

جامعة الجزائر-02-أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الفصام بين الاكئاب و الانتحار

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

إشراف الأستاذة

أ. د. حورية أحسن جاب الله

إعداد الطالبة

رجاء زهاني

السنة الجامعية: 2015-2016

شكر و تقدير

" و لكن شكرتم لأزيدنكم "

بداية نشكر الله و نحمده على توفيقه و تسديده خطانا، و على جزيل نعمه و عطاياه.

كما نتقدم بأسمى عبارات الشكر و عظيم التقدير إلى الأستاذة الدكتورة "حورية أحسن جاب الله"، التي أشرفت على هذا العمل، و لم تبخل علينا بالتوجيهات و النصائح القيمة التي كان لها الأثر الفعال في هذه الدراسة، كما نشكر الصديقة رفيقة حاج قويدر على مساعدتها التي كانت سندا لنا، و إلى جميع المرضى الذين قدموا لنا يد العون، و إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب أو بعيد.

كما نتوجه بوافر التقدير و الاعتراف إلى أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذا العمل.

فشكرا جزيلا

الإهداء

إلى أعلى من في الوجود أمي، و أبي أهديهما ثمرة
جهدي.

إلى أخواتي العزيزات: نجلاء، ملاك، إلهام.

إلى من أحب و أهوى.

إلى كل من أكن له المحبة و التقدير.

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل.

رجاء

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع القيام بالفعل الانتحاري عند الفصامي محاول الانتحار، و اعتمدت الباحثة في ذلك على اختبار الورشاخ النظام الإدماجي لإكسنير، و الذي يعتمد في بنائه على الخصائص المعرفية مما جعله أداة مهمة، و جد فعالة في البحوث النفسية الإكلينيكية، كذلك اعتمدنا في تشخيصنا للحالات الفصامية على المعايير التشخيصية للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM IV-TR.

و في محاولتنا البحثية انطلقنا من التساؤل الرئيسي التالي:

- هل هناك سياقات نفسية خاصة بالفصاميين محاولي الانتحار تظهر في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟

و قد تفرع عنه مجموعة من التساؤلات الآتية:

- هل هناك فروق في مؤشر الانتحار Constellation suicidaire عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟
- هل هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟
- هل هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟

و عليه فقد صغنا الفرضية الرئيسية كالتالي:

- هناك سياقات نفسية خاصة بالفصاميين محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

و قد تفرعت عنها مجموعة من الفرضيات الجزئية كمايلي:

- هناك فروق في مؤشر الانتحار عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

➤ هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

➤ هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

و للتحقق من صحة هذه الفرضيات اعتمدنا على المنهج العيادي، الذي يركز على الملاحظة، و المقابلة العيادية نصف الموجهة، إضافة لاختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

و قد تم التطبيق على ثلاثين حالة، انقسمت إلى خمس عشرة حالة لفصاميين حسب DSMIV-TR حاولوا الانتحار، و خمس عشرة حالة لفصاميين لم يحاولوا الانتحار، ثم قمنا بعدها بإجراء دراسة مقارنة بين النتائج المحصل عليها في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي للمجموعتين عن طريق اختبار ت لدراسة الفروق.

و قد تم تحليل النتائج اعتمادا على عدد من الوسائل الإحصائية تمثلت فيمايلي:

النسب المئوية- التكرارات- المتوسطات الحسابية- الانحرافات المعيارية- اختبار ت لدراسة الفروق.

و قد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج منها:

معاناة الفصاميين محاولي الانتحار من الاضطراب النفسي،العجز المعرفي، العنف الداخلي ، عدم الرضا عن الذات، و التوجه التشاؤمي للحالات، الذي قد يكون هو الوقود الذي يدفع بهم للانتحار، إضافة لتحقيقهم و مؤشر الاكتئاب في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي لاكسنير.

فهرس المحتويات

كلمة شكر

الإهداء

ملخص الدراسة

مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.....05
- 2- الفرضيات.....09
- 3- أهمية الدراسة.....10
- 4- أهداف الدراسة.....10
- 5- مصطلحات الدراسة.....11

الفصل الثاني: الفصام

- تمهيد.....16
- 1- نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام.....16
- 2- تعريف الفصام.....17
- 3- المعطيات الايبيديمولوجية.....18
- 4- المقاربات النظرية للفصام.....20
- 4-1- النظرية الوراثية.....20

- 22.....العوامل البيوكيميائية.....2-4
- 23.....العوامل الغذائية و الهرمونات.....3-4
- 24.....اضطرابات الجهاز العصبي.....4-4
- 24.....العوامل الاجتماعية و الثقافية.....5-4
- 25.....العوامل الويائية6-4
- 26.....النظرية التحليلية.....7-4
- 28.....العوامل الأسرية.....8-4
- 31.....نظرية التعلم الاجتماعي.....9-4
- 32.....نموذج الاستعداد-ضغط.....10-4
- 33.....تشخيص الفصام.....5-5
- 33.....التشخيص الايجابي.....1-5
- 33.....التوظيف الفصامي في اختبار الرورشاخ.....2-5
- 35.....الشخصية الفصامية النموذجية.....3-5
- 35.....المعايير التصنيفية للفصام.....4-5
- 38.....الخصائص العيادية للفصام.....5-5
- 42.....أنواع الفصام.....6-5
- 45.....التشخيص الفارقي.....7-5
- 47.....مميزات الشخصية الفصامية حسب DSMIV.....8-5
- 48.....مسار الفصام و مآله.....6-6

- 7- الإعاقة في مرض الفصام.....54
- 8- علاج الفصام.....54
- 8-1- الاستشفاء.....55
- 8-2- العلاج الصيدلاني.....55
- 8-3- علاج بغيوية الأنسولين.....59
- 8-4- علاج جلسات الكهرباء.....60
- 8-5- العلاج التحليلي.....61
- 8-6- العلاج العائلي.....62
- 8-7- العلاج النفسي اجتماعي.....63
- 8-8- العلاج السلوكي.....63
- 8-9- العلاج المعرفي.....64
- 9- الفصام و الانتحار.....65
- 9-1- الموت و مريض الفصام.....65
- 9-2- محاولات الانتحار عند الفصامين.....66
- 9-3- عوامل الخطر.....67
- 9-4- السوابق.....67
- 9-5- الخصائص العيادية.....67
- خلاصة.....69

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد.....	71
1- نظرة تاريخية عن مفهوم الاكتئاب.....	71
2- مفهوم الاكتئاب.....	73
3- تعريف الاكتئاب.....	74
4- ابيديمولوجيا الاكتئاب.....	75
5- العوامل المؤهلة و التناولات النظرية المختلفة في تفسير الاكتئاب.....	78
6- تشخيص الاكتئاب.....	86
7- المآل و التطور.....	103
8- علاج الاكتئاب.....	103
خلاصة.....	107

الفصل الرابع: الانتحار

تمهيد.....	109
1- لمحة تاريخية للظاهرة الانتحارية.....	109
2- تعريف الانتحار.....	111
3- ابيديمولوجيا الانتحار.....	113
4- العوامل المؤهلة و التناولات النظرية المختلفة في تفسير الانتحار.....	116
5- أشكال الانتحار.....	127
6- تصنيفات الانتحار.....	130

7-مظاهر الانتحار.....132

8-أزمة الانتحار.....132

9- محاولة الانتحار

9-1-تعريف محاولة الانتحار.....136

9-2-الوسائل المستعملة في المحاولة الانتحارية.....137

9-3-سمات الفرد محاول الانتحار.....138

9-4-استراتيجيات التكفل.....139

خلاصة.....144

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.....147

1-استطلاع ميداني.....148

2-منهج البحث.....148

3-مكان إجراء البحث.....149

3-1-الصعوبات في الميدان.....150

4-مجموعة البحث.....150

4-1-معايير انتقاء مجموعة البحث.....150

4-2-وصف مجموعة البحث.....151

5-وسائل البحث.....153

6-طريقة تحليل البيانات.....161

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

163.....تمهيد

164.....عرض البيانات

236.....نتائج الحالات على مؤشر الانتحار

237.....تفسير النتائج

239.....نتائج الحالات على مؤشر الاكتئاب

240.....تفسير النتائج

242.....نتائج الحالات على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية

243.....تفسير النتائج

244مقارنة النتائج المحققة بين المجموعتين و بين السياقات النفسية الخاصة بالمجموعة الفصامية.....

246.....تحليل و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

خاتمة

اقتراحات و توصيات

المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	الصفحة
1	نسبة الفصام في التوائم المتشابهة	21
2	أنواع الاكتئاب	90
3	الوسائل المباشرة و غير المباشرة لمحاولة الانتحار	128
4	خصائص مجموعة البحث	152
5	نتائج حالات الدراسة على مؤشر الانتحار	225
6	الفروق بين مجموعتي البحث على نتائج مؤشر الانتحار في اختبار "ت"	225
7	نتائج حالات الدراسة على مؤشر الاكتئاب	228
8	نتائج المجموعتين في اختبار ت على مؤشر الاكتئاب	228
9	نتائج مجموعة البحث على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية	230
10	الفروق بين مجموعتي البحث على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية في اختبار "ت"	230
11	مقارنة بين نتائج مجموعتي البحث في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي	231

قائمة المختصرات:

APA : الجمعية الأمريكية للطب العقلي

DSMIV-TR: الدليل لتشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل

DSM5: الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس

TS: المحاولة الانتحارية

S.CON: مؤشر الانتحار

DEPI: مؤشر الاكتئاب

CDI: مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية

PSV: الإجابات المكررة

P: الإجابات الشائعة

S: الإجابات المدركة في الأبيض

AN: الإجابات التشريحية

MOR: الإجابات المرضية

مقدمة

مقدمة:

تعتبر ظاهرة الانتحار من أخطر الظواهر التي تهدد أمن و سلامة المجتمعات وتماسكه، حيث لا يوجد مجتمع في مأمن منها، و الانتحار ظاهرة عرفها التاريخ منذ العصور القديمة، إلا أنه لم يشكل هاجسا أو خطرا مثلما هو عليه الحال في الوقت الحاضر، و يرجع ذلك إلى العديد من المتغيرات التي يتميز بها هذا العصر منها: تعقد الحياة الاجتماعية، و تسارع وتيرة النمو على كل المستويات، و انعكاسات ذلك على الفرد الذي أصبح يعيش تحت ضغط مستمر وقلق دائم، كانت من أهم نتائجه تزايد محاولات الانتحار، حيث أن جرائد اليوم لا تكاد تخلو أخبارها من وقوع حادثة انتحار واحدة يوميا على الأقل في كامل تراب الوطن من شرقه إلى غربه إلى شماله فجنوبه ما شد انتباهنا إلى هذه الظاهرة، التي أصبحت تضرب بشدة ربوع الوطن، و أضحت مشكلا يضرب أطنابه ناقوس الخطر من أن يصبح وباء فتاكا يقتل أكثر من الأمراض الأخرى ، فالانتحار من المشاكل الخطيرة التي تعد مؤشرا على تفكك المجتمع، و تمثل فشلا فرديا و جماعيا في التكيف مع المعايير و الضوابط الاجتماعية.، عمليا جميع الأمراض العقلية مرتبطة بأزمات انتحارية، و يعتبر خطر الانتحار من عشرين إلى مئة و عشرين مرة أعلى عند المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية منها عند عامة الأفراد، و لأن الفصام من أكثر الأمراض العقلية انتشارا، حيث يمثل مرضاه أكثر من ستين بالمئة من المرضى العقليين، كما نسجل نسبة انتحار بين الفصاميين تقدر بين عشرة إلى خمس عشرة بالمئة مع نسبة محاولة انتحارية تقدر بثمانية عشرة حتى خمسة و خمسون بالمئة، و لأن مرضى الفصام يعتبرون مجموعة خاصة، فقد آثرنا التطرق لهذا الموضوع الخطير و الحساس، ولإحاطة بكل جوانب هذا الموضوع فقد قسمت هذه الدراسة إلى جانبين نظري و ضم أربعة فصول تمثل الفصل الأول في الإطار المفاهيمي للدراسة حيث تطرقنا فيه إلى تحديد الإشكالية و عرض الفروض، إبراز الأهداف و الأهمية، ثم وضعنا التعريفات الإجرائية المستعملة في هذا العمل ، و جاء الفصل الثاني ليشمل بالدراسة الفصام فعرضنا فيه لمحة تاريخية لتطور هذا المفهوم، ثم تطرقنا إلى التعريف به و إبراز مدى انتشاره، فالمقاربات النظرية المفسرة له، كيفية تشخيصه ، خصائصه ، أنواعه،و الجدول العيادي، كما تطوره و مآله وصولا إلى العلاج، كما تناولنا الفصام و الانتحار من حيث تعريف الموت عند الفصامي، و المحاولات الانتحارية عند مرضى الفصام، عوامل الخطر للفصاميين محاولي الانتحار، السوابق الشخصية، و الخصائص العيادية لهؤلاء المرضى.

و اختص الفصل الثالث بالاكْتئاب، فعرضنا فيه لمحة تاريخية، مفهوم الاكْتئاب، تعريفات الاكْتئاب، ابيديمولوجيته، و العوامل المؤهلة و النظريات المفسرة للاكْتئاب، كما تناولنا تشخيصه، خصائصه العيادية، المآل و التطور، فالعلاج.

و جاء الفصل الرابع بعنوان الانتحار لنعرض فيه نبذة تاريخية للظاهرة الانتحارية، تعريف الانتحار، مدى انتشاره، ثم تناولنا العوامل المؤهلة للانتحار و التناولات النظرية المختلفة في تفسيره، أشكاله، تصنيفاته (أنواعه)، مظاهره، ثم تطرقنا إلى المحاولة الانتحارية من حيث تعريفها، الوسائل المستعملة فيها، ثم سمات الفرد محاول الانتحار، وصولاً إلى استراتيجيات التكفل.

أما الجانب الثاني من الدراسة فهو تطبيقي، و قد ضم فصلين: الفصل الخامس و هو الجانب المنهجي للدراسة عرضنا فيه المنهج المتبع، حدود البحث، وصف مجموعة الدراسة، تقديم تقنيات البحث، و عرض كيفية تطبيقها و تحليلها بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية.

و الفصل السادس تناول عرض البيانات و تحليل النتائج مع مناقشتها و تفسيرها على ضوء الفرضيات و التراث الأدبي السيكولوجي المتوفر لدينا.

و أنهينا هذه الدراسة بخاتمة، قائمة المراجع ثم الملاحق.

الجانِب النَّظْرِي

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

يعد خطر الانتحار و بلا منازع أول انشغالات ممتهمي الصحة العقلية من أطباء عقليين، و أخصائيين نفسانيين، و ممرضين...الخ، حيث تبقى كل من الأسئلة و المشاعر التي يثيرها الانتحار مهمة بحكم تأثيرها العام عليهم، و لأن الطب النفسي منذ نهضته في خمسينات القرن الماضي و إلى الآن، يقوم على أساس افتراضات ايميل كريبيلين، و المتمثلة في فكرة أن المرض العقلي يقبل الانقسام إلى فئات مرضية، نجد أن من أخطر تلك الفئات مرض الفصام، الذي يعتبر من أكثر الأمراض العقلية المعطلة للشخصية، و المرضى الفصاميون نجدهم يحتلون أغلبية أسرة المستشفيات العقلية، و قد استعمل مصطلح الفصام أول مرة من قبل مورل Morel سنة 1860، و سماه بالخبل المبكر، ثم قام هيكر Hecker باستبدال تسمية الخبل المبكر بالهيبفيرينيا سنة 1871، ثم جاء كريبيلين ليؤكد على أن الخبل هو ضعف في الوحدة، و الانسجام الطبيعي للتفكير و العاطفة و السلوك، ليقوم بلويلر Bleuler سنة 1911 بابتكار كلمة فصام، و جعل المعيار الأساسي هو التفكك، الذي يمس مكونات الشخصية وهي: التفكير، العاطفة، السلوك، مما يجعل هؤلاء المرضى يعانون من هشاشة نفسية قد تؤدي بهم إلى الانتحار، هذا الأخير يعتبر أزمة نفسية عند النفسانيين، ظاهرة اجتماعية عند دوركايم، و تظاهرة مرضية عند اسكيروول، كما اعتبره ألبرت كامو بأنه المشكل الفلسفي الوحيد الخطير جدا.

و يعرف الانتحار بأنه العدوان القاتل الموجه نحو الذات (Kacha, 2002, 375)، أو هو فعل العدوان الذاتي الإرادي المتعمد المؤدي إلى الموت (Bensmail,1993, 93)، كما يعرف الانتحار بأنه الفعل الواعي و المحرر لقتل النفس (Pelsser,1989, 251)، أو كما عرفه اسكيروول بأنه "وضع الفرد نهاية لوجوده الخاص" (Esquirol, 1838, 30). إضافة لاعتباره من بين الأنشطة العدوانية الذاتية، يتميز الانتحار بأنه تصرف قد يؤدي إلى الموت، و تفسيره السيكودينامي لا يكون حسب نجاحه أم لا، بل بنظر الفرد القائم بالفعل إليه. (Ajuriaguerra,1980, 487)

من خلال التعاريف السابقة يتضح لنا إذن أن الانتحار ليس مرضا، و لكنه سلوك يتعمده الفرد لقتل نفسه بنفسه، و هذا السلوك يأخذ جذوره من مختلف مخاطر الحياة التي تهيء، و تغذي نية وضع حد نهائي لاقتران عدة عوامل و ظروف وجودية وأنية غير معلومة الطول تنتهي بالمحاولة الانتحارية، التي تمثل

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

شكلا فريدا من الجرائم يكون فيها الجاني و المجني عليه شخصا واحدا، إذ أن محاولة قتل النفس ترمي في نهاية المطاف إلى تدمير الذات بواسطة الذات.

و بما أن طرق و أساليب الانتحار تختلف من فرد لآخر، فذلك نتيجته قد تختلف ما بين نجاح الفرد في الموت أو فشله، مما يجعلنا أمام المحاولة الانتحارية، التي تعتبر عامل الخطر الأكثر تنبؤا بانتحار مستقبلي مؤجل مؤقتا، حيث أثبتت الدراسات أن أغلبية محاولي الانتحار يعيدون الكرة، و ينتحرون في السنوات الأولى التي تعقب المحاولة الانتحارية، كما يمثل المعدل السنوي للمحاولات الانتحارية 34.1 لكل 100.000 شخص أي أعلى بـ 15 مرة من الانتحار (Kacha,2002, 345) ، عليه فدراسة الأفراد الذين يقتلون أنفسهم أو يحاولون ذلك تفيد في محاولة فهم الفكر الانتحاري، و الكشف عن أسبابه، الأمر الذي يساعد المختصين في هذا الميدان في إنقاذ هاته الفئة، ذلك أن الإبقاء على الحياة و ليس الموت و إدراك الخطوات التي يمكن اتخاذها لتحويل دون تنفيذ المنتحر لنيته في الانتحار، هذا طبعا إذا عرفنا المواطن التي يجب أن نعانيها في نفسه، فعلمنا ماهية التوظيفات النفسية التي تؤدي به إلى ذلك، كما معرفة السيرورات النفسية عنده ، هو ما يدفعنا لدراسة الانتحار.

و على إثر دراسة ميدانية تمت في المستشفى الجامعي بقسنطينة عام 1987 ، تم وضع بروفيل الفرد المنتحر في نقاط رئيسية:

*المنتحر راشد شاب حيث أن 80 % من المنتحرين أقل من 40 سنة؛

*الوضعية العائلية قد لا تكون عاملا من عوامل الانتحار، فالمتزوج أو الأعزب كلاهما ينتحر، خلافا لوجهة النظر القائلة أن الأعزب أو المطلق هما من ينتحر أكثر؛

*المستوى الاجتماعي الاقتصادي لا بأس به؛

*هناك علاقة وطيدة بين الانتحار والمرض العقلي تم التحقق منها في الوسط المغربي، حيث أن 40 % من المنتحرين كانوا ذهانيين. (Bensmail,1993, 107)

كما أنه بناء على دراسات عديدة أجريت على المنتحرين و محاولي الانتحار تم وضع عدة عوامل خطر من أهمها:

✓ وجود على الأقل محاولة انتحارية؛

✓ المرض العقلي (اكتئاب ، فصام)؛

✓ تاريخ سابق للدخول في مصحة نفسية؛

و في هذا فقد كتب اسكيرول Esquirol في الانتحار قائلا: "إن الفرد لا يسلك سلوكا ضد حياته إلا إذا كان في حالة هذيان، والمنتحرون هم مجانين"، كما نجد أن بلويلر قد أكد و شدد على خطورة المرور للفعل الانتحاري، و اعتبره العرض الأكثر خطورة في مرض الفصام، فالفصاميون يعتبرون مجموعة خاصة معرضة لخطر الانتحار الذي يعد حدثا مأساويا شائعا عند هذه الفئة، حيث أن الانتحار عند الفصامي نوعان، فعل اندفاعي ينتج من القلق الشديد أو الهلاوس، و فعل متعمد ناتج عن تناذر قلق اكتئاب .، كما أن الانتحار يعد السبب الرئيسي للموت عند الفصاميين بنسبة تقدر من 9% حتى 13%، مما يمثل خطرا أعلى بعشرين مرة منه عند عامة المجتمع،

و كما هو معلوم يمكن للوظائف المعرفية أن تتعرض للتدهور نتيجة اضطرابات ذهانية على رأسها الفصام، فالأدلة العلمية التي توصلت إليها الدراسات ، تؤكد أن هناك أعراضا معرفية نوعية مميزة للفصام يمكن اكتشافها عند كل الأنماط الفرعية المميزة للمجموعة الفصامية، و أن اضطراب معظم الوظائف المعرفية يكون ثابتا و مستمرا حتى في حالة تغير الأعراض الفصامية عياديا. (Brunet-Gouet,2007)، و من بين تلك الأعراض نجد عدم الكفاءة الاجتماعية، حيث يرى بعض الباحثين أن توقعات الكفاءة الاجتماعية الموجهة للسلوك تقوم على التحضير أو الإعداد للتصرف و ضبطه و التخطيط الواقعي له، و تتبع أهمية الكفاءة الاجتماعية في تأثيرها على الكيفية التي يشعر و يفكر فيها الفرد، فعدم الكفاءة الاجتماعية يرتبط على المستوى الانفعالي بصورة سلبية مع مشاعر القلق و الاكتئاب و انخفاض قيمة الذات، و على المستوى المعرفي ترتبط بالميل التشاؤمية مع التقليل من الذات. ، كما تتمثل مظاهر عدم الكفاءة الاجتماعية في معاناة الأفراد من الشعور بالنقص وعدم الكفاءة، فيقللون من شأن أنفسهم ولا يستطيعون مقاومة القلق الناجم عن أحداث الحياة اليومية وضغوطها، ويبحثون باستمرار عن المساعدات النفسية (Schwarzer,1996,96)، و للإلمام بهذا الموضوع الشائك فقد استعملنا اختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي، و الذي يعد أداة هامة جدا توفر للأخصائي النفسي قدرا كبيرا من المعلومات عن التوظيف النفسي للفرد كما يسمح بالتعرف بدقة على السياقات الأساسية للتوظيف الإدراكي و السير المعرفي المستخدم في الإدراك، كما أنه يلتقط الخصوصيات الأصيلة في الشخص، و يعلمنا عن الوظائف النفسية التي تنتج السلوكات الملاحظة مما يمكننا من فهم العميل من حيث كونه فرد بهدف وضع التشخيص المناسب، و اختيار العلاج الأمثل (Exner,2003,9) ، و يعتمد اختبار الرورشاخ النظام

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

الإدماجي عند تفسيره و ترجمته على سبعة مجموعات أساسية، إضافة لسنة مؤشرات، ركزنا على ثلاثة مؤشرات هي مؤشر الانتحار، مؤشر الاكتئاب، و مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية، و هذا لفهم عيادي أعمق للمشكلة المطروحة، إذ أن مؤشر الاكتئاب و عدم الكفاءة الاجتماعية مرتبطان في بعض المتغيرات المكونة للمؤشرين، حيث استخلص اكسنير أن هناك ثلاثة أنواع من الناس عرضة للاكتئاب و هي: أشخاص غير متوازنين عاطفياً، أشخاص متشائمون على الصعيد المعرفي، و أخيراً أشخاص يشعرون بأنهم غير قادرين على مواجهة تعقيدات المجتمع، مما جعله ينشأ مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية، هذا الأخير يمكن أن يحلل لذاته، أو بالارتباط مع مؤشر الاكتئاب (Exner,1995)، و هو ما سنراه في دراستنا.

على ضوء ما سبق و بعد اطلاعنا على الدراسات الوطنية التي تناولت الانتحار أو محاولات الانتحار، إضافة لدراسة مرض الفصام كلا على حدى نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة حسينة يحيوي سنة 1996 المعنونة بالمحاولة الانتحارية دراسة نفسية، و التي تناولت المحاولة الانتحارية، ووجدت أن الأفراد الذين حاولوا الانتحار يعانون من اليأس و الاكتئاب، و أنهما عاملان مهمان في تفجير السلوك الانتحاري.، و دراسة عبد الحفيظ معوشة 2008 التي كانت بعنوان الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب -دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب بمدينة باتنة- ، و أهم ما خلصت إليه أنه توجد علاقة إرتباطية من النوع السالب بين تقدير الذات ومكوناته، و أبعاد الميول الانتحارية عند الجنسين، تقدير الذات العامة هي المؤشر الأكثر إسهاماً بالتنبؤ بالميل الانتحاري عند الذكور، أما عند الإناث فتقدير الذات العائلية هو المؤشر الأكبر من بين أنواع تقدير الذات إسهاماً بالتنبؤ بالميل الانتحاري، وجود فروق دالة إحصائياً في الميول الانتحارية لصالح تقدير الذات المنخفض.

أما بالنسبة للدراسات السابقة التي تناولت مرض الفصام على سبيل المثال لا الحصر أيضاً، فنجد دراسة بوقصة عمر، سنة 2004، و التي كانت بعنوان الإدراك البصري لدى الفصاميين، و قد خلصت إلى أنه لا توجد فروق جوهرية في زمن الإدراك البصري بين الفصاميين و الأسوياء، إلا أنه توجد فروق جوهرية في دقة و ثراء الإدراك البصري بين الفصاميين و الأسوياء في اختبار الإدراك البصري لراي (الصورة).⁽¹⁾

و لأن كل الدراسات تناولت الانتحار، محاولات الانتحار، أو الفصام، لكن لم يتم التعرض للمحاولة الانتحارية عند مريض الفصام و تناوله في دراسة واحدة ، هذا النقص خلق عندنا فضول علمي في تناول

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

موضوع الدراسة كما دعمته معطيات موضوعية أخرى. و اعتبارا أنه لا توجد دراسة وطنية واحدة (على حد علم الباحثة) تتناول الانتحار عند مريض الفصام من خلال دراسة السياقات النفسية للفصامي محاول الانتحار عن طريق اختبار الورشاخ النظام الإدماجي فقد قمنا بطرح التساؤل الرئيسي التالي:

• هل هناك سياقات نفسية خاصة بالفصاميين محاولي الانتحار تظهر في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟

و قد تفرع عنه مجموعة من التساؤلات الآتية:

- هل هناك فروق في مؤشر الانتحار عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟
- هل هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟
- هل هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند مرضى الفصام محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي؟

2-الفرضيات:

وللإجابة عن هذه التساؤلات فقد صغنا الفرضية الرئيسية كالاتي:

➤ هناك سياقات نفسية خاصة بالفصاميين محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

و قد تفرعت عنها مجموعة من الفرضيات الجزئية كمايلي:

- هناك فروق في مؤشر الانتحار عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.
- هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.
- هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الورشاخ النظام الإدماجي.

3- أهمية الدراسة:

نظرا لأن الانتحار مشكلة اجتماعية لا يقتصر خطرها على الأفراد المنتحرين فحسب بل يمتد ليشمل كافة أفراد المجتمع ،و ذلك لما ينتج عنها من جرائم و فظاعات تهدد أمن المجتمعات و استقرارها ، لذا فإنه ينبغي التصدي لهذه الآفة بشتى الطرق و الوسائل من أجل الحد منها، كما تتمثل أهمية الدراسة الحالية في كونها تسلط الضوء على مايلي :

كان اختيار موضوع الانتحار لما له من حجم ، شدة خطورة و آثار تدميرية للفرد و العائلة و المجتمع بصفة عامة و كان اختيارنا للمحاولة الانتحارية لأنها عامل الخطورة الأكثر تنبؤا حسب الدراسات العلمية المنشورة أما عن اختيارنا للمحاولة الانتحارية عند الفصامي فمن أجل تحديد السياقات النفسية عند مريض الفصام الذي حاول الانتحار، كذا معرفة عوامل الخطر التي تنبئ بالقيام بالفعل الانتحاري عند الفصامي من خلال مقارنته مع مريض الفصام الذي لم يحاول الانتحار، و محاولة تقديم بروفيل نفسي له مما يمكننا من التنبؤ بالفعل الانتحاري عند هذه الفئة التي تعاني هشاشة نفسية مما يساعد الأخصائي النفسي في التكفل الأمثل بهذه الفئة.

4- أهداف الدراسة:

- معرفة السياقات النفسية التي تحمي الفصامي من الانتحار في اختبار الرورشاخ .
- معرفة ما إذا كان هناك فروق في الاستجابة لمؤشر الانتحار عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ.
- معرفة ما إذا كان هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ.
- معرفة ما إذا كان هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ.

5- المصطلحات الأساسية في الدراسة:

تحتوي دراستنا على مصطلحات أساسية وجب تحديدها هي:

• الفصام:

التعريف اللغوي:

الفصام كلمة يونانية الأصل، و هي تنقسم إلى مقطعين: سكييز Schize و معناها انقسام و انشطار، و فرين Phréne و معناها العقل بمعنى انقسام العقل و انشطاره.

التعريف الاصطلاحي:

يعرف القاموس الطبي الفصام على أنه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي المنشأ، يتميز خاصة بتفكك في الشخصية (تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منتظمة)، انفصال وغرابة، أحاسيس التمركز حول الذات مع فقدان الاتصال مع الواقع. (Manuila,2000,449)

تعريف سيلامي N.Sillamy الفصام كحالة مرضية تتميز بفقدان التواصل مع العالم الخارجي ، و الانقطاع عن الواقع و تشتت الفكر، تحت لفظ فصام تدرج مجموعة من الاضطرابات من بينها أفكار هذيانية مثل تشتت الفكر ، هلوسة بصرية و سمعية مثل صوت أو تعليق على أفكار الموضوع، استدلال غير منطقي ، اللامبالاة العاطفية، العزلة الاجتماعية، و الشعور بالغرابة. (Sillamy ,1989,247)

أكد كريبلين أن الخبل هو ضعف في الوحدة و الانسجام الطبيعي للتفكير و العاطفة و السلوك. (Davison&Neale,1986,334)

أما بلويلر فقد ميز نوعين من الأعراض هما:

1- الأعراض الأساسية التي تشمل التفكك العقلي، و اضطرابات الترابط و العاطفة و تناقض

الاحساسات و الارادة و الذكاء، و الاجترارية، و جميعها أعراض دائمة.

2- الأعراض الثانوية: و هي تشمل اضطرابات الحواس التي تشير إلى الأوهام و الهلوس و الأفكار

الهذائية، بالإضافة إلى اضطرابات الذاكرة و الشخصية و الكتابة و الصورة الجسمية، و زملة

أعراض التخشب ، علما أن هذه الأعراض قد تظهر أحيانا و تختفي أحيانا أخرى.

كما نجد أعمال أندرسن Anderson و أولسن Olsen عام 1982 التي قامت على التمييز بين الأعراض الايجابية و الأعراض السلبية التي أدخلها جاكسن Jakson عام 1931، مع إضافة الأعراض المختلطة.

التعريف الإجرائي للفصام:

و يتمثل في الجدول العيادي للفصام في الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع DSMIV و هو كمايلي:

أ – الأعراض المميزة: يجب توفر على الأقل اثنان او أكثر من هذه التظاهرات، كل واحدة منها تدوم لفترة معتبرة من الوقت و ذلك خلال شهر على الأقل (على الأقل بمعنى عندما تستجيب بطريقة ملائمة للعلاج)

1_ أفكار هذيانية

2_ هلاوس

3_ حديث غير منظم (عدم الاتساق اللغوي و الفكري)

4-سلوك غير منظم أو وجود أعراض تخشبية

5_ أعراض سلبية (كالخمول الوجداني ، ندرة الكلام Alogie أو فقدان الارادة)

يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار أ إذا كانت هناك غرابة في الأفكار الهذيانية، أو إذا تكونت الهلاوس من أصوات تعلق باستمرار على سلوكات و أفكار الشخص، أو إذا كانت تتواجد في الهلاوس عدة أصوات تتداخل فيما بينها.

ب- القصور المهني والاجتماعي: هو خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي بمعنى إذا اعتري أي من النشاطات الاجتماعية (العلاقات الأسرية، الاجتماعية) أو الجانب المهني (العمل) اضطراب ظاهر للعيان منع الفرد من ممارسة حياته الاجتماعية والمهنية بشكل عادي منذ بداية ظهور الأعراض عليه. أيضا، إذا شمل ذلك عدم الاهتمام بالنواحي الصحية و النظافة الشخصية والملبس مقارنة بما كان يفعله قبل ظهور الأعراض. أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة أو الطفولة فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

ج- المدة: و تقصد بها الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص، في هذا الاضطراب لا بد من أن تكون علامات الاضطراب موجودة لدى الفرد لفترة لا تقل عن 6 أشهر. يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية (التي سبق طرحها في المجموعة الأولى) بدون انقطاع، وهذه تسمى "بالفترة النشطة للاضطراب"، مع أو دون أعراض تمهيدية أو متبقية. (APA, 2004,149-150)

• الإكتئاب:

التعريف اللغوي: الإكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من كلمة كئب يعني تغيرت نفسه و انكسرت من شدة الألم و الحزن، و الكآبة هي الحزن الشديد ، و الإكتئاب مرادف للإنقباض، و انقبض يعني تجمع و انطوى، و انقبض الرجل على نفسه أي ضاق بالحياة فاعتزل ، و انقبض عن القوم أي هجرهم. (المنجد في اللغة و الإعلام، 1986، 668)

التعريف الاصطلاحي: تعريف الاكتئاب حسب منظمة الصحة العالمية: هو اضطراب في المزاج، قد يكون خفيف أو متوسط، أو شديد، و هو أكثر التناذرات النفسية انتشاراً، يوجد أكثر من مائتا مليون شخص يعاني من هذا الاضطراب نتيجة صدمات الحياة المختلفة، و أهم ما يتميز به: الحزن و انخفاض الطاقة دون الاستجابة للظروف المحيطة، البطئ النفسحركي، فقدان القدرة على الاستمتاع و الاهتمام بالأشياء و التركيز، الشعور بالتعب الشديد L'asthénie، انخفاض في تقدير الذات و الثقة بالنفس، اضطراب النوم سواء الأرق أو فرط النوم، فقدان الشهية، فقدان الرغبة الجنسية، و تشيع في الاكتئاب الأفكار و الأفعال الانتحارية. (André, 1995 ,102_103)

في الطب العقلي يعرف الاكتئاب بأنه حالة مرضية ترتكز أساساً على حدوث تغيير كبير في المزاج الذي يغلب عليه التشاؤم، الشعور بعدم القدرة على الإنجاز، و احتقار الذات و تأنيبها، بالإضافة إلى تباطؤ في النشاط العام في السلوكات النفسية الحركية و في الوظائف العقلية. (Guyotat,1990,56)

وقد عرف معجم علم النفس الاكتئاب بأنه "حالة مرضية مزمنة نسبياً، يميزها أساساً الحزن، انخفاض الجهد و الطاقة، عدم القدرة على التركيز و التذكر مما يزيد من تأزم الوضع الاكتئابي". (Sillamy,1996 , 92)

يعرف بيك Beck الإكتئاب على أنه اضطراب في التفكير، و يعتبر أعراض التناذر الاكتئابي كنتائج لتنشيط أنماط معرفية سلبية. (Cottraux,1997,14)

التعريف الإجرائي للاكتئاب:

هو تحقيق مؤشر الاكتئاب في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي و يكون ذلك بتحقيق خمسة متغيرات ايجابية من مؤشر الاكتئاب.

• الانتحار:

التعريف اللغوي: الانتحار في اللغة العربية كلمة مشتقة من الفعل نحر أي ذبح و قتل.

و نقول انتحر ينتحر انتحارا بمعنى قتل نفسه، ووضع حدا لحياته. (بن هادية، 1991، 205)

التعريف الاصطلاحي:

في دليل الطب العقلي يعتبر الانتحار من بين الأنشطة العدوانية الذاتية، يتميز بأنه تصرف قد يؤدي إلى الموت و تفسيره السيكودينامي لا يكون حسب نجاحه أم لا ، بل بنظر الفرد القائم بالفعل إليه. (Ajuriaguerra,1980, 487)

تعريف منظمة الصحة العالمية OMS : "فعل الانتحار هو هجوم ضد الشخص في حد ذاته مع درجة متفاوتة لنية الموت، و الانتحار هو فعل يؤدي إلى الموت المحتم"

عرفه دوركايم سنة 1897 بأنه "كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة من فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الضحية ذاته و هو يدرك نتيجة هذا الفعل". (Durkheim , 1897,55)

كما عرفت موسوعة علم النفس المرضي للطفل الانتحار على أنه "الفعل الواعي و المحرر لقتل النفس". (Pelsser, 1989, 251)

التعريف الإجرائي للانتحار:

هو تحقيق ثمانية متغيرات ايجابية من مؤشر الانتحار في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي.

الفصل الثاني

الفصام

تمهيد:

يعتبر الفصام من الذهانات المزمنة الأكثر انتشاراً، فهو يصيب 1% من مجموع السكان، يعد من أعقد الأمراض لأنه يصيب جميع جوانب الشخصية من القدرات المعرفية إلى المكونات الإنفعالية الوجدانية و السلوك، مما يخلف إعاقة بالغة و هو ما أثار اهتمام العديد من الباحثين فحاولوا معرفة الأسباب المؤدية للمرض، المقاربات المفسرة له، أعراضه، أنواعه، آثاره، و أخيراً طرق التكفل السليم و الأمتثل له، و هو ما سنبينه في هذا الفصل.

1-نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام:

تم استعمال مصطلح " الخبل المبكر " لأول مرة من طرف العالم البلجيكي موريل Morel سنة 1860، وذلك للإشارة للحالات الفصامية، وبعد سنوات قام هيكر Hecker سنة 1871 باستبدال تسمية " الخبل المبكر " بالهيبيفرنيا Hébéphrénie ومائله بمرض عقلي يظهر عند البلوغ ويتطور سريعاً نحو الخبل . سنة 1874 قام كاهلبوم Kahlbaum بوصف التخشب والذي هو عبارة عن شكل خاص من الخبل المبكر والذي يتميز بأعراض حركية ذات طابع ذهولي؛ أما كراپلين Kraepelin 1898 فقد قام باعتبار الخبل المبكر كوحدة مرضية مستقلة تضم الهيبيفرنيا لهيكر والتخشب لكاهلبوم ، بالإضافة إلى شكل جديد وهو الشكل الزوراني والذي يتطور بطريقة سريعة جداً نحو القصور .

(Bescha et d'autre, 2002, 69)

سنة 1911 قام الطبيب العقلي السويسري بلويلر Bleuler بابتكار كلمة الفصام لوصف اضطراب خاص، ملاحظ عند الشباب خاصة، واعتبر بلويلر أن الفصام ليس عبارة عن مرض بل هو مجموعة من التناذرات المختلفة، وأن المعيار الأساسي لها هو "التفكك" ويمس ثلاثة أجزاء في الشخصية: التفكير، العاطفة، السلوك.

وقد كان موقف بلويلر مختلفاً عن موقف كريپلين في نقطتين أساسيتين وهما:

- أن الاضطراب ليس من الضروري أن تكون له بداية مبكرة.

- وليس بالضروري أن يكون هناك تدهور نحو الخبل .

الفصل الثاني: الفصام

و رغم هذا الاختلاف إلا أن كلا منهما قد ركز على اضطراب سير العمليات السيكلولوجية، وإلى وجود اضطراب في الشخصية. (Pedinielli, Gimenez, 2003, 69)

في بداية سنة 1980 قام كرو Crow بوصف شكل إيجابي للفصام من النمط الأول والذي يتميز بوجود الأعراض الإيجابية مثل: الأفكار الهذيانية، الهالوس، وبعض الاضطرابات في التفكير وبدء مفاجئ، مع الاحتفاظ بالقدرات العقلية واستجابة جيدة للمنبهات العصبية الكلاسيكية، ووصف أيضا شكل سلبي له أو تناذر من النمط الثاني والذي يتميز بوجود الأعراض السلبية: فقر عاطفي، فقر في الحديث، فقدان الطاقة الحيوية، كما يتميز ببدء مخادع وتلف معرفي واستجابة سيئة للمنبهات العصبية.

وفي سنة 1987 قام ليدل Liddel بإكمال ما قدمه كرو ، و ذلك بإضافة التناذر التفككي إلى التناذر الإيجابي والتناذر السلبي، بالرجوع إلى التفكك العقلي المقترح من طرف بلويلر .

(Bescha et d'autre, Op.cit , 70).

2-تعريف الفصام:

الفصام كلمة يونانية تنقسم إلى شقين Schizo :معناها الانقسام أو الانشقاق و Phrénie تعني العقل أو الفكر أي انقسام العقل، وهو ذهان خطير يصيب الشاب، عادة مزمن يتميز إكلينيكيًا بتفكك الذهن، عدم التوافق الوجداني وعمليات هذيانية غير متماسكة تؤدي إلى انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وانعزال توحدي.

يعرف القاموس الطبي الفصام على أنه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي المنشأ، يتميز خاصة بتفكك في الشخصية (تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منتظمة)، انفصال وغرابة، أحاسيس التمرکز حول الذات مع فقدان الاتصال مع الواقع. (Manuila, 2000, 449)

تعريف لابلانچ laplanche و بونتاليس pontalis للفصام: اكلينيكيًا يتنوع الفصام لعدة أشكال و تصنيفات لكننا نجد عادة الخصائص التالية: تفكك الفكر واضطراب في السلوك و الوجدان، الانفصال عن الواقع مع انغلاق على الذات و هيمنة للحياة الداخلية مع منتج وهمي و نشاط هذائي عادة غير منتظم.

(Laplanche, Pontalis , 1996, 232-233)

الفصل الثاني: الفصام

تعريف سيلامي N.Sillamy الفصام كحالة مرضية تتميز بفقدان التواصل مع العالم الخارجي ، و الانقطاع عن الواقع و تشتت الفكر، تحت لفظ فصام تتدرج مجموعة من الاضطرابات من بينها أفكار هذيانية مثل تشتت الفكر ، هلوسة بصرية و سمعية مثل صوت أو تعليق على أفكار الموضوع، استدلال غير منطقي ، اللامبالاة العاطفية، العزلة الاجتماعية، و الشعور بالغربة. (Sillamy, 1989,247)

*يعرف سترانج Strong الفصام بأنه " اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفية أي تلك الأمراض التي لا ترجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في مخه، ولكنها اضطرابات تطراً على الوظائف العقلية فقط ، ومن أعراضه الانسحاب من الحياة الاجتماعية و البلادة الانفعالية."

*أما سانفورد Sanford فيعرفه بأنه أحد الأمراض العقلية ، وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة، ويتضمن هذا المرض الهلوس والأفكار الزائفة أو الهروب و الانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض.

*جيمس دريفر يشير إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية، كما أن الحياة الانفعالية نفسها يعترتها التفكك والانحلال وعدم التماسك ،التناسق و التنظيم(العيسوي،1995، 186).

كذلك عرف بلويلر Bleuler الفصام على " أنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمننا و أحيانا أخرى نوبات متكررة، و يحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، و لكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التفكير، و الشعور، و علاقة الفرد بالعالم الخارجي و التي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر. (عكاشة، 2003، 292)

3-المعطيات اليبسديمولوجية :

يعتبر الفصام من أكثر الذهانات المزمنة انتشارا، وهو يمس 1% من مجموع السكان، ذو انتشار عالمي ولا يختص بمجتمع دون الآخر، يصيب بالتساوي النساء والرجال، إلا أن بداية المرض تكون متأخرة نوعا ما عند النساء، و يظهر غالبا عند بداية الشباب -خلال سنوات المراهقة أو الرشد المبكر- (50% إلى 70% من الحالات يتراوح سنها ما بين 15 و 35 سنة) ، و نادرا ما يكون البدء قبل 10 سنوات و يعد 45-50 سنة، ويكون الاستشفاء الأول غالبا قبل 25 سنة بالنسبة للرجال و بين 25-35 سنة بالنسبة

الفصل الثاني: الفصام

للنساء، وتبلغ نسبة الفصاميين حوالي 50% من المرضى العقلين المزمين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية . (Karilla,Boss ,et d'autres ,2002, 111)

غالبا ما يأخذ الفصام سيرا معاودا أو مزمنًا و يشكل مشكلة صحية عامة لجميع المجتمعات، حيث يشغل المصابون به حوالي 25 % من أسرة المستشفيات العامة في الولايات المتحدة الأمريكية ، يعتبر من أكثر الاضطراب شيوعا عند الراشدين الذين يترددون على المستشفيات العقلية و وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة. (Weiner,1982,222)

يظهر في جميع الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية غير أنه يزداد في ظروف الفقر و الحرمان ،حيث قد يكون الفقر ظرفا قاسيا يصعب أن يتحملة ذو الطبع الفصامي، و يمكن أن يقال الشيء ذاته عن ظروف الهجرة الصعبة (يعقوب ، دذ،37)

كما نجد أن الفصول لديها تأثير في تطور المرض، فقد بينت الدراسات أن الولادات التي تحدث في فصل الشتاء والربيع ترفع من خطر الإصابة بالفصام بـ 5 إلى 8 % من مجموع السكان.

إضافة إلى أن الفصاميين معرضون للموت فمعدل الوفيات عند مرضى الفصام مرتفعة مقارنة بمجموع السكان العام، و ترجع أسباب هذا الارتفاع خاصة إلى أسباب غير طبيعية بالدرجة الأولى حيث نجد الانتحار بمعدل مرتفع يقدر بـ 10% . (Ollé et d'autres,2000,189)

أما عن بلدان العالم الثالث عموما فنجد أن الدراسات اليببيدومولوجية تكاد تكون منعدمة، أما بخصوص بلدان المغرب العربي عموما و الجزائر خصوصا فهناك بعض المحاولات التي اهتمت بتقدير انتشار المرض العقلي عموما لكنها اعتمدت على البيانات التي توفرها المستشفيات العقلية فقط، فنجد دراسة بن اسماعيل و آخرون التي توصلت إلى معدل قدر بـ 18% سنة 1964، و في عام 1974 وصل إلى 30% ، و في عام 1977 وصل إلى 36% ، و سنة 1985 ارتفع هذا المعدل إلى 40% ، و تشير هذه الإحصائيات إلى زيادة ملحوظة في معدلات انتشار الفصام في السنوات الأخيرة في الجزائر أرجعها الباحثون إلى التغيرات العميقة التي تشهدها المجتمعات، و إلى الصراع الثقافي الحاد في المدن الكبرى، حيث الاحتكاك الفوضوي بين القيم و النماذج المتنوعة و المتناقضة و أزمة الهوية الثقافية. (Douki,Moussaoui,Kacha,1987 ,18,148)

الفصل الثاني: الفصام

و حسب الموقع الالكتروني الذي يديره البروفيسور بلقاسم أحسن جاب الله فإن الفصام يمس 1% من مجموع الشعب الجزائري، و أن أكثر من 300.000 شخص يعانون من الفصام في الجزائر. (almanach-dz.com)

4-المقاربات النظرية للفصام:

بالرغم من تعدد الأبحاث التي قام بها العلماء لمعرفة أسباب الفصام ، إلا أننا لا نستطيع الجزم بسبب واحد لهذا المرض، و عموما فأصول الفصام تتركز في خمسة مجالات هي: الجينية و الأسرية و المجتمع و الكيمياء و العصبية، و هي تتضمن تساؤلات بيولوجية و أخرى اجتماعية، حيث يرى البعض أن جذور الفصام وراثية بينما يرى البعض الآخر أنها تنتج عن الخبرات الاجتماعية. و هناك من يعتقد أن التفاعل بين العوامل الجينية و البيوكيميائية و الاجتماعية يجعل الفرد يمتلك استعدادا للإصابة بالفصام (Rosenhan and Seligman,1984 , 483)

و هو ما سنتطرق إليه:

1-4 النظرية الوراثية:

يعتقد أصحاب هذا التناول أن الفصام ينتقل وراثيا من الآباء إلى الأبناء حيث توضح نتائج دراسة زاربن-رودن Zerbin-rudin أن تواتر ظهور الفصام في الأسر المصابة يزيد على تواتره في المجتمع العام بنسبة 1 % ، كذلك فإن خطر المرض تقدر نسبته عندما يكون هناك عم أو أخ فصامي بـ 2 %، والد الفصامي بنسبة 12.3%، الوالدين فصاميين بنسبة 36.6%، كذلك فنسبة خطر الإصابة بالفصام عند توائم غير حقيقية (مختلفين في الجنس) تقدر بـ 5.6%، و توائم غير حقيقية (من نفس الجنس) تقدر بـ 12%، أما عن التوائم الحقيقية فالنسبة تقدر بـ 57%(حسب احصائيات Zerbin-rudin) (Beasançon,2005,185)

إلا أن الباحثون اختلفوا على المدى الطويل في نسبة الفصام بين هذه التوائم، و فيمايلي جدول يوضح لنا معظم هذه الأبحاث مع النسبة المئوية للإصابة بالمرض.

الباحث	عدد التوائم	عدد المرضى	النسبة المئوية
لوكسنبرجر 1934	27	9	33 %
روزانوف 1934	41	25	61 %

الفصل الثاني: الفصام

ازنمولر 1941	11	6	55 %
كولمان 1964	174	120	85,9 %
سليتر 1953	37	24	76 %
أنوي 1961	55	33	19 %
تينازي 1963	16	3	19 %
جوتسمان 1966	24	10	42 %
كرنجلين 1967	55	21	38 %
فيشر 1969	21	10	48 %
بولين 1970	80	11	13,8 %

جدول(1) يوضح نسبة الفصام في التوائم المتشابهة

و من هنا نستطيع قبول النسبة للتوائم المتشابهة من 30% إلى 46% و للتوائم المتأخية 14% أي أن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها في التوائم المتأخية(سليتر 1961 و تينازي 1963) و نلاحظ إختلاف النسب في الدراسات المذكورة لعدم وجود محكات للتشخيص الدقيق المقنن إلا في أوائل الثمانينات مع ظهور التقسيم الأمريكي الثالث. (عكاشة، 2003 ، 299 ، 316)

حديثا نجد دراسات أخرى أظهرت أن النسبة قد ترتفع لتقدر من 8% إلى 18% عند التوأم غير الحقيقي، أما عند التوأم الحقيقي فتصل النسبة إلى 86% ، حتى عند التوائم المتفرقين في التنشئة فإن نسبة الإصابة تبقى مرتفعة لتصل إلى 77.6%، أما بالنسبة للتوائم التي تتلقى تنشئة مشتركة فإن نسبة الإصابة ترتفع لتقدر بـ 91.5% و هذا ما يشير إلى تدخل عوامل التربية.(Kacha,2002,172)

إن مرض الفصام و أعراضه لا يورث و لكن الذي يورث هو تهيئة المريض و إستعداده للإصابة بهذا المرض، إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية و بيولوجية و قد إختلف العلماء في نمط الإستعداد الوراثي للمرض ، فالبعض يعتقد أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال المورثات سائدة أو مسيطرة و يعني ذلك ضرورة إصابة أحد والدي المريض بالمرض نفسه ، و ظهوره في أبناء المرضى بنسبة 50 % ، أما البعض الآخر فيعتقد بأن الاستعداد للمرض ينتقل من خلال مورثات إسترجاعية أي أن غالبا ما يكون الوالدان و الأقرباء في صحة عادية ، و أن يصاب أبناؤهما بنسبة 25 % و لكن هذه النسبة لا تستطيع تفسير مدى انتشار مرض الفصام .

الفصل الثاني: الفصام

و يتفق الآن معظم أطباء النفس على أن الاستعداد الوراثي لمرض الفصام ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل و التأثير ، و ليس من خلال مورثات سائدة أو استرجاعية ، و من هنا نجد تفاعل عاملي البيئة مع الوراثة ، و لا يمكن فصلهما عن بعض و لا تزيد محاولات دراسة التوائم المتشابهة في العالم بعد فصلهما بيئيا عن بعض و اختلاف العامل البيئي بينهما عن 6 أو 7 محاولات و على الرغم من فصل أحدهما عن الآخر ، باستثناء دراسة تينازي 1963 ، و الذي وجد أن التوائم المتشابه الذي فصل عن أخيه بيئيا لم يصب بالمرض نفسه .

و قد أثرت منذ سنوات علاقة الفصام بعلامة على الكروموزوم رقم 5 ، مما جعل الاهتمام بالهندسة الوراثية في مجال الإضطرابات العقلية يأخذ مجالا أكثر انتشارا و لكن لم تثبت الأبحاث المتكررة صدق وجود هذه العلاقة على الصبغ رقم 5. (عكاشة، 2003 ، 300)

4-2- العوامل البيوكيميائية:

اكتشف أن تسيير الـ L-Dopa و L'amphétamine (التي تزيد نسبة الدوبامين و تستثير ذهانات تجريبية) تزيد من حدة الأعراض الفصامية، و أن المثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض بسبب نشاطها المضاد للدوبامين، مما أبرز عامل الدوبامين في الفصام.

فالمثبطات العصبية تعمل على كبح المستقبلات البعد مشبكية للدوبامين، حيث ترتفع كميتها في المشبك العصبي و من هنا أتى دور الدوبامين(Kacha,2002,172-173)، حيث اعتبر الباحثون أن الأعراض السلبية هي بسبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدماغ، في حين أن الأعراض الايجابية (الهلاوس، الهذيانات..) تكون نتيجة ارتفاع الدوبامين.

قد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية، مثل : الأدرينالين، الدوبامين، السيروتونين و غيرها، وقد أيدت التجارب الحديثة أنه يوجد اضطراب في ميثيلية Methylation هرمون الأدرينالين(سمايثي 1968) في مرض الفصام .

و قد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين معين من دم مرضى الفصام يسمى تاراكسين Taraxein و إذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء يصابون بأعراض فصامية وقتية، كذلك أدى حقن التاراكسين في بعض الحيوانات إلى اضطراب واضح في سلوكهم، مما يجعلنا نستدل على أن لهذا البروتين من

الفصل الثاني: الفصام

الخواص ما يسبب هذه الاضطرابات الخطيرة ، و بالتالي فإنه توجد تغيرات فسيولوجية و كيميائية في مرضى الفصام (سيجل 1959) .

و حديثا كثرت المناقشة حول ظهور ' النقطة القرمزية ' في بول مرضى الفصام ، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء تظهر نقطة قرمزية في موضع معين من هذا الورق الحساس، و هذا لا يحدث مع البول الطبيعي، أي أنه يوجد اضطراب كيميائي و تمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات كيميائية شاذة في البول.

إضافة إلى ذلك فقد استقر الرأي الآن على أن أعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبى الدوبامين، بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية فيما بعد المشبكات العصبية، و كل العقاقير المضادة للفصام تثبط وتسد المستقبلات الدوبامينية في المخ، و يبدو أن ثمة موصلات أخرى تلعب دورا في نشأة الفصام مثل السيروتونين و الأستيل كولين و الببتايدس و الجلوتاميت ، و أن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام ، و كان ذلك بداية ظهور العقاقير الحديثة التي تعمل على عدة موصلات عصبية و ليس فقط الدوبامين.

4-3-العوامل الغذائية و الهرمونات:

لقد تقدم الكثير من العلماء بأبحاث متعددة للنظر في احتمال وجود ترابط بين الغدد الصماء و مرض الفصام ، فقد وجد الدكتور جسج أن مرضى الفصام الكتاتوني يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين في الجسم و أنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة ، و قد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة و شفاء المرضى.

كذلك لاحظ الدكتور رايز أن 30% من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الكظرية ، و من الأبحاث ما قام به الدكتور أحمد عكاشة في قياس كميات الكورتيزون في مرضى الفصام و أثر ذلك على شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانونيا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، و أن نكسات المرض تصاحبها زيادة في افراز هرمون الكورتيزون، و أن شفاء المرض يصاحبه نقصان في افراز هذا الهرمون.

4-4-اضطرابات الجهاز العصبي:

من الشواهد المهمة هو أن بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام _ و إن لم يفحص المريض طبيا بعناية ودقة يحتمل تشخيص أعراضه بالفصام_ ، ومن أمثلة ذلك زهري الجهاز العصبي و الحمى المخية و أورام الفص الجبهي و الصدغي في المخ، و هبوط نسبة السكر في الدم، مما يدل على أن الاضطراب العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية ، و أن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي ، خاصة بعد الأبحاث المهمة الحديثة عن وجود علاقة و ارتباط وثيق بين الفصام و الصرع، فقد لوحظ أن كثيرا من مرضى الصرع خاصة الصرع النفسي الحركي يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام، و بالتالي اتجهت الآراء نحو احتمال تشابه أسباب مرض الصرع و الفصام ، و نحن نعلم أن السبب الرئيسي للصرع هو ظهور موجات كهربائية دورية شاذة في المخ ، و أنه من الممكن أن يكون سبب الفصام مشابها لما يحدث في الصرع من موجات كهربائية شاذة.

و قد وجد فعلا أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح و موجات مرضية، و لكنها غير نوعية أو مميزة في رسم المخ الكهربائي و تختلف هذه الموجات المرضية فمن اختفاء للذبذبة ألفا إلى موجات بطيئة و سريعة متساوية على فصي المخ إلى بؤرات ابرية في الفص الصدغي ، وقد وجد اضطراب رسم المخ في 73% من فصام المراقبة، و 76% من الفصام الكاتوني، و 57% من الفصام البسيط ، و 45% من فصام البارانونيا. (عكاشة، 2003 ، 311-316)

4-5-العوامل الاجتماعية و الثقافية:

درس الباحثون دور العوامل الاجتماعية الثقافية، الطبقة الاجتماعية و المجتمع المتصنع و الدين و التغيرات الثقافية و التحضر و مختلف العوامل البيئية في نشوء الفصام من وجهات نظر مختلفة، و رغم تعدد المنطلقات فإن الجميع يتفق على وجود علاقة بين هذه العوامل الاجتماعية الثقافية و نوعية أعراض الفصام (Ey,Bernard,Brisset,1989 ,495) ، كذلك نجد بحثا عديدة حول أثر الطبقة الاجتماعية في نشوء الفصام، خلصت إلى أن الفصام غالبا ما ينتشر في الطبقات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني (Neale,Davison,1986 ,165) وهو ما تشير إليه الدراسات الايبديمولوجية من أن نسبة الفصام تبلغ في الطبقات الدنيا ثمانية أضعاف نسبة انتشاره في الطبقات الأخرى.

الفصل الثاني: الفصام

إضافة على ذلك وجد باحثون آخرون في هذا المجال أن الفصام هو استجابة لعوامل الضغط المحيطة، فغالبا ما تكون قيم المجتمع متناقضة بحيث يصعب على البعض العيش فيها، كما أن الصعوبات الاقتصادية و انتشار البطالة تجعل العديد من الناس غير قادر على مواجهة التناقضات الاجتماعية و الصعوبات الاقتصادية و لا يمكنه التكيف معها أو تقبلها، بل يتعامل مع هذه الضغوط بحساسية فلا يستطيع التعامل معها و مواجهتها مما يقوده للإصابة بالفصام، و هو ما أكدته "لاينج" Laing من أن الخبرات الفصامية تنشأ من منظور الفرد الذي يؤكد أن الموقف لا يمكن العيش فيه و لا يمكن تجنبه لذلك فالطريقة الوحيدة للهروب من التناقضات و الضغوطات هي الانسحاب من العالم للوقوع في الفصام.

(Rosenhan, Seligman, 1984, 496-497)

4-6-العوامل البيئية:

بعض العوامل المحيطة التي تحدث قبل أو بعد الولادة يمكن أن يكون لها تأثيرات على النمو الدماغي وهذا ما يرفع من خطر الإصابة بالفصام.

*الفصول لديها تأثير في تطور المرض، فقد بينت الدراسات أن الولادات التي تحدث في فصل الشتاء والربيع ترفع من خطر الإصابة بالفصام بـ 5 إلى 8% من مجموع السكان

*الأمراض المختلفة التي تصيب الأم أثناء الأشهر الثانية والثالثة من الحمل أو عند اقتراب الولادة مثل: الحصبة الألمانية، الزكام، الحميراء، الأنفلونزا، الالتهابات الداخلة رحمية هي عوامل تلعب دورا كبيرا في تطور هذا النوع من المرض .

* خطر الإصابة بالفصام تزداد في الولادات التي تحدث في المدن الكبيرة مقارنة بالقرى والأرياف.

* التعقيدات الولادية (التي تحدث عادة في الشهر الرابع من الحمل)، وبعد الولادة تؤثر على النمو الدماغي، هذه التعقيدات تضاعف الإصابة بالمرض، من بين هذه التعقيدات نذكر: نقص كمية الأوكسجين في الدماغ Hypoxémie، التعرض للحمى أو فيروس بعد الولادة، ولادات مبكرة، اختلاف في الزمر الدموية، الصدمات التي تحدث أثناء الوضع.

إضافة إلى أن السوابق التعقيدية موجودة بكثرة عند الأشخاص الذين طوروها فصاما مبكرا.

(Christiane, Cuevro, 2006, 22)

إذا كان النموذج الطبي يرجع إلى مفهوم المرض فإن النموذج التحليلي يوجه اهتماماته إلى مفهوم البنية النفسية التي تتعدى كل الاعتبارات التصنيفية و الوصفية، فالمفهوم السيكودينامي المرتبط بالفصام يركز على دراسة الظواهر النفسية و تأثير المحيط العائلي و العوامل الاجتماعية الثقافية حيث يعتبر التحليليون الفصام انفجار بنية نفسية تحتية، و العلاقة بين الانفجار و البنية التي يظهر عليها محددة مسبقا، و قد شبه فرويد هذه الوضعية بالبلور عندما ينكسر و تتكشف مكوناته الداخلية التي كانت خفية من قبل و هذا التشبيه الذي جاء به فرويد يرجع إلى تطور الشخصية حيث تنشأ هذه العمليات أثناء المراحل التطورية المختلفة. عند الفصامي يحدث التثبيت الرئيسي في المرحلة القمية، مرحلة لم يكن فيها الأنا قد تمايز عن الواقع، إن الاستعداد المرضي يقوم على تأليفات متغيرة من القابليات الجسمية و الصدمات المبكرة و الموانع المتعددة لاسيما في الاتجاه نحو الموضوعات و الصراعات الأوديبية.

يعتبر الانصهار و الانحلال نماذج للعلاقات المفضلة عند الفصامي ، و التي تكون مهددة بقلق التفكك أو ضياع حدود الأنا مما يفرض استعمال ميكانيزمات الدفاع أهمها التقمص الذي يهدف في الحالة العادية إلى تكوين ذات موحدة مع الموضوع ليصبح مثله تماما أو ليشبهه، أما في حالة الفصام يكون التقمص غير ناجح و يظهر الذهان عندما يحدث فشل واضح في هذه العملية. كما يستعمل الفصاميون ميكانيزم آخر هو الإسقاط الذي يعمل فيه الفصامي على استبعاد و عزل الغرائز و الهوامات غير المرغوب فيها، بالإضافة إلى ميكانيزم التقمص الإسقاطي الذي يعتبر أحد الميكانيزمات الدفاعية و في نفس الوقت نموذج للعلاقة التي وصفتها ميلاني كلاين M.Klein عام 1946 و تتمثل في إسقاط جزء من نفسية الفرد إلى داخل الموضوع حيث يكون هذا الجزء معرضا للمراقبة، كما نجد ميكانيزم الانشطار و يتمثل في انشطار أو انفصال نوعين من الهوامات و التصورات الغريزية، الأولى تتعلق بخبرات الإشباع و الحب للأنا الحسن و الموضوع الحسن، و خبرات الإحباط و الكراهية للأنا السيء و الموضوع السيء، بالإضافة لميكانيزم رفض الواقع الذي أدخله فرويد في آخر جزء من أعماله، ففي الوقت الذي يكتب فيه العصابي متطلبات الهو، فإن الذهاني يرفض الواقع الخارجي، و قد أرجع فرويد ذلك إلى انشطار الأنا، فهناك جزء من الأنا يرفض الواقع و هناك جزء آخر يحافظ بصفة إجبارية على العلاقة مع الواقع الخارجي. هناك في شعور الفصامي تعبير عن إنتاج هوامي غريزي في حالته البدائية، إضافة لوجود

الفصل الثاني: الفصام

عمل مكثف لغريزة الموت التي تكون مسيطرة ، مع اضطراب معنى الواقع عند المريض.(Bergeret,Reynaud,1989,25)

كما أن بورو POROT يعتبر أعراض الفصام من اضطراب في الأنا، و الأنا كما هو معروف لديه وظائف هامة في الجهاز النفسي منها الاتصال بالواقع، و التحكم في الدوافع و الرغبات و ضبطها و يقوم كذلك باستخدام الميكانيزمات الدفاعية ، و في ضوء هذا الفهم العام لوظائف الأنا، يمكن أن ننظر لأعراض الفصام على أنها النتيجة النهائية لعملية سيكولوجية و حيوية اجتماعية طويلة تلك العملية التي يقوم بها الأنا الضعيف أو غير المكتمل ، فالأنا هنا يقوم بوظائفه بطريقة خاطئة و مشوهة ، لأنه لم ينمو طبيعياً، لذلك فهو عاجز عن الاتصال بالواقع، فهو لا يستطيع أن ينظم أو يتحكم أو يضبط انفعالاته الأساسية و دوافعه الأولية.(Porot, 1984, 617)

أما تفكير المريض حسب "آي" EY، فيبدو عليه النكوص و الرجوع إلى حالة طفلية و خيالية وهمية، ويصبح تفكيره ذاتياً، و عاجزاً تماماً عن الإدراك و التفكير بطريقة منطقية. و بما أن الأنا ضعيف فهو عاجز عن استخدام الميكانيزمات الدفاعية، هذه الأخيرة تكون بدورها ضعيفة و عاجزة عن حماية الأنا عند القلق، و يرجع ضعف الأنا إلى التثبيت الذي كان في مرحلة مبكرة جداً من النمو النفسي الليبيدي، و هذا التثبيت يكون في المرحلة الفمية، فالأنا هنا في هذه المرحلة لم يتميز بعد عن الواقع، و يفترض أن الاستعداد للمرض يقوم على القابلية الجسدية و الصدمات المبكرة و الموانع المتعددة و لاسيما في التعامل مع الموضوعات.

يحاول الفرد أن يحل التوتر عن طريق النكوص الذي يأخذ صورة الانفصال عن الواقع من حيث هو مصدر للحرمان، و مصدر للإغراء أي من حيث احتوائه على الموضوعات التي تتجه نحوها الحوافز و يميل الأنا إلى الوضوح التام للهو و من ثم تأتي نكسة النمو، و ارتداد السلوك إلى المرحلة البدائية و يتجلى هذا في تخيلات تكون حول تدمير العالم، و ما يصيب شعور المريض من تغيير عميق بنفسه و بالعالم، و خواطر العظمة و الأنماط البدائية للفكر و الكلام، و يكون جزء آخر من الصورة الإكلينيكية بمثابة محاولة للشفاء، و مجهود تبذله الحوافز للتغلب عن الواقع مصدر الحرمان، و الوصول إلى الإشباع(الهلاوس و الهذيان و الخصائص اللغوية و الاجتماعية) (EY, 1978, 348)

الفصل الثاني: الفصام

يؤكد راكميي Racamier على ضرورة الحضانة لنمو الطفل، و يعرف الأم على أنها الأنا الحقيقي للرضيع و يؤكد أن غياب الموضوع عن الطفل يقود إلى عدم قدرته على الاعتراف بنفسه و على حب ذاته، و يصف أم الفصامي بأنها تتسم بالإحباط و عدم القدرة على إقامة علاقة حميمة مع طفلها، كما أنها متسلطة، و قد تكون باردة عاطفياً و في نفس الوقت تكون قلقة و تشعر دوماً بالذنب، و الحاجة لتبعية طفلها لها. (Bergeret,1974,76)

في الأخير نقول أن فرويد أكد على أن الذهان فيه تثبيت في مراحل مبكرة من النمو النفسي وضعف الأنا هي سبب الفصام وعدم دمج الأنا في الفصام يرجع إلى أن الاضطراب نشأ قبل قيامها ولهذا تظهر الصراعات في ظل الأنا (ego) غير ناضجة، وضعف في العلاقة الأمومية ، وهي وقود أعراض الفصام، وأن هذا الأخير هو نكوص استجابة للصراع والإحباط في العلاقة مع العالم الخارجي إلا أن آراء فرويد في الفصام لم تصقل بالناحية العملية في علاج الفصاميين مثلما هو الحال مع سوليفان Sullivan الذي كان له الاندماج في علاج لهذه المجموعة أرجعها إلى اضطراب و صعوبة العلاقة الأولية و التي ترجع للألم القلقة، أما ميلاني كلاين (1882-1960) فقد اعتبرت أن الفصام يحمل دوافع الغيرة و السادية مما يجعل المريض قابل للقلق البارانويدي ، و يؤدي إلى الانسحاب و التداخل في الدفاعات و الإسقاط التمييزي ، و ينمو الطفل بوضع اكتئابي بدون مناقشة و يثبت على الموقف البارانويدي الفصامي.

و بشكل عام، أرجع التحليليون الفصام لضعف في الأنا حيث تؤثر في تفسير الواقع و ضبط الدوافع الداخلية مثل الجنس و العدوانية ، و الاضطراب في العلاقة يرجع إلى تشويش في العلاقة الأمومية التبادلية منذ الطفولة ، و يعيش الفصامي في أحلام اليقظة و عدم القدرة على ضبط الدوافع من الذات ، و يحمل الفصام معاني رمزية المرض .(سمور، 2006، 189-190)

4-8-العوامل الأسرية:

نشأت في السنوات الأخيرة عدة نظريات تربط بين مرض الفصام و الجو العائلي الذي ينشأ فيه الطفل، و من أهم هذه النظريات نجد النظريات النسقية و تتمثل فيما يلي :

4-8-1- نظرية بتسون Bateson:

و تعتمد هذه النظرية على الرابطة المزدوجة double lien, Double bind و تعتبر أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه لمؤثرات شديدة من الوالدين تتميز بهذا الترابط المزدوج ، فنحن نعلم أن التفكير و السلوك المنطق يعتمد على اكتساب القدرة للتفرقة بين المهم و التافه و تصفية الحقائق و العناصر المهمة مما يشوبها من اختلاط و تشويش ، و هذه القدرة تكتسب من سلوك الوالدين و لا تورث ، فإذا كان عالم الوالدين مشوشا مملوءا بالمعاني غير المفهومة و السلوك الغامض نشأ ما يسمى بالترابط المزدوج و من هنا لا يستطيع الطفل تنظيم عالمه ، و من ثم ينشأ الفصام ، و نعني بالترابط المزدوج أن نعطي للطفل تعليمات بأن يفعل "أ" و ألا يفعل "أ" في الوقت نفسه.

و يتم إعطاء هذه التعليمات بواسطة الوالدين بطريقة غير لفظية تشير إلى اضطراب انفعالات الوالدين ، و من هنا لا يعرف الطفل السلوك السوي و قد يتعرض للعقاب مهما فعل ، و بالتالي يتعلم أن الطريقة السليمة هي ألا يفعل شيئاً و أن يسلك مسلكاً سلبياً و مبهماً ، و على هذا تكون إجاباته خافية حتى لا يتحمل المسؤولية كاملة ، و حتى لا يكون عرضة للعقاب ، و تندرج تفسيرات هذه النظرية لكي تؤول اضطرابات التفكير و الانفعال و السلوك في مرضى الفصام على أنها استمرار لاكتساب الطفل هذا النوع من التفكير المشوش و الترابط المزدوج من الوالدين ، و أن هذه الاضطرابات ما هي إلا عملية دفاعية ضد طلبات مستحيلة و للهروب من العقاب.

4-8-2- نظرية ليدز Lidz 1963:

و قد اشتق ليدز نظريته من تطبيق التحليل النفسي على العائلة بأكملها ، ففي حين يركز باتسون على العلاقة بين الطفل و الوالدين ، نجد أن ليدز يحاول تفسير العلاقة بين الوالدين أنفسهما ثم مع الطفل، أي التفاعل الثلاثي بينهم ، فتعتقد النظرية أن العائلة كلها مرضية ، و أن الفصامي ما هو إلا أحد أفراد هذه العائلة. و من أهم ما تشير إليه هذه النظرية الانحراف أو الاعوجاج و الانقسام ، فالجو العائلي يعتمد على تكامل صورة الوالدين ، فإذا تخلف أحدهما كأن يكون منطوباً ضعيفاً غير ناضج سلبياً، و الآخر سائداً قوياً بدأ الاعوجاج في المناخ العائلي ، و تنشأ اضطرابات في العلاقات الأسرية بين الوالدين و الطفل ، مما يؤدي إلى تكوين خاطئ للشخصية في هؤلاء الأطفال المعرضين لصور مرضية من الآباء و الأمهات.

الفصل الثاني: الفصام

أما الانقسام فهو العلاقة الباردة بين الأبوين ، و التي لا تحمل أي انفعالات حارة مع الصراعات المختلفة التي تصحب مثل هذا الشعور ، التي تسمى بالطلاق العاطفي ، و قد وجد أن معظم الفصاميين يرون في أمهاتهم شخصيات قوية و سائدة بعكس شخصية آبائهم الضعيفة.

كما أجرى وارنج و ريكس 1965 عدة أبحاث بهذا الصدد نستطيع تلخيصها كالآتي:

- تتميز عائلة مرضى الفصام بالآتي:
 - يعاني الوالدان أو أحدهما من الذهان.
 - تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.
 - يعيش الأب و الأم في حالة من طلاق العاطفي، مع اعوجاج واضح في الحياة الزوجية .
 - و يبدو تداخل هذه العوامل واضحا، فإن كان أحد الوالدين ذهانيا فسيؤدي ذلك إلى انحراف في الزواج و بالتالي إلى طلاق عاطفي ، و يبدو هنا التداخل المستمر بين عاملي الوراثة و البيئة و كيفية مساهمها في دائرة مفرغة .
- لا تتجب العائلات ذات الصحة الانفعالية السوية أطفالا يصابون بالفصام .

4-8-3-نظرية واين وسنجر Wynne & Singer :

تشير هذه النظرية إلى احتمال وجود أنماط للتفكير و الاتصال بين عائلات الفصاميين، شبيهة لما يحدث بين المرضى ، لدرجة أنه يمكن التنبؤ بمرض المريض إذا درست العائلة بأكملها. و تستمر النظرية في تفسير نشأة المرض على أنها امتداد لتفاعل الوراثة، مع اكتساب اضطرابات التفكير من العائلة مما تفجر بدورها الاستعداد الوراثي و هكذا.. فالطفل المهيأ للفصام سيء الحظ لسببين: أولهما أنه ولد مهيأ بجهاز عصبي و مورثات لها الاستعداد للفصام و ثانيهما أنه ينشأ في بيئة تساعد على اكتساب أعراض الفصام. و قد أثبت ليدز 1963 وجود اضطراب في تفكير آباء و أمهات الفصاميين بدراسة محكمة ، و قد سبقه أيضا ماكونجي 1959 ووجد نسبة تصل إلى 60 % و لكن لم يستطع بلويلر إثبات ذلك بتطبيق اختبارات الرورشاخ على أقارب المرضى.

و قد تتبع براون سنة 1962 ، 128 مريضا بالفصام لمدة سنة كاملة بعد خروجهم من المستشفى ووجد أن نسبة الانتكاسات تزيد بين هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي شحنات انفعالية كبيرة سواء بالرعاية و الحماية الشديدة أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين ، عن هؤلاء الذين يعودون لعائلات ذوي

شحنات انفعالية سوية ، و يوضح ذلك مدى تأثير الانفعالات و شدتها و استقلال المريض على مآل مرض الفصام . (عكاشة، 2003، 317)

كخلاصة للعوامل الأسرية نجد أن ليدز و جماعته يؤكد بأن الفصامي كان في وضعية تمنعه من تكوين هويته لأن الأدوار الوالدية كانت موزعة بصفة سيئة، كما أن لعب هذه الأدوار كان سيئاً هو الآخر .

أما أعمال وين Wynne فقد ركزت على "التعاون الكاذب" في أسرة الفصامي حيث لا توجد علاقات حقيقية بين الوالدين و لا يدخلان في صراع، يعيش كل واحد منهما منعزلاً عن الآخر ، يبذل الطرفان مجهودات كبيرة من أجل تجنب أي صراع مما ينتج عنه غياب تلقائية و مشاركة الطفل داخل مثل هذا الجو الأسري.

كما نجد دراسات لانج Laing ثم كوبر Cooper في انجلترا حيث ذهبت لأبعد من الأسرة، و بحثت في تأثير المجتمع، فوجدت أن المجتمع هو الذي يعمل على تكوين نوع من الإشراف عند الفرد و يحدد استجابته التي يعتبرها المجتمع استجابة مرضية لأنها لا تتلاءم مع معاييرهم، تمثل هذه الاستجابة محاولة الفرد للحصول على استقلاليتهم، و خلصت إلى عدم وجود إنسان فصامي أو مريض عقلي إلا بصفة اعتباطية بهدف جعل الفرد يخضع للقمع السيكاتري، و هكذا ولدت الحركة المضادة للطب العقلي.

(Scherrer,1978,91)

4-9- نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى الباحثون أن عوامل التعلم الاجتماعي تلعب دوراً هاماً في نشأة مرض الفصام، إذ وجدوا أن طرق التواصل التي يستخدمها الوالدان مع الطفل غالباً ما تتسم بالغموض و الاضطراب، فهم قد يطلبون شيئاً من الطفل و هم يقصدون شيئاً آخر، الأمر الذي يمنع الطفل من تطوير معنى ثابت للواقع و يمنعه من الشعور بالثقة بما يجب أن يفكر فيه، و ما يجب أن يفعله. (Weiner,1982,199)

قدمت بحوث ويني و سنجر Wynne & Singer و توهي Toohey سنة 1978 إسهاماً كبيراً في هذا المجال، إذ تم اختبار أساليب التواصل عند 600 أسرة، أظهرت وجود تواتر كبير للاضطراب في أساليب التواصل عند الأسر التي يوجد فيها مرض الفصام، و التي غالباً ما تنشأ من التعبير بطرق تربك المستمع

الفصل الثاني: الفصام

فتجعله متحيراً ، كما بينت أن هناك علاقة تنبئية بين نمط و شدة اضطرابات الاتصال عند الوالدين و بين شدة الاضطرابات الفصامية التي تظهر على الأبناء في مرحلة الرشد المبكر.

و خلصت دراسات أخرى (منها دراسة جولدشتاين و جماعته Goldstein& al سنة 1978) إلى أن والدي الفصامي يعملون على تشويه إدراك أطفالهم بطريقتين رئيسيتين تتمثل الأولى في تشجيع الأبناء على الشك في عواطفهم و إدراكاتهم و خبراتهم، و الثانية في تشويه واقعهم اللفظي و غير اللفظي. (Seligman,Rosenhan,1984 ,491)

بالرغم من النتائج المتوصل إليها إلا أن هناك من زعم أن طرق التواصل الوالدية المنحرفة قد تعود بالأساس إلى الضغوط السيكولوجية التي يسببها وجود الفرد الفصامي في الأسرة، الأمر الذي يجعل هذه الأخيرة تبرمج حياتها وفقاً لحاجيات الفرد المضطرب مما يقودها للسلوك غير المناسب (Weiner,1982,201)

مما سبق نستطيع القول أن جميع النظريات قد أسهمت في زيادة فهم اضطراب الفصام إلا أنها لم تتمكن من تقديم التفسير السببي الواضح له، الأمر الذي يوصلنا إلى لزوم التكامل بين هذه النظريات، التي دعمتها مجموعة من الدراسات مثل دراسة فيش Fish سنة 1977، و دراسات رومانو Romano عام 1978، و دراسات زوبن و سبرنج Zubin-Spring عام 1977 التي توصلت إلى أن الفصام يتأتى عن تفاعل العوامل الجينية و العوامل المحيطة (النفسية و الاجتماعية) و خلصت إلى نظرية جديد تسمى نموذج الاستعداد- ضغط .

4-10- نموذج الاستعداد- ضغط:

يعتبر هذا التناول أوسع التناولات قبولا في أسباب الفصام و هو يفترض أن عوامل جينية نشوئية معينة و عوامل نفسية اجتماعية محددة ضرورية للإصابة بالفصام، حيث تكون العوامل الجينية الاستعداد أو القابلية للإصابة بالاضطراب، و يشير مصطلح الضغط إلى العوامل المحيطة النفسية و الاجتماعية.

فعندما يرث الفرد استعدادا قويا للإصابة بالفصام، فهو قد يصاب به حين التعرض للضغوط النفسية و الاجتماعية البسيطة، أما الفرد الذي لا يمتلك مثل هذا الاستعداد التكويني أو يمتلك مقدارا قليلا منه فهو قد لا يصاب بالفصام رغم الظروف المحيطة السيئة التي ينشأ و يعيش فيها.

الفصل الثاني: الفصام

و قد صاغ زوبن و سبرنج تناول الاستعداد/ الضغط وفقا لعتبة القابلية للمرض، حيث يفترض الباحثان أن كل فرد يظهر درجة من القابلية للمرض تتحدد بالعوامل الجينية و المحيطية معا، و تعتبر هذه القابلية خاصة للتحمل أو سمة من سمات الفرد، كما يفترض الباحثان أن لكل فرد قدرة على التعامل الفعال مع المشكلات التي تواجهه، و هذه القدرة دالة على مهارات الفرد و قدراته و مدى الجهد الذي يبذله.

و يوضح هذا تناول أنه كلما كانت قابلية الفرد للاضطراب ضعيفة و كلما كانت الوقائع الحياتية-العوامل النفسية الاجتماعية التي تضع الفرد في خطر الإصابة بالفصام-قليلة، تصبح عتبة الفرد عالية ضد الإصابة بالفصام، و على النقيض من ذلك كلما كانت قابلية الفرد للإصابة بالاضطراب قوية و كلما كانت الضغوط النفسية و الاجتماعية كثيرة تصبح العتبة ضعيفة، و عندما يتجاوز الضغط هذه العتبة أي يكون أعلى منها يستجيب الفرد استجابة فصامية. (وينر weiner، 1982، 202)

و هكذا يتضح كيف جمع هذا تناول العوامل التي أكدتها النماذج العضوية و الاجتماعية و السلوكية المعرفية في تركيب ذو دلالات قوية في فهم الفصام و في علاجه.

5-تشخيص الفصام:

5-1- التشخيص الايجابي:

يقوم الإكلينيكي بتفضيل فرضية تشخيصية، عندما تتوفر المعايير المشروطة ، و عادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله على عدة تقييمات متمثلة في تاريخ الحالة l'anamnèse (الملف الطبي-الملف المهني-خصائص الاضطرابات-استفسارات العائلة...)، و تقييمات عن طريق الروايات الإسقاطية و السلام التقييمية (كاختبار الروشاخ، اختبار تفهم الموضوع TAT، و اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه، اختبار وكسلر لذكاء الراشدين)، إضافة إلى إجراء الفحص الطبي من طرف الطبيب الأعصاب و تشمل: فحوصات بيولوجية، EEG، و بعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص التفريقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه. (أحسن جاب الله، 2010، 231).

5-2-التوظيف الفصامي في اختبار الروشاخ:

تم تحديد خصوصيات بروتوكولات الروشاخ عند الفصامين من خلال أعمال بالم palem (1969) و قد وجد أنها تشتمل على العلامات التالية:

- 1- $F+ > 70\%$
 - 2- رفض اللوحة V.
 - 3- وجود C الخالصة.
 - 4- وجود تسمية الألوان Cn .
 - 5- غياب K
 - 6- TRI منبسط
 - 7- وجود تخريف confabulation و مظاهر مشابهة.
 - 8- صدمة choc في اللوحة VII (اللوحة الأمومية).
 - 9- صدمة choc في اللوحة IX (اللوحة الشخصية)
 - 10- نجد في المحتويات: تفكك، مرض، أو موت.
 - 11- التجريد.
 - 12- خلفيات شخصية في اللوحة IX.
 - 13- المثابرة la persistance.
- انطلاقاً من هذه النتائج اقترح بالم فرضيات تشير إلى اصطلاح ظاهري للفصام ترجع إلى قلق التفكك، و مرض الصورة الجسدية، فقدمت شايير تفسيرها للفصام حيث جمعت ملاحظات بالم فقدمتها كآتي:
- $F+ > 70\%$ ، رفض اللوحة V، و المثابرة، تشير إلى إصابة نوعية الترابط مع الواقع الخارجي و عدم ملائمة إدراك الواقع (تفسير كلاسيكي مقترح من طرف معظم الباحثين)
 - Confabulation و مظاهر مشابهة، التجريد، كذلك غياب K تشير إلى خصوصيات العمليات المعرفية المستتارة من عمليات التفكير التي تكون عادة غريبة و في أغلب الحالات غير مترابطة فيما بينها.
 - وجود C الخالصة، وجود Cn (تسمية الألوان)، TRI منبسط، تكشف عن قوة الخلط الانفعالي و العلائقي، خلل في المحتوى أو في اندماج الانفعالات.

- غياب K، رفض اللوحة V، و تفكك، مرض أو موت في المحتويات، يشير إلى هشاشة تصورات الذات، إصابة الإحساس باستمرارية الوجود و خلل في تكامل وحدة الجسد.
- كل هذه العوامل بالإضافة إلى غياب الحركة K تشير إلى انعدام القدرة على استحضار تصورات العلاقة.
- الصدمة في اللوحات IX و VII و خلفيات شخصية في اللوحة IX تشير إلى الحساسية المؤلمة للعلاقات اتجاه الأداة أين المحتوى الكامن يستدعي تصورات الصور الأمومية البدائية.(Chabert,1998,196)

3-5- الشخصية الفصامية النموذجية:

ما يميز هذه الشخصية هو الاختلال الاجتماعي و البينشخصي مع مهارات متدنية في إقامة العلاقات الاجتماعية مع وجود اختلالات معرفية إدراكية مع سلوكيات متطرفة، تفسيرات خاطئة للأحداث الخارجية التي تأخذ طابع الغرابة، شديدي الإهتمام بالظواهر غير الاعتيادية التي تخرج عن إطار الثقافة السائدة في مجتمعهم، يعتقدون أن لديهم قدرات خارقة تسمح لهم بالتنبؤ بالأحداث قبل وقوعها أو التحكم في الآخرين.، يعانون من اختلال الإدراك، خطابهم يتخلله عدة مفردات غير اعتيادية، غامض، وجود أفكار اضطهادية، فقر العواطف، و عدم القدرة على تحليل الاشارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق علاقات مع الآخرين يبدو غير متكيف.(APA,803)

4-5- المعايير التصنيفية للفصام:

يتطلب تشخيص الفصام مجموعة من المعايير التي حددها الدليل الإحصائي التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية الإصدار الرابع، 1994 (DSM IV) فيمايلي:

أ – الأعراض المميزة: يجب توفر على الأقل اثنان او أكثر من هذه التظاهرات، كل واحدة منها تدوم لفترة معتبرة من الوقت و ذلك خلال شهر على الأقل (على الأقل بمعنى عندما تستجيب بطريقة ملائمة للعلاج)

1_ أفكار هذيانية idées délirantes

2_ هلاوس hallucinations

3_ حديث غير منظم (عدم الاتساق اللغوي و الفكري) de coq a l'âne

4- سلوك غير منظم أو وجود أعراض تشبعية

5_ أعراض سلبية (كالمول الوجداني ، ندرة الكلام Alogie أو فقدان الإرادة)

يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار إذا كانت هناك غرابة في الأفكار الهذيانة، أو إذا تكونت الهالوس من أصوات تعلق باستمرار على سلوكيات و أفكار الشخص، أو إذا كانت تتواجد في الهالوس عدة أصوات تتداخل فيما بينها.

ب- القصور المهني والاجتماعي: هو خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي بمعنى إذا اعتري أي من النشاطات الاجتماعية (العلاقات الأسرية، الاجتماعية) أو الجانب المهني (العمل) اضطراب ظاهر للعيان منع الفرد من ممارسة حياته الاجتماعية والمهنية بشكل عادي منذ بداية ظهور الأعراض عليه. أيضا، إذا شمل ذلك عدم الاهتمام بالنواحي الصحية و النظافة الشخصية والملبس مقارنة بما كان يفعله قبل ظهور الأعراض. أما إذا كانت الأعراض قد بدأت في مرحلة المراهقة أو الطفولة فيكون المحك هنا ما هو متوقع من الفرد في المرحلة العمرية التي هو فيها.

ج- المدة: و نقصد بها الفترة الزمنية اللازمة للتشخيص، في هذا الاضطراب لا بد من أن تكون علامات الاضطراب موجودة لدى الفرد لفترة لا تقل عن 6 أشهر. يجب أن تشمل هذه الأشهر الستة وجود شهر كامل من الأعراض الإكلينيكية (التي سبق طرحها في المجموعة الأولى) بدون انقطاع، وهذه تسمى "بالفترة النشطة للاضطراب"، مع أو دون أعراض تمهيدية أو متبقية.

د- استبعاد الاضطراب الفصامي- الوجداني و الاضطراب المزاجي: يتم الاستبعاد عندما لا يكون هناك دليل واضح على وجود اضطرابات مزاجية، اضطرابات الهوس أو ما يسمى بالاضطرابات الوجدانية المتداخلة و تظهر هذه الأعراض لدى الفرد في نفس وقت ظهور الفترة النشطة للمرض.

بمعنى آخر غياب أي نوبة اكتئابية عظمى، هوسية أو مختلطة في نفس الوقت مع أعراض المرحلة النشطة، أو إذا وجدت مرحلة مزاجية أثناء وجود أعراض المرحلة النشطة فإن مدتها تكون قصيرة مقارنة مع زمن المرحلة النشطة أو المتبقية.

هـ - استبعاد الحالة الناشئة عن تأثير المخدرات أو الأمراض العضوية: أي أن الاضطراب لا يكون ناتج عن الآثار الفيزيولوجية أي مادة (كإساءة استخدام مخدر، دواء) أو عن إصابة طبية عامة.

الفصل الثاني: الفصام

و- العلاقة باضطراب نمائي : إذا كان هناك تاريخاً طبياً يشير إلى الإصابة بمرض التوحد أو أي من اضطرابات النمو المتخللة الشائعة، والتي عادة ما تشخص في الطفولة، فيجب وضع ذلك في الاعتبار عند التشخيص. وإذا كان الشخص يعاني من التوحد فإن التشخيص الإضافي للفصام لا يكون إلا في حالة وجود أفكار هذيانية أو هلاوس لمدة شهر على الأقل. (APA, 2004, 149-151)

أما في DSM5 فنجد أن من بين الفئات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس اضطرابات طيف الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى: و نجد فيها:

- اضطراب فصامي النوع
- اضطراب ضلالي (هذائي)
- اضطراب ذهاني وجيز
- اضطراب فصامي الشكل
- فصام
- اضطراب فصام وجداني
- اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية
- اضطراب ذهاني عائد إلى حالة طبية أخرى
- الكاتونيا
- كاتونيا مع اضطراب عقلي آخر
- اضطراب كاتوني عائد إلى حالة طبية أخرى
- كاتونيا غير محددة
- اضطراب آخر لطيف فصام معين، أو اضطراب ذهاني آخر.
- اضطراب طيف الفصام أو اضطراب ذهاني آخر غير محدد.

من التغيرات التي طرأت في DSM5 نجد:

❖ تعريف جديد للمعيار أ للفصام:

الفصل الثاني: الفصام

إثتان أو أكثر من المعايير التالية لابد من تواجدها لمدة دالة من الوقت لمدة شهر (على الأقل في حالة دواء فعال). على الأقل واحد من المعايير (1)، (2)، (3) لابد من تواجده.

1. أفكار هذائية (ضلالية).

2. هلاوس.

3. حوار غير منظم.

4. سلوك خشن، غير منظم، أو كاتوني.

5. أعراض سلبية (كثرة الكلام، أو نقص في التعبير العاطفي)

❖ استبعاد الأنواع الفرعية للفصام حيث تم إزالة الأنواع الفرعية كالنوع البارانويدي، غير المنتظم، الكاتوني، غير الفارقي.

❖ تقييم بعدي للأعراض الذهانية: تقييم أبعاد الفصام في DSM5

ثمانية أبعاد: خمسة أعراض في المعيار "أ" للفصام، إضافة للهوس، الاكتئاب، و تغيير الوظائف المعرفية.

▪ لتقييم الحالة خلال الأسبوع الماضي،

▪ لقياس التطور و الاستجابة للأدوية،

التغيرات المعرفية لم يتم استدخالها في الأعراض الأساسية للفصام.

نتيجة أكبر من اثتان معناها أن البند قد استدخل في المعيار "أ".

أبعاد في الفصام فقط و ليس في مجموع الذهانات. (APA, 2013)

5-5- الخصائص العيادية للفصام:

تتعدد أعراض الفصام و تختلف و قد فضلنا التطرق إليها على شكل التناذرات التالية: التناذر الإيجابي- التناذر السلبي- التناذر التفككي.

5-5-1- التناذر الإيجابي: و هو مجموعة الأعراض الإيجابية (المنتجة)

الفصل الثاني: الفصام

*الهذيان البارانويدي (الزوراني): غالبا ما يترافق الهذيان بتغيرات عميقة فيما يخص إدراك الذات و العالم الخارجي، وقد يكون انتشائي (إحساس بالقوة المطلقة) و غالبا في جو مشحون بالقلق (الإحساس بالتهديد).

*الهذيان يكون غامضا و غير منتظم.

*كل الميكانيزمات الهذيانية يمكن ملاحظتها و أغلبها هي الهلاوس الخاصة: السمعية، النفسية، و أيضا يمكننا أن نجد هلاوس بصرية، شمعية أو حسية، كما يمكن أن يشعر الفصامي بأنه فقد التحكم في أفكاره، و بأنها تسرق منه أو أنها تفرض عليه، و تكون خارجة عن إرادته، إضافة لميكانيزمات أخرى كالحدس، التأويل، التخيل، الخداع. (Pedinielli, Gimenez, op. cit, 72-73)

*الهذيانات متعددة المواضيع فقد نجد هذيان الهوية (تملك-إنتساب)، هذيان الاضطهاد (بحيث تتشكل لديه أفكار تهديد و أنه مراقب من طرف شخص معين)، هذيان العظمة (المهدي المنتظر، سلطان مطلق، المثالية ...)، مواضيع دينية ...

كما نجد هذيان التحول الجسدي (تشوه الجسد، نفي الأعضاء)، تجزؤ الجسم و تناذر تجريد الشخصية (يعبر عنه بالإحساس بالتحول في الحياة النفسية ' الفكر يختفي، يفرغ، يعمل بطريقة آلية... ' و تغيرات جسدية) انطباع التحول الجسدي، أفكار توهم المرض هذيانية: رهاب تشوه الجسد، دمار الأعضاء...)) و إلغاء طابع الواقعية (الإحساس بالغرابة، غرابة المحيط).

*الإلتصاق التام بالهذيان مع غياب النقد و اعتقاد هذيانى.

** بالإضافة إلى الهذيان البارانويدي يمكن أن نجد: الكتمان، الحذر، العدوانية. كما الضغط، تصنع فصامي maniérisme، هيجان. (Ghodfrud, 2002, 164)

5-5-2-التناذر السلبي: و الذي يتكون من مجموعة الأعراض السلبية

*اضطراب الإحساسات الإنفعالية: إن مرضى الفصام لديهم اضطراب في المجال العاطفي كما الاتصالي، و الذي يتضمن:

- برودة عاطفية: و هي عدم إظهار أي عواطف اتجاه مواقف حياتية تثير إحساسات عاطفية قوية عند الأفراد.

- عدم التوافق بين الأفكار و العواطف: الشخص يشعر بأحاسيس و لكنها غير موافقة للموقف المعاش.

- صعوبة في الإحساس أو التأويل الصحيح لمشاعر الآخرين. (Govrion,Fayand,po.cit,38)

*العزلة و الانطواء على الذات: تعتبر من أكثر الأعراض مشاهدة في المرض، ناتجة عادة عن البرودة و عدم التوافق الانفعالي و تتميز بمايلي:

-فقدان الاتصال مع الواقع يظهر من خلال فقدان الإرادة، غياب الاهتمام، اللامبالاة العاطفية، فقدان الاتصال.

-هيمنة الحياة الداخلية على الواقع المعبر عنه بالهذيان، أحلام اليقظة، الإنطواء على الذات، غياب الاهتمام بالأشخاص المحيطين به. (Pedinielli ,Gimenez,op.cit, 73)

إضافة لماسبق نجد أيضا:

الوهن و نقص الطاقة، اهتمامات جسدية، فقدان اللذة، الإحساس بالذنب، ميول اكتئابية، تباطؤ حركي.(Ghodfrud,op.cit,166)

5-5-3-التناذر التفككي: يعتبر التفكك الميزة الأساسية للتناذر الفصامي، و يمس مجالات متعددة:فكرية،عاطفية،سلوكية.، و يتميز بأربع علامات هي:

- التناقض: يلاحظ في كل الأحاسيس و الأفعال .
- الغرابة: تنتج عن تصرفاته و تعابيره الغريبة اللاعقلانية.
- الغموض: غرابة المقاصد و التصرفات تصبح غير مفهومة.
- الانفصال: مرتبط بالإنطواء على الذات، اللامبالاة الظاهرة.

3-1 تفكك في مجال الفكر: يظهر من خلال:

*اضطرابات مجال التفكير: يترافق اضطراب مجرى التفكير بعجز في الانتباه و التركيز و يتميز بمايلي:

✓ الحاجز Le barrage: انقطاع مستمر لتدفق الأفكار بدون أن يدرك المريض هذه الانقطاعات و أحيانا نجد fading mentale أي أن الحديث يصبح خافتا غير مسموع، ثم فجأة يأجذ وتيرته العادية.

✓ التطفل Le parasitage: تتطفل على حديث المريض أفكار غريبة و خارجة عن الموضوع، مما يؤدي إلى تشويش سياق الفكر و فقدان الرابطة المنطقية (أي المرور المفاجئ من فكرة لأخرى)

✓ تفكير الفصامي يظهر غامض، غير متوافق، مجرد، بدون رابطة مع الواقع، لكي يعطي الفرد معنى لما يعيشه يقوم بتشكيل نظريات لا معقولة و مجردة(عقلانية مرضية).

*اضطراب اللغة: و هو يعكس اضطراب أو نقص تماسك الأفكار، و نلاحظه على شكل:

✓ بطئ في الإجابات، اضطرابات نطقية، اضطرابات في إيقاع الصوت، ثرثرة، بكم، إجابات مجاورة.

✓ تحريف معنى الكلمات Paralogisme، اختراع كلمات جديدة Néologisme، و قد نجد نفس ميزات الغرابة و الكتمان في التعبيرات الكتابية و الفنية. (Pedinielli , Gimenez, op.cit, 70-71)

*اضطرابات المنطق:

✓ منطق المريض مشوش، لاعقلاني أو شبه عقلاني، نجد التفكير الخيالي عند المريض، أيضا القوة المطلقة لأفكاره التي يأخذها عن الواقع.

✓ العقلانية المرضية: تتعلق بمنطقه الخاص حيث يستعمل استدلالاته الشبه منطقية من أجل تفسير بعض الأفعال أو الأحاسيس. (Karilla, Boss et d'autre, op.cit, 113)

3-2 تفكك في مجال العاطفة: يظهر من خلال:

✓ Athymhormie: تتميز باللامبالاة، الانفصال، السلبية العاطفية، عدم اهتمام الشخص بمحيطه و بنشاطاته و برودة في العلاقات، و السلبية تظهر في الرفض المستمر التعامل مع العالم الخارجي.

✓ استجابات انفعالية مفاجئة، غير ملائمة: استئثار كبيرة من أقل إحباط ممكن، الضحك المفاجئ، تعبير انفعالي غير متوقع و غير مكيف أو عن فقدان الأمل.

- ✓ تناقض وجدنتي كبير: هو تواجد الحب و الكره في نفس الوقت، الاندماج و الافتراق.
- ✓ نكوص نرجسي، حب الذات، سلوكات اندفاعية، اضطرابات جنسية (جنسية مثلية، استعراء، اعتداء جنسي). (Guelfi, Boyer et d'autre, 1996, 214).

3-3 التفكك في المجال السلوكي: يظهر من خلال مايلي:

*التناذر الكتاتوني: يضم مجموعة من الأعراض الحركية:

- السلبية النفسوحركية: تظهر من خلال رفض الطعام، معارضة، رفض مد اليد، بكم.
- التخشب La catalepsie: تتمثل بفقدان المبادرة الحركية، المحافظة على وضعية واحدة للجسم لعدة ساعات.
- تشوه التعبيرات la parakinésie : و هي تعبيرات إيمائية أو حركية تعوض أو تشوه التعبيرات العادية، أي هي حركات لا إرادية تتطفل على النشاط الحركي الطبيعي.
- النمطية la stéréotypie: و هي سلوكات أو حركات ثابتة يرددها المريض كالاختراقات، ظاهرة الصدى écho مثل صدى الأصوات l'écholalie، صدى الحركات l'échopraxie ، و l'échomimie بالنسبة للإيماءات.
- فقدان الإرادة L'apragmatisme (غياب النشاطات) أو نوبات من العدوانية، حالات من الغضب، حركات عدوانية اتجاه الذات أو اتجاه الآخرين.

** الغرابة: اتجاهات و حركات غير متلائمة، تصنع، مسلك تمثيلي شاذ.

***تظاهرات تناقضية: خمول aboulie ، فقدان الإرادة، ابتسامات غير مبررة.

(besançon, op. cit, 179)

5-6- أنواع الفصام حسب التشخيص الأمريكي DSM-IV :

الأنماط الفرعية للفصام

توجد خمسة أنماط للفصام تتحدد بواسطة البحث في الأعراض السائدة أو المسيطرة وقت التقييم، وهذه الأنماط الفرعية هي:

1- النمط البارنويدي (الزوراني) :

نمط من الفصام يمكن وصفه بالمحكات الآتية:-

أ _ الانشغال الكامل بواحد أو أكثر من الأفكار الهذيانية أو الهلوس أو السمعية المعتادة.

ب _ لا توجد أي من التظاهرات الآتية :حديث غير منتظم، سلوك غير منظم أو تخشبي ، شعور سطحي أو عاطفة غير ملائمة.

وقد يبديون درجة واضحة من الغضب والانخراط في سلوك العنف إذا كانت الهذات حادة أو يخشون من الأذى الجسدي، كما يعانون من قلق شديد، و إذا لم يتصرفوا وفق الهذات فإنهم يؤدون أعمالهم وأفكارهم بشكل متكامل وحسن و طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي فإن النمط البارنويدي من الفصام ربما يكون أفضل من الأنماط الأخرى من حيث العلاج.

2- النمط غير المنتظم (المتفكك،المختل)

و كان يعرف هذا النمط في DSM.II بالنمط الهيبرفريني أو فصام المراهقة ، و هو نوع من أنواع الفصام تستجيب للخصائص الآتية:

أ-كل من الأعراض الآتية لها صفة السيادة:

1-حديث غير منظم.

2-سلوك غير منظم.

3-عاطفة سطحية أو غير ملائمة.

ب -لا يستجيب لمعايير النمط التخشبي (الكتاتوني).

جنباً إلى جنب مع الحديث والسلوك غير المنتظم وتسطح في المشاعر يوجد عدم ترابط واضح في الحديث كما أنهم لا يعانون التعرض لمجموعة من الهذانات أو الهلوس التي لا ينتظم محتواها ومضمونها حول موضوعات متغايرة أو متجاورة كما أن هذا النمط يظهر الانسحاب الاجتماعي والقصور الاجتماعي الواضح وغالباً ما يبدأ الاضطراب مبكراً كما أن للمصابين بهذا النمط نادراً ما يتحقق لهم التخفف والشفاء .(عبد الرحمن،2000، 395)

3 - النمط التخشبي (الكتاتوني):

هو نمط من الفصام تتجلى الصورة الإكلينيكية له بواسطة اثنين على الأقل من التظاهرات الآتية:

1- ثبات حركي من علاماته التخشبية (يكون الجسم في ليونة أو لدانة الشمع).

2- نشاط حركي زائد و مستمر (يكون عقيما ولا يتأثر بالمشيرات الخارجية).

3- السلبية الزائدة (مقاومة لا حركية لكل التعليمات و الأوامر ، أو البقاء على الوضع المتصلب

و ضد أي محاولات لتحريكه أو تغييره) أو خرس (بكم).

4- تجسيمات حركية إرادية كما تظهر في وضع جسمي معين (افتراض إرادي لأوضاع غير

مناسبة أو غريبة) ، حركات نمطية، لزمات واضحة، أو تكشير واضح.

5- تكرار الكلمات أو تطبيق ما يسمعه (صدى حركي).

4- النمط غير المتمايز:

نوع من الفصام توجد فيه الأعراض العامة (التي تستجيب لمعايير أ من هذاءات و هلاوس و عدم

اتساق) لكن محكاته لا تتطابق مع أي من النمط البارانوويدي أو النمط غير المنتظم أو النمط الكتاتوني.

5- النمط المتبقي :

المحكات التشخيصية للنمط المتبقي هي كالاتي :

أ . غياب الأفكار الهذيانبة الواضحة ، والهلاوس ، والحديث غير المنظم وسوء التنظيم الواضح للسلوك أو السلوك التخشبي.

ب . يوجد دليل دائم على الاضطراب كما يوضحها وجود الأعراض السلبية أو اثنين أو أكثر من أعراض الفصام حيث تكون هذه الأعراض في صورة مخففة (مثل: اعتقادات غريبة ، إدراكات غير عادية).

كما أنهم لا يتكلمون إلا قليلا ويبدون عاطفة محدودة، ويفتقدون إلى الدافعية .

و قد كان يعرف بالفصام البسيط في التصنيف الكلاسيكي.

تتباين أنواع الفصام فقد تكون خفيفة أو خطيرة مزمنة أو حادة، مستمرة أو متناوبة (دورية) يغلب عليها الأعراض الايجابية أو السلبية أو كلاهما معا.

(عبد الرحمن، 2000، 395 - 398)

5-7- التشخيص الفارقي:

لابد من التمييز بين أنواع الفصام وبين كل من :

1- اختلال ذو شكل فصامي Trouble schizophréniforme :

يستجيب لمحكات المجموعة الأولى و الرابعة والخامسة .

ويكون على شكل نوبة تتضمن الطور الإنذاري والنشط والمتبقي وتستمر لمدة شهر واحد على الأقل و لكن تبقى أقل من ستة أشهر يلاحظ خلالها تشوش أو حيرة في قمة النوبة الذهانية مع أداء وظيفي واجتماعي جيد قبل المرض، واختفاء العواطف المتبلدة أو السطحية.

2- اضطراب الفصام الوجداني (العاطفي) trouble schizo-affectif :

فترة مستمرة من المرض يحدث خلالها نوبة اكتئاب أساسية أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة تتزامن مع الأعراض العامة للفصام والأعراض التي تناظر محكات النوبة المزاجية تكون موجودة في جزء أساسي من الدوام الكلي في الفترات النشطة والمتبقية ولا ترجع إلى الإثارة المباشرة لتعاطي مادة أو عقار أو لحالة طبية عامة.

3- اضطراب هذائي (trouble délirant) :

من أهم أعراضه وجود هذات غير مختلطة (غير غريبة) (مثلا :تشتتمل على مواقف كالتالي تحدث في الحياة العادية مثل أن يكون متبوعًا من شخص آخر أو يسم له الطعام أو معرضًا للعدوى بمرض أو محبوبًا من شخص بعيد أو مخدوعًا من زوجته أو لديه مرض ما، وتستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل.

لا يتطابق مع محكات المجموعة الأولى و لكن قد توجد هلاوس لمسية وشمية، ولكن الأداء الوظيفي لا يكون قاصر ولا يكون السلوك شاذ مختلطًا وإذا حدثت نوبة مزاجية في تزامن مع الهذات فإن مدة دوامها

الكلية تكون قصيرة مقارنة بمدة دوام الهذيان ومن أنماطه النمط الجنسي، ونمط الشعور بالعظمة، والشعور بالاضطهاد، الغيرة، النمط الجسمي والمختلط، وغير المحدد (Guelfi at d'autres,2004,155)

4-الاختلال الذهاني الخفيف Trouble psychotique bref:

ويتضمن واحداً أو مجموعة من الأعراض الآتية:

هذات ، هلاوس ، حديث غير منتظم ، سلوك غير منظم أو تخشبي ولا يقل دوام النوبة عن يوم واحد ولا يتجاوز الشهر مع العودة الكاملة للمستوى الوظيفي قبل المرض ، وقد تظهر هذه الأعراض بعد فترة قصيرة من التعرض لضغوط حادة أو أحداث منفرة أو بدون سبب معروف وقد يحدث الاختلال خلال أربعة أشهر بعد الولادة للمرأة.

5-اختلال ذهاني مشترك (جنون الاثنين) (Folie à deux) trouble psychotique partagé:

حيث تتطور الهذات في فرد ما يرتبط بعلاقة وثيقة مع شخص آخر أو أشخاص لديهم أفكار هذائية راسخة فعلا، وتتشابه هذه الهذات في محتواها مع ما لدى الشخص الذي لديه هذات راسخ فعلا ولا ترجع هذه الأعراض للفصام أو اختلالات مزاجية أو التأثير الفسيولوجي لمادة أو لحالة طبية عامة.

6-اختلالات ذهانية ترجع لحالة طبية عامة

حيث توجد أدلة من التاريخ المرضي للحالة والفحص البدني أو نتائج التحليل المخبري ، أن الاضطراب إنما هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف طبي عام مثل الأورام أو اختلال إفرازات الغدد الصماء (كالدرقية مثلا)، أو لعته الزهايمر أو غيرها.

7-اختلال ذهاني يحدثه تعاطي مادة أو عقار:

ويتضمن هلاوس أو اختلالات واضحة ويوجد دليل من التاريخ المرضي للحالة ومن الفحص العضوي أو نتائج التحليل أن هذه الأعراض تظهر خلال شهر من التسمم بالمادة أو انسحابها كالكحول والأمفيتامينات والقنب والكوكايين، أو المسكنات والمنومات ومضادات القلق وغيرها. وألا تكون هذه الأعراض سابقة لاستخدام المادة ولا تحدث أثناء وجود هذيان.

8-اختلال ذهاني غير مصنف :

تتضمن أفكار هذائية وهلاوس وحديث غير منظم وسلوك غير منتظم الشكل أو تخشبي لا تتوفر عنها معلومات كاملة لعمل تشخيص محدد أو توجد عنها معلومات متعارضة، أو اختلالات مع أعراض ذهانية لا تناظر المحكات الموضحة لأي من الاختلالات الذهانية المحددة مثل ذهان ما بعد الولادة أو الأعراض الذهانية التي تدوم لأقل من شهر ولا تماثل محكات الاختلال الذهاني الخفيف، أو وجود هلاوس سمعية مستمرة مع غياب أي علامات أخرى أو وجود هذات غير غريبة ومستمرة وتتداخل مع النوبات المزاجية لمدى واضح من الزمن . (عبد الرحمن، 2000، 398-400)

5-8-مميزات الشخصية الفصاموية حسب DSM IV :

تتصف بما يلي :

(أ) طابع عام من الانفصال عن العلاقات الاجتماعية ونقص في التعبيرات الانفعالية في علاقته مع الآخرين التي تظهر في بداية سن الرشد، وتكون حاضرة في مختلف السياقات، كما يجب وجود 4 على الأقل من التظاهرات التالية :

-الفرد لا يبحث ولا يقدر العلاقات المقربة التي من بينها العلاقات العائلية .

-يختار غالبا أنشطة فردية.

- لديه رغبة قليلة أم معدومة بالنسبة للعلاقات الجنسية مع أشخاص آخرين .

-لا يبدي أي استمتاع إلا في نشاطات جد قليلة.

- ليس لديهم أصدقاء مقربين أو حميمين ما عدا الأقارب من الدرجة الأولى (الأولياء).

-يظهر لا مبالاة بالنسبة لمدح الآخرين أو انتقاداتهم.

- يبدي برودة، انفصال أو امتصاص لعواطفه .

(ب) لا يحدث الاضطراب فقط أثناء تطور لحالة فصامية، اضطراب في المزاج مترافق بمظاهر

ذهانية، اضطرابات ذهانية أخرى أو اضطراب كاسح للنمو (التوحد)، وهو لا ينجم عن تأثيرات

فيزيولوجية مباشرة التنبيه للإصابة بمرض طبي عام (Guelfi at d'autres,2004,282)

6- مسار الفصام و مآله:

6-1- مسار الفصام:

يمكن تقسيم مسار الفصام إلى ثلاث مراحل أساسية هي مرحلة البداية، والاستقرار، و المرحلة المتبقية.

1_ مرحلة البداية:

هذه المرحلة شديدة التنوع و تأخذ أشكالاً متعددة تتراوح من البداية الحادة أو المفاجئة إلى البداية البطيئة و المخادعة، و بين هذين النموذجين المتناقضين يمكن أن تكون البداية على مراحل متعاقبة و تتطور بشكل دوري أو تحدث على شكل أحادي الأعراض حيث تظهر أعراض منعزلة مثيرة للإنتباه.

(Ey, Bernard, Brisset, 1989, 509_510)

هناك أعراض كثيرة تتبئ بالدخول للفصام، ومنها ما تكون تدريجية ومنها ما تكون مفاجئة

مختلف أشكال البدء التدريجي : يجب حتماً البحث عن الحالة السابقة التي كان يعيشها الفرد قبل ظهور الأعراض الأولية التي تمس الشخصية والعاطفة (برودة عاطفية ، تناقض وجداني)، اهتماماته الحديثة مثلاً: اهتمام خاص بنشاطات غير مألوفة بالنسبة للفرد (دين، تصوف، بدع، خيال علمي)، الوهن الجسمي والنفسي، فقدان الإرادة وتبدل الطبع.

* بدءاً من شخصية فصاموية : التي تتميز باللامبالاة بالنسبة للعلاقات الاجتماعية وتقليص السجل العاطفي (التعبير الانفعالية) والتي تظهر في بداية سن الرشد. الدخول إلى الفصام يبدأ بالمبالغة في الكف ، ميول للعزلة والانطواء على الذات، الغرابة العاطفية، تراجع كبير في النشاطات والتكيف الاجتماعي، بينما تظهر اهتمامات ونشاطات أكثر فأكثر غرابة وتناقضاً.

* بدءاً من حالة شبه عصابية: الأعراض ذات المظهر العصابي هنا تتسم بصبغة غريبة وتفكك عاطفي (Guy Besançon, Op.cit, p176)

أ) شكل شبه و سواسي: الوسواس تبدو غريبة (الاضطهاد)، مع غياب النقد أو نقد جزئي، السلوك يتميز بتغطية كبيرة وليس له مقاومة ضد القلق.

(ب) شكل شبه رهابي: غالبا ما تكون مواضيعه جسمية (رهاب تشوه الجسد، الخوف من المرض، رهاب الإحمرار) (éreutophobie ، معلنة عن أفكار هذيانية

(Karilla, Boss et d'autre, Op.cit, p112)

(ج) شكل من الانشغال بتوهم المرض: الذي يصبح كاسح أكثر فأكثر ومخالفا للواقع، بالتوازي مع معاش من تجريد الشخصية إلى قلق من التجزؤ، المواضيع هي متعددة: حدس هذيانى لإصابته بمرض ما، رهاب، تشوه الجسد، وغيرها.

بدءا من حالة شبه سيكوباتية: عند الأشخاص الشابة، الغير مستقرة والذين •يتميزون بتصرفات المعارضة والمرو ر إلى الفعل العنيف والمنحرف، بالإضافة إلى علامات التفكك (Bouriche, Bourcet, 2000, 163)

بدءا من اضطراب في السلوكات الجنسية: دعاة، سادو- مازوشيزية، الرغبة في التحول إلى الجنس الآخر transsexualisme ، معاش مع تفكك عاطفي .

بدءا من اضطرابات في السلوك الغذائي: إن الاضطرابات الغذائية موجودة عند كل المرضى الفصاميين، ويمكنها أن تكون بوابة دخول للمرض، ويوجد ثلاثة أنواع :

(أ) فقدان الشهية الخالص: الرفض الكلي للغذاء بطريقة إرادية مما يؤدي إلى فقدان كبير في الوزن، مرتبط بتشوه في إدراكه لصورته الجسمية.

(ب) فقدان الشهية المصحوب بالتنقيؤ: بالإضافة إلى رفض الطعام نجد حالات من القيء الإرادي .

(ج) حالات من الشره: يتعلق بتناول كميات كبيرة من الأكل في فترات متقاربة من الزمن وخاصة في الليل، مرتبطا بحاجة ملحة " لملئ البطن " ومصحوبة عادة بحالات قيء .

مختلف أشكال البدء المفاجئ:

تمثل حوالي 50 إلى 65% من أشكال البدء، ويوصى الانتظار على الأقل 6 أشهر حتى تكتمل مجموعة الأعراض قبل تشخيص الفصام .

الهجمة الهذيانية الحادة: كما يعبر عنها اسمها هذا النوع يحدث فجأة، مع العديد من الأفكار الهذيانية وهلاوس حسية متعددة، مع حالة من الخلط الذهني واضطرابات في السلوك يمكن أن تكون كبيرة، ويجب

الفصل الثاني: الفصام

الإشارة إلى أنه إذا كانت الهجمة الهذيانية تمثل شكلا من أشكال البدء للفصام، فإنه ليست كل الهجمات تتطور نحو الفصام، فبعضها قد يتطور نحو الشفاء أو قد تكون بابا للدخول في اضطرابات عقلية أخرى.

(Govrion , Fayand, Op.cit, 46)

الحالات المزاجية اللانموذجية (الهوس، الاكتئاب، أو المختلطة):

الجدول العيادي هو غير مكتمل ويحتوي على أعراض غير مميزة للاضطراب المزاجي مرتبط بعناصر التفكك.

أ) الهوس اللانموذجي: تظهر بكثرة كبوابة للدخول في الفصام خاصة عند الشباب، يتميز بوجود الحواجز (وقف لمجرى التفكير والحديث)، هذيان غير متوافق مع المزاج، ضحك بدون مبرر، بروز هلاوس، قلق كبير.

ب) الاكتئاب اللانموذجي: هو نادر ولكن ممكن، ويتميز بوجود البرودة العاطفية، مظاهر هذيانية غالبا غير منظمة (امتلاك، اضطهاد) دافع غريب للانتحار .

أفعال الطب- شرعية خطيرة: اعتداء قاتل بدون دافع، عنف جنسي أو أفعال عدوانية ذاتية، انتحار، تشويه ذاتي، هروب، ونجد لهذه الأفعال أحيانا منطوق مرضي وتبريرات غير متكيفة مع الفعل.

الحالات الخاطئة الحلمية: نجد سيطرة التفكك وغرابة فكرية- شفوية، الحالة الحلمية هي عادة علامة لاضطراب عضوي(Karilla, Boss et d'autre, Op.cit, p111)

_مرحلة الاستقرار:

غالبا ما يصل المريض إلى مرحلة الاستقرار بسرعة و في غضون بضعة شهور، غير أن هناك بعض الحالات التي لا تصل إلى هذه المرحلة إلا بعد سنوات عديدة، و في كل الحالات يتميز الجدول العيادي دائما بالمميزات المشتركة الآتية:

-تناقض في الاحساس و التعبير و السلوك.

-الغرابة في السلوك.

-غموض الحديث.

-الانسحاب الاجتماعي.

و يؤكد دوكي و موساوي و كاشا أن هذه الخصائص تعتبر السمات الأساسية لانعدام الترابط الذي يؤدي إلى اضطرابات في التفكير و الإدراك و العاطفة و السلوك، حيث يظهر الهذيان الذي غالبا ما يبدأ بتجربة هذائية أولية يصعب وصفها مع اضطراب في التجربة الحسية و تغير جذري في العالم الخارجي و الداخلي بالنسبة للمريض ، كما تظهر على المريض مجموعة من أعراض ضياع الشخصية و اضطراب إدراك الذات مع اعتقاد المريض بأن هناك تغيرا في حجم و شكل و حدود الجسم، و انعدام الحياة فيه، بالإضافة إلى ظهور الهلوس المتنوعة السمعية و الشمية و البصرية، و ترتبط هذه الهلوس أحيانا بمجموعة أعراض هذيان السيطرة و العظمة و الإضطهاد.

(Douki,Moussaoui,Kacha,1987,141)

المرحلة المتخلفة(المتبقية):

تظهر في هذه المرحلة ثلاثة نماذج للضعف النهائي للمرض:

- في المجموعة الأولى يسيطر السكون و العدوانية التامة على الحياة النفسية للمريض مع سلوكيات آلية و رتيبة من النوع الكتاتوني.
- في المجموعة الثانية يتميز الجدول العيادي بعدم الترابط الفكري_اللغوي، حيث ينعدم الترابط في اللغة كليا و يستبدل نظام الاتصال اللفظي بلغة إجترارية تماما، و هنا يمكن الحديث عن أفازيا فصامية schizoaphasie
- في المجموعة الثالثة يحتل الهذيان و تعبيراته و سلوكياته الغريبة مكان الصدارة و في الحالات الأكثر تدهورا يظهر المريض نوعا من التخيل المرضي الرتيب حيث يستبدل النشاط الهلوسي بنوع من الحديث أثناء العزلة.(Ey,Bernard,Brisset,op.cit,526)

تطورات المرض :

إن التوقع بمستقبل أفضل بعد العلاج يكون في البدء المفاجئ أكثر مما يحدث بأعراض بطيئة الشكل وفي الحدوث الحاد يكون هياج و هلاوس و هذيان واضطراب المزاج و توهان خلال يوم أو يومين وما يفرقه عن الذهان التفاعلي أو المزاجي استمراره لفترة أطول من ستة شهور، ولكن قد يكون هناك عامل

الفصل الثاني: الفصام

ساعد في ترسيب الاضطراب، أما في الحدوث البطيء يكون المسار مسبوق بالأعراض الممهدة، و تظهر الأعراض النشطة كإنذار بالتغيير وقد تستمر فترة قصيرة وتبقى الأعراض المتبقية وإن لم تحدث أعراض نشطة يبقي التشخيص شخصية انطوائية أو فصامية ، ومدة الاضطراب لا تقل عن ستة شهور.

ومسار المرض عبارة عن فترات شدة تتبادل مع فترات من الهوادة و أحيانًا يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة ويستمر التدهور وتقل شدة الأعراض النشطة وتظل الأعراض السالبة التي تجعل حياة المريض بدون هدف . وشكل الشفاء يكون بشكل الأعراض النشطة ثم الأعراض السالبة، الحياة بشكل طبيعي، و الشفاء التام يتحدد بالعودة للعمل والعلاقات الاجتماعية، و المصير يكون من خلال ملاحظة المريض خلال 10 سنوات، ونسبة 75 % يشفوا خلال 10 - 25 سنة، وتحدث نكسات في 75 % خلال سنة ونصف ممن يوقفوا العلاج، 25 % ممن يستمروا في العلاج في حال الضغوط النفسية أو تخفيف العلاج ، وطبقاً لتصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الرابع فإن مسار الفصام لا يوصف خلال السنة الأولى من بدء الأعراض النشطة و المسار قد يكون:

* مسار نوباتي مع فترات من الأعراض المتبقية تتخلل النوبات و نوعه حسن إن لم يتردد دخوله المستشفيات و المكوث فترات طويلة فيها.

* مصاحب بأعراض سلبية بارزة و يكون المستقبل ضعيف المعرفة وتغيرات في النسيج الدماغي.

* مسار مستمر من الأعراض السالبة مع نوبات من الأعراض الموجبة.

* مسار غير محدد الصورة .(سمور، 2006، 198)

6-2-مآل الفصام:

يشير مصطلح المآل إلى النتيجة المحتملة عموماً، كما يشير إلى العوامل المحددة التي تساعد في التنبؤ بمسار الاضطراب في الحالة الفردية، ومن أهم هذه العوامل التي تلعب دوراً هاماً في مآل المرض نجد :

1-العمر عند بدء المرض :كلما ظهر المرض في سن مبكرة وفي سن المراهقة قلت نسبة الشفاء نظراً لعدم نضوج وتكامل الشخصية في هذا السن ،وذلك بعكس هؤلاء المرضى الذين يظهر المرض عليهم بعد سن الثلاثين ففرصتهم للشفاء تتزايد كلما نضجت الشخصية.

- 2- الذكاء: يساعد الذكاء على سرعة الشفاء فكلما زاد ذكاء المريض، زادت فرصته في الشفاء، أما المتخلفون عقليا الذين أصيبوا بالفصام فتقل نسبة شفائهم بشكل واضح.
- 3- التكوين الجسمي: تزيد فرصة التحسن والشفاء في هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة أو ما يسمى بالمكون الجسمي المكتنز، وتقل النسبة في الجسم الواهن الضعيف.
- 4- الشخصية: يتحسن المرضى ذوي الشخصية المتكاملة السوية قبل المرض، أما هؤلاء ذو الشخصية الشبفصامية أو الانطوائية أو العصابية أو غير الناضجة فتقل نسبة تحسنهم، حيث أنهم يعودون بعد شفائهم لنفس الشخصية المرضية.
- 5- بدء المرض: أن نسبة الشفاء عندما يبدأ المرض فجأة تصل نسبة إلى 51 %، إذا قورنت بهؤلاء الذين يزحف عليهم المرض تدريجيا حيث تنخفض نسبة الشفاء إلى 21 % .
- 6- العوامل الحافزة أو المساعدة للمرض: كثيرا ما يبدأ الفصام بعد عوامل حافزة جسمية أو نفسية، وأن نسبة الشفاء تزيد عندما يسبب المرض أحد هذه العوامل، نظرا لأهمية العامل البيئي هنا في نشأة المرض، أما في هؤلاء المرضى الذين يظهر عليهم المرض دون مسببات خارجية وداخلية فتقل نسبة الشفاء حيث أن العامل البيولوجي والوراثي يلعب دورا هاما.
- 7- التاريخ العائلي: يحسن وجود تاريخ عائلي للذهان الوجداني (الاكتئاب) نسبة الشفاء، أما إذا كانت العائلة مشحونة بتاريخ الفصام فهنا تنخفض فرصة المريض في التحسن.
- 8- الأعراض الإكلينيكية: يختلف مصير المرض تبعا لنوع الفصام ويجمع البعض أن مآل الفصام الكتاتوني و البارنويدي أفضل من الفصام الهيفريني ومن الأعراض المهمة التي تزيد من نسبة الشفاء وجود أعراض وجدانية قوية سواء اكتئاب أو ابتهاج كذلك بعض تشوش الوعي، أما الأعراض التي تحمل مصيرا سيئا، فأهمها تبدل أو تجمد الانفعال، واختلال الآنية والعالم الخارجي.
- 9- الحالة الاجتماعية والأسرية: تدل أبحاث براون 1963 ولف 1977 على أن خروج المرضى من المستشفى بعد تحسنهم إلى عائلات على درجة عالية من التورط أو الاستغراق أو التعبير الانفعالي سواء الزائد أو النفور، يحمل في حد ذاته أثرا سيئا أو يزيد من نسبة النكسات أو عودة هؤلاء المرضى للمستشفى.

و مرض الفصام لا يؤدي إلى الوفاة ، و لكن وجد أن فترة حياة الفصاميين تقل ب ¼ عن مدى حياة المجموع العام حيث تصل محاولات الانتحار بين الفصاميين إلى 13 - 22 % من الحالات، أما الانتحار الناجح فيتراوح بين 5 - 10 % خاصة في بداية المرض و الحالات الحادة.

(عكاشة: 2003 ، 366 ، 368)

10- الاستجابة للعلاج: لقد بينت نتائج الدراسات في هذا المجال أن الإستجابة المبكرة و الايجابية للعلاج هي مؤشر جيد للشفاء، فالأفراد الذين يتمكنون من إكمال البرنامج العلاجي المخطط يكون احتمال شفائهم أكبر من الأفراد الذين يتركون العلاج قبل إكماله. (Weiner,1982,244)

7-الإعاقة في مرض الفصام:

وتشمل الإعاقة الاجتماعية يزداد الانطواء بعد المرض وتقل شبكة العلاقة الاجتماعية لدرجة العزلة، وانخفاض القيام بالوظائف اليومية مثل الدراسة أو العمل و العناية بالأكل أو الملبس أو الذات، وقد يلزم الإشراف على حالته الاجتماعية من مأوى يليق للبشر و الحالة الصحية بسبب إهماله لذاته و التغذية يمكن أن يأكل أي شيء و نظافته الشخصية من استحمام و ملبس و نظافة شخصية، كما أنه لا يبحث عن الزواج أو يهمل زوجته وأسرته وتضعف الرغبة و العلاقة الجنسية، وقد يصبح بلا مأوى، وقد يحتاج حماية من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور لمنع المشاكل الاجتماعية مع الآخرين في النوبات المرضية و أفعاله الناتجة عن الضلالات أو الاستجابة لهلوس و بين النوبات يتفاوت احتياجه للرعاية من إعاقة تستدعي رعاية وهم أفقر البشر و بحاجة إلى مساعدة مادية دائمة وقد يصاب بالاكنتاب أو تعاطي الكحول والمخدرات .وقصر حياة الفصاميين لسبب كثرة الدخان مما يؤدي إلى مضاعفات كثيرة و كذلك كثرة الانتحار بينهم أو سوء التغذية الذي ينشأ عنه الأمراض، أو لسوء الرعاية الطبية و تجدر الإشارة إلى أن 50 % من مرضى الفصام يحاولون الانتحار، 10 إلى 15 % منهم ينتحرون .

(سمور، 2006، 198-200)

8-علاج الفصام:

يعد التكفل العلاجي بالفصاميين متعدد الاختصاصات، حيث يتطلب عملا جماعيا، و يجمع العلاج بالصيدلاني و العلاج النفسي، يمكن للمريض أن يتابع علاجه خارجيا إلا أن هناك حالات لا بد من دخوله المستشفى .

الاستشفاء الأولي حر و أحيانا يكون بطلب من أشخاص أو من مصلحة و هو مهم من أجل:

- القيام بالتشخيص
- القيام بالفحوصات الطبية لإقصاء الأسباب العضوية
- تقديم العلاج الدوائي المناسب المضاد للذهان

يكون في الحالات التالية:

- قلق شديد
- خطر المرور للفعل (عدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين)
- اشتداد الهذيان
- زيادة الأعراض السلبية
- زيادة التناذر التفككي (kacha , 2002, 177-178)

8-2-العلاج الدوائي(الصيدلاني):

بدأت ثورة الطب النفسي في سنة 1952، عندما بدأ بعض الأطباء في علاج مرضى الفصام بالكولوربرومازين (لارجاكتيل- بروماسيد) مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة، و قد تطورت أنواع العلاج بالعقاقير، ووصل عددها إلى العشرات حسب الأعراض، (عكاشة، 2003، 379)

و حتى يكون العلاج سليما عليه أن يوافق اثنين من الحتميات أولها وضع مخطط علاج فردي يتكيف مع المميزات الفيزيولوجية النفسية و الاجتماعية للمريض و خاصة تكيف لهذا المخطط مع تطور العاطفة لديه، وهذا يحتاج مرونة و مراعاة في ترتيبات المؤسسة الصحية الموجودة على مستوى المجتمع مع القدرة أيضا على المتابعة الاجتماعية المحترمة خاصة عند احتمالية فشل و انحلال الأسرة التي ينتمي إليها المريض . (kacha, 2002 , 177)

و نستطيع أن نلم بتطور هذه العقاقير كالاتي:

أ-السيريازيل:

وهو من أول العقاقير المستعملة في مرض الفصام، ومازال يستعمل هذا الدواء في علاج حالات ضغط الدم المرتفع، و لكن تستعمل كميات كبيرة منه في الفصام تصل إلى ما بين 9-12 مغم يوميا مما يجعل المريض عرضة لأعراض جانبية و مضاعفات شديدة تفوق فائدته في علاج هذا المرض.

و من أهم هذه المضاعفات الاكتئاب الشديد في حوالي 20 % من الحالات، و الذي يحتاج إلى صدمات كهربائية و يؤدي أحيانا إلى الانتحار مع الأعراض الجانبية في الجهاز العصبي و الدم و الجهاز الهضمي.

ب-الفينوثيازين Phenothiazines :

و تنقسم هذه المجموعة إلى عدة أنواع هي:

1 ديمثيل أمين Dimethylamines :

و يمثلها اللارجاكتيل (نيورازين - بروماسيد) و السبارين و السكويل و النوزينان، و تستعمل هذه المجموعة في حالات الفصام الحادة المصحوبة بهياج و توتر و فرط الحركة، و عدم القدرة على الاستقرار و تستعمل بكميات تتراوح بين 100- 800 مغم في اليوم الواحد، و يعطى بالعضل في أول الأمر ثم بالفم.

2-ببرازين piperazine:

و منها الستيلازين (15-30 مغم يوميا)، الترايلافون (24-48 مغم يوميا)، الراندولاكتيل(10-20 مغم يوميا)، الموديتين (5- 15 مغم يوميا)، و تفيد هذه المجموعة في الأعراض البارانونية من ضلالات و هلاوس و كذلك تنبه المرضى المنعزلين المتبلدين، و تحثهم بعض الشيء على الاندماج مع المجتمع.

3-ببرادين piperidine :

و من أمثلته: الميليريل (100- 800 مغم يوميا)، هو من أكثر العقاقير سلامة في استعماله، نظرا لقلّة أعراضه الجانبية في الجهاز العصبي.

ج-بيتيروفينون Butyrophenones:

الفصل الثاني: الفصام

و من أمثلتها الهيلوبريدول و الترايبريدول (سافينس)، و يختلف كيميائيا عن السيربازيل و الفينوثيازين، و هو من العقاقير المهمة التي تفيد في حالات الهياج الشديد، خاصة حالات المرح.

د- ثيوكسانتين:

و هو من العقاقير الحديثة نسبيا في علاج مرض الفصام، خاصة الحالات المزمنة، و التي تتميز بالإنطواء و العزلة، و في خبرتي الخاصة أنه يفيد في الحالات التي فشل فيها العلاج في توافق المريض اجتماعيا، و قد لوحظ توافقا اجتماعيا سريعا بعد استعمال هذا العقار في بعض الفصاميين المزمنين.

سبق أن ذكرنا أن أسباب الفصام هي تغيرات كيميائية في الموصلات العصبية بالمخ، و يبدو أن هذه العقاقير تعمل على إعادة توازن هذه الموصلات العصبية في المخ، و تثبيط تأثير الخلايا الدوبامينية، و خفض تأثير المؤثرات الخارجية القادمة من سيالات الحساسة إلى التكوين الشبكي، و من ثم اختفاء الأعراض و تحسن حالة المريض، و لكن يجب أن يستمر المريض مدة طويلة على العلاج مع التخفيف التدريجي للكمية.

و أعتقد أنه من الأساليب الرئيسية لنكسات هذا المرض، هو توقف المريض عن أخذ العلاج بعد شعوره بالتحسن الواضح، و عادة لا تبدأ النكسة قبل ثلاثة أو ستة شهور من التوقف عن أخذ العقار، و يزيد على ذلك أن نسبة كبيرة من المرضى لا تأخذ العلاج بالانتظام الكافي الذي يؤثر على الموصلات العصبية المرضية، و يتراوح عددهم من 40 - 60 % من المرضى، و لهذا السبب فقد بدأ الأطباء في البحث عن عقار يعطى مرة كل أسبوعين إلى 4 أسابيع، و يمتص ببطء في الجسم.

و من أمثلة ذلك عقار الموديتين إنانثيت Moditen Enanthate و الترايلافون إنانثيت و الكلوكسول، و الريدبتين و الفلونكسول و البيبورتيل و الهلدول، و يعطى بالعضل مرة كل أربعة أسابيع، و يستمر مفعوله طوال هذه الفترة.

و من فوائد هذه العقاقير التأكد من أخذ العلاج و خفض عدد المسؤولين عن التمريض و نقص نسبة النكسات، و كثيرا ما تمزج بعض هذه العقاقير بعضها مع بعض لمهاجمة بعض الأعراض التي لا يفلح عقار واحد في استئصالها، و هنا يجب الحرص من احتمال زيادة الأعراض الجانبية.

و تختلف مدة العلاج تبعا لنوعية المريض و الأعراض، و أحيانا ما يحتاج المريض للعقار طوال الحياة.

العقاقير الحديثة لعلاج الفصام:

استمر علاج الفصام منذ عام 1954 بالعقاقير الكلاسيكية و التي تثبط مستقبلات الدوبامين في المخ و التي سبق ذكرها، و كانت أعراض خلل مسارات الجهاز الخارجي الهرمي، و الحركات اللاارادية ، و التملل الحركي، سببا في عدم امتثال المرضى للدواء، ومن ثم النكسات المتكررة، يزيد على ذلك أنه يوجد حوالي 40 % من مرضى الفصام لا يستجيبون للأدوية الكلاسيكية ، كذلك فالأعراض السلبية مثل قلة الكلام و الانعزال و التجمد العاطفي و فقد الطموح و الإرادة و فقد الاهتمام بمباهج الحياة عادة لا تستجيب لهذه العقاقير.

و لم تكتشف أي علاجات جديدة لمرضى الفصام منذ عام 1970 حتى 1986 عندما اكتشفت عقاقير ليس لها الأعراض الجانبية السابقة، و تعمل على مستقبلات السيروتونين، بالإضافة لمستقبلات الدوبامين، و لذا سميت بغير النموجية، و كان أولها عقار الكلوزابين (لييونكس).

و نستطيع تلخيص العقاقير الحديثة كالاتي:

كلوزابين(لييونكس)- ريسبيردون(ريسبيردال)- أولانزين(زيبركسا)- سيرتندول- كواتيابين- زراسيدون

و تتميز هذه العقاقير بقلة الأعراض الجانبية، و بأنها تعمل من خلال تثبيط مستقبلات الدوبامين و السيروتونين بأنواعه المختلفة، و أنها تحسن الأعراض السلبية، و تفيد في الخلل المعرفي و الذاكرة و التركيز، و أنها لا تؤثر على عضلة القلب، و بالطبع يوجد بعض الأعراض الجانبية لكل منهم، فمثلا اللييونكس يقلل من كرات الدم البيضاء الخاصة بالمناعة في حوالي 1% من الحالات، و لذا يجب عمل تحليل للدم كل أسبوع في الأربع شهور الأولى ثم مرة كل شهر، كذلك يزيد من الوزن، و يسبب كثرة في اللعاب أثناء النوم، مع التهدة و النوم الكثير في بادئ الأمر.

و قد تم الاتفاق الآن أن مريض الفصام يعالج في بادئ الأمر بالأدوية الكلاسيكية مثل الكلورودازين، الستيلازين، الهلوريدول، أو الحقن طويلة المفعول مثل الموديكات، الهدول، الكلوكسول، الفنكسول، أو إذا كان المريض لا يتحمل الأعراض الجانبية، فله أن يستعمل أحد الأدوية الحديثة، أو ما تسمى بغير النموجية و هي باهضة الثمن، و يوجد حوالي 40 % من المرضى لا يستجيبون لهذه الأدوية إلا بعد تجربة ثلاثة منها على الأقل، و لمدة لا تقل عن ستة أسابيع، و باستعمال الجرعة القصوى، هنا لا مانع من استعمال الأدوية غير النموجية مثل اللييونكس و الرسبيردال أو الونزابين.

الفصل الثاني: الفصام

و يجب الاستمرار على العلاج الدوائي لمدة تتراوح بين 6 إلى 12 شهرا إذا كانت النوبة الأولى ، أما إذا تكررت النوبات فيفضل الاستمرار لعدة سنوات و أحيانا مدى الحياة.

و يجب تذكر أن احتمال النكسات على الرغم من استمرار العلاج حوالي 20 % و إذا قورنت بعدم إعطاء العلاج فتصل نسبة النكسات إلى 80 %، أما إذا كان المريض في حالة شفاء مع استمرار الدواء ثم توقف عن تناوله فستصل نسبة النكسات في خلال سنتين حوالي 60% بواقع 30% في السنة الأولى.

8-3- علاج بغيوبة الأنسولين:

كانت غيبوبة الأنسولين حتى عام 1959 إحدى الطرق المفضلة في علاج مرضى الفصام باعطاء المريض كميات كبيرة من الأنسولين تحت الإشراف الطبي، حتى يدخل في غيبوبة ثم يعطى الجلوكوز لإعادته لوعيه ثانية.

و كانت هذه الغيبوبة تتكرر من 30 - 50 مرة حوالي 5 مرات كل أسبوع، و كانت هذه الطريقة تنجح مع مرضى الفصام الواهنين جسديا ، و الذين لم يمض على مرضهم أكثر من عامين، و لكن لخطورة هذا العلاج و مضاعفاته الكثيرة من عطب في خلايا المخ من نقص السكر و التشنجات العصبية، بل و أحيانا غيبوبة شديدة، و ما يحدث نادرا من حالات وفاة، ثم الحاجة إلى عديد الأطباء و الممرضات للقيام به ، يزيد على ذلك نشأة كثير من الأدوية التي تؤثر في مرض الفصام و تأتي بنسبة نجاح أكثر من غيبوبة الأنسولين... نظرا لكل ذلك فقد هجرت معظم مراكز العلاج النفسي علاج الفصام بالأنسولين، إلا في حالات نادرة لا تتحسن بالعلاجات الأخرى.

و لكن أحيانا نلجأ إلى إعطاء كميات بسيطة من الأنسولين لفتح الشهية، وزيادة الوزن، وتقليل القلق في كثير من الأمراض النفسية و العقلية.

و يعلل البعض الأثر الناجح للعلاج بالأنسولين بأن المريض قبل أن يفقد شعوره يعاني من آلام الاحتضار، مما يؤدي إلى تخفيض أثر عقدة الإدانة الذاتية (الشعور بالذنب) التي يعاني منها لاشعوريا، وذلك هو التفسير التحليلي، ولكن يختلف التفسير الفيسيولوجي، فأى سلوك أو تفكير مرضي سببه تغييرات بيولوجية و كيميائية و كهربائية في خلايا المخ، فإذا استطعنا وقف عمل هذه الخلايا لفترة ما... فإنه يحتمل عندما تبدأ العمل ثانية أن تتوقف عن السلوك المرضي، و هذا ما يحدث عندما ينقص السكر

الفصل الثاني: الفصام

في الدم و يصل الفرد لحالة الغيبوبة و بالتالي تتوقف خلايا القشرة المخية عن النشاط ثم تبدأ في العنل ثانية عند حقن المريض بالجلوكوز... و بتكرار هذه العملية تبدأ الخلايا في السلوك السوي.

8-4-علاج جلسات الكهرباء(جلسات تنظيم إيقاع المخ):

حيث أن الجلسات الكهربائية تغير من حركة الموصلات العصبية بين أغشية خلايا المخ، مما يعيدها لحالة التوازن السابق، و كذلك تنبه الهيوتالاموس، خاصة مراكز الجهازين السمبتاوي و الباراسمبتاوي، مما يؤثر على نسبة هذه الموصلات، كما أنها تعطي راحة و قنتية لنشاط المخ الكهربائي، بحيث يبدأ ثانية بطريقة سوية، و لا يشعر المريض إطلاقاً بهذه الجلسات بل هو خوف من الجو المحيط به، و لذا تعطي جلسات الكهرباء الآن تحت تأثير المخدر و ارتخاء العضلات، و لا يحدث أكثر من بعض الارتجاف البسيط في الجسم تعقبه يقظة المريض دون الإحساس بأي شيء.

و تعطي جلسات الكهرباء لمرضى الفصام في الحالات الآتية:

1-حالات الفصام الحادة، و كذلك الحالات البادئة منذ فترة بسيطة

2-حالات الفصام الكتانوني

3-حالات الهبوط و الانعزال و القلق و فقدان الاهتمام و الخمول المصاحبة لمرض الفصام

4-إذا صاحبت الفصام أعراض وجدانية إما اكتئابية أو إنبساطية.

5-تقل أحياناً جلسات الكهرباء من شدة الهلوس و الهذات و ما يصاحبها من آلام نفسية شديدة.

و لا تفيد عادة الكهرباء في الفصام البسيط أو المزمن.

و يحتاج مريض الفصام إلى حوالي 8- 12 جلسة كهرباء ، بمعدل اثنتين أو ثلاث جلسات في الأسبوع، و لكن يعتمد عدد هذه الجلسات على درجة التحسن و اختفاء الأعراض، و يترك ذلك لتقدير الطبيب.

و تفيد الأبحاث الحديثة المقارنة أنه يتساوى تأثير الجلسات الكهربائية مع العقاقير بعد ستة أشهر من بدء العلاج، و لذا فالكهرباء لها فاعليتها على الأعراض من الناحية الزمنية (أي زوال الأعراض سريعاً) و لكن ليس لها دور إيجابي في مآل المرض.

و أفضل تسمية لعلاج جلسات الكهرباء هي جلسات تنظيم إيقاع المخ. (عكاشة، 2003 ، 385- 391)

8-5-العلاج التحليلي:

لم تقدم المدرسة التحليلية إسهاما في الفصام، حيث أن فرويد نفسه لم يعمل إلا قليلا مع المرضى الفصاميين، إذ اعتقد أن الفصاميين ليست لديهم القدرة على تثبيت العلاقات الشخصية المتبادلة و الضرورية لقيام العلاج التحليلي.

و يعتبر سوليفان من الرواد الأوائل الذين استخدموا العلاج التحليلي مع الفصاميين، فقد انطلق برنامجه العلاجي من أن الفصام يعكس العودة إلى الأشكال الطفلية نظرا لأنه لايمكك القدرة على مواجهة الضغوط الشديدة لذلك يرتد إلى الأشكال الطفلية من السلوك ، و استنادا إلى ذلك يؤكد سوليفان أن المعالج يجب أن يسعى إلى تحقيق الاستبصار عند المريض حول دور الماضي في المشكلات الحالية أي يفسر له سبب وقوعه في المرض و التي هي بعد المشاكل التي واجهها في حياته الحالية، (Rosenhan, Seligman,1984,364) و تجدر الإشارة إلى أن مدرسة كلاين و زملائها قد ساهموا في استخدام العلاج التحليلي مع الفصاميين، مستخدمين الطريقة التحليلية الكلاسيكية حيث ركزوا على أهمية الدور الذي تلعبه استجابة المحلل النفسي لعمليات التقمص الاسقاطي و التي يقوم بها المريض على المعالج، و التي تعتمد على الصورة المفككة التي كونها المريض عن أناه الجسمي و العقلي.، فثبات و بساطة و استقرار المحلل في كل حصة تسمح للفصامي بالإحساس أن له الحق في استعمال أشكال أخرى من التقمصات تساعد على تحمل التناقض الوجداني، و في الحدود التي يصبح فيها الأنا أكثر وحدة و يصبح الموضوع الذي كونه حسب تصوره أكثر تمايزا عن الفرد و مختلفا عنه، و أقل اضطهادا، و عليه يؤكد الباحثون أنه لا بد من أن تكون الحصص العلاجية متقاربة، كما يجب متابعة العلاج لوقت أطول.

من الباحثين الفرنسيين نجد راكامبي الذي اقترح دراسة جملة التطورات التي يمكن أن يتقبلها المريض، و هذا قبل الشروع في أي كفالة نفسية ، و انطلاقا من هذه التطورات يمكن تقدير مدى النجاح العلاجي الذي يحققه المنظور التحليلي في تطور الحالة المرضية، بالإضافة إلى دراسة المعطيات المحيطة و درجة التدهور الملحوظ.(Bergeret,1989,186)

8-6- العلاج العائلي:

هو علاج ثنائي لا يلتقي بعلاج المريض فقط بل بعلاج الأسرة أيضا، و هو ينطلق من نظريات الفصام التي تفرض أن العلاقات الأسرية غير السوية هي السبب الرئيسي في نشوء الفصام، و التي تؤكد أن علاج هذه العلاقات قد يقود إلى التخلص من الاضطراب، و يؤكد بيرجوري Bergeret أن مثل هذا العلاج قد يتم تطبيقه داخل المستشفيات، و هو غالبا يتم بعد خروج الفصامي من المؤسسة الصحية.

و يعتمد هذا النوع من العلاج على عدد من الخطوات أهمها:

- 1_ ضرورة البحث في الدينامية النفسية للأسرة ككل، و البحث في طبيعة العلاقات الموجودة داخلها.
- 2_ محاولة تعيين طرق التعامل و الاتصال بين أفراد الأسرة أنفسهم من جهة و بينهم و بين المريض من جهة أخرى.
- 3_ ضرورة التعرف على موقف الأسرة من المريض فيما إذا كان هذا الموقف ايجابي و يهدف إلى قبوله ضمن الأسرة أم أنه موقف سلبي يميل لنبذ المريض و ابعاده و عدم التكفل به.
- 4_ محاولة التقليل من الصراعات الأسرية القائمة و التي تدفع المريض إلى حالة من الانعزال تجنباً لواقع غير محتمل من المشاحنات العائلية.
- 5_ محاولة تحرير المريض من الاتكال الأسري و محاولة إعطائه فرصة تكوين هويته الفردية و تدريجه على تحمل مسؤولية نفسه في الحياة اليومية.
- 6_ ينبغي فهم المواقف و الحوادث و الحساسيات العائلية التي أدت إلى تثبيت الحالة المرضية في البداية و التي ترتبط بالانتكاسات المرضية اللاحقة. (Raynaud Bergeret,1989,207)

8-7- العلاج النفسي الاجتماعي:

إن الفصام يؤثر بطرق عديدة على الحياة الاجتماعية للشخص ، مضادات الذهان تعمل جيدا على الأعراض الايجابية للمرض لكنها تعمل بأقل فعالية على الأعراض السلبية خاصة عدم التكيف الاجتماعي، إن العلاج النفسي الاجتماعي بالتكامل مع الأدوية يحسن التكيف الاجتماعي و بالتالي ينقص من خطر الانتكاس، و من هنا يمكن أن نضع المخطط العلاجي التالي:

تخفيض القلق الذي يشعر به المريض

زيادة قدرات الفرد لمواجهة مختلف الأوضاع الاجتماعية و أحداث الحياة المقلقة و المزعجة
كل المرضى بحاجة إلى مساندة علاج نفسي يساعدهم على تقبل مرضهم و تقبل أثره على حياتهم
الاجتماعية و العملية، المساندة أثناء النوبات و الحث على متابعة مختلف العلاجات ضروري
إن الأمر لا يتعلق بعلاج نفسي معمق يقلب دفاعات الفرد الهشة، لكن بعلاج نفسي مركز على الواقع و
المشاكل التي تعترض الفرد ، و هذا لكي يسمح و يمهّد للمريض بأن يواجه هذه المشاكل التي تكون عادة
السبب الرئيسي في اضطرابه فيسعى للتغلب عليها.

8-8-العلاج السلوكي:

تستند البرامج العلاجية السلوكية للفصام على تقنيات الإشراف الإجرائي لتعليم الاستجابات الاجتماعية
الملائمة مثل الوصول إلى غرفة الطعام في الوقت المحدد و العناية بالنظافة و القيام ببعض النشاطات
الجماعية.

كما تم استخدام مبادئ التعلم الاجتماعي في بناء تقنيات العلاج بالتعلم الاجتماعي، و قد أظهرت تجارب
عديدة في المؤسسات الطبية أن العلاج السلوكي يتفوق على جميع البرامج السلوكية في مجال مساعدة
الفصاميين على تأدية وظائفهم، و يتمثل في تدريب مرضى الفصام على مهارات التعامل الفعال مع
المشكلات، حيث أن تمكنهم من هذه المهارات قد يساعدهم في مواجهة الضغوط العاطفية من جهة و
يعزز قدرتهم على التحكم في السلوك من جهة أخرى، و قد قدم بول لينتز Paul Lentz عام 1977
برنامجاً علاجياً يقوم على نظرية التعلم الاجتماعي، دمج فيه بين عدد من التقنيات السلوكية، مستندا في
ذلك إلى حاجات المرضى، و بينت نتائج الدراسة أن هذا البرنامج يتفوق على ما يعرف بـ Milieu
thérapie الذي لجأت إليه العديد من المستشفيات الأمريكية.

و تجدر الإشارة إلى أن برنامج لينتز Lentz يعتبر فعالاً و مهماً، حيث أنه قدم طرقاً فعالة ساعدت
المرضى المزمنين و مكنتهم من السلوك الأفضل، ليس فقط داخل المستشفى بل خارجها أيضاً.

(Rosenhan, Seligman, 1984, 364-365)

يعتبر أرنولد لازاروس A.Lazarus واحدا من المعالجين الأوائل الذين أحدثوا التكامل بين التقنيات السلوكية و المعرفية في العلاج، و هو يفترض أن الاضطراب يظهر عند المريض بسبعة مستويات مختلفة، اصطلح عليها بـ BASICID حيث يمثل B السلوك، A العاطفة، S الإحساس، I التخيل، C الفكرة، العلاقات الشخصية، D الأدوية، و يعرف هذا العلاج بالنموذج المتعدد، الذي يؤكد مرونة تفكير العيادي و سعة أفقه و الاهتمام العميق بالتخفيف من معاناة العميل بأسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة، فهو يقوم على الجمع بين العلاج المعرفي و السلوكي و الصيدلاني في آن معا.

و يؤكد لازاروس أن عمل المعالج الذي يستخدم هذا النوع من العلاج يتركز على تعيين المستويات المختلفة من الاضطراب و اختيار التقنيات الملائمة لكل مستوى من هذه المستويات. و قد طبق لازاروس علاجه على سيدة تبلغ الرابعة و العشرين من العمر مصابة بالفصام المزمن، تعاني من سمنة مفرطة و من انسحاب اجتماعي شديد جدا، و بعد تطبيق هذا البرنامج العلاجي لمدة ثلاثة عشر شهرا شفيت هذه السيدة و تزوجت، علما أنها قد تعرضت للعلاج الصيدلاني لمدة طويلة دون جدوى.
(Rosenhan, Seligman, 1984, 110-111)

مما سبق يظهر أن العلاج النفسي بمختلف أنواعه يمكن أن يسهم في التخفيف من الفصام ، لذلك من الضروري أن يتعزز و يتدعم العلاج الدوائي (الصيدلاني) بتقنيات نفسية علاجية متعددة تساعد الفصامي على تعلم طرق التفاعل السوي مع عالمه من جهة و تعلم طرق التعامل مع المشكلات أو الصعوبات العاطفية التي يواجهها في حياته اليومية من جهة أخرى، فمثلا إذا تمكن المعالج النفسي من تعليم الفصامي المهارات الفعالة في التعامل مع المشكلات قد يتمكن الفصامي في المستقبل من التحكم في عواطفه و ردود أفعاله و سلوكه بشكل أفضل في المستقبل، و عليه فإن العلاج الشامل للفصام لا بد من أن يكون صيدلانيا و نفسيا في آن واحد. (Davidson et Neal, 1986, 565)

9- الفصام و الانتحار:

9-1- الموت و مريض الفصام:

إن رؤية مرضى الفصام تعرض لنا المعاناة النفسية الكبيرة المحدثة عند هؤلاء المرضى، حيث يشتكي الفصاميون من معاناة نفسية كبيرة متمثلة في القلق المرضي الذي يعد إحدى أهم مصادره الرئيسية الخوف من محدودية الحياة حيث لم يستطع المريض القيام بالحداد على خسائره الماضية ، إضافة إلى صعوبات الاندماج داخل المجتمع، كلها عناصر قادرة على زيادة الخوف و القلق لمعنى فقدان لديه. يرى سارلس Searles أن مشاعر الخزي و الكراهية التي تستدخل و تكبت من قبل الفصاميين تؤدي بهم بانتظام لاعتبارها مصدرا محتملا للحقد و الضغينة و حتى السبب المحتمل لموته الخاص.

يتميز التناقض الوجداني هذا المرض مما يجعل الفصاميين يتأرجحون بين الحب و الكراهية، البناء و التدمير، الموت و الحياة، فإذا كان الأنا العصابي يعمل داخل الصراعات، فالأنا الذهاني يعمل حول و ضد تلك الصراعات و هذا هو التناقض الوجداني.، كما الأنا الفصامي فاشل، مخترق، يتعامل مع غريزة الموت و في انقطاع كامل مع العالم الموضوعي.

عند كلاين Klein أيضا، الإنكار الذي يعارض الكبت العصابي، يكون مطلقا خلال النوبات الذهانية الحادة، حيث يصبح إنكارا للوجود.

يصبح الهذاء إذن مسألة حياة أو موت، و قد يظهر في محاولة انتحارية نفسية مضلة و خادعة.

جسد الفصامي مجزأ، مشتت، منقسم، دون تمثيل لأي من أعضائه مع أنها جيدة في الواقع، الانتحار قد يظهر في المحاولة، عند هؤلاء المرضى الرمزية في إعادة بناء الجسم، في فشل تلك المحاولة يبدو لنا التناقض في الفصام الذي وصفه راكامي : الفصاميون الذين يحاولون جمع الواقع المجزأ لأجسامهم عن طريق المرور للفعل الانتحاري (أو العدوانية على الذات عموما) ، لا يمكنهم العيش إلا من خلال موتهم "لكي يحيا إذن لأبد له من الموت" (Racamier,2001,49-52)

الانتحارات الهذيانية Les suicides délirants

فرق موراس Morasz بين الأفعال الانتحارية الكامنة في سياق تخفيض قيمة الذات الغير هذائية التي تحدث أثناء هدأة الأعراض rémission حتى و لو كانت جزئية و مؤقتة، و بين الأعراض الايجابية و

الفصل الثاني: الفصام

التفكك أثناء المرض و الذي يحدث خلال التفاقم الهذيانى، إن بنية الشخصية الذهانية تنشأ التدمير بمعنى المفارقة إلتحام_ رفض للموضوع.

إن المرور للفعل عند الفصامي هو نتاج التشابك بين الطاقة الليبيدية و ذلك العنف الأساسي، كما أن مكانة الموضوع في العنف الذهاني محددة، فهي معينة من طرف عملية الاسقاط التي تسمح باستخراج العدوانية الداخلية غير المراقبة على الموضوع، هذا الشكل من الطاقة الليبيدية العدوانية غير مقبولة و غير محتملة عند الفصامي مثل العنف الأساسي.

إن البناء الهذائي كما العدوانى يحميه من الواقع حسب موراس فإن العنف يحدث عندما لا يتمكن الاسقاط من تولي وظيفة الحماية و يمكن عندها حدوث نوعين من "الفعل": أولاً أفعال كامنة في الذهان، محرك السياقات الذهانية و مستقل عن التفاعل مع المحيط ، و ثانياً أفعال دفاعية لأنها تحدث كظرف لذلك التفاعل. (Morasz,2002,60)

9-2-محاولات الانتحار عند المرضى الفصامين:

بينت الدراسات أن مرضى الفصام ينتحرون غالباً خلال المراحل المبكرة للمرض، خاصة في السنة الأولى التي تتبع التشخيص. (Osby,Correia,Brandet,Sparen,2000,29)

-يحدث الانتحار غالباً في المراحل الحادة للمرض، خاصة خلال الحلقة الذهانية الأولى.- (Harkavy-Freidman &al,1999,156)

إلا أن الهشاشة تكون في أوجها في الأسبوع الأول و في الثلاث أشهر التي تلي الخروج من المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية.

-يلجأ الفصامي عند انتحاره لوسائل عنيفة،فتاكة ، غير نمطية، إن فتك الوسائل المستعملة يعبر عن قوة الرغبة في الموت:

- القفز من مكان عال يمثل نسبة 40 %

- تسمم دوائي ارادي 27 %

- غرق 13 %

- شنق 7 %

الفصل الثاني: الفصام

- جروح ذاتية بالسلاح الأبيض 7 %
- جروح بالسلاح الناري 7 % (Kreyenbuhl,Kelly,Conley,2002,58)

3-9-عوامل الخطر Facteurs de risque:

- الجنس : معدل محاولات الانتحار عند الفصاميين متقارب بين الجنسين.
 - العمر: السلوكيات الانتحارية نجدها عادة عند الراشد الشاب.
 - متوسط العمر للانتحار عند الفصاميين هو 34 سنة و تبقى نسبة الانتحار في الانخفاض حتى تصل 5 % عند الفصاميين بعمر 65 سنة.
 - أحداث الحياة الضاغطة 20 % ، فوجود حادث ضاغط حدث مؤخرا في حياة الفصامي مرتبط بالانتحار.
 - فقدان شخص عزيز 25% .
 - ضحية سوء المعاملة الجسدية 6%.
 - يكون الفصامي محاول الانتحار غالبا معزول اجتماعيا، عازب ، بطال.
- أما الانتحار عند النساء فيكون عند النساء الذين لا يملكون أطفالا.(Fenton&al,1997,199)

4-9-السوابق:

- وجود سوابق شخصية للأفكار الانتحارية، و لمحاولات انتحار تعد عوامل خطر ذات دلالة كبيرة على الخطر الانتحاري.
- في أغلبية الحالات ،المرضى يكلمون محيطهم عن نيتهم في الانتحار قبل المرور للفعل .
- السوابق العائلية في السلوكيات الانتحارية أساسي في تقييم الخطر الانتحاري.(Altamura&al,2003,49)

5-9-الخصائص العيادية:

- وجود أعراض ذهانية symptômes Psychotiques ،أفكار اضطهادية، هلاوس (خاصة هلاوس سمعية تأمره 34 %).
- أعراض اكتئابية 50% .

الفصل الثاني: الفصام

- شكوى المريض من الأعراض الجانبية للأدوية.
- التبعية للكحول. (Gavaudan & al,2006,166)

خلاصة:

كخلاصة لما ذكر في هذا الفصل، يمكننا اعتبار الفصام من الأمراض الأكثر خطورة بسبب تناذراته و أشكال هذيانه المتنوعة، و قد تطرقنا في هذا الفصل لتعريف الفصام ،معطياته الايبيديمولوجية، النظريات المفسرة له، كيفية تشخيصه، و إلى أشكال البدء التدريجي منها و المفاجيء، بالإضافة إلى مختلف أشكاله العيادية، و مختلف الطرق العلاجية التي تساعدنا في التحكم في تطوره، و السيطرة على أعراضه كما تناولنا الفصام و الانتحار بالتفصيل حيث رأينا أن من أهم عوامله هو المرحلة الاكتئابية مما يجعلنا نتطرق للاكتئاب في الفصل المقبل.

الفصل الثالث

الاكتتاب

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا و تواترا فقد بينت المنظمة العالمية للصحة أن عدد المصابين بالاكتئاب في العالم يقدر بـ 200 مليون مكتئب و أن مدى انتشاره في ارتفاع مستمر، كما يعتبر الاكتئاب من أهم العناصر المصاحبة للعديد من الأمراض، مما جعله يشغل اهتمام العديد من الباحثين في مختلف التخصصات. (Scheivrer,1978, 26)

و هو ما سنراه مفصلا في هذا الفصل.

1- نظرة تاريخية عن مفهوم الاكتئاب:

ينظر إلى الاكتئاب عبر التاريخ على أنه من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في كل الحضارات ، و هناك الكثير من الأدلة التي تثبت أن الأقدمين عرفوا الاكتئاب منذ فجر التاريخ، فقد ذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء و الإغريق و البابليين ، فلاحظ المؤرخون و الفلاسفة أن في كتابات أبوقراط 400 ق م كان يطلق على الاكتئاب اسم الميلانخوليا ، و هذا ما يعرف اليوم بالاكتئاب (Schneider, 1980, 40) ، نشر بيرتون Burton سنة 1631 كتابه تحليل الملانخوليا و تطرق بإسهاب إلى هذا الموضوع، كما كان الكتاب القدامى و الأطباء يعلمون الملانخوليا بوصفها مفهوما قريبا من الجنون أحيانا و الاكتئاب أحيانا أخرى (Romanis,1987, 73)، و ما يلفت الانتباه فيما كتبه بيرتون عن ذلك منذ أكثر من ثلاثة قرون أنه وصف الكثير من أعراض هذا المرض كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة، بل إنه وضع أسبابا نلاحظ عليها الكثير من الإرهاصات العلمية في دراسة هذا الموضوع، فمن بين الأعراض التي اقترحها بالنسبة لاضطراب الاكتئاب يذكر الإصابة بمرض جسدي سابق، الإسراف في العمل الذهني، الاضطرابات العاطفية و خيبات الأمل...الخ، و هي عوامل يؤكد عليها علماء النفس المعاصرون في التعامل معها ووضعها كأسباب مرجحة للاكتئاب، و ما يجعل كتابات هذا العالم لها أهمية خاصة ، أنه يتحدث عن أسباب موضوعية مخالفا بذلك كثيرا من الشعوذات التي كانت تسود عصره في تفسير الاضطرابات النفسية بأنه نتاج للعفاريت و التلبس الشيطاني.

أما المصدر الآخر المهم الذي يبين أن الأسبقين فهموا كثيرا هذا الغموض الذي يكتنف هذا الموضوع فهو في الكتابات الأدبية، حيث نجد الاكتئاب خاصة في كتابات شكسبير، إذ نجد الكثير من الإشارات للحالات النفسية التي تصيب أبطال كثير من مسرحياته ، فلقد وصف الأعراض كما يصفها أي عالم

معاصر فعلى سبيل المثال شخصية هاملت، فقد وصف هذا البطل في الكثير من مواقع المسرحية بأوصاف ترتبط بالاكتئاب، كمشاعر الذنب، التأنيب، التردد الشديد، الأفكار الانتحارية، الهواجس، اضطرابات النوم.

كما وصف العرب حالات مشابهة من الاكتئاب، فكل من ابن سينا و أبو بكر الرازي قدما أمثلة في وصف حالات الملانخوليا و العلاج الطبي الذي اقترراه، فضلا عن العلاج النفسي باستخدام كل من الراحة و الاسترخاء و الإيمان، بل نجد في الأدبيات وصفا طبيا لحالة هي أقرب إلى المفهوم العيادي المعاصر للاكتئاب المرضي، و تتمثل فيما كتبه أبو الفرج الأصفهاني منذ ما يزيد عن عشرة قرون عن قصة العشق بين ليلي العامرية و قيس بن الملوح المعروف باسم مجنون ليلي، تلك القصة التي انتهت نهاية مأساوية بوفاة قيس بطريقة غامضة، إذ لا يعرف من تلك القصة إن كان موته طبيعيا أم كان انتحارا، أو كان استفحالا للمرض، ففي مواقف مختلفة من تلك القصة يصف أبو الفرج قيسا على لسان أصحابه أوصافا تشبه إلى درجة كبيرة ما يتصف به المصابون بالاكتئاب الشديد في حالة تعرضهم للفشل أو لفقدان موضوع الحب، فنجد في كثير من المواقع وصفا دقيقا لحالة قيس من بكاء، أسى، عدم الاهتمام بالمظهر، إهمال إرضاء الحاجات الحيوية بالإضافة إلى كل من الانشغال الذهني الشديد و الاختلال العقلي الذي بناء عليه لقب بالمجنون أو الذهان الاكتيابي الدوري بلغة الطب النفسي المعاصر. (مهنا،1993، 122)

و يعتبر كرابلين 1899 أول من تحدث عن الاكتئاب بوضعه مرضا بحد ذاته و أرجعه إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثية و أخرى خلقية، أما فرويد فقد قدم نظرة أخرى و أرجع الاكتئاب إلى عوامل لاشعورية من شأنها إحداث إحساس بالحزن و اليأس و التشاؤم، أما ميلاني كلاين فترى أن الاكتئاب يحدث في المراحل المتأخرة من عمر المريض و هو عبارة عن صدى اكتئاب المراحل المبكرة أي الخبرات المؤلمة في الطفولة. (الخالدي،1996، 335)

أما الآن في حياتنا المعاصرة فهناك ما يشير إلى أن الناس يعانون من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي، فالدراسات المسحية توضح على أنه اضطراب شائع لدرجة أنه يحلو للكثير من الكتاب أن يصفوا عصرنا هذا بعصر الاكتئاب ففي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يبلغ عدد المصابين بالاكتئاب حوالي 20 مليون فرد و أن القليل منهم يتلقى العلاج المناسب. (Callan,1979, 16)

إن الاكتئاب ليس بظاهرة مرتبطة بالغرب فقط، ففي دراسة مسحية شملت 39 ألف شخص موزعين على تسع مجتمعات هي الولايات المتحدة، بورتوريكو، غرب أوروبا، الشرق الأوسط، آسيا و استراليا تبين أن الاكتئاب ينتشر فيها بنسب متقاربة، و أنه يتزايد في تلك المجتمعات من جيل إلى جيل.

(Yapko ,1977, 30)

إن تفسير ذلك يرجع إلى افتقاد الفرد الآن إلى الكثير من مصادر الدعم و الحماية، إضافة إلى ذلك فإن مفهوم الأسرة الممتدة بدأ يتقلص في كل المجتمعات تقريبا بما فيها المجتمع العربي، مما يؤدي إلى عدم إيجاد بديل كاف لتعويض الافتقاد للإحساس بالأمان و الرعاية.

يفترض العلماء أيضا أن تزايد التلوث البيئي ساهم بدوره في خلق مناخ صحي عام مضاد للصحة النفسية و الاجتماعية، فالتلوث الجوي يساهم بشكل مباشر في إثارة الكآبة و الضيق على نحو غير مباشر بسبب الأمراض التنفسية و التي ترتبط بدورها بزيادة نسبة الاكتئاب. (Sartorius, 1993, 111)

2- مفهوم الاكتئاب:

يستخدم الاكتئاب في ثلاثة معاني مختلفة و هي:

المعنى الأول: يرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض المريض إلى سلسلة متلاحقة من الاحباطات و الفشل.

المعنى الثاني: يتميز الاكتئاب كتناذر باضطرابات في المزاج بالاضافة إلى جميع أعراض الاكتئاب البدنية و الوظيفية المصاحبة له.

المعنى الثالث: يتميز الاكتئاب كمرض بما فيه التناذر الذي ذكرناه أنفا بعجز يصيب المريض فيمنعه من أداء واجباته و أعماله اليومية كليا أو جزئيا.

إن التمعن في هذه المعاني الثلاثة للاكتئاب يكشف عن وجود اختلاف فيما بينها من حيث شدة الاضطراب و مدى تأثيره على النشاطات اليومية للفرد.

ففي المعنى الأول يمس الاضطراب مزاج المريض بالدرجة الأولى، حيث يبدو حزينا، محبطا، و لكن دون أن يؤثر ذلك على أداء وظائفه اليومية.

بينما في المعنى الثاني تشتد الحالة المرضية فبالإضافة إلى المزاج المكتئب الحزين تظهر على المريض أعراض بدنية مختلفة أهمها التباطؤ النفسي الحركي.

أما في المعنى الثالث فيتفاقم الاضطراب و يصبح أكثر تعقيدا حيث يظهر المزاج المكتئب و الأعراض البدنية الوظيفية و تشتد الحالة إلى درجة تصيب المريض بالعجز مما يؤثر على أداء نشاطه و أعماله اليومية. (الحجار ، 1989، 78)

3-تعريف الاكتئاب:

3-1_التعريف اللغوي:

الإكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من كلمة كئب يعني تغيرت نفسه و انكسرت من شدة الألم و الحزن، و الكآبة هي الحزن الشديد ، و الإكتئاب مرادف للإنقباض، و انقبض يعني تجمع و انطوى، و انقبض الرجل على نفسه أي ضاق بالحياة فاعتزل ، و انقبض عن القوم أي هجرهم. (المنجد في اللغة و الإعلام، 1986، 668)

كما يعرف ابن منظور الكآبة على أنها سوء الحال، و الانكسار من الحزن، و اكتأب إكتئابا بمعنى حزن و اغتم و انكسر، فهو كئيب، و الكآبة أيضا تغير النفس بالانكسار من شدة الهم و الحزن، و هو كئيب و مكتئب.

و يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب و يشير هذا الفعل على اسم الكآبة و تعني سوء الحال و الانكسار من الحزن. (أبو زيد، 2001، 22)

3-2-التعريف الاصطلاحي:

لقد تعددت تعريفات الاكتئاب و في هذا الصدد نذكر قول أدولف ماير Odolf Mayer "لا نعرف كيف نعرف الاكتئاب" و يرجع ذلك إلى صعوبة الكشف عن أسبابه و تعقد أعراضه و كثرة تصنيفاته. (Scheivrer,1978 ,15)

تعريف الموسوعة الطبية(1980): الاكتئاب هو تغير في المزاج، و يمكن أن يصبح هذا التغير مرضا إما بسبب شدته أو طول مدته أو الظروف الخاصة بظهوره.(1,1980,EMC,Psychiatrie)

وقد عرف معجم علم النفس الاكتئاب بأنه " حالة مرضية مزمنة نسبيا، يميزها أساسا الحزن، انخفاض الجهد و الطاقة، عدم القدرة على التركيز و التذكر مما يزيد من تأزم الوضع الاكتئابي". (Sillamy,1996 , 92)

تعريف الاكتئاب حسب منظمة الصحة العالمية: هو اضطراب في المزاج، قد يكون خفيف أو متوسط، أو شديد، و هو أكثر التناذرات النفسية انتشارا، يوجد أكثر من مائتا مليون شخص يعاني من هذا الاضطراب نتيجة صدمات الحياة المختلفة، و أهم ما يتميز به: الحزن و انخفاض الطاقة دون الاستجابة للظروف المحيطة، البطئ النفسحركي، فقدان القدرة على الاستمتاع و الاهتمام بالأشياء و التركيز، الشعور بالتعب الشديد L'asthénie، انخفاض في تقدير الذات و الثقة بالنفس، اضطراب النوم سواء الأرق أو فرط النوم، فقدان الشهية، فقدان الرغبة الجنسية، و تشيع في الاكتئاب الأفكار و الأفعال الانتحارية. (André, 1995 ,102_103)

تعريف ستور Storr: هو حالة انفعالية يعاني منها الفرد ترتبط بالخوف، الحزن، البكاء الحار، تأخر الاستجابة، مع زيادة الشعور بالذنب و الميول التشاؤمية، وقد تصل إلى درجة الميول الانتحارية. (Storr, 1968 ,102)

أما موريس فيريري M.Ferreri 1983 فيعرف الاكتئاب على أنه ليس فقط تغير في مزاج الفرد بل هو اضطراب دماغي يحدث اختلالا بيولوجيا في المزاج، و كذلك في الوظائف الجسمية و العقلية و التنظيم السيكوسوماتي و التوازن النفسي الاجتماعي للفرد. (Ferreri.M,1980 ,19)

يعرف كامبل Campbell 1981 الإكتئاب على أنه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية المترامنة، تتألف من انخفاض في ايقاع المزاج، و صعوبة في التفكير المفرط، و يصفه بأنه حالة مرضية بسبب المعاناة النفسية، و مشاعر الذنب مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيم الشخصية، و بنقص عقلي، نفسي، و حركي، و حتى في النشاط العضوي، بدون وجود نواقص حقيقية. (Campbell,1981,164)

في الطب العقلي يعرف الاكتئاب بحالة مرضية ترتكز أساسا على حدوث تغيير كبير في المزاج الذي يغلب عليه التشاؤم، الشعور بعدم القدرة على الإنجاز، و احتقار الذات و تأنيبها، بالإضافة إلى تباطؤ في النشاط العام في السلوكات النفسية الحركية و في الوظائف العقلية. (Guyotat,1990,56)

يعرف بيك Beck الإكتئاب على أنه اضطراب في التفكير، و يعتبر أعراض التناذر الاكتئابي كنتائج لتتسبب أنماط معرفية سلبية. (Cottraux,1997,14)

تعريف كاشا Kacha: هو حالة تتميز بحزن عميق و دائم و إثباط حسي حركي مرتبط باضطرابات غريزية، كالأرق، فقدان الشهية، اضطرابات جنسية و اضطرابات عصبية إعاشية، إمساك، جفاف الفم. (Kacha, 1996,60)

هناك علاقة بين فقدان و الاكتئاب، "كل اكتئاب يطرح بالضرورة مشكلتين، إحداها تجربة فقدان و الثانية علاقتها بالعدوانية، إن تجربة فقدان هي في صميم معاناة المكتئب و هذا مهما كان سنه، هناك إحساس بفقدان شيء ما أو أحد ما، إنه الإحساس بفقدان الحب، هذا فقدان يجعل الفرد يعيش الإحساس بالفراغ الداخلي، إحساس ببتير لأحد أجزائه، نلاحظ ان المكون الرئيسي للمعاناة من الاكتئاب هو فقدان التقدير الذاتي و الإحساس بالتحقير و هو الجانب النرجسي، باختصار "تجربة فقدان الداخلي هي نواة كل اكتئاب" (Mazet, Houzel, 1996, 263)

4-ايبيديمولوجية الاكتئاب:

يعد الاكتئاب الاضطراب الأكثر انتشارا، و يتوقع الأخصائيون تزايد عدد المصابين بهذا المرض مستقبلا، فحسب منظمة الصحة العالمية OMS يوجد 100 مليون مكتئب في العالم على امتداد سنة واحدة، كما أن مآل هذا الاضطراب يتميز بالارتداد حيث 50% من الحالات تعرف انتكاسا في العام الموالي للظهور الأول. (cottraux , Blackburn,2001,100)

و قد دلت دراسات حول تواتر الحالات الاكتئابية لدى السكان، وجود فروق واضحة في توزيعها بين الرجال و النساء، إذ يسجل المؤشر نسبة 1% للرجال بينما يقارب 3% لدى النساء. أما نسبة الظهور لدى الرجال فتقدر من 2% إلى 3% في حين تسجل نسبة الظهور لدى النساء ما بين 5% إلى 10%، بينما احتمالية الإصابة بالاكتئاب خلال الحياة فوجد نسبة 10% لدى الرجال مقابل 20% إلى 25% لدى النساء. (Kacha,1996, 60)

أما فيما يتعلق بالانتكاسة فتسجل 21.8% لدى النساء المكتئبات، و 12.9% لدى الرجال.

يسجل تزايد في تواتر *Prévalence* الاكتئاب لدى الرجال ابتداء من سن الخمسين، أما لدى النساء فيبلغ ذروته نحو الخامسة و الثلاثين سنة خاصة بالنسبة للنساء المتزوجات، و يزداد لدى المسنين في حدود 70 إلى 80 عاما. (Lou et Lou,2001,75,49)

كما لا توجد ارتباطات محددة بين الاضطرابات الاكتئابية و الطبقة الاجتماعية، غير أن الطبقة الغنية و الطبقة المتوسطة أكثر تمثيلا في المعاينات الطبية النفسية بسبب سهولة التماس الرعاية الصحية. (Kacha,1996, 60)

أما عن العوامل الثقافية فقد أقرت دراسة الثقافات أن بعض الأعراض الاكتئابية ترتبط بشكل وثيق بالوسط الثقافي، في حين أن البعض الآخر يبدو عاما و لا علاقة له بالثقافة.

الأعراض المرتبطة بالثقافة:

- الأفكار الانتحارية: كيفية تطبيقها عمليا، و أشكال السلوك الانتحاري.
- المظهر السريري للتباطؤ النفسحركي
- المواضيع الهذائية، و من بينها هذيان الوهم الجسدي، و الأفكار الهذائية التي تدور حول البؤس، الشعور بالذنب.

بينما الأعراض الاكتئابية التي لا ترتبط بالثقافة فهي:

- الاضطراب الشديد في المزاج: حزن مرضي، تشاؤم عام و أسف على الماضي و ازدياد الحاضر و المستقبل.
- نقص أو فقدان المبادرة
- الأعراض الجسدية التي تتمثل في اضطراب النوم و الشهية. (رئيف، 2001، 100)

تشير الإحصائيات إلى أن 10% إلى 20% من مجموع المكتئبين يموتون انتحارا و 10% من الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحار يموتون بالانتحار في عشر سنوات الموالية. (Lou et Lou,2001, 72)

حسب معطيات الوكالة الوطنية لتطوير التقييم الطبي الفرنسية ANDEM فقد قدر عدد المنتحرين بفرنسا سنة 1996 بـ 11300 فردا، بينما يتضاعف عدد المحاولات أكثر من 10مرات، يشخصون منهم من 30% إلى 50% كأفراد مصابين بالاكتئاب. (Matillon,2001,24)

كما أشارت إحصائيات أخرى أن الاكتئاب يشكل نسبة 30% إلى 35% من أسباب الموت بالانتحار. (Levy_Soussen,2002,95)

5-العوامل المؤهلة و التناولات النظرية المختلفة في تفسير الاكتئاب:

تتعدد العوامل المسببة لظهور التناذر الاكتئابي، حيث تتداخل كل من العوامل البيولوجية، النفسية، الاجتماعية بنسب متباينة.

5-1-عامل الوراثة:

لقد ثبت تدخل العامل الوراثي في نشوء الاكتئاب الأولي الداخلي المنشأ، إذ يرى Slater أن الجين الصبغي الوحيد المسيطر بنفوذية متناقصة له علاقة بذهان الهوس الاكتئابي ، و هناك من يرى أن انتقال مرض الاكتئاب يتم وراثيا بواسطة الجينات المتعددة polygenes.(الحجار،1989، 85) كما تشير عدد من الدراسات أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس الاكتئابي بين التوائم المتطابقين الذين ربا منفصلين بالتبني وصلت إلى 67%، و بلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشؤا معا 68%، أما بالنسبة للتوائم غير المتطابقين فقد وصلت 23%، و هي نسبة تتماثل مع دراسات أخرى أجريت في بريطانيا و شمال أوروبا و أمريكا الشمالية.(عبد الستار ،1998، 103)

5-2-العوامل الكيماوية الحيوية: أمام فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب و تأثير بعض الأدوية المبددة للأمينات الدماغية مثل ألفامثيل دوبا، فإنها تؤكد دور العوامل الكيماوية الحيوية في حدوث الاكتئاب، و قد دلت التقنيات الدوائية العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تصنيع الأمينات الدماغية و مستوياتها و استقلالاتها(دوبامين، سيروتونين، نورأدرينالين ...) في مناطق الاشتباك للخلايا العصبية، يفترض بها أن تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب.(الحجار،1989، 85)

و يشير جلد و آخرون Gelder & al 1984 أن المحافظة على التوازن في العناصر الأمينية و الاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إذ شح وجود هذه العناصر أو أحدها، و الهوس هو الاستجابة لزيادة وجود هذه العناصر. (عبد الستار ،1998، 105)

3-5-العوامل البيئية:

تركز على تحديد العوامل المؤهلة للاكتئاب، و العوامل المفجرة له، حيث يبدو أن الصدمات المبكرة تؤهل الفرد للاكتئاب في سن الرشد، كما بينت الدراسات أن سوابق فقدان أحد الوالدين نتيجة وفاة أو فراق، عند المكتئبين خاصة منهم الذهانيين موجودة بنسبة عالية، خصوصا إذا تمت مقارنتهم بأفراد غير مكتئبين، كما تبين أن الحوادث المؤلمة التي يتعرض لها الفرد تمثل العوامل المفجرة لظهور نوبة اكتئاب.

إن هذه الحوادث الحياتية تؤثر في ظهور أول نوبة أكثر مما تؤثر في الانتكاسات (Lou&lou,1991,102)

4-5-التناول التحليلي:

إن التناول التحليلية التفسيرية للاكتئاب تتحدث عن فقدان الموضوع (أو هومات الفقدان)، أو حاجات التبعية غير المشبعة أو كف للعدوانية. (Bruchon-Schweitzer,2002,191)

و قد مثلت نظرية أبراهام Abraham سنة 1911 أول محاولة تفسير سببي للاكتئاب في المفهوم التحليلي، فهو يرى أن محرك الاكتئاب يكمن في النزعات العدوانية السادية في كراهية العالم الخارجي، يرافق هذه المشاعر العدوانية إحساس بالذنب مما يخلق ذم النفس، و يفرق بين القلق و الاكتئاب باعتبارهما استجابتين أساسيتين للأنا، متناقضتين في الميكانيزمات المستعملة، فالقلق هو استجابة لخطر نزوي، و يعتبر نداء للأنا نحو الحفاظ على الحياة، إلا أن المكتئب يجد أن عاجز، غير قادر بمفرده لإيجاد حلول الحفاظ على الحياة. (Bergeret,1984,141)

أما فرويد Freud فتناول موضوع الاكتئاب سنة 1915 من خلال مقاله "الحداد و الملانخوليا"، إذ وصفه على أنه حالة نفسية يواجه فيها الفرد مشاعر العدوانية نحو نفسه بدلا من أن يوجهها نحو الشخص الذي يمثل حقيقة موضوع مشاعره العدوانية، في نظره كل احباط و كراهية يرتبطان بهذا الشخص، و أمام ضرورة تحرير هذه العدوانية المكبوتة يحولها الفرد إلى نفسه.

لقد ركز فرويد من خلال كتابه "الحداد و الملنخوليا" على أن مفهومي "الحداد" و "الميلانخوليا" هما استجابة ناتجة عن فقدان موضوع الحب، و أن هذا الفقدان يمكن أن يكون حقيقيا أو وهميا بحيث ينتج عنه يأس مصحوب بانخفاض تقدير الذات، و نظرة سلبية نحو المحيط مما يؤدي إلى انطواء الطاقة الليبيدية داخل الأنا و يسبب آلام التهديم للأنا.

كما يشير فرويد إلى أن الاكتئاب يظهر إثر عدم التوصل إلى إقامة الحداد، فالمكتئب لم يتوصل إلى إقامة حداد على موضوع حبه، و يعيش هذا الفقدان على شكل انكسار و هو الذي يكمن وراء التصرفات العدوانية ، و يذهب فرويد إلى أن المنخوليا هو حداد لكنه لم يتم وفق المراحل المعتادة حيث يستمر الموضوع المفقود تدريجيا عبر سيرورة نفسية حقيقية (عمل الحداد)، وذلك لمصلحة مراكز اهتمام جديدة أو لحب بديل. ففي المنخوليا لم يتم التعرف على الموضوع المفقود من قبل الفرد، و يظهر أنه غير قادر على تقبل هذا الفقدان الرمزي للموضوع، فالفرد يحمل مشاعر عدوانية للموضوع المفقود لأنه قد تخلى عنه بشكل من الأشكال، لكن في ذات الوقت لكي يتجنب هذا الفقدان الذي يستحيل تقبله يقوم الفرد بالتماهي بالموضوع بشكل نرجسي، و هكذا يكمن فهم الميول العدوانية الذاتية في المنخوليا التي هي في الواقع موجّهة لاشعوريا للموضوع المفقود. (Lou & lou,1991,96)

قد فصل فرويد و قارن بوضوح بين حالة الحداد السوي و حالة المنخوليا المرضية، فعلى الرغم من كونهما شطرين لصورة الاكتئاب، إلا أن الاكتئاب يتساوى مع حالة الحزن و لا يتساوى مع عرض اتهام الذات في المنخوليا. (Goldberg,1972,127)

إن الخاصية الأساسية للاكتئاب حسب فرويد هي اضطراب تقدير الذات الذي يعتبر العنصر الوحيد الذي يترجم الوضع السيكولوجي الأليم للمكتئب.

تنظر ميلاني كلاين M.Mlein إلى الاكتئاب على أنه مرحلة أساسية للنمو السيكولوجي للفرد، و يرتبط في نظرها بأول تجربة فقدان موضوع الحب الأولي _ الأم_ التي يعيشها الطفل في حوالي الشهر الرابع، و تشير كلاين إلى أن الطفل يتعدى هذه المرحلة ببلوغه سنة من عمره، في حين يعيشها الأشخاص مجددا خلال سن الرشد، و هذا ينتج إما نتيجة لتغير نفسي داخلي خاص، أو لظروف معيشية معينة. (Freden,1982,16-17)

و ترى بأن المكتئب يعيش بفكرة فقدان الموضوع المحبوب، إذ الطفل الذي لن يستطيع أن يكون موضوع الحب الأول للأم حين اجتيازه الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن، فإن كل الخبرات الاكتئابية و الانفصالية في الحياة تتشكل تبعا للمرحلة الاكتئابية للشهر الثامن، فإذا لم يتوصل الطفل إلى إعادة استثمار علاقته بأمه بطريقة مقبولة في المرحلة الثانية ستكون لديه بنية اكتئابية، مما يجعله يعتمد أساسا على محيطه.

أما في مواجهة الصعوبات و الإحباط في المراحل العمرية الأخرى يعمل الفرد إلى استدعاء خبرة الشعور بالألم في الوضع الاكتئابي و هذا ما يحدث الاكتئاب، فهذا الاضطراب هو معايشة متجددة خلال بعض الأحداث للمشكلات العاطفية المعاشة إبان فترة الوضع الاكتئابي.

يتشكل الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن في كون الطفل لا يتعرف على الأشخاص و الأشياء في كليتها، و هكذا فإن الثدي الذي يغذيه و اليد التي تحمله إلى مهده لا تدمج كعناصر لوحدة واحدة و هي الأم، لهذا تسمى هذه المرحلة بالموضوع الجزئي، بعد ذلك يستطيع الطفل التعرف على الموضوعات الخارجية في وحدتها، و بالتالي يدرك أن الثدي و اليد تنتمي لشخص واحد، و من هنا يكتب الطفل لأنه يعي التناظر الوجداني لمشاعره، فهو يحب الثدي الذي يغذيه و يكره اليد التي تبعده عنه، فخلال هذه المرحلة يخشى الطفل من أن مشاعر الكراهية لديه نحو الشخص المحبوب قد تحطم هذا الأخير، و هو ما يحدث في الاكتئاب حيث يعايش الفرد مثل هذه المشاعر إذ تمتزج لديه العدوانية بالحب اتجاه العالم الخارجي و الذات.

أما سبيتز Spitz فقد أكد على الحرمان العاطفي في مرحلة الطفولة المبكرة، بينما ركزت جاكوبسون Jacobson على الأهوية البالغة لمفهومي الفقد و تقدير الذات. (Lou & lou,1991,97-98)

5-5- التناول السلوكي:

يشير كل من تيرير Tyrer و ستينبرغ Steinberg أن أصحاب هذا التناول يعتبرون أن الأعراض هي الاضطراب في حد ذاته، و أن هذه الأعراض تتم من خلال عملية تعلم أو تشريط كذلك التي نتعلم بها السلوك السوي، و لأنها غير مفيدة توصف بأنها استجابات متعلمة غير تكيفية. (Tyrer&Steinberg,1994,67)

و بناء على ذلك فإن أعراض الاكتئاب من إثباط نفس حركي، كآبة، اضطراب الوظائف الغريزية، هي المرض في حد ذاته، حيث تم تعلمها من البيئة، فالإكتئاب هو استجابة متعلمة غير تكيفية اكتسبها المكتتب عن طريق الإشراف. (عبد الستار، 1993، 52)

هناك عدة نظريات حول الاكتئاب المشتقة من الإشراف الإجرائي، و النموذج الأكثر انتشارا هو العجز المكتسب.

لقد بين الباحثون أن غياب الأحداث المفرحة في المحيط ينقص الدافعية لدى الشخص بحيث يصبح تدريجياً دون نشاط ، حزين، فالسلوك خالي من العواقب الايجابية ينتهي بالانطفاء، كذلك كثرة الأحداث السلبية و المفاجئة يؤدي إلى نفس النتيجة.، إن الشخص المكتئب يحمل ظاهرة الانطفاء الراجعة إلى نقص شديد في الدعم الإجتماعي الايجابي، بينما تبقى الظواهر الاكتئابية مدعمة.، و هو ما أكد عليه سليجمان Seligman 1975 من أن الاكتئاب ينشأ نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع علاقة بين الفعل و الدعم الايجابي، و هو ما سماه "بالعجز المكتسب" أو "خيبة أمل مكتسبة" و قد بينه من خلال تجاربه على الكلاب المصدومين عن طريق الكهرباء مما شكل عندهم نوع من الكف، و انطلاقاً من هذه التجارب استنتج أن الأشخاص المكتئبين بعد تعرضهم إلى تجربة صدمية مطولة أو صدمات متكررة يتوقفون عن إعطاء إجابات منتجة.

هذا و يعرف سليجمان العجز المكتسب على أنه سلوك مكتسب نتيجة خبرات الفشل المتكررة، و يتجسد هذا السلوك في تخلي صاحبه عن بذل أي جهد لتغيير الوضعية، و من هنا فهو يرى أن العجز المكتسب هو أحد مسببات الاكتئاب.(Bruchon-schweitzer,2002,246)

لقد تم وصف نمطين من العجز المكتسب و هما العجز المكتسب الشخصي حيث يوبخ الفرد ذاته لعدم كفاءته أمام الأحداث السلبية، بالإضافة إلى اعتقادهم بعدم إمكانية أحد على مساعدتهم، لذلك فقد تبين أن الأفراد الذين يعانون من آلام عضوية مزمنة مصحوبة بالاكتئاب يتصفون بالعجز المكتسب لكن يعبرون عن مجموعة من الإسنادات تتعلق بالعجز المكتسب الشامل، و هو ما يجعلهم يعتقدون أن المعالجين عاجزون عن تعديل أحاسيسهم المؤلمة.(Blackburn et cottraux,2001,33)

5-6-التناول المعرفي:

يرى أصحاب هذا التناول أن الأفكار التي تؤدي إلى الاكتئاب تتجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك، نخزن، نسترجع بها المعلومات (Holmes,1994,272)

يعتبر بيك Beck من وضع قواعد النظرية المعرفية للاكتئاب سنة 1979 و هي تؤكد على أن مصدر الاكتئاب يكمن في اختلال العمليات التي تحول المعلومات إلى تصورات نفسية، حيث لاحظ بيك أن المكتئبين يتسمون بأعراض معرفية تتمثل في نظام تفكير خاص مقولب، و اعتبر أن نظام تفكير

المكتئبين يميزه حكم سلبي حول ذاته، حول العالم الخارجي، و حول مستقبله، و هي تسمى بـ"الثلاثية المعرفية السلبية".

قد يظهر الاكتئاب استجابة لفقدان الموضوع (شخص، أو وضعية أو شيء...)، أو لصدمة، كما يرتبط بتاريخ الفرد (حيث يتم الاحتفاظ بآثار معرفية اكتئابية في الدماغ بعد التعرض لخبرات تؤهل للاكتئاب)، و يتميز نظام تفكير المكتئب باختلالات في معالجة المعلومة و التي تعرف بمفهوم "التشوّهات المعرفية"، و التي تحدد بسنة أنماط هي كالتالي:

- 1- الاستدلالات الاعتبائية: و تعني قيام المكتئب باستنتاجات خاطئة لا تقوم على أية دلائل.
- 2- التجريد الانتقائي: و يعني تركيز المكتئب على التفاصيل و عدم اهتمامه بالسياق الذي أخذت منه.
- 3- الانتساب الذاتي: و يعني تحمل المكتئب مسؤولية كل ما يحدث له.
- 4- التقييم المتطرف: و يعني أخذ المكتئب بقانون الكل أو العدم، و يبدو له أن الأمور ثنائية لا تحتوي على وسائط.
- 5- التعميم المبالغ فيه: و يعني انطلاق المكتئب من حالة خاصة، و تعميم نتائجها على كل الحالات.
- 6- التعظيم و المبالغة: و يعني وصف المكتئب للأحداث التي تعترض طريقه بطريقة درامية. (أحسن جاب الله، 61، 2001)

و قد صاغ كيلي Kelly 1995 نظريته حول الشخصية و قد تم تطبيق مبادئه في دراسة الاكتئاب و هو ينطلق من أن كل فرد يفك رموز الواقع بأسلوب العالم التلقائي أو الحدسي الذي يحاول التنبؤ و التحكم في بيئته، و من أجل ذلك يقوم باستخدام ما أسماه بالبناءات الشخصية، و هي أبنية معرفية مهمتها إقامة علاقة مقارنة بين شيئين بناء على بعد ذو قطبين من نمط الخير/الشر، الطيب/السيء. (Blackburn et cottraux,2001,17)

هذه البناءات الشخصية تسمح باعطاء معنى للأحداث الجارية في بيئة الفرد، و هي تنتقي المعطيات الهامة المتأتية من هذه البيئة، قصد القيام بالتوقعات و الأحكام، و من هنا فإن الشخصية حسب كيلي تتحدد بمجموع البناءات إلى قوانين ثلاث سماها اللازمة corollaire و هي كمايلي:

- 1_لازمة البناء: حيث كل فرد يستبق الأحداث ببناء و صياغة في خياله.
- 2_لازمة التنظيم: البناءات الشخصية تنتظم في شبكة تراتبية خاصة بكل فرد.
- 3_لازمة ثنائية القطب corollaire de dichotomie: مجموع البناءات الشخصية مركب من زوجين متضادين.

و يحدث الاضطراب النفسي نتيجة اختلال وظيفي في إقامة البناءات الشخصية بسبب عدم نفاذيتها بمعنى عدم القدرة على تقبل عناصر جديدة في مجال معين من التطبيق، أو بسبب نقصانها أي أن البناءات الشخصية جد بدائية و ناقصة حتى تعالج الواقع المعقد، أو بسبب العجز في استخدامها. (Debray et nollet,1997,18)

لهذا ينبغي البحث عن أسباب الاكتئاب في العلاقة التفاعلية بين البناءات الشخصية و الواقع، و عليه فإننا نلاحظ لدى المكتتب نمط من التفكير ثنائي القطب، محدود و عاجز عن إدراك الواقع بكل مكوناته، و هو ما يجعل نظره لذاته و للعالم الخارجي تتصف بالحتمية، هذه المحدودية في الاهتمامات تحمي الفرد من القلق على المدى القريب، حيث لا يعدل من مخطط تفكيره أمام الأحداث الجديدة ، لكن على المدى البعيد نجد أن ثنائية القطب تزيد من هشاشته أمام الأحداث مثل فقدان و الانفصال، ففي هذا المنظور يصبح الانتحار أسلوب لتبرير المعنى الذي أعطاه الفرد لحياته و ذلك بدفع المسلمات التي توجه حياته نحو التطرف. (Blackburn et Cottraux,2001,17)

أما ريهم Rehm فيفترض أن الاكتئاب ينتج عن خلل في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

ملاحظة الذات: يميل المكتتب إلى ملاحظة النتائج الآنية لسلوكاته بدلا من النتائج على المدى البعيد.
تقييم الذات: يضع المكتتب معايير صعبة للتقييم الايجابي لذاته ، و يميلون إلى تصورها غير قادرة على الحصول على نتائج ايجابية.

تعزير الذات: يميل المكتتب إلى العقاب الذاتي أكثر من التعزيز.

يتشابه هذا النموذج مع نموذج بيك، فالعجز في ملاحظة الذات يمكن ربطه بالأخطاء المنتظمة في معالجة التجريد الانتقائي، أما العجز في مجال تقييم الذات فيرجع إلى الاستدلال الاعباطي المجرد، و

العجز في مجال تعزيز الذات ينشأ من التقدير المنخفض المنتظم للإنجازات الحقيقية و الإسنادات الخارجية المحضة لخبرات النجاح. (Blackburn et Cottraux,2001,36,37)

لقد استخدم نموذج العجز المكتسب في الإطار المعرفي من طرف كل من أبرامسون Abramson، و سلجمان Seligman و تسدال Teasdale سنة 1978، حيث يرون أن المكتئب يرجع فشله إلى حكم سببي (الانتساب أو لسبب داخلي، عام و ثابت)، فالشخص يعتبر هذا الفشل دائماً، و يعممه في كل مجالات حياته، و العكس في حالة النجاح، فإنه يعطي الأحكام التالية: أحكام خارجية (الصدفة، الآخرين هم السبب)، أحكام خاصة (الحدث معزول)، و أحكام غير مستقرة (هذا لا يستمر، فهو غير دائم) (Cottraux,1995,48-49)

كما وجد هوللي Holly و تسدال أن مرضى الاكتئاب الذين كانوا محل انتقاد من رفائهم كانوا أكثر معاناة من الانتكاس مقارنة بالذين لم يكونوا محل انتقاد. (Alloy & al,1996,24)

أما أبرامسون و رفاقه 1989 Abramson & al فقد قاموا بإدخال تعديلات على نظرية سليجمان و أطلق عليها نظرية اليأس، و طبقاً لهذه النظرية فإن الاكتئاب لا يعتمد على الاعتقاد بأن هناك نقصاً في السيطرة على الأحداث فحسب، و إنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تستمر أو تعود مرة أخرى، و عندما يتمسك الفرد بهذين النوعين من التوقعات أو الاعتقادات يشعر باليأس و يصبح بالتالي هو السبب المباشر للاكتئاب. (يوسف جمعة سيد، 2001، 107)

5-7- التناول البيونفسي اجتماعي:

يذهب العديد من المنظرين و منهم أنجل Engel 1980 إلى اعتبار أن التفاعل بين العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية هي مصدر مختلف الأمراض العضوية و الذهنية، ويرى أن مختلف جوانب الصحة و المرض منظمة بصفة ترتيبية بناء على مصفوفة العوامل المتعددة، مكونة من العناصر المتجانسة المترابطة مما يسمح بتصنيفها من أكثر عمومية كالثقافة، الجماعة، العائلة، إلى أكثر خصوصية كالفرد، العضو، الخلية.

أما تيودور ميلون Millon فيرى أن الطب و السيكاترية عملاً على دراسة الأعراض، التناذرات، ثم العوامل المسببة للمرض، أما الآن فإنهما يسعيان إلى دراسة الواقع أي عوامل الانجرافية الفردية قصد الكشف عن

القوانين المعقدة التي تحكم اضطرابات الشخصية، كما ينبغي تناول الشخصية المريضة ليس كحالة ثابتة، لكن كنظام وظيفي معقد ناتج عن التفاعل المتبادل بين العوامل الوراثية البيولوجية المسؤولة عن التنظيم العصبي التشريحي، الفيزيولوجي، المعرفي للجهاز العصبي و ما يترتب عنها من مزاج، و عن العوامل التربوية، النفسية، الاجتماعية، و الثقافية.، و عليه فالإكتئاب ناتج عن تفاعل كل من العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية و الثقافية. (Debray et nollet,1997,147-148)

يرى دونتر Dantzer أن الإكتئاب ينتج من الاختلال العميق في الإيقاع البيولوجي بسبب غياب المنسقات (الأم و التفاعل الاجتماعي)، كما أن هذا الاختلال على شكل اضطراب التناغم بين ريثم اليقظة و النوم و درجة الحرارة المركزية و نشاط هذه الظاهرة تكفي لتفسير اضطرابات النوم التي تميز الإكتئاب و بدرجة أخص الاستيقاظ المبكر و كذلك اضطرابات التغذية و الليبيدو. (Dantzer,2001,134)

6-تشخيص الإكتئاب:

6-1-التشخيص الإيجابي:

بعد التفكير في فرضيات تشخيصية مختلفة، يقوم الاكلينيكي بتفضيل واحدة حيث تتوفر فيها كل المعايير المشروطة، عادة يحتوي الفحص الذي يتم التشخيص من خلاله على عدة تقييمات متمثلة فيمايلي:

تاريخ الحالة L'anamnèse، تقييمات عن طريق الروايز الإسقاطية، و السلام التقييمية، كما يتم الفحص الطبي من طرف الطبيب العقلي، و تشمل فحوصات بيولوجية ، EEG، و بعدها يقوم الإكلينيكي بالتشخيص الفارقي كي يتحقق من التشخيص الذي وضعه. (أحسن جاب الله،2010، 166)

6-2-طرائق الفحص النفسي العيادي: «وتتم بقاء المتعالج وجهاً لوجه، وسؤاله . بطريقة منهجية منظمة .

عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه. وعادة ما يحاول الطبيب النفسي خلال هذا الفحص ، أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة، أو بالرجوع إلى ما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التي تشرحها المراجع الطبية النفسية المعروفة. (عبد الستار،1998،68) ومن أمثلتها الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM-IV حيث يشخص الإكتئاب عند وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين ، وتمثل تغيراً في الأداء الوظيفي الصادق للشخص ، على أن يكون من بينها واحد على الأقل من مزاج مكتئب أو فقدان الرغبة

والمتمتع (تحذف الأعراض الناجمة عن حالة طبية عامة أو عن توهمات غير ملائمة مع المزاج) وهي كما يلي:

* مزاج مكتئب طيلة اليوم يفصح عنه المتعالج إما بتقرير شخصي (أشعر بالحزن) أو بملاحظة من الآخرين (تبدو الدموع دائماً في عينيه).

* انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو فقدان المتعة بكل أو أغلب الأنشطة طوال اليوم، وكل يوم (يصرح المتعالج بذلك أو من ملاحظة الآخرين له)

* نقص وزن أو زيادة وزن (تغير الوزن بنسبة 5% من وزن المتعالج خلال شهر) ، نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم (دون وجود نظام حمية).

* أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريباً .

* هياج نفسي - حركي، أو بطء نفسي حركي كل يوم تقريباً (يلاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد مشاعر عدم ارتياح من قبل المتعالج).

* التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

* مشاعر بعدم القيمة أو شعور مفرط بالذنب ،وليس فقط لوم الذات أو الشعور بالذنب أنه متعالج .

*نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد في اتخاذ القرار (تقرر إما بوصف شخص من المتعالج أو تلاحظ من الآخرين)

* تكرار فكرة الموت (ليس فقط الخوف من الموت) أو تكرار الأفكار الانتحارية دون خطة محددة للانتحار، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار ولقد ذكر فومان خصائص هذه الأعراض فيما يلي:

أ إن هذه الأعراض لا تحقق معايير النوبة المختلطة.

ب -إن هذه الأعراض تسبب انزعاجاً عيادياً أو ضعفاً في الأداء الوظيفي اجتماعياً أو مهنيّاً أو في مجالات أخرى

ج- لا تعزى هذه الأعراض التسعة السابقة إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل عقار طبي) أو لحالة طبية مرضية (نقص هرمون الغدة الدرقية مثلاً) .

د- أن لا تكون هذه الأعراض بمثابة رد فعل على فاجعة (فقد عزيز،..الخ)

(Fauman, 1994, pp168-169)

أما في الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس للأمراض العقلية DSM5 فنلاحظ خروج الاضطرابات الثنائية القطب و الاضطرابات ذات العلاقة كبعد مستقل عن الاضطرابات الاكتئابية التي تحتوي على الفئات التشخيصية التالية:

- اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي
- اضطراب اكتئابي جسيم، نوبة مفردة و نوبات متكررة
- اضطراب اكتئابي متواصل
- اضطراب عسر المزاج السابق للطمث
- اضطراب اكتئابي ناتج عن تعاطي مواد أو أدوية
- اضطراب اكتئابي عائد إلى حالة طبية أخرى
- اضطراب اكتئابي محدد آخر
- اضطراب اكتئابي غير محدد

كما يحتوي الـ DSM 5 على تقييم بعدي للأعراض و محددات للشدة (0 غائب، 1 شكوك حول وجوده، 2 حاضر و لكنه خفيف، 3 حاضر و متوسط، 4 حاضر و شديد). (APA,2013)

إن بعض علامات الاكتئاب تبدو واضحة خلال المقابلة التشخيصية مثل: الميل إلى البكاء وأحياناً التعبيرات الوجهية القلقة المصحوبة بعدم الاستقرار. كما وأن المتعالج غالباً ما يكون بطيئاً في الإجابة عن الأسئلة الموجهة له، فيلتزم الصمت. أما حركاته فتكون بطيئة أيضاً، يمشي ويتكلم ببطء، أو أنه يستجيب بردود فعل طويلة نسبياً في الإرشادات والتعليمات. وفي حالات نادرة قد يمتنع المتعالج عن الكلام، يبكي بهدوء خلال معظم الوقت. (الحجار، 1991، 75)

6-2-1 الطرائق السيكومترية: ويكون ذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية الموضوعية، المتميزة بدرجة عالية من الصدق والثبات. وتساعد هذه الاختبارات على تحديد وجود الاكتئاب ونوعه وشدته، وعلى تحديد مسائل شخصية قد تكون مرتبطة بالاكتئاب. وتفيد هذه الطريقة في وضع الخطة العلاجية للمتعالج، وفي تقويم فاعلية العلاج النفسي أو الطبي (الشربيني، 2001، 196).

ومن مقاييس الاكتئاب نجد:

1- مقياس هاملتون للاكتئاب: Hamilton Depression Scale الذي يرمز له اختصاراً HAMD وهو من أكثر مقاييس تقدير الاكتئاب من قبل الآخر (الفاحص)، ويقيس هذا المقياس شدة الحالة الاكتئابية أكثر مما يقيس أعراض الاكتئاب، ويعبر عنها بلغة الأرقام . (Gelder et al, 1969,P53)

2- المقياس العام للاكتئاب: (Hautzinger & Bailer, 1997) وهو مقياس للتقييم الذاتي يتضمن أسئلة عن وجود الأعراض الاكتئابية مثل: عدم الثقة والتعب وفقدان الأمل والتقليل من قيمة الذات وفقدان الدافعية... وكذلك مدة التأثيرات الناجمة عن الانفعالات الاكتئابية والكبح الحركي وأنماط التفكير السلبية ويعد مقياساً عملياً بسبب اختصاره للوقت و التكاليف.

مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory الذي يرمز اختصاراً BDI ، ويعد مقياس بيك من المقاييس واسعة الانتشار في ميادين علم النفس العيادي والطب النفسي، ويستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة بوصفه أداة للتقييم الذاتي لتحديد الأعراض الاكتئابية وشدتها. (Beck, 1994, 187) بالإضافة إلى ذلك يمكن استخدام المقاييس الإسقاطية ومن أمثلتها اختبار الرورشاخ، وكذلك مقاييس الشخصية مثل مقياس آيزنك للشخصية وذلك من أجل تكوين صورة أكثر عمقا عن نمط شخصية المكتئب ودوافعها العميقة (الشربيني، 2001، 197)

نلاحظ مما سبق أن المقاييس السابقة توفر معلومات مهمة للأخصائي، تساعد في التشخيص ووضع الخطة العلاجية المناسبة، كما تساهم في تحديد التقنيات العلاجية النفسية المناسبة لذلك ومن أي عرض يبدأ. كما تساعد في النهاية على تقييم الأسلوب العلاجي المستخدم، من خلال التغيير الكمي الذي طرأ على حالة المتعالج خلال فترة العلاج.

3-6-التصنيفات:

تعود التصنيفات إلى معايير متعددة (داخلية، عوارض، حدة الاضطراب، ارتباطه بأمراض أخرى سواء جسمية أم عقلية) مما يفسر وجود أكثر من عشرات التصنيفات للحالات الاكتئابية.

إن الأنجلوساكسونيون قسموا الاكتئاب إلى نوعين:

الاكتئاب الأولي و هو اكتئاب لدى شخص لم يشكو في السابق من أي اضطراب عقلي أو مرض جسمي.

الاكتئاب الثانوي هو اكتئاب مرتبط باضطراب عقلي أو بمرض جسمي، مما سمح لنا بتمييز التطور، و الخصائص العيادية المختلفة المنبثقة من النوعين الرئيسيين:

ينقسم إلى نوعين:		الاكتئاب أولي
ثنائي القطب (ذهان الهوس و الاكتئاب)	اكتئاب داخلي المنشأ Dépression endogène	
أحادي القطب (السوداوية، حالة اكتئابية تحدث استجابة لحوادث صدمية. اكتئاب عصابي نفترض وجود صراع مكبوت.	اكتئاب ذو منشأ نفسي خارجي Dépression psychogène Exogène	
	اكتئاب ثانوي مع أمراض جسمية.	اكتئاب ثانوي
	اكتئاب ثانوي مع اضطرابات عقلية أو اضطرابات الشخصية (وسواسية، برانويدية...الخ).	

جدول (2) يوضح أنواع الاكتئاب (Kacha,2002,76)

التصنيفات الدولية:

حسب DSM IV (النسخة الفرنسية 96)

296. xx الاكتئاب الجسيم Dépression majeure: نوبة وحيدة، تشفير الحالة الحالية للاكتئاب الجسيم.

1= خفيف léger

2=متوسط moyen

3=تشديد دون خصائص نفسية sévère sans caractéristiques psychologiques

4=مع خصائص نفسية avec caractéristiques psychologiques

5=مع شفاء جزئي en rémission partielle

6=مع شفاء كلي en rémission complète

0= غير محدد، تحديد هل هو مزمن، من نوع الملنخولي، تواتري récurrente ، تحديد تواجد الطابع الموسمي أو هو اضطراب اكتئابي غير محدد.

296. 3 x تواتري récurrent

300.4 عسر المزاج أولي أو ثانوي، مع بداية مبكرة أو متأخرة

311 اضطرابات اكتئابية غير محددة (Kacha,2002,77)

6-4- الخصائص العيادية للاكتئاب: تتعدد أعراض التناذر الاكتئابي و تتنوع ، و هي تتمثل فيمايلي:

1_ المزاج المكتئب:

يعتبر المزاج المكتئب الاضطراب الانفعالي الأكثر تعبيرا عن التناذر الإكتئابي، و هو غالبا ما يوصف بألمه احساس غامض صعب تفسيره، حيث يجعل المعاش العادي للفرد مشوه بحزن عميق، باليأس و الإحباط، و الجدير بالذكر أنه لما تشدد هذه الإحساسات و تستمر فإنها تؤدي إلى ألم نفسي يعذب الفرد.

بصفة عامة يتجلى هذا الحزن في مظاهر شتى يصفها المريض صراحة بقوله: "اني حزين"، أو من خلال الإحساس بالإرهاك المعبر عنه بالدموع و عدم تحمل ذلك.

كما يتميز هذا المزاج بالإحساس بالملل، اللامبالاة، عدم الإهتمام بكل الأمور، إنهاك عاطفي و برودة انفعالية، حيث يشعر الفرد بأنه عاجز عن الإحساس باللذة في النشاطات التي تكون عادة سارة له، كما تصاب قدرته على الشعور بالإحساسات الوجدانية العادية و يتولد لدى الفرد إحساس غير محتمل من التخدير العاطفي، تغطي هذه اللامبالاة العاطفية حتى الأحداث المؤلمة. (Ferreri et autres, 1993,49) كما ينتاب المريض الشعور بعدم الرضا و احتقار الذات ، وانخفاض تقدير الذات مع نوبات البكاء و ميل للعزلة، بالنسبة له الماضي مفع و المستقبل مقلق و لا أمل فيه.(Kacha,1996,167)

2-الرؤية التشاؤمية للذات و العالم:

يتميز المكتئب بمشاعر التشاؤم و عدم الرضا عن الذات و الحط من قيمتها، و في الحالات الشديدة تؤدي هذه الرؤية التشاؤمية للذات و العالم إلى الاعتقاد بفقدان أي إمكانية للشفاء، و الإحساس بالتأثيم و العار و الاتهام الذاتي، و حسب بيك Beck 1967 فإن النظرة التشاؤمية السلبية تمس محتوى الأفكار ذات العلاقة بالثلاثية المعرفية: الذات، العالم و المستقبل، بالنسبة للذات فالشخص يقيم نفسه سلبيا و يعتبرها أقل كفاءة من الآخرين و لديه ميل نحو الإدانة الذاتية غير المبررة، بالنسبة لعلاقته بالعالم فيشعر أنه لا يستحق أن يكون محبوبا مقدرًا، و يعتقد أنه غير مرغوب فيه مثلما يعتبر المشاكل الصغيرة غير قابلة للتجاوز، أما مستقبله فيشعر أنه في طريق مسدود، في وضعية بلا مخرج.

3-اللامبالاة و الإنهاك العاطفي:

يقصد بالإنهاك العاطفي انخفاض بل غياب الاستجابات العاطفية، و يعرف إكلينيكيًا بقلة التعبير عن الحياة العاطفية و الرتابة في التعبير الإنفعالي.(Emmanuelli & al, 2005,195)

يرافق المزاج الإكتئابي عادة الإنهاك العاطفي ، و في الحالات الحادة لا يشعر الفرد بأي إحساس أو عاطفة و لا يعبر عن أي شعور، أما في الحالات البسيطة فيلاحظ أن هناك نوع من فقدان للاهتمام و للمتعة في ممارسة النشاطات اليومية المعتادة، و يصف بليسي Pelicier هذه اللامبالاة بالإبعاد العاطفي Neutralisation affective حيث يلاحظ أن بعض المكتئبين يشكون من التخدر العاطفي و عدم قدرتهم على الحب و اتصافهم باللامبالاة، فمسار المشاعر لديهم متوقف و الشخص غير قادر على معاشتها و الإحساس بها، و هذا ما يشكل مصدرا إضافيا للألم و تأنيب الضمير.(Pelicier,1983,56)

و يعتبر الإنهاك العاطفي أحد أبعاد المزاج، يرتبط بانخفاض التعبيرية الانفعالية الإيمائية و الإشارية اللفظية و انخفاض الأحاسيس العاطفية مع فقدان القدرة على التمتع. (Jouvent, Carton, 1994, 577)

4-تقلب العواطف:

يعد تقلب العواطف مؤشرا حقيقيا لأعراض الاكتئاب، إذ يصبح الفرد مندفعاً، غير متسامح، و عدوانيا اتجاه المقربين منه و يكون التقلب العاطفي غير متناسب مع الأسباب الظاهرة فيلاحظ على الفرد نوبات بكاء مفاجئة قد تأتي عقب فراق أحد المقربين أو حين يجد الفرد نفسه وحيدا، و يرى بيليسي pelicier أن الاكتئاب يصنع نظاما انفعاليا متقلبا يتميز بطغيان الاستجابات الانفعالية غير السارة و غير المناسبة مع مثيراتها. (Pelicier, 1983, 57)

5-اضطرابات الإرادة:

تجمع هذه التسمية مجموع الأعراض الناتجة عن نقص قدرات بذل الجهد و المبادرة ،. تثار هذه الاضطرابات من خلال شكاوي المريض التي تشمل إحساسا بفقدان الشجاعة، إفتقار المبادرة التي تسمح للفرد بمواصلة حياته العادية، وكذلك العجز العميق على التصرف و المواجهة و الدفاع عن مستحقته الاجتماعية و المهنية، كما السلبية و مقاومة النشاط و الحركة، كل هذه الأعراض تجعل الفرد فاقدا للإرادة و عرضة للخمول. (Ferreri & al, 1993, 83)

6-أفكار الانتحار:

تظهر أفكار الانتحار لدى المكتئبين خاصة في الحالات الحادة، و يهدف من ورائها الفرد لوضع حد للألم النفسي، فليس هناك أمامه أي أمل أو أفق يتسم بالتفاؤل، فالمستقبل و المخرج الوحيد و المقبول يتمثل في الموت، هذا و قد تكون أفكار الانتحار غير مطروحة في ذهن المكتئب بحدّة ووضوح، كما أنها قد تظهر بحدّة و تلازم المكتئب إلى درجة محاولة أو تنفيذ هذه الأفكار، و مع ذلك يبقى الانتحار يمثل أخطر التعقيدات للأمراض الاكتئابية حتى و لو فشلت محاولة الانتحار، فإنها ستترك آثارا سلبية أو إعاقة. (Dencker, 1996, 214)

و عموما فإن المزاج الاكتئابي يتسم بالشعور بالكآبة و الحزن غير المحتمل على المستوى النفسي، كما تظهر في الإيماءات المتشنجة، انخفاض زوايا الفم، كما يمكن أن يعبر عنه بصفة مفرطة من خلال نوبات البكاء، صراخ ، أهات. (Feline & al, 1991,10)

7-الأعراض النفسية الحركية Les troubles psychomoteurs :

تشير هذه الأعراض إلى تباطؤ حركي و نفسي شامل يتجلى في شكل كف يعيشه المريض، و من السهل ملاحظته من طرف المحيطين به، كما يمكن للعيادي استخلاصه من خلال المظهر العام للمكتئب و بعض الشكاوي الذاتية التي يصرح بها.

7-1-الإثباط الحركي :

بصفة عامة يبدو في حركات الشخص التي تكون بطيئة خالية من الحيوية و خطوات متناقلة، يميل صاحبها للانحناء و إلى إبقاء كتفيه متدليتين، كما يعبر عن نفسه ببطء و تغلب عليه فترات الصمت التي يجمعها بالتهديدات، إضافة إلى إيماءاته الفقيرة، و حركات رأسه القليلة، و بكلامه الشحيح حيث يكتفي بتقديم إجابات موجزة و ناقصة عن السؤال، ويكون ذلك بصوت منخفض و بعد إصرار و تفكير مطول. (Ferrerri & al,1993,91)

كما يتمظهر التباطؤ الحركي في ندرة حركات الأعضاء ، الجذع والإيماءات، الإيقاع اللغوي البطيء و الناقص إلى درجة الصمت، منظومة الخطاب مصابة، و النبوة رتيبة. كما يشكو المكتئب من التعب و الإعياء. (Levy_Soussen,2002,99)

7-2-التباطؤ النفسي المعرفي Ralentissement psychocognitifs :

يشكل هذا النوع من الإثباط عرضا حاضرا في 90 % من الحالات الاكتئابية، فالشخص يشكو من ضبابية أفكاره و ضحالتها و فقرها و التوليد البطيء للأفكار. كما يتميز خطابه بالفقر في الموضوعات و تسلسل الأفكار. كما يلاحظ على الشخص اضطرابات الانتباه و التركيز و الذاكرة في نشاطاته المهنية أو الترويحية (levy-soussan,2002.p99) ، و عموما فإن الإثباط النفسي المعرفي يتميز ببطء الفكر، و أحيانا التوهان في الزمان و المكان، و غالبا فقدان الذاكرة، و صعوبة التركيز، و يتمثل الإثباط الحركي في بطء المشي و الإشارات، الوجه الثابت و الإنهاك. (Chneiweiss,1999,35)

و يظهر التباطؤ الفكري في المقابلة العيادية أن فكر الفرد المكتئب يكون متعبا و فقيرا، فهو لا يقدم أفكارا جديدة سوى تلك التي تدور حول معاناته الحالية و التي يركز عليها، و يؤكد على مشاعر الألم التي تنتابه باستمرار مما يجعله يدور في نفس الحلقة دون التمكن من المرور إلى شيء آخر، كما يشكو المكتئب من عدم قدرته على تتبع تفكير الآخرين، و يصرح بأنه يشعر بفراغ الرأس، و يحكم على تفكيره بأنه بطيء جدا.

و يشكل الإثباط المعرفي و الحركي حسب فيدلوشر widlocher الاضطراب الأساسي للاكتئاب، إذ أن هذا الإثباط يزيد من استثارة الألم النفسي بدلا من أن يحتويه، حيث يمنع النشاطات الذهنية العادية من امتصاص هذا الألم أو التكيف مع أسبابه، بالإضافة إلى أنه هو بدوره مصدر ضيق و خزي.

(Feline & al,1991,25)

8- الاضطرابات المعرفية:

تمس الاضطرابات المعرفية الوظائف المعرفية العامة، التصورات و التفكير، حيث يعرف الشخص المكتئب اضطرابا في الوظائف المعرفية العامة فيقل انتباهه و يضعف تركيزه، كما يجد صعوبة في التفكير و التذكر (Stroud,1997,50). ، كما تظهر على تصورات و محتويات الفكر تشوهات مرضية واضحة تطبع مختلف مظاهر حياة المصاب نميز من بينها الشعور بالنقص، الإنهيار، الفشل، الحرمان، العجز، سوء تقدير الذات، التشاؤم، الميل إلى الخيال، الشعور بالذنب الذي يتحول إلى اتهام الذات و ذمها، فيشعر المريض أنه حمل ثقيل على الآخرين و عديم الفائدة، فكل ما يقوم به في نظره لا يستحق القيمة و من ثمة ينتابه شعور بعدم فعالية ذاته. فتكون رؤيته للعالم مشوهة، سلبية، مشحونة بالغموض و العدوانية، كما تطبع نظرتة للمستقبل بالتشاؤم و انعدام الأمل. (العيسوي، 1994، 60)

كما تتجسد التدهورات المرضية في التفكير في المظاهر التالية:

فقدان المرونة في تقييم المواقف _ سيطرة الأفكار السلبية _ التفسير الذاتي للأحداث _ تكرار آلي للنظرة التشاؤمية اتجاه التجارب.

9-الأعراض الإعاشية:

تبرز التظاهرات الإعاشية للإكتئاب مبكرا و غالبا ما تسبق الظهور الصريح للأعراض النفسومرضية، بحيث يمكن أن تعمل على تأخير التشخيص الذي يتوجه إلى المرض العضوي، و من بين هذه التظاهرات نميز مايلي:

9-1-الإنهاك أو التعب النفسي L'asthénie:

يمثل التعب النفسي أحد الأعراض العامة الأكثر شيوعا في الأوساط الإكتئابية، و من أهم العلامات الدالة عليه نجد مظهر الشخص المكتئب الذي يطبعه وجه مرهق، شاحب، تعكسه النظرة الحزينة، إضافة لصعوبات في بذل أدنى جهد أو السعي إلى القيام بأي نشاط.

9-2-اضطرابات النوم:

عادة ما يكون النوم مضطربا عند أغلب الحالات الإكتئابية نظرا لوجود الأرق الذي يكون متغيرا و مصحوبا بتوتر نفسي. (Lechemia,1995,97,99)

قد يتخذ الأرق عدة أشكال ، فيأتي مع بداية النوم المصاحب بكوابيس، أو يحدث العديد من الاستيقاظات الليلية ، و قد يأتي مع الصباح الباكر. (Dencker,1996,41)

و قد تأخذ اضطرابات النوم شكل نوم شديد أي الإفراط في النوم hypersomnie مع استيقاظ متأخر و ميل إلى القيلولة. (Lechemia,1995,99)

9-3-الاضطرابات الهضمية les troubles digestifs:

تتجسد في إحساسات مختلفة من تباطؤ هضمي، امساك مستمر أو إسهال مزمن.

9-4-اضطرابات الشهية troubles de l'appetit:

من الاضطرابات الأكثر شيوعا فقدان الشهية للأكل (Anorexie) مما يترتب عنه فقدان مهم للوزن.

تجدر الإشارة إلى أنه نادرا ما يلاحظ إفراط في الشهية *Boulimie* بغرض تسكين الانزعاج الاكتئابي و لو مؤقتا عند بعض الحالات. (Ferreri & al,1993,96) التي تقدر بحوالي 10 % من حالات الاكتئاب. (Pelicier,1986,66)

9-5- الاضطرابات البولية:

و تضم حالات الإفراط في التبول أين يكون التحسس للبول كبيرا، لكن كمية البول المطروحة قليلة، أو حالات عسر التبول *Dysurie*.

9-6- الاضطرابات الجنسية:

لا يظهر المكتئب اهتماما بالنشاط الجنسي، و بدلا منه يغلب عليه التفرز و النفور مما يؤدي إلى العجز و البرود الجنسي. و رغم تكرر هذه الظاهرة إلا أن المكتئب قليلا ما يصرح بها نظرا للشعور بالذنب اتجاه الشريك. (Ferreri & al,1993,96)

و عموما يتميز المكتئب بضعف في الليبيدو و اللذة الجنسية، و قد تصل في بعض الحالات إلى فقدان الكلي للذة الجنسية، و يتمثل عادة هذا العرض في البرودة الجنسية عند النساء و العجز الجنسي المبكر عند الرجال، و تظهر الأعراض التناسلية على شكل اضطرابات في الطمث و الضائقات المهبلية عند النساء، أما لدى الرجال فتتمظهر هذه الأعراض على شكل البوال، أو مشاكل في القذف. (Olies,1995,74)

10- الاضطرابات العصبية العضلية:

و تتمثل فيمايلي:

ضعف القوة العضلية _ التشنجات _ آلام متقلبة في الجسد الذي يصبح ثقيلًا و ضعيفا _ الإرتعاش _ تشويش الحس _ إحساس بالدوار .

11- القلق المصاحب:

كل حالة اكتئابية يصاحبها و بدرجات مختلفة تظاهرات عرضية لقلق عام تبرز فيمايلي:

توتر عصبي _ اهتزازات عضلية _ ارتعاشات _ ضيق تنفسي _ خفقان القلب _ جفاف الفم _ الغثيان _ زيادة الإثارة و التهيج. (Ferreri,1993,100)

6-5- الأشكال العيادية للاكتئاب:

نجد أن هناك اختلاف في تصنيف الاكتئاب و ذلك لأن أعراض الاكتئاب تعتبر من أصعب المشكلات النفسية و أكثرها تنوعا. (Boyd,Levis,1980 ;301) ، فتنعدد الأشكال العيادية التي يمكن أن تأخذها الحالات الاكتئابية بحيث تم وصفها من طرف العديد من العياديين و ذلك حسب الأعراض، الأسباب، و التطور.

1 أشكال الاكتئاب حسب الأعراض Formes symptomatiques : تتمثل هذه الأشكال فيمايلي:

اكتئاب الملنخوليا Depression Mélancolique : و يسمى أيضا السوداوية و يتميز بمايلي:

- شدة المزاج الاكتئابي المصاحب بالشعور بالإثم، و التقييم السلبي للذات، الإتهام الذاتي.
- فقدان الشعور بالمتعة، التخدر العاطفي، و قد يتداول مع فترات من عدم الاستقرار العاطفي و الحساسية الانفعالية المفرطة و المؤلمة.
- أهمية خطورة الانتحار، حتى عند الأشخاص المتدينين.
- أهمية الإبطاء الحسي الحركي
- الاستيقاظ المبكر المصاحب غالبا بألم نفسي؟
- أهمية فقدان الشهية و الهزال و التناذر العضوي (Levy soussan,2002,101)

أما تريبولي و براداس Tribolet et Baradas 2000، فيقدمان الشخص المالنخولي وفقا للأعراض التالية:

منهك القوى، مهمل، وجه مجمد ذو تعابير الألم، نبرة صوت رتيبة و إجابات بطيئة و قصيرة، كما قد يظهر المالنخولي صمتا مطبقا، بالإضافة للبطء الحسي الحركي(Tribolet,Baradas,2000,250)

كما قد يلاحظ عند المالنخولي أفكار متعلقة بتوهم المرض، إذ يعتقد أنه مصاب بمرض خطير كالسرطان، السل، السيدا...، تفسر هذه الأمراض حسب اعتقاده و ضعفه، حيث يعتبرها كعقاب عادل ضد أخطائه السابقة.(Debray&al,2000,70)

فالاقتناعات السلبية عند المكتئب تؤدي إلى تكوينات ذهانية، كهذيان الشعور بالذنب، بالخطأ، بالعار و الفضيحة، هذيان العقاب، الهلاك، الإمتلاك الشيطاني، الفقر الذهني، هذيان توهم المرض و عدم الشفاء..، تتطور هذه الهذيان مع تطور الحالة التي تشجع السمات الأساسية للتفكير الإكتئابي. (Ferreri,1993,106)

الاكتئاب الذهولي Depression Stuporeuse : يفضي الذهول إلى الكف الشامل للنشاط الحركي، يظهر الشخص خائر القوى، صاتا لا يبدي استجابة للمثيرات ، وجهه دون تعبير ، نظرتة ثابتة مع التخلي عن تناول الغذاء.

الاكتئاب الحصري Depression Anxieuse: يعتبر الاكتئاب الحصري الشكل الوحيد للاكتئاب الذي تظهر لا يظهر معه البطئ الحركي، فيتميز بتهيج حركي شديد و عقيم، المكتئب يستخدم كثيرا حركة اليدين، يتحرك بلا هدف مع معاناته من ألم نفسي، خطر الانتحار مرتفع. (Levy-Soussan,2002,101)

الاكتئاب الهذياني Depression délirante: يحمل المكتئب نفس موضوعات الأفكار الملاحظة في اكتئاب المالنخوليا كالشعور بالإثم و التقييم السلبي للذات...، تتصف هذه الأفكار بالهذيان لعدم تطابقها مع الواقع و الموضوعية، لكن الهذيان عرض ثانوي رغم أنه يظهر في المقام الأول في الجدول العيادي. (Kacha,1996,65)

الاكتئاب الخبلي Depression confuse : هذا الاكتئاب نادر ما يحدث، و نجده عند الأشخاص المسنين، يتميز بزوال الخبل بعد اتباع علاج بواسطة مضادات الإكتئاب.

2- أشكال الاكتئاب حسب الأسباب أو المنشأ:

الاكتئاب داخلي المنشأ:

يشير ليفي سوسان Levy Soussan 2002 أن كلمة "داخلي المنشأ" Endogène تدل على الطابع التلقائي غير المفسر لحدوث الاكتئاب، فنادرا ما توجد العوامل المفجرة، لكن من الممكن حصولها في 30% من الحالات، و مع ذلك يبقى الاكتئاب في مثل هذه الحالات داخلي المنشأ.

و يشكل الاكتئاب داخلي المنشأ أخطر أشكال الاكتئاب بسبب تحول صاحبه إلى استخدام العنف في كثير من الحالات. و تعد أشكال الاكتئاب التالية داخلية المنشأ و هي:

الاكتئاب المنخولي _ الاكتئاب الذهولي _ الاكتئاب الحصري _ الاكتئاب الهذيانِي _ الاكتئاب الخبلي.

(Levy-Soussan,2002,104)

اكتئاب خارجي المنشأ:

اكتئاب ذو أسباب نفسية *Dépressions psychogènes*: ترجع أسباب هذا الشكل من الاكتئاب إلى أسباب نفسية مختلفة و هو بدوره يأخذ أشكالاً متعددة هي:

الاكتئاب العصابي:

ينشأ نتيجة صراعات داخلية نفسية غير محلولة و لاشعورية، مستمرة في إزعاجاتها، فالصراع العصابي الذي يعود مصدره إلى ماضي المكتئب، يعاد تنشيطه في الوضعية الحالية و يفضي إلى تحلل الشخصية نحو الطابع الاكتئابي، و هذا بفعل عامل صدمي مفجر، كما يتميز الاكتئاب العصابي بوجود سمات عصابية أو شخصية عصابية لدى المكتئب، حيث يظهر القلق في المقام الأول مع وجود تظاهرات فوبية و استحواذية في الغالب.(Kacha,1996,66)، يعد هذا القلق آلية عقلية تشكلت علاجاً للقلق، و أعراض الاكتئاب ما هي إلا بمثابة الأثر الاستجابي لعامل القلق. (دويدار، 1996، 404)

الاكتئاب الارتكاسي (الاستجابي) *Dépression réactionnelle*:

يعتبر الاكتئاب في هذه الحالة بمثابة استجابة لحدث ما (Moussaoui,1987,65)، وهو رد فعل غير عادي لحدث صدمي عايشه الشخص بوعي، إذ تنتج هذه الصدمة العاطفية (حداد، فراق، فشل عاطفي، فشل مهني، صراع عائلي...) لتترك المجال للاكتئاب بعد أيام قلائل عن الحادث حيث يستقر مباشرة بعد الصدمة النفسية، تكون مدته أقصر مما هي عليه أشكال الاكتئاب داخلية المنشأ، المصابون بهذا الاكتئاب يكون لديهم استعداد للإصابة بهذا المرض (نقص النضج العاطفي، و عدم تحمل الإحباط). (Kacha,1996,66)

اكتئاب الإنهاك *Dépression d'épuisement*:

يظهر نتيجة الإجهاد الكبير مصحوباً بقلق شديد، آلام في الرأس، اضطرابات النوم، اضطرابات هضمية، و مشاكل تنفسية (Moussaoui,1987,65)، كما قد يحدث نتيجة تواتر و تكرار وقوع حوادث صدمية للشخص، إن التكرار الصدمي لمدة شهر بل سنوات تحدث شحنة عاطفية مفرطة تفضي إلى إنهاك

انفعالي، تأخذ شكل اكتئاب الإنهاك، مثلما نجده لدى بعض الشخصيات الأكثر انجراحية لهذا النوع من الاكتئاب، منها الشخصيات النرجسية، غير الناضجة، و الحساسة. (Levy-Soussan,2002, 107)

الاكتئاب الثانوي:

يحدث هذا النوع من الاكتئاب مرافقا لأمراض عضوية كالإصابات العصبية، الاضطرابات الغددية، الاصابات العامة (السرطان،أمراض الدم...)، الأمراض المعدية (كالسل، السيدا...)، الاصابات القلبية الشريانية أو اضطرابات نفسية كاحالة العصابية، العصاب الاستحواذي، العصاب الفوبي، العصاب الهستيري، الحالات البيئية، الفصام، حالة الهذيان المزمن. (Levy-Soussan,2002, 109)

3- أشكال الاكتئاب حسب تطوره:

في حالة تطور الاكتئاب فإنه يتخذ الأشكال الثلاثة التالية:

ذهان الهوس و الاكتئاب: يتحدد ذهان الهوس و الاكتئاب إكلينيكيا بتداول الهجمة الاكتئابية أو بهجمة هوسية، أما طوريا فنلاحظ وجود فترات متقاطعة بين الهجمات خالية من أي عرض إكلينيكى انفعالي.

تتميز الهجمة الهوسية ببداية متدرجة من خلال الأرق، فرط الحركة، الإرهاق لكن في بعض الحالات تحدث هذه الهجمة بصفة سريعة في ليلة واحدة، يكون الهوسي مرحا، فرحا، ضاحكا، يحكي بصفة حميمية، غير محتشمة نكت و حكايات غريبة، يتكلم كثيرا و يغني، ذو ايماءات مفرطة، يتصل بسهولة، بعبارات أشمل يتميز بالغبطة، هروب الأفكار، فرط الحركة. (Debray&al,2000,76)

أما في الهجمة الاكتئابية أو المنخولية فإن الأعراض الأولى التي تظهر هي التعب، الأرق، و في بضع أسابيع أو أشهر تتدهور حالة العميل، إذ يصاب بفقدان الشهية و يصبح يشكو من كوابيس متكررة شاقة و اضطرابات بدنية متنوعة و غير محددة.

عندما تترسخ هذه الهجمة يبدو وجه العميل قد شاخ، ذو ملامح مرهقة، و نظرة ثابتة، حواجب مقطبة، يتخذ وضعية المرهق إذ تحددب قامته، يصبح ساكنا منهكا، كما يشتد الألم النفسي و الكف السيكلوجي تدريجيا، حيث يفقد الشخص الرغبة في الحياة، و يشعر بحزن عميق مستديم، مما يجعل خطر الانتحار يشتد، فالمرور للفعل يشكل الخطر الأساسي في الهجمة الاكتئابية.

و يتطور ذهان الهوس و الاكتئاب بطريقتين:

ذهان الهوس و الاكتئاب وحيد القطب بهجمات اكتئابية فقط.

ذهان الهوس و الاكتئاب ثنائي القطب يتداول الهجمة الاكتئابية مع الهجمة الهوسية.
(Lechemia,1995,50)

الاكتئاب المزمن: أو كما يعرف أيضا بالاكتئاب الإغمامي *Dysthymie*

تشير الإحصائيات إلى أن أكثر من 15% إلى 20% من حالات الاكتئاب تتطور نحو الإزمان، و يتحدد الاكتئاب المزمن بمعاييرين هما:

معيار المدة الزمنية:حيث تزيد مدة الاكتئاب المزمن عن السنتين.

معيار الأعراض: استمرار ظهور الأعراض الاكتئابية في الجدول العيادي و تشخيص ذلك، أو تأثير هذه الأعراض على النشاط المهني و الاجتماعي بشكل كبير.

الاكتئاب العصابي الارتكاسي *Depression névrotico-réactionnelle*:

إن تطور الاكتئاب ذو المنشأ النفسي متغير و متباين حسب الظروف و الحوادث الحياتية التي يعيشها المريض، فكل حادث له علاقة خاصة بالحدث الصدمي الأولي يمكن أن ينشط صعوبات في التعامل مع الصراع النفسي، و يؤدي إلى تحلل العمليات الدفاعية إلى طابع اكتئابي، لهذا فإن الاكتئاب العصابي الارتكاسي لا يتفاعل مع العلاج الدوائي (مضادات الاكتئاب)، فالتكفل النفسي بعيد المدى هو الأفضل و الأنسب. (Levy-Soussan,2002,113)

6-6-سمات الشخصية الاكتئابية:

هناك اتفاق عام بين العلماء بأن الشخصية العامة تتصف بالتشاؤم، إنكار الذات، الكآبة، الخضوع و لوم الذات.

كما أوضح سترونجمان Strongman خمس سمات للشخصية الاكتئابية هي:

مزاج حزين و فتور الاحساس

مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات و لومها

رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين

فقدان الشهية و فقدان الرغبة الجنسية

تغيير في مستوى النشاط عادة اتجاه الكسل. (مصطفى، 2011، 357)

و يرى اكسيكال Akiskal 1983 أنه وفقا للتصنيف الذي قدمه شنايدر Schneider للشخصية الاكتئابية، هناك سبع مجموعات من السمات تميز الشخصية هي:

1-هدوء، إنطواء، سلبية، التردد و عدم الحسم.

2- الحزن و التشاؤم، عدم القدرة على التمتع و الإمتاع.

3-نقد الذات، و لومها و توبيخها.

4-الشك و النقد الزائد، و صعوبة إرضائها كشخصية.

5-الضمير الحي، و المسؤولية، و التنظيم الذاتي.

6-النزعة و الميل للقلق.

7-الانشغال بالأحداث السلبية. (عادل عبد الله ، 1999، 161)

7-المآل و التطور:

- ثلاثة أرباع الحالات الاكتئابية تشفى بالعلاج الدوائي.

- 15% منهم يصبحون مزمنين.

- 10% من الحالات الاكتئابية لا تبدي تجاوبا مع مختلف أنواع الأدوية. (Kacha,2002,83)

8-علاج الاكتئاب:

8-1-العلاجات الصيدلانية: و تتمثل في العقاقير النفسية، و هي من أكثر التقنيات نجاعة، إذ تؤثر

بطريقة مباشرة على الجهاز العصبي المركزي و هي تصنف إلى:

مضادات الاكتئاب Les antidepresseurs: و هي أدوية مخصصة للمزاج الاكتئابي حيث استخدمت كطريقة علاجية منذ 1957 في الطب العقلي. (Didier,1994,79)، و تتضمن نوعين:

المضادات الاكتئابية ثلاثية الحلقة les antidépresseurs tricycliques: تخص المزاج الاكتئابي الذي عادة ما نجد فيه التعب النفسي، القلق، توهم المرض، و اللآلام المرتبطة بالاكتئاب.

المضادات الاكتئابية لكافة الحمض الأميني المؤكسد: تعمل على الرفع من معدل النواقل العصبية في الجسم و ذلك بالتأثير على مادتي الأدرينالين و السيروتونين، و بالتالي التخفيف من التعب النفسي.

المهدئات Les anxiolytiques: تعمل على التخفيف من الأعراض السوماتية كالأضطرابات الوعائية و ارتفاع الضغط الشرياني، و الاضطرابات الهضمية ، كما تقوم بتخفيض القلق المصاحب للاكتئاب.

النومات Les hypnotiques: تستخدم في الحالات التي يشكو فيها المريض من الأرق الشديد.

المهدئات العظمى Les neuroleptiques: لها القدرة على التخفيف من الهذيان، قد تستعمل في حالات الملنخوليا.

8-2-العلاج بالصدمات الكهربائية:

تعتبر وسيلة ناجحة في علاج الاكتئاب، و تستخدم غالبا تحت تخدير عام و استرخاء عضلي من أجل تفادي التعقيدات الحركية الراجعة إلى التشنج حيث يتم إخضاع المكتئب إلى تيار كهربائي لمدة نصف ثانية و هذا خلال سنة إلى ثمانية حصص تتباعد عن بعضها البعض بمدة يومين.

8-3-العلاج عن طريق النوم:

يستخدم هذا العلاج في المستشفى تحت مراقبة شديدة و متابعة للنومات التي تثير النوم لمدة حوالي الأسبوع، و يكون ذلك خاصة في حالات الملنخوليا، أين الألم الفكري لا يطاق. (Didier,1994, 88)

8-4-العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي PIP: و هي عكس التحليل النفسي تتميز بالمرونة و

قصر مدة العلاج، حيث يجلس المفحوص وجها لوجه مع الفاحص، يساعده على الفهم الشعوري لجميع ميكانيزماته اللاشعورية التي تجعله مكتئبا.

8-5-العلاج السلوكي:

يهتم بتوجيه السلوك بغض النظر عن مسبباته إلى سلوكيات متكيفة مقبولة، و تحقق للفرد و من حوله من أفراد الأسرة و المجتمع الرضى و الفعالية حتى يتمكن من التفاعل و التوافق و التكيف معهم، و يتم ذلك بملاحظة السلوك و تحديده، و من ثمة ضبطه و توجيهه إلى وجهات ايجابية و بناءة، فالعلاج السلوكي للاكتئاب يركز على تقييم و تغيير سلوكيات الشخص و ذلك بتدريبه التعبير عن سلوكيات متكيفة قابلة للتعزيز بشكل أكبر من طرف المحيط.(Ferreri,1980, 91)

8-6-العلاج المعرفي:

يلجأ المعالج أولاً للبحث عن الأفكار السلبية و الاعتقادات الخاطئة للاكتئاب ثم يقوم بتحليلها فتغييرها، و يعتمد المعالج في عمله على:

- التحقق من خطأ اعتقادات المكتئب.

- تغيير تلك الأفكار بأخرى أكثر منطقية.(Cottraux,1990, 215)

8-7-العلاج السلوكي المعرفي:

لقد أثبتت نظرية إيليس Ellis كمنظريّة معرفية سلوكية فعاليتها في تفسير و معالجة الاكتئاب، و يسعى العلاج العقلاني الانفعالي إلى إكساب الفرد المعرفة و المهارة في التفكير فذلك يساعده على تنمية قدرته على توجيه الذات، التحمل، تحمل المخاطرة و الاحباط و المسؤولية الذاتية عن الاضطراب، و يكسبه المرونة في التعامل مع الضغوطات و التفكير العقلاني، و الالتزام و تقبل الذات.

(Ellis ,1987,4).

8-8-العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

هو أسلوب علاج و ليس نظرية، و هو طريقة توفيقية بين طرق العلاج المختلفة، لا بد للمعالج النفسي أن يطلع على عدد كبير من النظريات النفسية في العلاج، و تقنيات هذه النظريات، و أن يكون قادراً على استخدامها، و الانتقال من إحداها إلى الأخرى و التوفيق بينها.

و قد عرف لازاروس أسلوبه العلاجي متعدد الأبعاد بالانتقاء التقني، حيث افترض أن شخصية العميل تنتظم وفق سبعة أنماط وظيفية هي: السلوك، الوجدان، الإحساس، التخيل، الجوانب المعرفية، العلاقات الشخصية، و الوظائف الحيوية. و يرى أن هذه الأنماط تتفاعل فيما بينها و تترتب في نظام تسلسلي بحيث يؤثر كل نمط على الآخر، و يعتبر هذا الأسلوب العلاجي متعدد الأبعاد، و يستخدم مهارات متعددة للتأثير على الأنماط لدى عملاء معينين يواجهون صعوبات في حل مشكلات حياتهم. (Donald, Biggs,1994,85)

تتركز مهمة المعالج في هذا النوع من العلاج في تحليل الاضطراب إلى مستوياته المختلفة (BASIC ID) ، و تتمثل مراحل العلاج الرئيسية في:

- 1- اكتشاف المشكلة
- 2- تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد.
- 3- تحديد البدائل.
- 4- مرحلة التخطيط.
- 5- مرحلة العمل و الالتزام (مرحلة تنفيذية)
- 6- مرحلة التقييم و التغذية الراجعة.

غير أن بونزو 1976 يرى أن الأسلوب العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد يضم ثلاثة مراحل كبرى:

أولاً: مرحلة الوعي و فيها يتم استخدام منهج الوجودية و المنهج المركز على العميل، و كذا منهج الجشطالت بغرض بناء علاقة جيدة مع العميل.

ثانياً: إعادة التنظيم المعرفي، و هنا يتم اللجوء إلى المناهج المعرفية لمساعدة العميل على تغيير طريقة تفكيره غير المنتجة.

ثالثاً: تغيير السلوك، و يتم اللجوء إلى الأساليب السلوكية من أجل مساعدة العميل على تغيير سلوكياتهم و جعلها أكثر إنتاجية. (Donald, Biggs,1994,85)

خلاصة الفصل:

إن الاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التي حظيت باهتمام الباحثين و هذا لأهمية هذا الاضطراب، و انعكاساته على الصحة النفسية و الجسمية على حد سواء ، كما أن الاكتئاب يصاحب بعض الأمراض الأخرى كالفصام مما يجعل المريض منهكا تحت طائلة الاعتلال المرضي المشترك *comorbidité pathologique*، مما قد يجعله يلجأ إلى الانتحار كمحاولة لوضع حد لمعاناته، و هو ما سنراه في الفصل التالي.

الفصل الرابع

الانتحار

تمهيد:

يعد الانتحار من أقدم المشكلات التي عرفها الانسان، إلا أن الموضوع يبقى غير واضح رغم التطور العلمي الملاحظ، فتحديد الانتحار معقد و ذلك لتعدد تعريفاته، أسبابه، نظرياته المفسرة، و هو ما سنحاول توضيحه في هذا الفصل.

1-لمحة تاريخية للظاهرة الانتحارية:

إن ظاهرة الانتحار متواجدة منذ القدم، إلا أن فهمها اختلف باختلاف الأزمنة و العصور و الحضارات، فالانتحار في العصور القديمة مرتبط بمفهوم أورفيس Orphic أي الوفاة، و هو تحقيق لرغبة الروح الخالدة لتحرير نفسها من سجن الجسد، و الانضمام إلى مصدره الإلهي. (Pamela,2006,32)

ففي العصور القديمة كان المهزومون في المعارك يقومون بالانتحار تباديا للأسر و احتمالية التعذيب و الاستتاق، أو هربا من ذل العبودية من طرف العدو، مثلما قام به رجل الدولة القرطاجي حنبعل Hannibal سنة 183 قبل الميلاد.

و انتحر قبله الفيلسوف الشهير سقراط الذي حكم عليه بالاعدام، ثم فرض عليه المنفى، حيث انتحر احترما للقانون. (Mishara & tousignant,2004,10,33)

- أدان أرسطو الانتحار، و اعتبره فعل جبان في مواجهة صعوبات الحياة ، كما شبه المنتحر بالجندي الهارب.

- أفلاطون اتخذ موقفا أكثر وضوحا، وقبل باستثناءات مثل حالة المرض المؤلم الذي لا سبيل لشفائه.

- في التبت و الصين ،أين المرجعية لبوذا هي المسيطرة، نميز بين نوعين من المنتحرين، أولئك الذين يبحثون عن الكمال، و أولئك الذين يهربون من العدو.

كما قد يكون الانتحار أحيانا كرد فعل حاد، مثلما حدث عند موت كونفوشيوس، و اندفاع 500 تلميذ و تابع له للبحر احتجاجا على إتلاف كتبه.

- ارتبط الانتحار في مصر بأذونات الموت، حيث كان الأنصار يجتمعون للانتحار جماعيا.

- في روما القديمة، كان الانتحار يجب أن يخضع لخصائص و مميزات متوافقة مع الفلسفة الرواقية خوفا من الإدانة، وقد عهد للمشرع أن يقرر إذا كان الفعل الانتحاري مشروع أم أنه يوجب العقاب، و من الأسباب الشرعية المخصصة للمواطنين كما ينبغي أن تكون نجد: (الألم الجسدي، فقدان شخص عزيز،

الجنون....)، يستثنى من ذلك العبيد و الجنود الذين تطبق عليهم عقوبات رديعة عند انتحارهم كمصادرة ممتلكاتهم، و حرمانهم من الطقوس الجنائزية. (Vedrinne, Sorel, Weber , 1996, 8)

هذا التفاوت الاجتماعي المطبق منذ قرون في معالجة ظاهرة الانتحار، بقي متبعا حتى في عهد المسيحية، حيث اعتبر الانتحار جريمة ضد الدين (ضد الله و ضد الإنسانية)، أثار الانتحار طقوس قوية في التنظيم الاجتماعي، حيث كانت جثة المنتحر تجر و تعرض في الطرقات و الشوارع قبل أن تحرق ، و بقيت هذه هي الحال حتى العصور الوسطى، ففي المجتمع الكنسي سنة 452 ميلادي، كان هناك نظام القيود المفروضة على المنتحر، فالانتحار فعل يعاقب عليه.

بين القرن السادس عشر و السابع عشر، حدث تغير عميق للذهنيات في التأملات الفكرية، (هذا الذي لم يمنع الإجراءات المتخذة في حق جثة المنتحر وفقا للقانون الجنائي لسنة 1670)، لاحقا بعد أن تأسس الطب العقلي منح المكانة العلمية للانتحار(أو على الأقل من خلال الإحصائيات)، إلا أن الجمود الثقافي بقي يكتسي الهيئة الاجتماعية فيما يخص الجريمة و الشعور بالذنب.

كما نجد العديد من الباحثين الذين تطرقوا لظاهرة الانتحار في القرن الثامن عشر، منهم مونتسكيو Montesquieu سنة 1721، و الذي انتقد وجهة النظر السائدة في ذلك الوقت، حيث يرى أن الإنسان جزء من الطبيعة و لديه الحق في تعديل هذا الجزء .، أما روسو 1761 Roussou و فولتير 1766 Voltaire، فقد انتقدا وجهة النظر السلبية للانتحار، و اعتبروا الانتحار بالرومانسي، و هو ما نجده أيضا في رواية غيوتز Geotres سنة 1774 بعنوان آلام الشباب، و التي لاقت رواجا كبيرا في أوروبا، تدور أحداثها حول شاب انتحر بإطلاق النار على نفسه بسبب حبه لامرأة متزوجة.

في سنة 1783، تم نشر أهم المطبوعات في تلك الفترة و هو مقال عن الانتحار من طرف دافيد هيوم D.Hume ، كان هذا المقال متطرفا جدا حيث أن الناشر لم يستطع نشره إلا بعد وفاة هيوم، و هو يرى أن للإنسان الحق في اتخاذ قرار موته لأن الألم و المرض و الفقر أو العار يجعل الحياة لا تطاق و الانسان لا يقوم بشيء خاطيء إذا قام بالانتحار، عكس فكر كانط Kant الذي اعتقد بقدسية الحياة، ووجوب الحفاظ عليها مهما كان الثمن، و مهما كانت الظروف.

في القرن التاسع عشر برز شوبنهاور Schopenhawar الذي ربط الانتحار بالمعاناة في الحياة، فقد كان متأثرا بالفلسفة الشرقية، و مع ذلك اعتبر أن الانتحار خطأ و تصرف أحمق، و ليس تحريرا صحيحا من معاناة الحياة، و لكنه أيضا يعارض الرأي القائل بجريمة الانتحار، فكل إنسان لديه الحق في إنهاء حياته الخاصة، فالمنتحر لا يسعى للموت بحد ذاته بل هو غير راض عن ظروف الحياتية، أما نيتشه

فيرى أن الإنسان له الحق الكامل أخلاقيا بأن ينهي حياته، و هو كما يعتقد فريتوت Freitot حيث استعمل كمرادف للانتحار عبارة "يجب على المرء أن يموت في الوقت المناسب".

أما الكتابات العلمية التي تناولت الانتحار فوجد "اسكيرول Esquirol"، الذي كتب سنة 1838 "الشخص لا يقوم في أيامنا هذه بمحاولة الانتحار إلا إذا كان يعاني من الهذيان، و كل المنتحرين هم مجانين".

و يركز كراپلين Kraepelin على أن 30% من أعراض المرض العقلي واضحة لدى المنتحرين.

أما دوركايم Durkheim فيشير في كتابه الانتحار إلى وجود أربعة أنواع رئيسية للانتحار، و كل نوع مرتبط بالمجتمع الذي يعيش فيه المنتحر. (Retterstol, 1993, 19-20)

ثم توالى النظريات النفسية المفسرة للانتحار، و هو ما سنراه مفصلا في (النظريات المفسرة للانتحار).

و عليه نقول بأن الانتحار كان ينظر إليه من وجهة نظر دينية فلسفية، و مع تطور البحث العلمي أضحي الانتحار تدريجيا موضوعا للدراسات العلمية و أصبح يفسر علميا و ذلك بالبحث عن الأسباب المؤدية إليه.

2- تعريف الانتحار:

مصطلح الانتحار suicide من اللغة اللاتينية « sui » بمعنى الذات أو الأنا « soi »، و « cedere » بمعنى قتل « tuer » أي أن الانتحار هو قتل الذات.

(Minois, 1999, 33)

ظهر مصطلح الانتحار للمرة الأولى في إنجلترا من طرف السير توماس براون sir thomas Brown سنة 1642. ثم تم تناول هذا المصطلح في فرنسا في القرن XVIII من طرف أنطوان فرانسوا بريفوست Antoine françois prévost المعروف بالأب بريفوست l'abbé Prévost سنة 1734 ثم استعمل مرة أخرى سنة 1752 من طرف الأب ديسفونتين L'abbé disfontaines في القاموس الملحق لتريفو supplément du dictionnaire de trévoux و قد عرف الانتحار "بأنه الفعل الذي يقوم به الفرد ليتسبب بإنهاء حياته عمدا"

(Satet, 2009, 176)

_أما في اللغة العربية فالانتحار كلمة مشتقة من نحر أي ذبح و قتل. (بن هادية، 1991، 205)

كما يعرف "المعجم الكبير لعلم النفس" الانتحار بأنه: " فعل قتل الذات، قد يكون عقلاني ينفذ وفقا لاعتبارات أخلاقية، اجتماعية، دينية، و شخصية، أو فعل مرضي يبرز أثناء تطور العديد من الاضطرابات العقلية كالاكتئاب، الفصام، الهذيان المزمن...، أو قد يرجع إلى أزمة حادة في شكل قلق و عدوانية موجّهة نحو الذات". (Bloch&al,1993,763)

و هو الفعل الذي يقوم الفرد فيه بإعطاء الموت لنفسه إراديا، فالانتحار إذن هو قتل الشخص لذاته إراديا. (Rouan,Pedinielli,Gimenez, 2000, 73)

عرفه دوركايم سنة 1897 بأنه "كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة من فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الضحية ذاته و هو يدرك نتيجة هذا الفعل". (Durkheim , 1897,55)

كما عرفت موسوعة علم النفس المرضي للطفل الانتحار على أنه "الفعل الواعي و المحرر لقتل النفس". (Pelsser, 1989,, 251)

يصف أ.دلماس Achille Delmas الانتحار بأنه "الفعل الذي يختار الفرد السوي القيام به، حيث يختار الموت في حين له القدرة على اختيار الحياة خارج كل التزام أخلاقي"

حيث يعتبر من العلماء الذين يستثنون استعمال مصطلح الانتحار للمرضى الفصاميين الذين يعانون من الهذيان وقت وقوع الفعل، مفضلين تسمية "جنون الانتحار". (Satet,2009, 188)

في دليل الطب العقلي يعتبر الانتحار من بين الأنشطة العدوانية الذاتية، يتميز بأنه تصرف قد يؤدي إلى الموت و تفسيره السيكودينامي لا يكون حسب نجاحه أم لا ، بل بنظر الفرد القائم بالفعل إليه. (Ajuriaguerra.J,1980, 487)

أيضا جاء في الموسوعة البريطانية أن الانتحار هو الفعل الطوعي و المقصود لتدمير الذات.

(الموسوعة البريطانية في مجلة الثقافة النفسية ، 1993 ، 59).

كما يعرفه أب علم الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية شنايدمان Schneidman سنة 1985 بقوله: "الانتحار فعل الإنسان الموجه إلى الذات لتدميرها، فالانتحار فعل ناتج عن التدمير الذاتي، له أبعاد متعددة، يعتبر أفضل حل بالنسبة للفرد ". (Jordan,2008,24)

_ تعريف منظمة الصحة العالمية OMS : "فعل الانتحار هو هجوم ضد الشخص في حد ذاته مع درجة متفاوتة لنية الموت، و الانتحار هو فعل يؤدي إلى الموت المحتم"

من خلال تأملنا للتعريفات السابقة، نستخلص أن الانتحار هو قتل الفرد لنفسه بهدف الموت، قد تختلف أشكال و أساليب ووسائل هذا الفعل الخطير حسب الفرد القائم بالفعل و حسب اختياراته، إلا أن الشيء الثابت أنه فعل يحتوي على القصد و النية في تحصيل الموت.

المنتحر: هو الفرد الذي مات نتيجة سلوكاته الانتحارية.

3-ابيديمولوجية الانتحار:

وفقا للمعطيات المدرجة لمنظمة الصحة العالمية فإن عدد الأشخاص الذين ماتوا منتحرين في العالم يقدر بحوالي مليون شخص سنة 2014 و هو الرقم الذي بقي ثابتا مقارنة بمعطيات سنة 2000 مع العلم أن هذا العدد لم ينطو على سلوكات الهجوم الذاتي، و لا على المحاولات الانتحارية التي تقدر بـ 20 إلى 30 مرة أعلى من العدد المذكور. (Inserm Ec, 2005)

عند معاينة التوزيع العالمي للانتحار لسنة 2007 نجد فرق كبير بين النصف الكرة الشمالي و النصف الكرة الجنوبي ، فمعدلات الانتحار لسنة 2007 تتعدى 13 حالة لكل 100000 نسمة في كل من روسيا، فرنسا و المملكة المتحدة "انجلترا" و أقل من 6,5 حالة لكل 100000 نسمة في دول أمريكا الجنوبية. (OMS, 2007)

كما أن نسبة الوفيات بالانتحار في المجموع العام للشعب الفرنسي تقدر بـ 17 لكل 100000 نسمة لسنة 2006، أي حوالي 11000 شخص يموتون منتحرين في السنة في كل أنحاء فرنسا و يقدر ذلك بحوالي 20%. (Albrand, coll, 2009,3)

أما في الجزائر فنسجل انتحار شخص ما كل 12 ساعة (almanach-dz.com)، كما تشير الأرقام إلى إحصاء 787 محاولة انتحار في 2012 بالجزائر؛ أي 2,71 بالمائة مقابل 321 انتحار فعلي؛ أي 08,28 بالمائة؛ حيث تم تسجيل ارتفاع في عدد الحالات المسجلة ما بين 2011 و 2012 بـ 6,317 بالمائة؛ أي 70 حالة. كما عرض متوسط عمر المنتحرين الذين تتراوح أعمار أكثرهم بين 14 و 40 سنة

وكذا وسائل الانتحار، التي تكون بتناول الأدوية ومختلف المواد السامة بالنسبة للعنصر النسوي، والشنق والأسلحة بالنسبة للذكور. (حسب جريدة المساء ل2013/06/17)

وبحسب آخر تقرير لمنظمة الصحة العالمية لسنة 2014 تحتل الجزائر المرتبة التاسعة عربيا في الدول التي تعرف أكثر حالات الانتحار بمعدل 1.9 متقدمة على عدد من الدول العربية على غرار المملكة العربية السعودية، لبنان، سوريا، فيما احتلت المغرب ثاني دولة عربية من حيث عدد حالات الانتحار بعد السودان (احتلت تونس المرتبة السابعة عربيا)، كما كشف التقرير أن هذه الظاهرة منتشرة عبر كل الفئات العمرية، و بنسبة أكبر عند الشباب، و الرجال أكثر منها لدى النساء.

3-1- عوامل الخطر Facteurs de risque :

1_ العوامل الاجتماعية و الديموغرافية:

إن توزيع عدد حالات الانتحار متغير اعتمادا على الفئة العمرية التي نأخذها بعين الاعتبار حيث 45_54 سنة هي الفئة الأكثر عددا (2296 منتهر سنة 2008) و يمثل أكثر من 21% من حالات الانتحار.

الانتحار يبقى هو المسبب الأول و الرئيسي للوفيات للفئة العمرية من 15_35 سنة قبل حوادث المرور، و يقارب 22% لأسباب الوفاة عند 25_34 سنة (1081 لكل 5082)

يعتبر نوع الجنس أيضا عامل مهم جدا حيث نلاحظ كل سنة في فرنسا عددا أعلى من المنتحرين الرجال (7760 لـ 2759 امرأة) بنسبة 2,81% ، و هذا بغض النظر عن الفئة العمرية الملاحظة، لكن في النسب المتغيرة لسنة 2005، المعهد الوطني للصحة و البحث الطبي حددت نسبة الخطر للذكور بـ 3,7% لـ (15_24 سنة) و 2,3% عند (45_54 سنة) و 6% عند أكثر من 85 سنة .

_ محاولات الانتحار تبقى أكبر بكثير من عدد حالات الانتحار التام لمستوى عدد سكان العالم، و تزيد النسبة عند النساء أكثر من الرجال بغض النظر عن الشريحة العمرية.

_ الحالة الاجتماعية كما المهنية تهيء للخطر الانتحاري فمقارنة بالمتزوجين، العزاب، الأرملة، و المطلقين ينتحرون على التوالي 2,5 حتى 8 مرات أكثر.

_ خسارة الوظيفة مؤخرًا مرتبط بصعوبات اجتماعية اقتصادية قد يكون عامل من عوامل الخطر المؤدية للانتحار. (Inserm, 2005).

2_ العوامل الطبية النفسوعقلية:

تعتبر الأمراض العقلية عرضة لزيادة الخطر الانتحاري، جيلدر Gelder وجد سنة 2005 أن الاضطرابات الاكتئابية في 36% حتى 90% من حالات الانتحار، سلوكيات الإدمان مع التبعية للعقار كذلك اضطرابات الشخصية.

(Gelder, Cowen, 2005, 25)

3-2- طريقة الانتحار:

وجد بورجوا Bourgeois سنة 1997 بفرنسا أن الشنق يعد من أكثر الوسائل المستخدمة للانتحار (36% من حالات الانتحار).

الجرح باستعمال السلاح (السلاح الأبيض، الجرح باستعمال السلاح الناري) ويمثل حتى 25% من الحالات ثم تليها نسب متفاوتة للتسممات الدوائية الإرادية، الغرق، و السقوط من مكان عال (على التوالي 8% 15% و 6% من حالات الانتحار).

_ أما بالنسبة لنوع الجنس فمختلف الإحصائيات تبين أن الرجال يستعملون عادة وسائل مميتة أكثر عنفا (الشنق، إحداث جروح بواسطة سلاح تمثل نسبة 40 و 30% من الحالات).

أما النساء فيستعملون وسائل أقل صدمية و عنفا مثل التسممات الدوائية 25%، الغرق 15% هذه الأخيرة تخص النساء بثلاث أضعاف الرجال.

يكون فعل الانتحار عادة في منزل الضحية (56 حتى 65% من الحالات)، أما الانتحار في المستشفيات و الأماكن الاستشفائية فيعد نادرا حتى ولو وصلت النسبة إلى 14% من المنتحرين الشباب.

(Bourgeois, Facy, Rouillon, Verdoux, 1997 , 37_39)

4-العوامل المؤهلة للانتحار و التناولات النظرية المختلفة في تفسير الانتحار:

4-1-أسباب الانتحار:

أوضحت الدراسات أن هناك عوامل مختلفة يمكن أن تؤدي بالفرد للجوء لمحاولة الانتحار و التي يمكن تصنيفها كالتالي:

أولا العوامل الاجتماعية:

قام العلماء بمقارنة مختلف أنماط المجتمعات لمعرفة مدى تأثير بعض الخصائص الاجتماعية العامة على ظاهرة الانتحار، و قد لوحظ أن معدل الانتحار يكون أكثر ارتفاعا في الحالات التالية:

_ لا تحمل العلاقات الأسرية أي قيمة مهمة فحياة الفرد تكون مهددة بالاضطراب في حالة طلاق الوالدين، غياب أحد الوالدين أو كلاهما.

_ أصبح للنجاح الدراسي أو الرياضي أو الاجتماعي قيمة كبيرة عند الفرد، فهذا الأخير يواجه شروطا تفوق مستواه الحقيقي فلا تصبح لديه القدرة على تحمل الإحباط في حالات الفشل.

_ لا يستطيع الفرد التعبير عن عدوانيته ببعض الوسائل كتأكيد الذات أو التفريغ عن طريق الكلام.

_ تصبح المعايير و القيم التي توجه سلوك الفرد مختلطة و متعددة فالتسامح الاجتماعي و العائلي لا يسمح للفرد ببناء هويته.

_ يعيش الفرد حالة عدم استقرار، هجرة، تغيير السكن باستمرار، الانعزال، و بالتالي شبكة علاقاته الاجتماعية تتفكك.

_ لم يتمكن الفرد من اكتساب الشعور بالقدرة على لعب دور فعال في المجتمع، و بالتالي نتج لديه شعور بالتبعية و الضعف، لأنه لا يستطيع تسيير شؤون حياته.

ثانيا العوامل الأسرية:

تؤثر الاضطرابات الأسرية على عدد حالات الانتحار و تواتر محاولات الانتحار و من أهم هذه العوامل مايلي:

_ الصراعات الأسرية، خاصة انفصال الوالدين، كذلك غياب الأب أو الصورة الأبوية، هذا العامل يكون أكثر تأثيراً إذا حدث الانفصال قبل الست سنوات .

_ السوابق العائلية المرضية: انتحار أو محاولة انتحار، مرض عقلي ، تناول الكحول أو المخدرات من طرف الأب أو الأم .

_ الرحيل و تغيير السكن العائلي باستمرار الذي يؤدي بالضرورة إلى تغيير المدرسة و بالتالي الشبكة الاجتماعية.

_ التوظيف الأسري المرضي كالتعديت الجسدية و النفسية على الأطفال، جو من التوتر و العنف، اتصال غير متكيف ، الوالدين في هذه الحالة غير مباليين لا يتعاملان عاطفياً مع أولادهم و بالتالي يصبح الوسط العائلي مملوء بالصراعات و التوتر.

ثالثاً العوامل الفردية:

يزيد خطر الانتحار إذا توفرت مجموعة من العوامل الفردية يمكن تلخيصها في :

_ تجارب فقدان، كفقْدان أحد الوالدين أو أي شخص عزيز، انفصال الوالدين، حدوث انقطاع في علاقة حب أو صداقة، كل هذه العوامل يمكن أن تكون أسباب مباشرة أو غير مباشرة.

_ انقطاع الدراسة ، الفشل الدراسي، فشريحة كبيرة من المراهقين لم تتعد المستوى الابتدائي و هم شباب يعمل أو بطال.

_ استهلاك المخدرات، فمعدل الانتحار عند المدمنين أكثر منه عند غير المدمنين.

_ الصراعات الفردية، حيث يعاني محاولوا الانتحار من عدة مشاكل، فهم فاقدون للمبادأة مكتئبون ، يحسون بالملل، يائسون، قلقون، كما يتعذر على معظمهم إقامة علاقات اجتماعية، يشعرون بالوحدة و الرفض، و يعيشون أزمة هوية و الحط من قيمة ذاتهم.

_ مشاكل صحية ، كسوابق لأحداث أو أمراض جسدية مع استشفاء منتظم، كما نلاحظ وجود ميولات إلى الجسدية كاضطرابات المرئ و الأمعاء.

_ وجود تشخيص نفسي مرضي، فمعظم حالات الانتحار 75_90% من المنتحرين، تشخص على أنها تعاني من اضطراب قبل محاولة انتحارية و بعدها: إكتئاب، اضطراب عصابي، نوبة هذيانية، اضطرابات الطبع و السلوك...، و معدل المرض أن يرتفع إلى 35% في حالات تكرار محاولة الانتحار ووجود اضطراب عقلي يمثل عامل خطر. (De Montremy, 1977, 223_224)

4-2- النظريات المختلفة المفسرة للانتحار:

1- النظرية البيولوجية :

لقد نسب أصحاب هذا الاتجاه الانتحار إلى اضطرابات عضوية و نجد منها خاصة السيكاترية، إذ جعلوا من المنتح مريضاً عقلياً باعتبار أن الانتحار أو المحاولة الانتحارية عرض لمرض عقلي، و هو ما أكده اسكيروول Esquirol في دراساته، و أضاف أن الانتحار يحدث فقط في حالة الهذيان و منه فإن كل منتح هو مريض عقلي، وقد دعم كل من دابورت Dapport و ريبلي Riply 1960 هذه النتائج انطلاقاً مما توصلوا إليه من دراستهما التي تناولت 144 حالة منتحرة حيث وجدوا أن 50 % كانوا يعانون من اضطرابات عقلية. (مجدي، 2006، 317)

كما نجد غارليس E.Garelis سنة 1974 حيث يرجعه إلى هدم السيروتونين و السبب في ذلك هو نقص في نسبة حمض هيدروكسيل أندول أستيك 5 (5_HIAA) في السائل الدماغي الشوكي، و هو ما يجعل الفرد يقوم بمحاولة الانتحار خلافاً للذين لهم نسبة كافية من هذا الحمض. (Hanus, 2004, 79)

أثبت م. أسبيرغ M.Asberg (1976-1978) الافتراض المتمثل في أن المنتح مريض عقلي من خلال دراسات قامت على قياس مدى تغير المساحات الدماغية أثناء عملية البناء و الهدم في جسم الانسان، حيث توصلت الدراسة إلى أن انخفاض مادة السيروتونين Serotonine و H.A.A.S حمض إيدروكسيل إندول أستيك و تأكسدها مع Proboanecide في سائل النخاع الشوكي يؤدي إلى الانتحار، و قد توصل كل من لويد Loyd و بوم Boume في دراسة لعينة منتحرة و أخرى مصابة بالاكتئاب دون القيام بمحاولة انتحارية إلى أن تركيز السيروتونين في المساحات الدماغية للعينين هو نفسه ، وقد أكد سيدرال Sedrall هذه النتيجة حيث توصل إلى أن نقص أو انخفاض السيروتونين عند الشخص يجعله أكثر عرضة للسقوط في الاكتئاب ، و حسب فان بريي Van Preiay و هان Haan فإن نقص السيروتونين

يعتبر كمؤثر جيني يحدد انفجار بعض السلوكات السيكوباتية إلى جانب المرور للفعل الانتحاري .(مجدي ،مرجع سابق،371)

و قد صنف الدليل الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV ،الانتحار ضمن الاضطرابات العقلية غير أنه لم يصنف كصنف منفصل، فأشار أنه من ضمن الخصائص و الاضطرابات المصاحبة لنوبة الاكتئاب: البكاء، سرعة الغضب، القلق و المخاوف، نوبات الهلع و قلق الانفصال عند الأطفال، صعوبات جنسية، صعوبات مهنية، صعوبات اجتماعية، صعوبات مدرسية، سوء استعمال أو الإدمان على الكحول أو بعض المواد الأخرى ، كما نجد أن أخطر هذه النتائج لنوبة الاكتئاب العظمى المحاولات الانتحارية أو الانتحار، و أن خطر الانتحار مرتفع خاصة عند الأشخاص الذين يتميزون بخصائص ذهانية.

إن تناول ظاهرة الانتحار باعتبارها ظاهرة بيولوجية بحتة يجعل المشكلة أحادية البعد، و يعزل الفرد عن مختلف المؤثرات الاجتماعية التي تحيط به، و التي قد تأثر فيه بما قد يدفعه إلى السلوك الانتحاري، و على هذا الأساس قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعية لظاهرة الانتحار.

2-النظرية الاجتماعية :

بحثت النظرية الاجتماعية عن أسباب الانتحار في المحيط الاجتماعي، نجد خاصة نظرية دوركايم Durkheim التي تسمى بالنظرية اللامعيارية، و نقصد بهذه الأخيرة الأطروحة المضادة للحياة الاجتماعية، و هي نمط اجتماعي يقوم على الحد الأدنى من ضبط السلوك الشخصي، و يميل دوركايم نحو تعريف اللامعيارية على أنها غياب القواعد و المعايير و يشير إلى أنها تظهر نتيجة لأزمة أو تحول مفاجئ يجعل المجتمع عاجزاً عن ممارسة تأثيره مؤقتاً.

نشر دوركايم في سنة 1897 كتابه "الانتحار le suicide" و ضمنه وجهة نظر علم الاجتماع في الظاهرة بعد أن أفاض في نقد وجهات النظر الأخرى في تفسيرها، عرض وجهة نظره، فالانتحار عنده ظاهرة اجتماعية مرتبطة أساساً بالنظام الاجتماعي، و ما يطرأ عليه من ظروف مفاجئة أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية من تطور و تغير ، فيميز بين نمطين من الانتحار، الأناني و الفوضوي، و كلاهما ينشأ عن تمثّل العمل الجمعي تمثلاً غير كاف لدى الأفراد وذلك بسبب اختلال التنظيم الاجتماعي و انحلال تكامله، و فقدان تماسك الجماعة من خلال تفتت سلسلة العلاقات الاجتماعية التي كانت في

حالتها المستقرة تهيء للفرد إحساسا بالطمأنينة، و لقد طرح دوركايم في نظريته للانتحار أربع نماذج أو تصنيفات أساسية تنتج من المجتمع نفسه، تلعب دورا مهما في الفعل الانتحاري هي: الانتحار الأنومي، الغيري، الجبري، الأناني..، و قد أكد هذا في قوله: "يوجد داخل كل جماعة ميل جماعي إلى السلوك التوافقي، و هذا الميل يخص الجماعة ككل، مصدره ميل كل فرد أكثر من كونه نتيجة له، هذا الميل الجماعي يتشكل من التيارات الأنانية، الغيرية، أو الأنومية التي هي موجودة في المجتمع، تؤثر في الأفراد و تدفعهم للانتحار". (Durkheim,1897,300)

3- النظريات النفسية في تفسير الانتحار:

3-1 نظرية التحليل النفسي:

بحثت النظرية التحليلية عن أسباب الانتحار في شخصية المنتحر نفسه، و حددت أسباب هذا الفعل في الاضطرابات النفسية، حيث يرى فرويد Freud زعيم مدرسة التحليل النفسي و كارل مينجر Meninger أن هناك مجموعتين من القوى لدى الأشخاص هما نزوة الحياة ، و نزوة الموت ، هذه القوة هي التي يجعله يستسلم للانتحار .

إن الانتحار شكل خاص للعدوانية الذاتية، و الرجوع للعالم الأولي اللاعضوي، و الموت هو نهاية كل ما هو موجود في الحياة، و تصبح الحياة بنظر المنتحر بلا معنى. (Jarosz,2005,30)

فرويد Freud قد واجه مشكلة الانتحار من خلال تفسيره للنزعات السادومازوشية في الشخصية السوداوية (الملاخوليا) و يقوم تفسيره على افتراض غريزتين، إحداهما للحياة و الأخرى للموت باعتبارهما أساس السلوك البشري، الأولى تكمن وراء كل سلوك يؤدي إلى إقامة علاقات إيجابية بناءة و أداة إبداعية خلاقية، و الثانية أساس كل سلوك عدواني مدمر ، و إن كانت الغريزتان متلازمتان، فإن لغريزة الحياة أسبقية منطقية ، و لكن لغريزة الموت غلبة فعلية، و من خلال الصراع القائم بين الغريزتين و تفاعلها مع الطاقة الجنسية الحيوية (الليبيدو) في مواقف الحياة عامة و للمواقف الجنسية خاصة، و ما تتضمنه هذه المواقف من خبرات يتقلب فيها الفرد بين إرضاء رغباته أو صدها، بين إشباع حاجاته أو إحباطها، أو بين اللذة و الألم تحت وطأة مقتضيات الواقع و ضغط الأنا الأعلى تتبثق النزعات السادية و المازوشية و تتضمن كل من النزعتين عناصر عدوانية تدميرية، فالسادية إرضاء شبقى بواسطة إيذاء و تعذيب الآخر، و المازوشية إرضاء شبقى عن طريق تعذيب الذات و الاستمتاع بالتألم و التلذذ به، و

النزعتان غير منفصلتين بل الغالب أنهما تجتمعان معا أو تجري بينهما عملية تحول و إبدال لاشعوري، فإذا حال الواقع دون تحقيق النزعة السادية يتحول الايذاء لاشعوريا إلى الفرد نفسه، و يصبح مازوشية ثانوية تدعم المازوشية الأولية (الأصلية)، و تصبح المازوشية في هذه الحالة امتدادا للسادية، تحولت نحو الذات التي استبدلت بالموضوع، و تصبح هذه النزعات غالبا مشحونة بطاقة وجدانية مشحونة بالانتقام و الخوف و الشعور بالإثم، و عندما تصل العلاقة بين الأنا و الآخر يحتفظ بتناقض وجداني إلى درجة تثبيت الأنا عليه، و يتم امتصاص الآخر و التوحد معه ،عندئذ يعامل الأنا ذاته بوصفها هذا الآخر مصدر الألم و الخيبة و الحرمان، ولا تثبت النزعات العدوانية على هذا الآخر أن تترد إلى الذات، فيصبح إيذاؤها إيذاء للآخر ، و الاعتداء على الأنا عدوان على الآخر.

يساند هذا العدوان المرتد إلى الأنا و يدعمه نزعة مازوشية، حتى يصل العدوان إلى أوج قوته في تدمير الأنا و تنفيذ الانتحار. (سمعان، 1964، 64، 32)، و في هذا قال فرويد: "يمكن لنزوة الموت الموجهة نحو الخارج أو المقدوفة أن تندمج و تتجه نحو الداخل و يكون النكوص إلى المرحلة الأولى ، وذلك في ظروف معينة". (Freud, 2010, 292)

إذ يتفق كل من رولف ROALFE و ويليامز E.WILLIAMS على أن الشخص الذي يقبل على تنفيذ الانتحار يتميز بشخصية نرجسية تعجز عن مواجهة مواقف التهديد بما تتضمنه من فشل و حرمان، فيفقد التقدير الذاتي ، و تنمو فيه نزعات انهباطية، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى الانتحار هروبا من الصراع غير المحتمل، و يكون انتحاره دلالة على رغبة نكوصية لاشعورية في العودة إلى المرحلة الرحمية، و قد تغمر وجدانه كراهية شديدة ضد من تسبب في حرمانه و إحباط رغباته فتتملكه الرغبة في الانتقام منه ،لكن ثمة ظروف اجتماعية قد تمنع تحقيقه و تحول شدة ضغط الأنا الأعلى دون تحقيق ذلك، فيرتد الانتقام خلال عملية التثبيت و الالتحام مع الآخر إلى الذات، و يدمر الانسان نفسه بديلا للآخر.

و يؤكد غريغوري زيلبورغ G.ZILBOORG سيطرة النزعات المتناقضة على شخصية من أقدم على تنفيذ الانتحار، فكل شخصية انتحارية تسيطر عليها نزعات لاشعورية شديدة تتسم بالكراهية و العدا، و ترتبط بعدم القدرة على حب الآخرين و تحت تأثير الميول السادو مازوشية اللاشعورية ترجع الكراهية إلى الذات، و يقع العدوان على الأنا ليحدث تدميرا ذاتيا نتيجة الفشل في توجيهه إلى الخارج، لذلك يعد الانتحار علامة تأكيد الأنا و ليس التدمير و الفناء.

كما ساهم كارل ميننجر K.MENINGER مساهمة فعالة في تفسير السلوك الانتحاري وتقدم بالتفسير الفرويدي خطوة هامة و ذلك بما قام به من تنمية لفروض فرويد الأساسية و إثرائها من خبرته العيادية الواسعة و تحديد عناصر النظرية، و يتلخص تفسيره للانتحار بأنه متعلق بنزوات تتجلى في العقد السادية المازوشية، فهو عدوانية ذاتية تتميز بأنها ميل للتخريب و غضب على البناء الذاتي. (Jarosz,2005,30) كما يرى أن الانتحار نوع خاص من الموت يتضمن عناصر ثلاثة تشتق وجودها و ديناميكيتها من الافتراض الثلاثي لجهاز الشخصية عند فرويد ، ويصف ميننجر لكل من عناصر الفعل الانتحاري الثلاثة مضمونا خاصا من الرغبات و النزعات التي تميزه عن مضمون العنصر الآخر، و جمع النقاط الثلاث المشتركة في المعادلة الفرويدية: الانتحار كـرغبة في الموت- في القتل- في أن يقتل.

-الرغبة في الموت: و هي ترحيب بالموت، تتولد في الهو بوجه عام، و غريزة الموت و التدمير بشكل خاص، و مضمون هذه الرغبة يعود إلى الشعور الأساسي باليأس و الضياع يسانده وجدان الخوف و الخيبة و التجنب، فالمنتحر يبحث في الموت عن الراحة، إزالة الضغوط، لإرضاء رغبة الشخص ليكون سلبيا و الموت.

-الرغبة في القتل: تصدر عن الأنا ، لأنها إحدى جوانب نشاطه، و مضمون هذه الرغبة نزعة عدوانية مشحونة بالكراهية و رغبات في اتهام الآخر و توبيخه و عزله و الانتقام و التخلص منه و إبادة، فنحن "لانتقل دون أن نفترض قتل الآخر" هذه التركيبة العدوانية تظهر في حالات الانتحار الشغفي أين فكرة القتل تسبق عادة فكرة الانتحار.

-الرغبة في أن أقتل: هي رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الأنا الأعلى، فشدة الشعور بالإثم و ما يتبعه من توبيخ و اتهام ذاتي يكشفان عن حاجة ملحة إلى العقاب، لذلك فهي تتضمن النزعات المازوشية بما تتضمنه من استمتاع بالخضوع و انهزام و تلذذ بمعاناة الألم، باختصار يدخل مدلول آخر للانتحار يتمثل في الخصاء .

حسب ميننجر هذه الرغبات تتفاعل معا في الشخصية تفاعلا ديناميكيا و تحت وطأة شروط معينة يسود إحداها و يؤدي إلى تنفيذ الانتحار. (Moron , 1979 ,463-466)

فالرغبة في القتل أو العدوان على الآخر تنتكس إلى الأنا مصدرها الأساسي و ذلك إذا تورط الشخص في مواقف تحول قواها دون العدوان على الآخر، وقد يكون إحباط العدوان بآليات ذاتية تتمثل في قدرة الأنا الأعلى على الكف بما يثيره من مخاوف، و شعور بالإثم، أو بسبب خليط من عناصر شبقية عرضية، أو بسبب التورط في ثنائية انفعالية متضادة اتجاه موضوع العدوان، وقد يكون إحباط العدوان

بفعل شدة مقاومة الواقع و ضغط الظروف الخارجية ، أو إفلات موضوع العدوان فجأة سواء بالموت العادي أو الابتعاد.

و تعكس النزعة العدوانية إلى الذات و تترد إلى الأنا خلال عملية التوحد أو الامتصاص مع الإبدال، وذلك حين يقوم الأنا بامتصاص موضوع العدوان و الكراهية، و إبدال شعور الكراهية و نزعات العدوان الموجهة ضده كموضوع خارجي باسقاطها عليه داخليا، بعد أن تم استدخاله و توحيده مع الأنا فيقع العدوان على الأنا، و بالتالي يدمر نفسه بدل الآخر.

فالفعل الانتحاري في هذه الصورة يمثل أصلا عدوانا ضد الآخرين سواء أشخاص معينين أو المجتمع ككل، إذن هو عدوان تولد في الذات ثم انعكس ضدها و دمرها، لهذا اعتبر فرويد الانتحار ظاهرة نفسية يتضمنه غريزتين متصارعتين هما غريزة الحياة و غريزة الموت، حيث أن الأولى هي مصدر كل فعل خلاق و مصدر السلوك البناء و الأعمال الايجابية لمواصلة الحياة، بينما الثانية هي مصدر كل فعل تدميري و كل سلوك عدواني، و سلم فرويد بغلبة غريزة الموت في النهاية بفضل ما تولده من ميول سادومازوشية فترتد الكراهية و العدوان و التدمير إلى الأنا، لذلك يرى أن الانتحار غالبا يكون حصيلة منطوية لمرض السوداوية. (فايد، 2004، 272).

3-2 النظرية السلوكية :

يقوم الاتجاه السلوكي على نظرية التعلم، و يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أمثال واطسن WATSON ، سكينر SKINNER، و بافلوف PAVLOV أن المثير هو أحد الشروط الأساسية في التعلم، أما الاستجابة فتتمثل في ذلك السلوك الصادر عن الدافع، و إذا قام الفرد بتكرار نفس الاستجابة فهذا يعني تعرضا للتعزيز، و يعتبر أصحاب هذا الاتجاه الانتحار كسلوك متعلم يلجأ إليه الفرد للتخلص من الوضعيات الصعبة التي تواجهه و هذه الاستجابة عبارة عن وسيلة تكيف شاذة تعبر عن فقدان التحكم في المحيط. (Chabrol, 1984, 81)

و من خلال ملاحظتهم لأفراد حاولوا الانتحار تم استخلاص معادلة سميت "بمعادلة السلوك الانتحاري" مفادها أن الشخصية الضعيفة و الهشة بالإضافة إلى فقر المحيط لعوامل التعزيز الايجابي بالمقابل مع التعزيز السلبي للسلوكات غير المرغوب فيها، يؤدي إلى تعلم الانتحار، و يصبح هذا الأخير نمط من الاستجابة يظهر كلما اعترضت الفرد عوامل الضغط، فتتوفر لديه الاستعدادات. (Wilmotte, 1986, 45)

و بظهور الاتجاه المعرفي بدأ السلوكيون يهتمون بالنواحي المعرفية، و توسع مجال البحث في السلوك حيث أصبح السلوك ليس مجرد نتيجة للعلاقة المباشرة بين المحيط و الاستجابة، بل أن الحياة العقلية هي التي تؤثر على سلوك الفرد.

و من أنصار السلوكية الحديثة نجد باندورا الذي ركز على العوامل المعرفية كمحددات للسلوك ، و يؤكد أن هناك مصدرين للسلوك :

- التعلم عن طريق النمذجة
- التعلم عن طريق الاستجابات

تعتبر النمذجة بالنسبة لديسترا Diestra من الطرق الرئيسية التي تتم من خلالها تعلم السلوك الانتحاري، أي عندما يشاهد الشخص نمودجا معيناً يقوم بسلوك انتحاري و يحصل على مكافأة من جراء ذلك فإن احتمال تقليده للسلوك يزيد، بينما يؤدي العقاب الذي يتبع السلوك إلى العكس، ومن هنا فإن التعزيز و العقاب يلعبان دوراً كبيراً في اكتساب السلوك الانتحاري .

و فيما يخص التعلم عن طريق النتائج و الاستجابات فإن ذلك يتم عن طريق الملاحظة و تسجيل الآثار الناتجة عن السلوك المتعلم، وقد وجد دسترا في دراسة لأفراد حاولوا الانتحار، أن الطريقة التي يستجيب بها المحيط لمثل هذا السلوك هو شكل من أشكال التعزيز الذي يعمل على استمرار و ظهور المحاولة الانتحارية كلما دعت الحاجة لذلك.

يرى بعض أصحاب هذا الاتجاه أن السلوك الانتحاري غالباً ما يتميز بالتلاعب ، حيث أن الفرد يجعل من المحاولة الانتحارية وسيلة يستغل بها الأشخاص لتحقيق رغباته.

3-3 النظرية المعرفية:

تفسر النظرية المعرفية الانتحار طبقاً للبناء المعرفي، و الذي يشير إلى الجمود في التفكير و صعوبة التركيز المحتملة بمعنى تشوهات في طريقة تفسير الفرد لوقائع الحياة ، و كذلك نتيجة معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه و عن العالم الخارجي، إذن الشخص الانتحاري لا يعرض أثناء اللحظة التي تسبق موته سوى تشوهات، خاصة لصدمة أو جرح (مثل الفشل في العمل، في الحياة الأسرية، فشل في الحياة الاجتماعية...الخ)، كل هذه العوامل تولد حالة من الاكتئاب الذي يعتبر العنصر المشترك الذي

يؤدي إلى المحاولة الانتحارية أو الانتحار في جميع الاضطرابات، و هذا ما أكده بيك Beck حيث يرى أن الشخص المكتئب يكون صورة سلبية عن ذاته و عن العالم وعن المستقبل، و يؤدي به اليأس إلى فقدان الدافعية بحيث أنه يتوقع نتيجة سلبية لأي فعل يقوم به، و يفقد الحافز الداخلي للانخراط في أي نشاط بناء و يؤدي به هذا التشاؤم و النظرة السلبية للمستقبل في النهاية للرجبة في الانتحار. (Chabrol , 1984, 47,71)

و يرى سيليز Selys أن للضغط النفسي أثر كبير على الصحة النفسية بصفة عامة، و المنتحر يتعرض في حياته اليومية لعوامل ضغط عالية ليصبح الفرد المحاول الانتحار غير قادر على التفكير المتسلسل و السريع، و عليه يجد صعوبة في إيجاد الحلول المناسبة لمواجهة المشكل ، مما يدفع به للاعتقاد أن مشاكله لا تحل إطلاقا و لا يمكن أن يحقق أهدافه، الشيء الذي يؤدي به إلى السقوط في حالة من اليأس التي تؤدي إلى الاكتئاب و منه اللجوء إلى المحاولة الانتحارية. (Chabrol,op.cit. , 72)

إن المنظور المعرفي للظاهرة الانتحارية نجده مكون من اتجاهين هما:

الاتجاه الأول : حيث يعتبر بيك أن الاكتئاب و الانتحار لهما نفس التكوين المعرفي، حيث يعتبر أن مجموعة من الأفكار غير المعقنة تعطي للفرد نظرة سلبية و تشاؤمية لنفسه و للعالم و للمستقبل، هذا التشويه السلبي للحقيقة يؤدي إلى حالة اكتئاب و هذه الحالة تؤدي بدورها إلى نقص في إمكانيات الفرد و التكيف مع الواقع، هذه السلبية تؤدي مباشرة إلى الانتحار.

الاتجاه الثاني: يرى أن الانتحار ناتج عن عجز في التكيف، انطلاقا من دراسات استعملت طرق التقييم النفسي الموضوعي، حيث تمكن العالمان "لفنسوت و نورنجر" "Lavansut et Norenger" من التوصل إلى بعض الأفكار التي تؤدي إلى العجز في التكيف عند الأفراد المنتحرين، وهذا العجز يعود إلى الصلابة في التفكير الذي من خصائصه ضيق معنوية التفكير (Chabrol,1984, 81)

3-4 النظرية النسقية :

حسب المعجم الإكلينيكي الخاص بالعلاج الأسري النسقي يعتبر المحاولة الانتحارية شكل من أشكال النداء التواصلي العلائقي مع المحيط، و يرجع سبب حدوثها إلى وجود الفرد في علاقة دائرية ثابتة، و ما

يفجر هذا السلوك لدى الفرد هو وجوده إما في حالة صدام أو حصر عاطفي بسبب الرفض أو حالة إنقطاع أو فقدان.

و المحاولة حسب هذا المعجم دائما ناتجة عن أزمة نفسية مصاحبة لاستعداد ذو أزمة أسرية. (Benoit et al, 1988 , 484)

و تعتبر النظرية النسقية الفرد عضوا بين جماعته، و كل عضو محاط بحلقة أو دائرة اجتماعية ، و علاقة الفرد متصلة بتلك الدائرة و كلاهما في شد و جذب مستمرين، وقد اعتبر أن المجال النفسي أو نطاق الحياة مهم في تلك الحلقة الاجتماعية، ثم جاء رويش Rwich و باتيسن Patison سنة 1951 بنظرية التواصل و أظهر أن الاضطراب الحاصل بين الفرد و دائرته الاجتماعية يؤدي إلى ظواهر نفسية متعددة ، و أن نوع العلاقة تحددتها الثقافة الاجتماعية و البيئة المحلية، و الانتحار هو إحدى الظواهر النفسية الناتجة عن هذا الاضطراب، فلغة التخاطب بين الفرد و جماعته أصبحت عن طريق الانتحار أو الشروع فيه، و مع ذلك فإنها رسالة لا بد أن تلقى لها جوابا من المحيط، لكن السلوك الانتحاري في جميع الأحوال هو لغة توصيل و على المجتمع أن يفهمها و يحل رموزها ، سواء كانت استغاثة، أو تحذير، أو لوما، أو وعيدا ، أو اعتداء، و ترمي هذه الرسالة إلى إعادة تنظيم الدائرة الاجتماعية و نظرة الفرد لحلقته الاجتماعية.

إن النظرية النسقية تعتبر الحياة مسرحا و كل عضو يؤدي دوره، و الدور المسند إلى أي فرد يكون عن طريق التقاليد و الثقافة الاجتماعية، و هو يلعب دوره الذي يتقبله و يرضاه، و نحن نرى أنفسنا في أعين غيرنا من الناس أو بالأحرى في أعين جماعتنا، و عملية قتل النفس مرتبط بتقدير الحلقة الاجتماعية و تقبلها لها. (الدباغ ، 1986 ، 55)

3-5- النموذج المعرفي التفاعلي:

وضع مؤخرا نموذج خاص للخطر الانتحاري، و هو النموذج التفاعلي، حيث يرى كينغ King 1998 أن المسار النفسي المشترك للخطر الانتحاري يتطور بمرور الوقت بتفاعل مع نقاط الضعف، تجارب الحياة، الضغوطات الاجتماعية، المواجهة.

نظرية الضغط و المواجهة:

يعتبر نموذج الضغط و المواجهة للخطر الانتحاري الأكثر تأثيراً مؤخراً في الأدبيات المدمجة في عوامل الخطر الانتحاري، من هذا المنظور يفترض أن الأفراد المعرضين للخطر الانتحاري بسبب الضعف البيولوجي و النفسو اجتماعي يجعلهم غير مستعدين لمواجهة مطالب المحيط، أو المشاكل الاجتماعية مع ضغوط الحياة المستمرة، أي المواجهة غير الفعالة و الإحباط يزيد من نية الفرد على التفكير في الانتحار.

إن التعرض للضغط النفسي يحدث مجموعة من الاستجابات التي تحافظ على التوازن الطبيعي، حيث يستخدم الفرد آليات التكيف التي استعملها في الماضي أو وضع آليات أخرى، لكن التعرض المستمر للضغط النفسي يعطل هذا التوازن و آليات التكيف المعتادة لا تعمل أو ليست جيدة بما فيه الكفاية.

إن فقدان القدرة على المواجهة يضع الأشخاص في حالة من الضعف في مثل هذه الحالة، فإن زيادة الجهد الداخلي و فقدان وسائل التكيف المعتادة تدفع الفرد للوقوع في الانفعالات السلبية و انخفاض في تقدير الذات و تشوه في إدراك الواقع الذي يتغير تدريجياً فتبدو المشاكل لا يمكن التغلب عليها، ما يدفع الفرد للقيام بالفعل الانتحاري.

إن نموذج الضغط - مواجهة للخطر الانتحاري يؤكد على أن مهارات التكيف، مستوى الضغط، النظرة المستقبلية هي مصادر تحدد عتبة السلوك الانتحاري، إضافة لليأس، عدم القدرة على مواجهة ضغوط الحياة، التقدير الذاتي، التوقعات المستقبلية كلها متغيرات هامة في تقدير مخاطر التعرض لخطر الانتحار. (Lester,2001,90,91)

في الأخير نقول بأنه و رغم التفسيرات المختلفة للظاهرة الانتحارية إلا أنها ما تزال مشكلة خطيرة، معقدة، تتداخل فيها أبعاد و عوامل مختلفة.

5- أشكال الانتحار:

حدد باشلار Bachler سنة 1975 مختلف أشكال الانتحار، هذا الوضع النمطي لا يشير إلى سبب الانتحار لكن إلى معناه، فالتعريفات هنا عامة و قابلة للتطبيق في مختلف مراحل الحياة، ويعرف باشلار 11 شكلاً من الانتحار ينقسم إلى أربع مجموعات و هي:

الانتحار الحيزي:

تضم هذه المجموعة، الحالات الانتحارية التي تتخذ فيها دلالة الفعل شكل الهروب، فهو يظهر كوسيلة للهروب من شيء أو شخص ما، و قبل التطرق إلى الأنماط التابعة لهذه المجموعة سنتطرق إلى الرسائل المباشرة و غير المباشرة التي تسبق محاولة الانتحار

الرسائل المباشرة	الرسائل غير المباشرة
_ أريد أن أموت.	_ قريباً سأكون بسلام.
_ أريد الانتهاء.	_ سأسافر سفراً طويلاً قريباً.
_ لا أستطيع الحياة.	_ أنا غير مفيد.
_ لا تعني الحياة لي شيئاً.	_ لم أتمكن من إيجاد مكاني في المجتمع.
_ سأكون أحسن ميتاً.	_ إنني أجد الفرد المنتحر شجاعاً.
_ الحياة متعبة.	_ ستكونون أحسن من دوني.
_ لماذا الحياة؟	_ ضيعت كل شيء في حياتي.
_ إذا وقع هذا فسأنتحر.	_ خسرت كل شيء في حياتي.
_ أخاف أن أنتحر.	_ هناك ستكون الحياة أفضل.

جدول (3) يوضح الرسائل المباشرة و غير المباشرة لمحاولة الانتحار (Pelsser,1989, 258)

1_ الهروب: يحاول الفرد من خلال محاولة الانتحار الهروب من ظرف غير محتمل أو خطير.

2_ الحداد: يكون هنا الانتحار بسبب فقدان شخص عزيز، يمكن أن يكون الانتحار عند الاحساس باللامبالاة بعد فقدان شخص قريب منه و الانتحار ليس فقط مؤشر للميولات الاكتئابية و إنما يهدف أيضاً إلى الالتحاق بالفرد بطريقة سريعة.

3_ الشعور بالذنب: قد ينتحر الفرد ليكفر عن خطأ حقيقي أو خيالي، السلوك الانتحاري هو نتيجة مشاعر ذنب عميقة و ميولات مازوشية، و إن محاولة الانتحار تعبر عن الحاجة للعقاب الذاتي و هي في نفس الوقت موجهة نحو الغير.

الانتحار العدوانى:

تتدرج ضمن هذا الصنف الحالات التي يكون فيها الانتحار عدوانية موجهة نحو الغير، فمن خلال الانتحار أو محاولة الانتحار يبحث الفرد عن إلحاق الأذى بغيره من الأفراد (pelsser, Op.cit, 260) و جعلهم يتألمون، و نجده بكثرة عند المراهقين، رسالته هي: "لي الموت، و لك الندامة"، إنه وسيلة للإعتداء على الآخر. (Kacha,2001,7)

1_ الانتقام: يحاول الفرد وضع حد لحياته لكي يثير الألم لدى الآخرين أو يلحق بهم العار و قد تحمل محاولة الانتحار هوامات عدوانية هامة اتجاه الآخرين سيما اتجاه الأسرة.

2_ الجريمة: هذا النوع من الانتحار قد يظهر في المراهقة، فإما أن ينتحر الفرد بعد أن يقوك بجريمة قتل شخص قريب للتكفير عن الجريمة، أو أن يختار عدو أقوى منه و يستثيره إلى أن يقتله.

3_ المساومة: يقوم هنا الفرد بمحاولة الانتحار للضغط على شخص آخر، و هنا يتوجب توخي الحذر بين محاولة انتحار حقيقية و محاولة الضغط و يجب التنويه إلى أن المساومة بالانتحار تؤدي أحيانا إلى الموت غير المرجو و أن كل محاولة انتحار يجب أن تعالج بجدية.

4_ النداء: باللجوء إلى محاولة الانتحار يصل النداء إلى المحيط بأن الفرد المنتحر في خطر، فالأفراد القائمين بهذا الفعل، يكون لديهم إحساس بأنهم غير مرغوب فيهم أو غير مفهومين، فالانتحار يصبح نداء استغاثة و مساعدة موجه للآخرين الذين لا يهتمون بخطر الإهمال و اللامبالاة.

الانتحار العبثى *suicide oblatif*:

نجد في هذا النمط الحالات التي تعتبر الانتحار وسيلة ضرورية للوصول إلى شيء أعلى أو أسمى.

1_ التضحية: ينتحر الفرد هنا للوصول إلى قيمة يعتبرها سامية في حياته كالانتحار الجماعي لأفراد معبد شمس في فرنسا سنة 1995.

2_ المرور: ينتحر الفرد للدخول في حالة يعتبرها أحسن كالحياة الأخرى، و أن هذه الأنماط من السير الانتحارية يمكن أن تظهر في حالات الاضطرابات الكبرى كالفصام، أين يعتبر الفرد الموت انتقال إلى شيء أعلى و أسمى.

الانتحار اللعبي:

هذه الفئة تجمع حالات الانتحار التي يكون الهدف من محاولة الانتحار فيها تحمل أخطار حياتية أو اللعب مع الموت.

1_ المحنة L'ordalie: الفرد يخاطر بحياته ليثبت نفسه.

2_ لعبة الانتحار Le suicide jeu: يلعب الفرد هنا بحياته بالتعرض لأخطار الموت، السياقة الخطرة، لعب التوازن في الأماكن العالية، و يتحمل الفرد هنا أخطار غير معتبرة بالنسبة له و يكون الهدف من ذلك الشعور بالقوة و إظهار الشجاعة أو مقاومة الموت، مع الرغبة الدفينة فيه.

(pelsser, 1989, 259-263)

6- تصنيفات الانتحار (أنواعه):

يمكن تصنيف أنواع الانتحار حسب الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع حيث نجد كل من علم الاجتماع، و علم النفس المرضي قد وضعوا تصنيفا حسب توجهات العلماء و الباحثين نذكر منها:
حسب النموذج الاجتماعي:

ميز دوركايم بين أربع نماذج أساسية هي: الانتحار الجبري Fataliste، الانتحار الغيري Altruiste، الانتحار الأناني Egoiste، الانتحار الأنومي Anomique.

الانتحار الجبري:

يحدث هذا الانتحار بسبب شدة و صرامة النظام (يفترض الشخص أن المستقبل مظلم، مؤلم، بسبب وجود نظام تعسفي ظالم، مثال ذلك المرأة المتزوجة دون أولاد.

الانتحار الغيري:

المنتحر يضحي بنفسه من أجل المجتمع، و تتميز الجماعة بتماسك قوي، و الفرد يكون خاضع أكثر للقيم الاجتماعية.

الانتحار الأناني:

يحدث هذا النوع من الانتحار بسبب وجود مشكل أو خلل في اندماج الفرد في الجماعة الاجتماعية.

الانتحار الأنومي (الفوضوي):

يقوم الفرد بالانتحار رغبة في إنهاء حياته، فالأنومي حسب المفهوم الدوركايمي هو كنهاية السيئة، و قد ميز دوركايم بين نوعين هما الأنومي الحاد، و الأنومي المزمن (الذي يكون في الأزمات الاقتصادية أو العائلية كالطلاق). (Vincent,2010,9)

حسب النموذج المرضي:

1-الانتحار العصابي: نميز في هذا النوع مايلي:

1-1 الانتحار الهستيرى: تكون هناك محاولات انتحارية كثيرة و متعددة بهدف جلب الانتباه، هذا لأن الخص الهستيرى يشعر أنه غير مفهوم و غير محبوب، حيث تحدث محاولة الانتحار في إطار مسرحي لجلب الانتباه كطريقة للهروب و التأثير في الآخرين. (Bergeret,1976,156)

1-2 الانتحار الوسواسي: يكون انتحار الوسواسي ناجح في أغلب الحالات، لأنه يكون بطريقة منهجية، و إذا لم ينجح فإنه يعيد الكرة. (Ibid,181)

2-الانتحار الذهاني: غالبا ما تكون محاولات الانتحار مصحوبة بالحزن و الاكتئاب، و يمكن أن نميز بين مايلي:

1-2 الانتحار السوداوي: الدافع لانتحار السوداوي هو الهذاء، حيث يعتبر الحل الوحيد الذي يخرج من الواقع الصعب و الشعور بالذنب ، و العقاب على أخطائه غير المسموحة.

2-2 الانتحار الفصامي: يعد الانتحار من بين الأسباب الأولى للموت عند الفصاميين، فحسب كالدويل و غوتسمان Caldwell & Gottesman 1990، فإن 13% من الفصاميين ينتحرون و 20%-40% يقومون بمحاولات انتحارية. (Henrion,1998,17)

و يكون الانتحار عند الفصاميين كرد فعل للشعور بفساد وظائف الواقع، فعندما يقع المريض في الهوامات و الهذيان لا يستطيع أن يجد الطريق نحو الواقع.

7- مظاهر الانتحار:

تتميز شخصية المنتحر أو محاول الانتحار بمظاهر عديدة تجعله يتميز عن غيره من الأشخاص، و من أبرز هذه المظاهر:

المظهر الانفعالي: إن أهم ما يميز الجانب الانفعالي عند المنتحر حسب جوليان و آخرون & Julien all هو الاندفاعية و العدوانية و الغضب و اليأس و التشاؤم.

كما وصف Markethall المنتحر بأنه شخص حزين، محبط، يؤنب ذاته، انفعالي إلى حد كبير، يعاني من صعوبة في مراقبة أوقات غضبه، و له ردود أفعال خارجية قوية. (Bernard, Trouvé, 1977, 224)

المظهر الاجتماعي: محاول الانتحار لديه مفهوم شخصي اجتماعي، يتميز بتوافق مع معالم اجتماعية مثل المستوى الدراسي، الاجتماعي، العائلي (تكاف في البيت، مشاكل بين الوالدين، حرمان عاطفي، غياب السلطة الوالدية).

المظهر الطبي: يتمثل في وجود مظاهر نفسوبطية مثل الأمراض العقلية (السوداوية، الفصام... الخ)، سوابق للأمراض العقلية و الوراثية.

المظهر المرضي: و يتمثل في الانحراف، الوحدة، العزلة، الهروب... الخ.

المظهر المعرفي: و يتمثل في وجود تشوه للإدراك ، ووجود اضطراب في التفكير، و في هذا السياق وصف ليفنسر Levenser محاول الانتحار بأنه شخص يدرك العالم بشكل شامل، مغلق، و بمجرد تغير جزء منه، فإن الكل يظهر للشخص متدهورا. (Chabrol, 1984, 41)

8- أزمة الانتحار:

من العلماء من أمثال يونسكو و بلانشيت Blanchet et Ionescu، من أدرج فكرة أزمة الانتحار، مفادها أنها أزمة نفسية يتمثل فيها الخطر الأكبر في الانتحار، و الذي ينتج من حالة نفسية تضع الفرد في حالة هشاشة بالنسبة لتوازنه النفسي المعتاد ، هذه الحالة هي طبعاً قابلة للتغير، و في نفس الوقت مؤقتة، وهي تمثل المسار الذي يبدأ بالشعور بوضعية فشل، وصولاً إلى الشعور باستحالة وجود مخرج، و تراود هذه الحالة أفكار انتحارية ملحة باستمرار إلى غاية المرور إلى الفعل الحقيقي.

كما تجدر الإشارة إلى أن هناك حالة أزمة تظهر عندما يجد الفرد نفسه في مواجهة حاجز يحول بينه وبين الوصول إلى أهداف مهمة في حياته، هذا الحاجز في وقت ما لا يمكن تخطيه بالوسائل المعتادة لحل المشاكل، فتظهر بعد ذلك فترة خلل في التنظيم، وهي فترة غير مريحة يتم خلالها القيام بعدة محاولات لإيجاد حلول، وبعدها قد ينشأ شكل تكيفي، والذي قد يكون لفائدة الفرد و محيطه.

يمثل الشعور بفقدان التناسق مع العالم الخارجي، ومع الفرد نفسه، وفقدان الشعور بالتحكم في الحياة، خبرات قادرة على تهديد الشعور بالهوية، وكأي أزمة من أزمات الحياة اليومية يهدف حل الأزمة الانتحارية إلى تحويل شخصية الفرد الذي مر بها.

و يجب التأكيد هنا على تطور الأزمة، والتي تنطلق من حالة التوازن إلى حالة الأزمة، فالمرور إلى الفعل.

لا يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار تنوع الظروف المسببة للأزمة، ومختلف الأفكار التي ينظر بها الفرد لمشكلاته قبل الدخول في حالة الأزمة. بينما هناك من اقترح نمطية معينة ترتبط إلى حد ما بنمط معين من خلل التنظيم النفسي، والتي يمكن لها أن توجهنا بطريقة سريعة إلى اختيار التدخل الملائم، سواء كان قصير المدى أو متوسط المدى، وفي هذا الصدد يقترح لابلان و برني Leblanc و Brunet الأنماط التالية للأزمة الانتحارية:

أولاً: الأزمة النفسية الاجتماعية:

تفسر الأزمة النفسية الاجتماعية بوجود ضيق نتيجة ظرف إشكالي قد يكون متوقع أو غير متوقع، لكن طبيعة المشكل المواجه لا تتعدى حدود السواء، فالحداد والأمراض وانقطاع العلاقات والحالات الانفعالية ذات منشأ اجتماعي ثقافي، كلها وضعيات حادة يمكن أن تسبب خلل في التوازن و تفجر حالة الأزمة.

عموما يحاول الأفراد إيجاد حلول للعودة إلى حالة التوازن، لكن عندما تنتهي كل محاولاتهم بالفشل، يمكن الشعور في هذه الحالة بتزايد الضغوطات، والتي قد تقود الفرد إلى حالة الأزمة، كما نلاحظ لدى الفرد في حالة أزمة، اضطرابات من النمط المعرفي، صعوبة في التركيز، وإيجاد حلول للمشاكل، كما يمكن أن يشعر الفرد بالفراغ بسبب الحدة الانفعالات، ويتصور نفسه منحط القيمة، وغير قادر على إيجاد توظيف ملائم لمصادره وقدراته، كما يمكن أن يصل به الحد إلى الشعور بالطابع النهائي لهذه الحالة، و

هذا ما يمكن أن يسبب الشعور بفقدان الأمل، فيصبح الفرد موهما بأنه في كل مرة يصبح غير قادر على التحكم في حياته، و هنا يمكن لبعض الأفراد المرور إلى الفعل الانتحاري، الذي يمثل غالبا طريقة للتخلص من ظرف صعب لا حل له. (Ionescu, Blanchet, 2007 , 132_133)

ثانيا: الأزمة النفسية المرضية:

يعاني الأفراد المصابين باضطرابات عقلية من حوادث مسببة للأزمات، فأتثناء أزمة نفسية مرضية تفسر القابلية الفردية للتعرض مقدار الضيق و اللجوء إلى الحلول غير الفعالة للخروج من الأزمة.

عند مواجهة الفرد لظروف صعبة متكررة، فإن الطريقة التي يصل من خلالها إلى ايجاد الحل تلعب دورا مهما في ظهور الأزمة أو تطورها، ففي وقت الأزمة النفسية المرضية، لا يجد الفرد غالبا حولا لمشكلاته فيفجر المشكل المسبب للأزمة عدة مشاكل أخرى موجودة منذ زمن بعيد، و يصبح بالتالي خطر المرور إلى الفعل الانتحاري أكثر أهمية بالنسبة للفرد الذي يواجه أزمة ذات طبيعة نفسية مرضية، آخذين بعين الاعتبار أن الفرد يفتقد لاستراتيجيات خفض التوتر، وفي حالة ما إذا كان الفرد يعاني من اضطرابات في الشخصية، فإنه يمكن أن يجد نفسه بطريقة سريعة و اندفاعية أمام المرور إلى الفعل، و في هذه الحالة يمكن أن يوجه الفرد عدوانيته نحو غيره أو نحو ذاته.

يكمن الفرق بين الأزمة النفسية الاجتماعية، و الأزمة النفسية المرضية، في حدة ردود الأفعال الناتجة عن الحوادث الصعبة، و اقتراب و سرعة المرور إلى الفعل، و درجة قابلية الفرد المسبقة للتعرض للأزمة، وفي السياق ذاته، الأخذ بعين الاعتبار أن معرفة أسباب الأزمة يمكن أن يؤدي بنا إلى أحسن التدخلات التي ينبغي اقتراحها، كما أن الانخراط في السيرورة الانتحارية غالبا ما ينجم عن تراكم الأحداث التي تؤدي إلى حد الانقطاع أو الخسارة الكبيرة و تظهر هنا الفكرة الانتحارية، و لا تمثل في بداية الأزمة إلا حلا من الحلول الموجودة.

ففي بداية الأزمة عندما لا يكون الفرد منعزلا عن وسطه يمكن أن تظهر الميولات الانتحارية عن طريق الرسائل غير المباشرة، و التي ينبغي أخذها على محمل الجد في حالة وجود محاولات انتحار سابقة، و في حالة ما إذا فشلت محاولات التكيف، فإن حل الانتحار يتعزز إلى أن يصبح الحل الوحيد الممكن، كما يصاحب تطور الأزمة بعض الأعراض مثل:

- تزايد الشعور بالانعزال،

- تزايد إلقاء الأحكام،
- تذبذب صورة الذات،
- تزايد الشعور بالمعاناة،

و في بعض الحالات يمكن أن يؤدي إحباط بسيط الحجم إلى مرور عنيف إلى الفعل الانتحاري، فالفرد يفكر أقل و يقتنع بصحة تحليلاته و أحكامه.

ثالثاً الأزمة النفسية الصدمية:

من المحتمل أن يصل الفرد المتعرض لحادث صدمي بطريقة سريعة إلى حالة أزمة، فالصدمة تولد أزمة تصنف لوحدها مقارنة بالأزمة النفسية الاجتماعية و الأزمة النفسية المرضية حيث تميزها فجائية الانتقال من حالة التوازن إلى حالة الأزمة، كما أن هناك خاصيتين تساهمان في تعريف الحادث الصدمي:

1_ يمثل الحادث الصدمي تهديدا للحياة،

2_ يولد هذا الحادث رد فعل صدمي حاد من الخوف و الضعف و الهلع،

و تتسبب الأزمة النفسية الصدمية إلى هذه المرحلة من فقدان التحكم و التي من خلالها يمكن ملاحظة أعراض القلق و الاكتئاب شاملة بذلك تلك المرتبطة باضطراب اجهاد ما بعد الصدمة، حيث يعاني الفرد من كوابيس و تفاعل عاطفي و جسدي عنيف مع كل ما يذكر بالصدمة و فقدان ذاكرة و اضطراب في النوم و صعوبة في التركيز على وجه الخصوص.

عموما غالبية الأفراد الذين يتعرضون لأحداث صدمية يبدون بعض الأعراض دون أن يظهر لديهم إجهاد ما بعد الصدمة و هذا إذا لم تستمر الأعراض أكثر من شهر واحد ، أما إذا كان عكس ذلك فردود الأفعال ما بعد الصدمة إنما تتسبب للإطار المرضي و يصبح خطر المرور إلى الفعل الانتحاري خطرا جادا يجب توخي الحذر منه.(Ionescu, Blanchet, 2007 , 134_138)

9- محاولة الانتحار

9-1- تعريف محاولة الانتحار Tentative de suicide:

كلمة Tentative أي محاولة، من كلمة لاتينية tentar بمعنى البدء في التحقيق الناجح.

و يعرف بارديت Bardet (1996) المحاولة الانتحارية tentative de suicide أو T S حسب المصطلحات الطبية بأنه فعل متعمد من جانب الفرد يؤدي إلى الأذى الجسدي بقصد الانتحار، أو للحصول على تغيير في الوضعية (لإنهاء المعاناة النفسية أو الجسدية)، و لكن في النهاية هو ليس قاتلا. (Marlène,2002,10)

يشمل هذا المصطلح كل فعل يعرض الفرد من خلاله حياته للخطر، إما بطريقة قصدية أو رمزية و لا يصل به إلى حد الموت.

ترتبط المحاولات الانتحارية بسلوك انتحاري لم يؤدي إلى الموت. بمعنى آخر فالمحاولة الانتحارية عبارة عن انتحار فاشل.

يعاني محاول الانتحار في معظم الحالات من صراعات شديدة، على صلة بمعاشه النفسي و بالاضطرابات التي يعانيها. (Douki, Moussaoui, Kacha ,1987 ,70)

يعتبر مصطلح المحاولة الانتحارية tentative de suicide تعبير متداول في الولايات المتحدة الأمريكية تم استبداله في أوروبا بـ شبه الانتحار parasuicide أو الفعل المتداول لتدمير الذات (Dukstra,Guilbinat, 1993 ,1)

و قد عرف شبه الانتحار بأنه كل فعل واع قام به الفرد و لم يؤدي إلى الموت.

(Platt et Coll , 1992 , 87)

محاول الانتحار: نعني به الفرد الذي قام بالمحاولة الانتحارية و الذي نجا من الفعل الانتحاري عكس المنتحر الذي مات نتيجة فعل أو سلوك انتحاري.

كما لا بد لنا أن نشير أن primo suicidant هو الفرد الذي قام بالفعل الانتحاري لأول مرة أي دون وجود سوابق انتحارية، عكس récidiviste هو الفرد الذي قام بعدة محاولات انتحارية .

9-2- الوسائل المستعملة في المحاولة الانتحارية و الفرق بين الرجال و النساء في ذلك:

تشير الإحصائيات العالمية أن عدد المحاولات الانتحارية الفاشلة هي أكثر بكثير مقارنة بالانتحارات الناجحة و يمكن تفسير هذه الظاهرة بعاملين ، العامل الأول يتمثل في أن الشخص الذي يحاول الانتحار يتصف بتناقض وجداني بمعنى أن هذا الشخص يهدف سلوكه هذا إلى وضع حد لمعاناته و في نفس الوقت يريد اللجوء إلى حلول أخرى أكثر سلامة، إذا اقتنع أن الانتحار يبقى الحل الوحيد فحتمًا سوف يلجأ إليه، أما التفسير الثاني يشير إلى أن الشخص الذي يحاول الانتحار و الذي يعاني دائما من التناقض الوجداني قد يستعمل أدوات أقل خطورة أو تلك التي لا تؤدي إلى الموت، و تسمح بتدخل المحيطين ، إن تفسير فشل المحاولة الانتحارية هو وجود علاقة قوية بين اختيار الأشخاص اللجوء إلى الانتحار لحل مشاكلهم، ووضع حد لمعاناتهم و كذلك الرغبة في البحث عن حلول أكثر سلامة .

تشير الدراسات التي قام بها ريش Rich و آخرون إلى أن الذكور يبدون أكثر دافعية في محاولات الانتحار الناجحة من الإناث، و ذلك لأن الذكور يخافون أن يظهروا بمظهر الضعف باعتبارهم حاولوا الانتحار،أنهم حينما يقومون بمحاولات انتحارية تكون ناجحة غالبا، كما أشار ريش أيضا إلى أن الذكور يستعملون الوسائل الأكثر خطورة مثل: الأسلحة النارية و الشنق في محاولات انتحارهم، أما الفتيات يستعملن وسائل أقل خطورة كقطع الأوردة الدموية، أو تناول العقاقير في محاولة انتحارهن.

أما عن أسباب فشل النساء بالانتحار فإنه يأتي من أحد الأسباب التالية:

1-ضعف الرغبة في الموت

2-أساليب أو طرق الانتحار التي تختارها المرأة سهلة المنال و متوفرة و عادة تكون أقل هلاكا و مماتا من قبل الأساليب التي يختارها الرجال.

3-يتم اختيار الوسائل المستخدمة في الانتحار من قبل المرأة مثل(السم) أقل عنفا و أقل تدميرا و تحطيمًا للحياة.

4-أغلب النساء التي حاولن الانتحار هن دون سن الثلاثين من العمر.

5-تتعهد النساء اختيار وسائل غير مميتة و غير مهلكة من أجل كسب عطف المحب أو الزوج بعدما يقدمن على استخدام تلك الوسائل.

نسبة الانتحار عند الرجال تفوق نسبتها عند النساء، لكن العكس فيما يخص المحاولات الانتحارية نجدها أكثر لدى النساء، قد يعود ذلك إلى اتسام حياتهن بعدم الاعتماد بشكل كامل على عالم النجاح و النضوج مثل الرجال الذي يلعب لديهم دورا كبيرا و هذا يحفزهم على الاقبال على الانتحار.

(معن، 2005، 278)

و هناك عدة وسائل تستعمل في الانتحار نذكر منها: الشنق، السلاح الناري، القفز من الأماكن المرتفعة، تناول المواد الكيماوية و السامة، قطع الوريد، الحرق، تناول الأقراص و الأدوية، السلاح الأبيض، لمس التيار الكهربائي، إختناق بالغاز، الغرق ، كل هذه الوسائل تختار من قبل المنتحر حسب درجة رغبته في وضع حد لحياته و حسب سهولة الحصول عليها.

حسب دراسة دانيال مارسيلي D.Marcelli تعد وسيلة التسمم الدوائي الوسيلة الأكثر استعمالا في المحاولات الانتحارية فحوالي 80 % - 85 % من الحالات استعملت هذه الوسيلة، و نجدها أكثر عند الفتيات مقارنة بالذكور، و أغلبها أدوية كانت قد وصفت للحالة أو لفرد من العائلة لعلاج مرض ما، و هناك أيضا تداول في استعمال مواد التنظيف المنزلية. (Marcelli,Braconnier,2008, 74, 272)

9-3-سمات الفرد محاول الانتحار:

لقد وجد العلماء بأن الفرد محاول الانتحار يتصف ببعض السمات السيكولوجية التي تدفع به إلى الاقدام على وضع حد لحياته، و تفيد معرفة هذه السمات في تحليل محاولة الانتحار و امكانية وضع خطط علاجية ووقائية انطلاقا من محاولة الحد من سيطرة هذه السمات على الفرد.

1_ الألم النفسي: لا يقدم الفرد على الانتحار و هو سعيد في حياته، فعدو الحياة هو الألم، ومحاول الانتحار يسعى إلى الهروب من الألم، و الهدف العاجل بالنسبة للمعالج أو المختص النفسي هو تخفيف ألم هؤلاء بأي وسيلة ممكنة ، وقد اتضح أن تخفيف الألم و الضيق النفسي مهما كانت حدتهما يدفع بالأفراد الذين وردت ببالهم فكرة الانتحار أو حاولوا ذلك إلى تغيير مواقفهم.

2_ الحاجات السيكولوجية المحببة: تكون في الغالب غير مشبعة، إذ أن حاجات الطمانينة و الثقة و الصداقة هي أساسيات في حياة الأفراد الداخلية، فإشباع هذه الحاجات غالبا ما يجنب حدوث محاولة انتحار.

3_ البحث عن الحل: لا يحدث الانتحار عشوائياً و لا ينفذ بدون هدف، إنه موقف يصعب تحمله و أزمة حادة عارمة تتجاوز قدرات الفرد على التحمل، فمحاولة الانتحار بمثابة استجابة لحيرة مصدرها عدم إيجاد حل لمشكل معين و الجدير بالذكر أن محاول الانتحار يسعى إلى إيجاد حل للمشكل الذي يواجهه قبل الإقدام على تصرف يرمي إلى إلحاق الأذى بنفسه.

4_ اليأس و فقدان العون: الخجل و الشعور بالذنب و الإحباط و الارتباط بالغير بحثاً عن السند، كلها إجراءات سلبية تعتبر أسباباً لمحاولة الانتحار، لكن وراء هذه السلبية يكمن الشعور بالعجز و القناعة بعدم وجود أي فرد قادر على إزالة المعاناة و الألم النفسي، و أن لا شيء يمكن أن يفيد سوى اللجوء إلى محاولة وضع حد للحياة.

5_ تضيق الخيارات: حيث لا يفكر الفرد محاول الانتحار إلا بطلين لمشكلاته، فإما يكون الحل الكامل غير المنقوص أو إيقاف كل شيء و الموت.

6_ التناقض الوجداني: حيث يكون التناقض الوجداني مسألة حياة أو موت

7_ الكشف عن الرغبة في الانتحار: إن حوالي 80% من الأفراد الذين يحاولون الانتحار يصرحون بنيتهم إلى الأصدقاء و الأهل من خلال إشارات ورموز تمهد لذلك، فهم يبديون أولاً تعبيرات الضعف و اليأس ثم يستتجدون و يعتمدون إلى إيجاد فرص تستدعي الإسعاف و الواقع أن محاولة الانتحار بالنسبة لهؤلاء ليست في جوهرها رغم ما تكتسيه من سمات عدوانية ذاتية إلا محاولات لجلب اهتمام الآخرين نحو ألامهم و معاناتهم و بالتالي منعهم من قتل أنفسهم.(الحجار ، 1989 ، 76_81)

9-4- استراتيجيات التكفل:

إن معايير التدخل اتجاه محاولة الانتحار يجب أن تكون على عدة مستويات، فسبل الوقاية و العلاج من ظاهرة الانتحار تأخذ عدة أشكال، فهناك التدخل الطبي و الإسعاف الاستعجالي، كما يمكن إخضاع حالات محاولات الانتحار إلى علاج نفسي، فردي أو جماعي، كما يوجد عدة طرق وقائية يتم التطرق إليها من خلال ما يأتي.(De Montremy ,1977 , 263_264)

التكفل الطبي:

ينجر عن محاولة الانتحار استشفاء استعجالي، بسبب الإصابة الجسدية، هذا الاستشفاء يكون في العادة قصير المدى، ويجب اعتباره كفترة جيدة لتقييم وضعية محاول الانتحار و علاقاته بالعائلة و المحيط على العموم.

كما يمكن عند بعض الحالات، الانتقال من استشفاء استعجالي إلى استشفاء في أقسام الطب العقلي، خاصة عندما يظهر محاول الانتحار جدول عيادي مرضي (إكتئاب، فصام ...)، أو إذا كان يعيش صراعات هامة مع الخارج، هذا الأخير يكون غير منظم و منشأ للمرض.

و اللجوء إلى العلاج الدوائي مشجع في حالة ظهور اضطرابات عقلية (إكتئاب ...) و يجب دائما الاحتراس من أن الدواء قد يستعمل كوسيلة جديدة لمحاولة الانتحار، لهذا فالجرعات المقدمة يجب أن تعطى بحذر شديد.

التكفل النفسي:

إن فترة الاستشفاء الإستعجالي يجب أن تلخص بتقييم عيادي مفصل لظروف محاولة الانتحار ، العلاقات بالمحيط ، أهمية الأفكار الانتحارية و أخطار الانتكاس و بالمقابل فالمقابلة يكون هدفها ربط أو وضع الأسس لبناء علاقة علاجية دقيقة ، حيث يكون متاحا لمحاول الانتحار إمكانية الثقة بالمعالج ، كما أن اقتراح علاج نفسي يكون خاضع لبعض المتغيرات ، فعادة التدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا ، لأنه يسمح بعمل نوع من تشكيل الأفكار حول فعل الانتحار، و يضيف العياديون إلى أن الأزمة الانتحارية (مدخلين الرغبة في الموت أو قتل النفس)، يمكن أن تدوم من 6 إلى 8 أسابيع ، كما أن علاج نفسي على المدى الطويل و من الأفضل ذو إحياء سيكوديناميكي يوصف إذا ارتبطت محاولة الإنتحار بصراعات عميقة أو مرض عقلي معين .

التكفل العائلي :

إن الإتصال بالوالدين يكون دائما ضروريا و لا يكون إلا في حالة الإستعجال ، لأن الوالدين يمكن لهما أن يخففا من شدة الأزمة الانتحارية أو مبالغة الوضع بإنساب الحالة إلى اضطراب عقلي خطير ، كما يجب أن يصبح الوالدين مساعدين في العلاج لأنهما سيكونان مدعمين للفرد محاول الانتحار .

ولا يجب أن ينطوي العلاج الأسري تحت سياق أن محاول الإنتحار قام بفعل خطير و ربط فيه الوالدين، ولكن الأمر يتعلق قبل كل شيء بالتخفيف من الجو الدرامي أثناء الإستشفاء الإستعجالي .
إن علاج نفسي أسري يكون في حالة تفسير محاولة الانتحار بوجود صراع في الوسط العائلي، أو أن هذا الأخير منشأ للاضطراب، ومن الممكن اقتراح شكل معين كعقد علاجي على المدى القصير، و الذي يمكن أن يجدد إذا اقتضت الضرورة ذلك. (Marlène,2002,76)

الوقاية:

يجد أحيانا المختص النفسي أو الممارس عموما في المجال الطبي صعوبة في تقدير الخطر الانتحاري لدى المفحوص ولهذا ، يجب عند القيام بهذا التقدير طرح سؤالين رئيسيين مهما كانت السوابق المرضية والاضطرابات التي يديها المفحوص :

لماذا يريد المفحوص الانتحار؟

ما هو خطر المرور إلى الفعل؟

وللإجابة على هذه التساؤلات يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية :

تجنب اعتماد خطة وقائية على أساس ديني أو مذهبي :لأنه بذلك يصبح الانتحار اعتداء على المحرمات وقد ينتج ذلك لدى المفحوص الشعور بالذنب، فالأساس ليس اتخاذ إجراءات ضد الانتحار باعتباره محرّم وجريمة، لكن الهدف الرئيسي هو تجنب المرور إلى الفعل مهما كانت الدوافع والأسباب العميقة .

لا يجب تقييم خطورة محاولة الانتحار بالنظر إلى الوسيلة المستعملة :لكن على عكس ذلك يجب التعمق في معنى وهدف محاولة الانتحار؛

كما يجب على الطبيب أو المختص النفسي عدم تهويل الحادث أو بالعكس تجاهله تماما؛

أما بالنسبة للمحيط العائلي فيجب أن يكون متفهّما :بحيث لا يخلق جو درامي للفرد محاول الانتحار لأن ذلك يزيد من القلق وهذا ما قد يحفز المرور إلى الفعل مرة أخرى، ويكون التعامل الصحيح هنا بتحقيق رغبات المفحوص دون البحث في أسبابها وتشجيعه على التخلي عن أفكاره السوداء .

لا يجب عزل المفحوص أو تحسيسه بأنه تحت الحراسة المشددة :لأن ذلك قد يزيد من احتمال توارد الأفكار الانتحارية والتخطيط لمشروع انتحار جديد، كما يجب تجنب السلوكات العقابية والمؤنبّة للضمير؛
التجاهل :وغالبا ما نواجه هذه المشكلة لدى الممارسين الذين لا يملكون لا الوقت ولا الرغبة في تصخير أنفسهم تماما لمحاول الانتحار، فبطريقة غير مباشرة يوحون للعميل الذي يطلب المساعدة ويرغب في

التفتيس عن الضيق الذي بداخله بالتوجه إلى مكان آخر بعيدا عنهم، فهم بذلك يخفضون من قلقهم الخاص بهم متجاهلين خطورة تجاهلهم.

فإذا تم تجنب النقاط سالفة الذكر يمكن للطبيب أو المختص النفسي حينئذ تقدير الخطر الانتحاري والمساهمة أيضا في وقايتهم. فإذا كنا بصدد مريض ذهاني (هذيان مزمن، سوداوية، فصام، عته، خلط عقلي)، فالاستشفاء الإستعجالي ضروري بهدف إتاحة الفرصة لحل الأزمة النفسية المرضية التي أدت بالمريض إلى محاولة الانتحار في وسط محمي.

وفي حالات أخرى لا يوجد أي معيار مطلق، لكن هناك بعض عوامل الخطر التي يمكن أن تساهم كمؤشرات في التنبؤ نذكر منها ما يلي:

أعراض اكتئابية مهمة: فالسوداوية هي العنصر الأساسي في التنبؤ .

السوابق الانتحارية: ويرى غورفيتش Gourevitche أن نسبة 10 % من الناجين من محاولة انتحار ينتهون في الأخير بالانتحار في ظرف العشر سنوات التي تلي محاولتهم الانتحارية.

افتقار العلاقات الجيدة مع المحيط: فبقدرات اتصال محدودة وغياب الرغبة المرتبطة بالفشل أو الحداد كلها مؤشرات على تنبؤ سيء.

وجود أفكار اجترارية محتواها متعلق بالموت والانتحار

يجب على الممارس في المجال الطبي أن يلعب دورا جوهريا في الوقاية من الانتحار، فهو عادة الذي يستقبل حالات محاولات الانتحار وليس من الضروري طبعا إرسال كل الحالات إلى الطب العقلي لكن يجب بالضرورة توجيه كل المنتكسين ومحاولي الانتحار الذين يبدون اضطرابات ظاهرة إلى الأطباء العقليين، والمقابلة بالنسبة لهم تساهم في:

تقييم قيمة العرض في السلوك الانتحاري للعميل؛

إقضاء الاضطرابات العقلية وحل الوضعيات الصراعية نهائيا من أجل تفادي الانتكاسات.

كما يجب التنويه إلى ضرورة خلق مراكز للوقاية من الانتحار خاصة في المدن الكبرى مع الأخذ بعين الاعتبار التأطير الجيد من جهة وضرورة حل المشاكل الاجتماعية ومحاولة التخفيف من حدة تأثيرها على الفرد من جهة أخرى، ويجب أن تتم الوقاية في سياق اجتماعي وهذا بخلق فضاءات استقبال واستماع للشباب وتعزيز تبادل الأفكار والحوار بين المراهقين وبين مختلف الأجيال وبالخصوص تدعيم الاستقرار والتوازن العائلي.

ويمكن أن نضيف إلى ذلك ضرورة التركيز على وضع مقاييس وقائية اتجاه محاولة الانتحار تهدف بالخصوص إلى تقليص مؤشر اضطراب هذه الحالات إلى المرور إلى الفعل، ولهذا يمكن استعمال عدة وسائل:

تقديم معلومات عامة حول موضوع الانتحار للوالدين و المعلمين و كل من له صلة بالأفراد ذووا الأفكار أو الميولات الانتحارية وحتى عند الأفراد العاديين، ليصبح العام و الخاص على علم بعوامل خطر الانتحار ويجب في هذه الحالة تجنب خلق جو اضطراب بدراماتيكية مبالغة.

تشجيع خلق مراكز استماع أين يستطيع أي شخص أن يتوجه في حالة أزمة انتحارية، إما أن يكون مركز معين أو خط هاتفي، ويكون الهدف المنشود هو تمكين الناس من الوصول إلى الفرد المقدم على الانتحار لكي لا يحس أنه وحده من جهة، ومن جهة أخرى أنه في وضعية من دون مخرج.

(Douki,Moussaoui., Kacha., 1987,73-74)

خلاصة الفصل

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل بدراسة الانتحار، تعريفاته، انتشاره و النسب العالمية التي تزداد يوميا بسبب تعقد ظروف الحياة و اشتداد الصراعات، العوامل المؤهلة للانتحار و مختلف التناولات النظرية المفسرة له، أشكاله و تصنيفاته، ثم تناولنا بالتحليل المحاولة الانتحارية و مدى اعتبارها مشكلة نفسية ، و كيف أنها عرض مرضي لاضطرابات نفسية و عقلية ، و أخيرا استراتيجيات التكفل بالفرد محاول الانتحار.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

الميدانية

تمهيد:

بعد التطرق في الجانب النظري إلى الإطار العام لاشكالية البحث، و فرضياته، إلى جانب أهم ما كتب عن الفصام ، الاكتئاب، و الانتحار ، سنتطرق في هذا الفصل إلى منهجية البحث أين سيتم عرض المنهج المتبع، الإطار الزمكاني للبحث، وصف مجموعة البحث، تقديم تقنيات البحث، و عرض كيفية تطبيقها و تحليلها.

1- استطلاع ميداني:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساساً جوهرياً لبناء البحث كله، لذا فقد كانت أول خطوة قمنا بها، إذ تعتبر من أهم مراحل البحث العلمي، حيث من خلالها تتضح الرؤية في كيفية توظيفنا لأدوات البحث العلمي، و كيفية تناول الظاهرة النفسية عبر أسسها العلمية المعروفة، قصد الحصول على المعلومات و الدراسات التي تخص موضوع بحثنا، و لقد كان الهدف الرئيسي من الدراسة هو ضبط متغيرات بحثنا، كذا معرفة مدى صلاحية الأدوات المنهجية المستخدمة في البحث ألا و هي: المقابلة النصف موجهة، اختبار الرورشاخ، حيث قمنا ببناء دليل مقابلة نصف موجهة ، و كذا اختيار مجموعة بحثنا التي سيطبق عليها اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي.

2- منهج البحث:

المنهج هو الطريقة أو الأسلوب الذي يتبعه الباحث في دراسة المشكلة للوصول إلى حل لها ، يسعى هذا البحث إلى تحديد السياقات النفسية عند الفصامين محاولي الانتحار، و عليه وجدنا أن المنهج العيادي هو المنهج المناسب لطبيعة الإشكالية و الفرضيات المطروحة، فهو منهج يتبع كل حالة في صفاتها، و سماتها معتمداً على الدقة في الملاحظة العلمية ، حيث يسمح بالكشف عن أعماق الفرد و وضع صورة واضحة تكشف عن كل جوانب الظاهرة، فحسب لاغاش D.Lagache المنهج العيادي هو " تناول للسيرة الذاتية من منظورها الخاص، إضافة للتعرف على مواقف و تصورات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولاً بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها و تكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها و محاولات الفرد لحلها" (Reuchlin,1996, 105)

أما العالمان ديلاي Delay و بيشو Pichot فهما يؤكدان على أن المنهج العيادي ينعلم من كل القوانين ، و يسمح بإعطاء علامات خاصة تتطلب بدورها وضع فرضيات تستلزم التحقيق، حيث غالباً ما يعد هذا المنهج الطريقة الوحيدة في الدراسة الفردية ، يعتمد في بناء تشخيصاته على قواعد ناتجة عن ملاحظات الفاحص نفسه أو ملاحظات فاحصين آخرين توصلوا إلى نفس النتائج (Pichot & Delay, 1969, 10) من أهم خصائص هذا المنهج : قوة الملاحظة، منهجه النوعي و الذاتي، يعتمد على الأدوات للحصول على الموضوعية الكاملة. يهدف هذا المنهج إلى فحص الفرد و التعرف على خصوصياته، و بالتالي سيره النفسي في كليته، كما يؤكد ر.بيرون في قوله: " إن المنهج العيادي هو طريقة معرفة السير النفسي

الخاص بكل فرد، و تهدف إلى تشكيل الحوادث السيكولوجية في بنية معرفية أين يكون الفرد منبعها." (Perron,1979 ,38)

يعتمد المنهج العيادي على دراسة الحالة، و هي تعرف بأنها الدراسة التي تهدف إلى إبراز تاريخ حياة الفرد ، و علاقته بالوضعيات الحرجة التي تتطلب قراءات من مستويات مختلفة عن طريق أدوات مكيفة، و أدوات دراسة الحالة هي المقابلة، الملاحظة ، المعلومات عن تاريخ الحالة. (Pedinielli,1999,87)، فنوع الدراسة إذن هي دراسة حالة بالنسبة للدراسة الأولية، ودراسة مقارنة بالنسبة للدراسة الأساسية.

3-مكان إجراء البحث:

إن طبيعة الاضطراب النفسي المثار في هذا البحث جعلنا نتوجه نحو المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية أبو بكر الرازي بعنابة، هذه المؤسسة تستقبل المرضى لخمس ولايات هي: عنابة _ الطارف _ قالمة _ تبسة _ سوق أهراس.، و قد كان مكان بحثنا بالضبط مصلحة طب الرجال.

وقد افتتح مستشفى أبو بكر الرازي سنة 1983 و يتكون من خمسة أجنحة:

جناح الاستعجالات، و الذي يضم مستويين: الأول للرجال و الثاني للنساء.

جناح للإدخال و الإبقاء في المستشفى، يخصص فيهما الأول للرجال و الثاني للنساء.

-جناح خاص بمصلحة الأمراض العقلية للأطفال كمستشفى نهارى(Hôpital de jour)

-مصلحة خاصة بالعلاج الاجتماعي (sociaux thérapie)

العدد الإجمالي للأسرة هو 260 سرير.

مصلحة طب الرجال: و هي مصلحة للاستشفاء مخصصة للرجال بعد إبقائهم لمدة لا تقل عن الشهر في مصلحة الاستعجالات رجال، أي بعد استقرارهم النفسي نسبيا، و هذا لمتابعة التكفل بهم، تنقسم هذه المصلحة إلى ثلاث وحدات استشفائية في الجهة اليسرى، كل وحدة مجهزة بثلاثة و عشرين سريرا، و قسم إداري في الجهة اليمنى تتواجد به مجموعة من المكاتب الطبية و الإدارية، انتهاء بمكتب الأخصائي النفسي الذي يقع نهاية الرواق، و هو مكان عملنا، فهو مكتب هادئ، بعيد عن الضوضاء، ذو إنارة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

جيدة، مجهز بكافة الوسائل اللازمة للعمل الجيد من مكتب و كراسي مريحة و طاولة للاسترخاء وصولاً إلى الخزانة الحديدية المدرعة التي تحتوي على الاختبارات النفسية.

الصعوبات في الميدان:

-صعوبة إيجاد مجموعة البحث.

- انخفاض المردود المنتج لمادة الاختبار الذي يعد شرطاً أساسياً فيه أن تكون عدد الإجابات تساوي أو أكثر من 14 إجابة.

- رفض بعض الحالات التجاوب معنا و أداء الاختبار، و المقاومة و الرفض.

4- مجموعة البحث:

يعتبر تحديد مجموعة البحث من أهم المحاور الأساسية التي تقوم عليها البحوث الميدانية، وعليه فقد تم اختيار عينة البحث بشكل مقصود و ذلك لكون دراستنا تتمحور حول الانتحار عند الفصامي، فأفرادها ينتمون إلى الفئة الإكلينيكية المرضية بالدرجة الأولى، تم تشخيصها من قبل الأطباء المختصين في الأمراض العقلية و النفسية، وفق معايير DSMIV TR، حيث تم ضبط الحالات من حيث الجنس، وهذا ما جعلنا نقتصر على فئة الذكور فقط.

4-1- معايير انتقاء مجموعة البحث:

تتمثل مجموعة البحث في رجال راشدين مصابين بمرض الفصام، تتوفر فيهم الشروط التالية:

طبيعة المرض:

مصابين بمرض الفصام حسب DSMIV-TR المشخص من طرف الطبيب العقلي، و قد كان المرضى الفصاميين في مرحلة الهدأة أي مرحلة الإفاقة.

السن:

يشترط أن يكون أفراد المجموعة راشدين لأن هذه المرحلة تعبر عن اكتمال نمو الشخصية، و قد تحددت مجموعة بحثنا في الفئة العمرية بين التاسعة و الثلاثين حتى الواحدة و الأربعين سنة.

الجنس:

إن الحالات كلها من فئة الرجال المقيمين بمستشفى الأمراض العقلية، وهذا راجع إلى ارتفاع مرض الفصام لدى الرجال مقارنة بالنساء.

4-2- وصف مجموعة البحث:

و تتكون مجموعة البحث من 30 مريضاً بالفصام من الذين دخلوا مستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي، والذين هم في مرحلة الإفاقة، و تتوفر فيهم الخصائص السابقة الذكر، و قد قسمت الحالات كمايلي: خمسة عشر فصامياً حاولوا الانتحار و لو مرة في حياتهم ، و خمسة عشر فصامياً لم يحاولوا الانتحار و لا توجد عندهم الأفكار الانتحارية، كما أننا في الجدول أسفله سنوضح خصائص مجموعة البحث:

الحالات	السن	الحالة العائلية	الحالة الإقتصادية	المستوى التعليمي
1	42 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
2	39 سنة	أعزب	متوسطة	جامعي
3	42 سنة	أعزب	فقيرة	ابتدائي
4	42 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
5	40 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
6	40 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
7	41 سنة	أعزب	فقيرة	ثانوي
8	40 سنة	أعزب	فقيرة	ابتدائي
9	39 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
10	40 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
11	41 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
12	39 سنة	أعزب	فقيرة	ابتدائي
13	39 سنة	أعزب	متوسطة	ابتدائي
14	39 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
15	39 سنة	أعزب	متوسطة	جامعي
16	40 سنة	مطلق	متوسطة	متوسط

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

17	41 سنة	أعزب	متوسطة	ثانوي
18	41 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
19	42 سنة	متزوج	فقيرة	متوسط
20	40 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
21	40 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
22	39 سنة	متزوج	متوسطة	متوسط
23	41 سنة	أعزب	فقيرة	متوسط
24	39 سنة	أعزب	فقيرة	ابتدائي
25	40 سنة	أعزب	متوسطة	ابتدائي
26	40 سنة	مطلق	فقيرة	ابتدائي
27	39 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
28	40 سنة	متزوج	متوسطة	ثانوي
29	40 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط
30	39 سنة	أعزب	متوسطة	متوسط

جدول (4) خصائص مجموعة البحث.

و تجدر الإشارة إلى أنه تم ترميز الحالات من 1 إلى 30 ، و ذلك بشكل مقصود حيث أخذنا هذا التسلسل بعين الاعتبار حسب تاريخ تطبيق وسائل البحث على كل حالة، كما أن الأرقام من 1 إلى 15 هي للمجموعة الأولى أي مرضى فصاميين حاولوا الانتحار و لو مرة في حياتهم، و الأرقام من 16-30 للمجموعة الثانية و هي مرضى فصاميين لم يحاولوا الانتحار أبدا.

سنراعي هذا الترقيم خلال كل المراحل الخاصة بهذا الجانب التطبيقي من البحث، و نلاحظ من خلال هذه الجداول أن سن هؤلاء المرضى يتقارب فيما بينهم و هو يتراوح من 39 سنة حتى 42 سنة، و يبلغ متوسط العمر أربعين سنة، كما نلاحظ أن جميع الحالات من 1-15 أي المرضى الفصاميين الذين حاولوا الانتحار كلهم عازبون على عكس الحالات من 16-30 حيث نجد ثلاث حالات متزوجين، اثنان مطلقان، و عشرة حالات عازبين.

في الحالة الاقتصادية نجد جميع الحالات بين متوسطة و فقيرة حيث تسعة حالات من رقم 1-15 فقيرة و ستة متوسطة، على غرار ستة حالات من رقم 16-30 ذو حالة اقتصادية فقيرة و تسعة متوسطة.

أما من حيث المستوى التعليمي فنجد أن أربع فصاميين حاولوا الانتحار لديهم مستوى ابتدائي، و ثماني حالات لديهم مستوى تعليمي متوسط، واحد ثانوي، و اثنان جامعيان، مقابل ثلاث فصاميين لم يحاولوا الانتحار ذو مستوى تعليمي ابتدائي، و عشرة مستوى متوسط، و اثنان مستوى ثانوي.

5- وسائل البحث: إن المنهج المتبع يحدد أدوات البحث، فكما ذكرنا اعتمدنا على دراسة الحالة التي تركز على:

المقابلة العيادية: تعتبر المقابلة العيادية من تقنيات جمع المعلومات، تتطلب الإصغاء، و الملاحظة الجيدة، و هي تسمح لنا بالاقتراب من المفحوص و جمع مختلف المعلومات عنه.

لاختبار فرضيات بحثنا ارتأينا الاعتماد على المقابلة العيادية، و ذلك من خلال بناء دليل للمقابلة يضم أسئلة محددة قصد جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن تاريخ الحالة، و قد كانت المقابلة نصف الموجهة مع الحالات المقيمة في مستشفى الأمراض العقلية لمعرفة كيفية تناولهم لواقعهم الموضوعي، و بعض من عوامل الاستقرار النسبي لغرض تطبيق اختبار الرورشاخ. تعرف شيلاند Chiland المقابلة نصف الموجهة على أنها تقنية من تقنيات البحث مبنية بطريقة محكمة فهي تحدد للمفحوص مجال السؤال و تعطيه نوع من الحرية في التعبير، و قد تكون الأسئلة مهياً من قبل الباحث و يكون المفحوص حراً في الإجابة لكن في إطار السؤال المطروح. (Chiland, 1983, 24)

ظروف الإجراءات:

تمت المقابلات مع الحالات بمكتب الأخصائية النفسانية-مكان عمل الباحثة- و قد كانت المقابلة الأولية تتم بحضور الحالة ووليه (أو أحد الأقارب) لتقديم أنفسنا، و محتوى طلبنا باللغة العامية على النحو الآتي:

"أنا أخصائية نفسانية، نكمل في الدراسات العليا، عندي بحث على اختبار الرورشاخ، تقبل تشارك و تعاوني؟"

و هو بالعربية الفصحى كمايلي: "أنا أخصائية نفسانية، أتابع دراساتي العليا، بصدد القيام ببحث حول اختبار الرورشاخ، فهل تقبل المشاركة في البحث و مساعدتي؟".

دائماً كانت الإجابة بطرح السؤال الآتي "يخي مانباش، واحد ماراح يعرفني؟" بمعنى "لن أظهر في التلغاز، و لن يتمكن أحد من معرفتي".

بعد طمأننتهم بحفظ مبدأ السرية كانت الإجابات في معظمها بالموافقة ما عدا بعض الحالات التي لم تقبل المشاركة، أما عن أولياء الأمور فكانت إجابتهم بالموافقة بعد أخذ موافقة الحالات، ودائماً كانت إجابتهم "إذا قبل هو خلاص نقبل أنا".

خطوات التطبيق:

بعد الحصول على الموافقة من أجل المشاركة في الجانب التطبيقي من هذا البحث، قمنا بإتباع الخطوات الآتية في انجاز ذلك و هي:

تطبيق المقابلة العيادية:

في هذه الخطوة من البحث التطبيقي تم استعمال دليل المقابلة (انظر الملاحق)، و يتكون من مجموعة من الأسئلة.

تجدر الإشارة أنه تم طرح الأسئلة باللغة العامية، و أحياناً بالعربية الفصحى، و ذلك حسب طريقة كلام و تعبير الحالة، و إذا تطلب الأمر إعطاء شروحات أكثر كنا نستجيب لذلك، كما كنا نلجأ للتسجيل الكتابي لأهم العناصر، إضافة للذاكرة.

دليل المقابلة العيادية: تم بناء هذا الدليل على أساس موضوع بحثنا و مضمون الإشكالية المطروحة، و يتعلق الأمر بمعرفة الحالة المدنية للمريض، تاريخ المرض العقلي الحالي، و التقصي عن الفكر الانتحاري، و هو ما شكل محاور دليل المقابلة الذي قسمناه إلى ثلاث محاور هي:

1- محور الحالة المدنية.

2- محور تاريخ المرض الحالي.

3- محور الانتحار.

بعد تطبيق دليل المقابلة العيادية يأتي تطبيق اختبار الرورشاخ في مدة لا تزيد عن الأسبوع.

اختبار الرورشاخ:

يعد اختبار الرورشاخ من الاختبارات الإسقاطية الأكثر شيوعاً واستعمالاً في علم النفس، وقد حمل اسم واضعه هيرمان رورشاخ تخليداً لمحاولاته المبدعة التي لم يسعفه الحظ في إنجازها بسبب وفاته سنة 1922 عن عمر مبكرة، وقد كانت بقع الحبر تستخدم قبل ذلك للعب، أما محاولات استخدام هذه المادة لغرض علمي فقد سبقت أو تزامنت مع جهود الرورشاخ، مثل محاولتي بوتيسيلي و ليونارد دو فنسي الأوليتان، و محاولات كل من بينيه و بيرون سنة 1895 بفرنسا، ديربورن سنة 1897، و كيرك باتريك و شارب (1898-1900)، و بيل (1910) في الولايات المتحدة الأمريكية، ريباكوف 1910 في روسيا، و بارتليت 1916 في إنجلترا، لكن تلك البدايات كانت تركز على الخيال فقط و لم تستطع القيام بتنظيم و بناء رائز متكامل للتشخيص النفسي كما فعله رورشاخ. (بن خليفة، 2007، 103)

تطورت من أعمال الرورشاخ مدرستان فكريتان، الأولى أمريكية تم تقاسمها و مشاركتها بين مجموع التحليليين النفسيين، و القائم على نظرية العلاقة بالموضوع (La théorie des relations d'objets)، و مجموعة ثانية أوروبية تعتمد أكثر على أسس إحصائية، تنتهج مقارنة كمية للتشخيص، و التفسير، و أجري جزء كبير منها على يد اكسنير Exner، و هي تركز على الجانب النوعي لمعايير الرورشاخ، و تقوم على تحليل المحتوى و خصائص الإجابات.

لقد وضعت خمسة أنظمة تفسيرية منذ أعمال رورشاخ قبل أن يقدم اكسنير سنة 1974 النظام الإدماجي الذي أظهر أن الأنظمة لا تشترك إلا في مادة الاختبار، كما في بعض الرموز و المسلمات التي أنشأها رورشاخ في حد ذاته بعد أن قارن بين الأنظمة بإنشائه مؤسسة أبحاث الرورشاخ سنة 1968 "Rorschach Research Fondation"، و التي تسمى اليوم "ورش عمل الرورشاخ"، من أجل فحص أي نظام من الأنظمة الذي يقدم أكبر قدر من التماسك و الصلابة الميدانية، و أيها الأكثر فعالية إكلينيكية، و قد كانت النتيجة النظام الإدماجي، و قد وضع له اكسنير سنة 1974 طريقة تطبيق (Méthode d'administration)، تشفير (Cotation)، و تفسير (Interprétation) شاملة لمساهمات مؤلفين سابقين للرورشاخ، و على قواعد إحصائية.

راجع إكسنير أعماله الأولى سنة 1995 ليقدم نسخة مراجعة للنظام الإدماجي تحتوي على سبعة مجموعات أساسية تتمثل في:

- مجموعة العواطف،
- قدرات التحكم و تحمل الضغط،
- الوساطة المعرفية،
- التفكير،
- علاج المعلومات،
- إدراك العلاقات،
- إدراك الذات.

كما يتضمن أيضاً ست مؤشرات هي:

* مؤشر الانتحار (S-CON)

* مؤشر الإدراك و التفكير (PTI)

* مؤشر الإكتئاب (DEPI)

* مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI)

* مؤشر اليقظة المفرطة (HVI) ،

* مؤشر الهجاس (OBS).

و عليه، أصبح الرورشاخ بفضل أعمال اكسنير أداة أكثر موضوعية و علمية من أي اختبار آخر ذو خصائص سيكومترية معمول بها، و إذا جاز التعبير، فبالرغم من القيود التي تفرضها المتطلبات السيكومترية، إلا أن الرورشاخ النظام الإدماجي يبقى دائماً وسيلة استقصاء و تقييم أصلية للسير النفسي، يركز على عملية الإدراك، يسمح باكتشاف الارتباط بين الأنظمة المعرفية و العاطفية، كذلك يسمح بالتمييز بين اضطرابات رد الفعل و الاضطرابات المزمنة.

مادة الاختبار: رغم أن التقديم الوصفي للوحات الرورشاخ يبدو صعبا لاستحالة استبعاد أي أثر إسقاطي أو تفسيري، إلا أنه يعتبر ضروريا كونه يظهر الأساس الواقعي الإدراكي الموضوعي لمادة الرورشاخ،

فامتلاك وصف واضح عن المحتوى الظاهري للوحات، يمكن الفاحص من التماس طبيعة علاقة المفحوص بالواقع.

قامت ن.ر. تروينبرغ (R.N.TRAUBENBERG) بتحليل وصفي لمادة الرورشاخ، أي تقديم عرض للمحتوى الظاهري للوحات، بينت من خلاله المميزات الإدراكية لكل لوحة و التي يمكن تلخيصها في: التركيب التناظري، إضافة إلى وجود عناصر لونية و انعدامها، حيث يندرج هذان العاملان ضمن بعدين أساسيين يستخدمان في تحليل البروتوكولات يتمثل هذين البعدين في: البعد البنيوي، المرتبط بالبناء الشكلي للبقعة، يعبر عن التناول الإدراكي المعرفي للسياقات الفكرية ، و البعد الحسي مرتبط بالألوان، حيث تعبر الحساسية للألوان عن الجانب الحسي و العاطفي.

البعد البنيوي:

يقوم البعد البنيوي لاختبار الرورشاخ على اختلاف اللوحات حسب طابعها الموحد المتماسك أو تميزها بتشكيل متناظر، تتمثل اللوحات الكثيفة في اللوحات رقم (I_IV_V_VI_IX)، و التي تشمل بقعا متماسكة تسهل التناول الإدراكي الشامل و الموحد، تتطلب هذه اللوحات هوية ثابتة لكي تكون مصدرا لأجوبة كاملة، موحدة ومتناسقة.

أما اللوحات (II_III_VII) فهي لوحات متناظرة ثنائية الطرف، مبنية وفق شكل ثنائي الجوانب تستدعي التصورات العلائقية في مختلف أشكالها ، و العلاقات الصراعية المرتبطة بالمواضيع ذات الصياغة الليبيدية أو العدوانية، أما اللوحة (VIII) فيمكن اعتبارها لوحة متماسكة موحدة في الوسط و ثنائية على الجانب، و فيما يخص اللوحة رقم (X) فهي لوحة متميزة بالتبعثر في شكلها.

كما يمكن أيضا تصنيف لوحات الاختبار حسب طابعها المفتوح أو المغلق، حيث تعد اللوحات رقم (VI_V_IV) لوحات مغلقة، أما اللوحات رقم (I_II_III_VII_VIII_IX_X) فهي لوحات مفتوحة. (Chabert.C, 1983,p,p34,49)

البعد الحسي:

حسب البعد الحسي و الخصائص اللونية لاختبار الرورشاخ نميز بين وجود :

لوحات ذات لون أسود و رمادي على خلفية بيضاء، مثال هذه اللوحات نجد اللوحات رقم (VI_V_IV) تعتبر هذه الأخيرة لوحات حساسة و تبعث على الغموض، و بالتالي تعبر عن عواطف مقلقة و مكتئبة.

هناك أيضا لوحات ذات اللون الأسود، الأبيض و الأحمر (لوحة رقم III; II) اللون الأحمر المميز لهذه اللوحات يستثير الحركات النزوية، فيكون هناك بروز للنشاطات الجنسية أو العدوانية.

كما نجد لوحات ملونة منها اللوحات (X-IX-VIII) حيث تخفف اللوحة رقم VIII الصدمة المحتملة نتيجة تغير المثير بسبب الألوان و هذا من خلال تركيبة جد واضحة ، فكل أجزائها محددة دون تداخل فيما بينها، بينما تتضمن اللوحة IX امتزاجا و تداخلا في الألوان، في حين أن اللوحة رقم X هي اللوحة التي تحتوي أكبر عدد من الألوان، إضافة لكونها متناظرة و غامضة من حيث بنيتها، فهي مفتوحة و مغلقة نتيجة الفراغ الوسطي و اللون الأبيض.

يستثير اختبار الرورشاخ عددا من الإشكاليات يمكن الكشف عنها من خلال تظاهرها المباشر أو غير المباشر عبر اللوحات، و من خلال تعبيراتها البدائية أو الأكثر تقدما، كما أن نسبة ظهور هذه الإشكاليات تتفاوت من لوحة إلى أخرى، و يبرز أكثر في خطاب المفحوص الذي يكون وفقا لأنماط توظيفه النفسي و الأساليب الدفاعية السائدة لديه (Rauch de traubenberg,1994 , 155)

تطبيق اختبار الرورشاخ:

من أجل تطبيق اختبار الرورشاخ على الحالات المدروسة، فقد قمنا باتخاذ الوضعية المناسبة من أجل تمرير الاختبار، حيث جلسنا أمام مكتب جهزنا عليه بطاقات الاختبار مقلوبة و مرتبة من الأولى حتى العاشرة، حتى يسهل تقديمها للمفحوص ، إضافة لتحضير أوراق لتدوين الإجابات، كما أن الحالة يجلس على يسارنا، في وجود إضاءة مناسبة و جو هادئ، ثم نقوم بإعطاء التعليمات الخاصة بالاختبار.

قمنا بتطبيق الرورشاخ النظام الإدماجي وفق مرحلتين هما: التمرير التلقائي ثم التحقيق، اعتمادا على مرجع اكسنير المترجم من قبل أندرونيكوف (2001).

لشرح الوضعية للمفحوص كنا نبدأ بالجملة التالية باللغة العامية:

"أني رايحة نعتلك عشرة بطاقات، و انت قولني واش راك تشوف فاهها، مكانش إجابات صحيحة و لا غالطة، كل الإجابات مقبولة."

"سوف أعطيك عشر بطاقات، و أنت تقول لي كل ما تراه فيها، لا توجد إجابات خاطئة فكل الإجابات مقبولة".

أثناء التمرير التلقائي للوحات، كنا نقدم اللوحة الأولى للمفحوص و نعطيه التعليمات التالية باللغة العامية: "واش تقدر تكون هذي؟" أي "ماذا يمكن أن تكون هذه؟"، و هي ترجمة للتعليمات المتبعة في النظام الإدماجي لأكسنير: « Qu'est-ce que cela pourrait être »

تسمح هذه التعليمات بإحياء سلسلة من العمليات المعرفية المعقدة، كمسح المجال، الترميز، الترتيب، المقارنة، الفرز، و الإختيار.، فمن المهم أن يفهم الفاحص سياق الإجابة لتقييم تجاوب المفحوص.

مرحلة التحقيق: يبدأ هذا التحقيق عادة بعد الانتهاء مباشرة من الاختبار، أي يبدأ بعد الانتهاء من البطاقة العاشرة، و الهدف من التحقيق هو: توضيح مكان البطاقة، بمعنى هل استجاب المفحوص إلى الشكل في البطاقة ككل، أم اختار جزءا منها، ثم توضيح العوامل المحددة لعملية الإدراك، هل هو عامل الشكل أم اللون، أم الحركة...، ثم توضيح نوع الإجابة هل هي بشرية، حيوانية...الخ.

و عليه فقد كانت التعليمات كمايلي:

"سوف أريك اللوحات مرة أخرى، و سأقرأ لك إجاباتك، و أطلب منك أن تظهر لي في أي جزء من اللوحة رأيتها، و على ماذا اعتمدت في ذلك، حتى أستطيع أن أراها مثلك تماما".

باللغة العامية:

"درك نعاود نوريك اللوحات مرة أخرى، و نعاود نقرالك الاجابات تاك، و انت تبييني وين شفتها، و واش للي خلاك تشوفها كمكا، باش نقدر نشوفها كيما شفتها انت".

هذه التعليمات توافق تعليمات أكسنير ، حيث سمحت لنا هذه الأخيرة بتحديد المواقع، المحددات، المحتويات.

ظروف الإجراء:

أجريت الفحوص كلها بمكتب الأخصائي النفساني لمتعته بالهدوء المناسب لتطبيق اختبار الرورشاخ، حيث يقع في القسم الإداري لمصلحة طب الرجال مما يجعله مناسباً للفحص النفسي، ووفق شروط حددت مسبقاً أهمها:

- يكون الفحص بعد مقابلة مع أولياء الحالة لإحاطتهم بموضوع البحث و الذي هو بهدف المساعدة على إتمام الدراسات العليا دكتوراه في علم النفس وطأنتهم بسرية الحالة و معلوماته.

- أن يتم الفحص بعد مدة استشفاء لا تقل عن الشهر و هذا لاستيفاء إحدى خصائص مجموعة البحث، و أن يتم في ثلاث حصص (المقابلة الأولى للتعارف و بداية ملئ دليل المقابلة كما التحقق من تشخيص الطبيب العقلي باتباع DSMIV، و كسب ثقة المفحوص، والثانية لإجراء الاختبار، و الثالثة لاستكمال ملء دليل المقابلة).

- لا يزيد الفاصل الزمني بين المقابلات عن الأسبوع.

- يتم تطبيق اختبار الرورشاخ في حصة واحدة و لا يقسم إلى حصتين تحت أي ظرف.

استوفت جميع الحالات هذه الشروط، و مع نهاية تطبيق الاختبار كنا نشكر الحالات على مساعدتها و تقفها.

تتقيط بروتوكولات الرورشاخ:

بعد تطبيق اختبار الرورشاخ، تحصلنا على بروتوكولات كاملة، و قد قمنا بتحليل اختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي حيث أن دراستنا تشتمل على الفصام، الانتحار، الاكتئاب، فقد قمنا بالاعتماد على اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي، الذي يهدف إلى وصف السير النفسي للمفحوص، و يعتمد على مجموعة من المؤشرات هي مؤشر الادراك و التفكير _ مؤشر الاكتئاب _ مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية _ مؤشر الانتحار _ مؤشر اليقظة المفرطة _ مؤشر الهجاس.

و قد طبقنا اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي على جميع حالات الدراسة، و قمنا بتتقيط البروتوكولات و تفسيرها اعتمادا على كتابي: دليل التتقيط لأكسنير ترجمة أندرونيكوف (2001)، و دليل التفسير في الرورشاخ النظام الإدماجي لأكسنير ترجمة أندرونيكوف أيضا (2003).

و للتأكد من صحة النتائج المتوصل إليها، فقد تم التأكد من التتقيط و التفسير من قبل الأستاذة المشرفة على هذا العمل البروفيسورة أحسن جاب الله، و الباحثة رفيقة حاج قويدر التي تلقت تكوينا في الرورشاخ النظام الإدماجي بمخبر البحث في علم النفس العيادي و القياسي بجامعة أبو القاسم سعد الله-الجزائر2.

6- طريقة تحليل البيانات:

بعد التحصل على نتائج البروتوكولات و تفسيرها حسب النظام الإدماجي لاكسنير، و المترجم من طرف أندرونيكوف، قمنا بتطبيق اختبارات لدراسة الفروق بين مجموعتي بحثنا أي بين الفصامين محاولي الانتحار و الفصامين غير محاولي الانتحار في عدد من المؤشرات هي: الانتحار، الاكتئاب، عدم الكفاءة الاجتماعية.

الأساليب الإحصائية:

يعتبر الإحصاء وسيلة أساسية في أي بحث علمي لأنها تساعدنا على تحليل، و وصف البيانات لمزيد من الدقة، كما أن طبيعة الفرضيات تتحكم في الأدوات التي يستعملها الباحث للتحقق من فرضياته، و فرضيات بحثنا تتطلب استعمال الأساليب التالية:

- النسب المئوية.
 - المتوسطات الحسابية، و الانحرافات المعيارية.
 - اختبارات لدراسة الفروق لعينتين متساويتين، و يعد من أكثر الاختبارات شيوعا في الأبحاث النفسية و التربوية، و يفترض بعض الشروط التطبيقية منها مايلي:
 - أ- أن تكون البيانات كمية مع وجود المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري.
 - ب- من الأفضل أن يكون حجم العينتين متقارب أو مماثل لأن للحجم أثره على مستوى الدلالة
 - ت، و هو ما توفر في مجموعة بحثنا، حيث أنها متساوية.
- و تتمثل خطوات تطبيق الاختبارات فيمايلي:
- 1- تحديد المشكل،
 - 2- العمليات الحسابية،
 - 3- التفسير.

الفصل السادس

عرض البيانات وتحليل و مناقشة نتائج
الدراسة

تمهيد:

سوف نتناول فيما يلي عرض للبيانات، النتائج المتحصل عليها، و هذا انطلاقا من اختبارات لدراسة الفروق بين مجموعتي الدراسة بناء على نتائج المؤشرات لاختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي لما يتوافق و فرضيات دراستنا، بمعنى عرض نتائج المجموعتين على مؤشر الانتحار، مؤشر الإكتئاب، مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية، ثم نقوم بعرض عام لنتائج المجموعتين على مجموعة من المتغيرات التي تعد خصائص للمجموعة الفصامية دون غيرها، و هذا للإجابة على إشكالية البحث.

- عرض البيانات:

الحالة (1):

ذكر، يبلغ الثالثة و الأربعين من العمر، يقطن بمدينة عنابة، بطل، غير متزوج، الأخ الأصغر لأخت شقيقة و أخ و ثلاث أخوات نصف شقيقات كلهم متزوجون إلا الحالة فهو يعيش مع أخيه غير الشقيق و زوجته و ابنتيه ، انقطع عن مزاوله الدراسة في السنة التاسعة متوسط، ذو مستوى معيشي متدني، يعالج بمستشفى الأمراض العقلية منذ ما يزيد عن العشرين سنة بسبب مرض الفصام النوع البرانويدي، و الذي بدأت أعراضه في سن العشرين، حيث عانى من هذاء ديني، اضطهادي، هلاوس سمعوبصرية، عدوانية غيرية، أفكار انتحارية ، دخل المستشفى هذه المرة بسبب معاناته من الأرق لعدة أيام ، عدوانية غيرية حيث قام بضرب زوجة أخيه و دفعها عبر سلاالم العمارة مما تسبب لها بكسور، تهديده بحرق نفسه و تفجير المنزل عن طريق إشعال أنبوب الغاز الطبيعي الموصول بالمنزل.

أثناء المقابلة كان الاتصال بالحالة سطحيًا، نفى معاناته من الأرق، كما أنكر قيامه بضرب زوجة أخيه و قال بأنها تقوم بتمثيلية لإعادته للمستشفى (حابة تنتهي مني)، كانت تعابير وجهه تدل على الحزن تارة و الغضب تارة أخرى.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	Casque gaulois ٧-1	ف-قلت Casque gaulois م- فاها كل c'est un casque gaulois، هنا في les cotés كايين les ouvertures تاعو
II	deux éléphantos -2 لاصقين	ف-قلت deux éléphantos لاصقين م- هنا الصورة كلها تمثل deux éléphantos لاصقين ف-قلت: لاصقين. م- متعاركين باليد.
III	3- رقبة رجل 4- papillon	ف-قلت رقبة رجل م- ايه تبان عنق تاع راجل، و الكحلة هادي تفاحة آدم وهنا كايين papillon (أشار إلى اللون الأحمر في الوسط)

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	5- هذا دم	- و هذا دم قاعد يسبح.
IV	Dragan v -6	ف-قلت Dragan م- Dragana حيوان أسطوري، شفتو في الصورة كل
V	papillon v -7	ف- قلت papillon م-هاذو جناحو، les antennes (كامل الصورة) ، وجهو، يديه، رجليه.
VI	la raie v -8	ف-قلت la raie م-ايه هو يجي كيمكا ، في الصورة كلها
VII	v -9 طفلة collier ٨-10	ف-قلت طفلة م- طفلة هنا في الأبيض وكي نلقبوها نلقاو collier اللي يلبسوه النساء
VIII	v -11 رحم لامرأة أو رجل ٨ -12 كلية	ف- قلت رحم لامرأة و لا راجل م- ايه شفتو في الصورة كلها ، باين بلي رحم ، شكلو يبين. ف- قلت كلية كاين زوز a droite و a gauche ، كلية عرفتها من شكلها و لونها
IX	٨-13 هذا rapport sexuel vagin V-14	ف- قلت rapport sexuel م- Oui هذا العضو الذكري le pénis و هذا الـ vagin ، rapport sexuel ف- قلت vagin م- ايه، vagin d'une femme
X	V-15 c'est un homme joyeux	ف- قلت: c'est un homme joyeux م- هادي la barbe في le rouge ، و هادي عينيه في الأصفر، و هذا خشمو في le bleu ، و الأخضر حواجبو.

الحالة (2):

ذكر، يبلغ من العمر 39 سنة، عازب، ينحدر و يقطن بمدينة تبسة، طالب جامعي ، توفيت والدته بعد قيامها بالانتحار شنقا و عمره سبعة سنوات ، فأعاد الأب الزواج ، هو الأخ الأكبر لبنتين شقيقتين ، و أخ و أخت نصف أشقاء، ذو مستوى معيشي متوسط، عالج عند طبيب عقلي قبل دخوله مستشفى الأمراض العقلية لقيامه بمحاولة انتحارية و معاناته من الانسحاب الاجتماعي، عزلة، قلة الأكل.

تعتبر هذه المرة هي الخامسة لدخوله مستشفى الأمراض العقلية بعنابة و قد كان هذا بسبب عدوانية غيرية و تهديده إخوته بالسلاح الأبيض، ضرب والده، و تكسير ممتلكات البيت.

كما أنه يعاني من برودة عاطفية، إنتاج هذائي رهيب، هذاء العظمة (أنا نابليون) ، هذاء الاضطهاد (كلهم يغيروا مني)، كانت بداية مرضه و عمره 21 سنة بعد أن تم رفضه عند أدائه للخدمة الوطنية بسبب انخفاض وزنه الملحوظ و الرهيب، فعاد و بدأت أعراض المرض تظهر عليه حيث بدأ بالانسحاب و العزلة فلم يخرج من البيت لمدة ثلاثة أشهر، إضافة لقلة الأكل، فمحاولته الانتحارية.

لديه سوابق مرضية عائلية حيث العم يعاني من الفصام و يدخل المستشفى بين الفينة و الأخرى، قام بمحاولتين انتحاريتين ، كانت الأولى نهاية شهر بشرب ماء الجافيل ، و الثانية شهر جوان 2012 محاولة شنق نفسه في ثريا غرفة الجلوس.

تم تشخيص مرضه بالفصام من النوع البرانويدي.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-خفاش	ف-قلت خفاش م- ايه خفاش، باين بلي خفاش، هادو عينييه، خشمو، فمو شفتو في كامل الصورة.
II	2-بقعة دم	ف- قلت بقعة دم. م- هادو بقعات دم، في اللون الأحمر، عرفتو من لونو، أو دم تاع قتل.
III	3- زوز رجال	ف-قلت زوز رجال.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	4- دم	نعم زوز رجال في اللون الأسود، عرفتهم من شكلهم ف-قلت دم م- هذا الأحمر هو الدم، من لونو.
IV	5- بحر من بحور الظلام 6- جزء من وحش	ف-قلت بحر من بحور الظلام م- نعم، هذا راهو رمز الظلام للكحل، شفتو في كامل الصورة. ف- قلت جزء من وحش. م- هاذو رجلية و رأسو، و قرونو
V	7- خفاش	ف-قلت خفاش م- نعم خفاش، هذا باين أكثر من لوخر، هذا هو الخفاش، هنا فاها كل.
VI	8- صليب	ف- قلت صليب م- صليب، رمز المسيحيين، كيعاد مالفوق.
VII	9- كأس	ف-قلت كأس م- هنا فاها كل كاس، عرفتو من شكلو
VIII	10- طائرة نفائة	ف- قلت: طائرة نفائة م- طائرة نفائة فاها كل، الشكل هذا كل طائرة نفائة.
IX	11- كائن فضائي	ف- قلت كائن فضائي م- كائن فضائي، اللي جامي شافوه، في كامل الصورة، باين من شكلو كل.
X	12- زوز أحصنة بحر 13- زوز من الـ crabs 14- سيف	ف-قلت زوز أحصنة بحر م- هنا مالفوق و الـ crabs هنا (يشير للون الأزرق) و سيف مالفوق (يشير للبقعة الرمادية)، كلهم عرفتهم من شكلهم.

الحالة (3):

ذكر، يبلغ الثانية و الأربعين من العمر، ينحدر و يقطن بمدينة سوق أهراس، بطلال، أعزب، مستواه الدراسي السنة الرابعة ابتدائي، ترتيبه العاشر أي قبل الأصغر ، أخ لسته ذكور و أربعة فتيات، توفي والده سنة 2005، يقطن حاليا رفقة أمه و هي عجوز طاعنة في السن، و عائلة أخ له متزوج ، لايعاني من أي أمراض جسمية، و لا وجود لسوابق عائلية مرضية، مدمن مخدرات من نوع الكيف، إضافة للحبوب المهلوسة منذ كان في الثالثة و العشرين من عمره، بدأه المرض في العشرين من العمر إلا أنه تابع علاجه خارجيا لمدة سبع سنوات، دخل مستشفى الأمراض العقلية أول مرة سنة 1999 بسبب عدوانية على الآخرين خاصة اتجاه والديه، إضافة لاضطراب النوم (الأرق)، و قد تكرر دخوله منذ ذلك الوقت، دخل هذه المرة المستشفى بسبب قيامه بمحاولة انتحارية، قلق شديد، وقف تعاطي الدواء يرجع لأربعة أشهر بعد رفضه حقن المثبطات طويلة الأمد modécate 25mg نظرا لأعراضها الثانوية حسب أقوال المريض، بدأت حاله تسوء تدريجيا بعد رفضه الدواء، إذ بدأ يفضل الانعزال و البقاء وحيدا بغرفته، رافضا النهوض من فراشه، يرفض الاستحمام، و لا يتكلم مع أفراد عائلته، يعاني من الأرق حيث أن الحالة لم يغمض له جفن منذ أربعة أيام، حاول وضع حد لحياته بجرح الشريان الرئيسي لرقبته بواسطة شفرة حلاقة، و قد علل ذلك بقوله: "منقدرش نزيد نعيش ، ماكاين والو في الدنيا هذي، و زيد مع الأصوات، كاين الحس في راسي، حاب نموت و تنتهي".، يعاني من هلاوس نفسوحسية حيث يقول: "تسمع أصوات تاع رجال و نساء يهدرو ما بيناتهم، منفرضش واش قاعدين يهدرو"، هذاء الاضطهاد بميكانيزم هلوسي غامض غير منتظم "الأصوات تسبب فيا".

حدد مرض الحالة بمرض الفصام من النوع غير المنتظم

الحالة دخل القاعة بخطى بطيئة ، مظهره سيء، طويل اللحية و بأظافر طويلة و متسخة، شعر غير ممشط، تعابير وجهه تعبر عن القلق، الاتصال معه سطحي، خطابه فقير ، فكره غير متماسك مع إجابات جانبية، مزاج مكتئب مع برود عاطفي.

بروتوكول الحالة

البطاقة	الإجابات	التحقيق
1	1-8 هادي رسمة تشبه ورقة تاع	ف-قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	شجرة 2- يقدر يكون خفاش ثاني	م- إيه تشبهلها، شفتها فيها كل، عرفتها من شكلها ف-قراءة الإجابة م- تشبه للخفاش، شفتو هنا (ويشير إلى الوسط)، هادي يديه وهاذا راسو
II	3- ٨ هادي تشبه لورقة تاع شجرة 4- و هادي نقول عليها بصمة 5- دم	ف-قراءة الإجابة م-إيه، شفتها فيها كل غير زوز حمر مالفوق نقول بصمة تاع الحبر كيما تاع la carte d'identité ف- قلت دم. م-دم في ملتحت ، من لونو عرفتو.
III	6- on dirait ناموسة	ف-قراءة الإجابة م- شفتها في الصورة كل ، هادا هنا عيناها، ولوخرين حواجبها.
IV	7- هادي غامضة، مشي باينة، مفهمتهاش، تشبه لبخوش	ف- قراءة الإجابة م- في الصورة كل، وباين بخوش، mais معفسينو.
V	8- خفاش	ف- قراءة الإجابة م- هادا راسو، و هادو جوانحو، و رجليه
VI	9- تشبه لحشرة 10- ورقة تاع شجرة	ف- قراءة الإجابة م- إيه هادي حشرة ملفوق و ملتحت ورقة تاع شجرة، عرفتها من شكلها
VII	11- يشبه لزوز حيوانات	ف-قراءة الإجابة م-إيه شفتهم هنا(يشير للكتلة العلوية)، معرفتهمش قدقد وش من نوع مالحيوانات، المهم يشبهو لزوز حيوانات، عرفتهم من زيهم يشبهو لحيوانات.
VIII	12- زوز سحلية	ف-قراءة الإجابة م- أم هنا (يشير للوردي على الجانبين)، عرفتهم من شكلهم، بصح أم سحلية وردي، بصح أنا عرفتها من شكلها، تقدر تكون هادي رجلاها، و أدي راسها، الباقي معرفتوش، مابانلي والو.
IX	13- هذا وحش	ف-قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>م-إيه شفتو في كامل الصورة ، بانلي وحش من شكلو، أو يخوف.</p>	
<p>ف-قراءة الإجابة م- إيه راس مقصوص، كيما أديكا اللي في الفيلمات تاع الخيال، شكلها يبين،شفتها هنا(يشير إلى كل اللون الرمادي) ف-قراءة الإجابة م- شفتها هنا في اللزرق، عرفتها من شكلها، بانولي زوز وردات. ف-قراءة الإجابة م- إيه هذا هنا الأخضر بانلي حشيش عرفتو من لونو و شكلو.</p>	<p>X</p> <p>14- ٨ راس إنسان آلي</p> <p>15-وردة</p> <p>16- هذا بيان حشيش</p>

الحالة (4):

نكر، يبلغ من العمر 42 سنة، من مواليد مدينة عنابة، أعزب، دون مهنة، الأخ الشقيق الأكبر لفتاتين، أعادت أمه الزواج ، توفي والد الحالة جراء صعقة كهربائية و الحالة في عمر مبكر جدا، دخل مستشفى الأمراض العقلية بعنابة عدة مرات، جلب من طرف الحماية المدنية بسبب عدوانية غيرية (خصوصا اتجاه الأم)، اضطراب النوم (أرق)، رفض العلاج الدوائي لعدة أشهر.

بدأ التمدرس في سن السادسة حتى السنة الرابعة متوسط، أين انقطع عن الدراسة ليلتحق بالخدمة الوطنية، يوصف بأنه شخص منسحب، منعزل، لا يحب الاختلاط بالناس.

تعود بداية مرضه لعمر الثانية و العشرون، أصيب باضطراب النوم، مع مشاعر عامة بالإحباط، سرعة الغضب ، فأصبح لا يطاق ، قام بالتهجم على مسؤوله، فصل على إثرها من عمله.

ملابسه مهملة، شعر غير ممشط، يكرر الكلمات، حوار متناسق، يعاني من سرعة الغضب تظهر خاصة نحو أفراد عائلته "بالسيف علي ندير معاهم القوة"، هذاء التأثير و المرجعية "هما لي خلاوني بالسيف نخرج من الدار، قوى خارجية هي اللي تتحكم فيا"، "هم لي مسيطرين علي، و يتحكموا في التصرفات تاعي"، هذاء الاضطهاد خصوصا نحو الأم "يما هي أكبر عدو ليا"، هذاء العظمة ، هلاوس سمعية(يهدر معايا، مرة يسبني و مرة يقلي ألمليح و يراودني على نفسي)، لمسية (يمسني على الأعضاء التناسلية)، أفكار انتحارية، ثلاث محاولات انتحارية ، محاولتين انتحاريتين عن طريق شرب ماء الجافيل، و الأخيرة برمي نفسه من أعلى العمود الكهربائي ، عقلانية مرضية" الجن هو اللي يخليني مانرقدش pasque نخم في suicide ". شخص ب مرض الفصام نوع البرانويدي حسب DSMIV .

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1 ^ هذا خفاش	ف-قراءة الإجابة. م- شفتو فيها كل ، هادا رجليه، و هادو يديه
II	2- دب و دب متعاركين 3- دم	ف- قراءة الإجابة. م- هادو رجليهم و يديهم و لاصقين في يديهم. ف-قلت دم م- دم ، من تحت ، عرفتو من لونو .

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

III	4- زوز نساء يجبدو في الماء من البير 5- وهادي papillon	ف- قراءة الإجابة. م- زوز نساء ، باينين لابسين صباط تاع نساء ب talon ، قاعدين يجبدو في الماء من البير، (يشير باصبعه إلى الكتلة السوداء من الأسفل). ف- قراءة الإجابة. م -في الأحمر في centre أي cravate papillon
IV	6- تتين	ف- قلت تتين. م- هذا الذيل تاعو، و هذو رجليه، يديه، l'essentiel عرفتو من الشكل تاعو.
V	7- هادي فراشة	ف- قراءة الإجابة. م- كل الصورة ، و عرفتها من شكلها شكل فراشة
VI	8- هادي تاني كالفراشة	ف - قراءة الإجابة. م-فراشة على خاطر كبيرة ، في كل الصورة.
VII	9- زوز سناجب 10- فراشة	ف- قراءة الإجابة. م-شكل غامض mais هادو بيانو زوز سناجب، كيما اللي شفتهم في télé في national géographie ف-قلت فراشة م-ايه فراشة عرفتها من شكلها (يشير للكتلة السفلية)
VIII	11- زوز فراشات 12- زوز فراشات 13- زوز دببة	ف-قراءة الإجابة. م- معناها أربع فراشات اللي في الوسط، هذو أشكالهم واضحين و زوز دببة هنا و هنا، دببة وردي، الشكل تاعهم واضح ، هذو رجليه و هذا راسو.
IX	14-(شكل غامض ، ما فهمتوش) ، تقدر تكون هيكل عظمي	ف- قراءة الإجابة. م-هيكل عظمي في كامل الصورة و هنا كاين قصبه هوائية، بالاك تاع واحد ميت.
X	15- صورة مافهمتهاش أسد و أسد	ف- قراءة الإجابة. م- شفتهم هنا و هنا (يشير للون الأصفر الداخلي)، عرفتو من الشكل ،هذا صدرو و هذا راسو

الحالة (5):

ذكر، يبلغ من العمر أربعون سنة، يقطن بولاية عنابة، أعزب، بطال، انقطع عن الدراسة في السنة التاسعة متوسط، عدد الإخوة عشرة، ترتيبه السادس بينهم، حالته الاقتصادية ضعيفة، والده متوفي، حاليا يقطن مع والدته فقط، لا توجد عنده سوابق عائلية مرضية، بداية مرضه تعود لعمر الثانية و العشرون، حيث عالج خارجيا عند طبيب عقلي بسبب الانسحاب الاجتماعي، الأرق، انعدام الشهية للأكل (anorexie)، العزلة، دخل مستشفى الأمراض العقلية بعنابة لأول مرة سنة 2003، و بقي منذ ذلك الوقت يدخل بين الفينة و الأخرى، قام بثلاث محاولات انتحارية، كانت الأولى عن طريق التسمم الدوائي، و الثانية عن طريق الكهرباء حيث وضع سلك كهربائي في رجله و ربطه جيدا، و وصله بالدارة الكهربائية وقد قام بذلك في غياب أهل البيت بعد ذهابهم في زيارة عائلية، و قد نجى بأعجوبة بعد أن انقطع التيار الكهربائي عن المنزل كله، مخلفا بالحالة ضررا بالغا على مستوى جلدة الرأس، و حروق على مستوى جسده كله، أما المحاولة الثالثة فكانت عن طريق محاولة شنق نفسه بالثريا، و في غياب الأهل دائما، و لم ينقذه من الموت إلا سقوط الثريا أرضا. دخل هذه المرة بسبب عدوانية لفظية اتجاه الآخرين خصوصا أمه، انعزله بغرفته لا يوجه الكلام إلا لها، قلق حاد و شديد، و أفكار انتحارية، لا يأكل منذ أربعة أيام.

دخل المريض القاعة ببطء، هندام غير نظيف، غير مرتب، شعر غير مشط، لحية طويلة نسبيا، تعابير وجهه تعكس القلق، المزاج اكتئابي، العاطفة جياشة، حديثه مفهوم في عمومته مركز على القلق و الهلوس، أفكاره غير متسلسة، غير مترابطة، سياق فكره بطيء، و محتواه مركز على أفكار اليأس من الحياة جراء مشاعر الذنب اتجاه أمه العجوز تارة، و على الجن الذي يسكنه تارة أخرى، و يقول " كايين جن يسكن في كرشي، و نحس بيه يتحرك"، "أني نحس روحي قالك خلاه، يوما مرا كبيرة، و ماتستاهلش المنكر و الباطل اللي قاعد ندير فيه، je préfère نموت و ما نقعدش كيمكا، قاعد غير نزيد علاها"، "الجن هو اللي يأمرني نسب ديماء، و ندير حوايج، أو هو اللي يتحكم فيا"، " أني نسمع صوت الجن كي يأمرني باه نعيط ونسب، و لا نقتل روحي"، " نسمع الناس يضحكوا و يهدروا عليا كي نعدي عليهم، أني نموت خير لي".

يعاني المريض من هذاء الاضطهاد ذو ميكانيزم تفسيري، هلاوس سمعية بصرية، "أنني نشوف الشواطن في عينين الناس كل، عديكا نغمضهم"، الرهاب الاجتماعي (clausturation) حيث بقي الحالة في المنزل و بالتحديد في غرفته لمدة عشرون يوما لا يخرج منها، مزاج مكتئب، انخفاض قيمة الذات مع أفكار

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

دونية و مشاعر الذنب، عدوانية، أرق. مستوى الانتحار عند الحالة مرتفع و محتمل جدا المرور للفعل الانتحاري.

تم تشخيص المريض باضطراب الفصام البارانويدي

بروتوكول الحالة

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-7 أدي تشبه للطيارة 2-8 و كي ندورها نلقاوا راس نمالة 3- و هادو يقدر و يكونو عينين	ف-قراءة الإجابة م-فيها كل طيارة، و كي ندورو الصورة نلقاوا راس نمالة هنا(في الجزء العلوي فقط)، و هادو عينين، هنا في الأبيض، عرفتهم كل من الشكل تاعهم. فالعينين تاع النمالة؟ م-لا، تاع عبد.
II	4-8 هادو يقدر و يكونو زوز حيوانات متعاركين و مجروحين و هدا الأحمر الدم تاعهم	ف-قراءة الإجابة م-إيه، هنا زوز حيوانات متعاركين(يشير للأسود) لاصقين هنا، و الأحمر هذا و هذا الدم تاعهم منظر الفوق و لتحت .
III	5-8 هاد يشبه للعقرب الأحمر دم	ف-قراءة الإجابة م- هنا فيها كل، عرفتها من شكلها، و الأحمر أو دم عرفتو من لونو، بالاك العقرب مجروح.
IV	6-7 معرفتوش وشي الصورة أدي، مفهمتهاش زعا يكون وحش	ف-قراءة الإجابة م- في الصورة كل ، وحش أكحل يخوف، معجبتيش الصورة.
V	7-8 هدا خفاش	ف-قراءة الإجابة م-إيه ، في الصورة كل، هدا جناحو، وأدا راسو
VI	8- بعد 1:54 د معرفتهاش حتى أدي، منعرف، بالاك هدا القلب 9-هادي الرية	ف-قراءة الإجابة م-إيه، القلب هنا في الأبيض في النص، و هادي الرية ، عرفتهم من شكلهم

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

VII	10-8 هادي الروشيات تاع البحر	ف-قراءة الإجابة م- في الصورة كل، هنا (يشير لكل اللون الأسود)، مالف ديما نقعد وين الروشيات.
VIII	11-8 هدا نمر 12-8 و هادي حجرة شاعل فيها النار 13- و هادي الخضرا شجرة راح يشعل فيها النار	ف-قراءة الإجابة م- شفتو هنا على جنب، هادا و هادا، هاهو راسو، رجليه، عرفتو من الشكل. ف-قراءة الإجابة م- هنا في الأحمر و الـorangé، الحجرة عرفتها من شكلها، و النار من لونها ف-قراءة الإجابة م- هنا الأخضر، عرفتو من لونها و شكلو
IX	14-8 هادي هنا نار -شجرة 15-راس فيل	ف-قراءة الإجابة م- عرفتها من لونها ، شفتها في الـorangé، و الأخضر شجرة كيفكيف عرفتها من لونها، أي شجرة شاعلة فاها النار. ف-قراءة الإجابة م- إيه راس فيل شفتة ملتحت، عرفتو من شكلو، هادا راسو و هادو ودنيه.
X	16-8 يشبه لمقام الشهيد 17- 8 و هنا كاين رتيلاء و لخرين معرفتهمش وش، ما يشبهو لحتشي.	ف-قراءة الإجابة م- إيه مقام الشهيد، هداك تاع العاصمة، شفتو هنا (يشير للون الرمادي)، أني رحنت لذراير و شفتو، و الله بيان كيمكا ف-قراءة الإجابة م- شفتها هنا (يشير للون الأزرق)، كاين زوز، هادو رجليها، أي هي اللي تجي عندها رجلين ياسر كيمكا.

الحالة (6):

ذكر، يبلغ من العمر أربعون سنة، من مدينة عنابة، أعزب ، ترتيبه السادس بين مجموع ثلاث بنات، و خمس ذكور، يعمل بائع خضر ، نشأ في جو عائلي متوسط ماديا، يعيش حاليا مع والديه و اثنين من إخوته ، واصل دراسته حتى السنة الثامنة متوسط، لديه سوابق مرضية عائلية حيث الوالدان من الأقارب (أبناء عمومة)، يعاني العم من الفصام، تعود بداية مرضه إلى سن التاسعة عشرة أين بدأ بتعاطي المخدرات حيث دخل مستشفى الأمراض العقلية بعنابة بسبب عدوانية غيرية، حالة هيجان، قلق مرضي، هروب من المنزل، لتتوالى بعدها مرات الدخول للمستشفى لتبلغ ثماني مرات كانت آخرها سنة 2009 و كانت بسبب رفض تناول العلاج الدوائي، شجار مع الأهل، كما أنه يعاني من الهلوس السمعية (أصوات تأمره، تسبه...) هلاوس بصرية (نشوف الشواطن حمر)، هذاء الاضطهاد، اضطراب النوم، انعدام الشهية للأكل، تم تشخيص مرضه بالفصام من النوع البرانويدي و كان يتناول مضادات الذهان غير النمطية Zyprexa، إضافة لمضاد للقلق Tranxéne .

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-فراشة 2-ذيب	ف-قلت فراشة م-فراشة كحلة في كامل الصورة، و من هنا تمثل ذيب (في الأسود على الجانب) ف-كيفاه عرفتيه ذيب؟ م-عرفتو من الشكل تاعو و على خاطر على الحاشية، شوفي.
II	3-زوز خنازير يتعاركوا 4-Clown	ف- قراءة الإجابة. م-زوز خنازير يتعاركو، و الأحمر دم تاع واحد فيهم تجرح، الدم باين ماللون، الخنازير شفتهم في اللون الأسود برك mais الصورة كلها تمثل clown، بانثلي من شكل.
III	5- 02 نساء يطبلوا على البندير. 6-وهذا دم	ف-قلت زوز نساء يطبلوا على البندير م-ايه في كامل الصورة هاذو زوز نساء و من تحت بندير قعدين يطبلوا عليه، بانلي بندير من شكلو و على خاطر لونو أكحل.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

ف-قلت دم م-ايه في الأحمر هنا، عرفتو من لونو		
ف-قلت وحش م-في كامل الصورة هاو ذيل تاغو من تحت و هذا الجسم، أو أكل يخوف.	7-وحش	IV
ف-قراءة الإجابة. م-شفتها في كامل الصورة هاو جنحتها و هاو القرون، و هاو رجلاها.	8-هاذي maustique كبيرة	V
ف-قراءة الإجابة. ام-يه نجمة على خاطر من تحت . ف-قلت نقول عليها moustache م-ايه هاو ثلاث شعرات،نقول عليهم moustache تاغ قط.	9-هاذي تبان نجمة 10- و من هنا نقول عليها moustache	VI
ف-قراءة الإجابة. م- زوز نساء هذي مرا مقابلتها مرا أخرى، شفتهم هنا (Dd22)	11-زوز نساء	VII
ف- قلت 02 جمال يتسلقوا في rochers م-Oui الجمال هم هنا(يقصد اللون الوردي)، هاو باين راسهم و الباقي يشكل rochers اللي طالعين فيه.	12- زوز جمال يتسلقوا في rochers	VIII
ف-قلت شواطن م-ايه هاو شواطن، هذا الفم، العينين، الحواجب،الخشم، اليدين.	13- هاو شواطن.	IX
ف-قلت حشرة كبيرة م-ايه حشرة شفتها في كامل الصورة، أي ناموسة كبيرة،هاي يديها، فمها، خشمها.	14-هاذي حشرة كبيرة	X

الحالة (7):

ذكر، عمره 41 سنة من ضواحي مدينة قالمة، ترتيبه الثامن بين إخوته ، أعزب، نشأ في جو عائلي متدني مادياً، أب متوفي، بدأ الدراسة في سن السادسة ، و انقطع في الثانوية حيث فضل الالتحاق بالجيش إلى أن تم تسريحه بعد أن ظهرت أعراض المرض، يصفه أخوه بأنه انطوائي و لا يملك أي أصدقاء منذ الصغر.، تبدأ قصة مرضه منذ عمر الواحدة و العشرين، عندما كان جندياً أين ظهرت تغييرات في سلوكاته، أصبح حذر، يشك في جميع الناس و يقول بأنه مراقب ما جعله يدخل المستشفى العسكري بعين النعجة لمدة عشرة أيام ثم يسرح من الجيش.، بعدها تابع علاجه عند عدة أطباء عقليين و قد تميزت هذه الفترة بالاستقرار .

قبل عشرة أيام من دخوله لمستشفى الأمراض العقلية بعنابة قام المريض بمحاولة انتحارية عن طريق تسمم دوائي، حيث قام بشرب كمية كبيرة من الدواء الموصوف له ، كما صرح بوجود أفكار انتحارية و نية لإنهاء حياته ما كان سبباً لاستشفائه .

سوابق عقلية: تابع خارجياً عند أكثر من طبيب عقلي منذ سنة 2003 بسبب اضطراب الفصام غير المنتظم ، و كان آخرها عند طبيب عقلي وصف له :

Zyprexa cp10 0-0-2

Tegretol cp 400 0-1-0

وقد حافظ المريض على تناول دوائه بانتظام ، لا وجود لسوابق أخرى سواء طبية، جراحية، إدمان، سجن.

سوابق عائلية: وجود ثلاث أبناء عمومته يتابعون بالمستشفى لاضطرابات ذهانية.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
1	1-هذي تبان خفاش	ف-قراءة الإجابة. م-في كامل الصورة خفاش، أو باين خفاش، هاذو جنحيه، رأسو، يديه.
	2-هاذي avion	ف-قراءة الإجابة.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>م - Avion شفتها في كامل الصورة، كي كنت نخدم شفتها ثمة. ف- وقلت Bassin م- هذا Bassin شفتو هنا (يشير للون الأسود)، عرفتهم بالشكل.</p>	<p>bassin -3</p>	<p>II</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م- جسم الإنسان كامل و بالتحديد هاذو زوز نساء ف-قراءة الإجابة. م-هاذي فراشة باينة هاهوما جناحتها، فراشة طائرة. ف-قلت رسوم متحركة. م- ايه كي نقلبوها تولى dessin animé شفتها غير في ال noir ، هاذو عينيها، فمها، خشمها، سنيها.</p>	<p>4- هذا جسم الإنسان 5- وهاذي فراشة 6- و كي نقلبوها الصورة بالعكس تولى رسوم متحركة تاع هديك النحلة (نحول)</p>	<p>III</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-أني شبهتها برك لحوثة في البحر شفتها في كامل الصورة، هذا الذيل تاعها، المهم عرفتها من شكلها.</p>	<p>7-تبان شكل حوثة</p>	<p>IV</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-باين خفاش هاو جناحيه،و راسو، و كي نقلبو la photo نلقاو فراشة كيفكيف هاذا جناحها</p>	<p>8-هاذي خفاش vrai 9-و تشبه ثان لفراشة</p>	<p>V</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-نبات، عرفتها على خاطر تشبه للنبات لي نخطوه في المزهرية شفتها هنا(في أعلى الصورة فقط)</p>	<p>10-هادي نبات</p>	<p>VI</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-سحابة تاع رعد، شفتها في الأسود تاع كامل الصورة، كاين اللكحل و gris على هادي باننلي سحابة.</p>	<p>11-سحابة (nuage)</p>	<p>VII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-أنا بننلي نواره هي ماشي نواره 100% شفتها في الأخضر مع le gris (D8)، عرفتها من لونها و شكلها. ف-قراءة الإجابة. م-هاذو زوز حشرات جاينين كي سحلية ف-حيوانات أو حشرات م-سحلية هاذيك لي تتلون</p>	<p>12-نواره 13- 02 حشرات</p>	<p>VIII</p>

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

		شفتها في الـ rose عرفتها من راسها و الأربع رجلين.
IX	14-هاذي شجرة و النار شاعلة فيها	ف-قراءة الإجابة. م-شجرة عرفتها من لونها الأخضر و شكلها و النار عرفتها من لونها ، تبان نار شاعلة
X	15-حشرات في البحر	ف-قراءة الإجابة. م-الصورة كلها تمثل حشرات في البحر ، الأشكال تبين بلي كلهم حشرات ، mais كايين فيهم المكرزي. ف-قلت مكرزي؟ م-شوفي باينين مكرزيين. ف-قلت حشرات في البحر؟ م-إيه على خاطر الأزرق أم حشرات البحر ف-انت وش اللي خلاك تقول عليهم حشرات؟ م-الأشكال تاعهم.

الحالة (8):

ذكر، يبلغ من العمر 40 سنة، يقطن بولاية تبسة، أعزب، بطال، مستواه الاقتصادي و الاجتماعي متدني، و كذا مستواه الدراسي الذي لم يتعدى التعليم الابتدائي، أب متوفى، أم أعادت الزواج، ترتيبه الرابع بين تسعة إخوة و أخوات، دخل مستشفى الأمراض العقلية للمرة الأولى بعمر الواحدة و العشرين لتتوالى عدد مرات الاستشفاء التي غالبا ما تكون بسبب انقطاعه عن الدواء، يتعاطى المخدرات بين الفينة و الأخرى (كالحشيش)، الخال يتابع عند الطبيب العقلي، إلا أننا لا نعلم بالتحديد نوع المرض، قام بمحاولتين انتحاريتين، الأولى عن طريق التسمم الدوائي، و الثانية عن طريق الشنق.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 تقول عليه بوجليدة 2- و تقول عليها ثاني طيارة	ف-قراءة الإجابة م-هاذو جناحيه و منا راسه. ف-قراءة الإجابة م-هنا (يشير لـD4)، عرفتهم من زيهم
II	3-8 هذا التراب 4-الدم هنا و هنا 5- و هذا الماء	ف-قراءة الإجابة م- تراب تاع الأرض (D6)عرفتو من شكلو ف- قراءة الإجابة م- الدم شفتو في الأحمر، عرفتو منو هو، مألون، تاع واحد مجروح، بصح مكانوش، كاين غير الدم ف-قلت الماء أهو هنا في الأبيض في النص، أو كالبركة.
III	6-8 زوز نساء هازين راس مقصوص، و هذا قلبو خارج ثان	ف-قراءة الإجابة م-أم زوز نساء قتلو راجل،هذا الراس تاعو مقصوص، و هذا قلب خرج مالتعب، هو كاين زوز قلوب و الدم هنا و هنا
IV	7-7 هذا وحش	ف-قراءة الإجابة م-إيه وحش كي عاد كبير و أكحل

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

V	8 هذا حيوان مقسوم على زوز.	ف-قراءة الإجابة م-أي بالاك غزالة مقسومة على زوز، و هنا ظهرها مكسر، شففتها في الصورة كل.
VI	9- ٨ هذا بانلي جبل 10- و هذا Pont	ف-قراءة الإجابة م-جبل هنا و ال pont هنا، عرفتهم مالشكل
VII	11- تشبه لجلد تاع البقرة	ف-قراءة الإجابة م-شففتو في الصورة كل، بانلي من شكلو، أو جلد مقطع ياسر
VIII	12- ٨ زوز دببة 13- شجرة 14- نار	ف-قراءة الإجابة م-شففتهم هنا في الوردى، زوز دببة وردى بصح أنا عرفتهم غير مالشكل برك. ف-قراءة الإجابة هذي هنا (D8)، عرفتها مالشكل ف- قلت نار م- شففتها هنا (D2)، عرفتها ماللون تعها برك.
IX	15- ٨ واد 16- هذا بانلي دم	ف-قراءة الإجابة م-إيه، شففتو في (D2) عرفتو من شكلو، و الدم عرفتو من لونو، شففتو ملتحت (D6)
X	17- ٨ شغل أخطبوط 18- و هنا بالاك حوت	ف- قراءة الإجابة م-شففت هنا (تشير للأخضر السفلي)، عرفتو من شكلو. ف- قراءة الإجابة م-إيه يشبه للحوت، عرفتو من شكلو، شففتو هنا (D2) .

الحالة (9):

ذكر، عمره 39 سنة، أعزب، بطل، مقيم بمدينة عنابة ينحدر من مدينة تبسة، ذو مستوى معيشي منخفض، ترتيبه الرابع من بين أخوين و ثلاث إناث، يعاني دائما من مشاكل مع والده (أب متسلط، عديم المسؤولية، مازال يضرب الحالة و أمه لحد الآن على أتفه الأسباب)، تدرس في سن السادسة من عمره، إلا أنه توقف عن الدراسة بعد رسوبه بالسنة الثامنة متوسط.

تعود بداية مرضه إلى سن العشرين، حيث أصبح يتكلم كثيرا عن الإرهاب، جهاز الاستخبارات إلا أنه لم يعالج عند الطبيب العقلي بل بقي يعالج تقليديا (رقية، شعوذة)، حتى سن الواحدة و العشرين أين تابع العلاج خارجيا عند طبيب عقلي بعد معاناته من الأرق، هذاء التأثير و المرجعية "بوتفليقة يضحك معايا في la télé، بوتفليقة يسمعي و يجاويني من la télé و بيعتلي beaucoup des messages في الخطاب تاعو و غير أنا اللي نفهم عليه" هذاء الاضطهاد "ديما كايين ناس يتبعو فيا، أي نعرفهم هم ال SM، الناس كل يغيرو مني و يكرهوني و يحبو يحطموني"، و هلاوس سمعية بصرية "نشوف الملائكة و نهدر معاها"، عزلة و انسحاب اجتماعي، كما حاول الانتحار خمس مرات، إلا أنه دخل مستشفى الأمراض العقلية مرتين فقط سنة 2014 بسبب محاولة انتحارية، اضطراب السلوك، اضطرابات النوم، لا يعاني من أي سوابق جسمية، سمية، جراحية، عدلية.

تم تشخيص مرضه بالفصام من النوع البارانويدي، و يتعاطى من الأدوية: مضادات الذهان غير النمطية-مضادات الاكتئاب-مضادات القلق.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-سلسلة فضة	ف-قلت سلسلة فضة م-سلسلة argenté تاع نساء، اللي يلبسوها في رقيبهم، شفتها في كامل الصورة .
II	2-لوحة زيتية 3-فراشة حمراء 4- 02 كلاب	ف- قراءة الإجابة م- كامل الصورة عبارة عن لوحة زيتية، كيما Les photos اللي نشفوهم يتباعو . و شفت فراشة حمراء هنا في الأحمر السفلي.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

ف-قلت 02 كلاب م-زوز كلاب كحل، شفتهم هنا، متعاركين، أم خطفين بعضهم منا		
ف-قلت cravate م-ايه تقدر تكون في الأحمر في الوسط ، و الآخر قلت راس قط (هاي عينييه، الـ moustache) في الأسود كله.	Cravate-5 6-رأس قط	III
ف-قلت شجرة م-شجرة ميتة، أي كحلة باينة ميتة، شفتها في كامل الصورة ف-قلت 02 رؤوس جمل. م-شفتهم كي دورت الصورة بالمقلوب بانولي رؤوس جمل، مذبوحين، مانيش SUR، كيفماه كاين غير الراس وحدو؟ شفتهم هنا على الجانب هنا و هنا برك.	7-شجرة 8- 02 رؤوس جمل	IV
ف-قلت خفاش م-هاذي باينة خفاش، هاهم جنحيه، وقرون الاستشعار.	9-هاذي خفاش	V
ف-قلت guitar م-عرفتو من شكلو بيان قيتارة	10-قيتار	VI
ف-قلت رؤوس خنزير م-هاهم في أربعة، رؤوس خنازير مقصوصة.	11-هاذي صعبية ، رؤوس خنزير	VII
ف-قلت كاين 02 drapeaux م-أعلام في الأخضر اللي في نص و الآخرين 02 نمورة اللي باللون الـ rose (à coté)	12-هنا كاين 02 drapeaux 13- و 02 نمورة	VIII
ف-قلت نار م-نار اللي باللون البرتقالي، أي النار كي تعود شاعلة يعود اللون تاعها هكذا.	14- هاذي نار شاعلة	IX
ف-قلت لوحة زيتية م-الألوان تاعها تخليها تبان بلي لوحة زيتية كيما اللي يتباعو تاع بيكاسو، كاين taches de peinture (le bleu) les fleurs عرفتهم من شكلهم (اللون البني)	15-هاذي لوحة زيتية en général Les fleurs	X

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قلت 02 فئران م-ايه أنا بانولي 02 فئران(في اللون الرمادي من فوق على الجانبين)،عرفتهم من الشكل و اللون الاتنين معا. هاذما كل داخلين في اللوحة الزيتية.</p>	<p>02 فئران</p>
---	-----------------

الحالة(10):

ذكر، يبلغ الأربعون من عمره، ينحدر من ولاية تبسة، بطل، أعزب، ترتيبه الثاني لثلاث إخوة أشقاء، كما لديه خمسة إخوة غير أشقاء من والده (حيث أن والدة الحالة هي الزوجة الثانية)، توفي والده و عمر بلال أربع و عشرون سنة، ذو مستوى اقتصادي ضعيف، انقطع عن الدراسة بالسنة السابعة أساسي، يعيش مع أمه و أخيه، يتعاطى المخدرات من نوع الكيف و كذلك الكحول منذ السادسة عشرة من عمره، دخل السجن لمدة شهرين لحمله السلاح الأبيض، دخل مستشفى أبو بكر الرازي أول مرة بعمر الثالثة و العشرون بسبب عدوانية غيرية حيث ضرب أمه إضافة لمعاناته من هلاوس سمعية، حسية، هذيان الاضطهاد، هذيان العظمة، اضطرابات النوم (الأرق). إلا أنه كان يعالج خارجيا عند طبيب عقلي منذ عمر التاسعة عشرة ، حاول الانتحار بعمر السادسة و العشرون بعدما قام بذبح نفسه، ثم أعاد محاولة الانتحار بعمر الواحدة الثلاثون.

الدواء:

Haldol- Nozinon- Sowel

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-7 تشبه لجرانة 2-8 و كي نقلبوها تولي تشبه لأم الليل	ف-قراءة الإجابة م-هكا جرانة، أهم الرجلين، و العينين، و كي نقلبوها نلقاو أم الليل، هذو الجناح، وكحلة كيفو (يقصد الخفاش)
II	3-7 هذا المسلان 4- العضو تاع المرا 5- وهذا الرحم	ف-قراءة الإجابة م-شفتو في الأبيض ف- قراءة الإجابة م-هنا، عرفتو من الشكل، و هذا الرحم (الأسود)
III	6-8 أدية معرفتهاش، مشي باينة لي، (بعد (3:45)	ف-قراءة الإجابة م-شفت غير فراشة في النص، فراشة حمرا، عرفتها من الشكل و اللون

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	هنا كاين فراشة	
ف-قراءة الإجابة م-أي شجرة ميتة، أكي تشوفي فاها كحلة خلاص، أي pourri، عرفتھا من شكلھا و لونها	7-8 صعيب ياسر الاختبار أداء، بعد (02:5د) تقدر تكون شجرة	IV
ف-قراءة الإجابة م-إيه، في الصورة كلها، منعرف أنا بانلي escargot	6:15 v-8 د أدا شغل escargot	V
ف-قراءة الإجابة م-ملفوق العمود الفقري، و التحت الآلة التناسلية تاع المرا، متعرفيش الآلة التناسلية؟ قريناها بكري، كيفما متعرفيهاش؟ معناها الأعضاء التناسلية تاع المرا	9-8 العمود الفقري 10- و هذي الآلة التناسلية تاع المرا	VI
ف-قراءة الإجابة م-إيه المسلان مذوبينو ب l'acide، المسلان شفتو هنا(الأسود) و l'acide أو في الأبيض هذا(الوسط)	11- صور مشهم ملاح أد المسلان	VII
ف-قراءة الإجابة م-هذوما (الأحمر في الأسفل)، عرفتھم من الشكل واللون بصح الرية هذي أي راح تنقاس، راح تخمج على جال ملتحت، شوفي اللون تاعها كيفما، و الآخرين معرفتهمش، مشهم باينين.	12- 8 يشبهو للرتنين	VIII
ف-قراءة الإجابة م-من تحت الرحم، و هذما المبيضين(البرتقالي)، و في النص يشبه للعمود الفقري، عرفتھم كل من شكلهم	13-8 هنا كاين الرحم 14-المبيضين 15- و هذا يشبه للعمود الفقري	IX
ف-قراءة الإجابة. م-هنا في الأزرق، عرفتھا من شكلهم، عينين تاع الشيطان. معجبنيش الاختبار أداء، معندو حتى معنى، الصور كلها تخوف.	16-8 هذم يشبهو للعينين	X

الحالة (11):

ذكر، عمره واحد و أربعون سنة، أعزب، يقطن بمدينة عنابة، بطل، الأخ الأصغر لذكريين و بنت، مستوى معيشي منخفض جدا حيث يعيش في فقر مدقع ، توقف عن الدراسة في السنة الثانية متوسط، الأب توفي سنة 2000 بعد قيامه بشنق نفسه ، كانت بداية مرضه في سن السابعة عشرة أين دخل المستشفى بسبب محاولة انتحارية، الهلوس السمعية البصرية (نشوف الملائكة و الشياطين و نسمعهم، الجن يهدر معايا...)، قلق شديد، عزلة، قلة الأكل، كثرة النوم.

تعتبر هذه هي المرة الخامسة التي يدخل فيها لمستشفى الأمراض العقلية بعنابة و قد كانت بسبب عدوانية غيرية جسدية و لفظية، عزلة و انسحاب اجتماعي، مع وقف العلاج الدوائي لمدة تسعة أشهر. أما عن المرات السابقة فقد كانت المرات الأولى و الثانية للاستشفاء داخل المستشفى بسبب المحاولة الانتحارية، أما الثلاث مرات الأخيرة فقد كانت بسبب اضطراب النوم مع نشاط هذائي كبير مرتبط بهلوس سمعية بصرية، إضافة لعدوانية لفظية جسدية غيرية قد تكون ناتجة عن وقف العلاج الدوائي لعدة أشهر نظرا للحالة المادية للمريض حسب تصريحاته.

في الفحص العقلي نلاحظ مريض غير مستقر نفسحركيا، يعاني من عدم النوم (الأرق) لعدة أيام دون تعويض ، ذو ثياب متسخة رثة مهمل، مهمل لنظافته الشخصية، ملامحه تعبر عن عدم الاهتمام بما حوله، مزاجه بارد. التواصل معه كان سطحي، يخفي أكثر مما يبديه مع الإنكار. حديثه مقتضب جدا، مع نبرة منخفضة. حياته اليومية مضطربة بسبب اضطراباته السلوكية حيث يقوم بجمع النفايات، يحمل معه سلاح أبيض، و يفتعل الشجار مع المارة.

شخص من طرف الطبيب العقلي بأنه مريض مصاب بالفصام غير المنتظم حسب DSMIV، بسبب إهمال النظافة الشخصية، تجميع مرضي، عدوانية جسدية لفظية غيرية، برودة، هذاء الاضطهاد مرتبط بالهلوس السمعية البصرية، حيث يقول بأن هناك رجلا يدعى... يريد قتله، ما جعله يحمل معه سلاحا أبيضاً ليدافع عن نفسه، كما يصرح أيضا بأنه يسمع أصوات رجال يتكلمون.

عن المحاولتين الانتحاريتين فقد كانت الأولى بماء الجافيل، و الثانية بمفك براغي قام بطعن نفسه به (جهة البطن) أوقفته أمه.

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-هاذا papillon 2- on dirait chauve souris	ف-قلت papillon م-هنا في les cotés و chauve souris هنا في الوسط، هنا غير في centre
II	3- زوز قرودة 4- papillon 5- و الأحمر زوز دجاجات	ف- قلت زوز قرودة م-ايه زوز قرودة من نوع الكبير أم زوز غوريلا، دخل معاهم شوية برك تاع الأبيض، الطرف أدا. ف-قراءة الإجابة م- Papillon هنا في الأحمر من تحت، من شكل باين خلاه. ف-قراءة الإجابة م- زوز دجاجات في الأحمر مالفوق، شكلهم واضح أم زوز دجاجات حمر.
III	6-لكحل هذا deux dindes	ف-قلت deux dindes م-ايه On dirait deux dindes في لكحل، أم deux dindes يضربوا في زوز خرفان
IV	7-شجرة ميتة	ف-قلت شجرة ميتة م-ايه شجرة ميتة، أغصانها ناشفين، شايحة، وراقها هابطين من شياحة ياسر عادت كحلة، شجرة ميتة.
V	8- chauve souris	ف-قلت chauve souris م-في كامل الصورة، شكل تاعو باين، هاندو جنحيه
VI	9- papillon	ف-قلت papillon م- نعم، شفتها في كامل الصورة
VII	10- papillon	ف-قلت papillon م-ايه papillon حتى هو، فيها كل.
VIII	11- هنا papillon 12- papillon	ف- قلت papillon م-نعم كاين papillon هنا(يشير للون الأخضر و الرمادي في الأعلى، كاين papillon وحد آخر، أم راح يتعاركوا.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>لا ما يشبهوش لبعضاهم و كل واحد وحدو،هذا إجابة و هذا إجابة ف- قراءة الإجابة م- قلت زوز فيران بصح أم وردي، عرفتهم من الشكل تاعهم بصح اللون خاطي غير مالشكل برك.</p>	<p>13- زوز فتران</p>	
<p>ف- قلت papillon كبير م-ايه شكلو كبير على خاطر أو في الصورة كل.</p>	<p>14- papillon كبير</p>	<p>IX</p>
<p>ف- قلت: لوحة فنية. م-لوحة فنية في كل الصورة فيها أشكال تبين الحياة البحرية ، كايين حيوانات بحرية تحت الماء ، exemple هنا كايين crabe، نعم ، في ال marron شكلو يبين بلي crabe، داخلين في اللوحة الفنية.</p>	<p>15- لوحة فنية</p>	<p>X</p>

الحالة(12):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثين من العمر، ينحدر من ولاية سوق أهراس، أعزب، بطال، الأخ الأكبر لأختين تصغرانه في السن، عائلته ذات مستوى اقتصادي متدني، توقف عن الدراسة في مستوى الثالثة ابتدائي، يتعاطى المخدرات من نوع الكيف منذ سن الثالثة عشرة ، دخل السجن لمدة عامين وكان عمره آنذاك عشرون سنة فقط، ظهرت أعراض المرض بعد خروجه من السجن مباشرة تمثلت في اضطرابات السلوك و انتهت بمحاولته الانتحار بإشعال النار بملابسه بواسطة ولاءة في مرحاض منزلهم و مقاومة إطفائه ، دخل على إثرها مستشفى الأمراض العقلية الرازي بعنابة لأول مرة، دخل هذه المرة بسبب اضطرابات السلوك(عدوانيته اتجاه عائلته، إهمال النظافة الشخصية، التجوال المرضي).

دخل المريض القاعة بكل هدوء، يحافظ على الاتصال البصري، الاتصال معه ممكن إلا أنه سطحي، خطابه فقير، حديثه مفهوم في عمومه ، ملامح وجهه تعبر عن القلق ، أفكاره غير متسلسلة، غير مترابطة، يعاني المريض من هذاء الاضطهاد، مزاج محبط، عدوانية اتجاه الآخرين، أرق، حياته اليومية يميزها وحدته و انعزاله حيث يمضي أياما دون الخروج من المنزل يدخل السجائر الواحدة تلو الأخرى، مهملا نظافته الشخصية.

تم تشخيص المريض باضطراب الفصام النوع غير المنتظم

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هادي تشبه لفراشة 2- و فاها كل تبان طيارة	ف-قراءة الإجابة م-هنا برك (يشير للوسط)، بصح كلها تبان طائرة نفائة.
II	3-8 هادا يشبه للحزون 4- و الملفوق دم	ف-قراءة الإجابة م-إيه، هنا في الأحمر ملتحت، عرفتو من شكلو، مكانش حلزون أحمر ف- قراءة الإجابة م- دم، متعرفي الدم، عرفتو من لونو.
III	5-8 هادوما زوز رجال	ف -قراءة الإجابة م-شفتهم هنا(يشير للأسود)، أم متعاركين على حاجة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	6- و هادا هنا يشبه للقلب	ماعرفتهاش وشي هي. ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا في النص، عرفتو من شكلو و لونها، القلب أو يجي أحمر.
IV	7-7 معرفتوش وشي هو هدا . وحش	ف-قراءة الإجابة م-في الصورة كل ، وحش انساني بصح خرافي، هادو رجليه، وراسو، وحش على خاطر كبير و أكحل.
V	8-8 هدا معرفتوش وش ،وش أدي الأشكال كلها مشي مليحة. جدرة ميتة	ف-قراءة الإجابة م-إيه ، شفتها هنا فيها كل، تشبه للجدرة هاداك الجدع تاع الشجرة كي تموت يقصوها، هادي تشبهلها.
VI	9-8 منعرف، تشبه ل rocher	ف-قراءة الإجابة م-إيه، فيها كل، من شكلها
VII	10-8 هادي تقول عليهم حجرات فوق بعضاهم	ف-قراءة الإجابة م-في الصورة كل، هنا(يشير لكل اللون الأسود)، تبان ثلاث حجرات فوق بعضاهم، زيهم باين.
VIII	11-8 هنا النار 8-12 و هدا ضبع	ف-قراءة الإجابة م-إيه، هنا في orangé و الأحمر، عرفتها من لونها، هي اللي تجي دايرة هكا. ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا على جنب، هادا راسو، عرفتو من شكلو.
I	13-8 هادي ثاني نار كيما اللي قبلها و لخرين معرفتوش	ف-قراءة الإجابة م-هنا، عرفتها من لونها ، شفتها في orangé، أي نار شاعلة
X	14-8 الأحمر نار 15-8 و الأخضر حشيش	ف-قراءة الإجابة م-إيه، عرفتو من لونها، و قلت لك الأخضر هذا(يشير للأخضر السفلي) حشيش، كيفكيف عرفتو من لونها

الحالة (13):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثون من العمر، ينحدر من ولاية الطارف، بطل، أعزب، الأخ الأصغر لثلاثة إخوة، عائلته ذات مستوى اقتصادي متوسط، درس حتى السنة السادسة ابتدائي ثم توقف لضعف نتائجه الدراسية، تعاطى المخدرات (الكيف) بين الفينة و الأخرى إلا أنه توقف منذ سنة تقريبا، في الأمراض الجسمية نجد مرض السكري، كذلك في السوابق المرضية العائلية نجد العم مصاب بمرض عقلي (لم نستطع تحديده)، دخل مستشفى الأمراض العقلية أول مرة و عمره ثلاث و عشرون سنة، بسبب اضطراب السلوك، عدوانية غيرية خصوصا اتجاه الأم حيث حاول خنقها، انعدام النوم لثلاثة أيام متتالية، دخل بعدها مستشفى الأمراض العقلية مرتين، حيث الثانية بسبب محاولته الانتحار بسلاح ناري بعد أن قام بالشجار مع عائلته وجه السلاح الناري إلى رأسه، إلا أن الأخ قام بافتكاكه و المجيء بالحالة للمستشفى، أما المرة الثالثة فهي بسبب اضطراب السلوك حيث افتعل شجارا مع الأهل و قام بتكسير ممتلكات المنزل بعد أن توقف عن تناول الدواء، دخل هذه المرة المستشفى بسبب اضطراب السلوك من نوع العدوانية على الآخرين، عدم الاستقرار النفسي، اضطراب النوم (أرق كلي يرجع لعدة أيام)، إضافة لمعاناته من الهذات فنجد الهذاء الديني "الرسول هو اللي بعثني في مهمة باه نقتل اللي ما يامنوش بيه"، هذاء الاضطهاد "الناس يتجسسو علي، أني علابالي بيهم، أني نسمعهم يهدروا". هلاوس سمعية.

دخل المريض القاعة مسرعا، جلس دون استئذان، ملابس نظيفة إلا أنها غير مرتبة، مضطرب، يلتفت عند أي صوت، نظراته مخيفة مهددة، تعابير وجهه صارمة تعبر عن القلق، صرح بأنه قد تعب من الأصوات و أنها قد أرهقته كثيرا لدرجة أنه أراد قتل نفسه، كما أنها أمرته بذلك، فكره متسارع كما أن محتواه مضطرب بالهذيان.

شخص مرضه بالفصام البارنويدي.

برتوكول الحالة مراد:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
1	1-خفاش	ف-قراءة الإجابة م-هاي الأجنحة و هاي سنیه، نياب تاغو، يديه، عينيه، خشمو

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م-دم في اللون الأحمر، عرفته من لونه. ف-قراءة الإجابة م-هاي يديه في كامل الصورة كامل الصورة مكرزية</p>	<p>2-الدم 3-Crabe 4-عنكبوت</p>	<p>II</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-لأحمر دم ف- قلت زوز أشخاص يتعاركو م-زوز أشخاص يتعاركو تنظر الدم من راسهم، و هذا قلبهم خرج قاعد يضرب بالقوة وراح يحبس. ف-هذا قلب المتعاركين؟ م-لا هذا قلب وحدو، خرج وحدو قاعد يضرب راح يحبس.</p>	<p>5- الدم، 6- زوز أشخاص يتعاركو 7- قلب</p>	<p>III</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-هاذا الجدع تاع الشجرة و الأوراق تاعها هابطين عليه، وراق ميتين. ف-علاه قلت ميتين. م-كحل و هابطين، الورقة الميتة هي اللي تهبط كيفكا.</p>	<p>8-شجرة</p>	<p>IV</p>
<p>ف- قلت خفاش م-ايه صح خفاش،هاذا هو الخفاش في كامل الصورة. ف-كيفاه عرفتي بلي أدا هو الخفاش صح؟ م-هذا عندو راسو،رجليه، يديه، باين باين.</p>	<p>9-هذا خفاش،الآخر ماشو خفاش أني غلط هذا هو الخفاش</p>	<p>V</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-هي الصورة في الأول تبان عقرب mais كي تركز مليح تبانلك عنكبوت، هاو الذيل، و الأرجل المهم كامل الصورة تبان عنكبوت</p>	<p>10-عقرب، لا عنكبوت</p>	<p>VI</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-هاذو يديهم، و هذا الرأس، و هذا الشعر طالع الفوق و الصورة كلها تمثل أطفال صغار توأم لاصقين مع بعضهم. أي صورة تمثل الأخوة.</p>	<p>11-اثنين أطفال صغار</p>	<p>VII</p>

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م- 02نمور طالعين فوق الشجرة (الأحمر + الأخضر)</p>	<p>12-حيوان طالع فوق شجرة</p>	<p>VIII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-رتنين في جسم الانسان(في الأخضر) م-الطحال في الوسط م- و المرارة في الأسفل</p>	<p>13-رتنين 14-الطحال 15-المرارة</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م- هادي جمجمة شخص هادو عينييه،و هاذا الأنف، و هادي crevette زرقا، و crabe خضرا، عرفتهم من شكلهم هادو مع بعضاهم كل؟ لا كل وحدة وحدها.</p>	<p>16-هادي تمثل جمجمة 17-crevette 18-crabe</p>	<p>X</p>

الحالة (14):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثين من العمر، ينحدر من ولاية تبسة، أعزب، بطال، ذو مستوى اقتصادي منخفض، انقطع عن الدراسة بعد أن أعاد السنة التاسعة متوسط، هو الأخ الوحيد لست بنات و أخ مات بسبب حادث مرور بين يدي الحالة، ترتيبه الخامس بينهم، يقطن مع والديه و اثنين من أخواته، يتعاطى المخدرات من نوع الكيف، دخل السجن لمدة ستة أشهر بتهمة الإرهاب في عمر التاسعة عشرة، دخل مستشفى الأمراض العقلية بعنابة لأول مرة بعمر الواحد و العشرين بسبب اضطرابات السلوك من نوع العدوانية على الآخرين، أرق، انسحاب اجتماعي، دخل المستشفى هذه المرة بسبب اضطرابات السلوك (عدوانية على الغير)، أرق، انسحاب اجتماعي، قلق شديد. أما عن محاولاته الانتحارية فقد كانت الأولى بسيارته حيث حاول قتل نفسه باغراقها في بحيرة، و الثانية عن طريق سلك كهربائي.

دخل المريض القاعة متباطئا، شعر غير ممشط، محتوى فكره غير متصل.

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 تقول علاها فراشة 2- و تقول عليه ثاني radio	ف-قراءة الإجابة م-هاذو جنحين و منا راسها، ف-قراءة الاجابة م-هنا في الصورة كل، radio كي عادت كحلة.
II	3-8 هذا يشبه للغوريلا 4- و هذما 02 حصونا	ف-قراءة الإجابة م- أم 02 غوريلات يخمسوا مع بعضاهم، أهم شغل اتفاق يديهم في بعضاهم (يشير للون الأسود). ف- قراءة الإجابة م- عرفتهم من شكلهم، يضحك مكانش حسان أحمر. (الأحمر في الأعلى)
III	5-8 زوز نساء هازين زوز قلل (مزهرية)، و حالين squelette	ف -قراءة الإجابة م-إيه، هازين زوز مزهريات و يحلوا في squelette ف-يحلوا في squelette? م-إيه هنا مالتحت، شوفي أهي squelette تاع عبد، قاعدين يسلخوا فاها.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-يسلخوا فاها؟ أهي باينة من شكلها قاعدين يحلوا فاها. ف-فهمني هازين زوز مزهريات و حاكمين بها squelette ؟ م-إيه حتى أنا ثاني مشني فاهم، بصح بانثلي هكا.</p>		
<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه فاها كل، عرفتها من شكلها،بصح هادي الفراشة ناقصة جنحين.</p>	<p>6-7 هذا يشبه للشكل تاع الفراشة تاع قبيلة</p>	<p>IV</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-فراشة عادية، شفتها فاها كل، بصح هذي عرفتها قدقد مش بالمقلوب (يتكلم عن وضعية اللوحة)</p>	<p>7-8 كيفيف، هادي ثاني فراشة</p>	<p>V</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-سيف مرشوق بين زوز جلود، شفتها فاها كل، عرفتها من الشكل.</p>	<p>8-8 هذا تقول عليه سيف مرشوق بين زوز جلود</p>	<p>VI</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-هنا في اللولة هذي، تقول زوز وجوه تاع عباد، نقدر حتى نقلك تاع رجال.</p>	<p>9-7 معرفتوش وشي هو، يقدر يكون زوز وجوه .</p>	<p>VII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه هذا راديو تاع إنسان ملداخل، عرفتو من الشكل تاعو، شفتو في الصورة كل.</p>	<p>10-8 راديو تاع جسم إنسان.</p>	<p>VIII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه، فاها بكل (في كامل الصورة)، عرفتو من شكلو.</p>	<p>11-8 هادي كيف لوخرا، غير هادي متبدلة شوية، أكبر شوية، أو الجهاز العصبي.</p>	<p>IX</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م-شفتهم هنا(يشير للون الرمادي)، عرفتهم من شكلهم. ف- قراءة الإجابة م-إيه، يشبهو للوخرين، شفتهم هنا (يشير للبرتقالي) ف- قراءة الإجابة م-بيان بقعة تاع دم، عرفتو ملون تاعو</p>	<p>12-8 شغل زوز فرسان و بيناتهم سيف. 13- و هنا ثاني زوز فرسان و بيناتهم سيف 14- لحر هذا زي الدم</p>	<p>X</p>

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

ف- قراءة الإجابة م- لا أو مستأش واحد كبير، في اللخضر أدا .	15- ملتحت كاين زوز مساتيش (moustache)	
---	--	--

الحالة (15):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثون من العمر، قاطن بولاية تبسة، عاطل عن العمل، أعزب، الأخ الأصغر لأخوين أكبر منه، حامل لشهادة جامعية، عائلته ذات مستوى اقتصادي متوسط، لم يتعاطى أي نوع من المخدرات، لا يعاني من أي سوابق مرضية عائلية، أو سوابق عدلية، حاول الانتحار مرة واحدة بتسمم دوائي، بعد أن قام بشرب كل الدواء الموصوف له دفعة واحدة.

حدد مرضه اضطراب الفصام النوع البرانويدي

دخل القاعة ببطيء، لا يبتسم أبدا، يعاني من البرودة العاطفية، اجاباته قصيرة و على قدر السؤال

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هادي فراشة معندهاش راس	ف-قراءة الإجابة م-أي هنا (يشير إلى كامل الصورة)، normalement يجي راسها هنا ملفوق، mais ماكانوش، أي فراشة معندهاش راس، راسها مقطوع.
II	2-8 معرفتهاش، معندها حتى معنى، (بعد 02 د) بالاك زوز أرانب. 3- و هذا دم	ف-قراءة الإجابة م-زوز أرانب، شفتهم هنا (يشير للكتلة السوداء)، عرفتهم من شكلهم بانولي زوز أرانب. ف- قراءة الإجابة م-دم في الأحمر من تحت، عرفتو من اللون، أو الدم تاع الأرانب، صيدوهم، أم مجروحين.
III	4-8 هذي لفراشة	ف-قراءة الإجابة م-في الأحمر في النص، بصح عرفتها من الشكل تاعها برك.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

IV	5-7 هذا يقدر يكون chauve souris	ف-قراءة الإجابة م-فيها كل ، هادو عينيه، و هذا جناحو، و أكحل كيما chauve-souris
V	6-8 فراشة	ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل، باينة، هاهو جناحها، و راسها.فراشة.
VI	7-8 تشبه لفار	ف-قراءة الإجابة م-أدا فار مشرح، في الصورة كل، عرفتو من شكلو.
VII	8-7 معندها حتى معنى بعد 0:56 د تبان on dirait مخ	ف-قراءة الإجابة م-مخ في الراس، أو مخ تاع معزة شفتها فيها كل، من شكلو باين.
VIII	9-8 هذو زوز فيران 10- و هنا أي ondirait شجرة.	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم في الـ rose à coté ف-قراءة الإجابة م-أيه ondirait sapin، شفتها هنا(يشير للأخضر و الرمادي)، عرفتها مالشكل و اللون. ف-قراءة الإجابة م-ملتحت هدوما، عرفتهم من الشكل تاعهم.
IX	12-8 زوز شجر 13- و هنا شغل راس فيل	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم هنا(اللون البرتقالي)، عرفتهم من الشكل، بانولي شجر. ف-قراءة الإجابة م-في الوردي ملتحت عرفتو من شكلو، هذا راسو، وذنيه يجيو كبار، و هذا الخرطوم.
X	14- معرفتهاش (بعد مدة من الزمن) بالاك وردة.	ف-قراءة الإجابة م-وردة في الأحمر هنا، عرفتها من الشكل، هنا الأوراق (Dd22) و هذا الكأس تاعها(يشير للون الرمادي) ف-قلت الكأس؟

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>م-كأس الوردة،قريناه في مادة العلوم بكري، اللي يجي فيه الأوراق تاع الوردة. ف- قراءة الإجابة. م-في الأزرق، عرفتها من الشكل، و هاذو les tentacules.</p>	<p>15- و هذا أخطبوط</p>	
---	-------------------------	--

الحالة (16)

ذكر، يبلغ الأربعين من العمر ، ينحدر و يقطن بضواحي مدينة سوق أهراس، مطلق منذ سنة و أب لبننتين، ترتيبه الثاني لأربع إخوة ذكور و أربع أخوات إناث،انقطع عن الدراسة عندما لم يتحصل على شهادة التعليم المتوسط ليدخل عالم الشغل بعدما قام بتكوين مهني أهله ليعمل كميكانيكي ،ذو مستوى إقتصادي و اجتماعي متوسط، ليس لديه سوابق مرضية في العائلة، أدخل المستشفى بسبب رفضه تناول الدواء، اضطرابات سلوكية و سلوكيات جنسية محرمة اتجاه ابنتيه.

الحالة يعالج بمستشفى الأمراض العقلية بعنابة أبو بكر الرازي منذ سنة كان عمره عشرون سنة، و يخضع للعلاج الدوائي الأتي مضادات الذهان غير النمطية 10cp Zyprexa Tegritol 25 ;Nozinon cp400 ;

دخل الحالة قاعة المعاينة بملابس رثة، متسخة،أظافر طويلة، شعر غير ممشط،تعابير وجهه تعبر عن الغضب، غير مستقر حركيا حيث يقف كل برهة، يتكلم بسرعة و قد اتهم أسرته خصوصا إخوته برغبتهم أخذ منزله الخاص، و التعدي جنسيا على زوجته و ابنتيه.

حياته اليومية مضطربة بسبب عدم استقراره النفسحركي، يمضي يومه بالشجار مع جيرانه، و التعدي بالضرب على أمه و أخته، حسب أقوال إخوته فقد قام بمحاولة التعدي جنسيا على ابنتيه، يعاني من الأرق منذ عدة أيام دون تعويض (لا ينام ليلا و لا نهارا أيضا).

لا يولي أهمية لنظافته الشخصية، يعاني من مزاج غاضب، برود في العاطفة ،سياق الفكر متسارع مع هروب الأفكار ، هذاء الاضطهاد ذو ميكانيزم تفسيري (خاوتي يتهمو فيا بلي تعديت على بنياتي، حبيئلي الشر على خاطر يغيرو مني، أنا عندي زوز ديار، بنيتهم وحدي، هما ما دارو والو في حياتهم)، (خاوتي تعداو على مرتي)، (حبيئ يديولي الدار علاديكا جابوني هنا).

تم تشخيصه بمرض الفصام من النوع غير المنتظم

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابات	التحقيق
1	1-تقدر تكون فراشة	ف-قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	2-ولا رأس	م-نعم،تقدر تكون فراشة، و هادو جناوحها. ف- قراءة الإجابة م-معروفنوش وشي هو قدقد ، بالاك تشبه لراس ملداخل، أي مخ إنسان
II	3-روز خنازير 4-خريطة تونس	ف-قراءة الإجابة م-هادو روز، خنزير ملفت لوخر، هذي وذنيه، و ناب. ف- قراءة الإجابة م-هاذي هنا à droite (يشير إلى الأسود)
III	5- (بيتسم) هادي تقول عليها آثار الهقار 6- هنا يشبهو لزوز نساء يطيبو	ف-إعادة الإجابة م-الآثار اللي في الصحراء، أي كاينة في الأصهار في تمرناست ،أنى خدمت التم و شفتهم، أي كيما هادي اللي في الصورة كل. و كي نشوفو هك تبان تقول زوز نساء قاعدين يطيبو، شوفي أي باينة(يشير للأسود)
IV	7-مقطع طولي لفار	ف-قراءة الإجابة م-إيه تشبه لمقطع تاع فار مشرح، هادا الراس، و هادي الفريسة
V	8- فراشة	ف-قراءة الإجابة م-في كامل الصورة و عرفتها من شكلها هادو جناوحها
VI	9-هاذي حوتة مشرحة	ف- قراءة الإجابة م-إيه حوته مشرحة، كاين المحور تاعها و هذا لحمها
VII	10-تقدر تكون خريطة لقارة إفريقيا 11- و هادو زوز حيوانات يسلمو على بعضاهم	ف-إعادة الإجابة م-إيه شفتها في la télé تشبهلها خلاص، في الللكل كلو ف-قراءة الإجابة م-هنا في المالفوق برك (يشير باصبعه إلى الكتلتين)

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

		في الأعلى) مالتحت ماعرفتوش، مايبانلي والو، المهم هادوكا زوز حيوانات يشبهو لزوز قرودة يسلموا على بعضاهم
VIII	12-مقطع لرأس عصفور 13- هذو يشبهو لزوز صبيودة	ف- قراءة الإجابة م-إيه راهو في الصورة كلها، يشبه لرأس عصفور، الشكل تاعو هو اللي يشبه لرأس عصفور ف-قراءة الإجابة م-إيه هاذوما هنا (يشير للوردي على الجانبين) وحدهم يشبهو لصبيودة، هاذا هنا راسو و هذي رجليه، عرفتو من شكلو.
IX	14-معرفتش (بعد أكثر من دقيقة) رأس عصفور	ف-قراءة الإجابة م-راس بومزين، تشبه لla photo لقبها، هاو الخنافر تاعو (الأبيض)،و هذا اللحم (يشير للأحمر)، المهم راس عصفور فاها كل
X	15- تشبه لخريطة 16-أرنب 17- و هذا يشبه لسرطان البحر 18-هذا راهو الجهاز البولي	ف-قراءة الإجابة م-إيه هادي هنا(يشير للون الأحمر)،بصح معرفتش وش من بلاد، و هذا أرنب(يشير للأخضر العلوي)يبانو رجليه،باين من شكلو، و هذا سرطان البحر(يشير للون الأزرق)هاذو يديه، هو اللي تجيع ندو يديه كيمكا، و هذا الجهاز البولي، باين تاع امراة، هم المبيضين(يشير للأخضر السفلي)

الحالة (17):

ذكر، يبلغ من العمر 41 سنة، عازب، ينحدر من ولاية قالمة، موظف، له أختان غير شقيقتان من الزواج الأول للأم، و 07 إخوة أشقاء حيث له أختان شقيقتان ، و 05 إخوة ذكور، ترتيبه الثاني بينهم، ذو مستوى اجتماعي و اقتصادي متوسط، و مستواه الدراسي نهائي (ثالثة ثانوي)، دخل أربع مرات لمستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي، و هذه المرة الخامسة و قد كانت بسبب العدوانية الغيرية (شجار مع الجيران)، إضافة لاضطراب النوم.

عن دخوله المستشفى لأول مرة يقول أنه كان بعمر 23 سنة، لم يعالج قبلها أبدا، و قد كان دخوله بسبب افتعاله شجارات عدة في العمل، معاناته من الهلوس السمعية و البصرية إلا أنها غير منتظمة (flou mal systématisé)، انعدام النوم لمدة أربعة أيام، مع عدم الرغبة في الأكل، إضافة لقلق غير مبرر و غير معروف السبب، كذلك فقد أدخل المستشفى سنة 2004، 2006، 2014، و هذه المرة بداية سنة 2015 و قد كانت كلها بسبب افتعال الشجار و انعدام النوم، إضافة لقلق مرضي.

ليس لديه أية نية للانتحار و لا أفكار انتحارية.

العلاج الدوائي:

Respirdal _ Tegritol _ Nozinon

بروتوكول عبد السلام:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-هاذا خفاش	ف-قلت خفاش م-ايه يشبه لخفاش كيما نقولو عندنا بوجليدة، هادو جناحيه (في كامل الصورة)، يديه، راسو، و زيد أكحل كيما هو.
II	2-خفاش تاع قبيلة 3-دم	ف- قلت خفاش م-ايه هادي نفس الصورة الأولى ، mais عرفتو من شكلو برك المرة هادي ف- قلت دم م-ايه شفتو هنا، عرفتو من لونو.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

III	V-4 هيكل عظمي	ف-قلت هيكل عظمي . م-نعم هيكل عظمي لكائن حي ، ما عرفنش نشخصو واشي هو، هنا(يشير لكامل اللون الأسود)
IV	5-صدر كائن حي	ف-قلت صدر كائن حي م- ما بيانش صدر انسان ولا حيوان، المهم كائن حي ،بالاك شبهتو أكثر صدر انسان، و شفتو في كامل الصورة.
V	6-نسر	ف-قلت نسر م-نعم تشبه للنسر، أو واضح ،شكلو باينلي أنا.
VI	V-7 ورقة شجر	8-قلت ورقة شجر نعم، شفتها في كامل الصورة، ورقة يابسة، أي كحلة.
VII	8-زوز روشيات 9-رية	ف-قراءة الإجابة م-هاذو هنا، عرفتهم من الشكل. ف-قراءة الإجابة م- أي هنا، و عرفتها من شكلها
VIII	10- ضبع 11- 02 أعلام	ف- قلت: ضبع م-أم زوز في الوردى à coté، عرفتهم من شكلهم(هاد راسو، و رجليه). ف-قلت 02 أعلام م-هنا(يشير إلى اللون الأخضر)، عرفته من شكله، جاي كيف لعلام
IX	12-اللون الأخضر شجرة 13-جبل	ف- قراءة الإجابة م-حقيقة هذا الرسم ما فهمت فيه حتشي mais الأخضر هنا بيان شجرة عرفتو من اللون، و من تحت كاين جبل، عرفتو من شكل.
X	14- هادي نبتة 15-طائر	ف-قراءة الإجابة م- فيها كل، عرفتها من شكلها ف- قلت:طائر إيه شفتو هنا (D10)، عرفتو من شكلو حتى هو

الحالة (18):

ذكر، يبلغ الواحدة و الأربعين من العمر، يقطن بولاية عنابة، أعزب، يشتغل مساعد بناء، مستواه الاقتصادي متوسط، لديه خمسة إخوة، إثنان من الذكور و ثلاث إناث، ترتيبه الثاني بينهم، يقطن مع والديه و أخيه و أخته، انقطع عن الدراسة في مستوى السابعة متوسط، لديه سوابق إدمانية حيث أنه مدمن مخدرات من نوع الكيف و الحبوب المهلوسة منذ مراهقته، دخل أول مرة مستشفى الأمراض العقلية في سن التاسعة عشرة بسبب اضطرابات السلوك منها عدم الاستقرار النفسحركي، الهروب من المنزل ، إضافة لأرق كلي يعود لعدة أيام ، مزاج مكتئب مع تفضيله العزلة، هذيان الاضطهاد "ديما يعسو فيا"، تعددت بعدها مرات دخوله المستشفى، دخل هذه المرة بسبب الإخلال بالنظام العام، التجوال المرضي حيث غادر المنزل منذ أربعة أيام دون إخبار عائلته، يقول بأنه ذهب لإحدى القرى مشيا على قدميه، وبعد البحث تم إيجاده و هو يتعاطى المخدرات، منذ إعادته للمنزل و حاله غير مستقرة، يعتدي على فتيات الحي بالحجارة، و آخرها كان برمي الحجارة على السيارات.

دخل المريض القاعة مسرعا، جلس دون استئذان، يتكلم بصوت جهوري، بنبرة حادة،خطابه مفهوم، غير متسلسل، سياق فكره متسارع، ملابس رثة ،غير مرتبة، أظافر طويلة، الاتصال معه ممكن، إلا أنه سطحي، ملامح وجهه معبرة جدا، مزاجه مثار، برود عاطفي.

تم تشخيصه على أنه فصام البارانوئيدي

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هادا بيان شغل papillon 2- هذا المهبل تاع المرا	ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا،في الصورة كل، عرفتو من شكلو، هادو جناحو ف-قراءة الإجابة م-إيه العورة تاع المرا، هنا، بيان من الشكل تاعو
II	3-8 هذا المهبل تاع المرا	ف-قراءة الإجابة م-إيه شفتو هنا(يشير للأبيض+الأحمر السفلي)، باين من شكلو ف-قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

م-إيه، هنا في الأحمر، عرفتها من اللون و الشكل	4- و هادي كلية	
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-شفتها هنا(يشير للأسود)، شكلها يشبه للحشرة، بلاك بونقيز.</p> <p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-شفتو هنا في هذا الأحمر مالفوق،عرفتو من شكلو يشبه</p> <p>لكلب البحر اللي نشوفوه في la télé</p> <p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-عرفتها من لونها و شكلها</p>	<p>5- ۷ هادي معرفتهاش ،</p> <p>بعد 1:03د مفهمتهاش،</p> <p>mais تشبه لحشرة</p> <p>6- ۷ هنا كلب البحر</p> <p>7- ۷ و هاد اللي في</p> <p>النص كلية</p>	III
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-في الصورة كل ، هذا جناحو،رجليه، و راسو، المهم عرفتو من الشكل</p>	8-8 هادا خفاش	IV
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-إيه هذا هو صح الخفاش، أني sure منو بلي خفاش، زيو</p> <p>بأين</p>	9-8 هذا هو الخفاش	V
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-إيه، هادي العضو الجنسي تاع المرا، و هادا ملفوق القضيب تاع الراجل، و الصورة كلها العملية الجنسية</p>	10- ۸ أدي صعبية شوية هدي العملية الجنسية	VI
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-شفتو هنا(يشير للكتلة في الأسفل)</p> <p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-شفتو في النص الأبيض هنا، عرفتو مالشكل</p>	<p>11-8 هدا المهبل تاع المرا</p> <p>12- ۷ و هنا bassin تاع مرا</p>	VII
<p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-إيه، شفتهم هنا، هادو رجليه، و هادا راسو</p> <p>ف-قراءة الإجابة</p> <p>م-هنا في الأحمر و الـ orangé عرفتو من شكلو و لونو</p> <p>و هدا aussi papillon شفتو في الـ vert عرفتو من شكلو،</p> <p>مكانش papillon لونو أخضر</p>	<p>13-8 هادو يشبهو لزوز نمورا</p> <p>14- هادا papillon</p> <p>15- و هادا ثاني papillon</p>	VIII

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه شفتهم هنا في الvert و rouge، قاعدين يكوليو ف-قراءة الإجابة م-شفتهم هنا في الأبيض</p>	<p>deux V-16 papillons يكوليو 17- و هادو العظام</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا(يشير للون الأخضر السفلي)، عرفتو من جناحيه ف- قراءة الإجابة م-هنا(يشير للون الأزرق على الجانب) كيفكيف عرفتو من شكلو، عندو رجليه ياسر ف- قراءة الإجابة م- شفتها هنا(يشير للون البني)، عرفتو من شكلو.</p>	<p>v-18 هذا يشبه للنسر v-19 و هادي رتيلاء v-20 هادا يشبه scorpion</p>	<p>X</p>

الحالة (19):

ذكر، يبلغ الثانية و الأربعون من العمر، يقطن بولاية عنابة، متزوج و أب لولدين، موظف، الأخ الأكبر لأخوين و أخت ، مستواه الاقتصادي ضعيف، انقطع عن الدراسة بسبب ضعف نتائجه المدرسية، و توقف السنة سابعة متوسط، يعاني من مرضي السكري و ضغط الدم، يتعاطى الكحول بين الفينة و الأخرى ،لا توجد عنده سوابق عائلية مرضية، تعتبر هذه المرة الثالثة لدخوله مستشفى الأمراض العقلية، و قد كانت بسبب قلق شديد، اضطراب النوم (أرق) لعدة أيام.، دخل الحالة المستشفى أول مرة عندما كان يبلغ الواحدة و العشرين من عمره بسبب عدوانية جسدية على الآخرين، أرق، معاناته من هلاوس و هذات غير منتظمة ، تم تشخيصه كمريض فصامي من النوع غير المنتظم، و قد تابع علاجه خارجيا مع طبيب عقلي ، يتناول مضادات الذهان غير النمطية Zyprexa، مضاد للقلق lysanxia، إضافة لمضادات الاكتئاب Depretine.

حياته اليومية مضطربة بسبب بقاءه في سريره بالرغم من معاناته من الأرق، يشتكى دائما من التعب، و يتذمر من الأصوات التي يسمعها في رأسه، و يقول " نسمع أصوات تاع رجال و نساء يهدرو مع بعضاهم، كاين الحس في راسي، ميحبسوش مالهدة، و العراك، و ساعات يوليو يؤمروني باه نهدر هدرات ولا ندير حوايج، أني تعبت منهم خلاه، حاب نرتاح".

الحالة دخل القاعة بخطى بطيئة ، ذو لحية طويلة ، ثياب نظيفة إلا أنها غير مرتبة، شعر غير ممشط، تعابير وجهه تعبر عن القلق، الاتصال معه سطحي، خطابه فقير ، فكره غير متماسك pensée incohérente مع إجابات جانبية، مزاج حزين ، برود عاطفي.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1- ٨ on dirait Rocher كبير	ف-قراءة الإجابة م-بانلي في كامل الصورة، شكلو يشبه لل rocher
II	2- ٨ هادو زوز روشيات 3-مدخل تاع غار	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم هنا (اللون الأسود) و هنا (يشير للفراغ الأبيض) شفت الدخلة تاع الغار
III	4- ٨ يقدرو يكونو 02	ف-قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

رجال	م-إيه زوز رجال هازين حاجة ، أم في كامل الصورة ، واضحة الصورة هادي باينين 02 رجال
IV	ف-قراءة الإجابة م-هاي كحلة باينة شجرة فاسدة، اللون الأسود الكل. 7-5 هادي الصورة مش واضحة (بعد35:1د) تقدر تكون شجرة pourré
V	ف-قراءة الإجابة م-إيه ، في الصورة كل، شفت روشي كيمكا في شطايبي، عرفتو من الشكل. 6-8 هادي تقدر تكون rocher
VI	ف-قراءة الإجابة م-هاي الشجرة و هادو الاوراق تعها، من تحت أي تقول راديو تاع الصدر. 7-8 شجرة radio
VII	ف-قراءة الإجابة م-شفتو في كامل الصورة أو rocher تاع البحر، يشبهلو خلاه ق-قلت غار م-في الأبيض اللي في النصف باين غار. 8-9 Rocher 7-10 هذا غار
VIII	ف-قراءة الإجابة م-شفتو فيها كل و عرفتو من لون و الشكل 8-11 هذا يشبه grade militaire
IX	ف-قراءة الإجابة م-عرفتها من شكلها ، شفتها هنا (يشير للون البرتقالي) 8-12 هادي نار
X	ف-قراءة الإجابة م-عرفتهم من شكلهم ولونهم باينين جردان هاهم و على خاطر ملفوق 8-14 و هادي تبان نار م-شفتها هنا في ال marron هنا و هنا (يشير إلى الجانبين)،عرفتها من لونها يجي كيمكا.

الحالة(20):

ذكر، يبلغ من العمر أربعين سنة، من مواليد مدينة عنابة، أعزب، يشتغل مع والده ببيع المواد الغذائية ، ذو مستوى اقتصادي متوسط ، الأخ الثاني لبنت و ثلاث أولاد ذكور، مستوى السابعة متوسط ، مدمن مخدرات (الكيف، الحبوب المهلوسة خاصة دواء parkidine)، و الكحول (الديقان و البيرة) يتعاطاها كل ليلة، دخل مستشفى أبو بكر الرازي للأمراض العقلية أول مرة سنة 1994 و عمره عشرون سنة،شخص بمرض الفصام من النوع غير المنتظم، بعدها دخل أكثر من أحد عشر مرة للمستشفى، كان آخرها بسبب هروبه من البيت وتشرده بسبب نشاطه الهذيانى (للبحث عن أحلام حب حياته)، توقفه عن تناول العلاج الدوائي.

دخل الحالة قاعة المعاينات بخطى بطيئة ، ثياب رثة، متسخة ،حافي القدمين، ذو لحية طويلة ترجع لعدة أيام، تعابير وجهه تعبر عن البرود و عدم الاهتمام، حديثه غير متسق و مركز على (أحلام الفتاة التي يحبها و يبحث عنها دائما)، محتوى تفكيره غير منتظم يحركه هذاء غير واضح و غير منتظم.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 on dirait غراب	ف-قراءة الاجابة م-شفتو فاها كل، أكحل غراب و هاذو جناوحو، يحي بكري يقولو أذاك شعرو أكحل غراب، ملا هذا ثاني أكحل غراب.
II	2-8 هذا صيد 3- و هاذي تقول بومة 4- و هاذو زوز كلاب 5- و هنا كاين فراشة	ف- إعادة قراة الإجابة م-ايه صيد هنا في rouge من فوق على اليمين،و على اليسار تقول بومة، باينة،ايه هذا صيد و هذي بومة ، شكلهم باين خلاه. و من تحت في الأكحل زوز كلاب صغار هاذي يديهم، راسهم،خشومهم، رجليهم، و الأحمر هداك فراشة هاذو جناوحتها.
III	6-8 هذا فار	ف-قراءة الإجابة م-فار هنا في rouge من الفوق، عرفتو من لونو، و كي

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>عاد ملفوق. ف-من لونو؟ م-ايه من لونو ف-قراءة الإجابة م-بيتسم، ايه تقول عليه قصر، باين زيو خلاه و هاذي باينة خلاه ، أي فراشة هاذو جناوحها (يشير إلى الأحمر في الوسط).</p>	<p>7-8 قصر 8-8 فراشة</p>	
<p>ف-قلت قناع بحري م-القناع تاع الأكسجين اللي يديروه في البحر كي يعودو يعومو، و الله غير الشكل تاعو شوفي.</p>	<p>8-9 قناع بحري</p>	<p>IV</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م-في كل الصورة، عرفتو من شكلو</p>	<p>8-10 هذا خفاش</p>	<p>V</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م-بانلي في الصورة كلها،هاذا راسو، و هاذا ال corps تاعو</p>	<p>8-11 on dirait نمـر</p>	<p>VI</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م-إيه، تشبه لـ basilique ، شكلها كيمكا، أني مالف نطلع.</p>	<p>8-12 basilique de Bone</p>	<p>VII</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م-هنا في العمود في النص (l'axe au centre) ف- قراءة الإجابة م-في ال rose منا (rose à coté)</p>	<p>8-13 عمود فقري 8-14 فار</p>	<p>VIII</p>
<p>ف- قراءة الإجابة م- on dirait، أي تشبه برك لفرس النهر، هذاك اللي يجي مكعب،أدا فرس النهر أحمر،بصح أنا عرفتو من شكلو ف- قراءة الإجابة م- هنا (يشير إلى اللون الأخضر) تشبه للخريطة الجزائر،عرفتها من شكلها</p>	<p>8-15 on dirait فرس النهر 16- و هاذي تبان خريطة الجزائر</p>	<p>IX</p>

<p>ف- قراءة الإجابة م- هنا و هنا من فوق (يشير للون البرتقالي على الجانبين) عرفتو من شكلو، و déjà أو فوق ف- قراءة الإجابة م- هنا في النص (يشير للمجال الأبيض)، عرفتو من شكلو تاني</p>	<p>17- و هذا هنا نسر 18- و هذا واد</p>	
<p>ف- قراءة الإجابة م- ايه متحف يلم الحشرات البحرية كل، عرفتها من شكلها كل، أنا الصور كل عرفتهم من شكلهم.</p>	<p>19- هادي تقدر تكون متحف</p>	<p>X</p>

الحالة (21):

ذكر، عمره أربعون سنة، يقطن بولاية عنابة ينحدر من مدينة سكيكدة، أعزب، بطل، الأخ الأصغر لثمانية إخوة، يتيم الأب، ذو مستوى اقتصادي و اجتماعي منخفض، انقطع عن الدراسة السنة الثالثة متوسط، يعيش وحده في المنزل العائلي، يتعاطى المخدرات من نوع الكيف بين الفينة و الأخرى، صرح بأنه لا يتناول دواءه لأنه يبيعه في السوق السوداء ليقنات لأنه لا يعمل، في السوابق العائلية المرضية نجد أخوه الأكبر و عمه يعانيان من مرض عقلي (لم تتمكن من تحديده) ، إضافة لأخ توفي جراء حادث سير كان قد عانى سابقا من هجمة هذيانية حادة.

الحالة كان قد بدأه المرض في سن الواحدة و العشرين، إلا أنه ظل يتابع علاجه خارجيا، دخل أول مرة مستشفى الرازي للأمراض العقلية و عمره ست و عشرون سنة بعد أشهر قليلة من وفاة أخيه، بسبب معاناته من اضطراب السلوك، أرق ، هذيان الاضطهاد، هلاوس سمعية.

توالت مرات استشفائه لتتجاوز الاثني عشرة مرة، دخل هذه المرة بسبب اضطراب السلوك: عدوانية على الآخرين (حيث تشاجر مع أحد جيرانه و خرب دكانه، يعتدي على المارة بالضرب)، التجوال المرضي، وقف العلاج الدوائي من نوع مضادات الذهان من الجيل الثاني risperdal .

دخل المريض القاعة بهدوء، ملابسه رثة متسخة، شعر غير ممشط، التواصل معه ممكن، إلا أن الطبيب كان قد اشتكى من سلبيته أثناء المقابلة معه، حيث لم يتكلم معه إلا بعد عدة محاولات، غير منتبه،

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

خطابه مفهوم في مجمله، محتوى تفكيره مضطرب و غير متسلسل بسبب الهذيان من نوع هذا الاضطهاد "أني نسمع في رجال و نساء قاعدين يهدرو، على بالي بيهم يهدروا عليا" ، مزاجه بارد . تم تشخيص مرضه بالفصام نوع غير المنتظم.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هادا تقول عليه خفاش	ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا، في الصورة كل، عرفتو من شكلو هذا corps و هادو جناحو، و هادو عينيه.
II	2-8 جزء من جسم انسان	ف-قراءة الإجابة م-إيه شفتو في كامل الصورة، الجزء السفلي لانسان، ما نعرف امرا و لا راجل، المهم جزء من انسان.
III	3-7 هادي تبان جرانة 4-8 هنا في النص فراشة	ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل، شكلها باين، mais كي نقلبوها تولى هنا كاين فراشة في النص، عرفتها من الشكل تاعها.
IV	5-8 معرفتوش، يشبه للخيال تاع سحار	ف-قراءة الإجابة م-في الصورة كل ، وحش انساني بصح خرافي، هادو رجليه، وراسو.
V	6-8 هذا باين خفاش	ف-قراءة الإجابة م-إيه خفاش هادو وذنيه، رجليه، يديه، راسو، و جناحيه.
VI	7-8 صعيبة أدية شوية بلاك سيف في الغمد تاعو	ف-قراءة الإجابة م-إيه، فيها كل، من شكلها
VII	8-8 هادي تقول عليهم حيوان كوميك قاعد على حجرة	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم في الصورة الكل، الكوميك الزوز مالفوق، و هادي الحجرة اللي قاعدين عليها(يشير للأسفل)
VIII	9-8 هذا ديناصور تاع بكري 10-8 و هادي هنا شجرة	ف-قراءة الإجابة م-إيه، ياخي كاين أنواع، هذا واحد منهم، شقتو هنا(يشير للوردي على الجانبين)، و هادي شجرة خضرا هنا(يشير للون

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>الأخضرو الرمادي)، عرفتها(الشجرة) من لونها. ف-قراءة الإجابة م-نار هنا في orangé، عرفتها من لونها و شكلها.</p>	<p>11-نار</p>	
<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه زوز سحارة متعاركين، mais راهم déguisé، لابسين قشاشب باه منعرفوهمش، شفتهم في كامل الصورة، باينين عرفتهم من شكلهم</p>	<p>12-8 ما نفدرش نعبر، هاذو يشبه لزوز سحرة خياليين يتبارزوا</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه ، هذو جناحيها(يشير للأحمر)، عينيها(يشير للرمادي)،و الذيل ديالها(يشير للأخضر السفلي). ف-قلت ورقة. ورقة مكرازية، عرفتها من شكلها.</p>	<p>13-8 دائما مبتسم، مقدرتش نعبر، هادي فراشة مكبرة بالكاميرا باه نشوفو جسمها مليح. 14-و هذي ورقة</p>	<p>X</p>

الحالة (22):

ذكر، عمره تسعة و ثلاثون سنة، متزوج، يقطن بولاية الطارف، يعمل حارسا ليليا، ترتيبه الثالث لأربع ذكور، و أربع بنات، درس حتى السنة الثامنة متوسط، هناك قرابة بين الوالدين إذ أنهما أبناء عمومة مع وجود سوابق مرضية عائلية حيث نجد الأب، العم، العمدة كلهم يعانون من مرض الفصام و يعالجون بمستشفى الأمراض العقلية، كما له سوابق إدمانية حيث يشرب الكحول منذ أزيد من عشرين سنة. دخل مستشفى أبوبكر الرازي عدة مرات، كانت آخرها بسبب اضطراب السلوك (عدوانية على الغير، هروب من البيت إلى المقبرة)، هلاوس سمعية و بصرية، هذيان الاضطهاد و الشك.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 طيارة 2- ولا يقدر يكون Masque	ف-قراءة الإجابة م-طيارة شفتها في الصورة كل، و الماسك يقدر يكون تاع انسان، هادو عيني، و هذا خشمو.
II	3-8 شجرة 4- دم	ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا(يشير للفراغ الأبيض)، عرفتها من الشكل ، و هذا دم(يشير للأحمر إلى الأسفل)عرفتو من لونو.
III	5-8 زوز نساء هازين حاجة 6- هذا قلب 7- و هذا هنا بقعة دم	ف -قراءة الإجابة م-هما زوز نساء بالتحديد، هزين حاجة، معرفتهش وشي هي،حاجة، زوز نساء عرفتهم من الشكل، من صدرهم. ف-قراءة الإجابة م- قلب في النص، من شكلو و كي عاد في النص. ف-قراءة الإجابة م-إيه دم، عرفتو من لونو و شكلو
IV	8- حشرة كبيرة ميتة	ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا، في الصورة كل، عرفتها من الشكل، و على خاطر كحلة.
V	9-8 نسر	ف-قراءة الإجابة م-كيما هذوكم اللي يحطوهم في المتحف، في الصورة كلها،

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

عرفتو مالشكل.		
ف-قراءة الإجابة م- شفتهم هنا و هنا، عرفتهم من شكلهم.	10- ٨ قضيب 11-مهبل	VI
ف-قراءة الإجابة م-هذا القضيب، و هذا المهبل، أي عملية جنسية.	12-٨ عملية جنسية	VII
ف-قراءة الإجابة م- هنا و هنا، عرفتهم من شكلهم.	13-رئتين 14-الكلاوي	VIII
ف-قراءة الإجابة م- هنا، في الصورة كلها، أو شكلو اللي يقول بلي مقطع طولي.	15-مقطع طولي لداخل الانسان	IX
ف- قراءة الإجابة. م- الجزء السفلي لانسان مقسوم على زوز، شفتو هنا(يشير للون الأحمر)،عرفتو ماللون الأحمر و الشكل. ف-قراءة الإجابة زوز كباش، أهم (D8)، عرفتهم من شكل.	16-٨ الجزء السفلي لانسان مقسوم على زوز 17- زوز كباش	X

الحالة (23):

ذكر، يبلغ الواحدة و الأربعون من العمر، يقيم بولاية عنابة، أعزب، بطال، ذو مستوى اقتصادي و اجتماعي ضعيف، الأخ الأصغر لأخ و أخت يكبرانه سنا، توفي والده و هو بعمر الثالثة لتعيد أمه الزواج، يقيم حاليا مع والدته و زوج أمه ،انقطع عن الدراسة السنة الثامنة أساسي، لا توجد لديه سوابق عائلية مرضية، دخل السجن مرة واحدة لمدة أربعة أشهر بسبب ضربه لأمه، كانت بداية المرض في عمر الثانية و العشرين أين دخل مستشفى الأمراض العقلية، لتتوالى عدد المرات التي أدخل فيها المستشفى من طرف خاله، فكانت آخرها بسبب عدوانية غيرية حيث هدد والدته بالسلاح الأبيض، عدم الاستقرار النفسحركي، عدم تناوله الطعام مخافة إصابته بسحر ، كما يعاني من هلاوس سمعية، هذيان الشك و الاضطهاد و السحر، إضافة لاضطراب النوم (الأرق).

كان تشخيص مرضه بالفصام النوع البارانويدي

خلال المقابلات كان المريض لا ينظر لمحدثه، التواصل معه ممكن، قليل الكلام إلا أنه مفهوم مع إجابات جانبية من حين لآخر، نجد كذلك برودة عاطفية.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هي كلها فراشة 2- بصح كاين هنا يدين	ف-قراءة الإجابة م-فيها كل، عرفتها من شكلها ف- قراءة الإجابة م-أهي هنا، يدين تاع عبد، أي باينة يدين تاع عبد، عرفتها من شكلها.
II	3-8 هذو زوز عباد متعاركين و مجروحين 4- و هذو يقدر و يكونو	ف-قراءة الإجابة م-زوز عباد متعاركين باليد كيمكا(يرفع يديه)، و أم مجروحين، و هذا الدم تاعهم عرفتو من لونو ف- قراءة الإجابة م-ملفوق D2 هذا (العلوي)، عرفتهم من الشكل. ف- قراءة الإجابة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>م-إيه، رجلين، في الأحمر من تحت، عرفتهم من شكلهم حتى هما أم حمر على خاطر الدم مغطيهم. ف-الدم مغطيهم؟ إم-يه الدم تاع زوز العباد هدوما، أم متعاركين و هذا الدم تاعهم.</p>	<p>زوز حشرات - و هذما زوز رجلين</p>	
<p>ف-قراءة الإجابة م-زوز عباد، معرفتهمش رجال و لا نساء، المهم زوز عباد ف-قراءة الإجابة م-هما زوز، على خاطر كيما الجهة أدي، كيما أدي. ف-الballon تابعة لزوز عباد؟ولا كل وحد وحدو؟ لا العباد وحدهم،و البالو وحدو و الفراشة وحدها. ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا، في النص (يشير للأحمر في الوسط)، عرفتها من الشكل تاعها برك.</p>	<p>5-8 هذي الصورة قد اللي منا قد اللي منا، أم كيفكيف (ملاحظة التناظر) زوز عباد 6- و هادي ballon 7- هدي تشبه لفراشة</p>	<p>III</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل ،عرفتها من الشكل.</p>	<p>8-7 هذي تخوف، معجببتيش بعد 3:27 بلاك فراشة</p>	<p>IV</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل، هذا جناح، و راس.</p>	<p>9-8 خفاش</p>	<p>V</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتو في الصورة كل، عرفتو من شكلو و زيد أكحل كيما الفار .</p>	<p>10-8 أدي تان معجببتيش، وشبيهم الصور كامل كحل مشهم ملاح أدي بلاك فار مقسوم على زوز</p>	<p>VI</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م- لا راس تاع زوز نساء برك، هذا شعرها طالع ملفوق، و بيان وجهها، (يتكلم عن الكتلة العليا فقط)</p>	<p>11-8 عندها حتى معنى بصح أي قد أدي قد أدي (التناظر) أدما زوز نساء</p>	<p>VII</p>

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م-إيه زوز حيوانات بصح معرفتهمش وش، مشهم باينين، المهم زوز حيوانات وردى، بالاك حيوانات تاع بكري عرفتهم من الشكل. ف-قلت نار م-نار شفتها هنا (D7)، عرفتها من لونها.</p>	<p>أدي بالألوان، خير شوية ملكحل لخرين 12- بعد 2:33د حزوز حيوانات 13-نار</p>	<p>VIII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-عرفتها من لونها، شفتها هنا (البرتقالي)</p>	<p>14-8 معرفتش بعد 7 د بالاك نار.</p>	<p>IX</p>
<p>ف- قراءة الإجابة. م-أدية هنا (يشير للبرتقالي) تشبه للبعوم، كيفو، عرفتها من الشكل.</p>	<p>15-8 معرفتهاش حتى أدي، أم صعاب كل بعد 9:04 د أديه كالبعوم</p>	<p>X</p>

الحالة (24):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثين من العمر، أعزب، ينحدر من ولاية سوق أهراس، ذو مستوى اقتصادي و اجتماعي فقير، مستواه الدراسي ضعيف إذ لم يكمل دراسته الابتدائية، الأخ الخامس لتسعة إخوة و أخوات، والده متوفى منذ نعومة أظافره، و الأخ الأكبر المتزوج هو المعيل للأسرتين، دخل مستشفى الأمراض العقلية لأول مرة بعمر العشرين عاما بسبب انتهاكه الحق العام، تصرفاته الغريبة، وعدوانية غيرية، اضطراب النوم، هذاء الاضطهاد و الشك، دخل هذه المرة بسبب عدوانية غيرية، إذ قام بتكسير ممتلكات البيت، أرق، عدم تناوله الطعام منذ أسبوع.

شخص اضطرابه بالفصام البرانويدي

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 - هذا خفاش	ف-قراءة الإجابة م-فيها كل، عرفتمو من شكلو
II	2-زوز فكارن	ف-قراءة الإجابة م-زوز فكارن شفتهم هنا، و هنا (D6)، عرفتهم من شكلهم
III	3-8 نمالة 4-قلب	ف -قراءة الإجابة م-نمالة، شفتها هنا (D1)، عرفتها من الشكل، و القلب (D3)عرفتمو من شكلو باين فرات.
IV	5-معرفتوش وش أذا وحش؟	ف-قراءة الإجابة م-شفتو في الصورة كلها، وحش انس، عرفتمو من شكلو، عندو رجليه، و راسو، و خشمو.
V	6-خفاش	ف-قراءة الإجابة م-شفتو فيها كلها، هذا جناح، و هذا قرونو.
VI	7-حوتة مقسومة ع زوز	ف-قراءة الإجابة م-حوتة فيها كل، إيه مقسومة ع زوز ، أي محلولة .

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا (D2)، عرفتو من الشكل، و الفراشة شفتها هنا (D4)، عرفتها من شكلها ثان.</p>	<p>8-معرفتهاش هذي، وشبيهم صعاب ، هذا اعصار 9- فراشة</p>	<p>VII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-شفتها على جنب (يشير للوردي على الجانب) ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا (D8)، و الفراشة هنا (D2)، عرفتهم مالشكل و حدو</p>	<p>10-سحلية 11-شجرة 12-فراشة</p>	<p>VIII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م-عرفتها من لونها و شكلها، شفتها هنا (D12)</p>	<p>13-هذي صعبية معرفتهاش. بالاك شجرة ميتة</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. م-شفتهو هنا (D10)، و نواره منا (D2)، و الحصان (D9)، و الشجرة هنا (D14)، و زوز ثوارين شفتهم هنا و هنا (D8)، هذوما كل عرفتهم من زيهم، الشكل تاعهم.</p>	<p>14-تتين 15 هذي نواره 16- و هذا يشبه للحصان 17-شجرة منا 18- زوز ثوارن</p>	<p>X</p>

الحالة (25):

ذكر، يبلغ الأربعين من العمر، من ولاية تيسة، بطل، أعزب، مستوى أسرته الاقتصادي متوسط، مستواه الدراسي لم يتعدى الابتدائي، ابتداء المرض منذ سن العشرين، لتتوالى مرات دخوله مستشفى الأمراض العقلية.

تعاطى المخدرات لمدة عام بصفة متقطعة، إلا أنه مدمن مشروبات كحولية حيث بدأها منذ عشرينياته، ليست له سوابق عدلية، أدخل هذه المرة مستشفى الأمراض العقلية أوبكر الرازي بسبب ضربه لفتاة اتهمها بمحاولة إغوائه قصد سحره، يعاني من الأرق حيث لم ينم منذ ثلاثة أيام، يعاني من الهلوس السمعية و هذيان الاضطهاد و المرجعية، كما من سرعة الغضب، و العدوانية، نظراته تحمل الكثير من التهديد، صوته مرتفع، يتكلم بيده.

الدواء الموصوف له: Haldol, Nozinon,

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 هاذية خريطة	ف-قراءة الإجابة م-فها كلها، القط غير هنا برك
II	2-قط	ف-قراءة الإجابة م-إيه، هنا (يشير للكتلة السوداء)، عرفنو من شكلو، باين
III	3-8 هاذوما أم عالم الانسان، و بالتحديد زوز رجال	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم في الصورةكلها ف-قلت عالم الانسان م-إيه، وش مفهمتيش، عالم الانس و المخلوقات الشريرة، الضلالية.
IV	4-7 معرفتوش وشي هو هذا . Larynx بالاك مشني sure	ف-قراءة الإجابة م-في النص ملتحت، يشبهلو برك و قتاك الرية، شفتها هنا a coté ، في الطرف أدا برك، مشو فها كلها، عرفنتهم من شكلهم.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

	5- و هذي تبان الرية	
V	6-8 هذا خفاش	ف-قراءة الإجابة م-إيه ، شفتها هنا فيها كل، هذا جناوحو، و منا قرونو، و هادي رجليه.
VI	7-8 منعرف، بلاك la raie، أو نوع ملحوت، أني نعرف مليح في عالم الحيوان، ديما نتفرجهم	ف-قراءة الإجابة م-إيه، فيها كل، عرفتها على خاطر أنا نعرف، و بي تشبهلها، جاية كحلة كيما هي، لونها يجي هكا.
VII	8-8 هادي تقول framboise	ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا في الملفوق برك(D1)، عرفتها من شكلها هو اللي هكا.
VIII	9-8 هذي تقول علاها رية larynx و هذي 10- و هذي معرفتهاش بالاك جنين 11-8 هذي معرفتهاش بالاك جنين 12- و هذا عش	ف-قراءة الإجابة م-إيه، هنا (يشير للون الأخضر في الوسط)، و larynx عرفتو من شكلو ثان، أو هنا(يشير للمحور في الوسط). ف-قراءة الإجابة م-هنا، و هنا، أم زوز ،عرفتهم من الشكل، شوفي، و جيين على جنب. ف- قلت عش م- شفتو هنا(يشير للون البرتقالي)، عرفتو من شكلو.
IX	13-8 هذا تقول عليه larynx و هذا عظم 14- و هذا عظم	ف-قراءة الإجابة م-larynx تاع دجاجة، شفتو هنا في لبيض، و هنا عظم تاع دجاجة يشير (D6)، عرفتو من لونو وشكلو
X	15-8 هذي معرفتهاش قلب larynx -16	ف-قراءة الإجابة م-إيه، باننلي قلب مريض كي عاد لونو كيفك ، عرفتو من شكلو، و كي عاد في النص، و larynx شفتو هنا (D11)، هذا تاع دجاجة، هكا باننلي تاع دجاجة و خلاه.

الحالة(26):

ذكر، يبلغ الأربعين من العمر، مطلق، بطل، من أسرة فقيرة، و مستوى اقتصادي منخفض جدا، لم يكمل دراسته الابتدائية، الرابع لتسعة إخوة و أخوات، دخل لمستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي عدة مرات، كانت آخرها بسبب افتعاله شجارا مع أحد الجيران الذي اتهمه بأنه يتكلم عنه سوءا، إضافة لاضطرابات النوم، و هذاء الاضطهاد، كما يعاني من هلاوس سمعية و بصرية ، يشرب الأدوية التالية:

Haldol-Nozinon

شخص اضطرابه بالفصام البرانويدي

بوتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 - هذا masque	ف-قراءة الإجابة م-فاها كل، أو ماسك تاع عبد مهموم، هاذو كل عينيه.
	2-و هاذو زوز غيمات	ف-قراءة الإجابة م- منا و منا ، بينين زيهم باين.
	3-و هذا كبوط معلق	و الكبوط أو في النص، بيان كبوط معلق.
II	4-8 هذما بيانو تقول زوز كلاب	ف-قراءة الإجابة م-زوز كلاب هنا(يشير للكتلة السوداء)، عرفتهم من زيهم هذا وش شفت فاها.
III	5-8 زوز بنات	ف-قراءة الإجابة م-زوز بنات، كي يكبرو يولو نساء، عرفتهم من كي يكبرو يولو نساء
IV	6-شجرة ميتة	ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل ،عرفتها من شكلها و لونها. ف-عرفتها من لونها؟ أيه، أي شجرة ميتة، يكون لونها كيهكا
V	7-بوجليدة	ف-قراءة الإجابة م-شفتو فها كل، أو كيف تاع الفيلاج لهيه، أني شايفو شقديش

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

مرة، هاو جنحيه، و راسو		
ف-قراءة الإجابة م- كي عاد طويل ، شفتو في النص هنا.	8- هذا أو porte manteau	VI
ف-قراءة الإجابة م- هنا (D3)، عرفتهم مالشكل	9-زوز بنات	VII
ف-قراءة الإجابة م- هنا(D5)، و الله غير تقول علم، عرفتو من شكل ف-قلت زوز صيودا م- هنا في الوردي، مكانش صيودا وردي، أو من شكلهم باينين ف-قلت رمز تاع Taxi م- هو كلو كي نشفوه كلو عبعضاه، بيان رمز كيما تاع ال mercedes، و symbole، هذاك اللي يجي مع اللول تاع الطونوبيل، الرمز هذاك.	10- هذا علم 11- و هنا زوز صيودا 12- و هذا رمز تاع Taxi	VIII
ف-قراءة الإجابة م- خريطة تاع أوروبا شفتها هنا (D2)، عرفتها من شكلها و لونها و ملتحت كاين راس تاع حيوان معرفتوش وشي هو، بصح باين زيو تاع حيوان بري.	14- هذي خريطة 15- راس حيوان	IX
ف- قراءة الإجابة. م-فها كل، أني عرفتها من لونها و شكلها، كاين أزهار الأقحوان، الورد، النباتات كل كاينة.	16- هنا حديقة أزهار	X

الحالة (27):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثون من العمل، غير متزوج، بطل، مستوى الأسرة الاجتماعي متوسط، انقطع عن الدراسة السنة الثامنة متوسط، الأخ الأكبر لأخ و أخت، يعاني من مشاكل مع والده حيث يصفه بأنه ديكتاتوري، أدخل مستشفى الأمراض العقلية بسبب غير أخوه منه حسب قوله، يعاني من اضطرابات السلوك، أرق، تفكير غير متصل، إجابات جانبية، كانت بداية مرضه بعمر الثالثة و العشرون، بعد تعاطيه الكيف لمدة من الوقت (لا نعلم بدقة)، فظهرت عليه تصرفات غريبة، انسحاب، و أرق، ثم تكسير لممتلكات البيت، يتناول مضادات الذهان غير النمطية.

شخص اضطرابه بالفصام النوع البارانويدي

برتوكول الحالة:

البطاقة	الإجابة	التحقيق
I	1-8 - هذا العضو التناسلي تاع المرا	ف-قراءة الإجابة م- هنا (يشير للنصف) (D4)، عرفتمو من شكلو
II	2-8 هنا دم	ف-قراءة الإجابة م-منا و منا، في اللحم، عرفتمو من لونو، وا دم تاع مقتول
III	3-8 زوز عباد	ف-قراءة الإجابة م-زوز عباد،يشير (D9) معرفتهمش رجال و لا نساء، المهم زوز عباد، شكلهم اللي يقول بلي عباد.
IV	4-أدا radio 5-جمل 6-دودة القز	ف-قراءة الإجابة م-شفتو فيها كل، عرفتها من لونو و شكلو، الجمل عرفتمو من شكلو شفتو منا عجنب(D6) ، و الدودة ثاني من شكلها شفتها هنا، أي باينة.
V	7-خفاش	ف-قراءة الإجابة م-شفت فيها كل، هذا جناحيه.
VI	8- عمود فقري	ف-قراءة الإجابة م-إيه تاع انسان، شفتو هنا(D1)، عرفتمو من شكلو.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>ف-قراءة الإجابة م- كتل شحمية تاع المناطق الحساسة</p>	<p>9-كتل شحمية</p>	
<p>ف-قراءة الإجابة م- شفتها في الملتحت(D4)، عرفتو من شكلو، و زيد جاي ملتحت.</p>	<p>10- المقعد تاع المرا</p>	<p>VII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م- شفت هنا (D2)، و المئانة(D1)، و المسلان (D5) ف-قراءة الإجابة م- شفتها هنا (D4)، تاع الراجل، و هذا القضيب (Dd24) كلش عرفتو مالشكل تاعو و زيد</p>	<p>11-عضو تناسلي 12-هذي تشبه للمئانة 13-المسلان 14-العضو التناسلي 15-و هذا قضيب</p>	<p>VIII</p>
<p>ف-قراءة الإجابة م- عرفتو من شكلها هنا شوفي (D2)، و الأرداف شفتها هنا (في الأسفل) (D6)مالشكل تاعهم حتى هما.</p>	<p>16-هذي صعبية معرفتهاش. بالاك جمجمة 17-تبان الأرداف</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قراءة الإجابة. هنا شفت (D9) ، و تاع الراجل هنا(D11)، عرفتوهم من شكلو</p>	<p>18-هنا رجل تاع عبد 19-و منا عضو التناسلي تاع الراجل</p>	<p>X</p>

الحالة (28):

ذكر، يبلغ الأربعين من عمره، متزوج، يقطن بولاية عنابة، مستواه الاقتصادي متوسط، توقف عن الدراسة السنة الثامنة متوسط، ترتيبه الثاني بين خمسة إخوة و أخوات، يعاني من مرض الفصام منذ كان في الثانية و العشرين من عمره، دخل مستشفى أبو بكر الرازي خمسة مرات، كانت الأخيرة بسبب عدوانية غيرية، حيث انهال بالضرب على أمه مدعيا أنها تسحره، معاناته من الأرق، و الهلوس السمعية، هذيان الشك و الاضطهاد. أما عن دوائه فهو zeprexa ليعود لتناول Haldol, Nozinon بعد دخوله المستشفى.

برتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 أدا المسلان 2- و هدي هنا يدين	ف-قراءة الإجابة م-فيها كل، عرفتھا من شكلھا ف- قراءة الإجابة م-أهي هنا، يدين تاع عبد، أي باينة يدين تاع عبد، عرفتھا من شكلھا.
II	3-8 أدا تقول عليه عصفور	ف-قراءة الإجابة م-شفتو هنا (يشير للكتلة السوداء)، عرفتو من شكلو يشبه للعصفور
III	4-8 أدي مرا هازة حاجة 5- و هادو زوز نمورة	ف-قراءة الإجابة م-أم زوز نساء هازين حاجة، معرفتهاش وش ف- قراءة الإجابة م-شفتهم في هنا في الأحمر (يشير للأحمر على الجانب) ف- قراءة الإجابة م-شفتھا هنا، في النص (يشير للأحمر في الوسط)، عرفتھا من الشكل تاعھا برك.
IV	6-راس تاع فيل 7-كلب	ف-قراءة الإجابة م-شفتو ملفوق، عرفتو من لونو وشكل. ف-قلت كلب

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

		م- ايه شفتو هنا (D6)، بيان كلب، أو زيو.
V	08- ٨ on dirait visage masque 9- عصفور	ف-قراءة الإجابة م-شفتو فيها كل، ماسك تاع وجه انسان، شكلو باين ف-قلت عصفور م- كي نقلبو الصورة تولي تبان عصفور، فيها كامل، عرفتو من شكل
VI	10- ٨ أدي عضلات تاع الظهر 11-الرية 12-البلعوم	ف-قراءة الإجابة م-شفتها في الصورة كل، عرفتها مالشكل ف-قراءة الإجابة م-شفتها هنا (D1)، عرفتها من شكلها، و البلعوم، عرفتو من شكلو يشبه شوية للبلعوم(D3)
VII	13- ٨ هدا ماسك تاع كلب 14-وجه تاع عبد	ف-قراءة الإجابة م- شفتو هنا(D3)، وعرفتو من شكلو ف-قراءة الإجابة م-غير في الملفوق برك، لخرين لا، عرفتو من شكلو
VIII	15-زوز قطوط 16-جبل	ف-قراءة الإجابة م-إيه زوز قطوط، شفتهم عجنب،عرفتهم من الشكل برك مكانش قطوبة و ردي. ف-قلت جبل م-شفتو هنا (D4) ، عرفتو من لونو وشكلو
IX	17- ٨ مسلان تاع عبد	ف-قراءة الإجابة م-شفتو في الصورة كل، و هدي تقول الفقرة، عرفتو من شكلو.
X	18- ٨ أدي تشبه لل crevette 19-أدي رتيلاء 20- و هدا هنا زوز نمورا	ف- قراءة الإجابة. م-أم زوز، أدي هنا و هنا(D8)، عرفتها من لونها و شكلها ف-قراءة الإجابة م- هنا (يشير للأزرق العلوي)، عرفتها من شكلها، هي اللي عندها رجلاها ياسر. ف-قلت زوز نمورا م-شفتهم هنا (D2)، عرفتهم من شكلهم

الحالة (29):

ذكر، يبلغ الأربعين من العمر، ينحدر من ولاية قالمة، متزوج و أب لثلاث أبناء، تاجر حر، ترتيبه التاسع لسته إخوة ذكور و ثلاثة إناث، مستواه الاجتماعي و الاقتصادي متوسط، انقطع عن الدراسة في مستوى التاسعة متوسط، والداه متوفيان إلا أنه مازال يرثي أمه و يبكيها رغم مرور عشر سنوات على وفاتها ، لا توجد لديه سوابق إدمانية ، يعاني من مرض السكري، له أخ و ابن عم يعالجان عند الطبيب العقلي (لا نعرف بالتحديد نوع المرض)، تقدم للمعاينة بإرادته و بطلب منه بسبب مزاجه الاكتئابي، إلا أنه كان يتابع علاجه خارجيا مع طبيب عقلي بالولاية لمعاناته من الاكتئاب، شخص اضطرابه بالفصام،

يعاني من التعب الجسمي، الانسحاب الاجتماعي، حيث ترك عمله فأغلق دكانه و مكث بالبيت لا يغادره إلا ليصطحب أولاده للمدرسة أو ليأتي بهم، الانطواء على نفسه حيث انطوى بعيدا عن زوجته.

يتناول مضادات الذهان و مضادات الإكتئاب Anafranil و مضادات القلق Sulpiride

في المقابلة دخل الحالة مطأطئ الرأس بخطى بطيئة ، هندام نظيف ومرتب، تعابير وجهه تعبر عن القلق و الحزن، مزاج مكتئب، يبكي أثناء كلامه مطالبا بالخروج و العودة للمنزل، الاتصال معه ممكن، حوار مفهوم منطقي.

بروتوكول الحالة:

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-فراشة	ف-قلت فراشة. م-نعم هادي papillon شفتها فيها الكل، هذو جناحتها، و هاذ قرون الاستشعار. ف-قلت عنكبوت
	2-عنكبوت	م-العنكبوت شفتها كي ركزت مع الصورة ، في النص، هذا راسها، وهنا سنيها ولا نبيانها مانعرف المهم عنكبوت و خلاص.
	3-crabe	ف-قلت crabe م-تبان هي أي تشبهلها ، هنا، في الوسط مالفوق .
II	4-V عنكبوت	ف-قلت عنكبوت.

<p>م-كلي (تشبه) عنكبوت، هادو رجليها، شفتها في الأحمر من التحت ومعاها الأبيض هذا (الأبيض في الوسط)</p>		
<p>5- قلت squelette هادي squelette تاع مرا، حاكمة حاجة، شفتها في كامل الصورة. ف-كيف عرفتها امرأة؟ م-هنا الصدر تاع مرا، و الصباط كيفكيف. ف-قلت حاكمة حاجة؟ تقدر تقولي وشي هي الحاجة؟ يشبه لفلوس، قلت فلوس كي عاد صغير و هادي الجهة أي كيما هادي، معناها كاين زوز سكولات، و زوز فللس</p>	<p>squelette-5</p>	<p>III</p>
<p>ف- قلت رمز تاع un homme geant نعم، شفتو في كامل الصورة، هادا راسو، رجليه، شكلو يقول بلي رمز تاع un homme geant. ف-معليش تزيد تشرطي شوية؟ م- هذا راجل mais كبير، كلش فيه كبير ف-قلت رمز م-على خاطر أكحل مش باين مليح، بيان غير راسو، رجليه، على بيها قلت رمز لرجل عملاق.</p>	<p>6- هادا رمز تاع un homme geant</p>	<p>IV</p>
<p>ف- قلت خفاش م-نعم، ايه ، هادي صورة واضحة هذا خفاش هادو جناحيه، راسو، قرونو، كلو يقول بلي خفاش، قادر ثان يكون يطير ف-يطير؟ م-إيه على خاطر جناحيه مفتوحين، تاع يطير. ف-قلت نسر ايه، كي نقلابه mais غير في الوسط برك، جناحيه لا، ماهمش دخلين، النسر هو اللي يكون جسمو صغير و ملموم</p>	<p>7- هادا خفاش 8- و كي نقلابه يولي نسر</p>	<p>V</p>
<p>ف-قلت عصفور</p>	<p>9- عصفور</p>	<p>VI</p>

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

<p>نعم عصفور، من فوق برك و من تحت زربية كحلة. ف-قلت تقليدية. م- على خاطر تاع بكري هما اللي يكون فيها الزايد، تاع ذرك تكون كلها قد بعضهاها.</p>	<p>10-زربية تقليدية</p>	
<p>ف-قلت 02 دببة. م-نعم هذو هنا 2 دببة متقابلين، هادا راسو، و هنا الجسم تاعو، mais هاد من تحت مش معاهم.</p>	<p>11- 02 دببة</p>	<p>VII</p>
<p>ف-قلت هادا بيان قارب بالشرع م-نعم هنا في الوسط كل، mais في الوسط برك، في les cotés نلقاو 02 lions عرفتهم من شكلهم.</p>	<p>12- هادا بيان قارب بالشرع 13- و هاذو 02 lions</p>	<p>VIII</p>
<p>ف- قراءة الإجابة إيه الـ vert يقدر يكون papillon، mais الـ papillon ما يكونش أخضر، كيما قلتي مع الاول يقدر يكون برك، و الأبيض في النص تقدر تكون carafe، عرفتها من شكلها</p>	<p>14- papillon 15- carafe</p>	<p>IX</p>
<p>ف-قلت عنكبوت ايه عنكبوت هنا في الأزرق mais عرفتها من شكلها، هاذو رجليها، و هنا قلت نعامة، عرفتها من شكلها، و الدودة ثان أهي هنا ، أي دودة كبيرة، عرفتها مالشكل.</p>	<p>16- عنكبوت 17-نعامة 18-دودة</p>	<p>X</p>

الحالة (30):

ذكر، يبلغ التاسعة و الثلاثون من العمر، ينحدر من ولاية عنابة، أعزب، بائع متجول، مستواه الدراسي الثامنة متوسط ، أسرته ذات مستوى اقتصادي و اجتماعي متوسط، الأخ الأوسط لأخ و أخت (ترتيبه الثاني)، لا يعاني من أي سوابق مرضية عائلية، ليست لديه سوابق إدمانية أو عدلية حيث أنه لم يدخل السجن أبدا، دخل مستشفى الأمراض العقلية أربعة مرات بسبب العدوانية الغيرية، هلاوس سمعية، اضطراب النوم يعاني من أعراض هذاء الاضطهاد، من رؤية سلبية للمستقبل، أفكار سلبية حيث يقول بأن حياته روتينية للغاية، قلق، ضيق في الصدر، اضطراب النوم (hypersomnie)، بدأ يعزل فلا يخرج إلا قليل ، و تكون ليلا كي لا يراه الناس و يتكلم معهم، يعاني من انخفاض تقدير الذات.

شخص اضطرابه بالفصام

دخل الحالة القاعة مطأئنا رأسه، متناقلا، وجهه محمر خجلا، يرتدي قبعة تكاد تخفي كل وجهه، نبرة صوته منخفضة و يتكلم ببطء.

البطاقة	الاجابة	التحقيق
I	1-8 بعد 1:02 أجاب تبان فراشة	ف-قراءة الإجابة م-شفتها فيها كل، تبان، هذو جناحتها، و هذي قرون الاستشعار، أي فراشة.
II	2-8 en dirait هذا دب 3- و ملفوق وجه تاع مرا	ف-قراءة الإجابة م- دب شفتو هنا في اللكل، عرفتو من شكل، و ملفوق هاذي قتلك وجه مرا، عرفتها من شعرها، وهذا فمها، عينيها.
III	4-8 زوز نساء 5- هذا يشبه للكلب	ف-قراءة الإجابة م-إيه، شفتها هنا(يشير للكتلة السوداء العلوية)، عرفتهم نساء من الصدر، و لابسين الـ talon، و هاذو يشبهو للكلاب، هذو زوز كلاب، عرفتهم من شكلهم.
IV	6-7 معرفتوش، صعيب شوية أدا، بيان جلد	ف-قراءة الإجابة م-إيه، جلد حيوان، أنا بانلي جلد حيوان، شفتو في الصورة كاملة

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

V	7-8 هذا خفاش باين	ف-قراءة الإجابة م-باين، هذا جناحو، رأسو، رجليه.
VI	8-8 هذا كيما لوخر اللي قبل، يشبه للجلد حتى هو	8-قراءة الإجابة بانلي حتى هو جلد، يشبه للجلد تاع كبش العيد، شفتو في الصورة كل، عرفتو من الشكل
VII	9-9 هذا راس فيل	ف-قراءة الإجابة م-هنا و هنا (يشير للكتلتين المتقابلتين في الوسط)، عرفتو من شكلو، و الخرطوم تاعو.
VIII	10-8 زوز قطوبة 11- شجرة	ف-قراءة الإجابة م-شفتهم في الـ rose هنا و هنا ف- قراءة الإجابة م-الأخضر هذا شجرة، عرفتها من اللون
IX	12- on dirait نمر 13- 7- و هادي شجرة كيفكيف	ف-قراءة الإجابة م-في 'orange'، عرفتو من الشكل ف- قراءة الإجابة م-إم، خضرا عديكا قلت شجرة
X	14- 7 شجرة 15- هذا عصفور طاير 16- زوز كلاب	ف- قراءة الإجابة م-بانتي هنا (يشير للون الرمادي) عرفتها من لونها، يشبه للأخضر ف- قراءة الإجابة م-إيه، في الأخضر، عرفتو من شكلو و لونو ف-من شكلو و لونو م-إيه من شكلو و لونو ف- قراءة الإجابة شفتهم هنا (يشير للكتلة الحمراء)، عرفتو من الشكل .

عرض عام لنتائج البحث:

نتائج الحالات على مؤشر الانتحار:

بعد تطبيقنا لاختبار الرورشاخ و تفسيره وفق النظام الإدماجي، فقد تحصلنا على النتائج المعروضة في الجدول رقم (5)، و الذي يبين لنا نتائج كل حالة من حالات مجموعة البحث على مؤشر الانتحار.

الحالات	S-CON
1	8
2	5
3	5
4	6
5	8
6	7
7	8
8	8
9	7
10	9
11	8
12	8
13	6
14	8
15	6
16	4
17	5
18	5
19	5
20	6
21	6
22	5

5	23
4	24
6	25
5	26
5	27
4	28
4	29
4	30

جدول (5) نتائج حالات الدراسة على مؤشر الانتحار

التعليق على الجدول: يظهر الجدول رقم (5) أن فردا واحدا من أفراد المجموعة الأولى (الفصاميون الذين حاولوا الانتحار) حقق تسعة متغيرات ايجابية في مؤشر الانتحار، و سبعة حالات حققوا ثمانية متغيرات ايجابية ، و حالتين فقط حققتا سبعة متغيرات ايجابية ، و ثلاث حالات ذات ستة متغيرات ايجابية ، إضافة لحالتين حققتا خمسة متغيرات ايجابية ، مقابل نتائج أقل في المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) حيث نجد خمسة حالات حققت أربعة متغيرات فقط، سبعة حالات حققت خمس متغيرات ، و ثلاث حالات حققت ستة متغيرات.

و بعد تطبيقنا لاختبار ت ستودنت لقياس الفروق فقد حصلنا على النتائج التالية:

المجموعة	فصاميون حاولوا الانتحار	فصاميون لم يحاولوا الانتحار
المتوسط الحسابي	7.13	4.86
الانحراف المعياري	1.24	0.74
قيمة ت المحتسبة	6.13	

جدول (6) الفروق بين مجموعتي البحث على نتائج مؤشر الانتحار في اختبار ت.

تفسير النتائج:

يتضح من خلال نتائج الجدول (6) الذي يوضح الفروق حسب اختبار ت ستودنت بين مجموعتي البحث على مؤشر الانتحار، أن المتوسط الحسابي للفصاميين الذين حاولوا الانتحار يقدر ب7.13 ،

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

بينما المجموعة الثانية(الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) فالمتوسط الحسابي يقدر بـ 4.86، كما أن الانحراف المعياري للمجموعة الأولى يقدر بـ 1.24 في حين يقدر الانحراف المعياري للمجموعة الثانية بـ 0.74 مما جعل نتيجة ت المحتسبة تقدر بـ 6.13، علما أن درجة الحرية تقدر بـ 28 و القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0,05 يقدر بـ 2,04، و عليه فالقيمة المحسوبة أكبر من القيمة المجدولة مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة، لتكون النتيجة أن هناك فروقا بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في مؤشر الانتحار لاختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

نتائج الحالات على مؤشر الإكتئاب:

تقد تحصلنا على النتائج المعروضة في الجدول رقم (7)، و الذي يبين لنا نتائج كل حالة من حالات مجموعة البحث على مؤشر الإكتئاب.

DEPI	الحالات
5	1
5	2
3	3
4	4
5	5
5	6
5	7
5	8
5	9
5	10
5	11
5	12
5	13
5	14
5	15
4	16
3	17
3	18
4	19
3	20
4	21
4	22
3	23
2	24

3	25
2	26
3	27
3	28
3	29
2	30

جدول (7) نتائج حالات الدراسة على مؤشر الاكتئاب

التعليق على الجدول:

يظهر الجدول رقم (7)، أن ثلاث عشرة حالة تحصلت على خمس متغيرات ايجابية مما يجعل هذا المؤشر محققا و ايجابيا في حين سجلنا حالتين فقط من المجموعة الأولى تحصلت الأولى على ثلاث درجات والأخرى على أربع درجات ، مقابل نتائج أقل في المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) حيث نجد أربعة حالات حققت أربعة متغيرات فقط، ثمانية حالات حققت ثلاثة درجات ، و ثلاثة حالات حققت متغيرين اثنين لا غير.

المجموعة	فصاميون حاولوا الانتحار	فصاميون لم يحاولوا الانتحار
المتوسط الحسابي	4.8	3.06
الانحراف المعياري	0.55	0.70
قيمة ت المحتسبة	6.21	

جدول (8) نتائج المجموعتين في اختبار ت ستودنت على مؤشر الاكتئاب.

تفسير النتائج:

يتضح من خلال نتائج الجدول (8) الذي يوضح الفروق حسب اختبار ت ستودنت بين مجموعتي البحث على مؤشر الإكتئاب، أن المتوسط الحسابي للفصاميين الذين حاولوا الانتحار يقدر بـ 4.8 ، بينما المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) فالمتوسط الحسابي يقدر بـ 3.06، كما أن الانحراف المعياري للمجموعة الأولى يقدر بـ 0.55 في حين يقدر الانحراف المعياري للمجموعة الثانية بـ 0.70، مما جعل نتيجة ت المحتسبة تقدر بـ 6.21 و هي أكبر من القيمة المجدولة المقدر بـ 2,04 عند

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

مستوى الدلالة 0,05، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة لتكون النتيجة أن هناك فروقا بين الفصامين محاولي الانتحار و الفصامين غير محاولي الانتحار في مؤشر الإكتئاب لاختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

نتائج الحالات على مؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية:

تبين لنا النتائج المعروضة في الجدول رقم (9) نتائج كل حالة من حالات مجموعة البحث على مؤشر عدم الكفاءة الإجتماعية.

CDI	الحالات
2	1
3	2
5	3
4	4
3	5
3	6
5	7
2	8
4	9
3	10
4	11
4	12
2	13
3	14
4	15
4	16
4	17
4	18
5	19
4	20
4	21
4	22
4	23
5	24

4	25
4	26
4	27
4	28
4	29
4	30

جدول (9) نتائج مجموعة البحث على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية.

التعليق على الجدول: يظهر الجدول رقم (9) أن حالتين فقط تحصلتا على خمسة متغيرات محققة ، و خمسة حالات تحصلت على أربع متغيرات ايجابية، و خمسة حالات أخرى تحصلت على ثلاث درجات فقط، في حين نجد ثلاثة حالات تحصلت على درجتين فقط، مقابل حالتين حققتا خمس متغيرات من المجموعة الثانية(الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) و ثلاثة عشرة حالة حققت أربعة درجات .

المجموعة	فصاميون حاولوا الانتحار	فصاميون لم يحاولوا الانتحار
المتوسط الحسابي	3.40	4.13
الانحراف المعياري	0.98	0.34
قيمة ت المحتسبة	-2.43	

جدول (10) الفروق بين مجموعتي البحث على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية في اختبارات

تفسير النتائج:

يبين لنا الجدول (10) الذي يوضح الفروق حسب اختبارات ستودنت بين مجموعتي البحث على مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية ، أن المتوسط الحسابي للفصاميين الذين حاولوا الانتحار يقدر بـ 3.40 بينما المجموعة الثانية(الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) فالمتوسط الحسابي يقدر بـ 4,13 ، كما أن الانحراف المعياري للمجموعة الأولى يقدر بـ 0.98 في حين يقدر الانحراف المعياري للمجموعة الثانية بـ 0.34% مما جعل نتيجة ت المحتسبة تقدر بـ - 2.43 ، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة لتكون النتيجة أن هناك فروقا بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

محاولة الانتحار في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية لاختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي لصالح المجموعة الثانية أي لصالح الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار.

مقارنة النتائج المحققة بين المجموعتين و بين السياقات النفسية الخاصة بالمجموعة الفصامية عند

إكسنير:

إن الاختلاف العيادي بين المجموعتين الفصاميتين يعبر عنه في اختبار الرورشاخ عبر مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالمجال المعرفي، الوجداني، و هو ما سنراه في الجدول التالي:

المتغيرات	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية
PSV \geq 1	09	60%	08	53%
XA<0,7 et WDA<0,75	12	80%	15	100%
X- >0,30	12	80%	15	100%
Contamination \geq 1	06	40%	04	26%
PTI \geq 3	11	73%	15	100%
Lambda > 0,99	14	93%	15	100%
S > 2	10	66%	08	53%
An = 1	09	60%	11	73%
MOR > = 1	14	93%	10	66%
EGO < 0,33	12	80%	12	80%

جدول (11) مقارنة بين نتائج مجموعتي البحث في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي.

تفسير النتائج:

PSV هي الإجابات المكررة، تدل على تكرار الفكر و اجتراره و عدم اتساقه، غالبا ما تظهر في بروتوكولات الفصاميين، توصلت دراستنا إلى أن تسعة حالات من المجموعة الأولى تظهر عندهم الإجابات المكررة، أي بنسبة ستين بالمئة مقابل ثمانية حالات من المجموعة الثانية أي بنسبة تتجاوز الثلاثة و الخمسين بالمئة.

الفصل السادس: عرض البيانات و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

WDA% < 0.75 ينبئ عن صعوبات التكيف مع وضعيات الحياة اليومية، و نجده في دراستنا حيث أن اثنتي عشرة حالة من المجموعة الأولى تحصلت على WDA أقل من 0,75 ، أي بنسبة 80% مقابل خمسة عشرة حالة من المجموعة الثانية أي بنسبة 100% ، أما عن احصائيات اكسنير عن الفئة الفصامية فنجد أن نسبته تتعدى 73% و 0,70 < XA% بنسبة 86%، و هو ما يتقارب و مجموعة بحثنا الأولى أي الفصاميون الذين حاولوا الانتحار.

أما اضطراب مؤشر تشوه الإدراك ($X > 0.30$) ، و الذي يعبر عن خلل خطير في تفسير الواقع، فنجده عند جميع حالات المجموعة الثانية أي بنسبة 100% مقابل اثنتا عشرة حالة من المجموعة الأولى بنسبة 80% و هو ما يتماثل و النسبة التي وجدها اكسنير و المقدرة بـ 78%.

بالنسبة لتلوث الإجابات CON ، فقد توصلت الدراسة إلى أن ستة حالات من المجموعة الأولى أي بنسبة 40%، قد توفرت بوتوكولاتهم على الأقل على إجابة واحدة من الإجابات الملوثة مقابل أربعة حالات من المجموعة الثانية أي بنسبة 26%.

مؤشر الإدراك-فكر PTI ، فتظهر لنا نتائج الدراسة أن إحدى عشرة حالة من المجموعة الأولى حققت على الأقل 3 درجات على المؤشر أي بنسبة 73% مقابل تحقيق المؤشر من طرف جميع حالات المجموعة الثانية، أما عن احصائيات اكسنير فهي لا تزيد عن 44%.

كما نجد $\lambda > 0,99$ ، يظهر ارتفاع λ عند مرضى الفصام، وهو ما نجده عند جميع مجموعة البحث ما عدا واحدا من المجموعة الأولى، و هو دليل يشير إلى أن الفصاميين يميلون لتبسيط حقل المثيرات و تجاهل تعقيده.

$S > 2$ و هو الرؤية في الأبيض، نجده عند عشرة حالات من المجموعة الأولى بنسبة 66% مقابل ثمانية حالات من المجموعة الثانية بنسبة 53%.

نجد An و هي الإجابات التشرحية في دراستنا عند تسعة حالات من المجموعة الأولى بنسبة 60% مقابل إحدى عشرة حالة من المجموعة الثانية بنسبة تقدر بـ 73%، حسب اكسنير An تدل على اهتمامات غير عادية بالجسم، وجود انشغال بالجسد و قلق مرتبط به مع اجترار الإحباط و هو ما يدل على هشاشة التنظيم النفسي.

MOR و هي الإجابات المرضية، نجد أربعة عشرة حالة من المجموعة الأولى بنسبة تزيد عن 93%، مقابل عشرة حالات من المجموعة الثانية بنسبة 66%، و هي تدل على انطباعات سلبية عن نفسه، تصور سلبي عن الذات، قد يكون كذلك تصور للموت.

8-تحليل و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

كل الدراسات تهدف للوصول إلى نتائج علمية و التي تمثل الحقائق التي يتوصل إليها الباحث بعد القيام بجهد من البحث النظري و الميداني، و قد حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الفرضيات التالية:

هناك فرق بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في مؤشر الانتحار لاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي.

أظهرت نتائج اختبار "ت" ستودنت أن مؤشر الانتحار في اختبار الرورشاخ ميز تمييزا واضحا بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار لصالح المجموعة الأولى، حيث ارتفعت درجات المجموعة الفصامية المحاولة للانتحار بالمقارنة مع المجموعة الفصامية للذين لم يحاولوا الانتحار، و جاءت الفروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين، إذ أثبت اختبار ت أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية عالية تقدر ب 6.13 لصالح الفصاميين محاولي الانتحار أي أن الفصامي محاول الانتحار لديه ارتفاع في مؤشر الانتحار مقارنة بالفصامي غير المنتحر، علما أن مؤشر الانتحار S.CON يحتوي على اثنتا عشرة متغيرا و يصبح ايجابيا عند وجود ثمانية متغيرات، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن فردا واحدا من أفراد المجموعة الأولى (الفصاميون الذين حاولوا الانتحار) حققت تسعة متغيرات ايجابية في مؤشر الانتحار (الحالة 10)، و سبعة حالات حققت ثمانية متغيرات ايجابية (الحالات على التوالي 5، 1، 7، 11، 8، 12، 14)، حالتين فقط حققتا سبعة متغيرات ايجابية هما (6، 9)، و ثلاث حالات ذات ستة متغيرات ايجابية (الحالة 4، 13، 15)، إضافة لحالتين حققتا خمسة متغيرات ايجابية هما (الحالة 2 و 3)، مقابل نتائج أقل في المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) حيث نجد خمسة حالات حققت أربعة متغيرات فقط (الحالات هي 16، 24، 28، 29، 30)، سبعة حالات حققت خمس متغيرات (17، 18، 19، 22، 23، 26، 27)، و ثلاث حالات حققت ستة متغيرات (20، 21، 25). كما ذكرنا سابقا فمؤشر الانتحار يصبح ايجابيا عند وجود ثمانية متغيرات محققة، و هو يعتبر خطرا و "علما أحمرًا" يدل على أن المفحوص لديه الكثير من السمات المشتركة مع الأفراد الذين أقدموا على الانتحار خلال فترة قصيرة نسبيا من تطبيق اختبار الرورشاخ، هذا المؤشر يجب أخذه كتحذير جدي، و العمل على كشف المزيد من إمكانيات السعي للانشغال بتدمير الذات، كما لاحظ اكسنير أن ايجابية مؤشر الانتحار و تحقيق الفرد لثمانية متغيرات تجعله عرضة للخطر الانتحاري في غضون شهرين منذ إجراء الاختبار، و هو ما يجب ذكره في هذا المقام حيث أن ستة فصاميين ممن حاولوا الانتحار سابقا أعادوا الكرة بعد إجراء الاختبار و لكن في غضون ثلاثة أشهر، و قد كانت النتيجة موت حالتين (1 و 11) و فشل الحالات المتبقية في الانتحار (5، 6، 9، 10).

و لتحليل هذه النتائج نقول أنها قد ترجع إلى المحيط الأسري للفصامي محاول الانتحار، حيث أن جميع الحالات حاولوا الانتحار خارج أسوار المؤسسة الاستشفائية، و هو ما يتوافق مع عوامل الخطر للفصامي محاول الانتحار، التي بينت أن خطر الانتحار يزداد بعد انتهاء مدة الاستشفاء، و قد يكون هذا راجع إلى انعدام الدعم العائلي لجميع الحالات الذين يعانون من الرفض العائلي، أي يعانون من النبذ العائلي، إضافة إلى أن كل الحالات يعانون أيضا من البطالة، فأغلبهم ذو مستوى اجتماعي متدني قد يعود إلى عدم متابعتهم دراستهم، فأغلب المرضى ذو مستوى دراسي ضعيف، و هو ما يتوافق مع دراسة أدينغتون Addington (1992)، من أن ضعف المستوى الدراسي و العزل الاجتماعي يعتبران من العوامل الاقتصادية الاجتماعية المساهمة في تغيير نوعية حياة الفصامي، و جعلها مرتبطة بخطر انتحاري محقق و هذا ما يتوافق و دراسة كيم و جماعته Kim & al (2003) الذين أضافوا عدم الرضا للمستويين الاقتصادي و الدراسي الضعيف للفئة المدروسة.

كما نلاحظ تماثل الدواء الموصوف عند أغلبية الحالات، في هذا الخصوص نقول أنه في مجال علم النفس العيادي تعالت الأصوات لتدافع عن فكرة أن الدواء يوصف للمريض و ليس للمرض، فالمريض هو شخص يعاني، و كل شخص له توظيفاته الخاصة، تاريخه الخاص، نقاط قوة و نقاط ضعف مختلفة عن الآخر، و لهذا لا بد من علاج المريض و ليس المرض.

و بتحليلنا للقائمة المستخرجة من قائمة مؤشر الانتحار، نجد أن أغلبية الفصاميين محاولي الانتحار (اثنا عشرة حالة أي بنسبة ثمانين بالمئة) تحصلوا على مردود لا يتعدى سبعة عشرة إجابة، و هو ناتج عن الكف الفصامي الشديد الذي يظهر خاصة في التعبير اللفظي الفقير الوارد على شكل قولبي يشهد على صلابة و شلل التفكير، كما يطلعنا على ثقل الفراغ الذي يطغى على الإجابات، و الذي يظهر في الفقر الهوامي للمحتويات المتكررة، الذي يكشف عن الفشل الإدراكي الراجع لهشاشة الحدود.

كما نجد عدم القدرة على التكيف في الإجابات الشائعة P بنسبة ثلاثة و ثلاثين بالمئة، و التي ترتفع لتصل إلى أزيد من ثلاثة وسبعين بالمئة، أي لأحد عشرة حالة من المجموعة الأولى متحصلة على P أي عدد الإجابات الشائعة أقل أو تساوي ثلاث إجابات ، في حين نجد ست حالات من الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار أي بنسبة أربعين بالمئة و هو ما يتقارب مع احصائيات اكسنير للمجموعة الفصامية في الرورشاخ النظام الادماجي و الذي يساوي سبعة و أربعين بالمئة. (Exner,2003,199)

إضافة إلى عدد الإجابات المدركة في الأبيض (S > 3)، حيث نجد أن تسعة حالات من الفصاميين محاولي الانتحار رأوا أكثر من ثلاثة إجابات في الأبيض، أي بنسبة ستين بالمئة مقابل خمسة حالات فقط من المجموعة الثانية بنسبة تتجاوز الثلاثة و الثلاثين بالمئة، و هو فارق معتبر بين المجموعتين.

كما نجد أن الإجابات اللونية أكبر من الإجابات الشكلية اللونية عند المجموعة الأولى، فنجد ثلاث عشرة حالة مقابل إحدى عشرة حالة من المجموعة الثانية، كما أن التنظيم الإدراكي للأجزاء Zd أكبر من 3,5 و أقل من 3,5- ، نجد سبعة حالات من المجموعة الأولى بنسبة تتجاوز الستة و الأربعين بالمئة، مقابل حالتين فقط من المجموعة الثانية بنسبة تقدر ب ثلاث عشرة بالمئة 13% .

و عليه فقد تحققت الفرضية الأولى للدراسة، ووجدنا أن هناك فرقا ذات دلالة إحصائية بين الفصامين محاولي الانتحار و الفصامين غير محاولي الانتحار في مؤشر الانتحار لاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي لصالح المجموعة الأولى.

أما عن الفرضية الثانية، و التي تمثلت في معرفة ما إذا كان هناك فرق بين الفصامين محاولي الانتحار و الفصامين غير محاولي الانتحار في مؤشر الاكتئاب لاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي، فقد أظهرت نتائج اختبار "ت" ستودنت أن مؤشر الاكتئاب في اختبار الرورشاخ ميز تمييزا واضحا بين الفصامين محاولي الانتحار، و الفصامين الذين لم يحاولوا الانتحار لصالح المجموعة الأولى، حيث ارتفعت درجات المجموعة الفصامية المحاولة للانتحار بالمقارنة مع المجموعة الفصامية للذين لم يحاولوا الانتحار، و جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، إذ أثبت اختبار ت أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عالية تتجاوز الستة بالمئة لصالح الفصامين محاولي الانتحار، أي أن الفصامي محاول الانتحار لديه ارتفاع في مؤشر الاكتئاب مقارنة بالفصامي غير المنتحر، فجاءت نتائج الدراسة لتظهر أن ثلاث عشرة حالة تحصلت على خمس متغيرات ايجابية، مما يجعل هذا المؤشر محققا و ايجابيا، في حين سجلنا حالتين فقط من المجموعة الأولى، تحصلت الأولى على ثلاث درجات (الحالة رقم 3)، والأخرى على أربع درجات (الحالة رقم 4)، مقابل نتائج أقل في المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار)، حيث نجد أربعة حالات حققت أربعة متغيرات فقط (الحالات هي 16، 19، 21، 22)، ثمانية حالات حققت ثلاثة درجات (17، 18، 20، 23، 25، 27، 28، 29)، و ثلاثة حالات حققت متغيرين (24، 26، 30)، و عليه فمؤشر الاكتئاب لكل عناصر المجموعة الثانية غير محقق (يتحقق في خمسة درجات)، بمعنى أن الفصامين الذين لم يحاولوا الانتحار لا تظهر عندهم الأعراض الاكتئابية، عكس الفصامين الذين حاولوا الانتحار فقد أظهر أغليبيتهم أعراضا اكتئابية تم استخراجها من مؤشر الاكتئاب، و ذلك بتحقيق خمسة أو أكثر من المتغيرات الموجودة في مؤشر الاكتئاب للرورشاخ النظام الإدماجي لأكسنير، الذي يرى بأن الأشخاص الذين يحققون خمسة نقاط في هذا المؤشر يعانون من المرور للاكتئاب المتكرر، اضطرابات المزاج، الضغط و القلق، هو ما يتوافق مع ما توصلت له عدة دراسات حول الاكتئاب عند الفصامي منها دراسة هايلا و زملاؤه Heila&al سنة (1997)، دراسة كيلي و رفاؤه Kelly&al (2004) حيث وجد أن الاكتئاب يعد أحد أكبر عوامل الخطر، دراسة روسو و مورتنسن Rossau&Mortensen، دراسة دي هرت و ماكنزي De Hert &

Mckenzie سنة (2001)، و التي تؤكد على أن الاكتئاب كعامل خطر للانتحار، كما وجد كانديدو و رومني Candido & Romney سنة 2002، أن الاكتئاب يحدث بانتظام خلال مرض الفصام من عشرين بالمئة حتى الثمانين بالمئة من الحالات، كما نجد عند كايت هاوتون K.Hawton أن المرحلة الاكتئابية هي من أوائل العلامات المنذرة بالخطر الانتحاري عند الفصاميين (Hawton,2005)، و أن أكثر من أربع و ستين بالمئة من الذين ماتوا منتحرين كانوا يعانون من متلازمة اكتئابية (Mantelet,1999)، هذا و قد يرجع ارتفاع مؤشر الاكتئاب إلى غياب دور الأسرة حيث يؤكد لوراننت Laurent&al على سلبية دور العائلة عند الأفراد محاولي الانتحار، و حرمانهم من الرعاية الأمومية مما يؤدي بهم إلى التعلق غير الآمن، فالرفض العائلي، و ضعف الدعم الاجتماعي للفرد الفصامي، يؤديان به للمرور للفعل الانتحاري، و هو ما لاحظناه في مجموعة بحثنا حيث أن غالبية الحالات تعاني إما من فقد أحد الوالدين على الأقل، أو من أب متسلط عدواني ما يعد سببا رئيسيا لانخفاض تقدير الذات، و هو ما يراه أيضا أسامة راتب من أن الأباء الذين يفرطون باستخدام العقاب، التهديد، النقد للتخلص من السلوك غير المرغوب فيه يزيد من الخوف عند الأبناء، و يحط من تقديرهم لذاتهم. (راتب، 106، 2001)، هذا و يحتل تقدير الذات المرتبة الرابعة في تنظيم ماسلو، بعد الحاجات الفيزيولوجية، الحاجة للأمن، و الحاجة للانتماء، كما يؤكد ماسلو أنه في كل مرة نقوم فيها بتهديد شخص أو إهانته أو نشره بالذنب، فإننا بذلك نصبح مصدرا لخلق اضطراب نفسي لديه، فتقدير الذات يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على السلوك، هذا الأخير هو حصيلة خبرات الفرد الاجتماعية و هو إحساس الفرد بذاته. (هويدي، 17، 1982)، إلا أن ذات الفصامي و منها أنه منغمسة في كبت الواقع الذي يشرحه غرين Green في الصراع المحتدم على مستوى الحدود المحيطة للأنا (بمفهوم فيدرن)، و يتخذ ذلك الصراع أربعة أشكال متكاملة هي نزوات التدمير ضد النزوات التدميرية، اتجاه الاستثمارات نحو الأنا ضد اتجاهها نحو الموضوع، السياقات الأولية ضد السياقات الثانوية، التصورات ضد اللغة أو تصورات الأشياء ضد تصورات الكلمات، و كثيرا ما تكون الغلبة لعناصر الشطر الأول من الصراع كمحتويات للهو الذي يفسح له الأنا بتمرير تلك المحتويات بسبب عدم فعاليته في إقامة الحواجز بين العالم الداخلي و العالم الخارجي (بن خليفة، 2007، 69) مما يؤدي بمرضى الفصام إلى الانتحار.

أما عن الفرضية الثالثة، و التي تمثلت في معرفة ما إذا كان هناك فرق بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية لاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي، فقد أظهرت نتائج اختبار "ت" ستودنت أن مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية في اختبار الرورشاخ، ميز تمييزا واضحا بين الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار لصالح المجموعة الثانية، حيث انخفضت درجات المجموعة الفصامية المحاولة للانتحار بالمقارنة مع المجموعة الفصامية للذين لم يحاولوا الانتحار، و جاءت الفروق ذات دلالة إحصائية بين

المجموعتين، إلا أنها لصالح المجموعة الثانية، أي أن الفصامي حاول الانتحار لديه انخفاض في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية مقارنة بالفصامي غير المنتحر، فجاءت نتائج الدراسة لتظهر أن حالتين فقط تحصلتا على خمسة متغيرات محققة ، و خمسة حالات تحصلت على أربع متغيرات ايجابية، و خمسة حالات أخرى تحصلت على ثلاث درجات فقط، في حين نجد ثلاثة حالات تحصلت على درجتين فقط، مقابل حالتين حققتا خمس متغيرات من المجموعة الثانية (الفصاميون الذين لم يحاولوا الانتحار) و ثلاثة عشرة حالة حققت أربعة درجات .، يسمح لنا مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية - يتحقق بأربعة متغيرات ايجابية - بالكشف عن سياقات نفسية تتمثل في الصعوبات العلائقية أو عدم نضج في الشخصية، و قد جاءت نتائج المجموعة الفصامية التي لم تحاول الانتحار لتتقارب مع احصائيات اكسنير للفصاميين حيث بلغت نسبة مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية التي تساوي الخمسة درجات إحدى عشرة بالمئة مقابل ثلاثة عشرة بالمئة في دراستنا الحالية للمجموعة الأولى و الثانية، و يزداد الفارق بين نسبتي المجموعتين، و النسبة المحصل عليها عند اكسنير عند مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية "CDI" يساوي أربعة درجات لتصل عند المجموعة الثانية أي فصاميون لم يحاولوا الانتحار لنسبة ستة و ثمانين بالمئة، و تقل في المجموعة الأولى أي فصاميون حاولوا الانتحار لتتراوح النسبة لثلاثة و ثلاثون بالمئة و هو ما يتقارب مع احصائيات اكسنير التي تصل نسبة مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية للفصاميين فيها لأربعة و أربعين بالمئة، و عليه تتقارب نتائج اكسنير مع ما وجدناه في دراستنا هذه للمجموعة الأولى من الفصاميين الذين حاولوا الانتحار و قد يكون هذا راجعا إلى الاختلاف في فقر الإجابات الإنسانية للمجموعتين حيث حققت المجموعة الأولى نسبة ثلاثة و سبعين بالمئة، في حين حققت المجموعة الثانية ثلاثة و تسعين بالمئة، هذا و قد بلغت نتائج اكسنير نسبة ستة و خمسين بالمئة، لتتقارب نتائجها نسبيا مع النتائج المحققة من قبل الفصاميين محاولي الانتحار.

ما يجب ذكره أن مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية لا يدرس منفردا إنما يدرس مع مؤشر الاكتئاب، حيث أن تحقيق الفرد لخمسة درجات ايجابية على مؤشر الاكتئاب و انخفاض الدرجة المحققة لمؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عن الأربعة درجات فهذا يدل حسب اكسنير على أن تنظيم شخصية الفرد يحتوي على فكر شائع لتجارب الاضطراب الوجداني فهم قد يعانون من أعراض اكتئابية متكررة.

أما عند تحقق مؤشر الاكتئاب و مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية معا فهذا يعني حسب اكسنير وجود هشاشة اتجاه المشكلات الوجدانية بسبب صعوبات في التوافق الاجتماعي، فسوء التوافق يعرف بأنه فشل أو عدم قابلية ملاءمة ما هو نفسي لما هو اجتماعي، فهو عدم القدرة على التغلب على صعوبات المواقف الحياتية. (الدسوقي، 1985، 33) كما أنه عجز عن عقد صلات اجتماعية مرضية مع الناس، و من أهم مؤشرات عدم التوافق الاجتماعي نجد النظرة غير الواقعية للحياة، عدم القدرة على تقبل الواقع المعاش، و هو ما نجده في مجموعة بحثنا، إضافة لعدم الإحساس بإشباع حاجات نفسية (الشعور بعدم

الأمان، بكونه غير قادر على الإنجاز) و هو ما يتوافق و دراستنا الحالية من ضعف في الإجابات الإنسانية، صورة سلبية عن الذات ، انخفاض لتقدير الذات، عدم الشعور بالأمن، عدم اتساق الفكر و تصلبه، التكرار، و كثرة الإجابات المرضية MOR ، ويمكن أن ترجع هذه الخصائص إلى أن الكلمات عند الفصامي حسب بيرجوري هي مواضيع و ليست وسائل في العلاقة الموضوعية، إضافة إلى أن تطور المرض تخله عدة انتكاسات و كثرة الدخول للمستشفى، الوصم الاجتماعي للمريض، و الرفض العائلي و ضعف الدعم الاجتماعي و ذلك لغياب مراكز وسيطة تهتم بالفصامي، و تعمل على توظيف هذه الفئة، و إعادة تأهيلهم اجتماعيا و مهنيا لمساعدتهم على إعادة الاندماج في المجتمع.

للإجابة عن التساؤل الرئيسي لدراستنا و الذي كان هل هناك سياقات نفسية خاصة بالفصامي محاول الانتحار؟، فإننا سنقوم بتحليل الجدول رقم (11)، بداية نقول أن الاختلاف العيادي بين المجموعتين الفصاميتين يعبر عنه في اختبار الرورشاخ عبر مجموعة من المتغيرات المرتبطة بالمجال المعرفي، الوجداني، و إدراك الذات، حيث أننا حاولنا في هذه الدراسة إعطاء نموذج توقعي للانتحار عند الفصامي و البحث عن الخصائص النفسية التي تميز الفصاميين الذين حاولوا الانتحار عن الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار، و ذلك بتطبيق اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي على مجموعة من الفصاميين الذين حاولوا الانتحار فكما نعلم أن المؤشر الأكثر توقعا لحدوث الانتكاس هو وجود محاولة انتحارية، و عليه نجد أن الجانب المعرفي الذي تميز بوجود التكرار PSV يدل على أن هناك تصلبا و نقص مرونة معرفية عند الفصامي، أما في معالجة المعلومات التي حسب إكسنير تعكس العمليات العقلية المطبقة أثناء إدخال المعلومة، فكثرة التفاصيل(الأجزاء)D يشير إلى أن المعلومة قد عولجت بطريقة مبسطة للغاية. تعكس الوساطة la médiation، الطريقة التي يتم بها التعرف على الصورة الذهنية المشكلة أثناء معالجة المعلومة و ترجمتها، و عادة ما تكون هذه الخطوة مضطربة عند مريض الفصام.

التفكير L'idéation و هي استعمال و قولبة الصور المأخوذة من الوساطة ، نجدها في contamination. تلوث الإجابات، و هي حسب إكسنير تمثل الشكل الأكثر خطورة للاختلال المعرفي (عدم التنظيم المعرفي) ، الذي يمكن الكشف عنه في اختبار الرورشاخ، فهي تتطوي على اندماج عدة معاشات غير واقعية كليا، نجدها شائعة في برتوكول مريض الفصام. إن النمط المعرفي $\lambda > 0.99$ تظهر ارتفاعا عند هذه الفئة مما يجعلهم ذوو أسلوب تجنبى كما يشير إلى أن الفصاميين يميلون لتبسيط حقل المثيرات.

إدراك الذات نجده في الإجابات ذات المحتوى التشريحي، فمريض الفصام يولي اهتماما كبيرا بجسده، قد يصبح هذا الانشغال مصدر قلق، اجترار، و هشاشة. نجد كذلك تدني صورة الذات في الإجابات من

النوع المرضي (MOR) Morbidité، نجدها عند الفصامي و هي تدل على انطباعات سلبية و متشائمة حول صورة الذات.

إضافة لما سبق فدراستنا تتوافق مع ما بينته أندرونيكوف Andronikof من أن الشخص المنتحر يعاني من اضطراب تقرير الذات، و الذي من أهم عناصره نجد أولاً عدم الثقة بالذات، و الذي يغذي مشاعر عدم الأمن و هو ما ذكره ماسلو في سلمه للحاجات من أن الفرد لابد له من أن يحقق حاجاته الفيزيولوجية، فالأمن فالانتماء...و هكذا، أما ثاني العناصر أهمية فهو انخفاض تقدير الذات و مهاجمة صورتها، و هو ما يظهر في المجموعة الأولى للبحث حيث نجد أن الإجابات المرضية قد ظهرت و لو مرة واحدة في كل الحالات ما عدا واحدة، و هي تعتبر تصور سلبي عن الذات، قد يكون كذلك تصور للموت، كما تعتبر إنذار لاحتواء صورة الجسد لانطباعات سلبية غير مرغوب فيها، ثالثا الإجابات الإنسانية الكاملة تكون محدودة جدا، و هي تدل على أن الشخص منفصل عن الواقع و ليست لديه أية اهتمامات بالعلاقات الإنسانية.

اضطراب العلاقة مع العالم الخارجي و هو ما نجده في نقص الإجابات الجيدة، و قلة الإجابات الشائعة مع انخفاض الإجابات الإنسانية، و قلة المردود المنتج من طرف الفرد، كل هذه الخصائص تعد مؤشرات عن انقطاع الشخص عن العالم الخارجي نضيف لها نحن انطلاقا من دراستنا وجود مؤشر الاكتئاب.

كما نجد أن هناك منفذا للقلق، الضغط، أو العنف الداخلي و هو الذي وجدناه في دراستنا يتمثل في الـ S و هي رؤية المدركات في الأبيض، تدل على الضغط الداخلي، و هو متغير يعبر عن وجود العنف الداخلي ، نوع من الغضب الأسود الذي من المحتمل أن يكون هو الطاقة المغذية للمرور للفعل الانتحاري.

خلل القدرات العامة: و هو ما وتوصلنا إليه كذلك في هذه الدراسة حيث أن $Zd < -3,5$ يدل على أن الفرد لا يأخذ وقته في عرض المشكلة بل يتصرف انطلاقا من جزء من المعلومة، مما يدفع به إلى تصرفات غير متكيفة، و التي تحتوي على جميع عناصر الإنفاعية.

توجه تشاؤمي للأفكار: نجدها في الإجابات المرضية، و هي تدل على مشاعر سلبية ، و عدم الرضا عن صورة الذات، و هو توجه تشاؤمي يطال الأبعاد الثلاثة لبيك Beck (نحو الذات-نحو العالم-نحو المستقبل)، و هو ما توصلنا إليه و تناولناه بالشرح في دراستنا الحالية.

خاتمة

خاتمة:

لقد حاولنا من خلال هذه المساهمة العلمية دراسة الفصامي محاول الانتحار من خلال اختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي لأكسنير، بهدف معرفة السياقات النفسية الخاصة بالانتحار عند الفصاميين، و الإجابة عن التساؤل الرئيسي للدراسة و هو هل هناك سياقات نفسية خاصة بالفصاميين محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي؟ و قد تفرعت عنه مجموعة من الأسئلة الجزئية المتمثلة في: هل هناك فروق في الاستجابة لمؤشر الانتحار عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي؟، و هل هناك فروق في مؤشر الاكتئاب عند الفصاميين محاولي الانتحار و الفصاميين غير محاولي الانتحار في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي؟، و هل هناك فروق في مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية عند الفصاميين الذين حاولوا الانتحار و الفصاميين الذين لم يحاولوا الانتحار في اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي؟

و لاختبار فرضيات بحثنا و التحقق منها اعتمدنا على المنهج العيادي، كونه الأنسب لدراسة الحالات، و عليه قمنا باجراء اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي على ثلاثين مريضا فصاميا، خمسة عشر منهم حاولوا الانتحار و خمسة عشر فصاميا لم يحاولوا الانتحار أبدا، بعد عرضنا للنتائج العامة للبحث، و تحليلها ، قمنا باجراء دراسة مقارنة على نتائج المجموعتين لاستخراج الفروق بينهم على مؤشرات هي: مؤشر الانتحار، مؤشر الاكتئاب، مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية، ثم مقارنة نتائج المجموعتين على مجموعة من المتغيرات الخاصة بالمجموعة الفصامية ، حيث توصلنا إلى أن الفصاميون الذين حاولوا الانتحار يعانون من مؤشر مرتفع للانتحار كما ارتفاع مؤشر الاكتئاب، كما أن الفصامي المنتحر هو شاب ، بطل، ذو مستوى اجتماعي و اقتصادي متدني، له سوابق انتحارية، مع عوارض اكتئابية ثانوية للذهان، و أفكار ذاتية لعدم تقدير الذات، مصاحبة للقلق، أما عن ملاحظتنا فالتفكير الاكتئابي يظهر جليا مصاحبا للفكر الهذيانى المرافق للقلق المرضى الذي يولده تصور الموت عند الفصامي مما يحدث شرخا عميقا يتمثل في قلق التششت و الانقسام ليتجسد في شكل أفعال العدوانية الذاتية التي تظهر لحل معضلة وجوده "يقتل نفسه ليعيش" و التي تكون أثناء السير الذهاني الاكتئابي المرافق بانخفاض تقدير الذات، و عليه لابد على الأخصائي النفساني أن يكون قادرا على حوصلة كافة المعلومات و الممارسات الخاصة بالأعراض سابقة الذكر، كما عليه أن ينصت باهتمام كبير لجميع الكلمات الدالة على الهشاشة

المؤدية للانتحار عند الفصامين حتى أثناء التكفل النفسي بالمريض، و أن يظهر له أوقات الهشاشة بحذر كبير أثناء تحسنه، قبل أن يحضره و يرافقه لتقبل العلاج و لأسلوب حياة أفضل و أكثر جودة.

و في الأخير فإننا نأمل أن نستطيع بهذه الدراسة المساعدة على الفهم العميق لاضطراب الفصام و الخطر الانتحاري المحقق به من خلال اختبار الرورشاخ، و قد يكون مثل هذا التناول مفيدا لجميع الأشخاص من العاملين في الصحة النفسية، و يسهم في الكشف المبكر عن وجود مؤشرات للخطر الانتحاري عند مرضى الفصام، و بالتالي توجيه الجهود إلى الوقاية من هذا الخطر، الأمر الذي يقود إلى تحقيق الكفالة النفسية المنشودة لهؤلاء المرضى ، كما نرجو أن ننقذ أنفسا بشرية تعاني و لا تستطيع طلب المساعدة و قد أتت نتائج بحثنا لتوثق هذا البحث ، كما نأمل أن يساهم هذا البحث العلمي في إثراء بحوث علمية أخرى .

اقتراحات و توصيات:

- 1- فتح مراكز وسيطة تهتم بإعادة تأهيل مرضى الفصام اجتماعيا و مهنيا، مما يساهم في تحسين نوعية الحياة و جودتها، فهم يعدون فئة مهمشة تعاني من الإعاقة التي يسببها المرض.
- 2- ترسيخ ثقافة الرسكلة عند ممارسي الصحة العمومية و خصوصا ممارسي الصحة العقلية.
- 3- الإهتمام أكثر بمرضى الفصام.
- 4- نظرا للنقص الكبير للأبحاث و الدراسات التي تتناول فئة الفصاميين، خصوصا المرور للفعل الإنتحاري عند هذه الفئة، حيث أن جميع الدراسات التي وجدتها الباحثة هي دراسات وصفية ايبيديمولوجية، مراقبة مع حساب الخطر النسبي، و ليست دراسات تعنى بطبيعة السلوك الانتحاري عند هذه الفئة، و عليه نأمل أن يكون هذا العمل منطلقا لدراسات أخرى تحققة للدراسة الحالية.
- 5- تفعيل دور الأخصائي النفسي مع هذه الفئة و تطبيق العلاج المعرفي، و المعرفي السلوكي، الذي أثبت نجاعته نسبيا للتخفيف من بعض أعراض المرض.

المراجع

المراجع

- 1- الحجار.م، (1989)،*الطب السلوكي المعاصر_ابحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي و العلاج النفسي السلوكي*، بيروت: دار العلم للملايين.
- 2-الحجار.م، (1991)،*فن العلاج في الطب النفسي السلوكي*، لبنان: دار العلم للملايين
- 3-الدباغ.ف، (1986)،*الموت اختيارا - دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس*، ط2، بيروت: دار الطليعة للطباعة و النشر.
- 4-الزراد.ف، (1984)،*الأمراض العصابية و الذهانية و الاضطرابات السلوكية*، بيروت: دار القلم.
- 5-الشربيني.ل، (2001)،*الاكتئاب:الأسباب و المرض و العلاج*، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 6-العيسوي.ع.ر، (1994)،*الأمراض السيكوسوماتية*، بيروت: دار النهضة .
- 7-العيسوي، ع.ر، (1995) ، *علم النفس الطبي*، جمهورية مصر العربية: منشأة المعارف.
- 8-العيسوي.ع.ر،(2000)،*سيكولوجية الجريمة و الإدمان*، بيروت: دار الراتب الجامعية.
- 9-المنجد في اللغة و الإعلام، (1986)، ط33، بيروت: دار الشروق.
- 10-الموسوعة البريطانية في مجلة الثقافة النفسية، (1993)، المجلد الرابع، العدد 16، بيروت: دار النهضة العربية.
- 11-أحسن جاب الله. ب، (2003)، *ايبيديمولوجية الفصام*، www.almanach.dz.com
- 12-أحسن جاب الله.ح، (2001)، *العوامل المعرفية في تفسير الآلام المزمنة و علاقتها بالقلق و الاكتئاب و الفعالية الذاتية*، أطروحة دكتوراه دولة غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- 13-أحسن جاب الله .ح،(2010)،*النمو النفسي في الطفولة و المراهقة*، الجزائر.
- 14-أسامة.م، (2011)، *مدخل إلى الاضطرابات السلوكية الانفعالية- الأسباب، التشخيص، العلاج-*، الأردن: دار الميسرة.

- 15- بن خليفة.م، (2007)، علم النفس المرضي و التقنيات الاسقاطية، دراسة نماذج التوظيف النفسي لدى راشدين ذوي معاناة نفسية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر2.
- 16_ جرجس ص، (1961)، الطب النفسي في الحياة اليومية، القاهرة_مصر: دار النهضة العربية.
- 17_ جلال.س، (1986)، في الصحة العقلية و الأمراض النفسية و العقلية و الانحرافات السلوكية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 18- دويدار.ع.ف، (1996)، طب النفس، مصر: دار المعرفة.
- 19- رثيف . س، (2001)، الأمراض النفسية المعاصرة، بيروت: دار النفائس.
- 20_ زهران.ع.س، 1978، الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط2، القاهرة: عالم الكتب.
- 21- سمعان.م، (1964)، مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري، منشورات جماعة علم النفس التكاملي، مصر: دار المعارف.
- 22- سمور.ع، (2006)، الاضطرابات النفسية و الذهانية (التشخيص و العلاج)، فلسطين: دار المقداد للنشر و التوزيع.
- 23- عادل.م، (1999)، العلاج المعرفي السلوكي-أسس و تطبيقات-، مصر: دار الرشاد.
- 24- عبد الستار.إ و آخرون، (1993)، العلاج السلوكي متعدد المحاور و مشكلات الطفل، مجلة علم النفس، العدد 26.
- 25- عبد الستار.إ، (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- 26_ عسكر ع، (1988)، الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص، مصر: الأنجلو المصرية.
- 27- عكاشة أ، (1992)، الطب النفسي المعاصر، مصر: الأنجلو المصرية.
- 28 - عكاشة.أ، (2003)، الطب النفسي المعاصر، طبعة منقحة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

- 29-فايد.ح، (2004)، *دراسات في السلوك و الشخصية*، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع.
- 30-قاموس بن هادية، (1991)، *القاموس الجديد للطالب*، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائريين.
- 31-كراملينغر كيث، (2002)، *حول الاكتئاب*، بيروت: الدار العربية للعلوم.
- 32-مدحت أبو زيد، (2001)، *الاكتئاب دراسة في السيكيوباتومتري*، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 33-معن.خ، (2005)، *التفكك الاجتماعي*، عمان: دار الشروق.
- 34-مهنا.أ، (1993)، *أخبار النساء في كتاب الأغاني للأصفهاني*، ط2، بيروت: مؤسسة الكتب الثقافية.
- 35-يحياوي.ح، (1996)، *المحاولة الانتحارية.دراسة نفسية*، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، معهد علم النفس و علوم التربية، جامعة الجزائر.
- 36-يعقوب.س، الفصام، *سلسلة الطب النفسي*، بيروت: دار الحداثة للطباعة و النشر و التوزيع.
- 37-يوسف.ج، (2001)، *النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية*، القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر.

38-Addington.D.E, Addington.J.M, (1992), *Attempted suicide and depression in schizophrenia*, Acta Psychiatr Scand, 85(4) :91-288.

39- Ajuriaguerra.J,(1980),*Manuel de psychiatrie de l'enfant*,2^{eme} éd, paris : Masson.

40-Aguilar.E.J, Leal.C, Acosta.F.J, et al,(2003), *A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes ?* Eur Psychiatry ,18(4) :2-190.

41-Albrand L et coll, (2009),*La prévention du suicide en milieu carcéral-rapport au garde des sceaux*, ([www.ladocumentationfrancaise.fr/ var/ storage/ rapports-publics/094000387](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000387)).

42-Alloy.B, Acocel.J, Bootzin.R.R, (1996), *Abnormal psychology*, current perspective,7 ed,Newyork : Graw-hill.

- 43-Altamura. A.C ,Bassetti.R, Bignotti.S, Pioli R, Mundo E,(2003), *clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients :A rétrospective study*, schizophrRes,60 :47-55.
- 44-Amirican psychiatric Association,(2004), *Mini DSM-IV-TR*, critères diagnostiques(washington DC,2000) ; Traduction française par J-D.Guelfi et al,Paris : Masson.
- 45- Amirican Psychiatric Association, (2013), *DSM 5*, Washington DC.
- 46-André.P, (1995), *Psychiatrie de l'adulte*, 2^{ème} ed,France : Heure de France.
- 47-Beck.A, Hollan.S.D,(1994), *cognitive and cognitive-behavioral therapies*, Handbook of psychotherapy and behavioral change, Newyork: Wiley.
- 48-Benoit.J.C, Malarewicz et autres, (1988), *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systimatiques*, Paris : ESF.
- 49-Ben Smail.B, (1994),*la psychiatrie aujourd'hui*, 2^{ème} ed, Alger : OPU.
- 50-Bergeret.J, (1974), *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales*, Paris :Dunod.
- 51-Bergeret.J,(1976), *la depression et les états limites :points de vue théorique, clinique et thérapeutique*, Paris : PUF.
- 52-Bergeret.J, (1984), *la depression et l'états limites*, Paris : Payot.
- 53-Bernard.P, Trouvé.S, (1977), *Semiologie psychiatrique*, Paris : Masson.
- 54- Besançon.G, (2005), *Manuel de psychiatrie*, 2eme Ed, Paris :Dunod.
- 55-Bescha, C.Richard et d'autre, (2002), *psychopathologie de l'adulte*, Armand Colin .
- 56-Blackburn.I.M, Cottraux.J, (2001), *Thérapie cognitive de la personnalité*, Paris :Masson.
- 57-Bloch.H et autres, (1993),*Grand dictionnaire de la psychologie*, France : Larousse.
- 58-Boucebci.M, (1978), *Psychiatrie, société et developpement*,2^{ème} ed, Alger :SND.

- 59-Bourgeois.M, Facy.F, Rouillon.F, Verdoux H,(1997),*épidémiologie de suicide*, EMC psychiatrie.
- 60-Bouriche.D, Bourcet.S, (2000), *la pratique du terrain psychiatrie adulte*, Paris : ellipses.
- 61-Boyd.LT,Levis.DJ, (1980), *clinical Behavior and Behavior Modification*, garland STPM Press.
- 62- Bruchon-Schweitzer.M, (2002), *La psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- 63-Callan .J, (1979), *Affective illness on the increase*, Journal of the American medical association .
- 64-Campbell.F.R, (1981), *Dictionnaire de psychiatrie*, Oxford university press.
- 65-Candido.C.L, Romney.D.M,(2002) : *depression in paranoïd and non-paranoïd schizophrenic patients compared with major depressive disorders*, Journal of affective disorders, 70, 261-71.
- 66-Chabert.C,(1983), *le rorschach en clinique adulte interprétation psychanalytique*, 2^{ème} ed, Paris : Dunod.
- 67- Chabert C, (1998), *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, 2^{ème} Ed, Paris : Dunod.
- 68-Chabrol.H, (1984), *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, Paris : PUF.
- 69-Christiane.V, Cuevo.L,(2006), *exploration de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie*, Strasbourg : presse universitaire.
- 70-Chiland,C, (1983),*l'entretien clinique*, Paris : Ed PUF.
- 71-Chneiweiss.L,(1999), *les soignants face à la psychologie des maladies*, Paris : la marre.
- 72-Cottraux.J, (1990), *thérapie cognitive de la dépression*, Paris : Masson.
- 73-Cottraux.J,(1995), *Les thérapies comportementales et cognitives*, 2eme éd, Paris : Masson.
- 74-Dantzer.R, (2001), *L'illusion psychosomatique*, Paris : Odile Jacob.

- 75-Davison.G.C, Neale.J.M, (1986),*Abnormal psychology-an experimental clinical approach*, ed Wiley.
- 76-Debray.Q, Nollet.D, (1997), *les personnalités pathologiques .approche cognitive et thérapeutique*, Paris : Masson.
- 77-De Hert.M, Meckenzie.K, Peuskens.J,(2001), *Risk factors for suicide in yong people suffering from schizophrenia : a long-term follow-up study*, Schizophr Res ;47(2-3) :8-311.
- 78-De Montremy.J, (1977), *pourquoi, quand, ou et comment prévenir le suicide*, psychologie médical, tome I.
- 79-Deniker.P, (1996), *la depression*, Paris : Doin ed.
- 80- Douki.S, Moussaoui.D, Kacha.F,(1987), *manuel du psychiatre maghrébin*, Paris : Masson.
- 81-Donald.A, Biggs, (1994), *Dictionnary of counseling*.
- 82-Durkheim.E, (1897), *le suicide*, Paris : Alcain.
- 83-Dukstra R.F.W,Guilbinat.W , (1993) , *the epidemiology of suicidal behavior, a review of three continents*, Geneva ,WHO,1-46.
- 84-Ellis.A (1987),*The practice of rational-Emotive therapy*, New York
- 85-Emmanuelli.M, Pheulpin.M-C, Bruguiere.P, (2005), *un destin des affects dans la depression, L'éroussement affectif*, Bulletin de psychologie,tome 58 (2) 476.195-204.
- 86-Exner.J,trad Andronikof.A, (2001), *Manuel de cotation du Rorschach en système Intégré*, Paris : Frison-Roche.
- 87-Exner,J, trad Andronikof.A, (2003), *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*, Paris : Frison-Roche.
- 88-Ey.H, Bernard.p,Brisset. CH,(1978), *Manuel de psychiatrie*,5^{ème} ed, Paris : Masson.
- 89-Ey.H, Brisset.C, (1989), *manuel de psychiatrie*, 6^{ème} ed, Paris : idid.
- 90-Fauman.M, (1994),*study guide to DSMV*, Washington DC : American psychiatric Press.

- 91-Feline.A, Hardy.P, De Bonis.M, (1991), *la dépression.Etudes*,Paris : Masson.
- 92-Fenton .W.S, McGlashan .T.H, Victor.B.J, Blyler .C.R, (1997), *symptômes subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*, Am JPsychiatry;154 :199-204.
- 93-Ferreri.M,(1980), *Eux les déprimés*, Acta psychosomatica, Documenta Geigy.
- 94-Ferreri.M, Bottero.A, Albey.J.M, (1993), *Semiologie des états dépressifs de l'adulte*, EMC, 37110A10.20
- 95-Freden.L, (1982), *Les aspects psychosociaux de la depression*, Belgique : Marguada.
- 96-Freud .S(2010) ,*nevrose, psychose et perversion*, Paris : PUF.
- 97-Gavaudan.G& al,(2006) , *suicide and schizophrenia :risk evaluation and prevention* , Annales Médico psychologiques, 164,165-175.
- 98-Gelder. M.M, Cowen. P(2005) ,*traité de psychiatrie*, Paris : Flammarion.
- 99-Ghodfrud.M,(2002),*Les maladies mentales de l'adulte*, France.
- 100-Goldberg.A,(1972), *the evolution of psychoanalytic concepts of depression*, Anthony E.T.Benedict.(EDS), depression and human existence,Boston : Little Brown and company.
- 101-Goviron.D, Qut-Fayaud.A, (2004), *Les troubles schizophréniques*, Paris : ellipses.
- 102- Guelfi.JD, Boyer.P et d'autre,(1996), *Psychiatrie*, Paris : PUF.
- 103-Guyotat.J, (1990), *état dépressif*, Paris : Encyclopedia universalis.
- 104-Hanus.M, (2004),*le deuil après suicide*, Paris : Maloine.
- 105-Harkavy-Freidman j.M, Restifo.K, Malaspina.D, & Al, (1999), *Suicidal behavior in schizophrenia : characteristics of individuals who had and had not attempted suicide* , Am.j.psychiatry ,156 ;1276-8.
- 106-Hawton.K, Sutton.L, Haw.C, Sinclair.J, Deeks.J.J, (2005), *Schizophrenia and suicide : a systematic review of risk factors*, Br.J.Psychiatry, 187 :9-20.

- 107-Heila.H, Isometsa.E.T, Henriksson.M.M, et al,(1997), *Suicide and schizophrenia : a nationwide psychological autopsy study on age-and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia*, Am J Psychiatry, 154 (9) : 1235-1242.
- 108-Henrion.G, Heininger.P, Pelzer.J, (1998), *Results of a complex round robin test with four river sediments.Fresenius.J*, anal, 360 :344-347.
- 109-Holmes. D.S,(1994), *Abnormal psychology*,Harper collias collège publishers.
- 110-Inserm Ec , (2005), *suicide :autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, Paris : les éditions Inserm.
- 111- Ionescu.S , Blanchet.A, (2007), *Psychologie clinique, psychopathologie, psychothérapie*, Paris : PUF.
- 112-Jarosz.M,(2005), *suicides*, Paris : L'Harmattam logiques sociales.
- 113-Jordan.J.R, (2008), *Bereavement after suicide*, psychiatric annals online.com.
- 114-Jouvent.R, Carton.S, (1994), *l'émotion dérégulée. psychopathologie*, Paris : PUF.
- 115-Kacha.F, (1996), *psychiatrie et psychologie médicale à l'usage de l'étudiant*, Alger : Entreprise nationale du livre.
- 116-Kacha.F,(2001), *les conduites suicidaires*, Algérie santé, Revue N°4.
- 117-Kacha.F,(2002), *psychiatrie et psychologie médicale*,2^{ème} Ed, Algerie : ISBN.
- 118- Karilla. L, Boss.V et d'autre, (2002), *Psychiatrie de l'adulte,de l'enfant et de l'adolescent*, Paris :ellipses.
- 119-Kelly.D.L, Shim.J.C, Feldman.S.M, et al,(2004), *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death*, J.Psychiatr Res, 38(5),531-536.
- 120-Kim.CH, Jayathilake.K, Meltzer.H.Y, (2003), *Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia : relationship to suicidal behavior*, Schizophr Res , 60(1) :71-80.

- 121-Kreyenbuhl J.A, Kelly D.L, Conley R.R, (2002) , *circumstances of suicide among individuals with schizophrenia*, Schizophr Res,58, 253-61.
- 122- Laplanche.J et J.B Pontalis ,(1996), *vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : delta puf.
- 123-Lechemia.D, (1994), *Les dépressions. De la prévention à la guérison*, Dahleb, Alger : santé pour tous.
- 124-Lester.D, (2001), *suicide prevention :resources for the mellenium*, Philadelphia : Brunner-Routledj,.
- 125-Levy-Soussen.P,(2002), *Psychiatrie*, Paris : Med line.
- 126-Lôo.H et autres, (1991), *Je suis déprimé mais je me soigne :La dépression,l'éviter, la combattre, s'en sortir*, Paris :Masson.
- 127- Lôo.P, Lôo.H & al (2001), *Le stress Permanent* , réaction adaptation de l'organisme aux alé as existentiels, 3^{ème} ed, Paris :Masson.
- 128-Mantelet.S, (1999), *Schizophrénie et suicide*, L'Encéphale, Sp IV,5-40.
- 129- Manuila.L,(2000), *dictionnaire médicale*, 9^{ème}éd,Paris : Masson.
- 130-Marcelli.D, Braconnier.A, (2008), *Adolescence et psychopathologie*, 7^{ème} ed, Paris : Masson.
- 131-Marlène.F, (2002), *Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes*, presses de l'université de Québec.
- 132-Matillon.Y,(2001), *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, Paris : EDK.
- 133-Mazet.P, Houzel.D,(1996) , *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Maloine S.A.
- 134- Minois.G, (1999) ,*History of suicide – volumtury death in wester nculture* ,Baltimore,Maryland-USA : Johns Hopkins University Press.
- 135-Mishara.B-L, Tousignant.M, (2004), *comprendre le suicide*, les press de l'université de Montréal-Québec.
- 136-Morasz.L,(2002), *comprendre la violence en psychiatrie :approche clinique et thérapeutique*, Dunod,115-123,225-246 .

- 137-Moron.P,(1979), *le suicide* ,2^{ème}, Paris : PUF.
- 138-Olies.J.P,(1995), *Les maladies dépressives*, Paris :Flamerrion.
- 139- Ollé J.P et d'autres, (2000), *Le livre de l'interne psychiatrie*, France : Flammarion médecine-sciences.
- 140-Organisation Mondiale de la santé , (2007), *suicide prévention and programmes*.
- 141-Osby.U,Correia.N,Brandet.L,Ekbom.A,Sparen.P,(2000) ,*Mortality and causes of death in schizophrenia* ; Stockholm county-Sweden, *schizophrRes*;29 :21-8.
- 142-Pamela.H, Klimo.J, (2006), *suicide- What really happens in the after life?*, California : North Atlantic Books.
- 143- Pedinielli.JL, Gimenez.G,(2003), *les psychoses de l'adulte*, France : Nathan université.
- 144-Pelicier.Y,et autres, (1983), *La maladie dépressive*, Paris : Ciba.
- 145-Pelicier.Y, (1986), *repères diagnostiques en pathologie psychiatrique quotidienne*, Paris : Clim midy.
- 146- Pelsser.R,(1989), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Masson.
- 147-Perron.R, (1979), *les problèmes de preuves dans démarches de la psychologie clinique*, Paris :Masson.
- 148-Pichot.P, Delay.J (1969), *Abrégé De Psychologie* ,3^{ème} éd, Paris :Masson.
- 149-Pieron .H(1990) ,*Vocabulaire De La Psychologie* , Paris : PUF.
- 150-Platt.S et Coll , (1992) , *the WHO/EURO multicentre study on parasuicide* *acta psychiatre scand*, 87,97-104.
- 151-Porot.A, (1984), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, 6^{ème} ed, Paris : PUF.
- 152-Racamier.P.C,(2001), *les schizophrènes*, Paris : petite bibliothèque Payot.
- 153-Rauch de Trautenberg.N ,(1994),*le rorschach champ d'interaction :du concept au fantasme*, psychologie, SARP,N4.

- 154-Reuchlin,M, (1998), *les méthodes en psychologie*, Alger : Casbah.
- 155-Reynaud.M, Bergeret.J, (1989), *Soigner la folie*, Paris : Frison-Roche.
- 156-Romainis.R,(1987), *Depression*, London : Faber and faber limited.
- 157-Rosenhan.D.L, Seligman.S.P, (1984), *Abnormal psychology*, London : Norton.
- 158-Rossau.C.D, Mortensen.P.B,(1997), *Risk factors for suicide in patients with schizophrenia : nested case-control study*, Br.J.Psychiatry,171,355-9.
- 159-Rotterstol.N, (1993), *suicides :a European perspective cambridge*, Cambridge university press.
- 160-Rouan.G,Pedinielli.JL,Gimenez.G,(2000), *le suicide est-il le meurtre de soi ?*, la revue française de psychiatrie et de psychologie medicale, Tome IV, N43 :70-73
- 161-Sartorius N,(1993), *Research on affective disorder within the framework of the who program*,M Schou&E.Stromgern (Eds) .
- 162-Satet.p, (2009) ,*tout savoir sur le suicide pour mieux le prévenir*, Paris : edition favre.
- 163-Schentoub.V,(1990), *Manuel d'utilisation du TAT- approche psychanalytique*,Paris : Dunod.
- 164-Scherrer.P,(1978) ,*Approche clinique de la psychiatrie*,Paris :SIMEP.
- 165-Schneider.P, (1980),*la depression* ,Paris : Collection santé le hameau .
- 166- Sillamy.N, (1989) , *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse.
- 167-Sillamy.N, (1996), *Dictionnaire de psychologie*, Paris : Larousse.
- 168-Storr.A,(1968), *Human Aggression*, Newyork : penguin press .
- 169-Stroud.A.H, (1997), *Vaincre l'anxiété et le stress*, Paris : Connaissance du monde.
- 170-Tribolet.S, Paradas.C, (2000), *Guide pratique de psychiatrie*, 5^{ème}ed, Paris : Heures de France.

171-Tyrer.P.T, Steinberg.D,(1994), *Models for mental disorder*, conceptual models in psychiatry, John Wiley and son.

172-Vedrinne.J,Sorel.P et Weber.D, (1996),*sémiologie des conduites suicidaires*, EMC.psychiatrie, 37-144-A-80.

173-Vincent.K.B & al, (2010), *Prevalance and predictors of persistent suicide ideation*, plans, and attempts during collége, journal of affective disorders, 127(1)-287-294.

174-Weiner.B,(1982),*An attributionally-based theory of motivation and émotion* :focus,range, issues.In Feather,N.T(Ed), Expectancy,incentive and action,(pp,163-206),Hellsdale,N,J :Erlbaum.

175-Wilmotte.J, Bastyns.M, Dermaret.G, Duvivier.M,(1986), *le suicide. Psycho-thérapie et conduites suicidaires*,Belgique : Margada.

176-Yapko P, (1977), *The art of avoiding depression*, Psychology today.

الملاحق

ملحق دليل المقابلة

1_الحالة المدنية:

- الاسم:

المكان:

-تاريخ الميلاد:

-مكان الإقامة

- المستوى الدراسي

-المهنة

عدد الإخوة: عدد الإناث عدد الذكور.....

الترتيب بين الإخوة

الحالة الاجتماعية(عازب-متزوج-مطلق-أرمل)

الحالة الاقتصادية

الوالدان على قيد الحياة؟ الطرف المتبقي على قيد الحياة هل أعاد الزواج؟

سن الأب: سن الأم:

مهنة الأب: مهنة الأم :

السوابق المرضية لكل منهما ؟

هل الوالدان من الأقارب:

هل تعاني من أمراض جسمية؟

هل أجريت عملية جراحية ؟ العمر؟ كم من مرة ؟ كم مكث في المستشفى؟

هل في العائلة من هو مصاب بمرض نفسي أو عقلي أو عصبي (من طرف الأب أو الأم)؟

هل يعالج في المستشفى أو في مكان آخر؟

هل يتعاطى المخدرات ؟ الكحول؟

إذا كان يتعاطى: السن الذي بدأ فيه التعاطي، النوع، الكمية، وحده أو في جماعة؟ إذا أقلع عنها (مدة إقلاعه عنها)
هل دخل السجن أم لا؟

إذا كان دخل السجن: السن؟ السبب؟ عدد المرات التي دخل فيها؟، المدة التي مكثها؟ كيف كانت حياتك في السجن؟

2-محور تاريخ المرض الحالي:

ما هو سن بداية المرض العقلي؟

هل عالج خارج المستشفى أم لا؟

ما هو الدواء الذي كان يتناوله (داخل و خارج المستشفى)؟

ما هي عدد المرات التي دخل فيها مستشفى الأمراض العقلية؟ و ما هو السبب لكل مرة؟ و كم هي المدة التي مكثها؟

من قام بإحضاره إلى المستشفى؟، هل دخل بإرادته أم بالقوة؟

الأعراض التي يعاني منها: الهلوس (نوعها، أوقاتها)، الهذات (هل الهذيان مرتبط بالهلوسة؟)، اضطرابات السلوك ، اضطرابات اللغة، اضطرابات وجدانية، اضطرابات الوظائف العقلية.

3-محور الانتحار:

هل لديه أفكار انتحارية؟

هل حاول الانتحار؟، كم من مرة حاول الانتحار؟

ما هي الأسباب التي دفعت به إلى الانتحار؟

ماذا استعمل عندما حاولت الانتحار؟ ما هي الكمية؟ هل تعرف بأنها تقتل؟

لماذا التفكير في الانتحار؟

ما الذي جرى قبل انتحارك؟

كيف كانت ردة فعل الأهل بعد محاولة الانتحار؟

هل فكرت في حل آخر غير الانتحار؟

هل يوجد أي فرد في الأسرة قام بالانتحار؟