد الاستيقاض، الإحساس بعدم الاكتفاء في النوم).
- الأحلام: تحدث لي عن أحلامك (تذكر الحلم: في حالة عدم التذكر منذ متى، تكرار حلم معين، الكاوابيس).
- التغذية: تكلم لي عن علاقتك بالأكل (إنتظام في الأكل، عدم الرغبة في الأكل، فقدان الشهية، الشراهة في الأكل، أوقات الشراهة وارتباطها بالمزاج، منذ متى؟).
- نوع الدواء المتناول: ما هو الدواء الذي تتناوله؟ منذ متى؟

المحور الثالث: الصحة النفسية والعقلية

- تكلم لي عن أفكارك اليومية.
- هل تعاني من مشاكل وصراعات معينة؟ ما هي؟ (مدى التكيف مع الواقع من حيث الصراعات والمشاكل).
- التعرف على التشخيص المناسب وبداية ظهور الأعراض.
- تحدث لي عن حياتك الجنسية، هل تعاني من مشاكل في هذا الجانب؟ ما هي هذه المعاناة؟ منذ متى بدأت؟ هل تعرضت إلى أحداث مؤلمة في هذا الجانب؟
- هل هناك صدمات وأحداث مفاجأة تعرضت لها؟ كم كان عمرك؟ كيف كانت ردة فعلك؟ هل تتذكرها بصورة واضحة؟ هل لازالت تؤثر فيك؟

المحور الرابع: الجانب الاجتماعي والعلاقات

- تحدث لي عن حياتك العائلية. هل تعيش ظروف معينة داخل الأسرة؟ منذ متى؟
- تكلم لي عن علاقتك مع أمك.
- تكلم لي عن علاقتك مع أبيك.
- هل أنت مستقر في علاقتك الزوجية؟
- هل ترى أن علاقتك مع أولادك جيدة؟
- تحدث لي عن علاقتك مع إخوتك.
- تكلم لي عن علاقتك مع الآخرين (الأصدقاء، الجيران، رفقاء العمل، رفقاء الدراسة).
- ما هو الجانب الذي يزعجك في جسمك؟
- هل تشعر أنك محاط بالآخرين خاصة في الأوقات الصعبة؟

المحور الخامس: الاكتئاب

- هل تشعر بالحزن والملل؟ هل تعاني من تقلبات مزاجية خلال اليوم؟
- هل يوجد انخفاض ملاحظ في الاهتمام أو المتعة في القيام بالأنشطة طوال اليوم وعلى مدى كل الأيام تقريبا؟
- هل تعاني من زيادة في الوزن أو العكس؟ هل تتبع نظام غذائي خاص؟

- هل تشعر بالتعب والارهاق دون القيام بنشاط محدد بصورة مستمرة أو في بعض الأوقات؟ منذ متى؟
- هل ترى أنك قدمت إنجازات في حياتك؟ ما هي الأشياء التي ندمت عليها؟
- هل تجد صعوبة في التفكير والتركيز؟ هل تستطيع أن تتخذ قررات بسهولة؟
- هل ترودك أفكار متكررة عن الموت؟ ما هي؟

دليل المقابلة مع حالات الوسواس القهري

المحور الأول: البيانات الشخصية

- اللقب: .....
- الاسم: .....
- تاريخ الميلاد: .....
- التخصص: .....
- المهنة: .....
- الحالة المدنية: .....
- الأب: على قيد الحياة أو متوفي / والأم: على قيد الحياة أم متوفية.
- عدد الإخوة: .....
- المرتبة: .....

المحور الثاني: الصحة الجسمية

- الأمراض العضوية: هل تعاني من أمراض عضوية؟ ما هي؟ منذ متى؟
- الأعراض العضوية: هل تعاني من آلام على مستوى الجسد؟ ما هي؟ منذ متى؟ هل بصورة مستمرة ومزمنة؟
- النوم: تحدث لي عن كل ما يخص النوم عندك (عدد ساعات النوم، صعوبة أو سهولة في النوم، منذ متى؟ الشعور بالتعب بعد الاستيقاض، الإحساس بعدم الاكتفاء في النوم).
- الأحلام: تحدث لي عن أحلامك (تذكر الحلم: في حالة عدم التذكر منذ متى، تكرار حلم معين، الكاوابيس).
- التغذية: تكلم لي عن علاقتك بالأكل (إنتظام في الأكل، عدم الرغبة في الأكل، فقدان الشهية، الشراهة في الأكل، أوقات الشراهة وارتباطها بالمزاج، منذ متى؟).
- نوع الدواء المتناول: ما هو الدواء الذي تتناوله؟ منذ متى؟

المحور الثالث: الصحة النفسية والعقلية

- تكلم لي عن أفكارك اليومية.

- هل تعاني من مشاكل وصراعات معينة؟ ما هي؟ (مدى التكيف مع الواقع من حيث الصراعات والمشاكل).
- التعرف على التشخيص المناسب وبداية ظهور الأعراض.
- تحدث لي عن حياتك الجنسية، هل تعاني من مشاكل في هذا الجانب؟ ما هي هذه المعاناة؟ منذ متى بدأت؟ هل تعرضت إلى أحداث مؤلمة في هذا الجانب؟
- هل هناك صدمات وأحداث مفاجأة تعرضت لها؟ كم كان عمرك؟ كيف كانت ردة فعلك؟ هل تتذكرها بصورة واضحة؟ هل لازالت تؤثر فيك؟

المحور الرابع: الجانب الاجتماعي والعلاقات

- تحدث لي عن حياتك العائلية. هل تعيش ظروف معينة داخل الأسرة؟ منذ متى؟
- تكلم لي عن علاقتك مع أمك.
- تكلم لي عن علاقتك مع أبيك.
- هل أنت مستقر في علاقتك الزوجية؟
- هل ترى أن علاقتك مع أولادك جيدة؟
- تحدث لي عن علاقتك مع إخوتك.
- تكلم لي عن علاقتك مع الآخرين (الأصدقاء، الجيران، رفقاء العمل، رفقاء الدراسة).
- ما هو الجانب الذي يزعجك في جسمك؟
- هل تشعر أنك محاط بالآخرين خاصة في الأوقات الصعبة؟

المحور الخامس: الوسواس القهري

- ما هي الأفكار التي تسيطر عليك يوميا؟ تحدث لي عنها بالتفصيل.
- هل تعاني من سلوكات متكررة؟ ما هي؟ منذ متى بدأت؟
- هل تراودك صور ذهنية يوميا؟ تحدث لي عنها بالتفصيل.
- ما هي الوضعيات التي تجعلك تلجأ إلى هذه السلوكات والأفعال؟ هل تشعر بالراحة والهدوء بعد القيام بها أو العكس؟
- هل يوجد أحد من أفراد عائلتك من يعاني من نفس ما تعاني منه؟

دليل المقابلة مع حالات محاولة الانتحار

المحور الأول: البيانات الشخصية

- اللقب: .....
- الاسم: .....
- تاريخ الميلاد: .....
- التخصص: .....
- المهنة: .....
- الحالة المدنية: .....
- الأب: على قيد الحياة أو متوفي / والأم: على قيد الحياة أم متوفية.
- عدد الإخوة: .....
- المرتبة: .....

المحور الثاني: الصحة الجسمية

- الأمراض العضوية: هل تعاني من أمراض عضوية؟
- الأعراض العضوية: هل تعاني من آلام على مستوى الجسد؟
- النوم: تحدث لي عن كل ما يخص النوم.
- الأحلام: تحدث لي عن أحلامك.
- التغذية: تكلم لي عن علاقتك بالأكل.

- **المحور الثالث: الصحة النفسية والعقلية**

- تكلم لي عن أفكارك اليومية.
- هل تعاني من مشاكل وصراعات معينة؟ ما هي؟ (مدى التكيف مع الواقع من حيث الصراعات والمشاكل).
- التعرف على التشخيص المناسب وبداية ظهور الأعراض.
- تحدث لي عن حياتك الجنسية، هل تعاني من مشاكل في هذا الجانب؟ ما هي هذه المعاناة؟ منذ متى بدأت؟ هل تعرضت إلى أحداث مؤلمة في هذا الجانب؟
- هل هناك صدمات وأحداث مفاجأة تعرضت لها؟ كم كان عمرك؟ كيف كانت ردة فعلك؟ هل تتذكرها بصورة واضحة؟ هل لازالت تؤثر فيك؟

المحور الرابع: الجانب الاجتماعي والعلاقات

- تحدث لي عن حياتك العائلية. هل تعيش ظروف معينة داخل الأسرة؟ منذ متى؟
- تكلم لي عن علاقتك مع أمك.
- تكلم لي عن علاقتك مع أبيك.
- هل أنت مستقر في علاقتك الزوجية؟
- هل ترى أن علاقتك مع أولادك جيدة؟
- تحدث لي عن علاقتك مع إخوتك.
- تكلم لي عن علاقتك مع الآخرين (الأصدقاء، الجيران، رفقاء العمل، رفقاء الدراسة).
- ما هو الجانب الذي يزعجك في جسمك؟
- هل تشعر أنك محاط بالآخرين خاصة في الأوقات الصعبة؟

المحور الرابع: محاولة الانتحار

- هل تراودك أفكار عن الانتحار؟ إذا كان نعم ماهي؟ منذ متى؟
- كم مرة قمت بمحاولة الانتحار؟
- ما هي الأسباب التي دفعتك لمحاولة الانتحار؟ كيف كانت هذه المحاولة؟ تحدث لي عنها بالتفصي

الملحق 3

مقياس أنماط التعلق

مقدمة: في إطار التحضير لمشروع أطروحة الدكتوراه بعنوان "التعلق غير الآمن والصحة العقلية عند الراشد" دراسة عياديه نتقدم بهذا الاستبيان للإجابة عنه بكل موضوعية ولهذا لابد من القراءة جيدا قبل الإجابة، وهذا لخدمة البحث العلمي.تعليمة الاستبيان:

أرجوا منك سيدي (ة) أن تقرأ (ي) العبارات بتمعن ثم تضع (ي) علامة (x) في الخانة التي تتناسب مع شخصيتك علما أنه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة إنما الإجابات الملائمة هي الصادقة التي تعبر عن رأيك الشخصي، مع العلم أن هذه المعلومات تبقى سرية وفي خدمة البحث العلمي. نشكركم على تعاونكم معنا.

ملاحظة: كلمة وَالِدَيَّ في الاستبيان المقصود بها الوالدين أي الأب والأم.

البنود	أبدا	قليلا جدا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1-أشعر أنه من السهل على تذكر طفولتي مع وَالِدَيّ.					
2-عشت مواقف إيجابية في طفولتي.					
3-أشعر بالراحة عندما أناقش مشاكلي مع وَالِدَيَّ.					
4-ذكريات طفولتي غير منتظمة في ذهني.					
5-لا أشعر بالقلق والخوف من أن أصبح وحيدا.					
6-أخاف أن أفقد أقاربي إذا طلبت المساعدة منهم.					
7-أجد صعوبة في منح ثقتي للناس.					
8-لا أعتمد كثيرا على الآخرين.					
9-النجاح في المجال المهني من أولوياتي.					
10-أتكيف بسهولة مع علاقات جيدة.					

11-أعتقد أن الناس ليسوا عادلين في أحكامهم.					
12-أتذكر كثيرا من المواقف الإيجابية مع أمي.					
13-أخشى أن أفقد حب واحترام وَالِدَيَّ.					
14-أستشير وَالِدَيَّ في كثير من الأمور.					
15-لا أنزعج عندما يقترب مني شخصا غريبا.					
16-أشعر بالإحباط عندما لا يساعدني أحد.					
17-تساعدني علاقتي مع وَالِدَيَّ في اتخاذ قراراتي المستقبلية.					
18-أخبر والدتي بكل شيء يهمني.					
19-المواقف التي عشتها في صغري ليست مهمة بالنسبة لي.					
20-أخاف أن يهجرني الأشخاص المقربين مني.					
21-أفضل أن أعتمد على نفسي في أموري الخاصة.					
22-أستفيد كثيرا من التجارب التي مررت بها.					
23-أفكر بطريقة واقعية في المشاكل التي تواجهني.					
24-لا أقوم بأفعال تغضب الآخرين مني.					
25-ارتاح كثيرا للثقة التي يمنحها الناس لي.					
26-في أغلب الأحيان لا يفهمني الناس.					
27-لا أنسى إساءة الآخرين لي.					

28-أملك رؤية متفائلة للمستقبل.					
29-أحب أن أستقل بذاتي.					
30-أشعر بالذنب لعدم توافق وَالِدَيَّ في حياتهما.					
31-أمنح ثقتي للأشخاص الذين أعرفهم.					
32-أحب الجلوس لوحدي معظم الأوقات.					
33-يمنعني التوتر من التقرب من أصدقائي.					
34-أشعر بالحرج عندما أتكلم في جماعة.					
35-يزعجني الاقتراب الشديد من الناس.					
36-تغضبني لحد الآن أشياء عشتها في صغري.					
37-أشعر أحيانا أنني شخصا غير مرغوب فيه.					
38-أجد صعوبة في إقامة علاقات جديدة.					
39-لا أحب أن يطلع أحد على أسراري.					
40-أشعر بعدم الراحة في العلاقات الحميمية.					
41-لا يهمني الانخراط في النشاطات الاجتماعية.					
42-أحب أحيانا أن أكون قريبا من الآخرين.					
43-أحب الاعتماد على الغير.					
44-أجد أن علاقتي مع وَالِدَيَّ منسجمة.					

45-لا أرتاح عندما يقترب مني الغرباء.					
46-أرتاح كثيرا عندما أكون لوحدي.					
47-أجد صعوبة في أن يعتمد الآخرون علي.					
48-لم أفهم سلوكات وَالِدَيَّ تجاهي في صغري.					
49-احترام الناس لي يشعرني بالسعادة.					
50-ارتاح كثيرا عند تذكري لتفاصيل طفولتي.					
51-أعتمد على أسرتي في كثير من الأمور.					
52-لا أهتم بتكوين صدقات مع زملائي.					
53-انسحب كلما اقترب مني أشخاص غرباء.					
54-أقلق أحيانا لأنني لا أستطيع الاعتماد على الغير.					
55-أفتقد لحنان وَالِدَيَّ منذ طولتي.					
56-يؤلمني الماضي ولا أحب تذكره.					
57-تنقصني الثقة بنفسي ليُحبني الآخرين.					
58-أعتمد على أصدقائي في حل الكثير من المشاكل.					
59-علاقتي مع الناس عموما سطحية.					
60-لا أحب الدخول في حوارات مطولة مع الناس.					
61-لا أنزعج عندما لا يهتم بي الآخرون.					

62-لا أتذكر وجود أبي بجانبي في طفولتي.					
63-عشت طفولة مرتبكة نوعا ما.					
64-أتفاهم جيدا مع وَالِدَيَّ.					
65-عندي مشاعر متباينة حول قرب الآخرين مني.					
66-أفكاري ليست مترابطة عندما أفكر في موضوع ما.					
67-أتردد كثيرا قبل أن أُكون صداقات جديدة.					
68-لدي القدرة على تنظيم أفكاري تلقائيا.					
69-في معظم الأوقات تكون أفكاري مشتتة					
70-استقلاليتي عن الآخرين تهمني كثيرا.					
71-أقلل من التواصل مع الناس قدر الإمكان.					
72-لا أحب أن يزعجني الناس بأمورهم الخاصة					
73-أرى أن الناس لا تحب دائما التقرب مني.					
74-لا أقلق من اضطراب علاقتي بالآخرين.					
75-طفولتي مع وَالِدَيَّ كانت غير مستقرة.					
76-أتواصل فقط مع الناس الذين أعرفهم.					

77-أحب عقد صداقات اجتماعية جديدة.					
78-أشعر بالخجل عندما أتكلم عن مشاكلي.					
79-لا أجد متعة في المشاركة في أي نشاط.					
80-أتكلم بصعوبة عن مشاعري.					

الملحق 5

كراسة التطبيق

CAHIER D'EXAMEN

Sujet examiné	**Examinateur**
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : ……	Prénom : ……
Age : ……	Tel : ……
Sexe : ……	e-mail : ……
Fonction : ……	Antres observations : ……
Wilaya : ……	……
District : ……	……
Santé : ……	……
……	……
……	
Nombre d'années d'études : ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE I …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE II …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE III …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

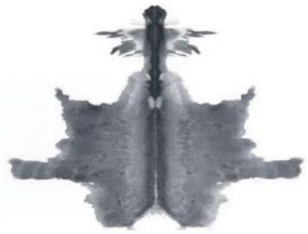
Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE IV …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE V …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VI …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VII …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VIII …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE IX …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE X …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

Document interne pour Laboratoire de Psychologie clinique et Métrique (LAPCM) et Institut National de Santé Publique (INSP)

الملحق 6

الملخص الشكلي

Compute for Scoring	R = 0	L = #DIV/0!	F% = #DIV/0!	Age: 0

Controls	
Step 1) Adj D	Normal
Step 2) EA	#VALEUR!
Step 3) EB &L	#VALEUR!
Step 4) Adj es	#VALEUR!

EB	= 0 : 0	EA =	0	EBper = NA
eb	= 0 : 0	es =	0	D = 0
#DIV/0!		Adj es =	0	Adj D = 0
FM	= 0	SumC'=	0	SumT= 0
m	= 0	SumV=	0	SumY= 0

EBt (XP) #

#VALEUR!
#DIV/0!
#DIV/0!
#DIV/0!

S-CON = NA			
Styles	State	Patho. P.	Const°
#DIV/0!			PTI=0
			DEPI=0
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			#DIV/0!

Affect

eb = 0 : 0			
Afr = ######	Afr : EB : Age		
#DIV/0!	#DIV/0!		
ΣC':WΣC =	0:0		
intel	0	0	
CP =	0		
FC:CF+C =	0:0	NA	
Pure C =	0		
S =	0	lateS =	0
Blends/R =	0:0	Bld%	#####
StressBld =	0		
Adj Blend =	0:0	AdjBld%	#####
3xBld =	0		
>3xBld =	0		
Col-Shd Bld =	0		
Shd Bld =	0		

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
#DIV/0!	#DIV/0!
#DIV/0!	
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld
#DIV/0!	

Processing

PSV = 0		attention
DQv 1st = 0		
Zd = NA		scanning
Dd = 0		
Zf = 0	######	efforts
W/D = 0:0	NA	easy:0:0
DQ+ = 0	low	quality
DQv,v/+ = 0		.
W/M = 0:0	NA	objectives
#VALEUR!		

Mediation

XA% =	#DIV/0!
WDA% =	#DIV/0!
X-% =	#DIV/0!
S- =	0
P =	0
X+% =	#DIV/0!
Xu% =	#DIV/0!

Coding Validity

AGE	Cards	N°
Loc&DQ		
DET		
FQ		
CONT		
Z score		
SpSc		

Stp3a FQ- Homogeneity (0)

3.1stC-	#DIV/0!
BC-	#DIV/0!
CC-	#DIV/0!
RC-	#DIV/0!
PC-	#DIV/0!
S-	#DIV/0!
Dd-	#DIV/0!
M-	#DIV/0!
FMm-	#DIV/0!
Color-	#DIV/0!
Shd-	#DIV/0!
F-	#DIV/0!
AnXySxBl-	#DIV/0!
Hcont-	#DIV/0!

Relations (Perception)

COP = 0	discomfort
AG = 0	
GHR:PHR = 0 : 0	
a:p = 0 : 0	
Food = 0	
SumT = 0	
H Cont. = 0	
Pure H = 0	
PER = 0	
Isol° Indx = ######	####

H Cont:R:EB (Interest)	####
Hpur:R:EB (comp°)	NA

#VALEUR!

Ideation ###

EBper = NA			
a/p = 0 : 0	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS	#DIV/0!	Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=0	#VALEUR!	no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self

EGO = ######	EGO : Age:	#####
Fr+rF = 0	########	
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

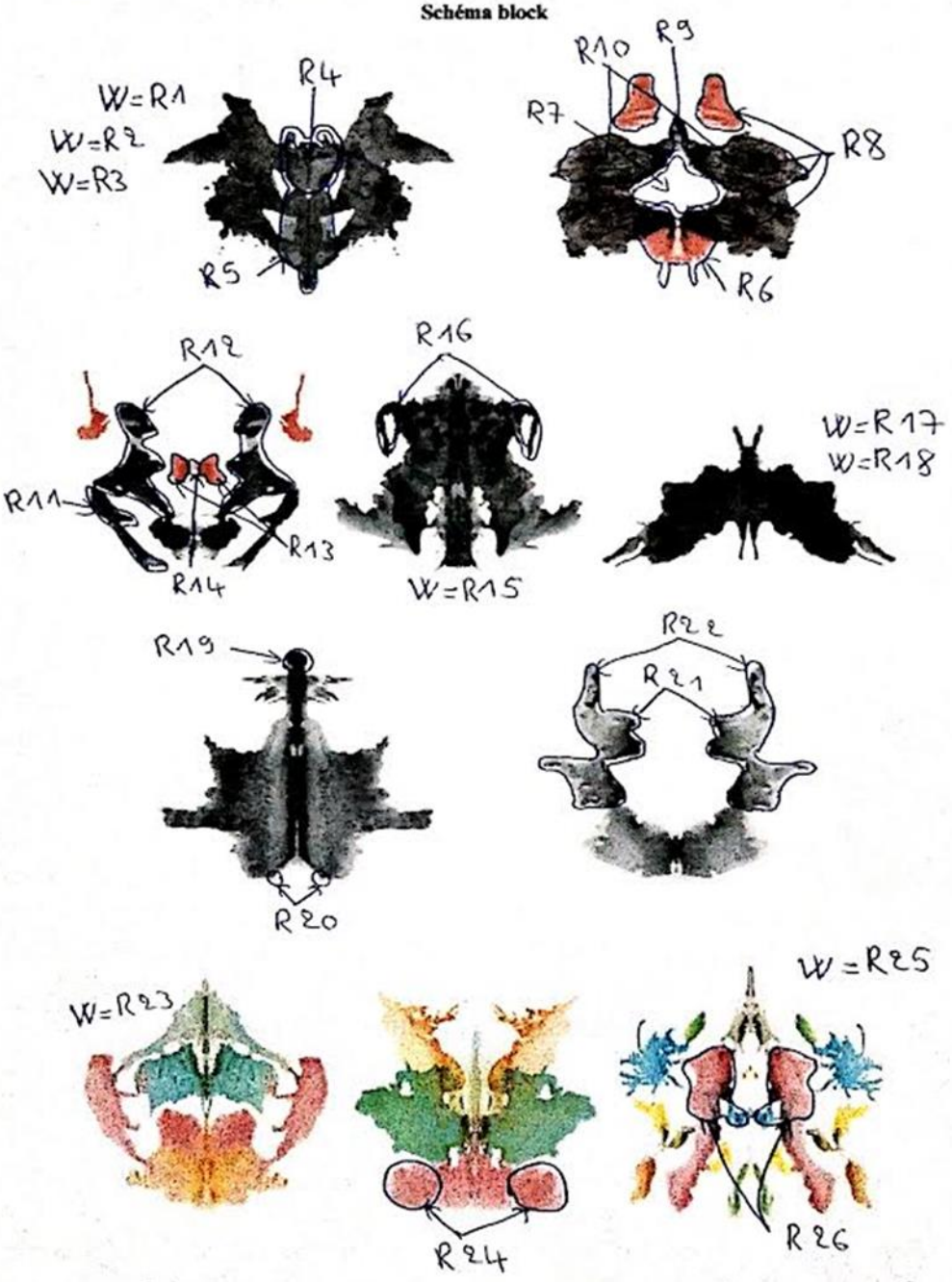
Generally Positive Features, GPF	Sum=0	#####
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	#####

الملحق 7

Schema block

D1

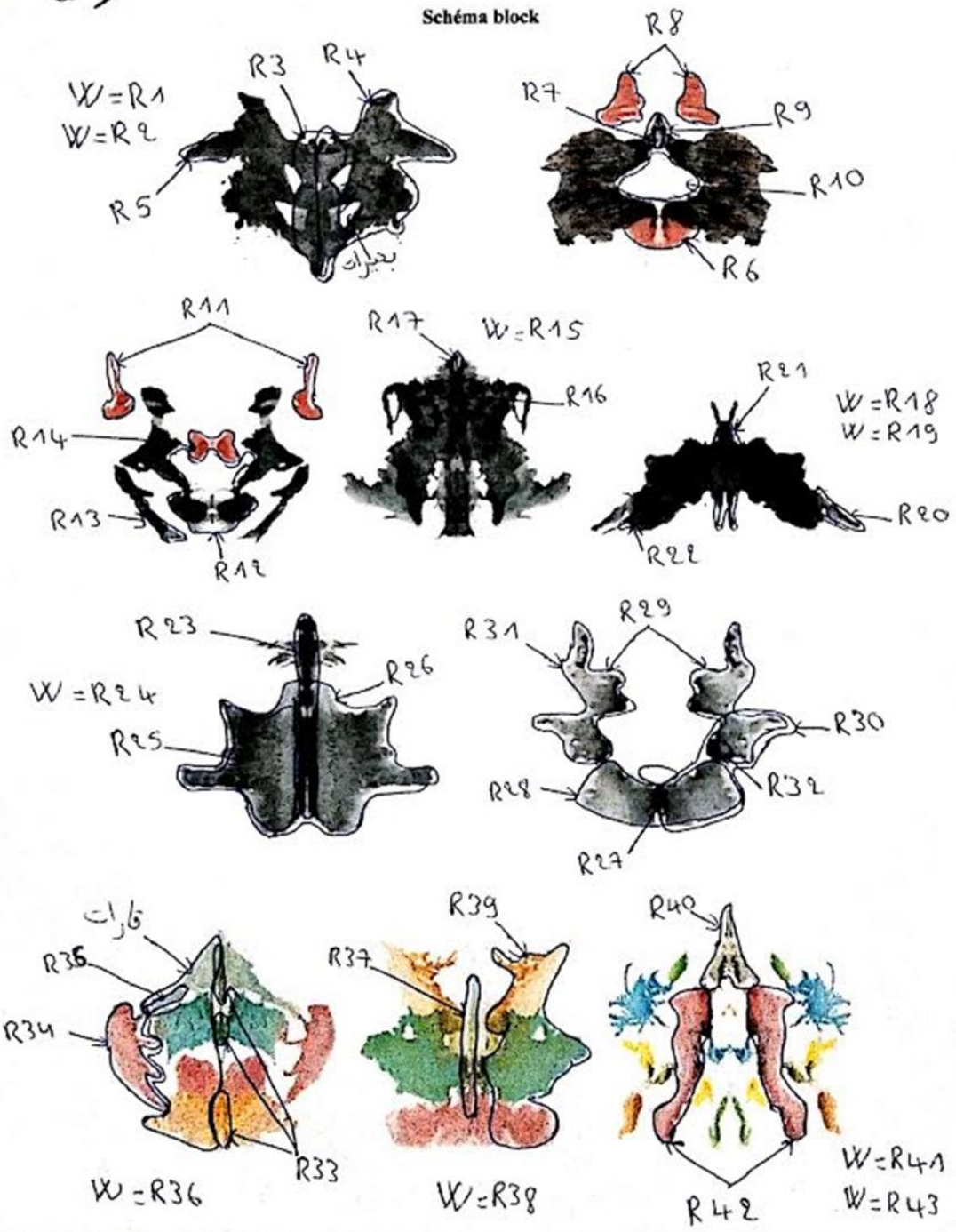
Schéma block



Document interne pour Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique et Institut National de Santé Publique (INSP)

01

Schéma block



Document interne pour Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique et Institut National de Santé Publique (INSP)

S1



Document interne pour Laboratoire de Psychologie Clinique et Médicale et Institut National de Santé Publique (INSP)

الملحق 8

متغيرات المؤشرات الخاصة

بالاكتئاب/ الوسواس القهري/ الكوكبة الانتحارية

جدول رقم67: *متغيرات مؤشر DEPI عند كل حالات الاكتئاب*

الحالات / المؤشرات	أميرة	ماريا	طه	سميرة	نعيمة
SumV>0 OR FD>2	X	X	X	X	X
Col-shd blends>0 OR S>2		X		X	X
ego sup AND Fr+rF=0 OR ego inf		X	X		X
Afr<0,46 OR Blends<4	X		X		X
SumShd>FM+m OR SumC'>2	X	X		X	
MOR>2 OR INTELL>3	X	X	X	X	X
COP<2 OR ISOL>0,24	X	X	X	X	X

جدول رقم68: *متغيرات مؤشر OBS عند كل الحالات الوسواس القهري*

الحالات / المتغيرات	فهيمة	أسيا	أحلام	سليمة	فضيلة
Dd>3	X	X	X	X	X
Zf>12	X	X	X	X	
Zd>3,0			X		X
P>7				X	
FQ+>1	X	X	X	X	X

جدول رقم69: *متغيرات مؤشر S-CON عند كل حالات الكوكبة الانتحارية*

الحالات / المؤشرات	لينة	سلمى	كوثر	فريدة	وسيلة
SumV+FD>2	X	X	X	X	X
col-shd blends>0		X	X	X	
ego <0.31 ou >0.44	X	X	X	X	X
mor>3	X		X	X	X
Zd>3,5 ou <-3,5	X	X	X		
es>EA	X	X	X	X	X
CF+C>FC		X		X	
X+%<0,70	X	X	X	X	X
S>3		X	X	X	X
P<3 OU P>8	X				X
PURE H<2	X			X	X
R<17					

الملحق 9

الدواء المتناول عند حالات

الاكتئاب/ الوسواس القهري/ محاولة الانتحار

جدول رقم69: *الدواء المتناول عند حالات الاكتئاب*

الحالات	الدواء المتناول
أميرة	لا تتناول أي دواء
ماريا	Depretine 20 mg, Laroxyl goutte.
طه	لا يتناول أي دواء
سميرة	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg.
نعيمة	Anafranil 75 mg, Zoloft 50 mg, Escitol goutte.

جدول رقم70: *الدواء المتناول عند حالات الوسواس القهري*

الحالات	الدواء المتناول
فهيمة	Anafranil 25 mg, Depretine 20 mg, Lysanxia 10 mg.
أسيا	Anafranil 25 mg, Zoloft 50 mg. Escitol goutte.
أحلام	Anafranil 75 mg.
سليمة	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg, Lysanxia 10 mg.
فضيلة	Anafranil 25 mg, Lysanxia 10 mg.

جدول رقم71: *الدواء المتناول عند حالات محاولة الانتحار*

الحالات	الدواء المتناول
لينة	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg, Escitol goutte.
سلمى	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg, Escitol goutte, Lysanxia 10 mg.
كوثر	Anafranil 75 mg, Lysanxia 10 mg, Escitol goutte.
فريدة	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg, Escitol goutte.
وسيلة	Anafranil 75 mg, Kietyl 6 mg, Escitol goutte.