الدلالة النفسية والتشخيصية والتنبؤية للرسومات الخاصة بمضطربي الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين

(دراسة إكلينيكية متعمقه)

إعـــداد

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي - بقسم علم النفس

بكلية الآداب – جامعة عين شمس

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدي فاعلية وقدرة اختبارات الرسم – سواء المقننة أو الحرة (العفوية) – في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين، والتنبؤ بها، والقدرة على اعطاء صورة دينامية واضحة لهذا الاضطراب، ومعرفة البناء النفسى لديهم، ورصد أهم الأعراض والسمات والعلامات المرضية الأكثر إنتشاراً وشيوعاً والعوامل المسببه لإضطراب الشخصية الحدية لدى هؤلاء المراهقين ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٦: ١٨ سنة بمتوسط عمرى (١٧) سنة، وتكونت عينة الدراسة من (٦) حالات مقسمين إلى (٥) فتيات، وذكر واحد فقط، وذلك بإستخدام الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، إختبار H.T.P، إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D، بالإضافة إلى الرسوم الحرة أو العفوية ، وذلك بإستخدام المنهج الإليكينيكى.

الدلالة النفسية والتشخيصية والتنبؤية للرسومات الخاصة بمضطربي الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين

(دراسة إكلينيكية متعمقه)

إعـــداد

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي - بقسم علم النفس

بكلية الآداب – جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

إحتلت دراسة الشخصية مكانة مهمة، ومما ساعد على تأكيد هذه المكانة النظر إلى الشخصية على أنها محصلة عدة عوامل تعمل فى وحدة متكاملة تنتج من تفاعل عدة سمات جسيمة ونفسية تحدد أسلوب تعامل الشخصية مع مكونات بيئية، ولذا فالشخصية ما هى إلا تنظيم دينامى متكامل للصفات الجسدية والعقلية والخلقية والإجتماعية، ويتم تشخصيها عادة عندما تتداخل هذه السمات المختلفة مع أفعال غير سوية بشكل واضح، بحيث تكون مشوهه ومرضية، ومن ثم فإن كل إضطراب للشخصية مسبوق بمجموعة من السمات المرضية التى تظهر على الفرد من خلال تفاعله مع ذاته والبيئة المحيطة (Paris, J., 1994).

ولذا تعد إضطرابات الشخصية كمفهوم إكلينيكى ما هو إلا النتاج السلوكى لتأخر مسيرة النضج أو تعثرها أو فرط حدتها أو إنحرافها (يحيى الرخاوى، ١٩٧٩: ٤٤٦)، ومن ثم فإن إضطرابات الشخصية تعد بمثابة سؤ تكيف يؤثر فى أداء الشخص الإجتماعى والوظيفى، وقد يحدث هذا حتى فى كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصفات متوافقة مع الأنا (أى سمات الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه)، وقد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا ولكن يجد الشخص صعوبة فى تغييرها رغم ما كل يبذله من محاولات (محمود حموده، ٢٠١٤: ٦٨٦ – ٦٨٧).

وخاصة إذا ما علمنا أن حوالى ١٠% من عامة السكان وما يصل إلى نصف المرضى النفسيين فى وحدات المستفشيات والعيادات يعانون من إضطراب فى الشخصية والتى تبلغ مستويات التوريث فيها حوالى ٥٠%، ومن ثم فإن تكاليف الرعاية الصحية المباشرة

والتكاليف غير المباشرة للإنتاجية المفقودة، والمرتبطة بإضطراب الشخصية ولا سيما إضطراب الشخصية الحدية أكبر بكثير من التكاليف المرتبطة بالإضطرابات الأخرى (Andrew Skodal, 2018).

الإ أن إضطراب الشخصية الحدية يظل ويعد من أكثر إضطرابات الشخصية إثارة للجدل، ومن ثم فقد أهتم العلماء والباحثون بدراسته فى عينات مختلفة للتعرف على أهم المتغيرات التى قد تساعد فى تفسير صلابته ومقاومته للتغيير (Lee, et al., 2009)، حيث يتسم هؤلاء الأفراد بنمط ثابت من الشخصية يتصف بمجموعة من السمات ومن أهمها عدم الإستقرار الإنفعالى، والإندفاعية، وعدم إستقرار العلاقات بين الشخصية، وإضطراب الهوية، وإضطراب صورة الذات، بالإضافة لنوبات متكررة من الملل والقلق بالهجر سواء كان حقيقياً أو متخيلاً، بالإضافة إلى خصائص وسمات ما قبل الذهانية (Leichserningk 2004; MacDonald and pietsch , 2010).

ولذا فقد تفجر الإهتمام فى السنوات الأخيرة بإضطراب الشخصية الحدية (BPD)، حيث يرتبط هذا الإهتمام على الأقل بعنصرين وهما: أولاً: أن الأفراد الذين تتوفر فيهم معايير إضطراب الشخصية الحدية يتدفقون على المراكز الصحية ومكاتب الممارسين، حيث يمثل مرض إضطراب الشخصية الحدية (١١%) من جميع الحالات النفسية للعيادات الخارجية، ومن (١٩% : ٦٣%) من المرضى النفسيين المقيمين بالمستشفيات. ثانياً: الأساليب العلاجية المتوفرة يبدو أنها غير كافية بشكل كبير، حيث تشير دراسات المتابعة إلى أن إضطراب هؤلاء الأشخاص ربما تكون متناهية، وأن التطور العلاجى يحدث ببطئ وقد يحتاج إلى سنوات عديدة بعد عملية التقييم الأولية وصولاً لمنظور المرضى بعدم الجدوى العلاجية على المدى البعيد (Marsha M. Linehan, 1993: 23).

ومما يزيد من الأمر صعوبة أن ٥٥% من المرضى المصابين بإضطراب الشخصية الحدية يوجد لديهم أيضاً معايير تشخيص إضطراب الشخصية شبه الفصامية، وأن ٤٧% منهم توجد لديهم معايير إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وأن ٥٧% منهم توجد لديهم معايير تشخيص إضطراب الشخصية الهستيرية (Widiger, et al., 1987)، وينتشر

إضطراب الشخصية الحدية بمعدل يتراوح من ١% إلى ٣% لدى المجتمع العام، وتتراوح نسبة إنتشاره بين الإناث إلى الذكور بنسبة ٣ : ١، وهو الأمر الذي يجعل من النساء أكثر معاناة من الرجال فى إلحاق الأذى بالذات بما فيه محاولات الإنتحار، حيث تمثل نسبة النساء ٧٤% من مرض إضطراب الشخصية الحدية (جون فيتكس، ٢٠٠٥: ١٤١)، ويتفق مع ما سبق دراسة كل من:

(Bogard, H., 1970; Bancroft and Marsack, 1977; SWARTZ, et al., 1990; Maier, et al., 1992; Bjorklund, p., 2006; Carla; Jenniforl, 2014; Barbara, J., 2018; محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠)

وفى هذا يشير (Marcovitz, 2009: 9-10) أن هؤلاء الأفراد قد لا يتجهون مطلقاً لطلب العلاج والمساعدة وأنهم لا يعتقدون مطلقاً بحاجتهم للعلاج. كما تشير البيانات التجريبية أن من ٧٠% إلى ٧٥% من مرضى إضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لايذاء الذات ومحاولة إنتحار على الأقل مرة واحدة تتضمن أشخاص تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ إلى ٤٥ عاماً (محمود حموده، ٢٠١٤: ٦١٢؛ Clarkin, et al., 1983 cowdry,1985؛ Greer and lee, 1967) وهو ما أكده أيضاً (Paris, J., 2005) فى أن الشخصية الحدية تظهر أولاً فى المراهقة بمتوسط عمرى ١٨ عاماً. ويمكن لهذه الأعمال أن تتنوع فى الحدة من أفراد لا يحتاجون إلى معالجة طبية مثل: (الخدوش البسيطة، خبط الرأس، حروق السجائر) إلى تلك تتطلب عناية فى وحدة مركزة مثل: (الجرعة الزائدة، إيذاء الذات، والخنق)، ولأن السلوك الإنتحارى لمرضى إضطراب الشخصية الحدية يكون دائماً غير مهلك، إلا أن تقديرات معدل الإنتحار بين مرضى إضطراب الشخصية الحدية تكاد تصل إلى ٩% (Stone, M., 1989)، وإن ما يقدمون على الإنتحار بالفعل تتراوح أعدادهم ما بين ٥% إلى ١٠% من مرضى إضطراب الشخصية الحدية.

(Frances and Clarkin, 1968; stone and Hart, 1987; Paris, Brown and Nowlis, 1987)

وخاصة أن السلوكيات الإنتحارية وغيرها من السلوكيات المندفعة المضطربة هى عادة سلوكيات مرضية لحل المشكلة ذات التأثير المهيمن غير المتحكم فيه والمؤثر سلبياً بشكل حاد وأنهم يشعرون براحة كبيرة من القلق وغيرها من الحالات السلبية بعد تقطيع وجرح ذواتهم (Cowdry and Gardmer, 1988)، وخاصة أن إضطراب الشخصية الحدية يظهر

فى سن مبكرة وبدايات المراهقة وهو الأمر السلبى الذى يمتد تأثيره على كافة المستويات والأصعدة.

(مارث إم. لينهان، ٢٠١٤: ٢٠-٢٢ ;McGlashan, 1983; Paris, J., 2005)

لذا فالبحث فى هذا الموضوع لدى هذه الشريحة العمرية أمر ضرورى، لا سيما أن هذا النوع من الإضطرابات يشكل إعاقة فى النمو على مختلف الأصعدة، ودراسته تكتسب أهمية بالغة للتعرف على ديناميات إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين، لا سيما وأن مستقبل البلاد وبناء المجتمع وتطويره منوط بالأدوار التى يقوم بها هؤلاء المراهقين.

ولهذا فإن أى عملية تنموية تتجاهل الإنسان عموماً، والمراهقين على وجه الخصوص، فهذا يعنى أنها مقضى عليها بالفشل، وهذا ما نلاحظه فى أن المراهق الذى يعانى من إضطراب الشخصية الحدية يشقى نفسه ومجتمعه أيضاً، ولذا فإن المجتمع نفسه يخسر مرتين، الأولى: يخسر هؤلاء المراهقين كطاقة فعالة ومنتجه، والثانية: عندما يتكلف المجتمع علاج هؤلاء المراهقين فى مؤسسات ومصحات علاجية.

ومن هنا جاءت أهمية الدراسة الحالية من خلال الوقوف على أهم الدلالات النفسية والقدرة التشخيصية والتنبؤية لمضطربي الشخصية الحدية من خلال الرسم، بالاضافة ايضا إلى ما سوف تسفر عنه تلك الرسومات في التعرف على أهم الديناميات الخاصة بإضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين من الذكور والإناث وذلك من خلال الرسومات سواء المقننة أو الحرة.

وخاصة ان الرسم ما هو إلا لغة عالمية يشترك فيها غالبية البشر باختلاف مستوياتهم العمرية والثقافية والاجتماعية تتغير وتتشكل مع نمو الفرد وارتقائه وتزداد رموزه ارتباطاً بالبيئة التي يعيش فيها، وما هو إلا وسط تعبيري ايضاً لمكنونات النفس البشرية، وهو ما إكده فرويد بقوله: ان الرسم هو الطريق الملكي الثاني بعد الاحلام للوصول إلى اللاشعور، وان الرسوم تتناول الطبقات الأعمق في شخصية الإنسان؛ ولهذا فان الرسوم لها فوائد واضحة المعالم في الكشف عن البناء النفسي للشخصية حينما تكون الكلمات قليلة، وأن اللوحة المرسومة لا تزول ولا تختفي مثل الكلمات والتي عادة ما تكون خالية من المعني والدلالة.

وهو ما قد إكده (Hammer, 1980: 6) في أن المرضي النفسيين يستطيعون دوما أن يعبروا عن أنفسهم بسهولة من خلال أساليب الرسم هنه من خلال الأساليب اللفظية، ذلك أن الرسم إنما هو اسقاط لمفهوم الشخص – القائم بالرسم – عن ذاته، كما انه يعكس لنا ادراك هذا الشخص لبيئته بما تتضمن من أحداث وتفاعلات بين شخصية واجتماعية، ووسيلة مهمة للتنبؤ، والتقييم والتشخيص لمضطربي الشخصية الحدية بشكل دقيق ومتعمق.

مشكلة الدراسة :

يعد إضطراب الشخصية الحدية من أسواء وأشد أنواع إضطرابات الشخصية لأنه غالباً ما يربك ويحير كلاً من المعالج النفسى والمريض، وخاصة أنه يتضمن عدداً ضخماً ومتداخلاً من الأعراض المثيرة للمشكلات والجدل بما فى ذلك قضايا وأعراض الإستسلام، والعلاقات الشخصية والإجتماعية الحادة والمتقلبة، وخاصة أن الكثير منهم يلجأون إلى التجنب العام بسبب تعرضهم للعديد من الإخفاقات وخوفهم من النبذ والتخلى وتفادى المزيد من الألم، بالإضافة أيضاً إلى التشتيت، والإندفاعية والإدمانية أو الجنسية التى تضر الذات وتؤذيها، هذا أيضاً بجانب المحاولات الإنتحارية التى تشوه الذات الجسمية، والسلوك المؤذى والمشوه للذات وللآخرين، والتقلبات الإنفعالية الحادة، ومشاعر الفراغ وإرتكاب الكثير من الحماقات الضارة، والغضب غير المبرر وغير الملائم، والأعراض الهذائية Paranoid، والأعراض التفككية Dissociative والإنشقاقية.

(Kroll, J., 1988; Paris, J., 2005; عبد محمود حموده، ٢٠١٤: ٧١٠ – ٧١١؛ العزيز حدار، ٢٠١٣؛ مارى آن لايدن، ٢٠٠٦: ٤٠٠)

كما تؤثر إضطرابات الشخصية الحدية أيضاً تأثيراً سلبياً على الفرد فينخفض تبعاً لذلك إنجازه الأكاديمى، وترتفع درجة القلق لديه، وتكون قدرته على الإحتمال منخفضه وتتدنى مهاراته الإجتماعية، ويزداد لديه الخوف من المستقبل، وإحتمال متدنى لتحمل الألم البدنى والإنفعالى، وتقدير ذات منخفض (السيد كامل الشربيني، ٢٠١٠: ١٤٧).

فهذا الإضطراب يؤثر تأثيراً كبيراً على المراهق، ويجعل من يتعامل معه فى حالة نفسيه سيئة، وأكثر من يعانى هم أسر هؤلاء المراهقين (فتحى عفيفى، عبد الجواد عبد السميع، ٢٠١٦: ٢٢٤).

وبالإضافة لما سبق أيضاً تكمن مشكلة إضطراب الشخصية الحدية فى إنه يختلف كثيراً عن بعض إضطرابات الشخصية الأخرى والتى تتشابه مع بعضها الآخر، غير أن هناك صفة واحدة يتميز بها وهى عدم الإستقرار العاطفى أو الوجدانى.

(هند عبد الرحمن، ٢٠١٥: ٤).

وترجع خطورة هذا الإضطراب أنه يبدأ فى سن المراهقة (McGlashan, 1983) وهو الأمر السلبى الذى يمتد تأثيره على كافة المستويات والأصعده سواء على المدى القريب أو المدى البعيد وخاصة إذا ما علمنا أن ما بين ٧٠% إلى ٧٥% من الأشخاص المصابين بإضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ سابق لمحاولة إنتحار واحدة (Cowdry, et al., 1985; Clarkin, et al., 1993; Leichsenring, et al., 2011; APA, 2013; Barbara, 2018).

وهو الأمر الذى يؤكده أيضاً (Eugene, kee, 2012) فى أن إضطراب الشخصية الحدية يؤثر على ٢% من عموم السكان، ويصل إلى ٢٠% من المرض النفسيين، كما أنه يرتبط بزيادة خطر الإنتحار بمقدار (٥٠%) ضعفاً مقارنة بالسكان عامة، وزيادة من ٢ إلى ٤ أضعاف فى العلاج النفسى كما تبين فى إحدى الدراسات إلى أنه على مدى (٢٠) عاماً قام ما يقارب بـ ٧,٥ % من الأشخاص المصابين بإضطراب الشخصية الحدية على الإنتحار، بالإضافة لما سبق فإن غالبية الأشخاص الذين يعانون من هذا الإضطراب غير واعين بإضطراباتهم ولا يسعون لطلب العلاج، وأن لديهم إستعداد متزايد لتعاطى العقاقير، بل وإمكانية لإرتكاب كافة المخالفات القانونية.

(Carla, 2014; آن كرينج وآخرون، ٢٠١٥; Marcovitz, H, 2009: 9-10; محمد ; APA, 2000; غانم، مجدى محمد، ٢٠٠٥: ٥)

وفى هذا السياق أيضاً يشير (Jeffrey, 2004) أن إضطرابات الشخصية قد حصلت على إهتمام أقل مقارنة بالإضطرابات النفسية الأخرى مثل الإكتئاب والفصام وذلك من قبل الباحثين والمشتغلين بعلم النفس (Magnivita, 2004:11)، علاوة على ذلك فإن

هذا الاضطراب عادة ما يوجد في الاسر ذات المعدلات المرتفعة من الاصابة به في أقارب الدرجة الأولي(lonanger and tulis, 1983).

ولذا يعد إضطراب الشخصية الحدية من الإضطرابات الحادة والمزمنة إلى حد ما والتى تجعل الفرد المصاب به وأسرته يواجهون تحدياً كبيراً فى التصدى لهذه المشكلة وكيفية التعامل معها (محمد حمدى الحجار، ٢٠٠٠: ٩٦).

وهذا ما يجعلنا نؤكد أنه قد لانجد أمثلة فى المرض النفسى الحاد أو إضطرابات الشخصية أكثر مأساوية من إضطراب الشخصية الحدية، والتى يمكن أن تستمر فيه العواقب الإنفعالية والأضرار النفسية والجسدية لهذا الإضطراب مدى الحياة.

ومن ثم تتحدد مشكلة الدراسة فى محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما هى خصائص النمو النفسى والجنسى والمراحل المبكرة للنمو لدى المراهقين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة التخييلات والحياة الداخلية للمراهقين وعلاقتهم بالموضوع وعلاقة هذا كله بالواقع الخارجى كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة البناء النفسى للمراهقين ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة الصراع النفسى والسيكوديناميى لدى المراهقين ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية كما وضح من الرسم؟
- ما هى طبيعة العمليات أو الميكانيزمات الدفاعية لمنظمة الأنا كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة الدوافع الشعورية واللاشعورية والتى تكمن وراء إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة صورة الجسم وصورة الذات والآخر لدى المراهقين ممن يعانون من إضطارب الشخصية الحدية كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة العلاقة بالموضوع كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبعية التفاعلات والديناميات الأسرية لدى المراهقين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى طبيعة العلاقة مع الاقران كما وضح من خلال الرسم؟

- ما هى أهم المتغيرات النفسية والإجتماعية والبيئية والأسرية لهؤلاء المراهقين ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية كما وضح من خلال الرسم؟
- ما هى القدرة التشخيصية والتنبؤية للرسم في الكشف عن أهم الأعراض الإكلينيكية المميزة للبناء الدينامى للمراهقين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية؟ بهدف الكشف عن الدلالة النفسية لاهم المكونات الدينامية لإضطراب الشخصية الحدية للمراهقين والتى تستند على أسس نظرية التحليل النفسى.
- التعرف على قدرة الرسم في الكشف عن اللاشعور الجمعي لدى المراهقين ممن يعانوا من اضطراب الشخصية الحدية.

أهمية الدراسة:

إن الفهم الشامل لإضطرابات الشخصية لهو أمر ضرورى لإرتباط إضطرابات الشخصية بالسلوك والعلاقات الشخصية والتعليم والمشكلات المهنية (Almquist, 2008: 22).

وخاصة أن هناك ندرة فى الدراسات المتعلقة بإضطرابات الشخصية بصفة عامة وإضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة من وجهة النظر الدينامية، وتستمد أى دراسة أهميتها من إرتكازها على محورين أساسين هما:

المحور الأول: وهو ما يتعلق بحيوية الموضوع أو الظاهرة التى يتم التعامل معها، وهو ما نتعامل معه بالفعل فى هذه الدراسة إلا وهو إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين (ذكور، وإناث)، والتى تؤرق كل من المراهق والأسرة والمجتمع هذا من جانب، ومن جانب آخر يتراوح إنتشار إضطراب الشخصية الحدية ما بين ١% إلى ٢% في عامة السكان، وبنسبة ٢% إلى ١٠% من الافراد الذين طلبوا الفحص السيكاتري وبنسبة ٢٠% من الذين خضعوا للعلاج، وأن هناك ٣٤% من المرضى والذى يحدث لهم إنتكاسات، بالإضافة إلى أن هناك من ٨% إلى ١٠% ينتحرون فى بعض الأحيان، كما يتميز هذا الإضطراب بضعف وظيفي حاد، وإرتفاع مخاطر الإنتحار، وتأثير سلبى على مسار الإضطرابات الإكتئابية وإستخدام واسع النطاق للعلاج، وإرتفاع التكاليف على المجتمع حيث يذكر (Tyrer, 2010) أن تكاليف الرعاية الإجتماعية والصحية لذوى إضطرابات الشخصية فى إنجلترا تقدر بـ (٧٠٤) مليون

جنيه إسترلينى سنوياً، وعندما أدرجت الخسائر الإنتاجية إرتفعت التكلفة إلى (٧٠٩) مليون جنيه إسترلينى سنوياً، وتقدر تكلفة الخدمات الصحية لكل مريض يعانى من إضطرابات الشخصية بـ (١١,١٢٦) ألفاً لكل مريض سنوياً .

(Gunderson and Zanarini, 1987; Swartz, et al., 1990; Benden, J.Q, 2009; Robert and Otto. F., 2009; David, P.T, 2010; Leichesening, et al., 2010; Eugen Kee, 2012; Andrew, 2018; Barbara, 2018)

ومن هنا فإن إلقاء الضوء على إضطراب الشخصية لدى المراهقين يعد أمراً هاماً، ومن هنا تأت أهمية الإسهام فى الجهود العلمية التى تعنى بدراسة إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين بشكل عام، والفتيات بشكل خاص – حيث أن نسبة الإناث إلى الذكور فى هذا الإضطراب تقدر بـ ٣ : ١ (Barbara, J., 2018) – من وجهة النظر الدينامية، ولعل هذا قد يسد ثغرة فى مجال الدراسات النفسية لهذه الفئة من المصابين بإضطراب الشخصية الحدية.

أما المحور الثانى: فهو خاص بالشريحة الإنسانية أو العينة التى تجرى عليها الدراسة ألا وهم المراهقين من الذكور والإناث من سن ١٧: ١٩ سنة، وخاصة أن مرحلة المراهقين تعد من أهم المراحل التى يمر بها الإنسان ضمن أطواره المختلفة، والتى تتسم بالتجديد المستمر والترقي فى معارج الصعود نحو الكمال الإنسانى. فمكمن الخطر فى هذه المرحلة التى تنتقل من الطفولة للرشد هذه التغيرات فى مظاهر النمو المختلفة، بالإضافة لما يعتريه الفرد من صراعات متعددة سواء داخلية كانت أو خارجية، وخاصة فيما يتعلق بالإنطلاق والإستقلالية وتأكيد الذات (أرنولد جزل وآخرون، ١٩٥٦: ١٥٨؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٨؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٣٨ ؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠).

وهذا ما أكده (الفريد أدلر، ٢٠٠٥: ٣١) من أن المراهقة تجعل الأطفال – الذين على وشك البلوغ – يواجهون مواقف وإختبارت جديدة، لأن الطفل يشعر عندها بأنه يقترب من خط المواجهة مع الحياة، ولهذا فإن الأخطاء – التى مر بها دون أن يلاحظها أحد – فى أسلوب حياته تبدأ فى الظهور، لأن المراهقه تجعلها مكبرة وواضحة بحيث لا يمكن تجاهلها.

ولهذا كان لا بد من الإهتمام بهذه المرحلة من أجل نمو نفسى سليم، ودراسة المشكلات والصراعات والإضطرابات التى يتعرض لها المراهقون وخصوصاً إضطراب الشخصية الحدية والذى يبدأ فى الظهور فى سن مبكرة فى المرحلة العمرية والتى تتراوح من سن ١٤ : ١٨ سنة بنسب تتراوح من ١٦% إلى ٣٠% .

كما بينت العديد من الدراسات مثل: (Fredrikson, 2001; Ullric, 2006; Hyler, H.C, 2007) وهو الأمر الذى ينعكس سلباً على كل من المراهق والأسرة والمجتمع بطرق كثيرة ومتنوعة، وبشكل مباشر وغير مباشر، وقد ينتقل أثرها إلى أفراد الأسرة وعبر الأجيال، وقد تطال هذه التغيرات الحياة الأسرية بل والعلاقات التفاعلية بين أفرادها.

لذا فالبحث فى هذا الموضوع لدى هذه الشريحة العمرية أمر ضرورى، لا سيما أن إضطرابات الشخصية وخاصة إضطراب الشخصية الحدية يشكل إعاقة فى النمو على مختلف الأصعدة، كما تؤدى إلى سوء التكيف وإعاقه التقدم فى مختلف مجالات الحياة، ولهذا فإن دراسته تكتسى أهمية بالغة للتعرف على الصحة النفسية للمراهقين، وهو أمر ضرورى لا سيما وأن مستقبل البلاد وبناء المجتمع وتطويره منوط بالأدوار التى يقوم بها هؤلاء المراهقين فيما بعد.

لهذا كان من الضرورى التصدى لهذه الظاهرة بالدراسة والفهم والتحليل لأبعادها وجوانبها والوقوف على أهم الأسباب الكامنة وراءها، وذلك من خلال الرسوم المقننة والحرة ، وهو الأمر الذى يؤدى إلى إثراء التراث النظرى لمضطربى الشخصية الحدية، وذلك من وجهة النظر الدينامية وتطويع ذلك فيما بعد لتدعيم البرامج الإرشادية والعلاجية لهؤلاء المراهقين.

كما تتضح أهمية الدراسة الحالية في التحقق من فاعلية الرسوم في اعطاء دلالات نفسية، وفي التنبؤ وتشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين.

أهداف الدراسة:

إن هدف أى دراسة هو النفاذ إلى ماوراء الوصف إلى التفسير الفاهم لديناميات الشخصية، ومن ثم تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين وذلك من وجهة النظر التحليلية النفسية – ياستخدام الرسوم المقننة والحرة – للوصول للعلة الحقيقية التى تكمن وراء إنتشارها وبشكل متزايد وخاصة فى السنوات الأخيرة من القرن الواحد والعشرين وذلك من خلال مايأتى:

- الكشف عن الدلالات النفسية والقدرة التشخيصية والتنبؤية لرسوم المراهقين ممن يعانوا من اضطراب الشخصية الحدية.

- التعرف على أهم الديناميات المسببة لإضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين.
- معرفة مدي فاعلية القدرة التشخيصية والتنبؤية لرسوم المراهقين في الكشف عن البناء النفسى للمراهقين ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية.
- رصد أهم الأعراض والسمات والعلامات المرضية – من خلال رسومات المراهقين – الأكثر إنتشاراً لدى المراهقين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية.
- الكشف عن اللاشعور الجمعي لدى المراهفين ممن يعانوا من اضطراب الشخصية الحدية.
- الكشف عن خصائص رسوم المراهقين ممن يعانوا من اضطراب الشخصية الحدية.
- التوصل إلى فهم أكثر عمقاً للشخصية الحدية – من خلال الرسم – ومن ثم تحديد أهم العناصرا لتى ينبغى التركيز عليها عند تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية والتى تهدف إلى التقليل والتخفيف من أعراض إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين.

مصطلحات الدراسة:

الرسم:

يعتبر الرسم في أدبيات علم النفس على أنه اسقاط كل ما يشعر ويفكر فيه الفرد على مساحة الورقة، حيث يعتبر الرسم وضعية اسقاطية تظهر من خلاله المخاوف، والصراعات وتنهار فيه الدفاعات، ويطفو من خلاله القلق.

وتعرفه (Royer, 1995: 14) على أنه الرسم: يسمح بالتعبير عن الغير الموصوف (الذي لا يوصف) الذي لا يمكن تفسيره، الفريد من نوعه، الغير مفهوم تطفو كل المشاعر والانفعالات بشكل جلي ودون مقاومة. بمعني إن رسومات المراهق بقدر بساطتها وتلقائيتها في بعض الأحيان، يجد فيها الباحث معين لا ينضب من الحقائق والدلالات التي تعينه على فهم سيكولوجية هذا المراهق وخصائصه وصراعاته وحاجاته. فعن طريق الرسم يمكن للمراهق أن يتعدي العوائق اللغوية والتعبيرية التي يمكن أن تحدُ من قدرته على التعبير، وتعتبر شكل من اشكال الأداء النفسي له خصائص متعددة سواء من ناحية المجال المعرفي العقلي أو المجال الوجداني.

الرسم الحر:

في البدء ينبغي التمييز بين الرسم الحر الذي يكون نتيجة طلب المختص السيكولوجي، وبين الرسم التلقائي العفوي الذي ينجزه المفحوص حينما يرغب في ذلك، ودون طلب من أحد.

حيث يتمثل الرسم بصفة عامة في: الحصول على المعني باستعمال الخط، بما يصعب التعبير عنه باستعمال الكلمات، اذا الرسم بوصفه لغة يسمح للمفحوص القدرة على التعبير عن تصوراته وعواطفه وانفعالاته بالاضافة إلى صراعاته.

حيث يؤكد كل من (Brown, et al., 2001 ; Kathleen, 2008) في ان الصرعات الداخلية والمواد المكبوتة تخرج وتعبر عن نفسها بسرعة من خلال الرسم أكثر من التعبير اللفظي. ولذا حظيت الرسوم بأهمية بالغة في حياة البشرية منذ القدم فهي وسيلة للتعبير عن كافة جوانب حياتهم النفسية والاجتماعية والدينية والوجدانية، كل ذلك قبل أن يصل الإنسان إلى الرموز الكتابية ويستخدمها في التواصل، فقد استخدم الإنسان الأول الرسم البدائي في الكهوف محاولاً بذلك التعبير عن ماهية حالته، فقد رسم الحيوانات المفترسة وكأنه بذلك يحاول السيطرة عليها وهو ما يعكس الموقف الوظيفي لهذه الرسوم من الحياة النفسية، ونجده ايضاً يرسم آلهته في محاولة منه للتقرب إليها وبهذا أصبحت تلك الرسوم وسيلة يمكن للفرد أن يعبر بها عما بداخله من صراعات وذكريات مؤلمة ومن احباطات سواء كانت جنسية أو عدوانية، ومن خلالها ايضاً يستطيع التعبير عن دوافعه اللاشعورية، كما تعكس الرسوم الأفكار وميوله الكامنة والمستترة التي قد تقلقه من فترة إلى أخري (طلال عبدالله، ٢٠٠٦).

إذا فالرسوم بمثابة لغة أو خطاب رمزي تظهر الطبقات الأولية في المفحوص. بل يعد الفن طبقاً لأفكار "فرويد" هو المصدر الثاني للمعرفة بالأعماق بعد الأحلام. ويرى "كريس" أن العملية السيكولوجية في العمل الفني هي وضع الخبرة الداخلية في العالم الخارجي، ويعني ذلك ميكانيزم الإسقاط. فالنتاج الفني هو الحياة الأولى التي تعتبر إسقاطات لكل من الميول الشخصية الشعورية واللاشعورية، وهذه الإسقاطات التصويرية لا تفيد فحسب في تعيين ديناميات الشخصية بل وكذلك في العلاج النفسي بمناقشة الإنتاج التصويري للمريض معه،

فالرسم مادة للتحليل مثل الأحلام والمعطيات السلوكية الأخرى وقد أشار كريس إلى مزية الرسم عن معطيات الأحلام بقوله "إن كثيراً من المشاكل اللاشعورية للمريض من خلال التموضع والتشكل تستجلب إلى الشعور بسهولة أكثر من تحليل الأحلام (محمد احمد خطاب، ٢٠١٨: ٢-٣).

فالرسوم تمتلك صفة سيكولوجية، ودلالات معينة لأنها تعكس انفعالات الفرد الإيجابية، أو مشكلاته وهمومه بطريقة لاشعورية، ولها قدرة على خفض الانفعالات السلبية (Al-Ghamdi, 2006). كما أن اسقاط الفرد لصراعاته الداخلية وانفعالاته على شكل رسوم مختلفة لا تحتاج إلى خبرة سابقة أو تدريب (Al-Qiq, 2013)، فالطبيعة البشرية تتكون من غرائز أولية يمتلكها كل الناس، يمليها اشباع حاجات أولية معينة، هذه الغرائز في ذاتها لا هي بالجيدة، ولا هي بالرديئة. بل تعمل في ازدواج يضم النقيضين، وهي ملاحظة لدى عامة الناس الذين يندهشون منها. وقد أطلق عليها تسمية ازدواجية الشعور Ambivalence of Feeling أو التناقض الوجداني ، والاصطلاح استخدمه بلولر Boller أولاً (١٩١١)، ومن الامثلة عليها الحب الشديد والكراهية المرفة لدى الشخص الواحد – والتى هي من أحد أهم اعراض اضطراب الشخصية الحدية – ويظهر التحليل النفسي أنه رغم التناقض الوجداني من حب ممزوج بكراهية، إلا انهما كثيراً ما يتوجهان في الوقت ذاته نحو موضوع واحد بعينه (Freud, 1992).

وبناء على ما سبق نستطيع القول بأن الرسم هو نتاج عملية أولية تسود اللاشعور، وهذه العملية تسعي نحو التحقق على مسرح الشعور ولا تنتظر التأجيل أو التسويف، فهي تعمل وفقاً لمبدأ اللذة، الذي نحو تحقيق الرغبة (هنا والآن) دونما اعتبار للواقع، وعلى هذا فالرسم ليس فقط هو نتاج عملية أولية إنما هو صورة عقلية ذاتية متذكرة تتطابق مع اشكال واقعية (مدركات حسية قائمة بالفعل) وعلينا أن نصل إلى المدركات الحسية للرسوم من خلال تحليلنا للصورة العقلية المتذكرة لهذه الرسوم والموقف وعلى هذا النحو يتشابه مع موقف الحلم من حيث كون المحتوي الظاهر للحلم ما هو إلا تعبير عن افكاره الكامنة، وبالتالي يكون لزاماً علينا لكي نفهم رسماً معيناً الا نكتفي بمحتواه الظاهر، بل نستدعي الأفكار الكامنة والمشكلة لهذا الرسم، غير أن هناك ثمة اختلاف أساسي هو أن أفكار الحلم الكامنة هي في الغالب مكبوتة ويجهلها الحالم، وهذا يعكس أفكار الرسم التي هي في الغالب حاضره معه، في شعوره،

أو ما قبل شعوره، غير أن القائم بالرسم لا يريد أن يفصح بشكل واضح، وربما يرجع هذا الاختلاف لفرق أساسي بين الموقفين هو أن الحلم يتم تشويهه حتي لا ينشب صراع بين القائم بالرسم والآخرين، فيكون عاقبة ذلك رفض المجتمع لهذا القائم بالرسم (أسامة عمر، ٢٠١١: ٢٢-٢٣).

إذا فالرسم مثله في ذلك مثل الحلم من حيث كونه بديل لشيء آخر هو في الغالب شيء لاشعوري أو قبل شعوري لم يفلح في التعبير الواقعي عن ذاته إلا من خلال لغة الرسم، وهذا يعني أن الرسم الذي يقدمه المفحوص، إنما هو محتوى ظاهر، هذا المحتوي بديل عن أفكار الرسم الكامنة لكونها لا شعورية، أو لعدم رغبة المفحوص الافصاح بها مباشرة – التي هي في الغالب ذكريات سابقة، افكار ومشاعر وخبرات ووجدان تم استبعادها من حيز الوعي والشعور إلى حيز اللاوعي أو اللاشعور من خلال ميكانيزم الكبت – لعدم منطقيتها أو لمخالفتها للواقع الاجتماعي أو لما تثيره من مشاعر الإثم – ولكنها مازالت موجودة تحاول أن تدخل مسرح الشعور، فإذا ما حاولت الدخول إلى ذلك الصرح أثناء النوم تكون الحلم، أما إذا حاولت الدخول إلى الشعور في اليقظة تشكلت في الرسومات التى يقوم بها المفحوص، حتى أننا نستطيع القول بأن الحلم رسم نسقط من خلاله رغباتنا أثناء النوم، وأن الرسم حلم نسقط من خلاله رغباتنا أثناء اليقظة (عادل خضر، ١٩٨٩: ٣٦-٣٧).

ولذا يوضح Muchielli الأهمية الاسقاطية للرسم من خلال المحتوي الظاهري، ومحتوي الخطي للرسم: المحتوي الظاهري يكون شعورياً، أما المحتوي الكامن يكون مرتبطا بالرموز اللاشعورية، النشاط التخطيطي الحر هي من أفضل الطرق للتعبير عن الصراعات النفسية فالنشاط التخطيطي له وظيفتان وهما:

أ – وظيفة التعرف على الجانب اللاشعوري.

ب – وظيفة استعراض الآلام أو الجروح النفسية.

بمعني أن للرسم وظيفة اسقاطية يظهر العرض في شكل آخر أكثر غموضاً بالنسبة للفاعل وأكثر رمزية بالنسبة للباحث. (Pommereau, B.,2001: 102)

فالرسم هو اللحظة التي ينبثق الخيال منها آخذا معه طورا من الماضي والمستقبل الفاعل فهو

موقف يتجمع حوله الزمن، وتنهار امامه كل الميكانيزمات الدفاعية (Boutonier, 1959; Royer, 1995: 16-17). واخيراً وليس آخراً فإن الرسم مثل الحلم يعالج الموضوعات المقلقة، وتلك التي يستعصى على الفرد حلها، كما يعالج المشاعر والعلاقات والخبرات التي يشتاق إليها الفرد أو التي تملأه حصراً وخوفاً، ولا يعالج الموضوعات ذات الحلول(محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨:٣).

استخدام الرسوم في التشخيص النفسي:

يحتاج الإنسان دائماً إلى وسيلة يعبر بها عما يعتمل في نفسه من صراعات وآلام نفسية، وهو يلجأ في ذلك إلى طرق متعددة منها السلوك والحديث والحركة وما إلى ذلك، ونلاحظ أن هذه الوسائل التي يعبر بها الفرد عن نفسه قد يتخللها عمليات ضبط وحذف لكل ما يراه غير ملائم للتعبير، إلا أن هناك وسيلة هامة يستطيع بها الفرد أن يعبر وينفس عن كل صراعاته ومشاكله دون أن يشعر أن عوامل المقاومة والضبط يشلان ويقللان من حركة التعبير ألا وهي الرسم، حيث أنه يجعل الفرد يعبر عن كل ما يحلو له مغلفاً بالرموز والألوان والخطوط والمساحات؛ لذا أصبح التعبير بالفن اساساً من أسس التشخيص والعلاج للمرض وللاضطراب النفسي، نظراً لما تتضمنه عملية التعبير من نواحي تشخيصية وعلاجية، وهما عمليتان تتمان متضامنتان في آن واحد، ففي أثناء التعبير يتم التنفيس الانفعالي، ومن خلال النتائج يتم التشخيص (صفوت فرج، ١٩٩٢: ٤٠).

وهذا يعني أن استخدام الرسم كأداة تشخيصية يقوم أساساً على مسلمة مؤداها أن الرسم إنما هو اسقاط لمفهوم الشخص القائم بالرسم عن ذاته وعن الآخرين في بيئته وعالمه الذي يعيش فيه ومن خلاله (Goodenough and Harris, 1950: 207)، كما وجد جون باك أن الرسم الذي يقوم بعمله بعض الشواذ يختلف في كثير من النواحي عن رسم الاسوياء (لويس مليكة، ٢٠٠٠: ٤٥)، خاصة أن الرسم التلقائي الذي يقوم به الفرد إنما يعكس أبعاد شخصيته الكلية، وحالته العقلية والجسمية، وخاصة فيما يتعلق باللحظات الحرجة من حياته (Bach, 1975: 693).

وبما أن الرسم ما هو الا كونه ظاهرة إنسانية، فلا يمكن النظر إليه باعتباره ظاهرة قائمة بذاتها، ولكن يجب أن نضع في اعتبارنا أنها مظهر من مظاهر الكائن الحي الإنساني نستطيع أن نفهم معناه ودلالته بالرجوع إلى ما يميز هذا الكائن الإنساني ككل، وفي اطار من

الشخصية الكلية، فالشخصية كل دينامي، وما ينتج عنها – في شكل رسوم – اجزاء وليست أكلال، يجب حين تناولها أن نردها مرة ثانية إلى الكل التي نبعت منه وتنتمي إليه، وفي هذا يشير كل من (سيد غنيم، هدي برادة، ١٩٦٤: ٤٢) إلى أن معرفة الفاحص ببعض نواحي شخصية المفحوص – وذلك من خلال مقابلة اكلينيكية متعمقة – قد يساعده على تفسير المادة التي يتضمنها تقريره، وبالتالي تساعده على الكشف عن شخصية المفحوص ومعرفة نواحي السواء وعدم السواء في شخصيته، وبناءً على ما سبق يجب علينا عندما نقوم بتحليل رسم ما أن نضع في اعتبارنا الشخص القائم بالرسم، بمعني أن نحلل الرسم ونبحث عن دلالته في اطار الكل من خلال ارجاعه إلى الشخصية النوعية للشخص القائم بالرسم لا في اطار ثابت من الرموز والدلالات.

وخاصة اذا ما علمنا أن استخدام الرسم في دراسة الشخصية بعدة اتجاهات منها نظرية التحليل النفسي، ونظرية الجشطالت، فالتحليل النفسي بإصراره على الحتمية السيكولوجية، بالاضافة إلى أثر الدوافع اللاشعورية قد وجه الطرق والنظريات الاسقاطية وجهة دينامية، والاهتمام بدراسة الإنسان ككل متكامل (جون . ن . باك، ١٩٦٠: ١٤٦).

ومن ثم فاستخدام الرسم كأدة تشخيصية يمكن أن يتم من خلال أساليب الرسم المتعددة من خلال تحليل الرسم الحر الذي يقوم الأفراد، وهو الامر الذي يعد في حد ذاته قيمة اسقاطية تشخيصية لتقييم مضطربي الشخصية بشكل متعمق (Koppitz, 1996: 313)، وهو ما سوف يساعد المعالجين النفسيين في تكوين لوحة اكلينيكية تشخيصية عن حياة مضطربي الشخصية الحدية ، ومن ثم وضع تصور برنامج علاجي مقترح بناء على هذه اللوحة الاكلينيكية، هذا من جانب، ومن جانب آخر التعرف على الخصائص المشتركة والمميزة لرسوم مضطربي الشخصية الحدية والتي تساعدنا فيما بعد على التنبؤ بمسار الاضطراب ومن ثم امكانيه ضبطه.

الأسس الجوهرية لتفسير الرسوم الإسقاطية:

يرى "هامر" أن مجال تفسير الرسوم الإسقاطية يعتمد على الأسس الآتية:

١-استخدام المعاني الفلكورية والتحليلية الشائعة للرموز والمشتقة من دراسة الإكلينيكيين

للأحلام، الفن، الأمثلة والأخاييل وغيرها من الأنشطة المتأثرة بالمحددات اللاشعورية.

٢-الخبرة الإكلينيكية بميكانيزمات النقل والتعويض، وأيضاً بمجال الظواهر المرضية وخاصة الأعراض التحولية، الوساوس والقهرية، الرهاب، والحالات الذهانية كل هذا يصبح قليلاً للفهم فقط داخل نطاق مفهوم الرمزية.

٣-تحليل الرموز المستخدمة باستجلاب مستدعيات المفحوص.

٤-الدليل الإمبريقي.

٥-فيضان الرموز الصريحة داخل صحيفة الرسم مما عرفناه في لاشعور الذهانيين.

٦-العلاقة أو الارتباط بين الرسوم الإسقاطية التي رسمت على فترات خلال دورة العلاج والصورة الإكلينيكية التي تم الحصول عليها في ذلك الوقت الذي كان يقوم فيه المريض بالرسم.

٧-الاتساق الداخلي.. كما يظهر من استخدام أكثر من اختبار والمقارنة بينهم. الرسم، التات، واتساق هذه المعطيات مع تاريخ الحالة.

٨-النقطة الأكثر أهمية هي الإطار التفسيري للرسوم الإسقاطية الذي يعتمد على الدراسات التجريبية.

ويشير "هامر" إلى خطورة بعينها ينبغي أن ينتبه إليها، تكمن في اعتمادنا في استنتاج تفسير الرسوم على أجزاء معزولة في المعطيات الملاحظة، ويشير إلى ضرورة مطابقة ومراجعة التفسيرات ليس فقط مع رسوم أخرى، ولكن مع بطارية من الاختبارات الإسقاطية، والانطباع الإكلينيكي في أثناء المقابلة مع المفحوص، وتاريخ الحالة أو مع أي معلومات أخرى متاحة.

فلابد أن تقوم التفسيرات عل تجميع العديد من طرق جمع المعلومات ويعد هذا المبدأ (مبدأ التقارب وجمع المعلومات من مصادر مختلفة) هو المبدأ الأساسي في تحليل الأحلام، والعلاج التحليلي الموجه، وفي حقيقة الأمر إن هذا هو الأساس الجوهري في جميع مناهج البحث (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨: ٥-٦).

المسلمات والفروض النظرية للرسوم:

١ – كل جانب من حوانب السلوك له سببه ودلالته، فالسلوك لا يحدث جزافاً، ولكنه يتحدد نتيجة عدة عوامل.

٢ – سلوك المفحوص أثناء قيامه بالرسم له دلالته: تعليقاته اللفظية التلقائية أو أثناء استجوابه عما رسم، تعبيراته الوجهيه، طريقة تناوله للقلم والورق، لغة الجسد وحركات جسمه.

٣ – الرسم عادة وفقاً لافتراض (سيدني ليفي) والذي يري أن المجال الذي ينتج رسما معينا يتكون من ابعاد متعددة، فالرسم اسقاط لمفهوم الذات عند المفحوص، ولصورة الجسم ايضاً، أو لاتجاهاته نحو شخص آخر في بيئته، أو اسقاطه للصورة النموذجية للذات، أو نتيجة لظروف خارجية، أو تعبير عن انماط من عادات، أو عن حالات انفعالية، أو اسقاط لاتجاهات المفحوص نحو الفاحص ونحو موقف الاختبار، أو تعبير عن اتجاهاته نحو الحياة والمجتمع عامة.

٤ – تتعرض عملية الاسقاط للتحريف بالقدر الذي يكون فيه الاسقاط وظيفة دفاعية، وبالقدر الذي تخلع فيه معاني جزئية أو عرضية أو سطحية على الموضوعات دون أن يوجد ما يقابلها في عالم الواقع.

٥ – كل وحدة مرسومة تستثير في المفحوص ارتباطات شعورية وتحت شعورية ولاشعورية، وكل من تلك الحالات قد تتضمن وقد تؤكد ما يتصل بالمعني السيكولوجي لكل من الماضي أو الحاضر أو المستقبل.

٦ – أن لكل رسم أو عرض أو تخييل أو فعل تاريخه الذي نشا عنه، وهو تاريخ دينامي منظم في مجال ، والرسم أو الرمز في حالة بعينها ينتج عن مجال فريد، ونفس الرسم أو الرمز في حالة أخرى قد يكون نتاجاً لمجال مختلفة.

(جون . ن . باك، ١٩٦٠: ١٤٨–١٥٠)

كما يرى "هامر" أن مجال تفسير الرسم الإسقاطي يستند على عدة مسلمات نظرية:

١– أن لدى الإنسان ميلاً للنظر إلى العالم بطريقة إنسانية مجسدة Anthropemorphic وذلك بناء على تصوره الخاص.

٢– يعد جوهر النظرية المجسدة للبيئة هو ميكانيزم الإسقاط الذي يعرف بأنه العملية الدينامية النفسية التي ينسب بها الفرد خصائصه ومشاعره واتجاهاته وآماله إلى موضوعات البيئة.

٣- التحريف في عملية الإسقاط ويمتد إلى:

أ- الإسقاط كوظيفة دفاعية.

ب- المعطيات الجزئية الخاصة بالموضوع الموصوف والتي تمنح معاني من الحياة الخاصة بالمفحوص والتي لا تتطابق مع الصورة الكلية والحقيقة للشيء "الموصوف" (بمعنى أن يخلع الشخص معاني جزئية أو سطحية أو عرضية على الموضوعات دون أن يوجد ما يقابلها في عالم الواقع).

ج- الخصائص التي تنسب إلى هذا الموضوع والتي بانسابها إليه يتمكن المفحوص من إنكارها في نفسه (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨: ٤).

التشخيص Diagnoses:

لغة هو الفهم، واصطلاحاً هو تقويم لخصائص الشخصية من خلال فهم قدرات المريض أو العميل، وانجازاته وسماته، ودوافعه واتجاهاته وصراعاته، وقد يكون التشخيص محاولة لتصنيف العلة أو الشكوي وتسميتها، وقد يكون التشخيص دينامياً يتجاوز التصنيف إلى توصيف الحالة من كافة البيانات عنها وتفسير هذه البيانات بالطريقة التي تكشف عن نمط أو نسق يمكن أن تكون له دلالة إكلينيكية (عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٣: ٢٠)، كما ذكر (لطفي الشربيني، ٢٠٠٠: ٤٣) أن التشخيص يتم التوصل له بعد دراسة تاريخ الحالة، وإجراء الفحص الإكلينيكي.

يعتبر التشخيص النفسي الإكلينيكي Clinical Psychodiagnosis أو التقييم الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation، أو ما يسمى بالتشخيص أو التقييم النفسي الإكلينيكي Psychodiagnosis Clinical Assessment من أهم المجالات التي يعمل فيها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. والمعنى الشامل للتشخيص في علم النفس الإكلينيكي هو: فهم المشكلات والاضطرابات النفسية أو العصابية والذهانية للفرد، والتنبؤ بسير المرض Prognosis، وبذلك تصبح خطوة أساسية تسبق العلاج النفسي، إذن بدون التشخيص الصحيح لا يمكن توجيه المريض إلى العلاج المناسب.

وكلمة تشخيص Diagnosis مستمدة من أصل إغريقي يعني: "الفهم الكامل"، بمعنى: فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد. فالتشخيص إذن هو فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض

المرضية في زملة مرضية Syndrome. وتصنيف الأعراض المرضية إما تصنيفاً وصفياً Descriptive elssification ، أو تبعاً لعلاقا طبيعية حيوية Taxonomy، بالإضافة أيضاً لما يسمى بالتشخيص الفارقي Differenrtial Diagnosis، وفيه يحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يفرق بين مرض وآخر.

أما مصطلح التقييم النفسي الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation فإنه مأخوذ في اللغة الإنجليزية من وضع قيمة للشيء بقصد تحديد الضريبة التي تؤخذ عليه، وفي اللغة العربية تحديد قيمة الشيء.

ولكن ما المقصود بالتقييم الإكلينيكي؟ يقصد بهذا المصطلح عدة معان منها ما يلي:

- الطرق التي نفهم بها الآخرين أي كيف نكون فكرة أو انطباعاً عن شخص معين.
- جمع المعلومات الخاصة بفرد من الأفراد والمجال الذي يعيش فيه، وتنظيمها وتفسيرها.
- وصف سلوك الأفراد في مجالات حياتهم الطبيعية وتفسيره، والتنبؤ بسلوكهم في المستقبل.
- وبناءً لما سبق فإن التقييم الإكلينيكي هو العملية التي تستخدم للوصول إلى قرار ولتكوين صورة أو نموذج ملائم عن المريض موضوع المساعدة (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٩: ٢-٣).

نمط الشخصية:

وتعرف بأنها: "الطرق التى يتعودها الشخص لإدراك النفس والعالم والآليات المفضلة للتوافق كإستجابه للضغوط، والقيم المستقاه من الثقافة والأسرة والخبرات الفردية" (محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠١٤:٥٨٧).

إضطراب الشخصية:

يعرف التصنيف الدولى العاشر (ICO-10) إضطراب الشخصية على النحو التالى:

"أنماط سلوكية عميقة الجذور ودائمة، تتجلى فى شكل إستجابات غير مرنة فى كثير من المواقف الشخصية والإجتماعية. وتمثل إنحرافات متطرفة أو دالة عن طريقة إدراك الفرد

المتوسط فى ثقافة معينة وتفكيره وشعوره، ومرتبط بشكل خاص بالآخرين، وتميل هذه الأنماط السلوكية إلى الثبات، وتشمل مجالات متعددة من السلوك والأداء النفسى. وكثيراً، لكن ليس دائماً ما ترتبط بدرجات متنوعة الكرب الذاتى والمشاكل فى الأداء الإجتماعى والإنجاز" (WHO, 1992: 200).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسى اضطراب الشخصية كما يلى: "نمط ثابت من الخبرة الداخلية والسلوك يختلف عن توقعات الأفراد وسلوكهم العام فى ثقافة معينة ويتسم بالثبات وعدم المرونة ويظهر فى سن المراهقة وبداية الرشد ويستمر عبر الزمن ويؤدى إلى صعوبات وضعف فى المجالات التالية: "الإدراك، العاطفة، العلاقات الشخصية، السلوك"، وتقود إلى صعوبات مهنية وإجتماعية ولا تكون كنتيجة لإضطراب عقلى أو نفسى، أو بسبب طبى، أو نتيجة لتعاطى المخدرات" (APA, "b" 2000: 648).

وتعرف (آن كرنج وآخرون، ٢٠١٥: ٩١٧ – ٩١٨) إضطراب الشخصية كما يلى:"بأنها الطرق السائدة وطويلة الأجل من الوجود الذى يتسبب فى الضغط وإلحاق الضرر من خلال تأثيرها على الوعى والعواطف، والعلاقات والتحكم فى الإنفعالات. ويشترك معظم المصابين بإضطراب الشخصية فى تعرضهم لإضطرابات إكتئابية، وإضطرابات القلق، إضافة إلى إضطرابات الشخصية، ووفق معيار الدليل التشخيصى DSM-5 يتم تصنيف إضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات بما يعكس فكرة أن هذه الإضطرابات تتميز بالسلوك الغريب/ الشاذ (المجموعة أ)، أو السلوك المسرحى المثير العاطفى، أو الشارد المنحرف (المجموعة ب)، أو السلوك الذى يتسم بالقلق والخوف (المجموعة ج)".

ويتفق مع التعريف السابق تعريفات كل من : (لطفى الشربينى، ٢٠٠٠: ١٣٦؛ محمود عبد الرحمن محمود، ٢٠١٤: ٥٨٧؛ محمد أحمد شلبى، وآخرون، ٢٠١٦: ٨٨) .

إضطراب الشخصية الحدية:

إن المفهوم الرسمى لإضطراب الشخصية الحدية يعتبر جديد نسبياً فى ميدان علم النفس المرضى، وهو لم يظهر فى كتيب التشخيص والإحصاء للإضطرابات العقلية الذى نشر من قبل رابطة أطباء النفس الأمريكيين حتى نشر الكتيب التشخيص الإحصائى الثالث عام ١٩٠٨.

كما أن المصطلح "الحدية" نفسه قد أصبح شائعاً لسنوات عديدة فى مجتمع التحليل النفسى، وأول من إستخدم هذا المصطلح هو "أدولف ستيرن" Adolph Stern ، عام ١٩٣٨

لوصف مجموعة من مرضي العيادات الخارجية الذين لم يستفيدوا من التحليل النفسى الكلاسيكى والذين لم يبدوا أنهم يتناسبون مع فئات الأمراض العصبية النفسية، ووضع "أدولف ستيرن" مجموعته من مرضى العيادات الخارجية تحت عنوان من هم يعانون من "إضطرابات عصبية حدية" للعديد من السنوات فيما بعد، كان المصطلح يستخدم باللهجة الدراجة بين المحللين النفسيين لوصف مرضاهم الذين على الرغم من أن لديهم الكثير من مشاكل الأداء، إلا أنهم لم يتناسبوا مع فئات أخرى تشخيصية بمعنى أنهم يقفون على الخط الفاصل بين الأمراض العصبية والأمراض النفسية (مارث. إم. لينهان، ٢٠١٤: ٢١ – ٢٢).

وهو ما أكده أيضاً (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤: ١٠٦) بوصفه "حالة حدية" Borderline Case وهى : "حالة المريض الذى يقف على الحدود بين العصاب والذهان.

وقد أدت التحديات الكبيرة للعلاج إلى إنتشار إستخدام مصطلح "الحدية" حتى صار مصطلح إضطراب الشخصية الحدية فى شكله الحالى جزءاً لا يتجزأ من التسمية التشخيصية النفسية عام ١٩٨٠ فى الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث (Seilder, et al., 2013).

ويعرف ريبر Rebeer عام ١٩٥٥ إضطراب الشخصية الحدية بإنه: "الإضطراب الذى يكون فيه الفرد على الحدود بين السواء (التوافق الوظيفى)، ويمكن تحديد هؤلاء الأفراد من خلال عدد من الأعراض مثل: عدم الإستقرار فى العلاقات بين الشخصية، ،التحول السريع فى الوجدان مع عدم ملاءمته، والتشويه فى صورة الذات، وشيوع حالات من الغضب وعدم الإستقرار الإنفعالى بالإضافة إلى الأفعال الإندفاعية" (سعاد البشر، ٢٠٠٥).

ويعرف "دريكسن" إضطراب الشخصية الحدية بأنها: "أنماط متصلة وغير متوافقة تتأصل فى نسيج الشخصية، وهذه الفئة من الإضطرابات ترجع إلى سمات الشخصية، وقد يتخذ الإضطراب مظهراً سلوكياً أو حسياً أو إنفعالياً أو جسدياً أو معرفياً ، وذلك يعنى أن إضطرابات الشخصية نوع من الإضطرابات تصبح فيها سمات الشخصية غير متوافقة وغير مرنه وتسبب لصاحبها خللاً ملحوظاً فى أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناه (Derksen, J., 1995).

ويعرف (Leichesnring. F, 2004) إضطراب الشخصية الحدية بأنها : "نمط ثابت من الشخصية، يتصف بمجموعة من السمات، وهى على النحو التالى: قلق عام منتشر فى بنية الشخصية – أعراض عصابية متعددة – خصائص ما قبل الذهانية – إضطراب فى العلاقات البين شخصية – سمات غرائزية متقلبة".

بينما يعرف (جون فيتكس، ٢٠٠٥: ١٣١) إضطراب الشخصية بأنه: "إضطراب دائم فى الشخصية يتميز بتحولات وتقلبات مفاجئة وحادة وشديدة فى المزاج الشخصى، كما يتميز بتوتر العلاقات بالغير وعدم إستقرارها مع عدم صحة تقدير المرء لذاته وللآخرين".

ويتفق مع التعريف السابق تعريف (Henry and Anthony, 1981) واللذان أضافا بعض الأعراض المميزة لإضطراب الشخصية الحدية مثل: إضطراب صورة الذات، إضطراب الهوية الجنسية، عدم الراحة من فترات العزلة والوحدة، والتشاؤم والإندفاعية، الأدمان وهو ما يعكس ميول قهرية وسواسية".

وهو ما أيده أيضاً تعريف سبيتر وآخرون (Spiter, et al., 1995) فى أن إضطراب الشخصية الحدية هو: "نمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالى وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين، وعدم ثبات صورته عن ذاته، والذى يبدأ فى مرحلة الرشد المبكر".

أما تعريف كلا من (Notional Helath and medical research council, 2012: 1) يشير إلي أن إضطراب الشخصية الحدية هى: "نوع من إضطرابات الشخصية والذى يجعل الفرد المصاب به يشعر بصعوبة تكوين علاقات آمنة مع الآخرين وعدم السيطرة على دوافعهم وعواطفهم، كما توجد بعض الصعوبات فى العمل والأسرة، ومن الممكن أن يضر نفسه والآخرين".

ويمكن تلخيص أهم السمات والخصائص المميزة لإضطراب الشخصية الحدية فى ضوء التعريفات السابقة كمايلى:

تتمثل الخصائص الرئيسية لإضطراب الشخصية الحدية فى مشاكل تنظيم الوحدان، وضبط الدوافع والعلاقات الشخصية الحميمة وصورة الذات مع إرتفاع معدلات الإنتحار، وقد تتغير المشاعر تجاه الآخرين خلال فترة قصيرة بدون تفسير، وتكون العواطف حادة ومشتعلة، وتتغير بسرعة وعلى نحو مفاجئ وخصوصاً من المثالية المتحمسة الانفعالية إلى الغضب الشديد، كما أنهم يتسمون بصفات حادة وكبيرة وغير متوقعة فى أمزجتهم السلبية أكثر مما

يظهر فى إضطراب الإكتئاب الرئيسى، والإندفاع والميل إلى تدمير الذات والذى لا يمكن التنبؤ به، والمقامرة، والإنفاق غير المحسوب، وعدم التمييز عند المعاشرة الجنسية، وإساءة إستخدام العقاقير، وهذا الإضطراب يعد أكثر شيوعاً فى النساء من الرجال بنسبة (٧٠ : ٣٠)، وتتمثل السوابق الإجتماعية لهذا الإضطراب فى صعوبات الإرتباط؛ نتيجة لبيئة إجتماعية غير صالحة أو الإهمال حتى الإساءة.

(Linehan, M.M, 1993; Lieb, K, et al., 2004; Lynch, et al., 2006; Trull, et al., 2010)

المراهقة Adolescence:

المراهقة من المنظور اللغوى:

ورد فى معجم لسان العرب أن المراهقة هى: الفترة من بلوغ الحلم إلى سن الرشد، ويقال (راهق) الغلام أى قارب الحلم، ويقال أيضاً راهق الغلام الحلم (إبن منظور، ١٩٩٠: ٢٥٧).

أما فى معجم ويبستر فإن كلمة مراهقة Adolescence مشتقة من الفعل Adolescerre ومعناه التدرج نحو النضج البدنى والجنسى والعقلى والإنفعالى (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٣).

المراهقة من منظور الطب النفسى:

يعرف (الزين عباس عمارة، ١٩٨٦: ٣٩٥ – ٣٩٦) المراهقة بأنها : "مرحلة زمنية من العمر تقع ما بين الثانية عشر وحتى العشرين تنقص أو تزيد لعام أو عامين، ما بين حالة وأخرى، ولا تعنى أكثر من قنطرة عبور من الطفولة للرشد ولها مميزات خاصة ومشاكل خاصة ، ولذا كانت الولادة تاريخ بداية الطفولة فإن المراهقة تاريخ بداية الرجولة عند الذكر أو الأنوثة عند الأنثى ولها خصائص تظهر فى : التغيرات العضوية والفسيولوجية، والتغيرات النفسية والإنفعالية، والتغيرات الإجتماعية والفكرية".

ويتفق هذا التعريف مع كل من: (وليم الخولى، ١٩٧٦: ١٤١؛ كمال دسوقى، ١٩٨٨: ٦١؛ محمود عبد الرحمن حموده، ١٩٩٨: ٤٧) غير أن "محمود حموده" يرى أن

متوسط العمر الذى يبدأ عنده البلوغ بدأ يقل فى السنوات الأخيرة من القرن الماضى بسبب تحسن التغذية والرعاية الصحية.

المراهقة من المنظور النفسى:

يرى البعض أن مرحلة المراهقة هى تغير وتحول حيث يعرفها "فرويد" على أنها "فترة نهاية التحول، أى المرحلة التى تقرب كثيراً من النضج عندما تقوى القوى الداخلية للفرد بتأثير قلق النمو بتغيرات كيفية فى مسارات الأنا" (Ludwing, 1968: 139).

إلا أن كل من (Mollie and Russel, 1977: 488) يضيفا لتعريف "فرويد" للمراهنة بانها: "بداية القدرة على الحب والعمل بالإضافة لكونها مقياس صادق لما حصله الفرد قبل دخوله لمرحلة المراهقة والتى تتميز بتغيرات جسمية ونفسية وإجتماعية"، ويتفق مع هذا التعريف كل من: (خليل ميخائيل، ١٩٨٣: ٨٧؛ صلاح مخيمر، ١٩٨٦: ١٢؛ جلين وسيتوارث، ١٩٨٦: ١١؛ سعدية بهادر، ١٩٨٦: ٣٢٩ – ٣٣٠).

بينما يرى البعض الآخر بأن مرحلة المراهقة هى مرحلة إضطراب حيث تعرفها "أنا فرويد" بأنها: "فترة الإضطراب فى الإتزان النفسى، وهى تنشأ – بادئ ذى بدء – عن النضج الجنسى وما يستتبعه من صحوة القوة الليبدية (الشهوانية) وعودة نشاطها، وقد تتعرض الأنا الأعلى فى هذه الفترة لطور من الضعف تعيشه بصورة متقطعة مما يجعلها غير قادرة فى بعض الأوقات على صد إنقضاضات الهى ID، أو هجماتها الضاربة (أنا فرويد، ١٩٥٤: ٣٥).

بينما قدم (حسين عبد القادر) تعريفاً موسوعياً للمراهقة بأنها : "مرحلة من مراحل التطور تبدأ من البلوغ وتتسم بحشد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية والإجتماعية بجنابتها المختلفة، وهي تقع بين الطفولة والرشد، وأصلها فى اللاتينية الفعل Adolescrere والذى يعنى التدرج نحو الرشد، بينما يأتى إشتقاقها فى اللغة العربية من الفعل (رهق) ويقال: رهق الغلام: أي قارب الحلم. وإذا كان من السهل تحديد بداية المراهقة ببدءا البلوغ الجنسى ، إلا أنه من الصعب الإتفاق على نهايتها التى يمكن أن تتحدد فى جماع جديد يأتلف فى عدة أبعاد منها: إستقرار كل من الحياة الوجدانية والنفسية بعامة، والإجتماعية بما يتضمنه من تحمل المسئولية والإستقلالية والوعى بالذات ليكون المراهق هو نفسه كهوية مستقلة موجبة، والمراهقة بهذا المعنى إنما هى صدمة أو هى مصدر الإحباطات شتي باعتبارها ميلاداً جديداً قد يؤدى

إلى زملة من الأعراض تختلف بإختلاف درجة النكوص إلى أى من مراحل التطور السابق، وذلك عندما لا يستطيع الانا شحذ طاقاته المتبقية فى مواجهة هذا الصراع الفريد والممتد معاً (ضد الداخل والخارج) وتحظى هذه المرحلة الحاسمة فى البناء النفسى أئنذ يكون النكوص للمراحل المبكرة أمراً محتوماً، وبخاصة عندما تفشل الصورة الإعلائية أو الحلول الإفراغية التى يقوم بها الأنا فلا يملك غير الدفعات المرضية فى مواجهة الأخطار الناشئة" (فرج عبد القادر طه، ١٩٩٣: ٧٠٤).

ويتفق مع هذا التعريف السابق كل من:

(روبرت واطسون، هنرى كلاي، ٢٠٠٤: ٥٧٥؛ لويز ج. كاملين، Drevey, 1952: 10)

١٩٩٨:٣؛عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤: ٢٣-٢٤ ؛

إضطرابات الشخصية فى الدليل الأمريكى الرابع والتصنيف الدولى العاشركما يوضحه الجدول التالى رقم (١)

المجموعة	الدليل الأمريكى الرابع DSM-4	التصنيف الدولى العاشر ICD-10
المجموعة (أ)	• إرتيابية : الإرتياب والشك. • شبه فصامية: عزلة إجتماعية وعاطفية وفصامية، عيوب إجتماعية وفى العلاقة مع الآخرين؛ تشوه معرفى وإدراكى.	إرتيابية: الحساسية والشك. شبه فصامية: البرود العاطفى والعزلة.
المجموعة (ب)	• المضادة للمجتمع: إنتهاك حقوق الآخرين. • الحدية: تقلب العلاقات، واضطراب صورة الذات والمزاج. • هستيرى: إنفعال مفرط والسعى إلى لفت الأنظار. • نرجسية: الشعور بالعظمة؛ عدم المشاركة الوجدانية؛ الحاجه إلى التعبير عن الإعجاب.	غير إجتماعية: الإستخفاف المتحجر تجاه الآخرين؛ إنعدام المسئولية؛ التوتر غير المستقر إنفعالياً. حدية : صورة ذاتية غيرواضحة؛ علاقات متوترة وغير مستقرة. إندفاعية: العجز عن التحكم فى الغضب؛ المشاكسة؛ لا يمكن التنبؤ بتصرفاته. هستيرية: درامية؛ أنانية، السعى إلى المناورة.
المجموعة (ج)	• إجتنابية: الكبت الإجتماعى؛ الشعور بعدم الكفاءة؛ الحساسية المفرطة. • إعتمادية: إلتصاق التبعية. • وسوسية قهرية: البحث عن الكمال؛ التصلب والجمود.	قلقة: متوترة، حذره، مفرطة الحساسية. إعتمادية: الخضوع للإحتياجات الشخصية، الإحتياج إلى بث الثقة بإستمرار. وسواسية: مترددة، متحذلقة؛ جامدة.

(ماري مالكموران، ريتشارد هوارد، ٢٠١٢: ٢٦-٢٧؛ A.P.A.A,2000; WHO,1992)

تصنيف إضطرابات الشخصية السمات الرئيسية لإضطرابات الشخصية حسب DSM-5-TRكما يوضحه الجدول التالى رقم (٢)

م	المجموعة	السمة الرئيسية	نسبة الإنتشار فى المجتمع %	نسبة الإنتشار فى البيئة العلاجية %	النسبة وفق النوع	الثبات التشخيصى (درجة الصدق)
١	المجموعة (أ):شاذة وغريبة Odd / Eccentric					
١/١	البارانويا Paranoid	عدم الثقة، الشك فى الآخرين.	١,٩ %	٤,٢%	الإناث > الذكور	٠,٨٦
٢/١	فصامية Schizoid	تجنب العلاقات الإجتماعية، وإنخفاض معدل التعبير العاطفى.	٠,٦ %	١,٤ %	الذكور > الإناث	٠,٦٩
٣/١	شبه فصامية Schizotypal	عدم القدرة على تكوين صداقات حميمة، إضطراب معرفى، سلوك شاذ.	٠,٦ %	٠,٦ %	الذكور = الإناث	٠,٩١
٢	المجموعة (ب): درامية / تائهه Dramatic / erratic					
١/٢	مناهضة للمجتمع Antisocial	عدم مراعاة حقوق الآخرين وانتهاكها.	%٣,٨	٣,٦ %	الذكور > الإناث	٠,٩٧
٢/٢	حدية Borderline	عدم الإستقرار فى العلاقة الشخصية، النظرة السلبية للذات، والتهور والإندفاع الواضح فى أغلب السلوكيات.	%٢,٧	٩,٣ %	الإناث > الذكور	٠,٩٠
٣/٢	هستيرية Histronic	الإنفعالية المبالغ فيها، الرغبة فى لفت الأنظار.	%٠,٣	١ %	الإناث > الذكور	٠,٨٣
٤/٢	نرجسية Marcissistic	التكبر، حب الإعجاب، قلة تعاطف.	%١	٢,٣ %	الذكور > الإناث	٠,٨٨
٣	المجموعة (ج): قلقة، خائفة Anxious / fearful					
١/٣	تجنبية Avoidant	عدم التعايش الإجتماعى، الشعور بعدم الكفاءة، الحساسية المفرط تجاه التقييم السلبى .	%١,٢	١٤,٧ %	الإناث > الذكور	٠,٧٩
٣/٢	تبعية Dependant	المبالغة فى الإحتياج إلى الإهتمام والسلوك الخاضع المذعن، والخوف من الإنفصال.	%٠,٣	١,٤ %	الإناث > الذكور	٠,٨٦

م	المجموعة	السمة الرئيسية	نسبة الإنتشار فى المجتمع %	نسبة الإنتشار فى البيئة العلاجية %	النسبة وفق النوع	الثبات التشخيصى (درجة الصدق)
٣/٣	وسواسية قهرية Obsessive – Compulsive	الإستغراق فى الترتيب، والإكتمال والتحكم	%١,٩	%٨,٧	الإناث > الذكور	٠,٨٥

(Zanarini, et al., 2000; APA, 2001)

إضطرابات الشخصية والمعايير العامة لتشخيصها:

إضطراب الشخصية هو سلوكيات ثابتة تتسم بالإنحراف عن السلوك السوى، حيث يدرك الفرد ذاته والآخرين والأحداث بصورة غير مماثلة لأفراد الثقافة التى يعيش فيها الفرد. وتتسم سلوكياته بالإنفعال الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معه. كما يتسم بعلاقات سيئة ومتوتره دائمه مع الآخرين، كما أن الفرد لايستطيع إيقاف إندفاعاته وتهوراته وإهاناته أو عدوانه تجاه نفسه وتجاه الآخرين.

المعايير العامة لتشخيص إضطرابات الشخصية:

أولاً: نمط دائم من الخبرة الداخلية والسلوك يحيد (يشذ) بدرجة كبيرة عن المعايير الإجتماعية والسلوك فى ثقافة الفرد. ويتمثل هذا النمط فى مجالين أو أكثر مما يأتى:

١- المعرفة: وتتعلق بطرق إدراك وفهم الذات وفهم الآخرين والأحداث.

٢- الوجدان: يسود الوجدان إنفعالات شديدة والتأرجح وعدم التناسب مع الموقف.

٣- العلاقات بين الأفراد (علاقات سيئة ومضطربة مع الآخرين كالأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء).

٤- عدم التحكم فى الإندفاعات.

ثانياً: نمط دائم من التصلب يشمل جميع المواقف الشخصية والإجتماعية يؤدى إلى الشعور بالكدر أو الكرب (الشعور بالضغط النفسى) وإختلال فى الأداء الإجتماعى أو المهنى.

ثالثاً: يتسم هذا النمط بالأزمان – مزمن – (عدة سنوات) والثبات. ويمكن تعقب بداية الإضطراب من الماضى بداية من مرحلة المراهقة.

رابعاً: يتم التشخيص بداية من عمر الـ ١٨ سنة.

وتنقسم إضطرابات الشخصية إلى ثلاث فئات:

الفئة (أ): الشخصية البارنوية (الهذائية) وإضطراب الشخصية الفصامية وإضطراب الشخصية فصامية النمط.

الفئة (ب): وتتضمن إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وإضطراب الشخصية الهستيرية، إضطراب الشخصية النرجسيه، إضطراب الشخصية الحدية.

الفئة (ج): وتتضمن إضطراب الشخصية التجنبية، وإضطراب الشخصية الإعتمادية، وإضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وإضطراب الشخصية غير المحددة النوعية (محمد أحمد شلبى وآخرون، ٢٠١٦: ٨٨ – ٨٩).

الفرق بين الإضطراب النفسى (المشخص على المحور الأول)، وبين إضطراب الشخصية المشخص على المحورا لثانى (AXIS II):

١- إضطراب المحور الأول: هي أساساً إضطرابات لها بداية محدودة، وليست نامية مع الشخص دون بداية واضحة مثل إضطراب الشخصية، وبالطبع هناك إختلاف عن الشخصية قبل المرض.

٢- إن إضطرابات المحور الأول: محدودة فى تأثيرها على الوظائف النفسية مثل التفكير أو الوجدان، بينما إضطرابات الشخصية يتضمن نواح كثيرة فى إدراكات الشخص وتعاملاته.

٣- يسهل علاج إضطرابات المحور الأول: إما دوائياً أو نفسياً أو كلاهما.

وكثيراً ما يكون مضطرب الشخصية غير راض بسبب تأثير سلوكه على الآخرين أو لعدم قدرته على الأداء الفعال لوظيفته، وقد يحدث هذا حتى فى حالة كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصعوبات متوافقة مع الانا (أى أن سمات الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه)، وفى حالات أخرى قد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا ولكن يجد الشخص صعوبة فى تغييرها رغم ما يبذله من محاولات (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٥٥٩؛ محمود عبد الرحمن، ٢٠٠٧: ٦٩٥).

السمات العامة التى تميز أضطراب الشخصية فى كل أنواعه هى:

(أ) نمط غير محدد من الخبرة والسلوك الذي ينحرف بدرجة ملحوظة عن توقعات بيئته المحيطة، هذا النمط يتغير بإثنتين أو أكثر ممايلى:

١- المعرفة: ويقصد بها طرق الإدراك والتفسير للنفس وللآخرين وللأحداث.

٢- وجدانياً: ويقصد بها مدى الوجدان وشدته والتقلب الإنفعالى ومناسبة الإستجابة الإنفعالية.

٣- العلاقة بالأشخاص.

٤- التحكم فى النزاعات.

(ب) نمط غير قاطع من عدم المرونة والمشوه عبر مدى متسع من المواقف الإجتماعية والشخصية.

(ج) النمط غير القاطع يؤدى إلى كرب ملحوظ أو خلل وظيفى أو إجتماعى.

(د) هذا النمط الثابت مدة طويله وتعود بدايته إلى المراهقة أو بداية سن الرشد.

(هـ) ولا يعد هذا النمط غير القاطع أحد مظاهر أو مضاعفات مرض نفسى آخر.

(و) ولا يرجع لتأثيرات فسيولوجية مباشرة لتعاطى مادة مثل: الإدمان أو عقار علاجى أو لحالة مرضية جسمانية مثل: إصابة الرأس (محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠٠٧: ٦٩٧).

محكات تشخيص إضطراب الشخصية الحدية:

١- تشخيص إضطراب الشخصية الحدية وفقا لمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع والخامس:

يندرج إضطراب الشخصية الحدية ضن إضطرابات الشخصية التى تقع فى المحور الثانى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (APA)، وهذا الإضطراب هو: نمط عام من التقلب وعدم الثبات فى العلاقات مع الآخرين، وكذلك فيما يتعلق بصورة الذات والعواطف مع الإندفاع الشديد (فى السلوك والوجدان) ويبدأ فى مرحلة الرشد المبكر. ويتم تشخيص إضطراب الشخصية الحدية وفقاً (DSM-5) حيث يظهر فى خمسة بنود أو أكثر من تسعة بنود كمايلى:

١. نمط من العلاقات الشخصية والإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقلب بين التطرف فى الإعجاب والتطرف فى التحقير.

٢. السلوك المندفع فى مجالين – على أقل تقدير – يتصفان بالأضرار بالذات مثل:
- التبذير إلى درجة السفة.
- المبالغة فى ممارسة الجنس.
- تعاطى المخدرات.
- قيادة السيارات بتهور وإستهتار.
- نوبات من الإفراط فى تناول أو إلتهام الطعام.
- إختلاس المعروضات.

٣. عدم الإستقرار الوجدانى والإنفعالى (التقلب الوجدانى). حيث نجد إنحرافات واضحه عن الحالة الإنفعالية المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذى يستغرق فى العادة ساعات قليلة ولا يتجاوز بضعة أيام فى أحوال نادرة.

٤. نوبات متكررة من التوتر والغضب غير المنضبط وإنخفاض ملحوظ فى النشاط المزاجى.

٥. تكرار السلوك الإنتحارى أو التهديد بالإنتحار بهدف التلاعب بالأخرين، وعند زيادة الضغط عليه قد يصاب بخدر نفسى أو إختلال الأنية.

٦. إضطراب ملحوظ ومستمر فى إدراك الهوية والذى يتضح من عدم تأكد من إثنين على الأقل من المواضع الآتية:

١. تصوره عن ذاته.

٢. إتجاهاته الجنسية.

٣. أهدافه البعيدة.

٤. إختياره للمهنه.

٥. نوع الأصدقاء الذين يريدهم.

٦. قيمة المفضلة والتى يؤمن بها.

٧. إحساس وشعور مزمن بالفراغ، ومشاعر من الخواء النفسى والملل المزمن (دون وجود سبب خارجى واضح).

٨. جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب هجر أو تخلى الآخرين له سواء أكان حقيقياً أو متخيلاً (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات مثل الإستعطاف) والتى تهدف إلى محاولة إيقاف الطرف الآخر معه وأن لا يفارقه.

٩. ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغوط النفسية (أعراض إنشقاقية شديدة مثل نسيان تفاصيل الأحداث فيما يتعلق بالمواقف الضاغطة).

ملاحظات:

أ- لا بد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الإضطراب.

ب- يتسم هذا النوع من الإضطرابات بالصفات الآتية:

١- نمط متأصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين.

٢- تهور ملحوظ وإندفاعية هوجاء تجاه الآخر أو الذات.

٣- يظهر هذا الإضطراب فى سن الرشد المبكر.

٤- يظهر هذا النمط من الإضلطراب فى الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين.

(محمد أحمد شلبى وآخرون، ٢٠١٦: ٩٣; APA, 2000; APA, 2001; APA, 2013)

وطبقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) يتم تصنيف إضطراب الشخصية الحدية تحت مسمى إضطراب الشخصية الغير متزنه إنفعالياً والتى تنقسم إلى:

النمط الإندفاعى F60.30:

كى يشخص أحد ما إنه من النمط الإندفاعى، عليه أن يحقق ثلاثة شروط على الأقل، واحد منها يجب أن يكون الشرط رقم (٢)، وهى كمايلى:

١. ميل واضح لأن يتصرف بشكل غير متوقع وبدون تفكير متعقل بالنتائج.

٢. ميل واضح لأن يقوم بسلوك مشاكس، وأن تكون لديه نزاعات مع الآخرين، خاصة عندما تعارض أو تنتقد الأفعال الإندفاعية.

٣. حدوث نوبات متكررة من نوبات الغضب أو العنف مع عدم القدرة على التحكم فى الإنفجارات السلوكية الناتجة عنها.

٤. صعوبة فى المداومة على أداء أى فعل لا يحصل فى نهايته على نتيجة فورية.

٥. مزاج غير مستقر ومتقلب (إندفاعى ومتلون).

النمط الحدى F60.31:

أن تتوافر فيه ثلاث أعراض على الأقل من الشروط المذكورة فى النمط الإندفاعى، بالإضافة إلى تحقيق أثنين على الأقل من الشروط التالية:

١. وجود شك وإضطرابات فى صورة الذات، وفى الأهداف وفى الرغبات الداخلية.
٢. الإنخراط فى علاقات شديدة وغير مستقرة والتى تؤدى غالباً إلى أزمات إنفعالية وعاطفية حادة.
٣. محاولات حثيثة من أجل تجنب الهجر.
٤. تهديد أو أفعال متكررة بإيذاء الذات.
٥. إحساس وشعور مزمن بالفراغ الذاتى.
٦. ظهور سلوكيات إندفاعية مثل التهور فى قيادة السيارات أو الإدمان.

الملامح الجوهرية (الوصف السريرى) لإضطراب الشخصية الحدية:

أولاً: أنهم يعانون على وجه العموم من عدم تحكم وعدم إستقرار، وإستجاباتهم الإنفعالية عبارة عن ردود أفعال، وعادة ما يكون لدى الواحد منهم صعوبات تتعلق بنوبات إكتئابية، وقلق، وتهيج بالإضافة إلى مشكلات تتعلق بالغضب والتعبيرات الغاضبة وهو ما قد يؤدى إلى الأضرار بالعلاقات بالآخرين.

ثانياً: يتسم المصابون بإضطرابات الشخصية الحدية بالحساسية المفرطة تجاه الإشارات (العلامات) العاطفية البسيطة التى يبديها الآخرون.

ثالثاً: أحياناً ما يفتقد الأشخاص المصابين بإضطراب الشخصية الحدية للتحكم المعرفى (فإن التفكير غير الذهانى وعدم التحكم الحسى بما فى ذلك مشاعر عدم التشخيص والتفكك والهذاءات، بما فى ذلك هذائات حول الذات تحدث أحياناً نتيجة للمواقف المثيرة للتوتر، وعادة ما تتوقف عند زوال التوتر، كما أن عدم التحكم فى الإحساسات بالذات شائع وعادة ما يذكر الأفراد ذوى الشخصية الحدية أنهم يفقدون إحساسهم كلية ويشعرون بالخواء ولا يعرفون من هم).

رابعاً: لدى هؤلاء الأشخاص أنماط من عدم التحكم السلوكى يستدل عليها من خلال السلوك القهرى المتطرف والمشكل، وميلهم الدائم لسلوك تدمير الذات الواضح والمباشر، بالإضافة للأفكار والمحاولات الإنتحارية الفعلية، فقد أشارت العديد من الدراسات أن ما بين ٧,٥ إلى ١٥,٥ % قد تورطوا فى سلوك إنتحارى واحد على الأقل. كما يتورط هؤلاء الأشخاص

عادة فى سلوك غير إنتحارى أو مؤذ للذات مثل جرح الأذرع أو السيقان بشفرة حادة أو حرقها بالسجائر، وتعتبر هذه السلوكيات ضارة غير أنها لا تؤدى للوفاة فى أغلب الأحيان، هناك أكثر من ثلثى الأشخاص على الأقل قد تورطوا فى مثل هذه السلوكيات أثناء أو خلال فترة حياتهم.

خامساً: كثيراً ما يعانى هؤلاء الأفراد من عدم التحكم فى تفاعلاتهم مع الآخرين، وقد تكون علاقاتهم مشوشه أو حاده وتتسم بالصعوبات. إلا أن هؤلاء الأ فراد أيضاً دائماً ما يجدون من الصعوبة بمكان فصم علاقاتهم، وهم ينخرطون بدلاً من ذلك وبجهد مضني وحاد فى منع الأ شخاص ذوى المكانه بالنسبة لهم فى هجرانهم وتركهم فريسه للفراغ.

(Linehan and Koerner, 1991; Stone 1993; Linehan and Heart, 1993; Yan, shea, Pagane, et al., 2003; Lynch et al., 2006; Trull et al., 2010; فاطمة سلامة عيادن ٢٠١٥: ٩٤٤)

التشخيص الفارق:

إضطراب الهوية:

الصورة الإكلينيكية فيهما متشابهة ولكن إذا وجدت دلالات إضطرابات الشخصية وكان الإضطراب ثابتاً وعميقاً وغير مرتبطة بمرحلة نمو فإنه يشخص إضطراب الشخصية الحدية.

السيكلوثيميا:

يوجد فيها عدم الثبات الوجدانى ولكن توجد نوبات الهوس التى تميزها (محمود عبد الرحمن حموده، ١٩٩١: ٤٨٠).

محاولات الإنتحار:

ويمكن توضيح التشخيص الفارق بين إضطراب الشخصية الحدية وخصائص محاولات الإنتحار كما يوضحه الجدول التالى رقم (٣):

م	إضطراب الشخصية الحدية	محاولات الإنتحار
١-	إضطرابات إنفعالية	
١/١	عدم إستقرار عاطفى.	تأثير شديد للغاية.
٢/١	مشاكل مع غضب.	غضب، عداوة، ضيق.
٢-	إضطرابات فى العلاقات الشخصية	
١/٢	علاقات غير مستقرة.	صراع فى العلاقات.
٢/٢	جهود لتفادى الخسارة.	دعم إجتماعى ضعيف.
٣/٢	مشاكل شخصية بسبب جنون الإضطهاد.	حل المشاكل بطريقة سلبية.
٣-	إضطرابات سلوكية	
١/٣	تهديد بالإنتحار.	تهديد بالإنتحار.
٢/٣	تدمير الذات، سلوك إندفاعى يشتمل على سوء إستخدام الكحول والمخدرات.	سوء إستخدام الكحول والمخدرات.
٤-	إضطرابات معرفية	
١/٤	إضطرابات معرفية.	تصلب معرفى وتفكير غريب، العمل الذاتى بشكل سئ.
٢/٤	صورة غير مستقرة للذات.	تقدير ضعيف للذات.
٣/٤	فراغ شديد.	

(مارث. إم. لينهان، ٢٠١٤: ٣٥)

التشخيصيات الأخرى:

يمكن توضيح الإختلافات فى الأعراض التى يمكن أن تساعد فى التمييز بين إضطراب الشخصية الحدية BPD والتشخيصات الأخرى كما يوضحه الجدول التالى رقم (٤):

م	الأعراض Symtpom	إضطراب الشخصية الحدية BPD	التشخيصات الأخرى Other diagnosis
١	الإكتئاب Depression	إنخفاض المزاج ويكون قصير الأجل ودون المستوى الإكلينيكى ومتقطعاً.	نوبة إكتئاب رئيسى: إنخفاض ممتد ومستمر فى المزاج.
٢	تقلبات المزاج Mood Swings	التحولات السريعة فى المزاج من الإكتئاب إلى الغضب. تستمر غالباً ساعات إلى أيام فقط، ويعجل بحدوثها ظروف بيئية.	إضطراب ثنائى القطب: تقلبات المزاج من الإكتئاب إلى الهوس، وتستمر من أسابيع إلى شهور، وعادة لا يكون لها أحداث معجلة.
٣	الإختلال الوظيفى المعرفى Cognitive dysfunction	هلاوس سمعية متقطعة ترتبط بالضغوط ويتعرف عليها المريض بوصفها.	فصام وهلاوس سمعية أساساً وتكون غالباً مستمرة، ولا يعرف المريض أنها هلاوس.
٤	أفكار بارانوية Paranoid ideation	إتجاهات غير الضلالات.	فصام وضلالات ثابتة.
٥	فقدان الشعور بالشخصية Depersonalization	مشاعر خاصة بغير الواقع، وتكون مرتبطة بالضغوط.	مشاعر لا ترتبط بالواقع، فصام غير متكرر.

(Joel Paris, 2005: 1081)

بدأ إضطراب الشخصية الحدية ومساره:

يبدأ الإضطراب مبكراً فى مرحلة مبكرة من النمو ويظهر فى بدايات البلوغ والمراهقة بمتوسط عمرى ١٨ عاماً، ويتميز هذا الإضطراب بعدم الثبات ولكنه لا يتحول إلى فصام بل إلى نوبات إكتئاب عظمى، وأحياناً يتحول إلى تفاعل ذهانى قصير المدى، ومن أهم مضاعفاته الإنتحار.

(محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠١٤: ٦١١ ,.McGlashan, T
1983; Joel Paris; 2005;

الإنتشار:

يقدر إضطراب الشخصية بين عامة الناس بـ ١٠% إلى ١٣%، وبين المرضي النفسيين المقيمين فى المستشفيات بـ ٣٠% إلى ٦٠% وأكثر الأنواع شيوعاً بينهم إضطراب الشخصية الحدية بـ ٢٠% إلى ٣٠%، بينما ينتشر إضطراب الشخصية الحدية بصورة ملحوظة بين عامة الناس بنسبة ٢% وهو أكثر إنتشاراً وشيوعاً بين الإناث (محمود عبد الرحمن حموده، ١٩٩١: ٤٨٠؛ محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠١٤: ٥٩٢).

الإعاقات والمضاعفات:

أعراض إضطراب الشخصية الحدية مثل الإندفاعية والقلق والغضب وتعاطى مادة يحدث خطورة للإنتحار، فحوالى ٧٠ – ٧٥% من المرض المصابين بإضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لإيذاء الذات على الأقل مرة واحدة، ومن يكملون الإنتحار حوالى ٩% مقارنة بواحد فى المائة (١%) من عامة الناس، ولا يمكن أن تعرف ما إذا كان إنتحاراً حقيقياً أو هو مجرد جذب للإهتمام، والعوامل الآتية تعنى خطورة الإنتحار لديهم حالية:

- أفكار إنتحارية حالية.
- التهديد الحالى أو الحديث بالإنتحار.
- إتمام خطة الإنتحار.
- محاولة إنتحار فى الأعوام الماضية.
- الإشارة إلى موت النفس.

- تشوه حديث فى الجسد أو فقد لعلاقة هامة فى حياته.
- قلق شديد أو هلع.
- اليأس(محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠٠٧: ٧٢٤ – ٧٢٥).

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة:

المنهج المستخدم فى هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكى الذى يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الإرتقائى للفرد حيث أن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفة وحدة الدراسة. وهدف المنهج الإكلينيكى يتضح فى إنه يسعى إلى تبين جملة الشروط التى تحكم السلوك؛ أى التى تعد مسئولة عن السلوك الذى ندرسه. ولهذا فإن موضوع المنهج الإكلينيكى هو: الشخص من حيث هو حامل مشكلة أى للشخصية فى جملة علاقاتها ببيئتها، وهذا ما جعل المنهج الإكلينيكى يقوم على ثلاث ركائز تتمثل فى:

دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية تاريخية، ودراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية حالية ضمن ظروفها البيئية، ودراسة الفرد من حيث هو جشطالت تاريخية، ولذا فإن المنهج الإكلينيكى ينفرد بما يأتى: بالإستطلاع وإقامة الوحدة الكلية للنتائج الجزئية، ودراسة مسالك لا يمكن إستحداثها كغيرة الحب بالإضافة للمقاييس والاختبارات الإكلينيكية، ومن هنا تتضح أهمية المنهج الإكلينيكى فى إنه يتوخى جانب البحث العلمى فى معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن إحتمالات تطور حالته، وهو ما يجعل المرء أن ينشئ صورة متكاملة للوحدة (الشخصية) كما تعمل فى المجتمع (دانيال لاجاش، ١٩٦٥؛ صلاح مخيمر، د.ت: ٧٨؛ صلاح مخيمر، ١٩٨٠: ١٣٣؛ صلاح مخيمر، ١٩٨١: ٣١؛ سامية القطان، ١٩٨٣: ٢٧٧؛ لويس مليكه، ١٩٩٢: ٧٩؛ فان دالين، ١٩٩٧: ٣٣٦؛ سامية القطان، ٢٠٠٧: ٨٣؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٥ – ٢٤٦).

أما عن منطق التشخيص وفقاً للمنهج الإكلينيكى فهو لا يقتصر على (رص) الوقائع دون وحدة كلية فلابد من تأويل هذه المعطيات، بمعنى إعادة بنائها بناءً جديداً يتكشف من خلاله الصورة الكلية للحالة، ويتحقق ذلك من خلال ديالكتيكية العلاقة (البين – ذاتية) فالتشخيص عملية دينامية، ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف ولكن الناحية العملية تحتم

التوقف، عند الوصول إلى تأويل يجيب عن المتطلبات العاجلة للحالة، وهذه الحركة الديالكتيكية للفكر يسبقها تحديد المشكلة ويختتمها إقامة التشخيص (صلاح مخيمر، ١٩٧٥: ١٧).

فالمعرفة بالمشكلة وتحديدها فى إطار الموقف الراهن من خلال ماضٍ وحاضر زمانى ومكانى إذن هو ما يتيح للإكلينيكى أن يعين أسباب المشكلة ودلالاتها بالقياس للإطار الكلى لشخصية الفرد بوصفها وحدة متفاعلة (حتى على المستوى المرضى) وكذلك التنبؤ بمأل هذه المشكلة ووضع خطة للعمل (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٧٤).

أما عن معايير المنهج الإكلينيكى فقد حددتها (سامية القطان، ١٩٩١: ٥٦) فيما يأتى:

١- التكامل: بمعنى أن تتكامل كل المعطيات ضمن الوحدة التاريخية والحالية فى صورة علاقات صراعية مع البيئة وبحيث لا تبقى واقعة واحدة لا تجد مكانها ضمن الكل التفسيرى الواحد.

٢- إلتقاء الواقع: بمعنى أن تكون الوقائع من المصادر المختلفة كالأحلام والإختبارات الإسقاطية والهفوات ملتقية عند الدلالة نفسها.

٣- معيار الإقتصاد: أى أن يكون التأويل من المعقولية بقدر ما يرد أكبر محدد من الوقائع إلى أقل عدد من المبادئ التفسيرية.

٤- معيار الثراء والدقة: بقدر ما تكون المعطيات ثرية ودقيقة يكون الشتخيص أمعن صدقاً.

٥- الخصوبة: بمعنى أن ينطوى التشخيص على جديد لم يكن فى الوقائع من حيث هى كذلك.

٦- التنبؤ: بمعنى أن يسمح التشخيص بالتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه سلوك الشخص فى موقف بعينه.

وهو ما يؤكده أيضاً (صلاح مخيمر، ١٩٨٤: ١٨) من خلال إستناده إلى مقولة: "ميرلوبنتى" فى حديثة عن إسهامات "كيرت ليفن": أن صميم الكائن البشرى هو كيان فى صيرورة، ودينامية بسبيل التطور، يكون من المحتم على العملية التشخيصية ألا تقف عند حدود الـ "هنا" و "الآن" بل يتحتم عليها أن تتبين ضمن حدودها الـ "هنا" و "الآن" هذه القوى الدينامية التى ينطوى عليها الفرد وما ترهص به من إنجازات فى المستقبل، ومن ثم فإن المنهج الإكلينيكى يساعد على الإمساك بالدلالة الخاصة للكائن فى موقف.

أما وفيما يختص بالتأويل فإننا سوف نستند إلى المفاهيم النظرية والتأويلات الخاصة بالتحليل النفسى ، وهذا راجع بدوره لأن التحليل النفسى صورة ممعنة من علم النفس الإكلينيكى وكلاهما يهتم بدراسة وتفسير حالة الفرد. ولذا فالمنهج الإكلينكى لا غنى عنه ويغنى عما عداه طالما أن بوسعه أن يتناول بالدراسة كل المسالك البشرية، وأن يخلص منها إلى نظرية عامة فى السلوك على النحو الذى يتضح فى نظرية التحليل النفسى، وذلك ما تؤكده وقائع الطرح أو العلاقة، إذ إن النتائج المترتبة على علاقة بين – ذاتية بهدف التشخيص إنما تمثل نتائج مستقبلية من خلال طرح المعارف الماضية فى ضوء المعارف الحاضرة وصولاً إلى نتائج مستقبلية (سامية القطان، ١٩٩١: ٥٦).

ولذا فإن العلاقة بين الإكلينيكي والحالة (موضوع الدراسة) تعد حجر الزاوية لإمكانية إقامة الفحص العام لكل جوانب المريض من خلال الموقف الذى يكون على الإكلينيكى أن يمسك بنفسه ضمن إطارها الحقيقى حتى يستطيع فهم الظاهرة بعيداً عن الصيغة الذاتية الخالصة (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٧١).

ومن ثم فقد إتجه الباحث إلى إستخدام المنهج الإكلينكى فى هذه الدراسة، ذلك أنه أنسب المناهج للوصول إلى فهم الحالات المرضية، فلا ينبغى البحث عن مشكلات ينطبق عليها منهج لدينا، وإنما ينبغى البحث عن مناهج تسمح بحل المشكلات القائمة أمامنا؛ أى أن الظاهرة هي التى تفرض المنهج المناسب لدراستها. ومن هنا لم يختار الباحث منهجاً أياً كان لدراسة ديناميات إضطراب الشخصية الحدية ولكن المنهج الإكلينيكى فرض نفسه هنا لدراسة هذه الظاهرة وصولاً إلى التفسير الفاهم لها.

الدراسة الإستطلاعية:

أجريت الدراسة الإستطلاعية بهدف معرفة عينة الدراسة والصعوبات التى يمكن أن تحدث، وتحديد الجهات التى يمكن إختيار أفراد عينة الدراسة منها، ولذلك فقد قام الباحث بعدة زيارات ميدانية إلى:

أ- مستشفى العباسية (وحدة المراهقين).

ب- مستشفى الطب النفسى (الدمرداش).

ج – مستشفي هدوء للصحه النفسية وعلاج الادمان.

د – مركز المعادي للأستشارات النفسية والاسرية.

والجدير بالذكر أن هذه الزيارات قد أتاحت للباحث فرصة لمعرفة أهم الملاحظات الإكلينيكية من الأطباء والأخصائيين النفسيين، بالإضافة إلى الإطلاع على السجلات والملفات الخاصة ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية لأخذ فكرة شاملة عنهم، وإختيار عينة الدراسة المناسبة، كما تم أيضاً مقابلة بعض أولياء الأمور لمعرفة أهم ملاحظاتهم وآرائهم وطرق معاملاتهم لأبنائهم.

وفى نهاية تلك المرحلة بدأ الباحث فى بلورة مشكلة الدراسة وحدودها وإختيار الادوات التى يمكن أن تستخدم فى الدراسة الميدانية الأساسية، وتم إختيار عينة إستطلاعية مكونة من (٨) مفحوصين وتم إختيار (٦) منهم تشخيص سيكترى ووفقاً للدليل التشخيصى الإحصائى الخامس للطب النفسى DSM-5.

١- المقابلة الإكلينيكية المتعمقة.

٢- الرسوم الحرة أو العفوية والسير الذاتية.

٣- إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.O.

٤- إختبار H.T.P.

عينة الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الأسباب الدينامية وراء العوامل المسببة لإضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين، لهذا روعى فى إختيار عينة الدراسة ضبط المتغيرات لتجنب تأثيرها فى نتائج الدراسة الحالية والتى تتمثل فيما يأتى:

١- ألا يكون هؤلاء المراهقين يعانوا من أى إعاقات حسية أو حركية أو عقلية.

٢- ألا يكون هؤلاء المراهقين تم علاجهم من قبل.

٣- وممن يقع عمرهم ما بين ١٦: ١٨ سنة بمتوسط عمري (١٧) سنة، إذ أكدت العديد من الدراسات إزدياد معدل إنتشار إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين فى هذه المرحلة العمرية ومن هذه الدراسات ما يأتى:

(Carlos, et al., 1996; Fredrikson, L., 2001; Joel Paris, 2005; سعاد البشر، ٢٠٠٥; Bradley, R., 2005; Matsuoka, et al., 2005; Ullrich, J., 2006; Wieczorek, A., 2008; هند عبد العزيز، ٢٠٠٩; Brenning, et al., 2012;

مارث. ;سفر فرح المصرى، ٢٠١٣ ;Chopik, et al., 2013; Roelofs, et al., 2013 إم. لينهان، ٢٠١٤ ;Sanson, R., and Wiederman, M., 2014; Sliberschmidt, et al., 2015; ٢٠١٥ ;نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٧ ;منار مجدى، ٢٠١٧).

٤- أن يكون هؤلاء المراهقين من الإناث (ن = ٥)، ومن الذكور (ن = ١)، حيث أكدت العديد من الدراسات أن متوسط الفروق فى الإصابة بإضطراب الشخصية الحدية وأعلي ولصالح الإناث ومن هذه الدراسات ما يأتى:

(Gunderson and Zanarini, 1987; Swartz, et al., 1990; Maier, et al., 1992; فتحى ;عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٧ ;جون فيتكس، ٢٠٠٥ ;Almquist, E., 2008 ;محمود، عبد الموجود عبد السميع، ٢٠١٦ ;Andrew Skodal, 2018; Barbara, J., 2018; Nunez, Mayely, 2019)

٥- حيث أكدت العديد من الدراسات أيضاً أن الإناث أكثر عرضة لإيذاء الذات ومحاولات الإنتحار لديهن أعلى من الذكور، ومن هذه الدراسات مايأتى:

(Greer and lee, 1967; Bogard, H., 1970; Shneidman, et al., 1970; Bancroft and Marack, 1977; Bradley, 2005; جون فيتكس، ٢٠٠٥) ; Bjorklund, 2006; Sliberschmidt, et al., 2015.

٦- كما تم تشخيص هؤلاء المراهقين سيكترى ووفقاً للدليل التشخيصى الإحصائى الخامس DSM-5.

٧- أما عن المجال الجغرافى لعينة الدراسة فقد إقتصر على محافظة القاهرة من المترددين على كل من مستشفى العباسية بالقاهرة، ومركز الطب النفسى بالدمرداش.

أدوات الدراسة:

١- المقابلة الإكلينيكية المتعمقة:

إستعان الباحث بالمقابلة الإكلينيكية لـ (دوتيش، ومورفى، ١٩٦٢) إذ تعد المقابلة من إحدى السوائل المهمة فى دراسة الشخصية، لأنها تكشف عن جوانب ذات أهمية كبيرة قد لا نصل إليها عن طريق الإختبارات، كما أنها تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافٍ، مما تساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية.

ومن مبررات إستخدام المقابلة الإكلينيكية في هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسي لا يمكن أن يتم الا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة فى ماضي الفرد وحاضره، وهذه المعرفة لا يمكن أن يغطيها أى إختبار آخر، بينما

تمدنا المقابلة بمادة مهمة تتعلق بوظيفة الشخصية ونظامها الدفاعى والتكاملى فى الحياة اليومية.

وعليه فإن المقابلة الإكلينيكية ينبغى أن تتم فى إطار يتسم بالعلاقة الودية مما يسمية التحليل النفسى بالطرح الموجب، ولذا فقد لجأ الباحث لأسلوب المقابلة الذى يسمى بتداعى الذكريات Associative anamnesis وهى طريقة مقابلة مبنية على مفهوم التداعيات الطليقة كما تستخدم فى التحليل النفسى؛ ولهذا فإن هذه المقابلة تهدف أساساً: لترك الحرية للمفحوص فى أن يتحدث دون أن يوجه القائم بالمقابلة مجرى حديثة إلا عندما تشتد الحاجه إلى ذلك مما يجعلها من النوع الأقرب لغير الموجه، وعلى هذا فمقابلتنا تقع بين النوع غير الموجه والنوع المنظم مما يفيد فى معرفة خصائص الفرد البعيدة الاعماق وذات التأثير الكبير فى توجيه سلوكه حتى دون أن يدرى، كما تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة فى توجيه أكبر قدر ممكن من التلقائية مما يحتق الفهم الأكمل والأعمق لديناميات المفحوص.

(Deutch and Murphy, 1962: 119-120؛ سيد غنيم، ١٩٧٢: ٤١٣؛ فرج عبد القادر طه، ١٩٨٠: ١٠٥؛ فرج عبد القادر، طه ١٩٨٦: ١٣٥؛ سامية القطان، ١٩٩٢: ٦٥؛ نجيب إسكندر وآخرون، د. ت: ٣٤٥؛ لويس كامل مليكه، ١٩٩٢: ٦٥؛ فرج عبد القادر طه، ٢٠٠٥: ٢٢؛ محمد أحمد خطاب "أ"، ٢٠١٨: ١١٩ – ١٢٠)

وأجريت المقابلة لكل من المفحوص والأم أو الأب أو كليهما فى حالة حضورهما معاً، أوكل على حدة، للحصول على لوحة إكلينيكية كاملة للمفحوص، وحتى تحقق المقابلة الفائدة المرجوه منها، فقد لجأ الباحث إلى أن وضع مقدماً عدة نقاط للبحث لكى يتم تغطيتها فى المقابلة، والتى يطلق عليها ذات رؤوس الموضوعات الهادية، والتى تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث فى توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص.

وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة دراسة النقاط الآتية :

- معرفة التاريخ المرضي للمفحوص وخاصة تاريخ الطفولة المبكرة، ومدى تعرضه لصدمات أو لإيذاء جسدى أو جنسى أو كلاهما، ومعرفة طبيعية العرض (الإضطراب) وتاريخ ظهورة.

- معرفة الشكاوى التى أدت به أو بأحد والدية إلى عرضة على الطبيب، والأعراض المرضية النفسية أو الجسدية التى يعانى منها، ومعرفة الأمراض أو الإضطرابات المصاحبة إن وجدت.
- معرفة بداية ظهور الأعراض المميزة لإضطراب الشخصية الحدية مثل:

- سلوكيات إيذاء الذات، والأفكار والمحاولات الإنتحارية، السلوكيات الإندفاعية ذات الطابع القهرى، العلاقات غير المستقرة، علاقات جنسية مشوشة والتى غالباً ما تكون علاقة غير شرعية، الإكتئاب، الغضب كسمة رئيسية، الميل إلى خرق الكثير من المعتقدات الإجتماعية، عدم القدرة على التسامح مع الروتين والنظامية، عدم الصبر وعدم التسامح مع الإحباط، عدم المسئولية، مشاعر حادة بالفراغ، ومجهودات كبيرة من أجل تجنب الإهمال الحقيقى والتصورى.
- معرفة التاريخ الأسرى أو العائلى للإصابة بإضطرابات نفسية ومعرفة العوامل المسببة إن وجدت، معرفة الأساليب الوالدية المتبعة مع المفحوص.
- معرفة موقف المفحوص إزاء عرضه (إضطرابة) وكذلك موقف الأسرة إزاء هذا العرض (أو الإضطراب)، وإستجابة كل منهما تجاه العرض.
- معرفة الأساليب التى إتبعت مع المفحوص لتجنب هذا العرض أو التقليل منه.
- معرفة ما إذا كان فى الأسرة أفراد آخرين غير المفحوص لديهم الإضطراب نفسه، أم لا؟.
- معرفة علاقة المفحوص بأقرانه وسلوكه فى المدرسة أو الجامعة وتاريخه الدراسى وما أصابه من نجاح أو فشل.
- دراسة دينامية العلاقة بين المفحوص وأسرته وتصوره لذاته وللآخرين ولبيئته والعالم المحيط به، ومعرفة ما إذا كان يعانى من أى إضطرابات أخرى من عدمه.
- تحديد نوع الإضطراب ومدته ومسارة وشدته، وفقاً للتدليل التشخيصى الإحصائى الأمريكى الخامس DSM – 5.
- وبناء على ما سبق يتضح الهدف النهائى من إجراء هذه المقابلة الإكلينيكية المتعمقة؛ وهو الكشف عن ديناميات الشخصية ودوافعها وخواصها بهدف الفهم والتشخيص وذلك فى موقف حيوى ومهم فى دلالته ألا وهو الفحص.

٢ – إختبار رسم الأسرة المتحركة:

يعد إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D من أحد أهم الإختبارات الإسقاطية والتى قام بإعدادها كل من (روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان: ١٩٧٠)، أن الفروض الاساسية التى تستند عليها إختبارات الرسم بعامة إن كل جانب من جوانب السلوك له سببه ودلالاته، فالسلوك لا يحدث جزافا وإنما تحددة عدة عوامل متضافرة (نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣).

ولهذا فإن هذا الإختبار يعد طريقة ملائمة بوصفة أسلوباً إسقاطياً يسهم فى الكشف عن العالم الخاص بهؤلاء المفحوصين؛ نظراً لسهولة إستخدامه وتجاوزه حدود اللغة بوجه عام، بالإضافة إلى أن هذا الإختبار أضاف إلى المهمة المطلوبة حركة "فعل ما" بمعنى أن يرسم المفحوص كل فرد من أفراد أسرته وهو يؤدى عمل ما، بهدف محاولة تحريك مشاعر المفحوص فيما يتعلق بمفهوم الذات، وكذلك معرفة صورة أكثر عمقاً للعلاقات الدينامية بين المفحوص وأفراد أسرته.

فالرسم الذى يقدمه المفحوص يسمح لنا بمعرفة عالمة، وكيف يرى نفسه "الذات" فى مقارنتها بصورة بقية أفراد الأسرة من خلال تحديد المسافة التى تبعد بها الذات عن الآخرين، كما يبين الإضطرابات النفسية بشكل أسرع وأكثر ملائمة مقارنة بالمقابلات والأحاديث التى تتم مع المفحوص ووالديه، والتى قد يشوبها بعض التحريف أو التشويه لما يعانية المفحوص من مشكلات (روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦ – ١١).

وقد كان الهدف من تطبيق هذا الإختبار ما يأتى:

- إقامة قدر لا بأس به من العلاقة الطيبة بالمفحوصين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية، والتى تسمح فيما بعد بالتعبير عن مشاعرهم بحرية أكثر، والإختبار فى ذلك مثله مثل غيره من إختبارات الرسم لا يعتمد على التعبير اللفظى، ومن ثم يتلافى أحد العيوب التى تلازم الإختبارات التى تحتاج إلى تعبير لغوى.
- الكشف عن موقف المفحوص إزاء أسرته وافرادها وغالباً ما يكون بشكل لا شعورى، وعن تصوره لوضعه بالنسبة لأسرته وموقفهم منه أى الكشف عن ديناميات الأسرة.
- الكشف عن الموضوعات المستدخلة المفضلة للمفحوص وعن الموضوعات الرديئة وعن مدى إعتمادية المفحوص ومستوى عدوانيته ونوعيته (نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣).

ومن ثم يأتي إختيارى لإختبار رسم الأسرة المتحركة لما يمكن أن يضفه من فهم أكبر لطبيعة المفحوص ممن يعانى من إضطراب الشخصية الحدية، ومدى رؤيته للأدوار المختلفة لأفراد أسرته ودوره هو أيضاً وماهية علاقته بهم وتخييلاته نحوهم، وما مدى تأثير فى صورته عن ذاته؟

٣ – إختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H.T.P:

يعد هذا الإختبار من أكثر أساليب الرسم الإسقاطية شيوعاً فى العمل الإكلينيكى، كما يعد أيضاً من أحد أوائل الإختبارات الإسقاطية التى إستخدمت رسومات للصور الإنسانية، وقد أعد هذا الإختبار "جون. ن. باك" وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم بالقلم الرصاص فى كراسة ذات أبعاد مقننة رسماً جيداً بقدر ما يستطيع لمنزل وشجرة وشخص ثم يوجه إليه عدداً من الأسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاثة المرسومة، وبعد ذلك تصحح الرسوم كمياً وكيفياً وقد إكتفى الباحث – فى هذه الدراسة – بالتحليل الكيفى فقط.

ويهدف هذا الإختبار إلى إمداد الإكلينيكى بأداة تمكنه من الحصول على بيانات مهمة من الناحيتين التشخيصية والتنبؤ به عن الشخصية الكلية، وتفاعل تلك الشخصية مع بيئتها من النواحى العامة (لويس مليكة، ٢٠٠٠، ١٣).

٤ – الرسوم الحرة او العضوية Doodles:

تمتاز الرسوم التى يقوم الفرد بعملها دون وعى منه بأنها تكشف عن طبقات فى الشخصية أعمق مما تكشف عنه الأساليب الأخرى لان الفرد يقوم بعملها دون وعى منه، وفى الوقت الذى يركز فيه إنتباهه على شئ آخر وفى مثل تلك الحالات ينخفض مستوى ضبط الفرد وتنخفض كذلك دفاعاته (عبد المطلب أمين القريطى، ١٩٩٥: ٣٨؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ١٩١).

ولذا تعد الرسوم بمثابة لغة أو خطاب رمزى تظهر الطبقات الأولية فى المفحوص، وهو ما أكده "فرويد" بإن الفن هو المصدر الثانى للمعرفة بالاعماق بعد الأحلام، ومن ثم يمكن أن ننظر إلى هذه الرسوم كما ننظر للحلم سواء كان لها محتوى أو كانت تجريدية تعبيرية، ويقابل الرسم المحتوى الظاهر للحلم، بينما يكون الشكل التجريدى أساساً تعبيراً عن مشكلات وصراعات إنسانية لأن الدوافع البدائية الهامة هى التى تعمل على ظهورها (د.أى. شنايدر، ١٩٨٤: ١٨٩؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ١٩٢؛ محمد أحمد خطاب "ب"،٢٠١٢: ٣).

ويرى "كريس" أن العملية السيكولوجية فى العمل الفنى هى وضع الخبرة الداخلية فى العالم الخارجى ويعنى ذلك ميكانيزم الإسقاط، فالنتاج الفنى هو الحياة الأولى التى تعتبر إسقاطات لكل من الميول الشخصية، الشعورية واللاشعورية، بالإضافة إلى أن الرسوم تعالج الموضوعات والصراعات غير المحلولة أو تلك التى يستعصى على الفرد حلها أو التى تملأه حصراً وخوفاً ولا يعالج الموضوعات ذات الحلول، كما تكشف أيضاً عن الحاجات العميقة والصراعات الإنفعالية والحياة التخييلية (لويس مليكة، ٢٠٠٠: ١٩٢؛ محمد أحمد خطاب "ب"، ٢٠١٨: ٣ – ٤).

ويشير "هامر Hammer" أن الرسوم الإسقاطية تكون أكثر كشفاً عن شخصية المفحوص والذي يتسم يتسم سلوكه بالمراوغة أو الحرص أو الحذر، وهو ما أكدته "لاندسبرج" أن الرسوم مع هؤلاء المفحوصين تساعد على الكشف عن سماتهم المخبؤه وديناميا‌تهم السيكولوجية فى رسومهم، ومن ثم فإن الرسوم أكثر حساسية للمرضى من الأساليب الإسقاطية الأخرى ولذلك فإن العوامل السلبية الكامنة المنبئة بالمرض يمكن الكشف عنها عن طريق إختبار الرسم (لويس مليكة، ٢٠٠٠: ١٤١).

دراسات سابقة:

تبين للباحث – وذلك في حدود علم الباحث – أن هناك ندرة في الدراسات العربية والاجنبية في تناول مضطربي الشخصية الحدية، وكيفية تشخيصهم وتقييمهم والتنبؤ بمسار الاضطراب من خلال اختبارات الرسم مثل (اختبار رسم الأسرة المتحركة، اختبار H.T.P)، بالاضافة إلى الرسوم الحرة؛ ولذا لجأ الباحث إلى استعراض الدراسات التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية، وذلك من خلال اربعة محاور كما يلي:

أولاً: دراسات خاصة تناولت إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين:

دراسة جوتاودى وآخرون (Goutaudie, et al., 2014):

أجريت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين إضطراب الشخصية الحدية وعدم الإستقرار لدى المراهقين، وتكونت العينة من (٣١٢) مراهقاً ، وإستخدم الباحثون مقياس (BPFS – 2) لقياس إضطراب الشخصية الحدية، ومقياس (Echelle) لتحديد المزاج الحالى والإستقرار

الإنفعالى والعاطفى، وأسفرت النتائج عن وجود إرتباط موجب بين إضطراب الشخصية الحدية وعدم الإستقرار العاطفى.

بينما هدفت دراسة باتش وآخرون (Bach, et al., 2016): معرفة العلاقة بين سمات الشخصية وإضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين (ن = ١٠١)، وإستخدم الباحثون مقياس إضطراب الشخصية الحدية المستمد من DSM – 5، وقائمة السمات، وإظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين التوتر وعدم الإستقرار الإنفعالى والعاطفى وإضطراب الشخصية الحدية.

أما دراسة أثاناسيودو (Athanasiadau, 2016): فكانت بعنوان:" ذاتى الخاضعة: دراسة حالة سيكوديناميةإضطراب الشخصية الحدية عقب صدمات علاقاتية ". حيث هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على الصدمات فى العلاقات كمحور لبداية الإضطراب، وملاحظة عيوب بنية مفهوم الذات كمحصلة لمشكلات النمو والتركيز على الصياغة السيكوديناميةوالذى يمكن من خلاله فهم إضطراب الشخصية الحدية (BPD) على أنه إضطراب الإحساس بالذات الذى ينشأ فى مصفوفه علاقات العميل، والتركيز على التكوين وليس التشخيص فى محاولة لإلقاء الضوء على العمليات العلاقاتية واللاشعورية التى كانت تركز على الإضطراب.

فى حين ركزت دراسة دينا أسامة (Dina Ossama, 2017): على تقييم الخطورة وإرتباطه بالإضطرابات النفسية لدى عينة من المراهقين ذوى إضطراب الشخصية الحدية، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن هناك العديد من السلوكيات الخطرة بالإضافة إلى العديد من الإضطرابات النفسية كالغضب، والإكئتاب، والقلق، وإيذاء الذات، وتدمير الذات، وإضطرابات المزاج، إضطرابات الحصر، إضطرابات الأكل، الأفكار والمحاولات الإنتحارية، كما بينت نتائج الدراسة أيضاً أن هناك علاقة بين إضطراب الشخصية الحدية وإضطراب الهوية الجنسية بالإضافة إلى أن هؤلاء المراهقين كانوا عادة مستبصرون بحالتهم.

بينما تعمقت دراسة (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠): في دراسة ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين: دراسة إكلينيكية متعمقة، بهدف معرفة البناء النفسي لديهم، ورصد أهم الاعراض والسمات والعلامات المرضية الاكثر انتشاراً وذلك من خلال المنهج الاكلينيكي باستخدام دراسة الحالة، على عينة مكونة من (٥) مراهقين موزعين (٤)

فتيات، (١) ذكر، بمتوسط عمري (١٧) سنة، باستخدام الادوات التالية: (المقابلة الاكلينكية المتعمقة، اختبار التات، اختبار الرورشاخ، اختبار H.TP، اختبار K.F.D).

ثانياً: دراسات خاصة تناولت إضطراب الشخصية الحدية والفروق فى النوع والعمر:

دراسة كارلوس وآخرون (Carlose, et al., 1996): وكانت بعنوان: الفروق فى إضطرابات الشخصية وعلاقتها بالنوع لدى المراهقين الذين يتلقون الرعاية الطبية والنفسية. حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين الجنسين من حيث مدى إنتشار وتواتر الإصابة بإضطرابات الشخصية الحدية التابع للدليل التشخيصى الإحصائى للأمراض العقلية لدى عينة من المراهقين (ن = ١٣٨)، مقسمة إلى (٧٦ من الذكور، ٦٢ من الإناث) والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢: ١٨ عاماً، وذلك من المرضى الذين يتلقون العلاج بأحد مستشفيات الصحة النفسية من أبناء الطبقة المتوسطة، وممن يحملون أصولاً عرقية مختلفة. ومن أبرز النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة أن الإناث كن أكثر عرضة للإصابة بإضطراب الشخصية الحدية من الذكور، كما أن الذكور كانوا أكثر عرضة للإصابة بإضطراب الشخصية النرجسية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من حيث متغيرات العمر والأصل العرقى والحالة الإجتماعية والإقتصادية وتاريخ الأمراض النفسية وتقدير القياس العام للأداء الوظيفى الإجتماعى.

بينما هدفت دراسة (Becker, et al., 2002): إلى التعرف على الأعراض العامة لإضطراب الشخصية الحدية فى المراحل العمرية المختلفة التى يظهر فيها الإضطراب دراسة مقارنة بين المراهقين والكبار (ن = ٢٩٤) من المراهقين والراشدين، وأظهرت نتائج الدراسة إلى ملاحظة وجود فروق فى بعض المحكات التشخيصية كزيادة عرض الخوف من الإنفصال والهجر لدى فئة المراهقية، وعدم التحكم بالغضب لدى الراشدين.

فى حين إهتمت دراسة حنان أسعد (Hanan Asaad, 2014): بالكشف عن أهم الفروق بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية فى التخصصات العلمية والأدبية بالمملكة العربية السعودية فى إضطرابات الشخصية الحدية، وتكونت عينة الدراسة من (١٣٨) طالبة بالفرقة الثالثة بالثانوية العامة بجده، بالإضافة إلى (١٤٢) طالبة بالفرقة

الرابعة بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجده، وطبق عليهن مقياس الشخصية الحدية، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات طالبات المرحلة الثانوية والجامعية لصالح طالبات المرحلة الجامعية. فى حين لم توجد فروق ترجع إلى التخصص (أدبى، وعلمى) بالمرحلة الثانوية والجامعية.

أما دراسة سانسون ووايدرمان (Sanson and Wiederman, 2014): فقد هدفت إلى الكشف عن أهم الفروق فى الجنس والعمر فى الأعراض الخاصة بإضطراب الشخصية الحديه لدى عينة (ن ١٥٠٣) مقسمة إلى (ن = ٤٩٨ ذكور، ن = ١٠٠٥ إناث) تراوحت أعمارها ما بين ١٨: ٩٧ عاماً بمتوسط عمرى قدره (٥٠,٩٢) سنة وانحراف معيارى قدره (١٥,٧٤) وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدة نتائج أهمها عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فى أعراض إضطراب الشخصية الحدية.

فى حين تختلف الدراسة السابقة مع دراسة سيلبر سكميدت وآخرون (Silberschmidt, et al., 2015): والتى هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسية فى إضطراب الشخصية الحدية بإستخدام كل من مقاييس التقرير الذاتي والمقاييس الإكلينيكية للأعراض، وتكونت عينة الدراسة (ن = ٧٧٠) من المرضى مقسمة إلى (ن = ٥٥٩ الإناث، ن = ٢٢١ ذكور)، وتراوحت أعمارها ما بين ١٨ : ٦٥ سنة بإستخدام بيانات تشخيصية وبيانات التقرير الذاتى وقد توصلت الدراسة إلى أن الإناث المصابات بإضطراب الشخصية الحدية لديهن عدائية وإضطراب فى العلاقات مع الآخرين أكثر من الذكور.

وتتفق مع الدراسة السابقة دراسة (Nunez, Nayely, 2019): والتى كانت بعنوان: دراسة عن التحيز الجنسى فى إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية من خلال التشخيص الإكلينيكى لإختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنسين والتشخيص، حيث تم تشخيص الإناث بإضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أكثر من الإناث، وعلاوة على ذلك لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين السكان والتشخيص؛ حيث إن السكان من الذكور والإناث الذين تم تشخيصهم إكلينيكياً بنفس تشخيص السكان العاديين.

ثالثاً: دراسات خاصة تناولت إضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها بخبرات الإيذاء والإساءة فى مرحلة الطفولة المبكرة:

هدفت دراسة باريس (Paris, 1995): إلى التعرف على تأثير الحالة الإجتماعية على مرضي إضطراب الشخصية الحدية، ويقصد بالحالة الإجتماعية ظروف الفرد الأسرية وتلقيه قدراً من العناية أو العكس بحيث يتعرض الشخص للحرمان فى مراحل حياته الأسرية. وإعتمدت الدراسة على أسلوب دراسة الحالة Case Study، والتقارير التتبعية/ الطولية، وتوصلت الدراسة إلى أن بعض المتغيرات الأساسية التى يكون لها أكبر الأثر فى الإصابة بإضطراب الشخصية الحدية هو التعرض المبكر للحرمان العاطفى، ووجود حالة من هذا الإضطراب لدى الوالدين، وتكرار محاولات الإنتحار أثناء المراهقة، كما أكدت الدراسة أيضاً على أن إضطراب الشخصية الحدية يؤثر على قدرة الأفراد فيما بعد على الإرتباط بشريك الحياة وبناء علاقة زوجية مستمرة.

بينما تناولت دراسة كينج (King, Beverley, 1996): مدخل العلاقات بالموضوع للعلاج بالرسم مع عميل عانى من فقدان الموضوع الصدمى، ومريضة نفسية مصابة بإضطراب (BPD) وكانت ضحية إعتداء جنسى فى الطفولة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مدخل العلاقات بالمفحوص يعترف بأثر علاقات الطفل بالوالد المبكرة بإعتبارها جوهرية للنمو الصحى الأنا للطفل، وأن العوامل المسببة لاضطراب الشخصية الحدية كان راجعاً إلى فقدان الأم فى مرحلة الطفولة المبكرة أو حالات فقدان صدمية أخرى مثل الإعتداء الجنسى، وفقدان الوظيفة الجسدية، وحالات وفاة أو فقدان أناس مهمين فى حياتها بإعتبارها لفقدان الأم الأصلية.

فى حين إهتمت دراسة (سعاد البشر، ٢٠٠٥): بالكشف عن العلاقة بين التعرض للإساءة فى الطفولة والمشكلات النفسية – كالقلق والإكئتاب– التى قد يتعرض لها الفرد مستقبلاً، والعلاقة بين التعرض للإساءة فى الطفولة وإضطراب الشخصية الحدية فى الرشد، ومدى إسهام التعرض للإساءة فى الطفولة فى التنبؤ بظهور بعض الإضطرابات النفسية. تكونت عينة الدراسة (ن = ٩٧) من طلبة الهيئة العامة للتعليم التطبيقى بدولة الكويت (ن

= ٥٥ ذكور، ن = ٤٢ إناث)، وتراوحت أعمارها بين ١٨: ٣٢ سنة بمتوسط عمرى قدره (٢٠,٦٤) سنة وإنحراف معيارى قدره (٢,٧٣). وتوصلت الدراسة إلى وجود إرتباط موجب بين التعرض للإساءة فى الطفولة وكل من القلق والإكتئاب وإضطراب الشخصية الحدية، ولم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث على متغيرات الدراسة، كما كان التعرض للإساءة فى الطفولة منبئاً لحدوث مشكلات نفسية فى الرشد كالقلق والإكتئاب وإضطراب الشخصية الحدية.

أما دراسة (يوسف مسلم، ٢٠٠٧): إهتمت بدراسة إيذاء الذات وعلاقته بإضطراب الشخصية الحدية والإكتئاب لدى عينة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، إضافة لمعرفة أنماط الإيذاء لدى أفراد العينة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، حيث كان عدد أفراد العينة الضابطة (٩٥) نزيلاً منهم (٢٩) إناثاً و (٦٤) ذكوراً، وكلهم من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً على وجود علاقة ما بين إيذاء الذات وإضطراب الشخصية من جهة، ووجود علاقة مع الإكتئاب من جهة أخرى مقارنة بمجموعة إيذاء الذات مع أفراد المجموعة الضابطة، وكان أكثر أنماط الإيذاء لصالح الذكور دون الإناث وهى المبالغة فى تعاطى الكحوليات وممارسة الجنس غير الأمن.

أما أنماط الإيذاء التى كانت ذات دلالة إحصائية ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية من كلاً الجنسين فكانت إستخدام الأدوات الحادة فى عمل الأوشام الكبيرة وضرب أجزاء الجسم بشكل مؤذ وأخيراً الإمتناع عن الأكل. بينما كانت الأنماط ذات الدلالة لدى من يعانون من درجة مرتفعة من الإكتئاب هى الإمتناع عن الأكل مع إرتفاع ملحوظ فى درجة الإكئتاب لدي من يعانون إضطراب الشخصية.

إلا أن دراسة (حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨): ركزت وإهتمت بفحص العلاقة بين خبرات الإساءة فى مرحلة الطفولة ومظاهر إضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة، بالإضافة أيضاً إلى التعرف عن الفروق بين الطلاب والطالبات فى خبرات الإساءة الجسمية والنفسية والجنسية ومظاهر إضطراب الشخصية الحدية، وكذا الفروق بين الطلاب المرتفعة والمنخفضة فى الإساءة فى مظاهر إضطراب الشخصية الحدية. وتكونت عينة الدراسة من (ن = ٢٩٠) طالباً جامعياً من قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم

الإنسانية والعلوم الإجتماعية جامعة الجزائر بمتوسط عمرى قدره (٢٠,٥٤) وإنحراف معيارى قدره (١,٩٦).

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إرتباطية موجبه ذات دلالة إحصائية بين خبرات الإساءة الجسدية والنفسية، وكذا الجنسية ومظاهر بين إضطراب الشخصية الحدية بما فى ذلك تجنب الهجر، وعدم إستقرار العلاقات البينشخصية، وإضطراب الهوية، والإندفاعية، إيذاء الذات، عدم الإستقرار الوجدانى، الخواء النفسى، الملل، صعوبة التحكم فى الغضب، الأفكار البارانويدية كل منهما على حده لدى مجموعة الطالبات.

أما بالنسبة للطلاب فإستقرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين خبرات الإساءة الجسدية والنفسية ومظاهر إضطراب الشخصية الحدية بما فى ذلك تجنب الهجر، إضطراب الهوية، الإندفاعية، إيذاء الذات، عدم الإستقرار الوجدانى، صعوبة التحكم فى الغضب والأفكار البارانويدية.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين الطلاب المرتفعين والطلاب المنخفضين على إستبيان خبرات الإساءة فى الطفولة فى أعراض إضطراب الشخصية الحدية لصالح الطلاب المرتفعين على إستبيان خبرات الإساءة فى الطفولة. كما تبين أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الطلاب والطالبات فى خبرات الإساءة الجسدية والنفسية، وكذا الجنسية التى تعرضوا لها فى الطفولة.

بينما هدفت دراسة مايكلسون (Michelson, S., 2009): إلى رصد العلاقة بين صدمات الطفولة وسمات الشخصية وإضطراب الشخصية الحدية على عينة مكونة من (ن = ٣٧٠) من البالغين، وقسمت إلى مجموعتين تم تشخيص (٢٧٦) بإضطراب فى الشخصية، و(٩٤) ليس لديهم أى إضطراب مقسمة كما يلي : الإناث (ن = ١٩٣)، ذكور (ن = ١٧٧) بمتوسط عمرى فى المجموعة التجريبية قدره (٣٦,٦)، والضابطة (٩٤) ليس لديهم إضطراب بمتوسط عمرى (٣١,٤) سنة بإستخدام المقابلة الإكلينيكية شبه المقننة، وإستبيان صدمات الطفولة، وإستبيان إيزنك للشخصية . أظهرت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعانون إضطراباً فى الشخصية من الطائفة (ب)، وبين

الذين لا يعانون أى إضـــطراب فى متغيرات صـــدمات الطفولة وســـمة العصـــابية وســـمة الإنبساطية لصالح مضطربى الشخصية الحدية، وإن سمات العصابية والإنبساطية ترتفع إرتفاعاً دالاً لدى مضطربى الشخصية، ووجود إرتباط دال إحصائياً بين الإعتداء الجنسى والإعتداء الجســـدى والعاطفى والإهمال الجســـدى، والإهمال العاطفى فى الطفولة وبين إضطرابات الشخصية لدى مجموعة مضطربى الشخصية.

وفى حين هدفت دراسة (فرح نوح، ٢٠١٣): إلى الكشف عن العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية المختلفة (المســـاواة – القســـوة الزائدة – الإهمال الحماية الزائدة) وبين إضطرابات الشخصية لدى عينة من المراهقين السعوديين، وتكونت عينة الدراسة من (ن = ٣٦٤) طالباً من طلبة المرحلة المتوســطة الصــف الثالث، وطلبة المرحلة الثانوية الصــف الأول والثانى بقسمية (الشرعى والعلمى) بمحافظة المدينة المنورة، وتراوحت أعمارهام ما بين ١٥: ١٨ عاماً بمتوســط عمرى قدره (١٦,٣٩) ســنة وإنحراف معيارى (١,٠٧)، وأســفرت نتائج الدراسة عن وجود إرتباط دال إحصائياً بين أساليب المعاملة الوالدية من (الأب – الأم) وإضطرابات الشخصية لدى المراهقين.

بينما ركزت دراســة إبراهيم أزلو (Ibrahim, Ozlu, 2015): على مهارات إتخاذ القرار، الذاكرة ، وخصائص وإضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال تحت الرعاية: دراسة حالة. حيث هدفت هذه الدراســة إلى الكشــف عن تنظيم البيانات المتوفرة حول الإرتباط بين ســوء المعاملة والســمات الحدية فى الطفولة، وأشــارت نتائج الدراســة إلى أن الأطفال ذوى السمات الحدية كان أكثر عرضــة وتاريخ من سوء المعاملة، وثمة عوامل خطورة أخرى مثل قصــور الوظيفة المعرفية والتنفيذية، وإختلال وظيفة الوالدين والهشــاشــة الوراثية التى وجدت عبر الدراسات.

فى حين هدفت دراسة (نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥): إلى الكشف عن الدور الوسيط لمتغير المخططات اللاتكيفية المبكرة فى العلاقة بين أنماط التعلق الوجدانى غير الآمن (القلق والتجنبي) وأعراض إضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية من الراشدين حيث كانت العينة مكونة من (ن = ١٩٤) من طلاب وطالبات جامعة حلوان بجميع الفرق الدراســية بكليات الجامعة (٩٣= ذكور، ١٠٣ = إناث)، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٩: ٣٩ عاماً بمتوســـط عمرى قدره (٤٣ = ٢٤) عاماً وإنحراف معيارى قدره (٥,٨٩) ، وأســـفرت

النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من الجنسين فى جمع متغيرات الدراسة، ووجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصـــائية بين أنماط التعلق غير الأمن (القلق والتجنبى) وكل من أعراض إضطراب الشخصية الحدية والمخططات اللاتكيفية المبكرة، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن المخططات اللاتكيفية المبكرة تتوسط العلاقة بين أنماط التعلق غير الآمن وأعراض إضطراب الشخصية الحدية.

أما دراسة (Ntsghingila, et al., 2016): فكانت بعنوان: إستكشاف ووصف تجارب النساء اللواتى يعشن مع إضطراب الشخصية الحدية. تم إستخدام تصميم الدراسة النوعى والإستكشاف والوصف السياقى، تم جمع البيانات من خلال المقابلات الفيزيولوجية المتعمقة التى ركزت على الســـؤال المركزى "أخبرنى قصـــة حياتك"، واجريت مقابلات مع (ثمانية) مشاركين يعيشون مع إضطراب الشخصية الحدية، وتم إستخدام طريقة (Tesch) لتحليل البيانات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى: أنهن خضعن لتجارب فى العيش فى بيئة غير آمنة، تتعلق بديناميات الأسرة غير الصحية وإنتهاكات الحدود والتحديات التعليمية، الشعور بمشاعر مزمنه بالفراغ فى علاقاتهم مع الذات، وقدموا أيضاً مع نمط من العلاقات الشخصية غير المستقرة وإضطرابات عقلية، وظهور مشاكل عقلية وإضطرابات عاطفية.

رابعاً: دراسات خاصة تناولت أهم الأعراض والسمات المميزة لإضطراب الشخصية الحدية:

هدفت دراســـة (Hoffman, 1995): إلى الكشـــف عن العلاقة بين إضـــطراب الشخصية الحدية والإكتئاب وذلك من خلال دراسة لخصائص وأعراض الشخصية الحدية، وتكونت عينة الدراسة من فئتين تشخيصيتين عددهما (١٢٤) مفحوصاً وكان من أهم النتائج التى توصل إليها الباحث أنه فى العديد من الأعراض تبدو الفئتين التشخيصيتين متشابتهين للغاية إلا أن هناك فروقاً فى أعراض الهجر أو الإنفصال الصريح، وكذلك مستوى الوجدان فتبدوا أكثر وضوحاً لدى مضطربى الشخصية الحدية وأكثر تنبؤاً بالإنتكاسة.

بينما إهتمت دراسة (Bonger, et al., 1998): إلى معرفة العلاقة بين إضطراب الشخصية والإنتحار الذى يعد من أكثر المظاهر إنتشاراً لدى مضطربى الشخصية الحدية، حيث تم فحص (٣٦) من مرضي إضطراب الشخصية الحدية، وممن كان لديهم محاولات

للإنتحار وتم تقييمهم بمقياس نفسى عام، وبعد تقديم العلاج الدوائى بجانب العلاج المعرفى السلوكى. ولقد لوحظ فى هذه الدراسة إنخفاضاً ملحوظاً فى أعراض الشخصية الحدية بالإضافة إلى تدنى محاولات الإنتحار، وإنخفاض فى سوء التوافق الذاتى والإجتماعى.

فى حين تناولت دراسة (Ortiz, Angelica, 1999): مشاعر الوحدة فى إضطرابات الشخصية الحدية وأعراضه فى بيئه العلاج النفسى كدراسة حالة لمفحوصة تبلغ من العمر (٢٨) عاماً، وبينت نتائج الدراسة أن المفحوصة كان تعانى من الشعور بالشديد بالوحدة والهشاشة ومن التبرم والضيق والملل المستمر، حيث تبين أن فهم إستدماج مشاعر الإضطهاد تظهر عندما يشعر مريض (BPD) بالوحدة.

أما دراسة (Madden Alice, 2002): إهتمت بدراسة نمو الأنا وقمع الغضب لدى الأشخاص المصابين بإضطراب الشخصية الحدية – دراسة حالة على مصاب حاول الإنتحار، وتبين أن المرضي ذوو تشخيص (BPD) يعصب التعامل معهم وأنهم غير مستجيبين للعلاج، بالإضافة إلى عدم الثبات الوجدانى بجانب الغضب المكثف غير المناسبة، وحدود الأنا الضعيفة، كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن بعض المرضى من المتوقع أن يكبتوا الغضب بدلاً من التعبير عنه، وعدم الثبات الوجدانى عادة ما كان يظهر على شكل العزم على الإنتحار وضعف نمو الأنا بشكل ملحوظ ودال.

إلا أن دراسة برادلى، وويستن (Bradely and Western, 2005): هدفت إلى تحديد سمات الشخصية الحدية لكل من الذكور والإناث من المرضى بلغ عددهم (٢٩٤) من المراهقين والمراهقات تراوحت أعمارهم ما بين ١٤: ١٨ سنة بمتوسط عمرى قدره (١٣،٤) سنة، وإنحراف معيارى (٩،٤)، وقد طبق على أفراد العينة مقياس تقييم الشخصية للمراهقين، ومقياس البيانات الإكلينيكية، وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها وجود فروق بين المراهقين والمراهقات فى متوسطات سمات الشخصية الحدية وكانت الفروق فى إتجاه الإناث.

بينما هدفت دراسة (محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨): إلى فحص العلاقة بين مظاهر إضطراب الشخصية الحدية وبعض المتغيرات النفسية المتمثلة فى فى الإكتئاب واليأس والتفكير الإنتحارى عند كل من الذكور والإناث من طلاب الجامعة، بالإضافة أيضاً إلى الكشف عن الفروق بين الطلاب والطالبات من متغيرات الدراسة.

وتتكونت عينة الدراسة من (ن = ٩٢) طالباً جامعياً بمتوسط عمرى (٢٦,١٤) سنة وإنحراف معيارى قدره (٦,٠٣)، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الطلاب والطالبات فى أعراض إضطراب الشخصية الحدية فى تجنب الهجر، والعلاقات بين شخصية، وإضطراب الهوية، والإندفاعية، إيذاء الذات، عدم الإستقرار الوجدانى، الخوف أو الملل، صعوبة التحكم فى الغضب، الأفكار البارانويدية.

أما دراسة (هند عبد العزيز محارب، ٢٠٠٩)": إهتمت بدراسة إضطراب الشخصية الحدية وعلاقته الأعراض الإكئتابية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب وطالبات جامعة الملك سعود على عينة مكونة من (ن = ٤٠٠) تراوحت أعمارهم ما بين ١٨: ٢٥ عاماً تم إختيار (٣٩٠) بعد إستبعاد عدد من الإستبانات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى: وجود علاقة دالة إحصائية بين إضطراب الشخصية الحدية والإكئتاب؛ لا توجد علاقة دالة إحصائية بين إضطراب الشخصية الحدية وبين متغيرات الجنس والعمر، والحالة الإجتماعية.

فى حين تناولت دراسة روث وآخرون (Ruth, et al.,2012):إرتباط العوامل الإنفعالية بالمعالجات المعرفية فى إضطراب الشخصية الحدية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى إرتباط العمليات الإدراكية المعرفية بما فى ذلك الإنتباه الإنتقائى والذاكره، والمعتقدات والتفسيرات المشوهة وعمليات التفكير مثل الجمود والقمع الفكرى بشكل كبير وإرتباطها بالعديد من الإضطرابات العاطفية ومن أهمها الخلل العاطفى لإضطراب الشخصية الحدية، والإستجابة للمنبهات السلبية، والتركيز على الذكريات السلبية، ويقرون مجموعة من المعتقدات السلبية المستمرة عن أنفسهم وعن العالم وعن غيرهم من الناس، ويقومون بتفسيرات وتقييمات متحيزة سلبياً للمنبهات المحايدة أو الغامضة، بالإضافة إلى أنهم ينخرطون فى كبت كل من التفكير والتأمل.

وإتفقت مع الدراسة السابقة دراسة وفاء عبد الحليم (Wafaa Abd Alhaleem, 2013): والتى كانت بعنوان: خلل الوظائف المعرفية لدى مرضى إضطراب الشخصية الحدية، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن هؤلاء الأفراد يظهرون القلق الحاد، الغضب، وحالات من المشاعر والإنفعالات الإكتئابية، وعدم ثبات وإستقرار العلاقات بين الشخصية،

وإضـــطراب مفهوم الذات، والدفعات القهرية الســـلوكية، والســـلوكيات الخطرة ضـــد الذات بالإضافة إلى خلل فى الوظائف المعرفية.

بينما هدفت دراســـة (منار مجدى، ٢٠١٧): إلى الكشـــف عن البروفيل النفســـى لإضطراب الشخصية الحدية ومدى إنتشاره، والتعرف على العلاقة بين إضطراب الشخصية الحدية وكل من إضـــطراب التنظيم العاطفى والقلق والإكئتاب على عينة تكونت من (٤٠٨) طالبة من طالبات كلية البنات من أقســـام مختلفة، وتراوحت أعمارهن بين ١٨: ٢٠ ســـنة، وتوصـــلت نتائج الدراســـة إلى ما يلى: إحتل إيذاء الذات بنســـبة ٢٨%، وتلاه الإضـــطرابات الوجدانية بنسبة ٢٢%، ثم إضطرابات التفكير بنسبة ٢٠% فى البروفيل النفسى لإضطراب الشـــخصـــية الحدية، كما تبين أيضـــاً وجود علاقة إيجابية بين كل من إضـــطراب الشـــخصـــية الحدية وإضطراب التنظيم العاطفى والقلق والإكئتاب.

إلا أن دراســـة (يونس منصـــور، ٢٠١٧): هدفت إلى الكشـــف عن أعراض تشـــوه صـــورة الجســـد وعلاقتها بتقدير الذات وإضـــطراب الشـــخصـــية الحدية لدى عينة من البدناء، وتكونت عينة الدراســـة من (١٠٠) فرد من بئر الســـبع بفلســـطين، وأوضـــحت نتائج الدراســـة وجود إضـــطراب تشـــوه صـــورة الجســـد، بالإضـــافة إلى تشـــوه صـــورة الجســـد وتقدير الذات لدى عينة الدراســـة حيث كانت قيمة إرتباط (ر) = -٤٩٨، وهي داله احصـــائيا عند ٠,٠٥ بالإضافة ايضا وجود علاقة ارتباطيه داله بين اعراض تشوه صورة الجسد الشخصية الحديه حيث بلغت قيمه ارتباط (ر)= ٠,٤٤٨ عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

التعليق على الدراسات السابقة:

- بالرغم من كثرة الدراسات التى تناولت إضطراب الشخصية الحدية فنجدها أنها إقتصرت على وصـــف ورصـــد أعراض وســـمات إضـــطراب الشـــخصـــية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفســـية والإجتماعية والديموجرافية أو علاقتها بخبرات الإيذاء والإســـاءة فى مرحلة الطفولة.
- كما ســعت هذه الدراســات أيضــاً إلى الكشــف عن الآثار النفســية والإجتماعية والتربوية والأخلاقية المصاحبة لإضطراب الشخصية الحدية، وإلى الكشف أيضاً عن أهم الفروق النوعية والكمية فى الجنس (النوع)، والعمر لمضطربى الشخصية الحدية.

- بينما ركزت باقى الدراسات الأخرى على تقديم برا مج إرشادية وعلاجية لمضطربى الشخصية الحدية دون الإهتمام بالكشف عن أهم الديناميات والخصائص المميزة للبناء النفسى لمضطربى الشخصية الحدية.
- ندرة الدراسات التى تناولت الدنياميات النفسية بشكل متعمق لإضطراب الشخصية الحدية بصفة عامة ولدى المراهقين من الجنسين بصفة خاصة سوي دراسة واحدة وهي دراسة (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠) ، وذلك من خلال الرسومات سواء المقننة أو الحرة (العفوية) – سواء على مستوى الدراسات المحلية أو الأجنبية – وهو ما سوف يمكن المعالجين من وضع برامج علاجية متخصصة ومبنية على أسس علمية كخطوة تالية لرصد أعراض وديناميات إضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقين.

نتائج الدراسة:

الحالة الأولى (ي)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: ي . ع.ج النوع: أنثى.

العمر: ١٨ سنة.

التعليم: كلية الآلسن – جامعة عين شمس – قسم ألمانى.

الأب: يعمل وكيلاً لإحدى المدارس فى السعودية.

الأم: كانت تعمل مدرسة – حالياً ربة منزل.

الترتيب بين الإخوة: الثالثة والأخيرة.

الإخوة:

١- إ : إستاذة جامعية – متزوجة – السن ٣٥ سنة.

٢- س : مهندس طيران – هاجر مؤخراً إلى ألمانيا – السن ٢٧ سنة.

أ- نتائج المقابلة مع المفحوصة (ي):

- من هواياتى المفضلة: الرسم فأنا أظل أرسم لمدة تصل إلى ست ساعات وأكثر بس مش أحب أرسم الوجوه؛ أمى بتقولى: أنهم هيجروا خلفنا يوم القيامه. وكتابة الخواطر، وتعلم

اللغات فأنا أجيد الإنجليزية إجادة تامة وأقوم بإعطاء كورسات فى مراكز متخصصة بالمعادى، وأجيد الألمانية والإيطالية والآن أتعلم وأدرس اللغة الروسية واحب الرقص فأنا أرقص بالساعات زى رقصة زومبى وأحب البالية لكن أهلى رافضين دا، أحب المزيكا مثل الكمنجة والجيتار، عندى الآن إثنان من آلة الكمنجة.

- كنت أتمنى الإلتحاق بكلية فنون جميلة أو تطبيقية، لكن أمى رفضت وأصرت إنى ألتحق بكلية الآلسن جامعة عين شمس.
- إرتديت الحجاب رغماً عنى بناء على أوامر من أبى، ولكنى تخلصت منه بعد معاناة مع أبى وأسرتى. حكاية الدين والتدين مش مؤمنة بها أصلاً. لدرجة أن أبى وأمى أحضروا لى شيوخ وأحدهم أمسك بصوابع قدمى ورجلى وظل يقرأ على لكى يطرد الجن، والعفاريت، أساساً كل دا تخاريف ومفيش عفاريت أو جان، ولا يوجد ما يسمي بالغيبات، أو انبياء، أو رسل.
- أنا مدخنة شرهة وأول ما بدأت كنت أطلبها من أبن عمتى سراً، مدخنة شيشة، اتناول الكحوليات والبيرة من حين لآخر، أتعاطى الحشيش وبعض المهدئات مثل الزاناكس ، وزلالكس.
- الجنس:
  - مش أشبع منه عندى نهم شديد له، ساعات أجلس عارية، وأنظر لنفسى عارية دون إستمتاع وأرسم نفسى هكذا.
  - أكتب على جدران حجرتى: " أنى على إستعداد عمل أى حاجه .... يا أحلى عيون شايفنى ".
  - إرتدى ملابسه كاشفه وشبه عاريه، وأفطر فى رمضان مش يهمنى كلام الناس وخاصة أهلى، عاوزة أعيش ألف ليلة وليلة، حاسة أنى قاعدة بغباوة ذى الغنم، عاوزة أعيش مستقلة أفعل ما أريد.
  - دخلت فى علاقات جنسية كاملة ومتعددة سواء فى بيتنا أثناء غياب اهلى أو فى بيت صديقى. أحاول الآن أعمل كموديل للإعلانات ومش عندى مانع لو تم تصويرى عارية تماماً أو شبه عارية طالما العمل يتطلب كده.
  - مارست العادة السرية كثيراً، وكنت أشاهد أفلام بورنو (إباحية) لكنى قرفت منها الآن.
  - ليس عندى مانع لو مارست الجنس مع فتيات مثلي، أو ممارسة الجنس الشرجى.
  - حالياً تركت البيت وأقمت فى سكن مشترك بالمعادى مع فتيات أجنبيات، وأحياناً صديقى يأتى لى فى هذا السكن أو أذهب أنا إليه أحياناً.

- مش حاسة بأى ذنب أو ندم أو تأنيب للضمير. لدرجى أنى أتمنى أن أكون جاسوسة فأنا أكره القيود والتقاليد بكل أنواعها. لدى شخصية أخرى شريرة ومخيفة تسيطر عليا أسمها "سعاد" وتحثنى بإستمرار على أن أرفض شخصيتى الحقيقية وأفعل ما أريد.
- أدخل فى نوبات إكتئاب كثيراً، وأظل أبكى لأكثر من أربعة ساعات.
- أعانى من أفكار إنتحارية كثيرة وأقدمت على محاولات إنتحار فعلية بتتناول كمية من الأدوية والمهدئات.
- أظل أجرح فى يدى وأقطع فيها، أشد فى شعرى وأنتف فيه، أعض وأقطع فى الشفاه وأصابعى حتى تدمى وتنزف وأمص دمى وأنزع الجلد بعد أن يتجلط الدم.
- أعانى من سقوط فى الشعر، أصيب بذرقان فى الجلد لما أعلم بقرب وصول أبى من السعودية لمصر، أصيب بكدمات كما لو أن ضربنى احد بعنف، أعانى من إضطرابات فى النوم مثل: الأرق، قلة النوم لدرجة أنى ممكن مش أنام لمدة يومان أو أكثر، ومش أتذكر أى أحلام مطلقاً.
- أكلى: مش مضبوط من زمان، عندى فقدان للشهية، ممكن مش أكل أى حاجه لمدة أسبوع كاملاً سوى تفاحه أو سندوتش، مش عندى رغبة فى الأكل من أيام لما كنت فى تانية ثانوى، قرفت من الأكل، لما أحس أنى شبعت أشعر بقرف شديد.
- أنا متضايقة من نفسى، مش بحب شكلى أو نفسى على الإطلاق.
- أنا عنادية جداً وأشعر بالراحة والأمان فى عدم وجود أهلى وخاصة أبويا وأمى.
- مش حابة القعدة والعيشة مع أهلى (أسرتى) هما بيشفطوا الطاقة كلها، أنا مخنوقة منهم، جو البيت في خنقه، مش حاسه بأى حاجه خالص عاوزه أخرج من البيت، ولو قعدت معهم فى نور أبيض أتعب لأنه عامل زى جو المستشفيات.
- دماغى فيه وش وزن وفوضى وكلام كثير لا ينتهى فيه (٥ أو ٦) بيتكملوا فى دماغى، Moody مزاجى دايماً فى النازل علشان كدا أحب الجلوس بمفردى فى أحد أركان حجرتى أو أرقص لساعات طوال.
- أرجع من يومى مش فاكره أى تفاصيل أو أى أحداث على الإطلاق.

- أخاف من أن الكل يتركوني بمفردى، بدأت أشعر بهذا الخوف لما أمى تركتنى وأنا مع أبى فى السعودية، وهو كمان كان يتركنى بمفردى بالساعات ليذهب لعمله، وأخيراً لما اختى الكبيرة تزوجت، وتركتني وأنا فى سن الـ ١٥ سنة.
- أشعر أحياناً أن فى حد بيشد فى رجلى وقدمى، وأشوف حاجات مش ليها وجود.
- مش أحب الأطفال، مش عاوزه أبقى أم، كارهه أنى كون أم مش أطيق هذا على الإطلاق.
- أحب الحيوانات لانهم أكثر وفاء من البشر، الكلب يقف بجانبك فى وقت الزنقة، أجد راحتى مع الحيوانات وخاصة مع قطتى، أشعر بمتعة عندما تمشى قطتى خلفى فى البيت، أتمنى لو أفتح مركز (ملجأ) للقطط الجميلة أو أكون كاتبة. أمى وأخوتى طردوا قطتى بحجة أنها توسخ المنزل وأصيبت بنوبة إكتئاب حادة، وخاصة لما أتريقوا عليا.
- ملحوظة: المفحوصة ترتدى تى شيرت مرسوم عليها قطط بأشكال مختلفة حتى رسمها أغلبة رسوم لقطط.
- لى صديقة تشبهنى تماماً فى كل شئ أسمها مهيتاب حتى أسرتها تعاملها مثل معاملة أسرتى لى إلا أنها أكثر إقداماً على الإنتحار وإيذاء نفسها أكثر منى لدرجة أن أبى وأمى يحاولان منعى من مصاحبتها.
- صديقى (العشيق) فركشت " انهيت " علاقتى بيه الآن.

ب- العلاقة مع الأم:

ب/١- نتائج المقابلة مع الأم:

- تركت ياسمين وهى طفلة فى سن سنة أو سنة ونصف لمدة شهر وذهبت لزوجى (الأب) فى السعودية، وتكرر هذا الأمر كثيراً أما بترك ياسمين فى مصر مع أختها الكبرى (إنجى)، أو كنت أتركها مع أبيها فى السعودية بمفردها.
- الأم ذكرت أن ياسمين هى دلوعة الأسرة بأكملها وأنها كانت متفوقة ومن الأوائل، وأنها بسكوتة العائلة. وأنها مازالت محتفظة بالكراسات الخاصة بها وأنها هى التى علمتها اللغة الإنجليزية لدرجة الإجادة.
- ياسمين دائماً ما تترك حجرتها فى حالة فوضى وهرجله، وتترك ملابسها متسخة ورائحتها صعبة للغاية، وأحياناً أري بقع دم وبقايا حيوانات منوية، وواقى ذكرى، دا غير فضلات وبقايا أكل القطط، حمام الشقة متلخبط ورائحة فظه.

- ياسمين معاها مفتاح الشقة وأنا عارفه أنها تأتي بصديقها فى البيت، بالإضافة إلى أنها سرقت فلوس كثيرة من البيت أخرها كان (٢٠) ألف دولار، ومرة (٣٠٠) ريال، ومرة (٢٠٠) جنيهاً، تصرفها على أصدقائها. وأحياناً أجد معها فلوس بكميات كبيرة لا أعرف مصدرها من أين، الأم وصفت ياسمين بأنها فاجرة وممكن تعمل أى حاجه.
- طلبت من أبيها أن يطردها من المنزل فى الساعة الثانية عشر مساءاً وهو ما حدث بالفعل، وذهبت لصديقها فى الهرم وذهبنا أنا وأبيها وأخيها وإبن عمتها فى تمام الساعة الثانية والنصف وأخرجناها بصعوبة وبفضيحة كبيرة وهى غير مهتمة عندها لا مبالاه.
- أنزعج من سلوكيات ياسمين فهى تضحك مع أى حد حتى سائقي أوبر تتحدث وتضحك معهم بدون ضابط أو ربط.
- ملحوظة:
  - الأم لا تهتم بأى شئ سوى أن تستكمل ياسمين مؤهلها وتنجح حتى لا ينفضحوا أو أن الناس تتكلم عنهم بالسوء.
  - الأم لا يعنيها أى علاقات جنسية لياسمين ولا يعنيها حتى تعاطيها للمخدرات أو الكحوليات.
  - الأم لا يعنيها سلوكيات إيذاء الذات لياسمين، كل ما تخشاه هو أن يعرف الناس بسلوك ابنتها الفج أو المضطرب.

ب/٢- رأى ياسمين فى أمها:

- ياسمين ترى أن أمها تعانى من الـ OCD الوسواس القهرى فى النظافة بشكل مخيف ومفزع فهى دائمة الإهتمام بنظافة المنزل، وتفتش فى ملابسهم وفى حقيبتى، وتشم هدومى، وتشمنى.
- أمى بتراقبنى بإستمرار وتنزل وتمشى خلفى.
- أمى بتحبنى بشروطها الخاصة فهى تحبنى بنسبة ٦٠% حب خالص، و٤٠ % علشان الناس وخوفاً من كلام الناس.
- أمى رفضت دخولى كلية فنون تطبيقية أو فنون جميلة.

- أمى متشددة دينياً، تضع على أذنها سماعات لسماع القرآن الكريم، أمى دائمة الصيام والصلاة، أمى جامدة مش مرنة ومش متفهمة.

ج- العلاقة مع الأب:

ج/١- نتائج المقابلة مع الأب:

- أول مرة أسافر وأترك ياسمين كان عندها سنة أو سنة ونصف، أنا وأمها تركنا ياسمين مع أختها الكبرى أنجى لمدة شهر.
- أم ياسمين مرة تركت ياسمين معى فى السعودية وهى فى سن ٩ سنوات لمدة ثلاث أسابيع وكنت مضطراً أتركها بمفردها لمدة تزيد عن (٥) ساعات أو أكثر عند جارتى لظروف عملى فى المدرسة.
- وهى طفلة ضربتها بالحزام، ودفعتها بقوة نحو الحائط.
- أرى أن ياسمين خانتنى لأنى كنت موفر لها كل حاجه وهى لا تستجيب لى مطلقا.

ج/٢- رأى ياسمين فى أبيها:

- أبى يعانى من الـ OCD وسواس قهرى فى النظافة، وهو عصبى جداً وجامد، ويتخانق على النظافة سواء فى الملبس أو فى المأكل أو البيت بصفة عامة مثل أمى بالضبط.
- أبويا خانني وخان العائلة كلها بسبب عشيقته اسمها "سعاد" ضرة أمي، ملحوظة: سعاد دي تبقي أنا!!!
- أبى متناقض فى كل شئ فهو متدين بشكل ظاهرى، كان يقول لى أن النساء أو (النسوان) ما هن إلا (لحم) بمعنى أنهن وعاء للمتعة وللمزاج فقط، ويرى أن الستات مش بنى آدمين، يستمتع برؤية النساء عاريات ويفرض علينا الحجاب والملابس المحتشمة علشان كلام الناس وليس خوفاً علينا.
- أكتشفت فى موبايل أبى صور لسيدات على علاقة بهن، الغريب أنه ينظر لستات مش حلوين، وعلى البلاج كان يدقق النظر فى أجسادهن بالرغم من أنى أنا وماما أحلى بكثير بشهادة الجميع، ومرة إنفعلت عليه فى الشارع بسبب محاولاته المستمرة فى التحكم فيا. أخفى على أمى علاقات أبى وأن له عشيقة فى السعودية وأخفى عليها نظراته لأجساد النساء عاريات فى البلاج.

- إيذاء بابا لى فى مشاعرى أكثر منه جسدى، هو متناقض يتكلم معايا ذى الواعظ والناصح وهو بيعمل كل حاجه غلط فهو يفعل ما لا يقول.
- بابا دائم النقد واللوم والتوبيخ والمعايره لى فهو دائماً ما يقول لى: غيرك مش لاقيين فلوس وأكل ولبس، أحنا مش مقصرين معاكى فى شئ، أنت معاكى تعليم أحسن من غيرك، حب أبى لى بشروطه هو لدرجة جعلتنى أشعر أنى فى سجن إسمه البيت فهو مقيد لحركتى ولحريتى.
- أبى بطل يحضنى وأنا فى ثالثة إبتدائى وعندى ٩ سنوات، طلبت من أمى أن تتطلب الطلاق من أبى والح عليها كثيراً فى فعل هذا الأمر.
- من كتر تناقضه مره يقولى: أن الرقص حرام، ومرة يوافق على أنواع معينة من الرقص أنا رافضاها، بابا قافل وجامد أوى معانا لكن مع الناس حاجه تانية ويقول: أن الأهم هو منظرنا أمام الناس، ويقولى: أنت إبنتى الناس هتاكل وشى (وجهي)، الناس هتقول إيه عليك، أبى يحبنى بنسبة ١٠%، وأشك فى النسبة دى كمان ممكن يكون حبه لى أقل من هذه النسبة بكثير.
- أبى أثر فيا سلبياً فهو عاوز يرانى بالمواصفات اللي عاوزها ويتمناها هو وأمى، هو ظاهرياً متشدد دينياً، يبقى أحيانا فى البيت بيضحك ولما بينزل معايا ومعا أصحابى يزعق لى ولأمى أمام أصحابى.
- جسمى يزرق وكأنه فيه كدمات، وإكتئاب يزيد، وفقدانى للشهية يزيد لما أعلم بقرب وصول أبى من السعودية.

د- العلاقة بين الأب والأم:

- توجد خلافات مستمرة ودائمة بين الأب والأم.
- الأب دائم النقد والصريخ والزعيق والسب للزوجة (الأم) أمام الأهل والأقارب وخاصة أخوته (العمات).
- مناخ البيت يتسم بالتذبذب فى العلاقات مشحون بالغضب والتوتر وخاصة فى الأمور التى تتعلق بالإبنة ياسمين وفى الأمور المالية وفى الانفاق.

هـ – العلاقة مع الإخت الكبرى:

- ترى ياسمين أن أختها أنجى تكبت فى نفسها وتقمع فى نفسها، لدرجة أنها تعانى من أمراض جسدية ليس لها سبب عضوى " سيكوسوماتك ".
- أختى تتقبل النقد واللوم والتوبيخ من زوجها، هى مقربة من أمى لأنها ماشية ذى ما هى عاوزاها، حتى جوزها يستغلها لدرجة أنه منعها من الشغل وهى بتسمع كلامه.
- أنجى بقت ذى ماما فى كل شئ " نسخة منها " لابسه إسدال ومنقبه، هى بتنقل كل حاجه عنى لأمى.
- إحنا مش أصحاب، إختى تحولت لموظفه بالرغم من أنها دكتورة فى الجامعة فهى روتينية لدرجة أنها أهملت فى نفسها وشكلها وجسمها.

و– العلاقة مع الأخ:

- أخى سامى مهندس طيران عمره ٢٧ سنة إنطوائى منعزل منسحب، طوال اليوم قافل على نفسه وقاعد على الكمبيوتر الخاص به.
- أخى يعانة من OCD بشكل مرضى وحاد ومخيف لا يطاق.
- أخذ قطتى من البيت ورماها وأختى قعدت تضحك عليها وهو ما جعلنى أدخل فى مزيد من الإكتئاب، الحيوانات عندى أكثر وفاء من البشر.
- مش متضايقه من سامح لكن موضوع بابا مؤثر فيا أوى.
- سامح هاجر الآن إلى ألمانيا للدراسة والعمل والتواصل معاه يكاد يكون معدوم وهو بيفضل هذا.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- التمييز فى المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدى والحب المشروط.
- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ بشكل مستمر وخاصة من الأب.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.

- الجمود والتشدد الظاهرى بالإضافة لوقوع الوالدين فى تناقضات عديدة فهم يفعلون عكس ما يدعونه.
- تركيز الوالدين على المظهر والشكل الخارجى أمام الناس خوفاً منهم.
- إنفصال المفحوصين كثيراً عن الوالدين وخاصة الأم منذ نعومة أظافرها.

ثانياً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة أمام الأهل والأبناء بما فيها من إهانات وسب وقذف من قبل الأب تجاه الأم.

ثالثاً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (ياسمين) تمثلت فى إجبار وإرغام الأم لإبنتها فى الإلتحاق بكلية الالسن دون كلية الفنون الجميلة أو التطبيقية لأن هذه هى رغبة الأم بالإضافة إلى قلق حاد وغير مبرر للأم ومراقبتها لياسمين بشكل دائم ومستمر لدرجة إحضار الأسرة لأحد الشيوخ لطرد العفاريت من جسد ياسمين.

رابعاً: إضطراب مركب الأوديب مصحوب بأنا أعلى سادى فهى ترى فى شخصيتها الأخرى والتى تطلق عليها أسم سعاد عشيقة الأب (تحول هستيرى) فهى تطلب من أمها أن تطلب الطلاق من أبيها بسبب هذه العشيقة التي هي في الاصل المفحوصة (ياسمين).

خامساً: معاناة ياسمين من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر، إضطرابات النوم، الإصابة بكدمات متفرقة فى الجسد عند علمها بوصول أبيها من السعودية لمصر.

سادساً: إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها، فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة لمعاناة الأب والأم والأخ من OCD الوسواس القهرى والمرتبط بالنظافة، معاناة الأخت من القمع والكبت والقهر ومن الإضطرابات السيكوسوماتك، هروب وهجرة الأخ إلى ألمانيا فهو دائم العزله والإنسحاب وتجنب الآخرين.

سابعاً: معاناة ياسيمن من سمات وأعراض وإضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

١. المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية بالإضافة إلى البكاء لساعات طويلة، وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل تجريح الإيدى، تقطيع

الشفاه وجلد ألاصابع والاظافر ومص الدماء وإزالتها بعد تجلط الدماء، وتناول كميات بمزيج من الأدوية والمهدئات.

٢. الميل للأنزواء والإنسحاب وللعزلة والإنطواء، وإتخاذ الوضع الجنينى فى أحد أركان الحجرة، أو الرقص الزومبى لساعات طويلة أو الهروب أيضاً بالرسم لساعات طوال.

٣. تعاطى المخدرات والكحوليات والبيرة وبعض المهدئات بالإضافة لشراهة التدخين سواء سجائر أو شيشة.

٤. سلوك جنسى مندفع من إقامة علاقات جنسية كاملة ومتعددة وبدون تمييز، نهمه للجنس لا ترتوى منه أبداً، الجلوس عارية لساعات مع رسم نفسها هكذا، لا مانع لديها من ممارسة الجنس الشرجى أو ممارستة مع فتيات (جنسية مثلية) أو تصوير نفسها عارية فى أى إعلان إذا طلب منها فعل ذلك، إرتدائها ملابس كاشفة شبه عارية ولديها إستعداد لتقديم أى تنازلات لمن يرتبط بها أو يشعرها بالإهتمام والحب والتقدير.

٥. ميول وسمات سيكوباتية فهى لا تشعر بالذنب أو بالندم، كما أنها لا تؤمن بالأديان أو الغيبات، بالإضافة للكذب والمراوغة والخداع، لا مانع لديها أن تعمل جاسوسة، سرقات متعددة من المنزل، لديها أموال لا تعرف أسرتها من أين لها هذا المال، كما أنها تتسم بالعناد وبالتمرد والرفض لكل القيم والعادات والتقاليد والمعايير المجتمعية.

٦. مشاعر وأفكار إضطهادية، وتفكير بارانوى، فهى ترى أن أمها دائمة المراقبة لها وأنها تشعر وتحس بأشياء ليس لها وجود، وتشعر أن فى حد يشدها من قدمها وأرجلها.

٧. وسواس وتخييلات على مستوى الافكار لدرجة أنها تنسى ولا تتذكر تفاصيل يومها مطلقاً.

٨. المعاناة من فقدان للشهية وهى فى سن الـ ١٥ سنة.

٩. المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن.

١٠. المعاناة من قلق الإنفصال منذ نعومة أظافرها فى سن السنة والنصف عن أمها، وعن أختها وهى فى سن الـ ١٥ سنة.

١١. إضطراب فى كل من صورة الذات وصورة الجسم.

١٢. إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.

١٣. نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الإستقلال بعيداً عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم.

١٤. جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.

١٥. مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى، فهى لا تشعر بالثقة فى أى إنسان، ألا أنها تمنح ثقتها المطلقة للحيوانات وخاصة القطط والكلاب والتى تراها أنها تقف بجانب وبجوار الإنسان فى وقت الشدة.

١٦. ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

١٧. يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأشخاص الذين يتعاملون معها.

نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- رسمت المفحوصة الأم وهى مستغرقة فى العبادة ومنشغلة بالتعبد عن باقى أفراد الأسرة لتعزل نفسها ومشاعرها عن باقى أفراد الأسرة.
- رسمت المفحوصة نفسها أسفل يسار الصفحة كدلالة على شعورها بعدم الأمن ونقص الكفاءة بالإضافة إلى إكتئاباً مزاجياً والشعور بأنها مقيدة بالواقع تتعارض مع سلوكها الإندفاعى.
- رسمت المفحوصة ذاتها مع قطتها وبينهما قلب لتعكس عدائية وتوحد مع قطتها، ودفاع ضد تقارب جنسي وإعتمادية سلبية على الأم – نلاحظ أنها رسمت نفسها أسفل الأم مباشرة – ورغبتها فى البقاء والإرتباط الكفلى بالأم.
- توحد المفحوصة بالقطة كبديل للأم، حيث أن القطة تبدو كما لو كانت إمتداداً للأم، كما أن خاصية الإنشغال بالقطط كرمز هو ما إعتدنا على ملاحظته عند البنات اللاتى يشعرن بمشاعر شديده التناقض تجاه الأم، وقد تصبح هذه الخاصية مميزة لظهور المشاعر الأوديبية التى لم تتم حلها لدى المفحوصة وخاصة مشاعرها العدائية المدمرة تجاه الأم وقلقها على وضعها الجنسى الخاص بها.
- رسمت المفحوصه قديمها على شكل رقم (4) كمحاولة لا شعورية للتحكم فى الدفعات الجنسية التى من الممكن أن تنجم من الأب أو الأخ أو كلاهما وهو ما ظهر فى رسمتها شوارب للقطة.

- كما تحمل القطة الكثير من معانى الأشباع المتمثل فى الدفء والحب مقارنة بالأم، كما رسمت المفحوصة قلب بينها وبين قطتتها كدلالة لنقل بعض من مشاعر الحب والإهتمام والصراع من الوالدين للقطة.
- رسمت المفحوصها عيونها على شكل عين بيكاسو لتعكس قلقاً حاداً وثنائية وجدانية.
- رسمت المفحوصه الأب على مرتين فى المرة الأولى على شكل عصيان وهو داخل المنزل، وهو ما يعد أسلوباً دفاعياً يعكس خوفاً وقلقاً تجاه الأب وثنائية وجدانية تجاهه.
- رسمت قدمى الأب عكس بعض فى الإتجاه لتعكس تناقضات الأب، فالاب داخل المنزل حاد ومتسلط وقامع وعدوانى وهو ما ظهر فى رسمها لفم الأب بشكل كبير. أما خارج المنزل فهو عكس ذلك فهو يستمتع ويتلذذ بالنظر إلى أجساد السيدات والنساء، ورسم القدمين على هيئة كرتين لتعكس كبت العدوان طالما هو خارج المنزل أما بداخله فهو ظاهر العداء.
- رسمت المفحوصه أخيها جالساً على الكمبيوتر لتعكس ميوله الإنطوائية والإنسحابية، ورسم الشعر مدبباً لتعكس معاناته من الأفكار الحوازية والوسواسية فهو حاد ودقيق ومنظم ومنسحب وهو ما حدث بالفعل من خلال هجرته إلى ألمانيا.
- رسم الأخت أسفل الأب لتعكس توحدها مع أبيها ورسمها أكبر حجماً لتعكس تسلطها هى وأبيها على المفحوصه، وهو ما ظهر فى رسم القدمين عكس الإتجاه ومدى إنشغالها بخالد وزوجها وإبنتها عن المفحوصة بصفة خاصة والأسرة بصفة عامة.
- رسمت المفحوصه أزرع الوحدات وهى فى حالة إمتداد للخارج لتعكس رغبتهم للتحكم فى البيئة.
- رسم جميع الوحدات فى حالة إنشغال ذاتى وشخصى والميل لعزل أنفسهم ومشاعرهم عن الآخرين (روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦٦؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠١٥: ١٩٠ – ١٩٢). كما ظهرت اعراض اضطراب الشخصية الحدية في الخواطر والرسوم الحرة للمفحوصة.

ملخص نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- عدم وجود إستقرار أسرى – وهو ما يميز أسر مضطربى الشخصية الحدية – بالإضافة لسؤ فى التوافق الإنفعالى والإجتماعى، فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبتخييلاته عن باقى أفراد الأسرة.

- إضطراب مركب الأوديب، وإضطراب العلاقة مع الموضوع وهو ما ظهر من خلال العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة.
- ثنائية وجدانية تجاه كلاً من الأب والأم.
- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة.
- مشاعر إكئتابية حادة والشعور بأنها مقيدة بالواقع وهو ما يتعارض مع سلوكها الإندفاعى.
- دفع ضد تقارب جنسى وخاصة الأب، وإعتمادية سلبية على الأم.
- قلق حاد ناتج عن تخييلات وإغواءات جنسية.
- الحاجه للحب وللتقبل وللدفء الأسرى غير المشروط.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتيسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضيه للإشباع.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

نتائج إختبار رسم H.T.P:

أولاً: رسم المنزل:

- رسم الوحدة أعلى من النقطة المتوسطة لصفحة الرسم لتشير بأن المفحوصة تجاهد بشئ وأن هدفها غير قابل للتحقيق نسبياً ونزوعها للحصول على الإشباع فى التخييل، والميل للإنزواء والإنطواء لكون الواقع مؤلماً ومحبطاً.
- إختراق المنزل لخط الأرضى يتضمن حاجه شديده تعويضية عادة إلى الإحتفاظ بالإتصال بالواقع.
- رسم الوحدة قريبة من الحافة العليا للصفحة تشير إلى نزعة للتثبيت على التفكير والتتخييل بوصفها مصدراً للإشباع.
- رسم خط الأساس تشير إلى عدم شعور المفحوصة بالأمن ومعاناتها من مشاعر القلق تلك التى تستثيرها علاقات على مستوى الواقع.

- رسم خط الأساس ينحدر إلى أسفل ونحو اليمين يشير بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً. رسم خط الأساس على شكل منحنيات يشير إلى كراهية العرف إلى الحد الأقصى.
- رسم الشمس على شكل شبكة العنكبوت أطرافها حادة لتعكس رمزاً لنموذج سلطوى عدائى للأب وللأم.
- رؤية المنزل أعلى من مستوى نظر المفحوص تعكس شعور المفحوصة بالرفض من المنزل مع رغبة فى الأنزواء والإقتصار على إتصال محدود بالآخرين.
- نوافذ مظلله تعكس قلقاً فيما يتصل بالتفاعل مع البيئة وعدائية وإنزواء .
- التظليل الزائد على النوافذ يشير إلى القمع الممارس على المفحوصه من قبل الأسرة.
- رسم النوافذ بدون قضبان يشير إلى إهتمام شهوى زائد سواء كانت فمية أو شرجية أو كليهما.
- رسم باب صغير يعكس مشاعر خاصة بنقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ القرار فى المواقف الإجتماعية.
- رسم مدخنة يشير إلى الحاجه للدفء والإهتمام مع نزعة إستعراضيه وإنشغال زائد بالجنس مع حاجة لإظهار الخصوبة.
- رسم دخان على صورة خط رفيع يشير إلى شبقية بواليه ونقص الشعور بالدفء (الإستثارة الإنفعالية) فى المنزل. رسم الدخان يتجه يميناً ويساراً فى نفس الوقت يمثل تدهوراً باثولوجياً فى اختبار الواقع.
- رسم سقف بخطوط ثقيلة ليست معممه فى الرسم دلالة تأكيدية على التخييل بوصفة مصدراً للإشباع مصحوباً بمشاعر من القلق الحاد [لويس مليكة، ٢٠٠٠: ٣٣٧ – ٣٣٩].

ثانياً: رسم الشجرة:

- رسم الأرض على شكل تل قوس يمثل أحياناً تثبيتاً فمياً شبقياً تصاحبه غالباً حاجه إلى الحماية من الأم بالإضافة إلى حاجه قويه للسيطرة والإستعراض.
- التأكيد الزائد على دخول جذع الشجرة فى الأرض يشير إلى حاجه للإتصال بالواقع مصحوب بعدم الشعور بالأمن.

- رسم الوحدة أعلى من النقطة المتوسطة لصفحة الرسم تشير إلى أن المفحوصة تحاول جاهدة فى سبيل شيئاً ما وأن هدفها غير قابل للتحقيق وهو ما يدفعها انها تنزع للحصول على الإشباع فى التخييل.
- رسم الوحدة فى الجانب الأيمن من الصفحة تشير إلى أن المفحوصة تنزع للإشباع فى المجالات الذهنية، وأنها تميل للإنطواء والإنعزال والإنسحاب من الواقع ومن التفاعلات الإجتماعية.
- رسم الوحدة قريبة من الحافة العليا للصفحة وهو ما يشير إلى نزعة من جانب المفحوصة للتثبيت على التفكير والتخييل بوصفها مصدراً لإشباع.
- رسم خط الأساس يشير إلى عدم شعور بالأمن والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.
- إنحناء الشجرة إلى اليمين يشير إلى عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الصريح الإنفعالى يصاحبه تأكيد زائد على الإشباع الذهنى ورغبة فى نسيان ماضى غير سعيد.
- رسم الفروع مدببه أشارة إلى نزعات مازوخية لدى المفحوصه.
- رسم شمس كبير يشير إلى وعى حاد بعلاقة مع شخص متسلط.
- إشارة لوجود رياح تشير إلى مشاعر التعرض للضغوط من قبل قوى لا تستطيع التحكم فيها وإشارة إلى ضغط كبير من قوى البيئة.
- رسم الجذع كقضيب يشير إلى صراع وإنشغال جنسى زائدين مع إضطراب فى الدور الجنسى الغيرى (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٥٣ – ٣٥٧).

ثالثاً: رسم الشخص:

- رسم الوحدة الصغيرة جداً تشير إلى إكتئاب حاد مع إضطراب فى التوحد الجنسى، بالإضافة إلى الشعور بالنقص والخوف من الهزيمة والشعور بالعزلة والعجز عن مواجهة الضغوط البيئية.
- رسم تفاصيل قليلة تعكس نزعة للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.
- رسم الجسم نحيلاً كتمثيل لجنس الذات يكون فى العادة مؤشراً على وجود بعض السخط وعدم رضى الفرد القائم بالرسم عن نمط جسمه.

- إختراق القدمين للأرض يشير إلى حاجة قوية للإتصال بالواقع، بالإضافة إلى رسم القدمين فى اتجاهين متناقضين تعكس مشاعر شديدة وتناقض حاد وصراع الأقدام والأحجام ليعكس مشاعر الحيرة والتردد لدى المفحوصة.
- رسم الرأس كبير نسبياً ما هو إلا تأكيد على التخييل بوصفه مصدراً للإشباع.
- ظهور الرأس نحو الناظر يشير لإنزواء باثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- يبدو من التعبير الوجهى إن هناك إنشغال ذاتوى ونرجسى لدى المفحوصه لتدعيم الصفة التخيلية لمركزية الأنا لدى المفحوصة، وفى هذه الأشكال المبتورة الحركة تكون دفعة التخييل للحركة قهرية ويبقى الشكل محبوساً فى محور نرجسيته وإستعراضيته الخاصة الناتجة فى الغالب فى وضع ساكن يتعارض بشكل دائل مع دليل الحركة الداخلية.
- التأكيد على الفم يشير للنكوص والإكتئاب والإدمان وتعبير عن إعتمادية وشبقية فميه مع ضعف فى النضج الإجتماعى والإنفعالى بالإضافة للإنشغال بالجنس.
- رسم العين كما لو كانت لا ترى، تكون فى الغالب عرضاً يدل على عدم النضج الإنفعالى الناتج عن التمركز حول الذات وحينما تكون البيئة مهددة وخطره فتكون هناك رغبه قوية فى تجنب المثيرات البصرية.
- عدم رسم الإذنين مع التأكيد على الوجه يشير إلى إمكانية هلاوس سمعية.
- رسم جذع كبير الحجم يشير لوجود بواعث كثيرة وغير مشبعة قد تكون المفحوصه واعية بها بشدة.
- ذراعان رفيعان دلالة للشعور بالضعف وعدم جدوى الكفاح، نقص التأكيد على الذقن يشير للشعور بالعجز غالباً يكون إجتماعياً أكثر منه جنسياً.
- رسم العنق طويل ورفيع يشير لخصائص شبه فصامية.
- رسم اليدين فى موقف دفاع حوضي يشير لدفاع ضد التقارب الجنسى مع حذف إنشغال زائد بالأمور الجنسية. رسم اليدين ضعيفتين يدل على نقص الثقة فى التواصل الإجتماعى أو الإنتاجية أو كليهما. رسم الأصابع حادة ومدببة يشير إلى عدوانية مفعلة.
- رسم الكتفان مربعان بزوايا حادة تشير لدفاعية زائدة وإتجاهات معادية، كما أن عدم تساوى حجم الكتفين يشير إلى عدم إتزان شخصية، وصراع فى الدور الجنسى.

- رسم القدمان طويلتان وضئيلتان تشيران إلى الشعور بالتقييد والإعتمادية والحاجه للأمن (كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٦٦ – ٧٠؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٦١ – ٣٦٤).

ملخص نتائج H.T.P:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والبعد عنه وتجنبه بالتخيلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة، مع وجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفها مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حادة.
- الشعور بالرفض من المنزل والإقتصار على إتصال محدود بالواقع مع إنزواء وتحفظ فى الإتاحه.
- مشاعر خاصة بنقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرار فى المواقف الإجتماعية.
- الحاجة للدفء وللإهتمام مع نزعة إستعراضية وإنشغال زائد بالجنس وإهتمام شهوى زائد فميه أو شرجية أو كليهما.
- عدم الشعور بالأمن والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.
- عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الصريح الإنفعالى.
- نزعات مازوخية نتيجة لأنا أعلى سادى.
- الشعور بالنقص والخوف من الهزيمة والشعور بالعزلة والعجز عن مواجهة الضغوط البيئية مع نزعة قوية للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.
- إضطراب صورة الذات والجسم.
- إعتمادية شبقية فمية نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى مع ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

- الحاجه الشديدة للأمن وللحماية وللحب وللتقبل غير المشروط والحاجه للتقدير وللإهتمام وللإستقرار، الحاجه لتجنب الضغوط والإحباطات، بالإضافة إلى الحاجه للتأثير فى البيئة دون محاولة ضبطها.
- ونتبين مما سبق أن نتائج H.T.P جميعها ما هى إلا إنعكاساً لخصائص وسمات أعراض إضطراب الشخصية الحدية.

صورة إكلينيكية مجمعة للحالة الأولى (ي):

١- معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

- المعاناة من الاكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية بالإضافة إلى البكاء لساعات طويلة، وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل تجريح اليد، عض الشفاه وجلد أصابع اليد والاظافر ومص الدماء وإزالتها بعد تجلط الدماء، وتناول كميات بمزيج من الأدوية والمهدئات.
- الميل للإنزواء والإنسحاب والعزلة والإنطواء، وإتخاذ الوضع الجنينى فى أحد أركان الحجرة، أو الرقص الزومبى لساعات طويلة، أو الهروب أيضاً بالرسم لساعات طوال.
- تعاطى المخدرات والكحوليات والبيرة والمهدئات بالإضافة لشراهة التدخين سواء سجائر أو شيشة.
- سلوك جنسى مندفع من إقامة علاقات جنسية كاملة متعددة وبدون تمييز، نهمه للجنس لا ترتوى منه أبداً، الجلوس عاريه لساعات مع رسم نفسها هكذا، لا مانع لديها من ممارسة الجنس الشرجى أو ممارسته مع فتيات أو تصوير نفسها عاريه فى أى إعلان إذا طلب منها فعل ذلك، إرتدائها ملابس كاشفه شبه عاريه ولديها إستعداد لتقديم أى تنازلات لمن يرتبط بها أو يشعرها بالإهتمام.
- ميول وسمات سيكوباتية فهى لا تشعر بالذنب أو الندم، كما أنها لا تؤمن بالأديان أو بالغيبات، بالإضافة للكذب والمراوغة والخداع، لا مانع لديها أن تعمل جاسوسة، سرقات متعددة من المنزل، لديها فلوس لا تعرف أسرتها من أين لها هذا، كما أنها تتسم بالعناد والتمرد والرفض لكل القيم والعادات والتقاليد.
- مشاعر وافكار إضطهادية وتفكير بارانوى، فهى ترى أن أمها دائمة المراقبة لها وأنها تشعر وتحس بأشياء ليس لها وجود، وتشعر أن فى حد يشدها من قدمها وأرجلها.

- وسواس وتخييلات على مستوى الأفكار لدرجة أنها تنسي ولا تتذكر تفاصيل يومها مطلقاً.
- المعاناة من فقدان للشهية وهى فى سن الـ ١٥ سنة.
- المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن.
- المعاناة من قلق الإنفصال منذ نعومة أظافرها فى سن السنة والنصف عن أمها، وعن أختها فى سن الـ ١٥ سنة.
- إضطراب فى كل من صورة الذات وصورة الجسم مع تقدير ذات منخفض.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الإستقلال بعيداً عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى، فهى لا تشعر بالثقة فى أى إنسان إلا أنها تمنح ثقتها المطلقة للحيوانات وخاصة القطط والكلاب والتى تراها إنها تقف بجانب وبجوار الإنسان فى وقت الشدة.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأشخاص الذين يتعاملون معها.

٢- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمتثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- التمييز فى المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدى والحب المشروط.
- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ بشكل مستمر وخاصة من الأب.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.
- الجمود والتشدد الظاهرى بالإضافة لوقوع الوالدين فى تناقضات عديدة فهم يفعلون عكس ما يدعونه.

- تركيز الوالدين على المظهر والشكل الخارجى أمام الناس خوفاً منهم.
- إنفصال المفحوصة كثيراً عن الوالدين وخاصة الأم منذ نعومة أظافرها.

٣- إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة أمام الأهل والأبناء بما فيها إهانات وسب وقذف من قبل الأب تجاه الأم.

٤- العلاقة التكافلية بين الام والمفحوصة (ياسمين) تمثلت فى إجبار وإرغام الأم لإبنتها فى الإلتحاق بكلية الألسن دون كلية الفنون الجميلة أو التطبيقية لأن هذه هى رغبة الأم، بالإضافة إلى قلق حاد وغير مبرر للأم ومراقبتها لياسمين بشكل دائم ومستمر لدرجة احضار الأسرة لأحد الشيوخ لطرد العفاريت من جسد ياسمين وهو ما أدى إلى:

٤/١- إعتمادية سلبية على الأم.

٤/٢- هذا بدوره أدى إلى ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى، ونقص فى التلقائية والإنفعالية والميل للإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتها الداخلية أكثر من إعتمادها على بيئتها وعجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل أيضاً على ضعف الأنا.

٤/٣- المعاناة من القلق وخاصة القلق من فقدان الموضوع وقلق الانفاصل عن الأم.

٥- إضطراب مركب الاوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخييلات سادية جنسية تجاه الأب فى ظل وجود أنا أعلى سادى يعاقب الذات على هذه التخييلات سواء من خلال المازوخية او بسلوكيات إيذاء الذات أو بالوساوس الفكرية.

٦- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.

٧- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

٨- وهذا بدوره راجع أيضاً إلى إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها، فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة لمعاناة كل من الأب والأم والأخ من OCD الوسواس القهرى والمرتبط بالنظافة، ومعانات الأخت الكبرى من القمع والكبت والقهر ومن الإضطرابات السيكوسوماتك، هروب وهجرة الأخ إلى ألمانيا فهو دائم العزله وتجنب الآخرين.

٩- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين ونزعه لتجنب النقد وتجنب الواقع وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً، وبيئه مهدده وخطرة وغير آمنه وغير مستقره.

١٠- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً، والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضيه بديلة للإشباع، بالإضافة إلى وجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.

١١-ضعف قدرة المفحوصه على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمه بالمنبهات الخارجية، والنزعه إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.

١٢-إنزوء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.

١٣-المعاناه من الإضطرابات السيكوسوماتك مثل سقوط الشعر، إضطرابات النوم، الإصابة بكدمات متفرقة فى الجسد عند علمها بوصول أبيها من السعودية.

١٤-معاناة المفحوصة من قلق وتوتر حاد من مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بمشاعر إنقباضية وتشاؤميه وتوتر معمم مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.

١٥-الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.

١٦-معانات المفحوصه من تشوهات معرفيه مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، المبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة للتفكير السلبى والتشاؤمى، مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناة، ووجود توترات قوية تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية بالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعى ذات الطابع القهرى.

١٧-معاناة المفحوصه من جرح نرجسى ناتج عن شعورها بالرفض وعدم التقبل الوالدى.

١٨-دفاع ضد تقارب جنسى وخاصة الأب، إعتمادية سلبية.

١٩-إعتمادية شبقية فميه نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى.

٢٠-إتجاه إنثوى سلبى، مازوخية وميول جنسية مثلية.

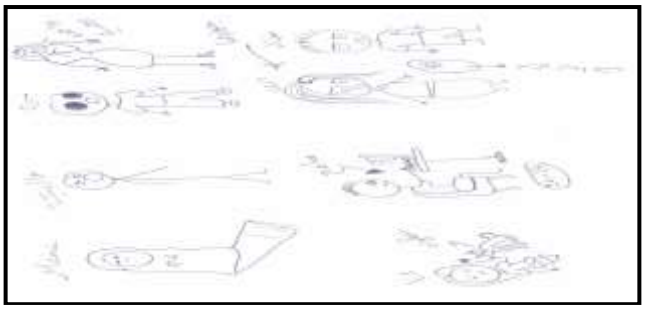
٢١-الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ القرارات المناسبة.

٢٢-إرتفاع قابلية المفحوصة للعناد وللتمرد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية أو كل من يمثلها، كما أن المعارضة لديها تتجه نحو الذات مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخي.

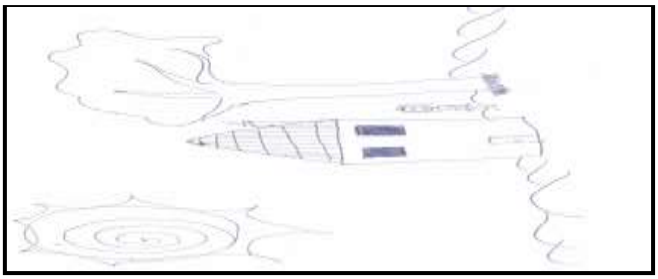
٢٣- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوصة ميكانيزمات مثل: الإسقاط، النكوص، التبرير، القمع، الكبت، الإنكار، الإفتئتات (الإلتهام أو التلاشى على المستوى المتخيل).

٢٤-وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوص مثل الحاجه إلى الدفء والتقبل والحب الوالدى غير المشروط، والحاجه إلى الإهتمام والتقدير والحاجه إلى الأمن والأمان، الحاجه للحماية وللدعم وللمساندة الأسرية والمجتمعية.

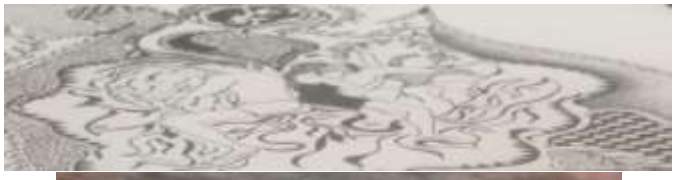
رسم الأسرة المتحركة

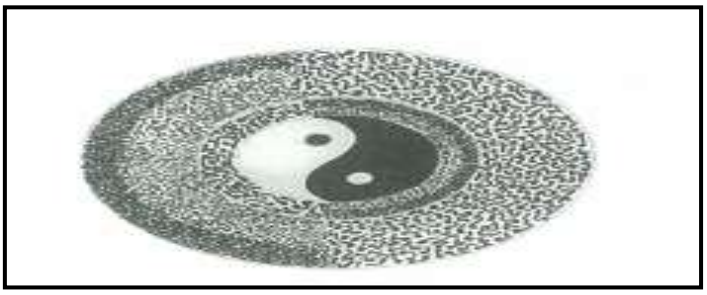


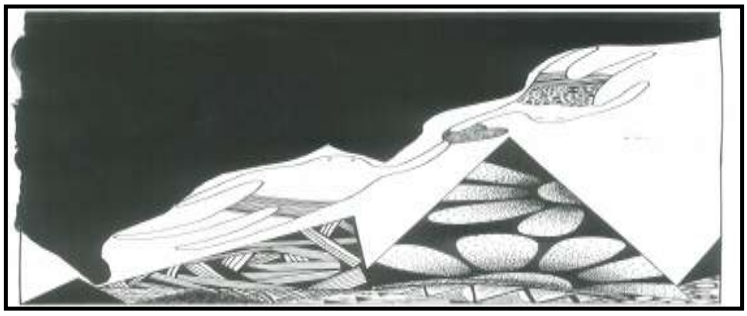
اختبار H.T.P

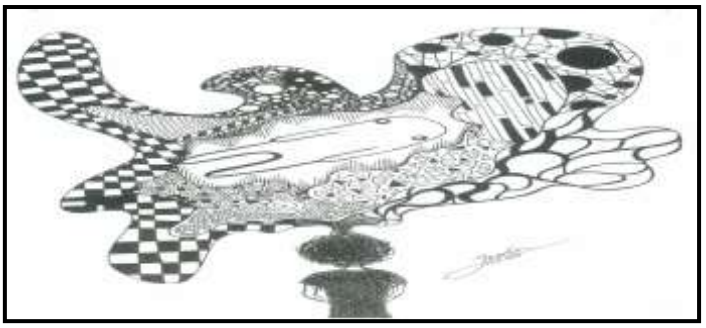


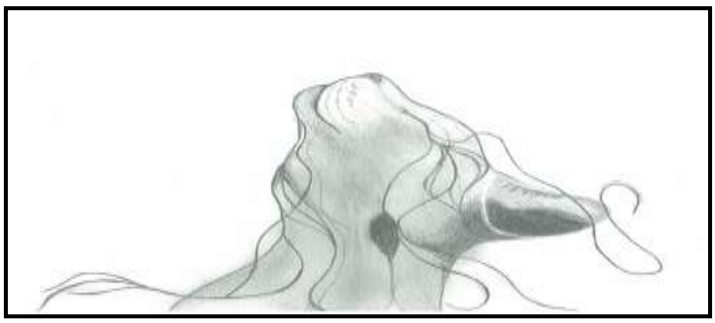
الرسوم الحرة

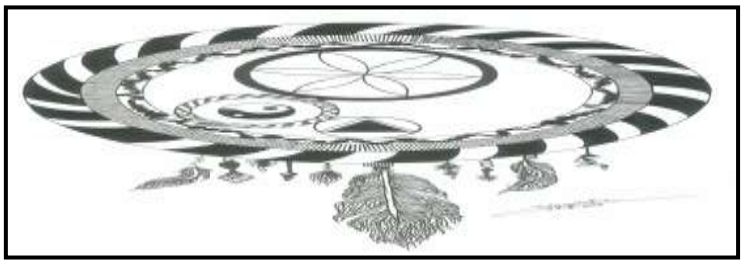


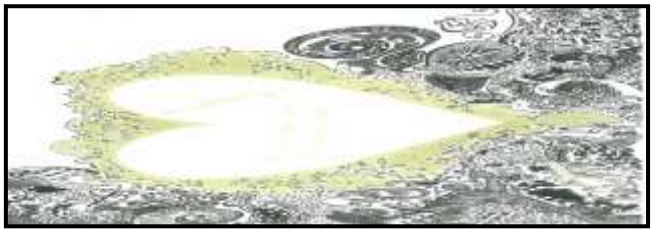


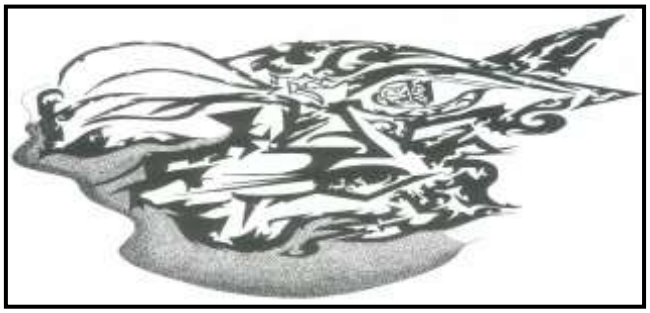








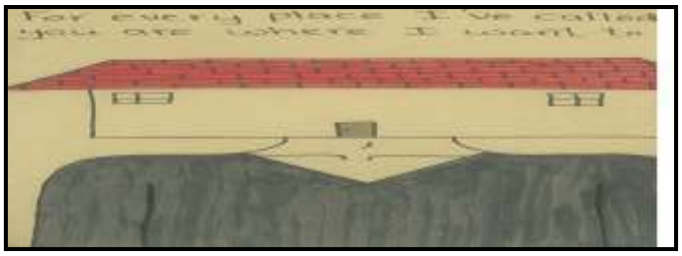


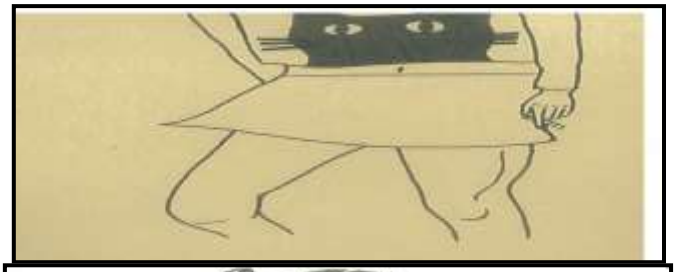


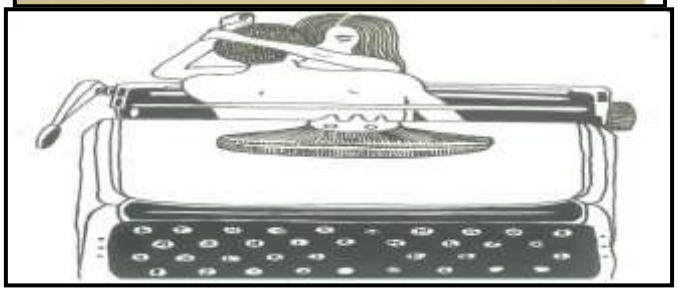
الخواطـر

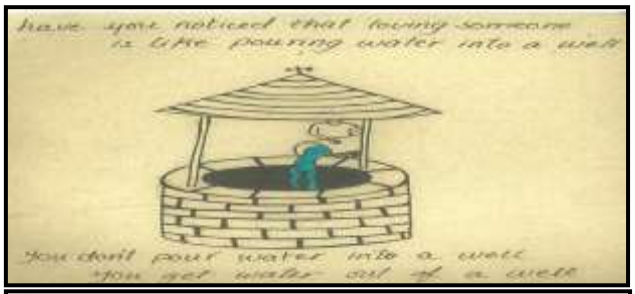
Does it
to Know just how
you really are

They leave
and act like it never happened
They come back
and act like they never left
ghosts - rupi kaur

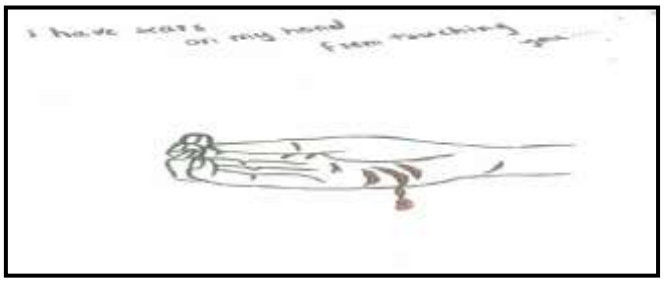


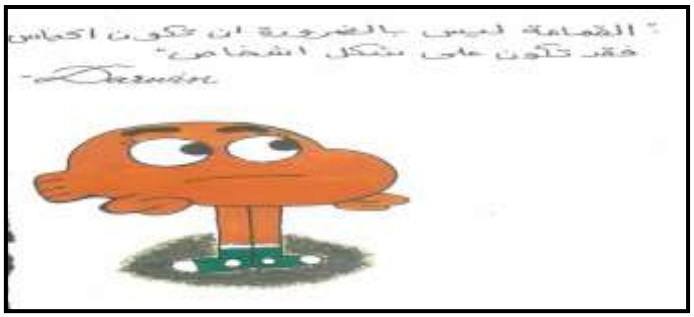





have you noticed that having someone
is like pouring water into a well
you don't pour water into a well
you get water out of a well

سعاد


I have scars
on my hand
from touching you



الحالـة الثانيـة (ف)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: ف . ع.أ النوع: أنثى.

العمر: ١٨ سنة.

التعليم: المعهد العالى للهندسة – الفرقة الثانية.

الأب: يعمل تاجراً.

الأم: موظفة بأحد الهيئات الحكومية.

الترتيب بين الإخوة: الثانية.

الإخوة:

١- أ : ٢٢ سنة – الإبتدائية – إعاقة نفسية وذهنية.

٢- ي : ١٦ سنة – ثانية ثانوى.

٣- م : ٨ سنوات – ثالثة إبتدائى.

أ- نتائج المقابلة مع المفحوصة (ف):

- من هواياتى المفضلة: الرسم – كتابة الخواطر والشعر – سماع المزيكا – الملاكمة والرياضات العنيفة – جيم – إسكواش.
- كنت أتمنى دخول كلية التربية الرياضية أمى منعتنى وأبي أيضاً وأجبرونى على دخول الهندسة.

- سلوكيات إيذاء الذات: أستخدم الموس فى تقطيع يدى – أعض شفتى حتى تنزف ثم أمص الدماء – أعض لسانى – أكل جلد أظافرى حتى تدمى وعندما يتجلط الدم إقوم بإزالته – أشد فى شعرى بإستمرار – أحكى وأتكلم مع أى حد عن نفسى وعن أسرارى.
- إكتئاب حاد مصحوب بأفكار إنتحاريه: بكاء بإستمرار وبشكل مفرط – الشعور الدائم بالحزن – لا مبالاه ، وسلبيه – عدم الرغبة فى إستكمال التعليم – فقدان الطموح – فقدان الإهتمام بالهوايات – لا يوجد أصدقاء حقيقيون، ولا إهتمامات – قطع شريان يدها – تعاطى مهدئات وأدوية – افكار إنتحارية مستمرة ولا تنقطع.
- الميل للعزلة وللإنطواء والإنسحاب، عزل نفسها فى حجرتها طوال الـ ٢٤ ساعة، لا تطيق الجلوس مع أسرتها تماماً، ولا تطيق الجلوس بالمنزل فهى دائمة السهر لأوقات متأخرة حتى بعد منتصف الليل.
- التدخين بشراهة سواء سجائر أو شيشة فهى تحبس أنفاس الدخان فى صدرها لأطول فترة ممكنة واخذت أختها يسرا (١٦ سنة) لتشرب معها فى الكافيهات، تعاطى مخدرات (حشيش)، بيرة وكحول.
- ذكرت المفحوصة أنها تنتابها ثورات من العصبية والغضب والعنف فهى ترى نفسها إنها متقلبة المزاج بشكل دائم ومستمر لدرجة أنها تتناول مهدئات من طبيب مخ وأعصاب.
- تفتقد المفحوصة للإحساس بالأمان وليس لها ثقة فى نفسها، كما تشعر دائماً أنها فى حاجه للشعور بالإهتمام وبالأهمية والتقدير.
- الجنس:
  - تصور نفسها فى أوضاع جنسية مع أصدقاء لها وتحتفظ بها فى موبايلها بدون شهوة.
  - لا ترغب فى الجنس أو فى الزواج او حتى الإنجاب.
  - لم تمارس العادة السرية ولم تشاهد أفلام بورنو لانها تشمئز منها.
  - لم تحب أو تعشق من قبل فهى تكره الجنس وتكره التخيلات الجنسية.
  - إذا فكرت فى الجنس مع الذكور فسيكون جنس شرجى.
- جنسية مثلية:
  - مارست الجنس مع صديقتها (تعانى أيضاً من BPD) فكانت هى الفاعل بينما صديقتها المفعول به.

- ترتاح جنسياً بين أحضان صديقتها.
- تشعر بالسعادة عندما تغير صديقتها عليها.
- ذكرت المفحوصة أنها مش بتركز مع الأولاد الذكور ولكنها تركز مع البنات جنسيا.
- أكثر شئ يثيرها جنسياً فى البنات شعورهن (الشعر) فتشيه.

• إضطربات الهوية الجنسية:

- المفحوصة كانت تتمنى أن تكون ولد علشان تعيش حياتها بدون قيود أو قوانين.
- تصرفاتها كلها ذكورية لدرجة أنها قصت شعرها كالذكور وكل ملابسها ذكورية تتعمد أن تخفى أنوثتها، وتؤكيد الجانب الذكوري في شخصيتها.
- كانت فى المرحلة الإبتدائية تحب أن تعامل كولد وتشعر بالإرتياح لما أحد يناديها يا ولد أو يا كابتن أو يارجل أو ياض.
- فى المدرسة أو فى المعهد زملائها يقولوا عليها دا الرجل بتاعنا وتبقى فخورة بهذا.
- تدخل فى معارك كلامية وجسديه مع الذكور وتتحداهم بالإضافة إلى ممارستها ألعاب عنيفه.
- تكره جسدها الأنثوى وتخفيه بشتى الطرق.

• إضطراب صورة الذات وصورة الجسد:

- لا تشاهد نفسها عارية فهى تخشى من ذلك وبشده.
- ذكرت أنها تدخل على أخوتها البنات وهن عاريا لكن هى لا تستطيع فعل ذلك.
- لا تستطيع تغيير أو تبديل ملابسها امام أمها أو أخوتها البنات.
- ذكرت المفحوصة أنها حتى لو تزوجت فإنها لن تستطيع التعرى أمام زوجها.
- لا يستطيع أحد دخول حجرتها وهى تبدل ملابسها.
- بدأت المفحوصة ترفض فى أن تراها أمها عارية وهى فى سن الـ ٦ سنوات.

• الساديـة:

- ذكرت المفحوصة إنها تعشق بشكل هوسي أفلام الرعب والقتل والذبح والأكشن،وإنه تتمني أن تفعل ذلك بصديقتها أثناء ممارسة الجنس معهن.

• ميول وسمات سيكوباتية:

- السرقة والكذب وتعاطى المخدرات والكحوليات بدون الشعور بالذنب.
- ممارسة الجنس مع صديقتها والتغيب عن المنزل لمنتصف الليل.
- مشاهدة إبن خالتها لأكثر من مرة مع شباب لدرجة إنهم يأتون إليها فى المنزل.
- الرغبة فى الهروب من المنزل والمعيشة فى أي مكان ومع أى أحد.
- تطرقت للفكر الملحد وأفكار متطرفة عن الذات الآلهية.
- عناد وتمرد لدرجة أنها تعدت على أمها بالضرب المبرح وبالعدوان اللفظى وبالإهانات وبالنقد والتجريح.

- أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك:
  - سقوط شعر.
  - صداع ودوخه وإضطرابات فى النوم.
  - بقع جلدية تظهر على الوجه وتختفى.
- أفكار وسواسية تسيطر علي عقلها طوال الـ ٢٤ ساعة.
- تشعر بهلاوس بصرية كأن ترى أن فى قطة عدت (مرت) أمامها فى الظلام الدامس أو أنها رأت سلحفاه أسفل سريرها.
- حلمت قبل عيد ميلادها بيوم بحلم أن يسرا (١٦ سنة) أختها، وأخيها (محمد) ٨ سنوات ماتوا لأنهما أكثر الأبناء إستحواذاً على إهتمام الاب والأم فهى تشعر بالغيره منهما نتيجة التمييز فى المعاملة والتسامح مع يسرا والقاء اللوم على المفحوصة (فيروز) وأنها هى السبب فى كل شئ يحدث للأسرة فهى كبش الفداء للأسرة والذى يتم الإسقاط عليها بشكل دائم ومستمر.
- صديقتها أيضاً تعانى من إضطراب الشخصية الحدية وإن كانت بشكل أكثر خطورة من المفحوصة وأغلب أصحابها (زملائها) من الذكور يعانوا من إضطرابات نفسية أو إدمان.

ب- العلاقة مع الأم:

- ذكرت المفحوصة أن أمها دائماً تستخدم معها: المقارنة والتوبيخ واللوم والمعايرة أو حرمانها من كل شئ ترغبه المفحوصه. وهو الأمر الذى أكدته أيضاً الأم إعتقاداً منها وأن في ذلك مصلحة فيروز.
- الأم ذكرت أنها تتدخل وتمنع فيروز من مصاحبة زميلاتها.

- الام منعت فيروز من دخول كلية التربية الرياضية وكذلك الأب وأجبرتها على الإلتحاق بالمعهد العالى للهندسة بطنطا لأن هذه هي رغبة الأم والتي كانت تتمني أن تلتحق بكلية الهندسة فى شبابها (علاقة تكافلية)، لدرجة أن تكاليف المعهد باهظة ومكلفه.
- كل تركيز الأم على أن فيروز تحصل على شهادة الهندسة دون الإهتمام بأى تفاصيل حتى عن سلوكيات فيروز المضطربة.
- الأم كل ما يعنيها هو كلام الناس عن فيروز وأن لا أحد ينبغى أن يشاهد فيروز وهى مع حد (صديق أو زميل لها) لكن لو فيروز إرتكبت أى شئ مشين فى الخفاء ودون أن يراها أحد فليس مهماً، المهم لدى الأم هو الشهادة العلمية وكلام الناس وخاصة إنهم من الفيوم.
- ذكرت المفحوصة أن أمها لا تحضن ولا تطبطب حتى لو فعلت هذا فعادة ما تفعلة بدون إحساس وهو ما أكدته إيضاً الأم.
- ذكرت المفحوصة أن أمها كانت تأخذها معاها الشغل وهى فى سن سنتين وكانت تتركها مع جدتها – (والتى كانت تعاملها معاملة سيئة جسدياً ونفسياً) – أو مع خالها والتى تحبه.
- عدم إتساق المعاملة الوالدية للأم فهى دائمة الضرب بشكل مبرح ومؤذى، وعدم التسامح مع أفعال وسلوكيات فيروز بينما تفعل عكس هذا مع يسرا ومع محمد فهى تتغاضى عن أفعالهما وخاصة يسرا والتى ترتكب أفعال وسلوكيات مشينة.
- عندما تتواصل فيروز مع أمها فلا تنصت لها ولا تستمع لها ولا تعطيها رد أو جواب ولما تصمت وتغضب يقولوا لها لماذا لا تتكلمى.
- أمى متقلبة المزاج ودائمة الشكوى ودائمة الخناق (التشاجر) مع أبى بشكل فج وصريح أمامنا أو أمام الجميع وكذلك أبى بالرغم من محاولات أمى لإرضائه؟.
- أبى وأمى عكس بعض فإذا وافقت أمى على شئ أبى يرفض، ولما أطلب شئ من أمى تقولى: إذهبى لبابا، ولما أذهب لأبى يقولى: إذهبى لأمك وهكذا.

ج- العلاقة مع الأب:

- الأب يميل للعزلة وللإنطواء ويحب الهدوء وعدم الضوضاء فى المنزل.
- ذكرت المفحوصة أنهن كن ثلاث بنات والاب تاجر ومن أسرة ثرية فكان يعلن دائماً من سيورثه وظل يضغط على أمى حتى أنجب أخى الاصغر محمد ٨ سنوات ومن هنا هدأ نسبياً وتأكد أن الورث لن يذهب بعيداً.
- ترى المفحوصة أن أبيها متسلط وديكتاتور ومعاقب بشكل مؤذى سواء جسدياً أو معنوياً.
- ذكرت المفحوصة أن أبيها يتعاطى الحشيش وبغباء كل يوم حتى أن رائحة الحشيش النفاذة والحاده تفوح من فمه، مره داخ (فقد توازنه) من الحشيش طلب منى مساعدته وهو يترنخ وطلب منى مياه بسكر.
- أشارت المفحوصة أن أبيها لا يعلم عن أبناءه شيئاً وخاصة البنات، ولا يهمه سوى أن لا أحد ينبغى أن يعرف بفضائحنا، ولم عرف (علم) أن فى حد معجب بيا قال لأمى بصوت عالى إحنا إتفضحنا فهو يرى أن خلفة البنات عار(وهذا من احد اسباب اضطراب الهوية الجنسية لديها وكرها لجسدها الانثوي).
- أبى لا يتواصل معى فهو دائم الزعيق طوال الوقت، كما يظل يعنف فى أمى ويعارضها ويقولها: هو البيت مفيهوش رجاله!! ويقول لأمى: أنتى بتكرهى البنات فأبى لا يرغب فى التكلم أو فى التحدث معانا على الإطلاق.
- أبى مرة رأى أختى يسرا مع أحد الشباب فضربها ضرب مبرح وأخذ منها تليفونها ومنعها من الخروج وفضل يضرب فينا جميعاً – ما عدا محمد – حتى الأم بشكل Over " زائد عن الحد "، أبويا مش عاوز يسمع عاوز يزعق فينا وفى أمى ودا بيضايقنى.
- ذكر الأب قائلاً: اللى يعمل حاجه غلط يدارى، واللى عاوزه تمشى فى الغلط يبقى فى الخفاء مش على الناصية لأن كدا الناس هتتكلم عليا أنا وأختى.

د- العلاقة بين الأب والأم:

- على لسان الزوجة: فهى ترى زوجها أنه شكاك لأقصى درجة وبطريقة مش معقولة.
- خناقات وخلافات وإهانات مستمرة ومتبادلة وخاصة فيما يتعلق بالشرف.
- لما الأم منعت إبنتها يسرا من الخروج مع الشباب فى إحدى الرحلات هو وافق فوقع الطلاق للمرة الثالثة – تعتبر طلقتان – لأن الثالثة تمت أثناء ثورة غضب.

- الأب يطلب الهدوء ولما يشاهد الزوجة والبنات يتفرجن التليفزيون يدخل يغلقه ويظل يضرب فى الجميع – ما عدا محمد – بعنف.
- الأب يحب يلعب دوماً دور الضحية والمظلوم ويظل يحكى ويتكلم عن المشاكل والخلافات الزوجية السابقة.
- الوالدين " الاب والام " عكس بعض تماماً فى كل شئ قولاً وفعلاً. بالرغم من أن الزوجة تحاول إرضائه بشتى الطرق حتى ولو على حساب البنات.

هـ- العلاقة مع الإخوه:

هـ/ ١ – العلاقة مع الأخت الكبرى (أ):

- ترى المفحوصة أنه هى وأميره يروا أن فى سلحفاه فى بعض الأوقات أسفل السرير بالإضافة إلى معاناتهن من الأفكار الوسواسية.
- أميرة تميل للإنطواء والإنزواء فهى مش إجتماعية وغير متفاعلة مع أحد، وإن ليس لديها رغبة فى شئ وإن هذا هو ما أثر على نموها العقلى والمعرفى بشكل سلبى.
- أميرة تتلقى علاج نفسى فى أحد العيادات الخاصة لمعاناتها أيضاً من الإكتئاب.

هـ/٢- العلاقة مع الأخت الأصغر (ي):

- تعانى يسرا من إضطراب الشخصية الحدية فهى تقييم علاقات جنسية بدون تمييز أو هدف مع الشباب، تصور نفسها عارية أو شبه عارية وترسلها للشباب، تهديد دائم بالإنتحار بالإضافة لمحاولات إنتحارية فعلية وسلوكيات إيذاء الذات.
- فيروز ويسرا يدخنن الشيشة والسجائر فى الكافيهات ومع الشباب بشكل شره، علاقة يسرا مع الأم سيئة للغاية لكن الأم تتغاضى عن عقابها وتعاقب فيروز " كبش فداء " بدلاً منها قائلة للمفحوصة " فيروز ": أنت السبب فى جعل أختك هكذا فهى تقلدك فى كل شئ.

هـ/ ٣- العلاقة مع الأخ الأصغر (م):

- محمد والذى يبلغ من العمر ٨ سنوات والوريث الشرعى كما يعتقد الأب فهو الأكثر تدليلاً وكل من الأب والأم يخشوا " يخافوا " عليه من إخوته البنات لدرجة إنهما يمنعوا محمد من اللعب مع فيروز أو التحدث معها خوفاً عليه منهن.

- محمد دائم المشاكسه مع فيروز والأب والام ينحازان لصالحه فى جميع الأوقات.

الخلاصة:

- إن الأسرة جميعها مضطربون وخاصة الأب والأم وهو ما أثر سلبياً على الأبناء فهى أسرة مفككة وغير مترابطة سواء على المستوى الإنفعالى أو الوجدانى أو الإجتماعى لدرجة أن التفاعل الحقيقى بينهم يكاد يكون منعدم فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبمشكلاته عن الجميع.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- التمييز فى المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدى والحب المشروط.
- العقاب البدنى والمعنوى.
- التعرض للنقد واللوم وللمقارنة وللتوبيخ والمعايرة بشكل مستمر ودائم من الوالدين وخاصة الأم.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.
- تأكيد الوالدين على المظهر والشكل الخارجى أمام الناس لدرجة انهما لا يعينهما أى إنحرافات أو سلوك شاذة للبنتين (ف ، ي) طالما أن لا أحد من الناس يراهم وطالما أن سلوكياتهن تتم فى الخفاء بعيداً عن أعين الناس.
- إنفصال المفحوصة كثيراً عن الأم منذ نعومة أظافرها وتركها مع الجدة والتى كانت تسئ معاملتها.

ثانياً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والإهانات المتبادلة وخاصة فيما يتعلق بالشرف، كما وصل الأمر إلى الطلاق بينهما إلى ثلاث مرات تم حسابهم مرتين فقط بعد الفتوى الدينية.

ثالثاً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (فيروز) تمثلت فى إجبار الأم لإبنتها فى الإلتحاق بالمعهد العالى للهندسة بطنطا تحقيقاً لرغبة الأم والتى كانت تتمنى هى أن

تكون مهندسة، كما أنها تتعامل مع إبنتها فيروز ككبش الفداء فتسقط عليها كل خيبات الفشل وترى إنها السبب فى إنحراف أختها الصغرى.

رابعاً: إضطراب العلاقة الأسرية وخاصة بين الوالدين فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، ومعاناة الأخت الكبرى من إضطرابات نفسية وسلوكية ومعاناة الأختين فيروز ويسرا من إضطراب الشخصية الحدية.

خامساً: إضطراب مركب الأوديب مصحوب بأنا أعلى سادى، بالإضافة إلى إضطراب العلاقة مع الموضوع.

سادساً: معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك كسقوط الشعر، الصداع، الدوخة، ظهور بقع جلديه وإختفائها على الوجه.

سابعاً: معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

١. المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية، بالإضافة إلى البكاء المستمر والشعور بالحزن الدائم وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل تقطيع الإيدى، عض اللسان، قضم الأظافر حتى تدمى وإزالة الجلد ومص الدماء، تقطيع الشفاه حتى يسيل منها الدماء، تناول مهدئات وأدوية بكميات متفاوته.
٢. الميل للإنزواء وللإنطواء والإنسحاب وللعزلة لساعات طوال.
٣. التدخين بشراهة سواء سجائر أو شيشة مع حبس الدخان فى الصدر لأطول فترة ممكنة، تعاطى الحشيش، والبيرة والكحول.
٤. سلوكيات جنسية بدون تمييز وهدف وتصوير نفسها فى أوضاع جنسية مع العديد من الشباب ولا مانع لديها من ممارسة الجنس الشرجى.
٥. جنسية مثلية مفعله.
٦. إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
٧. إضطراب صورة الذات وصورة الجسد.

٨. ميول وسمات سيكوباتية تمثلت فى: السرقة، الكذب، العودة للمنزل متأخرة فى منتصف الليل، التمرد والعناد والإعتداء على الأم وإهانتها والتجريح فيها، ونقدها ولومها بكشل دائم ومستمر، وأفكار حول الإلحاد وحول الذات الإلهية.
٩. خصائص شبه فصاميه مصحوبه بهلاوس بصرية، بالإضافة إلى مشاعر وأفكار إضطهادية وتفكير بارانوى.
١٠. أفكار وسواسية بشكل مستمر ودائم وهوما يعكس أنا أعلى سادى.
١١. الشعور بالفراغ وبالخواء النفسى المزمن.
١٢. المعاناة من قلق الإنفصال والهجران.
١٣. ثورات غضب وتقلب مزاجى وإنفعالى ووجدانى بشكل دائم ومستمر.
١٤. ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
١٥. سادية وفتشيه تجاه الفتيات.

نتائج السيرة الذاتية والخواطر للمفحوصة:

أ- المحاولة الأولى:

- وساعات بحس أنى مهما كبرت طفله ...
- طفلة صغيرة ما تعرفش إزاى تتعايش مع نظام المجتمع المعقد ده ...
- عايشه بعفوية بتعمل كل اللى هى عايزاه من غير ما تفكر فى عواقب اللى هتعمله، بتعمل الحاجه اللى هى حساها بس... ماحدش يقدر يجبرها على حاجه...
- ماحدش فاهمها ولا هيفمها.. أو يمكن ما حدش بيحاول أصلاً.
- أنا مش عارفه العيب منى ولا منهم هو أنا غلط لو قلت إنى مستعدة إنى أضحى بأي حاجه مقابل إن أى حد يبقى مبسوط !!!
- طب هو أنا أبقى غلط لو أتعصبت من حاجات بيعملوها بتضايقنى وغصب عنى كمان بعد ما أكون شلت منهم كثير...
- طب هو أنا غلط لو قررت أنى أضر نفسى علشان مش عارفه أضرهم!!!
- بس فعلاً هو أنا ليه كده ؟! ... أنا إزاى أصلاً كده.
- أنا عمرى ما حبيت حد بجد...
- ما قدرش أفضل أتعامل مع شخص واحد طوال الوقت.. بزهق...

- مابحبش حد يمشى كلامه عليا... ما بحبش حد يأمرنى أصلاً...
- أنا أعمل اللى يعجبنى مادام مش هضر حد يبقى ما حدش ليه دعوه..
- ولو فكرة أنهم ممكن يتضايقوا من حاجه أنا بعملها أو عملتها بس ما ضرتهمش يبقى يقلقوا كلهم... مع إحترامى ليهم وثبات معزتهم عندى ودرجة حبى ليهم..
- بس أنا من هنا ورايح مش هأسمع إلا الكلام اللى على هوايا بس ومش هقتنع بأى رأى حتي لو دخل دماغى بالقوة...
- أه أصل أنا طفلة عنيده شويتين وعنيده فى التفاهه قبل الجد بس لو حد حب يعتمد عليا يعتمد وهو متطمن... أنا طفله أه بس أد المسئولية... وأسالوا بره ... آآآآآآآآآآه يانى من تعب قلبي منهم و إزاى أراضيهم مع إنهم ما بيتراضوش خالص..... جاتهم ستين قرف عليهم وعلى اللى جابوهم.

عالم وسخه.

ك*م الدنيا والناس

Big أحاااااااااااااااااااااااااااااااا

ب- المحاولة الثانية:

- للموت قد باءت بالفشل...
- لكن لا بأس سنفعلها فى وقت لاحق...
- نتيجة ما حدث: لا شئ.

إجعلهم يخافون ليحسنوا معاملتك.

- جناح الدنيا شالك (مختارات)

فوق...

وزرعك تحت...

بكيت وفرحت...

بكيت فإرتحت...

وطعمك طعم أول بنت...

تقابلها فى يوم فى إعدادى...
وقلبك لسه لون صفحة كشكول...
سلك لسه جديد...
ماكنش ساعتها فيك لمعه...
وشكلك منتهي العادي...
فضلت تحبها لوحدك...
وأبعد م البعيد ببعيد...
كأن العمر حقنه بنج...
تنام عيل تقوم تلقى...
ملامحك كلها تجاعيد... "محمد إبراهيم"
لا خوف ..... لا رحمه.
لا أحد يستحق أن تتأثر لأجله....

نفسك فقط

"لنقتل الجميع"
ليس بالقوة...
بل بالخوف ×
من هانت عليه نفسه...
يهن عليه فعل أى شئ وأى أحد...
وقد هونت على نفسى ..
عندما قررت الإنتحار ..
عندما قررت قتل نفسى.
بنفسى .. ولم يعد يهمنى
أى شئ "أياً كان"....
من الآن وصاعداً.. لن يأمرنى أحد ولن يجبرنى أحد علي فعل شيء...
أى شخص بما يجب على فعله ولن أتبع حديث أحد.
.. سأفعل ما يحلو لى مالم أضر أحد أو أؤذيه ..

سأضر نفسى فقط ... وأنا المسئولة عن ضياعى ... ولقد أوشكت النهاية.

ها أنا على حالى...

من أرادنى كما أنا فليبقى ..

ومن لا يريد فهو لا يهمنى بشئ ولن ينقص منى جزءاً مثلاً..

لن أتغير من أجل أحد ولن أتغير لنفس حتى .. لقد أعجبنى الوضع وبدأت فالتأقلم عليه.

.. جميل هو وضع اللامبالاه..

.. مات الشغف ..

..وإختفى الهدف..

.. ولم يبقى سوى الحلم ..

لا أمل فى الحياة إلا للحلم... فإن تحقق كان بها وإن لم يكن فلا بأس..

سواء هذا أم ذاك فأنا أنتظر الموت شوق إنتظار.. وأسعى إليه سعياً عظيماً.. سأصل إليه عاجلاً أم آجلاً..

جميلة هى الكلمة: الموت The Evil Death.

من الآن وصاعداً لن نهتم باى أحد ولا بأية مشاعر من أى شخص .. نحن فقط.. فليمت الآخرون.. لا حاجه لنا بهم... نحن لا نحتاج إلا أنفسنا.. لا نريد شئ ولا نريد أحد... فقط بعض الموسيقى وعلب السجائر ولا شئ آخر ولنعش كما نريد ولا نكترث لأحد.

جميلة هى القسوة..

تُشعر بالقوة والسيطرة والجبروت.

نقسوا على من نقسوا عليه.. لا مجال للمناقشة أو المجادلة نفعل ما يحلو لنا دون أن نهتم لأحد ... كما أن هذا الإحساس رائع ونشعر من يمتلكه باللذه للمزيد..

لا أعرف معنى الرحمة...!

كان قلبى طيب ناعم.. من غير خدوش.

أتحول غامق متجرح... غريب وماعرفوش.

ببص فى المرايا... مافهمتش إية الحكايه...

إنسان بوش متشوه لابس ماسك البشوش.
بطلب أحس زى الأول ... بقى صعب أتأثر.
أصل الحكاية حكاية روح.. وقلب مش حكاية عقل مكتئب.
مش هتلاقى أحسن منى ولا هتلاقى أسوأ.
أنت شخص عادى جداً... سرعتك سرعة القاع..
صوت جوايا بينادى من بعيد سامعه وعارفه كويس.
بس أنا عامل عبيط.. نقطة بيضا فى وسط سواد..
إنسان بينادى جماد... هو البراءة والسذاجة...
وأنا الدنيا الكدابة.. عايش معاه فى السجن... أنا السجان.
معايا مفاتيح كل البيان... لكن جبان.. أنا الجانى ... والمجنى عليه..
أنا كل الأسباب ولسه بسأل ليه..
هو أنا... وأنا هو... هو حرب.. دايرة جوا... جوا منى.. وبتقتلنى.. مهما جريت أو هربت.
جوايا إتنين وأنا التالت.. والتالت دايماً ساكت....
سلم يطلب يتكلم.
ولا بيحس ولا بيتألم.
جوايا عقل وقلب دايماً.
عايشين فى حرب...
قلبى حاسس بالذنب..
وعقلى واخد جنب.
والدنيا ماشية عكس.. لفيت ومشيت معاها.. وبعت أنا نفسى..ونفسى خليتنى أنساها..
ولبست وشوش تانيين.،
ونسيت فى الأصل أنا مين.. فقلت أرجع من تانى.. للنفس اللى تعبانى.
هو أنا.. وأنا هو.. هو حرب ... دايره جوا.. جوه منى..
وبتقتلنى ... مهما جريت أو هربت.
الأغلبية دايماً صوت السكوت.

قطيع كبير أنا ماشى فيه ... من غير أمل ... بحاول أخرج بيقولو أتهبل ... أنا مش منهم...

كان نفسك تصرخ فى العالم... مالقتش فى قلبك صوت.

ما بداخلى معقد جداً، داخلى حجرات مظلمة كلها.. فتحت فيها بابا نمى الألم، غموض لم يفك طلاسمه أحد من قبل ، لم يفلح مهما حاول، داخل الغرف المظلمة يقبع قلب منهك إنفجر بالحزن المتراكم منذ سنوات، أنا أعترف بأننى كلما وجدت طريقاً للسعادة، هزمنى حزن قلبى، أحتاج ليد آمنه تمتد إلى وتخرجني من هذه الدائرة، ولكن أيديكم مرتعشة كلما أخرجتنى قليلاً هوت بى للقاع.. حيث لا خروج.

السيئة.. فالأسوأ...

ظلام لامع..، وضوء غير آمن... مرحلة لا أعرفها.

ماذا يحدث .. إن الأمر يزداد سوء يوما بعد يوم.. ما هذه القسوة التى بدأت فى السيطرة على ما هذا البرود الذى يسود روحى.. لم أكن هذا ولا أريد أن أكمل على هذا النحو ولكن ما فائدة الكلام والفعل هو المسيطر على تصرفاتى.. إننى لم أعد أتأثر كما كنت... لم أعد أحزن.. لم أعد أتألم .. ولا شى آخر.

لهب واحد.. ومائات الظلام.. حريق لا ينطفئ شيطان أخرس .. يحوم فى جوف رأسى.

لقد بدأت أفقد روحى الآن وقد قاربت على مفارقة جسدى أيضاً.. تغيير جذرى لشخصيتى ويتبعه تغيير كلى..

طريق ذهاب بلا عودة طريق بإتجاه واحد ...

الخروج عن الوضع الطبيعى...

وتبان موجود .. لكن يا خساره مش عايشه..

عقل ميت .. روح بهتانه..

قلب غامض .. جسم همدان..

لم أعد أستطيع أن أتمالك أعصابى... لم أعد أتحمل أى كلمه من أى أحد .. أصبحت أفقد أعصابى من أقل الكلمات أو حتى من لا شئ.. بدأت أكره الجميع .. أريد أن أبتعد عنهم

أريد أن أكون وحيدة لبعض الوقت بل لكثير من الوقت حتى أعتاد على حالتى وأتعلم كيفية التعامل معها وحتى أستطيع التحكم قليلاً فى ردود أفعالى وعلى تهدئه أعصابى التى لم تعد تتحمل أى شئ.

لمَ لم تنتهى هذه الحرب حتى الآن لم تعذب نفسى هكذا لم لا أنتهى وينقضى الأمر... ماذا يحدث ما هذا السجن الذى يقيدنى فلا أستطيع الحراك فيه حتى .. أقف ساكنه .. لست هادئه.. أنتظر النهاية أنتظر فقط.. لكنى لم أعد أتحمل هذا الإنتظار إنه يوماً بعد يوم ... إنه يدمرنى تدريجياً .. وكل ذلك يزيد بعوامل خارجية كثيرة.

لقد إنتهى الأمر .. لقد هزمت نفسى بعد عناد القتال .. رحمة الله عليكى أيتها النفس .. فليحمينا الله من خطر هذه الـ (أنا)..... (لم تتم)

غضب ممزوج بالبرود، شئ من الموت البطئ.. فقدان الشعور ...قلب منهك.. لنقضى على هذا الجسد.

قد ظننت أن بعد إنتهاء هذه الحرب سوف أكون مسترخية ولن يحكمنى سوى شخصية واحدة.. ولكن للأسف لا... لقد إنقسمت إلى ثلاث شخصيات يتحكمون بى.. لا أعلم من منهم هى التى تسيطر على الآن.. لا أعلم وقت كل منهم.. لا أستطيع التأقلم على هذا الوضع إنه صعب.. والأمر منهك جداً يتحكمون بى طوال اليوم ويتركونى منهكه هامدة عند النوم.. يتركوننى وأنا لا أتذكر أغلب ما حدث فى يومى... لا أذكر سوى القليل.. تباً لثلاثتهم.

يتركونى مع ألم شديد فى رأسى.. ألم لا أستطيع تحمله يجعلنى أنام أكثر مما كنت يجعلنى أفقد توازنى ويشعر بالدوار.

فليريحنى الله من كل هذا الألم من هذه الشخصيات الثلاث بل من هذه الحياة لأننى قد سئمت منها ومن تجسيدى لهذه الشخصية السعيدة التى لم تواجه أى مأساه فى حياتها.. التى يظنها الجميع من أفضل شخصيات الأرض ومن أجمل الأرواح فى الدنيا...حتى تجسيدى لهذا بدأت أفقد السيطرة.

خرجنا من حرب .. وقعنا فى الأعمق منها.. بدلاً من إثنين أصبحوا ثلاثة أو أكثر لا أعلم ... يا حلاوه؟؟!

أمطار تدفئ روحى .. رياح عاصفة تريح قلبى .. هدوء الخوف المسيطر على الجميع.

لن يفهمنى أحد.. لا تحاولوا !

لا طاقة لفعل شئ.. لم يعد لدى القدرة إلى على البكاء..

الخوف يسودنى .. يحتل كل جزء فى جسدى..

لا أمل فى الوصول لشئ.. الخوف من القادم..

الرعب من المستقبل والحيرة منه..

هل هو أفضل من الآن أم أسوأ؟

هل سأظل أخاف أم سأءمن؟

هل سيظلون كما هم أم سيتغيرون؟

هل سيتغير العالم بما فيه من عيوب؟

حمقاء أم سيسؤ؟ لتنتظر...

الضعف قد أحتلنى.. الخوف سيطر على قلبى.. لا تفكير.

لا حديث .. أفعال فقط.

أفعال خاطئة... أفعال سيئة .. لكن تروق لى وبدأت أحبها... ماذا أيضاً؟؟!

أخاف على نفسى من نفسى...

وأخاف عليكم من مقاربتى...

لذا إبتعدوا فى هدوء...

وعادى لما نموت .. مـ الخوف.. من حاجه فى الأصل مجهولة.

بتعشق بس مش جداً.. وبنكره بس مش جداً.. ما بين الدقة والثانية فى خوف أكيد جداً.

البكاء ولا شئ سواه ... مجرد التفكير فى أى شئ.. يقدونى إلى البكاء.. حتى وأنا أشرد بذهنى فى اللاشئ.. تبدأ عيناى بتقطير بعض الدموع ثم يأتى البكاء.

البكاء فقط.. أنت أضعف مما تظن ستموت خوفاً.

هه. الآن أصبحت أخاف من نفسى.. أخاف من تصرفاتي التى تسوء يوماً بعد يوم تسؤ كثيراً بشئ ملحوظ من الجميع بعدما كان لا يعلم بها أحد.. أصحبت واضحة لكل من يرانى.. أرتعب من تصرفاتى ولكن بعد فوات الأوان فأفعل ما أفعل وبعدها أفكر فأخاف من التكرار والتعود على ما أفعل.. أحاول المقاومة.

ولكن لا مجال أفعال أصبحت تسيطر علىّ فقدت السيطرة على كل شئ وفقدت نفسى لقد فقدتهم داخل بئر الخوف الذى إحتلنى ودمر أعصابى.. وعقلى الآن واقف عن التفكير واقف من تحليل أفعالى وتصرفاتى (واقف عن العمل كلياً)..

سأموت من خوفى سئمت من التظاهر بالشجاعة... سئمت من كل شئ..

خوف بلا حدود... بلا أسباب واضحة... بلا علم بنهايته.

أخاف من هذا الخوف الأحمق الذى يجلس هناك فى جوف عقلى..هه.

ملخص نتائج السيرة الذاتية والخواطر:

يتبين من العرض الموجز للسيرة الذاتية للمفحوصة معاناتها من أعراض وسمات إضطراب الشخصية الحدية والتى يمكن إجمالى فيما يلى:

- جهود حادة وشديدة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- العلاقات بين الشخصية شديدة الحدة وغير مستقرة.
- التقلب العاطفى ومشاعر الفراغ المزمنة.
- السلوك الإندفاعى القهرى وسلوكيات إيذاء الذات.
- قلق وتوتر حاد مصحب بمشاعر ومزاج إكتئابى حاد بالإضافة للأفكار والمحاولات الإنتحارية.
- ميول وسمات سيكوباتية والميل الشديد للعناد والتمرد على السلطة الولادية وكل من يمثل هذه السلطة وخاصة المعايير المجتمعية.
- تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، تفكير الأبيض أو الأسود، المبالغة فى التعميم، توقع الكوارث، الشخصنه.
- أفكار ومشاعر إضطهادية وتفكير بارانوى.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى والتثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفس الجنسى.
- الشعور بالعجز واليأس وقلة الحيلة مع تقبل المفحوصة لسلوكياتها الفجة.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسم.

- الحاجه القوية للحب وللدفء وللتقبل غير المشروط، الحاجه إلى الدعم والمساندة الإجتماعية والإنفعالية، الحاجه للإهتمام وللتقدير وللإستقرار والثقة فى الذات وفى الآخرين، الحاجه للأمن وللأمان وللحماية.
- الميل المرضى للإنزواء وللإنسحاب وللعزله وللإنطواء بشكل مرضى حاد.
- بيئه مبكره ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.
- معاناة المفحوصة من جرح نرجسى حاد وشديد ناتج عن شعورها بالرفض وعدم التقبل الوالدى.
- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة وبالخوف وبالعجز عن إتخاذ القرارات المناسبة.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتم ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوصة: الإسقاط، الإنكار، النكوص، التبرير، الإفتئات (الإلتهام على المستوى المتخيل)، توهم القدرة المطلقة، القمع.

نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

أولاً: خصائص رسوم الأسرة المتحركة ودلالاتها:

أ- الأساليب:

١- الفصل أو التقسيم إلى أجزاء:

وهو ما يعنى أن كل فرد من أفراد الأسرة يميل لعزل نفسه وإنكار مشاعره عن بقية أفراد الأسرة، ويعد هذا الأسلوب نموذجاً لحالة الإنعزالية الإجتماعية لدى المفحوصة والتى تحاول أن تفصل أى مظاهر إنفعالية بين أفراد الأسرة.

٢- التخطيط:

رسمت المفحوصة خط تحت الأم وأخيها الأصغر، وهو ما يعكس الحالة المضطربة للأم والغير مستقرة وكذلك الحال للأخ الأصغر، وهو ما يعكس مدى التوتر بينها وبين أمها وبينها وبين أخيها.

ب- الأفعال التى تشير إلى المنافسة بين أفراد الأسرة:

١- رسم أخيها يلعب بالكره وهو ما يشير إلى ميول تنافسية أو مشاعر غيره تجاه أخيها، وخاصة أن الأسرة مكونة من ثلاث أخوات من البنات والأب كان يريد إنجاب ولد – وهو ما حدث بالفعل – لكى يرث، والذى أصبح هو مصدر القوة والسلطة داخل الأسرة.

٢- أم مشغولة بطهى الطعام على البوتاجاز وهو ما يعكس الحاجه للحب وللدفء، كما تعكس الحرارة الناتجة عن النار محاولة التحكم فى العواطف، أما إعداد الطعام تمثل حرمان عاطفي حاد.

٣- الأب يدخن الحشيش بكميات فى البلكونة والجميع يعرف بذلك.

٤- الأخت يسرا "١٦" سنة مشغولة بالحديث فى موبايل مع أصدقائها من الذكور، وبتصوير نفسها وإقامة علاقات جنسية عبر الشات.

٥- الأخت الكبرى أميرة "٢٢" سنة مشغولة بمشاهدة التلفزيون عن الجميع.

٦- من الملاحظ فى الرسم أن الجميع يدير ظهره للأخر وهو ما يعكس حالة الإنسحاب وخاصة لدى المفحوصة بعيداً عن الناس والشعور بالعزله وفقدان الأنية وهو ما يعكس دلالة سيكوباثولوجية وحالة من القلق الحاد.

جـ- الرموز فى الأسرة المتحركة:

١- إن إستخدام الأسر" سرير " فى رسم الأسرة المتحركة عادة ما يكون مرتبط بالأفكار ذات الصبغة الجنسية أو الإكئتابية أو كلاهما، حيث رسمت المفحوصة هى وأختها يسرا راقدات فى السرير ومظلله الجسد بظلال كثيفة وهو ما يعكس حالة القلق الحاد لديها ولدى الأخت يسرا بصفة خاصة، وباقي أفراد الأسرة بصفة عامة.

٢- رسمت المفحوصة ثلاجة كبيرة خلف الأم: والثلاجة هى نقيض لرمز الضوء والحرارة، كما تعكس ثنائية وجدانية تجاه الأم، فالأم باردة وتعكس مشاعر من الإعتمادية غير المشبعة فى علاقة المفحوصة بأمها.

٣- رسمت المفحوصة أختها الكبرى أميره وقدميها غير متصلة بالأرض لتعكس معاناتها من القصور العقلى والجسدى لديها وهى التى تشغل بال الأب.

٤- رسمت المفحوصة نفسها وهى راقدة ويدها فى منطقة الحوض لتعكس ممارستها العادة السرية، ورسمت أختها يسرا أسفلها فى وضع ضد دفاع جنسى خوفاً عليها من إقامة علاقات جنسية مع آخرين.

٥- رسم الأم الأكبر حجماً لتعكس مدى سلطتها فى المنزل وسيطرتها لتعكس أيضاً مدى الخلاف الشاسع بينها وبين الأب فكلاهما يعطيان ظهرهما لبعض.

(روبرت بيرنس، فارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠١٥: ١٦٠)

ملخص نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- عدم وجود إستقرار أسرى – وهو ما يميز أسر مضطربى الشخصية الحدية – بالإضافة لسوء التنشئة الإجتماعية، ولسوء فى التوافق الإنفعالى والإجتماعى، فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبتخييلاته عن باقى أفراد الأسرة.
- معاناة الأختان فيروز (المفحوصة) ويسرا "١٦" سنة من إضطراب الشخصية الحدية.
- أب مدمن للحشيش وأم متسلطة بالإضافة لكثرة الخلافات بينهما ووقوع حالة الطلاق للمرة الثانية.
- إضطراب مركب الأوديب، وإضطراب العلاقة مع الموضوع وهو ما ظهر من خلال العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة.
- ثنائية وجدانية تجاه كل من الأب والأم.
- مشاعر الغيره تجاه الأخ الأصغر لحصوله على الإهتمام والتقدير.
- معاناة المفحوصة من الشعور بالعزلة والإنسحاب بعيداً عن الناس وفقدان الأنية وهو ما يعكس دلالة سيكوباثولوجية، وحالة من القلق الحاد.
- تخييلات ذات صبغة جنسية وإكتئابية.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- شعور المفحوصة أنها مقيدة بالواقع وهو ما يتعارض مع سلوكها الإندفاعى.
- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة.

نتائج إختبار رسم الـ H.T.P:

أولاً: رسم المنزل:

- التأكيد على البعد الرأسى للحائط: يفترض أن المفحوصة تنشد الأشباع حالياً فى التخييل، بالإضافة إلى أن إتصال المفحوصة بالواقع أقل مما هو مرغوب.
- رسم السقف بخطوط ثقيلة: إهتمام زائد بالحفاظ على ضبط التخييل.
- رسم السقف بخطوط ثقيلة ليست معممه فى الرسم: تأكيد على التخييل بوصفه مصدراً للإشباع تصاحبه مشاعر قلق حادة.
- رسم جراج سيارة: رغبة فى الهروب والإستقلال بعيداً عن المنزل.
- رسم الشباك والباب مغلقان: يشير إلى الموقف الدفاعى للمفحوصة والميل للإنزواء والإنطواء والإنسحاب ذات دلالة مرضية حادة.
- رسم ستائر على النافذة: إنزواء وتحفظ فى الإتاحة.
- نافذة فى الدور الأرضى كأخر تفصيل: كراهية للإتصالات الإجتماعية ونزعة إلى الإنزواء من الواقع.
- رسم مدخنة: تشير إلى الحاجه للحب وللدفء بالإضافة إلى أنها رمز ذات دلالة قضيبية.
- رسم ممشي طويل جداً: يشير إلى تناقض فى درجة إتاحة المفحوصة للآخرين يصاحبه شعور بالحاجه إلى تواصل إجتماعى أكثر كفاءة.
- رسم موضوعات خارج المنزل: إشارة إلى عدائية وعدوان ضد المالك الحقيقى للمنزل (الوالدين) أو إحتجاجاً على ما تعتقدة المفحوصة تجاه المعايير الثقافية المزيفة أو المصطنعة.
- رسم خط الأرض: يشير إلى عدم الأمن والأمان (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٤٧ – ٣٥٠).

ثانياً: رسم الشجرة:

- جذع كبير مع نظام فروع صغيرة: يشير إلى عدم إتزان الشخصية بسبب الإحباط الناتج عن العجز عن إشباع حاجات أساسية.
- هبوب الرياح من القمة للقاعدة: تشير إلى حاجه قهرية للهروب من التخييل والعودة إلى الواقع.
- إنحناء الشجرة إلى اليمين: يشير إلى عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الصريح الإنفعالى يصاحبه تأكيد زائد على الإشباع الذهنى، بالإضافة إلى التثبيت على المستقبل أو رغبة فى نسيان ماضى غير سعيد.
- تأكيد زائد على الفروع جهة اليسار: يشير إلى عدم إتزان فى الشخصية نتيجة نزعة إلى الحصول على الإشباع الفورى الإنفعالى الصريح.

- فروع ثنائية البعد: يشير إلى عدائية قوية.
- رسم شمس كبيرة: وعى حاد بعلاقة مع شخص متسلط.
- رسم أشعة صادرة من الشمس: يرمز احياناً إلى العلاقة التى يشعر المفحوص أنها تقوم بينه وبين شخص متسلط فى بيئته.
- رؤية الشمس جهة الشمال: الشعور بأن البيئة تتسم بالبرودة.
- رسم الشجرة مائلة بعيداً عن الشمس: إشارة إلى العزوف عن سيطرة شخص يشعر بالمفحوص بأنه ناقص الكفاءة (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٥٥ – ٣٥٧).

ثالثاً: رسم الشخص:

- ملحوظة: المفحوصة دائماً ما تميل إلى إرتداء ملابس ذكورية مع قص شعرها وإرتداء كاب، ورسمتها للشخص تعكس صورتها كما هى فى الواقع، حتى الرسم الحر دائماً ما كانت ترسم نفس ذات الشخص لتعكس إضطراب فى الهوية الجنسية. وخلط فى الدور الجنسى بالإضافة لميول جنسية مثلية مفعله؛ لأن الأب بعد ما أنجب ثلاث بنات كانت لديه رغبة ملحة فى إنجاب ولد لكى يرثه.
- الشعر مظلل تظليلاً قليلاً وهو ما يعكس قلقاً يتصل بالتفكير أو الخيال.
- رأس كبير الحجم: تأكيد على التخييل والذى يعد مصدراً للإشباع لدى المفحوصة.
- ظهور الراس نحو الناظر: يشير إلى إنزواء باثوجونومونى Pathognomonic.
- دلالة مرضية شديدة الدلالة ذات نمط بارانويدى شبه فصامى.
- عدم رسم الإذنيين مع التأكيد على الوجه: يشير إلى إمكانية هلاوس سمعية.
- رسم العينان كبيرتان: يشير إلى إتصال حسى بالواقع.
- ملامح وجهية بعضها ذكورى وبعضها إنثوى: يشير إلى تتناقضات جنسية.
- رسم أصابع أحادية البعد: تشير لمحاولات شعورية لقمع دفاعات عدوانية.
- رسم جذع طويل وضيق: خصائص شبه فصاميه.
- غلق منطقة الحوض غير كامل: صرع جنسي متقدم، نزاعات جنسية مثلية قوية مع شعور بالذنب والقلق.

- رسم حزام: يشير إلى صراع شديد بين التعبير عن الجنس والحاجه إلى الضبط.
- الذراعان طويلان بأكثر من المعتاد: كفاح زائد الطموح.
- الرجلان عريضتان فى القاعدة: تحدى أو شعور بعدم الأمن.
- رسم سوسته: يشير لدلالة قضيبية متضمنة حسد القضيب، بالإضافة لإضطراب الهوية الجنسية.
- رسم الجيوب مع التوكيد غير المناسب: يشيع فى رسوم الأفراد الإعتماديين والطفيلين.
- رسم ازار بارزة: يشير لنكوص وتثبيت على مستوى الإعتمادية الفميه على الأم.
- رسم كتفين قويتين: قد تثير الرغبة فى وجود بعض الإحتجاج الذكرى.

(مالك بدرى، ١٩٦٦: ١١٢؛ كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ١٠٩؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٥٩ – ٣٦٢).

ملخص نتائج H.T.P:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإنسحاب منه وتجنبه بالتخييلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة، مع وجود خصائص شبه ذهانيه نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- ميول جنسية مثلية مفعلة، وتتناقضات جنسية حادة.
- إعتمادية شبقية فميه نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفس الجنسى مع ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- إضطراب مركب الأوديب متضمناً حسد القضيب بالإضافة إلى الرغبة فى وجود بعض الاحتجاج الذكرى.
- عدم إتزان فى الشخصية بسبب الإحباط الناتج عن العجز عن إشباع حاجات أسياسية والخوف من التعبير الإنفعالى الصريح.
- الحاجه القوية للأمن والأمان والحاجه إلى التقبل والحب الوالدى غير المشروط، والحاجه للتقدير وللإهتمام وللإستقرار والحاجه لتجنب الضغوط والإحباطات، بالإضافة إلى الحاجه للتأثير فى البيئة دون محاولة ضبطها.

- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حادة.
- الشعور بالرفض من المنزل والإقتصار على إتصال محدود بالواقع مع إنزواء وتحفظ فى الإتاحه وتحدى السلطة الوالدية.
- ونتبين من نتائج HTP جميعها ما هى إلا إنعكاساً لخصائص سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية.

نتائج الرسم الحر:

الرسم الأول:

- رسمت المفحوصة شخص يجلس متخذاً الوضع الجنينى الإكتئابى، شبه عارى لا يبدو من رسمه أنه ذكر أو أنثى ليعكس إضطراباً واضحاً فى الهوية الجنسية وخلط شديداً فى الدور الجنسى مصحوباً بميول جنسية مثلية.
- يوجد على الجسم جروح وندبات فى مناطق متفرقة وهو ما يعكس سلوكيات إيذاء الذات بالإضافة إلى المحاولات الإنتحارية والتفكير الإنتحارى، بالإضافة إلى إضطراب صورة الذات والجسم.
- تظليل الرأس تشير إلى الإستغراق فى التخييلات كصورة بديلة تعويضية للإشباع، بالإضافة إلى الإستسلام للأفكار الوسواسية الحادة فرأسها لا يتوقف عن التفكير.
- رسم زهور يشير إلى ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى لدى المفحوصة.
- التثبيت والنكوص لمرحلة سابقة من النمو النفس الجنسى.

الرسم الثانى:

- الشعور بالقمع وبالتقييد من الواقع المؤلم والمحبط والإستغراق فى التخييلات كوسيلة تعويضية للاشباع البديل.
- الشعور بالعزلة وبالعجز عن مواجهة الضغوط البيئية مع نزعة قوية للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.
- الحاجه القوية للحب وللدفء وللتقبل وللإهتمام وللتقدير.

الرسم الثالث:

- معاناة المفحوص من أفكار وسواسية حادة وتخييلات نتيجة واقع مؤلم ومحبط وغير مشبع وغير آمن وغير مستقر.
- عدائية وعدوان واضح تجاه البيئة المحيطة والواقع المعاش.
- قلق وتوتر مصحوب بمشاعر إكتئابية حادة.
- التأكيد على الحاجب يعكس خصائص شبه بدائية فظه غير مكبوح جماحها، بالإضافة لشهوانية جنسية بدون جنس، كما تعكس أيضاً الحاجه للحب وللدفء وللإهتمام والتقبيل غير المشروط.

الرسم الرابع والخامس:

- الحاجه القوية للحب والدفء والإهتمام وللتقدير.
- الخوف والقلق الشديد من الهجران سواء المتخيل أو الحقيقى أو كلاهما.
- قلق مصمم وحاد وهو ما ظهر من خلال رسمها للسحب، وتظليلها المكثف للشعر.
- ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى.

الرسم السادس:

- تعكس الإنزواء السيكوباثولوجى للمفحوصة وميل للإنسحاب من الواقع المؤلم والمحبط والبيئة الغير آمنة وغير المستقرة.
- حاجه المفحوصة القوية للشعور بالدفء والحب والتقبل الوالدى غير المشروط، والحاجه للإهتمام وللتقدير من قبل الآخرين بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة.
- رسم جمجمة على التى شيرت يعكس عدائية واضحة مع جنسية مثلية مفعلة.

دلالة الألوان فى الرسوم:

- اللون الأسود: يعكس مزاج إكتئابى حاد.
- اللون الأزرق: يعكس ايضاً بعض المزاج الإكتئابى الحاد مع الشعور بالحاجه إلى ممارسة الإنضباط.
- الجمع بين اللونين الاسود والأزرق: يشير إلى إستجابة فصامية وجدانية.
- اللون البنى: إستجابة دفاعية غير ناضجة لمنبهات إنفعالية.
- اللون الأخضر: محاولة لإحداث الشعور بالأمن أو على الأقل تحرر نسبى من التهديد.

- اللون البرتقالى: جمع باثوفورمى Pathoformic خفيفة الدلالة – بين الإستثارة الحسية والعدائية.
- اللون الأحمر: يتضمن الحاجه القوية للدفء فى البيئة.
- اللون الأصفر: يتضمن شعوراً شديداً بالعداوة والشعور بأن البيئة معادية.

(كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٧٤؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٤٠؛ سلمى الصعيدى، ٢٠١٧: ١٧٣).

ملخص نتائج الرسم الحر:

- قلق وتوتر حاد بالإضافة إلى مزاج إكتئابى حاد.
- إنزواء سيكوباثولوجى وميل للإنسحاب من الواقع المؤلم والمحبط والبيئة الغير آمنة وغير مستقرة.
- خصائص فصامية وجدانية وإستجابة دفاعية غير ناضجة لمنبهات إنفعالية.
- الحاجه للحب وللدفء وللتقبل وللحمايه وللأمان وللإستقرار.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى بالإضافة لميول جنسية مثلية مفعله.
- الإستغراق فى التخييلات كوسيلة بديلة تعويضية للإشباع.
- المعاناة من أفكار وسواسية حادة.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهرى لإيذاء الذات.
- إضطراب صورة الجسم وصورة الذات.
- القلق من الهجران المتخيل والحقيقى.

صورة إكلينيكية مجمعة للحالة الثانية (ف):

١- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- التمييز فى المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدى والحب المشروط.
- العقاب البدنى والمعنوى المبرح والمفرط.

- التعرض للنقد وللوم وللمقارنة وللتوبيخ والمعايرة بشكل مستمر ودائم من الوالدين وخاصة من الأم.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.
- تركيز الوالدين على السلوكيات الظاهرة للأبناء أمام الآخرين لكن أى أفعال أو سلوكيات خاطئة لهم لا يهم طالما أن هذه الأفعال حتى وإن كانت غير أخلاقية تتم بعيداً عن أعين الناس.
- إتخاذ المفحوصة كبش فداء لإسقاط عليها كل سواءات وخيبات فشل الأسرة.

٢- إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والإهانات المتبادلة وخاصة فيما يتعلق بالشرف، كما وصل الأمر إلى الطلاق بينهما ثلاث مرات وتم حسابهم على أنهم مرتين فقط. الأب يتعاطى الحشيش لدرجة الإدمان ولا يعرف أى شئ عن أسرته ولا يهمه سوى راحته فقط.

٣- إضطراب العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (ف) تمثلت فى إجبار الأم لإبنتها الإلتحاق بالمعهد العالى للهندسة تحقيقاً لرغبة الأم والتى كانت تتمنى فى شبابها أن تكون مهندسة بينما فيروز كانت تتمنى الإلتحاق بكلية التربية الرياضية.

٤- إضطراب العلاقة الأسرية وخاصة بين الوالدين فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين ومعاناة الأب من إدمان الحشيش والأم من الإضطرابات النفسية أما الأخت الكبرى تعانى من إضطرابات عقلية ومعرفية ومعاناة الأختين فيروز ويسرا من إضطراب الشخصية الحدية.

٥- إضطراب مركب الأوديب مصحوب بأنا أعلى سادى، بالإضافة إلى إضطراب العلاقة مع الموضوع.

٦- معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك كسقوط الشعر ، الصداع والدوخه واضطرابات النوم وظهور بقع جلديه على الوجه.

٧- معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

- المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية.
- الميل للإنزواء وللإنطواء وللإنسحاب وللعزلة لساعات طوال.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد والإنتقاص من قيمة الذات.

- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- سادية وفتشيه وجنسية مثلية مفعله.
- ميول وسمات سيكوباتية وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية وكل من يمثل السلطة الوالدية وصولاً لأفكار الإلحاد وأفكار حول الذات الإلهية.
- ثورات غضب وتقلب مزاجى وإنفعالى ووجدانى بشكل دائم ومستمر.
- الشعور بالفراغ وبالخواء والاغتراب النفسى المزمن.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهرى سواء كانت جنسية أو تعاطى مخدرات وكحوليات أو سلوكيات إيذاء الذات.
- خصائص شبه فصامية مصحوبة بهلاوس بصرية.
- تفكير تشاؤمى وسلبى بالإضافة للأفكار الإضطهادية والبارانوية.
- تفكير وسواسى بشكل دائم.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- المعاناه من قلق الإنفصال والهجران.

٨- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.

٩- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبية مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

١٠- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة والثقة بالنفس والعجز عن إتخاذ القرارات المناسبة.

١١- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.

١٢- معاناة المفحوصة من جرح نرجسى عميق وحاد ناتج عن شعورها بالرفض وبالنبذ وعدم التقبل الوالدى.

١٣- معاناة المفحوصة من تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، المبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة إلى التفكير السلبي والتشاؤمى، مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناة، ووجود توترات قوية تعوقها

عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية بالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعى.

١٤- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.

١٥- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع وهو ما يعكس واقعاً محبطاً ومؤلماً وغير مشبع، وبيئه مهددة وخطرة وغير آمنه وغير مستقرة.

١٦- ضعف قدرة المفحوصة على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية، والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفها مصدراً للإشباع.

١٧- إرتفاع قابلية المفحوصة للعناد والتمرد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية أو كل من يمثلها، كما أن المعارضة تتجه نحو الذات مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخى.

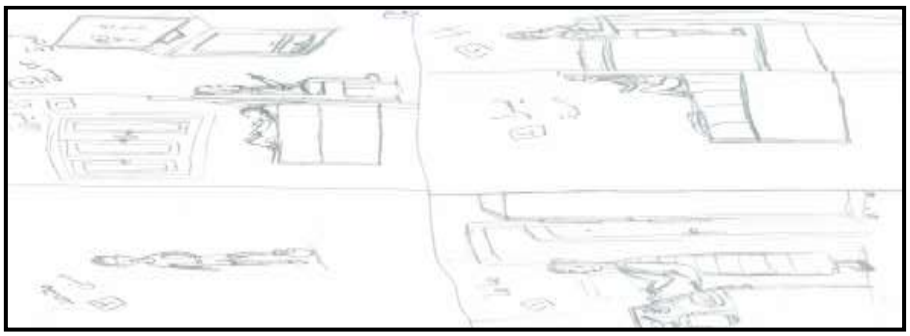
١٨- وجود إحتياجات غير مشبعة كالحاجه للحب وللتقبل وللدعم وللمساندة والحاجه إلى الدفء والإهتمام والتقدير، والحاجه إلى الأمن والأمان والحماية، والحاجه إلى الإستقرار.

١٩- من الميكانيزمات الدفاعية لدى المفحوصة ميكانيزمات مثل: الإسقاط، النكوص، التبرير، الإنكار، الكبت، الإفتئتات، توهم القدرة المطلقة.

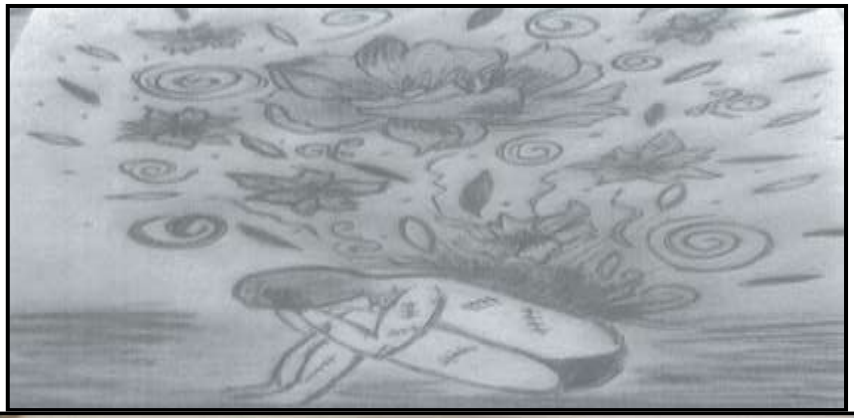
٢٠- إحتراق نفسى ناتج عن الضوط الأسرية والأكاديمية والمجتمعية.

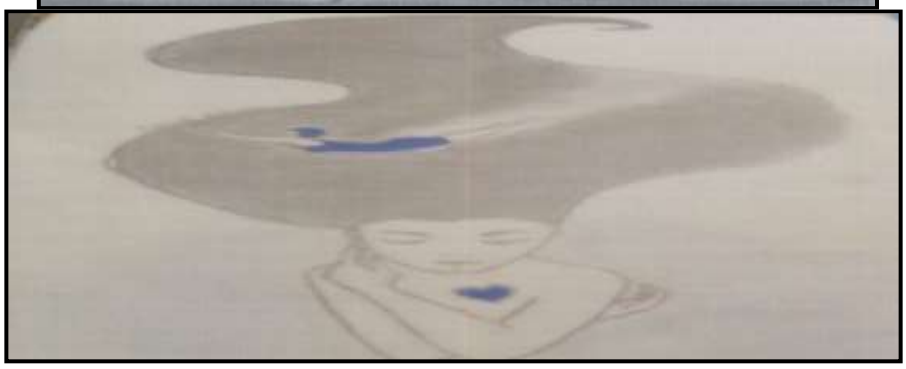
٢١- رفض لدور البالغ وإعتمادية وعدوانية وسلبية وميل نكوص.

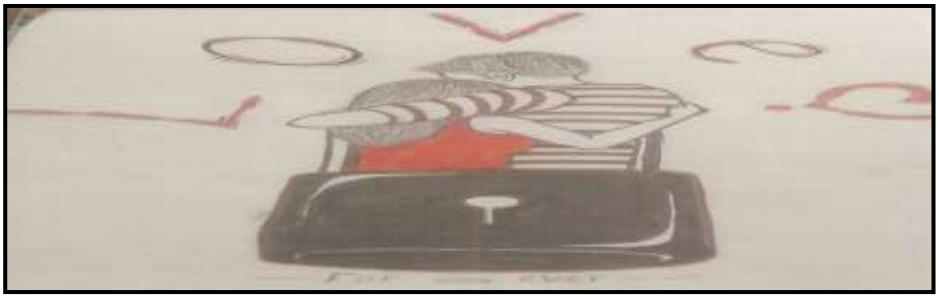
اختبار K.F.D

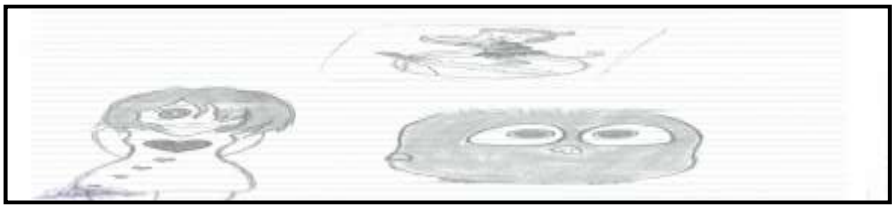


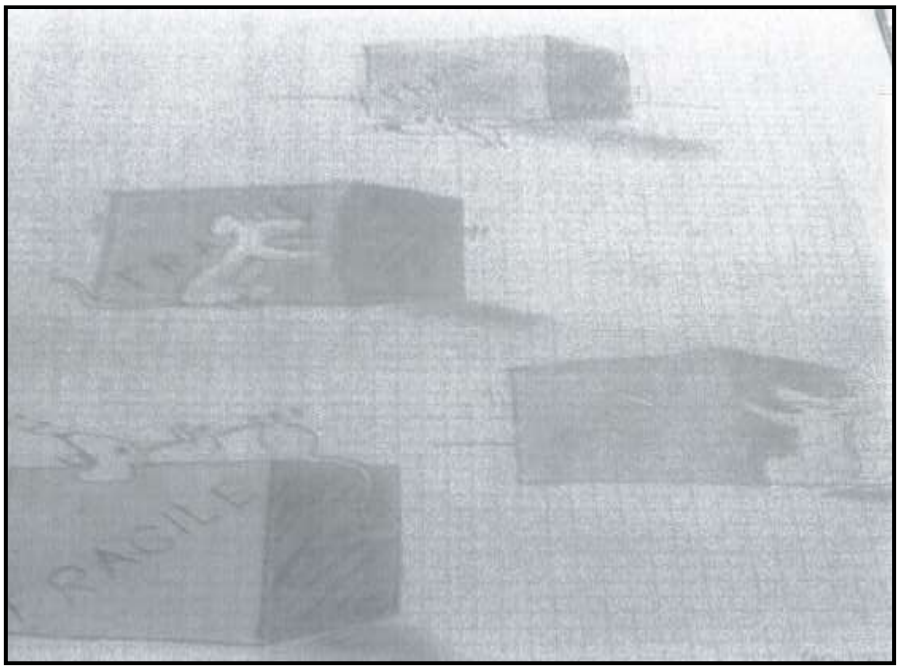
الرسوم الحرة

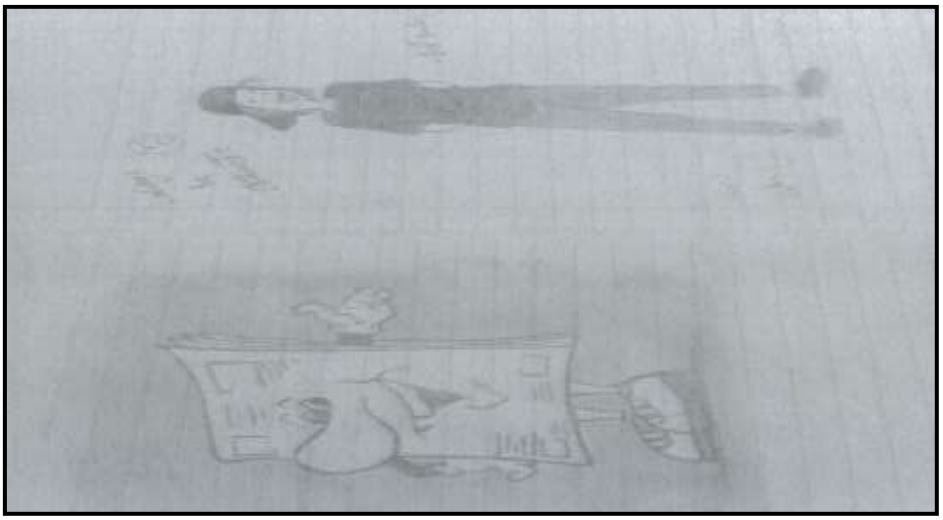


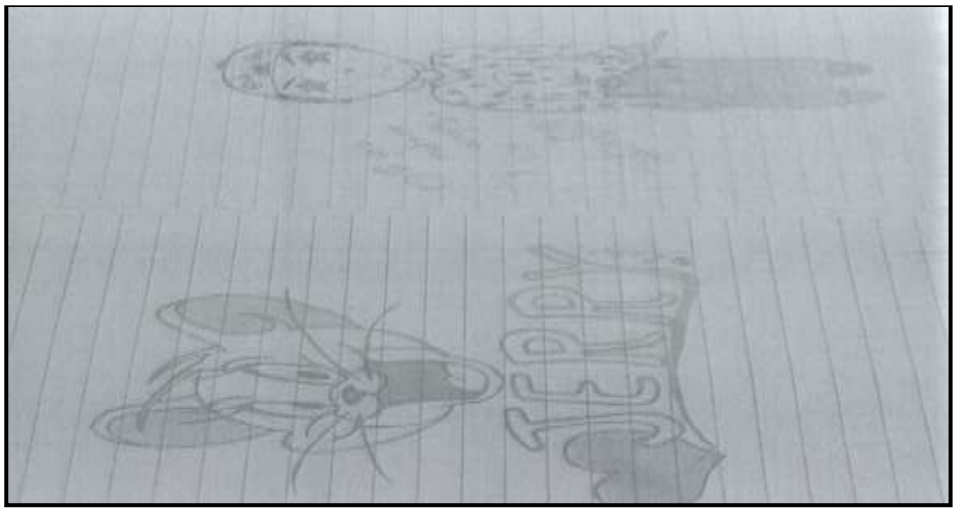







FRAGILE





الحالـة الثالثة (منه)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: م . م النوع: أنثى.

العمر: ١٨ سنة.

التعليم: جامعة خاصة – لغات قسم يابانى – الفرقة الأولى.

الأب: يعمل مهندساً فى إحدى دول الخليج.

الأم: ربة منزل.

الترتيب بين الإخوة: الثالثة والأخيرة.

الإخوة:

١- ف: كلية صيدلة خاصة – العمر ٢٢ سنة.

٢- ع: كلية تربية خاصة – العمر ٢٠ سنة.

٣- ر: أولى ثانوى – العمر ١٤ سنة.

أ- نتائج المقابلة مع المفحوصة (م):

- إرتديت الحجاب رغماً عنى بناء على أوامر من والدى، ولكنى تخلصت منه وقصيت شعرى كمان علشان أحس بأنوثتى وأحس أنى طفله وفرحت بنفسى لما عملت دا.
- أنا مش متدينة، ربنا بيكرهنى ومش عاوزنى وربنا مش موجود فوق أصلاً.

- لا أؤمن بوجود الله، أنكر وجود ربنا وأنا لا أؤمن بوجود أنبياء ورسل، ولا أؤمن بالغيبيات أو بالحياة الأخرى ولا جنه ولا نار، ولا أؤمن بوجود عفاريت أو جن.
- أؤمن بالفلسفة الوجودية، وأقرأ فى تطور الأديان وفى علم النفس.
- كنت أتمنى أن ألتحق بكلية الآداب قسم علم النفس فى جامعة القاهرة أو جامعة عين شمس وكان مجموعي يؤهلنى لكن أمى رفضت وبشدة خوفاً وقلقاً عليا لأننا نسكن بعيداً فى المدن الجديدة (مدينه السادس من أكتوبر).
- كنت أعانى من التبول اللاأرادى لحد سن رابعة إبتدائى.
- عندى رغبة قوية وملحه فى الإستقلال والإنفصال بعيداً عن أسرتى والعيش بمفردى.
- دائماً فى إحتياج شديد للمال فأنا أعشقه وأبحث عنه بشكل هستيرى.
- أجد متعة غريبة فى مضايقة وإيذاء الآخرين (ميول سيكوباتية).
- دماغى وعقلى فى حالة قلق وتفكير بشكل مستمر.
- تعرضت لتحرش جنسى بعد البلوغ من أحد أقاربى من مرتين إلى ثلاثه مرات وكنت أخذ شاور (أستحم) وأنا فى حالة قرف.
- لما بلغت والدورة جاءت لى أترعبت علشان هافقد طفولتى.
- عندى إستعداد فى الدخول فى علاقات جنسية متعددة حتى وإن كانت شاذة، حتى وإن كان جنس شرجى متى سمحت الظروف أو الثقافة المجتمعية بذلك.
- كنت عاوزه أرتبط ببنت مثلى كنت معجبة بها وتبادلنا الإعجاب بالفعل، ممكن بالنسبة لى إقامة علاقات جنسية مثلية (ميول جنسية مثلية).
- لم أمارس العادة السرية، ولم أشاهد أفلام بورنو، ولم أحب أحد من قبل، لم أشاهد نفسى عارية ولا أرغب فى ذلك، لا أحب صدرى أو الجزء العلوى من جسمى، لم احلم أحلام جنسية، أخشى من التعرى داخل المنزل.
- أرفض جسمى كبنت، مش بحب فكرة البنات، كنت أحب وأتمنى أن أكون ولد، مش بحب شكلى كبنت، فقدت جزء كبير من وزنى لدرجة أن وزنى كان ٥٨ كجم علشان الناس تشوفنى ولد، وقصيت شعرى وأشد صدرى علشان مش يبان، أحاول أقبل نفسى

كبنت مع الرغم أنى أظل أدعى علشان مش عاوزه جزء أنثوى يبان أو يظهر فى جسدى، أقرف من الجنس الآخر (الذكور)، أقدر أعيش من غير جنس.

- أظل لساعات أقطع (أشرط) فى يدى وقدمى بشكل قهرى لا إرادى بموس حلاقة من سنتين، وأجد متعة وراحة فى هذا الفعل، ولو أمى ماتت ممكن أموت نفسى (أنتحر)، بأحس بالإنتقام لما أقطع فى يدى وقدمى ... أد أيه أنا سيئة.
- أدميت أظافرى من كتر القرقضة فيهم لدرجة النزيف وبعد لما يتجمد الدم أقشره أو أقوم بمصه أحياناً.
- مندفعه فى سلوكياتي وأفعالي مش أفكر، مرة وجدت نفسى أمشى فى جزء صحراوى بجانب الجامعة وكانت معى زجاجة كسرتها وفضلت أجرح فى جسدى، وفى مرة أخرى أحد الأشخاص ركن بسيارته وركبت معاه دون أن أدرى ودون أن أعرفه.
- أفكر أفكار غير منطقية وخاصة لما حد يسبنى أو يهجرنى، مش عاوزه أصدق دا.
- أحب جذب الأخرين لى (جاعانة إهتمام وحب)، مش لى أصحاب أو أصدقاء ولا أرغب فى ذلك.
- أنا دائماً مكتئبة، دائمة البكاء والحزن، عندى أفكار إنتحارية وميول إنتحارية، مش عاوزه أنتحر علشان ماما، لو حد يقتلنى أو يؤذينى يعمل ويخلصني، لو فى أدوية نفسية أركبها (اجمعها) مع أدوية أخرى أخذها وأنتحر، أفكر فى إيذاء نفسى بإستمرار. فكرة الموت تطاردنى بإستمرار.
- حاسة أن بابا وماما يتتبعونى ويراقبوننى، حاسة أن الناس بتتكلم عنى، أنا حذره من الناس علشان أعرفهم (مشاعر إضطهادية).
- أشعر أننى أنانية وأن رغباتى كثيرة، ودوماً أقارن نفسى بأخوتى البنات.
- دوماً أهرش فى جسدى وخاصة فى كتفى "فشل ميكانيزم الكبت".
- أنا دائمة القلق وعندى فضول "نظارية" عال جداً وخاصة الرغبة فى الإستشكاف.
- أعانى من فقدان الشهية العصبى، مش أكل بره البيت، مش أكل، أرفض وأكره الأكل، أجتر (ترجيع) الأكل ودا يشعرنى بالسعادة لدرجة أن وزنى نقص إلى ٥٨ كجم أحب أن أعاقب نفسى "مازوخية".

- أعانى من طفح جلدى وخاصة فى رقبتى وكتفى، إمساك، قولون عصبى، جسدي يصبح أزرق لمأعلم أن أبى نازل من أجازته لمصر "إضطرابات سيكوسوماتك".
- جربت الشيشة والتدخين، جربت الحشيش مرتين فى الجامعة، تعاطيت الأفيون عمل لى دماغ عالية، تناولت (٥) حبات مخدرات وعقار LSD، نفسى أتعاطى حبة الفيل الأزرق، ممكن أجرب أى مخدر بس بشرط أنى لا أصل إلى الإدمان مثل أخى، جربت البيرة والكحوليات.
- عندى فوبيا لدرجة الفزع والهلع من الأماكن المرتفعة، وعندى أيضاً فوبيا من أنى لو أكلت مش أعرف اتخلص من الأكل.

ب- العلاقة مع الأب:

- لا أشعر بالإرتياح فى وجود أبى فهو يعمل فى الكويت منذ سنوات، وأتضايق لو قعد معانا أكثر من أسبوع.
- بابا أكيد بيعرف واحدة ست فى الكويت.
- أنا لا أحب أبى ولا هو أيضاً يحبنى.
- أبويا صعب جداً فهو متسلط وقاسٍ وقامع وقاهر، متعصب ومتزمت دينياً (ظاهرياً) فهو إرتبط بأمى (متحررة شعرها مكشوف، ملابس مكشوفة ، حلوة) أجبرها بالإحتشام فعلاقته بأمى تقوم على التسلط والقمع.
- أبويا عاوزنى أغطى جسدى وأتحشم وألبس حجاب، ودايماً يقولى: ألبسى حاجه واسعة مش ضيقة، ومش تبيني جسمك، ومش تلبسى قصير أو تبينى جسمك.
- أبويا مش قابلنى إلا بشروط معينة (أزمة قبول وثقة متبادلة بيننا).
- أسلوب أبى فى التفكير أما أبيض أو أسود مش عنده حلول وسط.
- أبى كل إهتمامه وتركيزه فى المادة (المال) فقط وكذلك أمى.
- حاسة بالعار لأنى خيبت ظن أبى فيا.
- جدتى لأبى كانت متسلطة أيضاً وخاصة على أبى.

- فى إحدى المرات أبى قال لى أثناء تناولى الطعام: إحنا مش هنبطل أكل!!.. ومن وقتها كرهت الأكل ولم يعد لى نفس أن أقرب من أى طعام وفقدت شهيتى للأكل لدرجة أو وزنى أصبح أقل من ٥٨ كجم.

ج – العلاقة مع الأم:

- أمى متحررة، هى ممكن تعمل كل حاجه هى عاوزاها.
- مش عاوزه أنتحر علشان أمى هتزعل عليا وعلشان هى مسكينة.
- أنا أكذب على أمى كثيراً.
- أنا عاوزاها تتعلم منى وتغير من نفسها.
- أمى ترى أنى أمتداد لها، وأنها ترى نفسها فيا، وأنها بتحقق نفسها وذاتها من خلالى (علاقة تكافلية).
- أمى قلقة عليا بشكل مخيف ومع ذلك سمحت لى بخلع الحجاب وإرتداء الملابس المكشوفة والضيقة، كما سمحت لى بالخروج والتنزة مع صديقى بمفردنا.
- امي تقولى: أن أخوك عبد الرحمن مريض ولازم يأخذ دواء لأنى كنت رافضة دخوله المستشفى فأمى ترى أنه من المهم الآن هو التركيز على علاج عبد الرحمن وأنا.
- امي تخاف وتخشى من أبى فهو متسلط وحاد فى المعاملة لأسوأ درجة، أمى مختلفة تماماً ثقافياً وإجتماعياً وإقتصادياً عن أبى، حتى فى التدين مختلفين فهو متزمت وهى تلقائية ومتحررة حتى وبعد أن إرتدت الحجاب نزولاً على رغبته، هى غضبانه من أبويا ومن تصرفاته.
- أمى عمرها ما قامت بإحتضانى أو أخذتنى فى صدرها وقبلتنى.
- أمى كان لها رد فعلى سلبى وسئ مع أختى فاطمة الكبيرة علشان دخلت فى تجربة عاطفية وعنفتها وسخرت منها أمام الجميع فلا شعورياً قفلت أو عملت بلوك لعاطفتى .. فلا حب لأى حد.. لأنى حسيت أنه عيب وعار.

العلاقة التكافلية مع الأم ظهرت فى:

أ- أمى رفضت أن أدخل كلية الألسن جامعة عين شمس أو أدخل كلية آداب قسم علم النفس سواء فى جامعة القاهرة أو فى عين شمس لأنها فى وسط البلد وإحنا نسكن على أطراف القاهرة فى مدينة ٦ أكتوبر، فدخلت جامعة خاصة لغات قسم يابانى.

ب- أمى دائماً تقول لى: ممنوع تتأخرى، لدرجة أنها منعتنى أروح (التحق) بثالثة ثانوى فى الكويت وكنت أتلقى دروسى داخل المنزل خوفاً عليا، دايماً تعزلنى عن الآخرين، لكن الأمور قلت وإتحسنت نوعاً ما مع إستمرار قلقها عليا دون أخواتى.

د – العلاقة بين الأب والأم:

- العلاقة بين ابى وأمى سيئة للغاية، فهما دوماً فى خلافات مستمرة.
- دوماً مختلفان وخاصة حول أسلوب التربية والتنشئة.
- أبى وأمى يعتبران منفصلان عاطفياً – وان كان بينهما علاقة جنسية فقط نزولاً لرغبة أبي – ولذا أمى دوماً غضبانه منه.

هـ – العلاقة مع الإخوه:

هـ/ ١- العلاقة مع الأخت الكبرى (ف):

- أختى دائماً منعزلة عن باقى أفراد الأسرة، هى دوماً حزينة ومكتئبة فهى تعانى من إضطرابات حادة.
- أختى دوماً كانت تقطع فى يدها وتشرط فيها بموس " شفرة " حلاقة، قصت شعرها وأنزوت فى حجرتها وإنكبت على دروسها الصعبة فى كلية الصيدلة.
- والسبب فيما سبق أن أمى عنفتها وسخرت منها أمام الجميع لأنها دخلت فى تجربة عاطفية مع أحد زملائها وأمى قالت لها: أن الحب عيب، وأكملت حديثها لها: عيب عليك يا فاطمه. لدرجة أنى إعتقدت أن الحب والمشاعر مش حاجه كويسه، ومن وقتها مش عاوزه أتعلق بأى واحد حتى لا أتعرض لما تعرضت لها أختى من إهانة وتوبيخ وتجريح.

هـ- العلاقة مع الأخت الأصغر:

- رقية دوماً تقلدنى فى كل شئ، فهى متوحدة بيا.
- رقية منعزلة عننا ومنشغلة بالرسم.
- أنا أخاف عليها وأقلق دوماً بشأنها (التوحد مع المعتدي "الأم" فهي تقلق علي اختها الصغري بمعني انها تعيد انتاج ما تفعله امها معها مع اختها الصغري).

هـ/٣- العلاقة مع الأخ:

- أنا متابعة أخى عبد الرحمن خوفاً من أفقد السيطرة على نفسى وعلى نزعاتى مثله، فهو أقرب إلى الفصامى عنده هلاوس وضلالات.
- يعانى عبد الرحمن من إدمان المخدرات فهو تعاطى كل أنواع المخدرات: حشيش، أفيون، هيروين، كوكايين، أستروكس، ترامادول ، عقاقير، كحوليات، لكن الإعتماد الأكثر الأن هو علي الحشيش فلا يستطيع الإستغناء عنه، ويعتقد أن الحشيش يجعل من الشخص أكثر إنتاجية فى كل شئ.
- جعلنى أجرب " اتعاطي " معه الحشيش والمخدرات علشان مش أجرب مع حد تانى خوفاً عليا.
- هو يرفض الأكل مثلى ولا يشتهى أى طعام، أرى أن عبد الرحمن أسوأ منى وارى أن مشاكله تؤثر فيها.
- أمى عاوزه عبد الرحمن يتعالج، لكن عبد الرحمن مش فارقه معاه فهو غير مبالى.
- أخى عاد (رسب) الثانوية العامة وهو الآن فى كلية تربية خاصة وعاد السنة فيها أيضاً.
- أخى دوماً منعزل ومنسحب ومضطرب.
- أخى تعرض للإساءة الجنسية من نساء كبريات فى السن وضحكوا عليه.
- أخى مارس جميع أنواع الجنس وخاصة الجنس المثلى فهو جنسى المثلية سالب " مفعول به ".
- أخى دوماً يقوم بإيذاء ذاته ويعرض نفسه للحوادث بشكل مستمر.
- أخى يشعر أنى طقه ومجنونه ودائماً يخاف عليا.
- عنده دائماً مشاعر إضطهادية، فهو حذر من الآخرين ويشك فيهم.
- عبد الرحمن مدمن أفلام جنسية إباحية (بورنو) وخاصة الأفلام السادية لأنه مازوخي يتلذذ بإيلام نفسه، لأن الأب قاسى ومتسلط.
- يعانى من هلاوس ويرى أنه مجنون وفى عازل بينه وبين الواقع، فهو لا يتفاعل مع الواقع ولذا فهى منزوى ومنعزل عن الآخرين.
- عبد الرحمن عاوز يتعالج ويتحسن بسبب رئيسى واحد علشان عشيقه (رامى) ١٦ سنة فى الكويت، ودوماً يتحدث ويتكلم بصيغة الأنثى.

- يعانى من ضلالات مثل: حاسس أن فى قوه تحركنى، حاسس أن فى أفكار متسلطة فى دماغى، يرى أنه ميت سيكولوجياً.
- أكثر فكرة تشغل عبد الرحمن هى خوفه من الموت.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- رفض الأب للمفحوصة (م) فهو لا يتقبلها إلا بشروط، ولا يحبها إلا بشروط.
- المعاناة من القمع والتسلط من كلا الوالدين وخاصة الأب فهو دائم الغياب والسفر، أما الأم فلا يعنيها سوى تنفيذ تعليمات الأب، فكلاهما – أى الوالدين – لا يهتمان سوى التركيز على المادة (المال).

ثانياً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (م) تمثلت فى:

- قلق حاد وغير مبرر من جانب الأم على (م) لأن الأم ترى فى (م) نفسها وأنها إمتداد لها.
- خوف شديد من الأم على (منه) لدرجة منعها من الذهاب للمدرسة وهى فى الصف الثالث الثانوى بالكويت وإعطائها دروس خصوصية فى المنزل، كما تفرض حصار عليها فى الدخول والخروج من المنزل، لدرجة حرمانها من دخول كلية الآلسن أو قسم علم النفس بحجة أن جامعة عين شمس أو القاهرة فى وسط البلد، والمسكن فى منطقة سكنية نائية.

ثالثاً: إضطراب مركب الأوديب مصحوب بأنا أعلى سادى نتيجة التخييلات الجنسية المحارمية تجاه الأب.

رابعاً: معاناه منه من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر، وبعض الأمراض الجلدية، والقولون العصبى، وزرقان الجلد خصوصاً عند علمها بموعد وصول الأب من السفر.

خامساً: المعاناة من التبول اللا إرادى لمرحلة الصف الرابع الإبتدائى، فشل ميكانيزم الكبت متمثلاً فى الهرش الدائم فى الجسد، بالإضافة إلى الفوبيا من الأماكن المرتفعة.

سادساً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة والدائمة بينهما سواء فى إسلوب الحياة أو بخصوص تنشئة الأبناء.

سابعاً: إضطراب العلاقة الأسرية، فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة لمعاناة الأخت الكبرى والأخ من أعراض إضطراب الشخصية.

ثامناً: معاناة منه من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والوجدانى.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- تذبذب كبير فى صورة الذات وصورة الجسم ما بين التقدير إلى الإنتقاص والتقليل من شأنها.
- تكرار السلوك الإنتحارى أو التهديد، بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء الذات.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهرى دون تقدير لعواقب الأمور.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى.
- مشاعر وأفكار إضطهادية، وتفكير بارانوى.
- ميول جنسية مثلية، إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.
- المعاناة الحادة من القلق والإكتئاب.
- ميول وسمات سيكوباتية.
- الرغبة الشديدة والفعلية فى تعاطى المخدرات والكحوليات، وممارسة الجنس بدون تمييز أو هدف متي سنحت الفرصة.
- المعاناة الشديدة من فقدان الشهية.

ثانياً: عرض موجز لأهم نتائج ما ورد فى السيرة الذاتية للمفحوصة:

بتحليل ما ورد من إستجابات فى السيرة الذاتية للمفحوصة تبين أنها تعكس سمات وأعراض إضطراب الشخصية لديها والتى يمكن إجمالها فيما يلى:

١- جهود مضنية وشديدة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة تمثلت فى:

- أحزن أوى لو أى حد تركنى وسابنى أو هجرني.
- أشعر أن الآخرين يريدوا أن يهجرونى ويتخلوا عنى.

- نفسى (اتمني) ماكنت أتولدت أو جئت لهذا العالم أصلاً.
- أنا حاسة أن الناس سيئون.
- أنا نفسى مش أكون منه أو أكون نفسى، نفسى أكون أى شخص آخر فى ظروف أخرى.

٢- أفكار وميول إنتحارية وسلوكيات إيذاء الذات:

- كنت أتمنى لو إمتلكت مسدس لأنه أسهل طريقة للإنتحار وسهل ومريح.
- مش عندى رغبة فى عمل أى شئ و لا عندى رغبة أنى أتكلم مع حد.
- أتمنى لو أن صحتى تسوؤ أو تضطرب لدرجة الموت، فأنا أحب أن أهمل فى صحتى رغبة فى الموت.
- الموت راحة لى وللآخرين.

٣- نمط عام من التقلب وعدم الثبات فى العلاقات مع الآخرين:

- أنا أحتاج للناس لفترة قصيرة ثم أتخلص منهم.
- أتمنى لو أن الناس يسيبونى ويتركونى لحالي إلى مالانهاية.
- أتمنى لو أنى أظل بمفردى بعيداً عن الآخرين لأنى هابقى أفضل فى هذه الحالة.

٤- سلوكيات مندفعة:

- نفسى أعمل كل حاجه واجرب كل حاجه.
- تفسى تبقي الحياة سهله.

٥- إضطراب العلاقة مع الأب:

- كنت أتمنى لو أنى أحب أبى.
- كنت أتمنى لو أن أبى يحبنى بدون شرط أو قيد.

نتائج إختبار رسم الأسرة المتحرك:

- رسمت المفحوصة الأخ (عبد الرحمن – ١٩ سنة) فى الجانب الأيمن للصفحة، حيث أن قطع حافة الصفحة للجانب الأيمن للوحدة المرسومة تمثل رغبة فى الهروب للمستقبل للتخلص من ماضى مؤلم ومحبط وغير سار، بالإضافة إلى الخوف من الخبرات الإنفعالية الحرة والصريحة ومن ثم فهو عادة يميل للعزله والإنطواء والإنسحاب والإكتئاب.

- رسمت المفحوصة أخيها نائماً على سرير وهو متغطى محيطه جسده بظلال كثيفة – كما لو كان متغطي بكفن – وهو ما يعكس معاناه الأخ من إكتئاب حاد، وقلق حاد وعزل نفسه ومشاعره عن باقى أفراد الأسرة فهو كما لو كان ميتاً على المستوى السيكولوجى فهو دائماً لديه إستعداد على المستوى اللاشعورى للإستهداف للإصابة والحوادث وهو ما تعرض له فعليا من انقلاب السيارة به، بالإضافة إلى تعاطية كافة أنواع المخدرات والكحوليات.
- التظليل المكثف للأخ يعكس معاناته من جنسية مثلية، ورسمة نائماً فى سرير يشير إلى بيئة منزلية مضطربة.
- أما الأب فهو كالأخ أيضاً نائماً على السرير وهو ما يعكس بيئة أسرية مضطربة ومتغطى – كما لو كان فى كفن – وهو ما يعنى ايضا أنه ميت على المستوى السيكولوجى لدى المفحوصة بالإضافة لعزل نفسه ومشاعره عن باقى أفراد الأسرة ومعاناته من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حاده.
- وبالنسبة للأخت الكبرى (فاطمة – ٢٢ سنة) رسمتها فى الجانب الأيسر فى الصفحة مع قطع حافة الصفحة وهو ما يشير إلى أنها مثبته على الماضى وخوف من المستقبل – (حيث كانت مرتبطة عاطفياً بشاب والأم تدخلت ورفضته واهانتها أمام الجميع) – ولذا فهى تميل أيضاً إلى عزل نفسها ومشاعرها عن باقى أفراد الأسرة، مع نزعة إلى سلوك قهرى وإهتمام زائد بخبرات إنفعالية حرة وصريحة.
- تظليل شعر الأخت الكبرى وتظليل منطقة الحوض لديها يعكس قلق حاد لديها متعلق بإنشغال جنسى زائد مع محاولة إخفاء الجانب الأنثوى لديها وكبته وقمعه نزولاً على رغبة الأم وهو ما أدى إلى مزيد من الإكتئاب لديها.
- بينما رسمت المفحوصة الأخت الي الصغرى (رقية – ١٤ سنة) من الظهر وهى ترسم على لوحه مع تظليل شعرها بشكل مكثف وهو ما يعكس قلق حاد على مستوى التخييلات المتعلقة بالجنسية المثلية، إلا أنها تقوم بالتنفيس الإنفعالى من خلال الرسم مع عزل نفسها ومشاعرها أيضاً عن باقى أفراد الأسرة.
- أما الأم تم رسمها أكبر حجماً عن باقى أفراد الأسرة وهو ما يشير إلى أنها الأكثر تأثيراً على المستوى السيكولوجى على مستوى الأسرة، كما تعكس أيضاً تثبيتاً على الأم وإعتمادية سلبية عليها والتوحد بها لتؤكد على العلاقة التكافلية مع الأم – (وهو ما يعنى أن الأم تمنع أبناؤها

من الإنفصال عنها وتمنعهم أيضاً من الإستقلال ومن النضج الإنفعالى والإجتماعى وذلك على المستوى اللاشعورى) – وهو ما ظهر فى قلق الام الزائد عن الحد على أبنائها وتدخلها فى كافة تفاصيل حياتهم. بالإضافة لمعاناتها من عدوان مكبوت وهو ما ظهر من خلال رسم القدمين على هيئة كورتين.

- بينما رسمت المفحوصة (منة الله – ١٨ سنة) نفسها وهى جليسة على الأرض كما لو كانت كسيحة بجانب أمها وهو ما يؤكد على العلاقة التكافلية بينهن والتى جعلت من المفحوصة قلقة ومكتئبة ومنعزلة ومنسحبة عن الآخرين مع ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى كما لو كانت طفلة.
- تحديد بروز الركبة لدى المفحوصة فى رسمها لذاتها يعكس جنسية مثلية كامنة (كما لو كانت تنفى أو تنكر منطقة المهبل لديها)، بالإضافة لإضطراب الهوية الجنسية وهو ما وضح جلياً فى رسمها لذلك والتى تحمل الجانبين الذكورى والأنثوى معاً.
- رسمت الوجه مغطى بالشعر بحيث لم تظهر تفاصيله وهو ما يشير إلى نزعه لتجنب مواجهة القضايا مواجهة مباشرة وذلك للحصول على إشباع غير واقعى وإتسام علاقاتها مع الآخرين بالجمود وهى ما تعكس دلالة باثولوجية حادة لرفض الواقع وضعف الإتصال به لكونه مؤلماً ومحبطاً.
- تأكيدها على الخطوط فى رسمها لذاتها ولإختيها يشير لمؤشرات جسمية تستثير لديهن الإضطراب ووعياً حاداً بالحاجه إلى الضبط الذاتى (كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٧٦ – ٧٧؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٣٦ – ٣٣٧؛ روبرت بيرنس،، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦ – ٧؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠١٥: ١٨٤).

ملخص نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- عدم وجود إستقرار أسرى – وهو ما يميز أسر مضطربى الشخصية الحدية – بالإضافة لسؤ فى التوافق على المستويين الإنفعالى والإجتماعى، فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبتخييلاته عن باقى أفراد الأسرة.

- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية فالأب لا وجود له على المستوى النفسى فى الأسرة فهو دائماً فى الغربة منسحب منطوى مكتئب بينما الأم ونتيجة قلقها الدائم على أبنائها وضغط الزوج عليها لتنفيذ تعليماته فمارست العلاقة التكافلية مع أبنائها – وخاصة منه – وهو ما أصابهم جميعاً بالإضطراب وسوء فى التوافق ونقص فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- إصابة المفحوصة بمشاعر إكتئابية حادة وقلق حاد هى وأخيها وأختها الكبرى وهو ما دفع بالأخ لتعاطى وإدمان المخدرات والكحوليات ودفع (منه) أيضاً لإيذاء ذاتها وتعاطيها للمخدرات – وإن كان بشكل غير منتظم – مع وجود محاولات وأفكار إنتحارية بشبكل متكرر والتى هى من أعراض إضطراب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى إضطراب الهوية الجنسية وميولها الجنسية المثلية الكامنة والمفعلة لدى أخيها.
- إعتمادية سلبية على الأم والتثبيت عليها والتوحد بها.
- الأم لا يعنيها جميع هذه الإضطرابات بينما التى تسعى إليه جاهدة هى إنتظام أبنائها فى الدراسة والإنصياع لتعليماتها فقط لا غير.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضية للإشباع.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتيسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- الحاجه للحماية وللأمان وللدفء وللحب وللتقبل الأسرة بالإضافة إلى الحب غير المشروط من قبل الوالدين.
- رفض العالم ومحاولته تجنبه وهو ما يعكس بيئة مهددة وخطره وغير آمنه.
- إستخدام ميكانيزمات دفاعية مثل: النكوص، والتثبيت، والإنكار، بالإضافة للميل إلى الإنطواء والعزلة والإنسحاب من الواقع والعالم الخارجى.

نتائج إختبار رسم H.T.P:

أولاً – رسم المنزل:

- رسم الوحدة قريباً من جانب الصفحة: تشير لحساسية زائدة وإشارة قوية إلى نزاعات عدوانية قد تقمع أو لا تقمع.
- رسم الوحدة قريباً من الحافة العليا للصفحة: نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.

- رسم خط الأساس: يتضمن عدم شعور المفحوصة بالأمن والحماية.
- رسم خط الأساس ثقيلاً والتأكيد عليه: يشير لمشاعر القلق التى تستثيرها علاقات على مستوى الواقع، بالإضافة إلى أنه يتضمن أيضاً شعور المفحوصة بصعوبة فى قمع أو كبت التعبير عن نزعات متضادة.
- خط الأساس ينحدر إلى أعلى ونحو اليمين: يتضمن شعور المفحوصة بأنها سوف تضطر للكفاح فى المستقبل وتشير أيضاً إلى كراهية العرف لديها.
- خطوط ثقيلة فى كل الوحدة: تشير لتوتر معمم لدى المفحوصة.
- رسم سقف بخطوط ثقيلة ليست معممه فى الرسم: تأكيد على التخييل لدى المفحوصة بوصفه مصدراً للإشباع تصاحبه مشاعر القلق.
- رسم حوائط للسقف: تشير إلى أن المفحوصة تعيش أساساً فى التخييل.
- رؤية المنزل أعلى من مستوى نظر المفحوص: يتضمن شعور المفحوصة بالرفض من المنزل ورغبة فى الإنزواء والإقتصار على إتصال محدود بالآخرين.
- رسم نوافذ مغلقة: يشيرإلى إنزواء وتحفظ فى الإتاحه.
- أخيراً وليس آخراً فتأكيد خط الأساس من جانب المفحوصة تعكس إتصال ضعيف بالواقع، كما تعبر عن الخوف من إحتمال فقدان الإتصال بالواقع، ومن ثم فهى تعكس خصائص ذهانية لدى المفحوصة (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٣٧ – ٣٥٠).

ثانياً – رسم الشجرة:

- قطع الحافة العليا للصفحة للوحدة المرسومة: تشير إلى تثبيت المفحوصة على التخييل بوصفه مصدراً للحصول على الإشباع العاجزة عن الحصول عليه فى عالم الواقع.
- رسم الوحدة قريباً من جانب الصفحة: تعكس حساسية زائدة وإشارة إلى نزعات عدوانية إستجابية قد تقمع أو لا تقمع.
- تظليل الوحدة بأكملها: دلالة سيكوباثولوجية للقلق نحو الآخرين، كما تعكس أيضاً توتر معمم وعلاقة غير مشبعة بماض سيكولوجى تشعر به المفحوصة فى الحاضر.

- التأكيد على خط الأساس ورسمة ثقيلاً جداً: تشير لمشاعر القلق لدى المفحوصة والتى تستثيرها علاقات على مستوى الواقع، كما تعكس أيضاً إتصال ضعيف بالواقع، بالإضافة إلى أنها تعبر عن الخوف من إحتمال فقدان الإتصال بالواقع، ومن ثم فهى تعكس خصائص ذهانية لدى المفحوصة.
- رسم خط الأساس ينحدر إلى أسفل عن الوحدة المرسومة على أى من جانبيها: تعكس مشاعر العزلة والإعتمادية السلبية على الأم وتثبيتاً فمياً عليها تصاحبه غالباً الحاجه للحماية من الأم.
- إتساع الجذع عند القاعدة: بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه السوى مما نتج عنه إنكماشاً فى نضج الشخصية لدى المفحوصة.
- تأكيد زائد على الفروع جهة اليمين: عدم إتزان فى الشخصية نتيجة نزعة قوية جداً لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالى والحصول بدلاً منه على الإشباع من خلال المجهود الذهنى وهو ما يدل على صراع شديد وإنطوائية (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٥٣).

ثالثاً: رسم الشخص:

أ- رسم الشخص الأول:

- رسمت المفحوصة ذكر أولاً: وهو ما يعكس إضطراب فى الهوية الجنسية، وشعور بالتقييد وبالقمع فهى ترغب فى التحرر والإنطلاق والإستقلال بعيداً عن الأسرة.
- التاكيد على الخطوط المحيطة للرأس: تشير لجهود قوية للحفاظ على الضبط فى مواجهة أخيله مزعجه.
- تظليل الشعر: وهو ما يعكس قلقاً حاداً على مستوى التخييلات.
- ظهور الرأس نحو الناظر: يشير لإنزواء سيكوباثولوجى بارنويدى شبه فصامى.
- تظليل ثقيل لليدين: يشير لذنب يرتبط بفعل يمارس باليد وهو ما تقوم به فعلاً المفحوصة من إيذاء جسدها بالموس " شفرة حلاقة ".
- رسم تفاصيل كثيرة فى القدمين: تعكس خصائص وسواسية مع مكون أنثوى قوى مما يعكس إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى، وهو ما أكده أيضاً رسم القدمين أحدهما عكس الأخرى مما يؤكد الصراع الناتج عن الخلط فى الدور الجنسى.

ب- رسم الشخص الثانى:

- رسمت المفحوصة أنثى مع تظليل الشعر: وهو ما يعكس قلقاً حاداً على مستوى التخييلات ومشاعر إكئتابية حادة، وهو ما بدأ أيضاً على ملامح الوجه.
- التأكيد على الخطوط المحيطه بالرأس: تشير لجهود قوية للحفاظ على الضبط فى مواجهة أخيله مزعجه.
- ظهور الرأس نحو الناظر: يشير لإنزواء سيكوباثولوجى بارنويدى شبه فصامى ذو بنيه جنسية مثلية.
- عدم رسم الأذن مع التأكيد على الوجه: يشير إلى إمكانية هلاوس سمعية.
- زيادة التأكيد على الخصر: صراع شديد بين التعبير عن البواعث الجنسية وبين ضبطها.
- تظليل الحوض والقدمين: وهو ما يعكس قلقاً حاداً حول هذه المنطقة وهو ما يعد بمثابة نفياً أو إنكاراً لملامحها الإنثوية والتى يسبب لها الشعور بالقمع والتقييد وهو ما أدى إلى إضطراب الهوية الجنسية وخلطاً شديداً فى الدور الجنسى (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٦١ – ٣٦١؛ Kraen Machover, 1957: 95).

ملخص نتائج H.P.T:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والبعد عنه بالتخييلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة، مع وجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارنويدى شبه فصامى.
- بيئة خطره ومهددة وسلوك إنعزالى مصحوب بعدم الرغبة فى تكوين صلات بالبيئة وتجنب الرفض والنقد.
- الشعور بالرفض من المنزل والإقتصار على إتصال محدود بالواقع، وإنزواء وتحفظ فى الإتاحه.
- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى نضج الشخصية.

- عدم إتزان فى الشخصية نتيجة نزعة قوية جداً لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالى والحصول بدلاً منه على الإشباع من خلال المجهود الذهنى وهو ما يشير أيضاً لصراع شديد وإنطوائية حادة.
- هذا الصراع الشديد ناتج من عدم القدرة على التعبير عن البواعث الجنسية وبين ضبطها.
- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حادة مصحوب بمشاعر إنقباضية وتوتر معمم، مصحوب بنزعات عدوانية مازوخية تجاه الذات.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- إستخدام ميكانيزمات مثل: التثبيت والنكوص والقمع والإنكار.
- الحاجه الشديد للأمن وللحماية وللحب غير المشروط وللتقبل وللتقدير والإهتمام وخاصة من النماذج للسلطة الوالدية، والحاجه لتجنب الإحباط، بالإضافة للحاجه للتأثير فى البيئة دون محاولة ضبطها.
- ويتبين مما سبق أن نتائج H.T.P جميعها ما هي الإ إنعكاساً لخصائص وأعراض إضطراب الشخصية الحدية.

عاشراً: صورة إكلينيكية مجمعة للحالة الثانية (م):

١- معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى :

- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والاحداث والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- نمط عام من التقلب والتذبذب الوجدانى والإنفعالى.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب هجر الآخرين لها والخوف من الوحدة.
- تذبذب كبيرة فى صورة الذات ما بين التقدير إلى الإنتقاص والتقليل من شأنها.
- تكرار سلوكيات إيذاء الذات والسلوك الإنتحارى أو التهديد به.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى.
- منشاعر وأفكار إضهادية ذات طابع بارنواي.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهرى دون تقدير لعواقب الأمور مثل: سلوكيات إيذاء الذات، تعاطى المخدرات، الميل لإقامات علاقات جنسية غيرية وشاذة ومثلية.

٢- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق أساليب المعاملة الوالدية.
- الشعور بالقمع وبالتقييد والتسلط وبالقهر والسيطرة من النماذج الوالدية.
- الشعور بالرفض وعدم التقبل وخاصة من قبل الأب، فالحب والتقبل لديه مشروطان وبشروط.
- ميل كل فرد من أفراد الأسرة إلى عزل نفسه وذاته ومشاعره وإنفعالاته عن الآخرين.
- التأثير السلبى للوالدين فى حياة (منه) وخاصة الأب والتى تبادله بالرفض وبالنفور وبالكراهية، فالأب من وجهة نظرها ليس له وجود أو تأثير حقيقى فهو ميت على المستوى النفسى بالرغم من وجوده على المستوى الفيزيقى (الجسدى)، وهو ما جعل من سلوك المفحوصة يتسم بالعناد وبالتمرد وعدم الإنصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها وصولاً إلى عدم الإيمان بوجود الله سبحانه وتعالى أو الإيمان بالغيبيات أو بالانبياء والرسل.

٣- علاقة تكافلية بين الأم ومنه وهو ما أدى إلى:

- إعتمادية سلبية على الأم والتثبيت عليها.
- وهذا بدوره أدى إلى ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى، ونقص فى التلقائية الإنفعالية والميل للإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتها الداخلية أكثر من إعتمادها على بيئتها، وعجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل أيضاً على ضعف الأنا.
- المعاناة من القلق وخاصة القلق من فقدان الموضوع وقلق الإنفصال عن الأم.

٤- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخييلات سادية جنسية تجاه الأب، فى ظل وجود أنا أعلى سادى يعاقب الذات على هذه التخييلات سواء من خلال المازوخية أو سلوكيات إيذاء الذات.

٥- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.

٦- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

٧- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضية بديله للإشباع، مع وجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.

٨- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين، ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع، وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً، وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنه وغير مستقرة.

٩- ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية، والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفها مصدراً للإشباع.

١٠- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.

١١- إضطراب الهوية وخلط شديد فى الدور الجنسى.

١٢- إضطراب صورة الذات وصورة الجسم مع تقدير ذات منخفض.

١٣- معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك.

١٤- معاناة المفحوصة من سمات وميول سيكوباتية واضحة وصولاً إلى عدم الإيمان بوجود الله وتعالى وعدم الإيمان بالأديان وعدم الإيمان بالأنبياء والرسل والغيبيات.

١٥- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومن مشاعر إكتئابية حادة ومصحوبة بمشاعر إنقباضية وتشاؤمية وتوتر معمم مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.

١٦- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسير ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.

١٧- معاناة المفحوصة من صراع حاد وشديد ناتج من عدم القدرة على التعبير عن البواعث الجنسية وبين ضبطها.

١٨- معاناة المفحوصة من ميول ذات إنتحاء داخلى لم تتقبلها المفحوصة بعد تقبلاً كاملاً مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناه.

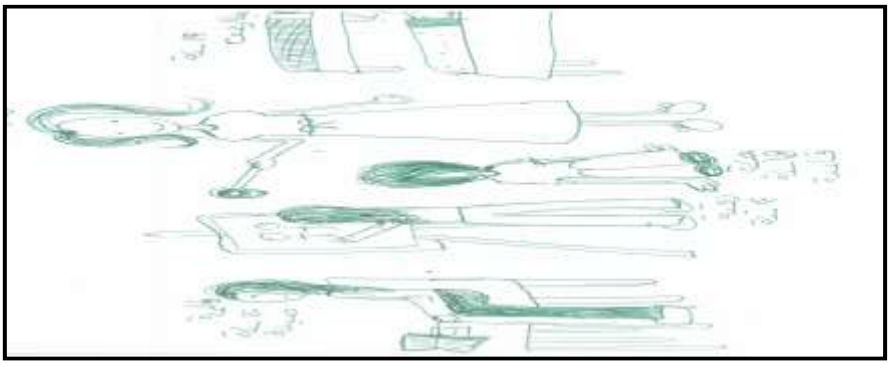
١٩- وجود توترات قوية لدى المفحوصة تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية، وبالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعى.

٢٠- معاناة المفحوصة من تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، المبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة إلى التفكير السلبى والتشاؤمى.

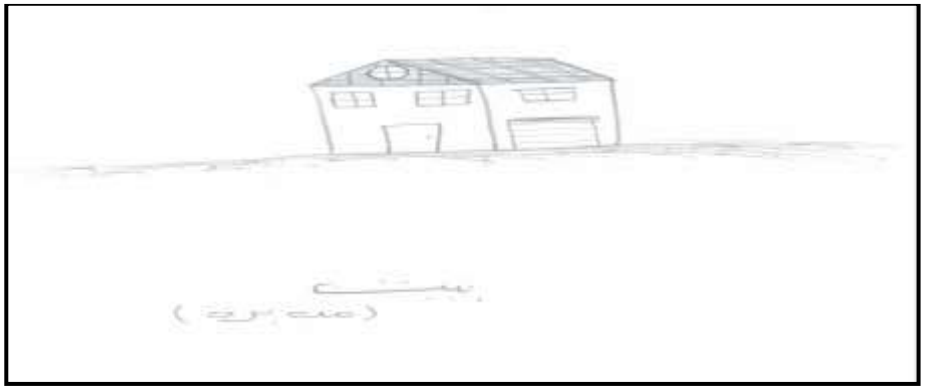
٢١- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوصة ميكانيزمات: الكبت، الإسقاط، التبرير، الإنكار، التكوين العكسى، النكوص، توهم القدرة المطلقة، الإلتهام على المستوى المتخيل.

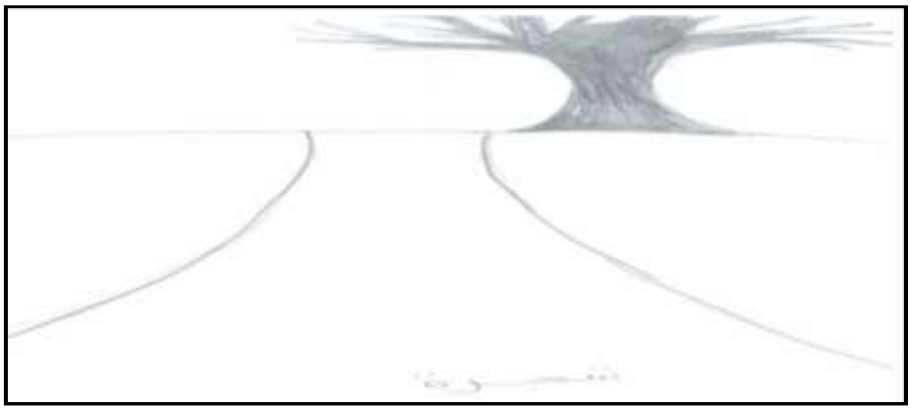
٢٢- وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوصة مثل الحاجه إلى الدفء والتقبل والحب الوالدى غير المشروط، والحاجه إلى الإهتمام والتقدير، والحاجه إلى الأمن وإلى الأمان، الحاجه للحماية وللدعم وللمساندة الأسرية.

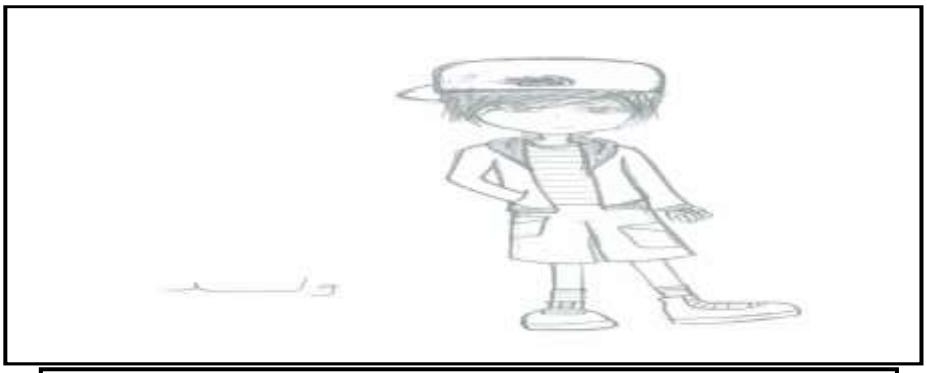
اختبار K.F.D



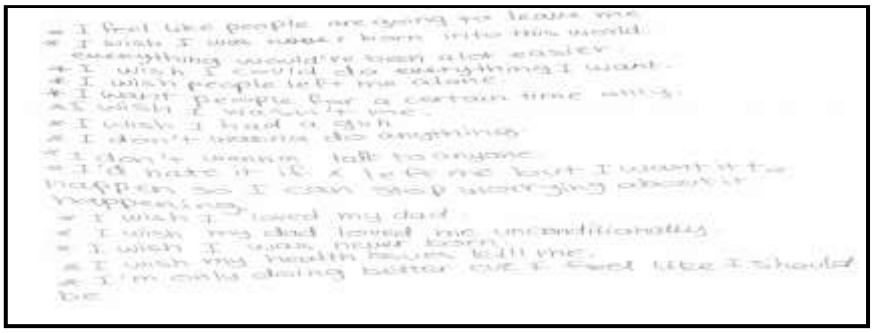
اختبارH.T.P







الخواطـر



إيـذاء الـذات

الحالـة الرابعة (ن)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: ن . و .أ النوع: أنثى.

العمر: ١٦ سنة.

التعليم: ثانية ثانوى لغات دولية I.G بمجموع ٩٥,٥ %.

الأب: مهندس مدنى.

الأم: دكتورة تحاليل طبية.

الترتيب بين الإخوة: الأولى من ثلاث بنات.

الإخوة:

١- ج : الأخت الثانية ١٣ سنة.

٢- ر : الثالثة والأخيرة ٨ سنوات.

أ- نتائج المقابلة مع المفحوصة (ن):

- الهوايات المفضلة للمفحوصة: الغناء والرقص ولعب (عزف) المزيكا وسماعها، التسوق، حب (عشق) الأكل، الحديث فى التليفون، التدريب (فهى تعمل مساعدة للمدرس فى المدرسة وتحصل على مرتب مقابل التدريب).
- مجموعها فى ثانية ثانوى ٩٥,٥% وهو مجموع يؤهل المفحوصة – كما ذكرت – للإلتحاق بكلية الهندسة، أنهت المواد الدراسية المؤهلة للجامعة وكذلك مواد ثالثة ثانوى.

الجنس:

- أقامت المفحوصة علاقات جنسية كاملة ومتعددة وشاذة سواء مع شباب (ذكور)، أو فتيات.
- ذكرت أن يوسف صديقها كان يدخل فى منزلها ويشاهدوا معاً أفلام إباحية (بورنو) وأقامت معه علاقة جنسية كاملة وتحدثوا سوياً عن كل شئ فى الجنس، وذكرت أيضاً أنه نسى مرة التى شيرت الخاص به فى حجرتها وأمها إكتشفت الأمر وفحصتها جنسياً إلا أنها لم تكتشف فقدان إبنتها عذريتها.
- حصل جنس شرجى كامل مع يوسف قائلة: "كنت حاسة أوى بيه ومتألمة بإرهاق بس كان فى لذة وكنت مستمتعة وحاسة بكل حاجه مع يوسف". مارست الجنس بعدين

(لاحقاً) مع صلاح ومازن إستمتعت معاهم بس كنت فقدت الإستمتاع بهما لأنى كنت حاسة بكل حاجه مع يوسف.

- أعجبت بشاب ثانى إسمه صلاح ومارست معاه الجنس ايضا بالإضافة إلى الجنس الفموى (لعق "مص" القضيب)، ومرة أحضر صديق له إسمه مازن ومارست معه الجنس إستمتعت فى الأول وبعدين فقدت الشعور بالإستمتاع. الإثنان ناموا (مارسوا الجنس معي) لحد الفجر وأمى حضرت وعلمت بما حدث معهما، وعملت محضر لهما وتم غلق المحضر بعد محاولات منها لعمل كشف العذرية وغشاء البكارة وسلامته إلا أنى هربت منها بحجة أن فى ميعاد مع مدرس اللغة الإنجليزية.
- أحد زملائى فى المدرسة شير (نشر) لى شات جنسى معاه وصورى العارية، المديرة والمدرسة كلها عرفت.
- مازلت أدمن الشات الجنسى وتصوير نفسى عارية، بالإضافة إلى المكالمات الجنسية.
- مارست السحاق مع أختى الوسطى من زمان كنا نمارس الجنس الفموى (لعق الثدى والبظر) والتقبيل والتباظر حبيت الموضوع دا أوى وعملت صداقات مع بنات كنت معجبة بشكلهن وبجسدهن (أنا مفعول به علطول "سلبية"، وأحياناً فاعلة فى العلاقة الجنسية "إيجابية)
- تعرضت لتحرش جنسى شرجى فى مؤخرتى فى السعودية وأنا فى سنة أولى إعدادى حسيت بيه أوى وإتخضيت "خوفت وأترعبت" أوى ومسك إيدى وأخذنى خلف سيارة ومش كنت عارفه أعمل أى حاجه.
- أشاهد أفلام بورنو "إباحية" مع ممارسة العادة السرية من زمان وأنا فى سن أولى إبتدائى وبعدين بطلت " امتنعت " وكنت أستثار جنسياً.
- جاءت لى الدورة الشهرية فى (٦) إبتدائى ولما شفت المنظر إترعبت أمى لدرجة أن أمى شافت "شاهدت / رأت" (الأندروير) وذهبت بى للدكتورة للكشف عن غشاء البكارة وأبويا لما شاف المنظر دا ضربنى بالشبشب.

- لا أشاهد نفسى عارية أمام المرآة، مارست العادة السرية لكن الآن لا أمارسها، أنا مش حلوة، بدور على حاجه حلوة فى شكلى وجسدى مش أجد أى حاجه حلوه أخذت هذا الإحساس من نفسى (قدمى فيها مشكلة وبتعالج علاج طبيعى وأنا من سن ٧ سنين) وساعات اعتقد أني مش حلوة من ردود فعل الناس تجاهي.
- أستثار جنسياً بشعر الفتيات " فتش ".

الإكتئاب:

- الآن لا يوجد لى أى هوايات مش ليا أى هدف فى الحياة، الحياة كلها (خرا) وكل يوم زى اللى قبله.
- أبكى لساعات ولفترات طويلة لما أكون وحدى، أعيط بدون دموع لما أكون أمام الآخرين. أموت أو أعيش مش فارقة معايا.
- ديماً مخنوقة ومش مبسوطة. ساعات أحس أنى مبسوطة ومستمتعة ثم أفقد هذا الإحساس لفترات طويلة.
- أعانى من أفكار إنتحارية عاوزة أموت بس بوقف مش عاوزة أموت كافرة.
- أقدمت على الإنتحار فعلياً بأنى وقفت أمام سيارة مسرعة تجاهى، ومرة أخذت أقراص (٣) علب مرة واحدة وحجزونى فى المستشفى، فى الأول كنت أقدم على الإنتحار بمعدل مرتين فى الأسبوع، الأمر الذى أكدته ايضا لي " أم " المفحوصة فعلياً.

سلوكيات إيذاء الذات:

- كنت أكسر فنجانين الشاى وأجرح يدى بهما وأقطع شريان يدى، ملحوظة: اليد اليسرى للمفحوصة كلها إصابات وجروح.
- أعض على شفايفى ولسانى.
- أضغط بأظافرى فى جلدى (علشان كدا أنا اطول أظافرى من فترة لأخري) لكي أغرسها فى جلدى حتي تنزف وأمص دمى بعدها.
- أحياناً كنت أقرقض فى أظافرى لحد أسالة الدماء منها ثم أتركه يتجلط وأعمل على إزالته باستمتاع غريب.
- أنا مدخنه شرهه للسجائر وللشيشة وللمخدرات أما الكحول فهو حرام!!.

هوس السرقة والكذب:

- أنا كاذبة فحياتى كلها "كذب × كذب" مش باحكى أى حاجه لأهلى سواء عن نفسى أو مشاكلى فى المدرسة.
- عندى رغبة ملحة فى الهروب من البيت وتركه لأن فيه مشاكل وخلافات كثيرة ومش اشعر فيه بأي حرية.
- أسرق كثيراً وفى أى وقت دون مراعاة للمكان والزمان.
- سرقت من سن الحضانة كنت أسرق حاجات من صديقاتى فى السعودية، وفى مصر كنت أسرق من السوبر ماركت وأسرق فى المدرسة مش أعرف أعمل كنترول على نفسى وساعات كنت أخذ حاجات من البيت وأعطيها لصديقاتى ومرة سرقت من أحد المولات الكبيرة موبايل والشرطة فحصت كاميرات الـ Center المركز" المحل " وأخذوا الموبايل اللى سرقته وقعدت فى البيت محبوسة لمدة سنة كاملة لا أخرج منه.
- لا أثق فى أحد، إنصدمت فى ناس كثيرة والناس كلهم منافقين بوجهين، الناس كلها وسخة.
- حاسة أن مفيش حد فاهمنى، مش عندى ثقة فى أهلى وعمرى ما أثق فيهم، أكره البيت مش لاقيه فيه حد يحبنى أو يقدرنى أو يتقبلنى كما أنا بدون أي شرط أو قيد.
- عندى عقدة أن مفيش حد سوف يصاحبنى " يصادقني " أو يكمل معايا علشان موضوع السرقة.
- إتعرضت لمشاكل مع بنات فى السعودية مع واحدة سعودية، وأخرى سورية، وثالثة فلسطينية وقالوا لى : "أني شكلى وحش"، وسخروا منى وشتمونى وضربونى كنت فى (٦) إبتدائى كنت أذهب للبيت باكيه وأعيط لأمى وأقولها: "والغريب أن أمي مش كانت بتعمل أي حاجه أو كان بيصدر منها أي رد فعل" واشتكيت لأبى ومش عملوا أى حاجه ومش دافعوا عنى ولما كنت أعمل حاجه غلط ينزلوا عليا ضرب وزعيق وصريخ كنت فى إبتدائى مش ليا أى شخصية كنت مهمشة فى السعودية مش أقدر أمشى على قواعد أو التزم بأي قواعد أو معايير أبداً.

- دماغى شغالة علطول، زن طول اليوم مش أقدر افصل، ديماً قلقانة ومتوترة وهو ما ظهر أيضاً أثناء المقابلة فكانت المفحوصة مشدودة وعصبية وتهز برأسها وقدميها بشكل عنيف.
- أعراض سيكوسوماتك مثل: قولون عصبى، سقوط شعر، أكزيما بتروح وتيجى على شكل بقع وكدمات فى الجلد، إضطرابات فى النوم.
- أعراض هستيرية: إغماءات متكررة حقيقية وأحياناً أمثلها بإتقان أنا أعرف أمثل وأزيف الإغماءات بشكل متميز، تشنجات وتنميل فى أجزاء كثيرة من جسدى، دوخه شديدة، قلبى أحياناً يوجعنى كثيراً.
- أعتقد بوجود عفاريت تتحرش بى جنسياً أثناء الليل.

ب- سيرة ذاتية وخواطر خاصة بالمفحوصة (ن):

- لا أقوى على تطبيق المبادئ والقواعد والمعايير السليمة برغم علمى ومعرفتى بها.
- أنا عنيدة ومشاكسة وأنانية ومغرورة ومتمردة.
- نفسى أضع حلق فى لسانى، أحب أعاند أسرتى فى كل حاجه.
- لا أعترف بإيجابياتى وبالتالى عندى طاقة سلبية عالية جداً.
- أنا باردة وكذوبة وعندى هوس السرقة وأكره النصح والإرشاد.
- جعانة إهتمام وحب وتقدير.
- خيالى واسع ومغامرة وجريئة ومرحه مع أصدقائى وكريمه معهم.
- أحب مساعدة الناس فى بعض الأحيان، طموحه ومتسامحه.
- أتمنى أن أقتل وأموت.
- لا أثق فى أحد ومع ذلك أسيطر على مشاعرى وأعصابى.
- أكره حياتى وأميل للإكئتاب وسرعة الغضب.
- عصبية جداً تجاه أمى وأحياناً أتلفظ معاها بألفاظ نابية وخارجه وحاده.
- عاوزه ابقى بنت "أعمل عملية غشاء البكارة" علشان أقدر أتجوز.
- أبى وأمى أكثر شئ يهتمان به هو مذاكرتى وتحصيلى الدراسى وتفوقى فقط.

ج- من أحلامى المتكررة: أن فى ناس بتجرى خلفى وأنا أجرى هم عاوزين يقتلونى دول عصابة وفى الآخر أري نفسى أنى أتزحلق على سور السلم.

د- نظرة المفحوصة للأم:

- أمى بتعامل أخوتى البنات نفس معاملتها لى.
- أمى عصبية وبتطلع العصبية عليا أنا.
- أمى قلقة عليا بشكل خاص.
- عمر ما أمى وقفت بجانبى أو قدمت الدعم والمساندة لى.
- أمى دائماً ما توجه النقد لى والتوبيخ والمقارنة واللوم والمعايرة (تقولى: أنت ناكرة للجميل وأن غيرى مش لاقى أكل أو لبس أو فلوس بمناسبة وغير مناسبة).
- بعد كل خناقة مع أمى لازم أنا أروح أصالح فيها، اما هي فلم تقدم مرة واحدة أو تبادر لمصالحتي كما افعل معها.
- أمى مش بتحضن أو تلمسنى أو تطبطب عليا أو تنصت لى أو حتى تسمعنى مفيش أى حوار بينى أو بينها.
- أمى تضربنى كثيراً وبشكل مؤذى وعملت محضر فى الشرطة لما إكتشفت علاقتى بصلاح ومازن وقررت وقف المحضر بشرط الكشف عليا للتأكد من عذريتى وعملت الموضوع دا معايا أكثر من مرة، ومرة تفحصني فيها جنسياً.
- نوع العقاب الذي يتبع معي هو حرمانى من كل شئ وحبسي فى الأوضة " الحجرة " بالأيام وضربى بالقلم على الوجه وبالشبشب، بالإضافة أنها تجرنى من شعرى وتمسح بى الأرض مع التلطيش والجلوس فوقى ومره ضربتنى بالشماعة وكسرتها عليا، وفى مرة أخرى ضربتنى بسلك كهرباء.
- أمى حبستنى فى البيت لمدة سنة كاملة لما أكتشفوا سرقتى لاشياء من المول. أمى عمرها ما قالت لى مش تزعلى.
- أمى كانت عاوزه توهمنى أنه تم إغتصابى وهى عارفه جيداً أنه مفيش أغتصاب وأن العلاقات تمت برغبتى أو إرادتى.
- أمى لا يهمها أنا كل ما يهمها هو كلام الناس عنا ويقولوا عنا إيه، أمى دايماً تفهمنى غلط علشان كدا أنا مش بحكى لها أى حاجه.

- أمى عندها مشاكل كثيرة مع أمها (جدتى) لانها – أي الجدة – قاعدة على كرسى متحرك عندها شلل نصفي وعاوزه مرافقة لها مدى الحياة وأبنائها يتخانقوا مع بعض حول هذا الموضوع.

هـ- نظرة المفحوصة للأب:

- أبى ديماً يفهمنى غلط ويعطينى Reaction رد فعل غريب علشان كدا أنا دايماً أتجنبه وأبعد عنه واكذب عليه.
- ابى مش مهتم، عصبى، ومتسلط، وديكتاتور وعنيد، ومش بياخذ رأى أمى فى أى حاجه.
- أبى معاقب ومؤذى جسدياً وأنا فى سن أولى إبتدائى مستخدماً كل أنواع الإيذاء الجسدى.
- أخاف من أبى وعمرى ما قربت منه أو صاحبته حتى وأنا صغيرة.
- أنا أكره أبى مش عارفه أحبه.
- أبى يكره خلفه البنات كان نفسه فى ولد ومازال ودايماً ينعى حظه ويقول: إن كل خلفته بنات.
- أبى طوال الوقت فى السعودية للعمل وكنا هناك على طول وأمى فى الاول كانت رافضة النزول لمصر لكن إحنا هنا فى مصر من يناير ٢٠١٥.
- أبى دايماً يقول لى: إن السلام على الصبيان أو الأولاد حرام، وأخذ منى الموبايل لما شاف الشات الجنسى لى، وتلقيت طبعاً كل أنواع وصنوف الإيذاء الجسدى.

و- نظرة المفحوصة لإخوتها البنات:

- عاوزه أحس أنى أكبر أخواتى.
- أبى وأمى يعاملونى كما لو كنت طفلة صغيرة.
- حاسة بنقص وبدونية شديدة.
- مارست السحاق مع أختى الوسطى.

ز- نظرة المفحوصة للعلاقة بين الأب والأم:

- أبى وأمى مهتمين بالعمل وجمع المال وتصرفاتهم غير محسوبة مثل عمل محاضر بالقسم والتشهير بى وعدم الوقوف فى صفى.
- مازال أبى يصر ويلح على أمى لكى ينجب ولد (صبى).

- خناقات مستمرة وصريحة ومعلنة ومتكررة طوال الوقت بين أبى وأمى وإتهامات متبادلة وخاصة من أبى تجاه أمى بأنها مقصرة فى تربية البنات وأنها السبب فيما وصلت إليه ويقولها: "إنت مش تعرفى تسيطرى على بناتك وأنا بعيد عنكم".
- مش حاسة أن أبى وأمى متزوجين. دايماً يسخروا من بعض ويهزأو بعض أمانا.
- أبى وأمى كلاهما يتسمان بالعصبية الحادة وبالقلق وبالتوتر وأنهما دائماً يشعروا بالضغط وعمرهما ما دافعوا عنى أو وقفوا فى صفى ولما أعمل حاجه غلط يبدأو فى ضربى وإهانتى عمرهما ما إهتموا بى ولا حاسوا بى مش فارقه معاهم.
- أنا كنت بدور على الولد (أخى) أحس بنقص (حسد القضيب) وأحس أن علاقاتى مع الأولاد أفضل من البنات عندى غل وحقد تجاه البنات (إضطراب الهوية الجنسية) نفسى كان يبقى لى أخ ولد بخاف من أبويا أوى (قلق الخصاء إضطراب مركب الأوديب).

ح- المقابلة مع الأم:

- فى خلافات حادة ومستمرة بينى وبين زوجى وهذا راجع إلى إختلاف الشخصيات فهو طباعة غير طباعى.
- إبنتى دايماً رافضانى وقاعدة لوحدها وعازله نفسها عنا، هى مش بتحكى لحد وأخذه جانب لوحدها، هى كتومه.
- ترى أن إبنتها تتضايق جداً لو الأب (الزوج) أعطى للأم هدية وتقولى: إحنا فين؟! إشمعنى أنت. دا حتى أنت مش عرفتى تجيبى أخ أو ولد.
- ترى أن إبنتها تقدم على الإنتحار فى المتوسط مرتين إسبوعياً. وإن إبنتها بتعمل مكياج ذى عبده الشيطان وعاوزه تضع حلق فى لسانها، ومره أخذت أقراص (٣) علب وتم حجزها فى المستشفى.
- ذكرت الأم أن إبنتها لا تهتم بنظافة حجرتها قائلة: إن حجرتها زفت وأنها ترمى فوطه الدوره الشهرية فى أى مكان.
- إبنتى متوحشه وتشتم فيا بألفاظ نابية ومهينة وخارجه وبذيئة.
- أعاقب إبنتى بالحرمان والضرب والتهيزأ والتوبيخ واللوم والنقد والمقارنة والمعايرة لها.

- إبنتى تأخذ جلسات علاج طبيعى فى قدمها من سن ٧ سنوات ولما جلسة فاتتها قعدت تعيط.
- ذكرت الأم أن فى مشاكل حادة وخلافات مع أخيها ونهى تراه أنه مش حنين أو عطوف.
- ذكرت الأم أنها عصبية وقلقة ومتوترة بسبب وبدون سبب.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.
- الشعور بالرفض والنبذ والاهمال الوالدي.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ المستمر ومن الحرمان المادى والمعنوى.
- الجمود والتشدد الظاهرى للوالدين.
- تركيز الوالدين فقط على التحصيل الدراسى وعلى المظهر والشكل الخارجى أمام الناس.
- تركيز الوالدين على العمل وجمع المال فقط.

ثانياً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة والمتكررة بما فيها من سب ومن إهانات ومن إلقاء اللوم المتبادل، بالإضافة إلى أن الأب غير متواجد بإنشغاله بالعمل فى السعودية وبإنشغاله وقلقه وحرصة على إنجاب ولد يخلفه ويورثه.

ثالثاً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (ن) متمثلة فى القلق الحاد والمبالغ فيه على (ن) وفحصها بشكل مستمر وهى فى (٦) إبتدائى للكشف عن عذريتها.

رابعاً: إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وحسد القضيب فهى تكره البنات وتحقد عليهن وتتمنى ولادة أخ لها بالإضافة إلى إضطراب العلاقة مع الموضوع (الأم).

خامساً: معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك مثل: القولون العصبى، سقوط الشعر، إكزيما على شكل بقع وكدمات فى الجلد، إضطرابات فى النوم.

سادساً: معاناة المفحوصة من أعراض هستيرية متمثلة فى إغماءات متكررة حقيقية وتشنجات وتنميل وخدر فى أجزاء كثيرة من الجسد، دوخة شديدة، شعور بوجع فى القلب.

سابعاً: معاناة المفحوصة من هوس السرقة بالإضافة إلى ميول وسمات سيكوباتية أخرى مثل الكذب وخرق القواعد والقوانين وممارسة الجنس الغيرى، والمثلى بدون إحساس بالذنب، وبدون هدف.

ثامناً: إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة إلى الغياب الفعلى الجسدى والنفسى للأب، والخلافات المستمرة بين الوالدين.

تاسعاً: معاناة المفحوصة (ن) من سمات وأعراض إضطراب الشخصية تمثلت فى:

- المعاناة من الإكتئاب الحاد والمصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية فعلياً، والبكاء لساعات طويلة، وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل تجريح اليد وقطع شريان اليد، غرس أظافرها فى جلدها حتى النزيف مع مص الدماء، قرقضة الأظافر حتى تدمى مع ترك الدم يتجلط ثم إزالته، عض الشفاه واللسان، تناول علب من الأقراص المهدئة، الوقوف أمام السيارات المسرعة.
- تناول السجائر والشيشة والحشيش والمخدرات بشراهه.
- سلوك جنسى قهرى ومندفع وبدون تمييز بأنواعه سواء كان فمى أوشرجى أومثلى الجنسية، وتصوير نفسها عارية بالإضافة للشات والمكالمات الجنسية.
- الميل للإنطواء وللعزله والإنسحاب أو الرقص لساعات طويلة.
- تفكير خرافى ومعتقدات وضلالات كإعتقادها أن العفاريت تمارس معها الجنس وهى نائمة.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد.
- جهود متلاحقه ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- النظر للعلاقات الإنسانية بوصفها مدمرة وغير آمنه وعدم الثقة فى أحد حتى الأهل.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى فهى لا تشعر بالثقة فى أى إنسان حتى الأهل.
- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب فى المشاعر والإنفعالات فهى أما تشعر بالتعاسة وبالحزن والإكتئاب، أو بالسعادة وبالإنطلاق.

- مشاعر وأفكار إضطهادية وتفكير بارانوى وتحس وتشعر بأشياء لا وجود لها كملامسة العفاريت لها.
- المعاناة من القلق والتوتر الحاد نتيجة الصراعات الغير محلولة والإحتياجات غير المشبعة.
- وسوس وتخييلات على مستوى الأفكار بشكل حاد.
- التعرض للتحرش الجنسى وهى فى (٦) إبتدائى من الخلف " جنس شرجي "، إدمان مشاهدة أفلام البورنو والشات الجنسى وممارسة العادة السرية. عدم الإهتمام بتطبيق المبادئ السليمة والعمل على خرقها.
- إحتياج المفحوصة للأمن وللأمان وللحماية، وللإهتمام وللتقبل وللحب الوالدى غير المشروط، حاجتها أن الوالدين يتفهمانها ويتواصلا معاها ويسمعا لها وينصتوا لها، الحاجه للإحتواء وللتقدير من قبل الوالدين.
- لا يوجد لها صديقات فالكل يتجنبهن نظراً لسلوكياتها.
- الإحساس بالنقص الشديد كوناً لمعاناتها من مشاكل فى قدمها.

نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- المفحوصة فى البداية لم تقم برسم ذاتها إلا بعد لما طلبت منها هذا بالرغم من وضوح تعليمات الإختبار والتى تؤكد على رسم ذاتها، وهو ما يعكس إكئتاب ورفض للذات وهو ما أكدته المفحوصة فى عدم تقبلها لذاتها وما تعانية من مشاعر إكتئابية حادة ومن بكاء بدون دموع من فترات مبكرة ولما تبكى بدموع لا يكون أحد بجوارها.
- رسمت المفحوصة الوجوه بدون تفاصيل وهو ما يعكس واقع مؤلم ومحبط فهى لا تريد حتى تذكر الوجوه وتعبيراتها لما تعكسه من رفض وعدم تقبلها من جانب هذه الشخصيات، بالإضافة إلى رسمها سماعة إذن فهى تريد إن تعزل نفسها عن هذا الواقع الناقد المقارن الموبخ لها هذا من جهه، ومن جهة أخرى فهى تعزل نفسها أيضاً عن الخلافات الأسرية لما تسببه لها من قلق حاد فعقلها منشغل دوماً وهو ما ينعكس على جسدها فى صورة أعراض سيكوسوماتك.
- رسمت المفحوصة نفسها أسفل الأب وهو ما يعنى ويعكس توحد مع المعتدى " الاب " لأن الأب يريد أولاد ذكور فقط كما انه رافض للبنات، كما يعكس إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بجسد القضيب.

- الأب دائماً منعزل باللاب توب فهو غائب على المستوى السيكولوجى وكذلك الأم (مش بتقعد معانا على طول فهي دائماً فى المطبخ) حتى الأخوه كلاً منشغلاً بذاته وهو ما يعكس ضعف الروابط الأسرية بشكل واضح.
- التأكيد على محيط الرأس يعكس حدة القلق والإنشغال والتثبيت وحدة التخييلات بوصفها أداة تعويضية بديلة للإشباع بالإضافة لمشاعر باثولوجية حادة لدى جميع أفراد الأسرة.
- حذف القدمين يشير إلى الشعور بالتقييد وبالعجز وقلة الحيلة، بالأضافة للتردد والإنسحاب والإكتئاب بالإضافة أنها تتعالج فى قدمها علاج طبيعى وهى فى سن السابعة .
- رسم الذات أسفل يمين الصفحة تشير إلى إعتمادية غير مشبعة على الأم وفشل التبعية الأنثوية بالأم.
- رسم الأم وهى منشغلة بالطهى تعكس الصورة التقليدية للأم تلك التى ترتبط بالحاجه للتغذيه لدى الأطفال.
- عزل الأم والأختان بعيداً وعلى يسار الصفحة تعكس إحساس المفحوصة بالرفض والنبذ وأن هناك تمييز وتفضيل فى المعاملة لدى الأختان على حسابها. (كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٩٣؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦ – ٧؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠١٥: ٥٠)

ملخص نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- عدم وجود إستقرار أسرى – وهو ما يميز أسر مضطربي الشخصية الحدية – بالإضافة لضعف الروابط الإنفعالية والإجتماعية وسوء التوافق بين أفراد الأسرة فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبتخييلاته عن الأخر.
- إضطراب مركب الأوديب مصحوب بحسد القضيب، وإضطراب العلاقة مع الموضوع وفشل فى التعيين الأنثوى بالأم.
- قلق حاد ناتج عن صراعات غير محلولة وغير مشبعة وعن تخييلات عدوانية وجنسية.
- التوحد مع المعتدى (الأب) وإعتمادية سلبية على الأم.

- مشاعر إكتئابية حادة والشعور بأنها مقيدة بالواقع وهو ما يتعارض مع سلوكها الإندفاعى بالإضافة لشعورها بالقمع وبالعجز وقلة الحيلة.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتيسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ورافضاً ومحبطاً والهروب بعيداً عنه بالإنشغال وبالتخييلات.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى والميل للوحدة وللعزله والإنسحاب من المجتمع بعدما تعرضت منه – أي المجتمع – لكل صنوف الالم سواء جسدياً أو نفسيا أو كلاهما.
- إضطراب فى صورة الذات وصورة الجسد.

نتائج إختبار رسم H.T.P:

أولاً – رسم المنزل:

- إستخدام الخطوط الباهتة فى رسم المنزل يشير إلى القلق المتعلق تجاه المنزل بشكل عام.
- رسم المنزل فى منتصف أسفل الصفحة يعكس درجة حادة من الإكتئاب.
- إستخدام جوانب الصفحة ورسم الوحدة قريباً من جانب الصفحة يشير إلى شعور عام بعدم الأمن، وحساسية زائدة بالإضافة إلى نزعات عدوانية ناتجة عن إحباط شديد.
- رسم مطر وسحب إشارة إلى بيئة تتسم بالقمع والعدوانية، بيئة ينقصها الدفء والحب، كما تعكس قلق معمم بالموقف الذى يمثله المنزل للمفحوصة من نزاعات وصدمات.
- رسم سقف عليه مدخنه تعبير رمزى عن مشاعر عجز المفحوصة عن مواجهة قوى لا سيطرة لها عليها.
- رسم نوافذ من غير قضبان قد يمثل أحياناً شهوية فموية أو شرجية أو كليهما وهو ما تأكد من خلال المقابلة لممارسة المفحوصة الجنس بدون تمييز أو هدف أو رغبة، بالإضافة للسحاق مع أخريات.
- رسم نوافذ عالية مفتوحة وبدون قضبان أو ستائر يدل على خيال عدوانى يؤدى إلى الشعور بالذنب.
- التأكيد على مقبض الباب يعكس شعور زائد بإنشغال قضيبى (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٣٩ – ٣٤٨).

ثانياً – رسم الشجرة:

- ظهور الجذوع فى رسم الشجرة يشير إلى إنحراف باثوفورمى عن الواقع بالإضافة لمشاعر إكتئابية ترتبط بخبرات حياة مبكرة، وعدم الشعور بالأمن وإتصال ضعيف بالواقع.
- إتساع الجذع عند القاعدة يشير إلى بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه السوى مما ينتج عنه إنكماشاً فى نضج الشخصية.
- الشكل المقوس لأرضية الشجرة يتضمن تعلقاً بالأم لم يحل بعد.
- رسم الشجرة كما لو كانت كثقب مفتاح يشير لدفعات عدائية قوية.
- رسم ثمر تفاح يشير إلى شخصية إعتمادية بالإضافة لتخييلات الحمل والإنجاب وهو ما تأكد من خلال المقابلة أن الأم قامت بعمل كشف عذرية للمفحوصة (الإبنة).
- رسم شمس كبيرة وأشعة صادرة من الشمس نحو الشجرة تشير إلى وعى حاد بعلاقة مع شخص متسلط.
- إنحناء الشجرة نحو اليمين مع تأكيد زائد على الفروع جهة اليمين يشير إلى عدم إتزان فى الشخصية نتيجة نزعة قوية جدا لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالى والحصول بدلاً منه على الإشباع من خلال المجهود الذهنى، تثبيت على المستقبل أو رغبة فى نسيان ماضى غير سعيد.
- رسم الفروع مدببة تشير إلى خوف تحت شعورى من الخصاء بالإضافة لنزعات مازوخية.
- رسم أوراق ذات بعدين تشير إلى محاولة تعويضية زائدة للهروب إلى الواقع ومشاعر أساسية بنقص الكفاءة وتظاهر سطحى بالتوافق الجيد.
- التظليل يشير إلى قلق حاد (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٥٣ – ٣٥٧).

ثالثاً: رسم الشخص:

- تظليل زائد للشعر يشير إلى تخييلات وصراعات داخلية فى الشخص وصعوبة فى التوافق كما تعكس أيضاً قلقاً حاداً ناتج عن صراعات غير محلولة وغير مشبعة وسلوك منحرف.

- إهتمام زائد بالعينين يشير إلى حساسية زائدة للنقد من الآخرين وكمصدر للإشباع وكوسيلة تحذيرية للفرد من العناصر الخطرة. والمهددة فى بيئته وهى الوظيفة التى يركز عليها الفرد البارانوى شديد الإنتباه لكل تفصيل حوله.
- رسم حاجب كث يشير إلى وجود خصائص شخصية بدائية فظه غير مكبوح جماحها.
- رسم رموش حاده تعكس عداوه تجاه الواقع.
- رسم الشفتين محكمتين عادة ما تشيع فى رسوم الفتيات المنشغلة بالجنس.
- التأكيد الزائد على الفم يشير إلى إنحرافات سيكوجنسية وتثبيت ونقص فى النضج الإنفعالى والإجتماعى أو قلق ناشئ عن دفعات فمية شبقيه أو فمية عدائية.
- التأكيد على العنق يمثل صراعاً بين الضبط العقلى وبين التعبير عن حوافز الجسم والتى قد تكون جنسية فى طبيعتها.
- عدم رسم خط قاعدة العنق يشير إلى سريان حر غير توافقى للبواعث الجسمية الأساسية مع إحتمال نقص الضبط.
- عدم تساوى الكتفين فى الرسم يشير إلى عدم إتزان الشخصية، بالإضافة لصراع فى الدور الجنسى.
- الكتفان مربعان بزاوية حادة يشير إلى دفاعية زائدة وإتجاهات معادية وهو ما يؤكده أيضاً فى رسم الأكتاف بارزة.
- رسم كتفين قويتين يشير لوجود بعض الإحتجاج الذكرى.
- إمتداد الذراعين فى عجز إلى الأمام أو إلى الخارج من الجانبين تشير إلى حاجه المفحوصة للعون وللدعم وللمساندة الإجتماعية والإنفعالية.
- رسم جذع كبير الحجم يشير إلى وجود بواعث كثيرة غير مشبعة قد تكون المفحوصة واعية بها بشدة.
- زيادة التأكيد على الخصر يتضمن صراعاً بين ضبط الحوافز الجنسية والتعبير عنها.
- رسم الأصابع مدببة تعكس عدواه تجاه الواقع والعالم الخارجى ناتج عن شعورها بالإحباط.
- رسم حزام يشير إلى صراع ضد التعبير والإفصاح عن رغبات جنسية وإنشغال جنسى؛ بالإضافة للتأكيد على رسم " توكه الحزام " يشير إلى إنشغال قضيبى.
- رسم القدمان طويلتان تشير إلى الحاجه للأمان.

- رسم الأقدام ثقيله وكبيرة تعبر عن الخوف من إحتمال فقدان الإتصال بالواقع وبالعالم الخارجى.
- الرسم تبدو عليه ملامح أنثوية وذكورية تشير إلى إضطراب الهوية الجنسية و إضطراب التوحد الجنسى (كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٧٢ – ٧٤؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٤٥٩ – ٢٨٨).

ملخص نتائج H.P.T:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً ورافضاً وقامعاً ونابذاً والبعد عنه وتجنبه بالتخييلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة مع وجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- معاناة المفحوصة من قلق حاد وتوتر شديد ومشاعر إكئتابية حادة.
- الشعور بالرفض وبالنبذ وعدم التقبل الوالدى والمجتمعى.
- مشاعر خاصة بنقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرار فى المواقف الإجتماعية.
- الحاجه للدفء وللإهتمام وللتقبل وللأمن وللحماية وللدعم وللمساندة الإجتماعية والنفسية والحاجه للتأثير فى البيئة دون محاولة ضبطها.
- عدم الشعور بالأمن والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.
- إنشغال زائد بالجنس وإهتمام شهوى زائد فموى أو شرجى أو كلاهما.
- إضطراب كلا من صورة الذات وصورة الجسد.
- عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الصريح الإنفعالى.
- الشعور بالعجز وبالنقص واليأس وقلة الحيلة والعجز عن مواجهة الضغوط البيئية مع نزعة قوية للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.

- إعتمادية شبقية فميه نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى مع ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وحسد القضيب واحتجاج ذكرى والتوحد مع المعتدى (الأب)، وإضطراب العلاقة مع الموضوع.
- حساسية زائدة للنقد من الآخرين ناتج عن إنحرافات جنسية.

ونتبين مما سبق أن نتائج إختبار H.T.P جميعها ما هى إلا إنعكاساً لخصائص وسمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية.

الرسم الحر:

- يعكس حالة من القلق والتوتر الحاد الناتج عن صراعات غير محلوله وإحتياجات غير مشبعة وهو ما ظهر فى الرسومات على شكل شخبطه (رسوم بدائية) وهو ما يدل أيضاً على ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى وتظليل شديد وهو ما يعكس حالة القلق الحاد.

صورة إكلينيكية مجمعة للحالة الرابعة (ن):

١- معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى :

- المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية والبكاء لساعات طويلة وهى منفردة بذاتها والبكاء صمتاً أمام الآخرين حتى ولو كان الآخر هم الأهل، بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء الذات مثل تجريح اليد، تقطيع وجرح الشفاه، عض اللسان، غرس الأصابع والأظافر فى الجلد، قرقضة الأظافر حتى تدمى ومص الدماء أو الإنتظار حتى يتجلط الدم والعمل على إزالته، تناول كميات كبيرة من الأقراص والادوية بهدف الانتحار، الوقوف أمام السيارات المسرعة بشكل مفاجئ.
- تعاطى المخدرات وتدخين السجائر والشيشة بشراهه، والميل للإنطواء وللإنزواء وللعزلة ورفض الإختلاط بأفراد أسرتها وخاصة الوالدين.
- سلوك جنسى ذات طابع إندفاعي وقهرى، وإقامة علاقات جنسية ومتعددة ومتكررة وشاذة، بالإضافة للجنسية المثلية وممارسة السحاق (إيجابى وسلبى)، وإدمان الشات الجنسى والمكالمات الجنسية، فتشية الشعر (إعجابها الشديد لدرجة الإستثارة بشعر الفتيات)، إدمان أفلام البورنو وممارسة العادة السرية من سن مبكرة.

- التعرض للإعتداء والتحرش الجنسى الشرجى وهى طفلة فى السعودية.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد.
- مشاعر وأفكار إضطهادية ذات طابع بارانوى فهى لا تثق فى أحد حتى أهلها وخاصة الوالدين، بالإضافة إلى التفكير الخرافى وإيمانها الشديد والمطلق بوجود عفاريت يتحرشن بها وهى نائمة.
- ميول وسمات وأعراض هستيرية ذات طابع إغمائى تشنجى.
- ميول وسمات سيكوباتية متمثلة فى هوس السرقة والكذب والخداع والتمرد على كل قيم المجتمع وعاداته ومن موروث ثقافى وإجتماعى فهى لا تقوى على تطبيق المبادئ السليمة برغم علمها ومعرفتها بها، بالإضافة إلى العند والمشاكسة والأنانية والغرور، كما ترى نفسها أنها باردة، ومغامره وجريئة، بالإضافة لرفضها للقيم والأعراف المجتمعية.
- قلق حاد، وخوف إجتماعى ناتج عن إحساسها بالرفض وبالنبذ وعن صراعات حادة غير محلولة بالإضافة إلى عدم ثقتها فى الآخرين وخاصة أهلها متمثلة فى علاقاتها بأبيها وأمها.
- المعاناة من شراهة فى تناول الأطعمة ترجيع الأكل كاملاً لإحساسها بالرفض وبالنبذ من الأهل والأصدقاء.
- وسواس وتخييلات على مستوى الأفكار لدرجة أنها تفقد إنتباهها وتركيزها.
- الشعور بالنقص وبالدونية وإنخفاض تقدير الذات لديها بشكل واضح.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الإستقلال عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم.
- جهود مضنية ومتلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى فهى لا تشعر بالثقة فى أى إنسان وترى العلاقات الإنسانية بوصفها علاقات خطرة ومهددة وغير آمنه.

- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى نتيجة العلاقة التكافلية بالأم.
- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- ترى المفحوصة نفسها أنها جعانة إهتمام وحب وتقدير وخاصة من الوالدين.

٢- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين.
- المعاناة من القمع والقهر والتسلط الوالدى.
- الشعور بالرفض والنبذ والإهمال الوالدى.
- التعرض للنقد وللمقارنة وللمعايرة واللوم والتوبيخ المستمر ومن الحرمان المادى والمعنوى.
- الجمود والتشدد الظاهرى الوالدى.
- تركيز الوالدين فقط على التحصيل الدراسى وعلى المظهر والشكل الخارجى أمام الناس.
- إنشغال الوالدين وتركيزهما على العمل وعلى جمع المال فقط.

٣- إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة والمتكررة بما فيها من سب ومن إهانات ومن إلقاء اللوم المتبادل بالإضافة لغياب الأب نتيجة سفره وعمله بالسعودية وإنشغاله بأعماله، والقلق والحرص الزائد من الوالدين وخاصة الأب على إنجاب ولد.

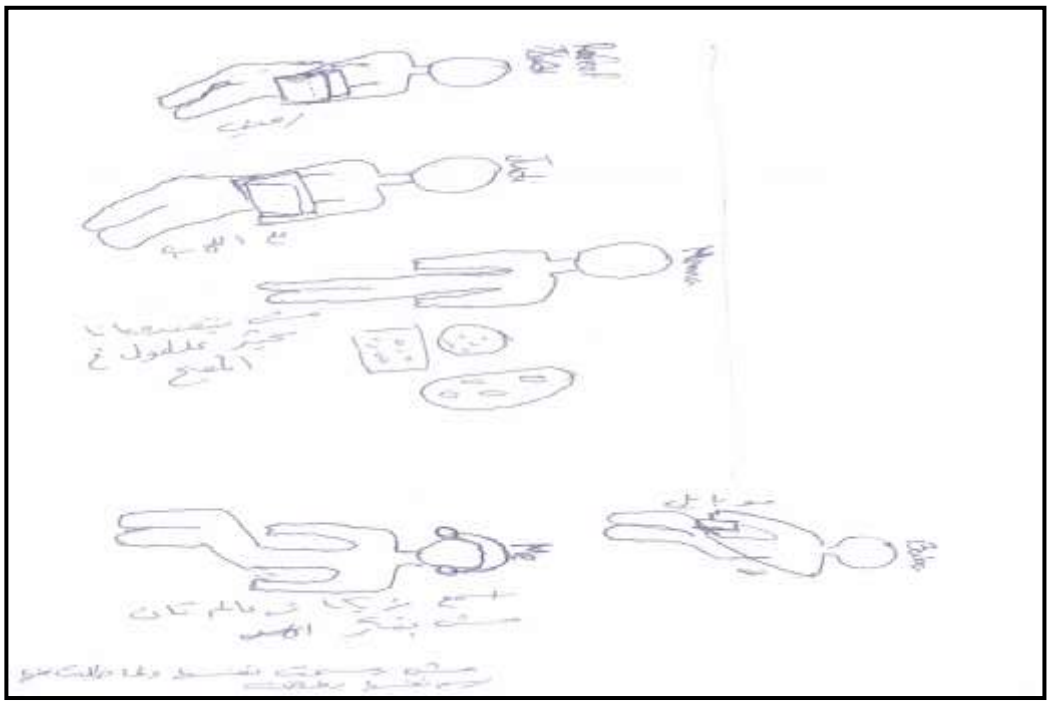
٤- العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة متمثلة فى القلق الحاد والمرضي المبالغ فيه على نهى وفحصها بشكل مستمر وهى فى (٦) إبتدائى للكشف عن عذريتها، وهو ما أدى بدورة إلى:

- إعتمادية سلبية على الأم.
- وهذا بدوره أدى إلى ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى، ونقص فى التلقائية الإنفعالية والميل للإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتها الداخلية أكثر من إعتمادها على بيئتها وعجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل أيضاً على ضعف الأنا.
- المعاناة من القلق وخاصة القلق من فقدان الموضوع وقلق الإنفصال عن الأم.
- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وقلق الخصاء وحسد القضيب وبتخييلات سادية جنسية تجاه الأب فى ظل وجود أنا أعلى سادى معاقب للذات على هذه التخييلات سواء من خلال المازوخية أو بسلوكيات إيذاء الذات أو بالوساوس الفكرية.
- إضطراب العلاقة مع الموضوع (الأم) بالإضافة إلى تناقض وثنائية وجدانية تجاه الأم.

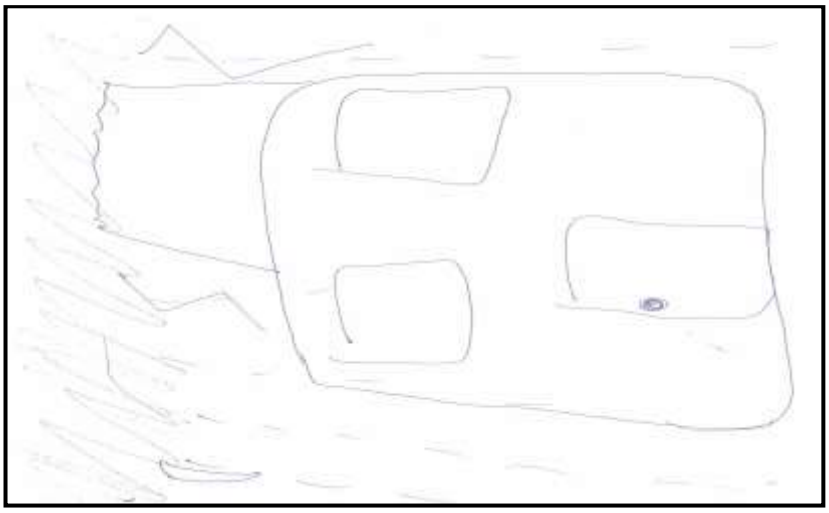
- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.
- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.
- واقع مؤلم ومحبط وبيئة غير آمنه ومهددة وخطرة.
- وهذا بدوره راجع أيضاً إلى إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها.
- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً.
- ضعف الإتصال بالواقع والإستغراق فى التخييلات بوصفة صورة تعويضية بديلة للإشباع، بالإضافة لوجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- ضعف قدرة المفحوصة على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية، والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- المعاناة من الإضطراب السيكوسوماتك مثل: القولون العصبى، سقوط الشعر، إكزيما على شكل بقع وكدمات فى الجلد، إضطرابات فى النوم.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.
- معاناة المفحوصة من تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، المبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة للتفكير السلبى والتشؤمى، مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناة، ووجود توترات قوية تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية بالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعى ذات الطابع القهرى.
- معاناة المفحوصة من جرح نرجسى عميق ناتج عن شعورها بالرفض وعدم التقبل الوالدى.
- دفاع ضد تقارب جنسى وخاصة الأب، إعتمادية سلبية.
- إعتمادية شبقية فمية نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو الجنسى.

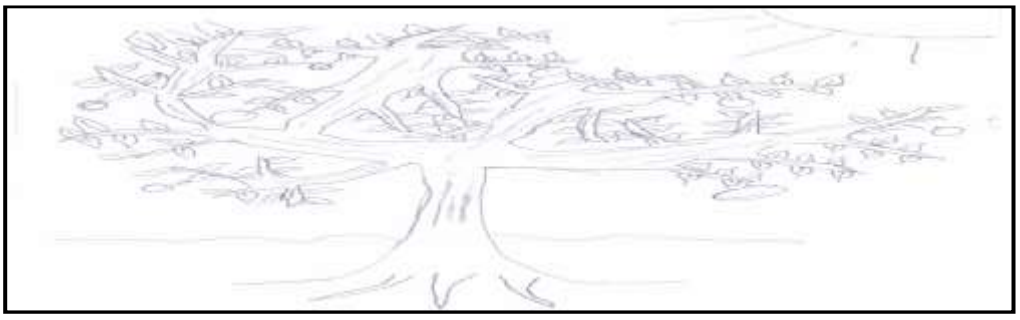
- إتجاه أنثوى سلبى، مازوخية وجنسية مثلية مفعلة بدأت بممارسة السحاق مع أختها في سن مبكرة.
- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ القرارات المناسبة.
- وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوصة مثل الحاجه للحب وللإهتمام وللتقدير وللتقبل الوالدى غير المشروط، الحاجه إلى الأمن والحماية والإستقرار، الحاجه للدعم وللمساندة الأسرية والمجتمعية، الحاجه إلى تحقيق وتوكيد الذات.
- إرتفاع قابلية المفحوصة للعناد وللتمرد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية أو كل من يمثلها، كما أن المعارضة لديها تتجه نحو الذات مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخى.
- من الميكانيزمات السائدة لدى المفحوصة ميكانيزمات مثل: الإسقاط، التبرير، النكوص، الإنكار، القمع، الكبت، توهم القدرة المطلقة، الإفتئات (الالتهام أو التلاشى على المستوى المتخيل).

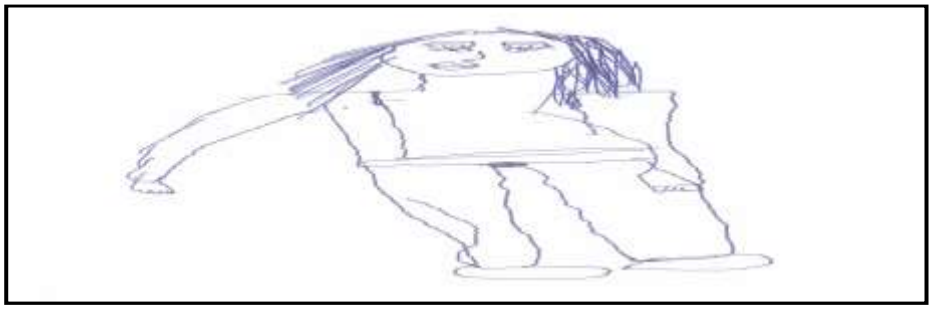
اختبار رسم K.F.D



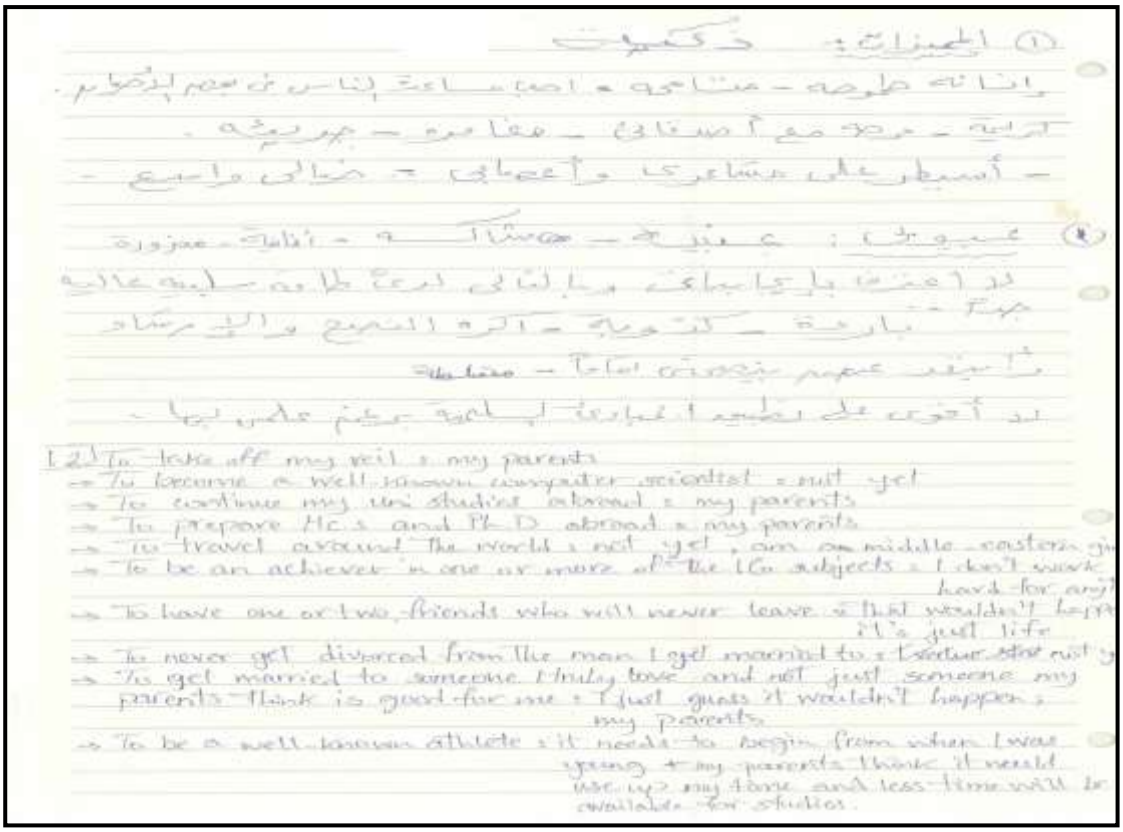
إختبار H.T.P

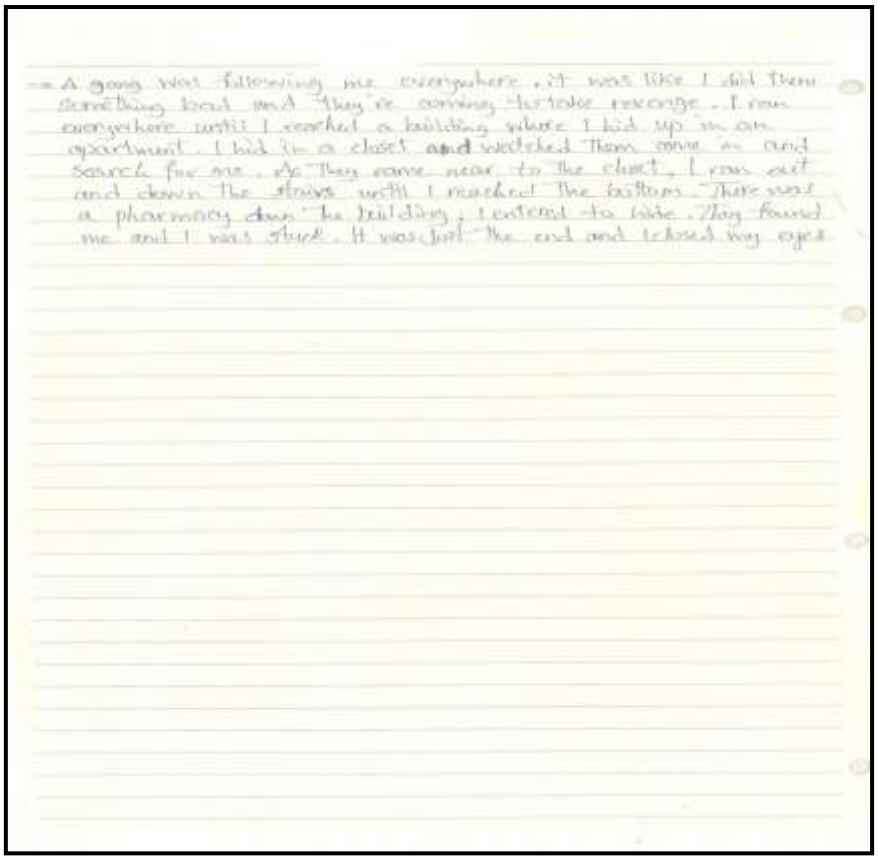






خواطر وسيرة ذاتية




A gang was following me everywhere. It was like I did them something bad and "they're coming to take revenge". I ran everywhere until I reached a building where I hid up in an apartment. I hid in a closet and watched them come in and search for me. As they came near to the closet, I ran out and down the stairs until I reached the bottom. There was a pharmacy down the building; I entered to hide. They found me and I was shot. It was just the end and closed my eyes

الحالـة الخامسة (أ)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: أ . أ . م النوع: ذكر.

العمر: ١٨ سنة.

التعليم: كلية الطب – الفرقة الأولى.

الأب: أستاذ جامعى، ويعمل حالياً ومنذ فترة طويلة فى الخارج.

الأم: أستاذة جامعية، وتعمل حالياً ومنذ فترة طويلة فى الخارج.

الإخوة: لا يوجد – حيث ولد أحمد فى عمان بعد معاناة طويلة حيث جاء مولده بعد سنوات وبعد محاولات شاقة، فهو الإبن الوحيد.

أ- نتائج المقابلة مع المفحوص (أ):

- من هواياتى المفضلة: إدمان الألعاب الإلكترونية وخاصة الألعاب التى فيها قتل ودمار وإنتحار، ليس لى هوايات أخرى حتى الكورة لا أحبها ولا أشاهدها.
- كنت أتمنى دراسة علم الفضاء لدرجة إنى أستغرق وقت طويل على شبكة الإنترنت حول كل ما يدور عن علم الفضاء والحشرات، مش حاسس أنى هكمل فى كلية الطب، دخلت كلية الطب رغماً عن ارادتي كنت اطمح ان أطلع " اصبح " مبرمج كمبيوتر أو متخصص فى علم الفضاء لكن أمى أجبرتنى على دخول الطب وبناء على رغبتها وإصرارها.
- أعانى من القلق الحاد، ومن افكار وسواسية (دماغى لا يتوقف عن التفكير وخاصة التشاؤمى والسلبى)، أعانى من قلق التقييم ومن الخجل الإجتماعى.
- أمارس العادة السرية بإفراط ومشاهدة الأفلام الإباحية وخاصة تلك التى تحتوى على علاقة جنسية بين إمرأة وإمرأة.
- تنتابنى ثورات غضب وتقلب فى المزاج إسبوعياً وبشكل متكرر فأنا سهل الإستثارة والغضب، فأنا دائم الحركة واللف والدوران داخل المنزل بشكل مفرط.
- أسمع وأشم أشياء لا وجود لها.
- المكسب عندى مهم جداً مش مستعد لأى خسارة ولا أتقبلها.
- جرحت يدى وزراعى وفى وركى (فخذى) بإستخدام مشرط لأنى لما أتعصب أعمل كدا.
- أظل لفترات طويلة أضرب رأسى حتى النزيف.

- اخذت حبوب (أدوية مهدئات) للإنتحار.
- إستخدمت سكين بهدف جرح وإيذاء ذاتى.
- أفكار ملحة تسيطر على بهدف الإنتحار وعقاب الذات بزيادة.
- مش أهتم بحياتى (عملت حادثة شالونى للمستشفى وأصبت بشكل حاد) كنت متعمد دا، وعملت حاجه مجنونه فى رحلتى إلى ماليزيا وركبت موتوسيكل بالرغم مش أنى أعرف شيئاً عن قيادة الدرجات البخارية وعملت حادثة أصيبت فيها أيضاً، وجائتنى فكرة أخرى أيضاً فى ماليزيا أنى أركب (كبسولة طلقة شديدة السرعة والانطلاق لاعلي في مدينة الملاهي) لكن أمى رفضت بشدة. أما لو أنا أتعرضت للخطر فعادة مش اهتم.
- أعانى من الإكتئاب ومن الحزن والضيق والملل والكسل واللامبالاه ومن الأنانية فأنا لم أعد أهتم بشئ أصبحت سلبى، عايش عيشة زفت، مش عاجبنى أى شئ، أبكى لوحدى فترات طويلة.
- إفراط فى التدخين وأتعاطى كحوليات وحشيش على فترات.
- ليس لى أصدقاء أو زملاء فأنا لا اهتم بأحد ولا أحد يهتم بى، لا أثق فى أحد، حياتى فاضية خاوية، لا معنى لها، فأنا أفضل الوحدة والعزلة فى بيتى (حجرتى) بعيداً عن الآخرين.
- مش بحب نفسى، لا أحب شكلى، ولا أحب جسدى، لا انظر لنفسى فى المرايا.
- أنا دائماً متردد وفى حالة صراع مستمر، بالإضافة إلى أننى عادة أكذب على أبويا وأمى فى معظم الأوقات وخاصة فيما يتعلق بالمذاكرة.
- أعجبت ببنت من شهرين فى الجامعة هى طيبة وشخصيتها كويسة إسمها (آلاء) الأولى على الجمهورية بس هى معقدة نفسياً شعرت بصدمة عاطفية بعد ما رفضتنى شعورى تجاهها بحبها بس مش طايقها.
- كل بنت أحبها تبقى زى أختى مش أبص (أنظر) باصة وحشه لأى واحدة، فأنا أعجبت (بآلاء) لشخصيتها مش حب جنسى شكلها حلو بس مش مركز فى الحتة دى أوى أنا أعجبت بها علشان هى شبه أمى كثيراً.
- من أحلامى المتكررة والمزعجة "حلمت بأن واحدة صحبتى كانت قاعدة معايا فى الكافيتيريا وجاء شخص مرتدى قناعاً ذى " مثل " قناع التنين المخيف وماسك سيف

علشان يقتلني بس أنا قتلته بعد ما طلع (أشهر) السيف بتاعة وموت ولد فقمت وبطريقة عبقرية وضربته بالرصاص فى قدمه.. الحلم دا أتكرر كتير بعد ما كنت أعجبت ببنت أسمها (هايدى) هى اللى ضيعتنى جامد لدرجة أنى مش أقوم من على السرير، كنت أتمنى أجد واحده زيها" . هذا الحلم يعكس إضطراب مركب الأوديب ومخاوف مرعبة من قلق الخصاء وتعيين أنثوى بالأم، كما يعكس إفتقاد المفحوص للأمن وللأمان وللحماية.

ب- العلاقة مع الأم:

١- نتائج المقابلة مع الأم:

- الأم قلقة بشكل مرضى على الإبن وهو ما يعكس لب العلاقة التكافلية مع إبنها، بالإضافة لمحاولاتها الدائمة سواء على المستويين الشعورى واللاشعورى عزل وإبعاد الأب عن هذه العلاقة.
- ومن علامات وأعراض العلاقة التكافلية إنها تمنع تدخل الأب سواء فى الحديث " الكلام " (أثناء المقابلة) أو فى تربية وتنشئة المفحوص (أحمد) وتمنعه – (أي الاب)- حتى من أن يعبر عن رأية لدرجة أن الأم نهرت زوجها بشدة وبعنف وبتجريح عندما عبر عن رأيه تجاه المفحوص (الإبن) أثناء المقابلة.
- عندما بدأنا العلاج مع المفحوص بدأت تتدخل لمنع أى تحسن يطرأ على المفحوص لدرجة أنه عندما تم حجزه فى المستشفى كانت تتصل به أكثر من مرة ولساعات وتسئلة أسئلة مثل: إستيقظت أمتى؟! ماذا أكلت؟ ماذا شربت؟ ومين معاه وبيعمل إيه؟! بتذاكر ولا لأ؟! لدرجة إن المفحوص أشار وأكد أنه أمه تعد عليه أنفاسه.
- الأم دائمة النقد والمقارنة واللوم والتوبيخ لإبنها فتركيزها فقط على المذاكرة، فلا يعينها معاناة وإضطراب إبنها لكن كل ما يهمها هو التحصيل الأكاديمى وأن إبنها يكون دائماً متفوقاً ولا أحد من زملائه يتفوق عليه، أو يسبقه، وأن يظل معتمداً عليها.
- الأم متسلطة وقامعة لرغبات وإحتياجات إبنها بالإضافة لتدخلها فى كل تصرفاته وأفعاله.

٢- رأى المفحوص (أحمد) فى أمه:

- يرى أحمد أنه أقرب إلى أمه كثيراً مقارنة بأبيه، لدرجة أنه كان ينام بجوارها لحد ثالثة ثانوى.

- يرى أن أسلوب أمه معه منفر فهى دائمة المقارنة والنقد واللوم والتوبيخ له، وأنها دائمة التعصب وسهلة الإستثارة وسريعة الغضب ولا تهدأ بسهولة.
- أمى لا تحضن ولا تنصت لى فهى لا تسمع لأحد إلى إلا لصوتها فقط، أمى دائمة القلق بشكل حاد ومبالغ فيه خوفاً على.
- لما ذكرت لأمى أنى اريد مساعدة ومشورة نفسية كانت مصدومة ومش مصدقة بل ومندهشة، لانها تري اني عايش عيشة لا يحلم بها أحد.
- أمى تحرجنى أمام الجميع وأمام زملائى من صغرى لحد الآن بحجة القلق على.
- لما عملت حادثة أمى كانت عصبية وتصرخ مش خوفاً لكن لوماً على مافعلته.
- أمى مازالت تعاملنى كطفل وتصر علي هذا طول الوقت.

ج- العلاقة مع الأب:

١- نتائج المقابلة مع الأب:

- يرى أن زوجته قلقة بشكل مرضى ومبالغ فيه ومضر مع أحمد (المفحوص) وأنه تمنعني من ممارسة أى دور مع إبنه بشكل أو بآخر.
- يرى أنه ليس له أى سلطة على إبنه أو على زوجته سوى تلبية رغباتهم وإحتياجاتهم المادية.
- يرى أن زوجته عصبية بينما هو يميل للهدوء.

٢- رأى المفحوص (أحمد) فى أبيه:

- يرى أن أبيه هادى وسلبى غير مبالى وغير مهتم وأن شخصيته ضعيفة زيادة عن اللزوم لدرجة أنه لا يستطيع التدخل فى تربيته.
- أشار المفحوص أنه غير راضى عن شخصية أبوه وأن إهتمام أبيه به أقل من إهتمام أمه به، ويرى أن أبيه يطبطب إلا أنه مش بيحضن زيه زى الأم.

د- العلاقة بين الأب والأم:

- ذكر المفحوص أن هناك خلافات معلنة ودائمة وبشكل مستمر بين الوالدين وبصوت عالى، وأن العلاقات بين أهل أمى وأبى مقطوعة فنحن لا نزور أحد، ولا أحد يزورنا،

كما أن أبى دائم الخلاف مع أمه (جدتى) لدرجة القطيعة، فنحن أسرة منغلقة لا نزور أحد ولا أحد يتبادل معنا الزيارات.

- ذكر المفحوص أن أبيه بيقول كلام مش حلو على أمى ودائماً يهددها بالطلاق فهو دائماً ما يقول لها: أحمدى ربنا أنى إتجوزتك، وأمى تقوله: أحمد ربنا أن فى واحده إتجوزتك. ولهذا فأنا دائماً منطوي ومنسحب ومتجنب ومنزوى.
- ذكر المفحوص أنه إنصدم مع قوانين الأسرة فأهله دائماً ما يعاملونه كطفل.
- أبى وأمى دائماً فى خلاف حول تربيتى فكلاهما أسلوبهما مختلف فى التعامل معى فهما متناقضان حول كل شئ، وفي كل وقت.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- التعرض للعقاب البدنى والنفسى من قبل الوالدين وخاصة الأم.
- المعاناة من القمع والتسلط من قبل الأم.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ بشكل مستمر وخاصة من الأم.
- الأب غير مبالى وضعيف بينما هناك أم قوية ومتسلطة.
- كلا الوالدين لا يمنحان الحب المشروط لإبنهما وكلاهما لا يحضن المفحوص ولا يمنحاه الإهتمام أو التقدير أو العناية الكافية.
- كلا الوالدين عانين من إضطرابات نفسية بالإضافة للخلافات المستمرة بينهما.

ثانياً: إضطراب العلاقة بين الوالدين بالإضافة للقطيعة المستمرة للأهل من الطرفين فلا أحد يزورهم ولاهم يزوروا أحد، حتى علاقة الأب مع أمه مضطربه لدرجة القطيعة والعزلة منذ ولادة أحمد (المفحوص).

ثالثاً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوص (أحمد) ومنع وعزل الزوج (الأب) وإبقاءه بعيداً عن ولوج هذه العلاقة، فالأم متسلطة وقامعة لرغبات وإحتياجات إبنها ومحاولاتها اللاشعورية فى إبقاءه معتمداً عليها ومنعه من النمو والنضج الإنفعالى والإجتماعى فهى التى تحدد له ماذا ينبغى وماذا يكون.

رابعاً: إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وتعيين إنثوى مع الأم، التوحد مع المعتدى (الأم).

خامساً: إضطراب الهوية الجنسية وخلط حاد وشديد فى الدور الجنسى بالإضافة إلى ميول جنسية مثلية.

سادساً: معاناة أحمد من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى:

- المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية، بالإضافة إلى البكاء لساعات طويلة، وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى، والإندفاع بشكل قهرى فى سلوكيات خطرة ومدمرة الهدف منها إيذاء وعقاب الذات.
- الميل للإنزواء وللتجنب وللعزلة وللإنطواء لفترات طويلة فليس له أصدقاء أو أصحاب.
- الإستهداف للإصابة وللحوادث.
- التقلب المزاجى وسلوكيات فرط الحركة ورفض الذات.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد.
- الإفراط بشراهه فى التدخين وتعاطى الحشيش والكحوليات على فترات.
- المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن بإضافة إلى اللجوء للتخييلات كوسيلة بديلة تعويضية للإشباع.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى.
- وسواس وتخييلات على مستوى الأفكار.
- مشاعر وأفكار إضطهادية وتفكير بارانوى وهذاءات فهو يسمع ويشم روائح لا وجود لها، كما أنه غير مستعد لتقبل أى خسارة.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى نتيجة العلاقة التكافلية مع الأم.
- معاناة المفحوص من القلق المعمم، وقلق التقييم، والخجل الإجتماعى فهو يخشى من وجهة نظر الآخرين فيه نتيجة جرح نرجسى شديد وإحساسه بالرفض ومعاناته من المقارنة والنقد واللوم والتوبيخ من قبل الأم.

- ممارسة العادة السرية بإفراط وإدمان المواقع الإباحية والألعاب الإلكترونية.
- رفض الذات ورفض الآخرين فهو غير مبالى بنفسه وبالآخرين.
- المعاناة من القمع والقهر والتسلط الوالدى.
- الحاجه للحب وللتقبل وللحب غير المشروط، الحاجه للأمن وللحمايه وللإهتمام وللتقدير، الحاجه للإستقرار، الحاجه إلى تحقيق وتقدير الذات.
- ميول وسمات سيكوباتية مثل الخداع والكذب والعناد والتمرد وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية.

نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- رسم المفحوص ذاته بأذرع متعددة (أربعة أذرع) وهو ما يعكس رغبة لا شعورية لدى المفحوص فى التحكم فى البيئة، إلا أن الأم تحول دون حدوث ذلك وهو ما يؤكد العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوص بالإضافة إلى التعيين الذاتى بها وفشل التوحد بالأب.
- رسم الشخص بحيث يبدو الجسم معلقاً فوق الرجلين – وهو ما ظهر فى رسم الذات والأب – وهو ما يعكس صراع جنسى حاد وميول وإتجاه جنسى مثلى.
- رسم الكتفان من حجم كبير لدى كل من الأب والإبن، وهو الامر الذي يعكس مشاعر قوة كبيرة أو إهتمام زائد بالحاجه للقوة.
- رسم الأب والإبن والأم لكل منهم يدان كبيرتان جداً يعكس حاجه قوية للتوافق فى التفاعلات الإجتماعية مصحوبة بمشاعر نقص الكفاءة ونزعة للسلوك الإندفاعى فى مثل هذه المواقف.
- التأكيد على الكتفين – (للأب وللإبن) – يعبر عن شعور المفحوص بذاته وبأبيه بعدم الأمن فيما يتصل بذكوره كل منهما.
- رسم العين كبيرة الحجم يأكد على معاناة المفحوص من الجنسية المثلية.
- تظليل المفحوص للشعر للوحدات الثلاثة المرسومة (الأب، الأم، الإبن) يعبر عن معاناه كل منهم بالإنشغال وبالتثبيت وبالقلق.
- رسم الأب أكبر حجماً وبأذرع قوية يشير إلى معاناة المفحوص من الإيذاء أو من الخصاء بواسطة الأب.
- رسم جذع طويل وضيق يعكس خصائص شبه فصاميه.

- عدم رسم الأذن فى كل أفراد الأسرة يشير إلى إمكانية هلاوس سمعية لديهم ورغبة شديدة فى تجنب النقد بالإضافة إلى أنهم لا يسمعون" لا ينصتون " لبعض فلكل منهم إنشغلاته وتخييلاته.
- رسم الذراعان أعرض عند اليدين منهما إلى الكتفين يشير لنقص ضبط الفعل وإندفاعيته.
- ظهور الرأس نحو الناظر يشير إلى إنزواء باثوجونومونى Pathognomonic (شديدة الدلالة).
- رسم القدمان عريضتان فى القاعدة يشير إلى شعور بعدم الأمن لدى أفراد الأسرة.
- رسم أقدام (ارجل) كل أفراد الإسرة بوجهة عكس الوجهة الأخرى يشير إلى مشاعر شديدة التناقض.
- شعور المفحوص بالقمع وبالتقييد من جانب الأم فهى تمنعه على المتسويين الشعوري و اللاشعورى من الإستقلال والنمو سواء على المستوى الإنفعالى والإجتماعى، فهي – وكما ظهرت في الرسم – انها تشد " تجذب " الابن بقطعة مغناطيس حتي لاينفصل عنها وهذا هو لب العلاقة التكافلية.
- رسم جميع أفراد الأسرة بأذرع تشبه الأجنحة يشيع بين رسوم مرضى شبه الفصام.
- رسم أذرع الأب عريضتان وطويلان يشير إلى الشعور الزائد بالقوة للكفاح.
- رسم قدمي الأب ضئيلتان وبصورة غير متناسقة يشير إلى الشعور بالتقييد والإعتمادية.
- رسم الأب بعيداً عن الأم بينما تحاول الأم جذب المفحوص ناحيتها وهو ما يشير إلى العلاقة العاطفية الباردة بين الوالدين والذى يشبه الطلاق العاطفى بينهما (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٦٥؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٣٦٠ – ٣٦٢؛ روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠١٥: ٦٦).

ملخص نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- عدم وجود إستقرار أسري فالوالدين فى حالة خلاف دائم وهو ما أدى إلى حالة من الطلاق العاطفى بينهما، بالإضافة لسوء فى التوافق الإنفعالى والإجتماعى، فالكل

منعزل بذاته وبمشاعر وبتخييلاته، ومحاولات لا شعورية من جانب الأم لعزل الأب عن العلاقة التكافلية بينها وبين إبنها.

- اضطراب مركب الأوديب والمعاناة من قلق الخصاء ومن التعيين الذاتى بالأم مصحوب بميول جنسية مثلية لدى المفحوص.
- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة، وإهتمام زائد بالحاجه للقوة.
- مشاعر إكتئابية حادة والشعور بالقمع وبالتقييد.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفة صورة تعويضية للإشباع، بالإضافة إلى ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- المعاناة من خصائص شبه فصامية.
- نقص ضبط الفعل وإندفاعيته، بالإضافة إلى إنزواء باثوجونومونى Pathognomonic شديد الدلالة.
- مشاعر شديدة التناقض متبادلة لدى جميع أفراد الأسرة.
- معاناة أفراد الأسرة من قلق حاد بالإضافة إلى الإنشغال والتثبيت.
- أب ضعيف وأم متسلطة وكلاهما يعانين من إضطراب الشخصية الحدية بالإضافة للإبن (المفحوص).

نتائج إختبار رسم H.T.P:

أولاً – رسم المنزل:

- رسم خط الأرض يشير إلى عدم الشعور بالأمن عامة.
- بالنسبة لوضع الوحدة فقد كان مباشراً بمعنى رسم منزل ذى منظور مفرد، وهو ما قد يشير إلى حاجة شديدة للإحتفاظ بواجهة مقبوله فى العلاقات مع الآخرين.
- زمن الرجع (٣٠) ثانية وهو ما يشير إلى وجود صراعاً يتعلق بوحدة المنزل وخاصة (الأب – الأم) والصراع الموجه إليهما والذى يبعث رفضاً، كما أن الإتساق بين رسم الوحدة والزمن المستغرق فى رسمها غير متتناسب وهو ما يؤكد الصراع المتعلق بالموقف الأسرى.
- نوع الخط فى رسم الوحدة يمثل نوعاً أن تكون خفيفة مما قد يشير إلى إنخفاضاً فى مستوى الطاقة لأسباب نفسية.

- كما أن الخطوط المحيطة لرسم المنزل (السقف والجوانب) خطوطاً ضعيفة نوعاً ما قد يشير إلى الشعور بضعف ضبط الأنا.
- أما الدلالة الرمزية للشمس من حيث أنها سلطة إنفعالية سلبية والرفض لهذه السلطة والتى غالباً ما تكون هنا هى (الأم) بإعتبارها العنصر الأساسى المتسبب فى الحالة الإنفعالية التى تعانى منها الحالة.
- وبالنسبة للتأكيد الملحوظ على المنزل وعلى قفل الباب فإنه يشير إلى وجود قلقاً متعلقاً بالتعامل مع البيئة الخارجية وقلقاً يتعلق بتماسك الأنا (الحوائط).
- رسم المفحوص السقف على هيئة مثلث وهو ما يعكس المظاهر الشهوية الأنثوية مصحوباً بإضطراب فى صورة الذات.
- الوحدة الكلية إلى الصحيفة صغيرة جداً وهو ما يعد شعوراً بالنقص فى الكفاءة أو الإنزواء من البيئة أو رغبة فى نبذ تلك الوحدة أو ما ترمز إليه.
- أما الوضع الرأسى للوحدة قد يشير إلى الإنخفاض النسبى للمنطقة المتوسطى للوحدة إلى الشعور بعدم الأمن وبعدم الكفاءة.
- رسم نافذة فى الدور الأرضى يشير إلى كراهية للإتصالات الإجتماعية ونزعة إلى الإنزواء من الواقع، كما أن رسم النوافذ مغلقة مع تظليل قفل الباب وتأكيده يشير إلى ميلاً لتحديد الإتصال بالآخرين وحساسية دفاعية – (كما أكد المفحوص بقوله: أنا أحب العزلة والإنطواء ولا أحب الناس) – وهو ما يدل على أن المنزل يبدو إنفعالياً لدى المفحوص أو مغلقاً ومحصناً.

دلالة الأسئلة بعد الرسم:

- أسئلة الواقعية (م١، ٢، ٧، ٨، ١٤): تمثل الإستجابات مقبولة إلا فيما يتعلق بقرب المنزل أو بعده، وهو ما يشير إلى نقصاً فى إختبار الواقع نتيجة الشعور بالبعد السيكولوجى عن المنزل أو عن (الأم والأب) بالإضافة إلى نقص الإهتمام.
- أسئلة التداعى (م٣، ٤، ٩، ١٠، ١٥، ١٧): توضح المستدعيات رفض المنزل بما يتضمنه من الأسرة والأهل مثال: (مش حابب بيتى، عاوز أهاجر، عاوز أسافر وأسيب

البيت) نتيجة الإحباط والضغوط الناتجة عن معاملة الوالدين له وهو ما قد يتضمن صراعاً أوديبياً.

- أسئلة الضغوط (م٥، ٦، ١١، ١٢، ١٣،١٤، ١٦): تمثل الإستجابات والمستدعيات صراعاً فيما يتعلق بشعوره تجاه الأسرة من رفض ونبذ وعدم الرضا وعدم الإشباع، وتظهر الضغوط النفسية فى صورة المطالب والتى لا تنتهى من قبل الوالدين وخاصة الأم مثل: (المذاكرة، التفوق، الإلتزام والطاعة والإمتثال لأوامر وتوجيهات الأم) بإعتبار المفحوص مصدر الإهتمام والرعاية لها (الأم النفسية) وهذا هو لب العلاقة التكافلية.

ثانياً – رسم الشجرة:

- بالنسبة للمنظور تعد العلاقة بين الوحدة الكلية المرسومة والناظر: تبدو كما لو ينظر إليها من أعلى مما قد يشير إلى الشعور بالإكتئاب وبالنقص.
- أما بالنسبة للنسب وعلاقتها بالوحدة الكلية للصفحة: وهو ما ظهر فى ضأله حجم الوحدة "تحديد الوحدة" يشير إلى الشعور بالنقص.
- وفيما يتعلق بالتفاصيل فقد تم رسم جزع الشجرة ضئيلاً ووجود ما يشبه الأشواك حول الجزع وهو ما يعد شعوراً بالنقص وبالقلق وعدوانية تجاه الواقع.
- رسم الجذع بخطوط باهته يعد شعوراً بنقص قوة الأنا وعدم القدرة على إتخاذ القرار مصحوباً بنقص الكفاءة.
- رسم الوحدة بأكملها بخطوط خفيفة وباهته وهو ما يشير إلى إنخفاض فى مستوى الطاقة لأسباب نفسية بالإضافة أيضاً بالشعور بضعف ضبط الأنا مصحوباً بقلق حاد ومعمم بالإضافة أيضاً إلى الإكتئاب.
- هبوب الرياح من مستوى الأرض لقمة الشجرة يمثل حاجه قهرية للهروب من الواقع إلى التخييل كوسيلة بديلة تعويضية للإشباع.
- إنحناء الشجرة إلى اليمين يشير لعدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الصريح الإنفعالى يصاحبه تأكيد زائد على الإشباع الذهنى ورغبة فى نسيان ماضى غير سعيد والتثبيت على المستقبل.
- التأكيد الزائد على الفروع جهة اليمين يشير لعدم إتزان فى الشخصية نتيجة نزعة قوية جداً لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالى.

- رسم الفروع مدببة يشير لخوف تحت شعورى من الخصاء مصحوباً بنزعات مازوخية.
- رسم خط الأرض يشير إلى أن إتصال المفحوص بالعالم وبالواقع إتصالاً لا سوى بالإضافة لعدم الشعور بالأمن.
- رسم فروع ثنائية البعد يشير إلى عدائية قوية، كما أن رسم الفروع منحنية إلى الداخل يشير إلى نزعة إنطوائية قوية جداً بالإضافة إلى صدمة نفسية أو فيزيقية لها دلالاتها للمفحوص.
- رسم الفروع ذات البعدين وبشكل سميك وقصيرة جداً تشير لنزعات إنتحارية.
- رسم المفحوص الشجرة كما لو كانت تمثل صراحة العملية الجنسية وتقوم فيها الأوراق مقام دائرة الشعر حتى التى تحيط بالفتحة التناسلية الأنثوية يقوم فيها الجذع مقام القضيب وهو ما يعكس ميولاً ذات جنسية مثلية.
- رسم الشجرة بشكل جامد تتضمن محاولة لحفظ الذات من الإتصال بالعالم الخارجي وهو تعبير عن إتجاه دفاعى من جانب شخص يجد فى العلاقة التلقائية بالآخرين تهديداً شديداً بالذات.

دلالة الرسم بعد الأسئلة:

- أسئلة الواقعية (ش ١، ٣، ٤، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٧، ١٩): تعد جميع الإستجابات واقعية إلا فيما يتعلق بإستجابة المفحوص لمستوى الشجرة بأنها فى مستوي تبدو للناظر أقل من مستواه مما قد يعكس دفاعاً ضد الشعور بالنقص أو بالدونية أو بالإكتئاب.
- أسئلة التداعى (ش٢، ٦، ٧، ١٥، ١٦، ٢١، ٢٣): حيث تشير التداعيات إلى أن صورة الشجرة فيها قتامه وإكتئاب وأن مصدر الإشباع من البيئة مكبل ومقيد ومحبط، وفى إسقاط المفحوص لذاته على الشجرة رغبته فى أن يكون قوياً جامداً.
- أسئلة الضغوط (ش ٣، ٤، ٥، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٨، ٢٠، ٢٢): تشير إلى الشعور بالعزلة والوحدة بما تتضمنه البيئة الضاغطة المحبطة والرغبة فى الوحدة والعزلة لكونها هى المخرج والمنقذ من هذه البيئة المنهكة.

ثالثاً: رسم الشخص:

- رسم الخطوط المحيطة ضعيفة باهته تتضمن شعوراً بالإنهيار وضعف ضبط الأنا دون إستخدام دفاعات تعويضية ومثل هؤلاء الأفراد يتقبلون الهزيمة على أنها أمر حتمى ويكفون عن المقاومة.
- رسم العين كنقطة محددة دون رسم محيط العين تعكس شخصية مريض البارانويا والذى يستخدم العين أساساً كأداة دفاعية كتعبير عن الرغبة فى تجنب رؤية مثيرات بصرية مؤلمة.
- نقص الإهتمام بالذقن يتضمن شعوراً بالنقص الإجتماعى أكثر من أن يكون جنسى.
- عدم رسم الأذن يعكس رغبة قوية لتجنب النقد وإحتمال وجود هلاوس سمعية.
- تأكيد رسم الكتفين فى رسم الذكر يشير إلى شعور المفحوص بعدم الأمن فيما يتصل بذكورته.
- أما الأقدام فهى تلمس الأرض وهى كأعضاء ممتدة بارزة يغلب أن يكون لها دلالات جنسية تتعلق بالذكر العاجز جنسياً.
- رسمت الأقدام متجهة وجهات متضادة لتعكس مشاعر متناقضة لدى المفحوص.
- كما تعكس الوقفة الجامدة فى الشخص المرسوم محاولة لحفظ الذات من الإتصال بالعالم وهى تعبير عن إتجاه دفاعى من جانب شخص يجد فى العلاقة التلقائية بالآخرين تهديداً شديداً بالذات.
- رسم الوحدة صغيراً وهو ما يشير إلى الشعور بالضألة وبالدونية وإضطراب كلا من صورة الذات وصورة الجسم كما أنه يتضمن دفاعاً ضد اللاشعور بحجم الجسم.
- رسم خط الأرض خفيفاً جداً قد يتضمن تردداً فى الإتصال بالواقع والبيئة.
- رسم ساقين شبة منفصلين مما قد يشير إلى وجود تثبيتاً وقلقاً أوصراعاً فيما يتعلق بالأمور الجنسية.
- رسم حجم الرأس صغيراً تعكس تعبيراً عن رغبة فى إنكار الضبط الذهنى الذى يعوق إشباع الحوافز الجسمية، كما تعكس أيضاً عن تعبير وسواس عن الرغبة فى إنكار مصدر الأفكار الأليمة والشعور بالذنب.
- رسم الرأس بحيث تبدو بعيدة عن الناظر قد يتضمن نزعة إنزوائية، كما تعكس رسم (الشعور بالدونية وبالنقص) وخاصة فى الكفاءة بالنسبة للذات وشعور عام بالإكتئاب.

- رسم القدمين "الساقين" أحدهما ممتلئة والأخرى أقل تعد دلالة كمحاولة دفاعية لإنكار تلك الصورة المرفوضة لجسدة والتى لها دوراً أساسياً فى تقييده وعجزه عن الحركة أو التقدم والإيجابية.
- رسم الجذع صغيراً يعد شعوراً بالنقص، كما تشير الأذرع الممتدة بعيداً عن الجسم عن عدوانية متجهه للخارج.
- ظهور الرأس نحو الناظر يشير إلى إنزواء باثوجونومى بارانويدى شبه فصامى، بالإضافة إلى تظليل الشعر ليعكس قلقاً على مستوى التفكير أو التخييل.
- عدم رسم الأذنين يشير إلى إمكانية هلاوس سمعية، بالإضافة إلى جذع طويل وضيق ليشير إلى خصائص شبه فصامية.
- رسم ذراعان عريضان يعد شعوراً أساسى بالقوة والكفاح، ورسم الكتفان من حجم كبير يشير إلى إهتمام زائد بالحاجه إلى القوة.
- رسم اليدين فى موقف دفاع حوضي يشير إلى دفاع ضد التقارب الجنسى مع إنشغال زائد بالأمور الجنسية.
- رسم يدان كبيرتان تشيرإلى حاجه قوية للتوافق فى التفاعلات الإجتماعية مع مشاعر نقص الكفاءة ونزعة للسلوك الإندفاعى فى مثل هذه المواقف.
- عدم رسم خط قاعدة العنق فى البروفيل يشير إلى سريان حر غير توافقى للبواعث الجسمية الأساسية مع إحتمال نقص الضبط.
- رسم اليدان بزوايا مستقيمة بعيداً عن خط الجسم ترتبط بالنكوص وتشير إلى التواصل الضحل غير المؤثر أكثر مما تشير إلى التفاعل المرن مع البيئة.
- رسم يد منقبضة وخصوصاً مع وجود الذراع مفروداً بعيداً عن الجسم تشير إلى إتجاه التمرد الداخلى أو المكبوت.
- الجمود والسكون فى الحركة يزيد فى رسوم المكتئبين وأصحاب المزاج المنقبض والمنهكين إنفعالياً.

دلالة الأسئلة بعد الرسم:

- أسئلة الواقعية (خ ، ٢، ٦، ١٢، ١٤، ١٧، ٢٠): توضح إستجابات المفحوص والتى تعكس رفض شديد للواقع وتجنبه.
- أسئلة التداعى (خ٣، ٤، ٥، ٩، ١٠، ١٦، ١٨): يرى المفحوص أنه متميز ومختلف وهو ما قد يشير إلى وجود نزعة قوية بالثقة فى النفس، ويرى الباحث أنه دفاعاً ضد الشعور بالنقص كما يبدو من ضآلة الحجم فى رسم الشخص.
- أسئلة الضغوط (خ ٧، ٨، ١١، ١٣، ١٥، ١٧، ١٩): توضح إستجابات المفحوص بالإنشغال الذهنى (ضغوط نفسية) بالماضى وبالحاضر والرغبة فى تغيير الواقع وجعل البيئة المحيط الضاغطة بشكل أكثر سعادة.

(مالك بدرى، ١٩٦٦، ٨٠، كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٩٢ – ٩٥؛ عبد المطلب أمين القريطى، ١٩٩٥: ٢١٥؛ لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٦٠ – ٣٦٥؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨: ١٠٨ – ١١٠)

- ومن خلال ما سبق نجد أن الإضطراب الأوديبى والتوحد بالأم والتثبيت عليها والذى قد يتخذ فى بعض الأحيان صورة الرفض (تكون مضاد للرغبة) ويعنى أن رغبته وتعلقه بالأم أكبر وأشد، كما نلاحظ أيضاً أن المفحوص يفتقد للنموذج الذكرى الإيجابى الحازم القومى، وهو ما لاحظناه أثناء المقابلة من أن الأب ضعيف وليس له دور مؤثر فى الأسرة.

ملخص نتائج H.T.P:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً ورافضاً وقامعاً ونابذاً والبعد عنه وتجنبه بالتخييلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة مع وجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى.
- ميول جنسية مثلية، إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وتعيين ذاتى أنثوى نتيجة إفتقاد المفحوص للنموذج الذكرى الإيجابى الحازم القوى.
- معاناة المفحوص من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حادة.

- مشاعر خاصة بنقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرار فى المواقف الإجتماعية.
- الشعور بالنقص والخوف من الهزيمة والشعور بالعزلة وبالعجز عن مواجهة الضغوط البيئية مع نزعة قوية للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.
- إضطراب كلا من صورة الذات وصورة الجسد.
- إعتمادية شبقية فميه نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى مع ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- عدم الشعور بالأمن والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.
- الحاجه الشديدة للأمن وللحماية وللحب وللتقبل غير المشروط والحاجه للتقدير وللإهتمام وللإستقرار، الحاجه لتجنب الضغوط والإحباطات، بالإضافة إلى الحاجه للتأثير فى البيئة دون محاولة ضبطها، وإهتمام زائد بالحاجه إلى القوة.
- رفض شديد للواقع وتجنبه مصحوب بتمرد داخلى أو مكبوت، والرغبة فى الوحدة والعزلة لكونها هى المخرج والمنقذ من هذه البيئة المنهكة ومن الواقع المحبط.
- الشعور بالإنهيار وضعف ضبط الأنا دون إستخدام دفاعات تعويضية مع تقبل الهزيمة على أنها أمر مستمر مع كف عن المقاومة.
- عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الإنفعالى الصريح يصاحبه تأكيد زائد على الإشباع الذهنى ورغبة فى نسيان ماضى غير سعيد مع التثبيت على المستقبل.
- رفض للواقع الأسري لكونه محبطاً ومتسلطاً وقامعاً، وهو ما يؤكد الصراع المتعلق بالموقف الأسرى وهو ما يدل على أن المنزل يبدو إنفعالياً لدى المفحوص مغلقاً أو محصنا.

ونتبين مما سبق أن نتائج إختبار H.T.P جميعها ما هى إلا إنعكاساً لخصائص وسمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية.

صورة إكلينيكية مجمعة للحالة الخامسة (أحمد):

١- معاناة المفحوص من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى :

- المعاناة من الإكتئاب الحاد الصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى (كتناول أدوية مهدئات بكميات، وجرح الجسد بمشرط وسكين، وضرب الرأس حتى النزيف).
- الميل للإنزواء وللإنسحاب والعزلة والإنطواء، بالإضافة إلى المعاناة من القلق الإجتماعى وتجنب الآخرين فلا أصدقاء أو زملاء أو أهل.
- عدم الشعور بالأمن والأمان فى العلاقات الإنسانية.
- الإفراط فى التدخين وتعاطى الكحوليات والحشيش.
- مشاعر وأفكار إضطهادية وتفكير بارانوى.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد فى الدور الجنسى، وجنسية مثلية كامنة على المستوى اللاشعورى.
- ميول وسمات سيكوباتية.
- المعاناة من القلق الحاد والمعمم وقلق التقييم والتوتر الحاد والمزمن والناتج عن الصراعات الأوديبية الغير محلوله.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى وثورات من الغضب.
- جهود متلاحقه ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى فهو لا يشعر بالثقة فى أى إنسان.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى ناتج عن لب العلاقة التكافلية.
- سمات وخصائص شبه فصاميه كسماع وشم أشياء لا وجود لها.
- إدمان العادة السرية ومشاهدة أفلام البورنو بشكل قهرى خاصة تلك التى تتناول العلاقة الجنسية بين سيدة وسيدة.
- الإستهداف للإصابة وللحوادث، وسلوكيات فرط الحركة ورفض الذات.
- وسواس وتخييلات على مستوى الأفكار.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضية للإشباع.
- نقص ضبط الفعل وإندفاعته بالإضافة إلى إنزواء باثوجونومى شديد الدلالة.

- مشاعر شديدة التناقض متبادلة لدى جميع أفراد الأسرة.
- عدم إتزان الشخصية بسبب خوف من التعبير الإنفعالى الصريح يصاحبه تأكيد زائد على الإشباع الذهنى.
- سلوك إندفاعى قهرى ذات طابع سادى.
- ضعف قدرة المفحوص على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية، وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية.
- توجد ميول ذات إنتحاء داخلى لم يتقبلها المفحوص بعد تقبلاً كاملاً مع وجود قدرة خلاقه لديها لم يتتم لها بعد التعبير الكافى.
- إرتفاع قابلية المفحوص للعناد وللتمرد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية، كما أن المعارضة تتجه لديه نحو الذات أيضاً حيث أنها تدل على شعور المفحوص بعدم كفايته الشخصية وإلى إفتقاره للثقة بالنفس مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخى.
- إتجاه أنثوى سلبى بالإضافة إلى مشكلة توحد المفحوص مع جنسه، تعيين أنثوى وعدم كفاءة ذكورية.
- ميول عدوانية وسادية أو تبرم نتيجة إحباط الحاجه إلى الإعتماد.
- تشوهات معرفيه مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، الأبيض والأسود، المبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة إلى الأفكار التشاؤمية.

٢- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدى والحب والتقبل المشروط.
- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين وخاصة الأم.
- التعرض للنقد وللوم والمقارنة والتوبيخ بشكل مستمر وخاصة من الأم.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.

- الجمود والتشدد الظاهرى بالإضافة لوقوع الوالدين فى تناقضات عديدة وتركيز الوالدين وخاصة الأم على المظهر والشكل الخارجى.
- أب غير مبالى وضعيف بينما هناك أم قوية ومتسلطة وقامعة.
- كلا الوالدين يعانين من إضطرابات نفسية بالإضافة للخلافات المستمرة بينهما.
- إضطراب العلاقة بين الوالدين بالإضافة للقطيعة المستمرة للأهل من الطرفين فلا أحد يزورهم ولا هم يزوروا أحد، حتى علاقة الأب مع أمه مضطربة لدرجة القطيعة فهم فى عزله وقطيعة منذ ولادة أحمد (المفحوص).
- العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوص ومنع وعزل الزوج (الأب) وإبقائه بعيداً عن ولوج هذه العلاقة، فالأم متسلطة وقامعة لرغبات وإحتياجات إبنها ومحاولاتها اللاشعورية فى إبقائه معتمداً عليها ومنعه من النمو والنضج الإنفعالى والإجتماعى فهى التى تحدد له ماذا ينبغى وماذا يكون.

٣- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وتعيين أنثوى مع الأم، التوحد مع المعتدى (الأم).

٤- أنا أعلى سادى ومعاقب نتيجة تخييلات سادية وجنسية محارمية تجاه الأم.

٥- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

٦- معاناة المفحوص من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.

٧- وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوص كالحاجه إلى الحب والتقبل غير المشروط، والحاجه إلى تحقيق وتقدير وتوكيد الذات، الحاجه للحماية وللعدم والمساندة، الحاجه للأمن وللأمان وللحماية وللإستقرار، الحاجه إلى الإهتمام وللتقدير.

٨- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوص ميكانيزمات مثل: الإسقاط، الإنكار، النكوص، التبرير، الإفتئات (الإلتهام أو التلاشى على المستوى المتخيل)، توهم القدرة المطلقة، القمع، الكبت.

٩- الشعور بالنقص والخوف من الهزيمة والشعور بالعزلة والعجز عن مواجهة الضغواط البيئية مع نزعة قوية للإنزواء وعدم إكتراث شاذ بالأشياء العرفية.

١٠- مشاعر خاصة بنقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرار فى المواقف الإجتماعية.

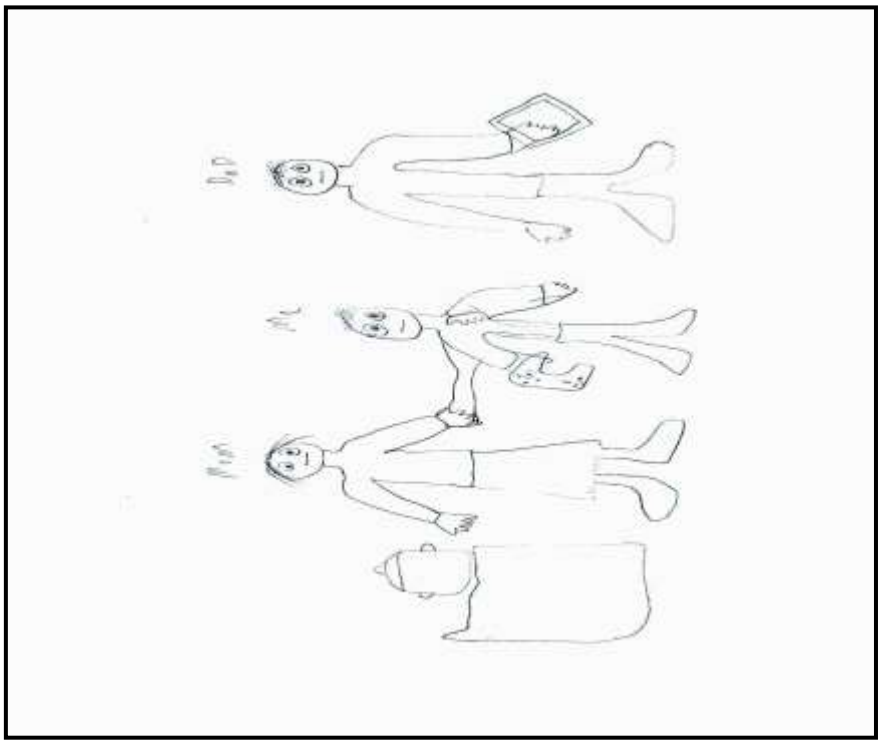
١١- عدم الشعور بالأمن والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.

١٢- رفض للواقع الأسرة لكونه محبطاً ومتسلطاً وقامعاً.

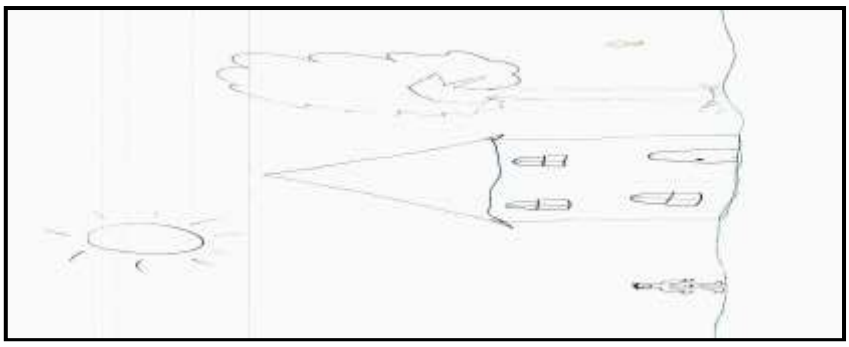
١٣- سيطرة الغرائز الجنسية الجزئية كالإستعراضية والسادية والنظارية.

١٤- ضعف قدرة المفحوص على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية، وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمبنهات الخارجية.

اختبار رسم K.F.D



اختبار H.T.P



الحالـة السادسة (س)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: س . ش . م النوع: أنثي.

العمر: ١٨ سنة.

التعليم: ثالثة ثانوي.

الأب: مهندس.

الأم: ربة منزل (الأم والأب منفصلان، والأب لا يحرص ، ولا يهتم بالتواصل مع ابنتيه).

الإخوة: أخت صغيرة (١١ سنة).

١- نتائج المقابلة مع المفحوص (س):

- لم تنجح في ثالثة ثانوي، لعدم وجود رغبة في الدراسة.
- المفحوصة لديها كراهية عميقة تجاه الأب، ومشكلات مع الأم.
- هروب المفحوصة لأكثر من مرة من البيت واقامتها في استديو مع احدي زميلاتها.
- أطول فترة ظلت فيها خارج البيت كانت لمدة شهر.
- محاولات مستمرة من ايذاء الذات.
- محاولات انتحارية، بالاضافة إلى الأفكار الانتحارية المستمرة.
- نوبات وثورات غضب عنيفة وحادة ومستمرة.
- نتف شعر مستمر، واضطرابات في المعدة، وفي الشهية.
- تظل بالأيام منعزلة بمفردها داخل حجرتها لا تكلم أحد، فهي تمارس الصمت العقابي.
- مدمنة سماع موسيقي ديجتال بالساعات بشكل متواصل.

- تميل دائما إلى الرسم حتي على جدران حجرتها.
- المفحوصة كونت عن نفسها صورة متناقضة فهي تري نفسها شيطانة، وفي أحيان أخري فتاة برئية مسالمة طيبة.
- تميل المفحوصة للتقلب الوجداني بشكل ملحوظ.
- عانت المفحوصة وما زالت من معاملة والدية سيئة من تمييز في المعاملة، ومن عدم حصولها على الاهتمام والحب والرعاية والتقبل بشكل كافي من كلا الوالدين، فحصولها على الحب والتقبل دوما مشروط بنجاحها وتفوقها الدراسي، فهي لم تحصل حتي على الحضن والطبطة أو الكلمة الحلوة من كلا الوالدين، فهي تنظر لهما على انهما ميتان على المستوي السيكولوجي بالرغم من انهما احياء على المستوي البيولوجي.

٢- العلاقة مع الأخت:

تتسم بالشد والجذب والغيرة نتيجة التمييز في المعاملة لصالح الأخت الصغيرة، وهو ما جعل المفحوص تشعر بالاحباط، وهو الأمر الذي ولد لديها الشعور بالعدائية تجاه أختها.

٣- المقابلة مع الأم:

- الأم ديما تري المفحوصة (ابنتها) – حيث لم تذكر الأم طوال الجلسة أسم بنتها إلا بناء على طلبي – أنها تظل بالساعات والأيام بمفردها بعيدة عنا، وأن جلست معنا تظل تزعل أختها وتتضايقها بشتي الطرق، عصبية طوال الوقت، حاولت الانتحار أكثر من مرة، تكره أبيها، وخاصة أن أبيها منفصل عنا ولا يتواصل معنا بالمرة.
- كل اهتمامي هو أن بناتي يكن متفوقات دراسياً، تعاملي معهن فيه شده وجدية وخاصة أنهن بنات.
- أعاني من القلق والخوف بشكل حاد عليهن ولهذا في بعض الاحيان اكون ناقدة وموبخة ومعاقبة.
- علاقتي بأمي كانت صعبة، حتي أبي انفصل عن أمي وانا طفلة.

- عانيت من الاكتئاب أثناء الحمل وبعده، كنت عاجزة عن تقديم الرعاية الكفاية لكلا البنتين.
- اعاني من العصبية الحادة، ومن التوتر.
- لا يوجد تواصل بيني وبين زوجي السابق (أبو بناتي، ولم اتزوج من آخر).
- سارة شاهدت غالبية الخلافات وكل المشاكل بيني وبين أبيها.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى من قبل الوالدين.
- المعاناة من القمع والتسلط الوالدى.
- الشعور بالرفض والنبذ والاهمال الوالدي.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ المستمر ومن الحرمان المادى والمعنوى.
- تركيز الأم فقط على التحصيل الدراسى وعلى المظهر والشكل الخارجى أمام الناس.

ثانياً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة والمتكررة بما فيها من سب ومن إهانات ومن إلقاء اللوم المتبادل، بالإضافة إلى أن الأب انفصل فعلياً عن الأم.

ثالثاً: العلاقة ذات الطابع المرضي بين الأم والمفحوصة والتي تمثل تكرار علاقة الأم بأمها (توحد بالمعتدي)، فالأم تفعل مع (سارة) كما كانت أمها تفعل معها.

رابعاً: إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق الخصاء وحسد القضيب ، ومن الاحتجاج الذكوري ، فهى تكره أبيها (تكوين عكسي – اظهار عكس السلوك)، ومن ثم فهي تعاني من اضطراب وخلط في الدور الجنسي الانثوي.

خامساً: معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك مثل: القولون العصبى، سقوط الشعر، وفقدان شهية، ومن إضطرابات فى النوم.

سادساً: إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة إلى الغياب الفعلى الجسدى والنفسى والوظيفي للأب، والخلافات المستمرة بين الوالدين والتي انتهت بالانفصال.

سابعاً: معاناة المفحوصة (س) من سمات وأعراض إضطراب الشخصية تمثلت فى:

- المعاناة من الإكتئاب الحاد والمصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية فعلياً، والبكاء لساعات طويلة، وممارسة سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل تجريح اليد وقطع شريان اليد، ونتف الشعر.
- تناول السجائر والشيشة بشراهه.
- سلوك جنسى قهرى ومندفع متمثلة في الميول مثلية الجنسية.
- الميل للإنطواء وللعزله والإنسحاب، وادمان سماع الموسقي الديجتال لساعات طويلة.
- إضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسى.
- إضطراب صورة الذات وصورة الجسد، والشعور بالدونية وبالنقص.
- جهود متلاحقه ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
- النظر للعلاقات الإنسانية بوصفها مدمرة وغير آمنه وعدم الثقة فى أحد حتى الأهل.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى فهى لا تشعر بالثقة فى أى إنسان حتى الأهل.
- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.
- نمط عام من التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب فى المشاعر والإنفعالات فهى أما تشعر بالتعاسة وبالحزن والإكتئاب، أو بالسعادة وبالإنطلاق.
- مشاعر وأفكار إضطهادية ناتجة من عدم ثقتها بكلا الوالدين، فهي تعاني من ازمة الثقة بالوالدين أو بكل من يمثل نماذج السلطة الوالدية.
- المعاناة من القلق والتوتر الحاد نتيجة الصراعات الغير محلولة والإحتياجات غير المشبعة.
- وسوس وتخييلات على مستوى الأفكار بشكل حاد.
- إحتياج المفحوصة للأمن وللأمان وللحماية، وللإهتمام وللتقبل وللحب الوالدى غير المشروط، حاجتها أن الوالدين يتفهمانها ويتواصلا معاها ويسمعا لها وينصتوا لها، الحاجه للإحتواء وللتقدير من قبل الوالدين.
- تلجأ كثيراً للصمت الانتقائي وخاصة مع الأم كنوع من أنواع العدوان على الأم.

- سمات وميول سيكوباتية فهي تشعر بالغيرة من أختها، ومن ثم محاولة مضايقتها، وتشعر بالغيرة والحسد تجاه زميلاتها ممن يحصلن على حب ودفء، ومن اهتمام وتقديرورعاية غير مشروطة من آبائهم؛ ولذا فهي ليس زميلات أو صديقات.

نتائج إختبار الرسوم الحرة "العفوية":

- معاناه المفحوصة من تكوين صورة متناقضة تجاه الذات (سلباً وايجاباً)، فهي تري نفسها أحياناً كونها شيطانة (مندفعة، متهورة، ثائرة جامحة، متمردة، ساحرة تقوم بالاغواء للآخرين، عصرية للغاية مصحوبة باضطراب وخلط واضح في الدور الجنسي، انزواء باثولوجي، ادمان موسيقي ديجتال، ضعف الاتصال بالواقع) ، وفي أحيان أخري تري نفسها الفتاة المثالية البرئية الحالمة "سندريلا" (أنثي رقيقة ذات طابع رومانسي كلاسيكي، حالمة، مثالية، مقبلة على الحياة، بائسة وكونها ضحية بشكل دائم)، وهو الأمر الذي يعكس اضطراب واضح في الهوية، والمعاناه من التردد، ومن الاغتراب النفسي، نتيجة صراعات جنسية وعدوانية غير محلولة.
- المعاناه من التقلب والتناقض الوجداني، وضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي.
- المعاناه من ميول وسمات ذات طابع هستيري.
- المعاناه من ضعف الاتصال بالواقع لكونه محبطاً، وغير مشبعاً، وغير متقبل، ومن ثم الانشغال عنه والهروب منه بالتخييلات ذات الطابع السادي سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين.
- المعاناه من اضطراب في الهوية الجنسية، ومن اضطراب وخلط في الدور الجنسي.
- المعاناه من سلوكيات جامحة ومتهور دون تقدير لعواقب الامور.
- المعاناه من الاكتئاب، ومن ادمان الموسيقي الديجتال، ومن الافكار والمحاولات الانتحارية، ومن سلوكيات ايذاء الذات.
- المعاناه من الانزواء السيكوباثولوجي.
- المعاناه من البارانويا، ومن الشعور الدائم بالاضطهاد.
- المعاناه من اضطراب العلاقة بالموضوع (الأم)، فهي دائما ماكانت ترسم الأم على شكل عنكبوت كناية عن الأم الشريرة.
- اما عن دلالة الالوان: لجأت المفحوصة إلى الالوان التالية:

١- الأحمر: ليعكس معاناه المفحوصة من الاثارة الحسية، بالاضافة ايضاً إلى كونه لون شهوي والذي يدل على معاناه المفحوصة من اضطراب في الشخصية.

٢- الأسود: فهو يشير إلى معاناه المفحوصة من الشعور بالانقباض ، ومن المعاناه من الكبت والنكوص.

٣- الأخضر: يعكس معاناه المفحوصة من الشعور بالتهديد، وعدم الشعور بالامن ومن عدم الشعوربالحماية.

٤- الأزرق: يعكس اهتمام المفحوصة بالحاجة إلى الضبط والوقاية.

٥- البني: يتضمن دفاعية واستجابة غير ناضجة للمؤثرات الانفعالية.

٦- الأصفر: يجمع بين العدوانية والإثارة الحسية، كما يتضمن اتجاهات شديدة التناقض وهو من أهم اعراض اضطراب الشخصية الحدية.

٧- الجمع بين اللونين الأسود والأزرق: يدل على نوع من الاستجابة الفصامية.

٨- رسم الالوان بصورة صارخة: يعكس المنبهات الانفعالية المسيطرة على المفحوصة، وهو ما يعكس اضطراب في الشخصية بصورة باثوفورمية.

٩- الجمع بين اللون الأسود والأزرق والبني: يعكس معاناه المفحوصة من قلق حاد وتوتر.

١٠- استخدام الالوان في عنف وفي غير تناسق: يكشف عن معاناه المفحوصة من التوتر والقلق المرضي ومن صراعات جنسية وعدوانية غير محلولة.

١١- زيادة الالوان: يشير إلى عجز المفحوصة عن ضبط الحوافز الانفعالية.

١٢- استخدام المفحوصة سبع الوان واكثر: يشير إلى معاناه المفحوصة من اضطراب واضح في الشخصية.

١٣- تغطية الالوان لاكثر من ثلاثة ارباع الصفحة: يشير إلى نقص الضبط المناسب لدي المفحوصة للتعبير عن انفعالاتها.

١٤- التظليل المكثف في الرسم: يشير ويؤكد معاناه المفحوصة من القلق الحاد(جون . باك، ١٩٦٠: ١٣٩-١٤٢).

- الاهتمام الزائد من جانب المفحوصة على رسم العينيين والتأكيد عليهما: ينبىء عن معاناه المفحوصة من وجود هلاوس بصرية أو سمعية، بالاضافة إلى معاناتها من الحساسية الشديدة والزائدة للنقد. بالاضافة ايضا أن العين تعد مصدر للاشباع، وهو ما يعكس معاناه المفحوص من احتياجات غير مشبعة.
- رسم العين مقفولة: تعكس خصائص شبه فصامية، بالاضافة ايضاً إلى ضعف وفقد الاتصال بالواقع.
- التأكيد على العنيين والفتحات ذات الدلالة الرمزية الجنسية، كما تعكس دلالات ذات طابع بارانوي، بالاضافة إلى الشعور بالاضهاد مع وجود سمات وميول مثلية جنسية، كما تمثل رمزاً للتشكك وللحيرة وللخوف ودليلاً على الشعور بالذنب لما تري.
- عدم رسم بؤبؤ العين ورسم عدد (٢) بؤبؤ العين: يشير إلى تردد ملحوظ في تقبل المنبهات أو المثيرات من العين، كما تعكس إلى تمركز المفحوصة حول ذاتها، بالاضافة إلى وجود سمات هستيرية تتغذي بصورة تطفلية على ما تري ولا تستخدم عيناها كأداة االتمييز الموضوعي، ومعاناتها ايضاً من النظارية، ورفض للواقع لكونه غير مشبعاً.
- رسم العين كنقطة: يشير إلى البارانويا، واستخدام العين كأداة دفاعية لتجنب المثيرات البصرية الاليمة.
- رسم عين تبكي: تشير إلى معاناه المفحوصة من الاكتئاب.
- رسم الشعر: يشير إلى معاناه المفحوصة: من طفلية نكوصية كتعبير عن الانشغال الجنسي.
- رسم شوارب للأرنب: بديل قضيبي، وهو ما يعكس حسد القضيب والاحتجاج الذكوري.
- التأكيد على الرأس: علامة على سؤ التوافق الاجتماعي، وحاجات اجتماعية غير مشبعة، ونكوص، بالاضافة إلى الشعور بالعجز.
- عدم رسم باقي اجزاء الجسم وخاصة المهبل: يشير إلى رفض للدور الجنسي الانثوي السلبي، وخاصة المهبل.
- عدم رسم الذراعين: يشير إلى شعور المفحوصة بالعجز وقلة الحيلة وفي حاجة ماسة إلى لطلب العون والدعم والمساندة.
- وجود آثار للجروح والاطراف المشوهة: يشير إلى تعرض المفحوصة لصدمات نفسية وخاصة في مرحلة الطفولة.

- رسم اكتاف بارزة: يشير إلى اتجاهات دفاعية عدوانية، بالاضافة للشعور بالاحباط الناتج عن بيئة مقيدة، وهو ما أدي إلى وجود عدوان ضد البيئة وضد الذات، مع المعاناه ايضاً من دور جنسي غير واضح بل ومضطرب مصحوباً بنزعات شهوية مثلية.
- تأكيد العنق: يشير إلى معاناه المفحوصة من صراعاً بين الضبط العقلي وبين التعبير عن حوافز جنسية.
- تأكيد الخصر: يعكس صراعاً بين ضبط الحوافز الجنسية وبين التعبير عنها.
- التأكيد على الأنف: يعكس صراعات جنسية غير محلولة، والمعاناه من سؤ التوافق الجنسي.
- التأكيد على المنظور: يعكس انشغال شهوي.
- رسم وحدات ناقصة: يشير إلى معاناه المفحوصة من الانقباض.
- رسم وضع جانبي مطلق (بروفيل): يشير إلى بارانويا متقدمة، مع جمود وعدم مرونة، وتردد في اقامة العلاقات مع الآخرين، كما تعكس ايضاً سمات سيكوباتية وتخييلات سادية تجاه الآخرين، بالاضافة إلى المعاناه من سؤ التوافق، وسؤ التكيف (وهو ما ظهر في حذف العين).
- ضعف القدرة على تحديد نوع الشخصية المرسومة: يشير إلى اضطراب انفعالي شديد.
- الضغط على الخط: يشير لوجود توتر عام.
- رسوم تدل على الحياة وأخري على الموت: تعكس موت سيكولوجي (اكتئاب).
- رسم الشخص بحيث يتجه وجهه وجهات عديدة: يشير إلى انحراف واضح في طريقة العرض والمعاناه من صراعات عديدة، بالاضافة إلى الشعور بالتناقض والعجز.
- رسم بروفيل: يشير إلى رغبة المفحوصة إلى في الهروب مع انزواء مرضي وبارانويا، وتردد واضح من جانب المفحوصة في مواجهه بيئتها مواجهة مباشرة، ورغبة في الانزواء، واخفاء حقيقة نفسها، واقامة الاتصال بالبيئة على الاساس التي ترتضيها هي، ومعاناتها ايضاً من طغيان الحوافز الجنسية عليها.
- نقص التفاصيل في الرسم: يعكس تردد المفحوصة، وإلى معاناتها من انحراف سيكولوجي–جنسي، وإلى تثبيت وعدم نضج.

- رسم ثعبان: يعكس حسد القضيب، والاحتجاج الذكوري، واضطراب مركب الأوديب.
- رسم شخصية مكتوب عليها فصام: تؤكد تصدع الانا، وتصدع الشخصية، وتكوين صورة متناقضة عن الذات، واضطراب في الهوية، وخلط في الدور الجنسي.
- رسم طائر ابيض وآخر أسو كلاهما جريحان: يعكس اضطراب في صورة الذات، واضطراب في صورة الجسد.
- رسم جوكر وبليتشاتو وعقرب: يعكس سمات وميول سيكوباتية.
- رسم وحوه خارجة من الرأس: تعكس تصدع الأنا، وتصدع الشخصية، وتكوين صورة متناقضة عن الذات.
- رسم جماجم وشياطين ودم، ورأس متعلقة في حبل : تعكس المعاناه من الاكتئاب، ومن افكار ومحاولات انتحارية.
- رسم دوائر لولبية: المعاناه من الصراعات غير المحلولة.
- رسم دوائر ومثلثات: انشغال شهوي جنسي غير محلول.
- رسم شخبطة بالوان مختلفة: تعكس تشوه العالم الداخلي للمفحوصة.

صورة إكلينيكية مجمعة للحالة السادسة (س):

٢٣- معاناة المفحوصة من سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية تمثلت فى :

- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع طبيعة المواقف والاحداث والأشخاص الذين يتعاملون معها.
- نمط عام من التقلب والتذبذب الوجدانى والإنفعالى، وتكوين صورة متناقضة عن الذات.
- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب هجر الآخرين لها والخوف من الوحدة.
- تذبذب كبيرة فى صورة الذات ما بين التقدير إلى الإنتقاص والتقليل من شأنها.
- تكرار سلوكيات إيذاء الذات والسلوك الإنتحارى أو التهديد به، بالاضافة إلى الافكار الانتحارية.
- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى.
- منشاعر وأفكار إضهادية ذات طابع بارنواي، بالاضافة إلى معاناتها من ازمة ثقة وجودية.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهرى دون تقدير لعواقب الأمور مثل: سلوكيات إيذاء الذات، تدخين السجائر بشراهة، ميول مثلية ذات طابع مثلي، ادمان الموسيقي الديجتال.

٢٤- إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية تمثلت فى:

- عدم إتساق أساليب المعاملة الوالدية.
- الشعور بالقمع وبالتقييد والتسلط وبالقهر والسيطرة من النماذج الوالدية.
- الشعور بالرفض وعدم التقبل والهجر وخاصة من قبل الأب.
- ميل كل فرد من أفراد الأسرة إلى عزل نفسه وذاته ومشاعره وإنفعالاته عن الآخرين.
- التأثير السلبى للوالدين فى حياة (المفحوصة) وخاصة الأب والتى تبادله بالرفض وبالنفور وبالكراهية، فالأب من وجهة نظرها ليس له وجود أو تأثير حقيقى فهو ميت على المستوى النفسى بالرغم من وجوده على المستوى الفيزيقى (الجسدى)، وهو ما جعل من سلوك المفحوصة يتسم بالعناد وبالتمرد وعدم الإنصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٢٥- علاقة تكافلية بين الأم ومنه وهو ما أدى إلى:

- إعتمادية سلبية على الأم والتثبيت عليها.
- وهذا بدوره أدى إلى ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى، ونقص فى التلقائية الإنفعالية والميل للإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتها الداخلية أكثر من إعتمادها على بيئتها، وعجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل أيضاً على ضعف الأنا.
- المعاناة من القلق وخاصة القلق من فقدان الموضوع وقلق الإنفصال عن الأم سيكولوجياً، ومن الأب فعلياً بالهجر.

٢٦- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخييلات سادية جنسية تجاه الأب، فى ظل وجود أنا أعلى سادى يعاقب الذات على هذه التخييلات سواء من خلال المازوخية أو سلوكيات إيذاء الذات، بالاضافة إلى حسد القضيب، والاحتجاج الذكوري.

٢٧- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

٢٨- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفه صورة تعويضية بديله للإشباع، مع وجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.

٢٩- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين، ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع، وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً، وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنه وغير مستقرة.

٣٠- ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية، والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفها مصدراً للإشباع، ونتيجة لصدمات نفسية مبكرة في مرحلة الطفولة.

٣١- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.

٣٢- إضطراب الهوية وخلط واضطراب شديد فى الدور الجنسى، رفض للدور الجنسي الانثوي السلبي.

٣٣- إضطراب صورة الذات وصورة الجسم مع تقدير ذات منخفض.

٣٤- معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك.

٣٥- معاناة المفحوصة من سمات وميول سيكوباتية واضحة.

٣٦- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومن مشاعر إكتئابية حادة ومصحوبة بمشاعر إنقباضية وتشاؤمية وتوتر معمم مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.

٣٧- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسير ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.

٣٨- معاناة المفحوصة من صراع حاد وشديد ناتج من عدم القدرة على التعبير عن البواعث الجنسية وبين ضبطها.

٣٩- معاناة المفحوصة من ميول ذات إنتحاء داخلى لم تتقبلها المفحوصة بعد تقبلاً كاملاً مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناه.

٤٠- وجود توترات قوية لدى المفحوصة تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية، وبالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعى.

٤١- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوصة ميكانيزمات: الكبت، الإسقاط، التبرير، الإنكار، التكوين العكسى، النكوص، توهم القدرة المطلقة، الإلتهام على المستوى المتخيل.

٤٢- وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوصة مثل الحاجه إلى الدفء والتقبل والحب الوالدى غير المشروط، والحاجه إلى الإهتمام والتقدير، والحاجه إلى الأمن وإلى الأمان، الحاجه للحماية وللدعم وللمساندة الأسرية.

وفيما يلي عرض أهم الرسومات الحرة للحالة السادسة

نتائج الدراسة

لوحة إكلينيكية مجمعة عن الحالات الستة

(تعقيب عام)

أولاً: تبين من نتائج الدراسة معاناة المفحوصين من أعراض إضطراب الشخصية الحدية والتى أكدتها وشخصتها وتنبأت بها وهو ما ظهر جلياً في الدلالات والمؤشرات الخاصة باختبارات الرسم والرسم الحر والعفوي ، والتي يمكن إجمالها فيما يلى:

١- المعاناة من الإكتئاب الحاد المصحوب بأفكار ومحاولات إنتحارية مثل: (نوبات متعددة ومتكررة من البكاء لفترات طويلة – تناول كميات من الأدوية والمهدئات والأقراص بهدف الإنتحار – الوقوف أمام السيارات بشكل مفاجئ، الاستهداف للأصابة والحوادث).

٢- الإندفاع فى سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل: (تجريح الجسد واليد بمشرط أو سكين – ضرب الرأس فى الحائط حتى النزيف – عض الشفاه واللسان – قرقضه الأظافر حتى تدمى ومص الدماء أو إزالتها بعد تجلط الدم – إستخدام الزجاجات بعد تحطيمها فى إيذاء الذات – نتف شعر الرأس بقوة وإزالته – حبس دخان السجائر أو الشيشة فى الأنف لفترات طويلة حتى الإختناق – وضع أكياس بلاستيك على الوجه وعدم التنفس حتى الإختناق).

٣- الإستهداف للإصابة وللحوادث بشكل قهرى لا شعورى.

٤- الميل للإنزواء وللإنسحاب وللعزلة وللإنطواء وإتخاذ الوضع الجنينى فى أحد أركان الحجرة أو الرقص الزومبى لساعات طويلة.

٥- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.

٦- رؤية العلاقات الإنسانية بوصفها خطرة ومهددة وغير آمنه ومن ثم محاولة تجنب هذه العلاقات بشتى الطرق.

٧- يتسم المفحوصين جميعهم بأنهم جوعى إهتمام وحب وتقدير وخاصة من الوالدين.

٨- تعاطى المخدرات والكحوليات والبيره وبعض المهدئات بالإضافة للشراهة المفرطة فى تدخين السجائر والشيشة.

٩- سلوك جنسى مندفع وقهرى وبدون وعى أو تمييز أو هدف تمثل فى إقامة علاقات جنسية كاملة ومتعددة، ممارسة الجنس المثلى (إيجابى وسلبى) أغلبة سلبى، ممارسة الجنس الشرجى، إدمان الشات والمكالمات الجنسية، تصوير أنفسهم عارياً وإرسالها للأصدقاء أو من يهتمون بهم، إدمان ممارسة العادة السرية فى الفترات المبكرة من النمو ثم التوقف عنها، بالإضافة لإدمان أفلام البورنو أو الإباحية وخاصة نوعية الافلام ذات الطابع المثلى، لا مانع لدى البعض منهم من تصويرهن عارياً سواء فى إعلانات أو أفلام إذا ما طلب منهن ذلك فهم على إستداد دائم لتقديم أى تنازلات فى مقابل الحصول على الحب والإهتمام والتقدير.

١٠- تعرض بعض أفراد العينة من الإعتداء والتحرش الجنسى وخاصة الشرجى.

١١- ميول وسمات سيكوباتية تمثلت فى: (أغلبهن لا يؤمن بوجود الله، ولا يؤمن بوجود الغيبات أو الرسل أو الأنبياء أو حتى بوجود الأديان، فمنهم الملحد واللادينى فعلياً، والباقى تسيطر عليهم الأفكار الحادية، وممارسة الكذب والخداع والمراوغة والتمرد، بالإضافة للسرقات المتكررة سواء من الأسرة او من الأصدقاء، عدم إكتراث شاذ بالقيم والعادات والتقاليد والمعايير والأعراف المجتمعية، البعض منهم لا مانع لديهم من أن يعملوا جواسيس، بالإضافة إلى الجراءة والمغامرات غير المحسوبة).

١٢- تفكير بارانوى مصحوب بمشاعر وأفكار إضهادية مثل: (أنهم دائماً مراقبون وخاصة من الأهل، شعورهم بالرفض وبالنبذ وعدم التقبل سواء من الأهل أو من الآخرين، وأنهم دائماً مضطهدون ويساء إستخدامهم وإستغلالهم بشكل مضر وسلبى).

١٣- ومن ثم إتسم سلوكهم بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معه.

١٤- المعاناة من خصائص شبه فصامية مثل: (الشعور والإحساس بأشياء ليس لها وجود، أو الشعور بأن أحد يمسك أقدامهم بقوة وأحكام، الإعتقاد بوجود أشباح يتحرشن بهن وهن نائمين، وسماع أصوات لا وجود لها، أو شم روائح ليس لها وجود، أو رؤية حيوانات تتحرك امامهم).

١٥- إضطراب فى صورة الذات وصورة الجسم مصحوب بتقدير ذات منخفض والإنتقاص من قيمة الذات.

١٦- إضطراب الهوية الجنسية وخلط حاد فى الدور الجنسى.

١٧- نمط عام من التقلق وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الإستقلال بعيداً عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم، بالإضافة إلى ثورات غضب حادة غير مبررة.

١٨- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى فهم عادة لا يشعرون بالثقة فى أى إنسان حتى الوالدين ومن ثم فهم يمنحون ثقتهم فقط للحيوانات بالقطط والكلاب.

١٩- المعاناة من فقدان للشهية أو شراهة فى تناول كميات كبيرة من الأطعمة يعقبها ترجيع الأكل كاملاً وهو ما أدى إلى إنخفاض فى الوزن بشكل ملحوظ وبعضهن دخلن المستشفى بسبب هذا السلوك.

٢٠- وسواس وتخييلات على مستوى الأفكار لدرجة النسيان وعدم تذكر التفاصيل ومن ثم ضعف الإرتباط بالواقع وسوء تأويل الإدراك.

٢١- المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن.

٢٢- المعاناة من قلق الإنفصال فأغلب المفحوصين إنفصلوا عن إماتهم فى طفولتهم المبكرة أما بسبب السفر أو العمل لفترات طويلة.

٢٣- ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

٢٤- سيطرة الغرائز الجزئية الجنسية مثل: السادية، المازوخية، الإستعراضية، النظارية، الفتشية.

٢٥- ظهور الاضطرابات السلوكية لدي افراد العينة في الفترات المبكرة من النمو.

ثانياً: إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية كما ظهرت في المقابلة الإكلينيكية والرسومات الخاصة بالمراهقين والتي تمثلت فيما يلى:

١- عدم إتساق المعالمة الوالدية.

٢- التمييز فى المعاملة الوالدية.

٣- الرفض الوالدى أو الحب المشروط.

٤- القمع والتسلط الوالدى.

٥- التعرض للعقاب البدنى والنفسى والمعنوى.

٦- التعرض للمقارنة واللوم والنقد والاهانة والتوبيخ والمعايرة.

٧- أب غير مبالى وغير مهتم أو متسلط وقامع.

٨- أم متسلطة قامعة.

٩- الجمود والتشدد الوالدى.

١٠-تركيز الوالدين على المظهر والشكل الخارجى أمام الناس.

١١-تركيز وإهتمام الوالدين بالمال والعمل.

١٢-تركيز وإهتمام الوالدين على التحصيل الدراسى والأكاديمى.

١٣-وقوع الوالدين فى تناقضات عديدة فهم يفعلون عكس ما يدعون.

١٤-إنفصال المفحوصين عن أمهاتهم من نعومة أظافرهم أما بسبب العمل أو السفر.

١٥-أغلب المفحوصين كانوا كبش فداء لإسقاطات الأسرة من سواءت وخيبات الفشل.

١٦-غالبية المفحوصين لم يحصلوا على الحب غير المشروط ولم يحصلوا على أى مشاعر وإنفعالات حقيقية من الوالدين، ولم يحصلوا حتى على عبارات التشجيع والمديح، حتى الأحضان لم يحصلوا عليها من كلا الوالدين وخاصة الأم.

ثالثاً: إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة فى الخلافات الحادة والمعلنة أمام الأهل والأبناء بما فيها من إهانات وسب وقذف وإتهامات متبادلة وخاصة فيما يخص الشرف، بالإضافة إلى الطلاق العاطفى بين الوالدين، وإنغلاق الأسرة على نفسها وعدم التواصل مع الأهل من كلا الطرفين سواء من ناحية الأب أو الأم. ويمكن اجمال اضطراب العلاقة الوالدية فيما يلي:

١- العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصين تمثلت فى إجبار وإرغام الأم لأبنائها لسلوكيات معينة وإلتزامات معينة والإلتحاق بالكليات وبالاقسام العلمية التى ترغبها الأم وليس الأبن أو الابنه لدرجة أن الأم لا تهتم بأى سلوكيات صادرة من الإبن أو الابنة وكل ما يهمها هو النجاح الأكاديمى فقط لا غير. وهو ما أدى إلى معاناة المفحوصين من إعتمادية سلبية على الأم وتناقض وثنائية وجدانية نحوها، والتعيين الذاتي عليها.

٢- وهذا بدوره أدى إلى ضعف شديد فى النضج الإنفعالى والإجتماعى ونقص فى التلقائية الإنفعالية والميل للإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتهم الداخلية أكثر من إعتمادهم على بيئاتهم وعجزهم عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل على ضعف الأنا لديهم.

٣- كما أدى هذا ايضاً إلى معاناة المفحوصين من القلق المتعلق بفقدان الموضوع وقلق الإنفصال عن الأم.

٤- إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخييلات جنسية سادية محارمية سواء تجاه الأب أو الأم فى ظل وجود أنا أعلى سادى يعاقب الذات على هذه التخييلات سواء عن طريق الإستهداف للإصابة أو للحوادث، أو بسلوكيات إيذاء الذات، أو من خلال المازوخية، أو المعاناة من الأفكار الوسواسية، بالاضافة إلى حسد القضيب والاحتجاج الذكوري.

٥- إضطراب العلاقة الأسرية وتصدعها فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين ومعاناة أغلب أفراد الأسرة من إضطرابات نفسية وسلوكية.

٦- معاناة المفحوصين من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.

٧- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً فى الشخصية.

رابعاً: رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنه وغير مســـتقرة كما ظهرت في رسومات المراهقين مثل:

١- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق فى التخييلات بوصفها صورة تعويضية بديلة للإشباع، بالإضافة لوجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.

٢- ضعف قدرة المفحوصين على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب منه نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.

٣- إنزواء سيكوباثولوجى بارانويدى شبه فصامى.

خامساً: المعاناة من الإضطرابات السيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر، ظهور بقع جلدية وكدمات متفرقة فى الجسد، إكزيما وصدفية، صداع، أرق وإضطرابات فى النوم، قولون عصبى وإضطرابات معوية مثل:

١- المعاناة من قلق وتوتر وأفكار تشاؤمية ذات طابع إنقباضى مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.

٢- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل فى طياته إمكانيات الدمار.

سادساً: معاناة المفحوصين من تشوهات معرفيه مثل: تفكير كل شئ أو لاشئ، المبالغة فى التعميم، توقع الكوارث، بالإضافة للتفكير السلبى والتشاؤمى، مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافى نتيجة الكف والمعاناة، ووجود توترات قوية تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرها الداخلية بالرغم من وجود تقبل لسلوكها الإندفاعى ذات الطابع القهرى مثل:

١- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرارات مناسبة والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.

٢- معاناة المفحوصين من إحتراق نفسى عن الضغوط النفسية والأسرية والمجتمعية والأكاديمية.

سابعاً: معاناة المفحوصين من وجود إحتياجات غير مشبعة – كما ظهرت في الرسم الحر والتلقائي والعفوي – مثل الحاجه للإهتمام وللتقبل وللدفء وللحب الوالدى غير المشروط، الحاجه إلى التقدير وللمساندة وللدعم الأسرة والمجتمعى، والحاجه للحماية للأمن وللأمان، والحاجة للثقة في الاخرين.

ثامناً: إرتفاع قابلية المفحوصين للعناد وللتمرد وللرفض – وهو ما ظهر واضحاً وجليا في رسومات المراهقين – وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية أو كل من يمثلها، كما أن المعارضة لديهم تتجه نحو الذات مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخى مثل:

١- معاناة المفحوصين من جرح نرجسى ناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدى.

٢- إعتمادية شبقية فمية نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنسى.

٣- دفاع ضد تقارب جنسى وخاصة الأب " من قبل الفتيات " أو الام " من قبل الذكور، مع إعتمادية سلبية على الأم.

٤- إتجاه أنثوى سلبى ومازوخية وميول جنسية مثلية كامنة ومفعلة.

تاسعاً: من الميكانيزمات الدفاعية السائدة والتي كشفت عنها اختبارات الرسم والرسم الحر العفوي لدى المفحوصين ميكانيزمات مثل:

الإسقاط، التثبيت، النكوص، التبرير، القمع، الكبت، الإنكار، الإفتئات (الإلتهام أو التلاشى على المستوى المتخيل)، والتكوين العكسى، التوحد بالمعتدي.

اذا فهناك عوامل ثلاثة رئيسية تصف هذه الشخصية، أولاً: هو السطحية، ونقض عمل أي علاقة موجودة، ثانياً: يكون هناك رصيد كبير من الغضب الدفين تحت السطح للتفاعل العادي، وثالثاً وأخيراً: فإن عدم الاستقرار يميز الصورة الذهنية عن الذات، وتقدير الذات، والهوية الشخصية والجنسية، ومع مخزون الغضب، وضوابط متحولة والشخصية الحدية، بخلاف النوع الفصامي، قد يذكر عدم الراحة من فترات العزلة والوحدة، والسمات الإضافية تشمل التشاؤم، والاندفاعية، ومشكلات أو صفات الإدمان تعكس ميول قهرية، وسواسية، وبارانوية، وفصامية، ونرجسية قد توجد في بروتوكول الاختبار، سيكون لدى الأخصائي النفسي انطباع أن المفحوص يتضايق بسهولة، وتظهر نوعية شخصية هشة، ويمكن أن نشاهد أيضاً مجموعة استجابات غير متسقة وبالتالي فإن صورة الأعراض المختلطة تشير إلى تشخيص الشخصية الحدية، في البروتوكول مثلاً فإن الإجابات المحتوية على عناصر عملية أساسية مشابهة لاستجابات مرضى الذهان قد تظهر، وبالتالي يكون البروتوكول إلى حد كبير غير متسق وشهواني ويعكس عدم إمكانية التنبؤ، فضلاً عن وجود انطباع تشخيصي مختلط، يجب أن يكون في مقدور الأخصائي النفسي اكتشاف مخزون واضح لدى المفحوص، وكذلك جمع عينات من الاستجابات من الروايات الإسقاطية التي تظهر اختلاط الهوية وسطحية جوهرية في العلاقات (هنري كيلرمان، بيري، ٢٠١٩: ١٨٩-١٩٠)، وهو ما ظهر جلياً وتنبأت به وبشكل واضح في رسومات المراهقين ممن يعانوا من اضطراب الشخصية الحدية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

- إدراك الواقع وطبيعته المضطربة:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار KFD، وإختبار HTP ، والرسومات الحرة، أن هناك إضطراباً شديداً يقع على وظيفة إختبار الواقع، وهو ما تم تبينه فى عدد غير قليل من إستجابات المفحوصين ، والذى كان فيه المحتوى خليطاً يمزج الفرح بالحزن، والسعادة بالشقاء، والحب بالكراهية مزجاً شديداً فالثنائية الوجدانية والتذبذب وعدم الإتساق هى السمة المميزة لهؤلاء المضطربين، والذي يعكس سوء تأويل الإدراك وتحريفه وتشويه الواقع والبعد والإنحراف عنه بشكل مرضى ومضطرب وهو ما يشير إلى عجز الذات على إختبار هذه الحالات الوجدانية فكأن حياتهم خلو من كل حزن أصيل أو حب حقيقى.

وفى ضوء ما سبق يشير (محمد رمضان، ١٩٨٨: ١٣١) أن هذا بدوره يؤدى للإحباط، ولذا كان من الطبيعى أن يستخدم هؤلاء المضطربين بعض الدفاعات البدائية من قبيل الإنكار والإسقاط ليعالجوا بها هذا العدوان المدمر والتى نستطيع أن نفترض أنها دفاعات بالغة السذاجة لم تتجاوز حد الكبت والقمع والإنكار والإسقاط، ومن ثم فإن الإستنتاج الدينامي يشير إلى أن البناء النفسى المميز لهؤلاء المضطربين هو أن نكوصاً إلى المرحلة الفمية تتميز بإمتزاج الذات بالموضوعات بالإضافة إلى تخلف الوظائف الإدراكية هذا بالإضافة إلى تخلف إرتقاء الأنا الأعلى لدى هؤلاء المضطربين عند مرحلة مبكرة من العمر فيظل المضطرب بدائياً حاملاً لصفات هذه المرحلة المبكرة مثل الإنسحاب الكامل عن الواقع والعجز عن التوافق له.

بالإضافة إيضاً إلى القلق الساحق لدى هؤلاء المضطربين وتنازل الذات عن دورها فى إدراك الواقع فصمتت الذات عن إدراك العالم الخارجى وإستنزاف الأنا لمعظم طاقاتها امام هذا الإعصار من التخييلات فنتج عن ذلك قصور فى إدراك الواقع ومحاولة السيطرة عليه بالتفكير البدائى السحرى وبالحلول السحرية وتوهم القدرة المطلقة وبالإشباع الهلوسى للإحتياجات أو بالإنسحاب، أو بالعزلة ليتمكنوا من السيطرة على عجزهم وخوفهم وقلقهم من واقعهم المضطرب ، بالإضافة لما سبق فقد تبين أيضاً أن عدم الرضا عن الواقع يفسح عادة الطريق أمام الأنا للتعبير عن رغباتها وحفزاتها الغريزية، وضعف القدرة على الإنتباه نتيجة ما تعانى منه الانا من صراعات داخلية تستنفد قدرات مضطرب الشخصية الحدية سواء قدراته النفسية والذهنية ومن ثم عدم قيام الأنا بوظائفها على نحو سوى وسليم (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٨٧ – ٢٨٨).

وهو الأمر الذى تم تبينه فعلياً فى إختبارات الرسم فى أن هؤلاء المضطربين يتمتعون بقدرات عقلية ومعرفية لم يتسنى ولم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصر Anxiety. وفى هذا يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٦ – ١٧) أن هذا يؤدى بدوره إلى إنغلاق أو تضاؤل وظائف الأنا وهو ما يمكن فهمه على أنه تعبئة لكل الطاقة النفسية المتاحة من مهمة واحدة وبعينها الا وهى: إقامة الطاقات المضادة للسيطرة على الإثارة المقتحمة الغامرة. والطابع العاجل لهذه المهمة يجعل من كل الوظائف الأخرى للأنا – نسبياً – غير ذات أهمية، فعلى هذه الوظائف الأخيرة أن تتخلى عن طاقاتها لصالح المهمة العاجلة التى تهيمن تماماً على المفحوصين فإنغلاق بعض الوظائف وخاصة وظائف الإدراك، والإدراك الداخلى تعملان معاً على أية إثارة جديدة. فالإثارة الماثلة بالفعل ينبغى السيطرة عليها قبل أن يمكن إستقبال أية إثارات جديدة، ولذا فالكائن العضوى عادة ما يستحدث طرائق مختلفة يحمى بها نفسه ضد أية زيادة مسرفة فى كمية الإثارة، فرفض إستقبال أية إثارة جدية إنما هو إسلوب أولى لإستعادة هذه الحماية التى قوضتها الصدمة.

كما لوحظ أيضاً فى إستجابات هؤلاء المفحوصين سواء فى المقابلة الإكلينيكية، وعلى إختبارات الرسم، مظاهر إكتئابية واضحة وهو مايعكس – وكما ذكرنا سابقاً – واقعاً محبطاً بالإضافة إلى سوء المصير الذى يتهدده دائماً بالتعرض للعقاب والأذى الجسدى والنفسى، كما أن الطابع الإكتئابى كان يتجلى فيما يعرب عنه هؤلاء المضطربين من أحاسيس بالغه التعاسة والشعور بالقلق والضياع، بالإضافة إلى النبذ والإهمال ومايبدو من سوء العاقبة.

كما أن إستعمال ميكانيزم الإسقاط ورؤية العالم من خلال الذات فهي أيضاً كانت تشير إلى طغيان الذات على كل ما يرتبط بالواقع الخارجى مما يؤدى لتحريف هذا الواقع وإعطاء صورة وصفية مع البعد عن إدراك مفردات كاملة للواقع. ولذا نجد أن (سامى محمود على، ١٩٧٠: ٩٥) يشير إلى أن من خصائص الذهان أنه يظهر حينما يكون الواقع مؤلماً ومحبطاً إلى حد يعجز الشخص عن مواجهته نفسياً على أى نحو أو حين تقوى الدوافع الغريزية بحيث لا يستطيع الشخص السيطرة عليها فيصبح صدامها مع الواقع امراً محتوما ففي كلتا الحالتين يحدث نكوص فى التنظيم الليبيدى من مرحلة العلاقات بالموضوع إلى مرحلة النرجسية ويتم عن طريق هذا النكوص إنكار للواقع إنكاراً متفاوت

المدى يكون مصحوباً فى الآن ذاته بإنطلاق الدوافع الدوافع العريزية بلا ضابط أو إعتبار لمقتضيات الواقع.

وكما يرى "مصطفى زيور" فى الذهان أنه: "تعطيل فى القدرة على إدراك الواقع وتزييف فى المدركات وإضطراب فى المنطق وفساد فى الحكم على الواقع".

فنقص كفاءة إدارك الفرد للواقع والحكم عليه بالإضافة إلى ضعف سيطرة الفرد على دوافعه وتطويعها لمقتضيات الواقع بحيث تسيطر هذه الدوافع على سلوك الفرد، وهذا يؤدى بدوره إلى أن يصبح سلوك الفرد غير متوافق فى منزله أو فى الأكاديمية التى يدرس بها لأن التوافق يحتاج إلى قدرة سليمة فى الحكم على الواقع وضبط دوافعها وتطويعها وفقاً لمقتضيات هذا الواقع (فرج طه، ١٩٨٠: ٢٥٠ – ٢٥١).

وهو الأمر الذى تؤكده (مارجريت سيتشهاي، ٢٠١٢: ١٧٤) فى تحليلها لحالة "رينية" الفتاة الفصامية تبين لنا كيف أن "رينيه" بدأت حياتها برغبات أساسية غير مشبعه فلم تستطيع أن تتكيف مع الواقع بشكل جيد وتكونت أول علامات النكوص للأنا فى الإدراك الغريب للواقع الذى أدى إلى زيادة القلق الحاد؛ ولأن الليبدو لدى "رينيه" لم يستثمر فى بعض القطاعات الإجتماعية لشخصية الأم فقد فقدت الواقع – وهو ما نلاحظه فى الخصائص الشبه فصامية لدى عينه الدراسة – ولذا فإن "مارجريت سيتشهاى" ترى أن من الأسباب الرئيسية لفقدان الواقع أو إضطرابه هو:

أ- تمثل الأم الإمتداد الوحيد للطفل نفسه وهى الوحيدة التى تستطيع أن ترضى إحتياجاته وخاصة الفمية ولكن عندما تفشل فى هذا الدور لا يمكن إدراك الأم أو إدراك الواقع ومن ثم يتداعى الأنا ويتفكك. وفى حالة إشباع المصادر الفمية وإشباع الحاجات البدائية يتم التحرر من العدوان ومن دوافع تدمير الذات.

ب- وفى حالة إصرار الأم أو من يمثلها على عدم تخفيف هذا الإحتياج الأساسى وإثارة الإعتداء العنيف والذى ينتج عنه – عادة – فصل مؤقت للتواصل الإجتماعى الفعال وعلى الرغم من عدم قدرته على الظهور بذاته فى الأشياء المحببة فإن هذا الإعتداء عاد لنقطة العودة: حيث يعترى الأنا شعور وإحساس قوى بالذنب فى الوجدان الواقعى.

وبالإضافة إلى هذا الإعتداء كان هناك سبب رئيسى آخر للإحساس بفقدان الواقع أو إضطرابه ألا وهو عدم قبول الأم بوصفها كائناً إجتماعياً مستقلاً بذاته. وإلا إذن ما هى

الأم الإجتماعية إن لم تكمن هى في الواقع نفسه؛ ولأن "رينيه" لم تستطع قبول الأم الإجتماعية – وهو ما يعانى منه بالفعل المفحوصين عينه الدراسة – فقد إنفصلت عن الواقع ولأن فقدان جزء من التواصل مع الواقع أحدث إحساس عميق من عدم الأمان والإنعزال الذى يرتبط إرتباطاً وثيقاً بعالم الكوابيس وهو ما ظهر واضحاً وجلياً لدى عينة الدراسة والذى أثر بدوره على واقعهم النفسى.

ولهذا فقد إعتبر "فرويد" أن للواقع النفسى أهمية تفوق أهمية الأحداث الواقعية الموضوعية فى حالة الأعصبة: فالعصابى يتعامل مع واقعه النفسى بالجدية نفسها التى يتعامل بها الأسوياء مع الواقعية الموضوعية. وكأن "وليام شكسبير" قد أصاب عين الحقيقة حينما عبر عن هذه الفكرة على لسان "ماكبث" فى مسرحيته الشهيرة التى تحمل إسم البطل ماكبث: "إن مخاوفى الحالية لهى أقل شدة من التخييلات المرعبة" (نيفين زيور، ٢٠٠٢: ١٠٩).

- إضطراب صورة وتقدير الذات لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تتسم صورة الذات لدى مضطربى الشخصية الحدية بالإضطراب وسيادة المشاعر الإكتئابية ومن مشاعر فقدان تقدير الذات حيث سادت مشاعر الدونية والشعور بالنقص، والإحساس بالوحدة والعزلة وبالإحباط وبالعجز والضآلة وقلة الحيلة مع فقدان الشعور بالأمن والإستقرار بالإضافة إلى القلق الحاد والتوتر الشديد بجانب محاولات جلد وإتهام الذات وتحقيرها والإحساس بالإضطهاد الناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل والنبذ من قبل الوالدين أو ممن يمثلهما وهو ما ظهر بشكل واضح فى المقابلة الإكلينيكية، وإختبار K.F.D، وإختبار H.T.P، وهو ما أدى فى نهاية الأمر إلى إكتئاب حاد مصحوب بمحاولات وأفكار إنتحارية وإيذاء الذات نتيجة الشعور بالإحباط الناتج عن عدم الحصول على الحب الكافى من أحد الولادين أو كلاهما وخاصة الأم وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التالية:

(Modestin, 1987; Kaplan and Sadock, 1996; Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Athanasiadou, 2016: يونس منصور، ٢٠١٧)

والتى أكدت جميعها على ان إضطراب صورة الذات لدى مضطربى الشخصية الحدية تنتج عقب صدمات علاقاتية والذى يؤدى بدوره إلى عدم إحساس واضح ومتماسك بالذات وعادة

ما تظل صورة الذات لديهم غير ثابته ويظلوا غير متأكدين من قيمهم وولائهم وإختيارهم للمستقبل المهنى ومن ثم تنمو لديهم أنماط غير متوافقة فى التعامل مع البيئة أوإدراكها باشكل السليم وايضاً فى التعامل السليم والكفوء مع أنفسهم وفى تصورهم لذواتهم وتعاملهم مع الآخرين.

ويشير كل من Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Gunderson and Singer, 1975: Adlen, 1981) إلى أنه فى الشخصية تكون الذات سيئة التكامل وفى خطر الإنحلال إلى حالات شبه ذهانية أثناء التوتر أو تحت تأثير المواد المنشطة – النفسية، والشعور بعدم القيمة. كما أن تشوية الذات والغيظ الصريح المستمر يتكرر فى الشخصية الحدية بالإضافة أيضاً إلى معاناتهم من خلل فى وظيفة الأنا وخاصة فى الإدراك والإحساس المتكرر باليأس والفشل فى التمييز بين الذات والموضوع والإستغراق فى القلق وهو ما يؤدى بدوره إلى نوبات من الغضب لا يمكن التحكم فيها أو ضعف واضح فى القدرة على إختبار الواقع. (Colarusso, 1984)

وهو الامر الذى يؤكد أيضاً (Bery, 1990) فى أن الشخصية الحدية تعانى من إضطراب فى وظائف الأنا وهو ما يظهر من تشويه فى إختبار الواقع، ومن ثم فإن مضطرب الشخصية الحدية يستخدم موضوع الذات ليزوده بالأمان، دون الأخذ فى الإعتبار النكوص الذى يمر به حتمياً خلال المراحل المتنوعة لفقدان تماسك الذات حيث يبلغ ذروته فى التهديد الكلى بإنحلال الذات. إذا أن الفقدان الكبير لتماسك الذات فى الشخصية الحدية الذى يعانى من النكوص يعزى إلى حقيقة فحواها أن الفشل فى تحقيق الأمان يسبق الفشل فى تحقيق الذات (Alder, 1985: 89). وهو ما يؤدى إلى إحساس الشخصية الحدية بالوحدة، ولذا فعادة الشخصية الحدية تندمج مع الموضوع ناتج من الإحساس بالوحدة (Bene, 1979).

وقد أشار أيضاً كل من (Fast and Chethik, 1992) إلى أن الإضطراب الحدى ما هو إلا تعبير أولى عن ضعف العلاقة بالموضوع، كما أن تمثيلات الذات والموضوع تكون غير متكاملة، وينتج عن ذلك إندماج الموضوع والذات ويترتب على هذا الإندماج عدم القدرة على التمييز أو وضع إختلافات واضحة بين الذات والموضوع حيث يبحث الطفل عن هوية بين الذات والموضوع مع تجاهل الإختلاف بينهم. حيث أن الإنفصال يؤدى إلى الشعور بالهجر من قبل الأم حيث يشعر الفرد بأنه ترك وحيداً وعاجزاً.

ويرجع بولبى (Bowlby, 1960) أن من أحد أسباب إضطراب صور وتقدير الذات إلى عدة عوامل منها التعرض لخبرات محبطه أو الفقدان الفعلى لأحد الوالدين خلال مرحلة الطفولة المبكرة وأنه قد تربى على أنه غيرم محبوب أو أنه غير كفء أو أنه غير ملتزم ويؤدى ترسب هذه الخبرات بداخله إلى نمو تصور عن نفسه أو ذاته بأنه غير كفء وغير محبوب وغير مرغوب فيه، وكذلك قد تكون نماذج الصور المتعلق بها رافضه ونابذه ومعاقبة وقاسية وكلما عانى الطفل من سوء المعاملة فإنه دائماً ما يتوقع أن يكون الآخرون عدائيين ورافضين له وبدلاً من أن يكونوا مساعدين له ومن هنا يبدأ الطفل فى تكوين صورة مضطربة وسيئة ورافضه لذاته.

ولذا يرى "كوهوت" فى عام ١٩٥٩ فى مقالة له بعنوان " الإستبطان": أن الذات ما هى إلا الآخرين أى أن الذات تتحدد بالاخر وبما إستطاعت أن تشعر به من الآخر فالذات تتحصل على هويتها من خلال علاقتها بالموضوع أو بالآخر الذى يصبح جزءاً منها. فمن خلال تكرار عملية التعاطف Empathy تتكون العلاقة بالموضوع (ذات/ موضوع) نتيجة للخبرات المتكررة لكل من نجاح وفشل عملية التعاطف. أى نجاح الذات فى شعورها بما يشعر به الآخر وفشلها فى معرفة ما يشعر به الآخر وفشلها في معرفة ما يشعر به الاخر وتصبح الذات بعد ذلك شيئاً واحداً جديداً أطلق عليه "كوهوت" Self Object تتكون من جانبيين لا ينفصلان، جانب يشعر بالموضوع وجانب يشعر بالعالم الداخلى.

وكما يرى "كوهوت" إن ما يؤدى إلى المرض النفسى لدى الأبنا ء هو الفشل المتكرر من الآباء للتعاطف مع أبنائهم، فالتعاطف يتضمن عناصر وجدانية وعناصر معرفية، فهى خبرة يشعر فيها الآباء بما يشعر به الأبناء – خبرة وجدانية – ثم من خلال عملية مركبة قد لا تكون بحيث يصبح الآباء قادرين على الوعى بما يشعر به الأبناء – خبرة معرفية – وبذلك تكون عملية التعاطف هى العملية الوحيدة المسئولة عن السواء والمرض وعن تطور الشخص وشعوره بذاته – وهو ما يفتقده بالفعل مضطربى الشخصية الحدية – ولذا فقد أشار أيضاً "كوهوت" إلى أن الخوف من الموت أو الجنون هو فى كثير من الاحيان خوف من فقدان

التعاطف والذى يبقى على الذات حيوتها النفسية وهو ما يطلق عليها النرجسية المغلقة (أحمد فائق، صالح حزين، ٢٠١٧: ٣٦).

نتبين مما سبق أن من أسباب إضطراب الشخصية الحدية تعود إلى مشاكل فى مرحلة النمو الباكرة للذات فحينما يفشل الوالدان فى تدعيم حس الطفل المستقل للذات فإن ذلك يمهد لنقص الإحساس بالهوية وحس الإرتباط والإلتزام بأهداف الحياة، وأن الفرد ليفشل فى تكوين ذات سليمة تشكل الأساس لعلاقات صحيحة تتميز بالمشاركة والتعاون مع الآخرين أو تكون فعالة تلقائية وتؤكيدية وهؤلاء الأشخاص يدركون الآخرين بطريقة مشوهة أومحرفة، ويكونون ذوات زائفة تنصهر وتندمج مع إدراكاتهم المشوهة والمحرفة للآخرين (هبه محمود، ٢٠١٦: ٤٤).

بينما أكدت مارجريت ماهلر (Mahler, M.S., 1968) أن الأطفال يعتمدون على الوالدين بشدة فى فجر الطفولة ويحتاجون إلى درجة معينة من الحب والمساندة والتشجيع – وهو ما يفتقده فعلياً مضطربي الشخصية الحدية – حتى يستطيعوا أن يكونوا "أنا صحية" لأن إضطراب العلاقة مع الوالدين ينشأ عنه خلل فى هوية الأنا وفشل فى التسامى بالدوافع الأولية الشهوانية. ونتيجة وجود أب لاذع وعدوانى ومتسلط وأم سلبية وغير مبالية لمضطربى الشخصية الحدية فيفسد لديهم النمو العاطفى والإجتماعى فساداً مستعصياً، ولأن الأم لم تتح لهم أى مساندة عاطفية فقد إعتمدوا فى إستمداد هذه العاطفة من الآخرين ولذا عادة ما يكونوا مرعوبين من أن يتخلى عنهم الآخرين بالإضافة للمعاناه من التوتر الحاد بشأن الإعتماد على الآخرين وفى ذات الوقت كانوا يخشوا من الحميمية الزائدة. وكان أسلوب والدهم اللاذع والعدوانى سببا في عدم قدرتهم على تحويل الدوافع الاولية لديهم إلى أهداف مستقبلية، بل يتشبعوا بأسلوب والدهم العدوانى مما أفقدهم تقديرهم لذواتهم وإعاقتهم عن تكوين أهداف وطموحات مستقبلية، ومن ثم عادة ما يلجأوا إلى إسقاط عدوانيتهم على الآخرين. إذ إن الأنا الأعلى غير ناضج لديهم وهو ما يؤدى بهم إلى العجز عن السيطرة على موجات الغضب العارم والتى عادة ما تعترض الطريق بشكل غير متوقع لأن هذه الثورة الداخلية كانت فى الأصل موجهة ضد نماذج السلطة الوالدية، إلا أنها وجهت للذات؛ ولذلك فإن التفتت يصيب الأنا ويصيب مشاعر المفحوصين وهو الأمر الذى يجعلها أسيرة موضوعات داخلية تدميرية تطاردهم دائماً وبالتالى فهم عادة ما يميلوا إلى الهروب منها بالإنسحاب أو الإستسلام هذا من جانب، ومن جانب آخر فنتيجة

للقسوة وللعدوان الخارجى الذى يعانى منه مضطرب الشخصية الحدية فيؤدى إلى ظهور أنا غير كفء تتسم بعدم النضج الكافى بما يتلائم مع المرحلة العمرية للمفحوصين (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٩٠؛ جون فيتكس، ٢٠٠٥: ١٣٢؛ Kahut , H, 1977).

أما "جاكوبسون" Jacobson, 1959, ترى أن القدرة على تحمل الإكئاب والحصر مقياس مهم لقوة الأنا، كما تتفق جاكوبسون مع ماهلر فى أن هناك صراعاً ضمنياً أساسياً فى كل الأوضاع الإكتئابية حيث يؤدى الإحباط إلى إندلاع الغضب الذى يؤدى إلى محاولات عدائية وعنيفة لإكتسابة الإشباع المرغوب، وعندما يكون للأنا أسباب داخلية غير قادر على تحقيق هدفه يتحول العنف أو العدوان إلى صورة الذات مما يؤدى إلى فقدان تقدير الذات بوصفها نتيجة للفجوة بين صورة الذات المثالية (المرغوبة) والصورة الفارغة المنكمشة والفاشلة وتعمد طبيعة الحالة المزاجية التى تنمو على شدة وقسوة ومدة الإحباط وخيبة الأمل، وبقدر النزعة الإكتئابية تكون النزعة العدواينة حيث يصبغ العنف أو العدوان كلاً من صورة الذات وصورة الموضوع (مها الكردى، ١٩٨٢؛ فاتن السيد، ١٩٩٢؛ كرمن محمد، ٢٠٠١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢١ – ٢٢٢).

ومن ثم يؤدى العنف أو العدوان إلى مشاعر الحصر وفقدان الثقة بالآخر ومشاعر الدونية والضآلة والضياع والحيرة والحزن ومشاعر الرفض والشعور بعدم الأمن والنقص ومشاعر الدونية وفقدان تقدير الذات وهى فى صميمها مشاعر إكتئابية وهو ما يؤكده (مصطفى زيور، ١٩٨٠: ١٣) على أن إستشعار الإنهجار والذى ستتبعه حالة من فقدان إعتبار الذات أو تقديرها فالطفل البشرى يجوع أولاً إلى الحب وما يهدده هو فقدان الحب ويكون على الآخرين أن يحققوا له ما فقده وصولاً إلى الدفء والأمن وخفض حدة التوتر وإستعادة تقدير الذات، وعليه يكون الإكتئاب فى المقام الأول عرض الوجود البشرى يعبر عن حالة فقدان الحب وإنهجار الحب وهو ما يعانى منه بالفعل مضطربي الشخصية الحدية.

وهو أيضاً ما أكده كل من (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧١ ؛ Nevid, et al., 1997: 480) فى أن أزمة تقدير الذات تحدث عندما يتم رفض الطفل أولاً يسمح له بالإستقلال، وإلا يكون موضع ثقة وهو ما يجعلهم فى خطر متزايد وهو الأمر الذى يجعلهم يحاولون دائماً وأبداً

فى التأثير على الأشخاص المحيطين بهم كيما يعيدوا لهم تقدير الذات المفقودة، ومن ثم فإن مشاعر النقص والدونية والعصابية عادة ما تتأصل فى فشل العقدة الاوديبيه، فهذه المشاعر تعنى: مادامت جنسيتى الطفلية قد إنتهت إلى الفشل فإننى أميل للإعتقاد بأنى سأكون دائماً فاشلاً.

وتكون الصيغة: "إنى فقدت كل شئ لأننى لا أستحق أى شئ"، وذلك إذا كان فقدان تقدير الذات يرجع بصفة أساسية إلى فقدان الإمدادات الداخلية من الأنا الأعلى. ولذا فهم بعد أى فقدان يحاولون فى التو العثور على بديل عن الرفيق المفقود أو بتعاطى الكحوليات أو المخدرات أو زيادة الحاجات النرجسية أى بالشعور: "ما من أحد يحبنى"، فالأمر المميز ليس هو"كل شخص يكرهنى" بقدر ما هى "إنى أكره نفسى". ويظل التقدير الزائد النرجسى الأولى للأنا خبيئاً.

- صورة الجسم:

إذا ما كنا بصدد الذات فلابد من التعرض لصورة الجسم لدى عينة الدراسة من حيث إن صورة الجسم هى نواة الأنا حيث تساعد صورة الجسم فى تكوين الأنا، مع إنشطار فى صورة الجسم يتبعه إنشطار فى الذات والثمن الذى يتكبده المفحوصين هو العجز عن إندماج المكونات الليبدية والعدوانية التى تشحن تمثلات الذات فى مفهوم متكامل للذات وإذا إنطلق العدوان بدون قدرة الأنا للسيطرة على دفاعاتها قد يسبب أعراض تشتت الهوية بالإضافة إلى أن إندماج تمثلات الذات المتناقضة (الليبدية والعدوانية) قد أحدث إتساعاً وعمقاً فى الإمكانيات الوجدانية وتسببت فى إحداث مشاعر الإثم التى إستغلت فيما بعد فى تطوير الأنا الأعلى السادى.

وبقدر ما الذى كان مصدراً للإحباط كان مكروهاً وسيئاً يتبع ذلك عدم تكامل النتيجة (عملية إنشطار الموضوع على الأنا) مع الإحباط والرفض والكره للموضوع والتخيلات الفمية التدميرية من تقطيع وإبادة وعدم الشعور بالأمان، وفكرة أن الموضوع سيهاجمه ساعدت على تكوين صورة جسم على غرار صورة جسد الآخر مرفوضة وضئيلة وتتفق مع هذه النتيجة دراسة (يونس منصور، ٢٠١٧).

وصورة الجسم تبدأ فى الظهور متأثرة بالشخص المهم فى الأسرة أو فى البيئة فالطفل يتعين بوالدية ويشمل هذا التعيين صورة الجسم وإعتماداً على الخبرات الوالدية التى يكتسبها

الطفل منهما ولذا فإن أجسامهم وأجزاءها يمكن النظر إليها وإدراكها على أنها حسنة أو سيئة نظيفة أو قذره محبوبه أو مكروهه.

بالإضافة أيضاً إلى تعرض المفحوصين للرفض وللنبذ – وهو ما يعانى منه بالفعل أفراد عينة الدراسة – مما يؤكد لهم أنهم لا يستحقون الحب وأنهم يعاقبوا على ذنوب لم يقترفوها مما أثر على تطوير صورة الجسم لديهم، وهذا يتفق مع رؤية Admson Adsham بأن إتجاهات الوالدين تجاه جسد أطفالهم لها تأثير مهم فى تكوين الطفل لصورة جسمه وتشير إلى أنه ما إذا كانت هذه الإتجاهات إيجابية تجاه جسم الطفل فسوف يكون صورة موجيه عن جسده سيئة وغير واقعية (ماهر محمود، ١٩٧١: ٤٩؛ مها إسماعيل، ١٩٨٨: ٥٩؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨: ٢١٦).

ويرجع "فويس لافيل" أن إضطراب صورة الجسم لصعوبة التمييز بين الخبرات الداخلية وخبرات العالم الخارجى كما حدث مع "رينيه" الفتاة الفصامية ولكى يتواجد الوعى لابد أن نميز أنفسنا عن العالم وبالتالى إدراك صورة أجسامنا، وبسبب تأثير فقدان حب الأم الذى منع تطور النرجسية الطبيعية ولكن من أين تستطيع الشخصية أن تستمد الحب الذاتى من الثقة والشجاعة فى نفسها لو لم يكن من التوحد مع حب الأم (مارجريت سيتشهاى، ٢٠١٢: ١٨١ – ١٨٢).

وإتفقا مع شليدر Schilder بأن سيطرة الميول السادومازوخيه أدى إلى تمزق صورة الجسم حيث يذكر شيلدر أن الألم النفسى المنشأ يعد أحد التغييرات عن الميول السادومازوخية التى تسبب تنقلات فى الإنتباه فيما يتعلق بالعضو مركز الإتجاه السادومازوخى، ولا يوجد مجال للشك فى أن الألم النفسى المنشأ له أساس عضوى وله أيضاً معنى كما أنه يستخدم جزءاً خاصاً من صورة الجسم للتعبير عن الميول الليبدية وهذا ما ظهر جلياً فى جميع حالات الدراسة سواء فى إستجاباتهم على المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، أو فى إختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة KFD.

ويعد أسلوب القتل المتخيل فى القصص شكلاً من أشكال العدوان (اللاكانى) الذى يستهدف الجسم وتشويهه تعبيراً عن نزعة عدوانية قهرية تجاه الآخر، ومعايشه جرح قديم، هو الجسد

الممزق كامناً فى الأعماق يعاود الظهور ويسقطه فى لحظات الغضب (الإلتهام على المستوى المتخيل) فهو يعانى مخاوف الأشلاء المبعثرة لجسد حيث توقف الأنا الجسمى عند حدود الشكل، حدود الصورة المتخيلة أيضاً جسد لم يتجاوزه إلى المضمون الذى لم ولن يكون موضوعاً للإعجاب فهو إهدار لنرجسية الذات وموضوع للنقد وللنبذ والإحتكار فكل ما هو متاح له هو إدراك الذات إدراكاً للصورة المتخيلة (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠١: ٢٢٤).

وفى ضوء ما سبق أيضاً يشير (زكريا إبراهيم، ١٩٧٦: ٨٥) معلقاً على دراسة (لاكان) لمرحلة المرآة أن مرحلة المرآة هى التى تشكل وظيفة الأنا من حيث هو علاقة بالآخرين وعلاقة بالذات فعبر تلك المرحلة يتمكن الطفل من بلوغ أول تخطيط (سيكما) أولى للذاتية ويعنى ذلك أن الطفل يدرك فى صميم صورته المرئية أو فى الصورة المرئية للآخرين شكلاً يخلع عليه الوحدة الجسيمة التى مايزال مفتقراً إليها ومن ثم فهو يتعين بتلك الصورة.

معنى هذا أن الصلة بين الذاتية منذ البداية صلة متخيلة تكشف عن الطابع التخيلى الذى تتسم به الذات المتكونة بادئ ذى بدء بوصفها ذاتاً مثالية أو نواه للتيعنات الذاتية الثانوية اللاحقة؛ ولذلك نجد نكوصاً لدى هؤلاء الأطفال إتسم سلوكهم بالإضطراب وبالعنف والعدوان – (حتى وإن كان على المستوى التخييلى) – إلى المرحلة المسماه لدى (ميلانى كلاين) بالإضهادية، فهي اضطهادية من حيث نوع المخاوف التي تستثار وفصامية من حيث نوع العمليات الدفاعية التى يستخدمها الطفل (الأنا) فى مواجهة هذه الضروب من القلق الإضطهادى.

ففى تخييلاته التدميرية يقوم الوليد بعض وتقطيع وإبادة الثدى فهو لديه شعور بإنه سيهاجمه بنفس الطريقة؛ ولذا نجد أن التخييلات السادية لدى الطفل مرتبطة بمخاوفة من المضطهدين داخلياً وخارجياً مثل الثدى السئ المنتقم وبما أن الهجمات التخييلية على الموضوع مرتبطة أساساً بالإحساس بالشره فيعد الخوف من شره الموضوع بإتباع عملية الإسقاط هى عامل أساسى فى حصر (قلق) الإضطهاد وسيلتهمه الثدى السئ بنفس الطريقة الشرهة التى كان يرغب هو فى إلتهامه بها ولذا نجد صورة الجسم لدي هؤلاء المراهقين في عينه الدراسة الحالية يعانوا من الجسد المجزء الممزق متبعثراً ونجدهم يلعبون لعبة تبادل الأدوار مع الموضوع فهو القاتل والمقتول، وهو الظالم والمظلوم، وهو الضائع ايضاً وهو ما ظهر واضحاً وجلياً فى إستجابات المراهقين على إختبار TAT والرورشاخ.

ويرى "وينيكوت" أيضاً فى الدور المراوى للأم والأسرة فى تطور الطفل، فالطفل يرى نفسه منعكساً فى نظرة الأم وصوتها وفى طريقة إدراكها العقلى له وفى إدراكها الصامت له وفى مشاركتها الوجدانية له وأى إعاقة لهذا الكيف الخاص بعلاقة الأم – الطفل فإنها تفقد مصدقيتها بوصفها مشروع وجود فتحل مشاعر الموت محل مشاعر الحياة مؤدية إلى إضطرابات خطيرة فى الحياة اللاحقة (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٤ – ٢٢٥).

ولذا فنجد أن "بالدوين" قد عرف "التقليد": بوصفة واحداً من مصدرين لإدراك الذات، وإدراك الآخرين والمصدر الآخر هو الإسقاط ومن ثم يرى "بالدوين" أن الطفل يصبح على وعى بذاته عن طريق تقليد من حوله (مارجريت سيت شهاى، ٢٠١٢: ١٦٥). وهو ما يفتقده بالفعل المراهقين مضطربي الشخصية الحدية فى عينة الدراسة الحالية.

التخييل وطبيعته المضطربة:

إن ما يميز الإنسان عن الحيوان هو قدرته على التخييل، إلا أن التخييل لدى مضطربى الشخصية الحدية كان تخييلاً مرضياً فالتخييل المرضى يتحدد من خلال الإبتعاد عن الواقع؛ إلا أنه كذلك يتحدد من خلال عدم وجود فرصة ملائمة للتخلص منه مع عدم سهولة العودة للواقع بعد فترة التخييل فهى تخييلات ذات طبيعة غريزية عدوانية تدميرية، وكانت الدفعات العدوانية شديدة بحيث أفصحت عن نفسها بشراسة فلم يعد يفيد معها الكبت.

وهذا راجع إلى أن التخييلات تمكن الذكريات المكبوتة من أن تصبح شعورية فى شكل محرف. وهو ما يؤكده "فرويد" فى عام ١٩٣٠ بقوله: أن التخييل إنما هو مساعدة الشخص كى لا يعتمد على العالم الخارجى فى البحث عن الإشباع وإنما عليه أن يعتمد فى ذلك على العمليات النفسية فوظيفة التخييل تقوم على مساعدة المرء لكى يكون مستقلاً عن العالم الخارجى وذلك بالبحث عن الإشباع بواسطة العمليات النفسية الداخلية وهذا من شأنه أن يعطى الأنا فسحة من الوقت كى يغير الظروف الخارجية حتى يحصل على إفراغ غريزى (نيفين زيور، ٢٠١٣: ١٦).

وقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، ومن إختبارات الرسم أن هناك تكرار لتخييلات العنف والقتل وفقدان الموضوع وإيذاء الذات وضعف الذات والحاجه الشديدة للإنتقام

والثأر وضعف القدرة على إختبار الواقع، بالإضافة أيضاً لمخاوف متعلقة بالمستقبل ومن المرض ومن التعرض للعمليات الجراحية ومن تخييلات العقاب، وهو الأمر الذى أكده "فرويد" فى هامش أضيف عام ١٩٣٠ لطبعة من طبعات تفسير الأحلام، بصدد أحلام العقاب (تخييلات العقاب) ما هى إلا إشباعات لرغبات الأنا الأعلى حيث أن تخييلات العقاب ما هى إلا إشباع لرغبة الأنا الأعلى حيث أن تخييلات العقاب ما هى إلا إشباع رغبة الأنا أنها لا تحقق رغبات الدفعات الغريزية، وإنما رغبات وظائف العقل من نقد ورقابة وعقاب (نيفين زيور، ٢٠١٣: ٤١).

ويضيف (عدنان حب الله، ١٩٨٩: ٨١ – ٨٢) بان تخييلات الخصاء تأخذ صوراً متعددة فى حياة الراشد الواقعية والخيالية كالخوف من المستقبل أو من المرض وبما أن الأب هو منفذ الخصاء فقد يتلبس صوراً مقنعة ومختلفة أو مستقاة من الأساطير أو من المخاوف الطفلية المتداولة أو من الحيوانات، وبالإضافة لما سبق فقد تبين من المقابلة أيضاً أن جميع أفراد العينة يتعاطون المخدرات والكحوليات كنتيجة حتمية لواقعهم المحبط وكأنه حلم واحد يجمعهم الا وهو عدم القدرة على تحمل فقدان الموضوع. ولذا يوضح لنا "سامى على" فى عمله المعنون بـ (المتخيل فى خبرة الحشيش) أن لغة الحلم هى لغة المتعاطى الذى لا يعرف سوى لغة الأم ولا يتحدث سوى بها ولا يفهم سواها ولا يتحدث سوى مع الذين يتحدثوا لغته (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨، ٨٣).

وهذا ما ظهر وتم تبينه لدى مضطربى الشخصية الحدية من عينة الدراسة الحالية فهم لا يصادقون سوى من يتحدث بلغتهم أى من يتعاطى العقاقير أو " المخدرات " فهم يعيشون فى المتخيل مع الصورة المرآوية الأمومية والتى لا يتسطيعون البعد عنها ولذا فإن الصور المرآوية دائماً ما تأسرهم كما أنهم لا يحتملون فقدان الموضوع (المواد المؤثرة نفسياً) فهو بالنسبة لهم الأمان واللذة والكمال، وبلغة "فرويد" فهم يشيهون الذهانى وإن لم يكن قد تفجر الذهان لديهم بعد. (نجيه إسحق، ١٩٨٩: ٣١٥؛ رشا الديدى، ٢٠٠١: ١٧٨؛ ب . ولمان، ٢٠٠٦: ٩٧)، ولذا فإن مضطربى الشخصية الحدية والذى يتسم سلوكهم بالعنف تجاه أنفسهم يكون نتيجة لإنسياقهم لإرتكاب أعمال وأفعال عنيفة دون تقدير لعواقب الأمور دون قدره على ضبط سلوكهم والإستجابة بسرعة لإنفعالاتهم والبحث عن الإثارة والتورط فى الأفعال العنيفة بدون سبب منطقى أو واقعى أو مقبول.

وفى ضوء ما سبق يشير "فرويد" بأن الموقف الذى يقدم فيه للطفل شخص غريب بدلاً من أمه فيبدأ إصابته بالحصر ومن ثم الإستجابة بالبكاء وبالحصر، فهو عندما يفتقد أمه فإنه يسلك كما لو كان لن يراها مرة أخرى، وهو بالمثل يشير إلى الفهم الخاطئ للحقائق كما يشير إلى الألم وأن لم يعن به الألم البدنى بل الألم النفسى. وتعلق "سوزان إيزاكس" على إشارة "فرويد" بأن هذا الموقف الذى يعتقد فيه الطفل أن أمه لن ترجع أبداً، إنما هو نتيجة لتخييلاته هو والناتجه عن كرهه فإختفاء الأم والحالة هذه إنما يعنى بالنسبة للطفل (حسب تخييلاته) نتاجاً لرغتبه فيها، والإحباط الذى يمكنه إحتماله وكأن "الفهم الخاطئ" إنما هو نتاج ما تسميه "التفسير الذاتى" فهو تخييل لملكيته لأم سيئة تغمره بالألم والفقدان (نيفين زيور، ٢٠١٣: ٤٩).

طبيعة الصراع السيكودينامى لدى مضطربى الشخصية الحدية:

بينت نتائج الدراسة أن الأنا الأعلى بناء قديم كاد يقترب من خصائص الهو ID من حيث أن الهو ID لا بناء له كما أن هناك قصوراً أيضاً فى منظمة الأنا وهو ما جعلهم يتسمون بسمات لا إجتماعية من حيث الإخذ بضوابط ومعايير المجتمع الذى يعيشون فيه فقد حدث تثبيت على عدم تجاوز مرحلة البحث عن اللذة المباشرة إلى مرحلة الواقع أى الأخذ بمقتضيات الوسط الإجتماعى مما أدى إلى حدوث تثبيت على نرجسية مغرقة فى القدم ولا يتوفر من خلالها تقدير الذات ولذا عادة ما نجد أن مضطرب الشخصية الحدية فى حاجه ماسة إلى أنه يرغم الآخر على أنه يزوده بزاد نرجسى بالإضافة إلى أن التفتيت والتمزق يصيب الأنا والموضوع والمشاعر جميعاً وهو الأمر الذى يجعل مضطرب الشخصية الحدية أسير موضوعات تدميرية عديده تطارده دائماً وينشد الهرب منها أو تدميرها وهذا بدوره يدل على فشل دفاعى واضح أمام ضغط الدفعات البدائية الداخلية النهمة سواء للمخدرات أو الكحوليات أو ممارسة الجنس، كما أن تخييلاتهم وأحلامهم تبين أن الغرائز الطفلية لديهم غرائز قبل تناسلية سلبيه بصفة أساسية ومشتقة من اتحاد المرحلتين الفمية والشرجية معاً مع وجود الإستجابات السادية المميزة للإحباط عند هذه المراحل حيث أن الرغبات الغريزية أكثر أهمية من الإشباعات التى يحصلون عليها من خلال العلاقة بالموضوع. وهذا بدوره أدى إلى وجود أعراض سيكوباثولوجية خطيرة لدى هؤلاء المضطربين وهو ما سنتبينه فيما يلي:

أ- الأسباب الدينامية الغريزية:

تبين من إستجابات مضطربى الشخصية الحدية سوا ء فى المقابلة الإكلينيكية، وفى إختبارات الرسم أن تخيلاتهم وأحلامهم تبين أن الغرائز الطفلية لديهم هى غرائز قبتناسلية بصفة أساسية ومشتقة من إتحاد المرحلتين الفمية والشرجية معاً مع وجود الإستجابات السادية المميزة للإحباط عند هذه المراحل ويتميز هذا النمط بالثنائية الوجدانية تجاه الموضوعات بالإضافة إلى الإستجابات الحركية السريعة للإحباط والتفريغ الإنفعالى السريع أيضاً.

ولهذا فدائماً ما يتوقع مضطرب الشخصية الحدية أن يحصل على ما يريد سواء من الأسرة أو من المدرسة أو الجامعة أومن الرفاق، وإذا لم يحصل على ما يريد من هذه المؤسسات فإننا نتوقع أن يتسبب أى إحباط فى ثورة عارمة وعدم صبر مع وجود قدر من الحقد والضغينة والإحساس بالظلم وبالقهر وهو ما يجعل سلوكه يتسم بالعناد والتمسك بالرأى والإحساس بالقهر فى الفعل ومع ذلك تكون الإستجابة السادية للموضوعات المحبطة – حتى وإن كانت على المستوى التخييلى – ملحوظة وواضحة وبشكل متطرف وتتدعم من خلال العناد الشرجى.

وتكون الإستجابات للإحباط عند كل من المرحلتين الفمية والشرجية سبباً فى تضخيم التقييم النرجسى للأنا النامى مما يزيد من حساسية الطفل وتمركزه حول ذاته وإنخفاض القدره على الإيثار والحب لديه (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٥). ومن ثم فقد ظهر الصراع الأساسى تجاه إشباع رغبة الذات حيث كان هناك جهد شديد من أجل الحصول على الإشباع وتحقيق الحاجات مما يعنى أنه صراع مع العالم الخارجى والذى هو نتاج عدم الشعور بالأمن أو بالأمان، وبالإضافة إلى الخوف من الأذى سواء على الذات أو على المحيطين به، ولا يزال هذا الصراع الإ من خلال الإحتماء بالأم أو بالمنزل (الأنزواء)، ولكن هذا الإحتماء يزيد من مخاوف المضطرب ومن قلقه ولا يشعر بالحماية أو بالإطمئنان.

وهو ما يدل أيضاً على وجود علاقة مكثفة لم تحسم مع الأم (الشخص المغذى) مما يشير إلى صراعات مكثفة طفلية وغير محسومة تسيطر على السلوك فى هذه المنطقة الديناميه بمعنى أن الأم هنا تكون إما معاقبة أو رافضة أو نابذه أو مسيطره. وينجم عن هذا الصراع مشاعر الذنب والخجل والتى ترتبط عادة ببعض الأعراض الأخرى، مثل: إضطرابات النوم والكوابيس المزعجة والفزع الليلى والتى تدخل هؤلاء المضطربين فى حلقة مفزعة من القلق تؤدى إلى تثبيت هذه الأعراض.

وفى ضوء ما سبق يشير (أحمد فائق، ١٩٨٢: ١٣٥) أن إشباع الرغبات الغريزية لدى هؤلاء المضطربين يكون دوماً أكثر أهمية من الإشباعات التى يحصلون عليها خلال العلاقة بالموضوع وتتطلب رغباتهم الغريزية الأشباع المباشر والفورى ومن ثم يستحيل عليهم التوقف، كما تحكم الإشباعات الغريزية أيضاً إعتبارهم لما هو صواب وما هو خطأ ولهذا السبب يرجح عدم الثبات لديهم والسهولة التى يكذبون بها والقصور الواضح فى القانون الأخلاقى لديهم – وهو ما تم ملاحظته من خلال زيادة الخصائص السيكوباتية لديهم – ولهذا يرجع القصور فى تكوين الأنا الأعلى إلى عدم القدرة على التخلى عن الإشباع الغريزى حتى تحت تأثير حصر الخصاء مما يحول دون إستدخال صورة الأب غير الشبقية، ولذلك فإن الطفل يقوم بالتفعيل للسلوك العدائى والسادى – سواء على المستويين الواقعى أو التخييلى – تجاه الذات فتحمله – أى الطفل (الجسد) – ضعيف للتوتر والحصر ولا بد من أن يفرغ فى الحال، ومن السمات المرضية السيكوباثولوجية نجدها فى المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات – وهو ما ظهر فى المحاولات الفعلية للإنتحار وإيذاء الذات أو من خلال الأفكار الإنتحارية لدى مضطربى الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية – أى أن شباع الرغبة مرتبط دائماً بمخاوف التدمير (أحمد فائق، ١٩٨٢: ١٣٥).

ب– السببية الطبوغرافية (البنائية) لمضطربى الشخصية الحدية :

فقد تبين من إستجابات المفحوصين فى المقابلة الإكلينيكية أو فى إستجاباتهم على إختبارات الرسم إحتوائها على مضامين عنف وتدمير وإيذاء للذات وللآخرين. وذلك راجع إلى أن الأنا Ego لديهم يتميز بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمتها الأساسية، أما الهو ID فدائماً ما يمارس هوايته بالغزو الداخلى للأنا لأنه مازال فى إحتياجات لإشباعات شبقية نتيجة التثبيت الليبدى فى المرحلة الفهمية، بينما يتسم الأنا الأعلى Super Ego بالقسوة أحياناً مما يجعلها تطلق إما مشاعر الإثم والشعور بالذنب أو قد تتصف بالإهمال واللامبالاه. ومن هنا تتقدم الوظيفة التخديرية وكما يرى (رأفت عسكر، ١٩٩٦: ٢٦) أن هذه الوظيفة التخديرية تمهد المجال الفسيح لغزوات الهو ID ضد الأنا Ego فى غيبوبة الانا الأعلى المضطربة.

ومن ثم فإن (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧٨) يرى فى الصراع الدائر بين الأنا، والأنا الأعلى على أنه بعد الإستدخال تنخرط السادية فى صف الأنا الأعلى ولا تكتفى بهذا بل وتهاجم الأنا هذه التى تعدلت بفعل الإستدخال فليس الغضب بل الشعور بالإثم هو الذى يستشعره المريض. إن سادية الأنا الأعلى لدى مضطربى الشخصية الحدية تزيد عن السادية التى نجدها فى الأنا الأعلى عند العصابين القهريين، وذلك بقدر ما يزيد تنقص وتتقلص العاطفة عند مضطربى الشخصية الحدية عنه عند العصابى القهرى فالأنا الأعلى تعامل الأنا بالطريقة نفسها التى كان المريض يرغب لا شعورياً فى أن يعامل بها الموضوع الذى فقده.

وبالإضافة لما سبق فإن ظهور التخييلات العدائية والسادية تجاه الصور الوالدية يشير إلى عدم نضج وتطور الغريزة الجنسية وموضوعاتها بالشكل الكافى مما يؤثر بالتالى فى نضج الأنا، وهذا ما ظهر واضحاً وجلياً من خلال لجوء الأنا إلى إستخدام دفاعات بدائية فى حل الصراعات الواردة كإستخدام العزل لإبعاد المشاعر عن الذات وهى ما تعكس ضعف كفاءة الأنا فى وضع حلول مناسبة. كما إتسمت الدفاعات البدائية (العنيفة والعدائية) المكبوتة من الشدة بحيث تخترق الجدار الدفاعى للأنا حيث تظهر الإندفاعات الهوسية كاللجوء للقتل والتدمير.

ومن ثم يرسخ الأنا الأعلى نتيجة الإستدماج اللاشعورى الذى به تستدخل صور الوالدين أو بدائلهما نفسياً فى الأنا كى تكون طابعاً أو سمة نشاط فى العقل، وعلى الرغم من أن هذا الطابع يتضمن إنطباعات واقعية عن نشاطات وقوانين الوالدين فإن ميكانيزم الإسقاط عادة ما يشوه هذه الانطباعات دائماً.

ولذلك فإن مضطرب الشخصية الحدية الذى يسقط تخييلات عدائية أو عنيفة أو مدمرة على صور الوالدين عادة ما يكون لديه أخلاق أكثر قوة ووحشية من أخلاق الوالدين الفعلية وعندما يستدمج صور الوالدين فإنه يستدمج هذه العناصر المشوهه أيضاً؛ ونتيجة لذلك يكون ضميرة اللاشعورى قاسياً وسادياً. ولذا فإن تفريغ مضطرب الشخصية الحدية لتوتراته المصاحبة لصراعاته اللاشعورية العنيفة والتدميرية جعله يفتقر إلى الموضوعية القادرة على إنزال العقاب الشديد بالأنا رغبة فى حمايتها إزاء هجمات الهى ID الشرسة نتيجة ضعف الأنا الأعلى (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٦ – ٢٢٧).

جـ – الأسباب الإقتصادية (الميكانيزمية):

من الميكانيزمات اللاشعورية والتى شاع إستخدامها لدى مضطربى الشخصية الحدية إستخدام ميكانيزمات دفاع من قبيل القمع والإنكار والكبت وخاصة تجاه الموضوعات، وهو ما يشير إلى النمط العصابى من البناء النفسى بالإضافة إلى أن هناك فشلاً دفاعياً واضحاً أمام ضغط الدفاعات البدائية الداخلية. ثم يلى ذلك شعور بالذنب بالإضافة أيضاً إلى المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات والجسد؛ أي أن إشباع الرغبة دائماً مرتبط بمخاوف تدميرية وهو ما يشير إلى السمات المرضية السيكوباثولوجية لدى هؤلاء المضطربين.

كما شاع أيضاً لدى هؤلاء إستخدام ميكانيزم توهم القدرة المطلقة نتيجة إحساسهم بالإحباط وبالعجز وبقلة الحيلة وبالقمع وخوفهم من العقاب والأذى البدني والنفسى؛ ولذا فإن لجوئهم لهذا الميكانيزم لإشباع رغباتهم للحاجه للأمن وللحماية وللقوة كرد فعل أيضاً لميكانيزم الالتهام على المستوي المتخيل، وبالإضافة لما سبق فقد أستخدم هؤلاء أيضا ميكانيزم الإسقاط بشكل دائم ويكون النقل مساعداً للنظام الإقتصادى، أما الميكانيزمات الإعلائية فعادة ما كانت مكفوفه أو ظهورها بصورة نادرة مثل إعلاء الدفعات العدوانية والسادية ضد الوالدين أو من يمثلها هى العمليات الدفاعية لدى مضطربى الشخصية الحدية فالتفتيت والتمزيق يصيب الأنا والموضوع والمشاعر جميعاً وهو الأمر الذى يجعل مضطرب الشخصية الحدية أسير موضوعات داخلية تدميرية عديدة تطارده دائماً ومن ثم ينشد بدوره للهروب منها أو تدميرها مع إنهيار عمليات الدفاع تظهر مشاعر الهجر والضياع واللاجدوى والإضطهاد والإكتئاب.

الغرائز الجنسية الجزئية لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تعنى الغرائز الجنسية الجزئية فى التحليل النفسى الكلاسيكى الغرائز المندرجة، أى تلك التى تندرج فى غيرها، والغرائز لا تسعى – كل على حدة – لتحقيق اللذه مستقلة بعضها عن بعض، لكنها على النحو السليم تنتظم وتندرج خاصة فى البلوغ والمراهقة وتعمل بشكل يساعد الغريزة الجنسية وعندئذ تكون وظيفتها التحضير للفعل الجنسى وإذكاء الإثارة. وفى التطور غير السوى قد يتوقف النمو ويثبت على إحدى هذه الغرائز المندرجة، وعندئذ لا تعود وسيلة للغاية لكنها تصبح هى نفسها مصدراً للذة النهائية وهو ما نشاهده فى السادية والمازوخية والإستعراضية والنظارية.

وقد تبين من نتائج الدراسة والمقابلة الإكلينيكة سيطرة الغرائز الجنسية الجزئية على البناء النفسى لدى المفحوصين وهو ما يعكس ضعف الأنا أمام صراعات الحفرات الخاصة بالهو ID، وإصطدامها بصرامة وقسوة الأنا الأعلى ومن هذه الغرائز ما يلى:

أ- السادية:

وهى تعنى العدوان والتحكم والتسلط والحط من قيمة الآخرين والتلذذ بإيلامهم، إلا أن هذه السادية بدلاً من أن تتخارج قد تتداخل فى ذات المضطرب فتتحول إلى مازوخية وبقدر ما تكون السادية مفرطه ترتد هذه السادية – مفرطة أيضاً – فى صورة مازوخية تأخذ أشكالاً مثل التلذذ بإيلام الذات والحط من قيمتها والشعور بالنقص والدونية والرغبة فى توبيخ وجلد الذات للتخفيف من ألم الشعور بالذنب الذي يصل فى بعض الحالات إلى اللجوء إلى الإنتحار. وهو ما تلخصه عبارة (جوته): "إذا ضربت فنفسك تضرب" وكأن المضطرب يصير وفق المعادلة الآتية: "أنا أعلى سادى فأصبح الأنا مازوخياً" ولذا فالسادية لدى المضطرب تعبر عن الإنفصال والتفكك والتنافر وعدم الإنسجام.

ب- المازوخية:

تتجه المازوخية لدى مضطربى الشخصية الحدية نحو تدمير وإيلام وتعذيب الذات سواء كان مادياً أو معنوياً فهى نزعة تدميريه للذات يعيش فيها المفحوص حالة من إنقسام الذات حيث يصبح القاضى والجلاد معاً ضد ذاته وهو يتلذذ بهذا العذاب لأن ذلك يخفف من حدة الشعور بالذنب والألم لديه نوعاً ما.

ويفسر "فرويد " ذلك بأن الأنا الأعلى أصبح سادياً فأصبح الأنا مازوخياً أى أنه أصبح فى أعماقه سلبياً بطريقة أنثوية ويتطلب العقاب مما جعل الانا يقدم نفسه كضحية من ناحية، ومن ناحية أخرى يجد الإشباع فى سوء المعاملة التى يلاقيها من الأنا الأعلى أى فى الشعور بالذنب.

وبالإضافة لما سبق فهناك أمران فى المجال المازوخى وهما:

أ- إضفاء طابع جنسى على الألم.

ب- إستخدام الأنا الأعلى للألم وسيلة لمعاقبة الذات بغرض تحييد عقدة الشعور بالذنب جزئياً، فإنه قد يؤذن لحاجات ليبيديه كانت إلى ذلك الحين محظورة بأن تحظى بقدر من الإشباع.

ومن ثم فإن الأنا الأعلى لدى المازوخى يسلك إزاء الأنا سلوك والدين صارمين لها نفس القدر من الصرامة تجاه الطفل غير المطيع، وهذا يعنى أن الدوافع الغريزية الجنسية للأنا الراشد تحاكم بصرامة وقسوة لأن من يحاكمها هو أنا أعلى طفلى. ويكون هذا الأنا الأعلى على قدر اعظم من الصرامة والقسوة كلما إتشحت بقدر أكبر من العدوانية إستجابة الطفل تجاه والدين يقفان حائلاًً أمام تحقيق رغبته. وهذا ما يحدث بالتحديد لدى المازوخى الذى يكون قد رد إلى نحر ذاته بوساطه الأنا الأعلى عدوانيته الطفلية (ساشا ناخت، ١٩٨٣: ٧٥).

وبالإضافة لما سبق فقد بينت أغلب حالات الدراسة عن سلوك المخاطرة، وفى ضوء ذلك يبين "بيل" فى دراسة له عن علاقة سلوك المخاطرة والمازوخية أشار فيها إلى أن سلوك المخاطرة يعبر عن الإثارة والألم والعبء مما يعنى أن سلوك المخاطرة يتطابق إلى درجة كبيرة مع المازوخية فرغبة مضطربى الشخصية الحدية فى المخاطرة سواء بحياته أو بماله هى بمعنى آخر رغبة فى المازوخية وتعذيب الذات وهى ما تعكس التناقض والثنائية الوجدانية لدى مضطربى الشخصية الحدية فالمازوخية لديهم مزيج من اللذه والألم والنشوة والعذاب والشقاء ومن ثم فإن عذاب مضطربى الشخصية الحدية هو ذاته مصدر سعادته (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٩٠ – ٩١).

جـ – البنية السادو مازوخية لدى مضطربى الشخصية الحدية:

السادومازوخية ما هى إلا فعل متبادل بين السادية والمازوخية فالطرف الذى يشعر أن الآخر قد إستولى عليه يحاول أن يمارس هذا الإستيلاء من جانبه وفى ذلك عنف وعدوان خفى متبادل ولذلك تعتبر السادومازوخية ما هى إلا تعبير عن الدافع الغريزى حيث يوجه الدافع فى السادية نحو هدف خارجى، بينما يتحول الدافع فى المازوخية ضد الفرد نفسه – وهو ما تم ملاحظته فى المقابلة الإكلينيكية وإختبارات الرسم من إستجابات عدائية وعدوانية تجاه أحد الوالدين أو كلاهما – فالعنف إستجابة بشرية ورد فعل لما يشعر به الفرد من ألم نرجسي سواء كان هذا الألم موجهاً للذات أو نحو موضوع فى التكوينات السادومازوخية وربما يخدم جهود الفرد لتعويض صورة ذاته المحطمة، وغالباً ما تكون هناك علاقة بين صدمات وإحباطات الطفولة والسلوك السا دومازوخى.

فالمضطرب هو ذلك الشخص الذى يسعى وراء إيلام ذاته والآخرين مستشعراً ضرباً من الزهو فى رؤية ذاته والآخرين متألمين وكأنما هو يفخر بما يملك من قدره على إحتقار ذاته والتقليل من شأن الآخرين ولذه إنحراف الإرادة هنا قد تنصب على الذات فنقول عنها مازوخية وقد تنصب على الآخرين فنقول عنها سادومازوخية. وعندما تتجه إرادة المضطرب فى التدمير إلى الخارج فإنها لا تريد السادية بصفة عامة وإنما تريد ذلك الآخر القريب من الذات، وبقدر ما يشعر الآخر من ألم تكون سعادة المضطرب.

ولذا يحاول المضطرب تدمير الآخر القريب منه فإن تدميره لا يصل إلى حد الموت وإلا لما وجد المضطرب موضوعاً يمارس عليه ساديته بل قد يمنحه القوة ليمارس جزءاً من ساديته على الآخر، وعلاقة المضطرب بالآخر إنما هى علاقة نفى وإنكار (سادية) ولكن هذا النفى يحمل معنى الإثبات (مازوخية) وهذا هو السبب فى أن المضطرب سادى ومازوخى معاً (أكرم زيدان، ٢٠٠٥: ١٠٧ – ١٠٩).

د- الإستعراضية:

هى دافع قهرى بأن يجعل الفرد من نفسه مركزاً ثابتاً للإنتباه وحب الظهور والتى تحقق للإنسان المنحرف متعة رئيسية تحل محل غرائز أساسية، والإستعراضية لدى المضطرب تشمل جوانب عديدة تتمثل فى الإثارة وجذب الإنتباه وتأكيد الذات والمخاطرة فى والإندفاع والإحساس بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم فى الموضوعات، ووهم القدرة المطلقة، والمقامرة بحياته أو بماله.

ومن ثم ينمو المضطرب الاستعراضي نمواً إنفعالياً غير مكتمل، ويصبح الإستعراض لديه مظهراً عصابياً ووسيلة دفاعية يلجأ إليها ليلفت أنظار الآخرين إليه ويجبرهم على أن يشاهدوه لينتزع منهم الإعتراف بأنه ذو قيمة وأنه الأفضل دائماً، ولذلك فإن المضطرب الذى يتسم سلوكه بالإستعراضية غالباً ما يكون عدوانياً وعنيفاً وسيكوباتياً كتعويض عن خيبة أمل وصدمة إجتماعية أو فقدان الشعور بالأمن فيبحث عن الأمن والأمل بالمخاطرة بكل شئ حتى نفسه.

وهو ما ظهر فى إستجابات الرورشاخ التشريحية كمحاولة منهم لإستعراض القدرة العقلية لديهم لتغطية مشاعر النقص فى هذه القدرة.

هـ- النظارية:

لا تقف النظارية عند حدود الجنس فقط بل تشمل سلوكيات أخرى كثيرة مثل كشف أسرار الغير عن طريق إستراق النظر أو التجسس والتى من خلالها تتضح الرغبة فى كشف السر وهتك الحجاب وفك الرموز والتحكم فى الأشياء والموضوعات. والنظارية فى الأساس فعل سادى يحاول من خلاله المضطرب أن يضرب الآخر فى العمق من خلال جوانب ضعفه وقوته بل والإستمتاع بهتك سره دون أن يدرى.

إن غاية ما يطمح إليه المضطرب النظارى هو أن يصل إلى المكاشفة التامة مع موضوع النظر وأن تزول بينهما الفوارق والمسافات وهو نوع من التوحد الشاذ المرضى بحيث يود المضطرب أن يكون هو الموضوع لكى ينتهك السر ويهتك الحجاب ولشده هذه الرغبة قد يتوهم المضطرب أنه على علم بكل ما لدى الآخر يرجع فى الأساس إلى وهم القدرة على التحكم، ولذا فإن النظارية لدى المضطرب تعبر عن ضعفه وقلة حيلته وعجزة.

لذا نرى أن المضطرب يشعر بضعفه بممارسة افعال النظر سراً فذلك ضعف لا يرغب فى أن يطلع عليه أحد. ومن ثم فإن النظارية لدى المضطرب تشمل أيضاً سادية ونرجسية فالنظارية كراهية ومحاولة لفضح الأمر بالنسبة للآخر بما لا يليق وهى بذلك تعكس قسوة ونرجسية يحاول من خلالها أن ينال المضطرب من الآخر ويقيده ويلغى إرادته ويستهلكه وربما يقضى عليه وللمضطرب النظارى أدواته الأولية: والتى تشمل الحلم والخيال والقدرة على التوقع، وأدواته الثانوية: كالتجسس والفضول ومحاولة القرب وليس الإقتحام وإختراق الخلوة وكشف السر.

ولذلك فإن النظارية لدى المضطرب توضح إن ما متاح لديه من الموضوعات لا يكفى ذاته وأنه لا بد من الإستناد إلى إختراق وتجاوز حدود الذات بإتخاذ الخطوات السرية نحو الآخر فإنما هو يبحث عن نفسه خارجاً عن ذاته. وهكذا يتضح لنا أن المضطرب من خلال النظارية لا يستطيع أن يعيش إلا بمقتضى تلك الحركة المستمرة التى ينتقل فيها من الواقعى إلى الممكن، ومن الممكن إلى اللاواقعى، ومن المحتمل إلى المحال. لذا فهو دائم الصراع بل ويوسع من دائرة الصراع.

والنظارية لدى المضطرب لا ترصد صوراً فقط وإنما تميز وتتغير وتستبقى ولكن بطريقة مرضية إذ يرى المضطرب ما يريد أن يراه، ويدرك ما يريد إدراكه، كما إنه يغلق عينيه عما لا يحب أن يراه وعندما يبصر فقد يروى غير ما أبصره وذلك لأن لديه بنية نفسية مريضة تنشئ وتركب وتبدع أشياء لا وجود لها.

ميكانيزمات الدفاع:

فقد تبين من المقابلة الإكلينيكية، وإختبار KFD ،وإختبار HTP سيطرة الميكانيزمات الدفاعية البدائية من: النكوص والتثبيت، والإسقاط، والإنكار، والقمع، الكبت، وتوهم القدرة المطلقة، والإفتئات أو الإلتهام على المستوى المتخيل، والتفتيت، والتبرير، والإستدخال، والإنشطار، والتكوين العكسى. وهذا بدوره أدى بطبيعة الحال إلى الإفتقار للنضج الإنفعالى والإجتماعى وضعف للأنا ومن ثم مزيد من الإحباط الواقع على مضطربى الشخصية الحدية بالإضافة إلى المخاوف اللاشعورية من الواقع على مضطربى الشخصية الحدية بالإضافة إلى المخاوف اللاشعورية من توقع العقاب والأذى البدنى والنفسى؛ أى أن إشباع الرغبة مرتبط دائماً حتى وإن كان على مستوى التخييل بمخاوف التدمير والتلاشى ومن هذه الميكانيزمات مايلى:

١- التثبيت والنكوص:

أ- التثبيت:

فالتثبيت ينتج عادة عن إحباط شديد تصاحبة زيادة فى النشاط التخيلى ينتج عن إشباع مسرف يجعل الشخص عاجزاً عن تحمل الإحباطات اللاحقة (سامية القطان، ٢٠٠٧: ٧٨). فقد تبين من نتائج الدراسة تثبيت أفراد عينة الدراسة على المرحلة الفمية، بمعنى التثبيت على الحالة التى كان بها تنظيم تقدير الذات يعتمد على الإمدادات الخارجية ومن ثم الإصابة بالإكتئاب ففى الإكتئاب تظهر دائماً نزعات قاطعة من التثبيت الفمى، وأن رفض الطعام ما هو إلا عرض ملازم لكل إكتئاب.

ب- النكوص:

ينكص هؤلاء الأفراد إلى المرحلة التى كان فيها الإشباع مسرفاً ذلك فى تثبيته أى إلى المرحلة التى يعتمد فيها تقديره لذاته على الحصول على الإمدادات حيث يؤدى نقص هذه الإمدادات إلى الشعور بالإنمحاق، وفقدان تقدير الذات، "أننى فقدت كل شئ لأننى لا أستحق

أى شئ"؛ أى أن فقدان تقدير الذات يرجع إلى فقدان الإمدادت الخارجية (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٦).

وقد فسر كل من "فرويد" و "إبراهام" الإكتئاب – والذى يعد سمه أساسية لمضطربى الشخصية الحدية – على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية فى التطور الجنسى للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع فى مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية، والإلتحام والنبذ – وهما أيضاً من سمات مضطربى الشخصية الحدية – وعندما يصاب بخيبة أمل وفقدان عزيز ينقص لحاجاته الأولى. ولتناقض عواطفه ناحية للحب المفقود، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته نحو الأنا، ومن هنا يبدأ المكتئب فى الإنغلاق والعدوان الذاتى وإتهام الأنا، والإحساب بالدونية والتى تطلق الميول الإنتحارية لدى مضطربى الشخصية الحدية (أحمد عكاشه، ١٩٩٨: ٣٥٩).

ومن ثم لا يعد النكوص فى الإرتكاسات الإكتئابية دفاعاً ناجحاً حيث أنه يظهر المخاوف الطفلية ويحمل المريض إلى مرحلة من النمو لا يجد فيها مساعدة، رغم ضغط المطالب الملحة، والنكوص جزئى كما فى الإكتئاب العصابى، ويمكن أن يستخدمه المكتئب العصابى كى يحصل على إتصال فعال مع عالم الموضوعات الحقيقية، وعندما يكون النكوص عميقاً فإنه يصبح شاملاً وفيه يفقد المريض الإتصال بالواقع الخارجى وهنا يصبح ذهاناً فالإكتئابى يحتفظ بجزء من تكامل أناه ومن هنا يظل تنظيمه الدفاعى سليماً إلى حد ما (محمد سامى هنا، ١٩٧٨: ١٤٩).

٢- الكبت:

يخفى مضطرب الشخصية الحدية هربه من الوقوع فى فخ الذهان بقدرته على إيقاع دفاع كبته فى مستوى معقول من التأثير وهو ما يساعده على تحمل الواقع المؤلم والمحبط وغير المشبع بالإضافة إلى البيئة الرافضة والنابذة والمهددة والخطرة وغير المستقرة.

وعليه فمصير المكبوت بمعنى الكلمة هو إزاحة بعض الطاقة على حفزة فتصبح مشتقاً مما يبدو فى المغالاة والقوة المسرفة لهذه الحفزة التى أصبحت مشتقاً واحياناً ما يتم كبت

المشتق "كبت ثانوى" ومن ثم يعبر الكبت عن نفسه لدى مضطرب الشخصية الحدية عن نفسه فى صورة:

أ- ذكريات وأفكار حصارية.

ب- فجوات فى الذاكرة.

وما دام المكبوت يظل فعالاً تكون ضرورة تواصل الكبت إى إنفاق الطاقة ونضوجها، ومن هنا يكون الشعور بالتعب والدونية وضماناً لعدم إنبعاث المكبوت يظهر التجنب "فوبيات" أو إتجاهات مضادة "تكوينات مضادة " وما إلى ذلك وهذا هو حال مضطربى الشخصية الحدية (سامية القطان، ٢٠٠٧: ٦٨).

٣- التبرير:

تم إستخدام هذا الميكانيزم لسبب ظاهر ألا وهو التخييلات السادية والعدوانية تجاه الوالدين أو من يمثلها من نماذج السلطة الوالدية، ولسبب آخر ألا وهو السلوكيات المضادة للمجتمع، ومن ثم فإن هذا الميكانيزم يساعد مضطربى الشخصية الحدية على تخفيف حدة الشعور بالذنب والإثم تجاه هذه التخييلات أو الأفعال السيكوباتية هذا من جانب، ومن جانب آخر إلا وهو حفظ ماء الوجه لهؤلاء المضطربين فيعطى مسببات وتبريرات واهية لكل أفعاله أو تخييلاته، وهو ما يجعل الإنسان يعيد حساباته على المستوى اللاشعورى فيبادر بتبرير كل سلوكياته وهو ما يعفيه نوعاً ما من الشعور والإحساس بالإثم والذنب.

٤- التكوين العكسى:

وهو ميكانيزم يستخدم حفزات غريزية مضادة للحفزة الأصلية المستهجنة فإنها تظل دائماً نوعاً من الضمان للإبقاء على الكبت وجبهه أمامية لإستمرار هذا الكبت (سامية القطان، ٢٠٠٧: ٦٩).

ومن ثم فالنشاط الزائد وسرعة الإستثارة والثرثرة والضحك والغناء كلها أساليب هوسية كى يدعم إنكارة القوى وكبته الضعيف بتكوين عكسى، وهذا يعنى أن مضطرب الشخصية الحدية والذى يعانى من الإكتئاب أنه لا ينكر إكتئابة ومسبباته فحسب، ولكن أيضاً يتجه إلى العكس الواضح للإكتئاب بصورة مبالغ فيه (محمد سامى هنا، ١٩٧٨: ١٥٠).

٥- التفتيت:

فالتفتيت والتمزق يصيب الأنا والموضوع والمشاعر جميعاً وهو الأمر الذى يجعل الطفل أسير موضوعات داخلية تدميرية عديدة تطارده دائماً ومن ثم فهو دائماً ينشد الهرب منها أو تدميرها دون إحداث تعديل حقيقى فى المشاعر والتخييلات المستثارة؛ أى أن الطفل يبدأ فى الشعور بأنه لا يوجد إلا موضوع واحد يحس حياله بالحب كما يحس حياله بالكراهية، وأن الدمار الذى كان يقصد به الجوانب السيئة من الموضوع يعيب كذلك الجوانب الطيبة؛ أى أن الآخر الموضوع الكلى سيبدأ إحتلال مركز الثقل وبهذا الوضع الإكتئابى لدى مضطربى الشخصية الحدية حاسماً فى ظهور مشاعر الإثم ومن ثم الرغبة فى التفكير والإصلاح وإستعادة الموضوع؛ أى ظهور نوع جديد من العمليات الدفاعية تهدف جميعاً إلى تجنب الموضوع وحمايته من خطر العدوانية (كرمن محمد، ٢٠٠١: ٣١٨). ولذلك نجد أن تفتيت الموضوع يظهر فى لأشكال المتعددة للأخطار الداهمة التى يتعرض لها مضطربى الشخصية.

٦- توهم القدرة المطلقة:

أن توهم القدرة المطلقة للمشاعر التدميرية والعنيفة وللمشاعر الطيبة على السواء من الخصائص المميزة للمراحل المبكرة من النمو النفسى، كما أنها عامل أساسى فى فاعلية عمليات التدمير والتفتيت وبقدر ما يكون من ضراوة المشاعر التدميرية وما يلازمها من توهم القدرة فى ممارسة التخييلات التدميرية، تكون ضراوة المخاوف التدميرية ومن ثم الحاجه القهرية إلى إسقاط الموضوع الداخلى إلى الخارج وتدميره (فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤٢٤).

كما أن ضعف الإرتباط بالواقع ولكونه مؤلماً ومحبطاً ومهدداً وخطراً وغير آمن كان هو الدافع الأساسى لإستخدام هذا الميكانيزم لا شعورياً كبديل تعويضي تخييلى لحماية الأنا من هذه المخاطر.

٧- الإنكار:

فالإنكار هنا ما هو إلا إنكار ما حدث للموضوع الطيب من دمار دون حدوث محاولات جديدة لتعديل المشاعر التدميرية الموجهة إلى الموضوع كما إنها ارتدت الأساليب الدفاعية الإنكارية إلى الجانب الطيب من الموضوع بقصد إنكار طيبته، فهذا الميكانيزم كشف عن عدم قدرة الأنا على فعالية المشاعر التدميرية والعدوانية وتهدد بالنكوص إلى الوضع

السابق وتدعيمه (شبه فصامى – بارانوى)، والنكوص شكل من الإنكار فالنكوص إنكار للواقع وبالتالى إستخدام المفحوصين ميكانيزم الانكار ومع قصور في الأساليب الاصلاحية التعويضية والتي اشتملت على بعض المحاولات الخاصة بالمغالبة التدريجية لآثار العنف والعدوان ومحاولات تخليص الموضوع الطيب من آثار العدوان عن طريق إستعادته تخيلياً، وحمايته من الأخطار الناجمة عن مشاعر العنف والعدوان، ومن أوضح أشكال الإنكار فى إستجابات المفحوصين هو إنكار المخاوف والمشاعر العدوانية حيال الأم والأب ثم ظهورها فى صور رمزية فى إستجاباتهم للبطاقات الغامضة حيث ترى المخاوف البدائية تطاردهم.

ولذا يشير (عبد الله عسكر، ١٩٩٤: ٧٦) إلى أن ميكانيزمات الدفاع الفرويدية أو الحيل النفسية تستخدم للتغلب على قصور الآخر مثل ميكانيزم الإنكار والتكوين العكسى والإسقاط والتوحد، وهذه الآليات النفسية هى ما جعل من اللغة مكاناً نسيجياً للمجاز فالمريض يستطيع أن يقول لنفسه إنه محبوب وإنه ثمة موضوع داخلى ينبغى أن يحبه لذا وجب عليه أن يتصور موضوع حبة ويسعى إلى بنائه وتأسيسه وفقاً لأهواء الرغبة بعيداً عن قانوناً الآخر الموضوعى أو الخارجى الذى لا يفى بمتطلبات الذات ولكن بناء الموضوع الداخلى لا يخرج عن كونه تشويهاً أو تحريفاً لصورة الموضوع الخارجى حيث تتيح الإيديولوجية بدائل إستراتيجية للموضوع أو الوكيل الإجتماعى.

٨- التحويل:

يشير كل من (Waska R., 2005; Andrew R,2010; Catherine.A.L., 2016) إلى أن التدمير الذاتى يحدث من خلال النقل والتحول الزائد ومن ثم فإن ميكانيزم التحويل يعتبر من الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة لدى مضطربى الشخصية الحدية وفيها ينقل المفحوص فشلة وعجزة فى الإستحواز على الأم أو الأب إلى العجز الدراسى والإجتماعى والشخصى كنوع من الهروب الهستيرى والخصاء الرمزي للذات الناتج عن تأزم وفشل الموقف الأوديبى والعجز عن حلة حلاً سوياً كما يعكس التحويل الإلحاد ليتغلبوا على خوفهم وإنعدام ثقتهم بالعالم بالإضافة إلى عدم التعلق بأى شئ حتى لا يحدث جرح نرجسى آخر.

٩- الإسقاط :

أن أول حكم للأنا ينحصر فى البلع أو البصق فالإسقاط صورة للرفض، ومن هنا فالإنفعالات والحفزات الكريهة تم بصقها . ولذا فقد أوضحت "ميلانى كلاين" أن الإسقاط

يستخدم أول ما يستخدم بوصفة دفاعاً ضد النزعات التدميرية – غريزة الموت – لتحويل التدمير عن الذات إلى الموضوع (ثدى الأم الشرير) ثم لا تلبث هذه الميول التدميرية وقد أذكتها خبرة الميلاد ومختلف دروب الإحباط التالية أن ترتد إلى الذات من الخارج نتيجة إستدخال الموضوع الخارجى الشرير.

ومن ثم فإن الإسقاط ما هو إلا رد عدوان الأنا الأعلى إلى الحقيقة الخارجية وهذا يعنى إرجاع إتجاهات الأنا الأعلى للأشخاص الآخرين، والأشخاص الذين يحبون المريض يتهمون المريض دائماً بإحساسه بفقدان القيمة ولذا فالإسقاط يتيح الفرصة للمريض كى يحتج بوضوح كما كان يفعل فى الطفولة، وذلك بأن يقول أنه غير محبوب؛ – هكذا هم مضطربى الشخصية الحدية – ولذا يُعد ا لإسقاط من الأساليب الدفاعية المميزة للمراحل المبكرة أى الأساليب الفصامية حيث الغلبة للعمليات التفتيتية.

ففى تخيلاته التدميرية يقوم الوليد بعض وتقطيع وإبادة الثدى فهو لديه شعور بأنه سيهاجمه بنفس الطريقة؛ ولذلك نجد أن التخييلات السادية لدى الطفل مرتبطة بمخاوفة من المضطهدين داخلياً وخارجياً، وبما أن الهجمات التخييلة على الموضوع مرتبطة أساساً بالإحساس بالشره Greed فيعد الخوف من شر الموضوع بإتباع عملية الإسقاط عاملاً أساسيا فى حصر الإضطهاد وسيلتهمه الثدى السئ بنفس الطريقة الشرهه التى كان يرغب هو فى إلتهامه بها؛ ولذلك فإن الأساليب الدفاعية الغالبة فى الوضع الأول هى الأساليب التفتيتية والتفريغية والتى تؤدى إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل فى المشاعر والتخييلات المستثارة (فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤١٩؛ محمد سامى هنا، ١٩٧٨: ١٥؛ سامية القطان، ٢٠٠٧: ٦٤؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ١٠١).

١٠- الإستخدال:

وفيه تتجه العدوانية إزاء الموضوعات المسببة للإحباط قد إنتقلت إلى عدوانية ضد أنا المريض بعد إستخدال الموضوع المفقود وكراهية الذات هذه تظهر فى صورة شعور أثم أى فى صورة عدم تناغم بين الأنا، والأنا الأعلى، فبعد الإستخدال تنخرط السادية فى صف الأنا الأعلى وتهاجم الأنا هذه التى تعدلت بفعل الإستخدال. فمضطرب الشخصية الحدية بعد

إستخداله الموضوع لا يعيش أى غضب من نوعه "أنى أريد أن أقتل"، بل يعيش بالحرى الشعور "أنى إستحق القتل"، ولذا فإن الأنا الاعلى هى التى تستدير ضد الأنا بنفس طاقة الغضب الذى كانت تستخدمة الأنا من قبل فى صراعها مع الموضوع، والنتيجة هى أن الصراع الشخصى ضد المستدخل يتعقد على نحوين؛ وهما: فى الصدارة نجد صراع الأنا الأعلى ضد الأنا المستدخل، ولكن الأنا فى تناقضها العاطفى إزاء الأنا الأعلى تحول الصراع إلى صراع الأنا ضد الأنا الأعلى المستدخل ومن ثم فالإستدخال ليس فقط مجرد محاولة لمحو فقدان موضوع، بل هو أيضاً فى الوقت نفسه محاولة لتحقيق "الإتحاد المستتر" مع موضوع خارجى مطلق القدرة بحيث يصبح المريض "شريك الفقيد". فيشعر إنه عديم القيمة ويتصرف وكأنه قد فقد أناه ومن الناحية الموضوعية، هو قد فقد موضوعاً ومن ثم فالأنا والموضوع متكافأن على نحو ما. والسادية التى كات يوماً تتجه إلى الموضوع قد إنتقلت ضد الأنا. (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧٦ – ٣٧٧)

١١- ميكانيزم الإنشطار:

وقد نتج عن ميكانيزم الإنشطار نتيجتان:

الأولي: قصور فى التكامل الليبدى للذات فى مفهوم متكامل للذات وهو ما يعكس الذات الواقعية، والثانية: قصور فى إندماج الشحنات الليبدية والعدوانية لتمثيلات الموضوع التى تتيح فهم أعمق للأشخاص وهاتان تمثلان زملة أعراض تشتت الهوية identifydiffusion وهذا ما نلاحظه لدى المفحوصين مضطربى الشخصية الحدية حيث يتزايد ميكانيزم الإنشطار الذى إنعكس فى النزعة العدوانية لدى المفحوصين حيث نقص الإندماج بين الميول العدوانية والحفزات الليبدية، كذلك الإنشطار فى الأنا من حيث كان هناك تبادل الأدوار (القاتل والمقتول) بالإضافة إلى إستخدام المفحوصين للاساليب الدفاعية التفتيتية والتى أدت إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل حقيقى فى المشاعر والتخييلات العدوانية المدمرة المثارة.

إضطراب العلاقة مع الموضوع لدى مضطربى الشخصية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D إن هناك اضطراب واضح فى العلاقة بالموضوع، بالإضافة إلى التناقض والثنائية الوجدانية تجاه الموضوع (الأم). ومن ثم فالعلاقة بالموضوع وكما يشير (Nigg, et al.,

1992) ليست فقط التمثيلات العقلية للذات وللآخرين ولكنها تتضمن أيضاً التخييلات والإنفعالات المرتبطة بتلك التمثيلات وكيف تتدخل تلك المتغيرات فى السلوك بين الشخصية.

ولذا توصف علاقات الموضوع لدى مضطربى الشخصية الحدية فى الغالب بأنها تتسم بسوء النية، وإنهم يرون (كما فى الإختبارات الإسقاطية) الأخرين متقلبين ومدمرين بلا سبب. ومن ثم ينطلق أوتوكيرنبرج (Kernberg, O., 1985) من إفتراض أساسي هو أن الشخصيات الحدية لديها أنا ضعيف، ومن ثم تجد صعوبة غير عادية فى تحمل النكوص وسبر غور صراعات الطفولة، ومن ثم يخاف الأنا الضعيف من أن يجتاحه تفكير العملية الأولية البدائى النابع من الهو ID ويغمره. ولذا عادة ما تلجأ الأنا للعملية الدفاعية الرئيسية لدى الشخص البيني (الحدى) والمسماه بالإنشطار Splitting أو التقسيم الثنائى إلى طيب تماماً وشرير تماماً، وعدم تكامل المظاهر الإيجابية، والمظاهر السلبية لشخص ما فى كل مكتمل.

ويحدث الإنشطار نتيجة العجز عن تكوين تمثيلات موضوع معقد، وهو مالا يتناسب مع التقسيم الثنائى إلى : طيب – شرير. وبسبب ذلك يجد الشخص البينى (الحدى) صعوبة قصوى فى تنظيم إنفعالاته لإنه يرى العالم من خلال الأبيض والأسود فقط. وهو ما يعنى أنهم يعانوا أيضاً من ضعف فى إختبار الواقع Reality Test أى بمعنى ضعف القدرة على التفرقة بين المخاوف غير المنطقية المبنية على الطفولة وبين الواقع البالغ الراشد.

وهو ما يؤكده أيضاً (محمود حموده، ٢٠٠٧: ٧٢٢ – ٧٢٣) من أن ضعف الأمومة، حيث لم يكن فيها توازن بين إشباع الطفل وتنمية إستقلاليته، ولذا لا يستطيع الطفل تنمية إحساسه بذاته بقوة تكفي لأن يفصل ويميز ذاته عن أمه وعن الآخرين، ومن ثم فهو عادة ما يبحث وبقوة عن تأكيد ذاته وأمانها من خلال الآخرين.

وهو ما يعكسه أيضاً (بول ريكور، ٢٠٠٣: ٢٢٧) بقوله: إن مضطربى الشخصية الحدية يعتمدون على مبدأ اللذة بوصفة الدرب القصير واليسير؛ فكل ما هو نكوص يرجع إليه. بينما مبدأ الواقع طويل وعسير؛ ولا يمضى دون تخل عن الموضوعات القديمة ودون حداد عليها.

فمن الناحية الدينامية تعتبر الشخصية الحدية ما هى إلا نتاج ضعف الأمومة Poor Mothering، ولأن علاقة "الأم – الطفل" تخدم كنموذج للعلاقات التالية، فإنه من المهم أن تكون هذه العلاقة "جيدة بما فيه الكفاية" فالأم الجيدة بما فيه الكفاية تستجيب بشكل كافى لإحتياجات طفلها، وتنشئ توازن كافى بين الإعتمادية والإستقلالية، وبدون الأم التى تستجيب بشكل كافى، فإن الطفل الذى يتطور لديه لاحقاً إضطراب الشخصية الحدية يكون غير قادر على تطوير إحساس قوى ومتماسك وجيد بالذات. وبدون إحساس قوى بالذات فإن الطفل يكون غير قادر على فصل وتمييز نفسه عن أمه، وبالتالى يكون الطفل غير قادر على تمييز نفسه عن الآخرين.

وهو الامر الذى يجعل من مضطربى الشخصية الحدية يعانون من قصور أساسى فى القدرة على التعامل مع الإحباطات نتيجة لإضطرابات العلاقة الباكرة بالموضوع فيميلون إلى الفشل فى معظم محاولاتهم للتغلب على هذا القصور، كما يجدون صعوبة أيضاً فى حل ومواجهة الصراعات والإحباطات فى خبراتهم الطفلية التى تترصدهم فى معظم مواقف حياتهم فيتأثرون بأقل الضغوط الحياتية إلى تنفير الآخرين منهم (Bootzin et al., 1993; James et al., 2001).

ومن ثم تؤكد "ميلانى كلاين" على أهمية العلاقة بالموضوع الأولى فى حياة الطفل وتعنى بها علاقة الطفل بثدى الأم وبالأم نفسها وأن إستدماج الموضوع الأول في الأنا بطريقة آمنه يؤدى إلى نمو سوى فيما بعد، فالموضوع الأولى الجيد يكون نواه الأنا ويؤثر فى نموه. ويضيف (Greenberg, M., 1983; 146 – 147) أن السمات المضطربة فى شخصية الأهل، والصعوبات التى يواجهونها فى الحياة تسهم بطريقة مباشرة فى تشكيل الموضوع السئ لدى الطفل ونتيجة لذلك تظهر الإضطرابات لدى الطفل.

كما أن فقدان الأم (الموضوع الصدمى) فى الطفولة المبكرة أو ثمة حالات فقدان صدمية اخرى أو حالات وفاة أو فقدان ناس مهمين فى حياتهم خبروها بإعتبارها فقدان الأم الأصلية يزيد من حدة إضطراب الشخصية الحدية بشكل أو بآخر (King, B., 1996).

ومن ثم فإن تكرار خبرات الإحباط أو الإشباعات المتكررة تعد بمثابة قوى للدفاعات الليبدية والتدميرية والحب والكراهية. وبذلك فبقدر ما كان الثدى مشبعاً يكون محبوبا وجيداً،

وبقدر ما كان مصدراً للإحباط يكون مكروهاً وسيئاً، وينبع عن هذا التناقض بين الثدى الجيد والثدى الردئ عن عدم تكامل الأنا (منار سليمان، ١٩٩٩: ٤٠ – ٤١).

ولذا يؤكد "فيربرن" أن الإضطرابات النفسية لدى الأطفال تنتج عن تفكك الأنا وهذه الأنا الضعيفة المتفككة تكرس نفسها للموضوع الداخلى على حساب العلاقات بالموضوعات الخارجية (GreenBerg, 1983: 165) . وهو ما يؤدى عادة للإكتئاب لدى مضطربى الشخصية الحدية، وكأن لسان حال الطفل يقول لموضوع حبه: "أنك لا تشبع حاجتى لك، أو لحبى فيك"، والنتيجة الشعورية هى: "ما دمت لا تحبنى، فأنا أكرهك؛ ولكننى لا أستطيع أن أصرح أو حتى أعترف بكراهيتى لك"، ومن ثم "فإننى أنا الجدير بالكراهية وأستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبى وأوجه قصوري" (Abraham, K., 1992).

فالعلاقة المبكرة إذن هى التى تحدد للطفل موقفه من هذا العالم وسلوكه حياله ونظرته له، إذ أن الآخر لدى الإنسان يمثل دوراً إنسانياً فالذات فى حاجه إلى الآخر من حيث هو وجود إنسانى خالص فالطفل يحب الأم ويحتاجها لما تقدمه من طعام ثم لمجرد لوجودها البشرى، أى أنه يحبها لتحقيق الطفل البيولوجى (اللبن) ويحبها أيضاً لذاتها فالحب نتيجة وغاية (فرج أحمد، ١٩٦٨: ١٠؛ كوثر إبراهيم، ١٩٨٣: ٢٣).

وعلى هذا فإن العلاقات الباكرة بالموضوع لدى الشخص البينى (الحدى) ذات تأثير هام على أكثر السمات والخصائص المميزة له وهى: عدم إستقرار العلاقات البينشخصية، صورة الذات، الهوية، بالإضافة لإضطراب معظم وظائف الأنا.

أما عن التناقض الوجدانى فقد أشار إليه كارل إبراهيم Abraham فى تأكيده على أن التناقض الوجدانى هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية ممن يعانون الإكتئاب – وهو ما يعانوا منه بالفعل مضطربى الشخصية الحدية – فهذا التناقض الذى يتبدى تأثيره هنا أعظم بكثير منه فى العصاب القهرى. فكمية الحب وكمية الكراهية اللذان يتعايشان معاً، تكونان أقرب هنا إلى التكافؤ فمرضى الإكئتاب عاجزون عن الحب – وهكذا هم مضطربى الشخصية الحدية – لأنهم يكرهون كلما أحبوا، وبالإضافة لذلك فإنهم عادة ما يكونوا متناقضى العاطفة إزاء أنفسهم بقدر ما هم متناقضوا العاطفة إزاء الموضوعات، ومن ثم فإن السادية التى مر بها

ذلك الشخص عادة ما يهاجم نفسه تنتج من إنقلاب للداخل لسادية كانت متجهة فى الأصل للخارج (أوتوفينجل، ١٩٦٩: ٨١٦).

- إضطراب الهوية لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبارات الرسم ، معاناة مضطربى الشخصية الحدية من إضطراب وتشتت واضح فى الهوية. وتتفق مع النتيجة السابقة نتائج الدراسات التالية (حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ Dina Osama, 2017) وهو ما أكده أيضاً (عبد الرقيب البحيرى، ٢٠٠٧: ١٩٥) أن تشتت الهوية يكون واضحاً فى الشخصية الحدية. كما يتم تقسيم إضطرابات الشخصية عامة والحدية خاصة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس DSM– 5 وفقاً للقصور الجوهرى فى وظيفة الشخصية وسمات الشخصية المرضية وذلك من بعدين مختلفين هما: وظيفة الذات (الإضطراب الوظيفى) والذى ينعكس فى أبعاد الهوية وتوجيه الذات وتقدير الذات، والوظيفة الإجتماعية (عدم التكيف الإجتماعى) والذى ينعكس فى ضعف قدرات التعاطف والألفة (APA, 2013).

كما أن إضطراب الهوية عند الشخصية بناء معقد وهو ما أشار إليه (Kernberg, 1975) فى أن الهوية عند الشخصية تتسم بالتشتت، ونقص الإتساق المستمر والإفتقار إلى التكامل مع وجود تمثيلات مشوهة أو مجزأة للذات والآخرين وتكون النتيجة نظرة متنقلة للذات وأيده فى ذلك دراسات كل من:

(Wikinson and Westen, 2000; Westen and Defife, 2011; Beeney and Levy, 2016)

حيث أشاروا إلى طبيعة الهوية عند الشخصية الحدية التى تتسم بنقص التماسك والإتساق للذات والآخرين سواء فى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد. وهو ما أكده أيضا (Kerberg, 1998) فى أن إضطراب وتشتت الهوية لدى الشخصية الحدية يشير إلى العجز فى دمج جوانب الذات المستدخلة الإيجابية والسلبية.

ومن العمليات الأساسية لإضطراب الهوية لدى الشخصية الحدية كما أوضح (Kernberg, et al., 2008) أن الأعراض الإكلنيكية لإضطراب الهوية فى مرحلة المراهقة لها تأثير على الوظيفة الذاتية والشخصية، وتؤثر فى قدرات الفرد على التعبير عن نفسه وفى

تطوير أهداف وإهتمامات والحفاظ عليها. وتتضمن صعوبات فى بناء العلاقات والحفاظ عليها وصعوبات فى التعاطف والقدرة على فهم وجهات نظر الآخرين.

ومثلما إهتم "إريكسون" وآخرين بتوضيح نتائج نجاح الفرد فى تحقيق الهوية – مثل: إحساس الفرد بالآلفة Intimacy كإحساس مهم فى تجنب الحساسية الشديدة والتأثر بالضغوط الملازم لإندماج الفرد مع الآخرين: كما تقدم الهوية المحققة الإطار المرجعى للفرد المفيد له: إتخاذ القرارات وإيجاد حلول للمشكلات، وتفسير الخبرات الحياتية التى يمر بها وزيادة إحساسه بإحتفاظه بوحدة الذات بمرور الوقت فى مواجهة الأحداث الحياتية المتقلبة فضلاً على ما يشعر به من وجود معنى لحياته والتى يشكلها فى ضؤ بنية واضحة متكاملة للهوية – أشار أيضاً للنتائج المترتبة على الفشل فى تحقيقها وأطلق عليها تشتت أو إضطراب الهوية وشبهه بفقدان الذاكرة أو الشعور بالشرود بحثاً عن الذات. فالشخصيات المشتتة تفتقد الجذور ولا تمتلك القدرة على رؤية المستقبل وقد يصل بهم الأمر إلى الوصول لدرجة الجنوح.

(Marcia, 1980; Sprinthall and Collins, 1995; Cuiting, 2005; Berzonsky, 2010; Berzonsky and Soenens, 2010)

وهو ما أكده أيضاً (Zananini, et al., 2007) فى أن إضطراب الهوية لدى الشخصية الحدية أكثر سلبية وخطورة ويتكون من أفكار مبالغ فيها تتعلق بعدم الإستحقاق الداخلى مع الإفتقار الحاد إلى الإحساس بالتكامل، وقصور فى قدرة الفرد على معايشة ذات متكاملة ووضع حدود واضحة بين الذات والآخرين وهو عادة ما يميز الشخصية الحدية، بالإضافة أيضاً إلى تقلبهم بين الإحساس بذوات متضاربة ومتعارضة وبين الإحساس بعدم وجود ذات على الإطلاق وهو ما يسبب لهم شعور بالفراغ أو البرود وعدم الوضوح الإنفعالى وهو الأمر الذى أكدته العديد من الدراسات من أهمها مايلى:

(Heard and linehan, 1993; Western and Cohen, 1993; Sieswerda and Wolfis, 2005; Zananini, et al., 2007; Vater, et al., 2015; Meulemeester, et al., 2019; أسماء عثمان، ٢٠١٩)

وكما إتضح من المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، وإختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D إلغاء واضح للعلاقات الأسرية السوية المتوقعة بين الأفراد. فالأب لا يشبع أى إحتياجات عاطفية فلا وجود له فى العالم الداخلى للمفحوصين ومحاولة التغلب على الوحدة من خلال الإرتباط بالأم للمحافظة على إستمرار وجودهم كما اتضح فى مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة شعورهم بعدم إهتمام الآخرين بهم مما يدل على عدم الإعتراف بهويتهم وكينونتهم الكلية. أما فى مجال الجنس والذى يعد رغبة فى التواصل الإنسانى مع آخر وتأكيداً لهويتهم وهو ما تم ملاحظته فى التردد فى الإستجابات بين الرغبة فيه والعزوف عنه.

فقد أكد ستوللر (Stoller R., 1985) توكيداً كبيراً على غياب الأب (فيزيقياً أو نفسياً) فى حالة الذكور مضطربى الهوية ووجود الأم الشديدة السيطرة، وبالنسبة للإناث مضطربى الهوية تكون الأمهات عرضة للإكتئاب ويكون الآباء متباعدين وغير مندمجين بدلاً من تقديم الدعم والرعاية لزوجاتهم، وهكذا تجد الإبنة نفسها مضطرة إلى ملء الدور الذكورى التدعيمى الذى خلا من الأب، هذا بالإضافة للسلوكيات الذكرية التى يدعمها ويعززها الأب الذى لا يشجع السلوكيات الإنثوية.

وهو ما يؤدى فى نهاية الأمر إلي هوية غير متماسكة وغير متسقة وهوية مشتتة ، تصل أحياناً إلى حد فقد الهوية وبالتالى يصاب الفرد بالتفكك إلا أن هذا التفكك لا يصل إلى الحد الذهانى لأن الشخصية الحدية تهرب من هذا التفكك باختيار هوية سلبية (أسماء عثمان، ٢٠١٩: ١٥٧).

كما أن التعلق غير الآمن يعتبر عامل خطورة فى نشأة الإضطرابات الشخصية بوجه عام وإضطراب الشخصية الحدية بوجه خاص (Atkinson and Glodberg, 2004). كما أنها تؤدى إلى صورة من إضطراب العلاقات بين الشخصية وإختلال السلوك والمعرفة وإضطراب الهوية، والميل للتفكير الكوارثى، والتغلب بين المثالية والشكاوى من مشاعر مزمنه من الخواء والملل (Barone, 2003; Reich, 2005: 34).

- طبيعة عمليات التفكير لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تبين من نتائج الإكلينيكية، وإختبارات الرسم معاناة مضطربى الشخصية الحدية من إضطراب العمليات الإدراكية المعرفية بما فى ذلك الإنتباه الإنتقائى والذاكرة والمعتقدات والتفسيرات المشوهة والتركيز على السلبيات المستمرة عن أنفسهم والعالم وغيرهم من الناس

وعادة ماكانوا يقدمون تفسيرات وتقييمات متحيزة سلبياً، بالإضافة للتفكير الكارثى والتشاؤمى، والمبالغة فى التعميم وتوقع الكوارث، وتتفق هذه النتائج مع الدراسات التالية: (Ruth, et al., 2012; Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Reeder, et al., 2014; Ibrahim,o.J, 2015; نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥)

ووفقاً للمنظور المعرفى فإن الشخصية الحدية ترتبط بإضطراب معرفى يتضمن تشوهات معرفية وأفكار لا عقلانية تتمثل فى التفسير المطلق للاحداث حيث لا يوجد لديهم حلول وسط أو متعددة، فالأشياء إما الأبيض أو الأسود، وإما الكل أو لا شئ، وينظرون لذواتهم إما أنهم مقبولون أو مرفوضين كلية من الآخرين، أو الإعتماد على الآخرين مع أفكار توجس هجرهم أو الإعتقاد بأنه غير مقبول وغير محبوب من الآخرين، والإعتقاد بأن العالم مكان خطر وغير آمن وهو ما يؤدى إلى عدم الثقة فى الذات أو فى الآخرين مع الإعتقاد المستمر بالتهديد والعجز (هبه محمود، ٢٠١٦: ٤٥).

وهو ما يؤكده أيضاً منحى بيك Beck سنة ١٩٩٠ والذى ينظر إلى التشوهات المعرفية أو أخطاء التفكير على أنها مسئولة أولياً عن مشكلات سلوك البينين وتفاعلاتهم، ويعتقد أن هناك ثلاثة فروض تنطبق تماماً على العملاء البينين: "العالم خطير وحقود"، " أنا بلا قوة وعرضه للإنجراح"، "أنا غير مقبول أساساً". ويلاحظ التفكير الثنائى (الكل أو لا شئ، أبيض أو أسود) بوصفه خاصية محورية فى خصائص السلوك المتطرف فى إضطراب الشخصية الحدية. (مارشام. لينهان، كونستنس أ. كيهرر، ٢٠٠٢: ٩٦٢)

ووفقاً "ليونج" تعكس المخططات اللاتكيفية الأنماط متعمقة الجذور فى التفكير المضطرب عن العالم والذات وعلاقات الفرد مع الآخرين، ورغم طبيعة هذه المخططات فإنها غير مستقرة ذاتياً وغير مشروطه وصارمة وتقاوم التغيير بل وتعمل أيضاً على تخليد نفسها من خلال التشويهات المعرفية وأنماط المواجهة غير التوافقية فبمجرد أن يواجه الفرد المواقف المتحدية للذات، تنشط هذه المخططات وتعمل على نحو إنتقائي فى إختيار وتضخيم المعلومات التى تتسق معها وتدعمها، ومن ثم عادة ما تفشل غالباً فى التعرف على المعلومات، وهو الأمر الذى سيؤدى إلى إستدامه أعراض إضطرابات الشخصية عموماً،

والسـلوكيات والممارسـات الغاضـبة وعدم الإسـتقرار الإنفعالى الذى يميز الذين يعانون من إضطراب الشخصية الحدية على وجه الخصوص.

(Schmidt, et al., 1995; Bissett, et al., 2006; جوديث بيك، ٢٠٠٧; Carr and Francis, 2010; Thimm, 2010)

أما أوتوكيرنبرج (Kernberg, O.F., 1985) فينطلق من إفتراض أساسي مؤداه هو أن الشخصيات الحدية لديها أنا ego ضعيف ومن ثم تجد صعوبة غير عادية فى تحمل النكوص وسبر غور صراعات الطفولة، ومن ثم يخاف الأنا الضعيف من أن يجتاحه تفكير العملية الأولية البدائى النابع من الهو ID ويغمره. حيث تتضمن العملية الدفاعية لدى الشخص الحدى والمسماه بالإنشطار Splitting أو التقسيم الثنائى أبيض أو أسود أو إلى طيب تماماً أو شرير تماماً، بالإضافة إلى عدم تكامل المظاهر الإيجابية، والمظاهر السلبية لشخص ما فى كل مكتمل. ويحدث الإنشطار نتيجة العجز عن تكوين تمثيلات موضوع معقده، وهو لا يتناسب مع التقسيم الثنائى إلى طيب – شرير. وبسبب ذلك يجد الشخص الحدى صعوبة قصوى فى تنظيم إنفعالاته لإنه يرى العالم من خلال الأبيض والأسود فقط.

ولذا فإنه يبدوا لنا منطقياً سلامة عمليات التفكير شرط ضرورى لإدراك الفرد للواقع إدراكاً سليماً ولحكمة عليه حكماً صائباً وللإستجابة بشكل ملائم كما أن كلاً من هذه العمليات الثلاث يعتبر شرطاً ضرورياً لإبتعاد الفرد عن مظاهر السلوك المضطرب إذا أن أى إضطراب فى هذه العمليات الثلاث يؤدى حتماً إلى أوجه من السلوك المضطرب وكما يبدوا واضحاً أن الإضطراب البالغ فى عمليات الفرد الفكرية يعتبر من أهم خصائص الذهان فالأنا الذهاني لا يكون قد حقق قدراً كافياً من النضج يمكنه من قيامه بوظائفه بمستوى عال من الكفاءة تلك الوظائف التى يجملها (دانيال لا جاش، ١٩٥٧: ٦٣) حيث يقول: ونشاط الأنا شعورى ويتمثل فى الإدراك الحسى الخارجى والعمليات العقلية سواء على المستويين ما قبل الشعورى واللاشعورى (حيل الدفاع) ويخضع تركيب الأنا لمبدأ الواقع (التفكير الموضوعى المتسم بأوضاع إجتماعية والمعقول فى المستوى اللغوى)، ويتكفل الأنا دون الهى ID والغرائز بالدافع عن الشخصية وتوافقها مع البيئة وحل الصراع بين الكائن والواقع أو بين الحاجات المتعارضة للكائن الحى وينظم الوصول إلى الشعور وإلى التعبير الحركى ويضمن الوظيفة التنسيقية للشخصية.

وهكذا يتبين لنا وكما يرى (فرج طه، ١٩٨٠: ٢٥٥ – ٢٥٦) أن إضطراب عمليات التفكير تكون أوضح وأهم حصيله لاضطراب وظائف الأنا نتيجة ضعفه وقصور نموه واشتطاط الدوافع التي تتجاذبه هذا الضعف وذاك القصور والاشتطاط والذي يبدو اوضح ما يكون في حالات الذهان خاصة بينما يري (أحمد فائق، ٢٠٠١: ٤٢١ – ٤٢٢) أن التفكير الميتافيزيقى – وهو ما ظهر لدى عينة الدراسة بشكل واضح من خلال ميكانيزم توهم القدرة المطلقة وإيمانهم ببعض الظواهر النفسية الخارقة والتى لا يمكن الإستدلال عليها بأى حال من الأحوال – إنما يصدر عن مركزية ذتية ونرجسية فجة لذا فإن التفكير الميتافيزيقى يلعب دوراً هاماً فى التغلب على تهديد نرجسية الفرد أو المجتمع نرجسية هددها إنهيار دعائمها السابقة وفشل ميكانيزماتها القديمة وهذا يعنى أن التفكير الميتافيزيقى وهو فكر نابع من مركزية ذاتية تعكس نرجسية جريحة ولهذا يلجأ هؤلاء المفحوصين لهذا التفكير لأنه يخدم تخفيف الألم النرجسى عن طريق وهم التغلب على مصادر هذا الألم.

حيث إنه فكر لا يدعمه واقع فيزيقى ثابت بل تدعمه صراعات نفسية داخلية ذات طابع وهمى وتخيلى ولهذا السبب يحتاج الفكر الميتافيزيقى لمصادر من خارجة لتدعمه حتى لا يتهافت أمام الواقع كما يرتبط الفكر الميتافيزيقى – إذا كان فردياً – بظواهر نفسية معينة أهمها الشعور بالعزلة والتأرجح بين الثقة المفرطة والشك القوى فى القدرة على الحكم وعلى الأمور وعدم إستقرار العلاقات مع الآخرين؛ وهذا راجع إلى أن الأسرة المصرية نكصت بدرجات متفاوته إلى الوظيفة البدائية للأسرة وهى حماية مؤقتة حتى يتم النضج لحماية أنفسهم تلك هى الوظيفة البيولوجية الأولى للأسرة البشرية ولكنها تدريجياً تطورت لتكون البيئة التى تتم فيها التربية والتعليم ثم التثقيف ومن بعدها حفظ الثقافة لنقلها لأجيال قادمة وإذا نظرنا للأسرة المصرية المعاصرة لوجدنا أن أكبر الجهد وأكثر جوانب الدخل فيها ينفق على التعليم بصورته غير الرسمية عن طريق الدورس الخصوصية وواقع الأمر يظهر أمرين:

الأول: إن الأسرة المصرية تصرف أكثر جهدها وأغلب وقتها فى جهود قلقة على حصول إبنائها على شهادات تعليمية أثبت المحك العملي لها عدم جدواها فهى الأخرى هيكل أجوف ونتيجة لهذا الإهتمام القهرى لا يبقى للأسرة جهد أو وقت لمنح أبنائها الحب

والتربية (بمعنى دفعهم للنضج العاطفى والإجتماعى أو لنقل ثقافتهم إليهم) وهو ما يعانى منه فعلياً مضطربى الشخصية الحدية.

الثانى: أن الإنشغال القهرى بالتعليم يعفى الأبوين غير الأكفاء تربوياً ووجدانياً من التعامل مع أبنائهم فى هذين المجالين وبذلك لا يكتشف عجزهما. وهذا ما تبين فعلاً من خلال المقابلة الإكلينيكية حيث كان هدفا الأب والأم هو نجاح أبنائهم وإستكمالهم دراستهم بأى ثمن متجاهلين تماماً أى سلوكيات شاذة لأبنائهم طالما أن هذه السلوكيات تبقى طى الكتمان.

ومن خلال هذا التحليل العام والسريع نتبين الآتى:

أن الأسرة المصرية أصبحت عاجزة ومقصرة فى منح أبنائها فى سن الطفولة المبكرة المورد الوجدانى اللازم للنمو الإنفعالى والإجتماعى وللتطور نحو النضج، أما فى المراهقة فالأسرة تلجأ إلى التعليم كوسيلة للحصول على شهادة تعليمية كمدخل لتلقين المراهقين أهم ما فى الفكر الميتافيزيقى إلا وهو إستبدال الوسيلة بالهدف وهذا ما يدفع المراهقين إلى الوقوع فريسه لإضطرابات الشخصية مما جعلهم أسرى طموح ميتافيزيقى للأسرة وهو بلوغهم هدفاً ميتافيزيقياً فى ذاته ويدفعهم ذلك إلى الحلول الوهمية كتعاطى المخدرات والكحوليات وإدمان الجنس والتمرد والعنف والإنطواء مع فقدان الدافع للعمل الجاد ومن ثم تتمزق أنية المراهق بفقدان الهدف والأمل ولفقدان صورة الأب والأم.

وفى ضوء ما سبق يشير (دانيال لاجاش، ١٩٥٧: ٦٣) إلى أنه من الناحية المنطقية إننا نفترض أن سلامة عمليات التفكير شرط ضرورى لإدراك مضطرب الشخصية الحدية للواقع إدراكاً سليماً ولحكمة عليه حكماً صائباً وللإستجابة له إستجابة ملائمة وهذه العناصر كانت مفتقرة فى إستجابات المفحوصين على إختبارات الرسم ، وهكذا يتبين لنا أن إضطراب عمليات التفكير يكون أوضح وأهم حصيلة لإضطراب وظائف الأنا نتيجة ضعفه وقصور نموه وإشتطاط الدوافع التى تتجاذبه وهذا الضعف وذلك القصور والإشتطاط الذى يبدو أوضح ما يكون فى حالات الذهان خاصة وذلك لأن الأنا الذهانى يهدر الواقع فى سبيل أخذه جانب رغبات الهى ID فإن نتيجة هذا أن يشبع الأنا ويعبر عن الدوافع العنيفة والتدميرية للهى ID.

- التفكير البارانوى وزيادة الجانب الإضطهادى:

الشعور بالعظمة جوهرى وأساسي فى إضطراب الشخصية الحدية فقد توجه العظمه إلى الموضوعات سواء كانت حقيقية أو خيالية، وفى حالات أخرى توجه للذات، وفى حالة شخصية الحدية فإن الفرد يشعر بتهديد الإلغاء والإنكسار، وهنا تحمى العظمة الطفل من الدمار وتعتبر حاجه أساسية من وجهة نظر الطفل، وبمعنى آخر فإن الشعور بالوحدة والذى يتضمن اليأس أو العجز لدى الشخصية الحدية يُظهر العظمة لدى الطفل لكى يحجب هذا الشعور العجز الناتج عن الهجر.

إذاً فهذه العظمة توجه إما إلى الموضوع أو إلى الذات ويكون هناك إنشطار فى كليهما عند هذا التوجيه، ففى حالة الشخصية الحدية يظهر الإنشطار فى الموضوع بالإضافة للميل الواضح للتمييز بين الموضوع الجيد؛ أى الموضوع الذى يحتفظ به، والموضوع السئ؛ أى الموضوع الذى لابد من تجاهله وتدميره.

ولذا فإن الحدود بين الذات والموضوع عادة ما تكون غامضة وغير واضحة، وبسبب إتجاه العظمة وهدفها الذى يكمن فى حماية الفرد من الوحدة والعجز فإن الطفل يقوم بتنشيط آلية تدمر وتبطل وفى نفس الوقت تميزة بأشكال من القوة، ومن خلال الشعور بالعظمة يندمج مع الموضوع وبالتالى يلصق بنفسه قدراته وقوته.

ويمكن رد ذلك إلى العلاقات المبكرة بالموضوعات الأولية، ولذا فإن حالات إضطراب الشخصية الحدية فإن الأطفال يعانون من خلل فى وظائف الدور الوقائى للأشكال الأولية فالهجر أو الرفض الصريح محتمل الحدوث ، كما أن الحماية الزائدة وتعرض الأفراد إلى التدليل المتناقض والمبالغ فيه أمر وارد. (عبد الرقيب البحيرى، ٢٠٠٧: ١٩٧ – ١٩٨)

وقد عبر رينزلى (Rinsely, 1980) أن أم الطفل – والذى سيعانى من إضطراب الشخصية – تكافئ طفلها بإشباع ليبيدى طالما إنه يظهر الإتكالية والتعلق بها، وأى تعبير عن الإستقلال أو ميل إلى الوجود الشخص المنفصل فإن الأم تهدده بالهجر ومن ثم فإن هذا الإرتباط الباثولوجى بين الطفل والموضوع الأول (الأم) يعد سبباً رئيساً فى نشأة إضطراب الشخصية الحدية.

وهو ما تم تبينه أيضاً من خلال نتائج المقابلة الإكلينيكية مع عينة الدراسة وهو ما أكدته إيضاً نتائج الدراسات التالية (حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨).

وبالنسبة لنمو الهذاءات البارانوية يقدم كاميرون (Cameron, 1959) تفسيراً حيث رأى أن المرضي قبل الهذائيين يكونوا قلقين وخائفين ومنسحبين إجتماعياً ورافضين للثقة فى الآخرين. ويستطرد "كاميرون" ليشير إلى أن الإنعزال الإجتماعى يؤدى إلى قصور المهارات الإجتماعية ومن ثم قصور فى فهم دوافع الآخرين ومن ثم يكونوا أكثر ميلاً إلى أساءة تفسير سلوكهم. وهو ما أكده (Ortiz, Angelica, 1999) إن مشاعر الإضطهاد تنمو نتيجة الإحساس بالفراغ. وهو ما يظهر من خشية المفحوصين ممن يعانوا من إضطراب الشخصية الحدية من التقارب الزائد مع الآخرين وإحتياجهم الملح وفى الوقت نفسه ألا يتخلى عنهم الآخرون وهو ما يعد سبباً رئيسياً فى إتيانهم بعض السلوكيات ذات الطابع البارانوى، ولعل أحد الأفكار التى تعكس إفتقارهم الشديد إلى الثقة بالغير غيرتهم الشديدة على من يرتبطوا به، ومن العلامات الدالة على الطابع البارانوى لديهم هو حمل الضغائن والشكوك تجاه الآخرين وقذفهم بالإتهامات ومن ثم العدوان عليهم (جون فيتكس، ٢٠٠٥: ١٣٦ – ١٣٧).

وقد قدم كولبى (Colby, 1975 – 1977) وجهة نظر تشغيل المعلومات فى التفكير البارانوى والتى يعتبر الملمح الأساسى فيها هو الحساسية إزاء التحقير والخزى والإذلال وهو ما يؤدى بدوره إلى إرتفاع مستوى الإعتقاد بأن الذات قاصرة وحين يواجه الشخص التهديد بالتحقير وهو فى المزاج البارانوى فإنه يستجيب بإنكار القصور الشخص وإلقاء اللوم على الآخرين، ومن ثم يؤكد "بولبى" على أن البارانويا ترتبط بإنخفاض تقدير الذات – وهو ما يعانى منه بالفعل مضطربى الشخصية الحدية – نتيجة حساسية للحرج الكامن أو المحتمل وإن نوبات السلوك البارانوى قد تستثيرها الظروف البيئية التى تزيد من التهديد بالخزى مثل الفشل والسخرية. وهو ما أكده أيضاً كلاً من (Kendler and Hays, 1981) من ملاحظة أن أعضاء أسرة المريض البارانوى أكثر ميلاً إلى إظهار مشاعر الدونية من الناس فى المجتمع العام. وهو ما يؤدى لبروز الجانب الإضطهادى البارانوى، إذ أن مريض البارانويا يتصف سلوكه بوجود نسق منظم من الأفكار الهاذية وسلسلة منطقية من النتائج من مقدمة خاطئة خطأ مطلقاً يؤمن بها البارانوى إيماناً مطلقةً لا يمكن تعديله فتسيطر عليه الأفكار الإضطهادية والشك والريبة من

نوايا الغير ومن أفعالهم ولا يفتأ يؤول حركات الآخرين وسكناتهم بما يتفق وإعتقاده المرضى (سامى محمود على، ١٩٧٠: ٨٩).

ولذا فإن (سيجموند فرويد، ١٩٧٣: ٦٢٦) يرى أن مرضى البارانويا لديهم تثبيت على المرحلة النرجسية وهى مرحلة وسيطة بين الشبقية الذاتيه والحب الموضوعاتي ومن ثم فإن الجنسية المثلية اللاشعورية تقبع وراء هذاءات البارانويا ويعتبر ميكانيزم الإسقاط أبرز خاصية مميزة لتكوين الأعراض فى البارانويا، فمرضى البارانويا يسقطون على الآخرون ما يريدون أن يفطنوا إليه فى أنفسهم أى أن الجنسية المثلية تخضع للكبت ثم الإسقاط ومن ثمه تظل لديهم فى المستوى المتخيل فلا تمارس إذ يعمل الإسقاط على عدم عودة المكبوت وإندلاع الجنسية المثلية وبإستخدام ميكانيزم الإسقاط لدي البارانوى يصبح العالم الخارجى والآخرين مصدر إضطهاد دائم للفرد وإعتداءاً عليه ومن ثم فإن المضطرب فى معالجته لهذا الموقف الإضطهادى – الموهوم نتيجة الإسقاط – يسلك أحد سبيلين فإما أن يبادر هو بتدمير العالم الخارجى وللآخرين قبل أن يتمكنوا من تدميره وإما أن يتوحد بالمعتدى فيتحول الشخص المهدد إلى شخص يهدد.

ومن ثم يعد الشك هو السمة الأساسية التى تتسم بها الأفكار القهرية، هذا الشك الذى يرتبط فى العدة بأمور مادية وميتافيزيقية أو دينية ويقول فرويد: "أن الشك هو الشك فى الحب فالذى يشك فى حبه يشك فى كل شئ آخر، ومن ثم فهو يتخذ احتياطات شتى لتجنب الشك (نيفين زيور، ١٩٩٨: ١٧١).

- طبيعة القلق ومشاعر الخوف لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تكررت مواقف الخوف والقلق وخاصة قلق الإنفصال والهجران والقلق من العلاقات الإنسانية بوصفها مهددة وخطره، والقلق من الخصاء، وقلق فقدان العلاقة مع الموضوع وهو ما تم تبينه فى المقابلة الإكلينيكية، وإختبارات الرسم ، والتى تبين فيها أن مشاعر القلق يمكن أن تترجم بمعان عديدة منها على سبيل المثال: إضطرابات النوم، والإضطرابات السيكوسوماتك، وفى هذا يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨): إلى أن الدراسات الخاصة بنشأة القلق Anxiety تكشف عن أن جميع نوبات القلق اللاحقة هى تكرارات لحالات صدمية باكرة

فالواقعة الموضوعية واقعة الإنفجار بإستثارة لم تتم السيطرة عليها إنما يعيشها الشخص من الناحية الذاتية تجربة جد إليمة، وهذه الحالة فى كيفها جد شبيهه بالقلق، ويحدث ذلك جزئياً بسبب التوتر الداخلى الذى لم تتم السيطرة عليها وكذلك فإن الحالات اللاحقة أيضاً تمتد بجذورها إلى مواقف إحباط أى إلى مواقف فيها حاجه لم يتم إشباعها بالإضافة إلى إمكانات إفراغ غير كافية.

وهو ما يؤكده أيضاً (سامى محمود على، ١٩٦٣: ١٨٥) فى أن الصدمة تولد كميات من التوتر تنصرف فى صورة أعراض مرضية أهمها تعطل وظائف الأنا المختلفة أو ضعفها وأزمات إنفعالية قهرية يغلب عليها القلق والغضب خاصة، وأرق وإضطرابات فى النوم مصحوبة بأحلام يتكرر فيها موقف الصدمة بغية السيطرة على الإنفعالات المرتبطة بها. وهكذا فإن القلق والغضب عند هؤلاء وكما يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨) يمثلان محاولة للإستثارات التى إنبثقت من موقف الصدمة ولكن لم يكن من الممكن إفراغها بدرجة كافية. وهو ما أكده "فرويد" من أن الأعراض القهرية هى نتيجة جهود الأنا اللاشعورية لصد الحصر المرتبط بالدفعات العدائية، وربما عانى أولئك الأفراد من صراع خطير يتعلق بالتعبير عن الغضب. وحيث أن تلك المشاعره خطيرة وغير مقبولة من الأنا فإن توقع التعبير عنها يثير الحصر، ويتم التعامل مع الحصر بصفة أساسية من خلال ميكانيزم دفاعى يسمى التكوين العكسى وفيه تتحول الدفعة الأصلية (الغضب) إلى أطروحتها المضادة "الحب والعناية المفرطة" (أولتمانزنيل دافيسون، ٢٠٠٠: ١٨ – ١٩).

أما الخوف من الخصاء والذى مصدره أيضاً ونابع من السلطة نتيجة التفكير الإثم والخاص بالمحرمات سواء كان على مستوى واقعى أو متخيل وهذا هو أحد أسباب القلق فهو بمثابة عقاب لا شعورى للذات نتيجة أفعالهم الآثمة أو المحرمة سواء كانت على مستوى التفكير أو الفعل (أحمد عزت راجح، ١٩٥٤: ١٠٨؛ كلفن هول، ١٩٦٠ : ١٠٣).

كما إنعكست أيضاً المخاوف البدائية للمفحوصين فى صور مختلفة فى اختبارات الرسم مثل الخوف من الفقدان أو من الهجران والإنفصال وهى جميعها تشير إلى ما تلعبه المخاوف الإضطهادية من دور بالغ الأهمية فى البناء النفسى للمفحوصين، فجميع موضوعات المخاوف البدائية يمكن إعتبارها إسقاط للموضوعات التدميرية (الموضوع الشرير) والتعبير عنها فى صور رمزية مختلفة. بمعنى أن المخاوف المرضية غير المنطقية تكمن فى وجود

صراعات إنفعالية غير محلولة لدى الفرد وأن الشئ أو الموضوع أو الموقف المرهوب تجسيد خارجى Externalization لإتجاه داخلى أو خوف يوجد على المستوى للاشعورى من خلال ميكانيزم الإسقاط أى الميل إلى إدراك العالم الخارجى من خلال الإتجاهات المكبوتة أو الممنوعة (رزق سند، سناء محمد، ٢٠١٩: ١٢٣).

ومن جانب آخر يشير "فرويد" إلى أن القلق يعد مظهراً من مظاهر غريزة الخوف أو هو الشكل الطفلى للخوف كما له أيضاً وظيفة دفاعية إذا أنه يقوم بدور إشارة الخطر تنذر الأنا، وإن القلق الشديد ينشأ لدى الأشخاص الذى إنتظمت الطاقة الجنسية لديهم على أساس نرجسى فتعلقت بالأنا كمية ملحوظة من هذه الطاقة بحيث أن كل ما يهدد الأنا يهدد هذه الطاقة فى الوقت نفسه وعند ذلك تستجيب هذه الطاقة بأن تحشد كل قواها وهنا يفرع الانا من طغيانها وخاصة أنها منحرفة المقاصد (طفلية النزعة) أى بالقلق (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٣٧٣ – ٣٧٤).

وتتفق هذه النتيجة وبشكل واضح مع دراسة (Hitchcock, 1996) والتى أشارت إلى أن المرء مع قوة الغريزة والخوف منها عرضة لإرتكاب أعمال عنف وخاصة أن "فرويد" كان يرى أن الخوف هو محرك خاص فى المراهق ذاكراً الوسائل الدفاعية الناشئة من:

(أ) القلق من الوعى بإضطرابات بالغة بمعنى الخوف من الذاتية المبالغ فيه.

(ب) الوسائل الدفاعية التى يلاحظ فيها القلق المتجرد فى الإضطرابات الطفلية التى تفرضها المحرمات.

(ج) الخوف من قوة الغرائز وخاصة غريزة الموت (العدوان) مما يجعلهم يفرغون على الآخرين فى صورة عنف وأعمال سيئة.

لذا فإن الحرمان من الرعاية والحب من جانب الأم يؤدى إلى تعثر الطفل الصغير فى مغالبة المخاوف الداخلية الإضطهادية وتعديلها وبالتالى تعثره فى الإنتقال إلى المراحل التالية، ومن ثم فإن "منونى" (Mennoni, 1970: 65) ترى أن هناك نوع من التواصل اللاشعورى بين الآباء وأطفالهم المشكلين إذا وجدت فى كثير من الحالات أن قلق الأطفال

الناتج عن إحساس بالإضطهاد من جانب الوالدين يظهر عادة كرد فعل لقلق الآباء الناتج من الإحساس بالإكتئاب والذى هو بمنزله إرتداد للعدوان اللاشعورى الموجه من الذات للآخر.

ولهذا يأخذ "وينيكوت" بفكرة البيئة الميسرة كفكرة مسلم بها ذلك أن البيئة تتكيف بشكل طيب مع الحاجات الطفلية الناجمة عن تقدم عمليات النضج وإن إخفاق البيئة الميسرة فى أداء دورها من شأنه أن يؤدى إلى إنشطار فى العلاقة بالموضوع ولهذا الغرض تتطور الذات الزائفة (Greenberg, M., 1983: 190).

"فوينيكوت" يصر دائماً على أن اللاتكامل ليس أمراً مغرياً للطفل وإنما بالأحرى غياب التكامل هو الذى يفجر الشعور بالحصر فالطفل تبعاً "لوينيكوت" يميل بطبيعته إلى التكامل وإذا ما قدر للبيئة أن تعوق القوة الدافعة للنضج تكون بإزاء حالة مدمرة من الحصر. ومن ثم فإن الدفاع بواسطة الذات الزائفة وهو الإحساس بالفراغ من أن الأم لا تمنح الإشباع المناسب فى اللحظة المناسبة لطفلها فى الذات التى يشعر فيها بالجوع والتوتر فيخلق نوعاً من الإيهام بأنه يخلق الثدى الذى حصل عليه فى الحقيقة وهذه الخبرة هى خبرة جوهرية بالنسبة للذات حتى تتحول ذات حقيقية لا ذات زائفة (نيفين زيور، ١٩٨٥: ٧١ – ٧٢).

- ثورات الغضب والفراغ الداخلى والإغتراب النفسى:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، واختبارات الرسم معاناة مضطربى الشخصية الحدية من نوبات وثورات غضب حادة وغير مبررة وغير مناسبة لطبيعة الموقف، بالإضافة لإحساسهم بالفراغ والخواء الداخلى والإغتراب النفسى وتتفق مع هذه النتيجة نتائج الدراسات السابقة التالية:

(Oretiz, Angelica, 1999; Madden, Alice, 2002; حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨ Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Bach et al., 2016; Ntshingila, et al., 2016; Dina Ossama, 2017)

وهو ما أكدته أيضاً دراسة (Kaplan, Howard Gary, 1990) على شيوع الغضب والفراغ والخواء الداخلى لمضربى الشخصية الحدية، والنرجسية، حيث ترى هذه الدراسة أن الحالات الحدية والنرجسية مشتقة من تحولات نمائية فى الطفولة المبكرة ومن العوامل الإجتماعية والنفسية الصادمة والتى تؤدى إلي إنشغال مؤذي بالذات وإحساس غير متكامل بالهوية. ويعتبر الفشل فى التعاطف وإسقاط الصور الوالدية المحرفة والتثبيت على صور

المثالية الزائدة للذات والآخر، كل هذه العوامل تساهم فى المشاعر المزمنة بالعار والحسد والنقص والتحكم والغضب والفراغ الداخلى والشعور بالوحدة المؤلمة والهشاشة وضعف القدرة على التذكر.

وفى هذا يشير (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٣٤ – ٣٥) بقوله: يلتحم مفهوما الوجود والإغتراب إلتحاماً متكاملاً فى جشطالت يفقد معناه بل كيانه بغير مفهوم الديالتكيك الذى يلزم عنه التواصل "بين الذاتى" Intersubjective (بين ذات وذات أخرى) أى وجود الإنسان بما هو إنسان . ويرى (هيجل) إن مفهوم الأخرية أو الغيرية لكى يتحقق فإنه يلزم إلى الوعى بالذات وعى بذات آخر (وهذا الأخير) يتبدى للوعى بالذات من الخارج. بمعنى أن وجودى بوصفى أنا يقتضى أن أجد آخر، فإذا كنت سأتعرف على الآخر بوصفه أنا فينبغى أن أراه يفعل أزائى ما أفعله إزاءه.

وهو ما حدث فعلياً مع حفيد (فرويد) فى لعبته والذى كان يلعب بالبكره أثناء غياب أمه عنه لفترات طويلة – وهو ما حدث فعلياً مع المفحوصين عينه الدراسة الحالية من غياب الأم عنهم لفترات طويلة – فعندما يقذف الكرة بعيداً تبدو عليه إمارات الإرتياح ويصيح Fort (بالألمانية: ذهب)، وعندما يجذبها نحوه فتظهر البكره ويصيح فى إرتياح: Da (بالألمانية: ها هى قد عادت). كانت هذه إذن لعبته بأكملها: الإختفاء والعودة يكررها مرات ومرات فى إرتياح أثناء غياب أمه عنه والذى كان يحزنه ذلك بشده فمن خلال هذه اللعبة كان يأخذ فى يده بزمام الموقف فيجعلها – أى الأم – فى لعبته تغيب عن ناظره على نحو رمزى ويقصيها – وسيكولوجيا يفنيها – ثم يبعثها من جديد وهكذا يسيطر على الموقف الذى كان يستثير فيه الشعور بالأسي وبالتمزق، ويصبح فى لعبته فاعلاً إزاء موقف كان يدهمه وهو فى حالة سلبية لا يملك من أمره شيئاً. فيفتعل بمحض إرادته هذا الاذى الذي كان يشقيه ويكاد يشعره بغيابه هو (وفنائه) المصاحب لغياب أمه، من حيث أن الطفل يتعين بأمه (يتوحد بها) فى تلك السن المبكرة. وكأن لسان حاله يقول:"حسناً لست فى حاجه إليك فأنا أقصيك بنفسى" فالطفل هنا يأخذ بزمام الأمور فهو الذى يهجر ويجعل أمه مكانه مهجورة (آلان فانية، ٢٠١٣: ٣٨).

وهو ما لم يستطيع مضطربى الشخصية الحدية تحمله فهم يعانوا من عدم القدرة على تحمل الوحدة مع شعور مزمن بالفراغ والغضب والاستياء ولذا فعندما يشعروا بأنهم قد نبذوا أو هجروا من الحبيب وهو ما يؤدى إلى إشعال ثورتهم وغضبهم، ولأنهم يخافون ويفعلون أى شئ لتتجنب الإنفصال ولديهم حساسية مفرطة تجاه الرفض وينفجرون غضباً فى أى وقت يشعرون فيه بتهديد إحساسهم بالأمن (عبد الله عسكر، ١٩٩٦).

سلوكيات إيذاء الذات لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، واختبارات الرسم معاناة المفحوصين عينة الدراسة الحالية من الإندفاع فى سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهرى مثل: تجريح الجسد واليد بمشرط أو سكين، ضرب الرأس فى الحائط حتى النزيف، عض الشفاه واللسان، قرقضة الأظافر حتى تدمى ومص الدماء أو إزالتها بعد تجلط الدم، استخدام الزجاجات بعد تحطيمها فى إيذاء الذات، نتف شعر الرأس وبقوة، وإزالته، حبس دخان السجائر أو الشيشة فى الأنف لفترات طويلة حتى الإختناق، وضع أكياس بلاستيك على الوجه وعدم التنفس حتى الإختناق. وتتفق مع النتيجة السابقة نتائج الدراسات التالية (يوسف مسلم، ٢٠٠٧؛ حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حوريه ولد يحيى، ٢٠٠٨: Wafaa Abd Alhaleem;2013).

وهو الأمر الذى أكده أيضاً كل من (Cowdry and Gordnen, 1998) فى أنه من الشائع أن مرض إضطراب الشخصية الحدية يفيدون بحدوث راحة كبيرة من القلق وغيره من الحالات السلبية الحادة بعد تقطيع أجسادهم وإيذاء أنفسهم. كما لوحظ أن الفتيات عينة الدراسة أكثر قياماً بإيذاء أنفسهم مقارنة بالذكور وهو الأمر الذى أكده (Bjorklund, 2006) فى أن النساء يعانيين من هذا الإضطراب أكثر من الرجال.

كما تشير البيانات التجريبية أن من ٧٠ % إلى ٧٥% من مرض إضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لحدث مؤلم أو مؤذي واحد على الأقل، كما أن أغلب الأفراد الذين يتورطون فى سلوك مؤذى للذات وممن تتوافر لديهم معايير إضطراب الشخصية الحدية هم من السناء بنسبة ٧٤% من مرض إضطراب الشخصية الحدية. وأن ٧٥% تقريباً من حالات إيذاء الذات تتضمن أشخاص تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ إلى ٤٥ سنة .
(Greer and lee, 1967; bogard, 1970; Shneidman, et al., 1970; Bamcraft and Marsack, 1977; Clarkin, et al., 1983; Cowdry, et al., 1985; Stone, 1989).

- الإكتئاب لدى مضطربى الشخصية الحدية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلنيكية، وإختبارات الرسم معاناة المفحوصين من أعراض إكتئابية واضحة تمثلت فى سيطرة الأفكار الإنتحارية على مخيلتهم بالإضافة إلى الإقدام الفعلى على الإنتحار هذا بجانب الأفكار التشاؤمية عن الذات وعن الواقع وعن العالم الخارجى وعن الآخرين والإنعزال، والإنسحاب من الواقع الخارجى والإستسلام لنوبات متكررة وحادة من البكاء. وتتفق مع النتيجة السباقة نتائج الدراسات التالية:

هند عبد العزيز، (Paris, 1995; Bonger, et al., 1998; Madden, Alice, 2002; ٢٠٠٩؛ يوسف مسلم، ٢٠٠٧؛ سعاد البشر، ٢٠٠٥ ;Wafaa Abd Alhaleem, 2013; منار مجدى، ٢٠١٧ ;Dina Ossama, 2019)

إذا فهؤلاء يعانون مما يسمى بالإكتئاب الكفلى Anaclitic Depression وهو إكئتاب قبل أوديبى يتميز به مضطربى الشخصية الحدية، ويتصف هذا الإكتئاب بالمشاعر التى تنبثق عن فقد أو التهديد بفقد إما جزء من النفس أو من الإمدادات التى يعتقد المريض إنها حيوية لبقاءه (Western, 1993).

وقد إستخدم (Masterson, 1973) مصطلح إكتئاب الهجر Abandonment depression لوصف الطبيعة الخاصة بالإكتئاب البينى، وقد إفترض أن الصراعات المبكرة غير المحلولة فى عملية "التفرد – الإستقلال" تؤدى إلى إكتئاب الهجر الذى ينتج عنه الإحساس بالوحدة والخواء والملل.

وتشير فكرة إكتئاب الهجر لدى الحالة إلى شعورها بالتوحد مع الموضوع، وهو الذى يتمحض عنه طمأنه ضد القلق ويتحقق ذلك فى الرضوخ القصوى بفكرة كون الشخص جزءاً صغيراً من البدن الضخم للرفيق كما أنه يمكن أن يتحقق بالفكرة المضادة من أن الشخص الآخر ليس غير جزء صغير من بدن المريض، وهذا الشعور الاخير يمكن تحقيقه بخلق موقف يكون فيه الرفيق فى تبعية مطلقة للمريض (أوتوفينخل، ١٩٦٩)، وهو ما يؤكد أيضاً كل من (collahan and Burnette, 1989) فى أن الفكرة الشائعة فى الحزن المرضى لمضطربى الشخصية الحدية فى النجاح فى تجنب التلميحات المتصلة بالفقدان، ومن ناحية أخرى فإن القدرة على تجنب التلميحات المرتبطة بالفقدان المتكررة محدودة، ولذلك فإن

مضطربى الشخصية الحدية معرضين بصفة دائمة إلى تجربة الفقدان عن طريق التجنب أو سحب أنفسهم.

وقد يحاول المريض التخلص من إحساسه بالخزى النرجسى المتعلق بإدراكه لطاقته المحدودة فى عدم قدرته على حماية نفسه من فقدان موضوع الحب فيقوم بإستدماج الموضوع المفقود ويعامل نفسه كما لو كان الموضوع المفقود ، وإن الإكتئاب لا يتميز فحسب بالقدر الكبير من العدوانية تجاه الذات، وفقدان الإهتمام بالعالم الخارجى، وإضطراب الشهية والنوم، ولكنه أيضاً يتميز بأن الموضوع المفقود يستحضر لا شعورياً موضوعاً طفلياً، و لذلك فإن فقدانه يشحن الرغبات المكبوتة والإنجراح اللاشعورى (Eidelberg, 1968: 103; Dolgan, 1990).

ويرى (دانيال لاجاش، ١٩٦٥: ١ ٢٤) أن قوام الإستعداد المرضى للمكتئبين لديهم هو إرتباط شعورى بوجودهم وقيمتهم إرتباطاً وثيقاً بما يمنحونه وما ينجزونه؛ أى أن لديهم حاجه ماسة إلى أن يكونوا موضوع عطف وتقدير، وعجز هؤلاء المرضى عن تحمل فقدان الحب، وإحتمال مواقف الحرمان يدفعهم إلى العدوان بسهولة ولكن عدوانهم يتعطل كثيراً نظراً لخوفهم من فقدان محبه الآخرين لديهم وعقدة الذنب لديهم، ويميل هذا العدوان إلى الإرتداد على الذات.

أما "جاكوبسون" Jacobson فقد ركز على تأثير إنخفاض تقدير الذات فى ظهور الإكتئاب وإنه يعد المظهر المعجل للإكتئاب، وأن إنخفاض تقدير الذات يشمل أغلب العناصر المؤدية للإصابة بالإكئتاب (Jacobson, E., 1971)، وأن كراهية الذات عملية ثانوية بالنسبة لإنهيار تقدير الذات (Bibring, E., 1953). وهو ما يعانى منه بالفعل مضطربى الشخصية الحدية، وهو ما أكده أيضاً (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٥) بأن الخبرات التى تعجل بالإكتئاب تمثل إما فقداناً لتقدير الذات وإما فقداناً لإمدادات كان يأمل المريض أو المضطرب أن تحفظ عليه تقديره لذاته، أو حتى تزيد منه.

وقد ذهب "فرويد" إلى أن المكتئبين لا يشكون بالفعل من أنفسهم، ولكنهم فى الواقع يعبرون عن مشاعر العداء التى تنتمى إلى شخص آخر فالإكتئاب إذن هو مظهر من مظاهر عملية إنقلاب الغضب إلى الداخل وإتجاهه ضد الذات بدلاً من إتجاهه إلى الموضوع الأصلى،

وتنقلب العداوة الشديدة التى يشعر بها المكتئب نحو المحبوب المفقود ضد الذات أو تستدمج (أولتمانز نيل دافيون، ٢٠٠٠: ١٣٨).

- المخدرات وإضطراب الشخصية الحدية:

ينظر التيار السيكوديناميى إلى إضطرابات الشخصية وخاصة إضطراب الشخصية الحدية بوصفها سبباً رئيسياً فى أقدام الأفراد على تعاطى المواد المؤثرة نفسياً والإعتماد عليها كحيلة أساسية لتطبيب أو علاج الذات – وهو ما تم ملاحظته لدى أفراد عينة الدراسة من مضطربى الشخصية الحدية – ومن ثم فقد أكد "هارتوكوليز" Hartocollis عام ١٩٨٠ إنه يمكن ملاحظة إضطرابات الشخصية لدى المتعاطين بعد توقفهم عن التعاطى لفترة طويلة، وخاصة إذا لم يكونوا قد تلقوا علاجاً بالتحليل النفسى. فمن خلال الآثار التخديرية للعقاقير والخمور يستطيع المتعاطى بعزل ذاته تلقائياً عن العلاقات الحميمة بالآخرين الذين يعتمدون عليهم، وتتراكم خبرات الإحباط الداخلية والخارجية، وتسقط الحماية التى يسببها الإنكار، ويبدأ المتعاطى فى المعاناة من جديد، ولكى يحافظ على توازنه العاطفى فإنه يزيد من الجرعات المستخدمة لتدعيم قوة الإنكار ليصل المتعاطى إلى مستوى أعمق من الإضطراب البينى (عبد الله عسكر، رشا الديدى، ٢٠١٠: ٦٢).

فمتعاطى الحشيش عادة ما يلغى كل تمايز بين "الأنا"، و "الآخر" وذلك التمايز الذى كان نقصه منبعثاً لشقائه. فها هو ذا يخطو إلى الفناء فى "الآخر" المثالى عن طريق الإبتلاع المتبادل بينه وبين الآخر المثالى (الأنا الأعلى الذى حل محل الثدى المشبع) فتنشأ بذلك وحدة لا فرق فيها بين ذات وموضوع وحدة مثالية علوية يشيع فيها من خلال توهم القدرة المطلقة، والحبور الكامل بأوهام الخلود، وإعتبار الذات التى هى الكون بأسرة. ويسدل الستار فى حال التخدير النموذجية على نوم سعيد غفل يستعيد فردوس الرضيع ولكن مأساه هذا الفردوس إنه موقوت لا يتسم بالخلود، فما أن يفيق المتعاطى حتى يدرك أن مصيره إلى الهبوط من هذا الفردوس للواقع المؤلم (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٢١٦).

ولذا فمثل هؤلاء مضطربى الشخصية الحدية وكما يؤكد "Flores" عام ١٩٨٨ عادة ما يستخدمون المواد المؤثرة نفسياً كقوة محركة للدفاع ضد القصور الذي يصيبهم فى معظم

مناطق إتساق الذات، ومع سقوط الدفاعات التى تحافظ على قدرم معقول من التكيف والإنسجام النفسى فإنهم يطورون دفاعات أكثر بدائية مثل: الإنكار، والتوحد الإسقاطى، والتعاظم، أما الدفاعات الثانوية فتأتى فى سياق دفاع الكبت الناتج عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً حيث تبدو مظاهر التفاهة والسطحية، والأشكال غير التكيفية من التكوين العكسى والوساوس، وتكون هذه العمليات الدفاعية محاولات لحماية المتعاطي من الآثار السلبية الناتجة عن فقدانه لإحترام الذات، ولكنه يظل فريسه للإنجراحات النرجسية المتكررة.

كما لاحظ "ورمسر" Warmser أن المنشطات تساعد المتعاطى على تحسين مشاعر السأم والفراغ لأنها تمنحه الإحساس بالسيطرة والعدوانية والجسارة والتعاظم، وبالتالى تعتبر هذه المواد وسيطاً علاجياً للذين يستنفذون طاقاتهم النفسية فى مغالبة الشعور بالعجز والسلبية، ومشاعر الذنب والخزى والتى تلازم العديد من إضطرابات الشخصية وخاصة الشخصية الحدية.

أما الخمور فتساعد على تحرير المتعاطى من الكفوف اللاشعورية التى تؤدى إلى المسالك الإندفاعية ومن ثم تساعد ليتخففوا من الآلام النفسية الناتجة عن القلق العصابى الذى يكون بمثابة الدفاع المضاد ضد الحفزات التى يصعب السيطرة عليها لإفتقارهم لقدرات التهدئة السوية، ولتخفيف حدة الإنقسام الداخلى بين صور الموضوعات الطيبة والشريرة والوصول إلى تكامل نفسى مؤقت ما يلبث أن يزول.

وتجدر الإشارة إلى أنه يشيع الشعور الحاد بالإنقسام لدى مضطربى الشخصية الحدية هؤلاء الذين لا يستطيعون التغلب على إحساسهم الداخلى بالرداءة أو عدم الجدارة على الرغم من أنهم يبدون متماسكون ظاهرياً إلا أن هناك ما يطاردهم – داخلياً – هو حقيقة عجزهم وتمزقهم الذى يحتاج إلى قدر من المسكرات أو المثبطات لتكبح هذه المشاعر المؤلمة، وكمحاولة أيضاً للسيطرة على أفعالهم الإندفاعية وتهورهم والمزاج المبتئس الناتج عن عنف مشاعرهم وإندفاعيتهم (عبد الله عسكر، رشا الديدى، ٢٠١٠: ٦٣ – ٦٥).

- الإنتحار لدى مضطربى الشخصية الحدية:

يعد الإنتحار من المشكلات التى تعبر عن نهاية الدورة الإكتئابية كمحاولة لإستعادة الحياة أو البعث من جديد ومحاولة أيضاً لإستعادة الإتزان النرجسى (Goldberg, 1972: 130)، وقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية ، واختبارات الرسم أن هناك أفكار ومحاولات إنتحارية فعلية لدى مضطربى الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية وتتفق هذه الدراسة مع

نتائج الدراسات السابقة مثل (Paris, 1995; Dina Ossama, 2017) وخاصة ما إذا علمنا أن تقديرات معدل الإنتحار بين مضطربى الشخصية الحدية قد تصل إلى ٩% (Stone, M., 1989)، ويرجع هذا السلوك وكما يشير (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٨٨٤ – ٨٨٥) إلى أن مضطربى الشخصية المكتئبين كثيراً ما تكون لديهم أخاييل إنتحارية تتضح فيها نزعة إغتصاب الحب تحت التهديد: عندما أكون ميتاً فسوف يندم أبواى على ما فعلاه بى وسيحبانى من جديد. إذاً عندما يصبح المحبوب مكروهاً ، وتنقلب اللذه إلى ألم، وتتحول الموهومه إلى جحيم يضطرب الوجود وتكون النهاية رغبة فى بداية جديدة حيث اللاتوتر والجنة الموهوبة. ومن ثم تسير الصيغة العامة لتفسير السلوك الإنتحارى من منظور سيكوديناميى على معاملة الأنا كموضوع مكروه، وفى محاولة الخلاص من الموضوع المكروة (الذى سيصبح بفعل الإستدخال والتوحد جزءاً من الأنا) فإن الأنا بقتلها هذا الجز إنما تقدم على قتل نفسها.

بينما يشير(مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٣٨) أن الذى يقدم على الإنتحار يتبين فى آخر الأمر أن كل هذا الهجوم العنيف الغاضب إنما يقصد به الآخر المحبوب المكروه ومعاً والقابع داخل نفسه بعد أن تخلى عنه بالغياب الحقيقى أو النفسى وهو ما يعرف بالإدراك النرجسى الذى يصاحبه تعين (توحد) نرجسي بالآخر، بمعنى أنه يرى نفسه فى الآخر كما أنه يرى الآخر فى نفسه بحيث يكون مضيعاً فى الآخر والآخر مضيعاً فيه.

فالإنتحار إذا ما نظرنا إليه من وجهة نظر الأنا الأعلى ما هو إلا إنقلاب للسادية ضد الشخص نفسه فالرغبة فى الحياة تعنى بوضوح الشعور بقدر من قيمة الذات، الشعور بمساندة قوى الحماية للأنا الأعلى فإذا ما إختفى هذا الشعور فإن الإنمحاق الأصلى للطفل المهجور، والجائع للحب وللأهتمام وللتقدير يظهر من جديد (أوتوفينخل،٢٠٠٦: ٣٨١).

ومن الظواهر المحيرة فى السلوك الإنتحارى ما يتسم به مضطربى الشخصية الحدية من أعراض إكتئابية حادة من كفوف فى الطاقة وبخاصة العدوان فكله موجه إلى الداخل، ويرى هذا العدوان على المستوى المتخيل مطلق القدرة فعلى الرغم من وجود رقابة شديدة وتهديد وخوف وقلق بشأن العدوان المتجه إلى موضوعات خارجية فإنه يجد الطريق ممهداً لإنقلاب العدوان على الذات حيث يقع الموضوع والمكروه معاً.

إلا أن الفعل الإنتحارى ما هو إلا فعل مركب قوامه بعض من رغبات ثلاث وهو ما وضحه "كارل منجر" Menninger ١٩٨٣ فيما يأتى:

١- رغبة فى أن أقتل Wish to kill وهى رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الانا الأعلى، ومضمون هذه الرغبة يتمثل فى نزاعات عدوانية مشحونة بالكراهية ورغبات فى إتهام الآخر وتوبيخه وعزله والتخلص منه وإبادته والإنتقام منه. ولقد أكد (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٨٣) هذه الرغبة فى قوله: "ويتحقق فى الإنتحار الرأى القائل بأن ما من أحد يقتل نفسه مالم يسبق له أن أنتوى قتل شخص آخر.

٢- رغبة فى أن أقتل Wish to be killed وهى رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الأنا الأعلى أيضاً فشدة مشاعر الإثم وما يتبعها من توبيخ وإتهام للذات يكشفان عن حاجه ملحه إلى العقاب ولذلك فهى تتضمن النزعات المازوخية من إستمتاع بالخضوع والتلذذ بمعاناة الألم.

٣- رغبة فى أن أموت Wish to die وترحيب بالموت، وهى رغبة تتولد فى الهى ID بوجه عام وغريزة الموت والتدمير بخاصة ومضمون هذه الرغبة شعور أساسى باليأس والضياع يسانده وجدان الخوف وتثبيط الهمة وخيبة الأمل والإحساس العام بالتعب.

وفى حالة الإكئتاب كما نلاحظها فى مضطربى الشخصية الحدية تجد الذات إنهياراً وكفوفاً لرغبتها فى تدمير الآخر نظراً لإستهلاك معظم الطاقة فى مغالبة مشاعر الإثم من قبل الأنا الأعلى فيكون التراجع ولم تعد أخيوله قتل هذا الآخر متاحة للتنفيذ فتنقلب الطاقة إلى أقرب الموضوعات والتى هى فى الوقت نفسه جزء فى الأنا (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٥١ – ١٥٢).

- القابلية والإستهداف للحوادث:

يقصد بالقابلية للحوادث أو للإصابات Accident proneness: "بإن لكل فرد إستعداداً نفسياً وجسيماً بدرجة ما، لأن تحدث له حوادث أو إصابات". أو بمعنى آخر: مدى مساهمة الفرد بخصائصه الشخصية فى إحداث ما يقع له من حوادث (فرج طه، ١٩٩٧: ٣٦٨).

وعن القابلية للحوادث وديناميات الشـــخصـــية نشـــر كل من "دافيز، وماهونى" Davids and Mahoney بحثهما عام ١٩٥٧ وكانا يشـيران فى المقدمة إلى أن الفضـل

إنما يرجع إلى "فرويد" تنبيهه علماء النفس إلى حقيقة أن الدوافع اللاشـــعورية تلعب الدور الأســاســى فى تحديد ما يقع للفرد من أحداث يومية، وأن هناك فكرة شــائعة فى ميدان علم النفس والطب النفسى ترى أن الحوادث فى الغالب ليست إحداث تحدث نتيجة للصدفة، بل مرتبطة بكيفية ما بعوامل دينامية داخل الفرد. وأن من المعتقد أن ســمات الشــخصــية والإنفعالات والإتجاهات والعوامل الدافعة إنما تكمن وراء حقيقة ما هو معروف من أ ن بعض الأفراد يبدون خضوعاً غير عادى للحظ العاثر، والفشل، والحوادث (المرجع السابق، ١٩٩٧: ٣٨٧).

وهو وما ظهر واضحاً وجلياً فى المقابلة الإكلنيكية من أن بعض المفحوصين كانوا يلقون بأنفسهم أمام السيارات المسرعة أو القيادة السريعة المتهورة أو التعرض للإغماء فى الأماكن الخطرة. وفى هذا يشـــير (فرويد، ١٩٥٧: ٥٤) أن الحوادث – كباقى الأفعال العرضية التى يقع فيها الناس – ليست إتفاقية، وإنها تتطلب أكثر من التفسيرات الفسيولوجية، وأن لها معنى وتقبل التأويل، وإن بوسع المرء أن يستنتج منها وجو دوافع ونوايا مكبوته.

والمقصود بمعاناها كما يذكر (فرويد، ١٩٩٠: ٥١) أن لها دلالة، وإنها تصدر عن مقصـــد وعن نزعة، وإنها تحتل مكاناً معيناً فى ســلســلة من العلاقات النفســية، وهو ما تم ملاحظته مع المراهقين عينة الدراسة الحالية من مضطربي الشخصية الحدية لكثرة تعرضهم للحوادث والإصابات دون أن يكونوا واعين بالهدف الذى تحققه الحادثة بل كثيراً ما نجد الفرد يقاوم الإعتراف به سواء كانت مقاومة لا شعورية إن كان يخجل منها أو يخاف التصريح به، أو مقاومة لا شعورية إن كانت هناك نزعات مضادة متصارعة تعمل على إعاقة التعبير عن الدافع وكبت ما يتعلق به. وغالباً ما تكون هذه الدوافع دوافع لا شــعورية عميقة ومتصــارعة تدفع صاحبها دون أن يعنى لإتيان الفعل الذى تنجم عنه الإصابة كحل لهذا الصراع وإرضاء لدوافعه.

وفى هذا يشير (فرويد، ١٩٣٨) لحالة سيدة صغيرة كسرت ساقها من تحت الركبة فى حادث جعلها طريحة الفراش لعدة أســابيع، وكان من المدهش حقاً عدم وجود إحســاس بالألم وهدوءها الذى إستقبلت به هذه الإصابة، وكانت الإصابة مصحوبة بعرض عصابى

خطير طال أمده. وفى أثناء التحليل إتضحت الظروف التى أحاطت بالإصابة والملابسات الخاصة التي سبقتها.

فلفقد أمضت السيدة بعض الوقت فى مزرعة اختها بين جمع من أقاربها. وفى إحدى الليالى رقصت إحدى الرقصات التى ضاق بها زوجها الغيور ضيقاً بالغاً، فتقدم منها وهمس فى أذنها قائلاً: "مرة ثانية سلكت كما تسلك العاهرة"، فتركت الكلمات أثراً كبيراً فيها. وفى هذه الليلة لم تذق طعم الراحة فى نومها. وفى ضحى اليوم التالى أرادت أت تتنزه فأختارت بنفسها الأحصنة التى سوف تجر العربة التى تركبها. وخلال النزهة كانت عصبية كما ذكرت للحوذى أن الأحصنة تفزع، وما إن إعترض الأحصنة عائق بسيط حتى قفزت من العربة فى فزع فكسرت ساقها. هذا بينما لم يصب أحد ممن كانوا بالعربة.

فى هذه الحالة يتبين بوضوح تلك المهارة الفائقة فى إيجاد موقف وإستغلاله إستغلالاً مناسباً لإحداث إصابة تكيل للمرأة عقاباً ملائماً لجريمتها التى إرتكبتها، فبحدوث الإصابة على هذا النحو أصبح من المحال عليها أن ترقص لمدة طويلة، وفى نفس الوقت أشبعت لديها الحاجه إلى عقاب الذات تكفيراً عما إرتكبته من جرائم ما غضب له زوجها شديداً.

وهكذا إستطاعت الإصابة أن تحقق هدفين فى آن واحد، أحدهما : عقاب السيدة لذاتها على ما إرتكبته من ذنب، والآخر: حرمانها من إرتكابها نفس الجرم لمدة طويلة ومادامت الإصابة قد حققت لها كل هذا بنجاح، فإنه يحق لها أن ترحب بها ولا تتألم منها. وفى ذلك يشير (Brewster, 1952) : أن الاحداث التى تأتى بضرر غير متوقع للشخص أو للآخرين – على ما يبدو – تشبع حاجات لا شعورية للعقاب ترجع إلى مشاعر الغضب والشعوربالذنب والأثم (فرج طه، ١٩٩٧: ٣٩٥ – ٣٩٦).

وفى حالة المفحوصين مضطربى الشخصية الحدية ربما تكون القابلية للحوادث والإستهداف للإصابة راجعاً إلى تخييلات جنسية محارمية وعدوانية تجاه الوالد من الجنس المخالف – وبناء على ما سبق – وما يجعلهم يشبعوا حاجات لا شعورية لديهم للعقاب، وبالإضافة إلى ذلك وكما يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٢٦) أن الإصابات وما ينتج عنها من تدمير وإيذاء الذات يمكن أن تحقق – بالإضافة إلى أهدافها الأساسية التى تشبعها – ما يسمى بالمكاسب الثانوية وما يجنيه المضطرب – مثلاً – من العطف عليه والإهتمام به

وعدم هجرانه فيشـــبع بذلك حاجته إلى عطف واهتمام افتقده طول حياته، او ما يجنيه من إدخال الهم والشـــقاء على من يحيطون به بما يحملهم من عناء وبما يكلفهم مما لا يطيقون فيشبع بذلك حاجته إلى العدوان عليهم والإنتقام منهم. وهو ما ظهر واضحاً وجلياً فى المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار KFD.

وبالرغم من أن (فرويد، ١٩٣٨) قد أشار بأنه مؤمن بما قد يكون للصدفة الخارجية من أثر على الأحداث، إذ هى الصـــدفة، لكنه لا يؤمن بصـــدفه داخلية نفســـيه تحدث الإصابات. فالنشاط النفسى يخضع لحتمية نفسية وليس فيه مجال للصدفة. وفى هذا يقول (فرويد) فى إحدى محاضراته: "الحق إنكم تتوهمون وجود حرية نفسيه، ولا تودون أن تهجروا هذا الوهم وأن تتخلوا عنه. وإنى أسف إذ لا أملك أن أشاطركم رأيكم هذا، بل أخالف عنه كل المخالفة" (فرج طه، ١٩٩٧: ٤٠٢ – ٤٠٣؛ سيجموند فرويد، ١٩٩٧: ٨١).

ومن هنا أصبح السلوك الإنسانى – فى نظر فرويد – وكل ما يأتى به الإنسان من تصرفات يقع خارج نطاق الصدفة، وإن هذه السلوكيات لها معنى ودلالة وفقاً لما أشار إليه (فرويد) بالحتمية النفســـية للنشـــاط النفســـى للإنســـان وهو ما ظهر واضـــحاً وجلياً لدى المفحوصين.

- الإبتزاز العاطفى:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية ، واختبارات الرسم بأن الحياة النفسية لمضطربى الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية هى حياة عاطفية جداً ولأنهم يخافون ويفعلون أى شئ لتجنب الإنفصال بالإضافة إلى الحساسية المفرطة تجاه الرفض والإنفجار غضباً فى أى وقت يشعروا فيه بتهديد إحساسهم بالأمن؛ ولذ فهم عادة ما يستخدمون الإبتزاز العاطفى Emotional Blackmail للحصول على ما يريدونه – سواء بإيذا الذات أو بالإنتحار أو بالإمتناع عن الأكل أو بالإمتناع عن الإنتظام فى الدراسة أو بالإستهداف للإصابة أو بالأعراض السيكوسوماتك ويطلق عليها أسم المعاقبون للذات Self Punishers، أو بالتهديد بترك المنزل أو بالعدائية تجاه أحد الوالدين أو كلاهما أو بالغضب ويطلق علهيا إسم المعاقبون Punishers، أو بإلقاء اللوم على الأهل أو على الظروف البيئية والمجتمعية ويطلق عليهم

إسم المعانون Suffers، أو إستخدام الوعود الرنانة الجميلة أو الحالمة للتحسن وللإستقرار فى حال الحصول على ما يريدونه ويطلق عليهم إسم المغرون Tantalizers، أو بالصمت أو الغضب الصامت ويطلق عليهم الصامتون Silenters– لأنهم يرون أنه أفضل طريقة أو الطريقة الوحيدة التى يعرفونها للحصول على ما يريدونه أو يحتاجونه، ويتفق مع النتيجة السابقة نتائج الدراسات التالية:

(Braiker, 2007; ريهام محيى الدين، ٢٠١٠ ;Ruth, et al., 2013 ,أنوار هادى، ٢٠١٢ سوزان فور وورد، دونا فرايز، ٢٠١٥هبه ;Goutaudie, et al., 2014 ; kregen, 2015 (محمود، ٢٠١٦،

ولذا يعد الأشخاص المصابون بإضطراب الشخصية الحدية هم أكثر إحتمالاً لإستخدام الإبتزاز العاطفى مقارنة بإضطرابات لاشخصية الأخرى (Braiker, 2007: 6). وعادة ما يلجأ مضطربى الشخصية الحدية أيضاً من منطلق الخوف من الحرمان، وهذا الحرمان لا يبدو واضحاً إلا إذا تعرض إحساسه بالإستقرار والشعور بالحرمان إلى إهتزاز عنيف، فالمبتز يشعر بالخوف كعلامة على عدم الإستقرار، كما أن الإحباط البسيط ينظر إليه على أنه كارثة محتملة، فهو يؤمن بأنه إذا لم يحصل على أى شئ يريده ولو بالقوة أو بالإلزام Obligation أو إشعار الطرف الأخر بالذنب Guilt بأن العالم سينهار من حوله ولذلك فالمبتز يبتز الطرف الاخر خوفاً من فقدان السيطرة عليه، أو الخوف من الرفض (ممدوحه سلامة، ٢٠٠٩؛ Walters, G., 2011 أنوار هادى، ٢٠١٢؛ سوزان فور وورد، دونا فرايز، ٢٠١٥). ونتيجة لهذا النمط من العلاقات الإجتماعية المتوترة والحادة لا تجعل الفرد قادراً على الثقة فى الآخرين وعاجزاً عن تحقيق علاقات دائمة وسيلمة بهم، ومن ثم نجده يميل إلى التلاعب بمشاعر الآخرين وهو إحدى السمات الأساسية الإبتزاز العاطفى لدى مضطربى الشخصية الحدية (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٦).

خصائص وسمات نرجسية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبارات الرسم، معاناة المفحوصين من نرجسية مجروحه ناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدى أو معاملتهم بطريقة غير عاطفية، ومن أم متطفلة تحمل الطفل العديد من الطلبات وتعجل من الوجود الشخصى له أو النضج قبل الآوان ويظهر هذا التطفل فى دفعة إلى الإنجاز فى مجالات متعددة ومتنوعة

أو أن يكون عقلانى أو مبـدع أو قوى؛ وهو الأمر الـذى أدى بـدوره إلى تثبيـت هؤلاء المفحوصـين على مرحلة النرجسـية الأولية وتتفق مع هذه النتيجة نتائج الدراسـات التالية: (Kernberg, 1970; Volkam, 1976; Carlose, et al., 1996) والتى أكدت جميعها على أن هؤلاء يظهرون خلل فى العلاقات الشـخصـية، والبرود، والإسـتقلال، والحاجه إلى التحكم فى الآخرين، والإندفاعية، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، بالإضـافة إلى سـلوكيات متكررة لجذب الإنتباه والإعجاب.

ويتحدث "فرويد" عن النرجسية على أنها الحالة السعيدة حيث يشعر فيها الطفل أن ذاته هى "مركز ومحور الإبداع والخلق والإبتكار"، ولقد وجد "فرويد" أن الإشـتياق إلى القدرة المطلقة والإعتقاد فى القوة السـحرية للسـاحرات والكلمات والأفكار فى التعامل مع العالم وما شابهها من مظاهر النرجسية واضحة فى الحياة النفسية للأطفال والشعوب البدائية وهى تثبت وتبرهن على وجود حب الذات الأولى الذى يعد وجودة فى طفولة الإنسـان أمراً طبيعياً فى حين أنه يكون مظهراً مرضـياً فى المراحل المتقدمة فى نموه (عبد الرقيب البحيرى، ٢٠٠٧: ١٨).

ومن ثم يشير (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ١١٦٥ – ١١٦٦) بإن الشخصية المضطربة تتميز بنرجسية زائدة تكشف عن نفسها فى حاجه شديدة للإستحسان من الآخرين، ولكنها تتكون فى الأغلب من طبيعة النرجسية الأولية والمطلقة القدرة والتى تتميز بالإستقلالية عن الآخرين، وبتحريف إختبار الواقع عند المريض، ومن ثم فإن التثبيت النرجسـى يكشـف عن نفسه فى إستعداد المرضى للإستجابة إزاء الإحباطات بفقدانات جزئية فى الطاقات المستثمرة فى الموضـوعات والعلاقات مع الموضـوعات وكذلك الإنفعالات يمكن بطرائق مختلفة أن تخلى مكانها لعلاقات زائفة ولانفعالات زائفة.

ولذا فإن النرجسية الزائدة غالباً ما تكون ضدية فى طابعها. فالمرضى عاجزون عن تحمل أى إنجراح نرجسى، وهم يدافعون عن أنفسهم ضد مثل هذه الإنجراحات بالنكوص إلى القدرة المطلقة الأولية، ومن ثم فإن القدرة على الإحتفاظ بأتجاهات القدرة المطلقة الأولية أو على إبتعاثها بدرجة أو بأخرى تعد نمطية فى هذه الشخصيات وحيث أن الأشخاص من هذا

النوع يتلقون بإحباطات كثيرة، فإنهم يعجون بعدوانيات لا شـــعورية، ومن ثم لا يعيشـــها المرضى فى العادة من حيث هى كذلك.

- إضطرابات الأكل:

فقد تبين من نتائج المقابله الإكلينيكية معاناة غالبية المفحوصين من إضطرابات فى الأكل Eating dilder ومنها فقدان الشهية العصبى Anolexia Nervosa ونوبات الشرة العصبى Bulimia Nervosa، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التالية:

(يوسف مسلم، ٢٠٠٧ ;Kordynska, et al., 2018; Dina Ossama, 2017)

حيث يحدث فقدان الشـهية العصـبى نتيجة مقاومة النضـج الجنسـى والنفسـى أو نتيجة إضـطراب عملية التفرد والإنفصـال عن الأسـرة على وجه العموم وهو ما عانى منه أفراد عينة الدراسة بالفعل (Garfinkel and Kaplan, 1986).

فالأســـرة تلعب دوراً فى ذلك فى الغالب حتى أن الوالدين قد يضـــعا لأطفالهما متطلبات أداء عالية – وهو ما عانى منه أفراد عينة الدراســـة بالفعل – وقد يرفضـــا بالفعل محاولات الأطفال للحصول على الإستقلال (Gardinkel and Garner, 1982).

كما تتميز أسر المراهقين المصـابين بفقدان الشـهية العصـبى بأنها عدائية، وشـديدة الحماية ومتصلبة وغير قادرة على حل المشكلات.

(Yates, 1989; Minuch, Rosman and Barker, 1978)

كما أشـــار "هيلد بروش" إلى أن فقدان الشـــهية العصـــبى بأنه ناتج عن القصـــور الأســاســى فى أداء الأنا ego ومن إنخفاض تقدير الذات والشـعور بالقصـور الشـخصـى، والإفتقاد إلى الثقة فى حالاتها الداخلية وإنفعالاتها وتصـبح السـيطرة على الجسـم أو الجسـد وسيلة لتحقيق الشعور بالسيطرة، وهو ما عانى منه فعلياً أفراد عينة الدراسة (Burch, H., 1974, 1981) وهو ما يؤكده أيضـاً كل من (Coovert, Kinder and Thompson, 1989) بأن الإضطراب يتميز بأنه إرتداد عن النضج.

اما بالنسبة لنوبات الشرة العصبى فهى نوبات متكررة من الأكل بشراهه مع سلوك تعويض مثل القئ مصحوباً بآلام حادة وغير محتملة فى البطن، وبالرغم من أنهم يدركون أن أكلهم غير سوى إلا أنهم يقررون بانهم لا يستطيعون السيطرة على أنفسهم، ويؤدى عجزهم عن السيطرة على أكلهم إلى مشاعر الإكتئاب والذنب وإنخفاض تقدير الذات ومن ثم تفترض

نظرية التحليل النفسى أن إضطرابات الأكل تحدث عامة لدى الأشخاص الذين يخافون الجنس، والذين يعادلون رمزياً بين الجنس والأكل؛ إذن فقدان الشهية ما هو إلا وسيلة رمزية لتجنب الحمل، ويحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الحفزات الجنسية المكبوتة أن تعبر عن نفسها (أولتمانز نيل دافيسون، ٢٠٠٠: ٣٦٦).

وهو ما عبر عنه مضطربى الشخصية الحدية أفراد عينة الدراسة فى المقابلة الإكلنيكية وإختبارات الرسم من صدمة المشهد الأول ومن تخييلات جنسية محارمية مع الوالد من الجنس المخالف وما قد ينتج عنه من حمل، بالإضافة ايضاً إلى إضطراب مركب الأوديب بشكل واضح لدى أفراد عينة الدراسة.

- المعاناة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصين من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك كالإضطرابات الجلدية مثل: الأكزيما، والصدفية، والبقع الجلدية، أو ظهور كدمات متفرقة على مناطق مختلفة من الجسد، بالإضافة إلى الهرش العصبى.

وفى هذا يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٩٤ – ١٩٥) إلى أن الجلد – عادة – يميل إلى أن يكون مفراً لإفراغات النجدة فى حالات التوتر العصبى وكإستجابة أيضاً لمثيرات إنفعالية (شعورية أو لا شعورية) وهذه الأعراض يمكن أن تكون مزمنة علامة على حالة التوتر الداخلى عند المريض، أو يمكن أن تظهر كأعراض مؤقته أثناء الأعصبة الفعلية، أو يمكن أن تظهر كنوبات كلما مس حدث ما صراعات لا شعورية. ومن هنا يتساؤل "بارينبوم" وهو طبيب جلدى تخصص فى دراسة سيكولوجية الأمراض الجلدية: إن ما نريد أن نعرفه هو كيف أن إستثارة الإقتصاديات الليبدية المضطربة تؤثر على أوعية الجلد؟ مادامت وظيفة الجلد وحالته تتوقفان إلى أقضى حد على أوعيته. ولهذا فإن ميل الجلد للتأثر بشكل مرضى يتولد عادة من حفزات لا شعورية يمكن فهمها من خلال أربعة خصائص للجلد بوصفة الغطاء الخارجى للكائن العضوى والتى يمكن إجمالها فيما يلى:

١- عندما تسعى الحفزات المكبوتة إلى الإفراغ فإنها تؤدى إلى تغيرات فى حركة الأوعية وهو ما يؤدى إلى تفجر مرض جلدى.

٢- إن الجلد منطقة شبقية مهمة، فإذا ما كبتت الرغبة فى إستخدامه كمنطقة شبقية فإن عودة الميول المواتية والمناهضة للآثاره الجلدية تجد تعبيراً فى تعبيرات جلديه، وخاصة أن الصراعات السادية والمازوخية توجد في واقع الأمر فى الأساس اللاشعورى للأمراض الجلدية. إن تفجرات الصدفية يمكن بصفة خاصة أن تكون تعبيراً عن حفزات سادية إنقلبت ضد أنا ego الشخص أى أن النزعات السادية غير المفرغة تؤثر فى الجلد عبر تغيرات كيميائية وعصبية.

٣- إن الجلد من حيث هو سطح الكائن العضوى هو الجزء المرئي من الخارج؛ مما يجعله مقراً للتعبير عن الصراعات الدائرة حول الإستعراضية.

٤- ويمكن أيضاً أن تتموضع مكافآت القلق فى إستجابات الجلد.

أما عن الهرش العصبى فما هو الإنتاج عصابى عضوى لجنسية مكبوته عند أشخاص ذوى إستعداد سابق لا يجروا على الإستنماء فيحبسوا هياجهم الإنسالى. إذا فالإضطرابات الجلدية كالأكزيما والصدفية أو البقع الجلدية تمثل حاجزاً جلدياً يحمى الطفل من الأم الرديئة، وكإستجابة أيضاً حينما أخفقت الأم فى لمسها، وهو ما يشير إلى ما يسمى بالتحول الهستيرى يتمثل فى رفض الأم لطفلها.

ونأتنس هنا بالأعمال التى كرست لدراسة الجلد بوصفة الغلاف الذى يحمى الجسم كله، ونخص بالذكر أعمال "ديدية أنزيون Anzieu "الجلد – الأنا"، وأعمال "سامى على" المكان المتخيل L'espace Imaginaire، بينما يشير "أجوريا جيرا" فى مؤتمر السوربون ١٩٧٩ بأن الطفل يعيش قبل الميلاد فى مساحة محدودة يغلفها الرحم، ويعبر عن نفسه بالحركة، أما أمه فتشعر وكأن حركته هى حركتها فالأم تحمل الجنين شهوراً طويلة فى رحمها الوعائى. ومن ثم فهى لا تمثل بالنسبة له منزلاً ومظلة فحسب، وإنما تبعث إليه بجوهرها من خلال الحبل السرى، وهى ليست مجرد غلافاً فكليهما يكون بالنسبة للآخر وجوداً إثنينياً متبادلاً. ومتى خرج الطفل خارج الرحم يتخذ مكاناً فى العالم هو مهده أو جسد أمه المغلف له وهو يولد ولديه عدد من الميكانيزمات كما يبعث بعدد من الإشارات يكون عليها أن تستجيب لها بإستجابة مناسبة.

فالوليد يطلب وينادى أمه وعليها أن تضفى معانٍ على متطلبات الطفل وندائه، ومن ثم يشير "جان بول سارتر" Sartre, J.P فى كتابة "الوجود والعدم" حيث يقول: "إن

الضم لا يعنى مجرد اللمس، وإنما يعد بمثابة الوظيفة المشكلة، فحينما أضم أخر أخلق لبه بلمسى له بأصابعى: فاللمس مجموعة من الطقوس تقوم بتجسيد الآخر". وهو ما كان يفتقدة المفحوصين بالفعل، فالأم لا تحضن أو تطبطب بشكل آو بآخر.

ومن ثم يؤكد "أجوريا جيرا" قائلاً: "يحتاج جسد الطفل إلى العناية كعنصر أساسى يفضى إلى تعلق الطفل بأمه ذلك أن لمس الأم لطفلها وتناولها له بيدها يشحن جسده ليبدياً فى حين أن الأم بفعلها هذا تشاركه حسياً وهكذا تولد طلائع الديالوج". وهو ما يستقبله ويدركه بشكل ممتعاً لسماتها المحددة.

ويضاف للطفل رائحة أمه وحرارة جسدها ويعى بهما، وكأنهما ينتميان إليه ويتعرفهما وكأنهما يختلفان عن رائحة وحرارة الآخرين بفعل ميكانيزمات الإسقاط والإستدماج. وإنه أثناء هذه الفترة التى يكون هناك فيها تقارب مشارك وديالوج حميم فإن هوية الأم تتبدل وتتكشف شخصية الطفل، وبلعبه المرآة تتعرف الأم نفسها فى طفلها، وينكشف الطفل لأمه ولنفسه وفى الآن نفسه؛ فيتراءى كل منهما فى الآخر، ويشيدان مسافة وينتهيان إلى التفرقة فيما بنيهما.

وأثناء هذه الفترة فإن الطفل وبالمثل الأم الواقعية يلعبان معاً حياة تخييلاتيه، وهذه العلاقات تعتبر فى الغالب مونولوج بين إثنين Monologues a deux، مما يفتح الباب إبتداءٍ من التبادل الأولى لديالوج واضح يمكن فهمه فى إطار من الثنائية. فعدم أو غياب الإحتكاك الجسدى يؤدى إلى وجود ما يسمى "علاقة خواء" Relation Blanche تؤكدها الظروف الواقعية؛ إذا عشن هؤلاء الفتيات ممن يعانين من إضطرابات الشخصية الحدية فى عزلة تامة (نيفين زيور، ٢٠٠٢: ٦٦ – ٦٧).

أما بالنسبة للإضطرابات المعدية المعوية كالقولون العصبى فيشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨٢ – ١٨٣) إلى أن الأشخاص أصحاب الإتجاه الفمي الإستقبالى الملح والمحبط بشكل مزمن، الذين كبتوا هذا الإتجاه، والذين غالباً ما يكشفون عن سلوك شديد الإيجابية من نمط التكوين المضاد هم لا شعورياً وبصورة دائمة "جياع حب" بل إنه لمن الأدق القول بأنهم "جياع للإمدادات النرجسية الضرورية"؛ وكلمة "جياع" فى هذا المقام ينبغى أن تؤخذ

بحرفتيها، فهذا الجوع الدائم يجعلهم يتصرفون كما يتصف الجائعون فعلاً. فالغشاء المخاطى للمعدة يبدأ فى الإفراز تماماً كما يحدث فى معدة جائع فى إنتظار الطعام. وهذا الإفراز الزائد المزمن هو السبب المباشر للقرحة، والقرحة هي الحدث الفسيولوجي الناتج عن اتجاه نفسي الاصل؛ أنها ليست إلا إشباعا محرفاً لغريزة مكبوته او شبقية فمية مكبوته، ومن اليسير أن نفهم أن التهاب القولون يمكن أن ينتج عن حفزات أستية لا شعورية دائبة الفاعلية، ومن ثم فإن الإستجابة المعوية يمكن أن تكون عرضاً لعدوانية دائمة ومكبوتة تمثل أحياناً إنتقاماً لإحباطات فمية.

أما (سيزويك جيرارد، ٢٠١٧: ١٢٤) فيشير إلى أن التقيؤ والإضطرابات المعوية الناتجة عن إستمرار الفواق (الزغطة) لمدة طويلة هى نتاج لمسببات نفسية سببها إضطراب العلاقة مع الأم. وبالإضافة لما سبق فإن هناك حاجة مطوية فى أعماق نفس المريض إلى أنزال العقاب بنفسه والتى من خلالها يحقق به المضطرب ربحاً ثانوياً وهو ما يجنيه المضطرب من العطف عليه فيشبع بذلك حاجته إلى عطف إفتقده طوال حياته أو ما يجنيه من إدخال الهم والشقاء على من يحيطون به بما يحملهم من عناء وبما يكفلهم مما لا يطيعون فيشبع بذلك حاجته إلى العدوان عليهم والإنتقام منهم (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ١٤٠).

فهؤلاء المضطربون فى حاجه إلى أن يكونوا موضع إهتمام وعطف وحب – وخاصة مرضى القولون العصبى – ورغبة ملحة فى تلقى العون والإتكال على الغير، وعادة ما ينكر هؤلاء المرضى على أنفسهم هذه الميول الدفينة فيتم كبتها فى اللاشعور وهو ما يؤدى إلى ظهورها فى هذه الأعراض الجسدية. ولذا فإن أهم ما يميز سلوك هؤلاء المرضى هو التنكر لما يصطرع فى أنفسهم من حاجه إلى إلتماس الحب والركون إلى الغير فعوضاً عن أن يتلقوا من الغير نراهم يبذلون العطاء، وعوضاً عن الإعتماد على الآخرين نراهم يجهدون فى سبيل الإستقلال والإكتفاء الذاتى. ولكن هذا التنكر لميولهم الدفينة وهذا السلوك المضاد لما يتلهفون عليه فى قراره أنفسهم يضاعف من الحاح هذه الميول ويزيد من ظمئهم إلى أن يكونوا موضع العناية والحب.

ومن الثابت بأن الميول إلى تلقى الحب والعون ترتبط إرتباطاً وثيقاً بعمليات التغذية منذ مراحل النمو الأولى حين كان الطفل يلقى الحب والغذاء معاً من يد واحدة وعادة ما يقترن بتلقى الحب منذ فجر الحياه فى نوع من الشرطية بحيث يصبح إستقبال الطعام رمزاً

مؤذناً وبشيراً بقدوم الحب ويصبح الجوع وعاء للطعام وللحب معاً، وعند توصد سبل التنفيس دون الميل إلى إلتماس الحب فإن الحرمان الذى يفرضه هؤلاء المرضى على أنفسهم لا يلبث أن يستثير وظائف التغذية فتنشط المعدة إلى الحركة وإفرازاتها كأنها تتأهب لإستقبال الطعام. ولكما كان التنكر لهذه الميول عظيماً كان إلحاحها شديداً، وكان بديلها الفسيولوجى (نشاط المعدة) الميل إلى الإفراز كبيراً (مصطفي زيور، ١٩٨٢: ١٧٢ – ١٧٣)، وهو ما أكده "إبن سينا" بأن ثمة علاقة ضرورية وحتمية بين النفس والجسد فهما ينفعلان ويتأثر أحدهما بالآخر ويشكلان شخصية واحدة هى الذات الإنسانية (جمال رجب ، ٢٠١٨: ١٤٧)، وهو ما أكده "إبن سينا" بأن ثمة علاقة ضرورية وحتمية بين النفس والجسد فهما ينفعلان ويتأثر أحدهما بالآخر ويشكلان شخصية واحدة هى الذات الإنسانية (جمال رجب ، ٢٠١٨: ١٤٧).

وبالنسبة لإضطرابات النوم فيشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦ – ١٠٨) إلى أن طاقات الرغبات المكبوتة ليست هى وحدها التى تجعل النوم مستحيلاً فالهموم الحادة، والتوقعات المشحونة بالوجدان سواء كانت سارة أو كدرة وعلى الأخص الهياج الجنسى دون إشباع تتسبب فى الأرق بالإضافة إلى العوامل اللاشعورية. فالأشخاص الذين لديهم كبوات فمية شبقية يسعون إلى تجنب كل ما يمكن أن يذكرهم بالفترة الأصلية لإستثاراتهم الفمية والجلدية الشبقية؛ وحالات الأنا التى يتحتم عليهم أن يعيشوها عند الدخول فى النوم إنما توقظ مثل هذه الذكريات: وهذه يستشعرونها بالتالى غوايات محرمة يمكن أن تدفعهم إلى تجنب تام لحالة النوم أو لحالة الدخول فى النوم ماهى إلى تذكر مشهد بدائى حدث أثناء الليل عندما كان من المفروض ان الطفل نائم، ومن ثم قد يكون النوم بالأحرى عقوبة أو مصيبة ذات صلة إرتباطية بحفزات معينة. فالأشخاص الذين يخافون النوم بوصفة عائقاً لهربهم من الأ نظار أو العقوبات المرهوبة وإن الشخص يمكن أن يتعرض للخصاء أثناء النوم بل أن فقدان الشعور أثناء النوم هو ذاته يمكن أن يعنى الخصاء.

وقد يرجع إضطراب النوم إلى تصورات لا شعورية ترتبط بفكرتى معاناة الموت وتمام الموت، وترجع كذلك إلى الإبتعاد عن الحفزات الإيجابية للقتل، ومتى نشأ هذا الخوف فإنه يمكن أن يؤدى بسهولة إلى إضطرابات النوم والموت كل مع الآخر. ومع ذلك فالأغلب

أن تمثل إضـطرابات النوم من الناحية اللاشـعورية الغواية والعقوبة فى آن واحد؛ فإنحسـار وظائف الأنا فى حالة النوم هو مصدر خوف من ناحية لأنه فقدان لرقابة الأنا على الغرائز؛ أى لأنه فرصـة سانحه كى يفعل الشخص كل ما يشتهيه ومن ناحية لأنه موت صـغير لانه خصاء ولأنه أيضاً جزاء مروع على الإستسلام للحفزات الغريزية.

أما عن الأرق فكان مضـطربى الشـخصـية الحدية عينة الدراسـة الحالية يعانوا من أرق الإسـتشـارة الزائدة Insominie D'Excitation وهو ما يعكس صـراعاً مع الأم، ونسـتخلص من ذلك أن وظيفة الأم تتسـم بما تطلق عليه المدرسـة الفرنسـية "عملية" Operatoire، وتشـبه فى وظيفتها الممرضـة كما وصـفها "دونالد وينيكوت" ويدور ذلك كله فى جو من الخواء أو العوز الوجدانى Une relation Balanche.

فالأرق إذا هى حالة نشأت عن عوز أو فقر فى إشباع الحاجات الأساسية للوليد؛ فالأرق الأولى ذو الطابع الفسـيولوجى كما يذهب "مشـيل فان" يعتبره الشـكل الأولى للتعيين الذاتى يتوازى مع فكرة الإنصهار فى الأم، ويكتسب سمه مشبعه حينما يستعاد التعيين الذاتى فى فيض من الليبيدو فى المرحلة النرجسية، ومن ثم يعد النوم إستجابة لحاجه إيقاعية تهدف إلى النكوص إلى مرحلة من الشحن الليبدى للأنا جنباً إلى جنب.

إن الوليد الذى يتسـم ببناء عقلى شـديد الرهافة وغير متطور يعتمد إلى حد بعيد على أمه فى القيام بدور الدفاع (تلك الدفاعات التى سـتؤول وظيفتها للأنا)، هذا بالإضـافة إلى أن الأم فى هذه المرحلة الباكرة تقوم أيضـاً بدور حارس النوم؛ أى الوظيفة الاسـاسـية للحلم. فالأرق الباكر يمكن فهمه على أنه إخفاق فى السـند الأسـاسـى الذى توفره فى العادة الوظيفة الحلمية فالنوم قد إفتقر إلى دور الحماية النرجسية بفعل قصور الأم فى القيام بدورها الحامى للنوم ودفعها بعيداً للمثيرات التى تقلق نوم طفلها.

وإذا ما نظرنا للأمر من وجهة النظر النرجسـية يمكننا أن نعتبر النوم بمثابة النكوص المكثف والإنقطاع الشامل عن العالم الذى لا يتحقق إذا تخلل النوم شحنه وجدانية يحصـل عليها بفعل الإحتكاك بالألم، ومن ثم يشـير "كريسـلر فان سـوليه" ١٩٧٨ إلى أن الدراسـات التى كرسـت لدراسـة الأرق أن النوم لا يحدث إلا إذا حدث المرادف النفسـى للإنصـهار فى الأم؛ فالنوم بهذا المعنى يعد إسـتعادة للوحدة الأولية (الأم – الطفل) فالأرق

المبكر الخطير يشير إلى إنقطاع الطفل عن سنده الوجدانى وينطلق الأرق بحرية فى شكل دائرى متكرر يحمل سمه خطيرة من وجهة النظر النفسية (نيفين زيور، ٢٠٠٢: ٧٥ – ٧٧).

- الفشل الإجتماعى:

يشير الفشل الإجتماعى من خلال المقابلة الإكلينيكية واختبارات الرسم إلى فشل فى الدراسة بل وفى العلاقات الأسرية والإجتماعية مما يعكس عجز المفحوصين عن التوافق فى علاقات إجتماعية أو إتسام هذه العلاقات بالإضطراب وبالضحالة الإنفعالية بالاضافة إلى ضعف إدراك هؤلاء المفحوصين إلى مظاهر للتواصل بين افراد الأسرة في اختبار KFD مما يعكس أيضاً إفتقاد الإحساس بالآخر أو بالإرتباط العاطفى به. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التالية:

(Paris, 1995; Bonger, et al., 1998; حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨; Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Silberschmidt, et al., 2015; Bach, et al., 2016; Ntshingila, et alk., 2016)

ولذا يعتبر الفشل الإجتماعى لدى هؤلاء المفحوصين نوع من الهروب الهستيرى والخصاء الرمزى للذات والذى يستخدم فيه مضطربى الشخصية الحدية ميكانيزم النقل لينقل العجز عن الإستحواز على الأم أو الوالد من الجنس المخالف إلى الفشل الدراسى أو الإجتماعى مما يبين تأزم وفشل الموقف الأوديبى.

وإذا ما ربطنا هذا الفشل بغيره من السمات التدميرية والإكتئابية وكما يرى (فرج أحمد، ١٩٧٦: ٤١٣) سنكشف عن إضطرابات عميقة الجذور فالنجاح الإجتماعى والعلاقات المتبادلة بالآخرين رهن التغلب على العوائق الطفلية المبكرة، وذات الطبيعة الذهانية فعدم القدرة على تعديل هذه الضروب من القلق الذهانى وتخليص الموضوع الداخلى مما يتصف به من سمات إضطهادية تدميرية يجعله يرى بالإسقاط هذا الموضوع الداخلى المدمر يطارده أبداً فى كل علاقة خارجية مما يدفعه إلى الفرار ومن ثم يحول بينه وبين تحقيق النجاح.

كما أن إدراك المفحوصين لأفراد الأسرة بعدم وجود أية رابطة أسرية أو عاطفية تجمعهم فهذا الإختفاء للجو العائلى يشير بدوره إلى عجز المفحوصين عن حل الموقف الأوديبى حلاً سوياً بالإضافة إلى إحساس المفحوصين بالإغتراب النفسى مما دفعهم لأن

يكونوا لأنفسهم عالماً خاصاً بعيداً كل البعد عن الشرعية الوجودية للمجتمع الأصلى وهو ما كان يدفعهم بإستمرار لأن ينسحبوا إلى واقع خاص بهم أو منعزل عن الآخرين مما يعكس بوضوح حياتهم الهامشية فى مجتمع غير آمن ومهدد وهذا ما ولد لديهم شعور بإنعدام ومن ثم الشعور بالإغتراب والخواء النفسى.

- زيادة الخصائص السيكوباتية:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية أن هناك خروج على معايير الأسرة والمجتمع، وعدم إكتراث شاذ بالقيم والعادات والتقاليد وبالأعراف المجتمعية، ورفض للدين وللغيبات والخروج على القانون وتعاطى الكحوليات والمخدرات وممارسة الجنس بدون تمييز أو هدف حتى وإن كان شاذ، وممارسة الكذب والخداع والمراوغة والعناد والتمرد على السلطة بكل أنواعها كما ظهر فى إختبارات الرسم ، بالإضافة أيضاً للإستجابات غير مقبولة إجتماعياً بل ومخالفة لمعايير الواقع وإنكار ضوابطة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من: (Silberschmidt, et al., 2015; Ntshingla, et al., 2016).

وتبدوا هذه النتيجة منطقية فى ضوء ما هو معروف عن خصائص السلوك السيكوباتى من حيث إنه سلوك دفاعى متكرر يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه ويؤدى هذا السلوك بصاحبه إلى عجز عن التوافق الإجتماعى حيث أن أبرز سمات السيكوباتى هى الضحالة الإنفعالية والإندفاع والتهور والعجز عن ضبط النفس وإحتمال الحرمان والإحباط، فالسيكوباتى عاجز عن تأجيل لذاته العاجلة فى سبيل لذات ومغانم أجلة بل ويسارع إلى ارضاء حاجاته المباشرة ودوافعه الملحة وإن أضرت بمصالحة أو ترتب عليها عقابة وهو ما يعكس بدوره أنا أعلى سادى، كما أن السيكوباتى لايفيد من تجاربه ولا يردعه العقاب عن معاودة أخطاءه (أحمد عزت راجح، ١٩٥٤: ١٨٣ – ١٨٥).

وهذا يبين أن هناك نوعاً ما من اللامبالاه بالمعايير وغياب مشاعر الذنب وهو ما تم تبينه فى إستجابات الرسم من عدم ضبط الأنا الأعلى فى التعامل مع الرغبات والإندفاعات بل تركها تندفع بجموح دون أى ضوابط لها مما يشير إلى زيادة الخصائص السيكوباتية لدى المفحوصين. ومع ذلك فإن هؤلاء المفحوصين يختلفون كل الإختلاف عن مضطربى الشخصية السيكوباتية بإنهم مازالوا لديهم القدرة على الوفاء نحو الإهتمام بالآخرين وعلى الشعور بالذنب وهم قادرون على فهم وإدراك الآخرين بما لهم من إهتمامات ومعتقدات أخلاقية.

وربما يعبرون عن السادية المنسجمة مع الأنا بـ "أيديولوجيا" شعورية أو إثبات الذات العدوانى وبشكل متكرر بميول إنتحارية مزمنة منسجمة مع الأنا، وتظهر هذه الميول الإنتحارية ليس كجزء من أعراض الإكتئاب ولكن فى أزمات إنفعالية أو بسبب الضيق، ومع الخيال الكامن (الشعورى أو اللاشعورى) فإن حياتهم تعكس السمو والإنتصار على الخوف المعتاد من الألم والموت، كما أن إرتكاب الإنتحار فى أخيلة هؤلاء المرضى، هدفه ممارسة السيطرة على الآخرين والخروج من عالم يشعرون أنهم غير قادرين على التحكم فيه (عبد الرقيب أحمد، ٢٠٠٧: ٢٠٢).

ومن ثم يقرر من (McCord and McCord, 1964) وبالإستناد إلى مراجعة التراث البحثى أن الإفتقار إلى الحب ووجود الرفض الوالدى – وهو ما يعانى منه المفحوصين بالفعل – هما السببان الأساسيان للسلوك السيكوباتى. وهناك دراسات عديدة أخرى ربطت السلوك السيكوباتى بعدم الإتساق فى النظام الوالدى وفشل الوالدين فى تعليم الأطفال مسئولياتهم نحو الآخرين (Bennet, 1960). ومن ثم فإن ملاحظات "أوفويجسون" Ophuigsen تبدو أكثر إستثارة للإهتمام فهو يقرر أن السلوك المعادى للمجتمع يبدأ فى فترة مبكرة للغاية فى صورة التمرد على الأسرة وعدم طاعتها أو الهروب من المدرسة أو الكذب والسرقة. حيث قد وجد فى هذه الحالات إضطرابات بالغة فى الحياة الأسرية أدت إلى إهمال الطفل ونبذه (محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩: ٧).

وهو ما تقرره أيضاً "أنا فرويد" فى أنه عندما تكون الأم غائبة أو مهملة أو فاقدة الإتزان الإنفعالى كما فى حالة مضطربى الشخصية الحدية فإنها تخفق فى أن تكون مصدراً دائماً للإشباع يستطيع الطفل ان يوجه إليها إهتمامه، ويؤثر هذا على كيف العلاقة بالموضوع فيستجيب الطفل ليصبح نرجسياً تتسم علاقاته بالضعف والسطحية والخلو من الأشباع، كما يصبح نهماً للحب عاجزاً عن التقدم نحو التكيف الإجتماعى.

(Benntt, 1960: 54 ;جون بى ريد، جيرالد أر، ٢٠١٨: ١٣٦)

طبيعة الحاجات لدى المفحوصين:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار KFD، وإختبار HTP، أن هؤلاء المفحوصين فى حاجه شديدة للإهتمام وللتقبل وللدفء وللحب الوالدى غير المشروط، والحاجه إلى التقدير والمساندة والدعم الأسرى والمجتمعى، والحاجه للحماية وللأمن والأمان. وتتفق مع النتيجة السابقة نتائج دراسات كل من:(Angelica, 1999; Ntshingila, et al., 2016).

فقد تبين أن الحرمان الواضح من الرعاية والإهتمام والحب من جانب الأم والذى يؤدى بدوره إلى تعثر مضطرب الشخصية الحدية إلى الإنتقال للمراحل التالية حيث يتم توحيد الموضوع وتماسك الأنا حيث تتحقق الغلبة التدريجية للمشاعر الليبدية الإيجابية حيال الموضوع الخارجى وبالتالى تعديل الأنا الأعلى وتقوية الأنا وخاصة أن الواقع الخارجى الجدب والمحبط لدى مضطربى الشخصية الحدية لا يؤدى إلى عجزه عن مطالبة هذه الظروف بل يرده إليها لإستمرار وجوده فى هذه المواقف المحبطة كلما جابه مواقف إحباط وحرمان. ومن ثم فإن مضطربى الشخصية الحدية عادة ووفق تصورهم جوعى إهتمام وحب وتقدير.

وفى ضوء ما سبق يشير (صلاح مخيمر، ١٩٨٠: ٣٩ – ٤٠) أن الإتزان لفترة الكمون يستمر حتى البلوغ حيث يحدث تعزيز بيولوجى للحفزات الجنسية الغامرة تطيح بالإتزان القديم بين الدفعات والحفزات وتتعبأ الغالبية العظمى بطاقات الفرد لمواجهة هذا الخطر ومن هذا لا يبقى أقل القليل من الطاقة متاحاً تحت تصرف الأنا لتواجه به مواقف الحياة العادية ويعمل على نضوب الطاقة هذه على سرعة القابلية للتعب دون أن يكون هناك جهد حقيقى مبذول، ويعجز الإنتباه عن أن يستمر فى التركيز مما يأخذ صورة سرعة الملل كما تزداد سرعة القابلية للتهيج الإنفعالى فينفجر فى يسر نوبات القلق Anxiety أو الغضب Angry هذا إلى المحاولات الإفراغية الأخرى فى الأحلام الليلية وأحلام اليقظة النهارية وهكذا فإن هذه المحاولات يكون هدفها هو إستعادة التوازن الذى إضطرب.

- إضطراب الحياة الأسرية لدى مضطربى الشخصية الحدية:

كشفت نتائج المقابلة الإكلينيكية عن وجود إضطرابات عميقة وضاربه الجذور فى الحياة الأسرية والتى تبدأ بالمشاحنات أو بالمشاجرات الحادة العنيفة بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء، أو بغياب أحد الوالدين أو كلاهما، أو ما يعرف بما يسمى بالطلاق العاطفى بين الوالدين ولذا يطلق على هذه الأسر عادة إسم الأسر المتصدعة والتى تعانى من ضعف وتفكك الروابط الأسرية الناتجة عن المنازعات المستمرة، كما يشيع فى محيطها عدم إحترام حقوق

وخصوصية كل عضو فيها، وغالباً ما يكون الأبناء فى هذه الأسر غير مرغوب فيهم، وهو ما يؤدى إلى عدم شعورهم بالإنتماء فيما بعده تجاه الأسرة أو المجتمع وتتفق مع هذه النتيجة دراسة كل من (Paris, 1995; Ntshingila, et al., 2016).

وتكون نتيجة ما سبق هو أن يصبح الطفل مهجوراً قلقاً وغير مستقر (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ١٢٤)، ويشير (صلاح مخيمر، ١٩٧٢: ٢٣٦) للأحاسيس العامة من إنعدام الأمن عند إشتباك الأبوين مما يدفع بالطفل إلى الرفض والكراهية والتمرد على الحياة الأسرية وتصعيد الإتجاهات العدائية والعنيفة ومشاعر القلق والتوتر ومن ثم يصبح المناخ ملائماً للإنزلاق فى ممارسات وأعمال وأفعال تتسم بالعنف الشديد والواضح.

ولذا يميل مرضي إضطراب الشخصية الحدية كثيراً إلى إظهار تاريخ إنفصال بين الأبوين وإساءة معاملة على المستويين اللفظى والعاطفى أكثر من المرضى الآخرين الذى يتم تصنيفهم ضمن إضطرابات الشخصية الأخرى (Reich and Zananiri, 2001)، وهو ما أكده أيضاً كل من (حسام أحمد، أحمد محمد، ٢٠٠٩: ٢٩٠) فى أن الإرتباطات الصادمة وغير المستقرة بالوالدين تقود وبشكل جوهرى إلى إضطرابات الشخصية الحدية. وهو ما أطلق عليها كل من (Cam and Francis, 2009) إسم البيئة الأسرية غير التوافقية.

وقد لاحظ العديد من الباحثين أنه عندما تتضح العلاقة وتتحسن بين الوالدين يصبح من السهل على الأطفال أن تستقل بذواتها وتتحرر من رباطها المرضى بالوالدين أو من أحدهما (Bowen, M, 1956; Bowen. M., 1960)، وعند فحص العلاقة بين الزوجين تبين للعديد من الباحثين أن نوع العلاقة بينهما لا يلعب دوراً مركباً فقط فى زيادة أو نقصان المشاكل والصراعات النفسية لدى كل من الزوجين بل أنها تنعكس على حياة أطفالهم.

(Wynne et al., 1958; Framo, 1965; Baszormeny, 1965; Ackerman, 1966)

ولذا فقد ركزت النظريات الدينامية الحديثة على الفترة ما قبل الأوديبية للطفل وذلك من خلال نمو الهوية المنفصلة للطفل عن والدية والتى تؤكد أن الإضطرابات الحدية ترتبط بإحباطات مبكرة وصدمات نفسية تحدث فى حياة الطفل بين السنة والنصف ونهاية السنة الثالثة (مطيع رائف سليمان، ٢٠٠١: ٢٦٠).

وهو ما أكده أيضاً كل من (Kernberg, 1970, Volkman, 1976) بأن الصدمات المبكرة أثناء الطفولة كالطلاق بين الوالدين، أو الهجر، أو الموت، أو العنف تميز عادة خلفية النمو والتطور المرضى للشخصيات الحدية، ويتفق مع النتيجة السابقة دراسة كل من (Masterson, 1976 ; Gunderson and Zananini, 1989) ومن ثم يؤكد (صالح حزين، ٢٠٠٥: ٢٤) أن الصراعات الحادة بين الوالدين تجعل حاجه كل منها إلى تحويل الصراع الداخلى إلى الخارج أى إلى موضوع كوسيلة للسيطرة على النزاعات تجعلهما فى حاجه شديدة كل للآخر وبالتالى فى حاجه إلى طفل ليعطى العلاقة بينهما نوع من الإستمرار والإتزان المرضى. فقد إستقر بينهما نمط من العلاقة يمكن وصفها بأنها علاقة بين شخصين لا يستطيعان أن يعيشا معاً، ولا يستطيعان أن يعيشا إلا معاً. وهو ما سيؤثر على شخصية الطفل سلباً نتيجة هذه التناقضات وعدم قدرته على تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين(عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٧: ١٣٢).

وعند فحص مشاكل أطفال هذه العائلات تبين أنها تعكس صراعات الآباء، فمثلاً قد يعانى الطفل من الثنائية الوجدانية وهى نفس المشاعر التى يشعر بها كل من الوالدين نحو الآخر وقد يحدث الإتزان المرضى بشكل آخر عندما يفرغ العدوان المتبادل بين الزوجين بطريقة غير مباشرة Pseudohostility أما عن طريق مداومة الآباء أو الأمهات على عقاب الأولاد أو أحدهم دون وعى كامل بالسبب أو عندما يصبح الأولاد أو أحدهم محور ومضمون الخلاف المستمر بين الوالدين وكأنهم يشبعهون حاجاتهم من خلال أبنائهم بدلاً من إشباعها من خلال علاقتهما معاً كزوجين(Whitaker, et al., 1962; Dicks H., 1965).

ومن ثم يرى غالبية المحللين النفسيين أن مضطربى الشخصية الحدية يعانون من ضعف فى الوسائل الدفاعية القادرة على مواجهة الحياة الضاغطة، وهذه الوسائل لم تتشكل بشكل جيد وإيجابى لعدة أسباب منها: فشل العلاقة الوالدية فى الطفولة والتعرض لخبرات الإساءة، ومن ثم فإنه من الممكن أن يحدث ضعف فى الأنا أى أن التحكم فى الإندفاعية يكون ضعيفاً جداً، وتذبذب فى الهوية، بالإضافة إلى صعوبة التحكم فى ميكانيزمات الدفاع (سعاد البشر، ٢٠٠٥).

وقد أكد بولبى عام ١٩٧٣ أن شخصية الراشد هى محصلة لأنماط تفاعله مع الأشخاص الذين تعلق بهم من خلال سنوات عدم النضج. وهكذا فإن الذى كان محظوظاً فى

أن ينمو ويكبر فى أســـرة عادية طيبة، وفى ظل أبوين تتســـم علاقتهما بالمحبة والقبول هو شـــخص تفاعل طوال مدة طفولته الأدنى ومراهقته بأشـــخاص تقدم التأثير والراحة والحماية والحب، لذلك تتكون لديه توقعات عميقة يمكن أن تثبت صـــحتها خلال خبرات عديدة بأن العالم آمن وبخير. ومن ناحية أخرى هناك من نشأ فى ظروف مختلفة عن الظروف السابقة، ففى بعض الأحيان هناك من الأشخاص لا يعرفون بوجود مثل أو قائم على رعايتهم، وهناك من الأشخاص من كان وجود القائم على رعايتهم أمر غير مؤكد، وهناك من كان إحتمال أن يتجاوب معهم من يقوم برعايتهم بطرق حساسه تتسم بالمحبة والحماية أمر بفعل الصدفة أو حتى أمر غير قائم أو موجود، ويرى "بولبى" أنه حين يكبر مثل هؤلاء ويصـــبحون راشـــدين فليس من الغريب أن نجدهم تنقصـــهم الثقة فى وجود الآخرين معهم فى ظروف المحنة أو الإضطراب وأن يبدو لهم العالم كمكان غير آمن لا يمكن التنبؤ به وأن تكون إستجاباتهم أما بالإنســـحاب منه أو بالعدوان عليه (ممدوحة ســـلامة ١٩٩٠: ٩٥ – ٩٦؛ Vignoli, et al., 2005؛ Aaranson, et al., 2006؛ Long, et al., 2010 ؛ هدى عبد الحميد، ٢٠١٤).

كما تبين أيضاً من نتائج المقابلة الإكلينيكية أن غالبية أسر مضطربى الشخصية الحدية كانت تسعى للمثالية والكمالية والأحكام. ولذا فى العائلات الكاملة نجد أن الوالدين لسبب أو لآخر لا يمكن أن يتسامحا مع الظواهر السلبية الإنفعالية لأطفالهم، وعدم القدرة فى التسامح بالتأثيرات السلبية، التركيز الذاتى، أو المخاوف من إفساد الطفل.

وعندما يُسئل أعضاء تلك العائلة بشكل مباشر عن شعورهم تجاه العضو المصاب بإضطراب الشخصية الحدية فى العائلة، فإنهم يبدون قدر كبير من التعاطف، ومن ناحية أخرى وبدون معنى نجدهم يعبرون بدهشه فى أن الشخص المصاب بإضطراب الشخصية الحدية لا يستطيع التحكم فى مشاعره لدرجة أن أحد أعضاء تلك العائلات قال: أن مشكلة البنت الخطيرة يمكن أن تحل فقط إذا ما أدت الصلاة (مارث إم. لينهان، ٢٠١٤: ٩٣).

إذا تشكل البيئة المتحكمة بإستمرار سلوك الطفل لكى يتناسب مع أولويات العائلة والتلاؤم معها بدلاً من تلبية إحتياجات الطفل قصـــيرة وطويلة الأجل، وكنتيجة لذلك تزداد ســـولكيات الطفل الإنفعالية الســـلبية بما فيها الســـلوكيات التعبيرية وهو ما تؤدى إلى ظهور

كثير من خصـائص الشـخصـية الحدية عندما ينمو الطفل (Howard, 1984; Garber and Dodge, K., 1991).

- إضطراب عملية التنشئة الإجتماعية:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D إضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية لدى مضطربى الشخصية الحدية تمثلت فى : عدم إتساق المعاملة الوالدية، التمييز فى المعاملة الوالدية، الرفض الوالدى أو الحب المشروط، القمع والتسلط الوالدى، التعرض للعقاب البدنى والمعنوى، التعرض للمقارنة وللنقد واللوم والتوبيخ والمعايرة، الجمود والتشدد الوالدى، العلاقة التكافلية، أم متسلطة، التركيز على التحصيل الدراسى والأكاديمى، التركيز على المظهر والشكل الخارجى أمام الناس، أب غير مبالى وغير مهتم أو متسلط وقامع. وتتفق مع نتائج الدراسة السباقة نتائج الدراسات التالية: (Paris, 1995; Haffman, 1995; King, B., 1996; Paris, 1997; Coolidge, et al., 2001; Becker, et al., 2002; سعاد البشر، ٢٠٠٥; حورية ولد يحيى ٢٠٠٨; kendeler, et al., 2008; Michelson, 2009; Cams and Francis, 2009; Labbestael, et al., 2010; قطب حنور ٢٠١٢; سفر فرح، ٢٠١٣; Waxman, et al., 2014; Choen, et al., 2014; Kaunou, et al., 2015; نهاد عبد الوهاب ٢٠١٥; Ibrahim, 2015; Andrews, S., 2018; ندى نادى، ٢٠١٩)

كما أشـارت العديد من الدراسـات أيضـاً إلى أن الكثير من مرضـى إضـطراب الشـخصـية الحدية كان لديهم سـجل من سـوء المعاملة والأهمال الإنفصـال، أو من الإسـاءة البدنية والتى قد تصـل نسـبتها إلى ٨٩% من بين حالات إضـطراب الشـخصـية الحدية، أو التعرض للإسـاءة الجنسـية فى مرحلة الطفولة، أو من الشـعور بالرفض الوالدى، أو من الحرمان العاطفى، أو التعرض للإسـاءة اللفظية والمعنوية بشـكل حاد ومتكرر أكثر من أى إضطراب آخر، ومن بين هذه الدراسات مايلى:

(Stone, M,, 1981; Ogata, et al., 1989; Herman, et al., 1989; Ogata, et al., 1990; Vitous and Apmank, 1994; Sainsbury, 1999; Reich and Zananini, 2001; Zananini, et al., 2002; سعاد البشر، ٢٠٠٥; فالح نعيمة عمر، ٢٠٠٧; Belsk, et al., 2012; Hecht, et al., 2014; حسين، ٢٠٠٦; Ibrahim and Woolgar, 2018; فتحى محمود، عبد الموجود عبد السميع، ٢٠١٦; هند عبد الرحمن، ٢٠١٥)

ولذا فإن إضطرابات الشخصية تكون منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البينية على الشـــخص لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التى يملكها الشخص (محمد شعلان، ١٩٧٩)، كما أن إدراك الرفض الوالدى، حيث يدرك الأطفال الرفض وعدم القبول أو الحب من قبل الوالدين، وهذا يجعل الأبناء لا يتبنون القيم المعنية للوالدين، وهو ما يؤدى بدوره إلى صـــراع شـــديد بين مكونات الشخصية الثلاثة (الهو – الأنا – الأنا الأعلى) أثناء مراحل نمو الشخصية، حيث يصبح الأنا غير قادر على التوفيق بين نزعات الهو ومطالب الأنا الأعلى والواقع الخارجى.

ومن ثم يؤكد (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٢٢٦) أن التحليل النفسى يبين لنا أنه لا يوجد فى حقيقة الأمر أطفال مشكلون وإنما يوجد آباء مشكلون فحسب وغالباً ما يسلك الآباء مع أبنائهم وهم واقعين تحت تأثير رغباتهم اللاشـــعورية، وعادة ما يوقظ ســـلوك الأطفال (الأبناء) فى الأباء صدى إحباطاتهم ومشكلاتهم الطفلية فيستجيبون لذلك بأن يقمعوا الأطفال كما لو كانوا يقمعون أنفسهم هم. وهو ما يسمى بتكوين الأوديب المعكوس، فقد يقوم الوالدين بتفعيل دفاعاتهم وصراعاتهم غير المحلولة تجاه أطفالهم، فبدلاً من الطفل يستشعر مشاعر أوديبة تجاه الوالدين، فإن الوالدين يقومان بتفعيل صـــراعاتهم مع الطفل؛ لأن صـــراعاتهم الاوديبية غير محلوله (نيفين زيور، ٢٠٠٦: ٦٥).

فالطفل يحب والديه لأن به حاجه حيويه إلى أن يحوطاه بعنايتهما، هو محتاج كى ينمو إلى أن يتلقى، فحبه أساساً حبه أنانى، أو هو بالتعبير الفنى فى التحليل النفسى حب نرجسى، وعلى العكس من ذلك حب الوالد المتزن لطفله حب جواد، حب يبذل ويمنح، وحيث أن الوالد لم تعد به حاجه إلى إن ينمو أو يجمع الطاقة فإن حبه هو حب موضوعى، حب يوجه حقيقة إلى موضوع خارجى، والحب الموضوعى هو حب النضوج: والذى يملك بوفره يهب طواعيه.

ولذا فهناك الكثير من الناس لا يتجاوزون أبداً مرحلة الحب الطفلى المتقبل هذه، حتى ولو بلغوا النضوج الجسمى، أولئك أناس لم يبلغوا النضج السيكولوجى على الرغم من بلوغهم النضج الجسمى فهم يطلبون الحب من الطرف الآخر ومع العلم أن الطرف الآخر لن

يستطيع بأى حال أن يستجيب لجميع مطالب حب طفلى هذا شأنه، ومن ثم تنشأ مشاعر الخذلان والشقاء والإعتقاد بأن الآخر غير ودود وهو ما سيؤدى إلى عواقب وخيمة فى شخصية هؤلاء (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٢٢٠ – ٢٢١).

وبالنسبة لعدم الإتساق فى المعاملة الوالدية وخاصة من قبل الأم فتبين أن مضطربى الشخصية الحدية عادة ما يظهروا تناقضاً وجدانياً تجاه الأم، فهى مصدر الحنان والرعاية والتغذية، وفى أحيان كثيرة هى مصدر الإحباط، وأحياناً يلغى دورها – وهو ما ظهر واضحاً فى إختبارات الرسم – مما يدل على كرة داخلى لها وذلك لأنها لا تشعر بالأمان بالنفسى أو بالحب بل بعدم الإستقرار وبالقلق (مختار حمزه، ١٩٨٢: ٩٥؛ محمد جميل، يوسف منصور، ١٩٨٤: ٧٩؛ محمد مصطفى، ١٩٨٦: ١٩٧؛ محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٩: ٤١؛ محمد مصطفى، ١٩٨٦: ١٩٧؛ محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٩: ٤١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٤: ٣٤٠ – ٣٤١).

ولهذا نجد أن أن بعض الأعراض والإضطرابات السيكوسوماتك كسقوط الشعر، والقرح الجلدية كالأكزيما والصدفية والكدمات الجلدية والقولون العصبى والإمساك كان مرتبط بسوء المعاملة الوالدية وهو ما أكده "سبيتز" Spitz من أن القرح الجلدية Eczema الأكزيما وحك الجلد سببها هو أن الأطفال ينتمون لأمهات يتسم سلوكهن بالكراهية وبالرفض فلا يرغبن فى لمس أطفالهن أو العناية بهم ويحرمهم من الإتصال الجلدى بهن (مصطفى فهمى ، ١٩٧٦؛ محمود حموده؛ ٢٠١٤: ٥٢؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨) وهو ما كان يعانى منه بالفعل مضطربى الشخصية الحدية أفراد عينة الدراسة الحالية.

كما أن التمييز فى المعاملة بين الإخوة وعدم إتساق المعاملة الوالدية (حيث ينصب إهتمام أحد الوالدين أو كلاهما بأحد الأبناء على حساب الآخر) وهو أسلوب يتبعه البعض يحابى فيه أحد الأبناء على حساب إضطهاد آخر، وكى يجذب الطفل المضطهد إنتباه أهله وهو ما يؤكده (زكريا الشربينى، ١٩٩٤: ٦٩) بأن ذلك يدفع الطفل الغيور إلى النكوص وإستخدام أسلوب طفلى يعيد له الرقابة والإهتمام بمعنى أن الطفل يستخدم لا شعوره ليشد أو يجذب إنتباه أسرته إليه ويجعلها تحيطه بالرعاية وبالإهتمام حتى ولو كانت مؤذية، وبذلك يحق له عن طريق أعراضه السابقة سرقة والدية من "الأخ أو الأخت" المفضل لهما وعدم تكريسهما الوقت كله مع هذا الأخ المدلل أو الأخت المدللة.

أما عن العلاقة التكافلية Symbiotic relation بين الأم وطفلها وهو ما تم ملاحظته والتأكد منه من خلال المقابلة الإكلينيكية المتعمقة. حيث تبين أن العلاقة المبكرة بين الطفل والأم تمثل ذروة العلاقة التكافلية فالأم ووليدها يكونان نظام معيناً لا يستطيع بدونه أن يحيى الوليد فهى التى تقوم برعاية حاجاته وإشباعها وإذا ما إستمرت هذه العلاقة فلا بد وأن يكون قوامها التزييف والتضليل لحاجات الطفل ورغباته عن طريق إحلال الأم حاجاتها ورغباتها ونزعاتها محل حاجات ورغبات الطفل فيزيد ذلك من الإحساس بالحاجه إلى الإعتماد الوهمى كل على الآخر والخوف من الإنفصال.

فالأم فى هذه الحالة لا تستسلم إلى ما تراه فى طفلها من بوادر نحو الإنطلاق فيوماً تشعره بحرمان من الحنان ثم تغمره به حتى يخاف أن يفقده يوماً. فالأم هى الأخرى فى حاجه إلى هذه العلاقة حتى تسيطر على عجزها وعدم نضوجها وصراعاتها لتقوم بإسقاط أحاسيسها عليه ليتحملها معها ويريحها منها ففى هذه المرحلة المبكرة من حياة الوليد تكون إسقاطات الأم بمثابة إجبار له على إعتبارها أوامر يتمثل بها لأنه فى هذه المرحلة لا يستطيع أن يفرق بين رغباته الذاتية ورغباتها المسقطة ومن ثم أصبحت هذه العلاقة لا تشير إلى حاجه طرف واحد فقط وهو الطفل لمثل هذه العلاقة بل أصبحت نوع من العلاقة الثنائية يساهم فيها أكثر من طرف بشكل إيجابى Dual Relationship أو ما يمكن تسميته بالإعتماد المزدوج Two-way Interdependence (صالح حزين، ٢٠٠٥: ٣٤ – ٣٦).

ومن ثم إعتقد كثير من العلماء أن الإضطراب فى نموذج التعلق المبكر يعتبر عاملاً مهماً فى إضطرابات الشخصية، وأظهر آخرون أن ٩٢% من ذوى إضطراب الشخصية الحدية تم تقييمهم فى نوع التعلق غير الآمن خاصة القلق، كما وجد "نيكل" Nickel عام ١٩٩٣ أنه حتى بعد ضبط عامل النوع والخبرات الصدمية الأولى ظل لنمط التعلق غير الآمن القدرة على التنبؤ بأعراض إضطراب الشخصية الحدية بشكل مثير للإهتمام بل ويعبتر أيضاً عامل خطورة فى نشأة إضطراب الشخصية الحدية فى الرشد.

(Cassidy and Shaver, 1999; Liotti and Pasquini, 2000; Barone, 2003; Timmerman and Emmel Kamp, 2006; Link and Qian, 2010).

ولذا ينظر إلى إضطراب الشخصية الحدية على أنه مظهر للتعلق غير الآمن حتى تم تعريفه على أنه: "حالة من التعلق غير الآمن تتأرجح بشده ما بين التعلق والإنعزال، وبين الرغبة والإشتياق إلى الروابط الإنفعالية الآمنة تستبدل بالإبتعاد والذعر من هذا التقارب). وفى هذا الصدد توصل بندور زملاؤه Bender, et al., إلى أن الأفراد ذوى التعلق غير الآمن يظهرون بشكل متكرر فى إضطرابات المحور الثانى Axis – II فى الدليل التشخيصى الإحصائى الخامس والذى أكد على أن المظهر المميز لإضطراب الشخصية الحدية هو: الجهود المضطربة والمضنية لتجنب الهجر الحقيقى أو المتخيل. فخوف الفرد من الهجر وعدم تحمل البقاء وحيداً قد يستثير سلوكيات مثل السعي للإقتراب والتشبث والتى تعتبر مطابقة لتلك السلوكيات التى تلاحظ فى نمط التعلق القلق (Aaronson, et al., 2006; APA, 2013).

إذا وكما يرى بولبى Bowlby ١٩٨٨ أن التعلق عامل سببى مهم فى نشأة العديد من إضطرابات الشخصية (نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥: ٧٤)، وفى هذا الصدد فقد أشار (Choi-Kain, et al., 2009) إلى أن المظهر الأساسى لإضطراب الشخصية الحدية والذى ينعكس فى إضطراب العلاقات بين الشخصية يعتبر إنعكاساً لنمطين من التعلق غير الآمن وهما القلق، والتعلق التجنبى فى الرشد، والذى يتشابه إلى حد كبير مع مثيلتها لدى الأطفال، وتكمن خلف سلوكيات التعلق تمثيلات داخلية للذات والآخرين ناتجة عن تاريخ من الخبرات المرتبطة بعلاقة الطفل بالقائمين على رعايته والتى تعمل كأساس للعلاقات التالية والتى أطلق عليها بولبى عام ١٩٧٩ النماذج العامة الداخلية هذه النماذج تميل إلى الإستمرار خلال حيز الحياة وترشد توقعاتنا وإتجاهاتنا (Agrawal, et al., 2004; Ling and Qian, 2010). حيث ينمى الطفل ذو التعلق الآمن النماذج الداخلية التى ترتبط بالنظرة الإيجابية للذات وللآخرين وعلى العكس من ذلك ينمى الطفل الذى يشعر بعدم الأمن تمثيلات داخلية للذات على أنها لا تستحق الحب للآخرين على أنهم غير حساسين تجاهه وغير مساندين أو حتى يتسمون بالرفض (Simard, et al., 2011).

وهكذا فإنه فى ضوء المناقشة السابقة يتبين بوضوح كيف أن تطرف النماذج الوالدية وأساليب التنشئة ما بين إلتزمت والتراخى تؤدى إلى فشل عملية التطبيع الإجتماعى وما يترتب عليه من عدم تمثيل معايير الواقع ومبادئه الخلقية مما ينتج عنه نقص فى تكوين الأنا الأعلى،

وهذا ما تم ملاحظته من ضحالة وجدب الروابط الإنفعالية والوجدانية وسطحية العلاقة بالآخر لدى أفراد عينة الدراسة ومن ثم إتسمت علاقاتهم بالجمود والجدب الوجدانى والإنفعالى وضحالة المشاعر والعجز عن إقامة علاقات مشبعة بالحب والإطئمنان. وهو الأمر الذى أكده أيضاً (Herman, et al., 2009). فى أن هؤلاء المضطربين لديهم مشكلات مع والديهم وأخوتهم وزملائهم وأنهم عادة ما يفضلون قضاء وقت أطول بمفردهم بعيداً عن زملائهم وأنهم غير قادرين على الإحتفاظ بعلاقاتهم الإجتماعية ولديهم ميل إلى أن يكونوا سلبيين وعدوانيين تجاه زملائهم بالإضافة لوجود مشكلات سلوكية وإنخفاض فى الأداء والتحصيل الأكاديمي.

اللاشعور الجمعي في رسوم مضطربي الشخصية الحدية:

وتعني حزمة من الرموز والأشكال ذات الأبعاد الدلالية التي ترتبط بمنظومة الذاكرة العميقة ، والصورة الذهنية، والعقل اللاواعي المشترك بينهم، والتي تتسم بسلوك وروح الجماعة، والتي ظهرت وبشكل واضح وجلي في رسوماتهم سواء من حيث الأشكال، والرموز، والالوان، والنماذج المرسومة ذات الدلالة المرضية التي يتسم بها مضطربي الشخصية الحدية، حيث يُعد الرسم الحر التلقائي العفوي من أحد أهم السمات المشتركة ووسيلة للخلاص بين مضطربي الشخصية الحدية وكوسيلة وحيدة ايضاً لهم، وأساسية للتنفيس والتفريغ الانفعالي Acting Aout، والتي منها على سبيل المثال لا الحصر: رسم الجماجم، رسوم بدائية (شخبطة ، دوائر لا متناهية)، رسم قلوب، رسم وجوه متصارعة، رسم عيون خاوية أو مغلقة، أو رسم العين على شكل نقطة، رسم عين واحدة فقط، رسم رؤس شياطين، رسم شخصيتين متناقضتين (ساحرة أو شيطانة مقابل الشخصية البرئية الحالمة)، رسم حيوانات كالقطة والارنب والثعبان، استخدام الوان مثل: (الأسود، والاحمر، والازرق، والأصفر، والبني) ، رسم بروفيل مطلق، رسم اجساد مجروحة، رسم شخص في وضع جنيني كدلالة على الاكتئاب، بالاضافة إلى الخصائص المشتركة بكل تفاصليها سواء في الرسوم الحرة العفوية، أو في رسوم اختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D ، واختبار H.T.P، والتي توضح الخصائص والسمات المميزة والمشتركة في البناء انفسي لهم، وفي رؤيتهم وادراكهم للأسرة، وفي التفاعلات الأسرية، بل وفي تعرضهم لنفس أساليب المعاملة الوالدية، وهو ما يعني ويؤكد القيمة التنبؤية والتشخيصية للرسوم في

الكشف عن مضطربي الشخصية الحدية، بل وفي الكشف عن الديناميات النفسية المميزة لهؤلاء المضطربين.

توصيات الدراسة:

١. يوصى الباحث بضرورة إجراء مسحى شامل ودقيق حول معدل ونسب إنتشار إضطرابات الشخصية عامة وإضطرابات الشخصية الحدية بصفة خاصة سواء لدى المراهقين أو الراشدين أو المقبلين على الزواج من خلال المؤسسات الأكاديمية أو التعليمية أو من خلال مراكز الإستشارات الأسرية والزوجية حتى يمكن مواجهتها على النحو الأمثل.

٢. تزويد الأسر من قبل الأخصائيين أو المرشدين النفسيين بمعلومات عن أساليب التعامل الفعال مع إضطرابات الشخصية عامة وإضطراب الشخصية الحدية خاصة من خلال برامج أو مجاضرات وندوات إرشادية وتثقيفية ووقائية وعلاجية لمساعدتهم على التعامل الأمثل مع أبنائهم ممن يعانون من إضطرابات الشخصية عامة وإضطرابات الشخصية الحدية خاصة.

٣. ضرورة تفعيل دور كل من طبيب الأسرة والطبيب النفسى والأخصائى النفسى والإجتماعى لإكتشاف هذه الإضطرابات فى مهدها وتشخيصها بشكل سليم ودقيق ومن ثم تم التعامل معها على النحو الأمثل حتى لا تتفاقم هذه المشكلة مما يصعب علاجها فيما بعد.

٤. كما يوصى الباحث بزيادة الجهد الأكبر للبحوث والدراسات التى تتناول المراهقين والراشدين وإضطراباتهم الشخصية من الناحية التحليلية والتفسيرية والدينامية لفهم نوازعهم وإحتياجاتهم ومن ثم المساعدة فى وضع برامج إرشادية وعلاجية قائمة على أساس علمى سليم.

٥. يوصى الباحث أيضاً بضرورة الإستفادة من نتائج هذه الدراسة فى التعامل مع المراهقين ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية BPD من خلال إعداد برامج وقائية وإرشادية وعلاجية قائمة على الرسم والفن متخصصة للتخفيف من حدة هذا الإضطراب، والذى قد يعوقهم عن ممارسة حياتهم بشكل عام.

٦. ضرورة إنشاء مراكز متخصصة لتقديم الدعم والعلاج النفسى للأسر والعلاج بالفن والرسم لتخطى الإضطرابات النفسية والشخصية وطرق مواجهتها وكيفية التعامل معه على النحو الأمثل.

٧. ضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين على معايير DSM-5، والأدوات السيكومترية واختبارات الرسم لتشخيص إضطرابات الشخصية بكل فئاتها بشكل دقيق.

مقترحات بحثية:

١. الدلالات النفسية لرسوم مضطربي الشخصية النرجسية لدى المراهقين دراسة إكلينيكة متعمقة.
٢. الدلالات النفسية لرسوم الشخصية الهستيرية لدى المراهقين دراسة إكلينيكية متعمقة.
٣. الدلالات النفسية لرسوم مضطربي الشخصية البارانوديا لدى المراهقين دراسة إكلينيكية متعمقة.
٤. إجراء دراسات مقارنة لرسوم مرضى الشخصية الحدية ومرضى الفئات الأخرى من إضطرابات الشخصية.
٥. إجراء دراسات طولية تتبعية لرسوم مرضى إضطرابات الشخصية فى فئات عمرية مختلفة.

مراجع الدراسة

أولا: المراجع العربية:

١- أ.ف. بتروفسكى، م. ج. يا روشفسكى (١٩٩٦). معجم علم النفس المعاصر، ترجمة: حمدى عبد الجواد، عبد السلام رضوان، مراجعة: عاطف احمد ، محرر الطبعة الثانية: سعد الفيشاوى، دار العالم الجديد، القاهرة.

٢- إبن منظور (١٩٩٠). لسان العرب، المجلد الأول، درا صادر، بيروت.

٣- أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٥٦). بحث فى تطبيق إختبار تفهم الموضوع على حالات مرضية، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية التربية، قسم على النفس التربوى، القاهرة.

٤- أحمد عزت راجح (١٩٥٤). الأمراض النفسية والعقلية، دار المعارف، القاهرة.

٥- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسى المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦- أحمد فائق (٢٠٠١). الأمراض النفسية الإجتماعية: نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧- أحمد فائق، صالح حزين السيد (٢٠١٧). دراسة نقدية لكل من سيكولوجية الذات (التعاطف) والعلاقات بالموضوع (التوحد الإسقاطى) والتحليل النفسى الكلاسيكى (التداعى الطليق)، مجلة علم النفس، العدد (١١٢) يناير – فبراير – مارس ٢٠١٧، السنة (٣٠)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص ص: ٣١ – ٤٦.

٨- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٩). إستخبارات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

٩- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١). إختبار إيزنك للشخصية، دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

١٠- أرنولد جزل وآخرون (١٩٥٦). الطفل من الخامسة إلى العاشرة، الجزء الأول، ترجمة: عبد العزيز توفيق، مراجعة: أحمد عبد السلام، د. ن، القاهرة.

١١- أسامة عمر فرينة (٢٠١١). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، الجاكعة الإسلامية، غزة.

١٢- أسماء عثمان دياب عبد المقصود (٢٠١٩). الصورة الإكلينيكية لإضطراب الهوية لدى الشخصية البينية والشخصية المضادة للمجتمع، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٩)، العدد (١٠٥)، أكتوبر ٢٠١٩، القاهرة، ص ص: ١٣٣ – ١٦٤.

١٣- أكرم زيدان (٢٠٠٥). سيكولوجية المقامر، عالم المعرفة، العدد (٣١٣)، مارس، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

١٤- ألان فانية (٢٠١٣). مدخل إلى التحليل النفسى، ترجمة: بسام بركة، دار الكتاب العربى، بيرت، لبنان.

١٥- ألفريد أدلر (٢٠٠٥): معنى الحياة، ترجمة: عادل نجيب بشرى، المجلس الأعلى للثقافة، العدد (٧٠٩)، القاهرة.

١٦- أن كرنج، شيرى جونسون، جون نيل، جيرالد ديفسون (٢٠١٥). علم النفس المرضي "استناداً علي الدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات النفسية" ،ترجمة: أمثال هادى، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم، نادية عبد الله، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٧- أنا فرويد (١٩٥٤). الأنا وميكانيزمات الدفاع، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٨- أنوار هادى (٢٠١٢). الإبتزاز الإنفعالى بين الزوجين، مجلة الأستاذ، كلية بن رشد للعلوم الإنسانية، العدد (٣٠١)، ص ص: ١ – ٣٦.

١٩- أوتوفينخل (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسى فى العصاب، الكتاب الثانى، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٠- أوتوفينخل (٢٠٠٦). نظرية التحليل النفسى فى العصاب، الكتاب الثانى، من الفصل (٧) إلى الفصل (١٨)، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢١- أولتمانز نيل دافيسون (٢٠٠٠). دراسة حالات فى علم النفس المرضى، ترجمة: رزق سند، تقديم: لويس مليكة، د.ن، القاهرة.
٢٢- ب. ب. وولمان (٢٠٠٦). مخاوف الأطفال، ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٢٣- بدر محمد الأنصارى (٢٠٠٠). قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
٢٤- برنارد نوكات (١٩٦٣). سيكولوجية الشخصية، ط ٢، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٢٥- برونو كلوبفر، هيلين دافيد سون (١٩٦٥). تكتيك الرورشاخ، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية، القاهرة.
٢٦- بول ريكور (٢٠٠٣). فى التفسير "محاولة فى فرويد"، ترجمة: وجيه أسعد، أطلس للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
٢٧- بيللاك ليوبولد (٢٠١٢). إختبار تفهم الموضوع للراشدين "التات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٢٨- جلين مايرز، سيتوارت جونز (١٩٨٦). سيكولوجية المراهقة للمربين، ترجمة: أحمد عبد العزيز، ضياء الدين، دار النهضة العربية، القاهرة.
٢٩- جمال رجب سيدبى (٢٠١٨). نظرية النفس بين إبن سينا والغزالى، ط ٢، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
٣٠- جوديث بيك (٢٠٠٧). العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد، تقديم آرون بيك، ترجمة: طلعت مطر، مراجعة: إيهاب الخراط، المركز القومى للترجمة، العدد: ١١٤١، القاهرة.
٣١- جون بى ريد، جيرالد آر. باترسون، جيمس سنيدر (٢٠١٨). السلوك المضاد للمجتمع عند الإطفال والمراهقين: تحليل خاص بالنمو ونموذج للتدخل، ترجمة: عز الدين جميل عطيه، مراجعة: أيمن عامر، المركز القومى للترجمة، العدد (٢٩٦٤)، القاهرة.
٣٢- جون فيتكس (٢٠٠٥). حالات من الإضطراب النفسى والعقلى، ترجمة: السيد مقلد، مراجعة وتقديم: خالد عبد المحسن، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومى للترجمة، العدد (٧٢٥)، القاهرة.

٣٣- جون . ن . باك (١٩٦٠). دراسة الشخصية عن طريق الرسم "اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص"، ترجمة: لويس كامل مليكه، مطبعة دار التأليف، القاهرة.

٣٤- حسام أحمد محمد أبو سيف، أحمد محمد الناشرى (٢٠٠٩). الصحة النفسية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٣٥- حورية ولد يحيى (٢٠٠٨). خبرات الإساءة فى مرحلة الطفولة وعلاقتها بإضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة "دراسة ميدانية على عينة غير إكلينيكية"، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مجلد (١٨)، عدد (٧٦)، إكتوبر، ص ص: ٨٦ – ١٢٤.

٣٦- خليل ميخائيل معوض (١٩٨٣). سيكولوجية النمو "الطفولة والمراهقة"، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية.

٣٧- د. إى. شنايدر (١٩٨٤). التحليل النفسى والفن، ترجمة: يوسف عبد المسيح ثروة، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، سلسلة الكتب المترجمة (١٣٢)، العراق.

٣٨- دانييال لاجاش (١٩٥٧). المجمل فى التحليل النفسى، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٣٩- دانييال لاجاش (١٩٦٥). المجمل فى التحليل النفسى، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٤٠- رأفت عسكر (١٩٩٦) . ظاهرة تعاطى المخدرات كما يعرضها الخطاب السينمائى المصرى، دراسة نفسية إجتماعية بإستخدام تحليل المضمون، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٤١- رزق سند إبراهيم ليله، سناء محمد إبراهيم (٢٠١٩). علم النفس الإكلينيكى، د. ن، القاهرة.

٤٢- رشاد عبد الفتاح الديدى (٢٠٠١). المرأة والإدمان، دراسة نفسية إجتماعية من منظور التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٣- روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان (٢٠٠٧). رسم الأسرة المتحركة مقدمة: لفهم الأطفال من خلال الرسوم المتحركة، ترجمة: إيناس عبد الفتاح، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٤- روبرت واطسون، هنرى كلاى (٢٠٠٤). سيكولوجية الطفل والمراهق، ترجمة: داليا عزت، مكتبة مدبولى، القاهرة.

٤٥- روى شيفر (٢٠١٢). الدراسة التحليلية لمحتوى الرورشاخ "مساهمات التحليل النفسى فى الإختبار الإسقاطى"، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٦- ريهام محيى الدين (٢٠١٠). الإبتزاز الإنفعالى وعلاقته بكل من المناخ والعمليات الأسرية وبعض متغيرات الشخصية لدى طالبات المرحلة الثانوية: دراسة سيكومترية إكلينيكية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية، قسم الإرشاد النفسى.

٤٧- زكريا إبراهيم (١٩٧٦). مشكلات فلسفية "مشكلة البنيوية"، العدد الثامن، مكتبة مصر، القاهرة.

٤٨- زكريا الشربينى (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربى، القاهرة.

٤٩- الزين عباس عماره (١٩٨٦). مدخل إلى الطب النفسى، دار الثقافة، بيروت.

٥٠- ساشا ناخت (١٩٨٣). المازوخية، ترجمة: مي طرابيشى، دار الطليعة والنشر، بيروت، لبنان.

٥١- سامى محمود على (١٩٦٣). عصاب الصدمه (فى): ثبت المصطلحات الواردة بكتاب: ثلاث مقالات فى النظرية الجنسية، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامى محمود على، مراجعة: مصطفى زيور، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٥٢- سامى محمود على (١٩٧٠). ثبت المصطلحات بنهاية الموجز فى التحليل النفسى، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامى محمود على، عبد السلام قفاش مراجعة:مصطفى زيور، دار المعارف، القاهرة.

٥٣- سامية القطان (١٩٨٣). كيف نقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الثانى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٥٤- سامية القطان (١٩٩١). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٥٥- سامية القطان (٢٠٠٧). قراءات فى علم النفس الإكلينيكى، جامعة بنها، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية.

٥٦- سعاد البشر (٢٠٠٥). التعرض للإساءة فى الطفولة وعلاقته بالقلق والإكتئاب وإضطراب الشخصية الحدية فى الرشد، مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٥)، العدد (٣)، يوليو ٢٠٠٥، القاهرة، ص. ص: ٣٩٩ – ٤١٩.

٥٧- سعاد البشر (٢٠٠٥). مظاهر إضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الإجتماعية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٥٨- سعديه محمد بهادر (١٩٨٦). علم نفس النمو، ط ٤، دار البحوث العلمية للنشر والتوزيع، الكويت.

٥٩- سفر فرح المطيرى (٢٠١٣). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بإضطرابات الشخصية لدى عينة من المراهقين، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.

٦٠- سوزان فور وورد، دونا فرايز (٢٠١٥). الابتزاز العاطفى: حينما يستخدم من حولك الخوف والإلزام والشعور بالذنب للتلاعب بك، مكتبة جرير، الرياض.

٦١- سيجموند فرويد (١٩٧٣). خمس حالات فى التحليل النفسى، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، الجزء الثانى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦٢- سيجموند فرويد (١٩٩٠). محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى، ترجمة: أحمد عزت راجح، مراجعة: محمد فتحى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦٣- سيجموند فرويد (١٩٩٧). خمسة محاضرات فى التحليل النفسى، ترجمة: نيفين زيور، تقديم: صلاح مخيمر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦٤- السيد فهمى على (٢٠١٠). علم النفس المرضى "نماذج لحالات إضطرابات نفسية وعلاجها"، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.

٦٥- السيد كامل الشربينى، منصور (٢٠١٠). الصحة النفسية للعاديين وذوي الإحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الطائف.
٦٦- سيد محمد غنيم (١٩٧٢). سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
٦٧- سيد محمد غنيم، هدى برادة (١٩٦٤). الإختبارات الإسقاطية، دار النهضة العربية، القاهرة.
٦٨- سيزويك جيرارد (٢٠١٧). فى كيفيات العلاج السيكوسوماتي (النفسى – الجسدى) للأطفال فى الوقت الحاضر، ترجمة: محمد زغلول عامر، مجلة علم النفس، العدد (١١٢)، يناير – فبراير – مارس ٢٠١٧، السنة (٣٠)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة ص ص: ١٢١ – ١٣١.
٦٩- صالح حزين السيد (٢٠٠٥). سيكوديناميات العلاقات الأسرية "النظرية – الانموذج – التكنيك"، د. ن، القاهرة.
٧٠- صفوت فرج (١٩٨٩). القياس النفسى ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٧١- صفوت فرج (١٩٩٢). الذكاء ورسوم الأطفال، دار الثقافة، القاهرة.
٧٢- صفوت فرج (٢٠١٧). القياس النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٧٣- صفوت فرج، عبد الفتاح القرشى (١٩٩٩). دور متغيرات القرابة للأسير والنوع والمرحلة التعليمية فى التنبؤ بإستجابات ابناء الأسرى الكويتيين على مقياس تنسى لمفهوم الذات، مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٤)، العدد (٢)، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رائم)، القاهرة، ص ص: ١٥٧ – ١٨١.
٧٤- صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٩). إستخبار إيزنك للشخصية "صورة الراشدين"، كراسة التعليمات، دار النهضة العربية، القاهرة.
٧٥- صلاح مخيمر (١٩٧٢). مدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٧٦- صلاح مخيمر (١٩٧٥). المدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٧٧- صلاح مخيمر (١٩٨٠). الذاتية والموضوعية فى علم النفس، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.
٧٨- صلاح مخيمر (١٩٨٠). فى سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٧٩- صلاح مخيمر (١٩٨١). المفاهيم – المفاتيح فى علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٨٠- صلاح مخيمر (١٩٨٤). الإيجابية كمعيار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٨١- صلاح مخيمر (١٩٨٦). تناول جديد للمراهقة، ط ٣، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٨٢- صلاح مخيمر (د.ت) فى علم النفس العام، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.

٨٣- طلال عبدالله حسن الغامدي (٢٠٠٦). خصائص رسوم عينة من مرضي الرهاب الاجتماعي ودلالاتها الرمزية "دراسة حالة"، رسالة ماجستير، قسم التربية الفنية، كلية التربية، جامعة أم القري، المملكة العربية السعودية.

٨٤- عادل كمال خضر (١٩٨٩). دراسة مقارنة بين الأسوياء والجانحين على أسلوب رسم الذات والأقران والأسرة، رسالة دكنوراة غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.

٨٥- عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٧). فكرة وجيزة عن إضطراب الشخصية الحدية، شعاع للنشر والتوزيع، حلب.

٨٦- عبد الرحمن محمد عيسوى (١٩٧١). "علم النفس فى الحياة المعاصرة، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٨٧- عبد الرقيب أحمد البحيرى (٢٠٠٧). الديناميات الوظيفية للشخصية النرجسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٨٨- عبد السترا إبراهيم (٢٠٠٦). العلاج النفسى فى البيئة العربية، مجلة شبكة العلوم النفسية، العدد (٩)، ص ص: ٩ – ١٨.

٨٩- عبد الله عسكر (١٩٨٨) الإكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩٠- عبد الله عسكر (١٩٩٤). الصدام الإيديولوجى وهوية الذات، دراسة فى التحليل النفسى لمضمون رواية "قلب الليل" لنجيب محفوظ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩١- عبد الله عسكر (١٩٩٦). إضطرابات الشخصية وعلاقتها بالإدمان وإختيار مادة التعاطى دراسة مقارنة لمتعاطى المسكرات والهيروين والمنشطات والحشيش، مجلة الصحة النفسية، العدد (٣٧)، ص ص: ١ – ٣٧.

٩٢- عبد الله عسكر، رشا الديدي (٢٠١٠). الإدمان بين التشخيص والعلاج ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩٣- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٥). مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٩٤- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، ط ٤، مكتبة مدبولى، القاهرة.

٩٥- عبد المنعم الحفني (٢٠٠٣). موسوعة الطب النفسي، الجزء الأول، ط ٤، مكتبة مدبولي، القاهرة.

٩٦- عبدالعزيز حدار (٢٠١٣). إشكالية التسرب لدى الشخصية البينية وعوامل وإستراتيجيات الإمتثال العلاجى، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد (١٠)، ص ص: ١٤٣ – ١٦٢.

٩٧- عدنان حب الله (١٩٨٩). التحليل النفسى من فرويد إلى لاكان، مركز الإنماء القومى، بيروت.

٩٨- عطيه محمود هنا، محمد سامى هنا (١٩٧٣). علم النفس الإكلينيكى "التشخيص النفسى"، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٩٩- فاتن السيد على (١٩٩٢). دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التى يتعرض لها أطفال المؤسسات وأطفال قرية الأطفال، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والإجتماعية.

١٠٠- فاطمة سلامة عياد (٢٠١٥). إضطرابات الشخصية (فى): علم النفس المرضى "الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية" ، تأليف أن كرنج، شيرى جونسون، جون نيل، يرالد ديفسون، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ص ٩١٧ – ٩٧٠.

١٠١-فالح حسين فالح (٢٠٠٦). دراسة مقارنة فى إضطراب الشخصية الحدية لطلبة الجامعة المستنصرية تبعاً لأساليب المعاملة الوالدية، مجلة القادسية فى الآداب والعلوم التربوية، المجلد (٥)، العدد (١)، ص ص: ١١٤ – ١٣٥.

١٠٢-فان دالين (١٩٩٧). مناهج البحث فى التربية وعلم النفس، ط ٥، ترجمة: محمد نبيل نوفل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٠٣-فتحى محمود عفيفى، عبد الموجود عبد السميع (٢٠١٦). الطب النفسى، جامعة الأزهر، كلية الطب، قسم الطب النفسى، القاهرة.

١٠٤-فرج أحمد فرج (١٩٦٧). الظواهر العدوانية لدى الجانحين، دراسة فى التحليل النفسى بإستخدام إختبارات تفهم الموضوع، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم الدراسات النفسية والإجتماعية، فرع الدرسات النفسية، القاهرة.

١٠٥-فرج أحمد فرج (١٩٦٨). العقل والجنون "دراسة فى التحليل النفسى للتفكير عند العصابيين – أدوات البحث الإكلينيكى"، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٠٦-فرج أحمد فرج (١٩٧٦). الحرب والموت دراسة فى الهوية الإسرائيلية "تحليل الرواية"، يايئل دايان: للموت ولدان، بحوث ودراسات ندوه أكتوبر، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص ١٥١ – ١٦٣.

١٠٧-فرج عبد القادر طه (١٩٨٠). سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج "دراسة نظرية وميدانية" فى التوافق المهنى والصحة النفسية، مكتبة الخانجى، القاهرة.

١٠٨-فرج عبد القادر طه (١٩٨٦). علم النفس الصناعى والتنظيمى، دار النهضة العربية، بيروت.

١٠٩-فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، الكويت.

١١٠-فرج عبد القادر طه (١٩٩٧). علم النفس الصناعى والتنظيمى، ط ٨، دار عين للدراسات والبحوث الإنسانية والإجتماعية، القاهرة.

١١١-فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥). علم النفس وقضايا العصر، ط ٨، مكتبة بدارى للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
١١٢-فيصل عباس (١٩٩٠). أساليب دراسة الشخصية "التكنيكات الإسقاطية"، دار الفكر اللبنانى، بيروت.
١١٣-فيصل عباس (٢٠٠١). الإختبارات الإسقاطية "نظرياتها – تقنياتها – إجراءاتها"، دراسات فى علم النفس، دار المنهل اللبنانى للطباعة والنشر، لبنان.
١١٤-قطب حنور (٢٠١٢). خبرات إساءة المعاملة الوالدية فى الطفولة وعلاقاتها بإضطراب الشخصية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية، جامعة دمنهور، المجلد (٤)، العدد (١)، ص ص: ٤٩ – ١٠٨.
١١٥-كارين ماكوفر (١٩٨٧). إسقاط الشخصية فى رسم الشكل الإنسانى منهج لدراسة الشخصية، ترجمة: رزق سند، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
١١٦-كرمن محمد حسن (٢٠٠١). دينامية العلاقة بين إدراك الصور الوالدية والبناء النفسى لدى الأبناء غير الشرعيين، دراسة إكلينيكية مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
١١٧-كمال دسوقى (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، الدار الدولية للنشر والتوزيع ، القاهرة.
١١٨-كوثر إبراهيم سعد رزق (١٩٨٣). القدرات العقلية فى أمراض الإكتئاب "دراسة إكلينيكية"، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم عين شمس.
١١٩- لطفى الشربينى (٢٠٠٠). معجم مصطلحات الطب النفسى، مراجعة: عادل صادق، تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى، الكويت.
١٢٠-لويز . ج. كاملين (١٩٩٨). المراهقين "وداعاً أيتها الطفولة"، ترجمة: أحمد رمو، الدراسات النفسية، العدد (٤١)، منشورات وزارة الثقافة بسوريا، دمشق.
١٢١-لويز ب. إيمز، ريتشارد ن. ووكر، روث ومترو، جانيت ليرند (١٩٦٥). "إستجابات الأطفال على إختبار الرورشاخ ٠إتجاهات النمو من سن سنتين إلى سن العاشرة"، ترجمة: عماد الدين سلطان، فرج أحمد فرج، أنطوانيت جورجى، سلوى الملا، مراجعة: سعد جلال، المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية، مطبعة المصرى، القاهرة.

١٢٢-لويس كامل مليكة (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكى، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة المصرية للكتاب، القاهرة.

١٢٣-لويس كامل مليكة (٢٠٠٠) دراسة الشخصية من خلال الرسم، ط ٨، مكتبة النهضة المصرية، ال قاهرة.

١٢٤-لويس كامل مليكة (٢٠٠٠). إختبار رسم المنزل والشجرة والشخص "مؤشرات، التحليل الكمى فى ضوء الجداول المحلية للمعايير الوصفية والكمية المصورة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٢٥- لويس مليكه (١٩٩٠). إختبار الشخصية المتعدد الأوجه، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٢٦-مارث إم. لينهان (٢٠١٤). العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب الشخصية الحدية، ترجمة: ألفت حسين كحله، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٢٧-مارجريت سيتشهاى (٢٠١٢). فقدان الواقع وإستعادته (سيرة ذاتية لفتاة فصامية)، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مروة فتحى، مراجعة وتقديم: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٢٨-مارشام. لينهان، كونستنس أ. كيهرر (٢٠٠٢). إضطرابات الشخصية البينية، ترجمة: صفوت فرج، (في): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، تحرير: ديفيد هـ . بارلو، ترجمة وإشراف ومراجعة: صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ص ٩٥٣ – ١٠٥٤.

١٢٩-مارى آن لايدن (٢٠٠٦). إضطراب الشخصية البينية (فى): دليل عملى تفصيلى لممارسة العلاج النفسى المعرفى فى الإضطرابات النفسية، تحرير: روبرت لهيى، ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوه، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، ص ص: ٣٩٥ – ٤٢٤).

١٣٠-مارى ماكموران، ريتشارد هوارد (٢١٢). الشخصية وإضطراباتها والعنف، ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم، المركز القومى للترجمة، العدد (١٧٤٩)، القاهرة.

١٣١-مالك بدرى (١٩٩٦). سيكولوجية رسوم الأطفال "إختبار رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية، دار الفتح للطباعة وللنشر، بيروت.

١٣٢-ماهر محمود الهوارى (١٩٧١). دراسة تجريبة مقارنة فى التعيين الذاتى وصورة الجسم فى فئات إكلينيكية مختلفة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٣٣-محمد أحمد شلبى، محمد إبراهيم الدسوقى، زيزى السيد إبراهيم (٢٠١٦). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين (مستمدة من: DSM-4 and DSM -5)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣٤-محمد أحمد محمود خطاب "أ" (٢٠١٧). الديناميات النفسية للإناث ضحايا التحرش الجنسى "دراسة حالة" ، (فى): علم النفس المرضى "دراسات إكلينيكية متعمقة"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.

١٣٥- محمد أحمد محمود خطاب "أ" (٢٠١٨). ديناميات الإكتئاب لدى عينة من الأطفال (دراسة إكلينيكية متعمقة)، مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (٥٤)، الجزء الثانى، إبريل ٢٠١٨، ص ص: ٦٥ – ٢٨٧.

١٣٦-محمد أحمد محمود خطاب "ب" (٢٠١٧). ديناميات التحول الجنسى لدى الذكور "دراسة حالة"، (فى): علم النفس المرضى "دراسات إكلينيكية متعمقة"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.

١٣٧-محمد أحمد محمود خطاب "ب" (٢٠١٨). الأساليب التعبيرية الإسقاطية والعلاج بالفن "التحليل النفسى لرسوم الأطفال"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.

١٣٨- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٩). مقدمة "في" التشخيص الإكلينيكي – دليل الاختبار النفسي التشخيصي- تحليل الشخصية وكتابة التقرير، تأليف: هنري كيلرمان، بيري، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

١٣٩-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٠). ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين: دراسة إكلينيكية متعمقة، مجلة الارشاد النفسي، عدد (٦٤)، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص: ١-٤٥٣.

١٤٠-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٠٨). العنف لدى المراهقين "دراسة تحليلية متعمقة"، رسالة ماجستير، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة عين شمس.

١٤١- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٠). ديناميات الإكتئاب لدى عينة من المراهقين، دراسة إكلينيكية، مجلة الخدمة النفسية، مركز الخدمة النفسية، جامعة عين شمس، كلية الآداب، المجلد (٢)، العدد (٤)، يوليو ٢٠١٠، القاهرة، ص ص: ١٩٤ – ٢٣٥.

١٤٢-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٤). ديناميات إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أطفال غزة دراسة إكلينيكية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٤)، العدد (٨٤)، يوليه ٢٠١٤، القاهرة، ص ص: ٣٠٩ – ٣٥٨.

١٤٣-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٥). ديناميات إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فتاة فلسطينية مراهقة (دراسة حالة)، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٥)، العدد (٨٨)، يوليو ٢٠١٥، القاهرة، ص ص: ٢٣٣ – ٣١٠.

١٤٤-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٦). ديناميات التحول الجنسى لدى الذكور (دراسة حالة)، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات، المجلد (٢٦)، العدد (٩٢)، يوليه ٢٠١٦، القاهرة، ص ص: ٢٤٩ – ٣٦٥.

١٤٥-محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٨). ديناميات الإكتئاب لدى عينة من الأطفال (دراسة إكلينيكية متعمقة)، مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، العدد (٥٤)، الجزء الثانى، إبريل ٢٠١٨، القاهرة، ص ص: ٦٥ – ٢٨٨.

١٤٦-محمد جميل محمد، يوسف منصور (١٩٨٤). قراءات فى مشكلات الطفولة، ط ٢، الكتاب الجامعى، جدة.

١٤٧-محمد حسن غانم، مجدى محمد زينه (٢٠٠٥). إضطرابات الشخصية الشائعة لدى عينات غير إكلينيكية من المجتمع المصري، حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، الحولية الأولى، الرسالة الثانية، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١٤٨- محمد حمدى الحجار (٢٠٠٠). العلاج الحديث المتعدد الأساليب لإضطراب الشخصية الحدية، مجلة الثقافة النفسية، المجلد (١١)، العدد (٤١)، لبنان، ص ص: ٩٦ – ١٠١.

١٤٩-محمد رمضان محمد (١٩٨٨).سيكولوجية الجناح والإدمان، د.ن، القاهرة.

١٥٠-محمد سامى هنا (١٩٧٨). الشخصية السوية والمرضية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

١٥١-محمد شحاته ربيع (١٩٩٥). قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

١٥٢-محمد شعلان (١٩٧٩). الإضطرابات النفسية فى الأطفال، الجزء الثانى،الجهاز المركزى للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.

١٥٣-محمد عبد الرحمن، حوريه ولد يحيى (٢٠٠٨). إضطرابات الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة من الجنسين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٥٨ (١٨)، القاهرة، ص ص: ١ – ٣٤.

١٥٤-محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٧). العصاب القهرى وتشخيصه بإستخدام إختبار تفهم الموضوع، مكتبة سماح، طنطا.

١٥٥-محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩). مشكلات الأبناء من الجنسين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

١٥٦-محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩). الشخصية والعلاج النفسى، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

١٥٧-محمد مصطفى زيدان (١٩٨٦). النمو النفسى للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، جدة.

١٥٨-محمود الزيادى (١٩٦٩). علم النفس الإكلينيكى "التشخيص"، مكتبة الدراسات التفسير والإجتماعية، إشراف: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٥٩-محمود السيد أبو النيل (١٩٧٦). علم النفس الإجتماعى "دراسات مصرية وعالمية"، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، مطبعة الحضارة العربية بالفجالة، القاهرة.

١٦٠-محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩١). النفس وأسرارها وأمراضها، مركز الطب النفسى والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.

١٦١-محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج، ط ٢، مركز الطب النفسى والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.

١٦٢-محمود عبد الرحمن حموده (٢٠٠٧). أمراض النفس، مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال، روكسى، القاهرة.

١٦٣- محمود عبد الرحمن حموده (٢٠١٤). إكتئاب الإطفال والمراهقين (الأسباب – الأعراض – العلاج)، كتاب اليوم الطبى، العدد (٣٤١)، ديسمبر، دار أخبار اليوم، القاهرة.

١٦٤-محمود عبد الرحمن حموده (٢٠١٤). الطب النفسى "أمراض النفس" ، مركز الطب النفسى، والعصبى للأطفال، روكسى، القاهرة.

١٦٥-مختار حمزه (١٩٨٢). مشكلات الآباء والأبناء، ط ٣، دار البيان العربى، جدة.

١٦٦-المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية (١٩٧٤). الإستجابات الشائعة لإختبار تفهم الموضوع، بحث ميدانى، القاهرة.

١٦٧- مصطفى زيور (١٩٨٠). محاضرة فى الإكتئاب النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٦٨-مصطفى زيور (١٩٨٢). الآباء المشكلون، (فى): فى النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة، القراءة، ص ص: ٢١٧ – ٢٢٧.

١٦٩-مصطفى زيور (١٩٨٢). بين كشوف التحليل النفسى وقضايا فنومنولوجيا الروح (الأنا والآخر)، (فى): النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة، ص ص ٣٣ – ٤٢.

١٧٠-مصطفى زيور (١٩٨٢). تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية (التحليل النفسى لحال التخدير بالحشيش ونمط شخصية متعاطية)، (فى): فى النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة، القاهرة ، ص ص: ١٩٣ – ٢١٦.

١٧١-مصطفى زيور (١٩٨٢). دراسة إكلينيكية للقلق العصابى، (فى): النفس بحوث مجموعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة.

١٧٢- مصطفى زيور (١٩٨٢). فصول الطب السيكوسوماتي، (فى): النفسى بحوث مجموعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة، ص ص: ١٣٥ – ٢١٦.

١٧٣-مصطفى فهمى (١٩٧٦). الصحة النفسية "دراسات فى سيكولوجية التكيف"، مكتبة الخانجى، القاهرة.
١٧٤-مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، إشراف ومراجعة: فرج عبد القادر طه، دار سعاد الصباح، الكويت.
١٧٥-مطيع رئيف سليمان (٢٠٠١). الأمراض النفسية المعاصرة، دار النفائس، عمان.
١٧٦-ممدوحة سلامة (٢٠٠٩). مقدمة فى علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
١٧٧-ممدوحه سلامة (١٩٩٠). علم النفس المقارن فى التعلق لدى الإنسان والحيوان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
١٧٨-منار سليمان عبد الماجد (١٩٩٩). دراسة فى دينامية العلاقة بالأم فى التكوين الفصامي، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
١٧٩-منار مجدى عبد الحميد أمين (٢٠١٧) "البروفيل النفسى لإضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بالتنظيم العاطفى لدى طالبات كلية البنات، رسالة ماجستير، كلية البنات، الآداب، قسم علم النفس، جامعة عين شمس.
١٨٠-مها إسماعيل الهلباوى (١٩٨٨). الإكتئاب وصورة الجسم كما تظهر فى الرسم الإسقاطى "دراسة إكلينيكية متعمقة"، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
١٨١-مها الكردى (١٩٨٢). التوافق والتكييف الشخصى والإجتماعى لدى أطفال الملاجئ اللقطاء، المجلة الإجتماعية القومية، المجلد (١٧)، العدد (١ - ٣). القاهرة.
١٨٢-نجيب إسكندر وآخرون (د. ت). الدراسة العلمية للسلوك الإجتماعى، دار النهضة العربية، القاهرة.
١٨٣-نجيه إسحق عبد الله (١٩٨٩). سيكولوجية الجريمة والفروق بين الجنسين، دراسة نظرية وميدانية، مكتبة الخانجى، القاهرة.
١٨٤-ندى نادى شفيق (٢٠١٩). إضطرابات الشخصية وعلاقتها بأساليب التنشئة الإجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة ، رسا لة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٨٥-نعيمة عمر بص (٢٠٠٧). إضطرابات الشخصية لدى طلاب المرحلة الجامعية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية، دراسة ميدانية على بعض كليات جامعة المرقب. رسالة ماجستير، جامعة المرقب، كلية الآداب والعلوم الخمس، ليبيا.

١٨٦-نهاد عبد الوهاب محمود (٢٠١٥). المخططات اللاتكيفية المبكرة كمتغير وسيط بين أنماط التعلق الوجدانى وأعراض إضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكى والإرشادى، المجلد الثالث، العدد الأول، يناير ٢٠١٥، القاهرة، ص ص: ٧٣ – ١١٤.

١٨٧-نيفين مصطفى زيور (١٩٨٥). سيكوديناميات النمو النفسى، مكتبة التحليل النفسى للطفل، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٨٨-نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨). الإضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، ط ٣، تقديم: فرج أحمد فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٨٩-نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٠). من النرجسية إلى مرحلة المرآة (قراءات فى التحليل النفسى)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٩٠-نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٢). فى الواقع النفسى، تقديم: فرج أحمد، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

١٩١- نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٦). فى التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٩٢-نيفين مصطفى زيور (٢٠١٣). التخييل دراسة فى التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٩٣- هـ. ج إيزنك، سيبل ب. ج. إيزنك (٢٠١٥). إستخبار إيزنك للشخصية، دليل تعليمات الصيغة العربية للأطفال والراشدين، ط ٢، ترجمة: أحمد محمد عبد الخالق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٩٤- هبه محمود محمد (٢٠١٦). سمات الشخصية كمتغيرات وسيطة فى العلاقة بين الإبتزاز العاطفى وأعراض إضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية من

المتزوجين، دراسات نفسية، المجلد (٢٦)، العدد الأول، يناير ٢٠١٦، القاهرة، ص ص: ٢٧ – ٨٤.

١٩٥- هدى عبد الحميد (٢٠١٤). أنماط التعلق الوجدانى فى الرشد وعلاقتها بكل من تقدير الذات والرضا عن العلاقة الزوجية، رسالة دكتوراه، جامعة حلوان، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٩٦- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبه (٢٠٠٠). القياس الإسقاطى، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٩٧- هند عبد الرحمن الحربى (٢٠١٥). إضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بأبعاد التشتت لدى المدمنين، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الإجتماعية والإدارية، قسم علم النفس، السعودية.

١٩٨- هند عبد العزيز محارب (٢٠٠٩). إضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بالأعراض الإكتئابية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب وطالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.

١٩٩- هنري كيلرمان (٢٠١٩). التشخيص الإكلينيكي – دليل الاختبار النفسي التشخيصي- تحليل الشخصية وكتابة التقرير، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٢٠٠-وليم الخولى (١٩٧٦). الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٢٠١-وليم فيتس (١٩٨٨). مقايس تنسى لمفهوم الذات، ط ٢، ترجمة: صفوت فرج، سهير كامل أحمد، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٠٢- يحيى الرخاوى (١٩٧٩). دراسة فى علم السيكوباثولوجى، دار الغد للثقافة والنشر، القاهرة.

٢٠٣-يوسف محمد مسلم (٢٠٠٧). إيذاء الذات وعلاقته بإضطراب الشخصية الحدية والإكتئاب لدى عينة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الأردن.

٢٠٤-يونس منصور أبو عجاج (٢٠١٧). أعراض إضطراب تشوه صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات وإضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من البدناء، رسالة ماجستير، جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب، قسم علم النفس، عمان.

المراجع الأجنبية:

205. Aaronson, C.; Bender, D.; and Skodol, A. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive compulsive personality disorder, psychiatric quarterly, 77 (1), 69-80.
206. Abraham Karl. (1992). A short study of the development of the Libido, Viewed in the Liqut of mental disorders In., Selected papers on psychoanalysis ch. XXVI Hogarth press.
207. Ackerman, N. (1966). Treating the troubled family. (Ny: Basic Books).
208. Adler, G. (1981). The borderline- narcissistic personality disorder continuum. Am J. Psychiatry 138:46-50.
209. Adler, G. (1985). Borderline Psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson.
210. Agrawal, H.; Gunderson, J.; and Holmes, B.(2004). Attachment Studies with borderline patients: A Review, Harvard Review psychiatry, 12(2),94-104.
211. AI-Ghamdi, T. (2006). Characteristics and Sample Symbols of Social Phobia Patients. Unpublished M aster Thesis, Umm AI-Qura University, Saudi Arabia.
212. AI-Qiq, N. (2013). Effectiveness of a program based on artistic activities in reducing aggressive behavior in children with motor disabilities. Journal of the Islamic University for Educational and Psychological Studies, AI-Aqsa University, 21 (1), 469-502.
213. Almquist, E.K. (2008). Psychodynamic correlates of personality ad dissertation submitted in partial. 22. St. john's university in N.S fatemi, the medical basic of psychiatry, pp. 474-471, united states of American.
214. American Psychiatric Association .(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^{th} ed). Washington, DC: Auther.
215. American Psychiatric Association "A" .(2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR, APA, VA, with compliments of astrazeneca.

216. American Psychiatric Association “B” .(2000). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders fourth edition (fourth edition ed). U.S.A: American psychiatric publishing.
217. American Psychiatric Association. (2001). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, (4th ed-TR), Washington, DC: Psychiatric Association.
218. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic Statistical Manual of mental disorders (DSM-5R). American psychiatric pub.
219. Andrew Skodol. (2018). Overview of personality disorders, university of Arizona college of medicine, merch sharp and dohme cor p., a subsidiary of merck and co., inc., kenilowrth, NJ, USA.
220. Andrew, R. (2010). Psychodynamic counseling for the borderline personality disordered client: A case study, journal psychodynamic counseling, volume (6), issue 1.
221. Anthony, J. and Benedek, T. (1975). Depression and human existence. Boston, Little, Brown and Company.
222. Arieti, S. (1974). Affective disorder in rieti, S.(ed) American Handbook of Psychiatry 2nd vol. I, New York, Basico Book.
223. Athanasiadou, Lewis, C.(2016). My subdued ego: A psychodynamic case study of borderline personality disorder following relational trauma, psychodynamic practice, 22(3), pp.223.235.
224. Bach, S. R. (1975). Spontaneous pictures of leukemic children as an expression of the total personality; mind and body psychological abstract, V.54, N.3, 5590.
225. Bach. B; Sellbom. M; Bo.S and Simonsen. E.(2016). Utility of DSM-5 section III personality traits in differentiating borderline personality disorder from comparison groups, European Psychiatry, 37,22-27.
226. Bancroft, J., and Marsack, P.(1977). The Repetitiveness of self-poisoning and self-injury, British journal of psychiatry, 131,394-399.
227. Barbara J. Limandri. (2018). Case Study application for psychopharmacology with borderline personality disorder, journal of psychosocial nursing and mental health services, 56(5), pp.16-19.

228. Barone, L.(2003). Developmental protective and risk factors in BPD: A study using the adult attachment interview, Attachment and human Development, 5(1),64-77.
229. Becker, D.F.; Grilon, CM; Edell, W.S and Mcglashan T.H. (2002). Diagnostic efficiency borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents comparison with hospitalized adults, American journal of psychiatry, 159(12); 2042-2047.
230. Beeney, J.E.; Hallquist, M.N.; Ellison, W.D. and levy, K.N. (2016). Self-other disturbance in borderline personality disorder: neural, self-report and performance based evidence. Journal of personality disorder, 7,28-39.
231. Belsk, D.W.; Caspi, A.; Arseneault, L.; Bleidorn, W.; Fonagy, P.; Goodman, M.; and Moffitt, T.E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12 year old children, Development and psychopathology, 24, 251-265.
232. Bender, J.O. (2009). Essential of personality disorders.
233. Bene, A. (1979). The question of narcissistic personality disorders. Bull. Hampsted clin.,2:209-218.
234. Bennet, I. (1960). Delinquent and neurotic children London: Tavistock Publications.
235. Bery, J.L. (1990). Differentiating ego functions of borderline and narcissitic personalities. Journal of personality assessment, 55 (3 and 4), 537-548.
236. Berzonsky, M.D; Cieciuch, J.; Duriez, B., and soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Association between identity styles and value orientations. Personality and individual differences, 50,295-299.
237. Berzonsky, M.D;. (2010). Cognitive processes and identity formation: the mediation Role of identity processing style. Psychological. Rozwojowa, 15 (4),13-27.
238. Bibring, E.(1953). The mechanism of depression, In affective disorders, New York, Int.uni. press.

239. Bissett, J., Harris, G., and leung, J. (2006). Different core beliefs predict parental and maternal attachment representations in young woman, clinical psychology and psychotherapy, 13,163-171.
240. Bjorklund, P.(2006). No Man's land: Gender bias and social bestructivism in the Diagnosis of borderline personality disorder. Issues in mental health nursing, 27(1):3-23.
241. Bleiberg, E. (1984). Narcissistic disorder in children. Bull, Menninger clin., 48: 501-517.
242. Bogard, H.M. (1970). Follow up study of suicide patients seen on emergency room consultation. American journal of psychiatry, 126,1017-1029.
243. Bonger, B; Kjellander, C., and king. (1998). Suicidality in borderline personality disorder crisis, 14(3): 125-135.
244. Bootzin, R. Acorella, J. and Allay, L. (1993). Abnormal psychology, current perspective, New York, NcGrow- Hill.
245. Borgard, H.M. (1970). Follow-up study of suicidal patients seen on emergency room consultation. American Journal of psychiatry, 126,1017-1029.
246. Boszormenyi Nagy, I. (1965). Intensive family therapy as process, in boszormenyi Nagy and fromo, PP.87-142.
247. Boutonier, J. (1959). Les dessins des enfants. Du scarabee.
248. Bowen, M. (1960). Family concept of schizophrenia, in D. Jackson, (Ed). The Etiology of schizophrenia (Ny: Basic books), pp.346-372.
249. Bowen, M.(1956). Family relations in schizophrenia. In. Auerbach, (Ed). Schizophrenia (Ny: Ronald press), pp.197-178.
250. Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood, psychoanal, study child.
251. Bradley, R. (2005). The borderline personality disorder diagnosis in adolescents: Gender difference and subtypes, journal of child psychology and psychiatry, 46(9), 1006-1019.
252. Braiker, H. (2007). Who's pulling your strings, Best Summaries Miami Frorida.
253. Brenning, K.; Bosmans, G.; Braet, C. (2012). Gender differences in cognitive schema vulnerability and depressive symptoms in adolescents, Journal of behavior change, 29(3), 164-182.

254. Bruch, H. (1974). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within, New York: Basic Books.
255. Bruch, H.(1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Canadian journal of psychiatry, 26,212-217.
256. Cameron, N. (1959). The paranoid pseudo-community revisited. American journal of sociology, 65, 52-58.
257. Carla Sharp; Jennifor L. Tackett. (2014). Borderline Personality Disorder in adolescence: phenomenology and construct validity, john M. Oldham, Springer, New York, print ISBN.
258. Carlos, M.; Daniel, F. Becker; M.P., Dwain; C.F, Fehon; Psy. D., William, S. and Thomas, H. (1996). Gender difference in personality disorder in psychiatrically hospitalized adolescents, The American Journal of psychiatry, 142,1202-1203.
259. Carr, S., and Francis, A. (2009). Childhood familial environment, maltreatment and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical sample: Acognitive behavioral perspective. Clinical psychologist,13 (1), 28-37.
260. Carr, S., and Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. Australian psychologist, 44(3), 146-155.
261. Carr, S., and Francis, A. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experience and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample, cognitive psychotherapy therapy, 34,343-358.
262. Cassidy, J.; Shaver, P.(1999). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, London: The Guilford press.
263. Catherine Athanasiadou Lewis. (2016). My subdued ego: A psychodynamic case study of borderline personality disorder following relational trauma, journal psychodynamic practice individuals, group and organization, volume 22, issue 3, 223-235, London.
264. Chio-Kain, L.; Zanarini, M.; and Gunderson, J.(2009). The relationship between self-reported attachment styles,

interpersonal dysfunction, and BPD, the journal of Nervous and Mental Disease, 197(11),816-821.

265. Chopik, W,; Edelstein, R.; and Fraley, C.(2013). From the cradle to the Grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age, journal of personality, 81(2),171-183.
266. Clarkin, J.E; Widiger, T.A.; Frances, A.; Hurt, S.W.; and Glimore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder, Journal of abnormal psychology, 92,263-275.
267. Cohen, L.J.; Tanis, T.; Bhattacharjee, R.; Nesci, C., Halmi, W., and Galynker, L.(2014). Are there differential relationships between diddenent types of childhood maltreatment and difeient type of adult personality pathology? Psychiatry research, 215(1), 192-201.
268. Colarusso, C.A. (1985). The Borderline child, in the cutting Edge. San Diego: University California, pp.106-122.
269. Colby, k.M. (1975). Artificial paranoia: A computer simulation of paranoid processes. New York: pergamon.
270. Colby, K.M. (1977). Appraisal of four psychological theories of paranoid phenomena. Journal of Abnormal psychology, 86-54-59.
271. Collahan, E.J.; and Burnette, M.M. (1989). Intervention for pathological grieving. The behavior therapist, 12,153-157.
272. Coolidge, F.L.; Thede, L.L., and Jang, K.L. (2001). Heritability of personality disorders in childhood: A Preliminary investigation. Journal of personality disorders, 15(1), 33-40.
273. Coovert, D.; Kinder, B.; and Thompson, J. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. Clinical psychology Review, 9,169-180.
274. Cowdry, R., Pickar, D., and Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. International journal of psychiatry in medicine, 15,201-211.
275. Cowdry, R.W., and Garden, D.L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, Carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine. Archives of general psychiatry, 45-111-119.
276. David, P.T. (2010). Personality disorder: A new global perspective, official journal of the world psychiatric association world psychiatry, pp: 56-60.

277. Derksen, J.(1995). Personality disorders: clinical and social derksen, J.hon and sons Ltd, England.
278. Deutch W.F. Murphy. (1962). The Clinical interview (volume one), New York, international universities, Press, INC.
279. Dicks, H.V. (1965). Concept of marital diagnosis and therapy. Cited in framo, (No.65).
280. Dina Ossama Naoum. (2017). Risk assessment and Its correlation to psychiatric co-morbidities in a sample of borderline personality disorder patients, Ain shams university.
281. Dolgan, J.I. (1990). Depression in children pediatric Annals, 19,45-50.
282. Dreven, James. (1952). Adictionaly of psychology, Britan: penguin books.
283. Eidelberg, L. (1968). Encylopedia of psychoanalysis, M.D., The Free press, New York.
284. Eugene Kee onn Wong. (2012). Borderline Personality Disorder in the east, Asian Jouranal of psychiatry, July.
285. Fast, I., and Chethik, M. (1992). Some aspects of object relationships in borderline children. Int. J. Psychoonal. 53:479-485.
286. Framo, J. (1965). Rationale and Technique of intensive family therapy. In Baszormenyi, Nagy and fromo, No.28.
287. Frances, A.; fyer, M.; and Clarkin, J.F. (1986). Personality and suicide- Annals of the New York Academy of sciences, 487,281-293.
288. Fredrikson, L.E. (2001). Personality Disorders in the general population: DSM-IV and personality and individual differences, pp.311-320. Retrieved from www. Elsevier. Com/locate/paid.
289. Freud, S. (1992). Love, War, Civlization, and Death, 1st ed. Translation: Abdel Moneim AI-Hefny, Cairo: Dar AI-Rashad.
290. Gad, M.; pucker, H.; Hein, K.; Temes, C.,F., Fitzmaurice, G. and Zanrini, M. (2019). Facets of identity disturbance reported by patients with borderline personality disorder and personality disordered comparison subjects over 20 years of prospective follow-up psychiatry research, 271, 76-82.

291. Garber, J., and Dodge, K.A. (1911). The Development of emotion regulation and dysregulation. Cambridge, England: Cambridge university press.
292. Garfinkel, P.E., and Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: A Multidimensional perspective. New York: Brunner/Mazel.
293. Garfinkel, P.E., and Kaplan, A.S. (1986). Anorexia nervosa: Diagnostic conceptualizations. In K.D. Brownell and J.P. foreyt (Eds), Handbook of eating disorders. New York: Basic Books.
294. Goldberg, A.I. (1972). Psychopathologic patterns in depressed adolescents. Am.J. psychotherapy, 35,368-382.
295. Goodenough, F. and Harris, D. (1950). Studies in the psychology of children drawings: II1928 – Psychological Bulletin, V.47, N.5, P.396.
296. Goutaudie, N; Melioli. T; Vall. M; Bauvet. R and Chabrol. H.(2014) Relations between cyclothymic temperament and borderline personality disorder traits in non-clinical adolescents, European Review of applied psychology, 64(6), 345-351.
297. Greenberg, J.R., and Mitchell, S.A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, Mass: Harvard university press.
298. Greer, S., and Lee, H.A. (1967). Subsequent progress of potentially lethal attempted suicides. Acta psychiatric scandinauica, 40,361-371.
299. Gunderson, J.G., Singer, M.J. (1975). Defining borderline patients: Am overview. Am J. Psychiatry, 132: 1-10.
300. Gunderson, J.G.; and Zanarini, M.C. (1987). Current overview of the borderline diagnosis, journal of clinical psychiatry, 48 (sup.1.),5-11.
301. Gunderson, J.G.; and Zanarini, M.C. (1989). Pathogenesis of borderline personality. In A. Tasman, R.E. Hales, and A.J. Frances (Eds). Review of psychiatry, press. Guralnik, D.B. (Ed). 1980, webstre's new world dictionary of the American Language (2nd college ed.) Cleveland, OH: William Collins.
302. Hammer, E. (1980). The clinical application of projective drawing, Springfield, Charles c. Thoms, puplisher. Springfield, Sixth Edition, Illinois, USA.
303. Hanan A Saad H. (2014). Borderline Personality Disorder disciplines comparative study between students of high school and university students of the scientific and literary majors in

the kingdom of Saudi, Arabic, Journal of education/ Al Mejlh Altrbwyh, Jun 2014, Kuwait, 28(111), pp. 107-143.

304. Heard, H.L. and Linehan, M.M. (1993). Problems of Self and Borderline Personality Disorder: A dialectical behavioral analysis. In Z.V. segal and S.J. Blatt (Eds). The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives emotional distress: cognitive and psychodynamic perspective (pp. 301-333). New York: The Guilford press.
305. Hecht, K.F.; Cicchetti , D.; Rogosch, F.A., and Crick, N.R. (2014). Borderline Personality features in childhood: The role of subtype, development timing, and chronicity of child maltreatment development and psychopathology, 26,805-815.
306. Henry Kellerman and Anthony Burry. (1981). Handbook of psychodiagnostic testing, personality analysis and report writing postgraduate center for mental health, the psychological corporation Harcourt brace Jovanovich, INC., USA, New York.
307. Herman, J.L.; Perry, J.C.; and Van Der kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. American journal of psychiatry, 146,990-495.
308. Hitchock, J. (1996). Dread of the strength of the instincts psychoanalytic study of the child, vol 51.
309. Hoffman. (1995). Borderline personality disorder and expressed emotion dissertation abstract international, P.4543.
310. Holiday E. and Edwin E. Wagner. (1992). Stability of unusual verbalization on the Rorschach for out patients with schizophrenia journal of clinical psychology, March, Vol, 48, no.2.
311. Howard, J.A. (1984). Societal influences of attribution: blaming some victims more than others. Journal of personality and social psychology, 47,494:505.
312. Hyler, H.C. (2007). Frequency and Structure of DSM- IV personality and individual differences, 1(43), pp. 2767-1776.
313. Ibrahim Ozlu, Jeyde. (2015). Deesion making skills, memory and borderline features in looked after children: A case control study, University of London, Kings (United Kingdom), pro quest dissertations publishing.

314. Ibrahim, J.; Cosgrave, N., and woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. Clinical child psychology and psychiatry, 23(1), 57-76.
315. Jacobson, E.(1971) Depression, New York, Int.uni. press.
316. James, L.Jacobson; Alan, M. Jacobson. (2001). Psychiatric seerets, 2nd edition.
317. Joel Paris. (2005). Borderline Personality Disorder, CMA Media Inc. or its licensors, CMAJ, june 7,172(12), online manuscript submissions and peer review, Now Available A CMAJ, Http://mc.manuscript,pp.1579-1583.
318. Kaplan and Sadock. (1996). Pocket handbook of clinicap psychiatry, London: Wiliams wilkins. Second edition.
319. Kaplan, Howard Gary. (1990). Borderline and Narcissistic rage and emptiness; their dramatization and drama therapy, Ph.D. dissertation, United States, Illinois, North Western University.
320. Karen Machover. (1957). Personality projection in the drawing of the human figure (A method of personality investigation), 5th printing, Charles. C. Thomas. Publisher, Banner stone House, U.S.A.
321. Kendler, K. S; Aggen, S.H.; Czafkowski, N.; Roysamb, E.; Tambs, K.; Torgersen, S., and Reichborn kjennerud, T. (2008). The Structure of genetic and environment risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Archives of general psychiatry, 65(12),1438-1446.
322. Kendler, K.S., and Hays, P. (1981). Paranoid psychosis (delusional disorder) and schizophrenia: A family history study. Archives of general psychiatry, 38,547-551.
323. Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. J Am psychoonal Assoc 18: 800-822.
324. Kernberg, O.F. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissim. New Jersery/ London : Jason Aronson Inc.
325. Kernberg, O.F. (1985). Borderline Conditions and pathological narcissim. Northvale, NJ: Jason Aronson.
326. Kernberg, O.F. (1998). The Diagnosis of narcissistic and antisocial pathology in adolescence. Adolescent psychiatry, 22:169.
327. Kernberg, P.F.; Weiner, A.S. and Bardenstein, K. (2008). Personality Disorders in children and adolescents. Basic books.

328. King, Beverley, T.(1996). An object relations approach to art therapy: A case study exploring treatment of sexual abuse and borderline personality disorder, Concordia university (Canada), pro quest dissertations publishing, MM 10919.
329. Kohut, H. (1971). The analysis of the self. New York: International University Press.
330. Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International universities press.
331. Koppitz, E.M. (1996). Emotional Indication on Human Figure Drawings of children. Journal of Clinical Psychology, V.22, P. 313-315.
332. Kordynska, K.; Kostecka, B.; Sala, P.; kucharska, K. (2018). Therapeutic difficulties in management of the patient with anorexia nervosa and comorbid borderline personality disorder-case study, Archives of psychiatry and psychotherapy, 20(3), pp.71-78.
333. Kounou, K.B.; Dagle Foli, A.A. ; Djassoa, G.; Ametepe, L.K., Rieu, J. ; Mathur, A., and Schmitt, L. (2015). Childhood maltreatment and personality disorders in patients with a major depressive disorder: A comparative study between france and togo. Transcultural psychiatry, 52(5), 68-699.
334. Kreger, R. (2013). Fear, obligation, and Quilt (FOG) in relationships.
335. Kroll, J. (1988). The challenge of the borderline patient: Competency in diagnosis and treatment, new York: Norton.
336. Lang, A.(2010). Attachment and emotion regulation clinical implications of a non-clinical sample study, procedia social and behavioral sciences, 2,674-678.
337. Lee, C.; Taylor, G.; and Dunn, J. (2009). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample, cognitive therapy and Research, 23,441-451.
338. Leichcnrin, Falk. (2004) .Development and first result of borderline personality inventory, J. of personality assessment, 73,(1),45-63.
339. Leichsenring, F.;Leibing,J.Kruse; A.S. New,and F.Leweke .(2011). Borderline Personality Disorder, Lancet, 377 (9759): 74-84.

340. Leichsenring, Falk. (2004). Development and first result of borderline personality inventory, J. of personality assessment, 73, (1), 45-63.
341. Leichsenring; leibing, Leweke. (2011). Borderline Personality Disorder, The lancet, 377 (9759), Jonuary 01, pp. 74-84.
342. Lieb, K.; Zanarini, M.C.; Schmahl, C.et al. (2004). Borderline Personality Disorder, the lancet, 364,433-61.
343. Linehan, Marsha M.; and Heard, H.L. (1999). Borderline personality disorder; costs, course, and treatment outcomes. In N.E. Miller, and K.M. Magruder (Eds.), Cost-Effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers (PP.291-305), London, oxford university press.
344. Linehan, Marsha M.C.; Schmahl, C.et al. (2004). Borderline Personality Disorder, the lancet, 364,433-61.
345. Linehan, Marsha, M.; and Koerner, K.(1992). A behavioral theory of borderline personality disorder. In J. paris (Ed.), Borderline personality disorder: Etiology and Treatment (pp.103-121). Washington, DC: American Psychiatric association.
346. Ling, H.; and Qian, M. (2010). Relationships between attachment and personality disorder symptoms of chinese college students, social behavioral and personality, 38(4), 571-576.
347. Liotti, G.; and Pasquini, P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure, Acta psychiaiR scand, 102,282-289.
348. Lobbestael, J.; Arntz, A., and Bernstein, D.P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhoof maltreatment and personality disorders. Journal of personality disorders, 24(3), 285-295.
349. Loranger, A.W; Oldham, J.M.; and Tulis, E.H.(1983). Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. Archives of General psychiatry, 40,pp.795-799.
350. Ludwing Eidelberg. (1968). Encyclopedia of psychoanalysis, P.89.
351. Lynch, T.R.; Rosenthal, M.Z.; Kasson, D.S.; cheavens, J.S.; Lejuez, C.W.; and Blair, R.J.R. (2006). Heightened sensitivity to facial expression of emotion in borderline personality disorder. Emotion, 6,647-655.

352. Madden, Alice Judith. (2002). An exploration of ego development and the suppression of anger in persons with borderline personality disorder as seen in art therapy: A case study, Concordia university (Canada), pro quest dissertations publishing, MQ, 74866.
353. Magnivita, J.J. (2004). Hand book of personality disorders theory and practice, Vol (1), John Wiley and sons, Inc.
354. Mahler, M.S. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. New York: International universities press.
355. Maier, W.; Lichtermann, D.; Klingler, T.; Heun, R.; and Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM- III-R) in the community, Journal of personality disorders, 6,187-196.
356. Marcia, J.E. (1980). Identity in odolescence. In J. Aelson (Ed.), Handbook of adolescence psychology. pp (159-187) New York: Wiley and Sons.
357. Marcovitz, H. (2009). Personality disorder (Malestrom), United state: Gole cegage learning.
358. Masterson, J.F. (1976). Psychotherapy of the borderline adult: Adevelopmental approach. New york: Brunner/ Mazel.
359. Matsuoka, N.; Hiramura, H.; Chen, Z.; and Kitamura, T.(2005). Adolescents attachment style and early experiences: A gender differences, Arch womens mental health, 9(1), 23-29.
360. Mcdonald, K.; and Pietsch, R.(2010). Ontological insecurity: A guiding framework for borderline personality disorder. London: Taylar and Francis Group.
361. McGlashan, T.M. (1983). The borderline syndrome: I. Testing Three diagnostic systems. Archives of general psychiatry, 40, 1311-13118.
362. Meccord, W.; and McCord, J. (1964). The psychopath: An essay on the criminal mind. New York: Van Nostrand Reinhold.
363. Menninger, K.A. (1983). Man against Himself, New York, Harcourt, Brace and comp.
364. Meulemeester, C.; Lowyck, B.; Vermote, R.; Verhaest, Y. and luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems, in

borderline personality disorder: the mediating role of identity diffusion psychiatry research, 258, 141-144.
365. Michelson, S.A. (2009). The Relationship between child truma and personality disorders thesis for the degree of doctor Chicago, united state of America: Pro quest, May.
366. Minuchin, S.; Rosman, B.L.; and Baker, L.(1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context Cambridge, MA: Harvard university press.
367. Modertin, J. (1987). Quality of interpersonal relationships: The most characteristic DSM- III BPD, Criterion. Comprehensive psychiatry, 28,397-402.
368. Mollie, S.Smart and Russell, C.Smart .(1977). Children Development and Relationships, Macmillan publishing co. New york, third Edition.
369. Monnoni, M. (1970). The child, His illness and the other. London: Tavistock.
370. National Health and Medical Research council. (2012). Clinical practice Guideline for the management of borderline personality disorder, Australia, Marcus Clarke Street.
371. Nevid, J.S., Rathus, S.A., and Green, B. (1997). Abnormal psychology in a changing world (3 reed) New Jersey: Prentice Hall.
372. Nigg, J.T., Lohr, N.E., Westen, D., Gold, L.J., and Silk, K.R. (1992). Maievolent object representations in borderline personality and major depression. Journal of abnormal psychology, 101,61-67.
373. Ntshinglia. N; M.poggenpoel, C.P.H. Myburgh; A. Temane. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder, department of nursing science, faculty of health science, university of Johannesburg, South Africa, online 14 March, 2016.
374. Nunez, Nayely. (2019). Examining gender Bias in Antisocial personality disorder and borderline personality disorder diagnosis and borderline personality disorder diagnosis through the MMPT-2 clinical scales, Alliant international university, proquest dissertations publishing, 2019. 10811374.
375. Ogata, S.N.; Silk, K.R.; Goodrich, S, Lohr, N.E., and Westen, D. (1989). Childhood sexual and clinical symptoms in borderline patients. Unpublished manuscript.

376. Ogata, S.N.; Silk, K.R.; Goodrich, S. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder, American Journal of psychiatry, 147, 1008-1013.
377. Ortiz, Angelica. (1999). Aloneness in Borderline psychopathology and its manifestation in psychotherapy: A case study, the Chicago school of professional, pro quest dissertations publishing, 9985180.
378. Paris J.; and Braverman, S. (1995). Successful and unsuccessful marriage in borderline patients, journal of the American Academy of psychoanalysis and dynamic psychiatry, 23, pp.143-166.
379. Paris, J. (1990). Completed suicide in Borderline personality disorder, psychiatric Annals, 20,19-21.
380. Paris, J. (1997). Social factors in the personality disorders, transcultural psychiatry, 34(4), 421-452.
381. Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing borderline personality disorder form bipolar spectrum disorder. Harv reve psychiatry, 12,140-145.
382. Paris, J.; Brown, R.; and Nowlis, D. (1987). Long term follow-up borderline patient s in a general hospital. Comprehensive psychiatry, 28,530-535.
383. Pommereau, X, M. et Brun, J. PH. (2009). L adolescence scarifiee. Ed: Lharmattant.
384. Reeder, C. Stevens, P. Liddement, J. Huddy, V. (2014). Cognitive remediation therapy for borderline personality disorder: is it a feasible and acceptable treatment? A pilot study of two single cases. Cognitive behavior therapist, 7, art. No. e12., cited zitems.
385. Reich, C. (2005). Personality disorder. New York: jone wiley and sons.
386. Reich, D., and Zanarini, M.C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. Harvard Review of psychiatry,9,294-301.

387. Rinslty, D.B. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents Bull. Menninger clin, 44:147-170.
388. Robert Michels, Otto, F. Kerberg. (2009). Borderline Personality Disorder, American Journal of psychiatry, 166 (5), pp.505-508.
389. Roelofs, J.; Onckels, L.; and Muris, P.(2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinical referred adolescents: the mediating role of early maladaptive schema, journal of child family study, 22,377-385.
390. Royer (1995). Que nous dissent le dessin denfant?. Marseille: Homme et perspective.
391. Ruth, A. Baer; Jessica, R. Peters Tory. A; Eisenlohr. Moul Paul, J.Geiger Shannon E. Sauer. (2012). Emotion related cognitive processes in Borderline personality disorder: A review of the empirical literature, university of Kentucky, bosten university, U.S.A, 27, March 2012.
392. Sainsbury, L. (1999). Adult attachment styles and childhood experience of parenting of men diagnosed with personality disorder, detained in a high security psychiatric hospital: an exploratory study (doctoral dissertation, clinical psychology).
393. Sanson, R. and Wiederman, M.(2014). Sex and Age differences in symptoms in borderline personality symptomatology, journal of psychiatric clinical practice, 18,145-149.
394. Schmidt, N., Joiner, T., and Young, J. (1995). The Schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas, cognitive therapy and research, 19 (3), 292-321.
395. Seilder, E.; Klein, D. and Miller, A.(2013). Borderline Personality Disorder in adolescent, clinical psychology science and practice, 20(4), 425-444.
396. Shneidman, E.S.; Farberow, N.L.; and litman, R.E. (1970). The psychology of suicide, New York: Science House.
397. Sieswerda, S.; Artnz, A. and Wolfis, M. (2005). Non-interpersonal evaluations by BPD patients journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 36, 209-225.
398. Silber Schmidt, A.; Lee, S.; Zanarini, M.; Schulz, C.H. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: Results

from a multinational clinical trail sample, journal of personality disorders, 29(6),828-838.

399. Simard, V.; Mass, E.; and Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15- year longitudinal study, the british psychological society, 84,349-366.
400. Spitser, R.; Willia MS; J; Gibbon, M.; Firsth. (1990). User's Guide for the structured clinical interview for DSM-III-R, American psychiatric press, INC, Washington, PP: 174-1212.
401. Sprinthail, N., and Collins, W. (1995). Adolescence psychology: A Development view (2nd ed). New York: McGraw- Hill.
402. Stoller, R.J. (1985). Presentation of gender New Haven: Yale university press.
403. Stone, M.H. (1981). Psychiatrically ill relative of borderline patients: A family study. Psychiatric quarterly, 58,71-83.
404. Stone, M.H. (1989). The Course of borderline personality disorder. In A.Tasman, R.E. Hales and A.J. Frances (Eds.), Review of psychiatric, Vol (8), 103-122.
405. Stone, M.H. (1989). The Course of Borderline Personality disorder. In A.Tasman, R.E. Hales and A.J. Frances (Eds.), Review of psychiatric (Vol. 8, pp.103-122). Washington, DC American psychiatric press.
406. Stone, M.H.(1993). Abnormalities of personality within and beyond the realm of treatment, New York: Norton.
407. Stone, M.H.; Stone, D.K.; and Hurt, S.W. (1987). Natural history of borderline patients tread by intensive hospitalization psychiatric clinics of North America, 10, 185-206.
408. Swartz, Blazer, D.; George, L.; and Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community, journal of personality disorders, 4,257-272.
409. Thimm, J. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perception of parental rearing style and personality disorder symptoms, journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 41,52-59.

410. Timmerman, I.; and Emmelkamp, P.(2006). The Relationship between attachment styles and cluster, B. personality disorders in prisoners and forensic inpatients, International journal of law and psychiatry, 29,98-56.
411. Trull, T.J.; Jahng, S.; Tomko, R.L.; Wood, P.L.; and Sher, K.J.(2001). Revised NESARC personality disorder diagnosis; Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders, journal of personality disorders, 24(4),412-426.
412. Ullrich, J.C. (2006). Prevelan and correlate of personality disorder in great britian. The britich journal of psychiatry, pp 423-431. Retrieved from http://bjp.cc.psych.org/content/188/5/423.short.
413. Vater, A.; Schroder_ Abe', M. WeiBgerber, S.; Roepke, S. and Schutz, A. (2015). Self-Concept structure and borderline personality disorder: evidence for negative compartmentalization. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 4,50-58.
414. Vignoli, E.; Chapeland, V.; and Fillipis, A. (2005). Career exploration in odolescents: The role of anxiety, attachment, and parenting style, journal of vocational behavior, 67,153-168.
415. Vitousek, K.; Apmonk, F.(1994). Personality variable and disorders in anorexia and bulimia nervosa, Journal of abnormal psychology, Vol.103, no.1,137-147.
416. Volkan, V.D. (1976). Primitive internalized object relations, New york, International University press.
417. Wafaa Abd Alhaleem Farrag. (2013). Cognitive dysfunction in borderline personality disorder: Case control study, Ain Shams University, Medicine Faculty, Psychiatry department.
418. Walters, G. (2011). Out of the FOG: information and support for these with a family or love one who suffers from a personality disorder.
419. Waska, R. (2005). A Case Study of borderline anxiety and the process of analytic transformation, Am.J Psychoanal, Jun, 65(2): 149-165.
420. Waxman, R.; Fenton, M.C.; Skodol, A.E.; Grant, B.F., and Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality

disorders in the U.S.A: Specificity of effects and the impact of gender. Personality and mental health, 8(1), 30-41.

421. Westen, D. (1993). The quality of depression in adolescents with borderline personality disorder. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 5,16-20.
422. Westen, D.; and Cohen, R.P. (1993). The Self in borderline personality disorder: A Self- verification: The psychodynamic perspective. In:Z. V. segal and S.J. blatt (Eds), The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives (pp. 334-360). New York: Guilford.
423. Westen, D.; Betan, E. and Defife, J.A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Association with borderline personality disorder. Development and psychopathology, 23-305.313.
424. Whitaker, C.A.; Felder, R.E.; Malone, T.P., and Warkentin, J. (1962). First stage techniques in the experiential psychotherapy of chronic schizophrenic patients. In J. Massermon, ed., current psychiatric therapies, Vol.2 (Ny: Grune and strotton).
425. Widiger, T.A.; Fracnes, A.; Trull, J.J. (1987). A psychometric andalysis of the social interpersonal and cognitive-perceptual items for the schizotypal personality disorder, Archive of general psychiatry, 44, 741-745.
426. Wieczorek, A.(2008). A case study of the borderline personality patient hospitalized in the personality disorders treatment department, psychoterapia, (4), pp.53-63.
427. Wilkinson, Ryon, T.; and Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. American journal of psychiatry, 157,528-541.
428. World Health Organization. (1992). 10th Revision of the international classification of diseases (ISD-10), WHO, Geneve.
429. Wynne, L; Ryckoff; I.M,: Day, J. and Hirsch, S.I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry, 21,205.220.

430. Yates A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects journal of the American Academy of child and adolescents psychiatry, 28,813-828.
431. Yen, S.; Shea, T.; Pagano, M.; Sanislow, C.A.; Grilo, C.M., McGlashan, T.H.; et al. (2003). Acix I and axis II disorders as predicators of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, Journal of abnormal psychology, 112,375-381.
432. Zanarin, M.; Young, I.; Frankemburg, F. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline in patient, journal of nervous mental disorder, 190(6): 381-387.
433. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Reich, D.B.; Silk, K.R.; Hudson, J.I. and Mssweeney, L.B. (2007). The Subsyndromal phenomendogy of borderline personality disorder. American journal of psychiatry, 164 (6), 929-35.
434. Zanarini, M.C.; Skodel, A.E.; Bender, D.; Dolan, R.; Sanislow, C.; Schaefer, E.; Morey, L.C.; Grilo, C.M.; Shea, M.T.; McGlashan, T.H.; and Gunderson, J.G.(2000). The Collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses, Journal of personality, 14,291-299.

Psychology, diagnostic and Predictive Signifcance of Borderline personality disorder Drawings in a Sample of Adolescents (in – depth clinical study)

Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab
professor of Clinical Psycjology and Psychoanalysis,
Department of Psychology
Faculty of Arts – Ain Shams University

Abstract:

The current study aims to reveal the effectiveness and ability of drawing tests, - whether standardized or free (spontaneous) - in diagnosing borderline personality disorder in adolescents, prediciting it, giving a clear dynamic picture of this disorder, knowing its psychological structure and monitoring the most common and prevalent symptoms, traits, and pathological signs and factors causing borderline personality disorder in these adolescents whose ages range between 16 : 18 years with an average age of (17) years. The study sample consisted of (6) cases divided into (5) females and only one male, using the following tools were applied:

- In depth clinical interview
- H.T.P test
- K.F.D test
- Added to free or spontaneous drawings or doodles the subjects autobiographies by using the clinical approach.