

ديناميات اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى مضطربي الشخصية الحدية من المراهقات (دراسة إكلينيكية متعمقة)

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ بكلية الآداب - قسم علم النفس - جامعة عين شمس
مدير مركز الخدمة النفسية بكلية الآداب- جامعة عين شمس

المخلص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن أهم الديناميات المسببة لاضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" لمضطربي الشخصية الحدية لدى فتاة مراهقة، ومعرفة البناء النفسى لديها، ورصد أهم الأعراض والسمات والعلامات المرضية الأكثر إنتشاراً وشيوعاً والعوامل المسببه لاضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية، وتكونت عينة الدراسة من (حالة واحدة فقط) حيث بلغ عمرها (١٨ عاماً)، وذلك بإستخدام الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، إختبار إيزنك للشخصية (EPQ)، إختبار تنسى لمفهوم الذات، إختبار تقدير الذات، إختبار H.T.P، إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D، إختبار تكلمة الجمل لساكس، إختبار T.A.T، إختبار الرورشاخ، بالإضافة إلى الرسوم الحرة أو العفوية، والسير الذاتية للمفحوصة، وذلك بإستخدام المنهج الإليكتينيكى.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى: المعاناه من فقدان الشهية العصبي لدى مضطربي الشخصية الحدية، بالإضافة إلى التقيؤ المستمر ونقص حاد في الوزن، ودخول العناية المركزة بشكل مستمر بسبب نقص البوتاسيوم، وذلك ناتج عن: اضطراب العلاقة بالموضوع "الأم"، وهو ما أدى بدوره إلى اضطراب وتشوه صورة الذات، وصورة الجسد، واضطراب الهوية، خلط واضح في الدور الجنسي، والاكتئاب المصحوب بتقدير ذات منخفض، الشعور بالدونية وبالنقص، سلوكيات إيذاء الذات، القابلية والاستهداف للحوادث، بالإضافة لمحاولات وأفكار انتحارية نتيجة أنا أعلى سادي، والمعاناه أيضاً من الاعراض السيكوسوماتك، ومن الفشل الاجتماعى، المعاناه من نرجسية مجروحة، ثورات انفجارية من الغضب، والشعور بالخواء

والفراغ الوجودي السيكلوجي، صعوبات في تنظيم الانفعالات، الابتزاز العاطفي، واحتياجات غير مشبعة كالحاجة للحب الغير مشروط، والحاجة للاهتمام والتقبل والرعاية غير المشروطة، الشعور بالاضطهاد، اضطرابات في التفكير والادراك وفي التخيل، أساليب معاملة والدية غير متسقة وغير ملائمة، بالإضافة إلى صراعات اسرية دائمة ومستمرة وغير محلولة، ضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي نتيجة ضعف الأنا، وأنا أعلى سادى، واقع محبط وغير مشبع، المعاناه من صراعات جنسية غير محلولة.

الكلمات المفتاحية: اضطرب فقدان الشهية العصبي - اضطرب الشخصية الحدية- المراهقة.

ديناميات اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى مضطربي الشخصية الحدية من المراهقات (دراسة إكلينيكية متعمقه)

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ بكلية الآداب - قسم علم النفس - جامعة عين شمس

مدير مركز الخدمة النفسية بكلية الآداب - جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

يعد الغذاء محور اهتمام العديد من الثقافات والمجتمعات، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تنتشر المطاعم والمجالات وكذلك البرامج التلفزيونية المتخصصة في الأكلات والأطعمة، بالإضافة أيضًا إلى مواقع التواصل الاجتماعي وتطبيقات التيك توك، وفيديوهات اليوتوب المتخصصة في إعداد الطعام، وفي نفس الوقت هناك الكثير ممن يعانون من زيادة الوزن، وهذا أدى بدوره لانتشار استخدام الأنظمة الغذائية من أجل إنقاص الوزن. فقد أدت رغبة الكثيرين وخاصة النساء في إنقاص أوزانهم إلى ظهور تجارة بيلابين الدولارات، ومن خلال هذا الاهتمام الشديد بالطعام والأكل، فإنه ليس من المدهش أن يتعرض هذا السلوك الإنساني للخلل والاضطرابات.

وبالرغم من أن الوصف السريري لاضطرابات الأكل يرجع إلى سنوات عدة خاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي "Anorexi Nervosa Disorder"، إلا أن فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa يعد من أكثر الاضطرابات النفسية الشائعة والمعقدة، وخاصة وفي البداية حيث نظر بعض العلماء إلى هذا الاضطراب على أنه اضطراب عصابي، بينما نظر بعضهم الآخر إليه على أنه اضطراب نفسجسمي أو سيكوسوماتك Psychosomatic ، كما تم النظر لهذا الاضطراب أيضًا على أنه فقدان شهية هستيري وفقًا للتقرير الذي كتبه طبيب الأعصاب الفرنسي "شارلز لاسيكو" Charles Laseque، إلا أن هذه الاضطرابات ظهرت في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) لأول مرة في عام ١٩٨٠ كاضطرابات فرعية في الطفولة أو المراهقة، ونشر في الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع المعدل من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-4) وتم وضعه في فئة مستقلة ضمن اضطرابات الراشدين، أما التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) بجنيف، وضع هذا الاضطراب تحت اضطرابات الأكل (مجدى الدسوقي، ٢٠٠٦: ١٠)، وبناء على ما سبق فإن اضطرابات الأكل Eating disorder أصبحت في مجموعة بارزة حيث أصبحت جاذبة لانتباه المعالجين والباحثين على مدى الثلاثة عقود الماضية.

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) تمت التسمية باضطرابات الأكل والتغذية Feeding and Eating Disorder الذي يشمل اضطرابات الطفولة مثل اضطراب أكل التراب Pic Disorder (وهي أكل مواد غير غذائية لفترات ممتدة)، واضطراب الاجترار Rumination Disorder وهي الارتجاع المتكرر للمواد الغذائية.

ولسوء الطالع، تعد اضطرابات الأكل من الاضطرابات التي تصف مرضها بالوصمة. ففي إحدى الدراسات، حيث طلب من طلاب الجامعة وضع وصف تخيلي للسيدات ذوي اضطرابات مختلفة، ثم تخيل نسبة لهذه الصفات طبقاً لعدد من الأبعاد (Wingfield, et al., 2011). فقد وجد أن المشاركين وصفوا السيدات المصابات باضطرابات الأكل بأنهن محطمت الذات وأنهن مسئولات عن هذه الاضطرابات، كما يعتقد الذكور في هذه الدراسة أن اضطرابات الأكل يمكن التغلب عليها بسهولة. وفي دراسة أخرى (Roehrig & Mclean, 2010)، تم توزيع المشاركين بشكل عشوائي لقراءة خيالية عن سيدات إما مصابات باضطراب الأكل أو بالاكنتاب، ووجد أن المشاركين قد تخيلوا السيدات المصابات باضطرابات الأكل بأنهن أكثر مسئولية عن اضطرابهن، وأكثر هشاشة في مواجهة الحياة، وأكثر احتمالاً لتركيز انتباه الآخرين على حالتهم مقارنة بالمشاركين الذين قرءوا عن السيدات المصابات بالاكنتاب، هذه الأنماط من الاتجاهات تتفق تماماً مع الأبحاث الراهنة حول اضطرابات الأكل.

(آن كرينج وآخرون، ٢٠١٥: ٦٥٢).

وتأكيداً لما سبق فقد أظهرت دراسة (محمد أحمد محمود خطاب، ٢٠٢٠) وكانت بعنوان: "ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين - دراسة اكلينيكية متعمقة" معاناة غالبية مضطربي الشخصية الحدية وخاصة الفتيات من اضطرابات الأكل بشكل ملفت للنظر، وخاصة فقدان الشهية العصبي Anorexi nervosa، حيث كانت الفتاة

تعتقد بأن جزء من جسدها ممتلئة جدًا، ويهدرون الكثير من الوقت في فحص أنفسهم أمام المرآة، بالإضافة إلى الامتناع لفترات طويلة عن تناول الطعام، أو تناول بعض من رقائق البسكويت التي لا تسمن أو تغني عن جوع. وخاصة أن المصابات بفقدان الشهية العصبي يقمن بتجوع أنفسهن، ويعيشن على القليل من الطعام، أو لا يأكلونه لفترات طويلة جدًا، ومع ذلك يظنون مقتنعين بأنهم بحاجة إلى إنقاص المزيد من الوزن، نتيجة لذلك، يكون وزن أجسادهن أقل بكثير من الحد الأدنى الطبيعي لعمرهم وطولهم؛ ولهذا يُعد فقدان الشهية العصبي اضطرابًا خطيرًا، حيث يبلغ معدل الوفيات من ٥% إلى ٩% (Arcelus, et al., 2011; Erdur et al., 2012)، وفي أحيان أخرى تصل نسبة الوفاة إلى ١٥% وفقًا لدراسة (Benbassal, 2011).

حيث تشير العديد من الدراسات إلى ارتفاع نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بنسبة ٤% من النساء خلال حياتهن، كما يبلغ متوسط مدة المرض (٦ سنوات، بينما تصل معدل الوفيات إلى ٥%)، وتكون هذه الوفيات إما بسبب الانتحار أو المضاعفات الطبية لفقدان الشهية العصبي (Cass & et al., 2020)، بينما تشير نتائج دراسة (Godart & et al., 2004) أن معدلات الانتشار في أواخر المراهقة وبداية البلوغ تتراوح ما بين 0.5% إلى 1% من الفتيات، أما في البرتغال فقد أشارت دراسة (Pinheiro & et al., 2006) فقد تراوحت معدلات الانتشار لهذا الاضطراب ما بين 0.3% إلى 3.7% طوال الحياة، بينما أشارت دراسة (Dixe, 2007) إلى أن معدل الانتشار لفقدان الشهية العصبي كان بنسبة 0.5% إلى 1%، إلا أن دراسة (Hulsmeyer, et al., 2011) أشارت إلى انتشار فقدان الشهية العصبي كان بنسبة 15.97%، أما دراسة (Cruz, 2019) فقد أفادت بأن معدل انتشار فقدان الشهية العصبي لدى الأفراد الذين استوفوا المعايير الثلاثة لتشخيص فقدان الشهية العصبي وفقًا لمعايير (DSM-5) هو 3.3% (٦٠% إناث، ٤٠ ذكور)، أما في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر الدراسات أن ١% من المراهقين و 0.5% إلى 3.7% من النساء يعانون من فقدان الشهية العصبي، بينما يصيب هذا الاضطراب حوالي 1.5% من النساء الفرنسيات في المرحلة العمرية من ١٥ إلى ٣٥ سنة (Lacoste, 2017).

أما في المجتمعات العربية فقد توصلت (زينب شقير، ٢٠٠٢) في مصر إلى ارتفاع نسبة فقدان الشهية العصبي إلى 8.92% بين الذكور مقابل نسبة 15.45% لدى الإناث،

في حين توصلت دراسة (Hisam, et al., 2015) على أن فقدان الشهية العصبي لدى الفتيات المراهقات في باكستان بلغ ٤٢%، وفي عمان بلغت نسبة هذا الاضطراب إلى 5.17% (نسيمة داوود، ربي الفاخوري، ٢٠١١).

ومن بعض أخطر عواقب فقدان الشهية العصبي هي: مضاعفات القلب الوعائية بما في ذلك بطء شديد في معدل ضربات القلب، وعدم انتظام ضربات القلب، وفشل القلب، ومن المضاعفات الخطيرة أيضاً والمحملة لفقدان الشهية توسع المعدة الحاد إلى درجة التمزق، كما قد لوحظ أن هناك تلف الكلى لدى بعض الأشخاص المصابين بفقدان الشهية، وقد يؤدي ضعف أداء الجهاز المناعي إلى أنهم يصبحوا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الطبية. بالإضافة إلى ذلك، فإن معدل الانتحار بين المصابات بفقدان الشهية العصبي هو (٣١) ضعف المعدل لدى عامة الناس (Preiti, et al., 2011).

وبالإضافة لما سبق يقابل الأطباء صعوبة شديدة في علاج هؤلاء المريضات بل وتصل نسبة الوفاة في مثل هذه الحالات إلى حوالي ١٥% من مريضات فقدان الشهية العصبي، ويتحول المرض إلى درجة مزمنة في ٥٠% من المريضات (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٩٠).

ولذا فقد إحتلت دراسة الشخصية مكانة مهمة، ومما ساعد على تأكيد هذه المكانة النظر إلى الشخصية على أنها محصلة عدة عوامل تعمل في وحدة متكاملة تنتج من تفاعل عدة سمات جسيمة ونفسية تحدد أسلوب تعامل الشخصية مع مكونات بيئية، ولذا فالشخصية ما هي إلا تنظيم دينامي متكامل للصفات الجسدية والعقلية والخلقية والاجتماعية، ويتم تشخيصها عادة عندما تتداخل هذه السمات المختلفة مع أفعال غير سوية بشكل واضح، بحيث تكون مشوهة ومرضية، ومن ثم فإن كل اضطراب للشخصية مسبوق بمجموعة من السمات المرضية التي تظهر على الفرد من خلال تفاعله مع ذاته والبيئة المحيطة.

(Paris, J., 1994).

ولذا تعد اضطرابات الشخصية كمفهوم إكلينيكي ما هو إلا النتاج السلوكي لتأخر مسيرة النضج أو تعثرها أو فرط حدتها أو إنحرافها (يحيى الرخاوى، ١٩٧٩: ٤٤٦)، ومن ثم فإن اضطرابات الشخصية تعد بمثابة سؤ تكيف يؤثر في أداء الشخص الإجتماعي والوظيفي، وقد يحدث هذا حتى في كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصفات متوافقة مع الأنا (أي سمات

الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه)، وقد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا ولكن يجد الشخص صعوبة في تغييرها رغم ما كل يبذله من محاولات.

(محمود حموده، ٢٠١٤ : ٦٨٦ - ٦٨٧).

وخاصة إذا ما علمنا أن حوالي ١٠% من عامة السكان وما يصل إلى نصف المرضى النفسيين في وحدات المستشفيات والعيادات يعانون من اضطراب في الشخصية والتي تبلغ مستويات التورث فيها حوالي ٥٠%، ومن ثم فإن تكاليف الرعاية الصحية المباشرة والتكاليف غير المباشرة للإنتاجية المفقودة، والمرتبطة باضطراب الشخصية، ولا سيما اضطراب الشخصية الحدية أكبر بكثير من التكاليف المرتبطة بالاضطرابات الأخرى.

(Andrew Skodal, 2018).

الإ أن اضطراب الشخصية الحدية يظل ويعد من أكثر اضطرابات الشخصية إثارة للجدل، ومن ثم فقد أهتم العلماء والباحثون بدراسته في عينات مختلفة للتعرف على أهم المتغيرات التي قد تساعد في تفسير صلابته ومقاومته للتغيير (Lee, et al., 2009)، حيث يتسم هؤلاء الأفراد بنمط ثابت من الشخصية يتصف بمجموعة من السمات ومن أهمها عدم الاستقرار الإنفعالي، والاندفاعية، وعدم إستقرار العلاقات بين الشخصية، واضطراب الهوية، واضطراب 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 تفرج الإهتمام في السنوات الأخيرة باضطراب الشخصية الحدية (BPD)، حيث يرتبط هذا الإهتمام على الأقل بعنصرين وهما كما يلي:

أولاً: أن الأفراد الذين تتوفر فيهم معايير اضطراب الشخصية الحدية يتدفقون على المراكز الصحية ومكاتب الممارسين، حيث يمثل مرض اضطراب 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 اضطراب هؤلاء الأشخاص ربما تكون متناهية، وأن التطور العلاجي 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 اضطراب الشخصية شبه الفصامية، وأن ٤٧% منهم توجد لديهم معايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وأن ٥٧% منهم توجد لديهم معايير تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية (Widiger, et al., 1987)، وينتشر اضطراب 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 في إلحاق الأذى بالذات بما فيه محاولات الإنتحار، حيث تمثل نسبة النساء ٧٤% من مرض اضطراب 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)

وفي 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 اضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لإيذاء الذات ومحاولة إنتحار على الأقل مرة واحدة تتضمن أشخاص تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ إلى ٤٥ عاماً (محمود حموده، ٢٠١٤: ٦١٢؛ Greer and lee, 1967؛ Clarkin, et al., 1983 cowdry, 1985؛ Paris, J., 2005) في أن الشخصية الحدية تظهر أولاً في المراهقة بمتوسط عمرى ١٨ عاماً. ويمكن لهذه الأعمال أن تتنوع في الحدة والشدة من أفراد لا يحتاجون إلى معالجة طبية مثل: (الخدوش البسيطة، خبط الرأس، حروق السجائر) إلى تلك تتطلب عناية في وحدة مركزة مثل: (الجرعة الزائدة، إيذاء الذات، والخنق)، ولأن السلوك الإنتحارى لمرضى اضطراب الشخصية الحدية يكون دائماً غير مهلك، إلا أن تقديرات معدل الإنتحار بين مرضى اضطراب الشخصية الحدية تكاد تصل إلى ٩% (Stone, M., 1989)، وإن ما يقدمون على الإنتحار بالفعل تتراوح أعدادهم ما بين ٥% إلى ١٠% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

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

وخاصة أن السلوكيات الانتحارية وغيرها من السلوكيات المندفعة المضطربة هي 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 اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية يظهر في سن مبكرة وبدايات المراهقة وهو الأمر السلبي الذي يمتد تأثيره على كافة المستويات والأصعدة.

; مارث إم. لينهان، ٢٠١٤: ٢٠-٢٢؛ (McGlashan, 1983; Paris, J., 2005; محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠

لذا فالبحث في هذا الموضوع لدى هذه الشريحة العمرية أمر ضروري، لا سيما أن هذا النوع من الإضطرابات يشكل إعاقة في النمو على مختلف الأصعدة، ودراسته تكتسب أهمية بالغة للتعرف على ديناميات اضطرابات الأكل المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى الفتيات المراهقات، لا سيما وأن مستقبل البلاد وبناء المجتمع وتطويره منوط بالأدوار التي يقوم بها هؤلاء المراهقين.

ولهذا فإن أي عملية تنموية تتجاهل الإنسان عموماً، والمراهقين على وجه الخصوص، فهذا يعني أنها مقضى عليها بالفشل، وهذا ما نلاحظه في أن الفتاة المراهقة التي تعاني من اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية حيث تشقى نفسها ومجتمعها أيضاً، ولذا فإن المجتمع نفسه يخسر مرتين كما يلي:

الأولى: يخسر هؤلاء المراهقات كطاقة فعالة ومنتجة.

والثانية: عندما يتكلف المجتمع علاج هؤلاء المراهقات في مؤسسات ومصحات علاجية، ومن هنا جاءت أهمية الدراسة الحالية من خلال الوقوف على أهم الديناميات الخاصة باضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات.

مشكلة الدراسة:

يشيع انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وبمعدل كبير في مرحلتى المراهقة المبكرة والمتأخرة، أى في مرحلتين عمريتين من سن ١٣ عاماً - ١٤ عاماً، ومن ١٧ عاماً - ١٨

عامًا (Steiger, et al., 1995: 108)، وبعد سن الثالثة عشر يتزايد حدوث بداية هذا الاضطراب بشكل سريع وحاد؛ حيث يزداد عدد الحالات من مضطربي فقدان الشهية العصبي في أعمار ١٧، ١٨ عامًا، كما أن حوالي ٨٥% من حالات فقدان الشهية العصبي تنحصر في المدى العمري من ١٣ عامًا : ٢٠ عامًا. (Fornari, et al., 2000: 234-235)، ويظل الاضطراب واضحًا حتى سن ٣٥ عامًا تقريبًا، وهو أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور (Cooper & Turner, 2000: 216).

ويتفق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت أن نسبة الإناث المصابات بفقدان الشهية العصبي تزيد بدرجة كبيرة عن الذكور؛ حيث تشكل نسبة الإناث المصابات بفقدان الشهية العصبي حوالي ٩٠% من الحالات التي يكون فيها سن بداية الاضطراب أثناء فترة مرحلة المراهقة الوسطى أو المتأخرة أو خلال سن البلوغ (مجدى الدسوقي، ٢٠٠٦: ٢٤). ومن العواقب الجسمية المصاحبة لفقدان الشهية العصبي Physical Consequences of Anorexia Nervosa: التجويع الذاتي واستخدام المليينات والتي لها تأثيرات جسمية غير مرغوبة كإخفاض ضغط الدم، بطء ضربات القلب، مع ظهور مشكلات بالكلي والأمعاء، وانخفاض الكثافة العظمية، وجفاف الجلد، وهشاشة الأظافر، واختلال الهرمونات، مع احتمالية كبيرة للإصابة بالأنيميا، بالإضافة أيضًا إلى تساقط شعر فروة الرأس، وقد يصبح شعر الجسم زغبي ذو لون أفتح وأقل سمكًا، مع انخفاض نسبتي البوتاسيوم والصوديوم بالجسم - وهو ما عانت منه بالفعل المفحوصة في الدراسة الحالية - وهذه الأملاح الموجودة بسوائل الجسم مهمة في نقل السوائل العصبية، وبهذا فإن انخفاض نسبتها قد تؤدي للشعور بالإعياء والوهن واضطراب ضربات القلب وحتى الموت المفاجيء، - حيث تم بالفعل احتجاز المفحوصة في العناية المركزة بين الحياة والموت وفي حالة إعياء شديدة - ويهدد فقدان الشهية العصبي حياة الإنسان حيث ترتفع معدلات وفيات المصابين به إلى (١٠) أضعاف معدل الوفيات العادية، كما أنها تبلغ ضعف الوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث تصل نسبة معدل الوفاة بين السيدات ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي ما بين ٣% إلى ٥% (Crow, et al., 2009; Keel & Brown, 2010)، وغالبًا ما تكون الوفاة بسبب المضاعفات الجسدية كاحتقان عضلة القلب أو بسبب الانتحار (Sulliva, 1995; Herzog, et al., 2000).

وغالبا ما تعاني النساء المصابات بهذا الاضطراب من الاكتئاب، والوسواس القهري، والرهاب، واضطراب الهلع، واضطرابات سوء استخدام المواد، والعديد من اضطرابات الشخصية (Godart, et al., 2000 ; Ivarsson, et al.,2000; Root, et al., 2010; Bakker, et al., 2010)، وهو ما نجده بالفعل شائعا لدى الفتيات المراهقات ممن يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. حيث ترتفع معدلات الانتحار الكامل بين الأفراد ذوي فقدان الشهية إلى ٥%، و ٢٠% لمحاولات الانتحار (Franko & Keel, 2006).

ولهذا يعد اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية من أسوأ وأشد أنواع اضطرابات الشخصية لأنه غالبا ما يترك ويحير كلاً من المعالج النفسي والمريض، وخاصة أنه يتضمن عدداً ضخماً ومتداخلاً من الأعراض المثيرة للمشكلات والجدل بما في ذلك قضايا وأعراض الإستسلام، والعلاقات الشخصية والاجتماعية الحادة والمقلبة، وخاصة أن الكثير منهم يلجأون إلى التجنب العام بسبب تعرضهم للعديد من الإخفاقات وخوفهم من النبذ والتخلي وتقادى المزيد من الألم، بالإضافة أيضاً إلى التشنيت، والإندفاعية والإدمانية أو الجنسية التي تضر الذات وتؤديها، هذا أيضاً بجانب المحاولات الإنتحارية التي تشبه الذات الجسمية، والسلوك المؤذي والمشوه للذات وللآخرين، والتقلبات الإنفعالية الحادة، ومشاعر الفراغ وإرتكاب الكثير من حماقات الضارة، والغضب غير المبرر وغير الملائم، والأعراض الهذائية Paranoid، والأعراض التفككية Dissociative والإنشاقية.

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

كما تؤثر اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية أيضاً تأثيراً سلبياً على الفرد فيخفض تبعاً لذلك إنجازه الأكاديمي، وترتفع درجة القلق لديه، وتكون قدرته على الإحتمال منخفضه وتتدنى مهاراته الإجتماعية، ويزداد لديه الخوف من المستقبل، وإحتمال متدنى لتحمل الألم البدني والإنفعالي، وتقدير ذات منخفض.

(السيد كامل الشريبي، ٢٠١٠: ١٤٧؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠).

فهذا الإضطراب يؤثر تأثيراً كبيراً على المراهق، ويجعل من يتعامل معه في حالة نفسيه سيئة، وأكثر من يعاني هم أسر هؤلاء المراهقين.

(فتحي عفيفي، عبد الجواد عبد السميع، ٢٠١٦: ٢٢٤).

وبالإضافة لما سبق أيضاً تكمن مشكلة اضطراب الشخصية الحدية في إنه يختلف كثيراً عن بعض اضطرابات الشخصية الأخرى والتي تتشابه مع بعضها الآخر، غير أن هناك صفة واحدة يتميز بها وهي عدم الإستقرار العاطفي أو الوجداني.

(هند عبد الرحمن، ٢٠١٥: ٤).

وترجع خطورة هذا الاضطراب أنه يبدأ في سن المراهقة (McGlashan, 1983)، وهو الأمر السلبي الذي يمتد تأثيره على كافة المستويات والأصعدة، سواء على المدى القريب أو المدى البعيد وخاصة إذا ما علمنا أن ما بين ٧٠% إلى ٧٥% من الأشخاص المصابين باضطراب 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 الذي يؤكد أيضاً (Eugene, kee, 2012) في أن اضطراب 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 في العلاج النفسي كما تبين في إحدى الدراسات إلى أنه على مدى (٢٠) عاماً قام ما يقارب بـ ٧,٥% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية على الإنتحار، بالإضافة لما سبق فإن غالبية الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب غير واعين باضطراباتهم ولا يسعون لطلب العلاج، وأن لديهم إستعداد متزايد لتعاطي العقاقير، بل وإمكانية لإرتكاب كافة المخالفات القانونية.

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

وفي هذا السياق أيضاً يشير (Jeffrey, 2004) أن اضطرابات الشخصية قد حصلت على إهتمام أقل مقارنة بالاضطرابات 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 الأولى (Ionanger and tulis, 1983).

ولذا يعد اضطراب الشخصية الحدية من الإضطرابات الحادة والمزمنة إلى حد ما والتي تجعل الفرد المصاب به وأسرته يواجهون تحدياً كبيراً في التصدي لهذه المشكلة وكيفية التعامل معها (محمد حمدي الحجار، ٢٠٠٠: ٩٦).

وهذا ما يجعلنا نؤكد أنه قد لانجد أمثلة في المرض النفسي الحاد أو اضطرابات الشخصية أكثر مأساوية من اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، والتي يمكن أن تستمر فيه العواقب الإنفعالية والأضرار النفسية والجسدية لهذا الإضطراب مدى الحياة.

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

- ما هي خصائص النمو النفسي والجنسي والمراحل المبكرة للنمو لدى الفتيات المراهقات ممن يعانين من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة التخييلات والحياة الداخلية للفتيات المراهقات ممن يعانين من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية، وعلاقتهم بالموضوع وعلاقة هذا كله بالواقع الخارجي؟
- ما هي طبيعة البناء النفسي للفتيات المراهقات ممن يعانون من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة الصراع النفسي والسيكودينامي للفتيات المراهقات ممن يعانين من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة العمليات أو الميكانيزمات الدفاعية لمنظمة الأنا؟
- ما هي طبيعة الدوافع الشعورية واللاشعورية والتي تكمن وراء اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة صورة الجسم وصورة الذات والآخر لدى الفتيات المراهقات ممن يعانين من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة العلاقة بالموضوع وعلاقته باضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟

- ما هي طبيعة التفاعلات والديناميات الأسرية للفتيات ممن يعانون من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي طبيعة العلاقة مع الاقران؟
- ما هي أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية والبيئية والأسرية للفتيات ممن يعانون من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟
- ما هي أهم الأعراض الإكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للفتيات ممن يعانون من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية؟ بهدف الكشف عن بعض المكونات الدينامية لاضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية للفتيات، والتي تستند على أسس نظرية التحليل النفسي.

أهمية الدراسة:

إن الفهم الشامل لاضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لهو أمر ضروري لإرتباط اضطرابات الشخصية بالسلوك والعلاقات الشخصية والتعليم والمشكلات المهنية (Almquist, 2008: 22).

وخاصة أن هناك ندرة في الدراسات المتعلقة باضطرابات الشخصية بصفة عامة و اضطراب الشخصية الحدية بصفة خاصة وعلاقتها باضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي ، وذلك من وجهة النظر الدينامية المتعمقة، وبناء على ما سبق تستمد أى دراسة أهميتها من إرتكازها على محورين أساسيين وهما كما يلي:

المحور الأول: وهو ما يتعلق بحيوية الموضوع أو الظاهرة التي يتم التعامل معها، وهو ما نتعامل معه بالفعل في هذه الدراسة إلا وهو اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات (دراسة حالة)، والتي تفرق كل من المراهق والأسرة والمجتمع هذا من جانب، ومن جانب آخر يتراوح إنتشار اضطراب 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 والذي يحدث لهم إنتكاسات، بالإضافة إلى أن هناك من ٨% إلى ١٠% ينتحرون في بعض الأحيان، كما يتميز هذا الإضطراب بضعف وظيفي حاد، وإرتفاع مخاطر الإنتحار، وتأثير سلبي على مسار الإضطرابات الإكتئابية وإستخدام واسع النطاق للعلاج، وإرتفاع التكاليف على المجتمع

حيث يذكر (Tyrer, 2010) أن تكاليف الرعاية الاجتماعية والصحية لذوى اضطرابات الشخصية فى إنجلترا تقدر بـ (٧٠٤) مليون جنيه إسترليني سنوياً، وعندما أدرجت الخسائر الإنتاجية إرتفعت التكلفة إلى (٧٠٩) مليون جنيه إسترليني سنوياً، وتقدر تكلفة الخدمات الصحية لكل مريض يعانى من اضطرابات 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 اضطراب الشخصية المصاحب لفقدان الشهية العصبي لدى الفتيات المراهقات يعد أمراً هاماً، ومن هنا تأت أهمية الإسهام فى الجهود العلمية التى تعنى بدراسة اضطراب الشخصية الحدية واضطرابات الأكل لدى الفتيات المراهقات بشكل عام، وعلاقة هذا كله باضطراب فقدان الشهية العصبي لديهن، والفتيات بشكل خاص - حيث أن نسبة الإناث إلى الذكور فى هذا الاضطراب تقدر بـ ٣ : ١ (Barbara, J., 2018) - من وجهة النظر الدينامية، ولعل هذا قد يسد ثغرة فى مجال الدراسات النفسية لهذه الفئة من المصابين باضطراب الشخصية الحدية المصحوب بفقدان الشهية العصبي.

أما المحور الثانى: فهو خاص بالشريحة الإنسانية أو العينة التى تجرى عليها الدراسة ألا وهم المراهقين من سن ١٧ : ١٩ سنة، وخاصة أن مرحلة المراهقة 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 يعتره الفرد من صراعات متعددة سواء داخلية كانت أو خارجية، وخاصة فيما يتعلق بالإنتلاق 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 وإختبارات جديدة، لأن الطفل يشعر عندها بأنه يقترّب 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 تتعرض لها المراهقات وخصوصاً اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب 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 الفتاة المراهقة 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 فالبحت فى هذا الموضوع لدى هذه الشريحة العمرية أمر ضرورى، لا سيما أن اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب 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 للفتيات المراهقات، 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 المستترة والظاهرة وراءها، الأمر الذى يؤدى إلى إثراء كل من التراث النظرى والتطبيقي لاضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية، وذلك من وجهة النظر الدينامية المتعمقة ، وتطويع ذلك فيما بعد لتدعيم البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية لهؤلاء المراهقات على النحو الأمثل.

أهداف الدراسة:

إن هدف أى دراسة هو النفاذ إلى ما وراء الوصف إلى التفسير الفاهم لديناميات الشخصية، ومن ثم تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على اضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى الفتيات المراهقات وذلك من وجهة النظر التحليلية النفسية المتعمقة للوصول للعلة الحقيقية التى تكمن وراء إنتشارها وبشكل متزايد وخاصة فى السنوات الأخيرة من القرن الواحد والعشرين وذلك من خلال ماياتى:

- الكشف عن أهم الديناميات المسببة لاضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى الفتيات المراهقات.
- معرفة البناء النفسى للفتيات المراهقات ممن يعانون من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية.
- رصد أهم الأعراض والسمات والعلامات المرضية الأكثر إنتشاراً لدى الفتيات المراهقات ممن يعانون من اضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية.
- التوصل إلى فهم أكثر عمقاً للشخصية الحدية وعلاقتها باضطرابات الأكل وخاصة فقدان الشهية العصبي، ومن ثم تحديد أهم العناصر لتي ينبغي التركيز عليها عند تصميم البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية والتي تهدف إلى التقليل والتخفيف من أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الفتيات المراهقات بصفة عامة، واضطرابات الأكل بصفة خاصة.

مصطلحات الدراسة:

أولاً - دينامى Dynamic:

يشير هذا المصطلح إلي وصف القوة الدافعة أو المحركة، وإن جاءت أيضاً وصفاً للحركة أو الظاهرة الناشئة عن القوة المحركة، وأن كانت الآليات تشير بنوع خاص إلى تلك العمليات العقلية بينما تتضمن الديناميات فى الطب النفسى إلى ما يقوم به الجهاز النفسى، وإلى القوة أو الطاقة التى تدفع إلى العمليات العقلية. وتستخدم كلمة الآليات العقلية Mental mechanisms ، والديناميات dynamics ، للإشارة الي الطاقة النفسية الدافعة لتلك العمليات، أو في تعليل الظاهرة بأنها ناتجة عن طاقة دافعة ومسببة لها، وأغلب الآليات العقلية التى تذكرها مدرسة التحليل النفسى كوسائل دفاعية للأنا تسمى أحيانا ديناميات عقلية.

(وليم الخولى، ١٩٧٦: ١٥٦ - ١٥٧).

بينما يعرفها (مصطفى كامل، ١٩٩٣: ٣٤٠) بأنها: "مفهوم يعنى الطاقة والفاعلية والتدافع والحركة والتغيير المستمر بين الفرد والواقع سواء أكان داخلياً او خارجياً".

وهو ما يؤكد أيضاً كل من (أ.ف. بتروفسكى، م.ج. ياروشفسكى، ١٩٩٦: ٨٠) فى

تعريفهما للديناميات النفسية Psychodynamics كمايلي:

١- مجال فى علم النفس يهتم بدوافع السلوك البشرى والحوافز والإنفعالات وصراعات الشخصية أى المجال الدينامى (الدافعى، الوجدانى) للحياة النفسية كمجال مختلف عن المجال العقلى.

٢- إتجاه فى علم النفس الغربى يتناول النشاط النفسى من وجهة نظر دينامية وفاعلية.

ثانيًا - اضطراب فقدان الشهية العصبي **Anorexia Nervosa Disorder**:

هى جملة "زملة" اعراض وصفها لأول مرة: السير وليم جل W. Gull ؛ على أنها: سوء هضم هستيري *Apepsia Hysterica* ، واللفظ من اقتراح "جل" سنة ١٨٧٤، ومن أهم الاعراض المميزة لهذا الاضطراب: عدم القدرة على الأكل، فقدان الوزن، واحتباس الحيض *Amenorrhea* . يصحبه عادة تغير المزاج الوقتى للكآبة، وشكاوى المرضى غالبًا أيضًا فى الجزء الخاص بالمعدة والقناة الهضمية التى أكثرها شيوعًا الامساك كانهضاض فى الأمعاء، والجدير بالذكر أنه مع تسمية هذه الصورة الإكلينيكية لفقدان الشهية العصبي، لا يلزم أن يكون لها سبب واحد، بل الصفة الهامة هى أن له عدة أسباب سواء على المستوى الكامن أو الظاهر، والتبريرات التى يقدمها المرضى لعدم تقبل الطعام تتدرج من استجابات النفور من أطعمة معينة إلى خوف الاختناق من الطعام ، وإلى خوف القىء بعد الأكل.

وبالإضافة لما سبق فمصطلح *anorexia* مصطلح اغريقي الأصل يشير إلى: فقدان الشهية أو "فقدان الرغبة فى الأكل"، أما *nervosa*، يشير إلى أنه يرتبط بالحالة النفسية والعصبية، ولكن هذه التسمية مضللة لحد ما، حيث أن فى واقع الأمر معظم من يعانون من هذا الاضطراب لا يفقدون شهيتهم أو اهتمامهم بالطعام بل على العكس أثناء تعريض أنفسهم لنوبات الجوع الشديد يكونون مشغولين بالتفكير فى الطعام ، بل ربما يداومون على قراءة كتب الطهي وإعداد الوجبات الشهية لعائلاتهم.

ولذا؛ فالأشخاص المصابون بفقدان الشهية العصبي يجوعون أنفسهم، ويعيشون على القليل من الطعام أو لا يأكلونه لفترات طويلة جدًا، ومع ذلك يظنون مقتنعين بأنهم بحاجة إلى إنقاص المزيد من الوزن. نتيجة لذلك، يكون وزن أجسامهم أقل بكثير من الحد الأدنى الطبيعى لعمرهم وطولهم، وعلى الرغم من هزالهم، فإن الأشخاص الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي لديهم صورة مشوهة عن أجسامهم، وغالبًا ما يعتقدون أنهم بدينون بشكل مثير للاشمئزاز ويحتاجون إلى فقدان المزيد من الوزن.

ومن ثم فإنهم يخرطون بشكل روتيني في سلوك يتعارض مع أي زيادة في الوزن، إنهم يشعرون بالرضا وقيمتهم فقط عندما تكون لديهم سيطرة كاملة على طعامهم وعندما يفقدون الوزن، حيث يتسبب فقدان الوزن في إصابة الشخص المصابين بفقدان الشهية بالإنهاك المزمن، ومع ذلك فإنهم يدفعون أنفسهم إلى ممارسة الرياضة بشكل مفرط والحفاظ على جدول منهنك في العمل أو الدراسة. يحاول بعض الأشخاص البقاء لأيام دون تناول أي شيء؛ إذ يأكل معظمهم كميات صغيرة جدًا من الطعام كل يوم، وذلك جزئيًا للبقاء على قيد الحياة وجزئيًا استجابة لضغوط الآخرين لتناول الطعام (سوزان نولن، ٢٠٢٣: ٦١١).

ويرى (عادل الأشول، ١٩٨٧: ٧٩) أن فقدان الشهية العصبي: حالة تتمثل في رفض الفرد تناول الطعام مما يؤدي إلى فقدان الوزن والحيوية، ويحدث هذا الاضطراب لدى الفتيات المراهقات المصابات باضطرابات ومشكلات انفعالية مرتبطة بصورة ذواتهن الجسمية. ويتفق مع هذا التعريف أيضًا، تعريف (عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢: ٣٣) والذان أشارا إلى أن الفتيات المراهقات ممن يعانين من فقدان الشهية العصبي لديهن مشكلات انفعالية تتعلق بمفهوم الذات الجسمية أي تصورهن لأجسامهن.

بينما يرى كل من (جابر عبد الحميد، وعلاء كفاي، ١٩٨٨: ٢٠٠) أن فقدان الشهية العصبي: هو نقص مستمر في الشهية للطعام، ورفض له، وكثيرًا ما يكون مصحوبًا بنقص حاد في الوزن وهزال واشمئزاز من رؤية الطعام أو التحدث عنه، وتحدث هذه الحالة بكثرة لدى الفتيات المراهقات، وكثيرًا ما يفسر هذا باعتباره رغبة لأن تبقين نحيفات كالصبيان، وبالتالي تتجنبن أعباء النمو والنضج والقيام بدورهن الأنثوي والزواجي.

أما (Kaplan & Sadock, 1989: 498) فقد أشارا إلى أن فقدان الشهية العصبي: ما هو إلا اضطراب يتصف بوضع الفرد لنفسه نظام غذائي معين ومحدد وصارم، مع وجود أنماط شاذة في التعامل مع الطعام، والذي ينتج عنه: فقد كبير للوزن، وخوف شديد من السمنة والبدانة مع وجود اضطراب أساسي في صورة الجسم، كما يرى مضطربي فقدان الشهية العصبي أنفسهم على أنهم بدناء على الرغم من هزالهم الواضح، كما يرفضون أيضًا الاحتفاظ بوزن أجسامهم فوق الحد الأدنى للوزن الطبيعي بالنسبة للعمر الزمني والطول، وبالإضافة لما سبق يتبع هؤلاء المرضى نظام غذائي معين بشكل دائم، ويتظاهرون بأنهم تناولوا طعامهم،

وهم في الحقيقة لم يأكلوا إلا القليل جدًا، وحتى هذا القدر القليل يحاولون التخلص منه بشتى ومختلف الطرق وأهمها التقيؤ عن قصد أو عمد.

ويعرف (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧: ٣٢) فقدان الشهية العصبي بأنه: رفض الفرد للطعام أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم إلى النقطة التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان بالموت جوعًا، ويسمى فقدان الشهية العصبي أحيانًا بالتجوع المرضي Abnormal Self – Starvation بمعنى أن المريض يقوم بتجوع نفسه وحرمانها من الطعام أو أن يضع الفرد حدودًا غذائية لا يتعداها وتقييدًا شديدًا لكمية الطعام التي يتناولها.

ويعرفها أيضًا (محمود حمودة، ١٩٩٨: ٢١٨) بأنها عبارة عن : لزمة مرضية نفسية يميزها الخوف الشديد من زيادة الوزن أو السمنة وتشوه صورة الجسم ، واضطراب صورة الجسم Body Image، ونقص الوزن الملحوظ، ورفض المحافظة على وزن الجسم في حدود الطبيعي (ولو في حده الأدنى المناسب للسن والطول)، وانقطاع الحيض (الدورة الشهرية)، وذلك دون أي سبب عضوي. ويشكو المصابون بهذا الاضطراب من بدانة عامة أو في أجزاء معينة من أجسامهم، بينما هم في الحقيقة ناقصوا الوزن بوضوح تام، أو في حالة هزال، وهم دائما منشغلون بحجم أجسامهم، وعادة غير راضين تمامًا عن بعض ملامح تكوينهم الجسماني. أما فقد الوزن فعادة يرجع إلى إنقاص كمية الطعام مع مجهود كبير يبذله الشخص، وكثيرًا ما يقىء الشخص نفسه، أو يستخدم مدرات البول، أو العقاقير المسهلة.

وتعرف (زينب شقير، ١٩٩٩: ٧٧١) فقدان الشهية العصبي بأنه: رفض لاشعوري للأكل باستثناء تناول كميات ضئيلة في صورة سوائل مما يؤدي إلى نقص في وزن الجسم، والخوف الشديد من اكتساب الوزن، ويتخلل هذا الامتناع عن تناول الطعام بعض نوبات من الشره للطعام، ويكثر حدوث هذا الاضطراب بين الفتيات في مرحلة المراهقة.

وبالإضافة لما سبق يؤكد (Klump, et al., 2000: 293) بأن الكثير من الأفكار والسلوكيات التي تتعلق بفقدان الشهية العصبي تركز على الانشغال بكل ما يتعلق سواء من حيث: الوزن والمظهر وشكل الجسم، أو من حيث الأفكار والمعتقدات التي تدور حول الطعام، بالإضافة أيضًا إلى عدم الثقة بالذات، والشعور بالعداء الداخلي الموجه للذات، والخوف غير

الحقيقي وغير الواقعي من أن يصبح الفرد بديئاً، والذي يستمر حتى بعد أن ينقص الفرد من معدل تناوله للطعام حتى يصبح هزيلاً ونحيفاً.

ويحدث فقدان الشهية العصبي نموذجياً للإناث فيما بين: الثانية عشر والحادية والعشرين من العمر، ومع هذا ثبت حدوثه أيضاً لنساء أكبر سناً ولرجال (العنة الجنسية عندهم بدل انقطاع الحيض هي الصفة الأساسية)، وليس انعدام الشهية العصبي هذا اضطراباً نوعياً قائماً بذاته، كما لا يوجد عصاب أو ذهان نوعي محدد لهذا الداء، وينبغي التمييز بين فقدان الشهية العصبي وبين اعتلال النخامية Pituitary Cachexia (مرض سيموند) الذي يميل للحدوث في متوسط العمر، يعجل به عادة مرض الجسم، ويأتي نقصان الوزن متأخراً في مجرى المرض، وفي مرض سيموند هذا، يلاحظ نقص توقف الحيض في ٥٠% فقط من الحالات برغم دلالات أخرى على تعطل الوظيفة الغدية كالشيخوخة المبكرة، وتعضن الجلد، وتساقط شعر العانة والابط، وانعدام الرغبة الجنسية، وضمر الأعضاء التناسلية، فالهزال والانهاك ظاهران في مرض سيموند Simmonds Disease، لكنهما ومع ذلك غير مطردين في فقدان الشهية العصبي برغم نقصان الوزن الخطير، والاستيرويدات الكيتونية السبعة عشر 17-Ketosteroids، تنقص في مرض سيموند، لكنها عادية في انعدام الشهية العصبي (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ١٠٢-١٠٣).

وتعرفه أيضاً (Vilela, et al., 2004) كما يلي: "بأنه اضطراب يؤدي إلى عدم تناول كميات كبيرة من الأكل، وعدم الشبع، مع الشعور بزيادة في الوزن، وبضائقة جسدية ونفسية كبيرة بسبب صورة الجسم المشوهة، إن الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي لا يعتبرون أنفسهم نحيفين، وبالتالي يواصلون تقييد نظامهم الغذائي بطريقة منهجية". ويتميز فقدان الشهية العصبي بأنه: اضطراب يرفض فيه المضطربين الحفاظ على الحد الأدنى من الوزن الطبيعي، والخوف الشديد من الزيادة في الوزن، وإدراك خاطئ مبالغ فيه لطبيعة أجسامهم وشكلها (American Psychiatric Association, 2013).

أما (مجدى الدسوقي، ٢٠٠٦: ٢٨-٢٩) يرى أن فقدان الشهية العصبي ما هو: إلا اضطراب نفسي فسيولوجي يتميز أو يتصف بالتجوع الذاتي أو الإحجام عن تناول الطعام ومقاومته بكل الطرق، والفقدان الشديد في الوزن لدرجة الهزال، وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يشعرون بالجوع الشديد إلا أنهم يرفضون تناول تناول

الطعام، وبسبب التجويع الذاتي يتعرضون للعديد من الاضرار الجسمانية، ويظهر هذا الاضطراب بوضوح في مرحلة المراهقة، وقد يمتد إلى مرحلة الرشد، وهو أكثر شيوعًا لدى الإناث عنه لدى الذكور، وخاصة أن نتائج العديد من الدراسات بينت وجود نسبة تتراوح من ٤% : ٧% من الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يجوعون أنفسهم حتى الموت، وهو الأمر الذي أكدته أيضًا (Zerbe, 1998: 41) في أنه على الرغم من أن معظم مضطربي فقدان الشهية العصبي يتماثلون للشفاء، إلا أن هناك نسبة تتراوح من ٢% : ١٠% تصبح حالتهم خطيرة جدًا ويموتون نتيجة للمشاكل التي تحدث لهم عن طريق الموت جوعًا. وتصف منظمة الصحة العالمية (Lask & Bryant, 2000 ; WHO, 2008) توصيفًا مشابهًا للدليل التشخيصي الأحصائي الخامس DSM-5 لفقدان الشهية العصبي كما يلي:

- ١- الطرق التي قد تتسبب في فقدان الوزن لدى الأفراد (تجنب الطعام الدهني، التقيء الذاتي، التطهير الذاتي، التمارين الشديدة، الاستعمال المفرط لمفقدات الشهية أو المسهلات.
 - ٢- مواصفات فسيولوجية بعينها تتضمن: انتشار الاضطرابات الهرمونية، زيادة نسبية لهرمونات النمو، زيادة نسبة الكورتيزون، تغيرات عضوية كيميائية في هرمون النمو، وأفراز غير طبيعي للأنسولين.
 - ٣- يتأخر البلوغ إذا ظهر الفقدان العصبي للشهية قبل مرحلة البلوغ.
- كذلك يتميز فقدان الشهية العصبي: برفض الحفاظ على الحد الأدنى لوزن الجسم الطبيعي بناءً على: طول الفرد وعمره الزمني ، بالإضافة أيضًا إلى وزن يقل بنسبة (١٥%) عما هو متوقع، ويشعر الفرد المصاب بفقدان الشهية بالرعب من زيادة الوزن، ويتصور حجمه وشكله بصورة مشوهة (APA, 2013)، ويمكن وصف فقدان الشهية العصبي أيضًا : بأنه ضعف في صورة جسد الفرد (ادراك جسده)؛ أي ادراك الفرد للوزن الزائد ورفضه تناول الطعام، وبالتالي فقدان الوزن الزائد (Temiz & Isil, 2018).
- كما تعرف الجمعية الدولية لاضطرابات الأكل (NEDA, 2018) فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa Disorder كما يلي:

يتميز اضطراب فقدان الشهية العصبي بفقدان الوزن (أو نقص الوزن المناسب عند الأطفال الصغار)، صعوبات الحفاظ على وزن الجسم المناسب للطول والعمر، وتشوه في

صورة الجسم لدى أكثر من الأفراد. فالأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يمارسون الرياضة بشكل قهري، أو يطورونه من خلال التقيؤ والمسهلات.

يمكن أن يؤثر اضطراب فقدان الشهية العصبي على الأشخاص من جميع الأعمار والأجناس والتوجهات الجنسية والأعراق، لقد وجد المؤرخون وعلماء النفس أدلة على ظهور أعراض لفقدان الشهية لمئات أو آلاف السنين، على الرغم من أن الاضطراب يبدأ في أغلب الأحيان خلال مرحلة المراهقة، إلا أن عددًا متزايدًا من الأطفال وكبار السن يتم تشخيصهم أيضًا بفقدان الشهية.

ولهذا لا بد من توافر السمات الأربعة اللازمة والمميزة لتشخيص هذا الاضطراب، وهي كما يلي:

١- السلوكيات المقيدة: التي تعزز الوزن الصحي، فغالبًا ما يكون وزن المريض أقل من المعايير الطبيعية (مثل: مؤشر كتلة الجسم "BMI" Body Mass Index أقل من 18,5 للراشدين) المتفقة مع أقرانه من نفس العمر والطول، ويكون انخفاض الوزن نتيجة قلة تناول الطعام، إلا أن القيء المتعمد، والإفراط في تناول المسهلات ومدرات البول له أيضًا أثر في ذلك.

٢- الخوف الحاد من: زيادة الوزن أو السمنة، والانشغال بالأفكار التي تتعلق بالطعام، وهذا الخوف يستمر حتى مع الانخفاض الشديد في الوزن.

٣- تشوه صورة الجسم أو الإحساس بشكل الجسم: الصورة المشوهة عن شكل الجسم حتى في مرحلة النحافة الشديدة، فإن المرضى يؤمنون تمامًا بأنهم يعانون من زيادة الوزن أو زيادة حجم بعض المناطق كالبطن والفخذين والأرداف، ولذلك فهم غالبًا ما يقومون بوزن أنفسهم بصورة متكررة بالإضافة أيضًا إلى التحديق المستمر بالمرآة لتحديد حجم أجسامهم، وترتبط تقدير الذات لأنفسهم بالحفاظ على النحافة.

٤- وقبل الدليل التشخيصي الخامس، كان "انقطاع الحيض" Amenorrhea فئة تشخيصية للاضطراب فقدان الشهية العصبي: ولكن تم حذفه، وذلك لأن الدليل الخامس طرح أسباب متعددة تفسر توقف فترات الحيض لدى النساء، ولا ترجع إلى أي فعل مرتبط بفقدان الوزن، بالإضافة إلى أن هناك فروق طفيفة بين السيدات التي تعاني من انقطاع الطمث

- مع الملامح الرئيسية الثلاثة لفقدان الشهية، وبالتالي أصبح انقطاع الحيض لم يعد مطلوبًا في التشخيص. (Grafinkel, et al., 1996; Attia & Roberto, 2009)
- معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 لفقدان الشهية العصبي:
- أ- تقييد استهلاك الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزن الجسم في سياق العمر والجنس ومسار النمو والصحة البدنية. يُعرف الوزن المنخفض بشكل ملحوظ على أنه وزن أقل من الحد الأدنى المتوقع بشكل طبيعي أو أقل من الحد الأدنى المتوقع للأطفال والمراهقين، مع رفض الحفاظ على الوزن كمعيار. بمعنى رفض المحافظة على وزن الجسم في حده الأدنى الطبيعي المناسب للسن والطول (مثل فقد الوزن بنسبة ١٥% أقل من المتوقع)، أو الفشل في الوصول إلى الوزن المتوقع خلال فترة النمو الذي يؤدي إلى نقص الوزن بنسبة ١٥% عن المتوقع.
- ب- خوف شديد من زيادة الوزن أو الإصابة بالسمنة، التركيز على انخفاض الوزن أكثر من الوزن الطبيعي، أو من السلوك المستمر الذي يتعارض مع زيادة الوزن، حتى وإن كان الوزن منخفضًا بشكل ملحوظ.
- ت- اضطراب في الطريقة التي يخبر بها وزن الجسم أو شكله، أو التأثير غير المبرر على وزن الجسم أو التأثير على التقييم الذاتي، أو استمرار عدم الاعتراف بخطورة انخفاض وزن الجسم الحالي.
- ث- تشوه صورة الجسم.
- ج- استمرار بعض الأعراض الفرعية فترة لا تقل عن ثلاثة شهور.
- ح- فقدان فترة الحيض لم تعد مطلوبة.
- خ- حدد النوع الفرعي الحالي:
- خ/١- نمط التقييد: خلال الأشهر الثلاث الماضية، لم ينخرط الفرد في نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام أو سلوك التطهير (أي القيء الذاتي أو إساءة استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية). ويتم فقدان الوزن بشكل أساسي من خلال اتباع نظام غذائي، الصيام أو ممارسة الرياضة بشكل مفرط.

خ/ ٢ - نمط النهمة/التطهير (النهم): خلال الأشهر الثلاثة الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الأكل بنهم أو سلوك التطهير (مثل: القيء الذاتي أو إساءة استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية (APA,2013)).

- أما النهمة العصبي: تكرار نوبة النهمة/ التطهير أسبوعاً بدلاً من أسبوعين، ولمدة ثلاثة شهور على الأقل.

جدول (١) يوضح المقارنات بين اضطرابات الأكل من حيث الخصائص المميزة لاضطرابات الأكل:

م	الخصائص	فقدان الشهية العصبي	فقدان الشهية العصبي نمط الشره العصبي / الشره العصبي	اضطراب الشره عند تناول الطعام
١	وزن الجسم	نقص الوزن بشكل ملحوظ	نقص الوزن بشكل ملحوظ	في كثير من الأحيان زيادة الوزن بشكل ملحوظ
٢	صورة الجسم	منزعج بشدة	منزعج بشدة	في كثير من الأحيان ينزعجون من زيادة الوزن
٣	الشره (النهم)	لا	نعم	نعم
٤	التطهير أو السلوكيات التعويضية الأخرى	لا	نعم	لا
٥	الشعور بعدم السيطرة على الأكل	لا	أثناء الانغماس في النهمة	نعم

النمط الآخر من فقدان الشهية هو نمط الشره / التطهير:

- حيث ينخرط الأشخاص بشكل دوري في الأكل بنهم أو سلوكيات التطهير (على سبيل المثال: القيء الذاتي أو إساءة استخدام الملينات أو مدرات البول)، يختلف هذا الاضطراب عن الشره العصبي في الأشخاص المصابين بنوع الشره/التطهير من فقدان الشهية العصبي بأنهم يحافظون على وزن أقل من الوزن الصحي، في حين أن الأشخاص المصابين بالشره العصبي يكون وزنهم طبيعياً أو يعانون من زيادة الوزن إلى حد ما.

- في كثير من الأحيان، لا ينخرط الشخص المصاب بنمط الشره / التطهير من فقدان الشهية العصبي في نوبات النهمة التي يتم فيها تناول كميات كبيرة من الطعام، إذا تم تناول كمية صغيرة من الطعام، فإن الشخص يشعر كما لو كان نهماً وسيخلص من هذا الطعام (Stoving, et al., 2012). ولذا يطلق على هذا النوع

- أيضًا أسم الإفراط بالأكل/ الإفراغ- ويتضمن أيضًا تقييدًا شديدًا ولكنه مصحوب بنوبات الإفراط في الأكل وإفراغه للتعويض.
- على غرار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، يُطلب من الأفراد المصابين بفقدان الشهية العصبي وفقًا للمعيار (أ) أن يكونوا بوزن منخفض بشكل ملحوظ. ومع ذلك، يوفر DSM-5 إرشادات بشأن كيفية تحديد ما إذا كان الفرد يعاني من انخفاض الوزن ومحددات الخطورة بشكل ملحوظ.
 - وبالرغم من ذلك فإن البحوث الطولية تشير إلى عدم جدوى التمييز بين نمطين فقدان الشهية العصبي (Eddy, et al., 2002) فتقريبًا ثلثي النساء اللاتي أظهرن المعاناة من نمط التقييد لفقدان الشهية العصبي تحولن إلى النمط الآخر (نمط شره الأكل/ التطهير) بعد نحو (٨) سنوات. علاوة على ذلك، وجدت هذه الدراسة فروق طفيفة في سوء استخدام المواد أو اضطرابات الشخصية بين نمطي فقدان الشهية العصبي. وعند استعراض التراث لإعداد الدليل الخامس توصل الباحثون إلى أن الأنماط الفرعية للتشخيص لديها قصور في الصدق والتنبؤ وإلا كان استخدمها الباحثون (Peat, et al., 2009).
 - ولهذا وعلى سبيل المثال، يقترح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 استخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI) بمقدار 18,5 كجم/م² (18.5 Kglm²) كحد أدنى لوزن الجسم الطبيعي، وهو معيار تستخدمه مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها على سبيل المثال (CDC)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO).
 - سيكون مستوى شدة فقدان الشهية العصبي خفيفًا إذا كان مؤشر كتلة الجسم 17 كجم/ م² (وبه الطول)، ومتطرفًا إذا كان مؤشر كتلة الجسم 16-16,99 كجم / م² ، وشديدًا إذا كان كتلة الجسم 15-15,99 كجم / م² ، ومتطرفًا إذا كان مؤشر كتلة الجسم أقل من 15 كجم / م² ، ومع ذلك فإن مستوى الخطورة لا يعتمد فقط على مؤشر كتلة الجسم، ولكن يمكن تعديله بناءً على الاعراض السريرية، أو درجة الإعاقة الوظيفية، أو الحاجة إلى الإشراف والمتابعة.

- وجدت الدراسات المجتمعية في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا أن معدل انتشار مرض فقدان الشهية العصبي مدى الحياة هو 0,9% لدى النساء البالغات (Hudson, et al., 2007; Preti, et al., 2009)، وبنسبة 0,3% عند الفتيات المراهقات (Swanson, et al., 2011)، حيث تعتمد هذه المعدلات على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IV، وهي أكثر تحديداً وصرامة من معايير DSM-5، حيث في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات (DSM-IV)، كان يتطلب من الفرد أن يكون أقل من الوزن الطبيعي بنسبة 15% على الأقل، وكان يتطلب من النساء إظهار انقطاع الطمث للحصول على تشخيص فقدان الشهية العصبي.
- في الدراسات المستقبلية التي تستخدم معايير DSM-5، قد تكون معدلات الانتشار أعلى، حيث تتبعت إحدى الدراسات الفتيات من عمر (٨) سنوات، والمراهقة وفي سن الرشد ووجدت أن 0,8% يمكن تشخيصهم بفقدان الشهية العصبي في عمر العشرين، وبعضهم يقدر نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي عند النساء البالغات بنسبة 4% (Smink, et al., 2013).
- في الولايات المتحدة الأمريكية، القوقازيون أكثر عرضة من الأمريكيين الأفارقة والأمريكيين من أصل إسباني للإصابة بهذا الاضطراب (Striegel-Moore, et al., 2008)، قد يكون هذا بسبب احتمال قبول القوقازيين فكرة النحافة التي يتم الترويج لها في وسائل الإعلام (Smolak & Striegel, 2001)، وبالمثل هناك بعض الأدلة على أن الثقافات التي لا تقدر النحافة لدى الإناث لديها معدلات أقل من فقدان الشهية العصبي مقارنة بتلك الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا (Hoek, et al., 2005).
- زاد معدل الإصابة بفقدان الشهية العصبي بشكل كبير منذ الجزء الأول من القرن العشرين (Hoek & van Hoeken, 2003). على سبيل المثال، دراسة أجريت على أكثر من (30,000) توأم سويدي وجدت نسباً مرتفعة بكثير من فقدان الشهية العصبي بين أولئك الذين ولدوا بعد عام ١٩٤٥ مقارنة بمن ولدوا قبل عام ١٩٤٥ (Bulik, et al., 2006). يبدو أيضاً أن دافع التجويع الذاتي تختلف باختلاف

الثقافة والزمان، وفي القرون الماضية وخارج الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا، كانت الدوافع المعلنة للصيام المفرط أقل ارتباطاً بمخاوف الوزن من عدم الراحة في المعدة أو راجع إلى الاعتبارات الدينية (Keel & Klump, 2003). فالمرضي الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي في الدول الآسيوية ليس لديهم صورة الجسم المشوهة التي تميز فقدان الشهية في أمريكا وأوروبا، ويعترفون بسهولة بأنهم نحيفون للغاية. ومع ذلك، فهم يرفضون بعناد تناول الطعام (سوزان نولن، ٢٠٢٣: ٦١٦).

التشخيص الفارقي لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

نادراً ما يكون التشخيص الفارقي لتحديد نوع الزملة السلوكية، المصحوبة باختلالات وظيفية وعوامل بدنية مشكلة؛ فقد تكون هناك اعراض اكتئابية أو وسواسية مصاحبة، بالإضافة إلى سمات اضطراب الشخصية؛ مما يطرح مسألة التمييز أو استخدام أكثر من رمز تشخيصي، تتضمن الأسباب الجسمية لفقدان الوزن المرضى بين الشباب، والتي تحتاج إلى تمييز الأمراض المزمنة وأورام المخ، واضطرابات الأمعاء مثل: مرض كرون، أو زملة الامتصاص غير السوي (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨: ٦٠٤).

ومن ثم يلزم تمييز اضطراب فقدان الشهية العصبي من الاضطرابات الآتية:

- ١- اضطرابات الاكتئاب واضطرابات جسمانية معينة: يمكن أن يحدث فقد الوزن ولكن لا يوجد اضطراب في صورة الجسم أو خوف شديد من السمنة.
- ٢- الفصام: قد يوجد فيه أنماط غريبة من الأكل، إلا أن اللزمة الكاملة لاضطراب فقدان الشهية العصبي نادراً ما توجد مصاحبة، عندئذ يشخصان معاً.
- ٣- الشره العصبي: قد يرتبط التشخيصان معاً (محمود حمودة، ١٩٩٨: ٢٢١).
- ٤- فهناك ثلاث خصائص تحدد فقدان الشهية العصبي وهم كما يلي:
 - ١/٤ وجود انخفاض غير طبيعي في الوزن بنسبة ١٥% عن المتوقع.
 - ٢/٤ وهي تخص النساء اللاتي يظهر لديهن هذا النوع من الاضطراب بشكل كبير، وتتمثل في انقطاع الحيض "غياب ثلاث دورات شهرية متتالية".

٣/٤ - حدوث اضطراب في الخبرة الخاصة بوزن أو شكل الجسم، مثل: نكران خطورة انخفاض الوزن بصورة غير سوية، أو التأثير غير المبرر لوزن وشكل الجسم على التقييم الذاتي (Da Costa & Halmi, 1992).

وبالإضافة لما سبق ينبغي أن نأخذ في الاعتبار للتشخيص الفارقي لاضطراب فقدان الشهية العصبي وبين:

- فقدان شهية انتقائي Anorexia Elective:

وهو يختلف عن فقدان الشهية العصبي، فهو عبارة عن: "تقييد واع لكمية الطعام الذي يؤكل إلى حد التعرض لرد فعل مرضى للمواد الغذائية".

- فقدان شهية اجتماعي Anorexia Social:

هذا التعبير يستخدم للإشارة إلى: فقدان شهية الفقراء من الناس الذين تضطربهم ضرورات الحياة لحرمان أنفسهم من الطعام لدرجة أنه عندما يخفى المرض أو التعطل عن العمل الذي تسبب في الحرمان يجدون من المستحيل عليهم أن يعودوا لتناول الطعام بشهية (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ١٠٣).

- فقدان الشهية العصبي غير النمطي Atypical Anorexia Nervosa:

يستوفي فقدان الشهية العصبي اللانمطي جميع معايير فقدان الشهية العصبي باستثناء أنه على الرغم من فقدان الوزن بشكل كبير، فإن الفرد يقع ضمن النطاق الطبيعي أو أعلى من ذلك. في حالات تستوفي بعض سمات فقدان الشهية العصبي، ولكنها تقتصر إلى الصورة الإكلينيكية الشاملة التي تسمح بهذا التشخيص؛ فعلى سبيل قد تقتصر إلى واحد من أهم الأعراض الجوهرية، مثل: الفزع الشديد من البدانة أو انقطاع الطمث، مع وجود فقدان شديد في الوزن، أو سلوك يؤدي إلى إنقاص الوزن، ولا يجوز استخدام التشخيص في حالات اضطراب الأكل المترتبة على مرض جسدي معروف (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨: ٦٠٤).

- اضطراب تجنب تناول الطعام المقيد (ARFID):

يصف تشخيص اضطراب تجنب تناول الطعام المقيد الاضطراب على أنه حالة يصارع فيها الفرد للحصول على ما يكفي من التغذية، وزيادة الوزن أو الانشغال بوزن الجسم وشكله يمكن أن يظهر على شكل مشاكل في التغذية أو الأكل مثل:

- قلة الاهتمام بالطعام.
- قلة الشهية.
- تجنب بعض أنواع الطعام. وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى فقدان الوزن وتباطؤ النمو.

بدايات ظهور اضطراب فقدان الشهية العصبي:

- وعادة ما يبدأ فقدان الشهية العصبي مع بداية أو وسط سنوات المراهقة أو آخرها، ولكنه قد يبدأ من قبل البلوغ إلى بداية الثلاثينيات، وقد يستمر الاضطراب ويشتد حتى يقضى المصاب به نحبه، أو قد يكون نوابيا، ولكن المسار الأكثر شيوعا هو نوبة واحدة يكسب بعدها الشخص وزنه الطبيعي، وغالبا ما يكون بعد اتباع نظام غذائي أو التعرض لمشقة أو المعاناة من ضغوط الحياة، واحتمالية استمرار معاناة الفرد لفقدان الشهية العصبي مدى حياته هو أقل من 1% ، أما نسبته في النساء قد تبلغ (١٠) أضعاف مثلثتها كما هو الحال في الرجال (Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson, et al., 2007; Preti et al., 2009; Swanson, et al., 2011).
- ويختلف مسار الاضطراب بشكل كبير من شخص لآخر. تشير الدراسات طويلة المدى إلى أن متوسط عدد السنوات من بداية ظهور الاضطراب إلى هدأته هو (٧) سنوات للنساء و (٣) سنوات للرجال، حتى بين المرضى الذين يخضعون للعلاج (Staving, et al., 2011) بعد (١٠) إلى (١٥) عامًا من بدء التشخيص، لم يعد نحو 70% من المرضى مؤهلين للتشخيص، لكن العديد منهم لا يزالون يعانون من مشكلات متعلقة بالأكل أو اضطرابات نفسية أخرى وخاصة الاكتئاب (Staving, et al., 2011; Wade, et al., 2006). يميل الأفراد المصابون بنمط الشراهة / التطهير من فقدان الشهية العصبي إلى الإصابة باضطرابات نفسية مترامنة أكثر من الأشخاص الذين يعانون من النمط المقيد، وخاصة السلوكيات الاندفاعية والانتحارية وإيذاء الذات (Peat & Wonderlich, 2009)، وقد يكون مسار الاضطراب مزمنًا أكثر (Staving, et al., 2012).

مدى انتشار اضطرابات الأكل:

أوضحت دراسة (Stice & Rohde, 2013) مدى انتشار اضطرابات الأكل بين المراهقات في الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً للمعايير المقترحة في DSM-5 ، حيث أظهرت النتائج التالية كما يوضحه الجدول التالي رقم (٢):

م	الاضطراب	العمر بالسنين	مدى الانتشار %
١	فقدان الشهية العصبي	20	0.8%
٢	النهم العصبي	20	2.6%
٣	الشراهة للطعام	20	3.0%
٤	فقدان الشهية اللانموذجي	20	2.8%
٥	النهم العصبي دون العتبة الفارقة	20	4.4%
٦	الشراهة للطعام دون العتبة الفارقة	20	3.6%
٧	اشترك الاضطرابات	20	13.1% (5.2% فقدان الشهية والنهم العصبي أو الشراهة للطعام / 11.5% مصابون باضطرابات تغذية غير محددة

وبالإضافة لما سبق، فقد أسهمت التعديلات التي أُدخلت على المعايير التشخيصية في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية إلى زيادة في انتشار المرض، وتشير الدراسات أن معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي يزداد بنسبة ٤٠% باستخدام معايير الدليل الخامس، وهو ما أشارت إليه دراسة كل من (Machado & Hoek, 2013) وذلك على عينة من الإناث بعمر ٢٠ سنة، حيث هدفت إلى إظهار الاختلاف في تحديد نسبة إنتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً لمعايير الدليل الرابع المعدل والدليل الخامس، أظهرت النتائج اختلافاً واضح حيث زاد معدل انتشار الاضطراب من 0.6% إلى 0.8% ، وفي عينة أخرى من طالبات المدارس الثانوية والجامعات ارتفع معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي من 0.59% وفقاً للمعايير التشخيصية للإصدار الرابع المعدل إلى 0.69% وفقاً للمعايير التشخيصية في الدليل الخامس.

حيث تشير التقديرات إلى أن حوالي ١٠% : ٢٠% من أولئك الذين يعانون من هذه المشكلة قد يموتون بسبب اضطرابات الأكل (National Eating Disorders Association, 2005) ، وهي تصيب الإناث بصفة أساسية؛ حيث إن الإناث يشكلن نسبة ٩٠% : ٩٥% من المصابين باضطرابات الأكل، ويشيع ظهورها في المرحلة العمرية

(١٥ - ٢٥) سنة والتي تقابل مرحلة المراهقة (Murray, 2003: 278)، وتبدأ اضطرابات الأكل عادة في مرحلة المراهقة وتكون شائعة بين الإناث عنها بين الذكور، وأن معدل انتشارها يصل إلى ٤% في الإناث بينما تقل عن 0.5% بين الذكور (Fairburn & Harrison, 2003: 409).

واستنادًا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس (DSM-5) والذي يشير إلى أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي بين الإناث يبلغ 0.4%، إذ إن فقدان الشهية العصبي أقل شيوعًا بين الذكور مقارنة بالإناث، حيث تعكس المجموعات السريية عمومًا نسبة (10 : 1) الإناث إلى الذكور في الاصابه باضطراب فقدان الشهية العصبي (APA, 2013).

الفروق بين الجنسين في اضطرابات الأكل:

تعتبر اضطرابات الأكل واحدة من أكثر المشكلات شيوعًا بين الفتيات والإناث الشباب في الدول الغربية (Grave, 2003). حيث يكثر انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين الثانية عشرة والثامنة عشرة، حيث يبلغ معدل الانتشار ١% من هذه المجموعة العمرية، ونسبة الذكور إلى الإناث في الانتشار (١-٨)، ويغلب انتشاره في الطبقات الاجتماعية الراقية، ويكثر بين الأخوات الإناث المصابات بهذا الاضطراب عنه بين عامة الناس، ولقد قررت دراسات عديدة أن الانتشار يزداد مع الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب، وبين أقارب الدرجة الأولى للمصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي (محمود حمودة، ١٩٩٨: ٢٢١، أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨: ٦٠٢)، وعلى الرغم من أن ٩٠% إلى ٩٥% من المصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث إلا أن الرجال تنمو لديهم تلك الحالة أحيانًا (Hoek, 1993).

المآل والمسار المتوقع لفقدان الشهية العصبي Prognosis:

ما بين ٥٠% و ٧٠% من مرضى فقدان الشهية العصبي يتماثلون للشفاء، وقد تستغرق هذه المرحلة من (٦) إلى (٧) سنوات، وقد تحدث انتكاسات قبل الوصول إلى نمط ثابت للغذاء والحفاظ على وزن مناسب للجسم (Strober & Morrell, 1997)، وخاصة إن تعديل الصورة المشوهة لهؤلاء الأفراد عن أنفسهم يعد أمرًا صعبًا خاصة في المجتمعات التي تفضل النحافة.

ويهدد فقد الشهية العصبي حياة الإنسان حيث ترتفع معدلات وفيات المصابين به إلى (١٠) أضعاف معدل الوفيات العادية، كما أنها تبلغ ضعف الوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية الأخرى، وتصل معدل ونسبة الوفاة بين السيدات ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي ما بين ٣% إلى ٥% وغالبًا ما تكون الوفاة بسبب المضاعفات الجسدية كاحتقان عضلة القلب أو بسبب الانتحار (Sullivan, 1995; Crow, et al., 2009; Keel & Brown, 2010; Herzog, et al., 2000).

وبالإضافة لما سبق فقد أشارت بعض الدراسات إن اضطرابات الأكل تتخذ خطا مزمنًا على المدى الطويل وإن نسبة الوفاة قد تتراوح ما بين ١٥% إلى ١٨% لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي، وإن الاضطراب يتحول إلى درجة مزمنة في ٥٠% من الحالات. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧: ١٢٣).

تحديد الشدة الحالية لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

ويستند الحد الأدنى من الشدة للكبار، على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI)، أو بالنسبة للأطفال والمراهقين على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المئوية، النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين وعند الأطفال والمراهقين، فمؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم، ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الأعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي، والحاجة إلى الإشراف:

- خفيف: $BMI > 17 \text{ kg/m}^2$

- متوسط: $BMI 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

- شديد: $BMI 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

- حاد: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$ (أنور حمادي، ٢٠١٥: ٢٢٨-٢٢٩).

اضطراب الشره (النهم) العصبي وفقدان الشهية العصبي:

اضطراب النهم العصبي لا يختلف كثيرًا عن اضطراب فقدان الشهية العصبي من حيث ارتفاع نسبة انتشاره لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور، وتتمثل أوجه الاختلاف بينهما في أن فقدان أكثر شيوعًا منه، ولكن النهم العصبي أقل خطورة فضلًا عن أنه يقوم على الإفراط في تناول الأكل ويليه التفريط به، وهناك عدة أساليب في تحديد البدانة والنحافة وأهمها ما يلي:

١- الجداول المثالية للطول والوزن والعمر: وهي عبارة عن قياس مجموع الدهون بالجسم
.Total Body Fat

٢- الأشعة السينية للأنسجة الرخوة: Soft – Tissue X-Ray.

٣- حساب مقياس الكتلة الجسمية (BMI) Body Mass Index من خلال المعادلة
التالية:

$$\text{BMI} = \text{وزن الجسم (كغم)} \div \text{الطول م}^2$$

ويوضح الجدول التالي رقم (٣) مؤشر كتلة الجسم (BMI)

م	مؤشر كتلة الجسم = وزن الجسم (كغم) ÷ الطول م ^٢	التفاصيل	المحكات
١	٢٩ - فأعلى	ارتفاع واضح في الوزن (بدانة)	محك تشخيصي للنهم العصبي
٢	١٨ - فأقل	انخفاض واضح في الوزن (نحافة)	محك تشخيصي لفقدان الشهية العصبي
٣	٢٥ - ٢٠	مؤشر كتلة الجسم الأقرب للتوازن	الوزن المثالي
٤	٢٠ - ١٨	منطقة انخفاض قريبة للنحافة	هامشية
٥	٢٧ - ٢٥	منطقة ارتفاع قريبة للبدانة	هامشية

سمات ذوي فقدان الشهية العصبي:

- ١- يتميز الشخص المصاب بهذه الحالة بشكل عام بالإنطواء والحساسية والميل للعزلة، وهو يحاول التوافق مع توقعات الآخرين.
- ٢- إن هذا السلوك ذاتي التدمير وعادة ما يكون مصحوبًا بعدم الاهتمام بالصحة، وقد لا يكون المريض مدركاً أنه يحتاج إلى مساعدة.
- ٣- عادة ما يكون وراء هذا السلوك المتعلق بتناول الطعام العديد من المخاوف ومشاعر القلق، فغالبًا ما تخشى المراهقات وتخاف من التقدم في العمر والسن وتحمل مسؤولية أنفسهن أو قد يرون أنفسهن أقل شأنًا من الأخريات مقارنة بهن.
- ٤- تظهر هذه الحالة دائمًا في سياق اجتماعي، وبالتالي يعكس رفض الشخص بتناول الطعام عدم رغبته في التواصل مع الآخرين وعدم قبوله لهم وعدم تعبيره عن مشاعره تجاه الآخرين، ويكون رد الفعل المبدئي للآباء أو للأزواج هو الحيرة ثم الإيذاء والغضب

والياس، وتبدأ الحلقة المفرغة في الظهور على نحو سريع؛ حيث يزيد فيها سلوك كل طرف من الموقف سوءاً (تريفور باول، ٢٠٠٥: ٢٣٣-٢٣٤).

أهم الاعراض المصاحبة لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

- بعض المصابين بهذا الاضطراب يكون لديهم نوبات من الشره المرضي، حيث يندفع في تناول كميات كبيرة من الطعام ثم يقيء بعدها، كما أن أغلبهم يفضلون الأطعمة منخفضة السعرات الحرارية، ويخفون بقايا وجباتهم، وكثيرا ما ينكرون أو يقللون من شدة اضطرابهم، ويبدون غير مهتمين أو يقاومون العلاج، ويتأخر بلوغ عديد من المراهقين، كما تقل الرغبة الجنسية لدى الراشدين (محمود حمودة، ١٩٩٨: ٢١٩).
- انخفاض الوزن. فهناك فقدان شديد في الوزن (معامل كتليت لكتلة الجسم) Body Mass "Index BMI"، يساوي (17.5) أو أقل، وقد يظهر المرضى قبل البلوغ فشلاً في الوصول إلى معدل زيادة الوزن المنتظر أثناء فترة النمو.
- ويستحث نقص الوزن ذاتياً بواسطة:
 - أ- تجنب الأطعمة التي تؤدي إلى السمنة.
 - ب- الحث الذاتي على القيء.
 - ت- الإسهال المستحث.
 - ث- التمرينات الرياضية المرهقة.
 - ج- استخدام مفقدات الشهية أو مدرات البول (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨: ٦٠١).
- اضطرابات المعدة (تترواح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد).
- الجفاف (جفاف الجلد وبطء شفائه، وجفاف الحلق).
- حدوث زرقان في الاطراف، مع حدوث تغيرات في الجلد والشعر والاذافر والأسنان.
- العضلات: غالباً ما تضعف العضلات وينقص حجمها.
- القناة الهضمية: سيؤدي نقص التغذية إلى تباطؤ القناة الهضمية، وهذا يمكن أن يؤدي إلى مشاكل في الهضم والإمساك، كما يمكن أن يؤدي إلى الضرر بالأسنان وتغيرات في الغدد اللعابية نتيجة التقيؤ المستمر.

- الأيض: إن معدل الأيض هو السرعة التي يمكن أن يُحول بها الجسم الطعام إلى طاقة، ويمكن أن يتباطأ عندما لا تتناول ما يكفي من الغذاء، وقد يؤدي هذا الأمر إلى انخفاض نسبة السكر في الدم، ومن ثم قد يتطور الأمر لمضاعفات خطيرة.
- العظام ونخاع العظام: يمكن أن تؤدي نقص المغذيات وخاصة في فترة المراهقة إلى انخفاض كثافة العظام، وهو الأمر الذي قد يؤدي إلى هشاشة العظام، وأن تكون العظام عرضة للكسر بشكل لاحق من الحياة.
- التغيرات الهرمونية: فقدان الشهية العصبي يمكن أن يؤدي إلى انخفاض معدل هرمونات الإستروجين، والروجسترون، والتستوستيرون إلى تأخر سن البلوغ وانخفاض معدلات الخصوبة أو العقم، وقد تصبح فترات الحيض خفيفة أو غير منتظمة أو تتوقف تمامًا. وعلى الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلي وجسمي لا يتوافر في مريضة الغدة النخامية، وغالبًا ما تتميز الشخصية بعدم النضوج الانفعالي كالشخصية الهستيرية والحدية، ولكن أحيانًا ما تكون الشخصية قهرية
- اضطراب بالغدد الصماء واسع الانتشار، يتضمن المحور الهيبوثالاموسي-النخامي- (الإدرينالي)، والذي يظهر في الأنثى على شكل انحباس الطمث، وفي الذكر على شكل فقدان للرغبة الجنسية والفحولة "الاستثناء الواضح هنا هو استمرار النزف المهبل في النساء، فاقدمات الشهية، واللاتي يداومن على علاج هرموني استبدالي، عادة ما يكون في شكل حبوب مانعة للحمل"، وكان يلزم سابقًا توقف الطمث الشهري لتشخيص فقد الشهية العصبي، ولكن تم إلغاء هذا الشرط في التصنيفات الجديدة.
- إذا كانت البداية قبل سن البلوغ فهنا تتأخر أو حتى تتوقف كل مراحل البلوغ (يتوقف النمو أي في الفتيات لا تتكون النهود، ولا تبدأ الدورة الشهرية، وفي الفتيان تبقى أعضاء التناسل على حجمها الطفولي) ومع الشفاء يستكمل البلوغ بشكل طبيعي، ولكن تتأخر بداية الدورة الشهرية (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨: ٦٠١ - ٦٠٢).
- التدقيق في اختيار أنواع معينة من الطعام وغالبًا ما تكون ذات سرعات حرارية منخفضة، وتجنب الأطعمة التي تؤدي للسمنة.

- القيام أو اجبار الشخص لنفسه بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه في حرق الدهون التي يعتقد أنها متراكمة في أماكن كثيرة بجسده.
- التحديق في المرآة بهدف الأطمئنان على أنه لم يزد وزنه بالصورة العامة الملفتة للنظر، حتى وأن كان الأمر على غير ذلك.
- إن غالبية مضمون الأحلام تدور حول الجسد البدين، وأنه على المستوى اللاشعوري يرغب في أن يكون جسده في المعدل الطبيعي، حتى وأن كان الأمر على عكس ذلك (Eagles, et al., 1990: 119-120).
- الحث الذاتي على القيء، الاسهال المستحث ذاتيا، استخدام مفقدات الشهية أو مدرات البول.
- خلل في ادراك صورة الجسم حيث يستمر فيه الخوف من البدانة أو ترهل شكل الجسم كفكرة مسيطرة ولها قيمة متجاوزة (مفرطة) فتفرض المريضة على نفسها حدا منخفضا لوزنها (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٥٠٢).
- اعراض نفسية: تشوه صورة الجسم، فقر الاستبصار، رؤية الجسد على أنه يتسم بالبدانة، أفكار وسواسية عن الطعام والوزن، المثالية، اكتئاب وانسحاب اجتماعي، سهل الاستثارة وصعب التعامل مع الآخرين، اضطراب في النوم، مشاكل في الذاكرة والانتباه والتركيز.
- الاعراض الوجدانية: التقليل من قيمة الذات، والكفاءة الذاتية، الخوف من البدانة، اكتئاب، تقلبات وجدانية سريعة، الشعور بالوحدة، فقدان وضعف الرغبة الجنسية.
- الاعراض السلوكية: تمارين شديدة لتقليل الوزن والامتناع عن الأكل، إيذاء، أفكار انتحارية، عدوانية إذا ضغط عليه بالطعام.

أنواع فقدان الشهية العصبي:

أ- فقدان الشهية العضوي: ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول، كما يعد مصاحباً لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة والقولون)، كما يحدث بشكل تقليدي في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدية، وفي اضطرابات الغدد الصماء (مثل: نقص إفراز الغدة الدرقية أو انخفاض وظائف الغدة النخامية)، كما أن فقدان الشهية العضوي قد يكون من بين أعراض مرض السكر، بالإضافة إلى أورام المخ (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٥٠٣).

ب- فقدان الشهية العصبي: ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحياناً بالتجويع الذاتي المرضي Abnormal self-sarvation، وهو أحد اضطرابات الأكل، ولذلك يمكن أن نحمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل:

ب/١- الشهية.

ب/٢- سلوك الأكل.

ب/٣- صورة الجسم (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧: ٣٢-٣٣).

المضاعفات الناتجة عن اضطراب فقدان الشهية العصبي:

يعاني المصاب بفقدان الشهية العصبي من مضاعفات خطيرة ناتجة عن سوء التغذية، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والجفاف، واضطرابات التحلل الكهربائي Electrolysis Disorders، واضطرابات في الجهاز الهضمي، والعمى، وانخفاض حرارة الجسم، وغيرها من علامات فرط الأيض، كل هذه الأعراض ترتبط بمجموعة من العوامل مثل: خلل المهاد، والاجهاد، والتمارين المفرطة، وفقدان الوزن الزائد والدهون (Vilela, et al., 2004)، ومن الجوانب الأكثر شيوعاً لفقدان الشهية الأظافر الهشة، وفقدان الشعر، وعدم انتظام الحيض، وفقدان الوزن الزائد (Young, et al., 2018)، حيث يفشل الأفراد المصابون بفقدان الشهية العصبي في تزويد أجسامهم بالعناصر الغذائية الأساسية اللازمة للحفاظ على الوظائف الجسدية المناسبة، والتي تجبر الجسم على التباطؤ، مع انخفاض معدل ضربات القلب، ومع انخفاض ضغط الدم تزداد فرص حدوث مضاعفات أمراض القلب (Shelton & Valkrie, 2010).

كما تشمل الخصائص النموذجية لفقدان الشهية العصبي بالإضافة إلى رفض الحفاظ على الحد الأدنى من وزن الجسم، والخوف الشديد من زيادة الوزن، ومن المشاكل الهامة في التفكير في حجم الجسم، وفي حالة الإناث وجود انقطاع الطمث (Treasure, et al., 2010). إن فقدان الوزن الذي يتطور بسبب رفض المريض للأكل قد يصل إلى مستوى قد يهدد حياته، إذ يعتبر أحد الاضطرابات النادرة التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة (Bulut, et al., 2017)، ويعتبر هذا الاضطراب ذو أعلى معدل للوفيات بين الاضطرابات النفسية، وذلك لأن علاجه طويل الأجل، وغالي الثمن في كثير من الأحيان (Vaidyanathan, et al., 2019)، وقد يحدث فقدان الحاد للوزن الاكتئاب، أو اضطراب الوسواس القهري، أو غيره من الاضطرابات (Uzun, 2014; Bulut, et al., 2017) وينشأ عن فقد الوزن الشديد الوهن والضعف الذي يستلزم إدخال المريض المستشفى لمنع الموت جوعاً، وأحياناً يدرك الهلاك المريض، حيث تشير متابعة الحالات إلى أن معدل الوفيات يتراوح ما بين ٥% إلى ٨% (محمود حمودة، ١٩٩٨: ٢٢٠)، وهو ما أكدته أيضاً (Hoek, 1993) في أن ٥% من المصابين بفقدان الشهية العصبي يجوعون أنفسهم حتى الموت.

الاضطرابات المشتركة مع اضطراب فقدان الشهية العصبي:

يتطلب تقييم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل إجراء تقييم شامل ليس فقط للاعراض المرتبطة بالأكل ولكن أيضاً للاعراض النفسية المشتركة التي قد تؤثر على التشخيص وكذلك على العلاج، حيث أظهرت بعض الدراسات معدلات مرتفعة للغاية من الاعتلالات المشتركة للأمراض النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل، حيث أفادت إحدى الدراسات أن ٩٧% من المرضى الذين لديهم تشخيص أولي لاضطرابات الأكل أن لديهم اضطراب نفسي إضافي واحد على الأقل (Blinder & Sanathara, 2006)، ومع ذلك أن مجرد تقييم وجود مرض مشترك هو أمر غير كاف لتحسين الرعاية السريرية، ولذا فمن المهم أيضاً فهم الجدول الزمني وتسلسل بداية الحالات المصاحبة، والنظر في التأثير المحتمل للتشخيصات النفسية التي تحدث في تشخيص الحالة الأولية وعلاجها، وبعبارة أخرى، فإن تقييم الاضطراب المشترك هو مكون أساسي في التقييم الشامل لأي فرد يعاني من اضطرابات الأكل، أن تشخيص الاضطرابات المتزامنة في سياق اضطرابات الأكل يمثل العديد من التحديات (Valderas, et al., 2009).

اضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية:

في مراجعة لمعدلات انتشار اضطراب الشخصية، أظهرت العديد من الدراسات التي استخدمت المقابلات التشخيصية، أن ٢١% من الأفراد الذين يعانون من النهم العصبي أظهروا معايير الإصابة باضطرابات الشخصية، مقارنة ب ٣% من الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، و ٩% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشراهة إلى الطعام (Cassin & von Ranson, 2005).

اضطرابات الأكل والانتحار ومضطربي الشخصية:

تُعد محاولات الانتحار شائعة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية والنهم العصبي بشكل يدعو للقلق، ففي دراسة استطلاعية لعينة كبيرة من النساء المصابات باضطرابات الأكل أشارت إلى أن ١٥% من العينة قامن بمحاولة انتحارية بالفعل خلال دورة مدتها ثماني سنوات ونصف السنة من سنوات الدراسة، كما تبين أيضًا معاناتهن من الاكتئاب وتعاطي المخدرات (Franko & Keel, 2006)، كما أشارت دراسة (Wonderlich & Swift, 1990) إلى أن مضطربي الشخصية الحدية ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي لديهم احتمالية أكبر لسلوكيات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار مقارنة بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل المترافق مع اضطرابات شخصية أخرى أو بدون اضطرابات.

اضطرابات الأكل واضطرابات الإدمان:

ترتفع معدلات تعاطي الكحول وغيرها من تعاطي المواد المخدرة لدى الأفراد من اضطرابات الأكل ما يقرب من 2.5% من المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي، و 35% من المصابين باضطراب النهم العصبي، و ٢٥% من المصابين باضطراب الشراهة للطعام (Hudson, et al., 2007).

اضطرابات الأكل واضطرابات المزاج:

أظهرت دراسة (Hudson, et al., 2007) أن ما يقرب من ٤٠% من الأفراد المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي، ويعانون من اضطراب المزاج، وكذلك معاناه ٧٠% من المصابين باضطراب النهم العصبي، و ٤٥% من المصابين باضطراب الشراهة للطعام من اضطراب المزاج. كما أظهرت بعض الدراسات أن الزيادة في أعراض اضطرابات الاكتئاب تزامنت مع زيادة في أعراض اضطراب النهم العصبي والعكس أيضًا (Presnell & Madeley, 2009) بمعنى آخر إن تطور أعراض الأكل لا يُظهر أسبقية زمنية واضحة

على تطور اعراض الحالة المزاجية والعكس صحيح. كما قامت إحدى الدراسات بفحص العلاقة بين النهم العصبي والاكتئاب بين الفتيات، ووجدت أن اعراض النهم العصبي كانت متزامنة مع اعراض الاكتئاب، وبذلك فإن كلا منهما يزيد من خطورة الإصابة بالآخر (Stice & Shaw, 2004). اضطرابات الأكل واضطرابات الخلل في الوظيفة الجنسية:

فيما يخص الخلل في الوظائف الجنسية، يبدو أنه شائع لدى النساء اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل يرتفع المعدل لحوالي ٧٥% من النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي، و ٤٠% من النساء المصابات باضطراب النهم العصبي (Pinheiro, et al., 2010) وبالمقارنة مع النساء غير المصابات باضطرابات الأكل، فإن النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي والنهم العصبي لديهن مستويات أعلى من القلق الجنسي، والعلاقات دون الاتصال الجنسي، ومشاكل الإثارة والنشوة الجنسية، فضلاً عن انخفاض مستويات الرضا الجنسي (Morgan & Pryor, 1995; Castellini & Fioravanti, 2012).

ثالثاً - الشخصية:

أ- نمط الشخصية:

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

ب- اضطراب الشخصية:

يعرف التصنيف الدولي العاشر (ICD-10) اضطراب الشخصية على النحو التالي: "أنماط سلوكية عميقة الجذور ودائمة، تتجلى في شكل إستجابات غير مرنة في كثير من المواقف الشخصية والاجتماعية. وتمثل إنحرافات متطرفة أو دالة عن طريقة إدراك الفرد المتوسط في ثقافة معينة وتفكيره وشعوره، ومرتبطة 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 الاجتماعى والإنجاز" (WHO, 1992: 200).

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسى اضطراب الشخصية كما يلي: "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 طبي، أو نتيجة لتعاطى المخدرات" (APA, "b" 2000: 648).

وتعرف (آن كرنج وآخرون، ٢٠١٥: ٩١٧ - ٩١٨) إضطراب الشخصية كما يلي: "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 للعاطفى، أو الشارد المنحرف (المجموعة ب)، أو السلوك الذى يتسم بالقلق والخوف (المجموعة ج)".

ويتفق مع التعريف السابق تعريفات كل من : (لطفى الشربيني، ٢٠٠٠: ١٣٦؛ محمود

عبد الرحمن محمود، ٢٠١٤: ٥٨٧؛ محمد أحمد شلبى، وآخرون، ٢٠١٦: ٨٨) .

ج- 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 مرضى العيادات الخارجية الذين لم يستفيدوا من التحليل النفسى الكلاسيكى والذين لم يبدو 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 يتناسوا 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 وهي: "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 ريبير Rebeer عام ١٩٥٥ إضطراب الشخصية الحدية بأنه: "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 مرنة وتسبب لصاحبها خللاً ملحوظاً فى أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناه. (Derksen, J., 1995).

ويعرف (Leichensring. F, 2004) إضطراب الشخصية الحدية بأنها: "تمط 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 بتحويلات 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: "تمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالى وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين، وعدم ثبات صورته عن ذاته، والذي يبدأ فى مرحلة الرشد المبكر".

أما تعريف كلا من (Notional Helath and medical research council, 1: 2012) يشير إلى أن إضطراب الشخصية الحدية هي: "نوع من إضطرابات الشخصية والذي 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 الوجدان، 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 والذي 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)

رابعاً- المراهقة Adolescence:

المراهقة من المنظور اللغوي:

ورد في معجم لسان العرب أن المراهقة هي: الفترة من بلوغ الحلم إلى سن الرشد، ويقال (راهق) الغلام أى قارب الحلم، ويقال أيضاً راهق الغلام الحلم (ابن منظور، ١٩٩٠: ٢٥٧). أما في معجم ويبستر فإن كلمة مراهقة Adolescence مشتقة من الفعل Adolescerre ومعناه التدرج نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والإنفعالي. (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٣).

المراهقة من منظور الطب النفسي:

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 في : التغيرات العضوية والفسولوجية، والتغيرات النفسية والإنفعالية، والتغيرات الإجتماعية والفكرية".

ويتفق هذا التعريف مع كل من: (وليم الخولي، ١٩٧٦: ١٤١؛ كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٦١؛ محمود عبد الرحمن حموده، ١٩٩٨: ٤٧) غير أن "محمود حموده" يرى أن متوسط العمر الذى يبدأ عنده البلوغ بدأ يقل في السنوات الأخيرة من القرن الماضي بسبب تحسن التغذية والرعاية الصحية.

المراهقة من المنظور النفسي:

يرى البعض أن مرحلة المراهقة هي 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" للمراهقة بانها: "بداية القدرة على الحب والعمل بالإضافة لكونها مقياس صادق لما حصله الفرد قبل دخوله لمرحلة المراهقة والتي 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 هي مرحلة إضطراب حيث تعرفها "أنا فرويد" بأنها: "فترة الإضطراب في الإتزان النفسى، وهي تنشأ - بادئ ذى بدء - عن النضج الجنى وما يستتبعه من صحوة القوة اللييدية (الشهوانية) وعودة نشاطها، وقد تتعرض الأنا الأعلى في هذه الفترة لطور من الضعف تعيشه بصورة متقطعة مما يجعلها غير قادرة في بعض الأوقات على صد إنقضاضات الهى ID، أو هجماتنا 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 بجانبها المختلفة، وهي تقع بين الطفولة والرشد، وأصلها في اللاتينية الفعل Adolescrere والذى يعنى التدرج نحو الرشد، بينما يأتي إشتقاقها في اللغة العربية من الفعل (رهق) ويقال: رهق الغلام: أي قارب الحلم. وإذا كان من السهل تحديد بداية المراهقة ببدا البلوغ الجنى، إلا أنه من الصعب الإتفاق على نهايتها التي يمكن أن تتحدد في جماع جديد يأتلف في عدة أبعاد منها: إستقرار كل من الحياة الوجدانية والنفسية بعامة، والإجتماعية بما يتضمنه من تحمل المسؤولية والإستقلالية والوعى بالذات ليكون المراهق هو نفسه كهوية مستقلة موجبة، والمراهقة بهذا المعنى إنما هي: صدمة أو هي مصدر الإحباطات شتي باعتبارها ميلاداً جديداً قد يؤدي إلى زملة من الأعراض تختلف بإختلاف درجة النكوص إلى أي من مراحل التطور السابق، وذلك عندما لا يستطيع الأنا شحذ طاقاته المتبقية في مواجهة هذا الصراع الفريد والممتد معاً (ضد الداخل والخارج) وتحظى هذه المرحلة الحاسمة في البناء النفسى أنذ يكون النكوص للمراحل المبكرة أمراً محتوماً، وبخاصة عندما تغشل الصورة الإعلائية أو الحلول الإفرافية التي يقوم بها الأنا فلا يملك غير الدفعات المرضية في مواجهة الأخطار الناشئة".
(فرج عبد القادر طه، ١٩٩٣: ٧٠٤).

ويتفق مع هذا التعريف السابق كل من:

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

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

إضطرابات الشخصية في الدليل الأمريكي الرابع والتصنيف الدولي العاشر كما يوضحه
الجدول التالي رقم (٤)

المجموعة	الدليل الأمريكي الرابع DSM-4	التصنيف الدولي العاشر ICD-10
المجموعة (أ)	<ul style="list-style-type: none"> • إرتيابية : الإرتياب والشك. • شبه فصامية: عزلة إجتماعية وعاطفية وفصامية، عيوب إجتماعية وفي العلاقة مع الآخرين؛ تشوه معرفي وإدراكي. 	<p>إرتيابية: الحساسية والشك. شبه فصامية: البرود العاطفي والعزلة.</p>
المجموعة (ب)	<ul style="list-style-type: none"> • المضادة للمجتمع: إنتهاك حقوق الآخرين. • الحدية: تقلب العلاقات، واضطراب صورة الذات والمزاج. • هستيري: إنفعال مفرط والسعي إلى لفت الأنظار. • نرجسية: الشعور بالعظمة؛ عدم المشاركة الوجدانية؛ الحاجة إلى التعبير عن الإعجاب. 	<p>غير إجتماعية: الإستخفاف المتحجر تجاه الآخرين؛ إنعدام المسؤولية؛ التوتر غير المستقر إنفعالياً. حدية : صورة ذاتية غير واضحة؛ علاقات متوترة وغير مستقرة. إندفاعية: العجز عن التحكم في الغضب؛ المشاكسة؛ لا يمكن التنبؤ بتصرفاته. هستيرية: درامية؛ أنانية، السعي إلى المناورة.</p>
المجموعة (ج)	<ul style="list-style-type: none"> • إجتنابية: الكبت الإجتماعي؛ الشعور بعدم الكفاءة؛ الحساسية المفرطة. • إعتمادية: لتصاق التبعية. • وسوسية قهرية: البحث عن الكمال؛ التصلب والجمود. 	<p>قلقة: متوترة، حذر، مفرطة الحساسية. إعتمادية: الخضوع للإحتياجات الشخصية، الإحتياج إلى بث الثقة بإستمرار. وسواسية: مترددة، متحذقة؛ جامدة.</p>

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

تصنيف إضطرابات الشخصية السمات الرئيسية لإضطرابات الشخصية حسب DSM-5
TR كما يوضحه الجدول التالي رقم (٥)

م	المجموعة	السمة الرئيسية	نسبة الإنتشار في المجتمع %	نسبة الإنتشار في البيئة العلاجية %	النسبة وفق النوع	الثبات التشخيصي (درجة الصدق)
المجموعة (أ): شاذة وغريبة Odd / Eccentric						
١/١	البارانويا Paranoid	عدم الثقة، الشك في الآخرين.	١,٩ %	٤,٢ %	الإناث > الذكور	٠,٨٦
٢/١	فصامية Schizoid	تجنب العلاقات الإجتماعية، وإنخفاض معدل التعبير العاطفي.	٠,٦ %	١,٤ %	الذكور > الإناث	٠,٦٩
٣/١	شبه فصامية Schizotypal	عدم القدرة على تكوين صداقات حميمة، إضطراب معرفي، سلوك شاذ.	٠,٦ %	٠,٦ %	الذكور = الإناث	٠,٩١
المجموعة (ب): درامية / تائهة 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 في العلاقة الشخصية، النظرة السلبية للذات، والتهور والإندفاع الواضح في أغلب السلوكيات.	٢,٧ %	٩,٣ %	الإناث > الذكور	٠,٩٠
٣/٢	هستيرية Histrionic	الإنتعالية المبالغ فيها، الرغبة في لفت الأنظار.	٠,٣ %	١ %	الإناث > الذكور	٠,٨٣
٤/٢	نرجسية Narcissistic	التكبر، حب الإعجاب، قلة تعاطف.	١ %	٢,٣ %	الذكور > الإناث	٠,٨٨
المجموعة (ج): قلق، خائفة Anxious / fearful						
١/٣	تجنبية Avoidant	عدم التعايش الإجتماعي، الشعور بعدم الكفاءة، الحساسية المفرط تجاه التقييم السلبي .	١,٢ %	١٤,٧ %	الإناث > الذكور	٠,٧٩
٣/٢	تبعية Dependant	المبالغة في الإحتياج إلى الإهتمام والسلوك الخاضع المذعن، والخوف من الانفصال.	٠,٣ %	١,٤ %	الإناث > الذكور	٠,٨٦
٣/٣	وسواسية قهرية - وسواسية Obsessive - Compulsive	الإستغراق في الترتيب، والإكتمال والتحكم	١,٩ %	٨,٧ %	الإناث > الذكور	٠,٨٥

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

اضطرابات الشخصية والمعايير العامة لتشخيصها:

إضطراب الشخصية هو سلوكيات ثابتة تتسم بالإحتراف عن السلوك السوي، حيث يدرك الفرد ذاته والآخرين والأحداث بصورة غير مماثلة لأفراد الثقافة التي يعيش فيها الفرد.

وتتسم سلوكياته بالإنفعال الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معه. كما يتسم بعلاقات سيئة ومتوترة دائماً مع الآخرين، كما أن الفرد لا يستطيع إيقاف إنديفاعاته وتهوراته وإهاناته أو عدوانه تجاه نفسه وتجاه الآخرين.

المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية:

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

- 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 في الإنديفاعات.

ثانياً: نمط دائم من التصلب يشمل جميع المواقف الشخصية والإجتماعية يؤدي 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 ال ١٨ سنة.

وتتقسم اضطرابات 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 النرجسية، 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 المحور 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 هي:

(أ) نمط غير محدد من الخبرة والسلوك الذى 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 لتعاطي مادة مثل: الإدمان أو عقار علاجي أو لحالة مرضية جسمانية مثل: إصابة الرأس (محمود عبد الرحمن حموده، ٢٠٠٧: ٦٩٧).
محكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية:

١- تشخيص اضطراب الشخصية الحدية وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس:

يندرج اضطراب الشخصية الحدية ضمن اضطرابات الشخصية التي تقع في المحور الثاني في الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، وهذا الإضطراب هو: نمط عام من التقلب وعدم الثبات في العلاقات مع الآخرين، وكذلك فيما يتعلق بصورة الذات والعواطف مع الإندفاع الشديد (في السلوك والوجدان) ويبدأ في مرحلة الرشد المبكر. ويتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية وفقاً (DSM-5) حيث يظهر في خمسة بنود أو أكثر من تسعة بنود كمايلي:

١. نمط من العلاقات الشخصية والإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقلب بين التطرف في الإعجاب والتطرف في التحقير.
٢. السلوك المندفع في مجالين - على أقل تقدير - يتصفان بالأضرار بالذات مثل:
 - التبذير إلى درجة السفة.
 - المبالغة في ممارسة الجنس.
 - تعاطي المخدرات.
 - قيادة السيارات بتهور وإستهتار.
 - نوبات من الإفراط في تناول أو إلتهاام الطعام.
 - إختلاس المعروضات.
٣. عدم الإستقرار الوجداني والإنفعالي (التقلب الوجداني). حيث نجد إنحرافات واضحة عن الحالة الإنفعالية المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذي يستغرق في العادة ساعات قليلة ولا يتجاوز بضعة أيام في أحوال نادرة.
٤. نوبات متكررة من التوتر والغضب غير المنضبط وإنخفاض ملحوظ في النشاط المزاجي.
٥. تكرار السلوك الإنتحاري أو التهديد بالإنتحار بهدف التلاعب بالآخرين، وعند زيادة الضغط عليه قد يصاب بخدر نفسي أو إختلال الأنية.

٦. اضطراب ملحوظ ومستمر في إدراك الهوية والذي يتضح من عدم تأكد من إثنين على الأقل من المواضيع الآتية:
١. تصوره عن ذاته.
 ٢. اتجاهاته الجنسية.
 ٣. أهدافه البعيدة.
 ٤. إختياره للمهنة.
 ٥. نوع الأصدقاء الذين يريدهم.
 ٦. قيمة المفضلة والتي 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) والتي 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 ينبغي مراعاتها مثل:
- 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 الإضطراب فى الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين.
- (محمد أحمد شلبى وآخرون، ٢٠١٦: ٩٣؛ APA, 2013; APA, 2001; APA, 2000)

وطبقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) يتم تصنيف اضطراب الشخصية الحدية تحت مسمى اضطراب الشخصية الغير متزنه إنفعالياً والتي 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 كما يلى:

١٠. ميل واضح لأن يتصرف بشكل غير متوقع وبدون تفكير متعقل بالنتائج.
١١. ميل واضح لأن يقوم بسلوك مشاكس، وأن تكون لديه نزاعات مع الآخرين، خاصة عندما تعارض أو تنتقد الأفعال الإندفاعية.
١٢. حدوث نوبات متكررة من نوبات الغضب أو العنف مع عدم القدرة على التحكم فى الانفجارات السلوكية الناتجة عنها.
١٣. صعوبة فى المداومة على أداء أى فعل لا يحصل فى نهايته على نتيجة فورية.
١٤. مزاج غير مستقر ومتقلب (إندفاعى وملتون).

النمط الحدى F60.31:

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

١. وجود شك وإضطرابات فى صورة الذات، وفى الأهداف وفى الرغبات الداخلية.
٢. الإنخراط فى علاقات شديدة وغير مستقرة والتي 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 يؤدي إلى الأضرار بالعلاقات بالآخرين.

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

ثالثاً: أحياناً ما يفقد الأشخاص المصابين بإضطراب الشخصية الحدية للتحكم المعرفي (فإن التفكير غير الذهاني وعدم التحكم الحسي بما في ذلك مشاعر عدم التشخيص والتفكك والهذات، بما في ذلك هذات حول الذات تحدث أحياناً نتيجة للمواقف المثيرة للتوتر، وعادة ما تتوقف عند زوال التوتر، كما أن عدم التحكم في الإحساسات بالذات شائع وعادة ما يذكر الأفراد ذوي الشخصية الحدية أنهم يفقدون إحساسهم كلية ويشعرون بالخواء ولا يعرفون من هم).

رابعاً: لدى هؤلاء الأشخاص أنماط من عدم التحكم السلوكي يستدل عليها من خلال السلوك القهري 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 في سلوك إنتحاري واحد على الأقل. كما يتورط هؤلاء الأشخاص عادة في سلوك غير إنتحاري أو مؤذ للذات مثل جرح الأذرع أو السيقان بشفرة حادة أو حرقها بالسجائر، وتعتبر هذه السلوكيات ضارة غير أنها لا تؤدي للوفاة في أغلب الأحيان، هناك أكثر من ثلثي الأشخاص على الأقل قد تورطوا في مثل هذه السلوكيات أثناء أو خلال فترة حياتهم.

خامساً: كثيراً ما يعاني هؤلاء الأفراد من عدم التحكم في تفاعلاتهم مع الآخرين، وقد تكون علاقاتهم مشوشة 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 في منع الأشخاص ذوي المكانة بالنسبة لهم في هجرانهم وتركهم فريسة 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 لاضطراب الشخصية الحدية:

اضطراب الهوية:

الصورة الإكلينيكية فيهما متشابهة ولكن إذا وجدت دلالات اضطرابات الشخصية وكان الإضطراب ثابتاً وعميقاً وغير مرتبطة بمرحلة نمو فإنه يشخص اضطراب الشخصية الحدية. السيكلوثيميا:

يوجد فيها عدم الثبات الوجداني ولكن توجد نوبات الهوس التي تميزها.

(محمود عبد الرحمن حموده، ١٩٩١ : ٤٨٠).

محاولات الإنتحار:

ويمكن توضيح التشخيص الفارق بين اضطراب الشخصية الحدية وخصائص محاولات

الإنتحار كما يوضحه الجدول التالي رقم (٦):

م	اضطراب الشخصية الحدية	محاولات الإنتحار
-١	اضطرابات إنفعالية	
١/١	عدم إستقرار عاطفى.	تأثير شديد للغاية.
٢/١	مشاكل مع غضب.	غضب، عداوة، ضيق.
-٢	اضطرابات 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	اضطرابات سلوكية	
١/٣	تهديد بالإنتحار.	تهديد بالإنتحار.
٢/٣	تدمير الذات، سلوك إندفاعى يشمل على سوء إستخدام الكحول والمخدرات.	سوء إستخدام الكحول والمخدرات.
-٤	اضطرابات معرفية	
١/٤	اضطرابات 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 الاختلافات في الأعراض التي يمكن أن تساعد في التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية BPD والتشخيصات الأخرى كما يوضحه الجدول التالي رقم (٧):

م	الأعراض Symptom	اضطراب الشخصية الحدية BPD	التشخيصات الأخرى Other diagnosis
١	الإكتئاب Depression	إنخفاض المزاج ويكون قصير الأجل ودون المستوى الإكلينيكي ومتقطعاً.	نوبة إكتئاب رئيسي: إنخفاض ممتد ومستمر في المزاج.
٢	تقلبات المزاج Mood Swings	التحولات السريعة في المزاج من الإكتئاب إلى الغضب. تستمر غالباً ساعات إلى أيام فقط، ويعجل بحدوثها ظروف بيئية.	اضطراب ثنائي القطب: تقلبات المزاج من الإكتئاب إلى الهوس، وتستمر من أسابيع إلى شهور، وعادة لا يكون لها أحداث معجلة.
٣	الإختلال الوظيفي المعرفي Cognitive dysfunction	هلاوس سمعية متقطعة ترتبط بالضغط ويعترف 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 بالضغط.	مشاعر لا ترتبط بالواقع، فصام غير متكرر.

(Joel Paris, 2005: 1081)

بدأ اضطراب الشخصية الحدية ومساره:

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

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

الإنتشار:

يقدر اضطراب الشخصية بين عامة الناس بـ ١٠% إلى ١٣%، وبين المرضى النفسيين المقيمين في المستشفيات بـ ٣٠% إلى ٦٠% وأكثر الأنواع شيوعاً بينهم اضطراب الشخصية الحدية بـ ٢٠% إلى ٣٠%، بينما ينتشر اضطراب 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 اضطراب الشخصية الحدية مثل الإندفاعية والقلق والغضب وتعاطى مادة يحدث خطورة للإنتحار، فحوالي ٧٠ - ٧٥% من المرض المصابين بإضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ لإيذاء الذات على الأقل مرة واحدة، ومن يكملون الإنتحار حوالي ٩% مقارنة بواحد في 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 حالياً:

- أفكار إنتحارية حالياً.
- 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 في هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي "دراسة الحالة" الذي يتميز بتأوله الشامل والمتكامل للتاريخ الإرتقائي للفرد حيث أن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفه وحدة الدراسة. وهدف المنهج الإكلينيكي يتضح في إنه يسعى إلى تبين جملة الشروط التي تحكم السلوك؛ أي التي تعد مسئولة عن السلوك الذي ندرسه. ولهذا فإن موضوع المنهج الإكلينيكي هو: الشخص من حيث هو حامل مشكلة أي للشخصية في جملة علاقاتها ببيئتها، وهذا ما جعل المنهج الإكلينيكي يقوم على ثلاث ركائز تتمثل في:

دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية تاريخية، ودراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية حالية ضمن ظروفها البيئية، ودراسة الفرد من حيث هو جشطات تاريخية، ولذا فإن المنهج الإكلينيكي ينفرد بما يأتي: بالاستطلاع وإقامة الوحدة الكلية للنتائج الجزئية، ودراسة مسالك لا يمكن إستحداثها كغيره الحب بالإضافة للمقاييس والاختبارات الإكلينيكية، ومن هنا تتضح أهمية المنهج الإكلينيكي في إنه يتوخى جانب البحث العلمي في معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن إحتتمالات تطوره حالته، وهو ما يجعل المرء أن ينشئ صورة متكاملة للوحدة (الشخصية) كما تعمل في المجتمع، ويدعو "دولارد" إلى الأخذ بدراسة الحالة كمنهج علمي في ضوء سبع محكات كما يلي:

- ١- النظر إلى الفرد بوصفه عينة في حضارة معينة.
- ٢- فهم دوافع الشخص في ضوء مطالب المجتمع.
- ٣- تقدير الدور الهام للعائلة في نقل هذه الحضارة.
- ٤- أظهار الطرق التي تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد إلى سلوك اجتماعي والتفاعل مع الضغوط الاجتماعية.
- ٥- النظر إلى سلوك الراشد في ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلى الرشد.
- ٦- النظر إلى الموقف الاجتماعي المباشر بوصفه عاملاً في السلوك الحاضر وتحديد أثره.
- ٧- يتم ادراك تاريخ الحالة بوصفها تنظيمًا مضادًا لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة.

(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؛ لويس مليكة، ٢٠٠٠: ٨١؛ سامية القطان، ٢٠٠٧: ٨٣؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٥ - ٢٤٦؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠).

أما عن منطق التشخيص وفقاً للمنهج الإكلينيكي فهو لا يقتصر على (رص) الوقائع دون وحدة كلية فلا بد من تأويل هذه المعطيات، بمعنى إعادة بنائها بناءً جديداً يتكشف من خلاله الصورة الكلية للحالة، ويتحقق ذلك من خلال دياكتيكية 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 الدياكتيكية للفكر يسبقها تحديد المشكلة ويختتمها إقامة التشخيص (صلاح مخيمر، ١٩٧٥: ١٧).

فالمعرفة بالمشكلة وتحديدها في إطار الموقف الراهن من خلال ماضي وحاضر زماني ومكاني إذن هو ما يتيح للإكلينيكي أن يعين أسباب المشكلة ودلالاتها بالقياس للإطار الكلي لشخصية الفرد بوصفها وحدة متفاعلة (حتى على المستوى المرضى) وكذلك التنبؤ بمأل هذه المشكلة ووضع خطة للعمل (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٧٤).

وفي دراسة الحالة، ومن خلال الاستعانة النظرية التحليلية الدينامية يستطيع الباحث أن يُمسك بلا شعور المريض -الحالة- من خلال محتوى الأفكار التي تتداعى أثناء المقابلات الشخصية والاختبارات النفسية وما يصاحبها من وجدانات، كما يُمسك بدوافع الحالة اللاشعورية العميقة تجاه والديه من دافع جنسي أو عدواني، كما تتمثل في عمليات التحويل على المعالج، أن يُمسك بالموقف من الموضوع والذات والعالم الخارجي، بالإضافة أيضاً إلى الميكانيزمات الدفاعية والحيل اللاشعورية التي تستخدمها الحالة والتي توضح كيف أن الطفولة المبكرة قد شكلت الحالة النفسية الراهنة (Gobbord, G., 2005).

أما عن معايير المنهج الإكلينيكي فقد حددتها (سامية القطان، ١٩٩١: ٥٦) فيما يلي:

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

- ٢- إلتقاء الواقع: بمعنى أن تكون الوقائع من المصادر المختلفة كالأحلام والاختبارات 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 الشخيص أمعن صدقاً.
- ٥- الخصوبة: بمعنى أن ينطوى الشخيص على جديد لم يكن فى الوقائع من حيث هى كذلك.
- ٦- التنبؤ: بمعنى أن يسمح الشخيص بالتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه سلوك الشخص فى موقف بعينه.

وهو ما يؤكد أيضاً (صلاح مخيمر، ١٩٨٤: ١٨) من خلال إستاده إلى مقولة: "ميرلوبنتى" فى حديثه 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 الإكلينيكي 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 الإكلينيكي وكلاهما يهتم بدراسة وتفسير حالة الفرد. ولذا فالمنهج الإكلينيكي 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 تؤكد وقائع الطرح أو العلاقة، إذ إن النتائج المترتبة على علاقة بين - ذاتية بهدف الشخيص 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 الإكلينيكي أن

يمسك بنفسه ضمن إطارها الحقيقي حتى يستطيع فهم الظاهرة بعيداً عن الصيغة الذاتية الخالصة (عبد الله عسكر، ١٩٨٨ : ٢٧١).

ومن ثم فقد إتجه الباحث إلى إستخدام المنهج الإكلينيكي فى هذه الدراسة، ذلك أنه أنسب المناهج للوصول إلى فهم الحالات المرضية وإلقاء الضوء على الأبعاد السيكودينامية لفقدان الشهية العصبي لمضطربي الشخصية الحدية بما تتضمنه الاعراض من دلالات باعتبارها جزء ضمن الكل، وباعتبارها حالة متفردة بالرجوع إلى الأسرة ، التاريخ، الأحداث جدير بأن يؤخذ في الاعتبار؛ ومن ثم فلا ينبغي البحث عن مشكلات ينطبق عليها منهج لدينا، وإنما ينبغي 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 فقدان الشهية العصبي لمضطراب الشخصية الحدية ولكن المنهج الإكلينيكي فرض نفسه هنا لدراسة هذه الظاهرة وصولاً إلى التفسير الفاهم لها، وخاصة أن دراسة الحالة تلقى النظر على مواقف الحياة الواقعية وتقيس وجهه النظر مباشرة في علاقتها بالظاهرة التى مروا بها.

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). ج - مستشفى هدوء للصحة النفسية وعلاج الادمان.

ب- مستشفى الطب النفسى (الدمرداش). 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 اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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 (٥) مفحوصين وتم إختيار (فتاة مراهقة واحدة فقط ممن تعاني من اضطراب الشخصية الحدية وفقدان الشهية العصبي) والتي تم تشخيصها وفقاً للتشخيص السيكتري، ووفقاً للدليل التشخيصى الإحصائى الخامس للطب النفسى DSM-5 ، ووفقاً للمعايير الخاصة لاضطراب فقدان الشهية العصبي، وكتلة الجسم.

- ١- المقابلة الإكلينيكية المتعمقة.
- ٢- إختيار إيزنك للشخصية EPQ.
- ٣- مقياس تنسى لمفهوم الذات.
- ٤- مقياس تقدير الذات.
- ٥- اختبار تكلمة الجمل لساكس.
- ٦- الرسوم الحرة أو العفوية والسير الذاتية.
- ٧- إختيار رسم الأسرة المتحركة K.F.O.
- ٨- إختيار H.T.P.
- ٩- إختيار تفهم الموضوع للراشدين T.A.T .
- ١٠- إختيار الرورشاخ.

عينة الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الأسباب الدينامية الكامنة والمستترة وراء العوامل المسببة لإضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى فتاة مراهقة، لهذا روعى فى إختيار عينة الدراسة ضبط المتغيرات لتجنب تأثيرها فى نتائج الدراسة الحالية والتي تتمثل فيما يأتى:

- ١- ألا تعاني هذه الفتاة من أى إعاقات حسية أو حركية أو عقلية.
- ٢- ألا يكون تم علاج هذه الفتاة المراهقة ممن تعاني من اضطرابات الأكل "فقدان الشهية العصبي" المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية من قبل.

- ٣- وتراوح عمر الفتاة أثناء الدراسة (١٨ عامًا)، إذ أكدت العديد من الدراسات إزدياد معدل إنتشار إضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات فى هذه المرحلة العمرية ومن هذه الدراسات ما يأتى:
- (Carlos, et al., 1996; Fredrikson, L., 2001; Joel Paris, 2005; Sعاد البشر، ٢٠٠٥، Ullrich, J., 2005; Matsuo, et al., 2005; Bradley, R., 2005; Brenning, et al., 2009، هند عبد العزيز، 2006; Wieczorek, A., 2008; Chopik, et al., 2013; Roelofs, et al., 2013; سفر فرح المصرى، 2012; Sanson, R., and Wiederman, M., 2014; ٢٠١٤، إم. لينهان، ٢٠١٣; Sliberschmidt, et al., 2015; نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥; منار مجدى، ٢٠١٧.
- ٤- لماذا تم اختيار فتاة مرافقة، حيث أكدت العديد من الدراسات أن متوسط الفروق فى الإصابة بإضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، أعلي ولصالح الإناث ومن هذه الدراسات ما يأتى:
- (Gunderson and Zanarini, 1987; Swartz, et al., 1990; Maier, et al., 1992; جون فيتكس، ٢٠٠٥، عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٧; Almquist, E., 2008; فتحى محمود، عبد الموجود عبد السميع، ٢٠١٦، Barbara, J., 2018; Andrew Skodal, 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 ما يأتى:
- (Greer and lee, 1967; Bogard, H., 1970; Shneidman, et al., 1970; Bancroft and Marack, 1977; Bradley, 2005; (٢٠٠٥) Bjorklund, 2006; Sliberschmidt, et al., 2015 ;
- ٦- كما تم تشخيص هذه الفتاة سيكترى ووفقاً للدليل التشخيصى الإحصائى الخامس DSM-5، ووفقاً للمعايير الخاصة بفقدان الشهية العصبي من حيث كتلة الجسم.
- ٧- أما عن المجال الجغرافى لعينة الدراسة فقد إقتصر على محافظة القاهرة فقط.

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 الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافٍ، مما تساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية. ومن مبررات إستخدام المقابلة الإكلينيكية فى هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسى لا يمكن أن يتم الا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة فى ماضى 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 حديثه إلا عندما تشتد الحاجة 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 يدري، كما تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة فى توجيه أكبر قدر ممكن من التلقائية مما يحق 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، والتي يطلق عليها ذات رؤوس الموضوعات الهادية، والتي تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث في توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص.

وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة دراسة النقاط الآتية:

- معرفة التاريخ المرضي للمفحوصة وخاصة تاريخ الطفولة المبكرة، ومدى تعرضه لصدمات أو لإيذاء جسدي أو جنسي أو كلاهما، ومعرفة طبيعية العرض (الإضطراب) وتاريخ ظهوره.
- معرفة الدوافع التي تكمن وراء اضطراب فقدان الشهية العصبي، وهل تشعر المفحوصة بالذنب بعد تناول كمية كبيرة من الطعام، وهل تفكر دائماً وتشعر بالرغبة في أن تكون أكثر نحافة.
- هل تشعر المفحوصة بالرضا عن الجسم، وهل لديها مخاوف من النضوج الجسمي والجنسي، وهل تشعر بالثقة تجاه نفسها، وهل لديها وعي بالحالة الداخلية، وهل تشعر بعدم الكفاءة؟
- معرفة الشكاوى التي أدت بها أو بأحد والديها إلى عرضة على الطبيب، والأعراض المرضية النفسية أو الجسدية التي يعاني منها، ومعرفة الأمراض أو الإضطرابات المصاحبة إن وجدت.
- معرفة بداية ظهور الاعراض المميزة لاضطرابات الأكل، وهل كان قبل ظهور اضطراب الشخصية الحدية أم أثناءه؟
- معرفة بداية ظهور الأعراض المميزة لإضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية مثل:
- بداية ظهور اعراض فقدان الشهية العصبي، ومدى تكرارها، ومدى تداعياتها على السلوك ووظائف الجسم ، بالإضافة أيضاً إلى سلوكيات إيذاء الذات، والأفكار والمحاولات الإنتحارية، السلوكيات الإندفاعية ذات الطابع القهري، العلاقات غير المستقرة، علاقات جنسية مشوشة والتي 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 المسؤولية، مشاعر حادة بالفراغ، ومجهودات كبيرة من أجل تجنب الإهمال الحقيقي والتصوري.

- معرفة التاريخ الأسرى أو العائلي للإصابة بإضطرابات نفسية ومعرفة العوامل المسببة إن وجدت، معرفة الأساليب الوالدية المتبعة مع المفحوص.
- معرفة موقف المفحوص إزاء عرضه (إضطرابية) وكذلك موقف الأسرة إزاء هذا العرض (أو الإضطراب)، وإستجابة كل منهما تجاه العرض.
- معرفة الأساليب التي إتبع 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 ومساره وشدته، وفقاً للتدليل التشخيصى الإحصائى الأمريكى الخامس 5 - DSM ، ومعيار كتلة الجسم BMI لاضطراب فقدان الشهية العصبي.
- 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- إستخبار إيزنك للشخصية EPQ:

وهو من إعداد: ه.ج. إيزنك، وسييل. ج. إيزنك H.J. Eyesenck and Sybil G. Eyesenck عام ١٩٧٥، وقام بتعريبه وتقنيته: صلاح الدين محمد أبو ناهيه (١٩٨٩)، وأهم ما يميز إستخبار إيزنك للشخصية (EPQ) عن قائمة إيزنك للشخصية (EPI) هو إحتوائه على مقياس للذهانية Psychoticism فضلاً عن بعد الإجرام Criminality، كما أجريت بعض التحسينات على مقياس الإنبساطية / الإنطوائية، والعصابية والكذب، ويتكون المقياس من (٩٠) سؤالاً ويعطى (٥) درجات على الأبعاد التالية: الذهانية - العصابية - الإنبساطية - الكذب - الإجرام.

أما عن ثبات الإختبار فقد أكدت العديد من الدراسات التى أجريت على تقنين الإختبار أنه يتمتع بثبات عالى يتراوح ما بين (٠,٨٠ : ٠,٩٠) بطريقة إعادة الإختبار، وثبات الإتساق الداخلى بنسبة (٠,٨٠ : ٠,٨٣)، كما يتمتع الإختبار بدرجات صدق عالية بطرق مختلفة منها:

الصدق التكويني، والصدق العاملى وصدق المحك (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٩: ٣٣٨؛ صفوت فرج، ١٩٨٩: ٥٨٣؛ صلاح الدين محمد أبو ناهية، ١٩٨٩؛ أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٩١؛ ه.ج. إيزنك، سيبل ب. ج. إيزنك، ٢٠١٥: ٤٨ - ٥٠؛ صفوت فرج، ٢٠١٧: ٧٦٠ - ٧٦١).

٣- مقياس تنسى لمفهوم الذات:

يستخدم في هذه الدراسة الصورة المختصرة من مقياس تنسى لمفهوم الذات (صفوت فرج، عبد الفتاح القرشي، ١٩٩٩) والمقياس الأصلي من تأليف وليام فيتس Fitts عام ١٩٦٥، ويتكون المقياس من (٦٠) بنداً، ترجمة وإعداد: (صفوت فرج، سمير كامل، ١٩٨٨)، تم تعديل البنود وإعادة صياغتها باللغة العربية المبسطة مع المحافظة على كفاءة المقياس، ويشتمل المقياس على مقياس الذات وهي: (الذات الجسمية - الذات الأخلاقية - الذات الشخصية - الذات الأسرية - الذات الإجتماعية) ويستجيب المفحوص على بنود المقياس من خلال إختيار إستجابة واحدة من بين خمس إستجابات هي كالتالي: (غير صحيحة إطلاقاً "درجة" - غير صحيحة غالباً "درجتان" - بين وبين "ثلاث درجات" - صحيحة غالباً "أربع درجات" - صحيحة تماماً "خمس درجات").

ولذا تتراوح درجات هذا المقياس من (٦٠ : ٣٠٠) درجة وللمقياس ثبات مرتفع بلغ (٠,٧٥) بمعامل الفاكرونباخ، وبلغ الصدق التلازمى من خلال الإرتباط بين الصورة المختصرة والصورة الأصلية (٠,٨٩) لمقياس الذات، و (٠,٩٣) للمقاييس الإكلينيكية (صفوت فرج، سهير كامل، ١٩٨٨: ٧٥ - ٧٧).

٤- مقياس تقدير الذات:

وهو من إعداد: هيلمريش؛ وستاب؛ وايرفن Helmreich; Stapp and Ervin ترجمة وتعريب: (عادل عبد الله، ١٩٩١) ويتكون المقياس من (٣٢) عبارة ويستجيب المفحوص على بنود المقياس وهي من خلال إختياره إستجابة واحدة من بين (٥) بدائل وهي كالتالي: (لا تنطبق إطلاقاً "درجة" - لا تنطبق غالباً "درجتان" - تنطبق إلى حد ما "ثلاث درجات" - تنطبق بدرجة كبيرة "أربع درجات" - تنطبق تماماً "خمس درجات")، كما تتراوح درجات هذا المقياس ما بين (٣٢ : ١٦٠) درجة.

٥- إختبار رسم الأسرة المتحركة:

يعد إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D من أحد أهم الإختبارات الإسقاطية والتي قام بإعدادها كل من (روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان: ١٩٧٠)، أن الفروض الاساسية التي تستند عليها إختبارات الرسم بعامه إن كل جانب من جوانب السلوك له سببه ودلالاته، فالسلوك لا يحدث جزافاً وإنما تحدد 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 يؤدي 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 التي تبعد بها الذات عن الآخرين، كما يبين الإضطرابات النفسية بشكل أسرع وأكثر ملائمة مقارنة بالمقابلات والأحاديث التي تتم مع المفحوص ووالديه، والتي قد يشوبها بعض التحريف أو التشويه لما يعانیه المفحوص من مشكلات (روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦ - ١١).

وقد كان الهدف من تطبيق هذا الإختبار ما يأتي:

- إقامة قدر لا بأس به من العلاقة الطيبة بالمفحوصين ممن يعانون من إضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، والتي تسمح فيما بعد بالتعبير عن مشاعرهم بحرية أكثر، والإختبار فى ذلك مثل غيره من إختبارات الرسم لا يعتمد على التعبير اللفظي، ومن ثم يتلافى أحد العيوب التي تلازم الإختبارات التي تحتاج إلى تعبير لغوي.
- الكشف عن موقف المفحوص إزاء أسرته وافرادها وغالباً ما يكون بشكل لا شعوري، وعن تصويره لوضعه بالنسبة لأسرته وموقفهم منه أى الكشف عن ديناميات الأسرة.
- الكشف عن الموضوعات المستدخلة المفضلة للمفحوص وعن الموضوعات الرديئة وعن مدى إعتيادية المفحوص ومستوى عدوانيته ونوعيته (نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣).

ومن ثم يأتي إختبارى لإختبار رسم الأسرة المتحركة KFD لما يمكن أن يصفه من فهم أكبر لطبيعة المفحوص ممن يعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، ومدى رؤيته للأدوار المختلفة لأفراد أسرته ودوره هو أيضاً وماهية علاقته بهم وتخييلاته نحوهم، وما مدى تأثير في صورته عن ذاته، وما هي طبيعة التفاعلات الدينامية المميزة للأسرة؟

٦- إختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H.T.P:

يعد هذا الإختبار من أكثر أساليب الرسم الإسقاطية شيوعاً في العمل الإكلينيكي، كما يعد أيضاً من أحد أوائل الإختبارات الإسقاطية التي إستخدمت رسومات للصور الإنسانية، وقد أعد هذا الإختبار "جون. ن. باك" وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم بالقلم الرصاص في 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 كميّاً وكيفياً وقد إكتفى الباحث - في هذه الدراسة - بالتحليل الكيفي فقط.

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

٧- الرسوم الحرة او العضوية Doodles:

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

ولذا تعد الرسوم بمثابة لغة أو خطاب رمزي تظهر الطبقات الأولية في المفحوص، وهو ما أكده "فرويد" بأن الفن هو المصدر الثاني 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 التجريدي أساساً تعبيراً عن مشكلات وصراعات إنسانية لأن الدوافع البدائية الهامة هي التي تعمل على ظهورها (د.أى. شنايدر، ١٩٨٤: ١٨٩؛ لويس مليكة، ٢٠٠٠: ١٩٢؛ محمد أحمد خطاب "ب"، ٢٠١٢: ٣).

ويرى "كريس" أن العملية السيكولوجية في العمل الفني هي وضع الخبرة الداخلية في العالم الخارجي ويعنى ذلك ميكانيزم الإسقاط، فالنتاج الفني هو الحياة الأولى التي تعتبر إسقاطات لكل من الميول الشخصية، الشعورية واللاشعورية، بالإضافة إلى أن الرسوم تعالج الموضوعات والصراعات غير المحلولة أو تلك التي يستعصى على الفرد حلها أو التي تملأه حصرًا وخوفًا ولا يعالج الموضوعات ذات الحلول، كما تكشف أيضاً عن الحاجات العميقة والصراعات الإنفعالية والحياة التخيلية (لويس مليكة، ٢٠٠٠: ١٩٢؛ محمد أحمد خطاب "ب"، ٢٠١٨: ٣ - ٤: محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠).

ويشير "هامر" Hammer أن الرسوم الإسقاطية تكون أكثر كشفًا عن شخصية المفحوص والذي يتسم بسلوكه بالمرابطة أو الحرص أو الحذر، وهو ما أكدته "لاندسبرج" أن الرسوم مع هؤلاء المفحوصين تساعد على الكشف عن سماتهم المخبؤه ودينامياتهم السيكولوجية في 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).

٨ - اختبار تكملة الجمل (S.C.T) Sentence completion test : "جوزيف م. ساكس" ، ترجمة: محمد أحمد خطاب: حيث يعد هذا الاختبار بمثابة أداة صالحة في يد السيكولوجى الإكلينيكي للوقوف على حاجات الأفراد وأخيلتهم ومشاعرهم وإتجاهاتهم ومستويات طموحهم وما يدور بداخلهم من صراع (سيد غنيم، هدى برادة، ١٩٦٤: ٧٣).

كما أن طريقة إكمال الجملة عند إستخدامها للأغراض الإكلينيكية تعتبر مشابهة تمام للئات T.A.T بمعنى أنها تميل إلى أن تزود معلومات عن محتوى الشخصية بدلاً من بناء الشخصية بالإضافة أيضاً أنها تتعامل مع المشاعر والإتجاهات وردود أفعال معينة للناس والأشياء (جوليان ب. روتر، ٢٠٢٠: ٣٨٨).

ويهدف إختبار ساكس إلى دراسة مجالات أربعة من مجالات التوافق وهي:
أ- مجال الأسرة ويتكون من ثلاثة إتجاهات: (الاتجاه نحو الأم - الإتجاه نحو الأسرة - الإتجاه نحو وحدة الأسرة).

ب- مجال الجنس ويتكون من إتجاهيين: (الإتجاه نحو النساء - العلاقات الجنسية الغيرية).

ج- مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة ويتضمن أربعة اتجاهات: (الإتجاه نحو الأصدقاء والمعارف - الإتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة - الإتجاه نحو رؤساء العمل أو المدرسة - الإتجاه نحو المرؤوسين).

د- المجال الخاص بفكرة المرء عن نفسه ويتضمن ست اتجاهات: (المخاوف - الشعور بالذنب - الأهداف - فكرة المرء عما لديه من قدرات - فكرة المرء عن الماضي - فكرة المرء عن المستقبل).

وبذلك يتألف الإختبار في جملته من (٦٠) عبارة ناقصة تغطي (١٥) إتجاهات لتكشف عن المجالات الرئيسية للصراع أو الاضطراب النفسى وعن تكوين الشخصية مثل: مدى إستجابة الفرد للدوافع الداخلية والمثيرات الخارجية، وعن التوافق الإنفعالى والنضج ، ومستوى الواقع، والأسلوب الذى يعبر به الفرد عن صراعاته.

(سيد غنيم، هدى يراده، ١٩٦٤: ٧٤ - ٧٦).

أما عن صدق الإختبار فتم إستخدام معاملات بيرسون لكل من المتغيرات المجمعة وكانت معامل صدق مرتفعة بنسبة (٠,٧٩) للإناث، و (٠,٨٢) للذكور، ومدى الإرتباط تراوح من (٠,٩٥) إلى (٠,٣٠) وبالنسبة لثبات الإختبار فبلغت معاملات الثبات للذكور (٠,٨٢) ، ولالإناث (٠,٧٦)، والثبات النصفى كان (٠,٨٣) للإناث، و (٠,٨٤) للذكور، أما ثبات مقدرى الدرجات فبلغ (٠,٧٨) (جوليان ب. روتر، ٢٠٢٠: ٣٩١ - ٣٩٢).

٩ - إختبار تفهم الموضوع للراشدين T.A.T: (وهو من إعداد: موراي، ومورجان،

١٩٣٥ ، ترجمة: محمد أحمد خطاب)

يعد إختبار تفهم الموضوع للراشدين T.A.T من أقدم الإختبارات الإسقاطية الأكثر إستخداماً حتى الآن، وقد إستخدمه الباحث فى هذه الدراسة لأنه يقدم ديناميات الحالة بشكل واضح وصريح، كما يساعد فى تحديد جوانب معينة من الشخصية مثل الحاجه إلى الإنجاز والتحصيل، والمخاوف من الفشل، والعدوانية، والعلاقات بين الأشخاص، كما يوضح أيضاً العلاقة بالموضوع وقدرة المفحوصين على التمييز بين وجهة نظرهم حول موقف معين، ووجهات نظر الآخرين وقدرتهم على السيطرة على دفعاتهم العدوانية مما يساعد فى الكشف عن دوافع الشخصية دينامياتها.

ويستند هذا الإختبار إلى نظرية التحليل النفسى، كما يعتمد على أهم مفاهيم هذه النظرية مثل: اللاشعور، والكبت، والإسقاط، والتوحد، والإزاحة، الطرح مقابل الطرح المضاد، التخيل، الواقع المادى، والواقع النفسى. ولذا فإن فائدة وأهمية هذا الإختبار ترجع إلى أنها ذا نفع فى أى دراسة شاملة للشخصية وفى تفسير إضطرابات السلوك والأمراض النفسية أو الذهانية (برنارد نوتكات، ١٩٦٣: ٢٠٤؛ سيد غنيم، وهدى برادة، ١٩٦٤: ١٢٩؛ فرج أحمد فرج، ١٩٦٧: ٥٦؛ مصطفى فهمى، ١٩٧٦: ٥٥٢؛ محمد عبد الظاهر الطبيب، ١٩٧٧: ٧٧؛ لويس مليكه، ١٩٩٢؛ فيصل عباس، ١٩٩٣: ٣٤١؛ فيصل عباس، ٢٠٠١: ١٥٩؛ بيللاك ليوبولد، ٢٠١٢: ٢٩).

أما عن إجراء الإختبار فقد تم تقديم عشرين بطاقة الخاصة بالمفحوص وفقاً لعمره ونوعه، وبالنسبة لأسلوب تفسير إستجابات التات T.A.T فسوف يعتمد الباحث على الطريقة الكلية Global فى التفسير، أما عن صلاحية إختبار التات فقد تم التأكد من ثباته بعده طرق ومن أهمها: الإتفاق بين المفسرين، والثبات بإعادة التطبيق، كما يتمتع هذا الإختبار أيضاً بدرجة عالية من الصدق وخاصة صدق التفسير والمفسر (أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٥٦: ٩٩؛ عطيه هنا، ومحمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٢؛ المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية، ١٩٧٤: ٢٤؛ صفوت فرج، ١٩٨٩: ٦٠؛ بدر محمد، ٢٠٠٠: ٦١٣؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٦: ٢٧٢؛ صفوت فرج، ٢٠١٧: ٧٧٨ - ٧٧٩؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠).

١٠ - إختبار الرورشاخ:

يعد إختبار الرورشاخ Rorschach Ink Blot Test من أحد أساليب التداعى حسب تصنيف الأساليب الإسقاطية، إذ يعد هذا الإختبار من الناحية التاريخية أول الأساليب الإسقاطية فى تقويم الشخصية. وقد وضع هذا الإختبار الطبيب النفسى السويسرى: هيرمان رورشاخ Herman Rorschach عام ١٩١١، ترجمة: محمد أحمد خطاب؛ ولذا فإن الغرض الاساسى من إستخدام هذا الإختبار يتضح فى أن المدركات التى يدركها الفرد فى مثل هذه الأشكال المبهمة والغامضة إنما تعكس سمات شخصية الفرد.

بالإضافة إلي إعطاء وصف لشخصية الفرد من منظور إكلينيكي متعمق، كما تقدم مادة الرورشاخ دلائل تساعد على فهم السلوك الملاحظ؛ لأنها تمس بناء الشخصية الأكثر عمقاً وكموناً، كما أن هذا الإختبار يساعد فى الكشف عن المظاهر المعرفية والعقلية والكشف

عن المظاهر الوجدانية أو الإنفعالية، والكشف عن مظاهر الأنا، وعن اضطرابات الفكر والإدراك والأساليب الدفاعية والتوافقية، والديناميات الدافعية (سيد محمد غنيم، ١٩٧٢: ٥٠٠؛ محمود أبو النيل، ١٩٧٦: ١٦٦؛ لويس مليكه، ١٩٩٢: ٣٧٤؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٩).

ويتألف الإختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة، ولكل شكل له خواصة الفريدة سواء في الشكل أو في اللون أو التظليل والفراغات البيضاء، مما تؤدي إلى إستثارة إستجابات نمطية؛ لأن الترتيب الذي تقدم به هذه الصور للمفحوص تحدده رغبة الرورشاخ في إدخال نظام نفسى يكفل بقاء إستثارة المفحوص على أعلى مستوى، ونظراً لأن البقع غامضة وغير محددة البنيات فإنه يصعب الحكم على إستجابات المفحوص لها بالصواب أو بالخطأ، وبالتالي فإنه يفترض أن إدراكه للبقع يعكس ديناميات شخصية المفحوص سواء المعرفية أو الإنفعالية، وقوة الأنا في مواجهة الواقع (برونوكوليفر، هيلين دافيدسون، ١٩٦٥: ٢١١؛ سيد غنيم، هدى بريدة، ١٩٦٤: ٢١٣؛ محمود الزياى، ١٩٦٩: ٢٧؛ عطيه هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٤؛ محمد شحاته، ١٩٩٥: ٣٢٠؛ محمد أحمد خطاب "ب"، ٢٠١٧: ٤٤٦).

أما عن منظور التحليل النفسى للبطاقات فقد عرض لنا "أنزيو Anzieu" فى عام ١٩٨٠ بعض الإفتراضات الخاصة بالبطاقات العشر على النحو التالى:

الأولى: من فقدان الموضوع، والثانية: تجاه الأحداث البيئية، والثالثة: تجاه الموقف الأوديبى، والرابعة: تجاه السلطة أو الأنا الأعلى (الأب)، والخامسة: تجاه الحالة الوجدانية للأم، والسادسة: القلق تجاه ازدواجية الجنس، والسابعة: تجاه القلق والإنفصال عن الأم، والثامنة: تجاه القلق من الغرباء عن العائلة، والتاسعة: تجاه دافع الموت، والعاشر: تجاه التجزئة (فيصل عباس، ١٩٩٠: ٢٥٣).

أما عن إجراء الإختبار فيجب أن يتم فى جو مريح وجاد فى الوقت نفسه، كما أنه من الضرورى تسجيل ظروف الإختبار من حيث الزمان والمكان، وتقدر أنه من الضرورى تسجيل ظروف الإختبار من حيث الزمان والمكان، وتقدر وتصحح الإستجابات وفقاً لأربعة أبعاد وهم: التحديد المكاني، العوامل المحددة، المحتوى، مضمون الإستجابة (عطيه هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٦؛ هنا أبو شهيه، ٢٠٠٠: ١٧٥؛ محمد أحمد خطاب "أ"، ٢٠١٧: ٢٦٢ - ٢٦٣).

تلك هى النواحي الأربعة التى على أساسها سيتم تقرير الإستجابة، وسوف يستعين الباحث بطريقة "روى شيفر" فى تفسير الرورشاخ من وجهة نظر التحليل النفسى (روى شيفر، ٢٠١٢)، أما عن صلاحية الإختبار فقد أجريت العديد من الدراسات للتأكد من ثباته وصدقه.

وقد تم التأكد من ثبات الإختبار بعدة طرق؛ ومنها: طريقة إعادة الإختبار، وطريقة التجزئة النصفية، وبطريقة الصور المتكافئة، وبطريقة ثبات المصححين بمتوسط (٠,٧١). أما عن صدق الإختبار فكان يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وتم حساب الصدق بعدة طرق ومنها: الصدق الظاهري، وكان متوسط معامل الإتفاق بمتوسط قدره ٦٩% (لويز إيمز، ريتشارد ووكر، ١٩٦٥: ٣٠؛ محمود الزياى، ١٩٦٩: ٢٢٢؛ كلوفر، وهيلين، ١٩٦٥: ١٩٦٥؛ عبد الرحمن محمد، ١٩٧١: ٣٢٢؛ Holiday and Wogner, 1992؛ محمد شحاته، ١٩٩٥: ٢٣٠؛ صفوت فرج، ٢٠١٧: ٧٧٣ - ٧٧٤).

دراسات سابقة:

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 (2 - BPFS) 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 5 - DSM، وقائمة السمات، وإظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين التوتر وعدم الإستقرار الإنفعالى والعاطفى وإضطراب الشخصية الحدية.

أما دراسة أثناسيادو (Athnasiadou, 2016): فكانت بعنوان: " ذاتى الخاضعة: دراسة حالة سيكودينامية إضطراب 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 السيكودينامية والذي يمكن من خلاله فهم إضطراب الشخصية الحدية (BPD) على أنه إضطراب الإحساس بالذات

الذى ينشأ فى مصفوفه علاقات العمل، والتركيز على التكوين وليس التشخيص فى محاولة لإلقاء الضوء على العمليات العلاقية 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، والإكتئاب، 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.

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 في بعض المحكات التشخيصية كزيادة عرض الخوف من الانفصال والهجر لدى فئة المراهقية، وعدم التحكم بالغضب لدى الراشدين.

في حين إهتمت دراسة حنان أسعد (Hanan Asaad, 2014): بالكشف عن أهم الفروق بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية في التخصصات العلمية والأدبية بالمملكة العربية السعودية في اضطرابات 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. في 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 في الجنس والعمر في الأعراض الخاصة باضطراب الشخصية الحدية 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 في أعراض اضطراب الشخصية الحدية.

في حين تختلف الدراسة السابقة مع دراسة سيلبر سكميدت وآخرون (Silberschmidt, et al., 2015): والتي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسية في اضطراب الشخصية الحدية باستخدام كل من مقاييس التقرير الذاتى 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 باضطراب الشخصية الحدية لديهن عدائية واضطراب في العلاقات مع الآخرين أكثر من الذكور.

وتتفق مع الدراسة السابقة دراسة (Nunez, Nayely, 2019): والتي كانت بعنوان: دراسة عن التحيز الجنسى في اضطراب 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 باضطراب 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 إكلينيكيًا بنفس تشخيص السكان العاديين. ثالثاً: دراسات خاصة تناولت اضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها بخبرات الإيذاء والإساءة في مرحلة الطفولة المبكرة:

هدفت دراسة باريس (Paris, 1995): إلى التعرف على تأثير الحالة الإجتماعية على مرضي اضطراب الشخصية الحدية، ويقصد بالحالة الإجتماعية ظروف الفرد الأسرية وتلقيه قدرًا من العناية أو العكس بحيث يتعرض الشخص للحرمان في مراحل حياته الأسرية. وإعتمدت الدراسة على أسلوب دراسة الحالة Case Study، والتقارير التتبعية/ الطولية، وتوصلت الدراسة إلى أن بعض المتغيرات الأساسية التي يكون لها أكبر الأثر في الإصابة باضطراب الشخصية الحدية هو التعرض المبكر للحرمان العاطفي، ووجود حالة من هذا الاضطراب لدى الوالدين، وتكرار محاولات الإنتحار أثناء المراهقة، كما أكدت الدراسة أيضاً على أن اضطراب 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 الصدمي، ومريضة نفسية مصابة باضطراب (BPD) وكانت ضحية إعتداء جنسي في الطفولة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مدخل العلاقات بالمفحوص يعترف بأثر علاقات الطفل بالوالد المبكرة بإعتبارها جوهرية للنمو الصحي الأنا للطفل، وأن العوامل المسببة لاضطراب الشخصية الحدية كان راجعاً إلى فقدان الأم في مرحلة الطفولة المبكرة أو حالات فقدان صدمية أخرى مثل الإعتداء الجنسي، وفقدان الوظيفة الجسدية، وحالات وفاة أو فقدان أناس مهمين في حياتها بإعتبارها لفقدان الأم الأصلية.

في حين إهتمت دراسة (سعاد البشر، ٢٠٠٥): بالكشف عن العلاقة بين التعرض للإساءة في الطفولة والمشكلات النفسية - كالقلق والإكتئاب- التي قد يتعرض لها الفرد مستقبلاً، والعلاقة بين التعرض للإساءة في الطفولة وإضطراب الشخصية الحدية في الرشد، ومدى إسهام التعرض للإساءة في الطفولة في التنبؤ بظهور بعض الإضطرابات النفسية.

تكونت عينة الدراسة (ن = ٩٧) من طلبة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي بدولة الكويت (ن = ٥٥ ذكور، ن = ٤٢ إناث)، وتراوح أعمارها بين ١٨ : ٣٢ سنة بمتوسط عمري قدره (٢٠,٦٤) سنة وانحراف معياري قدره (٢,٧٣). وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط موجب بين التعرض للإساءة في الطفولة وكل من القلق والإكتئاب وإضطراب الشخصية الحدية، ولم توجد فروق دالة بين الذكور والإناث على متغيرات الدراسة، كما كان التعرض للإساءة في الطفولة منبئاً لحدوث مشكلات نفسية في 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 وهي المبالغة في تعاطي الكحوليات وممارسة الجنس غير الأمن.

أما أنماط الإيذاء التي كانت ذات دلالة إحصائية ممن يعانون من إضطراب الشخصية الحدية من كلاً الجنسين فكانت استخدام الأدوات الحادة في 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 هي الإمتناع عن الأكل مع إرتفاع ملحوظ في درجة الإكتئاب لدى من يعانون إضطراب الشخصية.

إلا أن دراسة (حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨): ركزت وإهتمت بفحص العلاقة بين خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة ومظاهر إضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طلاب الجامعة، بالإضافة أيضاً إلى التعرف عن الفروق بين الطلاب والطالبات في خبرات الإساءة الجسمية والنفسية والجنسية ومظاهر إضطراب الشخصية الحدية، وكذا الفروق بين الطلاب المرتفعة والمنخفضة في الإساءة في 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 عمري قدره (٢٠,٥٤) وانحراف معياري قدره (١,٩٦).

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إرتباطية موجبه ذات دلالة إحصائية بين خبرات الإساءة الجسدية والنفسية، وكذا الجنسية ومظاهر بين اضطراب الشخصية الحدية بما في ذلك تجنب الهجر، وعدم إستقرار العلاقات البينشخصية، وإضطراب الهوية، والإندفاعية، إيذاء الذات، عدم الإستقرار الوجداني، 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 موجبه ذات دلالة إحصائية بين خبرات الإساءة الجسدية والنفسية ومظاهر اضطراب الشخصية الحدية بما في ذلك تجنب الهجر، اضطراب الهوية، الإندفاعية، إيذاء الذات، عدم الإستقرار الوجداني، 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 اضطراب 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 = 370) من البالغين، وقسمت إلى مجموعتين تم تشخيص (276) بإضطراب فى الشخصية، و(94) ليس لديهم أى اضطراب مقسمة كما يلي : الإناث (ن = 193)، ذكور (ن = 177) بمتوسط عمرى فى المجموعة التجريبية قدره (36,6)، والضابطة (94) ليس لديهم اضطراب بمتوسط عمرى (31,4) 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 اضطراب فى متغيرات صدمات الطفولة وسمة العصابية وسمة الإنبساطية لصالح مضطربي الشخصية الحدية، وإن سمات العصابية والإنبساطية ترتفع إرتفاعاً دالاً لدى مضطربي الشخصية، ووجود إرتباط دال إحصائياً بين الإعتداء الجنسى والإعتداء الجسدى

والعاطفي والإهمال الجسدي، والإهمال العاطفي في الطفولة وبين اضطرابات الشخصية لدى مجموعة مضطربي الشخصية.

وفي حين هدفت دراسة (فرح نوح، ٢٠١٣): إلى الكشف عن العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية المختلفة (المساواة - القسوة الزائدة - الإهمال الحماية الزائدة) وبين اضطرابات الشخصية لدى عينة من المراهقين السعوديين، وتكونت عينة الدراسة من (ن = ٣٦٤) طالباً من طلبة المرحلة المتوسطة الصف الثالث، وطلبة المرحلة الثانوية الصف الأول والثاني بقسمية (الشرعي والعلمي) بمحافظة المدينة المنورة، وتراوح أعمارهم ما بين ١٥ : ١٨ عاماً بمتوسط عمري قدره (١٦,٣٩) سنة وإنحراف معياري (١,٠٧)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال إحصائياً بين أساليب المعاملة الوالدية من (الأب - الأم) واضطرابات الشخصية لدى المراهقين.

بينما ركزت دراسة إبراهيم أزلو (Ibrahim, Ozlu, 2015): على مهارات إتخاذ القرار، الذاكرة، وخصائص واضطراب الشخصية الحدية لدى الأطفال تحت الرعاية: دراسة حالة. حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تنظيم البيانات المتوفرة حول الارتباط بين سوء المعاملة والسمات الحدية في الطفولة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال ذوي السمات الحدية كان أكثر عرضة وتاريخ من سوء المعاملة، وثمة عوامل خطورة أخرى مثل قصور الوظيفة المعرفية والتنفيذية، وإختلال وظيفة الوالدين والهشاشة الوراثية التي وجدت عبر الدراسات.

في حين هدفت دراسة (نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥): إلى الكشف عن الدور الوسيط لمتغير المخططات اللاتكيفية المبكرة في العلاقة بين أنماط التعلق الوجداني غير الآمن (القلق والتجنبي) وأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية من الراشدين حيث كانت العينة مكونة من (ن = ١٩٤) من طلاب وطالبات جامعة حلوان بجميع الفرق الدراسية بكليات الجامعة (٩٣ = ذكور، ١٠٣ = إناث)، وتراوح أعمارهم ما بين ١٩ : ٣٩ عاماً بمتوسط عمري قدره (٤٣ = ٢٤) عاماً وإنحراف معياري قدره (٥,٨٩)، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من الجنسين في جمع متغيرات الدراسة، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين أنماط التعلق غير الآمن (القلق، والتجنبي) وكل من أعراض اضطراب الشخصية الحدية والمخططات اللاتكيفية المبكرة، كما أشارت النتائج أيضاً

إلى أن المخططات اللاتكيفية المبكرة تتوسط العلاقة بين أنماط التعلق غير الآمن وأعراض اضطراب الشخصية الحدية.

أما دراسة (Ntsghingila, et al., 2016): فكانت بعنوان: إستكشاف ووصف تجارب النساء اللواتي يعشن مع اضطراب الشخصية الحدية. تم استخدام تصميم الدراسة النوعي والإستكشاف والوصف السياقي، تم جمع البيانات من خلال المقابلات الفيزيولوجية المتعمقة التي ركزت على السؤال المركزي "أخبرني قصة حياتك"، واجريت مقابلات مع (ثمانية) مشاركين يعيشون مع اضطراب الشخصية الحدية، وتم استخدام طريقة (Tesch) لتحليل البيانات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى: أنهم خضعن لتجارب في العيش في بيئة غير آمنة، تتعلق بديناميات الأسرة غير الصحية وانتهاكات الحدود والتحديات التعليمية، الشعور بمشاعر مزمنة بالفراغ في 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 دراسة (Hoffman, 1995): إلى الكشف عن العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية والإكتئاب وذلك من خلال دراسة لخصائص وأعراض الشخصية الحدية، وتكونت عينة الدراسة من فئتين تشخيصيتين عددهما (١٢٤) مفحوصاً وكان من أهم النتائج التي توصل إليها الباحث أنه في العديد من الأعراض تبدو الفئتين التشخيصيتين متشابهتين للغاية إلا أن هناك فروقاً في أعراض الهجر أو الانفصال الصريح، وكذلك مستوى الوجدان فتبدوا أكثر وضوحاً لدى مضطربي الشخصية الحدية وأكثر تنبؤاً بالإنكاسة.

بينما إهتمت دراسة (Bonger, et al., 1998): إلى معرفة العلاقة بين اضطراب الشخصية والإنتحار الذي يعد من أكثر المظاهر إنتشاراً لدى مضطربي الشخصية الحدية، حيث تم فحص (٣٦) من مرضي اضطراب الشخصية الحدية، وممن كان لديهم محاولات للإنتحار وتم تقييمهم بمقياس نفسى عام، وبعد تقديم العلاج الدوائى بجانب العلاج المعرفى السلوكى. ولقد لوحظ في هذه الدراسة إنخفاضاً ملحوظاً في أعراض الشخصية الحدية بالإضافة إلى تدنى محاولات الإنتحار، وإنخفاض في سوء التوافق الذاتى والإجتماعى.

في حين تناولت دراسة (Ortiz, Angelica, 1999): مشاعر الوحدة في اضطرابات الشخصية الحدية وأعراضه في بيئه العلاج النفسى كدراسة حالة لمفحوصة تبلغ من العمر

(٢٨) عاماً، وبينت نتائج الدراسة أن المفحوصة كان تعاني 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 المرضى ذوو تشخيص (BPD) يعصب التعامل معهم وأنهم غير مستجيبين للعلاج، بالإضافة إلى عدم الثبات الوجداني بجانب الغضب المكثف غير المناسبة، وحدود الأنا الضعيفة، كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن بعض المرضى من المتوقع أن يكتبوا الغضب بدلاً من التعبير عنه، وعدم الثبات الوجداني عادة ما كان يظهر على شكل العزم على الإنتحار وضعف نمو الأنا بشكل ملحوظ ودال.

إلا أن دراسة براندلي، 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 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 البارانونيدية.

أما دراسة (هند عبد العزيز محارب، ٢٠٠٩): إهتمت بدراسة اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته الأعراض الإكتئابية 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 اضطراب الشخصية الحدية والإكتئاب؛ لا توجد علاقة دالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الحدية وبين متغيرات الجنس والعمر، والحالة الإجتماعية.

في حين تناولت دراسة روث وآخرون (Ruth, et al., 2012): إرتباط العوامل الإنفعالية بالمعالجات المعرفية في اضطراب الشخصية الحدية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى: إرتباط العمليات الإدراكية المعرفية بما في ذلك الإنتباه الإنتقائي والذاكره، والمعتقدات والتفسيرات المشوهة وعمليات التفكير مثل الجمود والقمع الفكرى بشكل كبير وإرتباطها بالعديد من الإضطرابات العاطفية ومن أهمها الخلل العاطفي 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 في كبت كل من التفكير والتأمل.

وإتفقت مع الدراسة السابقة دراسة وفاء عبد الحليم (Wafaa Abd Alhaleem, 2013): والتي كانت بعنوان: خلل الوظائف المعرفية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن هؤلاء الأفراد يظهرون القلق الحاد، الغضب، وحالات من المشاعر والإنفعالات الإكتئابية، وعدم ثبات وإستقرار العلاقات بين الشخصية، وإضطراب مفهوم الذات، والدفعات القهرية السلوكية، والسلوكيات الخطرة ضد الذات بالإضافة إلى خلل في الوظائف المعرفية.

بينما هدفت دراسة (منار مجدى، ٢٠١٧): إلى الكشف عن البروفيل النفسى لإضطراب الشخصية الحدية ومدى إنتشاره، والتعرف على العلاقة بين اضطراب الشخصية الحدية وكل من اضطراب التنظيم العاطفي والقلق والإكتئاب على عينة تكونت من (٤٠٨) طالبة من طالبات كلية البنات من أقسام مختلفة، وتراوحت أعمارهن بين ١٨ : ٢٠ سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي: إحتل إيذاء الذات بنسبة ٢٨%، وتلاه الإضطرابات الوجدانية بنسبة

٢٢%، ثم اضطرابات التفكير بنسبة ٢٠% في البروفيل النفسى لإضطراب الشخصية الحدية، كما تبين أيضاً وجود علاقة إيجابية بين كل من اضطراب الشخصية الحدية وإضطراب التنظيم العاطفى والقلق والإكتئاب.

إلا أن دراسة (يونس منصور، ٢٠١٧): هدفت إلى الكشف عن أعراض تشوه صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات وإضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من البدناء، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) فرد من بئر السبع بفلسطين، وأوضحت نتائج الدراسة وجود اضطراب تشوه صورة الجسد، بالإضافة إلى تشوه صورة الجسد وتقدير الذات لدى عينة الدراسة حيث كانت قيمة ارتباط (ر) = -٤٩٨، وهي داله احصائيا 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.

خامساً: دراسات خاصة تناولت اضطراب الشخصية الحدية وفقدان الشهية العصبي لدى المراهقات:

- دراسة (أحمد عبد الخالق، مایسة النیال، ١٩٩٢) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل: الاكتئاب والقلق والوساوس القهرية، وذلك على عينة من (١٠٧) من طالبات الجامعة، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين فقدان الشهية العصبي وكل من: الاكتئاب، والقلق، والوساوس.

- إلا أن دراسة (علاء الدين كفاي، مایسة النیال، ١٩٩٦) أهتمت بتناول فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل القلق والاكتئاب والوساوس القهري، على عينة مكونة من (١٠٧) من طالبات الجامعة، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباطات بين فقدان الشهية العصبي وبين كل من: (الاكتئاب، والقلق، والوساوس) واستوعبها عامل واحد هو فقدان الشهية العصبي، والاضطرابات العصابية.

- بينما هدفت دراسة (Cooper & Turner, 2000) إلى الكشف عن المعتقدات المرتبطة باضطرابات الأكل لدى الإناث اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي، والإناث اللاتي يتبعن نظاماً غذائياً صحياً أو ريجيماً، مستخدمة في ذلك ثلاث مجموعات فرعية، الأولي: تمثل اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي (ن=١٨)، وتم اختيار أفراد هذه العينة وفقاً

لمحككات الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، والثانية: تمثل الإناث اللاتي يتبعن نظامًا غذائيًا أو ريجيمًا (ن=١٨)، وتم اختيار أفراد هذه المجموعة من بين الأفراد الأصحاء، أما المجموعة الفرعية الثالثة: فكانت مجموعة سوية (ن=١٨)، وأظهرت نتائج البحث وجود فروق دالة بين درجات أفراد المجموعات الفرعية على المقاييس الفرعية لاستبيان المعتقدات المرتبطة باضطراب الأكل وذلك لصالح مجموعة فقدان الشهية العصبي.

- أما دراسة (Chuchra, et al., 2005) فقد كان الهدف من هذه الدراسة هو الإجابة على الاسئلة التي تدور في تصور مرضي ذوى فقدان الشهية العصبي والتي تتمثل في معرفة نوع التبعيات التي تحدث بين الصورة المثالية للنساء اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي والصورة المثالية لأمهاتهم وأبائهم، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضة مشخصة بفقدان الشهية العصبي، وخضعت للعلاج في قسم الطب النفسي بالجامعة الطبية في لوبلان، وكان متوسط العمر للنساء (٢١) سنة، وتم فحص الصورة المثالية مع المجموعة عن طريق قائمة الاختبار (ACL) والتي أكملت بواسطة المرضى ثلاث مرات تبعًا للتعليمات: أحب أن أكون، أحب أمي أن تكون، أحب أبي أن يكون، وأسفرت النتائج عن وجود تبعيات بين الصور المثالية للمرضى وأمهاتهم فيما يتعلق بالحنان والانتماء والاستقلال الذاتى والعلاقة مع الجنس وضبط النفس والطموح والمثابرة والثقة بالنفس، وقد وجدت التبعيات بين الصورة المثالية للمرضى وأبائهم فيما يتعلق بالانجاز والهيمنة والانتماء والحنان والحكم الذاتى والعدوان كما توجد خصائص أخرى مثل الحماية والعفوية والمسئولية، كما وجدت تبعيات بين الصورة المثالية للأمهات والصورة المثالية للأباء وينظر إليها على أن النساء اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي بحاجة إلى الهيمنة والحنان والعلاقة مع الجنس الآخر والطموح.

- الا أن دراسة (عائشة عطية، ٢٠١٦) أهتمت بتسليط الضوء على صورة الجسم ودورها في فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، وذلك باستخدام المنهج الاكلينيكي على ثلاث حالات من المراهقات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الصورة الجسمية دور مهم واساسي في الاصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، وإن الصورة الجسمية

- المدركة لدى المراهقات المريضات بفقدان الشهية العصبي هي صورة مضطربة ومشوشة أي ادراكهن لصورتهن الجسمية ادراك خاطيء ومشوه.
- في حين ركزت دراسة (على محمود، نداء هادي، ٢٠١٦) على فرط-فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين من الجنسين من طلاب الصف الرابع الاعدادي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى زيادة انتشار اضطراب فرط-فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين من طلبة الصف الرابع الاعدادي، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في هذا الاضطراب.
- أما دراسة (قطب عبده خليل، ٢٠١٧) فقد كانت بعنوان: عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها باضطرابي فقدان الشهية والشه العصبي لدى طالبات الجامعة، وذلك على عينة من (٩٨٠) طالبة من طالبات كلية التربية جامعة كفر الشيخ في المرحلة العمرية ما بين (١٩ - ٢٣) سنة بمتوسط 20,62 ، (١٢٦) طالبة تعاني من فقدان الشهية العصبي، و (٣٥) يعانون من الشره العصبي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين عوامل ما وراء المعرفة الخمسة (المعتقدات الإيجابية نحو الهم - المعتقدات السلبية نحو الأفكار المرتبطة بالعجز - الثقة المعرفية - الحاجة لضبط الأفكار) والدرجة الكلية لكل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي، وجود فروق في عوامل ما وراء المعرفة بين طالبات الجامعة المصابات بفقدان الشهية العصبي والشره العصبي والأصحاء في اتجاه المضطربات، وكذلك إمكانية التنبؤ باضطراب فقدان الشهية العصبي من خلال عاملي (المعتقدات الإيجابية نحو الهم - المعتقدات السلبية نحو الأفكار المرتبطة بالعجز)، واضطراب الشره العصبي من خلال (المعتقدات السلبية نحو الأفكار المرتبطة بالعجز - الثقة المعرفية).
- بينما هدفت دراسة (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠) إلى الكشف عن ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين: دراسة إكلينيكية متعمقة، ومعرفة البناء النفسي 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 عمري (١٧) سنة، وتكونت عينة الدراسة من (٥) حالات، مقسمين إلى (٤) فتيات، وذكر واحد فقط، وذلك باستخدام الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، إستخبار إيزنك للشخصية (EPQ)، إختبار تنسى لمفهوم الذات، إختبار تقدير

الذات، إختبار H.T.P، إختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D، إختبار T.A.T، إختبار الرورشاخ، بالإضافة إلى الرسوم الحرة أو العفوية والسير الذاتية للمفحوصين، وذلك بإستخدام المنهج الإليكتينيكي. ومن ضمن ما توصلت إليه نتائج الدراسة معاناه أفراد العينة من اضطرابات الأكل، خاصة فقدان الشهية العصبي.

- في حين ركزت دراسة (خديجة، مليكة، ٢٠٢٢) بصفة عامة على: فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات في المجتمع الجزائري، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي على عينة قوامها (١٠٠) مراهقة من طالبات الثانوية العامة، وتم استخدام مقياس فقدان الشهية العصبي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى معاناه المراهقات من مستوى فقدان الشهية العصبي بنسبة ٤٣% من عينة الدراسة بنسبة متوسطة، و ٦٠% منهن بنسبة مرتفعة.

التعليق على الدراسات السابقة:

- بالرغم من كثرة الدراسات التي تناولت كل من اضطراب الشخصية الحدية، وفقدان الشهية العصبي، كل منهما مستقلاً عن الآخر وليس مجتمعان معاً، كما هو الحال في هذه الدراسة، فنجد أن هذه الدراسات قد إقتصرت على وصف ورصد أعراض وسمات اضطراب الشخصية الحدية، وفقدان الشهية العصبي، وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والديموجرافية أو علاقتها بخبرات الإيذاء والإساءة في مرحلة الطفولة.

- كما سعت هذه الدراسات أيضاً إلى الكشف عن الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية والأخلاقية المصاحبة لإضطراب الشخصية الحدية، واضطراب فقدان الشهية العصبي، وإلى الكشف أيضاً عن أهم الفروق النوعية والكمية في الجنس (النوع)، والعمر لمضطربي الشخصية الحدية وفقدان الشهية العصبي.

- بينما ركزت باقى الدراسات الأخرى على تقديم برامج إرشادية وعلاجية لمضطربي الشخصية الحدية وكذلك اضطراب فقدان الشهية العصبي دون الإهتمام بالكشف عن أهم الديناميات والخصائص المميزة للبناء النفسى سواء لمضطربي الشخصية الحدية أو مضطربي فقدان الشهية العصبي.

- ندرت الدراسات التي تناولت اضطراب الشخصية الحدية المصحوبة باضطرابات الأكل عموماً، وباضطراب فقدان الشهية بصفة خاصة.

نتائج الدراسة:

الحالة (منه)

أولاً: نتائج المقابلة:

الإسم: منة

العمر: ١٨ سنة.

التشخيص:

النوع: أنثى.

- معاناه المفحوصة من اضطراب فقدان الشهية العصبي، من نمط التقييد: وتبين من خلال الأشهر الثلاث الماضية، لم تتخط المفحوصة في نوبات متكررة من الإفراط في تناول الطعام بينما عانت من سلوك التطهير (أي القيء الذاتي أو إساءة استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية)، بالإضافة إلى لجوء المفحوصة للتجوع الذاتي. حيث كانت تلجأ المفحوصة لفقد الوزن بشكل أساسي من خلال اتباع نظام غذائي صارم، والصيام، وتناول بسكوتة "شريحة" واحدة فقط طوال اليوم، أو ممارسة الرياضة بشكل مفرط، وتم احتجازها بالعناية المركزة بأحد المستشفيات نتيجة نقص البوتاسيوم وأصبح وزنها أقل بشكل مرضي وحاد، وانخفاض في الوزن لدرجة فقد (٣٩ كجم) من وزن الجسم خلال شهر واحد فقط، مع العلم أن وزنها انخفض ووصل إلى (٥٨ كجم)، وطولها يبلغ (١٦٧ سم). بالإضافة للمعاناه أيضًا من اضطراب الشخصية الحدية.
 - كما كانت المفحوصة تخاف وتخشى من أن تكون ممتلئة في الجسم، ولديها أحساس مخيف ورهيب في لو أن وزن جسمها زاد وأصبحت ممتلئة جسديًا، متمثل في شعورها بأنها تأخذ حيز كبير في العالم، ولديها أيضًا أفكار وسواسية حادة متعلقة بالطعام، وتعانى أيضاً فوبيا من أنها لو أكلت مش تعرف تتخلص من الأكل "الطعام" الذي تناولته.
 - تم التشخيص السيكاترى من خلال DSM-5، والتشخيص الطبي من خلال معيار كتلة الجسم IBM.
- التعليم: جامعة خاصة - لغات - الفرقة الأولى. حاليًا مرتبطة عاطفيًا مع "مهذب" الذي حاول الارتباط بها رسميًا إلا أن الأم رافضة، وكذلك أهل "مهذب" رافضين، وهو ما دفع بمهذب إلى محاولة الانتحار الفعلي.

الأب: يعمل مهندساً في 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 (منة):

- أعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب له نوبات من الشره المرضى، ودخلت العناية المركزة بسبب نقص نسبة البوتاسيوم، وتم حجري في المستشفى لأكثر من مرة، وفقدت (٣٩ كجم) ، من وزني في أقل من شهر، حيث يبلغ طولي (١٦٧ سم)، كما أعاني من أفكار وسواسية تتعلق بالطعام، كما أعاني أيضاً من نوبات هلع شديدة بعد توقي عن تعاطي المخدرات.
- أرفض جسمي كبنيت، مش بحب فكرة البنات، كنت أحب وأتمنى أن أكون ولد، مش بحب شكلي كبنيت، فقدت جزء كبير من وزني لدرجة أن وزني كان ٥٨ كجم علشان الناس تشوفني ولد ذكر (صبي)، وقصيت شعري وأشد صدرى علشان مش بيان، أحاول أقبل نفسي كبنيت مع الرغم أني أظل أدعى علشان مش عاوزه جزء أنثوى بيان أو يظهر في جسدى، أقرف من الجنس الآخر (الذكور)، أقدر أعيش من غير جنس.
- أعانى من فقدان الشهية العصبي، مش أكل بره البيت، مش أكل، أرفض وأكره الأكل، أجتر (ترجيع) الأكل ودا يشعرنى بالسعادة لدرجة أن وزني نقص إلى ٥٨ كجم أحب أن أعاقب نفسي "مازوخية".
- حالياً أعاني من الاحتراق النفسي ومن الاجهاد، لدرجة أني عجزت عن دخول الامتحان بسبب حجري في العناية المركزة، عاجزة عن التركيز وعن المذاكرة،
- أحب مشاهدة أفلام الجريمة الخاصة بالجانب السيكولوجي ليل ونهار مثل أمي، حتى أستطيع أن أفهم الطابع البشري.

- أبي عنف ونهر أُمي لمدة عشرة سنوات متتالية، ومرة أخرجني على مائدة الطعام قائلاً لي: أنتِ تأكلي بزيادة، ثم أشار لأُمي قائلاً لها: أنتِ دمرتِ أولادي جميعهم، وظل يوجه لها اللوم والنقد بلا توقف.
- أعاني يومياً أثناء نومي من (٤) إلى (٦) كوابيس، وأشعر بأن في حاجة قابضة وماسكة فيها وأنا نائمة، واتحجر، وصوتي محبوس مش قادرة أصرخ، وأشعر بأن في حاجات كثيرة تخوفني وتصايبيني بالرعب، وأشعر بأن هناك أشياء تتحول وتتجول في محيطي، أستيقظ مرعوبة وأصرخ على أختي، أخاف من النوم لكثرة الكوابيس اليومية.
- حالياً أنام بجانب أُمي حتى لا أحلم بالكوابيس، وبالفعل عندما أنام بجانب أُمي أنام بلا كوابيس.
- من أحلامي أنني أرى نفسي في مكان شبيه مظلم وفي هذا المكان يوجد مباني كثيرة، حيث أصد على سطح أعلى المباني، وأرمي نفسي وأثناء سقوطي بأبكي مع أنني مش لمست الأرض.
- علاقتي بأُمي مضطربة جداً، فبالرغم من أنني أحبها وهي تحبني، وبالرغم من أنني أحقق كل طلباتها مثل، أن أكون متفوقة وناجحة، وعندما حصلت على (٩٧%) في الثانوية، وذهبت لكي أسعد أُمي بهذه النتيجة فُوجئت بأنه تبكي بكاءً مريئاً، حيث كانت تجهش بالبكاء على أخي (عبد الرحمن)، لأنه رسب في مادة الجيولوجيا، ومش فرحت بنجاحي، وكانت صدمة كبيرة لي.
- وبالرغم من أن أُمي تكون في أحيان كثيرة مكتئبة، إلا أنني أحرم نفسي من الشعور بالسعادة بسبب اكتئاب أُمي، فأكثر شيء يجعلني أشعر بالأمان هو وجود أُمي.
- أخاف أفكر في أن أُمي تموت؛ لأن في هذه الحالة ممكن انتحر أو أتجنن.
- عندي فضول عالي وأسئلة بلا أجوبة لا تنتهي.
- إرتديت الحجاب رغماً عنى بناء على أوامر من والدي، ولكنى تخلصت منه وقصيت شعري كمان علشان أحس بأنوثتى وأحس أنني 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 ورسول، ولا أؤمن بالغيبات أو بالحياة الأخرى ولا جنه ولا نار، ولا أؤمن بوجود عقاربت أو جن.

- أؤمن بالفلسفة الوجودية، وأقرأ في تطور الأديان وفي علم النفس.
- كنت أتمنى أن ألتحق بكلية الآداب قسم علم النفس في جامعة القاهرة أو جامعة عين شمس وكان مجموعي يؤهلني لكن أمي رفضت وبشدة خوفاً وقلقاً علياً لأننا نسكن بعيداً في المدن الجديدة (مدينة السادس من أكتوبر).
- كنت أعانى من التبول اللاإرادي لحد سن رابعة ابتدائي.
- عندي رغبة قوية وملحة في الإستقلال والإنفصال بعيداً عن أسرتي والعيش بمفردى.
- دائماً في إحتياج شديد للمال فأنا أعشقه وأبحث عنه بشكل هستيرى.
- أجد متعة غريبة في مضايقة وإيذاء الآخرين (ميول سيكوباتية).
- دماغى وعقلى في حالة قلق وتفكير بشكل مستمر.
- تعرضت لتحرش جنسى بعد البلوغ من أحد أقاربي من مرتين إلى ثلاثه مرات وكنت أخذ شاوور (أستحم) وأنا في حالة قرف.
- لما بلغت ونضجت فسيولوجياً، والدورة جاءت لى أترعبت علشان هافقد طفولتى.
- عندي إستعداد فى الدخول فى علاقات جنسية متعددة حتى وإن كانت شاذة، حتى وإن كان جنس شرعى 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.
- أظل لساعات أقطع (أشريط) فى يدي وقدمى بشكل قهرى لا إرادى بموس حلاقة من سنتين، وأجد متعة وراحة فى هذا الفعل، ولو أمى ماتت ممكن أموت نفسى (أنتحر)، بأحس بالإننتقام لما أقطع فى يدي وقدمى ... أد أيه أنا سيئة.
- أدميت أظافرى من كتر الفرقة فىهم لدرجة النزيف وبعد لما يتجمد الدم أقشره أو أقوم بمصه أحياناً.

- مندفعه فى سلوكياتى وأفعالى مش أفكر، مرة وجدت نفسى أمشى فى جزء صحراوى بجانب الجامعة وكانت معى زجاجة كسرتها وفضلت أرح فى جسدى، وفى مرة أخرى أحد الأشخاص ركن بسيارته وركبت معاه دون أن أدري ودون أن أعرفه.
 - أفكر أفكار غير منطقية وخاصة لما حد يسبنى أو يهجرنى، مش عاوزه أصدق دا.
 - أحب جذب الآخرين 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 يؤذنى يعمل ويخلصنى، 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 ويراقبونى، 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 طفح جلدى وخاصة فى رقبتى وكتفى، إمساك، قولون عصبى، جسدى 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 يحبني.
- أبويا صعب جداً فهو متسلط وقاسٍ وقامع وقاهر، متعصب وملتزم دينياً (ظاهرياً) فهو يرتبط بأمى (متحررة شعرها مكشوف، ملابس مكشوفة، حلوة) أجبرها بالإحتشام فعلاقته بأمى تقوم على التسلط والقمع.
- أبويا عاوزنى أعطى جسدى وأتحشم وألبس حجاب، ودايماً يقولى: ألبسى حاجه واسعة مش ضيقة، ومش تبينى 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 فىا.
- 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. وكان يلوم أمى ويقول لها: أنتِ دمرتى أولادى.

ج - العلاقة مع الأم:

- أمى متحررة، هى ممكن تعمل كل حاجه هى عاوزاها، ومع ذلك أصبحت منذ زواجها بأبى متسلطة ومتحكمة وتسعى إلى الكمالية والمثالية مع أبنائها وخاصة أنا.
- 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 فىا، 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 والتنزه مع صديقى بمفردنا.

- أمي نقولى: 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.
- أمي تخاف وتخشى من أبى فهو متسلط وحاد فى المعاملة لأسوأ درجة، أمى مختلفة تماماً ثقافياً وإجتماعياً وإقتصادياً عن أبى، حتى فى التدين مختلفين فهو مترمت وهى تلقائية ومترحة 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 وعتقتها 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 - وإن كان بينهما علاقة جنسية فقط نزولاً لرغبة أبى - ولذا أمى دوماً غضبانه منه.

هـ - العلاقة مع الإخوة:

هـ / ١- العلاقة مع الأخت الكبرى (فاطمة):

- أختي دائماً منغلقة عن باقي أفراد الأسرة، هي دوماً حزينة ومكتئبة فهي تعاني من اضطرابات حادة، وتنتمي لجماعات الأيموز، ومدمنة موسيقي الروك الصاخبة، كما تعاني من اللامبالاه والسلبية، وتنفذ كلام ماما بالحرف.
- أختي دوماً كانت تقطع في يدها وتشرط فيها بموس " شفرة " حلقة، قصت شعرها وأنزوت في حجرتها وإنكبت على دروسها الصعبة في كلية الصيدلة.
- والسبب فيما سبق أن أمي عنفتها وسخرت منها أمام الجميع لأنها دخلت في تجربة عاطفية مع أحد زملائها وأمي قالت لها: أن الحب عيب، وأكملت حديثها لها: عيب عليك يا فاطمه. لدرجة أنني اعتقدت أن الحب والمشاعر مش حاجه كويسه، ومن وقتها مش عاوزه أتعلق بأى واحد حتى لا أتعرض لما تعرضت لها أختي من إهانة وتوبيخ وتجريح.

هـ- العلاقة مع الأخت الأصغر:

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

هـ / ٣- العلاقة مع الأخ:

- أنا متابعة أخی عبد الرحمن خوفاً من أفقد السيطرة على نفسي وعلى نزعاتي مثله، فهو أقرب إلى الفصامى عنده هلاوس وضلالات، وهو حالياً وفعلياً في طريق اللاعودة بكل ما تحمله الجملة من معنى.
- يعاني عبد الرحمن من إدمان المخدرات فهو تعاطى كل أنواع المخدرات: حشيش، أفيون، هيروين، كوكايين، أستروكس، ترامادول، عقاقير، كحوليات، لكن الإعتماد الأكثر الآن هو علي الحشيش فلا يستطيع الإستغناء عنه، ويعتقد أن الحشيش يجعل من الشخص أكثر إنتاجية في كل شئ.

- جعلنى أجرب " اتعاطي " معه الحشيش والمخدرات علشان مش أجرب مع حد تانى خوفاً عليا.
- هو يرفض الأكل مثلى ولا يشتهي 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.
- أخی عاد (رسب) الثانوية العامة وهو الآن فى كلية تربية خاصة وعاد السنة فيها أيضاً.
- أخی دوماً منعزل ومنسحب ومضطرب.
- أخی تعرض للإساءة الجنسية من نساء كبيريات فى السن وضحكوا عليه.
- أخی مارس جميع أنواع الجنس وخاصة الجنس المثلى فهو جنسى المثلية سالب " مفعول به " .
- أخی دوماً يقوم بإيذاء ذاته ويعرض نفسه للحوادث بشكل مستمر .
- أخی 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: اضطراب عملية التنشئة الاجتماعية تمثلت في:

- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
 - رفض الأب للمفحوصة (منه) فهو لا يتقبلها إلا بشروط، ولا يحبها إلا بشروط وهذا من أحد أسباب المعاناه من فقدان الشهية العصبي ولهذا ترى المفحوصة بأنها غير جديرة بالاستحقاق وبالحب.
 - المعاناة من القمع والتسلط، والنزوع للمثالية والكمالية من كلا الوالدين وخاصة الأب فهو دائم الغياب والسفر، أما الأم فلا يعينها سوى تنفيذ تعليمات الأب، فكلاهما - أى الوالدين - لا يهتمان سوى التركيز على المادة (المال).
- ثانياً: العلاقة التكافلية بين الأم والمفحوصة (منه) تمثلت في:
- قلق حاد وغير مبرر من جانب الأم على (منه) لأن الأم ترى في (منه) نفسها وأنها إمتداد لها.
 - خوف شديد من الأم على (منه) لدرجة منعها من الذهاب للمدرسة وهي في الصف الثالث الثانوى بالكويت وإعطائها دروس خصوصية في المنزل، كما تفرض حصار عليها في الدخول والخروج من المنزل، لدرجة حرمانها من دخول كلية الآسن أو قسم علم النفس بحجة أن جامعة عين شمس أو القاهرة في وسط البلد، والمسكن في منطقة سكنية نائية.
- ثالثاً: اضطراب مركب الأوديب مصحوب بأنا أعلى سادى نتيجة التخيلات الجنسية المحارمية تجاه الأب.
- رابعاً: معاناه منه من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر، وبعض الأمراض الجلدية، والقولون العصبي، وزرقان الجلد خصوصاً عند علمها بموعد وصول الأب من السفر.
- خامساً: المعاناة من التبول اللا إرادى لمرحلة الصف الرابع الإبتدائى، فشل ميكانيزم الكبت متمثلاً في الهرش الدائم في الجسد، بالإضافة إلى الفوبيا من الأماكن المرتفعة.
- سادساً: اضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة في الخلافات الحادة والمعلنة والدائمة بينهما سواء في أسلوب الحياة أو بخصوص تنشئة الأبناء.

- سابعاً: اضطراب العلاقة الأسرية، فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين، بالإضافة لمعاناة الأخت الكبرى والأخ من أعراض اضطراب الشخصية.
- ثامناً: معاناة منه من سمات وأعراض اضطراب 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 قهري دون تقدير لعواقب الأمور.
 - مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى.
 - مشاعر وأفكار إضطهادية، وتفكير بارانوى.
 - ميول جنسية مثلية، اضطراب 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.
- تاسعاً: معاناة منه من سمات وأعراض اضطراب فقدان الشهية العصبى: - (اضطراب فقدان الشهية العصبى المصاحب له نوبات من الشره المرضى، من نمط التقيد: خلال الأشهر الثلاث الماضية، حيث أنخرطت المفحوصة فى نوبات متكررة من السلوك التطهيري (أي القيء الذاتى أو إساءة استخدام المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية). ويتم فقدان الوزن بشكل أساسى من خلال اتباع نظام غذائى، الصيام أو ممارسة الرياضة بشكل مفرط) - تمثلت فى:

- التجويع الذاتي والامتناع عن تناول الطعام، وفي بعض الأحيان الانخراط في تناول الطعام ثم التقيء.
- الخوف الشديد "قويًا" من زيادة وزن جسمها، أفكار وسواسية عن الأكل والطعام.
- فقد (٣٩ كجم) من وزن جسدها خلال شهر واحد فقط، ووصل وزنها إلى (٥٨ كجم)، كما يبلغ طولها (١٦٧).
- أفكار وسواسية تتعلق بالطعام.
- دخلت العناية المركزة لأكثر من مرة ، نتيجة الامتناع عن الطعام والتجويع الذاتي، ونقص البوتاسيوم.
- عجزت عن النزول للجامعة وعن الامتحان عن حجزها في العناية المركزة والمعاناه من النحافة الحادة.

عاشراً: عرض موجز لأهم نتائج ما ورد في السيرة الذاتية للمفحوصة:

بتحليل ما ورد من إستجابات في السيرة الذاتية للمفحوصة تبين أنها تعكس سمات وأعراض اضطراب الشخصية المصحوب بفقدان الشهية العصبي لديها والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

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

- أحزن أوى لو أى حد تركنى وسابنى أو هجرني.
- أشعر أن الآخرين يريدوا أن يهجروني ويتخلوا عنى.
- نفسى (اتمنى) ماكنت أتولدت أو جبئت 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 إمتلكك مسدس لأنه أسهل طريقة للإنتحار وسهل ومريح.
- مش عندى رغبة فى عمل أى شئ ولا 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 وللاخرين.
 - 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 لحالى 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.
 - نفسى تبقي الحياة سهله.
 - ٥- إضطراب العلاقة مع الأب:
 - كنت أتمنى لو أنى أحب أبى.
 - كنت أتمنى لو أن أبى يحبنى بدون شرط أو قيد.
- ثالثاً: نتائج مقياس تنسى لمفهوم الذات:

حصلت المفحوصة على (١٠٢) درجة على المقياس الكلى للذات وهى أقل من المتوسط، حيث أن المتوسط لهذا المقياس هو (١٥٠) درجة، حيث كانت درجة الذات الجسمية = ١٨، والذات الإجتماعية = ١٨، والذات الشخصية = ٢١، والذات الأسرية = ٢١، والذات الأخلاقية = ٢٤، وجميعهم أقل من المتوسط، وهو ما يعكس إضطراب واضح فى مفهوم الذات لدى المفحوصة بشكل عام وهو من أحد خصائص وسمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية المصحوب بفقدان الشهية العصبي لدى المفحوصة.

رابعاً: نتائج مقياس تقدير الذات:

حصلت المفحوصة (٥٢) درجة وهى أقل من المتوسط حيث أن متوسط هذا المقياس (٨٠) درجة، وهو ما يعنى أن المفحوصة تعاني من تقدير سلبى ومنخفض للذات والتي هى من أحد أهم أعراض إضطراب الشخصية الحدية وفقدان الشهية العصبي؛ وخاصة أن المفحوصة لا ترى أنها جديرة بالاستحقاق.

خامساً: نتائج إختبار إيزنك:

- حصلت المفحوصة على (١٣) درجة على مقياس الذهانبة - (الطبيعي من ١-٧) - وهو ما يشير إلى وجود أعراض ذهانية لدى المفحوصة بوصفها كامنه فى الشخصية، وأن المفحوصة لديها قابلية أو إستعداد لتطویر شذوذ نفسى.
- حصلت المفحوصة على (١٦) درجة على مقياس العصابية - (الطبيعي من ١-١١) - وهو ما يشير إلى معاناة المفحوصة من أعراض عصابية.
- حصلت المفحوصة على (٦) درجات على مقياس الإنبساطية - (الطبيعي من ١-٨) - وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تقع فى المدى العادى أو السوى.
- حصلت المفحوصة على (٥) درجات على مقياس الكذب - (الطبيعي من ١-٤) - وهو ما يشير إلى إتجاه المفحوصه نوعاً ما للتظاهر وإخفاء الحقيقة على عكس الدرجة المنخفضة.
- حصلت المفحوصة على (١٨) درجة على مقياس الجريمة وهى درجة أعلى من المتوسط بثلاث درجات، حيث أن المتوسط = ١٥ درجة.

ملخص نتائج إختبار إيزنك:

- ١- ذهانية عالية + عصابية عالية + جريمة = قلق حاد ناتج عن صراعات جنسية وعدوانية غير محلولة.
- ٢- ذهانية عالية + عصابية عالية + إنبساطية قليلة = سمات ذهانية.
- ٣- ذهانية عالية + إنبساطية أقل + جريمة عالية = سيكوباتية.
- ٤- ذهانية عالية + إنبساطية أقل = إكتئاب تمثل فى المعاناه من فقدان الشهية العصبي وإيذاء الذات.
- ٥- ذهانية عالية + كذب = سمات ذهانية.
- ٦- عصابية عالية + إنبساطية أقل = إكتئاب ذهانى مزمن تمثل فى الافكار والمحاولات الانتحارية.

وننتين ما سبق أن الأعراض المذكورة أعلاه هى جميعها من خصائص وسمات وأعراض اضطراب الشخصية الحدية المصحوب بفقدان الشهية العصبي لدى المفحوصة.

سادساً: نتائج إختبار رسم الأسرة المتحركة:

- رسمت المفحوصة الأخ (عبد الرحمن - ١٩ سنة) في الجانب الأيمن للصفحة، حيث أن قطع حافة الصفحة للجانب الأيمن للوحدة المرسومة تمثل رغبة في الهروب للمستقبل للتخلص من ماضى مؤلم ومحبط وغير سار، بالإضافة إلى الخوف من الخبرات الإنفعالية الحرة والصريحة ومن ثم فهو عادة يميل للعزلة والإنطواء والإنسحاب والإكتئاب. وفي الرسم الثانية رسمته: بأنه يسير في طريق اللاعودة كله أشواك طريق النهاية نتيجة الإدمان فهو بلا ملامح بلا هوية لا أحد مهتم أو مبالى به، وهو مدمر تماماً وحيداً.
- رسمت المفحوصة أخيها نائماً على سرير وهو متغطى محيطه جسده بظلال كثيفة - كما لو كان متغطى 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، ورسمه 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 ايضاً أنه ميت على المستوى السيكولوجى لدى المفحوصة بالإضافة لعزل نفسه ومشاعره عن باقى أفراد الأسرة ومعاناته من قلق حاد ومشاعر إكتئابية حاده. فهو دائماً مسافر مغترب لجمع المال، فهو أب بلا ملامح أيضاً بلا ذاكرة بالنسبة للمفحوصة، فصورة الأب مشوشة وغير واضحة لدى المفحوصة، كما تعكس الرسم أيضاً صراعات غير محلولة مع الأب.
- 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 فهي تميل أيضاً إلى عزل نفسها ومشاعرها عن باقي أفراد الأسرة، مع نزعة إلى سلوك قهري 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. فهي تحقق ما تريده الأم في أن متفوقة وتحتل الصدرية والمركز الأول في كل المجالات؛ وخاصة أن شخصية الأم تتسم بالنزعة للمثالية والكمالية، وهو ما جعل من الأخت الكبيرة تنتمي إلى جماعات الایموز وإمان موسيقي الروك الصاخبة. كما تتسم شخصيتها بضعف النضج الانفعالي والاجتماعي ناتجة عن سيطرة الأم. بالإضافة إلى سمات وميول هستيرية.
 - بينما رسمت المفحوصة الأخت الي الصغرى (رقية – ١٤ سنة) من الظهر وهي ترسم على لوحه مع تظليل شعرها بشكل مكثف وهو ما يعكس قلق حاد على مستوى التخيلات المتعلقة بالجنسية المثالية، إلا أنها تقوم بالتنفيس الإنفعالي من خلال الرسم مع عزل نفسها ومشاعرها أيضاً عن باقي أفراد الأسرة.
 - أما الأم تم رسمها أكبر حجماً عن باقي أفراد الأسرة وهو ما يشير إلى أنها الأكثر تأثيراً على المستوى السيكولوجي 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 أبنائها من الانفصال عنها وتمنعهم أيضاً من الإستقلال ومن النضج الإنفعالي والإجتماعي وذلك على المستوى اللاشعوري) – وهو ما ظهر في قلق الام الزائد عن الحد على أبنائها وتدخلها في كافة تفاصيل حياتهم. بالإضافة لمعاناتها من عدوان مكبوت وهو ما ظهر من خلال رسم القدمين على هيئة كوريتين. كما اتسم سلوك الأم في الرسمة الثانية بأنها تتسم بالمثالية والكمالية والتسلط وحبها دائماً حب مشروط ذات طابع مرضى، كما تتسم بالضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي، كما تعاني أيضاً من الواسوس على مستوى الأفكار نتيجة الانا السادي لديها.
 - بينما رسمت المفحوصة (منة الله – ١٨ سنة) نفسها وهي جليسة على الأرض كما لو كانت كسيحة بجانب أمها وهو ما يؤكد على العلاقة التكافلية بينهم والتي 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 تتكر منطقة المهبل لديها)، بالإضافة لإضطراب الهوية الجنسية وهو ما وضح جلياً فى رسمها لذلك والتي تحمل الجانبين الذكورى والأنثوى معاً. كما تعكس الرسمة أيضاً نرجسية مجروحة فهي كالمومياء، ولذا فهي تعزل نفسها دوماً لأن العلاقات مع الآخرين بالنسبة لها سامة ومؤذية، فهي بلا ملامح بلا هوية تعاني من الاغتراب النفسى والوجودى لعدم حصولها على الحب الكافى، ومن ثم تشعر بعدم الاستحقاق الوجودى.

• رسمت الوجه مغطى بالشعر بحيث لم تظهر تفاصيله وهو ما يشير إلى نزعه لتجنب مواجهة القضايا مباشرة وذلك للحصول على إشباع غير واقعى وإتسام علاقاتها مع الآخرين بالجمود وهي ما تعكس دلالة باثولوجية حادة لرفض الواقع وضعف الإتصال به لكونه مؤلماً ومحبطاً. كما تعكس الرسمة الثانية أيضاً نتيجة تظليل الشعر تخييلات عدوانية تجاه كلا الوالدين وخاصة الأب يرتد إلى الذات بشكل تدميري إلا وهو الامتناع عن الأكل والمعاناه من فقدان الشهية العصبى؛ وهذا راجع إلى الأنا الأعلى السادى لديها.

• تأكيدها على الخطوط فى رسمها لذاتها وإختيها 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 ممن يعانون من فقدان الشهية العصبى - بالإضافة لسؤ فى التوافق على المستويين الإنفعالى والإجتماعى، فالكل منعزل بذاته وبمشاعره وبتهيئاته 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 بالاضطراب وسوء في التوافق ونقص في النضج الإنفعالي والإجتماعي.

- إصابة المفحوصة بمشاعر إكتئابية حادة وقلق حاد هي وأخيها وأختها الكبرى وهو ما دفع بالأخ لتعاطي وإدمان المخدرات والكحوليات ودفع (منه) أيضاً لإيذاء ذاتها وتعاطيها للمخدرات - وإن كان بشكل غير منتظم - مع وجود محاولات وأفكار إنتحارية بشبكل متكرر والتي هي من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى اضطراب الهوية الجنسية وميولها الجنسية المثلية الكامنة والمفعلة لدى أخيها. والمعاناه أيضاً من فقدان الشهية العصبي لاضطراب العلاقة مع الموضوع (الأم)، وعدم حصولها على الاشباع والحب الكافي وهي طفلة، وخاصة أن الأكل = الحب لدى الأطفال.
- الشعور بالوحدة وبالاعتراب النفسي الوجودي، اضطراب صورة الذات وصورة الجسد.
- إعتماضية سلبية على الأم والتثبيت عليها والتوحد بها.
- الأم لا يعينها جميع هذه الإضطرابات بينما التي تسعى إليه جاهدة هي إنتظام أبنائها في الدراسة والإنصياح لتعليماتها فقط لا غير.
- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق في التخيلات بوصفه صورة تعويضية للاشباع.
- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتيسر ضبطه ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
- الحاجة 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 تتمتع أو لا تتمتع.
- رسم الوحدة قريباً من الحافة العليا للصفحة: نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخيل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- رسم خط الأساس: يتضمن عدم شعور المفحوصة بالأمن والحماية.
- رسم خط الأساس ثقيلًا والتأكيد عليه: يشير لمشاعر القلق التي تستثيرها علاقات على مستوى الواقع، بالإضافة إلى أنه يتضمن أيضاً شعور المفحوصة بصعوبة في قمع أو كبت التعبير عن نزعات متضادة.
- خط الأساس ينحدر إلى أعلى ونحو اليمين: يتضمن شعور المفحوصة بأنها سوف تضطر للكفاح في المستقبل وتشير أيضاً إلى كراهية العرف لديها.
- خطوط ثقيلة في كل الوحدة: تشير لتوتر معمم لدى المفحوصة.
- رسم سقف بخطوط ثقيلة ليست معمم في الرسم: تأكيد على التخيل لدى المفحوصة بوصفه مصدراً للإشباع تصاحبه مشاعر القلق.
- رسم حوائط للسقف: تشير إلى أن المفحوصة تعيش أساساً في التخيل.
- رؤية المنزل أعلى من مستوى نظر المفحوص: يتضمن شعور المفحوصة بالرفض من المنزل ورغبة في الإنزواء والإقتصار على إتصال محدود بالآخرين.
- رسم نوافذ مغلقة: يشير إلى إنزواء وتحفظ في الإتاحة. البيت بلا هوية ، فالمنزل متحطم ومتصدع سيكولوجياً، ومدمر ومهدد وغير آمن، وغير محب وغير متقبل، كله صراعات كما يتسم بالتفاعلات الغير سوية بين أفرادها، فهو منزل غير متقبل وطارد، وغير مشبع لكافة الاحتياجات السيكلوجية وخاصة الحب الغير مشروط وهو من أحد أهم أسباب فقدان الشهية العصبي.
- أخيراً وليس آخراً فتأكيد خط الأساس من جانب المفحوصة تعكس إتصال ضعيف بالواقع، كما تعبر عن الخوف من احتمال فقدان الإتصال بالواقع، ومن ثم فهي تعكس خصائص ذهانية لدى المفحوصة (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٣٧ - ٣٥٠).

ثانياً - رسم الشجرة:

- قطع الحافة العليا للصفحة للوحدة المرسومة: تشير إلى تثبيت المفحوصة على التخيل بوصفه مصدراً للحصول على الإشباع العاجزة عن الحصول عليه في عالم الواقع.
- رسم الوحدة قريباً من جانب الصفحة: تعكس حساسية زائدة وإشارة إلى نزعات عدوانية إستجابية قد تتمتع أو لا تتمتع.
- تظليل الوحدة بأكملها: دلالة سيكوباتولوجية للقلق نحو الآخرين، كما تعكس أيضاً توتر معمم وعلاقة غير مشبعة بماض سيكولوجي تشعر به المفحوصة في الحاضر.
- التأكيد على خط الأساس ورسمه ثقيلًا جداً: تشير لمشاعر القلق لدى المفحوصة والتي تستثيرها علاقات على مستوى الواقع، كما تعكس أيضاً إتصال ضعيف بالواقع، بالإضافة إلى أنها تعبر عن الخوف من احتمال فقدان الإتصال بالواقع، ومن ثم فهي تعكس خصائص ذهانية لدى المفحوصة.
- رسم خط الأساس ينحدر إلى أسفل عن الوحدة المرسومة على أي من جانبيها: تعكس مشاعر العزلة والإعتمادية السلبية على الأم وتثبيتاً فمياً عليها تصاحبه غالباً الحاجة للحماية من الأم.
- إتساع الجذع عند القاعدة: بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبه السوي مما نتج عنه إنكماشاً في نضج الشخصية لدى المفحوصة.
- تأكيد زائد على الفروع جهة اليمين: عدم إتزان في الشخصية نتيجة نزعة قوية جداً لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالي والحصول بدلاً منه على الإشباع من خلال المجهود الذهني 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 اضطراب في الهوية الجنسية، وشعور بالتقييد وبالقمع فهي ترغب في التحرر والإنطلاق والإستقلال بعيداً عن الأسرة.
- التأكيد على الخطوط المحيطة للرأس: تشير لجهود قوية للحفاظ على الضبط في مواجهة أخيله مزعجه.
- تظليل الشعر: وهو ما يعكس قلقاً حاداً على مستوى التخيلات.

- ظهور الرأس نحو الناظر: يشير لإنزواء سيكوباتولوجى 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 وخلق 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 التخيلات ومشاعر إكتئابية حادة، وهو ما بدأ أيضاً على ملامح الوجه.
 - التأكيد على الخطوط المحيطة بالرأس: تشير لجهود قوية للحفاظ على الضبط فى مواجهة أخيله مزعجه.
 - ظهور الرأس نحو الناظر: يشير لإنزواء سيكوباتولوجى 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 والتي يسبب لها الشعور بالقمع والتقييد وهو ما أدى إلى إضطراب الهوية الجنسية وخلقاً شديداً فى الدور الجنسى، بالإضافة إلى اضطراب صورة الذات والجسد وهو ما ظهر جلياً فى فقدان الشهية العصبى (لويس مليكه، ٢٠٠٠: ٣٦١ - ٣٦١؛ 95: Kraen Machover, 1957).

ملخص نتائج H.P.T:

- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والبعد عنه بالتخيلات لإشباع إحتياجات بصورة تعويضية بديلة، مع وجود خصائص ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع. ومن تجليات هذا هو المعاناه من فقدان الشهية العصبى.
- نزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- إنزواء سيكوباتولوجى بارنويدى شبه فصامى.

- بيئة خطره ومهددة وسلوك إنعزالي مصحوب بعدم الرغبة في تكوين صلات بالبيئة وتجنب الرفض والنقد.
 - الشعور بالرفض من المنزل والإقتصار على إتصال محدود بالواقع، وإنزواء وتحفظ في الإتاحة.
 - بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتبنيه مما نتج عنه إنكماشاً في نضج الشخصية.
 - عدم إتزان في الشخصية نتيجة نزعة قوية جداً لتجنب أو لتأجيل الإشباع الإنفعالي والحصول بدلاً منه على الإشباع من خلال المجهود الذهني 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 وبفقدان الشهية العصبي، مصحوب بنزعات عدوانية مازوخية تجاه الذات ناتج عن أنا اعلى سادي.
 - اضطراب الهوية الجنسية وخلط شديد في الدور الجنسي.
 - الشعور بالوحد وبالاعتراب النفسي الوجودي.
 - إستخدام ميكانيزمات مثل: التثبيت والنكوص والقمع والإنكار.
 - الحاجة الشديد للأمن وللحماية وللحب غير المشروط وللتقبل وللتقدير والإهتمام وخاصة من النماذج للسلطة الوالدية، والحاجة لتجنب الإحباط، بالإضافة للحاجة للتأثير في البيئة دون محاولة ضبطها.
 - ويتبين مما سبق أن نتائج H.T.P جميعها ما هي إلا إنعكاساً لخصائص وأعراض اضطراب الشخصية الحدية المصحوب بفقدان الشهية العصبي.
- نتائج اختبار تكملة الجمل لساكس (S.S.C.T):
- ١- أشعر أن والدي قليل ما: يظهر مشاعره، لأن مشاعره تضايقيني، وأنه يؤدي ماما وخاصة في مشاعرها، وماما مش قادرة تفهمه، ولهذا أمي دائما محبطة، وشالت فوق طاقتها، وعندي حيرة تجاه أبي هل هو مبسوط ويحبني أو مجبر على ده، زمان كنت غضابنة من أبي، وحاليا لا يوجد أي تواصل معاه.

- ٢- عندما لا تكون الظروف في جانبي: أهرب بأي طريقة أو أنام، المهم أنى أبعد .. علاقتى بمهاب علاقة حب وكنت هأنترح وخاصة بعد رفضي من جانب أهله، فحب مهاب لي هو ده اللي جعلني أتحسن.
- ٣- كنت أود دائماً أن: أكون طبيعية.
- ٤- لو أنني كنت مسؤولاً عن: حياتي لكنت شخص أكثر سعادة، عاوزة أسافر أبعد مش عاوزة أكمل لكنني عاجزة علشان مش أحس بتأنيب الضمير تجاه أمي.
- ٥- المستقبل يبدو لي: هادئاً.
- ٦- الناس الذين هم أعلى مني: مضحكون .. اشفق عليهم .. عايشة في عالم مثير للشفقة .. عايشين في تمثليه.
- ٧- أنا أعلم أنه من حماقه ولكنني أخاف من: تجوع نفسي، وأخاف من أن أكون ممتلئة وبيدنية وسمينة .. حالياً تحت الوزن under weight ، ولو أصبحت بيدنية أحس أنى واخدة مكان كبير في عالم ضيق، طولي (١٦٧ سم) فقدت (٣٩ كم) من وزني في شهر، ودخلت العناية المركزة لهبوط حادة وفقد جزء كبير من وزني.
- ٨- أشعر أن الصديق الحق: يتقبل صديقه كما هو.
- ٩- عندما كنت طفلاً: مرتبكة ومشوشة جداً.
- ١٠- فكرتى عن الرجل الكامل : أن أعتمد عليه بمثابة ظهر وسند، وأحس بالأمان .. يمكن يكون ده بسبب بعد أبي عننا منذ طفولتنا ولحد الآن .. بيتنا مش فيه راجل وأمى خايفة ديمًا من أبي.
- ١١- عندما أشاهد رجلاً وامرأة معاً: لا أهتم.
- ١٢- أسرتى إذا قورنت بمعظم الأسرة الأخرى: أفضل بكثير.
- ١٣- فى عملى، أكون أكثر انسجاماً مع: مع نفسي (ذاتي)، مع وحدتي، لا أعرف أركز إلا عندما أكون وحيدة مع نفسي.
- ١٤- أمى: تملكني.
- ١٥- أنا على إستعداد للقيام بأى شئ ينسينى ذلك الوقت: الذي كنت أتعاطي فيه مخدرات وأحاول أنسى تلك الفترة، وتسبب لي الكوابيس فديما أحلم، بأنى في مكان ولوحدى ورميت نفسي وكييت أثناء السقوط، ومش لمست الأرض.

- ١٦- بوى لو أن أبى قام بمجرد: احتضاني أكثر.
- ١٧- أعتقد أن عندى القدرة على: أنى أتشكل في أى صورة أو هيئة، أنا حد اجتماعي وذكى ومحب للحياة سواء كنت ولد أو بنت.
- ١٨- سأكون فى غاية السعادة إذا: ابتعدت عن الماضى وعن البلد وعن الناس، وعن أى شيء يفكرنى بالماضى، عاوزة أنسى كل شيء يمت بالصلة بالماضى وإبدأ حياة جديدة مع أشخاص واماكن جديدة تماما.
- ١٩- لو أن الناس عملوا من أجلى: ساشعر بتأنيب الضمير، وأشعر بأنى مدينة لهم.
- ٢٠- أننى أتطلع إلى: السلام الداخلى (أعانى من حرب داخلية شرسة مع نفسي).
- ٢١- فى المدرسة المدرسون الذين يدرسون لى: كانوا يروني بصورة غير حقيقية، كانوا يروني بصورة مثالية، ويعتمدوا علىّ وكنت أحصل على أعلى الدرجات، ولما عملوا انتخابات للفصل نجحت والبتت اللي خسرت امامى شعرت تجاهها بالذنب الشديد، وتأنيب الضمير، ولو عملت أى غلط أشعر بتأنيب الضمير لأنى خذلتهم، أخاف جدا.
- ٢٢- معظم أصدقائى لا يعرفون أنى أخاف من: من نفسي.. خيفة ادخل فى تحدى مع نفسي؛ لأنه فى نهاية المطاف أعاقب نفسي .. بداخلى محكمة بها جلا، وقاضى واحكام قضائية وحشة مش كويسة .. قليل بأن أحكم حكم جيد على نفسي .. وإن جاء عفو مؤقت فى حوار الأكل، أحاول أرفع وازيد وزني، خيفة تكون حاجة مؤقتة، ولما أبقى كويسة أرجع تانى وأجوع نفسي وامتنع عن الأكل.
- ٢٣- أنا لا أحب الناس الذين: يعيشون فى قوالب نمطية جامدة.
- ٢٤- قبل الحرب كنت: لكنت حكمت العالم، وأصبح حاجة عملاقة؛ لأنى عبقرية.
- ٢٥- أظن أن معظم الذكور: يحتقرون النساء، نظرة الرجل للمرأة حيوانية شهوانية مثل أبى.
- ٢٦- شعورى نحو الحياه الزوجية أنها: لطيفة .. متكاملة .. أساسية .. أحب الزواج.
- ٢٧- أسرتى تعاملنى كما لو: مريضة.
- ٢٨- هؤلاء الذين أعمل معهم: يتجنبوني وخاصة فى الجامعة هو ده اللى عاوزها، مش عندى صاحب فى الجامعة ممكن بنتين وثلاث صاحب.

- ٢٩- أنا وأمي: متلاصقتان.
- ٣٠- أكبر غلطة ارتكبتها كانت: عن نفوري من الأكل، ودخلت في مشكلة اضطرابات التغذية، بأني توجهت إلى اضطرابات التغذية.
- ٣١- أكبر نقطة ضعف عندي هي: أن يكون أبي متواجد معي ويتقبلني أكثر.
- ٣٢- الشيء الذي أطمح إليه سرًا: الحب .. علشان كده اتجنب الحب .. أُمي أحبها لو طلبت مني أي حاجة أعملها حتى لو طلبت مني أن أرمي نفسي من أعلى مكان.
- ٣٣- الناس الذين يعملون من أجلى: أهرب من كل حاجة وامشى وأسبب واترك كل الناس.
- ٣٤- في يوم ما، أنا: أهلي مثلاً: يشعرونني بالذنب.
- ٣٥- عندما أجد رئيسي قادماً: تحولت لشخص آخر.
- ٣٦- أد لو تخلصت من الخوف من: أنى ارتدى أقنعة مثل الجميع.
- ٣٧- الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم: الناس الطبيعية .. بس خايفة أكون مثل فاطمة أختي، فاطمة أختي من جماعات الايموز وأغانى الروك.
- ٣٨- لو أنى عدت صغيراً كما كنت: يقبلوني كما أنا، في هذه الحالة لكنت سامحت نفسي.
- ٣٩- أعتقد أن معظم الرجال: مرضى معظمهم.
- ٤٠- لو كانت لى علاقات جنسية: لكرهن جسي.
- ٤١- معظم الأسر التي أعرفها: متحطمة.
- ٤٢- أحب أن أعمل مع الناس الذين: يقبلون أنفسهم والآخرين.
- ٤٣- أعتقد أن معظم الأمهات: مريضات بالتسلط.
- ٤٤- عندما كنت صغيراً كنت أشعر بالذنب نحو: نحو أبي وربي (احس بأنى مش اعمل الكفاية لربنا) اشك في المفاهيم العقائدية.
- ٤٥- أشعر أن والدى: وحيد.
- ٤٦- عندما لا يكون الحظ حليفي: اتحول واتحسن.
- ٤٧- عندما أصدر الأوامر للآخرين، فأنى: أريدها أن تنفذ بحذاقها.
- ٤٨- إن أكثر ما أتمناه في الحياة: السلام الداخلي.
- ٤٩- عندما تتقدم بى السن: أتسامح مع نفسي أكثر.
- ٥٠- الناس الذين اعتبرهم رؤسائى: ليسوا رؤسائى.

- ٥١- تضطرنى مخاوفى أحياناً إلا أن: أوذى نفسي.
- ٥٢- عندما لا أكون موجوداً بين أصدقائى فإنهم: ينسونى.
- ٥٣- أوضح ذكريات طفولتى: المساوى كلها.
- ٥٤- آخر ما أحبه فى الرجال: رجولتهم (قالب رجولي تقليدي أكرهه .. أحب القوى .. الجذاب .. عاوزه رجل متفهم ومتقبل) كل الرجال خائبيين مش أحس بالأمان معهم .. أكثر شيء يجعلني أحس بالأمان هى أمي وليس أى شيء آخر.
- ٥٥- حياتى الجنسية: معدومة .. ولا أمارس العادة السرية .. ولا أشاهد أفلام بورنو .. مع أنى فى الأول كنت أمارس هذه الأشياء.
- ٥٦- عندما كنت طفلاً كانت أسرتى: مفككة.
- ٥٧- الناس الذين يعملون معى، عادة: يتحفونى!!
- ٥٨- أنا أحب أمى، لكن: أكره تعلقي بأمى.
- ٥٩- كان أسوأ ما فعلت فى حياتى: فى الصورة الكبيرة .. أعاقب نفسي ولازم أخس جداً حتى لو أكلت تحت اصرار أمى أنقيء الأكل، أما على المدى البعيد فكنت أشعر بالذنب وتأنيب الضمير لأن أخى أدخلنى فى سكة المخدرات.

المجال الأول - الأسرة:

١. الإتجاه نحو الأم: تبين من استجابات المفحوصة أن هناك علاقة تكافلية (علاقة ثنائية مغلقة ومحكمة بين المفحوصة والأم)، وهو ما أدى إلى معاناه المفحوصة من ضعف فى النضج الانفعالى والاجتماعي ناتج عن ضعف الأنا، بالإضافة إلى أن سلوك الأم تتسم بالمثالية وبالكمالية وتطلب من المفحوصة سواء بشكل واعي أو غير واعي أن تتمتع بالمثالية وبالتكامل فى كل شيء، وهو ما جعل من المفحوصة تعاني باستمرار من الشعور بالذنب لاحتساسها الدائم بالتقصير لعدم بلوغها الكمال التى تتشدها الأم، وتكوين أنا أعلى سادي يقوم بتوجيه العدوان تجاه الذات ظهر فى اعراض الاكتئاب، وسلوكيات إيذاء الذات، وتجويع الذات وحرمان نفسها من الأكل لدرجة الموت، كما تعاني المفحوصة من تناقض وجداني تجاه الأم (حب ممزوج بكره)، راجع إلى تسلط الأم ورغبتها فى التحكم والسيطرة، بالإضافة إلى الحب المشروط، والتقبل المشروط من الأم من الأم، وهو ما يعكس اضطراب العلاقة مع الموضوع (الأم)، فالحب بالنسبة للطفل = الأكل،

وهو ما جعل المفحوصة تشعر بأنها غير جديرة بالحب ومعاناتها من جرح نرجسي، وهذه من أهم الأسباب في حدوث فقدان الشهية العصبي، والمعاناه من الاكتئاب، واضطراب صورة الذات والجسد، المعاناه من اضطراب الشخصية الحدية، والشعور بالخواء والاعتراب النفسي والوجودي؛ ولهذا فالمفحوصة تكره تعلقها المرضى بأماها.

٢. الإتجاه نحو الأب: اضطراب مركب الأوديب مصحوب بتخييلات جنسية ذات طابع محارمي، عدوانية تجاه الأب الغير مبالي وغير المهتم وغائب سيكولوجيا وبالسفر وتخليه عن المسؤولية تجاه الزوجة والأبناء، فهو غير محب، فالمفحوصة تشعر بالرفض وعدم التقبل والقبول من الأب، ولهذا فهي دائمة الشعور بالغضب تجاه الأب.

٣. الإتجاه نحو الأسرة: اضطراب مفهوم، ووحدة، ووظيفة الأسرة لدى المفحوصة، والشعور بالرفض وعدم التقبل وخاصة من الأب، فهي ترى أن أسرتها مفككة ومحطمة ومضطربة، فهي أسرة غير مشبعة لكافة الاحتياجات السيكولوجية (كالحاجة للحب وللتقبل وللاحتواء وللاهتمام وللتقدير الغير مشروط)، فالأسرة بالنسبة للمفحوصة أيضًا مهددة، وخطرة، ومؤذية، وغير آمنة، وغير مستقرة.

المجال الثاني - الجنس:

١. الإتجاه نحو الرجل: رفض واضح وتام وصريح للعلاقة الجنسية؛ وهذا راجع إلى شعورها بعدم الأمان مع الرجل ومع الذكور، وخاصة من أبيها وأخيها، فالأب خذلها برفضه لها وعدم تقبلها وعدم احتوائها وهروبه الدائم وتخليه عن أى مسؤولية تجاه أسرته بالكامل، ومن أخيها باضطرابه وإدمانه وتشجيعه لها على تعاطى المواد المخدرة، وخاصة أن المفحوصة كانت تأمل أن يكون كل من الأب والأخ بمثابة السند والدعم والحماية والاحتواء، وذا فهي تشعر بعدم الانجذاب للذكور لافتقادها الثقة في أبيها وأخيها، فهي دائمة الخوف من الذكور، بالإضافة أيضًا إلى شعورها بأن الرجل دائم الاحتقار للإنثي والمرأة، فأبيها كان يقول لها: أن المرأة وعاء للمتعة وانها مثل قطعة اللحم خلقت لكي يستمتع بها الرجل، وان الرجل يتعامل مع المرأة بطريقة شهوانية حيوانية، ولذا فهي على يقين بأن جميع الذكور مرضى، وانهم يدعون الرجولة، وأنهم جبناء وخوافين، فهي تريد رجل محب ومتقبل ومتفهم لها بدون شرط.

٢. الإتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية: فشل ورفض للعلاقات الجنسية راجع لخلط واضح في الدور الجنسي واضطراب مركب الأوديب مصحوبًا بحسد القضيبي، بالإضافة أيضًا إلى الاحتجاج الذكوري، فهي تكره الجنس وترى انه اعتداء على جسدها، وخاصة أنها تعرضت للتحرش الجنسي مرتين من أحد أقاربها، ولهذا فهي دائماً تؤكد بأنها تكره جسدها الأنثوي الذي يشبه قطعة اللحم - كما أكد لها أبيها - وأن الإنثي خلقت فقط لكي يستمتع بها الرجل. فهي ترى أن حياتها الجنسية معدومة، ولا توجد لها حياة جنسية حتى على مستوى ممارسة العادة السرية والتي امتنعت تمامًا عن ممارستها تمامًا، وكانت تعتمد أخفاء منطقة الصدر أو أى شيء يدل على أنوثتها، ومن ثم فقدان الشهية العصبي ساعد المفحوصة لاشعوريًا على ذلك.

المجال الثالث - العلاقات الإنسانية المتبادلة:

١. الإتجاه نحو الأصدقاء والمعارف: فهي تقفد للصدقة الحقيقية وتشعر بالوحدة وبالاعتراب النفسي والشعور بالخواء، فهي ترى أن الآخرين عبارة عن ممثلين يرتدون أقنعة فالجميع بالنسة لها وجوه مزيفة وأن الناس دائمي النسيان بالإضافة لكونهم غير مبالين وغير مهتمين، فهي دائمة البحث عن الحب الغير مشروط وعن التقبل والاحتواء والاهتمام، فهي تشعر بالجوع العاطفي ولهذا فنجسيتها مجروحة، فهي تخشى من العلاقات الاجتماعية لأنها غير آمنة وغير دائمة وغير مستقرة بل ومهددة وخطرة.

٢. الإتجاه نحو رؤساء العمل والمدرسة: رافضة لكل مظاهر السلطة والتسلط الوالدي، ولهذا فهي ترى أنهم ناس مضحكون وأنهم يستحقوا الشفقة لانهم عديمي المشاعر، ويسعون دائماً للمتالية وينشدون الكمال وهو ما يشعرها بالذنب وتأنيب الضمير وبالتقصير لعدم بلوغها هذا الكمال، حتى تفوقها الدراسي وتفوقها في انتخابات الفصل الدراسي يشعرها بالذنب لأن زميلاتها جاءوا في الترتيب الثاني بعدها، وهو ما يمثل عبء نفسي عليها ولهذا تشعر بالعدوان تجاه ممثلي السلطة إلا أن هذا العدوان يرتد على الذات في صورة التجويع الذاتي ورفض الأكل وإيذاء الذات.

٣. الإتجاه نحو المرؤوسين: ترغب المفحوصة أن تكون وحيدة، فهي تبحث عن السفر والبعد عن الناس لكن الذي يمنعها من ذلك خوفها على أمها وخوفها من تأنيب الضمير تجاهها،

كما تخاف أن تكون مدينة لأي شخص، بالإضافة إلى توحيدها بالمعتدي (بمصادر السلطة) فهي ترى أن كل قراراتها يجب أن تتفد بحذفيرها من جانب المرؤوسين.

٤. الإتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة: تشعر بالوحدة وبالخواء وبالاعتراب النفسي، وتشعر أن العلاقات الاجتماعية والانفعالية علاقات خطيرة ومهددة ومدمرة لئرجسيتها فهي لا تشعر بالثقة تجاه أى شخص، نتيجة عدم حصولها على الحب والاهتمام والتقدير الغير مشروط من جانب الوالدين ومن الآخرين، فهي تشعر بأن الجميع يرتدوا أقنعه وأن جميعهم مزيفون وغير حقيقيون في مشاعرهم وانفعالهم.

المجال الرابع - فكرة المرء عن نفسه:

١. الإتجاه نحو الخوف: هي دائمة الخوف من زيادة وزنها، وهذا الخوف وصل لدرجة الفوبيا، بالإضافة لمعاناتها من أفكار وسواسية متعلقة بالطعام والأكل، ولذا فهي تعمل على تجويع نفسها حتى اذا أكلت تقوم بالتنقيء خوفاً من السمنة وزيادة الوزن وتشعر أنها اذا ما زاد وزنها فإنها تشعر بأنها ستأخذ حيز كبير من العالم ، كما تخشى وتخاف من نفسها، لأن لديها أنا أعلى سادي وان بداخلها قاضي وجلاد وأن احكامها تجاه نفسها قاسية ومؤذية بل ومدمرة، كما تخاف أن تصبح مثل أختها فاطمة التي تنتمى لجماعات الایموز ومن محبى موسيقى الروك، وأنها مغلوبة على أمرها وأنها سميئة وبديئة، كما تخاف من أن تؤذي نفسها.
٢. الإتجاه نحو مشاعر الذنب: تشعر بالذنب نتيجة لتعاطيها المواد المخدرة بتشجيع من أخيها كوسيلة هروبية من الواقع الغير محبب والغير مشبع، وكوسيلة هروبية للإشباع الهلوسي للرغبات والتخييلات الجنسية ذات الطابع المحارمى تجاه الأب، كما تشعر بالذنب لمعاناتها من اضطرابات التغذية، وشعورها بالذنب تجاه الأب والرب لأنها ترى نفسها غير كفؤ تجاهها ولديها شكوك في العقيدة، كما تشعر بالذنب أيضاً بعد تناولها للطعام والتي تتخلص منه بالقيء وهذا راجع لاشعوريا إلى احساسها بأنها غير جديرة بالوجود وأنها لا تستحق الحياة لأنها لم تحصل على الحب من قبل الوالدين؛ ولهذا السبب فهي تلجأ إلى تجويع نفسها لأنها مقتنعة بأنها غير جديرة بالحب؛ لأن الحب بالنسبة للطفل = الأكل.

٣. الإتجاه نحو قدراتها الذاتية: أحيانا تشعر بالعجز وقلة الحيلة ولهذا السبب فهي تفكر دائما بالهروب واللجوء للوحدة والاكتهاء بالذات، وفي أحيان أخرى تشعر أنها تتمتع بذكاء عالى وموهبة فريدة وعبقريّة متميزة، وأن لديها القدرة على التحول والتشكل بأى صورة أو هيئة وأنها ممكن تتحول لوحش كاسر، كما تشعر بأنها تضحي بنفسها من أجل أمها والتي لا تستطيع أن ترفض لها طلب حتى ولو على حساب نفسها.
٤. الإتجاه نحو الماضى: سلبى ومشوش ومربك وغير آمن وغير مريح، فهي ترى أن الأساءة كلها تكمن في الماضى، ولهذا فهي رافضة للماضى برمته، وغير متقبله تماما لأن نرجسيتها المجروحة متمركزة كلها في الماضى.
٥. الإتجاه نحو المستقبل: تتمنى المفحوصة أن يكون هادئاً ومستقرًا، فهي تبحث عن السلام الداخلى؛ وخاصة أنها تعاني من صراعات وحروب وأزمات وجودية داخل ذاتها، فهي تتمنى أن تتحول لشخص آخر أكثر تسامحًا وتصالحًا مع ذاته.
٦. الإتجاه نحو الأهداف: فهي تريد أن تكون أنثى طبيعية سوية غير مريضة وغير مضطربة، كما ترغب أن تكون وحيدة وأن تهرب بعيدًا عن الناس وعن الواقع المحبط الغير مشبع، وتبدأ حياة جديدة جدًا متعايشة ومتصالحة مع ذاتها، كما تسعى إلى تحقيق السلام الداخلى والتخلص من كل الصراعات والاحباطات، والتخلص من الشعور بالذنب ومن الأنا الأعلى السادي الذي يلعب دومًا دور الجلاد.

نتائج إختبار TAT:

البطاقة (13MF): ١٠ (ث)

بنت تشعر بالوحدة محدش من أصحابها بيرد عليها، سابت (تركت) عائلتها من زمان محدش فيهم مهتم بها، راحت لملهى ليلي Night club علشان تبحت عن رفيق فى الليلة دى، ودا راجل مرهق جسدياً كان عنده يوم طويل من الشغل، وهو متزوج بواحدة، وهو مش سعيد معاها فقرر أنه يذهب لملهى ليلي وقابل الست دى وراح معاها البيت وأقام معاها علاقة جنسية، وهتشر الست دى بالقيمة لفترة وجيزة، والرجل لما صحى ندم وهيمشى بسببها وهى هترجع تانى لإحساسها بالفراغ وهتحس إن مش ليها أى لازمة أو أهمية وهو هيعيش حياته وهيشوف واحده ثانية. ٢,٢٥ ق

الإستفسار :

- ١ عنوان القصة: نسيان مؤقت. عمر البنت: ٢٩ سنة.
- ٢ مصدر حكي القصة: من الخيال. عمر الرجل: ٣٢ سنة.
- ٣ مصير الفتاة: غالباً هتقتل نفسها. مصير الرجل: هيكمل حياته ومراته (زوجته) هتزعل منه.

التفسير :

- ٤ جهود مضمّنية لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.
 - ٥ شعور مزمن بالفراغ وبالوحدة وبالخواء والإغتراب النفسى.
 - ٦ تقدير ذات منخفض ناتج عن الشعور بقلّة القيمة وعدم تقديرها أو الإهتمام بها سواء من قبل الآخرين عامة، أو من قبل الأسرة خاصة، فلا توجد عائلة ولا يوجد أصدقاء.
 - ٧ مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار ومحاولات إنتحارية، بالإضافة إلى التجويع الذاتى وإيذاء الذات.
 - ٨ إستخدام ميكانيزم التبرير بكثرة لتبرير السلوك الإندفاعى والقهرى لديها.
 - ٩ واقع مؤلم ومحبط والرغبة الملحة والشديدة فى عدم تذكره، أو نسيانه.
 - ١٠ إضطراب مركب الأوديب مصحوب بتخييلات سادية جنسية تجاه الأب نتيجة شعورها بخيانه الأب لها بمعرفته لنساء أخريات.
 - ١١ سمات وميول سيكوباتيه، والرغبة فى الإستقلال والإنفصال عن الأسرة.
 - ١٢ أسرة مضطربة متصدعة ناتجة عن إضطراب العلاقة بين الوالدين وخيانه الأب للأم وإنفصاله عنها عاطفياً.
 - ١٣ الحاجة للحماية وللأمن وللتقبل وللحب والإهتمام وللتقدير الغير مشروط.
- البطاقة (٢): ٥ (ث)

دى بنت نفسها تحس بحياتها أو بأنوثتها وعازية تثبت أنها ممكن تتعلم وهى عايشة فى الريف، وهى قوية وممكن تستقل بحياتها بس فى حاجه شاغله حياتها، أبوها عاوزها تتجوز والواحدة دا نسخة من أبيها وهى مستحيل تعمل ده وتروح لواحد شبه أبوها علشان هى عارفه أية اللى أتعمل فى أمها، وهى مستحيل تعيش فى بيئة دى دى، والبنت هيلفت نظرها وإعجابها واحد بيشغل فى جمع المحاصيل من المزارع وهما الإثنين

تبادلوا الإعجاب وإتكلما وإكتشفت أنه يفكر ذبها، وهو مؤمن ببها وعاوزها تكمل حياتها ودراستها مش ذى أببها، وهى هتمشى معاه من غير ما يعرفوا، وهو فى الأخر هبببببها، وهى عاشت فى حياتها ومشى يؤثر فيها شئ بعد كده. ٢,٤٥ ق

الإستفسار:

١٤ عنوان القصة: فارس مع حصان أبيض. مصدر حكى القصة: من الخيال.

١٥ شعور البنات: هى هتندم علشان سابت أهلها علشان مامتها وعلشان سابت أمها فى أيد أببها، ونفسها تعرف كل حاجه عن مامتها، والأم سعيدة ببببببها.

التفسير:

١٦ جهود مضمنية لتجنب الهجران والخوف من الوحدة.

١٧ علاقات شديدة الحدة وغير مستقرة مع الآخرين.

١٨ إضطراب مركب الأوديب متمثلاً فى رفض تام للأب وهو ما يعكس ميكانيزم التكوين العكسي ورغبببببها الشديدة فى الاستحواذ على الأب.

١٩ إستخدام ميكانيزم التكوين العكسى (مستحيل تتجوز واحد شبه أببها) مما يعنى رغبة شديده فى الأب ومحاولة البحث عن شبيه له، بالإضافة لميكانيزم التبرير لتبرر سلوكياتها وتخيلاتها الجنسية والعدوانية تجاه الأب.

٢٠ مشاعر ذنب قوية تجاه الأم ناتجة عن التخيلات الجنسية تجاه الأب، وظهرت تجلياته فى عقاب الذات والتجوع الذاتي والمعاناه من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

٢١ علاقة تكافلية مع الأم والتوحد بها وهو ما أدى إلى ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى لدى المفحوصة.

٢٢ إضطراب العلاقة بين الوالدين.

٢٣ الحاجه للإهتمام وللتقدير وتوكيد الذات ولحب والتقبل الغير مشروط.

٢٤ واقع مؤلم وبينه محببببببته نتج عنه عدم الثقة فى ذاتها وفى الآخرين.

٢٥ مشاعر وأفكار إضطهادية.

البطاقة (5): ١٠ (ث)

دى ست زوجه رجل غنى جداً، الرجل دا مش موجود فى حياتها لأنه ديمماً أما نايم أو أما بره البيت مسافر، والست بتحاول تشغل نفسها وبقت تهتم بالبيت ونظافته وكل حاجه

فيه تبقى تمام، وهي عندها خادمة تلقى عليها تعليمات خاصة بنظافة البيت وديما تتعصب عليها، والخادمة هتسرق من البيت كل حاجة لها قيمة وتهرب بيها، والست هتكتشف أنها غلطانه فى اللى عملته مع الخادمة وأنها لازم تنتبه لمصادر المشاكل اللى عندها علشان دفعت الثمن غالى جداً. ٢٠،١٠ ق

الإستفسار:

٢٦ عنوان القصة: غرامة. مصدر حكى القصة: الخيال.

٢٧ إحساس الخادمة إيه وهل ستشعر بالذنب؟: مش هتتقدم، وهتبقى سعيدة، وخلصت من كل التسلط، وفى نفس الوقت أخذت حاجات ببلاش.

التفسير:

٢٨ إضطراب وعدم إستقرار العلاقة بين والدين.

٢٩ سمات وميول سيكوباتية، ومشاعر عدائية تجاه الأم المتسلطة والمسيطرة والمتحكمة ذات الطابع المثالي والكمالى.

٣٠ تقدير ذات منخفض ناتج عن الشعور بالنقص والدونية.

٣١ إستخدام ميكانيزم التبرير لتبرير عدوانها على الأم.

٣٢ إضطراب مركب الأوديب مصحوباً بحسد القضيبي ففى ترغيب فى اخصائهم كما تم خصيها من خلال سرقتهم.

٣٣ لوم الأم بشكل صريح ومباشرة؛ فبدلاً من الإهتمام السطحى للأم بنظافة البيت أو بالتحصيل الدراسى لأبنائها كان عليها توجيه الإهتمام والرعاية والتقدير لهم وهو ما تبين من عنوان القصة: غرامة، وأن الأم دفعت الثمن غالية بإضطراب أبنائها الأربعة جميعا وعلاجهم بتكاليف باهظة. ففى لاشعوريا ترغيب فى توصيل رسالة للأم بأن تصحح اخطائها فى التعامل معها ومع أخوتها.

٣٤ جهود لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.

٣٥ علاقات شديدة الحدة وغير مستقرة مع الآخرين.

٣٦ الرغبة فى الإستقلال والإنفصال عن الأسرة، ففى تشعر كما لو انها خادمه تتلقى التعليمات من كلا والدين.

٣٧ الشعور بالقهر وبالقمع وبالخضوع للأم الناتجة عن العلاقة التكافلية.

٣٨ الحاجه للحماية وللأمن وللحب وللتقدير الغير مشروط فالحب = الأكل وهذا ما أدى إلى شعورها بعدم الاستحقاق للحب ومن ثم للأكل، ولهذا كانت تلجأ للتجوع الذاتي، أو التقيء بعد الأكل.

البطاقة (15): ٣٥ (ث)

أو.. إيه دا؟! أصلاً ++ هو إيه دا؟! .. دا واحد عجوز فى مقابر وله أيد .. طيب دا واحد عجوز كان من أكثر الناس شراً وسوء لأنه كان بيحاول يثبت أنه هو مش ضعيف، وإنه مش لين الطباع، وأنه يسيء معاملة حفيده بشكل صعب جداً، حفيده كان عايش معاه طبعاً لأن أبوه وأمه ماتوا، وكان هذا الرجل (الجد) يتحكم فى حفيده ويسئ له جسدياً ونفسياً، بس حفيده كان بيمتص كل دا لحد فى يوم من الأيام حفيده قرر الإنتحار وساب (ترك) رسالة فيها كلام كتير له علشان مش يحس بالذنب، إلا أن الرجل العجوز هيشعر بالذنب ويزور حفيده كل يوم لحد ما يموت كمحاولة لأخذ الغفران منه فى اللى عمله فيه. ٣٠،١٠ق

الإستفسار:

٣٩ عنوان القصة: It's Too late فات الميعاد.

٤٠ مصدر حكي القصة: من الخيال.

التفسير:

٤١ تخييلات عدائية وسادية تجاه الأب وعدم مسامحته أو الغفران له مهما فعل وحسن من نفسه فى تعامله معها، وبطل خيانه لها، ولأمها.

٤٢ إضطراب مركب الأوديب مصحوب بحسد القضيب بالإضافة أيضاً إلى الاحتجاج الذكورى.

٤٣ شعور مزمن بالفراغ وبالوحدة وبالخواء والإغتراب النفسى.

٤٤ جهود مضنية لتجنب الهجر والخوف من الوحدة.

٤٥ الشعور بالقمع وبالقهر وقلة الحيلة وبالعجز الناتج عن سوء المعاملة الوالدية وخاصة الأب.

٤٦ غياب التأثير السيكولوجى للوالدين فهما بالنسبة للمفحوصة ميطان على المستوى النفسى بالرغم من وجودهما على المستوى الفيزيقي الجسدي.

٤٧ مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار ومحاولات إنتحارية، وبالتجوع الذاتي وفقدان جزء كبير من وزنها.

٤٨ واقع مؤلم وبيئة محبطة ومهددة بالخطر.

٤٩ الحاجه للحماية وللأمن وللحب وللتقبل الغير مشروط من قبل الوالدين.

٥٠ مشاعر وأفكار إضطهادية.

٥١ اضطراب الهوية الجنسية وخط واضح في الدور الجنسي.

البطاقة (1): ١٠ (ث)

هو إيه اللي معاه دا؟! شكلها كمان ماشى.. دا طفل أبوه وأمه منفصلين، الطفل دا أمه بتحاول تخليه يكون الطفل الممتاز، وبتحرص أنه مش يكون ذى أبوه لأن أبوه؛ مثال للرجل الفاشل والسئى ومن أحد الحاجات اللي أمه عاوزه يعملها أنه يلعب آله موسيقية لأ.. لآ، هي خايفه عليه لما يكبر، وهي عارفه أن الحاجات الفنية كالموسيقي مخرج " متنفس " للعواطف الإنفعالية، هي مش عاوزه يتعلق بحد غيرها أو بأى ست غيرها، عاوزه يخرج عواطفه فى أنشطة وهوايات، وهو عاوز يلعب ذى الأولاد كره فيديو جيم، وهو بيروح عند أبوه علشان أبوه عارف أنه ولد وأن المزيكا مش من إهتماماته، وفى الآخر الولد هيتنمر على رغبات الأم ولما يكبر ويصل لسن الـ ١٨ سنة هيعيش بعيداً عن أمه ويحاول يتخلص من قيود أمه الخاطئة. ٣,١٠ ق

الإستفسار:

٥٢ عنوان القصة: لا خضوع.

٥٣ الولد دا هيبقى مبسوط بعد كدا: لأ غالباً هينتحر.

التفسير:

٥٤ إضطراب العلاقة بين الوالدين متمثلة في الطلاق العاطفي بين الوالدين حتي وان كان هناك علاقة جنسية بينهما، وهو ما يعكس عدم إستقرار اسري.

٥٥ اضطراب التنشئة الإجتماعية متمثلة فى عدم الإتساق الوالدى فى التربية.

٥٦ علاقة تكافلية من قبل الأم وخوف زائد وغير مبرر من قبل الام علي المفحوصة، وهو ما أدى بمشاعر عدائية من قبل المفحوصة للأم، أم تسعى للمثالية والكمالية وتطلب هذا من أبنيتها وهو ما جعل المفحوصة دائمة الشعور بالذنب لشعورها بالتقصير وعدم

تحقيق رغبات أمها وأنه تخشى فقدان هذا الحب المشروط وهو ما جعل المفحوصة تشعر بالذنب نتيجة الأنا الأعلى السادي وظهر هذا في سلوكيات إيذاء الذات والتجوع الذاتي.

٥٧ اضطراب الهوية الجنسية، وخط واضح في الدور الجنسي.

٥٨ الشعور بالقمع والتقييد وبالعجز، وبقلة الحيلة.

٥٩ واقع محبط وبيئه مهددة وخطرة وغير مستقرة وغير مشبعة لكافة الاحتياجات السيكلوجية والتي من أهمها الحب الغير مشروط.

٦٠ اضطراب مركب الأوديب مصحوب بحسد القضيبي وباحتجاج تكوري، رفض واضح للعلاقات الجنسية الغيرية.

٦١ مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار ومحاولات إنتحارية، واضطراب فقدان الشهية العصبي.

٦٢ الرغبة في الإستقلال وتوكيد الذات، والإنفصال بعيداً عن الأسرة.

٦٣ الحاجة للأمن وللحماية وللإستقلال.

٦٤ إستخدام ميكانيزم التبرير لتبرير السلوكيات الإندفاعية والقهرية والعدائية تجاه الوالدين.
البطاقة (4): ١٥ (ث)

بحاول أقرأ وأفهم بس ++ تمام ... هو جاى يقولها - لرفيقتة - أنه لقي (وجد) واحدة جديدة وهيضطر أنه هيسيبها وهي بتحاول تفهمه أو ترجعه تانى وتفكر في أيه اللي بينهما شئ مميز جداً وإيه أسبابه وهو مش عاوز يقولها إنه كان عاوز يثبت لنفسه أنه يقدر يحصل على أى واحدة يكون ليها مكانة مرموقة إجتماعياً كان بالنسبة له هدف عاوز يحققه وأول ما حققه سابها وعاوز يشوف واحدة تانية، وهي هتضطر أنها تسببه " تهجره " وهو هيبقى فى بحثه وإن الستات مجرد أهداف يوصل لها وهي هتلاقى حد يستاهلها، وهو مش هيبقى له قيمة فى حياتها. ٣,٣٠ ق

الإستفسار:

٦٥ عنوان القصة: هدف غير مرغوب.

٦٦ مصدر حكى القصة: من الخيال.

التفسير:

٦٧ جهود لتجنب الهجر والخوف من الوحدة، والخوف من فقدان الحب وهو ما يعني مزيد من الجرح النرجسي.

٦٨ الحاجه للشعور بالأهمية وبالتقدير وبالتقبل وبالحب من قبل الآخرين عامة ومن الأسرة خاصة.

٦٩ الشعور بالرفض وأنها غير مرغوب بها، وهذا راجع الي النظرة المتدنية للأب للنساء .
٧٠ اضطراب مركب الأوديب. نظرتها لأبيها انه زير نساء ويتعامل معهن كوعاء للمتعه وانه أناني لا يهتم إلا بذاته وبملاذته، وبحثه عن انثي تعامله كرجل.

٧١ التقلب العاطفي، اضطراب العلاقة بين الوالدين وشعور الأب بالنقص وبالتدني لأن الأم (الزوجة) أعلى منه في المكانه الثقافيه والاجتماعية والاقتصادية.

٧٢ الحاجه للأمان وللحماية وللحب وللإستقرار وللإهتمام وللتقدير .

البطاقة (14): ١٠ (ث)

دا واحد يعانى من هلاوس ويسمع أصوات، وأهله غير متقبلين لهذا الوضع ومش عارفين يتعاملوا معاه، ومحدث فهمه ولا أحد يقدم له المساعدة، وأهله قرروا يحبسوه فى حجرة فوق والأصوات تتادية من بره أنه يبجى لهم فى الحياة الأخرى، وقرر أنه يرد على الاصوات دى ويهرب من السجن دا وراح وقفز من الشباك وراح الحياه الأخرى، وفى النهاية مفيش حياة أخرى وهو مات، وأهله كانوا عارفين أنه هيموت عاجلاً، والشخص الوحيدة اللى حزين عليه هو الخادم بتاعه اللى كان يجيب له الطعام.
٢,٣٠ ق

الإستفسار:

٧٣ عنوان القصة: نداء الأصوات.

٧٤ مصدر حكى القصة: القصة دى تنطبق على دماغى مش تبطل زن وتفكير . هل تعتقدى فى الحياة الأخرى: لا أعتقد ولا يوجد ألهم ولا يوجد أنبياء أو أديان كما لا أعتقد بالغيبيات.

التفسير:

- ٧٥ الشعور بعدم الإحتواء والتفهم والتقبل الوالدى.
- ٧٦ الشعور بالعجز وبالتقييد وبالقمع وبالقهقير وقلة الحيلة، أخ مضطرب يعاني من هلاوس وضلالات، ومدمن ويسعى للانتحار بكل الطرق.
- ٧٧ بيئه محبطه ومهدده وخطرة وغير آمنة وواقع مؤلم.
- ٧٨ تخييلات وأفكار تشاؤميه متعلقة بالموت وبالانتحار، وسلوكيات إيذاء الذات واضطراب فقدان الشهية العصبي.
- ٧٩ قلق حاد ومشاعر إكتئابية حادة.
- ٨٠ الشعور بالفراغ الوجودي المزمن وبالخواء وبالأغتراب النفسى.
- ٨١ الإحساس بعدم القيمة مصحوب بتقدير ذات منخفض.
- ٨٢ تثبيت فمي وإعتمادية سلبية على الأم.
- ٨٣ الشعور بالنقص وعدم القيمة، وانها خادمة ملبية لطلبات أبيها وأمها.
- ٨٤ التمرد على أشكال السلطة الوالدية وكل من يمثل السلطة الوالدية وهو ما أدى إلى عدم إيمانها بوجود الله.
- ٨٥ الرغبة فى الإستقلال والإنصراف بعيداً عن الأسرة لكونها غير مشبعة وخطرة وغير آمنة.

البطاقة (٢٠): ١٠ (ث) أه... أوك

واحد قاعد مترقب ومستنى أى عابر طريق علشان يسرق منه لأنه تم طرده من بيته أهله طردوه وبقت "أصبحت" حياته مدمره وهو محتاج يسرق علشان يأكل ويشرب وكدا ... وممكن عاوز .. عاوز يقتل حد وعند هذا الشخص ميول سيكوباتية وعدوانية عالية، وبالفعل هيرتكب الجريمة دى ولاحظ أنه وبنفسه هو اللي دمر حياته والآن هو عنده فكرتين أما الانتحار أو أما يسلم نفسه للشرطة، وحياته مش فارقه معاه وهيسلم نفسه للبوليس وحياته بانسه ويسجن وهياكل وهيشرب جوه السجن لأنه تعب من حياته.

١,٥٠ ق

الإستفسار:

٨٦ عنوان القصة: مش فارقه.

٨٧ مدة العقوبة: هي قضى طوال حياته فى السجن ولأنه كمان أعتصب ستات.

٨٨ ماذا تعرفى عن السيكيوباتية؟: أنا أقرأ كثيراً فى علم النفس وكنت عاوزة أدخل قسم علم نفس وأمى منعتى علشان إحنا بعيد عن جامعة القاهرة، وجامعة عين شمس ودخلت جامعة خاصة لغات قسم يابانى.

التفسير:

٨٩ سمات وميول سيكيوباتية.

٩٠ إستخدام ميكانيزم التبرير لتبرير السلوكيات الإندفاعية والقهرية.

٩١ مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار إنتحارية وتشاؤمية.

٩٢ وجود أنا أعلى سادى تجلى واضحاً فى فقدان الشهية العصبي وتجويع الذات لدرجة فقدان وزن كبير من جسدها.

٩٣ نكوص متمثلاً فى العودة إلى الفردوس المفقود "رحم الأم" المكان الآمن "السجن" اللى هناك وتشرب فيه ولأنها تعبت من حياتها، ولهذا ترفض الأكل لأنها تشعر بأنها غير جديرة بالحب.

٩٤ الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدي، وخاصة الأب والتي تراه كمغتصب وزير نساء ومن ثم فهي تشعر بالعدوان تجاهه، والرغبة فى الانتقام منه.

٩٥ الشعور بالقهر وبالعجز وقلة الحيلة نتيجة واقع محبط، وبيئة مهددة وخطره، وغير آمنه، وغير مشبعة.

٩٦ الحاجه للتقبل وللإهتمام وللتفهم والإحتواء والتقدير والحب الغير مشروط.

٩٧ جهود لتجنب الهجر ولتجنب فقدان الحب والخوف من الوحدة.

٩٨ الشعور بالفراغ الوجودي المزمن ومن الوحدة.

٩٩ الشعور بالخواء وبالفراغ وبالإغتراب النفسى.

١٠٠ التوحد بالمعتدي (الأب)، وهو ما أدى إلي اضطراب الهوية الجنسية وخلط فى الدور الجنسي لديها وهو ما زاد من ميولها نحو المثلية الجنسية.

البطاقة (١٦): ٢٥ (ث)

مش عاوزة أحكى دى حاجه كئيبة أوى... طب دى واحدة بتغرق هي لابسه هدوم النوم فستان أبيض مبتسمة وماسكة في يدها تذكّار وهي مغمضة عينها عندها ٢٨ سنة الصورة كلها زرقه وياقى الألوان باهته الست دى قصتها أنها: بعد ما عاشت حياتها وحققت كل حاجه وكافحت وإستعادة رغبتها في الحياة وعملت كل حاجه نفسها فيها وحققت كل رغباتها قررت أنها تنتحر، واللى في يدها كان تذكّار من شخص بتحبه وحاسه أنها أخطأت في حقه، وهي لازم تعمل كدا لأنها بتعمل كل حاجه في نفسها وجربت كل حاجه ووجودها في الحياة دى عدمه وهي حاسة أنها بتظلم اللي حوالها وهي مجرد هواء، وهتسبب التذكّار لحد عنده رغبه في الحياة. ٣,١٥ ق

الإستفسار:

١٠١ عنوان القصة: النهاية.

١٠٢ مين الشخص دا؟: دا جوزها، وهو هيزعل عليها هي بالنسبة له كانت كل حياته.

١٠٣ مصدر حكى القصة: من الخيال.

التفسير:

١٠٤ مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار ومحاولات إنتحارية، وسلوكيات إيذاء الذات متمثلة في فقدان الشهية العصبي.

١٠٥ مشاعر وأفكار إضطهادية.

١٠٦ إستخدام ميكانيزم التبرير لتبرير سلوكها الإندفاعى والقهرى، فهي جربت وفعلت كل شيء.

١٠٧ إضطراب مركب الأوديب، فهي لاشعورياً تري أنها تستحق الموت نتيجة تخيلاتها الجنسية المحارمية تجاه الاب، وهذا من أحد أسباب امتناعها عن الأكل.

١٠٨ فتشية (تذكّار) تجاه الأب ومتعلقاته فهي مثبتة علي الأب والتوحد به.

١٠٩ أنا أعلى سادى يلعب دور الجلاد لشعورها بالذنب تجاه أسرتها وخاصة الأب لانها خيبت ظنه فيها ونتيجة ايضا مشاعرها السادية تجاهه.

١١٠ سلوكيات إندفاعية قهرية مثل إيذاء الذات، ترك البيت، تعاطى بعض المواد المخدرة، الامتناع عن الأكل لفترات طويلة.

- ١١١ الشعور بالتلاشى والاحساس بعدم القيمة، وبالفرغ الوجودي.
ملخص نتائج إختبار TAT:
أظهرت إستجابات T.A.T سمات وأعراض إضطراب الشخصية الحدية لدى المفحوصة والتي يمكن إجمالها فيما يلي:
- ١١٢ جهود مضنية لتجنب الهجر ولتجنب فقدان الحب والخوف من الوحدة.
١١٣ شعور مزمن بالفرغ الوجودي وبالوحدة وبالخواء والإغتراب النفسى.
١١٤ مشاعر إكتئابية حاد مصحوبة بأفكار ومحاولات إنتحارية متمثلة في فقدان الشهية العصبي.
١١٥ مشاعر وأفكار إضهادية.
١١٦ علاقات شديدة الحدة وغير مستقرة مع الآخرين.
١١٧ إضطراب الهوية الجنسية وخلط واضح وشديد في الدور الجنسي نتيجة التوحد بالأب.
١١٨ التقلب العاطفى، الغضب الشديد، السلوك الإندفاعى القهرى دون تقدير لعواقب الأمور وخاصة سلوكيات إيذاء الذات، وتعطى المواد المخدرة، والنقيء المزمن والمستمر بعد تناول أى وجبة بسيطة وبعد فترات طويلة من التجويع الذاتى.
١١٩ ميول جنسية مثلية قوية ومفعلة.
١٢٠ تقدير ذات منخفض ناتج عن الشعور بقله القيمة وعدم تقديرها أو الإهتمام بها سواء من قبل الآخرين عامة، أو من قبل الأسرة خاصة، فلا توجد أسرته، ولا يوجد أصدقاء.
١٢١ سمات بارانويا، بالإضافة إلى التمرد على كل أشكال السلطة الوالدية وكل من يمثل السلطة الوالدية وهو ما أدى إلى عدم إيمانها بوجود الله.
١٢٢ إضطراب مركب الأوديب مصحوب بتخييلات سادية جنسية تجاه الأب.
١٢٣ علاقة تكافلية مع الأم، وإعتمادية فيه سلبية عليها بالإضافة لمشاعر ذنب تجاهها ناتجة عن التخييلات الجنسية تجاه الأب.
١٢٤ وجود أنا أعلى سادى يلعب دور الجلاد والقاضي المعاقب والمؤذي.
١٢٥ سمات وميول سيكوباتية.
١٢٦ إستخدام ميكانيزمات: التبرير، التكوين العكسى، النكوص.
١٢٧ إضطراب النشئة الإجتماعية، وإضطراب العلاقة بين الوالدين.

١٢٨ الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدى، والشعور بالقمع وبالقهر وبالعجز وقلة الحيلة.
١٢٩ الحاجه للأمن وللأمان للحماية وللإهتمام وللتقبل وللتقدير وللحب الغير مشروط،
والحاجه إلى تأكيد وتوكيد الذات.

١٣٠ واقع مؤلم وبيئة مهددة وخطرة غير مستقرة، وغير مشبعة.

١٣١ ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

١٣٢ تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لاشئ، الأبيض أو الأسود، المبالغة فى
التعميم، وتوقع الكوارث بالإضافة إلى الأفكار التشاؤمية.

نتائج إختبار الرورشاخ:

البطاقة (١): ٩ (ث)

١- حوض إنسان "هيكل عظمى".
٢- وحش مبتسم.

٨ ك ف ش + تشريح

٨ ك ف ش + حى

البطاقة (٢): ٥ (ث)

١- شخصان حطيان "واضعين" إيديهم فى بعض
+ هو إيه ده أصلاً؟!!!.

٨ ك ف ش + حى حركة

٢- ممكن سمكة فى أعماق البحر.

٨ ف ش + حيوان حى حركة.

البطاقة (٣): ١٠ (ث)

١- إثنان ستات أو ممكن عصفوريتين.
شبه الستات واللى بينهما دا ممكن أوضه
+ مفيش أى حاجه حلوه وأوو!!!.

٨ ج ش + حى حركة

٢- رسمة جنين لونه فاتح ودا بطن الأم.

٨ ج ش ل ١,١٠ ق

البطاقة (٤): ٩ (ث)

١- رتتان شكلهما وحجمهما مثل اللى بنشوفهما
فى أشعة (x).

٨ ك ش ظ تشريح إنسانى حى

٢- دا جبل من جوا (من الداخل).

٨ ك ش ظ جبل ٤٠ (ث)

البطاقة (٥): ١ (ث)

١- خفاش. ٨ ك ش + حيوان حى حركة

٢- دماغين غراب. ٨ ج ش + جزء حيوان حى حركة ١٠ (ث)

البطاقة (٦): ٥ (ث)

١- وادى بين جبلين واحد بيمشى فيه. ٨ ج ف ش - إنسان حى حركة جبل

٢- أحشاء إنسان. ٧ ج ف ش - جزء إنسان ميت

٣- ورده شكلها غريب. ٨ ج ش بنات ١,٢٥ ق

البطاقة (٧): ٣ (ث)

١- إثنان ستات صغيرين وجسمها حلو. ٧ ج ش + إنسان حى حركة

٢- إثنان ستات عواجيز. ٨ ج ش + إنسان حى حركة ١٥ ق

البطاقة (٨): ٥ (ث)

١- إحشاء إنسان "كليتتين، وأعضاء تناسلية". ٧ ج ش - إستجابة تشريحية لإنسان ميت

٢- إثنان من الحيوانات ماشية زى الأسماك. ٨ ج ش + حيوان حى حركة ٥٥ ق

البطاقة (٩): ١٠ (ث)

١- دا حقل إنسان من جوا. ٨ ك ش - إستجابة تشريحية لإنسان.

٢- حيوانات غاية. ٨ ك ش - حيوانات حى حركة

٣- إثنان من حيوان الخريتيت. ٧ ج حيوانات حى

٤- أسماك جمبرى. ٧ ج حيوانات حى ١,٢٥ ق

ملحوظة:

كانت المفحوصة دائمة الهرش فى الأكتاف واليدين وهو ما يعكس الفشل للكبت الشديد، وحالة

القلق والإكتئاب الحادين لديها، وخاصة عندما تأتى سيرة الأب.

البطاقة (١٠): ١٠ (ث)

• ضفدع. ٧ ج ش + حيوان حى حركة

• أسماك. ٧ ج ش - حيوان حى حركة

• أعضاء تناسلية لرجل. ٨ ج ش - جزء إنسان حى

• خلايا عصبية. ٨ ج ش + تشريح إنسانى حى ٢,٥ ق

تفسير نتائج إختبار الرورشاخ:

أولاً: مجموع العلاقات الأساسية:

١- المجموع الكلي لعدد الإستجابات = ٢٥ إستجابة، وهو ما يعنى أن المفحوصة تقع فى المدى العادى أو السوى.

٢- الزمن الكلى للأداء: ١١,٢٥ ق.

٣- متوسط زمن الإستجابة: $\frac{٦٨٥}{٢٥} = ٢٧,٤$ وهو ما يعنى أيضاً أن المفحوصة تقع فى المدى العادى أو السوى.

٤- متوسط زمن الرجوع للبطاقات غير الملونة: $\frac{٣٦}{٥} = ٥,٤$

٥- متوسط زمن الرجوع للبطاقات الملونة: $٧,٢ =$

• وهو ما يدل على وجود صدمه لون لدى المفحوصة؛ أى أنها تعاني من إضطرابات وجدانية وإنفعالية ذات طابع إكتئابى حاد.

٦- نسبة ش % = $\frac{\text{مجموع ش}}{\text{المجموع الكلى لعدد الإستجابات}} \times ١٠٠$

$\frac{٢٢}{٢٥} \text{ ش } \% = \frac{\text{ش مع + ش + ش ظ}}{\text{المجموع الكلى لعدد الإستجابات}} \times ١٠٠ = ٨٨ \%.$

٧- نسبة $\frac{\text{حيوان + أجزاء حيوان}}{\text{المجموع الكلى لعدد الإستجابات}} \times ١٠٠ = \frac{\text{صفر + ٢٢ + ٢}}{٢٥} \times ١٠٠ = ٩٦ \%$

• وهو ما يشير ويدل على معاناة المفحوصه من نقص فى التلقائية الإنفعالية (إنكماش عصابى) فهى تميل للوحدة وللعزله وللاإنسحاب من المجتمع مع ضعف واضح فى النضج الإنفعالى والإجتماعى.

٨- النسبة المئوية للمحتوى الحيوانى = $\frac{\text{ش ل + ٢ ش ل + ٣ ل}}{٢} \times ١٠٠ = \frac{٩}{٢٥} = ٣٦ \%$

• وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تقع فى المدى العادى أو السوى

٩- (البشر + الحيوان) : (أجزاء بشر + أجزاء حيوان) = ١:١٤

وهو ما يشير أيضاً إلى أن المفحوصة تقع فى المدى العادى أو السوى.

١٠- مجموع إستجابات اللون = $\frac{١}{٢} = ٠,٥$

١٠/أ- وهو ما يشير إلى ضعف قدرة المفحوصه على الإستجابة للمنبهات البيئية.

١٠/ب- كما تعكس أيضاً اضطراب في القدرة على إختبار الواقع في المواقف المثيرة للإنفعال.

١٠/ج - إتجاه عام لدى المفحوصه للإنفجار وعدم إستقرار عاطفي.

١١- نمط الخبرة: ح : مجل = ٤ : ١

• وهو ما يعنى أن المفحوصة تنزع إلى الإنتحاء الداخلى والإعتماد على حياتها أكثر من إعتمادها على بيئتها وإنها مكتفية ذاتياً (نمط منطوى مختلط).

١٢- النسبة المئوية للبطاقات (٨، ٩، ١٠) = $\frac{\text{عدم إستجابات بطاقات } ٨ + ٩ + ١٠}{\text{المجموع الكلى لعدد الإستجابات}} \times ١٠٠ = ٤٠\%$

• وهو ما يشير إلى إرتفاع قابلية المفحوصة للإستجابة للمنبهات الإنفعالية في البيئة وخاصة البيئة الأسرية.

١٣- (ح ح + ح غ) : (ش ظ + ظ أ) = ١١ : ٢

• وتعكس هذه النسبة إلى أن هناك ميول ذات إنتحاء داخلى لم تقبلها المفحوصة بعد تقبلاً كاملاً، بالإضافة لمعاناتها من القلق الحاد، وهو ما يشير أيضاً إلى معاناة المفحوصة من الإكتئاب الحاد.

١٤- ك : ج = ٨ : ١٦ وهو ما يشير إلى وجود قدره خلاقه لدي المفحوصة لم يتح لها بعد التعبير الكافي، كما يغلب عليها أيضاً الذكاء العملى أكثر من الذكاء المجرد.

١٤/أ- وجود عدد (٣) إستجابات ك ف.

١٤/ب- وجود عدد (٢) إستجابة ج ف.

• وهو ما يعكس مدى العناد والرفض والتمرد لدى المفحوصه، كما أن المعارضه لديها تتجه نحو الذات، وهو ما يدل على شعور المفحوصة بعدم كفايتها الشخصية وإلى إفتقادها للثقه بالنفس.

ثانياً: العلاقات الإضافية:

١- نسبة ح: ح = ٤ : ٧

• وهى علامة على ضعف النضج الإنفعالى والإجتماعى لدى المفحوصة وإلى عجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة.

- ٢- نسبة ح : ح + ح غ = ٤ : ٧
- وهو ما يعكس توترات قوية تعوق المفحوصة عن الإستخدام البناء لمصادرنا الداخلية على النحو الأمثل.
- ٣- ش : ش مع + ش ظ = ٢٢ : ٢
- ٤- (ش مع + ش مع + ش ظ) : (مع + مع ش + مع ش + ظ + ظ ش) = ٢ : صفر
- وهو ما يشير إلى حاجه المفحوصة للحب وللاهتمام وللتقدير من قبل الآخرين وخاصة من الوالدين، بالإضافة إلى عجز في التوافق يتمثل في إنكار أو كبت الحاجه إلى حب الآخرين والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية.
- ٥- ش ل : ل ش + ل = ١ : صفر
- وهو ما يدل على سيطرة زائدة للمفحوصة على إندفاعاتها الإنفعالية مع نزعة إلى الإستجابة السطحية.
- ٦- نسبة ك % = $\frac{٨}{٢٥} \times ١٠٠ = ٣٢$ % وهي تعكس قدرة المفحوصة على إدراك العلاقات الكبيرة نوعاً ما.
- ٧- نسبة ج % = $\frac{١٠٠}{٣٥} \times ١٠٠ = ٦٤$ % وهي تعكس قدرة المفحوصة على الإهتمام والإنشغال بالتفاصيل، وهو ما يشير أيضاً إلى إرتفاع ذكائها العملى مع ضعف القدرة فى الإتصال بالواقع الخارجى نتيجة إنشغالها بذاتها.
- ٨- نسبة ج % = $\frac{١٦}{٣٥} \times ١٠٠ = ٤٥$ % فإخفاض ك % وزيادة ج % تعكس هروبية أو اللجوء للتخييلات بعيداً عن الواقع المؤلم والمحبط، كما أن نسبة ج ضعف نسبة ك وهو ما يشير إلى إحتمال إكتئاب ذهانى.
- التحليل الكيفى لإستجابات الرورشاخ:
- ١- إستجابات تعكس سمات وأعراض هستيرية وإضطراب وجدانى وإنفعالى:
- بطاقة (٢): هو إيه أصلاً ده.
- بطاقة (٣): مفيش أى حاجه حلوه واوو.
- بطاقة (٦): وردة شكلها غريب.

- ٢- إستجابات تعكس العلاقة التكافلية والتوحد بالأم:
بطاقة (٣): دى رسمة جنين لونه فاتح ودا بطن الأم ... لتبين حدة المشاعر الإكتئابية لدى المفحوصة ورغبتها اللاشعورية النكوصية للعودة إلى الفردوس المفقود بأن تكون جنينه فى رحم أمها مرة ثانية.
- ٣- إستجابات تعكس الصراعات الأوديبية غير المحلولة:
بطاقة (٨): أعضاء تناسلية.
بطاقة (١٠): أعضاء تناسلية لرجل.
- ٤- إستجابات تعكس رغبات سلبية خانعة والتي قد تتكرر:
بطاقة (٩): خرتيت.
- ٥- إستجابات تعكس أفكار وتخيلات تشاؤمية:
بطاقة (٥): دماغين غراب.
- ٦- إستجابات تعكس الإهتمام بالتعويض عن القدرات العقلية الحالية:
بطاقة (١٠): خلايا عصبية.
- ٧- إستجابات تعكس كف لتوقع حدث مؤلم وغير سعيد:
بطاقة (٥): خفاش.
- ٨- إستجابات تعكس سمات سيكوباتية، وإعتمادية وحماية أمومية زائدة، ولتعاطى الكحوليات والمخدرات:
بطاقة (٢، ٨، ٩): سمكة، بطاقة (٩): أسماك جمبرى، بطاقة (٥، ١٠): ضفدع.
- ٩- إستجابات تعكس إحتمال إتجاه بارانوى:
بطاقة (١): حوض إنسان، بطاقة (٤): رنتان، بطاقة (٦)، (٨): أحشاء إنسان.
ملخص نتائج إختبار الرورشاخ:
أظهرت نتائج إختبار الرورشاخ خصائص وسمات واعراض فقدان الشهية العصبي، واضطراب الشخصية الحدية لدى المفحوصة والتي يمكن إجمالها كما يلى:
- ١- تعانى المفحوصة من مشاعر إكتئابية حادة، وهو ما ظهر من وجود صدمة لون وهو ما يدل على معاناتها من اضطرابات وجدانية وإنفعالية ذات طابع إكتئابى، مع وجود افكار وتخيلات تشاؤمية وكف لتوقع حدث مؤلم وغير سار، ونتيجة لفقدان الشعور بالحب

- ظهرت أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي وخاصة أن الأكل = الحب، ولذا دائماً ما تشعر المفحوصة بعدم الاستحقاق في الحياة، وأنها غير جديرة بالوجود وغير جديرة بالحب.
- ٢- وهو ما أدى إلى معاناه المفحوصة من اضطراب فقدان الشهية العصبي ولهذا كانت تعتمد التجويع الذاتي أو التقيء بعد تناول أى وجبة بسيطة لاتسمن من جوع كنوع من أنواع العقاب الذاتي لشعورها بعدم الاستحقاق الوجودي في الحياة لعدم شعورها بالحب والتقبل الغير مشروط من قبل الوالدين.
- ٣- معاناة المفحوصة من ضعف فى النضج الإنفعالى والإجتماعى وعجزها عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة.
- ٤- يوجد إتجاه لدى المفحوصة للانفجار الإنفعالى وعدم الإستقرار العاطفى بشكل واضح وملموس، وه ما ظهر أيضاً في الشره العصبي يعقبها نوبات من انقيء والتجويع الذاتي.
- ٥- حاجه المفحوصة الشديدة للحب وللإهتمام وللتقدير من قبل الآخرين وخاصة الوالدين، بالإضافة إلى عجز فى التوافق يتمثل فى إنكار أو كبت الحاجه إلى حب الآخرين، ولذا فإن من أحد مكاسب المرض هو حصولها على الحب المفقود وخاصة من الأم.
- ٦- قلق حاد وخاصة من الهجران ولذا فهى تتجنب العلاقات الإجتماعية بكل أشكالها وعدم الثقة فى أحد والذى أصابها بجرح نرجسي عميق، وهو ما ظهر أيضاً فى العلاقة التكافلية مع الأم، وإحتياجها الواضح للحماية الأمومية الزائدة والإعتماد عليها.
- ٧- وهو ماظهر فى معاناة المفحوصة من نقص واضح فى التلقائية الإنفعالية "إنكماش عصابى" والمعاناة أيضاً من الكف والحصر، ومن إضطراب فى التوافق.
- ٨- ميل المفحوصة إلى الأنطواء والعزلة والإنسحاب والميل إلى الإنتحاء الداخلى، والإعتماد على حياتها الداخلية أكثر من إعتمادها على بيئتها وإنها مكتفية ذاتياً، وشعورها بالخواء وبالفراغ وبالاغتراب النفسى الوجودي.
- ٩- ضعف قدرة المفحوصة على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية، وضعف فى القدرة على إختبار الواقع فى المواقف المثيرة للإنفعال، والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية.

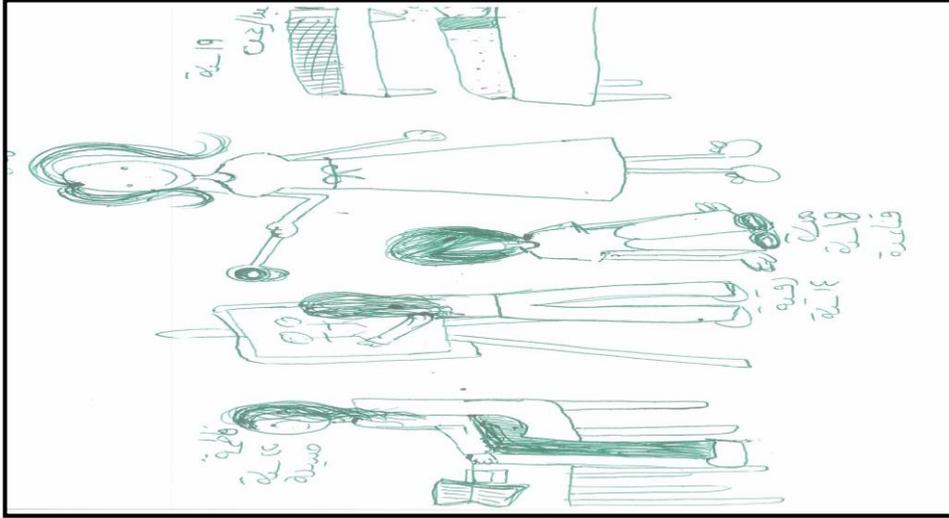
- ١٠- يوجد أيضاً ميول ذات إنتحاء داخلي لم تتقبلها المفحوصة بعد تقبلاً كاملاً، مع وجود قدرة خلافة لديها لم يتح لها بعد التعبير الكافي.
- ١١- إرتفاع قابلية بالمفحوصة للعناد وللمررد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة وخاصة السلطة الوالدية، كما أن المعارضة تتجه لديها نحو الذات أيضاً حيث أنها تدل على شعور المفحوصة بعدم كفايتها الشخصية وإلى إفتقارها للثقة بالنفس، مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخي.
- ١٢- وجود توترات قوية لدى المفحوصة تعوقها عن الإستخدام الفعال والبناء لمصادرنا الداخلية على النحو الأمثل.
- ١٣- سمات وميول سيكوباتية تجلت في إنكارها وجود الله - كتبرير حتي تتجنب الشعور بالذنب وتائب الضمير - بالإضافة إلى أنها لا مانع لديها من الدخول في ممارسات جنسية غيرية أو مثلية (وهو ما ظهر في الإتجاه البارانوى لديها ذات بنية جنسية مثلية)، بالإضافة لتعاطيها الكحوليات والمخدرات وأن كان بشكل غير منتظم.
- ١٤- إضطراب مركب الأوديب وهو ما ظهر في علاقتها السيئة مع الأب، وهو ما ظهر في اصابته بالأعراض السيكوسوماتك من زرقان الجلد ومن سقوط الشعر ومن ظهور كدمات على الجسد بالإضافة إلى الهرش في الكتفين واليد وهو ما يدل على فشل ميكانيزم الكبت لديها.
- عاشراً: صورة إكلينيكية مجمعة للمفحوصة (منه):
- ١- معاناة المفحوصة من سمات واعراض إضطراب الشخصية الحدية المصحوب بفقدان الشهية العصبي تمثلت في:
- يتسم سلوكها بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والاحداث والأشخاص الذين يتعاملون معها، أو حتى في تعاملها مع الأكل من الاندفاع والشهه العصبي الذي يعقبه تقيء حاد وإلى التجويع الذاتي لفترات طويلة تنتهي بدخولها العناية المركزة نتيجة نقص البوتاسيوم، ونقص جزء كبير من وزنها.
 - نمط عام من التقلب والتذبذب الوجداني والإنفعالي.
 - جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب هجر الآخرين لها والخوف من الوحدة.
 - تذبذب كبيرة في 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 الوجودي.
- منشاعر وأفكار إضهادية ذات طابع بارنواي.
- سلوكيات إندفاعية بشكل قهري دون تقدير لعواقب الأمور مثل: سلوكيات إيذاء الذات، تعاطى المخدرات، الميل لإقامات علاقات جنسية غيرية وشاذة ومثلية.
- ٢ - المعاناة من اضطراب فقدان الشهية العصبي ومن التجويع الذاتى ومن فقدان جزء كبير من وزنها نتيجة التقىء بعد تناولها أى شيء بسيط.
- ٣ - 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 والتي تبادلته بالرفض وبالتنفور وبالكراهية، فالأب من وجهة نظرها ليس له وجود أو تأثير حقيقى فهو ميت على المستوى النفسى بالرغم من وجوده على المستوى الفيزيقي (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.
- ٤ - 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 والإعتماذ على حياتها الداخلية أكثر من إعتماذها 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.

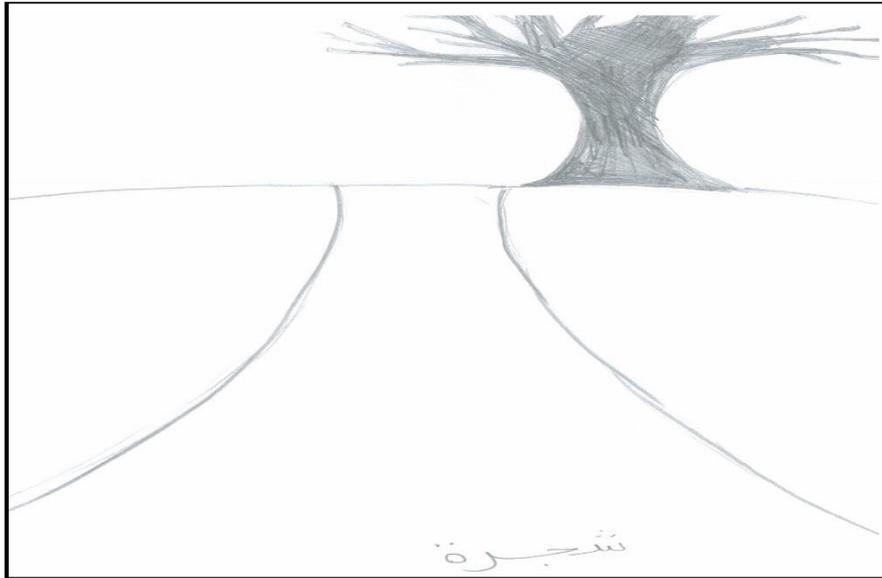
- ٥- اضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخيليات سادية جنسية تجاه الأب، في ظل وجود أنا أعلى سادى يعاقب الذات على هذه التخيليات سواء من خلال المازوخية أو سلوكيات إيذاء الذات.
- ٦ - معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع اعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.
- ٧- بيئة مبكرة ينقصها الدفء والتنبيه مما نتج عنه إنكماشاً في الشخصية.
- ٨- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق في التخيليات بوصفه صورة تعويضية بديله للإشباع، مع وجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- ٩- رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين، ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع، وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً، وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.
- ١٠- ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف في القدرة على إختبار الواقع في المواقف المثيرة للإنفعال والإنسحاب نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية، والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخيل بوصفها مصدراً للإشباع.
- ١١- إنزواء سيكوباتولوجى بارانويدى شبه فصامى.
- ١٢- اضطراب الهوية وخط شديد في الدور الجنسى.
- ١٣- اضطراب صورة الذات وصورة الجسم مع تقدير ذات منخفض.
- ١٤- معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك.
- ١٥- معاناة المفحوصة من سمات وميول سيكوباتية واضحة وصولاً إلى عدم الإيمان بوجود الله وتعالى وعدم الإيمان بالأديان وعدم الإيمان بالأنبياء والرسل والغيبيات.
- ١٦- معاناة المفحوصة من قلق حاد ومن مشاعر إكتئابية حادة ومصحوبة بمشاعر إنقباضية وتشاؤمية وتوتر معمم مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.
- ١٧- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسير ضبطه ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
- ١٨- معاناة المفحوصة من صراع حاد وشديد ناتج من عدم القدرة على التعبير عن البواعث الجنسية وبين ضبطها.

- ١٩- معاناة المفحوصة من ميول ذات إنتحاء داخلي لم تتقبلها المفحوصة بعد تقبلاً كاملاً مع وجود قدرة عقلية خلاقية لم يتح لها بعد التعبير الكافي نتيجة الكف والمعاناه.
- ٢٠- وجود توترات قوية لدى المفحوصة تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرنا الداخلية، وبالرغم من وجود تقبل لديها لسلوكها الإندفاعي.
- ٢١- معاناة المفحوصة من تشوهات معرفية مثل: تفكير كل شئ أو لا شئ، المبالغة في التعميم وتوقع الكوارث، بالإضافة إلى التفكير السلبي والتشاؤمي.
- ٢٢- من الميكانيزمات الدفاعية السائدة لدى المفحوصة ميكانيزمات: الكبت، الإسقاط، التبرير، الإنكار، التكوين العكسي، النكوص، توهم القدرة المطلقة، الإلتهاام على المستوى المتخيل.
- ٢٣- وجود إحتياجات غير مشبعة لدى المفحوصة مثل الحاجه إلى الدفاء والتقبل والحب الوالدي غير المشروط وخاصة أن الأكل = الحب بالنسبة للطفل ولهذا فهي تشعر بأنها غير جديرة بالحب ومن ثم فهي جديرة بالاستحقاق في تناولها للطعام، والحاجه إلى الإهتمام والتقدير، والحاجه إلى الأمن وإلى الأمان، الحاجه للحماية وللدعم وللمساندة الأسرية.

اختبار K.F.D - قبل دخول المفحوصة العناية المركزة - بسبب فقدان الوزن



اختبار H.T.P - قبل دخول المفحوصة العناية المركزة - بسبب فقدان الوزن





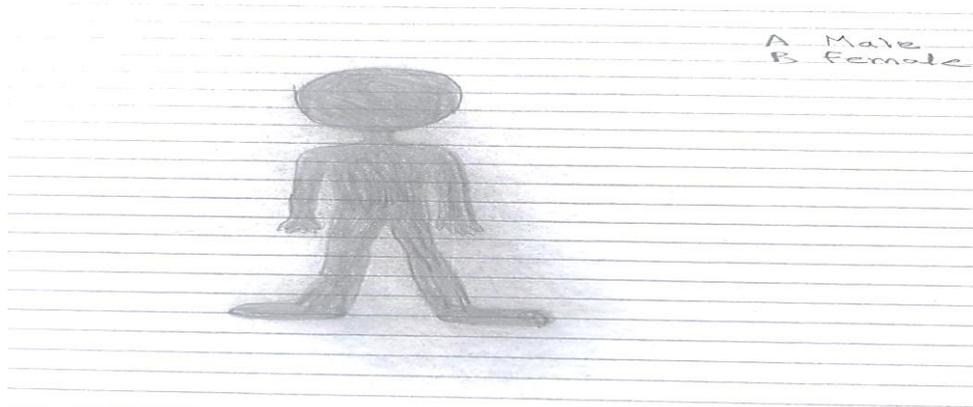
الخواطر

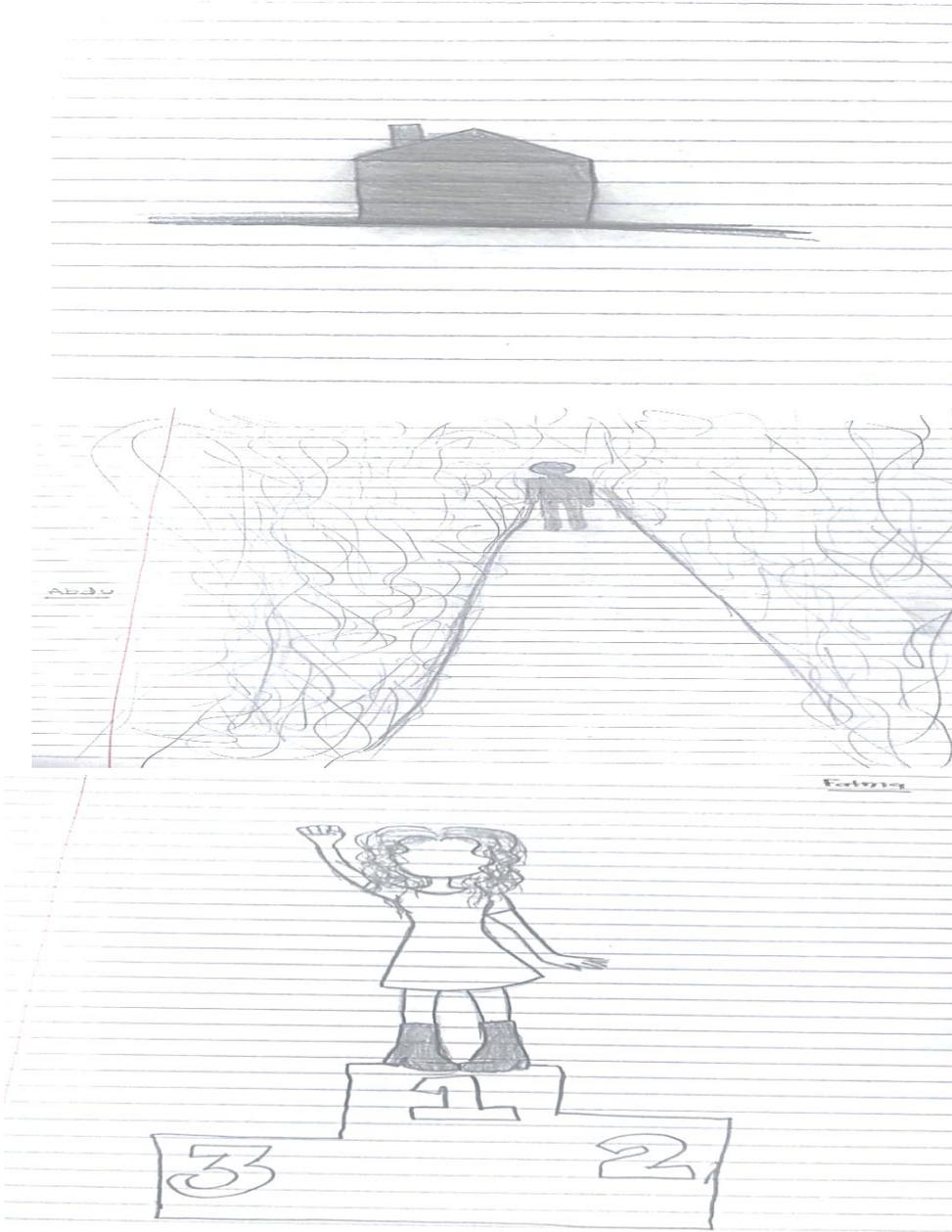
- * I feel like people are going to leave me
- * I wish I was never born into this world.
everything would've been a lot easier.
- * I wish I could do everything I want.
- * I wish people left me alone.
- * I want people for a certain time only.
- * I wish I wasn't me.
- * I wish I had a gun.
- * I don't wanna do anything.
- * I don't wanna talk to anyone.
- * I'd hate it if x left me but I want it to happen so I can stop worrying about it happening.
- * I wish I loved my dad.
- * I wish my dad loved me unconditionally.
- * I wish I was never born.
- * I wish my health issues kill me.
- * I'm only doing better cuz I feel like I should be.

إيذاء الذات

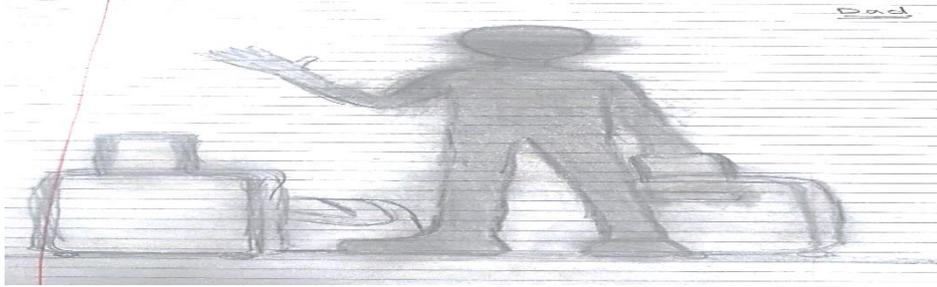


لوحة إكلينيكية مجمعة عن الحالة
(تعقيب عام)
رسومات المفحوصة بعد خروجها من العناية المركزة









Dad



Merina

أولاً: تبين من نتائج الدراسة معاناة المفحوصة من اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

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)، وه ما يعكس أنا أعلى سادي.

٢- المعاناه من اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب له نوبات من الشره العصبي، والنقيء بعد تجويع الذات لفترات طويلة، وفقد جزء كبير من وزنها ودخولها العناية المركزة لأكثر من مرة بسبب فقدانها جزء كبير من البوتاسيوم، وفقدانها لأكثر من (٣٩ كجم) في أقل من شهر، وخاصة إذا ما علمنا أن الأكل = الحب، فعدم حصولها على الحب الكافي أدى إلى معاناتها من جرح نرجسي ولهذا كانت تشعر دائماً أنها غير غير جديرة بالاستحقاق الوجودي.

- ٣- المعاناه من أفكار وسواسية حادة متعلقة بالأكل والطعام، والمعاناه أيضًا من فوبيا حادة متعلقة بخوفها من زيادة وزنها.
- ٤- تكره جسدها، وتكره أنوثتها، وتتعمد أن تكون مثل الذكور، ومن ثم كان فقدان الشهية العصبي على المستوى اللاشعوري، وانخفاض وزنها ساعدها على هذا بشكل كبير، وهو ما أدى بها أيضًا إلى النفور من الجنس، وخاصة بعد تعرضها للتحرش الجنسي مرتين من أحد أقاربها.
- ٥- رفضها لأنوثتها كان راجع أيضًا إلى كره أبيها للإناث وتفضيل الذكور، وخاصة أن الأب كان يرى النساء بمثابة قطعة لحمه خلقت لكي يستمتع بها الرجل كما ذكر لأبنته "المفحوصة".
- ٦- الإندفاع في سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهري مثل: (تجريح الجسد واليد بمشط أو سكين - ضرب الرأس في الحائط حتى النزيف - عض الشفاه واللسان - قرقضه الأظافر حتى تدمى ومص الدماء أو إزالتها بعد تجلط الدم - استخدام الزجاجات بعد تحطيمها في إيذاء الذات - نتف شعر الرأس بقوة وإزالته - حبس دخان السجائر أو الشيشة في الأنف لفترات طويلة حتى الإختناق - وضع أكياس بلاستيك على الوجه وعدم التنفس حتى الإختناق).
- ٧- الإستهداف للإصابة وللحوادث بشكل قهري لا شعوري.
- ٨- الميل للإنزواء وللانسحاب وللعزلة وللإنطواء وإتخاذ الوضع الجنيني في أحد أركان الحجرة أو الرقص الزومبي لساعات طويلة كنوع من أنواع الحماية لئلا يجرسيتها المجروحة.
- ٩- جهود متلاحقة ومستمرة لتجنب الهجر والخوف من الوحدة والخوف من فقدان الحب وخاصة من أمها حتى ولو كان مشروطًا بالفعل.
- ١٠- رؤية العلاقات الإنسانية بوصفها خطيرة ومهددة وغير آمنة عاطفيًا ووجدانيًا وغير مشبعة، ومن ثم محاولة تجنب هذه العلاقات بشتى الطرق حتى لا تشعر بمزيد من الآسى ومن الجرح النرجسي.
- ١١- معاناة المفحوصة من جوع عاطفي مزمن سواء من ناحية الاهتمام والحب والتقدير وخاصة من الوالدين.

- ١٢- تعاطى المخدرات والكحوليات والبيره وبعض المهدئات بالإضافة للشراهة المفرطة فى تدخين السجائر والشيشة.
- ١٣- سلوك جنسى مندفع وقهرى وبدون وعى أو تمييز أو هدف تمثل فى إقامة علاقات جنسية كاملة ومتعددة، وفي التجويع الذاتى والتقيء بعد تناولها للطعام.
- ١٤- ميول وسمات سيكوباتية تمثلت فى: (التشكك بوجود الله، وعدم القبول بوجود الغيبات أو الرسل أو الأنبياء أو حتى بوجود الأديان.
- ١٥- تفكير بارانوى مصحوب بمشاعر وأفكار إضهادية مثل: (أنها دائماً مراقبة وخاصة من الأهل، شعورهم بالرفض وبالنبذ وعدم التقبل سواء من الأهل أو من الآخرين، وأنهم دائماً مضطهدون ويساء إستخدامهم وإستغلالهم بشكل مضر وسلبى).
- ١٦- ومن ثم إتسم سلوكهم بالإنحراف الشديد وعدم تناسبها مع المواقف والأحداث والأشخاص الذين يتعاملون معه.
- ١٧- 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).
- ١٨- إضطراب فى صورة الذات وصورة الجسم مصحوب بتقدير ذات منخفض والإنتقاص من قيمة وتقدير الذات.
- ١٩- إضطراب الهوية الجنسية وخط حاد وواضح فى الدور الجنسى.
- ٢٠- نمط عام من القلق وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الإستقلال بعيداً عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم، بالإضافة إلى ثورات غضب حادة غير مبررة.
- ٢١- مشاعر مزمنة بالفراغ وبالخواء وبالإغتراب النفسى والوجودى فهي عادة لا تشعر بالثقة فى أى إنسان حتى الوالدين ومن ثم فهي تمنح ثقتها فقط للحيوانات بالقطط والكلاب.
- ٢٢- 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 ودخولها المستشفى بسبب هذا السلوك.

- ٢٣- وسواس وتخيلات على مستوى الأفكار لدرجة النسيان وعدم تذكر التفاصيل ومن ثم ضعف الارتباط بالواقع وسوء تأويل الإدراك.
- ٢٤- المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن راجع إلى صراعات جنسية وعدوانية غير محلولة.
- ٢٥- المعاناة من قلق الانفصال فالمفحوصة انفصلت عن أمها في طفولتها المبكرة أما بسبب السفر أو العمل لفترات طويلة.
- ٢٦- ضعف في النضج الإنفعالي والاجتماعي.
- ٢٧- سيطرة الغرائز الجزئية الجنسية مثل: السادية، المازوخية، الإستعراضية، النظرية، الفتشية.
- ٢٨- ظهور الاضطرابات السلوكية لدي المفحوصة في الفترات المبكرة من النمو. ثانياً: اضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية تمثلت فيما يلي:
- ١- عدم إتساق المعاملة الوالدية.
 - ٢- التمييز في المعاملة الوالدية.
 - ٣- الرفض الوالدي أو الحب المشروط.
 - ٤- القمع والتسلط والنزعة للمثالية والكمالية من جانب كلا الوالدين.
 - ٥- التعرض للعقاب البدني والنفسي والمعنوي.
 - ٦- التعرض للمقارنة واللوم والنقد والاهانة والتوبيخ والمعايرة.
 - ٧- أب غير مبالي وغير مهتم أو متسلط وقامع.
 - ٨- أم متسلطة قامعة ومتحكمة ومثالية وكمالية.
 - ٩- الجمود والتشدد الوالدي.
 - ١٠- تركيز الوالدين على المظهر والشكل الخارجي أمام الناس.
 - ١١- تركيز وإهتمام الوالدين بالمال والعمل.
 - ١٢- تركيز وإهتمام الوالدين على التحصيل الدراسي والأكاديمي.
 - ١٣- وقوع الوالدين في تناقضات عديدة فهم يفعلون عكس ما يدعون.
 - ١٤- انفصال المفحوصة عن أمها منذ نعومة أظافرها أما بسبب العمل أو السفر.
 - ١٥- المفحوصة كانت كبش فداء لإسقاطات الأسرة من سواها وخيبات الفشل.

١٦- المفحوصة لم تحصل على الحب غير المشروط ولم تحصل على أى مشاعر وإنفعالات حقيقية من الوالدين، ولم تحصل حتى على عبارات التشجيع والمدح، حتى الأحضان لم تحصل عليها من كلا الوالدين وخاصة الأب.

ثالثاً: اضطراب 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 والمفحوصة تمثلت فى إيجاب وإرغام الأم لأبنائها لسلوكيات معينة والتزامات 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 المفحوصة من إعتيادية سلبية على الأم وتناقض وثنائية وجدانية نحوها، والتعيين الذاتى 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 إعتيادهم على بيئاتهم وعجزهم عن تأجيل إشباع الحاجات المباشرة تحقيقاً لأهداف بعيدة وهو ما يدل على ضعف الأنا لديها.
- ٣- كما أدى هذا أيضاً إلى معاناة المفحوصة من القلق المتعلق بفقدان الموضوع وقلق الإنفصال عن الأم.
- ٤- اضطراب مركب الأوديب مصحوباً بقلق حاد وبتخييلات جنسية سادية محارمية سواء تجاه الأب 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.
- ٥- اضطراب العلاقة الأسرية وتصدها فكل فرد من أفراد الأسرة يعزل نفسه ومشاعره عن الآخرين ومعاناة أغلب أفراد الأسرة من اضطرابات نفسية وسلوكية.

- ٦- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع إعتماضية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبوية.
- ٧- بيئة مبكرة ينقصها الدفاء والتنبه مما نتج عنه إنكماشاً في الشخصية.
- رابعاً: رفض العالم والعزوف عن الإتصال بالآخرين ونزعة لتجنب النقد وتجنب الواقع وهو ما يعكس واقعاً مؤلماً ومحبطاً وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.
- ١- ضعف الإتصال بالواقع لكونه مؤلماً ومحبطاً والإستغراق في التخيلات بوصفها صورة تعويضية بديلة للإشباع، بالإضافة لوجود خصائص شبه ذهانية نتيجة الخوف من فقدان الواقع.
- ٢- ضعف قدرة المفحوصة على الإستجابة للمنبهات الإجتماعية وضعف في القدرة على إختبار الواقع في المواقف المثيرة للإفعال والإسحاب منه نتيجة خبرات آليمة بالمنبهات الخارجية والنزعة إلى التثبيت على التفكير والتخييل بوصفهما مصدراً للإشباع.
- ٣- إنزواء سيكوباتولوجي بارانويدي شبه فصامي.
- خامساً: المعاناة من الإضطرابات السيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر، ظهور بقع جلدية وكدمات متفرقة في الجسد، إكزيما وصدفية، صداع، أرق وإضطرابات في النوم، قولون عصبي وإضطرابات معوية.
- ١- المعاناة من قلق وتوتر وأفكار تشاؤمية ذات طابع إنقباضي مصحوب بنزعات عدوانية ومازوخية تجاه الذات.
- ٢- الشعور بأن جزءاً من الشخصية لم يتسر ضبطه ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
- سادساً: معاناة المفحوصة من تشوهات معرفيه مثل: تفكير كل شئ أو لاشئ، المبالغة في التعميم، توقع الكوارث، بالإضافة للتفكير السلبي والتشاؤمي، مع وجود قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها بعد التعبير الكافي نتيجة الكف والمعاناة، ووجود توترات قوية تعوقها عن الإستخدام الفعال والأمثل لمصادرنا الداخلية بالرغم من وجود تقبل لسلوكها الإندفاعي ذات الطابع القهري.
- ١- الشعور بعدم الأمن ونقص الكفاءة والعجز عن إتخاذ قرارات مناسبة والشعور بأن المستقبل غير مؤكد وقد يكون مضطرباً.

٢- معاناة المفحوصة من إحتراق نفسى عن الضغوط النفسية والأسرية والمجتمعية والأكاديمية.

سابعاً: معاناة المفحوصة من وجود إحتياجات غير مشبعة مثل الحاجة للإهتمام وللتقبل وللدفء ولحب الوالدى غير المشروط، الحاجة إلى التقدير وللمساندة وللدعم الأسرة والمجتمعى، والحاجة للحماية للأمن ولالأمان، والحاجة للثقة في الآخرين. ثامناً: إرتفاع قابلية المفحوصة للعناد وللمتدرد وللرفض وخاصة تجاه مصادر السلطة الوالدية أو كل من يمثلها، كما أن المعارضة لديهم تتجه نحو الذات مع رغبات سلبية خانعة ذات طابع مازوخى.

١- معاناة المفحوصة من جرح نرجسى ناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدى.
٢- إعتمادية شبقية فمية نتيجة التثبيت والنكوص لمراحل سابقة من النمو النفسى الجنىسى.
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 لدى المفحوصة ميكانيزمات مثل: الإسقاط، التثبيت، النكوص، التبرير، القمع، الكبت، الإنكار، الإفتئات (الإلتهام أو التلاشى على المستوى المتخيل)، والانشطار، والتكوين العكسى، التوحد بالمعتدى، وهو الأمر الذى يعكس أنا ضعيف غير قادر على التكيف وهذا راجع إلى أنا أعلى سادى وعنيف ومعاقب.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

- ديناميات فقدان الشهية العصبي لدى مضطربي الشخصية الحدية من المراهقات:
فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصة من اضطرابات فى الأكل Eating dilder ومنها فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa وبعض نوبات الشرة العصبي Bulimia Nervosa، والمعاناه من أفكار وسواسية حادة متعلقة بالطعام والأكل، بالإضافة أيضاً للمعاناه من فوبيا حادة متعلقة بتناول الطعام والخوف من عدم التخلص من الأكل ، خوفها الشديد من إمتلاء جسدها وزيادة وزنها ، وكانت المفحوصة تلجأ للتجويد الذاتي وعدم تناول الطعام لفترات زمنية طويلة لدرجة الاعياء الحاد ودخولها العناية المركزة لانخفاض نسبة البوتاسيوم ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التالية:
(Kordynska, et al., 2018; Dina Ossama, 2017; محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠ ؛ يوسف مسلم، ٢٠٠٧

حيث يحدث فقدان الشهية العصبي نتيجة مقاومة النضج الجنسي والنفسي أو نتيجة اضطراب عملية التفرد والإنفصال عن الأسرة على وجه العموم وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل (Garfinkel and Kaplan, 1986)، وهو ما يعكس المحاولات اللاشعورية من جانب المفحوصة لتجنب أعباء النمو والنضج الجنسي والجسمي، وتجنب القيام بدورهن الأنثوي والزواجي، وخاصة أن التقيؤ بعد تناول وجبة خفيفة يعكس مخاوف من الحمل والانجاب، لأن التقيؤ من أحد اعراض الحمل.

وثمة كفوف نوعية أخرى تنصب، ليس بصورة مباشرة على المجال الجنسي، بل على تلك الوظائف التي كانت لها في الطفولة دلالة جنسية. ففي العجز والتبدل كانت المخاوف ومشاعر الإثم الباعثة على الدفاع وثيقة الارتباط بإحساس التهيج الجنسي، بحيث وجدت نفسها تنتقل من الوظائف الجنسية الطفلية إلى وظائف الجنسية الراشدة بانتقال التهيج في الاتجاه نفسه، أما في الكفوف التي تترجم عن كبت حفزة جزئية خاصة، فإن الوظائف الطفلية هي ذاتها تظل مكفوفة.

فلو أن حفزات فمية تعرضت لكبوت نوعية، فذلك كثيراً ما يؤدي إلى (كف الأكل)، أو إلى كف أكل أنواع بعينها من الأطعمة تذكر لا شعورياً بالموضوعات التي كانت مشتتة من جانب الحفزات الفمية الشبقية المكبوتة. ومرة أخرى، تمتد الكفوف من كراهية مثل هذه الأطعمة،

أو من فقدان عام للاهتمام بالطعام أو الاستمتاع به، إلى القىء الهستيري أو إلى انقباضات الفكين -وهو ما تعاني منه المفحوصة فعليًا- والكفوف الفمية يمكن أن تتعرض للإزاحة على أنشطة أخرى ذات دلالة فمية خبيثة، من قبيل الشراب والتدخين، أو بعض الأنشطة الاجتماعية أو القراءة، وهو ما كانت تفعله المفحوصة فعليًا من تعاطي المخدرات ومن الإفراط والشرهه في التدخين وفي القراءة والاطلاع.

صحيح أن الأطفال الذين يرفضون أن يأكلوا يمكن أن يفعلوا ذلك تعبيرًا عن بعض المشاعر السلبية تجاه آبائهم (أو بدائل آبائهم)، ومع ذلك فكلما كانت مثل هذه الاحتجاجات منصبة فحسب على الأكل، زاد الاحتمال في أن يكون السبب صراعًا فميًا نوعيًا، وفي أن يكون الدفاع موجهًا ليس فحسب ضد الموضوعات المسببة للإحباط وإنما أيضًا ضد الحفزات الفمية، وهذا الدفاع يكون بارزًا بنوع خاص، عندما تكون الحفزات الفمية، بعد إحباطها قد اكتسبت طابعًا ساديًا.

والفمية، من حيث هي أقدم مجال للصراعات الغريزية، يمكن استخدامها فيما يعد تعبيرًا عن صراعات غريزية أخرى، خاصة عندما تكون خبرات الطفولة الأولى قد خلفت تثبيتًا فميًا من شأنه أن يبسر إزاحة الإحباطات اللاحقة (مشاهد بدائية، ولادة إخوة) إلى مستوى الصراعات الفمية، وكل صراع بين الإيجابية والاستقلالية يمكن أن يولد اضطرابات في الأكل وخاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي ؛ وحيث إن الآباء الذين وجدوا صعوبات في إعانة أطفالهم على التكيف في المستوى الفمي، عادة ما يجدون صعوبات في إعانة أطفالهم على التكيف في المستوى الفمي، عادة ما يجدون صعوبات أيضًا في تدريب أطفالهم على النظافة، وحيث إنه من بين الإحباطات الأستية هناك إصرار خاص على تحريم وضع المادة البرازية في الفم، فمن السهل أن نفهم كيف أن الصراعات الأستية هي الأخرى يمكن أن تعبر عن نفسها عند الأطفال في كفوف فمية، كفوف في الأكل، وفي الكلام. وإذا ما كان رفض الأكل متسمًا بالعناد، ويعبر بصورة أساسية عن اتجاه مؤداه "لن أسمح لنفسى أن تستسلم للتحكم؛ إنى آكل ما أريد وقتما أريد"، عندئذ تكون العناصر الأستية متضمنة بصورة أساسية.

وفي مجال الإنسالية، عادة ما تكون الدلالة اللاشعورية للأكل هي "أن تصبح حاملًا" ؛ وهذه المعادلة أيضًا يمكن أن تسبب كفوفًا متنوعة في الأكل، وبالنظر إلى أن نسبة عالية

من معتقدات الحمل عن طريق الفم، تستند إلى الاعتقاد بأن المرأة تأكل قضيب الرجل، فإن الأنماط الانتقامية من عقد الخشاء الأنثوية، متى عانت الكف، يمكن أن تولد كفوفاً في الأكل. وأصناف الأطعمة المكروهة بصفة خاصة ترمز لا شعورياً إلى "اللبن" أو "الثدى" أو "القضيب" أو "البراز"، ومع ذلك فرفض الطعام لا يمثل بالضرورة كبتاً لاشتهاءات أطعمة، فطعام بعينه يمكن أن يرفض في عناد لأنه ليس الطعام المرغوب: "لا أريد طعاماً بل حباً (أو قضيباً أو طفلاً)" - حيث كانت أم المفحوصة تميل وتهتم بأخيها على حسابها هي وأختها، بالإضافة إلى عدم حصول المفحوصة على الرضاعة الكافية وهي صغيرة نتيجة لسفر الأم- في هذه الحالة لا ينصب الرفض على حفزة بل على تقبل بديل.

وتحريمات (تابوهات) نوعية الطعام يمكن بصفة ثانوية أن تتعرض للتعتيل أو التقديس، من القسوة أكل الحيوانات، أو من القذارة، أو من الإضرار بالصحة أكل هذا أو ذاك، والنظريات الحديثة في الأطعمة غالباً ما توصى بمثل هذه التعقيلات؛ فهي تميل إلى تحريم لذة الطعام الطبيعية الجنسية، وإلى أن تدخل الأكل ضمن نطاق الأنا الأعلى: فليس لك أن تأكل ما يلذك بل "ما هو خير لك".

وتابو الطعام حين لا يكتب له فيما بعد التعتيل أو التثبيت في تبديلات متنافرة مع الأنا، من قبيل القيء وانقباضات الفكين، بل يكتب له أن يصبح نواة لطابع مرضى متناغم مع الأنا بدرجة أو أخرى، فذلك ما يسمى فقدان شهية الطعام (انوركسيا عصبية)، ومن ثم فإن فقدان الشهية العصبي عادة ما يمكن ارجاعها إلى اضطرابات الأكل في الطفولة، هذه التي تعود إلى الظهور من جديد، متى توافرت شروط معينة في الاقتصاديات الليبيدية .

وكاضطرابات الأكل في الطفولة، فإن فقدان اضطراب الشهية العصبي اللاحقة، هي الأخرى، يمكن أن تتطوى على دلالات دينامية جد متباينة. فمن الممكن لاضطراب فقدان الشهية العصبي أن تكون مجرد عرض هستيري، يترجم عن الخوف من الحمل في تصويره الفمي أو يترجم عن الخوف من رغبات سادية لا شعورية.

ومن الممكن أن تكون جانباً من تكوين مضاد قوامه الزهد في عصاب قهري، ومن الممكن أن تكون مكافئاً وجدائياً في صورة اكتئاب، حيث يبرز عرض رفض الطعام قبل غيره من اعراض الاكتئاب، ومن الممكن أن تكون علامة على رفض أية علاقة مع العالم الخارجى

في المرحلة الأولى من الفصام. ومع ذلك فهناك حالتان أخريان يتجه إليهما التفكير بصفة أساسية أول الأمر عند الحديث عن اضطراب فقدان الشهية العصبي وهما كما يلي:

- الأولى: عصاب عضو تتضح فيه فعالية الإحالة المتبادلة بين الصراعات النفسية الفمية وعملية الهدم والبناء الهرمونية، فهما تتبادلان التأثير مما ينتهي إلى فقدان تام للشهية ونقصان واضح وخطير في الوزن.
- والثانية: هي اضطراب خطير نفسي المصدر ينزل بنمو الأنا فيه، حيث يكون فقدان الشهية العصبي عند شخص مثبت فمياً مجرد عرض واحد، ضمن اضطراب عام ينال كل العلاقات مع الموضوعات.

فعلى سبيل المثال مريضة عند "ايسلر" Eissler لم تتخط مرحلة جد أوائلية من نمو الأنا. حيث بقيت الأم "أهم جانب في أنا المريضة" - وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة بالفعل نتيجة العلاقة التكافلية بالأم وهو ما أدى إلى ضعف الأنا لديها ومعاناتها من ضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي - ومن ثم كان رفض الطعام عندها يمثل حينئذٍ إلى الإشباع الأولى غير المتميز بعد الصادر عن الأم، وإلى صورتها السادية المحرفة بفعل الحرمان، فالانعدام الكلي للحنان وللمظاهر البدنية للحب عند الأم قد خلق اضطراباً خطيراً في بناء صورة البدن عند المريضة. وثمة حالة عند لوراند Lorand تكشف عن الاضطراب نفسه.

وحيث إن الكبت يمكن أن يعبر عن نفسه إما في صورة كف أو في صورة إسراف مضاد تعويضي، فإن الحالتين المتضادتين، حالة فقدان الشهية العصبي، وحالة الشره العصبي للطعام مترابطتان فيما بينهما، على الأقل بالمعنى الذي نقصده عند الحديث عن ترابط السوداوية والهوس. وكقاعدة عامة، توجد كفوف أكل إبان مرحلة الطفولة في الحالات اللاحقة من مدمنى الطعام.

وكبوتات الشبقية الأستية تولد كفوفاً أستية نوعية؛ وهذه الكفوف تتخذ إما صورة كفوف للوظائف البدنية من قبيل الإمساك (مما يمكن أن يجلب في الوقت نفسه إفراغاً محرراً لحفزات احتجاز أستية شبقية) وإما صورة حياء وخجل أستى متكلف أو صورة نظافة مفرطة، وهنا أيضاً يمكن أن تأتلف كفوف من هذا النوع مع اهتمامات قهرية ببدائل عن الأشياء الأستية في مستوى آخر.

أما كيف أن كيوتات نوعية للاستعراض يمكن أن تولد حالات نوعية من الكف، أحياناً ما تكون حاسمة في حياة الفرد المقبلة، فذلك ما روجه في الأفهام "موس هارت" بمؤلفه "سيدة في الظلام" (أوتو فينخل، ٢٠٠٦: ٨٩-٩١).

وبالإضافة لما سبق، فقد وصف "ولف" Wulff عصاباً نفسياً ليس بالنادر عند النساء، ويرتبط بالهستيريا، والجنون الدوري، والإدمان، حيث يتميز هذا العصاب بنضال ضد جنسيتها، التي غدت من خلال كبت سابق نهمه بشكل بارز لا تشبع، هذه الجنسية قبل إنسالية الوجهة، حيث يدرك الإشباع الجنسي على أنه "وجبة قذرة"، فترات من الاكتئاب، حيث المريضات يحشين أنفسهن بالطعام (أو الشراب) ويستشعرن أنفسهن "بدينات"، "منتفحات"، "قذرات"، "مبهذلات"، أو "حبلاوات"، تاركات أيضاً كل شيء حولهن في فوضى تتناوب مع فترات "حسنة"، حيث المريضات يسلكن زهدات، ويستشعرن أنفسهن هيفاوات القود، ويتصرفن إما بشكل عادي، أو في زهو. والشعور البدني في فترات "البدانة" يتكشف تكراراً لذلك الشعور الذي عاشته الفتاة في البلوغ قبل طمئتها الأول؛ وغالبا ما تقع النوبات بالفعل في الفترة السابقة على الطمث، ثم يجلب الانسياب الطمئي عادة شعوراً بالتخفف. "إن القذرة صانعة البدانة تتسكب للخارج؛ إنني الآن من جديد هيفاء القد، وسأكون فتاة حسنة وأن أأكل كثيراً". والشعوران المتناوبان بالدمامة والجمال المرتبطان بهاتين الفترتين يكشفان عن أن الصراعات الاستعراضية هي الأخرى ذات أهمية أساسية في هذه الزملة.

ويكشف التحليل النفسي عن أن المضمون اللاشعوري لهذه الزملة هو صراع قبل أوديب حول الأم، تغطيه أحيانا عقدة أوديبية فمية سادية، فعند هؤلاء المريضات كراهية شديدة لا شعورية ضد أمهاتهن وضد الأنوثة - وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة بالفعل تجاه أمها كما أتضح في كل من المقابلة الإكلينيكية، والاختبارات الإسقاطية - فالبدانة عندهن تعني أن يصبحن بثيين، فاقدرات للسيطرة، شهوانيات، بل حبلاوات، فحافز الأكل هدفه اللاشعوري هو إدماج شيء بوسعه إرخاء التوتر الداخلي "الأنثوي" الكدر؛ فالأكل معناه إعادة إدماج شيء تسبب فقده في شعور المريضة بأنها تعاني الجوع، والإمساك، والخصاء، والأنوثة، والبدانة؛ أي إن الطعام يعنى اللبن، والقضيب، والطفل، والإمدادات النرجسية المسكنة للقلق، والسلوك الاستعراضى يعنى ميلاً للإكراه على التزويد بهذه الإمدادات، وخوفاً من عدم الحصول عليها، بسبب الدمامة المنفرة، والاكتئاب يعنى عودة من جديد للفشل في استعادة الاتزان المفقود، وهو

فشل يرجع إلى الوسائل الفمية السادية المحرمة التي بها كان سعى المريضة لاستعادة الاتزان، وفترات الزهد بتهدئتها للأنا الأعلى، تحقق درجة أكبر من الارتخاء.

وفي بعض الحالات، لا يكون هذا العصاب غير ضرب من إدمان الطعام، ولكن في حالات أخرى تهيمن على اللوحة ليس فقط المشاعر البدنية، بل تغيرات بدائية واقعية، وبعض حالات البدانة، وخاصة البدانة الدورية، تتفق في بنيتها مع وصف "ولف". مريضة كانت في واقع الأمر تفقد كثيراً من وزنها في كل طمث، وكان الطمث يحقق لها تخففاً فجائياً من توتر قبل طمئي غير محتمل، كان التغيير في الوزن يرجع أساساً إلى تغيرات دورية في تحول الماء في الخلايا وتمثيله (عملية الهدم والبناء الخاصة بالماء).

فعندما كانت المريضة تشعر بأنها لديها "خبطة" في داخلها، كانت عملية الهدم والبناء عندها تمضى في واقع الأمر بشكل مضطرب، كان الماء يلعب دوراً رئيسياً في الأخابيل اللاشعورية لهذه المريضة، وكان التشبث قبل الإنسالي العميق بالأم كما كان الحسد الباكر للقضيب يرجعان إلى الشبقية البولية، وكانت تتخيل الخصاء بسبب خيرات طفلية معينة، على أنه "إصابة بالاستنساء الدماغي".

وفي حالة أخرى كانت التغيرات الدورية في الوزن ترجع إلى نوبات واقعية من الحشو بالطعام، كانت الصباية للتخلص من أخطار الأنوثة، ولكنها من ناحية أخرى كانت تولد شعور إثم شديد بسبب دلالتها السادية الخبيثة، كانت المريضة تشعر أنها بخير و "مذكرة" كانت تتجح في أعقاب الطمث، في التزام الزهد، هاتان الحالتان كان الطمث فيهما غير منتظم، مما يرجع في رأى طبيهما على ما يحتمل إلى عوامل نفسية "الأصل" (المرجع السابق، ٢٠٠٦: ١٧٧-١٧٨).

ولذا فالأسرة تلعب دوراً في ذلك في الغالب حتى أن الوالدين قد يضعوا لأطفالهما متطلبات أداء عالية - وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل - وقد يرفضوا (أي الوالدين) بالفعل محاولات الأطفال للحصول على الإستقلال (Gardinkel and Garner, 1982).

كما تتميز أسر المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبى بأنها عدائية، وشديدة الحماية ومتصلبة وغير قادرة على حل المشكلات.

(Yates, 1989; Minuch, Rosman and Barker, 1978)

كما أشار "هيلد بروش" إلى أن فقدان الشهية العصبى بأنه ناتج عن القصور الأساسى فى أداء الأنا ego ومن انخفاض تقدير الذات والشعور بالقصور الشخصى، والإفتقاد إلى

الثقة في حالاتها الداخلية وإنفعالاتها وتصبح السيطرة على الجسم أو الجسد وسيلة لتحقيق الشعور بالسيطرة، وهو ما عانت منه فعلياً المفحوصة (Burch, H., 1974, 1981) وهو ما يؤكد أيضاً كل من (Coovert, Kinder and Thompson, 1989) بأن الإضطراب يتميز بأنه إرتداد عن النضج. ومن ثم فإن الحالات الخطيرة من رفض الطعام (الأنوركسيا) تكشف عن باثولوجية هرمونية قاطعة؛ ومن المحتمل أن تكون هذه التغيرات في بعض الحالات أولية في طابعها، ولكن في حالات أخرى يمكن لاضطراب أولى في النمو النفسي، يثبت الأنا Ego على المرحلة الفمية، أن يتأدى إلى تغيرات هرمونية ثانوية، ويمكن أن تتباين الدلالة النفسية لهذا التثبيت، وأحياناً ما يكون فقدان الشهية العصبي مكافئاً اكتئاب.

(أوتو فينخل، ٢٠٠٦: ٢٠١).

أما بالنسبة لنوبات الشرة العصبية فهي نوبات متكررة من الأكل بشراهة مع سلوك تعويض مثل القيء مصحوباً بالآلام حادة وغير محتملة في البطن، وبالرغم من أنهم يدركون أن أكلهم غير سوى إلا أنهم يقررون بانهم لا يستطيعون السيطرة على أنفسهم، ويؤدي عجزهم عن السيطرة على أكلهم إلى مشاعر الإكتئاب والذنب وإنخفاض تقدير الذات ومن ثم تفترض نظرية التحليل النفسي 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 عبرت عنه المفحوصة وكما أتضح فعلياً في المقابلة الإكلينيكية وإختبار TAT، وإختبار الرورشاخ من صدمة المشهد الأول ومن تخييلات جنسية محارمية مع الوالد من الجنس المخالف وما قد ينتج عنه من حمل، بالإضافة أيضاً إلى إضطراب مركب الأوديب بشكل واضح لدى المفحوصة والذي تجسد في رغبتها اللاشعورية في تجنب أعباء النمو والنضج والقيام بدورها الأنثوي والزواجي، وخاصة وأن التقيؤ يعد من أحد اعراض الحمل والانجاب، وهو ما يعكس خوف المفحوصة على المستوى اللاشعوري من مواجهة الصراعات الجنسية.

- اضطراب فقدان الشهية العصبي وديناميات الأسرة لدى المراهقات من مضطربي الشخصية الحدية:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصة من اضطرابات في الأكل Eating disorders، ومنها فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa، ونوبات الشره العصبي نتيجة مقاومة النضج الجنسي والنفسي، أو نتيجة اضطراب عملية التقرد والانفصال عن الأسرة على وجه العموم (Garfinkel and Kaplan, 1986).

فالأسرة تلعب دوراً في ذلك في الغالب حتى أن الوالدين قد يضعا لأطفالهما متطلبات أداء عالية، وقد يرفضوا بالفعل محاولات الأطفال للحصول على الاستقلال (Gardinkel and Garner, 1982)، كما تتميز أيضاً أسر المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي بأنها عدائية وشديدة الحماية ومتصلبة وغير قادرة على حل المشكلات، وهم ما تنسم به الفعل أسرة المفحوصة. (Minuch, R., and Barker, 1978; Yates, 1989)

كما أشار أيضاً "هيلد بروش" إلى أن فقدان الشهية العصبي بأنه ناتج عن القصور الشخصي والافتقاد إلى الثقة في حالاتها الداخلية وانفعالاتها، وتصبح السيطرة على الجسم أو الجسد وسيلة لتحقيق الشعور بالسيطرة (Bruch, H., 1979, 1981)، وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل، وهو ما تؤكد أيضاً دراسة كلا من (Covert, K., and Thompson, 1989) بأن الاضطراب يتميز بأنه نكوص وإرتداد عن النضج النفسي والانفعالي والاجتماعي السوي.

كما أشارت "هيلدي بروخ"، وهي رائدة في دراسة اضطرابات الأكل، بأن فقدان الشهية العصبي غالباً ما يحدث عند الفتيات اللواتي كن "فتيات جيدات" بشكل غير عادي، عاليات الإنجاز، وفتيات مطيعات متوافقات ويحاولن دائماً إرضاء والديهن بكونهن "مثاليات". حيث تميل هؤلاء الفتيات إلى أن يكون لديهن آباء يستغلون إنجازات بناتهم وامتنالهن، ويتحكمون بهن بشكل مفرط، ولن يسمحوا بالتعبير عن المشاعر، خاصة المشاعر السلبية، نتيجة لذلك، لا تتعلم البنات تمييز مشاعرهن ورغباتهن وتقبلها. وبدلاً من ذلك، يتعلمن مراقبة احتياجات ورغبات الآخرين عن كثب والامتثال لمطالب الآخرين - وهو الأمر الذي عانت منها المفحوصة وخاصة من أمها، والتي كانت تنسم العلاقة بينهن بالعلاقة التكافلية ذات الحماية المفرطة- حيث تتمثل إحدى المهام الأساسية المهمة للمراهقة في الانفصال والتقرد عن الأسرة

(وهي من أحد أهم سمات مضطربي الشخصية الحدية)، ويشير "بروش" Bruch بأن الفتيات من العائلات المسيطرة تخشى بشدة الانفصال لأنهن لم يطورن القدرة على التصرف والتفكير بشكل مستقل عن أسرهن.

كما أكدت العديد من الدراسات أن أسر مضطربي فقدان الشهية العصبي تتميز علاقاتها بالتداخل الشديد بين الأعضاء، أو السيطرة المفرطة من جانب الأسرة التي تمنع الطفل من أن يكون متسقاً مع احتياجاته الجسمانية - وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل - يهيء لاضطرابات فقدان الشهية العصبي، كما تتسم هذه الأسرة أيضاً بالحماية المفرطة لأطفالها والتصلب في الرأي وعدم التناغم الزوجي - وهو ما يعاني منه كلا من الوالدين بالفعل - ولوحظ دينامياً وجود علاقة مغوية اعتمادية (من المريضة) مع أب دافئ عاطفياً، ولكنه متحى عن دوره في البيت - حيث كان والد المفحوصة هكذا بالفعل - مصاحب بشعور بالذنب على العدوان الذي تستشعره الفتاة تجاه أم متناقضة (محمود حموده، ١٩٩٨: ٢٢٢)، حيث بالفعل كانت المفحوصة تعاني من التناقض الوجداني تجاه أمها.

كما يخشن الانخراط مع أقرانهم، وخاصة المشاركة الجنسية، لأنهن لا يفهمن مشاعرهن ولا يتقن في حكمهن، ولديهن خوف من الحمل عن طريق الأكل كما تؤكد وجهة النظر السيكودينامية، ومع ذلك يدركن في مستوى ما حاجتهن إلى الانفصال عن عائلتهن، ويغضبن من آبائهن بسبب سيطرتهم المفرطة ويصبحن غاضبات ومتحديات ومنعدمات الثقة، ويكتشفن أيضاً أن التحكم في تناول الطعام يمنحهن شعوراً بالسيطرة على حياتهن ويثير قلق آبائهن، وتوفر سيطرتهم الصارمة على أجسادهن إحساساً بالقوة على الذات والأسرة لم يكن لديهن من قبل، كما يوفر طريقة لتجنب العلاقات بين الأقران، فالفتاة تتعامل مع شخص مصاب بفقدان الشهية العصبي، وتقدم نفسها على أنها مريضة وبعيدة، ولا تمس بشكل أو بآخر، ومتوقفة في ضبط النفس. وهو ما يؤكد أيضاً بعض الإكلينيكين أن فقدان الشهية العصبي يحدث نتيجة مقاومة النضج الجنسي والنفسياً أو نتيجة اضطراب عملية التفرد والانفصال عن الأسرة على وجه العموم، فالأسرة تلعب دوراً في ذلك في الغالب، حتى أن الوالدين قد يضعوا لأطفالهما متطلبات أداء عالية يفوق طاقاتهم، وقد يرفضوا بالفعل محاولات الأطفال للحصول على الاستقلال (Garfinkel & Garner; Garfinkel & Kaplan, 1986).

أكدت البحوث أن أسر الفتيات المصابات باضطرابات الأكل لديها مستويات عالية من الصرع، وتثبيط التعبير عن المشاعر السلبية، وتؤكد على السيطرة والكمال (Polivy & Herman, 2002; Wade, & Martin, 2007)، العديد من هذه الخصائص السلبية منتشرة أيضًا في أسر الأطفال المصابين بالاكتئاب واضطرابات القلق والعديد من أشكال الاضطرابات النفسية الأخرى.

كما تتميز أسر المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي بأنها عدائية، وشديدة الحماية ومتصلبة، وغير قادرة على حل المشكلات، وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة بالفعل (Minuchin, Rosman & Baker; Yates, 1989).

ما قد يميز العائلات التي يتطور فيها فقدان الشهية العصبي هو أن الأمهات في هذه العائلات يعتقدن أن بناتهن يجب أن يفقدن المزيد من الوزن، وينتقدن وزن بناتهن، وهن أكثر عرضة لإظهار أنماط الأكل المضطربة (Hill & Franklin, 1998)، أظهرت إحدى الدراسات الطولية أن المخاوف المتعلقة بالأكل والوزن لدى الأطفال البالغين من العمر (١٠) سنوات تم التنبؤ بها من خلال مقدار الصراع حول عادات الأكل وقضايا التحكم أثناء وجبات الطعام عندما كان الأطفال في سن الخامسة (Stein, et al., 2006)، بالإضافة إلى ذلك، فإن قلة الوعي بأحاسيسهم الجسدية قد تسمح لبعض الفتيات في هذه العائلات بتجاهل حتى آلام الجوع الشديدة (Leon, et al., 1995)، والفتيات من هذه العائلات المضطربة اللواتي لا يستطعن تجاهل جوعهن تمامًا قد يصبن بنوع الشراهة / التطهير من فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.

تشير الدراسات التي أجريت على النساء البالغات المصابات باضطرابات الأكل إلى أن الجمع بين الدفء الأبوي المتدني والمطالب الأبوية المرتفعة أو التحكم يبدو أنه يميز الفتيات التي تعاني من اضطرابات الأكل من أولئك اللاتي يصبن بأشكال أخرى من الاضطرابات النفسية. (Pike, et al., 1997; Striegel, et al., 2005)

هناك سمة عائلية أخرى تميز الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل عن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى وهي وجود اضطرابات الأكل بين أفراد الأسر الآخرين (Striegel, et al., 2005)، ومن ثم فإن الأفراد الذين يطورون ميلاً واتجاهاً لفقدان الشهية العصبي قد يأتون من عائلات قامت بنمذجة سلوك فقدان الشهية العصبي وعززته.

بالإضافة لما سبق قد تكون الطبيعة المتحكمة في سلوك الوالدين تجاه أطفالهم نتيجة للاضطراب وسببه أيضاً، حيث يمارس الآباء السيطرة من أجل محاولة إنقاذ حياة أطفالهم، وهو ما عانى منه أيضاً أخوة المفحوصة.

حيث أشارت العديد من التقارير الذاتية إلى اعتراف مرضي اضطرابات الأكل بوجود صراعات ومشكلات أسرية (Cochrane & Brewerton, 1998; Bulik, et al., 2000) حيث تساهم خصائص الأسرة في تطور الاستهداف لاضطرابات الأكل، كما أظهر آباء المرضى نقص في مهارات التواصل مثل القدرة على طلب توضيح العبارات الغامضة (van den Brouck, et al., 1995)، كما أن إساءة معاملة الأطفال تعد سبب رئيسي في حدوث اضطرابات الأكل، وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل هي وأخواتها.

وقد وجدت دراسة متعددة الجنسيات أن مرضي فقدان الشهية العصبي كانوا أعلى في المثالية الموجهة نحو الذات، والموجهة نحو الآخرين بدرجة أكبر من الأفراد العاديين (Halimi, et al., 2000)، وأخيراً فإن أمهات الفتيات المصابة بفقدان الشهية العصبي يظهرن درجة أعلى من المثالية عن الأمهات العاديات، وهي نفس شخصية الأم للمفحوصة التي تعاني من فقدان الشهية العصبي واضطراب الشخصية الحدية.

اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب العلاقة بالموضوع "بالأم" لدى مضطربي الشخصية الحدية من المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار الرورشاخ، وإختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D وإختبار تكلمة الجمل لساكس، إن هناك اضطراب واضح في العلاقة بالموضوع "الأم"، 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 التخيلات والإنفعالات المرتبطة بتلك التمثيلات وكيف تتدخل تلك المتغيرات في السلوك بين الشخصية.

ولذا توصف علاقات الموضوع لدى مضطربي الشخصية الحدية ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي، في الغالب بأنها تتسم بسوء النية، وإنهم يرون (كما في الإختبارات الإسقاطية) الآخرين متقلبين ومدمرين بلا سبب. ومن ثم ينطلق أوتوكيرنبرج Kernberg (O., 1985) من إفتراض أساسي هو أن الشخصيات الحدية وفقدان الشهية العصبي لديها

أنا ضعيف، ومن ثم تجد صعوبة غير عادية في تحمل النكوص وسبر غور صراعات الطفولة، ومن ثم يخاف الأنا الضعيف من أن يجتاحه تفكير العملية الأولية البدائي النابع من الـ ID ويغمره. ولذا عادة ما تلجأ الأنا للعملية الدفاعية الرئيسية لدى الشخص البيئي (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 ما لا يتناسب مع التقسيم الثنائى إلى: طيب - شرير. وبسبب ذلك يجد الشخص البيئي (الحدى)، ومضطربى فقدان الشهية العصبي صعوبة قصوى فى تنظيم إنفعالاته لأنه يرى العالم من خلال الأبيض والأسود فقط. وهو ما يعنى أنهم يعانون 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 يؤكد 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 ويقوة عن تأكيد ذاته وأمانها من خلال الآخرين.

وهو ما يعكسه أيضاً (بول ريكور، ٢٠٠٣: ٢٢٧) بقوله: إن مضطربى فقدان الشهية العصبي والمصاحب لاضطراب 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 والتي تعاني من فقدان الشهية العصبي 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 الإعتماضية والإستقلالية، وبدون الأم التي تستجيب بشكل كافى، فإن الطفل الذى يتطور لديه لاحقاً إضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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، وبالتالي يكون الطفل غير قادر على تمييز نفسه عن الآخرين.

وهو الامر الذي يجعل من مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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 تترصد لهم 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 فى الأنا بطريقة آمنه يؤدي 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية بشكل أو بآخر (King, B., 1996)، وهو ما تعرضت له المفحوصة بالفعل منذ طفولتها نتيجة انشغال الأم عنها.

ومن ثم فإن تكرار خبرات الإحباط أو الإشباعات المتكررة تعد بمثابة قوى للدفاعات الليبديية والتدميرية والحب والكراهية. وبذلك فيقدر ما كان الثدى مشبعاً يكون محبوباً وجيداً، وبقدر ما كان مصدرراً للإحباط يكون مكروهاً وسيئاً، وينبع عن هذا التناقض بين الثدى الجيد والثدى الردى عن عدم تكامل الأنا (منار سليمان، ١٩٩٩: ٤٠ - ٤١).

ولذا يؤكد "فيريرن" أن الإضطرابات النفسية لدى الأطفال تنتج عن تفكك الأنا وهذه الأنا الضعيفة المتفككة تركز نفسها للموضوع الداخلى على حساب العلاقات بالموضوعات الخارجية (Greenberg, 1983: 165). وهو ما يؤدي عادة للإكتئاب لدى مضطربي فقدان

الشهية العصبية المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، وكأن لسان حال الطفل يقول لموضوع حبه: "أنك لا تشبع حاجتي لك، أو لحبي فيك"، والنتيجة الشعورية هي: "ما دمت لا تحبني، فأنا أكرهك؛ ولكنني لا أستطيع أن أصرح أو حتى أعترف بكرهيتي لك"، ومن ثم "فإنني أنا الجدير بالكراهية وأستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبي وأوجه قصوري" (Abraham, K., 1992)

فالعلاقة المبكرة إذن هي التي تحدد للطفل موقفه من هذا العالم وسلوكه حياله ونظرته له، إذ أن الآخر لدى الإنسان يمثل دوراً إنسانياً فالذات في حاجه إلى الآخر من حيث هو وجود إنساني خالص فالطفل يحب الأم ويحتاجها لما تقدمه من طعام ثم لمجرد لوجودها البشري، أي أنه يحبها لتحقيق الطفل البيولوجي (اللبن) ويحبها أيضاً لذاتها فالحب نتيجة وغاية (فرج أحمد، ١٩٦٨: ١٠؛ كوثر إبراهيم، ١٩٨٣: ٢٣).

وعلى هذا فإن العلاقات الباكرة بالموضوع لدى مضطربي فقدان الشهية العصبية لدى الشخص البيئي (الحدى) ذات تأثير هام على أكثر السمات والخصائص المميزة له وهي: عدم استقرار العلاقات البينشخصية، صورة الذات، الهوية، بالإضافة لإضطراب معظم وظائف الأنا.

أما عن التناقض الوجداني فقد أشار إليه كارل إبراهيم Abraham في تأكيده على أن التناقض الوجداني هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية ممن يعانون الإكتئاب - وهو ما يعانون منه بالفعل مضطربي فقدان الشهية العصبية المصاحب لاضطراب 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 الإكتئاب عاجزون عن الحب - وهكذا هم مضطربى الأكل ومضطربى 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).

- اضطراب العلاقة بالموضوع "بالأم" في المراحل المبكرة من الطفولة وعلاقته بفقدان الشهية العصبي

وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل- والتي تتعكس بدورها في تكوين بناءً نفسيًا غير سوى، وغير متكيف داخليًا مع ذاته، ومع العالم والواقع الخارجي، فهو بناءً يحكمه دافعًا بعينه إلا وهو "دافع الموت"، وبمعنى آخر "تدمير الذات" وذلك أما بالانتحار أو إيذاء الذات، أو بالانتحار الشرعي المقنن - من وجهة نظر المفحوصة- من خلال التجويع الذاتي، أو الاندفاع بشكل قهري في تناول الطعام ثم التقيء والتجويع الذاتي والامتناع عن تناول الطعام والذي يتداعي معه الرغبة التدميرية وإيذاء الذات ودافع الموت.

فاضطراب العلاقة بالأم، كانت واضحة وكانت عاملاً أساسياً وجوهرياً في البناء السيكو دينامي للاضطراب، أن العنف والقسوة المتمثلة في النزعة للمثالية والكمالية من كلا الوالدين وخاصة الأم، كانت بمثابة رسائل تنقل وتفجر السادية والعدوانية التي تسيطر على الذات والعالم، وذلك ما أشار إليه Maurice ، (أفتقاد الرسائل الجسدية في الطفولة المبكر) حيث انفصلت الأم عن المفحوصة بعد ولادتها مباشرة وتركتها مع أختها وسافرت لزوجها لمدد طويلة أثناء فترة الطفولة المبكرة، وهو الأمر الذي أدى إلى انبعاث العوامل السادومازوخية لدى المفحوصة.

تلك العوامل التي تتبعث نتيجة اضطراب العلاقة بالأم لتسيطر على الذات ودافع سادومازوخية (نتيجة سيطرة الصورة العدوانية العنيفة للأم) فيظهر لدينا دوافع تدميرية تجاه الذات مثل: رفض الطعام والتقيء والموت لكي تحصل على الانتباه والحب والتقدير والذي يمثل نوعاً من الابتزاز العاطفي لترميم النرجسية المجروحة بشكل أو بآخر لدى المفحوصة.

ولأن الأنا الجسماني هو أولى المراحل في حياة الرضيع، وهي الأساس البيولوجي والسيكولوجي لصورة الجسم، وبناءً عليه يقام صورة الجسم (تمثلات عقلية) في مراحل مبكرة تقدم الإدراك الايجابي السوي للجسم من عدمه، حيث تكون أهمية العلاقة بالموضوع (الأم) في منح هذه الإدراكات أو التمثيلات عبر سلسلة من الرسائل الحسية المفقودة في فقدان العصبي للشهية، فتفجر العدوانية بدورها دافع التدمير الجسمي ويظهر التشوه والاضطراب في كل من صورة الجسم، وصورة الذات.

والفقدان هنا رغبة في فقدان والتدمير وكأن لسان حاله يقول: "هذا الجسد عليه أن يؤدي ويدمر نفسه ذاتيًا؛ لأنه يستحق الفقدان، وأنه غير جدير بالاستحقاق الوجودي في الحياة".
هذه الأبعاد الأساسية للفقدان العصبي للشهية ينبثق منها ما يلي:

- الأحساس بالانهيار وضعف الأنا، مع بعض السمات والعلامات الذهانية نتيجة العلاقة المضطربة بالموضوع "الأم".
- علاقة مضطربة غير ناضجة بالموضوع "الأم" تؤدي إلى اضطراب الهوية الجنسية وعدم تمييزها، واضطراب وخلط في الدور الجنسي، وهي ما تعاني منه المفحوصة بالفعل.
- عدوانية واضحة تجاه العالم الخارجي، وتجاه الآخر، وهو ما عبرت عنه المفحوصة بالفعل ليعكس مدى سوء توافقها بشكل خطير وخاصة مع ذاتها، وهو ما إكدته أيضًا دراسة (Rossi, G., et al., 2000) كما أشارت هذه الدراسة أيضًا، والتي استخدمت اختبار الرورشاخ على (٢٧) حالة في المدى العمري من ١١ : ١٨ عامًا، تناولت العلاقة بين الاعراض النفس مرضية، واضطرابات الطعام كما تظهر في اختبار الرورشاخ، بينت نتائج الدراسة أن الحالات الأصغر (١١ - ١٤ عامًا) المصابات بفقدان الشهية العصبي (الصارم) كن يميلن إلى إنكار الهوية الجنسية وخصائص الجسم الأنثوية، أما الحالات الكبرى (١٥-١٨ عامًا) فأظهرت النتائج أنهن أكثر تنوعًا ولا يظهرن علاقة واضحة بالأسباب النفسية للمرض، كما لم تظهر علاقة بالاككتاب أو الوسواس.

وفي معالجة تحليلية لدراسة (Corcos, Maurice, 2003) والتي فحص فيها الفقدان العصبي للشهية من وجهة نظر أسباب المرض الجينية والتحليل النفسي، وتم تحليل البيئة الاجتماعية والثقافية والسياسية، والسياق عبر الاجيال كعوامل تساهم في فشل العلاقة بين الطفل وأمه، وتأثير ذلك في نمو الطفل وخاصة خلال فترة المراهقة، وأفترض: أن فشل الأم في التعبير عن طبيعتها المتعلقة بالانوثة والأمومة وعدم انتباهها لجسد طفلها هما عاملان مؤثران.

وأن غياب التعبير عن غريزة الأمومة لا يخدم الإدراك الايجابي والتكامل مع شخصية الطفل من الناحية الأنثوية من طبيعته، وهكذا يساهم في اتجاه مازوخي سادي يتركز في

الطفولة، وفي التعاملات الأولى بين الطفل والأم يكمن الانفصال بين العقل والجسم والمسئولة عن فشل الطفل في بناء ذاته نفسيًا وعضويًا، يتم فصل الذات عن الأصل الجسماني مما يساعد على عدم القدرة على بناء تصور الجسم، والسبب هنا هو: عدم التركيز على الناحية العضوية من الذات والتي تؤثر على البناء الأولى لتصور الجسم (الأنا الحسية للذاكرة) عبر انتقال الرسائل من جسد الأم إلى جسد الطفل.

وهنا يشير Maurice إلى تلك التأثيرات المبكرة في علاقة الأم بالطفل، ونتائج فشل الأم في تقديم الآثار الحسية الذكورية، أو الأنثوية الايجابية لجسد الطفل، وأسهمها في بناء العوامل السادومازوخية والتي تؤدي إلى ما يهدف إليه مريض فقدان العصبي للشهية، وهو الحاق الضرر بالذات.

وبالإضافة لما سبق فقد أوضحت منوني عالمة النفس الأمريكية (Mannoni, M., 1970) العلاقة بين مرض الطفل النفسي وقلق الأم من حيث أن أشكال اعراض الطفل تدور في العادة حول مضمون قلق الأم، إضافة إلى ذلك فإنها تجسيد وتفعيل لهذا القلق من ناحية الطفل - وهو ما ظهر فعاليا لدى المفحوصة في شكل فقدان الشهية العصبي واضطراب الشخصية الحدية- كما أن شغف الأم وشكواها وحكمها على مرض طفلها واعراضه تتحول إلى نوع من الحوار، وتصبح نمطا خاصا من العلاقة القوية التي تقيمها بين تخيلاتها وطفلها مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى عزل الأب وابعاده عن هذا الحوار الخاص ذات الطابع المرضى الذي اقامته مع طفلها المصاب ذلك الحوار وهذه العلاقة المرضية تمكن الأم من السيطرة على نزعتها من جانب وتساعد على إقامة نوع من الاتزان الشاذ والاعتماد المتوهم بينها وبين طفلها من جانب آخر (Chagaya & Guttman, 1971)، وهو ما تعاني منه المفحوصة بالفعل - وما زالت - في عدم قدرتها وعجزها عن الاستقلال والانفصال عن أمها. وعندما يبدأ الطفل في التعرف على حاجاته وإمكانيته يواجه بصعوبات يتعلق بعضها بعجزه الجسماني من ناحية، وكيفية استخدام الأم لهذا العجز في طفلها لإشباع تخيلاتها من ناحية أخرى. إن طبيعة هذا النوع المرضى من العلاقة المبكرة لا تمكنها فقط من أن تصبح حائل بينه وبين رغباته وإمكانياته بل وكذلك بينه وبين الواقع الخارجي، فإذا استغلت الأم هذا الموقف - كما فعلت والدة المفحوصة - استغلال مرضى "باثولوجي"، واستعانت بطفلها للسيطرة على تخيلاتها ومخاوفها فإنه يشب ليخدم وظيفة الأم - وهو الدور الذي تقوم به

المفحوصة بالفعل مع أمها على المستوى اللاشعوري - ولذلك لا يمكنه أن يخدم وظيفة استقلاله، بل يرتبط بتخيلاتها ولا يستطيع أن يحقق ذاته ولا يستطيع أن يكشف رغباته، بمعنى آخر يتردد إلى عجزه وإلى تخيلات أمه ليعيشها معها من خلال علاقة غير سوية، فخوف الأم من عجز طفلها في بعض النواحي هو تضخيم لشعورها بالعجز، فهي تغير وتعديل من سلوك طفلها كلما شعرت هي بالخوف، تطعمه كلما شعرت بالقلق تغدق عليه بالحب كلما شعرت هي بالحاجة للحب (Spitz, R. 1956)، وهو ما يعكس الحب المشروط وفقاً للحالة المزاجية للأم، وبما أن الحب = الأكل لدى الطفل، فالحرمان منه يصيب الطفل بجرح نرجسي عميق يمتد لطول الحياة، ويجعله يشعر بعدم الجدارة بالاستحقاق الوجودي في الحياة والتي من اعراضه فقدان الشهية العصبي.

ويتضح مما سبق أن العلاقة التكافلية بين الطفل والأم يجعل الحدود بينهما غير متميزة، فالأم عادة ما تقوم بدور الشعور لدى طفلها فهي التي تشعر وتحس وتتألم له معاً مما يحرمه من الاحساس والشعور بنفسه وباحتياجاته بل لا بد أن يحس ويشعر ويفكر من خلالها، هذه الانماط المرضية من العلاقة بالموضوع (الأم) تجعل الطفل يشب ليجد نفسه عاجزاً وليس لعجزه فعلاً بل نتيجة لطبيعة العلاقة بالأم واستخدامها لهذا العجز، بمعنى آخر يشب الطفل ليجد وظيفة لأمه وبذلك لا يتمكن من أن يخدم وظيفة استقلاله فلا يستطيع أن يكون لنفسه ما دام هو كائن لأمه (Chagaya & Guttman, 1971)، فيغترب الطفل في رغبات الأم أو في جزء من جسدها (Mannoni, M., 1970) كوسيلة لإقامة علاقة بالموضوع ويصبح الموضوع "الأم" هو سنده الوحيد الذي يواجهه به عالمه الداخلي والخارجي، وهو ما يؤدي إلى التثبيت على العلاقة بالموضوع "الأم"، وتتعلق العلاقة بينهما مما يزيد من تخيلاته السادية أو الاحساس بالعدوان الداخلي فيلجأ إلى إسقاطه على العالم الخارجي (Klein, M., 1950).

ولكن إذا كان الأبوين يشكلان خطراً حقيقياً على حياة الطفل الانفعالية أو البدنية - سواء كان ذلك شعورياً أو لا شعورياً - من ناحية الوالدين أو نتيجة للدوار المرضية التي يلعبونها مع الطفل، أدى ذلك إلى تعطيل تكوين الأنا الأعلى أو شحنه بقدر هائل من السادية (والذي يتردد إلى الذات بشكل مدمر وخطير)، إضافة إلى ذلك فإنه يجد في العالم الخارجي ما يحقق إسقاطاته فتشحن تخيلاته بالسادية فيشعر الطفل بأنه في خطر داهم لأن الواقع كاد يحقق تخيلاته، بمعنى آخر تخرج الذات مهزومة أمام نزعتها السادية، أو من موضوعاتها

المخيفة، فإذا كانت الهزيمة من النزعة الذاتية فستلجأ إلى جعل الموضوعات أدواتها في الكبت بحيث يصبح الحصر (القلق) هنا عاملاً دينامياً إلى التعيين والتماهي بالموضوعات اخذه من سطوتها ومن خصائص تهديدها، أي من طبيعة العلاقة بها وسيلة إلى كف السلوك وسندا لمواجهة العالم الداخلي والخارجي، أما إذا كانت الهزيمة من قبل الموضوع فإن النزعة السادية تستدمج في الذات أنا عدوانية تلفظ الموضوع خشية استدخالها المفروض عليها، ومن ثم المعاناه من فقدان الشهية العصبي وعدم القدرة على معرفة حدود الجسد بل والاصابة باعراض جلدية أيضاً وهو ما كانت تعاني منها المفحوصة. صعوبات تنظيم الانفعالات وعلاقتها باضطراب فقدان الشهية العصبي لدى مضطربي الشخصية الحدية من المراهقات:

قد تعمل سلوكيات اضطراب الأكل أحياناً كاستراتيجيات لا تكيفية للتعامل مع المشاعر المؤلمة (Fairburn, et al., 2009; Agras, et al., 2001; Svaldi, et al., 2012) الأفراد الذين يعانون من اعراض الاكتئاب أو بشكل عام ضغوط سلبية معرضون لخطر الإصابة بفقدان الشهية (Stice, et al., 2002; Shaw, 2004; Bulik, 2005) تابع (Stice, 2002) مجموعة من الفتيات المراهقات على مدار عامين ووجدوا أن الفتيات اللواتي شاركن في الأكل الانفعالي عندما شعرن بالضيق في محاولة للشعور بتحسن كن أكثر عرضة للإصابة بشراهة في تناول الطعام على مدى سنتين.

حدد كل من (Stice, et al., 2002; Stice, et al., 2008) نمطين فرعيين من أنماط الأكل المضطربة التي تتطوي على الشراهة عند تناول الطعام، نمط فرعي واحد مرتبط بمحاولات مفرطة لفقدان الوزن، تشعر النساء المصابات بهذا النمط الفرعي من النظام الغذائي بقلق كبير بشأن شكل أجسامهن وحجمهن ويحاولن بذل قصاري جهدهن للحفاظ على نظام غذائي صارم منخفض السعرات الحرارية، لكنهن كثيراً ما يتخلين عن نظامهن وينخرطن في الشراهة عند تناول الطعام، ثم غالباً ما يستخدمن القيء أو ممارسة الرياضة لمحاولة تطهير أنفسهن من الطعام أو الوزن الذي حصلن عليه على أجسادهن. النمط الفرعي الآخر هو النمط الفرعي للاكتئاب، وتشعر النساء المصابات بهذا النمط الفرعي بالقلق أيضاً بشأن وزنهن وحجم أجسادهن، لكنهن يعانين من مشاعر الاكتئاب وتدني تقدير الذات وغالباً ما يأكلن لقمع هذه المشاعر.

تعاني النساء المصابات بالنمط الفرعي للاكتئاب من أنماط الأكل المضطربة من عواقب اجتماعية ونفسية أكبر بمرور الوقت مقارنة بالنساء المصابات بنمط النظام الغذائي الفرعي الأول (Tice, et al., 2002; Stice, et al., 2008) كما يواجهن المزيد من الصعوبات في علاقاتهن مع العائلة والأصدقاء؛ وهن أكثر عرضة للإصابة باضطرابات نفسية كبيرة، مثل اضطرابات القلق، وهن أقل عرضة للاستجابة بشكل جيد للعلاج، كما وجدت العديد من الدراسات الطولية أن النساء المصابات بالنمط الفرعي الاكتئابي أكثر عرضة للاستمرار في الانخراط في الشراهة عند تناول الطعام، مقارنة بالنساء اللاتي يتبعن النمط الفرعي الخاص بالنمط الأول (Stice, et al., 2002; Bohon, et al., 2008) على مدى (٨) سنوات من المتابعة أصيب ٨٠% من النساء المصابات بهذا النمط الفرعي الاكتئابي باكتئاب رئيس، من بين هؤلاء النساء اللواتي عانين من اعراض الاكتئاب المرتفعة وعدم الرضا عن الجسم، أصيب ٤٣% باضطراب في الأكل يمكن تشخيصه (Stice, 2011).
العوامل السلوكية المعرفية وراء اضطراب فقدان الشهية العصبي لمضطربي الشخصية الحدية من المراهقات:

الخوف من السمنة، والفكر والادراك المشوه غير السوى قد تبدو علاقة شبه ذهانية يحكمها منطق القدرة المطلقة العدوانية في ضوء التعيين المرضي بالموضوع العنيف (الأم) والتي تعد من أحد أهم الاسباب المشجعة على تعزيز الحد من الطعام وتقليل الوزن، فقد قرر الكثير من ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي أن بداية الاعراض كانت تالية لفترة فقدان الوزن وإتباع نظام غذائي، فسلوكيات الحفاظ على النحافة تعزز سلبياً من خلال الحد من قلق أن تصبح بدنياً. علاوة على ذلك، فإتباع نظام غذائي وفقدان الوزن يمكن أن يعزز إيجابياً بالإحساس بالسيطرة أو التحكم الذاتي (Fairburn, et al., 1999; Vitousek, et al., 1997) فالإحساس بعدم الكفاءة قد يجعل الفرد قلقاً على مظهره مما يعزز فكرة إتباع الأنظمة الصارمة للأكل، ومن العوامل المهمة التي تدفع نحو النحافة تعليقات الأقران والآباء حول زيادة الوزن (Stormer & Thompson, 1996; Paxton, et al., 1999)، ففي دراسة تؤكد ذلك تم تقييم المراهقات في سن (١٠ - ١٥ سنة) مرتين خلال فترة فاصلة بلغت (٣) سنوات، فكانت السمنة في التقييم الأول ترتبط بتعليقات الآخرين، وفي التقييم الثاني ترتبط بعدم الرضا عن أجسامهن، وعدم الرضا بدوره يرتبط باضطرابات الأكل.

أن الاعتقاد بزيادة حجم الجسم أو الاعتقاد بالبدانة المفرطة لدى مرضى فقدان الشهية العصبي ليس بمشكلة ادراكية ولكنها ضمن واحدة من ضمن البيانات المدركة والتي قيمت من خلال الشخص والتأثيرات الواقعة عليه، كما أن الوسواسية والحدة والصرامة والمثالية، والشعور بالنقص والدونية، ومزاج مضطرب، وصعوبات في التعامل مع الآخرين هي عوامل شائعة لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي، حيث يعاني مضطربي فقدان الشهية العصبي من فقر في المرونة المعرفية (Skizypek, et al., 2001; Tchantur, K., et al., 2005).

ومن المعروف أن تكرار الأكل بشراهة ينتج عن كسر النظام الغذائي (Polivy & Herman, 1995)، وبهذا تحدث انتكاسة في النظام الغذائي القاسي الذي يتبعه مرضى فقدان الشهية العصبي فيأكلون بشراهة، ويأتي التخلص من الأكل بعد جلسات الشراهة نتيجة الخوف من زيادة الوزن، فمرضى فقدان الشهية العصبي الذين لم يملوا بمرحلة الأكل بشراهة ثم التخلص من الأكل، قد يكون لديهم انشغال أكبر بالخوف من زيادة الوزن (Schlundt & Johnson, 1999)، أو يكونون أكثر قدرة على التحكم في أنفسهم، وخاصة تحت التعرض لضغوط اجتماعية متعلقة بالوزن المثالي.

فعندما يكون عدم الرضا عن الجسم - كما في حالة المفحوصة - ناتج بسبب الضغوط الاجتماعية لتحقيق شكل أو وزن معين مع تدني احترام الذات والسعي للكمالية والمثالية، فإن النتيجة تكون مزيجاً ساماً من العوامل المعرفية التي تنتبأ بقوة بتطور اضطراب الأكل (Fairburn, et al., 2001; Vohs, et al., 2008)

وقد تهتم النساء المصابات باضطرابات الأكل بحجم الجسم على مستوى اللاوعي (Keel, et al., 2012)، عُرِضت على النساء اللواتي يعانين من اعراض الشره العصبي وللواتي لا يعانين من الشره العصبي صوراً لنساء تباين من حيث حجم أجسادهن والانفعالات التي تظهر على وجوههن، لم يتم اخبار المشاركين بأن هذه هي الأبعاد الحرجة التي تباينت فيها الصور، كانت النساء المصابات باعراض الشره أكثر عرضة من النساء الأخريات في الدراسة أن تهتم بالمعلومات حول حجم الجسم بدلاً من المعلومات حول انفعال الوجه وتصنيف الصور على أساس حجم الجسم بدلاً من انفعال الوجه (Viken, et al., 2002)، وهكذا فإن النساء اللواتي تظهر عليهن اعراض الشره ينظمن بشكل لا شعوري تصوراتهن للعالم حول حجم الجسم أكثر من النساء اللواتي لا تظهر عليهن اعراض الشره.

بالإضافة إلى ذلك، يميل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل إلى أن يكونوا أكثر اهتمامًا بأراء الآخرين وأكثر توافقًا مع رغبات الآخرين، وربما يجعلهم أكثر عرضة للضغوط الاجتماعية ليكونوا نحيفين (Fairburn, et al., 2008; Wade, et al., 2008)، حيث يميل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل إلى أن يكون لديهم أسلوب تفكير ثنائي، حيث يُحكم على الأشياء بأنها إما جيدة أو كلها سيئة - وهو ما تعاني منه المفحوصة بالفعل بوصفها أيضًا تعاني من اضطرابات الشخصية الحدية - على سبيل المثال، إذا أكلوا بسكويت، فقد يعتقدون أنهم قد أفسدوا نظامهم الغذائي وقد يأكلون أيضًا علبة البسكويت كلها، سيقولون إنهم لا يستطيعون كسر روتين الأكل الصارم أو سيفقدون السيطرة تمامًا على طعامهم (Abramson, et al., 2006).

وبالإضافة لما سبق فهناك أبحاث إضافية فحصت العلاقة بين المثالية (الكمالية) وPerfectionism وفقدان الشهية العصبي، فالمثالية ذات أوجه متعددة؛ ويمكن أن تكون موجّهة نحو الذات (وضع معايير عليا للذات)، أو تكون موجّهة نحو الآخرين (وضع معايير عليا للآخرين)، أو نحو المجتمع (وضع معايير عليا لتلائم المعايير التي يفرضها الآخرون)، وتوصلت مراجعة دراسات متعددة إلى أن المثالية (الكمالية) - بغض النظر عن كيفية قياسها - مرتفعة بين الفتيات غير المصابات، ولا تزال المثالية مرتفعة بين الفتيات حتى بعد نجاح العلاج (Bardone, et al., 2007).

العوامل الاجتماعية الثقافية وعلاقتها بمضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تغيرت معايير الجسم المثالي بالمجتمعات على مر العصور، خاصة فيما يتعلق بالجسم المثالي للمرأة، فالنساء اللاتي يظهرن في لوحات القرن السابع عشر يعتبرن بدينات لحد ما مقارنة بالمعايير الحديثة. وخلال الخمسون سنة الماضية مالت الثقافة الأمريكية إلى تقدير الجسم النحيف، فصارت فتيات الغلاف أكثر نحافة خاصة بين ١٩٥٩ - ١٩٧٨ (Garner, et al., 1980)، وصارت فتيات مسابقات الجمال أكثر نحافة خلال ١٩٨٨، وفي دراسة تم حساب معامل كتلة الجسم (BMI) لفتيات الغلاف من ١٩٨٥ - ١٩٩٧، فوجد أنه أقل من (٢٠) وهو يشير إلى وزن خفيف، وما يقرب من نصف هؤلاء الفتيات كان معدل كتلة جسمهن أقل من (١٨) والتي يعتبر نقص الوزن (OWEN & Laurel, 2000). وهو ما تأثرت به

المفحوصة بالفعل نظرًا لطبيعة الأم ذات النزعة المثالية والتي تبحث عن الكمال، والتي كانت تضغط به على المفحوصة (الأبنة) في أن تكون رشيقة وفي أبهى صورة لأن ذلك يُعد من معايير الجمال، وكذلك الأب الذي وجه اللوم والتوبيخ أمام الجميع للمفحوصة (الأبنة) أثناء تناولها للطعام بأنه أفرطت في الأكل وأن هذا سوف يجعلها سميكة وبدنية وقبيحة.

فقد أصبح المجتمع على درجة من الوعي بالصحة ومشاكل السمنة، وانتشار اتباع أنظمة الأكل للتخلص من الوزن الزائد، وازداد عدد من يتبعون هذه الأنظمة من ٧% في الرجال، ١٤% من النساء عام ١٩٥٠ إلى ٢٩% في الرجال و ٤٤% في النساء عام ١٩٩٩ (Serdula, et al., 1999) وانتشرت ثقافة الحد من الكربوهيدرات واتباع أنظمة الأكل خلال السنوات القليلة الماضية، فعلى سبيل المثال حققت مبيعات الأغذية القليلة الكربوهيدرات حوالي ٣٠ بليون دولار ٢٠٠٤، وتم إنتاج أكثر من ١٥٠٠ منتج قليل الكربوهيدرات في خلال سنتين فقط، كما زاد عدد الكتب عن هذه المنتجات من ١٥ إلى ١٩٤ كتاب خلال ١٩٩٩ - ٢٠٠٤، فأصبح نحو ٢٦ مليون فرد في الولايات المتحدة الأمريكية يعتبرون أنظمة الأكل للحد من تناول الكربوهيدرات (Kadlic, et al., 2004)، بالإضافة إلى ظهور جراحات شفط الدهون (بوضع كيس تحت الجلد مباشرة)، وتدبيس المعدة (تغيير حجم المعدة جراحيًا بحيث لا تستطيع هضم كمية كبيرة من الطعام) بالرغم من المخاطر المصاحبة لهما (Brownell & Horgen, 2003) فحدوث اضطرابات نظام غذائي والقلق من زيادة الوزن مما يدعم فكرة أن المعايير الاجتماعية المؤكدة على أهمية النحافة تؤدي دورًا في الإصابة بتلك اضطرابات الأكل (Killen, et al., 1994; Stice, 2001; Rubinstein, et al., 2010).

ومن المحتمل أن النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن أو يخفن من السمنة، إلا يتمتعن بالرضا عن أجسامهن، فوجدت الدراسات أن النساء نوات معدل كتلة للجسم مرتفع وعدم رضا عن شكل الجسم تزداد لديهن احتمالات الإصابة باضطرابات الأكل (Fairburn, et al., 1996; Killen, et al., 1997)، أيضًا فإن الانشغال بالنحافة أو الشعور بالضغط للوصول للنحافة يزيد من عدم الرضا عن الجسم لدى الفتيات المراهقات (Killen, et al., 1996) مما يؤدي بدوره للحد من تناول الطعام وتولد المشاعر السلبية، فالانشغال بالنحافة وعدم الرضا عن الجسم يزيد من احتمال الإصابة باضطرابات الأكل.

بالإضافة أيضًا ولما سبق: فهناك عامل اجتماعي ثقافي آخر يلاحظ مقاومته للتغيير، ويسمى هذا العامل بمعنى كينونة جسد المرأة، حيث كثيرًا ما ينظر إلى أجساد النساء من خلال العدسة الجنسية؛ في الواقع يتم تعريف النساء من قبل أجسادهن، بينما الرجال يتم تقديرهم في ضوء إنجازاتهم، ووفقًا لنظرية "الكينونة" أدى انتشار رسائل الكينونة في الثقافة الغربية من خلال الاعلانات والتلفزيون ومواقع التواصل الاجتماعي (Fredrickson & Roberts, 1997)، إلى جعل بعض النساء يحدث لهن "كينونة الذات" Self Objectify، وهو ما يعني أنهم يرون أجسامهن من خلال عيون الآخرين.

وقد أظهرت الأبحاث أن حدوث "كينونة الذات" تسبب شعور النساء بمزيد من الوصمة حول أجسادهن، وبالتالي فمن المرجح أن تعاني النساء من وصمة الجسم عندما يرون عدم تطابق بين كينونة الذات المثالية والنظرة الثقافية، وقد أظهرت الأبحاث أيضًا أن كلا من: "كينونة الذات" وخجل الجسم ترتبط مع اضطرابات الأكل، ويزداد الاستهداف لاضطرابات الأكل بين فئات خاصة من السيدات اللاتي يتوقع لديهن قلق بشكل خاص من الوزن.

(Fredrickson, et al., 1998; Mckinley & Hyde, 1996; Noll & Fredrickson, 1998) وبالإضافة لما سبق هناك نسبة عالية من الذين شخصوا بفقدان الشهية العصبي أوضحت تقاريرهم تعرضهم لخبرات الإساءة الجنسية في الطفولة، وبالرغم من إن الإساءة الجنسية ليست عاملاً خطيرًا يؤدي إلى فقدان الشهية العصبي، ولكن إن خبرة الإساءة الجنسية كثيرًا ما تؤدي إلى أعراض حادة لاضطراب فقدان الشهية العصبي (Carter JC, et al., 2005)، كما أن الضغوط النفسية الاجتماعية - وهو ما تعرضت له المفحوصة بالفعل - تعد من أكثر العوامل المهيئة لاضطرابات الأكل (محمود حموده، ١٩٩٨: ٢٢٢).

المعاناة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي ممن تعاني من اضطراب الشخصية الحدية من المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصة من أعراض وإضطرابات سيكوسوماتك كالإضطرابات الجلدية مثل: الأكزيما، والصدفية، والبقع الجلدية، أو ظهور كدمات متفرقة على مناطق مختلفة من الجسد، بالإضافة إلى الهرش العصبي. حيث إن سلوك الشخص يتأثر دوماً بجأجأته الغريزية الشعورية واللاشعورية، وبينما تتضبط تآرجحات الحفزات الشعورية بشكل آلي عن طريق الأفعال الغريزية فإن الحفزات المكبوتة التي لا تستطيع أن تجد

منفدًا كافيًا فتجاهد المرة بعد المرة لتبحث عن إفراغ ولتخلق مشتقات تكون آثارها أقل وضوحًا وأكثر دوامًا، فالموضوعات الساعية إلى منافذ بديلة تتواصل أو تتكرر، مما يمكن أن يتمخض بالتالي عن تغيرات فيزيائية، فعندما يعجز اللسان عن التحدث نتيجة الكبت والقمع؛ فالجسد يصبح مسرحًا للتعبير في صورة أعراض جسدية. فالاتجاهات الغريزية اللاشعورية يمكن أيضًا أن تؤثر "فسيولوجيًا" في الوظائف العضوية، دون أن يكون للتغيرات أية دلالة سيكولوجية محددة.

وفي هذا يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٩٤ - ١٩٥) إلى أن الجلد - عادة - يميل إلى أن يكون مفرغًا لإفراغات النجدة كتعبير عن استهجان في جهاز الغدد الصماء النمائي وخاصة في حالات التوتر العصبي وكاستجابة أيضًا لمثيرات إنفعالية (شعورية أو لا شعورية) وهذه الأعراض يمكن أن تكون مزمنة علامة على حالة التوتر الداخلي عند المريض، أو يمكن أن تظهر كأعراض مؤقتة أثناء الأعصاب الفعلية، أو يمكن أن تظهر كنوبات كلما مس حدث ما صراعات لا شعورية.

وفي هذا يشير (ديدييه أنزيو، ٢٠٢٥: ٤٣) إلى أن: الجلد هو مهد أو بمثابة مرآة الروح، وهو ما أكدته أيضًا عالمة الأنثروبولوجيا "نينا جابلونسكي" في كتابها "الجلد تاريخ طبيعي" والذي صدر في عام ٢٠٠٦، بقولها: "بشرتي هي سيرتي الذاتية غير المكتوبة"، ولهذا حظى الجلد في التحليل النفسي بعناية كبيرة؛ لأنه من يقدم للجهاز النفسي جملة التمثلات المؤسسة للأنا ووظائفه الأساسية، وهو الحد البيئي الفاصل بين الداخل والخارج والواصل بينهما أيضًا، حيث تعكس التركيبة المعقدة للجلد على النطاق العضوي - وهي تجمع بين الجانب التشريحي والفيزيولوجي والثقافي - أما عن التركيب المعقد للأنا على الصعيد النفسي؛ فلا يمكن اختزال الجلد، وحصره في نطاق عضو واحد مثل باقي أعضاء الجسد بالكامل؛ وربما لهذا السبب لا يمكن العيش بدون وجود غالبية الجلد على الجسد.

ولهذا يوجد ما يسمى بالأنا الجلدية The Skin Ego والتي هي عبارة عن: تمثيل عقلي لتجربة سطح الجسم الذي تستخدمه الأنا الناشئة للرضيع من أجل بناء نفسها كحاوية قادرة على احتواء محتويات نفسية، حيث تصبح الأنا قادرة على اصلاح الحواجز التي تحمي العالم الداخلي بالإضافة إلى حجب التبادلات مع الهوية، والأنا الأعلى، والعالم الخارجي، فالأنا الجلدية هي غلاف يحتوى أفكار وتعطى لنشاط التفكير بعض الحدود والاستمرارية

والحماية من الغرائز، حيث تمثل وظائف الأنا الجلدية في الحفاظ على الأفكار والعواطف وتوفير درع وقائي، كما تمثل آثار الاتصال الأساسي مع العالم الخارجي، وإدارة المراسلات بين الحواس، والتفرد، ودعم الإثارة الجنسية، ولإعادة شحن الرغبة الجنسية، ولذا فأى صراعات داخلية يتم التفتيس والتعبير عنها من خلال الجلد (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٥: ٤٨-٤٩).

ومن هنا يتساءل "بارينبوم" وهو طبيب جلدى تخصص فى دراسة سيكولوجية الأمراض الجلدية: إن ما نريد أن نعرفه هو كيف أن إستثارة الإقتصاديات الليبية المضطربة تؤثر على أوعية الجلد؟ مادامت وظيفة الجلد وحالته تتوقفان إلى أقصى 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 والتي يمكن إجمالها فيما يلى:

١- عندما تسعى الحفزات المكبوتة إلى الإفراغ فإنها تؤدي إلى تغيرات فى حركة الأوعية وهو ما يؤدي إلى تفجر مرض جلدى.

٢- إن الجلد منطقة شبقية مهمة، فإذا ما كبتت الرغبة فى إستخدامه كمنطقة شبقية فإن عودة الميول الموائية 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 المرئى 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 مكبوتة عند أشخاص ذوى إستعداد سابق لا يجرؤوا على الإستثناء فيحسبوا 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.

ونأتس هنا بالأعمال التي كرست لدراسة الجلد بوصفة الغلاف الذي يحمي الجسم كله، ونخص بالذكر أعمال "ديدية أنزييه 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 طويلاً فى رحمها الوعائى. ومن ثم فهى لا تمثل بالنسبة له منزلاً ومظلة فحسب، وإنما تبعث إليه بجوهرها من خلال الحبل السرى، وهى ليست مجرد غلاًفاً 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 تضى معانٍ على متطلبات الطفل وندائه، ومن ثم يشير "جان بول سارتر" Sartre, J.P فى كتابه "الوجود والعدم" حيث يقول: "إن الضم لا يعنى مجرد اللمس، وإنما يعد بمثابة الوظيفة المشكّلة، فحينما أضم آخر أخلق لبه بلمسى له بأصابعى: فاللمس مجموعة من الطقوس تقوم بتجسيد الآخر". وهو ما كانت تفتقده المفحوصة بالفعل، فالأم لا تحضن أو تطبطب بشكل أو بآخر.

ومن ثم يؤكد "أجوريا جيرا" قائلاً: "يحتاج جسد الطفل إلى العناية كعنصر أساسى يفضى إلى تعلق الطفل بأمه ذلك أن لمس الأم لطفها وتناولها له بيدها يشحن جسده ليدياً 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 المرأة تتعرف الأم نفسها فى طفلها، وينكشف الطفل لأمه ولنفسه وفى الآن نفسه؛ فيتراءى كل منهما فى الآخر، ويشيدان مسافة وينتهيان إلى التفرقة فيما بينهما. وأثناء هذه الفترة فإن الطفل، وبالمثل الأم الواقعية يلعبان معاً حياة تخييلاته - وهو ما كانت تفتقده المفحوصة -، وهذه العلاقات تعتبر فى الغالب مونولوج بين إثنين

Monologues a deux، مما يفتح الباب إبتداءً من التبادل الأوى 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 فقدان الشهية العصبى المصاحب لإضطراب الشخصية الحدية فى عزلة تامة (نيفين زيور، ٢٠٠٢: ٦٦ - ٦٧).

أما بالنسبة للإضطرابات المعدية المعوية كالفولون العصبى فيشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨٢ - ١٨٣) إلى أن الأشخاص أصحاب الإتجاه الفمى الإستقبالى الملح والمحبط بشكل مزمن، الذين كتبوا 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 بحرفيتها، فهذا الجوع الدائم يجعلهم يتصرفون كما يتصرف الجائعون فعلاً. فالغشاء المخاطى للمعدة يبدأ فى الإفراز تماماً كما يحدث فى معدة جائع فى إنتظار الطعام. وهذا الإفراز الزائد المزمّن هو السبب المباشر للقرحة، والقرحة هي الحدث الفسيولوجى الناتج عن اتجاه نفسى الاصل؛ أنها ليست إلا إشباعاً محرفاً لغريزة مكبوته أو شبقية فمية مكبوته، ومن اليسير أن نفهم أن التهاب القولون يمكن أن ينتج عن حفزات أستية لا شعورية دائمة الفاعلية، ومن ثم فإن الإستجابة المعوية يمكن أن تكون عرضاً لعدوانية دائمة ومكبوته تمثل أحياناً إنتقاماً لإحباطات فمية.

أما (سيزويك جيرارد، ٢٠١٧: ١٢٤) فيشير إلى أن التقيؤ، والإضطرابات المعوية الناتجة عن إستمرار الفواق (الزغطة) لمدة طويلة هي نتاج لمسببات نفسية سببها إضطراب العلاقة مع الأم، ومع ذلك فالاعراض العصابية العضوية هي أيضاً "إفراغات نجدة" وذلك من خلال التقيؤ، وذا فبعض الاعراض هي مصالحات بيم الاحتجاز والاستبعاد، فبعض حالات القولون التشنجى يتناوب فيها الإمساك والإسهال، وبعض الأشكال المرضية للتبرز تقضح قلق خصاء أزيح إلى المجال الأستى. وبالإضافة لما سبق فإن هناك حاجة مطوية فى أعماق نفس المريض إلى أنزال العقاب بنفسه والتي 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 ؛ أوتو فينخل، ٢٠٠٦: ١٨٣).

فهؤلاء المضطربون في حاجه إلى أن يكونوا موضع إهتمام وعطف وحب - وخاصة مرضى القولون العصبي - ورغبة ملحة في تلقي العون والإتكال على الغير، وعادة ما ينكر هؤلاء المرضى على أنفسهم هذه الميول الدفينة فيتم كبتها في اللاشعور وهو ما يؤدي إلى ظهورها في هذه الأعراض الجسدية. ولذا فإن أهم ما يميز سلوك هؤلاء المرضى هو التتكر لما يصطرع في أنفسهم من حاجه إلى إلتماس الحب والركون إلى الغير فعوضاً عن أن يتلقوا من الغير نراهم يبذلون العطاء، وعوضاً عن الإعتماذ على الآخرين نراهم يجهدون في سبيل الإستقلال والإكتفاء الذاتي. ولكن هذا التتكر لميولهم الدفينة وهذا السلوك المضاد لما يتلفون عليه في قراره أنفسهم يضاعف من الحاح هذه الميول ويزيد من ظمئهم إلى أن يكونوا موضع العناية والحب.

ومن الثابت بأن الميول إلى: تلقي الحب والعون ترتبط إرتباطاً وثيقاً بعمليات التغذية منذ مراحل النمو الأولى حين كان الطفل يلقي الحب والغذاء معاً من يد واحدة وعادة ما يقترن بتلقى الحب منذ فجر الحياه في نوع من الشرطية والالزام بحيث يصبح إستقبال الطعام رمزاً مؤذناً وبشيراً بقدوم الحب ويصبح الجوع وعاء للطعام وللحب معاً، وعند توصل سبل التنفيس دون الميل إلى إلتماس الحب فإن الحرمان الذي يفرضه هؤلاء المرضى على أنفسهم لا يلبث أن يستثير وظائف التغذية فتتشط المعدة إلى الحركة وإفرازاتها كأنها تتأهب لإستقبال الطعام. ولكن كان التتكر لهذه الميول عظيماً كان إلحاحها شديداً، وكان بديلها الفسيولوجي (نشاط المعدة) الميل إلى الإفراز كبيراً (مصطفى 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 هي 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 هي الذات الإنسانية (جمال رجب، ٢٠١٨: ١٤٧).

وبالنسبة لإضطرابات النوم فيشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦ - ١٠٨) إلى أن طاقات الرغبات المكبوتة ليست هي وحدها التي تجعل النوم مستحيلاً فالهموم الحادة، والتوقعات المشحونة بالوجدان سواء كانت سارة أو كدره وعلى الأخص الهياج الجنسي دون إشباع تتسبب

فى الأرق بالإضافة إلى العوامل اللاشعورية. فالأشخاص الذين لديهم كيوات فمية شبكية يسعون إلى تجنب كل ما يمكن أن يذكرهم بالفترة الأصلية لإستثارتهم الفمية والجلدية الشبكية؛ 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 عائناً 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، وهو الأمر الذى ذكرته المفحوصة بأنها لا تستطيع النوم بعيداً عن أمها، وإذا حدث ونامت بعيداً عن أمها تستيقظ فرعاً من الكوابيس المزعجة والتى لا تأتيها وهي نائمة بجوار أمها.

وقد يرجع إضطراب النوم إلى تصورات لا شعورية ترتبط بفكرتى معاناة الموت وتما الموت، وترجع كذلك إلى الإبتعاد عن الحفزات الإيجابية للقتل، ومتى نشأ هذا الخوف فإنه يمكن أن يؤدي بسهولة إلى إضطرابات النوم والموت كل مع الآخر. ومع ذلك فالأغلب أن تمثل إضطرابات النوم من الناحية اللاشعورية الغواية والعقوبة فى آن واحد؛ فإنحسار وظائف الأنا فى حالة النوم هو مصدر خوف من ناحية لأنه فقدان لرقابة الأنا على الغرائز - وخاصة أن المفحوصة كانت تعاني من تخييلات ذات طابع محارمي تجاه أبيها ولهذا زادت حدة الكبت لديها وهو ما جعلها لا تحلم بأى نوع من أنواع الأحلام الجنسية -؛ أى لأنه فرصة سانحة كى يفعل الشخص كل ما يشتهييه ومن ناحية لأنه موت صغير لانه خصاء ولأنه أيضاً جزء مروع على الإستسلام للحفزات الغريزية.

أما عن الأرق فكان مضطربى فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية يعانون من أرق الإستشارة الزائدة *Insomnie D'Excitation* وهو ما يعكس صراعاً مع الأم، ونستخلص من ذلك أن وظيفة الأم تتسم بما تطلق عليه المدرسة الفرنسية "عملية" *Operatoire*، وتشبه فى وظيفتها الممرضة كما وصفها "دونالد وينيكوت" ويدور ذلك كله فى جو من الخواء أو العوز الوجدانى *Une relation Blanche* (دونالد وينيكوت، ٢٠٢١ : ١٠) ، ولذا فإن وينيكوت يرى ويؤكد على أن "الأم الجيدة بما فيه

الكفاية" هي الأم القادرة على تحديد والنقاط إشارات الطفل، وهي التي تستجيب للذات الوليدة بشكل ايجابي عكس الأم غير الحيدة بما فيه الكفاية، وهو الأمر الذي يؤكد أيضاً كل من "جاك لاكان"، و "أنا فرويد" في أن اساس شعور الطفل بذاته هو حصوله على الاعتراف والحب وهذا هو بداية تكوين الوعي وتكوين الأنا (أنا فرويد : ١٩٥٥ : ٧٢؛ ماكاريو جيرالدو، ٢٠٢٣ : ١٨١).

فالأرق إذا هي حالة نشأت عن عوز أو فقر في إشباع الحاجات الأساسية للوليد؛ فالأرق الأولى ذو الطابع الفسيولوجي كما يذهب "مشيل فان" يعتبره الشكل الأولى للتعيين الذاتي يتوازى مع فكرة الإنصهار في الأم، ويكتسب سمه مشبعه حينما يستعاد التعيين الذاتي في فيض من الليبدو في المرحلة النرجسية، ومن ثم يعد النوم إستجابة لحاجه إيقاعية تهدف إلى النكوص إلى مرحلة من الشحن الليبدى للأنا جنباً إلى جنب.

إن الوليد الذي يتسم ببناء عقلي شديد الرهافة وغير متطور يعتمد إلى حد بعيد على أمه في القيام بدور الدفاع (تلك الدفاعات التي ستؤول وظيفتها للأنا)، هذا بالإضافة إلى أن الأم في هذه المرحلة الباكرة تقوم أيضاً بدور حارس النوم؛ أي الوظيفة الاساسية للحلم. فالأرق الباكر يمكن فهمه على أنه إخفاق في السند الأساسي الذي توفره في العادة الوظيفة الحلمية فالنوم قد إفتقر إلى دور الحماية النرجسية بفعل قصور الأم في القيام بدورها الحامي للنوم ودفعها بعيداً للمثيرات التي تقلق نوم طفلها.

وإذا ما نظرنا للأمر من وجهة النظر النرجسية يمكننا أن نعتبر النوم بمثابة النكوص المكثف والإنقطاع الشامل عن العالم الذي لا يتحقق إذا تخلل النوم شحنه وجدانية يحصل عليها بفعل الإحتكاك بالألم، ومن ثم يشير "كريسلر فان سوليه" ١٩٧٨ إلى أن الدراسات التي كرسنا لدراسة الأرق أن النوم لا يحدث إلا إذا حدث المرادف النفسي للإنصهار في الأم؛ فالنوم بهذا المعنى يعد إستعادة للوحدة الأولية (الأم - الطفل) فالأرق المبكر الخطير يشير إلى إنقطاع الطفل عن سنده الوجداني وينطلق الأرق بحرية في شكل دائري متكرر يحمل سمه خطيرة من وجهة النظر النفسية (نيفين زيور، ٢٠٠٢ : ٧٥ - ٧٧).

الشعور بالدونية وبالنقص لدى مضطرابات فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية:

تبين من نتائج المقابلة الكلينيكية، واختبار تقدير الذات، واختبار TAT، واختبار تكلمة الجمل، والوروشاخ معاناة المفحوصة من مشاعر الدونية والنقص، والشعور بالعجز وقلة الحيلة مصحوبة بانخفاض شديد في تقدير الذات، بالإضافة للشعور بالعجز واليأس وقلة الحيلة، بجانب الشعور بالرفض والنبذ من قبل الوالدين، والآخرين، ومن المجتمع أيضاً نتيجة الخروج على معايير وقيمه وعاداته سواء كانت دينية أو أخلاقية أو من موروث قيمي وديني ومجتمعي. ولذا فإن من أسباب الشعور بالنقص والدونية هي المعاملة التي يلقاها الطفل المكروه المنبوذ، ومن أساليب العقاب ومن الإهمال، أو من النبذ، كما تؤدي جميع تجارب الكبت أيما كان منشؤها في المنزل أو المدرسة أو المجتمع إلى تسفيه الشخصية وإفسادها ومن ثم يؤكد "وليم مكوجل": أن جميع الأطفال بلا استثناء في أشد الحاجة إلى تشجيعهم على الثقة بأنفسهم منهم إلى التعنيف. كم من طفل عجز عن تحقيق أسمى قواه الكامنة بسبب افتقاره للتشجيع مع أن التفاته واحدة إليه، قد يكون لها أحياناً أدم الآثار وإبقاها، ولذا فقد ينشأ قدر كبير من الشقاء، وكثير من الاضطرابات العصبية من جراء القسوة البالغة في تربية الأطفال، وقد يتصل هذا الشقاء، وهذه الاضطرابات طوال الحياة، وما أصلها إلا إحساس متأصل بالإثم.

فالطفل الذي لديه إحساس عميق بالمذلة والمهانة واحتقار الذات حينما يتذكر فشلاً، أو خطأ أخفاه في نفسه، وقد ينشأ هذا الإحساس عن إخفاق في حب، أو فشل اجتماعي، أو الشعور بالإثم، فإذا ما أهيئ أو غلبه الضعف أحس بالمذلة إحساساً عميقاً، ومن أعراض النقص: نشاط قلق دون غرض مفهوم، جبن اجتماعي وإنزواء عن الناس، حساسية زائدة، واحتقار للذات، سطحية ملحوظة، فترات من الصمت المطبق تتبعها أخرى من الثرثرة، موقف استهتار وتعنت في النقد وتهكم، والإخفاق في الحب السوي، والأعراض عن الدنيا، واللجوء للإيمان والخوف بكل أشكاله (و. ج. كمبيريد، ١٩٤٦: ١٧ - ١٩).

فالواقع أن الطفل إذا كان قد تعرض في الوسط العائلي - أي في علاقته مع والديه أو أحد آخر من المحيطين به - لشعور يفقد الطمأنينة والأمن أيماً كان مصدره، فإنه ينتج عن ذلك رد فعل سواء أكان الدفاع أم الحماية، ولما كان الطفل ضعيفاً وعاجزاً فإنه يشعر بالنقص، ويعمل على تعويض هذا النقص عن طريق بعض التمثلات التخيلية، وبعبارة أخرى فإنه يعمل

على الهروب من الواقع غير المطمئن إلى اللحم أو المثل الأعلى غير القابل للتحقيق، وهو حل سيء يزيد من متاعب الطفل وخيبة آماله ومن عوامل عدم التكيف مع الحقيقة والوسط الاجتماعي، وهنا تتزايد خيبة الأمل، والمخاوف، والعدوانية، والمعاناة النفسية، والغيرة، وكل المتاعب الناشئة عن فقد الشعور بالأمن بدلاً من أن نجد الظروف المواتية لإزالتها كما أن عدم الاشباع الناشئ عن الهروب من الواقع من شأنه أن يزيد من الشعور بالظلم أو بالعجز، ومن ثم مزيد من إقصاء الشخص عن واقعه، أو وسطه الاجتماعي (جورج موكو، ١٩٧٨: ١٤١ - ١٤٢).

فعقدة النقص إذا تميز مشاعر الدونية بشكل عام موقف الإنسان المقهور من الوجود مما يلقي به في ما يمكن تسميته بانعدام الكفاءة الاجتماعية والمعرفية فهو يتجنب كل جديد، ويتجنب الوضعيات غير المألوفة. إذا خرج من دائرة حياته الضيقة يحس بالغبرة الشديدة وبانحسار الذات يجمد في الزاوية التي هو فيها في نوع من الشلل الوجودي، فكل جديد يثير فيه القلق، وإحساسه الجذري بانعدام الأمن، ولذلك فهو يخشى التجريب، ويتشبث بالقديم والتقليدي والمألوف. فهو يخجل من ذاته، إنه في حالة دفاع دائم ضد افتضاح أمره، افتضاح عجزه ويؤسسه ناتج عن جرح نرجسي راجع إلى عدم الحصول على الحب الكافي وغير المشروط، وهو الذي يشكل أكثر مواطن الوجود الانساني ضعفاً ومساً بكبريائه الذاتي، إنها الكرامة المهدة (مصطفى حجازي، ٢٠١٤: ٤٥)، وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة بالفعل.

إضطراب وتشوه صورة وتقدير الذات لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي ممن تعاني من اضطراب الشخصية الحدية من المراهقات:

تنتم صورة الذات لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي، ومضطربي 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 بل وتعتمد إيذاء الذات والحاق الضرر بها - وهو ما إكدته دراسة (Janet, 2007) والتي أشارت إلى أن حرمان الذات من الطعام والتحكم في الغذاء هو شكل من أشكال إنزال الضرر بالذات وإن العلاقة بين اضطرابات الطعام والحاق الضرر بالنفس هي أبعد من مجرد علاقات إحصائية بسيطة، والذي يبدأ ظهوره في مرحلة المراهقة، ويرتبط

بعدم الرضا عن الجسم، والزهة واحساس عام بالعجز وعامل عقوبة الذات، كما تضمنت أيضًا العوامل الحياتية والثقافية والاجتماعية والتأثيرات النفسية والبدنية للمرض - والإحساس بالإضطهاد الناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل والنبت من قبل الوالدين أو ممن يمثلها وهو ما ظهر بشكل واضح في المقابلة الإكلينيكية، وإختبار T.A.T، وإختبار الرورشاخ، وإختبار K.F.D، وإختبار H.T.P، وإختبار تكلمة الجمل ، وحصول المفحوصة على درجات أقل من المتوسط على إختبار تنسى لمفهوم الذات، وعلى إختبار تقدير الذات، وهو ما أدى في نهاية الأمر إلى إكتتاب حاد مصحوب بمحاولات وأفكار إنتحارية وإيذاء الذات نتيجة الشعور بالإحباط الناتج عن عدم الحصول على الحب الكافي من أحد الوالدين أو كلاهما وخاصة الأم وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التالية:

(Modestin, 1987; Mehler, et al., 1998; Cooper, et al., 1998; Kaplan and Sadock, 1996; Cooper & Turner, 2000; Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Athanasiadou, 2016؛ (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٣؛ يونس منصور، ٢٠١٧

والتي أكدت جميعها على ان إضطراب صورة الذات لدى مضطربى الشخصية الحدية ممن يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي تنتج عقب صدمات علاقاتية والذي يؤدي بدوره إلى عدم إحساس واضح ومتناسك بالذات وعادة ما تظل صورة الذات لديهم غير ثابتة ويظلوا غير متأكدين من قيمهم وولائهم وإختيارهم للمستقبل المهني ومن ثم تنمو لديهم أنماط غير متوافقة في التعامل مع البيئة أو إدراكها باشكل السليم وايضاً في التعامل السليم والكفوء مع أنفسهم وفي تصورهم لذواتهم وتعاملهم مع الآخرين.

وفي ضوء ما سبق ينطلق تأسيس الوجود النرجسي للذات من الجلد "الأنا الجلدى أو الغلاف النفسي"، وفيه تختزن تجاربها وتطور طاقاتها النفسية وتستثمرها، وهو أيضاً معبرها نحو الخارج وأداتها التواصلية الأولى مع الغير؛ فمن اللمسة انبثق الوعي بالوجود الخاص، ومنها بنت الذات تصورها عن نفسها كأنا As Ego

وفيها اشتبكت الخبرات والحدود ما بين الداخل والخارج، وما بين الخاص وغير الخاص، حيث يعتبر الجلد الوسيلة البدائية التي يتم من خلالها الاتصال مع الأم فعند اتصال جلد الرضيع مع جلد الأم - وهو ما افتقدته المفحوصة بالفعل من ضعف التواصل الجسدى من أمها منذ طفولتها المبكرة وحتى هذه اللحظة- يتسبب في حدوث عدة عمليات على المستوى

النفسي والهوامي "التخييلي" لدى الطفل، فهذا الاتصال يمكنه من بناء منظمه جديدة هي ما يعرف بالأنا الجلدى الذى يعمل على تغليف كل الجهاز النفسى، وهذه المنظمة يعززها الطفل من خلال مفهوم الصورة الجسدية وما ينقله الوالدين له من تقاليد خاصة بالسلالة والأسرة والأمة كما يشمل أيضًا مطالب الوسط الاجتماعى المباشر، فالجلد كغلاف نفسى يضمن هوية الفرد حيث يسمح بالتبادلات مع المواضيع ويكفل له تشكيل صورة عن ذاته عبر الآخر مؤمنا له تحقيق التواصل معه، إنه واجهة بينية تعزل وتصل في آن واحد فهو ذو تركيبة مزدوجة؛ تتجه إحداها صوب العالم الخارجى، فيما تتكفى الأخرى على العالم الداخلى لتسجل آثار المعيشة وتواجه مثيرات اللاشعور (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٥: ٥٠).

وبالإضافة لما سبق يشير كل من (Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Gunderson and Singer, 1975: Adlen, 1981) إلى أنه فى الشخصية تكون الذات سينة التكامل وفى خطر الإنحلال إلى حالات شبه ذهانية أثناء التوتر أو تحت تأثير المواد المنشطة - النفسية، والشعور بعدم القيمة. كما أن تشوية الذات والغيبض الصريح المستمر ينكر 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 يؤدي 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 حتماً خلال المراحل المتنوعة لفقدان تماسك الذات حيث يبلغ ذروته فى التهديد الكلى بإنحلال الذات. إذا أن فقدان 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 يؤدي إلى إحساس الشخصية الحدية بالوحدة، ولذا فعادة الشخصية الحدية تتدمج 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 "الأم"، كما أن تمثيلات الذات والموضوع

"الأم" 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 يؤدي إلى الشعور بالهجر من قبل الأم حيث يشعر الفرد بأنه ترك وحيداً وعاجزاً.

ويرجع جون بولبي (Bowlby, 1960) أن من أحد أسباب اضطراب صور وتقدير الذات إلى عدة عوامل منها التعرض لخبرات محبته أو الفقدان الفعلى لأحد الوالدين خلال مرحلة الطفولة المبكرة وأنه قد تربي على أنه غير محبوب أو أنه غير كفء أو أنه غير ملتزم ويؤدي 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 في تكوين صورة مضطربة وسيئة ورافضه لذاته.

ولذا يرى "كوهوت" في عام ١٩٥٩ في مقالة له بعنوان "الإستبطان": أن الذات ما هي إلا الآخرين أي أن الذات تتحدد بالآخر وبما إستطاعت أن تشعر به من الآخر فالذات تتحصل على هويتها من خلال علاقتها بالموضوع أو بالآخر الذي يصبح جزءاً منها. فمن خلال تكرار عملية التعاطف Empathy تتكون العلاقة بالموضوع (ذات/ موضوع) نتيجة للخبرات المتكررة لكل من نجاح وفشل عملية التعاطف. أي نجاح الذات في شعورها بما يشعر به الآخر وفشلها في معرفة ما يشعر به الآخر وفشلها في معرفة ما يشعر به الآخر وتصبح الذات بعد ذلك شيئاً واحداً جديداً أطلق عليه "كوهوت" Self Object تتكون من جانبين لا ينفصلان، جانب يشعر بالموضوع وجانب يشعر بالعالم الداخلى.

وكما يرى "كوهوت" إن ما يؤدي إلى المرض النفسى لدى الأبناء هو الفشل المتكرر من الآباء للتعاطف مع أبنائهم، فالتعاطف يتضمن عناصر وجدانية وعناصر معرفية، فهي 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 هي العملية الوحيدة المسؤولة عن السواء والمرض وعن تطور الشخص وشعوره بذاته - وهو ما تفتقده المفحوصة بالفعل - ولذا فقد أشار أيضاً "كوهوت" إلى أن

الخوف من الموت أو الجنون هو في كثير من الاحيان خوف من فقدان التعاطف والذي يبقى على الذات حيوتها النفسية وهو ما يطلق عليها النرجسية المغلقة.

(أحمد فائق، صالح حزين، ٢٠١٧: ٣٦).

نتبين مما سبق أن من أسباب اضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية تعود إلى مشاكل في مرحلة النمو الباكرة للذات فحينما يفشل الوالدان في تدعيم حس الطفل المستقل للذات فإن ذلك يمهد لنقص الإحساس بالهوية وحس الإرتباط والإلتزام بأهداف الحياة، وأن الفرد ليفشل في تكوين ذات سليمة تشكل الأساس لعلاقات صحيحة تتميز بالمشاركة والتعاون مع الآخرين أو تكون فعالة تلقائية وتوكيدية وهؤلاء الأشخاص يدركون الآخرين بطريقة مشوهة أو محرفة، ويكونون ذوات زائفة تتصهر وتندمج مع إدراكاتهم المشوهة والمحرفة للآخرين (هبة محمود، ٢٠١٦: ٤٤).

بينما أكدت مارجریت ماehler (Mahler, M.S., 1968) أن الأطفال يعتمدون على الوالدين بشدة في فجر الطفولة ويحتاجون إلى درجة معينة من الحب والمساندة والتشجيع - وهو ما يفترقه فعلياً مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية - حتى يستطيعوا أن يكونوا "أنا صحية" لأن اضطراب العلاقة مع الوالدين ينشأ عنه خلل في هوية الأنا وفشل في التسامى بالدوافع الأولية الشهوانية.

ونتيجة وجود أب لاذع وعدواني ومتسلط وأم سلبية وغير مبالية لمضطربي فقدان الشهية العصبي والمصاحب لاضطراب الشخصية الحدية فيفسد لديهم النمو العاطفي والإجتماعي فساداً مستعصياً، ولأن الأم لم تتح لهم أي مساندة عاطفية فقد إعتدوا في إستمداد هذه العاطفة من الآخرين ولذا عادة ما يكونوا مرعوبين من أن يتخلى عنهم الآخرين بالإضافة للمعاناه من التوتر الحاد بشأن الإعتداد على الآخرين وفي ذات الوقت كانوا يخشوا من الحميمية الزائدة. وكان أسلوب والدهم اللاذع والعدواني - وهذا ما كان عليه بالفعل والد المفحوصة - سببا في عدم قدرتهم على تحويل الدوافع الاولية لديهم إلى أهداف مستقبلية، بل يتشبعوا بأسلوب والدهم العدواني مما أفقدهم تقديرهم لذواتهم وإعاقتهم عن تكوين أهداف وطموحات مستقبلية، ومن ثم عادة ما يلجأوا إلى إسقاط عدوانيتهم على الآخرين وهو ما كانت تؤكد المفحوصة دوماً.

إذ إن الأنا الأعلى غير ناضج لديهم وهو ما يؤدي بهم إلى العجز عن السيطرة على موجات الغضب العارم والتي عادة ما تعترض الطريق بشكل غير متوقع لأن هذه الثورة الداخلية كانت في الأصل موجهة ضد نماذج السلطة الوالدية، إلا أنها وجهت للذات؛ ولذلك فإن التفتت يصيب الأنا ويصيب مشاعر المفحوصة وهو الأمر الذي يجعلها أسيرة موضوعات داخلية تدميرية تطاردهم دائماً وبالتالي فهم عادة ما يميلوا إلى الهروب منها بالإنسحاب أو الإستسلام هذا من جانب، ومن جانب آخر فنتيجة للقسوة وللعدوان الخارجى الذى يعانى منه مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية فيؤدى إلى ظهور أنا غير كفاء تتسم بعدم النضج الكافي بما يتلائم مع المرحلة العمرية للمفحوصين (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٩٠؛ جون فيتكس، ٢٠٠٥: ١٣٢؛ Kahut , H, 1977).

وهو ما أكده أيضاً كل من (علاء الدين كفاي، مايسة النبال: ١٤) في أن عدم الرضا عن صورة الجسم: ما هي إلا مصدر لانخفاض مفهوم الفرد وتقديره لذاته، ويرتبط عدم الرضا عن الجسم دوماً بالأسى والحزن النفسي على نحو موجب، ويرتبط بمؤشرات التوافق النفسي على نحو سالب، وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة فعلياً. ولهذا فغالبا ما يكون تقدير الذات أمراً محورياً لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي، ومضطربي الشخصية الحدية فيما يتعلق بوجهة نظرهم عن الوزن أو الشكل أو التحكم بالإفراط في تناول الطعام، وفي كثير من الأحيان يمكن أن تكون وجهة نظرهم مشوشة ومشوهة بالنسبة لأجسادهم، معتقدين أنهم يعانون من زيادة في الوزن بينما حقيقة الأمر تتمثل بأنهم يعانون من نقص الوزن بشكل خطير.

أما "جاكوبسون" Jacobson, 1959 ترى أن القدرة على تحمل الإكئاب والحصر "القلق" مقياس مهم لقوة الأنا، كما تتفق جاكوبسون مع ما هالر في أن هناك صراعاً ضمناً أساسياً في كل الأوضاع الإكتئابية حيث يؤدي الإحباط إلى إندلاع الغضب الذى يؤدي إلى محاولات عدائية وعنيفة لإكتساب الإشباع المرغوب، وعندما يكون للأنا أسباب داخلية غير قادر على تحقيق هدفه يتحول العنف أو العدوان إلى صورة الذات مما يؤدي إلى فقدان تقدير الذات بوصفها نتيجة للفجوة بين صورة الذات المثالية (المرغوبة) والصورة الفارغة المنكمشة والفاشلة وتعتمد طبيعة الحالة المزاجية التي تنمو على شدة وقسوة ومدة الإحباط وخيبة الأمل، وبقدر النزعة الإكتئابية تكون النزعة العدوانية حيث يصيغ العنف أو العدوان كلاً من صورة

الذات وصورة الموضوع (مها الكردى، ١٩٨٢؛ فاتن السيد، ١٩٩٢؛ كرم محمد، ٢٠٠١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢١ - ٢٢٢).

ومن ثم يؤدي العنف أو العدوان إلى مشاعر الحصر وفقدان الثقة بالآخر ومشاعر الدونية والضالة والضياع والحيرة والحزن ومشاعر الرفض والشعور بعدم الأمن والنقص ومشاعر الدونية وفقدان تقدير الذات وهي في صميمها مشاعر إكتئابية وهو ما يؤكد (مصطفى زيور، ١٩٨٠: ١٣) على أن إستشعار الإنهجار والذي سنتبعه حالة من فقدان إعتبار الذات أو تقديرها فالطفل البشرى يجوع أولاً إلى الحب "والذى = الأكل لدى الأطفال"، وما يهدده هو فقدان الحب ويكون على الآخرين أن يحققوا له ما فقدوه 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية.

وهو أيضاً ما أكدته 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 الاوديبية، 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 لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية من المراهقات:

إذا ما كنا بصدد الذات فلا بد من التعرض لصورة الجسم لدى عينة الدراسة من حيث إن صورة الجسم Body Image : كما تعرفها (زينب شقير، ١٩٩٨: ٢) ما هي إلا: "صورة ذهنية عقلية، يكونها الفرد عن جسمه، سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم" ، ومن ثم فصورة الجسم ما هي إلا نواة الأنا حيث تساعد صورة الجسم في تكوين الأنا، مع إنشطار في صورة الجسم يتبعه إنشطار في الذات والتمن الذي يتكبده المرضى هو العجز عن إندماج المكونات الليبية والعدوانية التي تشحن تمثلات الذات في مفهوم متكامل للذات وإذا إنطلق العدوان بدون قدرة الأنا للسيطرة على دفاعاتها قد يسبب أعراض تشتت الهوية بالإضافة إلى أن إندماج تمثلات الذات المتناقضة (الليبية والعدوانية) قد أحدث إتساعاً وعمقاً في الإمكانيات الوجدانية وتسببت في إحداث مشاعر الإثم التي إستغلت فيما بعد في تطوير الأنا الأعلى السادي.

وبقدر ما الذي 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)، ويكون ضعف الأنا والاحساس بالإنهيار وفقدان ضبط الأنا نتاجاً للعلاقة المضطربة بالموضوع "الأم" ، وتفجر العدوانية بشكل حاد يرتد للذات في صورة اكتئابية مصحوبة بإيذاء الذات وفقدان الشهية العصبي.

وبالإضافة لما سبق تبين أن المفحوصة تعاني من اضطراب الأبعاد الثلاثة في صورة الجسم كما يلي:

١- اضطراب صورة الجسم المدركة Perceptuel Body Image Disorder: لتعكس اضطراب في تصور ومعرفة المفحوصة عن شكل وحجم ووزن جسمها ومظهرها، وأجزاء من جسمها، وهذا راجع إلى النزعة المثالية والكمالية لأم المفحوصة والتي كانت ترغب

فى أن ترى أبنيتها أن تكون امتداد لها، وأن تحقق فى أبنيتها ما لم تستطع أن تحققه هى "أى الأم" فى حياتها.

٢- اضطراب صورة الجسم الانفعالية Emotionnel Body Image Disorder: وهو ما ظهر فى معاناه المفحوصة من مشاعر وأحاسيس ومعتقدات كونتها نحو صورة جسمها المدرك من حيث عدم الرضا والتي اكتسبتها من تعليقات وانفعالات الأب السلبية لها أثناء تناولها الطعام بقوله لها: "مش كفاية أكل" وهو ما عمق من الجرح النرجسي للمفحوصة، وخاصة أن الأكل = الحب، ومثالية الأم فى أن ترى المفحوصة مثل عارضات الأزياء.

٣- اضطراب صورة الجسم الاجتماعية Social Body Image Disorder: تجسدت وبشكل دائم عن مدى القبول الاجتماعى لخصائص المفحوصة الجسمية - وخاصة فى محيط الأسرة والأهل والاقارب والزلاء - سواء من حيث: شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء وحركة جسمه)، ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم ومدى تقبلهم لها، وهو ما يزيد من تشوش الوعى والادراك حول صورة الجسم، ومن ثم المعاناه بالخواء والاعتراب النفسى الوجودي.

٤- وبناء على ما سبق فقد أدى ذلك إلى أصابة المفحوصة وفقاً (Hans, 1999: 31) تشوه وتصدع فى تكامل الذات لدى المفحوصة فى الثلاث مجالات الخاصة بصورة الجسم كما يلي:

٤/١- التكامل الاجتماعى: والتي تقارن فيها المفحوصة ذاتها كما يراها الآخرون.

٤/٢- التكامل المكاني: والتي تعكس ادراك المفحوصة بين الاجزاء المختلفة من جسمها وبين الذات والآخرين.

٤/٣- التكامل الزمني: والذي يتصل بالوعى الذاتى التي كونتها المفحوصة عن ذاتها بمرور الوقت.

وهو ما أدى بدوره إلى عدم استجابة المفحوصة والتي تعانى من المعلومات الغير دقيقة حول مفهوم الجسم إلى تلبية متطلبات الجسم وحاجاته وهو ما أدى بدوره إلى أصابة المفحوصة بالاعراض السيكوسوماتك مثل: القولون العصبي وسقوط الشعر والحساسية الجلدية (Gottesman, 1966: 90). ولذا فإن صورة الجسم تبدأ فى الظهور متأثرة بالشخص المهم فى الأسرة أو فى البيئة فالطفل يتعين بوالديه ويشمل هذا التعيين صورة الجسم وإعتماداً على

الخبرات الوالدية التي يكتسبها الطفل منهما ولذا فإن أجسامهم وأجزاءها يمكن النظر إليها وإدراكها على أنها حسنة أو سيئة نظيفة أو قذرة محبوبه أو مكروهه.

وبالإضافة أيضاً إلى تعرض المفحوصين للرفض وللنبذ - وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل - مما يؤكد لها أنها لا يستحق الحب وأنها تتعاقب على ذنوب لم تقترفها مما أثر على تطوير صورة الجسم لديها، وهذا يتفق مع رؤية Admson Adsham بأن إتجاهات الوالدين تجاه جسد أطفالهم لها تأثير مهم في تكوين الطفل لصورة جسمه وتشير إلى أنه ما إذا كانت هذه الإتجاهات إيجابية تجاه جسم الطفل فسوف يكون صورة موجبة عن جسده سيئة وغير واقعية (ماهر محمود، ١٩٧١: ٤٩؛ مها إسماعيل، ١٩٨٨: ٥٩؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨: ٢١٦)، وهو ما ظهر جلياً في اضطراب الأبعاد الثلاثة لصورة الجسم. ويرجع "قويس لافيل" أن اضطراب صورة الجسم لصعوبة التمييز بين الخبرات الداخلية وخبرات العالم الخارجي كما حدث مع "رينيه" الفتاة الفصامية ولكي يتواجد الوعي لابد أن نميز أنفسنا عن العالم وبالتالي إدراك صورة أجسامنا، وبسبب تأثير فقدان حب الأم الذي منع تطور النرجسية الطبيعية ولكن من أين تستطيع الشخصية أن تستمد الحب الذاتي من الثقة والشجاعة في نفسها لو لم يكن من التوحد مع حب الأم (مارجريت سيتشهاى، ٢٠١٢: ١٨١ - ١٨٢). ولذا فإن الحب = الأكل لدى الأطفال، فإذا لم يشعر الطفل بالحب الكافي من الأم فيعتقد أنه غير جدير بالحب وغير جدير بالاستحقاق الوجودي وهو ما يعمق من معاناته من جرح عميق في النرجسية مصحوب بتقدير ذات منخفض، واضطراب صورة الجسد والمعاناة أيضاً من الاكتئاب والتي تكون من تجلياته فقدان الشهية العصبي، وفي ضوء ما سبق فقد أشارت دراسة (Jaana, R., et al., 2005) والتي قارنت الاتجاه نحو صورة الجسم لدى المراهقين ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي، والشرة العصبي، إلى أن صورة الجسم غير المرضية من العوامل الخطرة التي تفضي إلى اضطرابات الطعام، بل وتعد في ذات الوقت أحد مظاهره الأساسية، بمعنى أن صورة الجسم المضطربة تؤدي إلى اضطرابات الأكل وليست ناتجة عنه، رغم أنها ضمن مظهره.

وإنقفاً مع شيلدر Schilder بأن سيطرة الميول السادومازوخية أدى إلى تمزق صورة الجسم حيث يذكر شيلدر أن الألم النفسى المنشأ يعد أحد التغييرات عن الميول السادومازوخية - (تجاه الجسد تمثلت في اضطراب فقدان الشهية العصبي) - التي تسبب تنقلات في 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 الليبيدية وهذا ما ظهر جلياً فى جميع حالات الدراسة سواء فى إستجاباتهم على المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، أو فى إختبار TAT أو فى الرورشاخ أو فى إختبار HTP، وإختبار رسم الأسرة المتحركة KFD، وإختبار تكملة الجمل لساكس.

ويعد أسلوب القتل المتخيل فى القصص شكلاً من أشكال العدوان (اللاكاني) 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 - (وهو ما ظهر واضحاً وجلياً فى إختبار TAT وإختبار الرورشاخ) - حيث توقف الأنا الجسمى عند حدود الشكل، حدود الصورة المتخيلة أيضاً جسد لم يتجاوزه إلى المضمون الذى لم ولن يكون موضوعاً للإعجاب فهو إهدار لمرجسية 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 المرأة أن مرحلة المرأة هى التى تشكل وظيفة الأنا من حيث هو علاقة بالآخرين وعلاقة بالذات فبمرحلة 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 الجسمية 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 للتيينات الذاتية الثانوية اللاحقة؛ ولذلك نجد نكوصاً لدى هؤلاء الأطفال إتسم سلوكهم بالإضطراب وبالغضب والعدوان - (حتى وإن كان على المستوى التخيلى) - إلى المرحلة المسماه لدى (ميلانى كلاين) بالإضهادية، فهى اضطهادية من حيث نوع المخاوف التى تستثار وفصامية من حيث نوع العمليات الدفاعية التى يستخدمها الطفل (الأنا) فى مواجهة هذه الضروب من القلق الإضطهادى.

ففي تخيلاته التدميرية يقوم الوليد بعض وتقطيع وإبادة الثدى فهو لديه شعور بأنه سيهاجمه بنفس الطريقة؛ ولذا نجد أن التخيلات السادية لدى الطفل مرتبطة بمخاوفه من المضطهدين داخلياً وخارجياً مثل الثدى السيئ المنتقم وبما أن الهجمات التخيلية على الموضوع مرتبطة أساساً بالإحساس بالشره ، فيعد الخوف من شر وإيذاء الموضوع بإتباع عملية الإسقاط هي عامل أساسي في حصر (قلق) الإضطهاد وسيلتهمه الثدى السيئ بنفس الطريقة الشرهة التي كان يرغب هو في إلتهامه بها ولذا نجد صورة الجسم لدي هؤلاء المراهقين في عينه الدراسة الحالية يعانون من الجسد المجزء الممزق متبعثراً ونجدهم يلعبون لعبة تبادل الأدوار مع الموضوع فهو القاتل والمقتول، وهو الظالم والمظلوم، وهو الضائع أيضاً وهو ما ظهر واضحاً وجلياً في إستجابات المراهقين على إختبار TAT والرورشاخ.

ويرى "وينيكوت" أيضاً في الدور المرأوى للأُم والأسرة في تطور الطفل، فالطفل يرى نفسه منعكساً في نظرة الأم وصوتها وفي طريقة إدراكها العقلي له وفي إدراكها الصامت له وفي مشاركتها الوجدانية له وأي إعاقة لهذا الكيف الخاص بعلاقة الأم - الطفل فإنها تقعد مصدقيتها بوصفها مشروع وجود فتحل مشاعر الموت محل مشاعر الحياة مؤدية إلى إضطرابات خطيرة في 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 سبيت شهاى، ٢٠١٢: ١٦٥). وهو ما تقتده المفحوصة بالفعل ممن تعانى من فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، وتتفق مع هذه النتيجة، نتائج الدراسات التالية: (حسين فايد، ١٩٩٩؛ محمد خطاب، ٢٠٢٣)، ودراسات كل من: (Gardner & Bokenkamp, 1996; Gruber, et al., 1997; Rabe-Jablonska, 1998; Smeets, 1999; Mazzeo, 2000) إدراك الواقع وطبيعته المضطربة لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار T.A.T، وإختبار الرورشاخ أن هناك إضطراباً شديداً يقع على وظيفة إختبار الواقع، وهو ما تم تبينه في عدد غير قليل من إستجابات المفحوصة في قصص T.A.T ، والذي كان فيه المحتوى خليطاً يمزج الفرح بالحزن، والسعادة

بالشقاء، والحب بالكراهية مزجاً شديداً فالثنائية الوجدانية والتذبذب وعدم الإتساق، والرغبة الانزوائية وتجنب الواقع وتجنب الاتصال الوثيق بالآخرين في ضوء الشعور بالقلق وعدم الأمان والنتيجة عن اضطراب العلاقة مع الموضوع - الذات، هي السمة المميزة لهؤلاء المضطربين في قصصهم بالإضافة إلى إرتفاع نسبة شكل ردى في إختبار الرورشاخ 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. ولكن يبقى املاً في صورة أخرى بديلة للمنفذ من الهلاك العدوانى (المحبوب "مهابة" - صورة الأب) والثأر والتوتر والتعيين بالموضوع (القيء = الموت) في محاولة للأمسك بالواقع والتصالح معه، وهو ما تراه في المحبوب والتي تشعر معاه بالتوافق والاحتواء والفهم وبالأمان.

وفي ضوء ما سبق يشير (محمد رمضان، ١٩٨٨: ١٣١) أن هذا بدوره يؤدي للإحباط، ولذا كان من الطبيعي أن يستخدم هؤلاء المضطربين بعض الدفاعات البدائية من قبيل الإنكار والإسقاط ليعالجوا بها هذا العدوان المدمر والتي نستطيع أن نفترض أنها دفاعات بالغة السداجة 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.

وهو ما ظهر في إستجابات T.A.T ونظره تلك الفتاة للعالم الخارجى والواقعى بطريقة ذاتية وشخصية بعيدة تماماً عن الواقع وهو ما ظهر في الإستجابات المتكررة، والخاصة بالتمركز حول الذات، وهذا بدوره راجع إلى الإستغراق فى التخيلات والنكوص وذلك وفقاً لمبدأ العمليات الأولية ومبدأ الواقع والبعد عنه نتيجة ضعف الإرتباط به لكونه واقعاً مؤلماً ومحبطاً ومهدداً وغير آمن ومقيداً لرغبات الذات فكانت النتيجة بالإنسحاب والهروب منه والخروج عن المألوف بالإستغراق فى التخيلات وبالإنطواء والإنعزال وعدم الإختلاط بالآخرين.

بالإضافة أيضاً إلى القلق الساحق لدى تلك الفتاة وتنازل الذات عن دورها فى إدراك الواقع فصمتت الذات عن إدراك العالم الخارجى وإستنزاف الأنا لمعظم طاقاتها امام هذا

الإعصار من التخيلات فنتج عن ذلك قصور في إدراك الواقع ومحاولة السيطرة عليه بالتفكير البدائي السحري وبالطول السحرية وتوهم القدرة المطلقة، وبالإشباع الهلوسى للإحتياجات أو بالإنسحاب، أو بالعزلة والانسحاب والتفوق على الذات 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 تعاني منه الأنا من صراعات داخلية تستنفد قدرات مضطرب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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 إختبار الرورشاخ فى أن هؤلاء المضطربين يتمتعون بقدرات عقلية ومعرفية لم يتسنى ولم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصص Anxiety. وفى هذا يشير (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٦ - ١٧) أن هذا يؤدى بدوره إلى إنغلاق أو تضائل ووظائف الأنا وهو ما يمكن فهمه على أنه تعبئة لكل الطاقة النفسية المتاحة من مهمة واحدة وبعينها الا وهى: إقامة الطاقات المضادة للسيطرة على الإثارة المقترحة 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 فإغلاق 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 أسلوب أولى لإستعادة هذه الحماية التى قوضتها الصدمة.

كما لوحظ أيضاً فى إستجابات المفحوصة سواء فى المقابلة الإكلينيكية، وعلى إختبار T.A.T، أو على إختبار الرورشاخ مظاهر إكتئابية واضحة وهو مايعكس - وكما ذكرنا سابقاً - واقعاً محبطاً بالإضافة إلى سوء المصير الذى يتهدهد دائماً بالتعرض للعقاب والأذى الجسدى والنفسى، كما أن الطابع الإكتئابى كان يتجلى فيما يعرب عنه هؤلاء المضطربين من أحاسيس بالغة التعاسة والشعور بالقلق والضياع، بالإضافة إلى النبذ والإهمال وما يبدو من سوء العاقبة.

كما أن إستعمال ميكانيزم الإسقاط ورؤية العالم من خلال الذات فى البطاقات التى كانت بعيدة عن الإستجابات الشائعة فهى أيضاً كانت تشير إلى توحيد المفحوصة بإبطال وشخصيات هذه البطاقات مما يؤكد 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 امرأ محتوماً ففي كلتا الحالتين يحدث نكوص فى التنظيم الليبىدى من مرحلة العلاقات بالموضوع إلى مرحلة النرجسية ويتم عن طريق هذا النكوص إنكار للواقع إنكاراً متفاوت المدى يكون مصحوباً فى الآن ذاته بإنطلاق الدوافع الغريزية 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 إدراك 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 تؤكدته (مارجريت سيتشهاى، ٢٠١٢: ١٧٤) فى تحليلها لحالة "رينية" الفتاة الفصامية تبين لنا كيف أن "رينيه" بدأت حياتها برغبات أساسية غير مشبعة 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 وهي الوحيدة التي تستطيع أن ترضى إحتياجاته وخاصة الفمية ولكن عندما تقشل في هذا الدور لا يمكن إدراك الأم أو إدراك الواقع ومن ثم يتداعى الأنا ويتفكك. وفي حالة إشباع المصادر الفمية وإشباع الحاجات البدائية يتم التحرر من العدوان ومن دوافع تدمير الذات.

ب- وفي حالة إصرار الأم أو من يمثلها على عدم تخفيف هذا الإحتياج الأساسي وإثارة الإعتداء العنيف والذي 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 اضطرابه ألا وهو عدم قبول الأم بوصفها كائناً إجتماعياً مستقلاً بذاته. وإلا إن ما هى الأم الإجتماعية إن لم تكمن هى فى الواقع نفسه؛ ولأن "رينيه" لم تستطع قبول الأم الإجتماعية - وهو ما يعانى منه بالفعل المفحوصين عينه الدراسة - فقد انفصلت عن الواقع ولأن فقدان جزء من التواصل مع الواقع أحدث إحساس عميق من عدم الأمان والإنعزال الذى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعالم الكوابيس وهو ما ظهر واضحاً وجلياً لدى عينة الدراسة والذي 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. وكان "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 التخيلات المرعبة" (نيفين زيور، ٢٠٠٢: ١٠٩).

التخييل وطبيعته المضطربة لدى مضطربى فقدان الشهية العصبى المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

إن ما يميز الإنسان عن الحيوان هو قدرته على التخييل، إلا أن التخييل لدى مضطربى فقدان الشهية العصبى ومضطربى الشخصية الحدية كان تخيلاً 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 مرة أخرى بعد فترة التخييل، فهى تخيلات ذات

طبيعة غريزية عدوانية تدميرية، وكانت الدفعات العدوانية شديدة بحيث أفصحت عن نفسها بشراسة فلم يعد يفيد معها الكبت.

وهذا راجع إلى أن التخيلات تمكن الذكريات المكبوتة من أن تصبح شعورية في شكل محرف. وهو ما يؤكده "قرويد" في عام ١٩٣٠ بقوله: أن التخيل إنما هو مساعدة الشخص كي لا يعتمد على العالم الخارجى في البحث عن الإشباع وإنما عليه أن يعتمد في ذلك على العمليات النفسية فوظيفة التخيل تقوم على مساعدة المرء لكي يكون مستقلاً عن العالم الخارجى وذلك بالبحث عن الإشباع بواسطة العمليات النفسية الداخلية وهذا من شأنه أن يعطى الأنا فسحة من الوقت كي يغير الظروف الخارجية حتى يحصل على إفراغ غريزى (نيفين زيور، ٢٠١٣: ١٦).

فقد ذكرت عالمة النفس الأمريكية منوني (Mannoni, M., 1970) أن العلاقة بين تخيلات الآباء والامهات واعراض الأطفال ولغتهم ، كما أوضحت صور الخلط الشديد بين مستوى الواقع ومستوى التخيل بين كل من الأم وطفلها عندما تصبح هي صاحبة الصراع ويكون الطفل صاحب العرض أى يقوم كل منهما بدور يكمله الآخر - وهكذا كانت العلاقة بين المفحوصة وأمها، فالأم كانت تعاني من صراعات نفسية شديدة مع الأب فكانت المفحوصة تتألم من أجلها- كما وجدت "منوني" في كثير من الحالات أن الصراعات عند الآباء قد لا تتعدى المستوى الرمزي أو التخيلي، ولكن هذه الصراعات تصبح واقع الطفل واقع الطفل المعاش - (فالمفحوصة كان تعاني من كدمات في الجلد عندما تعلم بقرب وصول أبيها من الخليج بدلاً من الأم)- وتشكل اعراضه أى تصبح عبارة عن تجسيد وتفعيل لهذا الصراع (Spitz, R., 1956; Lacan, J., 1978) فإذا كان الآباء أو احدهما يعانون من صراع يدور حول التخلص من الطفل أو موته أو إبقائه صريع العرض، سواء كان هذا الصراع سافراً أو مختبئاً وراء مشاعر أخرى، فإننا سنجد الطفل يتجمد ويثبت ويتصرف وكأنه يحقق باعراضه الصراع الذى يعانى منه الوالدين أو احدهما، وليس للطفل في مثل هذه الحالات خيار إلا أن تسلب حريته في الاستقلال (وهو ما عانت منه المفحوصة بسبب العلاقة التكافلية مع الأم) بل ينحصر وجوده في تحقيق صراعات الوالدين أو احدهما.

ويتفق جاك لاكان مع منوني في أن اللغة وتأثيرها السحرى على ذات الطفل أهمية كبيرة في مرض الطفل، حيث يرى أن الطفل المضطرب يحاصر منذ الولادة بسيل من كلمات

والوالدين مما يؤدي إلى تجمده وعرقلة نموه واستقلاله، ولذلك يرى لاكان أن أول خطوة في العلاج هي تغيير نوع الكلمات التي جعلته اسيرًا لما تثيره في ذاته من مخاوف ومعاني لها علاقة أكيدة بتخييلات الوالدين (Lacan, J., 1968: 39).

وقد تبين أيضًا من نتائج المقابلة الإكلينيكية، ومن إختبار TAT أن هناك تكرار لتخييلات العنف والقتل وفقدان الموضوع وإيذاء الذات وضعف الذات والحاجة الشديدة للإنتقام والثأر وضعف القدرة على إختبار الواقع، بالإضافة أيضاً لمخاوف متعلقة بالمستقبل ومن المرض ومن التعرض للعمليات الجراحية ومن تخييلات العقاب، وهو الأمر الذي أكده "فرويد" في هامش أضيف عام ١٩٣٠ لطبعة من طبعات تفسير الأحلام، بصدد أحلام العقاب (تخييلات العقاب) ما هي إلا إشباعاً لرغبات الأنا الأعلى حيث أن تخييلات العقاب ما هي إلا إشباع لرغبة الأنا الأعلى حيث أن تخييلات العقاب ما هي إلا إشباع رغبات الغريزية، وإنما رغبات وظائف العقل من نقد ورقابة وعقاب (نيفين زيور، ٢٠١٣: ٤١).

ويضيف (عدنان حب الله، ١٩٨٩: ٨١ - ٨٢) بان تخييلات الخساء تأخذ صوراً متعددة في حياة الراشد الواقعية والخيالية كالخوف من المستقبل أو من المرض وبما أن الأب هو منفذ الخساء 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 "سامي على" في عمله المعنون بـ (المتخيل في خبرة الحشيش) أن لغة الحلم هي لغة المتعاطى الذي 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 مضطربي الشخصية الحدية ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي، فهم لا يصادقون سوى من يتحدث بلغتهم أى من يتعاطى العقاقير أو "المخدرات" فهم يعيشون في المتخيل مع الصورة المرآوية الأمومية والتي لا يستطيعون 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 يشبهون الذهانى وإن لم يكن

قد تفجر الذهان لديهم بعد (نجيه إسحق، ١٩٨٩: ٣١٥؛ رشا الديدي، ٢٠٠١: ١٧٨؛ ب. ولمان، ٢٠٠٦: ٩٧)، ولذا فإن مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاب اضطراب الشخصية الحدية والذي يتسم سلوكهم بالعنف تجاه أنفسهم يكون نتيجة لإنسياقهم لإرتكاب أعمال وأفعال عنيفة دون تقدير لعواقب الأمور دون قدره على ضبط سلوكهم والاستجابة بسرعة لإنفعالاتهم والبحث عن الإثارة والتورط في الأفعال العنيفة بدون سبب منطقي أو واقعي أو مقبول.

أما عن إستجابات المفحوصة على بطاقات TAT فنلاحظ أيضاً الإستغراق في التخيلات والبعد عن الواقع من خلال سيادة الجانب التدميري التخيلي للموضوعات التي تثير حصرًا، وشعورًا بالذنب وعقاب يقع على الذات في صورة موت أو قتل للذات وللموضوعات. لذلك تسيطر مشاعر الحزن والإكتئاب والرغبة في إستعادة الموضوعات ببدايل تعويضية أو بالتوحد والإستدماج بالموضوعات للإبقاء على العلاقة بالموضوع حيث أن الطابع القهري للتخيلات العدوانية الموجهة للأم، بالإضافة إلى أن العالم الحافل بالعفاريات أو بالأشباح أو بالسحر يعبر أيضاً على نحو رمزي بارع عما يتصارع بحياته الداخلية من مخاوف طفلية تستمد جذورها مما يتصارع في أعماقها من رغبات ومخاوف غير منطقية، أنها رؤية سحرية لوجودها العاجز والقاصر والطفلي في هذا العالم المحبط بها من كل جانب كما إن معاشة المفحوصة للعلاقة (الأم، الأب) على المستوى المتخيل تفجر نزعاته الطفلية تجاه كلاً منهما والتي تمثلت في إستجاباتها على قصص TAT بصورة بدائية ذات طابع عدواني إلتهامي وذات قدرات سحرية فهو أسير رغباته ومخاوفه الأوديبية فبعدت عن الواقع وإنهار المنطق في وصفها.

وفي ضوء ما سبق يشير "فرويد" بأن الموقف الذي 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 البدني بل الألم النفسي. وتعلق "سوزان إيزاكس" على إشارة "فرويد" بأن هذا الموقف الذي يعتقد فيه الطفل أن أمه لن ترجع أبداً، إنما هو نتيجة لتخيلاته هو والنتيجة عن كرهه فأختفاء الأم والحالة هذه إنما يعنى بالنسبة للطفل (حسب تخيلاته)

نتاجاً لرغبته 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

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 بسماوات 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 ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي 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 ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي أسير موضوعات تدميرية عديدة تطارده دائماً وينشد الهرب منها أو تدميرها وهذا بدوره يدل على فشل دفاعى واضح أمام ضغط الدفعات البدائية الداخلية النهمه 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 سيكوباتولوجية خطيرة لدى هؤلاء المضطربين وهو ما سنتبينه فيما يلي:

أ- الأسباب الدينامية الغريزية:

تبين من إستجابات المفحوصة سواء فى المقابلة الإكلينيكية، وفى إختبار TAT أن تخيلاتها وأحلامها تبين أن الغرائز الطفلية لديها هى غرائز قبتناسلية بصفة أساسية ومشتقة من اتحاد 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 ممن يعاني من فقدان الشهية العصبي أن يحصل على ما يريد سواء من الأسرة أو من المدرسة أو الجامعة أو من 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 التخيلي - 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 بالألم أو بالمنزل (الأنزواء)، ولكن هذا الإحتماء يزيد من مخاوف المضطرب ومن قلقه ولا يشعر بالحماية أو بالإطمئنان. وهو ما ظهر واضحاً فى تعدد زمن الوقفات على TAT، والرورشاخ ومن تأخر زمن الرجوع على البطاقات.

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 والتي ترتبط عادة ببعض الأعراض الأخرى، مثل: اضطرابات النوم والكوابيس المزعجة والفزع الليلي والتي تدخل هؤلاء المضطربين فى حلقة مفزعة من القلق تؤدي 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 الإشباع التي يحصلون عليها خلال العلاقة بالموضوع "الأم"، وتتطلب رغباتهم الغريزية الأشباع المباشر والفورى ومن ثم يستحيل عليهم التوقف، كما تحكم الإشباع الغريزية أيضاً إعتبارهم لما هو صواب وما هو خطأ

ولهذا السبب يرجح عدم الثبات لديهم والسهولة التي يكذبون بها والقصور الواضح في القانون الأخلاقي لديهم - وهو ما تم ملاحظته من خلال زيادة الخصائص السيكوباتية لديهم - ولهذا يرجع القصور في تكوين الأنا الأعلى إلى عدم القدرة على التخلي عن الإشباع الغريزي حتى تحت تأثير حصر "قلق" الخصاص مما يحول دون إستدخال صورة الأب غير الشبقية، ولذلك فإن الطفل يقوم بالتفعيل للسلوك العدائي والسادى - سواء على المستويين الواقعي أو التخيلي - تجاه الذات فتحمله - أى الطفل (الجسد) - ضعيف للتوتر والحصر ولا بد من أن يفرغ في الحال، ومن السمات المرضية السيكوباتولوجية نجدها في المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات - وهو ما ظهر في المحاولات الفعلية للإنتحار وإيذاء الذات أو من خلال الأفكار الإنتحارية لدى مضطربي الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية - أى أن شباع الرغبة مرتبط دائماً بمخاوف التدمير (أحمد فائق، ١٩٨٢: ١٣٥).

ومن جانب آخر يُعد حسد القضيبي والتي تعاني منه المفحوصة بمعنى: أن معرفة الفتيات بوجود كائنات لها قضيبي يستجاب لها بشكل نمطي ليس فحسب بالاتجاه: "أنا كنت أود أن يكون لى ذلك"، وإنما أيضاً بالفكرة: "كان يوماً لى ذلك بالفعل، ولكنى فقدته"، ولذا فقد يؤدي حسد القضيبي لدى الفتيات إلى "الهروب من الأنوثة"، وإنهن قد يستحدثن ضرباً من الخوف من أنوثتهن الخاصة، ومن ثم أقمن حسد القضيبي كاستجابة ضدية لهذا الخوف، وحسد القضيبي عادة ما يتكشف مع فكرة أن انعدام القضيبي نوع من العقوبة، سواء كانت مستحقة أم غير عادلة (أوتو فينخل، ١٩٦٩: ٢٠٨ - ٢١١). وهو ما كانت تعاني منه المفحوصة فعلياً.

ب- السببية الطبوغرافية (البنائية) لمضطربي الشخصية الحدية:

فقد تبين من إستجابات المفحوصة فى المقابلة الإكلينيكية أو فى إستجاباتها على إختبار T.A.T 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 لأننا لأنه مازال فى إحتياجات لإشباعات شبقية نتيجة التثبيت الليدى 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 في غيابية الأنا الأعلى المضطربة. ولذا فإن مضطربات الشهية العصبي من الفتيات المراهقات عادة ما تعاني من اضطرابات نفسجنسية؛ حيث لا ترغب في تقبل دورها الأنثوي إلى جانب أنها تخشى المودة الجنسية، ولهذا يعتبر فقدان الشهية العصبي عملية دفاع ضد عملية النضج الجنسي لأنه يرتبط بانحباس أو انقطاع الطمث Amenorrhea، وفقدان أو عدم انتظام الوظائف الحوضية أو الطمثية Menstrual Functions، وفقدان الرغبة أو الشهوة الجنسية، كما أن فقدان الشهية العصبي ربما يساعد أيضاً على أن يكون رادع أو عائق أو مانع للرجال من أن يظهروا أى مبادرة جنسية من جانبهم (Muuss, 1998: 399)، وهكذا يمكن القول بأن من أحد أسباب فقدان الشهية العصبي لدى الفتيات يتمثل في القلق والصراع الجنسي أو العلاقة بالجنس الآخر.

ومن ثم فإن (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧٨) يرى فى الصراع الدائر بين الأنا، والأنا الأعلى على أنه بعد الإستدخال تتخرط السادية فى صف الأنا الأعلى ولا تكفى بهذا بل وتهاجم الأنا هذه التى تعدلت بفعل الإستدخال فليس الغضب بل الشعور بالإثم هو الذى يستشعره المريض. إن سادية الأنا الأعلى لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية تزيد عن السادية التى نجدها فى الأنا الأعلى عند العصابين القهريين، وذلك بقدر ما يزيد تنقص وتتقلص العاطفة عند مضطربي الشخصية الحدية عنه عند العصابي القهري 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 اللاشعوري 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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 المشوهة أيضاً؛ ونتيجة لذلك يكون ضميرة اللاشعوري 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).

ج - الأسباب الإقتصادية (الميكانيزمية):

من الميكانيزمات اللاشعورية والتي شاع إستخدامها لدى تلك الفتاة ممن تعاني من اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب 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 السيكيوباتولوجية لدى هؤلاء المضطربين.

كما شاع أيضاً لدى تلك الفتاة إستخدام ميكانيزم توهم القدرة المطلقة نتيجة إحساسها بالإحباط والشعور بالعجز وبقلة الحيلة وبالقمع وخوفها من العقاب والأذى البدني والنفسى؛ ولذا فإن لجوئها لهذا الميكانيزم لإشباع رغباتها للحاجة للأمن وللحماية وللقوة كرد فعل أيضاً لميكانيزم الاتهام على المستوي المتخيل، وبالإضافة لما سبق فقد أستخدمت المفحوصة أيضاً 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 فقدان الشهية العصبي

المصاحب لاضطراب 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 واللجوء والإضطهاد والإكتئاب.

الغرائز الجنسية الجزئية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تعنى الغرائز الجنسية الجزئية فى التحليل النفسى الكلاسيكى الغرائز المندرجة، أى تلك التى تندرج فى غيرها، والغرائز لا تسعى - كل على حدة - لتحقيق اللذة 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 والنظرية.

وقد تبين من نتائج الدراسة والمقابلة الإكلينيكية سيطرة الغرائز الجنسية الجزئية على البناء النفسى لدى المفحوصة وهو ما يعكس ضعف الأنا أمام صراعات الحفريات الخاصة بالهوى 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 ويقدر ما تكون السادية مفرطه ترتد هذه السادية - مفرطه 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 الذى يصل فى بعض الحالات إلى اللجوء إلى الإنتحار. وهو ما تلخصه عبارة (جوته): "إذا ضربت نفسك تضرب" وكأن المضطرب يصير وفق المعادلة الآتية: "أنا أعلى سادى فأصبح الأنا مازوخياً" ولذا فالسادية لدى المضطرب تعبر عن الانفصال والتفكك والتنافر وعدم الإنسجام، ومن ثم تعكس معاناه المفحوصة ما هى إلا نوعاً من السادية تجاه أمها حتى تشعرها بالحسرة وبالندامة والخيبة وبالقلق والخوف عليها، وهو

مايصيب الأم في مقتل؛ لأنها فشلت -أى الأم- في أن تجعل من أبنيتها الصورة المثالية التي كانت تتمناها الأم، وهو ما عمق الجرح النرجسي لدى الأم.

ب- المازوخية:

تتجه المازوخية لدى مضطربي الشخصية الحدية نحو تدمير وإيلام وتعذيب الذات سواء كان مادياً أو معنوياً فهي نزعة تدميرية 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، وهو ما ظهر في سلوكيات إيذاء الذات والأفكار والمحاولات الانتحارية ومن تجويع الذات لدرجة دخول المفحوصة للعناية المركزة نتيجة فقدان الوزن بدرجة ملحوظة.

ويفسر "فرويد" ذلك بأن الأنا الأعلى أصبح سادياً فأصبح الأنا مازوخياً أى أنه أصبح فى أعماقه سلبياً بطريقة أنثوية ويتطلب العقاب مما جعل الأنا 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- استخدام الأنا الأعلى للألم وسيلة لمعاقبة الذات بغرض تحييد عقدة الشعور بالذنب جزئياً، فإنه قد يؤذن لحاجات لبيديه 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 إتشتت بقدر أكبر من العدوانية إستجابة الطفل تجاه والدين يقفان حائلاً 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 وأظهرت المفحوصة 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 مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية فى المخاطرة سواء بحياته أو بماله هى بمعنى آخر رغبة فى المازوخية وتعذيب الذات وهى ما تعكس التناقض والثنائية الوجدانية لدى مضطربي الشخصية الحدية فالمازوخية لديهم مزيج من اللذة والألم والنشوة والعذاب والشقاء ومن ثم فإن عذاب مضطربي الشخصية الحدية هو ذاته مصدر سعادته (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٩٠ - ٩١).

ج - البنية السادو مازوخية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

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 وإختبار TAT 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 السادومازوخى.

فالمضطرب هو ذلك الشخص الذى يسعى وراء إيلاام ذاته والآخرين مستشعراً ضرباً من الزهو فى رؤية ذاته والآخرين متألّمين وكأنما هو يفخر بما يملك من قدره على إحتقار ذاته والتقليل من شأن الآخرين، ولذو 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، ويقدر 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 في 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 والتي تحقق للإنسان المنحرف متعة رئيسية تحل محل غرائز أساسية، والإستعراضية لدى المضطرب تشمل جوانب عديدة تتمثل فى الإثارة وجذب الإنتباه وتأكيد الذات والمخاطرة - حيث كانت تعانى المفحوصة من عدم الأهتمام الكافى من أسرتها ، كما لو كان لا يراها أحد- فى الإندفاع والإحساس بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم فى الموضوعات، ووهم القدرة المطلقة، والمقامة بحياته أو بماله، حتى تحصل على الأهتمام والتقدير والتي كانت تفنقدهما المفحوصة من أسرتها وخاصة الأب.

ومن ثم ينمو المضطرب الاستعراضى 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 من المفحوصة لإستعراض القدرة العقلية لديها لتغطية مشاعر النقص فى هذه القدرة بشكل أو بآخر.

ه- النظارية:

لا تقف النظارية عند حدود الجنس فقط بل تشمل سلوكيات أخرى كثيرة مثل كشف أسرار الغير عن طريق إستراق النظر أو التجسس والتي 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 لكي ينتهك السر ويهتك الحجاب ولشده هذه الرغبة قد يتوهم المضطرب أنه على علم بكل ما لدى الآخر يرجع في الأساس إلى وهم القدرة على التحكم، ولذا فإن النظارية لدى المضطرب تعبر عن ضعفه وقلة حيلته وعجزه.

لذا نرى أن المضطرب يشعر بضعفه بممارسة افعال النظر سراً فذلك ضعف لا يرغب في أن يطلع عليه أحد. ومن ثم فإن النظارية لدى المضطرب تشمل أيضاً سادية ونرجسية فالنظارية كراهية ومحاولة لفضح الأمر بالنسبة للآخر بما لا يليق - وهو ما فعلته المفحوصة بالفعل عندما شاهدت المحادثات بين أبيها وأحدى السيدات، وعندما أكتشفته وهو يتلصص على أجساد الفتيات العاريات على البلاج - وهي بذلك تعكس قسوة ونرجسية يحاول من خلالها أن ينال المضطرب من الآخر ويقيده ويلغى إرادته ويستهلكه وربما يقضى عليه وللمضطرب النظاري أدواته الأولية: والتي تشمل الحلم والخيال والقدرة على التوقع، وأدواته الثانوية: كالتجسس والفضول ومحاولة القرب وليس الإقترام وإختراق الخلوة وكشف السر.

ولذلك فإن النظارية لدى المضطرب توضح إن ما متاح لديه من الموضوعات لا يكفي 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 التي ينتقل فيها من الواقعي إلى الممكن، ومن الممكن إلى اللاواقعي، 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 يعلق 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 المستخدمة من جانب مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية:

فقد تبين من المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT ، وإختبار KFD ، وإختبار HTP، وإختبار تكملة الجمل لساكس، وإختبار الورشاخ سيطرة الميكانيزمات الدفاعية البدائية من: النكوص والتثبيت، والإسقاط، والإنكار، والقمع، الكبت، وتوهم القدرة المطلقة، والإفتتات أو

الإلتهاام على المستوى المتخيل، والتفتيت، والتبرير، والإستدخال، والإنشطار، والتكوين العكسى. وهذا بدوره أدى بطبيعة الحال إلى الإفتقار للنضج الإنفعالى والإجتماعى وضعف للأنا، وإيقاف جزئى لبعض وظائف الأنا، ومن ثم مزيد من الإحباط الواقع على مضطربى فقدان الشهية العصبى المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية بالإضافة إلى المخاوف اللاشعورية من الواقع على مضطربى فقدان الشهية العصبى ومضطربى الشخصية الحدية، وخاصة إن الصراعات بين المطالب الغريزية والخوف أو الشعور بالإثم قد تؤدي في كثير من الأحوال إلى المرض نتيجة عدم القدرة على إفراغ التوترات الغريزية بإشباع دورى؛ نتيجة إن العناصر الغريزية التى ارتطمت أثناء الطفولة بدفاعات من نمط الإستثمار المضاد، فالإستثمارات المضادة ليس من شأنها أن تغير الحفزات المطرودة إلى أى شىء آخر؛ فهى بالحرى تتمع هذه الحفزات، هى تحاول ببساطة أن تمنع إفراغها، ومن ثم تتأدى بها إلى أن تفقد الصلة مع بقية الشخصية فتبقى دون تغير فى اللاشعور، هناك يكمن خطر الطفح، الذى هو أصل العصاب، وهذا التطور يفسر واقعتين لهما أهمية حاسمة فى:

أ- أن الغرائز المطرودة تمارس ضغطاً دائماً للتحرك؛ فهذه الغرائز وقد حرمت إمكانية الإفراغ المباشر- تنتهز كل فرصة للإفراغ المباشر- بإزاحة طاقاتها إلى أية حفزة أخرى تتوصل بها بطريقة ترابطية، فتقوى من شدة هذه الحفزة البديلة يل قد تغير الكيفية الوجدانية المرتبطة بهذه الحفزة البديلة والتى تنشأ منها معظم الاعراض العصابية.

ب- كل الدفاعات المولدة للمرض أصولها فى الطفولة؛ وليس هناك عصاب نفسى إل وأصله فى الطفولة (أوت فينخل، ٢٠٠٦: ٤٩ - ٥٠)، بالإضافة إلى المخاوف اللاشعورية من توقع العقاب والأذى البدنى والنفسى؛ أى أن إشباع الرغبة مرتبط دائماً حتى وإن كان على مستوى التخيل بمخاوف التدمير والتلاشى ومن هذه الميكانيزمات مايلي:

١- التثبيت والنكوص:

أ- التثبيت:

فالتثبيت ينتج عادة عن إحباط شديد تصاحبه 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 المفحوصة على المرحلة الغمية، بمعنى التثبيت على الحالة التى كان بها تنظيم تقدير الذات يعتمد على الإمدادات الخارجية ومن ثم الإصابة بالإكتئاب

ففي الإكتئاب تظهر دائماً نزعات قاطعة من التثبيت الفمي، وأن رفض الطعام ما هو إلا عرض ملازم لكل إكتئاب، وخاصة أن الأكل = الحب لدى الأطفال. وإذ حدث التثبيت الفمي ليحمل شعوراً متناقضاً ناحية الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده التناقض في الإحساس بين الحب والكرهية والالتحام والنبذ، وقد يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه ينكص لحاجاته الأولية، ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، فتتقص طاقته والتي يتم دمجها نحو ذاته، وهو ما يؤثر على نمو الأنا، ومن هنا يبدأ المضطرب في الانغلاق والعوان الذاتي وتقلص مهام الأنا ومن ثم الإحساس بالدونية والتي تطلق بدورها الميول الانتحارية.

وفي ضوء ماسبق يؤكد (Foreyt, et al., 1998: 648) أن فقدان الشهية العصبي ذو علاقة بالمخاوف الفمية السادية، وبالرغبات والتخييلات الجنسية ذات الطابع المحارم، والمعاناه أيضاً من صدمة المشهد البدائي.

ب- النكوص:

ينكص المريض عادة إلى المرحلة التي كان فيها الإشباع مسرفاً ذلك في تثبيته أي إلى المرحلة التي يعتمد فيها تقديره لذاته على الحصول على الإمدادات حيث يؤدي نقص هذه الإمدادات إلى الشعور بالإنمحاق، وفقدان تقدير الذات، "أننى فقدت كل شئ لأننى لا أستحق أى شئ" وهو الأمر الذى يعمق من الجرح النرجسي؛ أى أن فقدان تقدير الذات يرجع إلى فقدان الإمدادات الخارجية (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٦). وه ما عانت منه المفحوصة فعلياً فنتيجة عدم حصولها على الحب الغير مشروط والذى = الأكل، أصابها بجرح نرجسي ومن ثم شعورها بأنها غير جديرة بالاستحقاق السيكولوجي الوجودي، وغير جديرة بالحب ومن ثم عدم إشتهاء الطعام بكل صنوفه وأنواعه، وهو ما جعلها تعاني أيضاً من الشعور بالذنب نتيجة عدم قدرتها على تحقيق التوقعات ذات الطابع المثالي للألم، وهو ما جعل المفحوصة تنكص للمراحل الأولى من النمو حيث كان الأشباع فيها متاحاً بلا شرط أو قيد كلما تعرضت لإحباط ما. فإلحباطات والأخطار الشديدة والمفاجئة - وما أكثرها لدى المفحوصة- يمكن أن تستثير نكوصات حتى عند الأفراد ممن ليس لديهم تثبيات قوية.

ولذا فإن الهروب من الواقع غير المشبع إلى ما نسميه مرضاً، وهذا الهروب الذي يأتي على حساب الضرر البيولوجي الحادث وأن كان أبداً لا يخلو من عائد فوري من اللذة للمريض

يتم على طول طريق من الارتداد والنكوص Regression والعودة إلى مراحل باكراً من الحياة الجنسية تلك المراحل التي كان فيها الأشباع متاحاً غير ممنوع، وبالإضافة لما سبق فيبدو أن هذا النكوص يحدث في جانبين وهما كما يلي:

أ- نكوص زمني: حيث يتقهقر الليبدو وتتقهقر معه الحاجات الشبقية عائدة إلى مراحل مبكرة من النمو.

ب- نكوص شكلي: يتم فيه توظيف الطرق الأصلية والبدائية للتعبير النفسي في عرض تلك الحاجات وهو ما ظهر واضحاً وجلياً لدى المراهقين والذين يعانون من فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، وهو ما يعني أن هذين النوعين من النكوص يعودان بنا إلى الطفولة ويتحدان في تحقيق حالة طفولية للحياة الجنسية (فرويد، ٢٠١٥: ٥٦)، فالنكوص هنا يعد رفضاً لاشعورياً لمرحلة الرشد أو اكتمال البلوغ ورغبة في الارتداد لمرحلة الطفولة، وهو ما يظهر في احتباس الحيض أو الطمث الناتج من الخوف من الحمل والانجاب، وهو أمر شائع لدى الفتيات المراهقات من مضطربي الشخصية الحدية المصحوب باضطراب فقدان الشهية العصبي.

فالنكوص أيضاً يُعد دفاعاً ضد مشاعر الإثم، والذي من الممكن أن يظهر في حالة المازوخية المعنوية حيث الضمير، وهو المتأصل في العقدة الأوديبيية، حيث كانت تشعر المريضة دوماً بالذنب تجاه أمها - التي تتسم بالنزعة للمثالية والكمالية والتي لا يرضيها أي شيء على الإطلاق وهو ما زاد من خيبة الأمل لدى المفحوصة لعجزها عن تلبية وتحقيق رغبات أمها - في حال شعورها بالتقصير بأى شكل من الأشكال تجاه أمها، وهو ما زاد من عقابها لذاتها بشكل لاواعى بكافة الطرق المتاحة والتي منها فقدان الشهية العصبي، وإيذاء الذات.

ومن ثم فإن العناصر المكبوتة من الجنسية الطفلية وهي عناصر جزئية تستمر في البقاء في اللاشعور دون أن تتغير فإذا ما عاش الشخص الراشد فيما بعد خيبة جنسية فإنه يميل للنكوص إلى الجنسية الطفلية، والتثبيت على المرحلة الفمية والشرجية كما في حالة المراهقات ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، والنتيجة هي أن الصراعات التي أحتمت حول الجنسية في الطفولة تبتعث هي الأخرى من جديد (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ١٤٧)، ومن ثم فإن الشرط التمهيدي لإستخدام النكوص كميكانيزم

دفاعي هو ضعف خاص في تنظيم الأنا، فالإحباطات والأخطار الشديدة والمفاجئة يمكن أن تستثير نكوصات حتى عند أفراد ليست لديهم تثبيات قوية.

وقد فسر كل من "فرويد" و "إبراهيم" الإكتئاب - والذي يعد سمه أساسية لمضطربي الشخصية الحدية ومضطربي فقدان الشهية العصبي - على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية، والإلتحام والنبذ - وهما أيضاً من سمات مضطربي الشخصية الحدية ومضطربي فقدان الشهية العصبي- 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 في الإنغلاق والعدوان الذاتي وإتهام الأنا، والإحساس بالدونية والتي تطلق الميول الإنتحارية لدى مضطربي الشخصية الحدية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٣٥٩). وهو ما يعرف هنا بالنكوص إلى النرجسية الأولية، أو إلى مرحلة النمو السابقة على التمايز النهائي للأنا عن الهو، فإذا ما حدث هذا النكوص، وهو أعمق نكوص، فمعنى ذلك ابتعاث أقدام نمط للدفاع "غلق الأنا، وهو ما تعاني منه المفحوصة بالفعل.

ومن ثم لا يعد النكوص في الإرتكاسات الإكتئابية دفاعاً ناجحاً حيث أنه يظهر المخاوف الطفلية ويحمل المريض إلى مرحلة من النمو لا يجد فيها مساعدة، رغم ضغط المطالب الملحة، والنكوص جزئي كما في الإكتئاب العصبي، ويمكن أن يستخدمه المكتئب العصبي كي 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:

من الناحية التحليلية يبدو كثير من هؤلاء المريضات ، وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل، وبالتالي بالجنس الذى ينفرن منه ويحاولن كبته ، وعادة ما تعاني مريضات فقدان الشهية العصبي من البرود الجنسي (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨ : ٦٠٢)، وخاصة أن كل مكبوت في الغالب ناتج عن الشعور بالإلثم تتصل في الغالب بمطالب غريزية مستهجنة

ومرفوضة، كما يخفى مضطربي فقدان الشخصية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية هروباً من الوقوع في فخ الذهان بقدرته على إيقاع دفاع كفته في مستوى معقول من التأثير وهو ما يساعده على تحمل الواقع المؤلم والمحبط وغير المشبع بالإضافة إلى البيئة الراضية والنابهة والمهددة والخطرة وغير المستقرة.

وبناءً عليه فمصير المكبوت بمعنى الكلمة هو إزاحة بعض الطاقة على حفزة فتصبح مشتقاً مما يبدو في المغالاة والقوة المسرفة لهذه الحفزة التي أصبحت مشتقاً وأحياناً ما يتم كبت المشتق "كبت ثانوي" والذي ينشأ نتيجة ميل إلى كبت كل تجربة تربطها التداخيات بالمادة الأصلية المكبوتة، وباختصار ينشأ ميل إلى كبت المشتقات تماماً كما تم من قبل كبت المطلب الأصلي.

ومن ثم يعبر الكبت عن نفسه لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية عن نفسه في صورة:

أ- ذكريات وأفكار حصارية.

ب- فجوات في الذاكرة.

وما دام المكبوت يظل فعالاً تكون ضرورة تواصل الكبت إلى إنفاق الطاقة ونضوجها، ومن هنا يكون الشعور بالتعب والدونية وضماناً لعدم إنبعاث المكبوت يظهر التجنب "قويبات" أو إتجاهات مضادة "تكوينات مضادة" وما إلى ذلك وهذا كما هو حال مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية (سامية القطان، ٢٠٠٧: ٦٨).

٣- التبرير:

تم استخدام هذا الميكانيزم لسبب ظاهر ألا وهو التخيلات السادية والعدوانية تجاه الوالدين أو من يمثلها من نماذج السلطة الوالدية، ولسبب آخر ألا وهو السلوكيات المضادة للمجتمع، ومن ثم فإن هذا الميكانيزم يساعد مضطربي الشخصية الحدية ومضطربي فقدان الشهية العصبي، على تخفيف حدة الشعور بالذنب والإثم تجاه هذه التخيلات أو الأفعال السيكوباتية هذا من جانب، ومن جانب آخر إلا وهو حفظ ماء الوجه لهؤلاء المضطربين فيعطى مسببات وتبريرات واهية لكل أفعاله أو تخيلاته، وهو ما يجعل الإنسان يعيد حساباته على المستوى اللاشعوري فيبادر بتبرير كل سلوكياته وهو ما يعفيه نوعاً ما من الشعور والإحساس بالإثم والذنب.

٤- التكوين العكسي:

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) بمعنى آخر هو ميكانيزم يستخدم حفزات غريزية مضادة للحفزة الأصلية المستهجنة والتي عادة ما تكون مرفوضة من الأنا، ومن ثم فإن التكوين العكسي ينتج عن عملية كبت سابقة بل ويدعم وجودها وتمثل نوعاً من الضمان للإبقاء على الكبت وجبهه أمامية لاستمرار الكبت. فالتكوين العكسي متى توطد يغنى عن اللجوء إلى حيل دفاعية مساعدة لدرء الخطر الناجم عن أحمال رفع الكبت في أحواله معينة، لأنه تغيير نهائي يطرأ على الشخصية فيحصنها ويجعلها في منأى عن الخطر الغريزي المستبعد (سامي محمود، ١٩٧٠: ١٧٦). ومن ثم فإن الرغبة في تدمير الذات لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية ما هي إلا نفي الرغبات المحارمية تجاه أحد الوالدين. فكراهية المفحوصة هنا لأبيها ما هو إلا تكوين عكسي ضد رغباتها الجنسية المحارمية تجاه أبيها، وجبها المفرط تجاه أمها ما هو إلا تكوين عكسي ضد شعورها بالغيرة والعدوان تجاه الأم. فالتكوين العكسي هنا ما هو إلا استخدام حفزات تكوين مضادة في أهدافها للحفزة الأصلية.

ومن ثم فالنشاط الزائد وسرعة الإستثارة والثرثرة والضحك والغناء كلها أساليب هوسية كى يدعم إنكاره القوى وكبته الضعيف بتكوين عكسي، وهذا يعنى أن مضطرب فقدان الشهية العصبي ومضطرب الشخصية الحدية والذي يعاني من الإكتئاب أنه لا ينكر إكتئابته ومسبباته فحسب، ولكن أيضاً يتجه إلى العكس الواضح للإكتئاب بصورة مبالغ فيه (محمد سامي هنا، ١٩٧٨: ١٥٠). ولذا تُعد الأفكار والمحاولات الانتحارية لدى المفحوصة ما هي إلا رغبة في قتل الموضوع "الأم"، وإيذاء الذات ما هي إلا تكوين عكسي في إيذاء الموضوع "الأم". (جان لابانش، ٢٠١٥: ٣١٨).

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 الذي كان يقصد به الجوانب السيئة من الموضوع يعيب كذلك الجوانب الطيبة؛ أي أن الآخر الموضوع الكلي سيبدأ إحتلال مركز الثقل وبهذا الوضع الإكتئابي لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية حاسماً في ظهور مشاعر الإثم ومن ثم الرغبة في التفكير والإصلاح وإستعادة الموضوع؛ أي ظهور نوع جديد من العمليات الدفاعية تهدف جميعاً إلى تجنب الموضوع وحمايته من خطر العدوانية (كرمن محمد، ٢٠٠١: ٣١٨)، ولذلك نجد أن تفتيت الموضوع (الأم) يظهر في الأشكال المتعددة للأخطار الداهمة التي يتعرض لها المراهق.

ففي تخييلاته - أي المراهق - التدميرية يقوم الوليد بعض وتقطيع وإبادة الثدي فهو لديه شعور بأنه سيهاجمه بنفس الطريقة، ولذلك نجد أن التخييلات السادية لدى المفحوص مرتبطة بمخاوفه من المضطهدين داخلياً وخارجياً، وبما أن الهجمات التخيلية عن الموضوع مرتبطة أساساً بالإحساس بالشره Greed فبعد الخوف من شر الموضوع باتباع عملية الإسقاط عامل أساسي في حصر الإضطهاد وسيلتهمه الثدي السئ بنفس الطريقة الشرهة التي كان يرغب هو في التهامه بها وذلك فإن الأساليب الدفاعية الغالبة في الوضع الأول هي الأساليب التفتيتية والتفريغية والتي تؤدي إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث أي تعديل حقيقي في المشاعر والتخييلات المستثارة (محمد احمد خطاب، ٢٠٠٨: ١٠١)، ولذلك نجد أن تفتيت الموضوع يظهر في لأشكال المتعددة للأخطار الداهمة التي يتعرض لها مضطربي الشخصية.

٦- توهم القدرة المطلقة:

أن توهم القدرة المطلقة للمشاعر التدميرية والعنيفة وللمشاعر الطيبة على السواء من الخصائص المميزة للمراحل المبكرة من النمو النفسي، كما أنها عامل أساسي في فاعلية عمليات التدمير والتفتيت ويقدر ما يكون من ضراوة المشاعر التدميرية وما يلازمها من توهم القدرة في ممارسة التخييلات التدميرية، تكون ضراوة المخاوف التدميرية ومن ثم الحاجه القهرية إلى إسقاط الموضوع الداخلي إلى الخارج وتدميره (فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤٢٤).

كما أن ضعف الإرتباط بالواقع ولكونه مؤلماً ومحبطاً ومهدداً وخطراً وغير آمن كان هو الدافع الأساسي لإستخدام هذا الميكانيزم لا شعورياً كبديل تعويضي تخييلي لحماية الأنا من هذه المخاطر.

٧- الإنكار :

إن الميل إلى إنكار الوقائع والأحاسيس الأليمة لتقديم قدم الشعور بالألم ذاته - وهو ما ظهر بشكل جلي لدى المفحوصة والتي تعانى من فقدان الشهية العصبي المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية- فإن إنكار الوقائع الأليمة عند صغار الأطفال بما يرضى رغباتهم أمر جد مألوف، وهو تعبير مباشر عن فاعلية مبدأ اللذة. إن القدرة على إنكار الجوانب الكدرة من الواقع هى المقابل "للإشباع الهلوسى للرغبة"، ولقد أطلقت أنا فرويد على هذا النمط من رفض الاعتراف بالكدر بصورة "ما قبل مراحل الدفاع"، وهو ما يجعل النمو التدريجي لاختبار الواقع مثل هذا التزييف الكامل للواقع من خلال الإنكارمستحيلاً، ومع ذلك فإن هذه الميول للإنكار تجاهد كيما تظل فعالة (أنا فرويد، ١٩٥٦ : ١٦٣)، وهو ما تعانى منه المفحوصة بالفعل في شكل ادراك مضطرب للواقع.

وتتجح هذه الميول على أحسن نحو ضد ادراكات داخلية منفردة ذات طبيعة أليمة، وقد أوضح فرويد أن "نفى" مثل هذا الادراك يمكن أن يكون مصالحة بين الوعى بمعطيات الادراك والميل إلى الإنكار، فعبارة "إنى مسرور بأننى لم أعان الصداع طوال كل هذا الوقت"، حين تقال قبل بدء صداع، تعنى "إنى أشعر بالصداع يزحف، ولكنى في الوقت الحاضر ما ازال أستطيع إنكاره". وعبارة "لست أدرى من الذى ترمز له هذه الشخصية فى حكمى، بكل تأكيد ليست أمى أو أبى"، تهنى "إنى أشعر إن هذه الشخصية هى أمى أو أبى، ولكنى ازال قادراً على إنكار ذلك". وما دام كانت الأنا ضعيفة، فإن الميل إلى الإنكار يمكن أن يظل عاليًا نسبيًا كما هو الحال لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية. (أوتو فينخل، ٢٠٠٦ : ٥١).

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 طبيته، 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 وبالتالي إستخدام المفحوصين ميكانيزم الانكار ومع قصور في الأساليب الاصلاحية التعويضية والتي اشتملت على بعض المحاولات الخاصة بالمغالبة التدريجية لآثار العنف والعدوان ومحاولات تخلص

الموضوع الطيب من آثار العدوان عن طريق إستعادته تخيلياً، وحمائته من الأخطار الناجمة عن مشاعر العنف والعدوان، ومن أوضح أشكال الإنكار فى إستجابات المفحوصة ممن تعاني من فقدان الشهية العصبي واضطراب الشخصية الحدية ، 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 العكسي والإسقاط والتوحد، وهذه الآليات النفسية هي ما جعل من اللغة مكاناً نسيجياً للمجاز فالمريض يستطيع أن يقول لنفسه إنه محبوب وإنه ثمة موضوع داخلي ينبغي أن يحبه لذا يجب عليه أن يتصور موضوع حبه ويسعى إلى بنائه وتأسيسه وفقاً لأهواء الرغبة بعيداً عن قانوناً الآخر الموضوعى أو الخارجى الذى لا يفي 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية وفيها ينقل المفحوص فشلة وعجزه 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 سويةً كما يعكس التحويل الإلحاد - وهو ما عانت منه المفحوصة - ليتغلبوا على خوفهم وإنعدام ثقتهم بالعالم بالإضافة إلى عدم التعلق بأى شئ حتى لا يحدث جرح نرجسى آخر.

٩- الإسقاط:

ظهر لفظ إسقاط أول مرة فى علم النفس عند فرويد، وذلك فى مقالة له عن "عصاب القلق" سنة ١٨٩٤، وقد أوضح فرويد فى هذه المقالة أن عصاب القلق يظهر لدى الفرد حين

يشعر بعجزه عن السيطرة على المثيرات الجنسية أو عن الواقع المحبط؛ وفي هذه الحالة تسلك النفس كما لو كانت تسقط هذه المثيرات على العالم الخارجي (سيد غنيم، هدى براده، ١٩٦٤: ٤). ومن ثم فإن أول حكم للأنا ينحصر في البلع أو البصق أو بتمييز الصالح للأكل من غير الصالح من الأطعمة، فأول تقبل هو البلع، وأول رفض هو البصق، فالإسقاط هنا ما هو إلا صورة للرفض، فالإسقاط مشتق من الرفض الأول، فمضمونه: "أريد بصق هذا الشيء"، أو على الأقل "أريد إقامة مسافة بينه وبينني"، ومن هنا فالإنفعالات والحفزات الكريهة تم بصقها، إن الإسقاط حيوي في هذه المرحلة الباكرة من النمو، والى يسميها فرويد أنا اللذة الخالصة؛ حيث يعيش كل شيء لذيذ على أنه تابع للأنا ("شيء للبلع" بينما يعيش كل شيء أليم على أنه غير تابع للأنا "شيء للبصق"). 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 أدكتها خبرة الميلاد ومختلف دروب الإحباط التالية أن ترتد إلى الذات من الخارج نتيجة إستدخال الموضوع الخارجى الشرير. فالشعور بالاضطهاد من الخارج يمثل الإحساسات التى يستشعرها المريض فى أمعائه، وبصورة عامة فإن الكائن العضوى يفضل أن يستشعر الأخطر تهديداً أن يكون من الخارج أكثر منها من الداخل.

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؛ وخاصة أن الحب = الأكل وهو ما أدى إلى شعور المفحوصة بأنها غير جدير بالحب وهو ما عمق من الجراح النرجسية لديها وشعورها بالخواء وبالاعتراب النفسى الوجودي، ولذا فالإسقاط هنا كانت المفحوصة تمارسه للتعبير عن عدوانية لأفراد أسرتها وكرهية لأحدهم - هكذا هم مضطربي فقدان الشهية العصبي من مضطربي الشخصية الحدية - ولذا يُعد الإسقاط 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 التخيلات السادية لدى الطفل مرتبطة بمخاوفه من

المضطهدين داخلياً وخارجياً، وبما أن الهجمات التخيلية على الموضوع مرتبطة أساساً بالإحساس بالشه Greed فيعد الخوف من شر الموضوع بإتباع عملية الإسقاط عاملاً أساسياً في حصر الإضطهاد وسيلتهمه التذى السئ بنفس الطريقة الشرهه التى كان يرغب هو فى إتهامه بها؛ ولذلك فإن الأساليب الدفاعية الغالبة فى الوضع الأول هى الأساليب التفتيتية والتفريغية والتي تؤدى إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل فى المشاعر والتخيلات المستتارة (فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤١٩؛ محمد سامى هنا، ١٩٧٨: ١٥؛ سامية القطان، ٢٠٠٧: ٦٤؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ١٠١).

١٠- التوحد الاسقاطي:

يشرح "مسنر" Meissner, 1987 التوحد الاسقاطي بأنه ينشأ من خلال الانشطار Spliting الذي يحدث للأنا وإسقاط أجزاء من الذات فى الآخرين، بداية بالأم وثديها. وتكون التخيلات الخاصة بالاستخراج المطلق لافرازات الجسم من أجل الاحساس بالسيطرة والضببط وحتى يحل محل الموضوع، وحتى هذه اللحظات لم يشعر الطفل بالموضوع منفصلاً عن الذات بل نخبره عن طريق الإسقاط أو التوحد بالمسقط Identification by projection وعملياتها التعويضية من خلال التوحد بالاستدماج Identification by introjection. وترتبط بدايات التوحد الاسقاطي مع بداية علاقة الطفل بالثدي حيث تصيح الذات متعينة ومتوحدة بثدي الأم، ومدفوعة بالسادية الفمية وبذلك تتفاعل عمليات الإسقاط والتوحد منذ بداية الحياة.

وتشير "كلاين" أن معظم الكراهية والعدوان الموجه إلى الذات يتحول فى اتجاه الموضوع "الأم" ويؤدى ذلك إلى حدوث أو نشوء نوع خاص من التوحد الذي يكون مدفوعاً فى معظمه بدفعات الطفل المشحونة برغبة فى إيذائها والسيطرة عليها وفى هذه الحالة يشعر الطفل أن أمه هي التي تضطهده، وهو ما نجده فى حالات الاضطرابات الذهانية؛ حيث يتعين الموضوع بهذه الأجزاء المكروهة من الذات بما يزيد من شدة الكره الموجه ضد الآخرين. وهذا يعنى أن عمليات الانشطار التي يترتب عليها اسقاط أجزاء مؤلمة أو مكروهة ليست واقعية، كما أن تعين هذه الأجزاء فى الموضوع ليست واقعية كذلك. فكل هذه العمليات فى حقيقة الأمر متخيلة أو بالأحرى هي نتاج تمثلات ذهنية لكل من الذات والموضوع.

كما أن "كلاين" تستخدم مصطلح التوحد الاسقاطي كميكانيزم دفاعي ضد قلق الموت، وهو ما يعاني منه المراهقين، بالإضافة لشعورهم الدائم بالاضطهاد مصحوباً بأعراض بارانوديا كما في حالة ليوناردو دافنشي. حيث أشار "سيجال" (Segal, 1973)، أنه في عملية التوحد الاسقاطي نجد أن أجزاء من الذات والموضوع الداخلي يحدث لهما انشطار ويسقطا في الموضوعات الخارجية وتصبح في هذه الحالة موضوعات يمكن التحكم فيها وبها.

بعد تعين هذه الأضرار بها ويصبح التوحد الاسقاطي عملية ذات أهداف متعددة:

أ- فقد توجه نحو الموضوع المثالي أو الجيد حتى يتقاضي الشخص الانفصال عنه.

ب- أو توجه نحو الموضوع الرديء بغرض التحكم في مصادر الخطر.

كما يسقط الشخص أجزاء مختلفة من الذات بغرض التخلص منها ومهاجمة وتدمير الموضوع. وقد يحدث الاسقاط للأجزاء الجيدة إما لتقادي الانفصال أو للإبقاء عليها في مأمن من الأشياء الداخلية الرديئة، أو لتحسين الموضوع الخارجي من خلال نوع من الاسقاط البدائي (الأولي) بغرض إصلاح الموضوع الخارجي. ويبدأ التوحد الاسقاطي عندما يسيطر الفصام البارانوي على العلاقة بالثدي ولكنه يقوي وبشكل عنيف عندما يتعامل الطفل مع أمه باعتبارها موضوعاً كاملاً ويشمل التوحد الاسقاطي كل جسمها.

ف نجد أن "كلاين" ترى أن العصاب هو نتيجة الاستدمجات واسقاطات للجانب السيء والتي تم اسقاطها على الأم ولذلك؛ نجد أن أعراض المريض تحاول أن تقول شيئاً عن الشخص الذي يتحدث عنه (أحمد فائق، صالح حزين، ٢٠١٧: ٤٠ - ٤٢).

١١- الإستبدال:

وفيه تتجه العدوانية إزاء الموضوعات المسببة للإحباط قد إنتقلت إلى عدوانية ضد أنا المريض بعد إستبدال الموضوع المفقود وكرهية الذات هذه تظهر في صورة شعور أثم أي في صورة عدم تناغم بين الأنا، والأنا الأعلى، فبعد الإستبدال تتخرط السادية في صف الأنا الأعلى وتهاجم الأنا هذه التي تعدلت بفعل الإستبدال. فمضطرب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية بعد إستبداله الموضوع لا يعيش أي غضب من نوعه "أني أريد أن أقتل"، بل يعيش بالحرى الشعور "أني إستحق القتل"، ولذا فإن الأنا الاعلى هي التي تستدير ضد الأنا بنفس طاقة الغضب الذي كانت تستخدمه الأنا من قبل في صراعها مع الموضوع، والنتيجة هي أن الصراع الشخصي 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 الفقد". فيشعر إنه عديم القيمة ويتصرف وكأنه قد فقد أنه ومن الناحية الموضوعية، هو قد فقد موضوعاً ومن ثم فالأنا والموضوع متكافأان على نحو ما. والسادية التى كات يوماً تتجه إلى الموضوع قد إنتقلت ضد الأنا (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧٦ - ٣٧٧).

١٢- ميكانيزم الإنشطار:

وقد نتج عن ميكانيزم الإنشطار نتيجتان:

الأولي: قصور فى التكامل الليبىدى للذات فى مفهوم متكامل للذات وهو ما يعكس الذات الواقعية، والثانية: قصور فى إندماج الشحنات الليبىدية والعدوانية لتمثيلات الموضوع التى تتيح فهم أعمق للأشخاص وهاتان تمثلان زملة أعراض تشتت الهوية *identifidiffusion* ، وهذا ما نلاحظه لدى المفحوصين مضطربى فقدان الشهية العصبى المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية حيث يتزايد ميكانيزم الإنشطار الذى إنعكس فى النزعة العدوانية لدى المفحوصة حيث نقص الإندماج بين الميول العدوانية والحفزات الليبىدية، كذلك الإنشطار فى الأنا من حيث كان هناك تبادل الأدوار (القاتل والمقتول) بالإضافة إلى إستخدام المفحوصة للساليب الدفاعية التفتيتية التى أدت إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل حقيقى فى المشاعر والتخييلات العدوانية المدمرة المثارة.

١٣- ميكانيزم العزل:

فالمكبوت هنا هو الوصلات والدلالة الإنفعالية لا المحتوى الفكرى فالإستثمار المضاد هنا يعزل ما ينتمى بعضه إلى بعض، ومن أهم أشكال العزل ما يلي:

أ- عزل فكرة كدره عن بقية الشخصية.

ب- عزل الشهوية عن العاطفة فى الجنس فلا شهوة حيث الحب، والعكس يحبون حيث لا يشتهون، ولا يشتهون حيث يحبون.

ومن هنا فعندما يشعر الفرد بالحب يكون عاجزاً من الناحية الجنسية، ومن هنا يمكن للمضامين الفكرية المستهجنة أن تصبح شعورية ما دامت معزولة عن وجدانها وعن الفعل

كالتخييلات الجنسية المحارمية تجاه أحد الوالدين، ولذا فإن المراهق عادة ما يهرب من الإنفعالات المرعبة إلى عالم الأفكار، فالمراهق في هذه الحالة ينسحب من الخبرات المرعبة للحفزات الإنفعالية إلى العالم المعزول عن عالم الحواس والكلمات والأفكار حيث الهدف منها هو الدفاع ضد الحفزات الغريزية.

وثمة عزل جد شائع الحدوث في ثقافتنا إلا وهو عزل المكونات الشهوية عن المكونات العاطفية الجنسية، فمن النتائج المترتبة على كبت العقدة الأوديبيية أن عدداً كبير من الرجال والنساء لا ينجحون في بلوغ اشباع جنسي كامل؛ لأنهم لا يستطيعون الإستمتاع بالجنسية إلا مع أشخاص لا يستثيرون فيهم مشاعر عاطفية بل قد يستثيرون فيهم مشاعر الإحتقار أو لا يستثيرون فيهم أي مشاعر على الإطلاق، وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل من علاقات جنسية غيرية أو مثلية بالفعل.

- اضطراب الهوية والخلط في الدور الجنسي لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار الرورشاخ، معاناة المفحوصة من اضطراب وتشنت واضح في الهوية بالإضافة للخلط الواضح في الدور الجنسي، والنتائج عن اضطراب العلاقة بالموضوع - الآخر، وفي ضوء انقلاب الأدوار بين الأم والأب بالنسبة للمفحوصة نكون أمام هوية جنسية غير متميزة فيظهر التآرجح بين التوحد الذكري والأنثوي ومشاعر الخصاء وحسد القضيب والرغبات الجنسية الطفلية والتي ظهرت بشكل واضح وجلى في الأحلام والرسم. وتتفق مع النتيجة السابقة نتائج الدراسات التالية (حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ Dina Osama, 2017؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٠) وهو ما أكده أيضاً (عبد الرقيب البحيري، ٢٠٠٧: ١٩٥) أن تشنت الهوية يكون واضحاً في الشخصية الحدية ومضطربي فقدان الشهية العصبي. كما يتم تقسيم اضطرابات الشخصية عامة والحدية خاصة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 وفقاً للقصور الجوهرى في وظيفة الشخصية وسمات الشخصية المرضية وذلك من بعدين مختلفين هما: وظيفة الذات (الاضطراب الوظيفي) والذي ينعكس في أبعاد الهوية وتوجيه الذات وتقدير الذات، والوظيفة الإجتماعية (عدم التكيف الإجتماعي) والذي ينعكس في ضعف قدرات التعاطف والألفة (APA, 2013).

وبالنسبة لسيطرة الأم فقد أشار جيبنز Gibbens (١٩٦١) في تقرير قدمه إلى منظمة الصحة العالمية أن سيطرة الأم يترتب عليها أثناء المراهقة أن الولد الذي يتعين ذاتياً بالأم كنموذج للدور الذي سيلعبه في الحياة قد يجد صعوبة في أن يشكل لنفسه مفهوماً ذكورياً عن الذات، وكذلك الفتاة التي تتعين ذاتياً بالوالد ومعاناتها من حسد القضيب يجعلها أيضاً تعاني من اضطراب وخلط واضح في الدور الجنسي وفي التوجه الجنسي أيضاً (رزق سند، د.ت: ١٤٣؛ باربرا ويتمر، ٢٠٠٧: ٢٤٥). وهو ما يعني أن المراهق دائماً ما يبحث عن كيانه، وعن ذاته ومع اصطدامه بالمجتمع يدفعه ذلك البحث عن المشروعة وغير المشروعة.

وهو الأمر الذي تم تمييزه في المقابلة الإكلينيكية وأدوات الدراسة من معاناة المفحوصة من اضطراب وخلط واضح في الدور الجنسي، ومعاناتهم أيضاً من المثلية الجنسية سواء كانت كامنة أو مفعلة، وهو ما أشارت إليه أيضاً دراسة (Lzieniecki, H., 2017) من معاناة بعض المراهقين من المثلية الجنسية ومن اضطراب في الهوية.

فالإمتثال الجنسي (الجندي) أو التبعية الجندرية Gender Conformity تشير إلى تماهي وامتثال التعبير الجندي للفرد مع المعايير المجتمعية حسب الجنس البيولوجي المحدد له عند الولادة، حيث يتقمص الفرد الأنماط التي يراها بشكل تلقائي دون إعطائها حصة واسعة من التفكير، وبالتالي يشير عدم الإمتثال الجندي Gender new Conformity إلى سلوكيات أو طرق في التعبير لا تتماشى مع المعايير المجتمعية المرتبطة بالجنس المحدد الذي يوجه نظراتهم من الجنس الآخر (محمد أبو رميله، ٢٠١٨: ١٦؛ Money and Mussen, 1968; Ehrhandt, 1972).

فالتعيين (التماهي) أو التوحد Identification كما يقول فرويد: عملية لا شعورية ذات تأثير عميق ودائم تتشكل بها أنية (هوية) الشخص بشخص آخر تربطه رابطة انفعالية قوية، فالأنا يسعى إلى التشبه بمن اتخذه نموذجاً يحتذ به (Frued, S., 1999: 63)، أو كما يقول جون بولبي: توصف العملية التي ينمي بها الطفل الأنا، والأنا الأعلى لديه في نفس الوقت الذي ينمي فيه قدرته على الإحتفاظ بالروابط الوجدانية في غياب الغير بأنها عملية توحد (تماهي/ تعيين)، أو استبطان أو إدماج من حيث إن وظائف الأنا، والأنا الأعلى تدمج في الشخصية وفقاً لنمط ما يخلقه الوالدين (J. Bowlby, 1954)، وهو ما يعني أن عملية التماهي قائمة على عملية الإدماج وفيه يدخل الشخص "الموضوع"، ومن ثم فإن مفهوم التماهي

هذا مرتبط بالمرحلة القمية مع الموضوع في هذه المرحلة بسبب انشطار الأنا، أما القسم الثاني من الأنا هو ذلك الجزء المتغير الذي تغير بواسطة الإجتياف "الإدماج" الذي يحتوي على الموضوع المفقود (زهير مناصفي، ١٩٨١: ٧٦ - ٧٧).

ومن ثم يعبر التماهي عن حالة "كأن" AS If لا واعية تشكل عنصراً مشتركاً بين الشخص والآخر فكأن الشخص الأول هو الثاني في إحدى خصائصه، وهكذا نرى أيضاً أن عملية التماهي عملية نشطة تهدف إلى بناء علاقة مع الآخر قد تكون تملكية أو تابعة أو رقيقة ولكن نادراً ما تكون فاترة، ولا يكون التماهي كلياً (شخص كلي مع شخص كلي آخر) بل يتكون من التماهيات الجزئية فيقوم تماه الحركي مظهري في الزي أو المظهر في الأسلوب وكذلك الحركات والتعبير المختلفة، وكذلك يقوم تماهي "توحد" بالصفات النفسية" ، تماه آخر في المواقف والاتجاهات العامة (مصطفى حجازي، ١٩٨١: ٦٣ - ٦٤).

ويبدو أن مصطلح التوحد (التعيين) - وهو عبارة عن علاقة عاطفية قوية ومجموعة من العمليات أو الميكانيزمات يحاول الأطفال محاكاتها - متزامن مع مفهوم التتميط الجنسي Sex typing ، ومن ثم يشير مفهوم التوحد إلى العملية التي تجعل الطفل يفكر ويشعر ويسلك كأن خصائص شخص آخر أو جماعة أخرى من الناس خصائصه، ولذا يظهر معظم الأفراد السلوك الجنسي المناسب الذي يوجه نحو نظرائهم من الجنس الآخر، وهذا إنما يعكس مظهراً من مظاهر التتميط الجنسي - فنلاحظ من خلال المقابلة الكلينيكية معاناة المفحوصة من اضطراب وخلط واضح في الدور الأنثوي نتيجة المعاناة من قلق الخصاء ، وحسد القضيبي ، واضطراب مركب الأوديب، ومعاناتها أيضاً من الاحتجاج الذكوري وحسد القضيبي ورفض للدور الأنثوي، ومن رفض واضح لدور البالغ الجنسي ، واعتمادية سلبية على الأم ونكوص وتثبيت عليها ونتيجة لمعاناة المراهقين من كلا الجنسين من الأوديب السلبي وتوحدهم مع الوالد من الجنس المخالف فيتم تتميط المراهقين الذكور على غرار الأم ويكتسبون خصائصها النفسية والأنثوية، ويتم تتميط المراهقات على غرار الأب ويكتسبون خصائصه وسماته الذكورية - وهو ما أدى إلى معاناتهم من اضطراب واضح في الهوية والتوجه الجنسي (أحمد عبدالعزيز، جابر عبد الحميد، ١٩٧٠؛ Kagan, J. , 1965 ، رشاد على عبدالعزيز، ١٩٩٨؛ (Mussen, P.; 1968; Mischel, W., 1970 Hurlock, E., 1972

ومثلما اهتم "إريك إريكسون" وآخرين بتوضيح نتائج نجاح الفرد في تحقيق الهوية مثل إحساس الفرد بالألفة Intimacy كإحساس مهم في تجنب الحساسية الشديدة والتأثر بالضغط الملازمة لإندماج الفرد مع الآخرين: كما تقدم الهوية المحققة الإطار المرجعي للفرد المقيد له: إتخاذ القرارات وإيجاد حلول للمشكلات، وتفسير الخبرات الحياتية التي يمر بها وزيادة إحساسه باحتفاظه بوحدة الذات بمرور الوقت في مواجهة الأحداث الحياتية المتقلبة فضلاً على ما يشعر به من وجود معنى لحياته والتي يشكلها في ضوء بنية واضحة متكاملة الهوية، إشارة أيضاً للنتائج المترتبة على الفشل في تحقيقها وأطلق عليها تشتت أو اضطراب الهوية وشبيهة بفقدان الذاكرة أو الشعور بالشروع بحثاً عن الذات، فالشخصيات المشتتة تفقد 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) كما أن اضطراب

الهوية عند الشخصية بناء معقد وهو ما أشار إليه (Kernberg, 1975) في أن الهوية عند الشخصية تتسم بالتشتت، ونقص الإتساق المستمر والإفتقار إلى التكامل مع وجود تمثيلات مشوهة أو مجزأة للذات والآخرين وتكون النتيجة نظرة منتقلة للذات وأيده في ذلك دراسات كل من:

(Wikinson and Westen, 2000; Westen and Defife, 2011; Beeney and Levy, 2016)

حيث أشاروا إلى طبيعة الهوية عند مضطربي فقدان الشهية العصبي والمصاحب لاضطراب الشخصية الحدية التي تتسم بنقص التماسك والإتساق للذات والآخرين سواء في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد. وهو ما أكده أيضاً (Kerberg, 1998) في أن اضطراب وتشتت الهوية لدى الشخصية الحدية وفقدان الشهية يشير إلى العجز في دمج جوانب الذات المستدخلة الإيجابية والسلبية.

ومن العمليات الأساسية لاضطراب الهوية لدى الشخصية الحدية ممن تعاني من فقدان الشهية العصبي كما أوضح (Kernberg, et al., 2008) أن الأعراض الإكلينيكية لاضطراب الهوية في مرحلة المراهقة لها تأثير على الوظيفة الذاتية والشخصية، وتؤثر في قدرات الفرد

على التعبير عن نفسه وفي تطوير أهداف وإهتمامات والحفاظ عليها. وتتضمن صعوبات في بناء العلاقات والحفاظ عليها وصعوبات في التعاطف والقدرة على فهم وجهات نظر الآخرين. ومثلما إهتم "إريكسون" وآخرين بتوضيح نتائج نجاح الفرد في تحقيق الهوية - مثل: إحساس الفرد بالآلفة Intimacy كإحساس مهم في تجنب الحساسية الشديدة والتأثر بالضغوط الملازم لإندماج الفرد مع الآخرين: كما تقدم الهوية المحققة الإطار المرجعي للفرد المفيد له: إتخاذ القرارات وإيجاد حلول للمشكلات، وتفسير الخبرات الحياتية التي يمر بها وزيادة إحساسه بإحتفاظه بوحدة الذات بمرور الوقت في مواجهة الأحداث الحياتية المتقلبة فضلاً على ما يشعر به من وجود معنى لحياته والتي يشكلها في ضوء بنية واضحة متكاملة للهوية - أشار أيضاً للنتائج المترتبة على الفشل في تحقيقها وأطلق عليها تشتت أو اضطراب الهوية وشبهه بفقدان الذاكرة أو الشعور بالشروع بحثاً عن الذات. فالشخصيات المشتتة تفقد 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) في أن اضطراب الهوية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية أكثر سلبية وخطورة ويتكون من أفكار مبالغ فيها تتعلق بعدم الإستحقاق الداخلي مع الإفتقار الحاد إلى الإحساس بالتكامل، وقصور في قدرة الفرد على معايشة ذات متكاملة ووضع حدود واضحة بين الذات والآخرين وهو عادة ما يميز الشخصية الحدية ممن يعانون من فقدان الشهية العصبي، 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 الإنفعالي وهو الأمر الذي أكدته العديد من الدراسات من أهمها مايلي:

(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 إستجابات الـ TAT، والرورشاخ، والمقابلة الإكلينيكية المتعمقة، واختبار تكملة الجمل، 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 للمفحوصة ومحاولة التغلب على الوحدة من خلال الإرتباط بالأُم للمحافظة على إستمرار وجودهم كما اتضح فى مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة شعورها بعدم إهتمام الآخرين بهم مما يدل على عدم الإعتراف بهويتها وكيونتها الكلية. أما فى مجال الجنس والذى يعد رغبة فى التواصل الإنسانى مع آخر وتأكيداً لهويتها وهو ما تم ملاحظته فى التردد فى الإستجابات بين الرغبة فيه والعزوف عنه.

فقد أكد ستولر (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 التذعيمي الذى خلا من الأب، هذا بالإضافة للسلوكيات الذكرية التى يدعمها ويعززها الأب الذى لا يشجع السلوكيات الإثوية.

وهو ما يؤدى فى نهاية الأمر إلى هوية غير متماسكة وغير متسقة وهوية مشتتة، تصل أحياناً إلى حد فقد الهوية وبالتالي يصاب الفرد بالتفكك إلا أن هذا التفكك لا يصل إلى الحد الذهانى لأن الشخصية الحدية والتى تعانى من فقدان الشهية العصبى 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، وفقدان الشهية 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 مزمنة من الخواء والملل (Barone, 2003; Reich, 2005: 34).

وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل، وهو أيضاً ما ظهر واضحاً وجلياً فى استجاباتها على اختبار تكملة الجمل من افتقارها إلى رؤية مستقبلية واضحة نتيجة عدم وجود أنية (هوية) جنسية محددة لها، وإذا لم يندمج هؤلاء المراهقين مع أقرانهم من نفس الجنس فربما يجذبون للوقوع فى علاقات غير صحية تبدو وكأنها ستسد الإحتياج للقبول وللحب والتقدير (A. P.A, 2008: 5)، ولذا فقد عانى هؤلاء المراهقين كثيراً من الفراغ والخواء والوجود النفسى،

والميل للعزلة وللإنطواء والميل للشعور بالكرب والكدر، ورفض للواقع وكل ما يمثل الواقع من معايير وقيم دينية وأخلاقية ومجتمعية.

طبيعة عمليات التفكير لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج الإكلينيكية، واختبار TAT، واختبار الرورشاخ معاناة المفحوصة من اضطراب العمليات الإدراكية المعرفية بما في ذلك الإنتباه الإنتقائي والذاكرة والمعتقدات والتفسيرات المشوهة والتركيز على السلبيات المستمرة عن أنفسهم والعالم وغيرهم من الناس وعادة ما كانوا يقدمون تفسيرات وتقييمات متحيزة سلبياً، بالإضافة للتفكير الكارثي والتشاؤمي، والمبالغة في التعميم وتوقع الكوارث، وتتفق هذه النتائج مع الدراسات التالية:

(Ruth, et al., 2012; Wafaa Abd Alhaleem, 2013; Reeder, et al., 2014;

brahim,o.J, 2015; ٢٠١٥، الوهاب،

ووفقاً للمنظور المعرفي فإن الشخصية الحدية ممن تعاني من فقدان الشهية العصبي ترتبط باضطراب معرفي يتضمن تشوهات معرفية وأفكار لا عقلانية تتمثل في التفسير المطلق للاحداث حيث لا يوجد لديهم حلول وسط أو متعددة، فالأشياء إما الأبيض أو الأسود، وإما الكل أو لا شيء، 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 يؤدي إلى عدم الثقة في الذات أو في الآخرين مع الإعتقاد المستمر بالتهديد والعجز (هبه محمود، ٢٠١٦: ٤٥).

وهو ما يؤكد أيضاً منحى بيك Beck سنة ١٩٩٠ والذي ينظر إلى التشوهات المعرفية أو أخطاء التفكير على أنها مسئولة أولاً 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 الثنائي (الكل أو لا شيء، أبيض أو أسود) بوصفه خاصية محورية في خصائص السلوك المتطرف في اضطراب الشخصية الحدية. (مارشام. لينهان، كونستتس أ. كيه، ٢٠٠٢: ٩٦٢)

ووفقاً "ليونج" تعكس المخططات اللاتكيفية الأنماط متعمقة الجذور في 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 التشويشات المعرفية وأنماط المواجهة غير التوافقية فبمجرد أن يواجه الفرد المواقف المتحدية للذات، تنشط هذه المخططات وتعمل على نحو إنتقائي في إختيار وتضخيم المعلومات التي تتسق معها وتدعمها، ومن ثم عادة ما تقشل غالباً في التعرف على المعلومات، وهو الأمر الذى سيؤدى إلى إستدامه أعراض إضطرابات الشخصية عموماً، واضطرابات الأكل خاصة، والسلوكيات والممارسات الغاضبة وعدم الإستقرار الإنفعالى الذى يميز الذين يعانون من إضطراب الشخصية الحدية على وجه الخصوص.

; Carr ٢٠٠٧ ; Schmidt, et al., 1995; Bissett, et al., 2006; 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 وسير غور صراعات الطفولة، ومن ثم يخاف الأنا الضعيف من أن يجتاحه تفكير العملية الأولية البدائى النابع من هو ID ويغمره. حيث تتضمن العملية الدفاعية لدى الشخص الحدى ممن يعاني من فقدان الشهية العصبي، 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 لأنه يرى العالم من خلال الأبيض والأسود فقط.

ولذا فإنه يبدو 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 يبدو 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 (دانيل لا جاش، ١٩٥٧: ٦٣) حيث يقول: ونشاط الأنا شعورى ويتمثل

في 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 بالدفاع 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 اضطراب عمليات التفكير تكون أوضح وأهم حصيلة لاضطراب وظائف الأنا نتيجة ضعفه وقصور نموه واشتطاط الدوافع التي تتجاوزه هذا الضعف وذاك القصور والاشتطاط والذي يبدو أوضح ما يكون في حالات الذهان خاصة بينما يرى (أحمد فائق، ٢٠٠١: ٤٢١ - ٤٢٢) أن التفكير الميتافيزيقي - وهو ما ظهر لدى عينة الدراسة بشكل واضح من خلال ميكانيزم توهم القدرة المطلقة وإيمانهم ببعض الظواهر النفسية الخارقة والتي لا يمكن الإستدلال عليها بأى حال من الأحوال - إنما يصدر عن مركزية ذاتية ونرجسية فجة لذا فإن التفكير الميتافيزيقي يلعب دوراً هاماً فى التغلب على تهديد نرجسية الفرد أو المجتمع نرجسية هدهدا إنهيار دعائمها السابقة وفشل ميكانيزماتها القديمة وهذا يعنى أن التفكير الميتافيزيقي 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 فيزيقي ثابت بل تدعمه صراعات نفسية داخلية ذات طابع وهمى وتخيلى ولهذا السبب يحتاج الفكر الميتافيزيقي لمصادر من خارجه لتدعمه حتى لا يتهافت أمام الواقع كما يرتبط الفكر الميتافيزيقي - 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 نكست بدرجات متفاوتة 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 التنقيف 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 الدروس الخصوصية وواقع الأمر يظهر أمرين:
الأول: إن الأسرة المصرية تصرف أكثر جهدها وأغلب وقتها في جهود قلقة على حصول بناتها على شهادات تعليمية أثبت المحك العملي لها عدم جدواها فهي الأخرى هيكل أجوف ونتيجة لهذا الإهتمام القهري لا يبقى للأسرة جهد أو وقت لمنح أبنائها الحب والتربية (بمعنى دفعهم للنضج العاطفي والإجتماعي أو لنقل ثقافتهم إليهم) وهو ما يعانى منه فعلياً مضطربى فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية.

الثانى: أن الإنشغال القهري 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.

أما عن إستجابات المفحوصين على إختبار الرورشاخ فكانت نسبة شكل ردى أعلى من ٥٠% مما يعكس التعقيد والإفتقار والإنكماش وإتسام التفكير بعدم الدقة وسوء الإدراك، وهو ما تؤكدته النتيجة الخاصة بنسبة الشكل والتي كانت أعلى من نسب الحركة مما يعنى

جمود فى التفكير لدى المفحوصة، كما أن التتابع كان من النوع المختلط مما يشير إلى طبيعة التفكير المضطرب وغير المتصل بالواقع.

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 ممن يعانى من فقدان الشهية العصبي، للواقع إدراكاً سليماً ولحكمة عليه حكماً صائباً وللإستجابة له إستجابة ملائمة وهذه العناصر كانت مفتقرة فى إستجابات المفحوصين على إختبار TAT، وهكذا يتبين لنا أن إضطراب عمليات التفكير يكون أوضح وأهم حصيلة لإضطراب وظائف الأنا نتيجة ضعفه وقصور نموه وإشتطاط الدوافع التى تتجاوزه 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 البارائوى وزيادة الجانب الإضطهادى لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

الشعور بالعظمة جوهرى وأساسى فى اضطراب الشهية العصبي المصاحب لاضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية فقد توجه العظمة إلى الموضوعات سواء كانت حقيقية أو خيالية حيث يظهر سوء التوافق مع العالم الخارجى نتاج العلاقة المضطربة بالموضوع "الأم"، وفى حالات أخرى توجه للذات، وفى حالة الشخصية 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.

إذا 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 السيء؛ أى الموضوع الذى لا بد 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 تميزه بأشكال من القوة، ومن خلال الشعور بالعظمة يندمج مع الموضوع وبالتالي يلصق بنفسه قدراته وقوته.

ويمكن رد ذلك إلى العلاقات المبكرة بالموضوعات الأولية، ولذا فإن حالات اضطراب الشخصية الحدية، وفقدان الشهية العصبي، 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 اضطراب الشخصية - تكافئ طفلها بإشباع لبيدئ 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 اضطراب الشخصية الحدية.

وهو ما تم تبينه أيضاً من خلال نتائج المقابلة الإكلينيكية مع عينة الدراسة وهو ما أكدته أيضاً نتائج الدراسات التالية.

(حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨).

وبالنسبة لنمو الهذات البارانونية يقدم كاميرون (Cameron, 1959) تفسيراً حيث رأى أن المرضى قبل الهذائين 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 أكدته (Ortiz, Angelica, 1999) إن مشاعر الإضطهاد تنمو نتيجة الإحساس بالفراغ. وهو ما يظهر من خشية المفحوصين ممن يعانون من اضطراب الشخصية الحدية من التقارب الزائد مع الآخرين وإحتياجهم الملح وفى الوقت نفسه ألا يتخلى عنهم الآخرون وهو ما يعد سبباً رئيساً فى إتيانهم بعض السلوكيات ذات الطابع البارانونى، 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 كولبي (Colby, 1975 - 1977) وجهة نظر تشغيل المعلومات فى التفكير البارانوى والتي يعتبر الملمح الأساسى فيها هو الحساسية إزاء التحقير والخزى والإذلال وهو ما يؤدي 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 "بولبي" على أن البارانوى ترتبط بإنخفاض تقدير الذات - وهو ما يعانى منه بالفعل مضطربي 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 يؤدي لبروز الجانب الإضطهادى البارانوى، إذ أن مريض البارانوى يتصف سلوكه بوجود نسق منظم من الأفكار الهادئة وسلسلة منطقية من النتائج من مقدمة خاطئة خطأً مطلقاً يؤمن بها البارانوى إيماناً مطلقاً 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 البارانوى لديهم تثبيت على المرحلة النرجسية وهى مرحلة وسيطة بين الشبقية الذاتية والحب الموضوعاتي ومن ثم فإن الجنسية المثلية اللاشعورية تقبع وراء هذات البارانوى ويعتبر ميكانيزم الإسقاط أبرز خاصية مميزة لتكوين الأعراض فى البارانوى، فمرضى البارانوى يسقطون على الآخرين ما يريدون أن يفتنوا 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 وإستخدام ميكانيزم الإسقاط لدى البارانوى يصبح العالم الخارجى والآخرين مصدر إضطهاد دائم للفرد وإعتداءً عليه ومن ثم فإن المضطرب فى معالجته لهذا الموقف الإضطهادى - الموهوم نتيجة الإسقاط - يسلك أحد سبيلين إما أن يبادر هو بتدمير العالم

الخارجي وللآخرين قبل أن يتمكنوا من تدميره وإنما أن يتوحد بالمعتدى فيتحول الشخص المهدد إلى شخص يهدد.

ومن ثم يعد الشك هو السمة الأساسية التي تتسم بها الأفكار القهرية، هذا الشك الذي يرتبط في العدة بأمور مادية وميتافيزيقية أو دينية ويقول فرويد: "أن الشك هو الشك في الحب فالذى يشك في حبه يشك في كل شئ آخر، ومن ثم فهو يتخذ احتياطات شتى لتجنب الشك" (نيفين زيور، ١٩٩٨: ١٧١).

طبيعة القلق ومشاعر الخوف لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تكررت مواقف الخوف والقلق وخاصة قلق الانفصال والهجران والقلق من العلاقات الإنسانية بوصفها مهددة وخطره لدى المفحوصة، وهو ما يعرف بإنها مشكلة القلق تجاه وجه غريب وهو ما ليس إلا سوى قلق من فقد الوجه المحبوب، أى القلق من فقد الأم. في منظور ميلانى كلاين حيث الأم الصالحة وحسب، بل هي شخصية متناقضة وجدانياً صالحة وشريرة بأن واحد، حيث يمكننا القول أن القلق أمام الوجه الغريب هو نزع قناع وجه الأم الشريرة خلف الأم الصالحة (جان لابلاش، ٢٠١٥: ٧٥). كما ينتج القلق هنا أيضاً لدى المفحوصة من الخوف وكما تؤكد صاغة " جانيت " Janet بقولها: "أن القلق هو خوف دون موضوع". فخوف المفحوصة هنا ما هو إلا خوف من أن تترك وحيدة أو الخوف من فقدان الحب، وهو ما ظهر لدى المفحوصة في صورة اعراض وكدمات جلدية كلما شعرت بقرب وصول أبيها من الخارج لأرض الوطن والاستحواذ على الأم ومن ثم القلق من فقدانها. فالخوف هنا يقوم على الانتباه على الموضوع "الأم" ومحاولة ارضائها بأى شكل والخوف من اغصابها ومن فقدان حبها، وفي القلق يقوم الانتباه على فقدان الأم.

كما يكشف التحليل على أن هناك مخاوف أقدم من قلق الخصاء لدى النساء وأهمها الخوف من فقدان الحب، هي أكثر شدة عند النساء، وتلعب الدور الذى يلعبه قلق الخصاء عند الرجال، ولذا فهناك ضروب من القلق تدور حول انجرحات إنسالية تأرية متوقعة هي بدائل خوف الخصاء، وكما أن إساءات الفهم الأرواحية تسبب ضروب قلق قبل إنسالية غير واقعية، فإنها كذلك تسبب ضروب قلق إنسالية أخويلية، والبنات غالباً ما لايعرفن أن لديهن في مهبلهن عضواً أجوف جاهراً؛ وهذا يفسر خوفهن الأخيولى من أن حنينهن الإنسالي إلى

أن يخترقهن عضو الأب قد يتسبب في انجراحهن البدني. وعلى الرغم من هذا كله، فإن تحليل بعض النساء يكشف مع ذلك عن خوف لا شعوري من انبتار عضوهن عقابًا على الممارسات الجنسية (أوتو فينخل، ١٩٦٩: ٢٥٨ - ٢٥٩)؛ ولهذا عادة ما يخشن الفتيات ممن تعانى من فقدان الشهية العصبي من الأكل خوفًا من الحمل.

بالإضافة أيضًا إلى المعاناه من قلق الخصاء، وقلق فقدان العلاقة مع الموضوع، وهو ما ظهر واضحًا في المعاناه من فقدان الشهية العصبي والتقيء والتجوع الذاتي والقلق من السمعة وخوف وتوتر بشكل مسنمر، حيث أن القوي = موت، ومن ثم العودة إلى موضوع التثبيت "الأم"، وهو ما تم تبينه في المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار الرورشاخ والتي تبين فيها أن مشاعر القلق يمكن أن تترجم بمعان عديدة منها على سبيل المثال: إضطرابات النوم، والإضطرابات السيكوسوماتك، وهو الأمر الذى أكده سبنتز (Spitz, R.,) 1956 بقوله: أن هناك نوع من التواصل اللاشعوري بين الآباء وأطفالهم المضطربين حيث وجد في كثير من الحالات أن قلق الأطفال الناتج من احساسهم بالاضطهاد من جانب الوالدين يظهر كرد فعل لقلق الآباء الناتج من الاحساس بالاكنتاب والذي يمثل نوعًا ما من ارتداد العدوان اللاشعوري الموجه من الذات للآخر (Kendeler, H., & Kendler, T., 1961) وهو ما عانت منه المفحوصة بالفعل.

وفى هذا يشير أيضًا (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨): إلى أن الدراسات الخاصة بنشأة القلق Anxiety تكشف عن أن جميع نوبات القلق اللاحقة هي تكرارات لحالات صدمية باكرة فالواقعة الموضوعية واقعة الإنفجار بإستثارة لم تتم السيطرة عليها إنما يعيشها الشخص من الناحية الذاتية تجربة جد إليمية، وهذه الحالة فى كيفها جد شبيهه بالقلق، ويحدث ذلك جزئيًا بسبب التوتر الداخلى الذى لم تتم السيطرة عليها وكذلك فإن الحالات اللاحقة أيضًا تمتد بجذورها إلى مواقف إحباط أى إلى مواقف فيها حابه لم يتم إشباعها بالإضافة إلى إمكانات إفراغ غير كافية.

وهو ما يؤكده أيضًا (سامى محمود على، ١٩٦٣: ١٨٥) فى أن الصدمة تولد كميات من التوتر تتصرف 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 للإستتارات التي إنبتقت من موقف الصدمة ولكن لم يكن من الممكن إفراغها بدرجة كافية. وهو ما أكده "فرويد" من أن الأعراض القهرية هي نتيجة جهود الأنا اللاشعورية لصد الحصر المرتبط بالدفعات العدائية، وربما عانى أولئك الأفراد من صراع خطير يتعلق بالتعبير عن الغضب. وحيث أن تلك المشاعر خطيرة وغير مقبولة من الأنا فإن توقع التعبير عنها يثير الحصر، ويتم التعامل مع الحصر بصفة أساسية من خلال ميكانيزم دفاعي يسمى التكوين العكسي وفيه تتحول الدفعة الأصلية (الغضب) إلى أطروحتها المضادة "الحب والعناية المفرطة" (أولتمانزويل دافيسون، ٢٠٠٠: ١٨ - ١٩).

أما الخوف من الخساء والذي مصدره أيضاً ونابع من السلطة نتيجة التفكير الإثم والخاص بالمحرمات سواء كان على مستوى واقعي أو متخيل وهذا هو أحد أسباب القلق فهو بمثابة عقاب لا شعوري 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 في صور مختلفة في قصصهم على اختبار TAT، وإختبار الرورشاخ مثل الخوف من فقدان أو من الهجران والإنفصال وهي جميعها تشير إلى ما تلعبه المخاوف الإضطهادية من دور بالغ الأهمية في البناء النفسي للمفحوصين، فجميع موضوعات المخاوف البدائية يمكن إعتبارها إسقاط للموضوعات التدميرية (الموضوع الشرير) والتعبير عنها في صور رمزية مختلفة. بمعنى أن المخاوف المرضية غير المنطقية تكمن في وجود صراعات إنفعالية غير محلولة لدى الفرد وأن الشئ أو الموضوع أو الموقف المرهوب تجسيد خارجي Externalization لإتجاه داخلي أو خوف يوجد على المستوى للاشعوري من خلال ميكانيزم الإسقاط أى الميل إلى إدراك العالم الخارجي من خلال الإتجاهات المكبوتة أو الممنوعة (رزق سند، سناء محمد، ٢٠١٩: ١٢٣).

وهذا ما يؤكد أيضاً (فرج أحمد، ١٩٧٦: ٤١٥) بأن البطاقات الغامضة في الـ TAT بصفة خاصة هي التي تستثير لدى المفحوصين مثل هذه المخاوف التدميرية البدائية وهي بجانب ما تعيينه من تحريف للعالم الخارجي بتفسير مواقفه الغامضة لهذا التفسير الإضطهادي كما أن هذه المخاوف تعكس قيمة توافقيه ذات معنى مما تساعد المفحوصين وتحميه من إدراك حقيقة مشاعرة التدميرية ومخاوفة الإضطهادية في علاقاته الأسرية والأكاديمية

والإجتماعية بصفة عامة. هذا من جانب، ومن جانب آخر يشير "فرويد" إلى أن القلق يعد مظهراً من مظاهر غريزة الخوف أو هو الشكل الطفلي 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 يفرغ 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) والتي 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 وبالتالي تعثره فى الإنتقال إلى المراحل التالية، ومن ثم فإن "منونى" (65: 1970: Mennoni) 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).

"قوينيكوت" يصير دائماً على أن اللاتكامل ليس أمراً مغزياً 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 الوجودى لدى مضطربى فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحية لدى المراهقات:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية وأدوات الدراسة معاناة المفحوصة 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 لمضطربى فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، والنرجسية، حيث ترى هذه الدراسة أن الحالات الحدية والنرجسية مشتقة من تحولات نمائية فى الطفولة المبكرة ومن العوامل الإجتماعية والنفسية الصادمة التى تؤدى إلى إنشغال مؤذى 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 مفهوم الوجود والإغتراب إلتحاماً متكاملماً فى جشطات يفقد معناه بل كيانه بغير مفهوم الديالتيك الذى يلزم عنه التواصل "بين الذاتى" Intersubjective (بين ذات وذات أخرى) أى وجود الإنسان بما

هو إنسان . ويرى (هيجل) إن مفهوم الأخرية أو الغيرية لكي يتحقق فإنه يلزم إلى الوعي بالذات وعى بذات آخر (وهذا الأخير) يتبدى للوعي بالذات من الخارج. بمعنى أن وجودي بوصفي أنا يقتضى أن أجد آخر، فإذا كنت سأتعرف على الآخر بوصفه أنا فينبغى أن أراه يفعل أرائى ما أفعله إزاءه.

وهو ما حدث فعلياً مع حفيد (فرويد) فى لعبته والذى كان يلعب بالكره 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 الكره 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 ويقصدها - وسيكولوجيا يفنيها - ثم يبعثها من جديد وهكذا يسيطر على الموقف الذى كان يستثير فيه الشعور بالأسى وبالتمزق، ويصبح فى لعبته فاعلاً إزاء موقف كان يدهمه وهو فى حالة سلبية لا يملك من أمره شيئاً. فيفتعل بمحض إرادته هذا الاذى الذى كان يشقيه ويكاد يشعره بغيابه هو (وفنائته) المصاحب لغياب أمه، من حيث أن الطفل يتعين بأمه (يتوحد بها) فى تلك السن المبكرة. وكأن لسان حاله يقول: "حسناً لست فى حاجة 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية تحمله فهم يعانون من عدم القدرة على تحمل الوحدة مع شعور مزمن بالفراغ والغضب والاستياء ولذا فعندما يشعروا بأنهم قد نبذوا أو هجروا من الحبيب وهو ما يؤدي 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 مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصة من الإندفاع في سلوكيات إيذاء الذات بشكل قهري مثل: تجريح الجسد واليد بمشط أو سكين، ضرب الرأس في الحائط حتى النزيف، عض الشفاه واللسان، قرقضة الأظافر حتى تدمى ومص الدماء أو إزالتها بعد تجلط الدم، استخدام الزجاجات بعد تحطيمها في إيذاء الذات، نتف شعر الرأس وبقوة، وإزالته، وتتفق مع النتيجة السابقة نتائج الدراسات التالية (يوسف مسلم، ٢٠٠٧؛ حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨؛ محمد عبد الرحمن، حورية ولد يحيى، ٢٠٠٨: Wafaa Abd Alhaleem;2013).

وهو الأمر الذى أكده أيضاً كل من (Cowdry and Gordnen, 1998) فى أنه من الشائع أن مرض اضطراب الشخصية الحدية يفيدون بحدوث راحة كبيرة من القلق وغيره من الحالات السلبية الحادة بعد تقطيع أجسادهم وإيذاء أنفسهم. كما لوحظ أن المفحوصة كانت أكثر قياماً بإيذاء نفسها مقارنة بالذكور وهو الأمر الذى أكده (Bjorklund, 2006) فى أن النساء يعانين من هذا الاضطراب أكثر من الرجال.

كما تشير البيانات التجريبية أن من ٧٠% إلى ٧٥% من مرض اضطراب 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 اضطراب الشخصية الحدية هم من النساء بنسبة ٧٤% من مرض اضطراب 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 مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار الروشاخ معاناة المفحوصة من أعراض إكتئابية مرتبطة وواضحة باضطراب فقدان الشهية العصبي، تمثلت فى سيطرة الأفكار الإنتحارية على مخيلتها 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 السابقة نتائج الدراسات التالية:

(Biederman, et al., 1985; Fornari, et al., 1992; Paris, 1995; Bonger, et al., 1998; Cachelin & Maher, 1998; Formari, et al., 2000; Madden, Alice, 2002; هند عبد العزيز، ٢٠٠٩؛ يوسف مسلم، ٢٠٠٧؛ سعاد البشر، ٢٠٠٥؛ Wafaa Abd Alhaleem, 2013; منار مجدى، ٢٠١٧؛ Dina Ossama, 2019؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٣

إذا فهؤلاء يعانون مما يسمى بالإكتئاب الكفلى Anaclitic Depression وهو إكتئاب قبل أوديبى يتميز به مضطربى الشخصية الحدية، ويتصف هذا الإكتئاب بالمشاعر التى تنبثق عن فقد أو التهديد بفقده إما جزء من النفس أو من الإمدادات التى يعتقد المريض إنها حيوية لبقائه (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 القسوى 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 فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب 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 ممن يعانون من

فقدان الشهية العصبي معرضين بصفة دائمة إلى تجربة فقدان عن طريق التجنب أو سحب أنفسهم.

وقد يحاول المريض التخلص من إحساسه بالخزي النرجسي المتعلق بإدراكه لطاقته المحدودة في 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 فقدان الشهية العصبي، واضطرابات النوم، ولكنه أيضاً يتميز بأن الموضوع المفقود يستحضر لا شعورياً موضوعاً طفيفاً، و لذلك فإن فقدانه يشحن الرغبات المكبوتة والإنجراح اللاشعورى (Eidelson, 1968: 103; Dolgan, 1990).

ويرى (دانيل لاجاش، ١٩٦٥: ٢٤١) أن قوام الإستعداد المرضى للمكتئبين لديهم هو إرتباط شعورى بوجودهم وقيمتهم إرتباطاً وثيقاً بما يمنحونه وما ينجزونه؛ أى أن لديهم حاجة 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 محبة الآخرين لديهم وعقدة الذنب لديهم، ويميل هذا العدوان إلى الإرتداد على الذات. وهذا راجع أيضاً إلى اضطهاد الأنا الأعلى Super Ego، للأنا Ego، الأنا المتمائل بالموضوع السيئ (أوتو فينخل، ٢٠١٥: ٣١٩).

فالحب وكما يؤكد أفلاطون هو "المطلع من اللاوجود إلى الوجود"، فقد يتواجد الأباء وخاصة الأم قيزيقياً وجسدياً، ولكنهم موتى نفسياً في نظر الطفل - وهو ما تعاني منه المفحوصة فعلياً مع أمها وأبيها- فالصحة النفسية للطفل تتمثل في القدرة على الحب واللعب، فعدم حصول الطفل على الحب الكافى يؤدى لخيبة أمل وجرح نرجسي لا يندمل، حيث يشعر الطفل أنه مرفوض وغير مرغوب فيه وأنه لا يستحق الحب لأنه غير جدير به؛ ومن ثم معاناته من الفراغ السيكولوجى الوجودي، ومزيد من الاكتئاب حيث عاجز عن حب ذاته بل يسعى لتدميرها لا شعورياً، وعاجز أيضاً أن يحب الآخرين (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٤: ٢٥؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٥: ١٨٦).

ويرى "أندريه جرين" أن الأم الميتة القاتلة لسيكولوجية الطفل ولنموه النفسى السوى هى التى تلحق الضرر أكثر من الأم الميتة جسدياً فقط وهو ما يظهر في صورة اكتئاب حاد لدى

الطفل وإدمان وتعاطى المواد المخدرة؛ فالأم الميتة انفعاليًا هي أم قلقة بشأن طفلها أو من خلال علاقة تكافلية ذات طابع مرضى؛ وبالتالي فإن جوهر الأم الميتة ليس في سلوكها فحسب، بل في موقفها الباطن الخفى تجاه الطفل والذي يمكن أن يعبر عن نفسه في كل من السلوك المدمر وفي شكل رعاية خانقة مميّنة ومدمرة لسيكولوجية الطفل - وهو ما حدث فعليًا مع المفحوصة - فالعداء الأساسي القاتل للأم ضد طفلها هو صراع الأم مع والدتها، هذا صراع بين الأجيال من خلال ميكانيزم التوحد بالمعتدى فمثلما فعلت الأم مع ابنتها فإن هذه الأبنة مستقبلاً وعندما تصبح أم فإنها سوف تعيد انتاج وتكرار لا شعوريًا مع فعلتها بها أمها مع طفلها، ومن ثم فهي ليست أم ميتة فحسب بل أم قاتلة (محمد أحمد خطاب، ٢٠٢٤: ٢٨-٢٩؛ جريجورو كوهن، ٢٠٢٤: ١٦٢).

أما "جاكوبسون" Jacobson فقد ركز على تأثير إنخفاض تقدير الذات في ظهور الإكتئاب وأنه يعد المظهر المعجل للإكتئاب، وأن إنخفاض تقدير الذات يشمل أغلب العناصر المؤدية للإصابة بالإكتئاب (Jacobson, E., 1971)، وأن كراهية الذات عملية ثانوية بالنسبة لإنهيار تقدير الذات (Bibring, E., 1953). وهو ما يعاني منه بالفعل مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية، وهو ما أكده أيضاً (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٥) بأن الخبرات التي 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 في الواقع يعبرون عن مشاعر العداة التي تنتمي إلى شخص آخر فالإكتئاب إذن هو مظهر من مظاهر عملية إنقلاب الغضب إلى الداخل وإتجاهه ضد الذات بدلاً من إتجاهه إلى الموضوع الأصلي، وتنقلب العداوة الشديدة التي يشعر بها المكتئب نحو المحبوب المفقود ضد الذات أو تستدمج (أولتمانز نيل دافيون، ٢٠٠٠: ١٣٨).

المخدرات وإضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

ينظر التيار السيكودينامي إلى إضطرابات الشخصية وخاصة إضطراب الشخصية الحدية بوصفها سبباً رئيسياً في أقدام الأفراد على تعاطى المواد المؤثرة نفسياً والإعتماد عليها كحيلة أساسية لتطبيب أو علاج الذات - وهو ما تم ملاحظته لدى المفحوصة والتي تعاني

من فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية - ومن ثم فقد أكد "هارتوكوليز" Hartocollis عام ١٩٨٠ إنه يمكن ملاحظة اضطرابات الشخصية لدى المتعاطين بعد توقعهم 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 الندى المشبع) فتتشأ بذلك وحدة لا فرق فيها بين ذات وموضوع وحدة مثالية علوية يشبع 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 محرّكة للدفاع ضد القصور الذى يصيبهم فى معظم مناطق إتساق الذات، ومع سقوط الدفاعات التى تحافظ على قدم معقول من التكيف والإنسجام النفسى فإنهم يطورون دفاعات أكثر بدائية مثل: الإنكار، والتوحد الإسقاطى، والتعاطم، أما الدفاعات الثانوية فتأتى فى سياق دفاع الكبت الناتج عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً حيث تبدو مظاهر التقاهة والسطحية، والأشكال غير التكيفية من التكوين العكسى والوساوس، وتكون هذه العمليات الدفاعية محاولات لحماية المتعاطى من الآثار السلبية الناتجة عن فقدانه لإحترام الذات، ولكنه يظل فريسه للإنجرحات النرجسية العميقة والمتكررة.

كما لاحظ "ورمسر" Warmser أن المنشطات تساعد المتعاطى على تحسين مشاعر السأم والفراغ لأنها تمنحه الإحساس بالسيطرة والعدوانية والجسارة والتعاطم، وبالتالي تعتبر هذه

المواد وسيطاً علاجياً للذين يستنفذون طاقاتهم النفسية في مغالبة الشعور بالعجز والسلبية، ومشاعر الذنب والخزي والتي تلازم العديد من اضطرابات الشخصية وخاصة الشخصية الحدية، ومضطربي فقدان الشهية العصبي.

أما الخمور فتساعد على تحرير المتعاطى من الكفوف اللاشعورية التي تؤدي إلى المسالك الإندفاعية ومن ثم تساعد ليتخففوا من الآلام النفسية الناتجة عن القلق العصابي الذي يكون بمثابة الدفاع المضاد ضد الحفزات التي يصعب السيطرة عليها لإفنتارهم لقدرات التهدة السوية، ولتخفيف حدة الإنقسام الداخلي بين صور الموضوعات الطيبة والشريرة والوصول إلى تكامل نفسى مؤقت ما يلبث أن يزول.

وتجدر الإشارة إلى أنه يشيع الشعور الحاد بالإنقسام لدى مضطربي الشخصية الحدية هؤلاء الذين لا يستطيعون التغلب على إحساسهم الداخلي بالرداءة أو عدم الجدارة على الرغم من أنهم يبدون متماسكون ظاهرياً إلا أن هناك ما يطاردهم - داخلياً - هو حقيقة عجزهم وتمزقهم الذي 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 الديدي، ٢٠١٠: ٦٣ - ٦٥).

الانتحار لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

يعد الانتحار من المشكلات التي تعبر عن نهاية الدورة الإكتئابية كمحاولة لإستعادة الحياة أو البعث من جديد ومحاولة أيضاً لإستعادة الإتران النرجسى (Goldberg, 1972: 130)، وقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية أن هناك أفكار ومحاولات إنتحارية فعلية لدى المفحوصة، وتتفق هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة مثل (Paris, 1995; Dina, 2017) (Ossama, 2017) وخاصة ما إذا علمنا أن تقديرات معدل الانتحار بين مضطربي الشخصية الحدية قد تصل إلى ٩% (Stone, M., 1989)، وكذلك مضطربي فقدان الشهية العصبي، ويرجع هذا السلوك وكما يشير (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٨٨٤ - ٨٨٥) إلى أن مضطربي الشخصية المكتئبين كثيراً ما تكون لديهم أخايل إنتحارية تتضح فيها نزعة إغتصاب الحب تحت التهديد: عندما أكون ميتاً فسوف يندم أبواي على ما فعلاه بي وسيحباني من جديد. إذاً عندما يصبح المحبوب مكروهاً، وتتقلب اللذة إلى ألم، وتتحول الجنة الموهومه إلى

جسيم يضطرب الوجود وتكون النهاية رغبة في بداية جديدة حيث اللاتوتر والجنة الموهومة. ومن ثم تسير الصيغة العامة لتفسير السلوك الإنتحارى من منظور سيكودينامى على معاملة الأنا كموضوع مكروه، وفي محاولة الخلاص من الموضوع المكروه (الذى سيصبح بفعل الإستدخال والتوحد جزءاً من الأنا) فإن الأنا بقتلها هذا الجزر 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 تعيين (توحد/تماهى) نرجسى 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 بمساعدة قوى الحماية للأنا الأعلى فإذا ما إختفى هذا الشعور فإن الإنمحاق الأصلى للطفل المهجور، والجائع للحب ولالأهتمام وللتقدير يظهر من جديد (أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٨١).

ومن الظواهر المحيرة فى السلوك الإنتحارى ما يتسم به مضطربى الشخصية الحدية من أعراض إكتئابية حادة من كهوف 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 وضعه "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 والانتقام 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 في أن أقتل Wish to be killed : وهي 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 فهي تتضمن النزعات المازوخية من إستمتاع بالخضوع والتلذذ بمعاناة الألم.

٣- رغبة في أن أموت Wish to die : وترحيب بالموت، وهي رغبة تتولد في الهى ID بوجه عام وعزيزة الموت والتدمير بخاصة ومضمون هذه الرغبة شعور أساسى باليأس والضياع يسانده وجدان الخوف وتثبيط الهمة وخيبة الأمل والإحساس العام بالتعب. وفي حالة الإكتئاب كما نلاحظها في مضطربي الشخصية الحدية، ومضطربي فقدان الشهية العصبي، تجد الذات إنهاراً وكفواً لرغبتها في تدمير الآخر نظراً لإستهلاك معظم الطاقة في مغالبة مشاعر الإثم من قبل الأنا الأعلى فيكون التراجع ولم تعد أخويله قتل هذا الآخر متاحة للتنفيذ فتقلب الطاقة إلى أقرب الموضوعات والتي هي في الوقت نفسه جزء في الأنا (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٥١ - ١٥٢).

- القابلية والإستهداف للحوادث وللإصابة لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

يقصد بالقابلية للحوادث أو للإصابات Accident proneness: "بان لكل فرد إستعداداً نفسياً وجسيمياً بدرجة ما، لأن تحدث له حوادث أو إصابات". أو بمعنى آخر: مدى مساهمة الفرد بخصائصه الشخصية في إحداث ما يقع له من حوادث.

(فرج طه، ١٩٩٧: ٣٦٨).

وعن القابلية للحوادث وديناميات الشخصية نشر كل من "دافيز، وماهوني" Davids and Mahoney بحثهما عام ١٩٥٧ وكانا يشيران في المقدمة إلى أن الفضل إنما يرجع إلى "فرويد" تنبيهه علماء النفس إلى حقيقة أن الدوافع اللاشعورية تلعب الدور الأساسى في تحديد ما يقع للفرد من أحداث يومية، وأن هناك فكرة شائعة في 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 سمات الشخصية والإنفعالات والإتجاهات والعوامل الدافعة إنما تكمن وراء حقيقة ما هو معروف من أن بعض الأفراد يبدون خضوعاً غير عادى للحظ العائر، والفشل، والحوادث (المرجع السابق، ١٩٩٧: ٣٨٧).

وهو وما ظهر واضحاً وجلياً في المقابلة الإكلينيكية من أن المفحوصة كانت تلقي بنفسها أمام السيارات المسرعة أو القيادة السريعة المتهورة، أو التعرض للإغماء في الأماكن الخطرة. وفي هذا يشير (فرويد، ١٩٥٧: ٥٤) أن الحوادث - كباقي الأفعال العرضية التي يقع فيها الناس - ليست إتفاقية، وإنما تتطلب أكثر من التفسيرات الفسيولوجية، وأن لها معنى وتقبل التأويل، وإن بوسع المرء أن يستنتج منها وجو دوافع ونوايا مكبوتة.

والمقصود بمعانها كما يذكر (فرويد، ١٩٩٠: ٥١) أن لها دلالة، وإنها تصدر عن مقصد وعن نزعة، وإنها تحتل مكاناً معيناً في سلسلة من العلاقات النفسية، وهو ما تم ملاحظته مع تلك الفتاة المراهقة لكثرة تعرضها للحوادث والإصابات دون أن تكون واعية بالهدف الذي تحققه الحادث بل كثيراً ما نجد الفرد يقاوم الإعراف 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 وكتب ما يتعلق به. وغالباً ما تكون هذه الدوافع دوافع لا شعورية عميقة ومتصارعة تدفع صاحبها دون أن يعنى لإتيان الفعل الذي تتجم عنه الإصابة كحل لهذا الصراع وإرضاء لدوافعه.

وفي هذا يشير (فرويد، ١٩٣٨) لحالة سيدة صغيرة كسرت ساقها من تحت الركبة في حادث جعلها طريحة الفراش لعدة أسابيع، وكان من المدهش حقاً عدم وجود إحساس بالألم وهدوءها الذي إستقبلت به هذه الإصابة، وكانت الإصابة مصحوبة بعرض عصابي خطير طال أمده. وفي أثناء التحليل إتضح الظروف التي أحاطت بالإصابة والملابس الخاصة التي سبقتها.

فلقد أمضت السيدة بعض الوقت في مزرعة اختها بين جمع من أقاربها. وفي إحدى الليالي رقصت إحدى الرقصات التي ضاق بها زوجها الغيور ضيقاً بالغاً، فتقدم منها وهمس في أذنها قائلاً: "مرة ثانية سلكت كما تسلك العاهرة"، فتركت الكلمات أثراً كبيراً فيها. وفي هذه الليلة لم تذوق طعم الراحة في نومها. وفي ضحى اليوم التالي أرادت أت تنتزه فأختارت بنفسها الأحصنة التي سوف تجر العربة التي تركبها. وخلال النزهة كانت عصبية كما ذكرت للحوذى أن الأحصنة تغزع، وما إن إعترض الأحصنة عائق بسيط حتى قفزت من العربة في فزع فكسرت ساقها. هذا بينما لم يصب أحد ممن كانوا بالعربة.

في هذه الحالة يتبين بوضوح تلك المهارة الفائقة في إيجاد موقف وإستغلاله إستغلالاً مناسباً لإحداث إصابة تكيل للمرأة عقاباً ملائماً لجريمتها التي إرتكبتها، فبحدوث الإصابة على هذا النحو أصبح من المحال عليها أن ترقص لمدة طويلة، وفي نفس الوقت أشبعت لديها الحاجة إلى عقاب الذات تكفيراً عما إرتكبته من جرائم ما غضب له زوجها شديداً. وهكذا إستطاعت الإصابة أن تحقق هدفين في 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. وفي ذلك يشير (Brewster, 1952): أن الاحداث التي تأتي بضرر غير متوقع للشخص أو للآخرين - على ما يبدو - تشبع حاجات لا شعورية للعقاب ترجع إلى مشاعر الغضب والشعور بالذنب والأثم (فرج طه، ١٩٩٧: ٣٩٥ - ٣٩٦).

وفي حالة المفحوصين مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية ربما تكون القابلية للحوادث والإستهداف للإصابة راجعاً إلى تخیيلات 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 التي تشبعها - ما يسمى بالمكاسب الثانوية وما يجنيه المضطرب - مثلاً - من العطف عليه والإهتمام به وعدم هجرانه فيشبع بذلك حاجته إلى عطف واهتمام افتقده طول حياته، او ما يجنيه من إدخال الهم والشقاء 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 في المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT، وإختبار KFD، وإختبار تكملة الجمل لساكس.

وبالرغم من أن (فرويد، ١٩٣٨) قد أشار بأنه مؤمن بما قد يكون للصدفة الخارجية من أثر على الأحداث، إذ هي الصدفة، لكنه لا يؤمن بصدفه داخلية نفسه تحدث الإصابات. فالنشاط النفسي يخضع لحتمية نفسية وليس فيه مجال للصدفة. وفي هذا يقول (فرويد) في إحدى محاضراته: "الحق إنكم تتوهمون وجود حرية نفسه، 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 الإنساني - 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 النفسية للنشاط النفسى للإنسان وهو ما ظهر واضحاً وجلياً لدى المفحوصين.

الإبتزاز العاطفى والمكاسب الثانوية لدى مضطربي الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية بأن الحياة النفسية لمضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية عينة الدراسة الحالية هى حياة عاطفية جداً ولأنهم يخافون ويفعلون أى شئ لتجنب الانفصال بالإضافة إلى الحساسية المفرطة تجاه الرفض والإنفجار غضباً فى أى وقت يشعروا فيه بتهديد إحساسهم بالأمن؛ ولذا فهم عادة ما يستخدمون الإبتزاز العاطفى Emotional Blackmail للحصول على ما يريدونه - سواء بإيذا الذات أو بالانتحار 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 بالعائية تجاه أحد الوالدين أو كلاهما أو بالغضب ويطلق عليها إسم المعاقبون Punishers، أو بإلقاء اللوم على الأهل أو على الظروف البيئية والمجتمعية ويطلق عليهم إسم المعانون Suffers، أو إستخدام الوعود الرنانة الجميلة أو الحاملة للتحسن وللاستقرار فى حال الحصول على ما يريدونه ويطلق عليهم إسم المغرون Tantalizers، أو بالصمت أو الغضب الصامت ويطلق عليهم الصامتون Silencers- 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؛ Goutaudie, et al., 2014؛ kregen, 2015؛ سوزان فور وورد، دونا فرايز،

٢٠١٥هـ به محمود، ٢٠١٦

ولذا يعد الأشخاص المصابون باضطراب فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية هم أكثر احتمالاً لإستخدام الإبتزاز العاطفي مقارنة باضطرابات لأشخصية الأخرى (6: Braiker, 2007). وعادة ما يلجأ مضطربي 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 الأخر خوفاً من فقدان السيطرة عليه، أو الخوف من الرفض (ممدوحه سلامة، ٢٠٠٩؛ Walters, G., 2011 أنوار هادي، 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 وسليمة بهم، ومن ثم نجده يميل إلى التلاعب بمشاعر الآخرين وهو إحدى السمات الأساسية للإبتزاز العاطفي لدى مضطربي الشخصية الحدية (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٦).

خصائص وسمات نرجسية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، وإختبار TAT ، وإختبار الرورشاخ من معاناة المفحوصة من نرجسية مجروحة ناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل الوالدي أو معاملتهم بطريقة غير عاطفية، ومن أم متطفلة تحمل الطفل العديد من الطلبات وتعجل من الوجود الشخصى له أو النضح قبل الأوان ويظهر هذا التطفل فى دفعة إلى الإنجاز فى مجالات متعددة ومتنوعة أو أن يكون عقلانى أو مبدع أو قوى؛ وهو الأمر الذى أدى بدوره إلى تثبيت المفحوصة على مرحلة النرجسية الأولية وتتفق مع هذه النتيجة نتائج الدراسات التالية: (Kernberg, 1970; Volkam, 1976; Carlose, et al., 1996) والتي أكدت جميعها على أن هؤلاء يظهرون خلل فى العلاقات الشخصية، والبرود، والإستقلال، والحاجه إلى التحكم فى الآخرين، والإندفاعية، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، بالإضافة إلى سلوكيات متكررة لجذب الإنتباه والإعجاب.

ويتحدث "فرويد" عن النرجسية على أنها الحالة السعيدة حيث يشعر فيها الطفل أن ذاته هي "مركز ومحور الإبداع والخلق والإبتكار"، ولقد وجد "فرويد" أن الإشتياق إلى القدرة المطلقة والإعتقاد في القوة السحرية للساحرات والكلمات والأفكار في التعامل مع العالم وما شابهها من مظاهر النرجسية واضحة في الحياة النفسية للأطفال والشعوب البدائية وهي تثبت وتبرهن على وجود حب الذات الأولى الذي يعد وجوده في طفولة الإنسان أمراً طبيعياً في حين أنه يكون مظهراً مرضياً في المراحل المتقدمة في نموه (عبد الرقيب البحيري، ٢٠٠٧: ١٨). ومن ثم يشير (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ١١٦٥ - ١١٦٦) بأن الشخصية المضطربة تتميز بنرجسية زائدة تكشف عن نفسها في حاجه شديدة للإستحسان من الآخرين، ولكنها تتكون في الأغلب من طبيعة النرجسية الأولية والمطلقة القدرة والتي تتميز بالإستقلالية عن الآخرين، وبتحريف إختبار الواقع عند المريض، ومن ثم فإن التثبيت النرجسي يكشف عن نفسه في إستعداد المرضى للإستجابة إزاء الإحباطات بفقدانات جزئية في الطاقات المستثمرة في الموضوعات والعلاقات مع الموضوعات وكذلك الإنفعالات يمكن بطرائق مختلفة أن تخلي مكانها لعلاقات زائفة ولإنفعالات زائفة.

ولذا فإن النرجسية الزائدة غالباً ما تكون ضدية في 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 إبتعائها بدرجة أو بأخرى تعد نمطية في هذه الشخصيات وحيث أن الأشخاص من هذا النوع يتلقون بإحباطات كثيرة، فإنهم يعجون بعدوانيات لا شعورية، ومن ثم لا يعيشها المرضى في العادة من حيث هي كذلك.

وفي ضوء ما سبق يشير (مصطفى حجازي، ٢٠١٣: ٦١) أنه ممنوع على كل من المرأة والرجل أي يرى خارج نطاق وقيود وسلطة العصبية لأن الرغبة المتحررة ذاتياً هي مباشرة وفي الآن عينة تحرر من السلطة الخارجية المفروضة، واسترداد لمركز الضبط الداخلي، وعبور إلى الاستقلال، وذلك ما يهدد كيان العصبية ذاته من خلال تهديد بنيتها بالتصدع والانفجار ولا تخشى العصبية شيئاً بقدر خشيتها من تحرك الرغبة خارج نطاق سلطتها إلا أن من لا يمتلك رغبته لا يمتلك استقلاله، وبالتالي لا يعبر إلى الرشد الفعلي، أي أنه لا يكبر ولا يشب عن الطوق أي كسر قيوده النفسية التي تمارسها عليه السلطة بشكل خفي.

وهكذا تستمر العصبية كأم رحم/ ندي تحمي وترضع أعضائها الذين يظنون صغاراً، أعضائها الذين لا يولدون (يخرجون من رحمها)، ولا يفطمون، وبالتالي لا يمكن أن يستقلوا، هذا الرضوخ لا يستتب ويستقر ويستمر من خلال الضغوط الخارجية وحدها؛ أنه يتمكن من خلال الرضوخ الداخلي الذاتي، والتعايش مع صورة الذات المغلوبة على أمرها، هذه الصورة المغلوبة على أمرها تشكل جرحاً نرجسياً عميقاً حيث تتأذى صورة الذات وتفقد قيمتها واعتبارها بإزاء ذاتها.

الفشل الإجتماعي لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

يشير الفشل الإجتماعي في قصص المفحوصة على إختبار TAT إلى فشل في الدراسة بل وفي العلاقات الأسرية والإجتماعية مما يعكس عجز المفحوصة عن التوافق في علاقات إجتماعية أو إتمام هذه العلاقات بالاضطراب وبالضحالة الإنفعالية وهذا ما تعكسه القصص في بطاقات "التات" TAT من ضعف إدراك المفحوصة لأى مظاهر للتواصل بين أبطال القصص مما يعكس أيضاً إفتقاد الإحساس بالآخر أو بالإرتباط العاطفي به، وعجزهم عن التوافق في علاقات إجتماعية سواء علي المستوي الأسري أو المجتمعي، بالإضافة الي إتمام هذه العلاقات بالاضطراب والضحاله الانفعالية، ومن ثم مزيد من الانسحاب والعزله والانزواء بعيداً عن الناس بالإضافة ايضاً للشعور بالتهميش، وبالنبذ، وبالرفض، مصحوباً بمزيد من الجبن الاجتماعي، والاختفاق في الحب السوي، والنزوع الي الخيال كوسيلة إبدالية تعويضية للاشباع علي المستوي التخيلي، والمعاناه ايضاً من الفراغ والخواء والاعتراب السيكولوجي ذات الطابع الوجودي، والديني، والروحي، والعجز الاجتماعي، والافتقاد لوجود اصدقاء بجانب الافتقاد الي الاحساس بالآخر، أو بالارتباط العاطفي به، هذا بالإضافة الي وجود تصورات سلبية للقبول الاجتماعي والشعور بالخضوع، أو القهر من جانب الجماعة وعدم حصولهم علي الدعم والمساندة الاجتماعية بالشكل الكافي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التالية:

; Wafaa Abd ٢٠٠٨ حورية ولد يحيى، (Paris, 1995; Bonger, et al., 1998; Alhaleem, 2013; Silberschmidt, et al., 2015; Bach, et al., 2016; Ntshingila, et alk., 2016)

ولذا يعتبر الفشل الاجتماعي لدي هؤلاء المراهقين نوع من الهروب الهيستيري والخصاء الرمزي للذات والذي يستخدم المراهق ميكانيزم النقل لينقل العجز عن الاستحواذ علي الأم الي فشل الدراسي أو الاجتماعي مما يبين تأزم وفشل الموقف الاوديبي ، واذا ربطنا هذا الفشل بغيره من السمات التدميرية والاكثائية وكما يري كل من (و.ج.مكبريد، ١٩٤٦: ١٩؛ فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤١٣) سنكشف عن اضطرابات عميقة الجذور ، فالنجاح الاجتماعي ، والعلاقات المتبادلة بالآخرين رهن التغلب علي العوائق الطفلية المبكرة، وذات الطبيعة الذهانية فعدم القدرة علي تعديل هذه الضروب من القلق الذهاني وتخليص الموضوع الداخلي مما يتصف به من سمات اضطهادية تدميرية يجعله يري بالاسقاط هذا الموضوع الداخلي المدمر يطارده أبداً في كل علاقة خارجية مما يدفعه الي الفرار ويحول بينه وبين تحقيق النجاح كما إن ادراك المفحوصين لابطال القصة دون أيه رابطة أسرية أو عاطفية تجمعهم فهذا الاختفاء للجو العائلي يشير بدوره الي عجز المفحوصين عن حل الموقف الاوديبي حلاً سويماً بالإضافة الي احساس المفحوصين بالاغتراب النفسي مما دفعهم لأن يكونوا لأنفسهم عالماً خاصاً بعيداً كل البعد عن الشرعية الوجودية للمجتمع الأصلي مما كان يدفعهم باستمرار لأن ينسحبوا الي واقع خاص بهم أو منعزل عن الآخرين وهو ما يعكس ويوضح حياتهم الهامشية في مجتمع غير آمن وهذا ما ولد لديهم شعوراً بانعدام الأمن والغريه.

كما أن إدراك المفحوصة لإبطال القصص في إختبار TAT دون أية رابطة أسرية أو عاطفية تجمعهم فهذا الإختفاء للجو العائلي يشير بدوره إلى عجز المفحوصين عن حل الموقف الاوديبي حلاً سويماً بالإضافة إلى إحساس المفحوصة بالاغتراب النفسي مما دفعها لأن تكون لنفسها عالماً خاصاً بعيداً كل البعد عن الشرعية الوجودية للمجتمع الأصلي وهو ما كان يدفعها باستمرار لأن تنسحب إلى واقع خاص بها أو منعزل عن الآخرين مما يعكس بوضوح حياتها الهامشية في مجتمع غير آمن ومهدد، وهذا ما ولد لديها شعور بانعدام الأمن ، ومن ثم الشعور بالاغتراب والخواء النفسي الوجودي.

زيادة الخصائص السيكوباتية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

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 في إختبار TAT 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 في ضوء ما هو معروف عن خصائص السلوك السيكوباتي من حيث إنه سلوك دفاعي متكرر يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه ويؤدي هذا السلوك بصاحبه إلى عجز عن التوافق الإجتماعي حيث أن أبرز سمات السيكوباتي هي الضحالة الإنفعالية والاندفاع والتهور والعجز عن ضبط النفس وإحتمال الحرمان والإحباط، فالسيكوباتي عاجز عن تأجيل لذاته العاجلة في سبيل لذات ومغانم أجله بل ويسارع إلى ارضاء حاجاته المباشرة ودوافعه الملحة وإن أضرت بمصالحة أو ترتب عليها عقاب وهو ما يعكس بدوره أنا أعلى سادى، كما أن السيكوباتي لايفيد من تجاربه ولا يردعه العقاب عن معاودة أخطائه (أحمد عزت راجح، ١٩٥٤: ١٨٣ - ١٨٥).

وهذا يبين أن هناك نوعاً ما من اللامبالاه بالمعايير وغياب مشاعر الذنب وهو ما تم تبينه في إستجابات الرورشاخ من عدم ضبط الأنا الأعلى في التعامل مع الرغبات والاندفاعات 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 مضطربي 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 "أيدولوجيا" شعورية أو إثبات الذات العدوانى وبشكل متكرر بميول إنتحارية مزمنة منسجمة مع الأنا، وتظهر هذه الميول الإنتحارية ليس كجزء من أعراض الإكتئاب ولكن في 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 في 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 البحثي أن الإفتقار إلى الحب ووجود الرفض الوالدي - وهو ما يعانى منه المفحوصين بالفعل - هما السببان الأساسيان للسلوك السيكوباتي. وهناك دراسات عديدة أخرى ربطت السلوك السيكوباتي بعدم الإتساق في النظام الوالدي وفشل الوالدين في تعليم الأطفال مسؤولياتهم نحو الآخرين (Bennet, 1960). ومن ثم فإن ملاحظات "أوفويجسون" Ophuigsen تبدو أكثر إستشارة للإهتمام فهو يقرر أن السلوك المعادى للمجتمع يبدأ في فترة مبكرة للغاية في صورة التمرد على الأسرة وعدم طاعتها أو الهروب من المدرسة أو الكذب والسرقة. حيث قد وجد في هذه الحالات إضطرابات بالغة في الحياة الأسرية أدت إلى إهمال الطفل ونبذه.

(محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩: ٧).

وهو ما تقرره أيضاً "أنا فرويد" في أنه عندما تكون الأم غائبة أو مهملة أو فاقدة الإلتزان الإنفعالي كما في حالة مضطربي الشخصية الحدية فإنها تخفق في 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 الإجتماعي.

جون بي ريد، جيرالد آر، ٢٠١٨: ١٣٦) (Benntt, 1960: 54)

الإلحاد والجانب الديني واضطرابات الأكل لدى مضطربي الشخصية الحدية:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية معاناة المفحوصة من الإلحاد ومن غياب الجانب الديني تماماً والتي تعاني من اضطرابات في الأكل Eating disorders، ومنها فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa، ونوبات الشره العصبي نتيجة مقاومة النضج الجنسي والنفسي، أو نتيجة اضطراب عملية التفرّد والانفصال عن الأسرة على وجه العموم، وهو ما عانى منه المفحوصة بالفعل (Garfinkel and Kaplan, 1986).

فالأسرة تلعب دوراً في ذلك في الغالب حتى أن الوالدين قد يضعا لأطفالهما متطلبات أداء عالية، وقد يرفضوا بالفعل محاولات الأطفال للحصول على الاستقلال (Gardinkel and Garner, 1982)، كما تتميز أيضاً أسر المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي بأنها عدائية وشديدة الحماية ومتصلبة وغير قادرة على حل المشكلات، وهم ما تتسم به أسرة المفحوصة.

(Minuch, R., and Barker, 1978; Yates, 1989)

كما أشار "هيلد بروش" إلى أن فقدان الشهية العصبي بأنه ناتج عن القصور الشخصي والافتقار إلى الثقة في حالاتها الداخلية وانفعالاتها، وتصبح السيطرة على الجسم أو الجسد وسيلة لتحقيق الشعور بالسيطرة (Bruch, H., 1979, 1981)، وهو ما عانت المفحوصة منه فعلياً، وهو ما تؤكد أيضاً دراسة كلا من (Covert, K., and Thompson, 1989) بأن الاضطراب يتميز بأنه نكوص وإرتداد عن النضج النفسي والانفعالي والاجتماعي السوي. أما بالنسبة لنوبات الشره العصبي فهي نوبات متكررة من الأكل بشراهة مع سلوك تعويضي مثل القيء مصحوباً بآلام حادة وغير محتملة في البطن، وبالرغم من أنهم يدركون أن أكلهم غير سوى إلا أنهم يقررون بأنهم لا يستطيعون السيطرة على أنفسهم، ويؤدي عجزهم عن السيطرة على أكلهم إلى مشاعر الاكتئاب والشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات، ومن ثم تفترض نظرية التحليل النفسي أن اضطرابات 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 أن تعبر عن نفسها (أولتمانز نيل دافيسون، ٢٠٠٠: ٣٦٦؛ محمد أحمد محمود خطاب، ٢٠٢٣).

وهو ما عبرت عنه المفحوصة في المقابلة الكلينيكية، واختبار تكلمة الجمل، واختبار TAT، واختبار الرورشاخ من معاناتها من صدمة المشهد الأول، ومن تخيلات جنسية محارمية مع الوالد من الجنس المخالف، وما قد ينتج عنه من حمل.

وبالإضافة لما سبق يرتبط كل من النهم والشره العصبي بعدد من الاضطرابات الأخرى مثل الاكتئاب، واضطرابات الشخصية، واضطرابات القلق، وتعاطي المواد المخدرة والكحوليات، وانعدام الثقة بالنفس وبسوء المعاملة الوالدية سواء كانت بدنياً، أو جنسياً، وهو بالفعل ما عانت منه المفحوصة بالفعل.

(Fairburn, et al., 1998; Striegel, M., et al., 1999; Godart, et al., 2000; Root, et al., 2010; Rubinstein, et al., 2010; Bakor, et al., 2010)

كما تبين من المقابلة الكلينيكية، واختبار التات أيضاً، غياب الجانب والوزاع الديني لدى المفحوصة تماماً، والتي لا تؤمن بوجود الرب أو بوجود أديان سماوية، ولقد بين لنا التحليل النفسي العلاقة الوطيدة بين عقيدة الأبوة والإيمان بالله، فالله من الناحية النفسية ما هو إلا أب كبير، ودليلنا على ذلك ما نراه يومياً من انهيار الإيمان الديني عند هؤلاء المراهقين الذين

يفقدون سلطة الأب عليهم، وعلى هذا الأساس فجنود الحاجة للدين تتركز في عقدة الأبوة، والإله العظيم العادل الرحيم ما هو إلا رمز التسامي الكبير للأب وللأم أو أحياء وأستعادة لفكرة الطفل عنهما ومن الناحية البيولوجية نستطيع اقتفاء أثر التدين في الإنسان الصغير فالطفل المحتاج إلى العون والمساعدة وفي وقت متأخر عندما يدرك تفاهته وضعفه، ويلمس القوة الكبرى المحركة للحياة ينتابه نفس ما شعر به في طفولته ومن ثم يحاول أن يتغلب على بأسه بإحياء نكوصي للقوى التي حتمته في طفولته، وهنا يسهل تفسير ظاهرة الحماية التي يكفلها الدين لهؤلاء الذين يؤمنون به ضد المرض النفسي فهو يزيل العقدة الأبوية التي تؤدي إلى الشعور بالذنب، وهكذا يتحرر الإنسان من هذا الشعور بينما يصارع الملحد مشكلته دون الاعتماد على قوة أخرى وقد تبين من المقابلة أيضاً غياب الأب وخاصة في السنين الأولى من حياة المراهق.

ولهذا فقد تشعر الفتاة المراهقة بالعزلة وبالحنن الشديد، وبالغضب والاكئاب والخزي والشعور بالذنب وكثيراً ما تنتابها وساوس قهرية مختلفة - وهو ما تعاني منه الفتيات المراهقات ، وقد تدمن الفتاة سلوكيات متطرفة مثل الإفراط الشديد أو الإمتناع في الطعام - وهو ما لاحظته فعلياً لدى المفحوصة - وإدمان الكحوليات والمخدرات، وربما يصل الأمر إلى ضعف القدرة على الارتباط النفسي بأطفال المستقبل وإلى فساد علاقاتهن بأزواجهن، وفي جانب آخر، تشعر الفتاة الغربية في المجتمع المتدين، ثم عن الإله، ويصل الأمر إلى غضب من الإله، لا تستطيع الأم التسامح فيه، وكمخرج من هذه المعاناة قد تنكر الفتاة الوجود الإلهي "الاحاد" (عمرو شريف، ٢٠١٦: ١٣٨).

وقد بين (سيجmond فرويد، ١٩٧٠: ٢٧) العلاقة بين سلوك الأب وانهايار الإيمان الديني عند المراهقين من خلال دراسته لحالة "ليوناردو دافنش" الذي كان يعاني من الحرمان الأبوي، ولقد كان لهذا الحرمان الأبوي أثره البالغ على "ليوناردو" فقد تصدى دائماً لفكرة الأبوية ونبتذ السلطة واعترض على آراء القدماء وأصبح أول عالم طبيعة وثار على الكنيسة المسيحية وخصوصاً فكرة الأب الإلهي ويرمز هذا الصد الشديد للسلطة كما يرى فرويد إلى نبذه لوالده وبالتالي اعتراضه على المسيحية بالإضافة إلى ذلك تعتبر فترة المراهقة هي فترة الاحتجاج على عالم الكبار وقد يعمم المراهقين احتجاجهم على الألوهية ذاتها ويظنون أن القوة الباسقة لديهم تسمح لهم بالسيطرة على الكون بأسره، وليس هذا من قبيل المجاز ذلك أن المراهقين قد

يتعرضون للإصابة بجنون العظمة وهذا ما تبينه الباحث من خلال المقابلة وبشكل واضح وهذا ما بدا من خلال تفكيرهم السحري والخرافي بأنهم يمتلكون قوة و طاقة يستمدونها من خلال قيامهم بالطقوس السحرية أو بتعاطي المخدرات وكما أشرنا سابقاً بأن المراهقة هي فترة الاحتجاج على عالم الكبار فقد أشار فرويد في دراسته لحالة "ليوناردو دافنشي" أنه لا يستطيع إنسان أحب أمه في طفولته أن يهرب من طموحه في وضع نفسه مكان أبيه وأن يقتمص شخصية والده في أحلامه، ويضع نصب عينه أن يعلو عنه في المرتبة وعندما ذهب "ليوناردو" قبل أن يصل إلى سن الخامسة إلى منزل جده واتخذ من زوجة والده بديلة لأمه - وهذا ما حدث مع حالتين من عينة الدراسة الحالية - ومن ثم وجد نفسه ثانياً منافساً لأبيه ومن ثم متمرداً على كل السلطات والديانات والذي يرجع في الأساس لنبذه لأبيه ولا شك أن المراهق في كل هذه الحالات قد يقع فريسة لصراع أساسه عدم وجود تحديد واضح لنظام ثابت من القيم يوجهه في أحكامه وسلوكه وإلى أن يحل هذا الصراع بطريقة أو بأخرى يظل المراهق يعاني من الخلل والاضطراب في تحديد دوره في هذا المجال (يوسف ميخائيل، د.ت: ١٠٤؛ سيجموند فرويد، ١٩٧٠: ١٠٩؛ محمد عماد الدين، ١٩٨٢: ١٧١).

ويتضح مما سبق أن فقدان الشهية العصبي، والمعاناه من السادية والاستهداف للإصابة، بالإضافة للأفكار والمحاولات الانتحارية، ما هو إلا عقاب لا شعوري من المحفوفة تجاه السلطة بكافة أنواعها بالإضافة إلى الاستخدام الواضح لميكانيزم التحويل والذي هو نتيجة أخفاق المراهق في حريته، ولذا فإنه نتيجة حاجة المرء على العثور على وثن لعبادته وإلى الإيمان به ليتغلب على خوفه وانعدام ثقته بالعالم وهذا ما ظهر جلياً في اتجاه المحفوفة نحو الإلحاد وعدم الايمان بالغيبيات أو بالأديان السماوية طبيعة الحاجات الغير مشبعة لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

فقد تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، واختبار تكملة الجمل، واختبار TAT، واختبار KFD، واختبار HTP، واختبار الرورشاخ أن المحفوفة كانت في حاجة شديدة للإهتمام وللتقبل وللدفع وللحب والوالدى غير المشروط، والحاجه إلى التقدير والمساندة والدعم الأسرى والمجتمعي، 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 والاهتمام والحب من جانب الأم والذي يؤدي بدوره إلى تعثر مضطرب الشخصية الحدية إلى الانتقال للمراحل التالية حيث يتم توحيد الموضوع وتماسك الأنا حيث تتحقق الغلبة التدريجية للمشاعر اليبديية الإيجابية حيال الموضوع الخارجي وبالتالي تعديل الأنا الأعلى وتقوية الأنا وخاصة أن الواقع الخارجي الجذب والمحبب لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لا يؤدي إلى عجزه عن مطالبه هذه الظروف بل يرده إليها لإستمرار وجوده في هذه المواقف المحببة كلما جابه مواقف إحباط وحرمان. ومن ثم فإن مضطربي فقدان الشهية العصبي واضطراب الشخصية الحدية عادة ووفق تصورهم جوعى إهتمام وحب وتقدير.

وفي ضوء ما سبق يشير (صلاح مخيمر، ١٩٨٠: ٣٩ - ٤٠) أن الإلتزان لفترة الكمون يستمر حتى البلوغ حيث يحدث تعزيز بيولوجي للحفزات الجنسية الغامرة تطيح بالإلتزان 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 حقيقي مبذول، ويعجز الإلتباه عن أن يستمر في التركيز مما يأخذ صورة سرعة الملل كما تزداد سرعة القابلية للتهيج الإنفعالي فينفجر في يسر نوبات القلق Anxiety أو الغضب Angry هذا إلى المحاولات الإفرغية الأخرى في الأحلام الليلية وأحلام اليقظة النهارية وهكذا فإن هذه المحاولات يكون هدفها هو إستعادة التوازن الذي إضطرب.

إضطراب الحياة الأسرية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

عند فحص العلاقة بين الزوجين تبين للعديد من الباحثين أن نوع العلاقة بينهما لا يلعب دوراً هاماً ومركباً فقط في زيادة أو نقصان المشاكل والصراعات النفسية لدى كل من الزوجين بل أنها تتعكس على حياة أطفالهم (Wynne, L., et al., 1958; Framo, J., 1965; Boszormenyi, 1965; Ackerman, N., 1966) وهو ما عانت منه وعاشته المفحوصة بالفعل من حدة وعنف الصراعات بين الوالدين والتي ما زالت مستمرة حتى الآن وأن كان في شكل الطلاق العاطفي، إضافة لما سبق فقد لاحظ العديد من المعالجين أنه عندما

تتضح العلاقة وتتحسن بين الوالدين يصبح من السهل على الأطفال أن تستقل بذواتها وتحرر من رباطها المرضى بالوالدين أو من أحدهما.

وهو ما ظهر واضحاً وجلياً في نتائج: المقابلة الإكلينيكية ، واختبار تكلمة الجمل ، واختبار HTP، واختبار KFD، واختبار TAT، واختبار الرورشاخ عن وجود اضطرابات ضاربية وعميقة، وضاربه الجذور في الحياة الأسرية لدى المفحوصة، والتي تبدأ بالمشاحنات أو بالمشاجرات الحادة العنيفة بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء، أو بغياب أحد الوالدين أو كلاهما، أو ما يعرف بما يسمى بالطلاق العاطفي بين الوالدين ولذا يطلق على هذه الأسر عادة إسم الأسر المتصدعة والتي تعاني من ضعف وتفكك الروابط الأسرية الناتجة عن المنازعات المستمرة، كما يشيع في محيطها عدم إحترام حقوق وخصوصية كل عضو فيها، وغالباً ما يكون الأبناء في هذه الأسر غير مرغوب فيهم، وهو ما يؤدي إلى عدم شعورهم بالإنتماء فيما بعده تجاه الأسرة أو المجتمع وتتفق مع هذه النتيجة دراسة كل من (Paris, 1995; Ntshingila, et al., 2016).

ومن أهم السمات التي تميز وكما يؤكد كل من: (Palazoli, et al., 1988: 22; Muuss, 1998: 407) عائلات الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي الجمود، والصرامة، والتزمت، والتسلط، والقسوة، والمبالغة في الحماية وخاصة من الأم والتي تلعب دور رئيسي وأساسي داخل الأسرة - وهو ما تعاني منه المفحوصة فعلياً - بينما الأب عادة يكون دوره هامشي وغائب من الناحية السيكلوجية، بالإضافة أيضاً إلى التفكك، وفقدان الترابط والانسجام بين أعضائها، كما أوضحت نتائج عديدة من الدراسات أن نشوء أو ظهور فقدان الشهية العصبي بين أعضاء هذه الأسر يمنع الانشقاق والتفكك السائد داخل الأسرة ويساعد على حدوث التماسك الأسري باتخاذة محوراً أو بؤرة للانشغال الزائد أو القلق، بحيث يتحد أفراد الأسرة بسببه بدلاً من التخاصم مع بعضهم البعض.

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 في ممارسات وأعمال وأفعال تتسم بالعنف الشديد والواضح.

ولذا يميل مرضي اضطراب فقدان الشهية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية كثيراً إلى إظهار تاريخ انفصال بين الأبوين وإساءة معاملة على المستويين اللفظي والعاطفي ومن وجود اضطرابات أسرية مترسبة أو قديمة، أكثر من المرضى الآخرين الذي يتم تصنيفهم ضمن اضطرابات الشخصية الأخرى (Reich and Zananiri, 2001)، وهو ما أكده أيضاً كل من (حسام أحمد، أحمد محمد، ٢٠٠٩: ٢٩٠) في أن الإرتباطات الصادمة وغير المستقرة بالوالدين تقود وبشكل جوهري إلى اضطرابات 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 وتحسن بين الوالدين يصبح من السهل على الأطفال أن تستقل بذواتها وتحرر 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 في 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 الأوديبيية للطفل وذلك من خلال نمو الهوية المنفصلة للطفل عن والديه والتي تؤكد أن الإضطرابات الحدية ترتبط بإحباطات مبكرة وصدمات نفسية تحدث في 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 حازه كل منها إلى تحويل الصراع الداخلي إلى الخارج أي إلى موضوع كوسيلة للسيطرة على النزاعات تجعلها في حازه شديدة كل للآخر وبالتالي في حازه 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 يعاني الطفل من الثنائية الوجدانية وهي نفس المشاعر التي يشعر بها كل من الوالدين نحو الآخر وقد يحدث الإلتزان 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 وعي كامل بالسبب أو عندما يصبح الأولاد أو أحدهم محور ومضمون الخلاف المستمر بين الوالدين وكأنهم يشبعون 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 مضطربي الشخصية الحدية يعانون من ضعف في الوسائل الدفاعية القادرة على مواجهة الحياة الضاغطة، وهذه الوسائل لم تتشكل بشكل جيد وإيجابي لعدة أسباب منها: فشل العلاقة الوالدية في الطفولة والتعرض لخبرات الإساءة، ومن ثم فإنه من الممكن أن يحدث ضعف في الأنا أي أن التحكم في الإندفاعية يكون ضعيفاً جداً، وتذبذب في الهوية، بالإضافة إلى صعوبة التحكم في ميكانيزمات الدفاع (سعاد البشر، ٢٠٠٥).

وقد أكد بولبي عام ١٩٧٣ أن شخصية الراشد هي محصلة لأنماط تفاعله مع الأشخاص الذين تعلق بهم من خلال سنوات عدم النضج. وهكذا فإن الذي كان محظوظاً في أن ينمو ويكبر في أسرة عادية طبيعية، وفي ظل أبوين تتسم علاقتهما بالمحبة والقبول هو شخص تفاعل طوال مدة طفولته الأدنى ومراهقته بأشخاص تقدم التأثير والراحة والحماية والحب، لذلك تتكون لديه توقعات عميقة يمكن أن تثبت صحتها خلال خبرات عديدة بأن العالم آمن وبخير. ومن ناحية أخرى هناك من نشأ في ظروف مختلفة عن الظروف السابقة، ففي 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 احتمال أن يتجاوز معهم من يقوم برعايتهم بطرق حساسه تتسم بالمحبة والحماية أمر بفعل الصدفة أو حتى أمر غير قائم أو موجود، ويرى "بولبي" أنه حين يكبر مثل هؤلاء ويصبحون راشدين

فليس من الغريب أن نجدهم تنقصهم الثقة في وجود الآخرين معهم في ظروف المحنة أو الإضطراب وأن يبدو لهم العالم كمكان غير آمن لا يمكن التنبؤ به وأن تكون إستجاباتهم أما بالإسحاب منه أو بالعدوان عليه (ممدوحة سلامة ١٩٩٠: ٩٥ - ٩٦؛ Vignoli, et al., 2005؛ 2006؛ Aaranson, et al., 2010؛ Long, et al., 2010؛ هدى عبد الحميد، ٢٠١٤). كما تبين أيضاً من نتائج المقابلة الإكلينيكية أن غالبية أسر مضطري فقدان الشهية العصبي ومضطربي الشخصية الحدية كانت تسعى للمثالية والكمالية والأحكام. ولذا في العائلات الكاملة نجد أن الوالدين لسبب أو لآخر لا يمكن أن يتسامحا مع الظواهر السلبية الإنفعالية لأطفالهم، وعدم القدرة في التسامح بالتأثيرات السلبية، التركيز الذاتي، أو المخاوف من إفساد الطفل.

فالأسرة هي المؤسسة الأولى لتربية الأبناء ويتضح دورها ومدى إسهامها من خلال اعتبارها الرحم الثاني للطفل، ويمكننا القول بأنه كما يتشكل الوجود البيولوجي للجنين في رحم أمه، فكذلك يتشكل الوجود الاجتماعي للطفل في رحم أسرته، وعلى ذلك تكون الأسرة هي الجماعة المرجعية التي يعتمد عليها الابن في تقييمه لسلوكه.

فالأسرة هي أفضل مكان سوى يمكن أن ينمو فيه الطفل وخاصة أن الآباء يلعبون دوراً مهماً في توافق أبنائهم خصوصاً فيما يتصل بنموهم وكيونيتهم بمعنى أن العلاقات الأبوية الحميمة تؤدي إلى التوافق النفسي لأبنائهم وإهماله العلاقة بينهم وبين أولادهم يؤدي إلى سوء التكيف والتوافق، والأبوة تعني الحب والرعاية للأبناء لمساعدتهم على النمو (جمال مختار، ٢٠١٠: ١٣٧؛ Southam, G., et al., 1997)، ولذلك أن الاستجابات النفسية لسلوك الفرد عادة ما تحددتها الحياة الاجتماعية والعائلية (غاستون باشلار، ١٩٨٦: ١٤٧)، ويعبر "ماكس فيبر" عن شكل العائلة البطريركي: يوجد أصل كل إدارة، كما يقول في السلطة المنزلية. ولما لم يكن لهذه السلطة المنزلية من حدود في الأصل، لم يتمتع أولئك الخاضعون لرب الأسرة بأي حق شخصي، وهكذا كانت العدالة الرومانية القديمة تتوقف وببساطة على عتبة البيت (مصطفى صفوان، ٢٠١٩: ٦٦).

فأفراد الأسرة لا يزالون يحملون مشاعر حميمة وانفعالات خاصة تجاه بعضهم البعض ومشاعر لها تاريخ يمتد إلى سنوات طويلة في حياة كل منهم وتتميز العلاقة بينهم بعدم التكلف في بعض النواحي والتكلف الشديد في نواحي أخرى، هذه الخصائص لا تتوفر بين أفراد

الجماعات الصغيرة، فأعضاء الأسرة يلعبون أدواراً مختلفة بالنسبة للأعضاء الآخرين فقد نجد أن بعض أعضاء الأسرة يكون موضوعاً محرمًا بالنسبة لبعض الأعضاء ويخشاه فقط الأعضاء الآخرين، أو موضوعاً يسعى أحد أفراد الأسرة أن يستأثر به لذاته ويحرمه في نفس الوقت على باقي أعضاء الأسرة، كما نجد كذلك أنه ليس من الغريب أن يحفى الأولاد الكثير من السلوك والمشاعر عن آبائهم وأمهاتهم كما أن الآباء والأمهات قد يفعلوا نفس الشيء مع أولادهم (Ackerman, 1966: 94).

إن العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة تتكون خلال فترات طويلة وتمتد جذورها إلى المستويات اللاشعورية بل ويرجع تاريخها إلى ما قبل زواج الأبوين بل وإلى طفولتهما، ويرى "بوين" Bowen أن شبكة العلاقات بين أفراد الأسرة ودوافعها لا ترجع فقط إلى علاقة الأبناء بأبائهم خلال طفولتهم فقط بل وتصل بجذورها إلى أجيال سابقة (Laing, R., 1972; Bowen, M. , 1977).

ومن ناحية أخرى هناك من نشأ في ظروف مختلفة عن الظروف السابقة، ففي بعض الأحيان من الأشخاص لا يعرفون بوجود ممثل أو قائم على رعايتهم، وهناك من الأشخاص من كان وجود القائم على رعايتهم أمر غير مؤكد، وهناك من كان احتمال أن يتجاوب معهم من يقوم برعايتهم بطرق حساسة تتسم بالمحبة والحماية أمر بفعل الصدفة، أو حتى أمر غير قائم أو موجود، ولهذا يرى "بولبي" أنه حين يكبر مثل هؤلاء يصبحون راشدين فليس من الغريب أن نجدهم تنقصهم الثقة في وجود الآخرين معهم في ظروف المحنة أو الاضطراب وأن يبدو لهم العالم كمكان غير آمن لا يمكن التنبؤ به، وأن تكون استجاباتهم إما بالانسحاب منه أو بالعدوان عليه (ممدوحة سلامة، ١٩٩٠: ٩٥ - ٩٦؛ هدى عبدالحميد، ٢٠١٤؛ Adren, et al., 2006; Vigndi, at al., 2005).

ولذا فإن (جورج موكو، ١٩٧٨: ١٠) يؤكد على أن الطفل ينمو نفسياً في إطار الأسرة (وخاصة إذا ما علمنا أن الأطفال هم مرآة الأسرة)، إذ تتشكل شخصيته على وجه الخصوص عن طريق التقليد والمشاركة في تصرفات الأم والأب فالتركيب العقلي والأكثر عمقاً للطفل يتكون لديه عن طريق تقليد والديه أو معارضتهما، فالطفل يعتمد على والديه اعتماداً وثيقاً ليس على المستوى الجسدي والمادي فحسب بل أيضاً على مستوى نموه الوجداني والنفسي، فإذا كانت الأسرة تقدم أمثلة مضطربة فإن من شأن ذلك أن يشوب نمو الطفل بالاضطراب، وهو

ما حدث فعلياً لدى المفحوصة، ومن ثم فإن النضج الشخصي يبدو في التوافق الداخلي وانسجام العلاقات مع البيئة الاجتماعية.

ومن ثم يؤكد (صالح حزين، ٢٠٠٥: ٢٤) أن الصراعات الحادة بين الوالدين تجعل حاجة كل منهما إلى تحويل الصراع الداخلي إلى الخارجي إلى موضوع كوسيلة للسيطرة على النزاعات تجعلهما في حاجة شديدة كل للأخر، وبالتالي في حاجة إلى طفل ليعطي العلاقة بينهما نوع من الاستقرار والاتزان المرضي، فقد استقر بينهما نمط من العلاقة يمكن وصفها بأنها علاقة بين شخصين لا يستطيعان أن يعيشا معاً، ولا يستطيعان أن يعيشا إلا معاً، وهو ما يؤثر على شخصية الطفل سلباً نتيجة هذه التناقضات وعدم قدرته على تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين (عبدالرحمن ابراهيم، ٢٠٠٧: ١٣٢).

وعند فحص مشاكل أبناء هذه العائلات تبين أنها تعكس صراعات الآباء فمثلاً قد يعاني الطفل من ثنائية وجدانية وهي نفس المشاعر التي يشعر بها كل من الوالدين نحو الآخر، وقد يحدث الاتزان المرضي بشكل أو بآخر عندما يفرغ العدوان المتبادل بين الزوجين بطريقة مباشرة (Pseudohostility) أما عن طريق مداومة الآباء أو الأمهات على عقاب الأولاد أو أحدهم دون وعي كامل بالسبب أو عندما يصبح الأولاد أو أحدهم محور ومضمون الخلاف المستمر بين الوالدين وكأنهم يشبعون حاجاتهم من خلال أبنائهم بدلاً من اشباعها من خلال علاقتهم معاً كزوجين.

ومن ثم فإن افتقاد الأمن الاجتماعي والأسري والسيكولوجي والوجداني لدى الأسر هو واحد من أهم العوامل وأسرعها في خلق كافة الاضطرابات لدى الأبناء وتصيح أكثر شدة وخطورة وعنفاً وبؤساً على نفسية الأطفال، وخاصة ما إذا أخذنا في الاعتبار معاناة الأبناء من الشعور بالرفض والنبذ والقهر وعدم الاحساس بالأمن والأمان والحماية، وهو ما يؤدي بدوره إلى الانطواء على الذات، أو معاداة الوسط الاجتماعي والتمرد عليه سواء من الناحية الدينية أو القيمية أو الأخلاقية والنظر لهذا الوسط الاجتماعي باعتباره معادياً لهم والرغبة في الهروب من هذه البيئة المضطربة بالتمركز حول الذات وباللجوء إلى مزيد من التخييلات وإلى مزيد من الأفكار الداخلية (جورج موكو، ١٩٧٨: ٤٤؛ Whitaker, et al., Dicks, H., 1965).

فمثلاً نجد أن التحيزات أو الانحيازات داخل الأسرة ليست بالبساطة التي تبدو عليها من الوهلة الأولى فتحيز الأب للإبنة، أو تحيز الأم للإبن أو العكس هو نوع من العلاقة

المركبة التي تتضمن العديد من المشاعر والوجدانات المتباينة في كثير من الحالات وبالطبع تتدخل فيها دفعات لا شعورية من كلا الطرفين (Framo, J., 1965) ، هذه المشاعر تكونت خلال فترات سابقة كما أنها تتضمن العديد من العمليات النفسية المركبة مثل التوحد والتبادل الكاذب والعدوان غير المباشر (Wynnem L., et al., 1958) ، وكذلك آثار الصراعات الطفلية التي يرجع تاريخها إلى طفولة الآباء، أن مثل هذه العلاقات التي تصل إلى حد المرض هي في حقيقة الأمر أشكال أخرى لميكانيزمات النقل والازاحة اللاشعورية وتتحرف بالأفراد إلى روابط وعلاقات يكون مضمونها هو الاستعانة بالموضوع للسيطرة على القلق من ناحية وتضمن استمرار هذه العلاقات الأسرية من ناحية أخرى (Mannoni, M., 1970).

أما عن أساليب التواصل الغير مباشرة - وعادة ما يستخدمها آباء، وأمها المراهقين الملحدين - والتي تتسم بالتهديد الغير مباشر بالحرمان من الحب أو استخدام طرق خاصة غير واضحة لاستثارة الاحساس بالذنب أو تحميل بعض الأولاد مئوليات لا قبل لهم بتحملها أو الاستعانة بالرسائل ذات الرباط المزدوج، فمثلاً قد يقول أحد الوالدين أو كلاهما لأحد أطفالهما ما يلي: أنك سوف تكون السبب في موتى، أو كيف تؤذي أمك، أو سوف تشعر بالأسف الشديد بعد موتى، أو أنت السبب في شقائي وتعاستي (صالح حزين، ١٩٨٩: ٤٧) وهي رسائل عادة ما يتلقاها المراهق الملحد يومياً من كلا الوالدين.

كما أننا نجد أن الكثير من العائلات المضطربة تستخدم الأولاد كأداة للتعبير أو للتواصل بين الآباء والأمهات، أو بين الأجيال المختلفة في نفس الأسرة، خصوصاً عندما يختار أحد الأولاد لتوصيل المشاعر بين باقي أفراد الأسرة أو لتوصيل المشاعر بين الوالدين وذلك في الحالات التي يفشل فيها أفرادها في تبادل المشاعر بشكل مباشر تجاه كل منهم والأخر (Boznormenyi, I., and Framo, J., 1965)،

أو عندما يصبح التواصل بينهم عملية صعبة للغاية وذلك لأن كل منهم أصبح يستخدم لغته الخاصة حيث أن كل من الحب والغيرة والمشاركة الوجدانية والألفة والعدوان قد أصبحت لها معاني مختلفة لدى كل منهم مما يؤدي إلى العديد من التصادمات والاحباط وعدم القدرة على توصيل مشاعره وأفكاره بسهولة للآخرين ولذلك يضطر كل منهم إلى الامتناع والابتعاد عن الآخر تقادياً للمشاكل والاحباط.

وقد سمي بـ Bowen هذه الحالة بالطلاق العاطفي، ويدفعهم هذا الطلاق العاطفي في بعض الأحيان إلى استخدام الأَوْلاد كوسيلة لتفريغ مشاعرهم وتوصيلها بينهم، وبذلك ينقلون إنفعالاتهم الشاذة، ومشكلاتهم الخاصة وتخيلاتهم إلى أطفالهم فيحملوا أطفالهم ما لا قبل لهم بتحملة من خلال علاقات مرضية تأخذ أشكالاً مختلفة، فأحياناً تتسم بالمفارقة بين الفعل والقول وأحياناً أخرى يتميز الرباط بينهم بالرسائل المزدوجة وتظهر أشكال العلاقات الكفيلة. فأفراد مثل هذه الأسر متعلقين تعلقاً شديداً بالإشباع الطفلية التي يحصلون عليها من بعضهم البعض سواء على المستوى التخيلي أو على مستوى الواقع، لذلك فهم يقامون بشكل جماعي أي محاولة للكشف عن هذه الإشباع أو تغييرها، حيث أن كلاً منهم قد استثمر قدراً كبيراً من طاقته في هذه الإشباع المتبادلة لدرجة أنها تشكل وتحدد الأدوار داخل الأسرة إلى حد كبير وأصبح لها وظائف خاصة في علاقات العائلة مما يؤدي إلى استمرارها واستمرار الإلتزام المرضي، وهذا راجع للمقاومة اللاشعورية لدى الأسرة، وحتى إذا حاول بعض أفرادها الذين لا يستفيدون من مثل هذا الإلتزام المرضي تغيير هذه العلاقات الصارفة فعادة ما تنتهي محاولاتهم بالفشل الذريع بل وتؤدي إلى نتائج كارثية كما تؤكد العديد من الدراسات ومنها ما يلي:

(Jackson, D., 1960; Framo, 1965; Searles, 1965; Ackerman, 1966; Bowen, 1977)

فالعائلات الأطفال اللاأخلاقيين نجد فيها أن الملمح الأكثر إثارة لهذه العائلات بدون استثناء هو أنها غير متماسكة بشكل واضح، وتتميز بالارتياب في أطفالها وعدم التجاوب معهم لحد كبير ولما ينمو هؤلاء الأطفال وهم يعرفو حياً محدوداً جداً واطمئناناً عاطفياً قليلاً وتربية ضئيلة التماسك - إن وجد - ولذا ليس من المدهش أن نجد بأن الطفل من هذا النوع يعبر عن كره فعلي لعائلته ولأي شخص آخر تقريباً.

ومن ثم عزيت أشكال اضطراب الشخصية المختلفة إلى توقف حدث عند مرحلة أو أخرى من تلك المراحل. أن الشخصية تتكص أو تتراجع إلى مرحلة من مراحل النمو يحدث عندها التوقف الجزئي أو التثبيت، وهو ما أكده "كارل ابراهام" عام ١٩٢٤ بأن كل شكل من أشكال اضطراب الشخصية والعصاب والذهان يمكن تتبع آثاره عند حد تثبيت معين كان قد حدث في مرحلة أو أخرى من مراحل النمو (جون بولبي، ١٩٩١: ٢٤٨).

فالأُسرة المصرية المعاصرة - وكما تبين لنا من خلال المقابلة الاكلينيكية قد نكصت بدرجات متفاوتة إلى الوظيفة البدائية للأسرة وهي حماية الصغار حتى يتم لهم النضج لحمية أنفسهم، كانت تلك هي الوظيفة البيولوجية الأولى للأسرة البشرية، ولكنها تدريجياً تطورت لتكون البيئة التي تتم فيها التربية، والتعليم ثم التنقيف ومن بعدها حفظ الثقافة لنقلها لأجيال قادمة. إذا نظرنا إلى الأسرة المصرية المعاصرة، لوجدنا أن أكبر الجهد وأكثر جوانب الدخل فيها ينفق على التعليم بصورته غير الرسمية عن طريق الدروس الخصوصية، وواقع الأمر يظهر أمرين:

الأمر الأول: أن الأسرة المصرية تصرف أكثر جهدها وأغلب وقتها في جهود قلقة على حصول أبنائها على شهادات تعليمية، أثبتت المحك العملي لها عدم جدواها فهي الأخرى هيكل أجوف، ونتيجة لهذا الاهتمام القهري لا يبقى للأسرة جهد أو وقت لمنح أبنائها الحب والتربية (بمعنى دفعهم للنضج العاطفي والسيكولوجي والاجتماعي، أو لنقل ثقافتهم إليهم).

الأمر الثاني: إن الانشغال اللاقهرى بالتعليم يعني الأبوين غير الكفاء تربوياً ووجدانياً من التعامل مع أبنائهم في هذين المجالين، وبذلك لا يكتشف بعجزها. ومن ثم: فإن هذا التحليل العام والسريع يبين لنا ما يلي:

- الأسرة المصرية أصبحت عاجزة ومقصرة في منح أبنائها في سن الطفولة المبكرة المورد الوجداني اللازم للنمو الانفعالي والاجتماعي وللتطور نحو النضج، أما في المراهقة فالأسرة المتوسطة الدخل تلجأ إلى التعليم كوسيلة للحصول على شهادة تعليمية كمدخل لتلقي المراهقين أهم ما في الفكر الميتافيزيقي، وهو استبدال الوسيلة بالهدف.
- أما الأسرة الفقيرة فتترك مراهقيها يدخلون عالم الرجولة والأنوثة بنضج ناقص وبإحساس باليأس من إمكانية التغير مع الزمن، ومراهقة أبناء الأسرة الثرية هي دفعة في الاتجاه المعاكس، وهو البقاء في الطفولة التي تتميز بأوهام القدرات المطلقة والنرجسية الشديدة.
- وفي مرحلة الشباب أو الرجولة المبكرة تختلف الأسرة الفقيرة في وظيفتها إذا يميل إلى فصل أبنائها عنها مبكراً، أما الأسرة المتوسطة فتسعى للإبقاء على أبنائها لفترة أطول تتعلق بالتعليم إلى حد كبير الاحساس بالواجب، أما الأسر الغنية فلا دور، ولاحظه لها فيما يتعلق بأبنائها لأن اعتماد الأبناء في تلك الطبقة الثرية يعد اعتماداً متصلاً لا يتغير بتغير سن الإبن أو الإبنة، وهو ما يعرض هؤلاء الأبناء إلى الاضطرابات النفسية

كالإكتئاب الذي يتجلى في صور من العدوانية وقلة الاكتراث والنزوع إلى الحيازة والتباهي تعويضاً عن الحرمان العاطفي، بالإضافة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتك، وإلى مزيد من النزوع للحلول الوهمية للمرافقة كإدمان المخدرات، والمروق، والانتواء، مع فقدان الدافع للعمل الجاد، والتي تؤدي بدورها إلى أن تتمزق أنية المراهق بفقدان الهدف، والأمل، وفقدان صورة الأب والأم، أو يلجأ المراهق أما للإلحاد أو إلى التطرف الديني كحل لأنيته الممزقة (أحمد فائق، ٢٠٠١: ٤٣٣ - ٤٣٥).

ولذا يؤكد فرويد أنه مهما تكن الطريقة التي نتبعها في التربية فإننا نمارسها بطريقة سيئة، ولنقل أن أحسن طرق التربية هي أن تكون طبيعية مع الطفل دون إجبار، أو خوف، أو قلق فالآباء والأمهات الذين يخشون المخاطر الطبيعية لتنشئة الطفل لن يكون لهم نفس الأضرار التي هي للوالدين الخائفين القلقين الذين وقعا فريسة للوساوس والاهتمامات التربوية الزائدة، فالأم يمكنها أن تحب طفلها حباً طبيعياً سليماً لا تفسده تلك الأوامر والتوجيهات، ومظاهر العبودية التي تفرضها وهي تنشئ بذلك جواً من الأمن العاطفي الذي يحيا فيه الطفل تلقائياً ويتصل فيه بحسبه سليمة حازمة تقوم على الفهم والادراك أكثر مما تقوم على القسر والأنانية (جورج موكو، ١٩٧٨: ١٢١)، وبذلك تصبح الأسرة المكان الواجب للتأثرات والعواطف والحب (ميشيل فوكو، ٢٠١٣: ٩١)، ولذا فإن ما حفز الفرد على تشكيل مثال الأنا الذي توكل إلى الضمير مهمة حراسته وبالتحديد نفوذ الوالدين كما نقله إليه صوتهما؛ وبمرور الوقت ينضاف إليه المربون والأساتذة والحشد الغفير واللامحدود من سائر أفراد الوسط المحيط (الآخرين، الرأي العام)، على هذا النحو تتجذب كميات من طاقة لبيبية هي في أساسها جنسية طفلية لتشكل مثال الأنا النرجسي، وهي إذا تصونه وتحافظ عليه (فرويد، ١٩٨٢: ١٤ - ١٤١) من الوقوع في فخ الاضطرابات النفسية أو من التمرد على الواقع والمجتمع الخارجي بعاداته وتقاليده وقيمه المجتمعية والدينية والأخلاقية.

وعندما يُسئل أعضاء تلك العائلة بشكل مباشر عن شعورهم تجاه العضو المصاب باضطراب الشخصية الحدية في العائلة، فإنهم يبدون قدر كبير من التعاطف، ومن ناحية أخرى وبدون معنى نجدهم يعبرون بدهشه في أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية لا يستطيع التحكم في 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 باستمرار سلوك الطفل لكي يتناسب مع أولويات العائلة والتلاؤم معها بدلاً من تلبية إحتياجات الطفل قصيرة وطويلة الأجل، وكنتيجة لذلك تزداد سلوكيات الطفل الإنفعالية السلبية بما فيها السلوكيات التعبيرية وهو ما تؤدي إلى ظهور كثير من خصائص الشخصية الحدية عندما ينمو الطفل (Howard, 1984; Garber and Dodge, K., 1991).

إضطراب طبيعة عملية التنشئة الإجتماعية لدى مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية لدى المراهقات:

تبين من نتائج المقابلة الإكلينيكية، واختبار تكلمة الجمل، واختبار TAT، واختبار الرورشاخ، واختبار HTP، واختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D اضطراب وسوء عملية التنشئة الإجتماعية لدى المفحوصة تمثلت في : عدم إتساق المعاملة الوالدية، التمييز في المعاملة الوالدية، الرفض الوالدي أو الحب المشروط، القمع والتسلط الوالدي، التعرض للعقاب البدني والمعنوي، التعرض للمقارنة وللنقد واللوم والتوبيخ والمعايرة، الجمود والتشدد الوالدي، العلاقة التكافلية، أم متسلطة، التركيز على التحصيل الدراسي والأكاديمي، التركيز على المظهر والشكل الخارجي أمام الناس، أب غير مبالى وغير مهتم أو متسلط وقامع. وتتفق مع نتائج الدراسة السابقة نتائج الدراسات التالية:

(Paris, 1995; Haffman, 1995; King, B., 1996; Paris, 1997; Coolidge, et al., 2001; Becker, et al., 2002; ٢٠٠٥، سعاد البشر، ٢٠٠٨، حورية ولد يحيى ٢٠٠٨، kendeler, et al., 2008; Michelson, 2009; Cams and Francis, 2009; Waxman, et al., 2014; Choen, et al., 2014; Kaunou, et al., 2015; ندى نادى، ٢٠١٩، ٢٠١٣، سفر فرح، ٢٠١٣، قطب حنور ٢٠١٢، Labbestael, et al., 2010; نهد عبد الوهاب ٢٠١٥; Ibrahim, 2015; Andrews, S., 2018;

كما أشارت العديد من الدراسات أيضاً إلى أن الكثير من مرضى اضطراب الشخصية الحدية كان لديهم سجل من سوء المعاملة والأهمال الانفصال، أو من الإساءة البدنية والتي قد تصل نسبتها إلى ٨٩% من بين حالات اضطراب الشخصية الحدية، أو التعرض للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، أو من الشعور بالرفض الوالدي، أو من الحرمان العاطفي، أو

التعرض للإساءة اللفظية والمعنوية بشكل حاد ومتكرر أكثر من أى اضطراب آخر، ومن بين هذه الدراسات مايلي:

(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; فالح حسين، ٢٠٠٥؛ نعيمة عمر، ٢٠٠٧؛ Belsk, et al., 2012; Hecht, et al., 2014؛ همد عبد الرحمن، ٢٠١٥؛ فتحي محمود، عبد الموجود عبد السميع، ٢٠١٦؛ Ibrahim and Woolgar, 2018)

ولذا فإن اضطرابات الشخصية تكون منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التي يملكها الشخص (محمد شعلان، ١٩٧٩)، كما أن إدراك الرفض الوالدي، حيث يدرك الأطفال الرفض وعدم القبول أو الحب من قبل الوالدين، وهذا يجعل الأبناء لا يتبنون القيم المعنية للوالدين، وهو ما يؤدي بدوره إلى صراع شديد 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 الخارجي.

ومن ثم يؤكد (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٢٢٦) أن التحليل النفسي يبين لنا أنه لا يوجد في حقيقة الأمر أطفال مشكلون وإنما يوجد آباء مشكلون فحسب وغالباً ما يسلك الآباء مع أبنائهم وهم واقعين تحت تأثير رغباتهم اللاشعورية، وعادة ما يوقظ سلوك الأطفال (الأبناء) في الآباء 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 أوديبية تجاه الوالدين، فإن الوالدين يقومون بتفعيل صراعاتهم مع الطفل؛ لأن صراعاتهم الأوديبية غير محلولة (نيفين زيور، ٢٠٠٦: ٦٥).

فالطفل يحب والديه لأن به حاجة حيويه إلى أن يحوطاه بعنايتهما، هو محتاج كي ينمو إلى أن يتلقى، فحبه أساساً حبه أناني، أو هو بالتعبير الفني في التحليل النفسي حب نرجسي، 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 موضوعي، حب يوجه حقيقة إلى موضوع خارجي، والحب الموضوعي هو حب النضوج؛ والذي يملك بوفره يهب طواعيه.

ولذا فهناك الكثير من الناس لا يتجاوزون أبداً مرحلة الحب الطفلي المتقبل هذه، حتى ولو بلغوا النضوج الجسمي، أولئك أناس لم يبلغوا النضج السيكولوجي على الرغم من بلوغهم النضج الجسمي فهم يطلبون الحب من الطرف الآخر ومع العلم أن الطرف الآخر لن يستطيع بأى حال أن يستجيب لجميع مطالب حب طفلي هذا شأنه، ومن ثم تنشأ مشاعر الخذلان والشقاء والإعتقاد بأن الآخر غير ودود وهو ما سيؤدي إلى عواقب وخيمة في شخصية هؤلاء (مصطفى زيور، ١٩٨٢: ٢٢٠ - ٢٢١).

وبالنسبة لعدم الإتساق في المعاملة الوالدية وخاصة من قبل الأم فتبين أن مضطربي فقدان الشهية العصبي المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية عادة ما يظهروا تناقضاً وجدانياً تجاه الأم، فهي مصدر الحنان والرعاية والتغذية، وفي أحيان كثيرة هي مصدر الإحباط، وأحياناً يلغى دورها - وهو ما ظهر واضحاً في إختبار TAT - مما يدل على كرة داخلية لها وذلك لأنها لا تشعر بالأمان بالنفسي 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 بعض الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتك كسقوط الشعر، والقرح الجلدية كالأكزيما والصدفية والكدمات الجلدية والقولون العصبي والإمساك كان مرتبط بسوء المعاملة الوالدية وهو ما أكده "سبيتز" Spitz من أن القرحة الجلدية Eczema الأكزيما وحك الجلد سببها هو أن الأطفال ينتمون لأمهات يتسم سلوكهن بالكراهية وبالرفض فلا يرغبن في لمس أطفالهن أو العناية بهم ويحرمهم من الإتصال الجلدي بهن (مصطفى فهمي، ١٩٧٦؛ محمود حموده؛ ٢٠١٤: ٥٢؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨) وهو ما كان يعاني منه بالفعل مضطربي الشخصية الحدية أفراد عينة الدراسة الحالية.

كما أن التمييز في 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 يؤكد (زكريا الشربيني، ١٩٩٤: ٦٩) بأن ذلك يدفع الطفل الغير إلى النكوص وإستخدام أسلوب طفلى يعيد له الرقابة والإهتمام بمعنى أن الطفل يستخدم لا شعوره ليشد أو يجذب إنتباه أسرته إليه ويجعلها تحيطه بالرعاية والإهتمام 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 معيماً 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 بالحاجة إلى الإعتماد الوهمى كل على الآخر والخوف من الانفصال.

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 حاجة 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 المسقطه ومن ثم أصبحت هذه العلاقة لا تشير إلى حاجة طرف واحد فقط وهو الطفل لمثل هذه العلاقة بل أصبحت نوع من العلاقة التنائية 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 اضطراب الشخصية الحدية بشكل مثير للإهتمام بل ويعتبر أيضاً عامل خطورة فى نشأة اضطراب 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 اضطراب 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 اضطرابات المحور الثانى Axis – II فى الدليل التشخيصى الإحصائى الخامس والذي أكد على أن المظهر المميز لاضطراب الشخصية الحدية هو: الجهود المضطربة والمضنية لتجنب الهجر الحقيقى أو المتخيل. فخوف الفرد من الهجر وعدم تحمل البقاء وحيداً قد يستثير سلوكيات مثل السعي للإقترب والتشبث والتي تعتبر مطابقة لتلك السلوكيات التى تلاحظ فى نمط التعلق القلق. (Aronson, et al., 2006; APA, 2013)

إذا وكما يرى بولبى Bowlby ١٩٨٨ أن التعلق عامل سببى مهم فى نشأة العديد من اضطرابات الشخصية (نهاد عبد الوهاب، ٢٠١٥: ٧٤)، وفى هذا الصدد فقد أشار (Choi- Kain, et al., 2009) إلى أن المظهر الأساسى لاضطراب الشخصية الحدية والذي ينعكس فى اضطراب العلاقات بين الشخصية يعتبر إنعكاساً لنمطين من التعلق غير الآمن وهما القلق، والتعلق التجنبى فى الرشد، والذي 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 والتي تعمل كأساس للعلاقات التالية والتي 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 الآمن 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 في ضوء المناقشة السابقة يتبين بوضوح كيف أن تطرف النماذج الوالدية وأساليب التنشئة ما بين إلتزمت والتراخي تؤدي 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 وجذب الروابط الإنفعالية والوجدانية وسطحية العلاقة بالآخر لدى أفراد عينة الدراسة ومن ثم إلتصمت بعلاقتهم بالجمود والجذب الوجدانى والإنفعالى وضحالة المشاعر والعجز عن إقامة علاقات مشبعة بالحب والإطمئنان. 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 بعلاقتهم الإجتماعية ولديهم ميل إلى أن يكونوا سلبيين وعدوانيين تجاه زملائهم بالإضافة لوجود مشكلات سلوكية وإنخفاض فى الأداء والتحصيل الأكاديمي.

توصيات الدراسة:

١. يوصى الباحث بضرورة إجراء مسح شامل ودقيق حول معدل ونسب إنتشار إضطرابات الشخصية عامة وإضطرابات الأكل 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، وعلاقتها بالاضطرابات المصاحبة لها.
٢. تزويد الأسر من قبل الأخصائيين أو المرشدين النفسيين بمعلومات عن أساليب التعامل الفعال مع إضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية عامة، وإضطراب الشخصية الحدية خاصة من خلال برامج أو مجازرات وندوات إرشادية وتثقيفية ووقائية وعلاجية لمساعدتهم على التعامل الأمثل مع أبنائهم ممن يعانون من إضطرابات الشخصية عامة وإضطرابات الأكل خاصة.
٣. ضرورة تفعيل دور كل من طبيب الأسرة والطبيب النفسى والأخصائى النفسى والإجتماعى لإكتشاف هذه الإضطرابات، وخاصة اضطرابات الأكل المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية 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 التي تتناول المراهقين والراشدين وإضطراباتهم الشخصية والاضطرابات المصاحبة لها، وخاصة اضطرابات الأكل، 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 المصحوبة باضطرابات الأكل من خلال إعداد برامج وقائية وإرشادية وعلاجية متخصصة للتخفيف من حدة هذا الإضطراب، والذي قد يعوقهم عن ممارسة حياتهم بشكل عام.
٦. ضرورة إنشاء مراكز متخصصة لتقديم الدعم والعلاج النفسى للأسر لتخطى الإضطرابات النفسية والشخصية وطرق مواجهتها وكيفية التعامل معه على النحو الأمثل، وخاصة لمضطربي الأكل.
٧. ضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين على معايير DSM-5، والأدوات السيكمترية لتشخيص إضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية بكل فئاتها بشكل دقيق.

مقترحات بحثية:

١. ديناميات اضطرابات الأكل لدى عينة من الفتيات المراهقات دراسة تحليلية متعمقة.
٢. ديناميات اضطرابات الأكل لدى عينة من المراهقين الذكور دراسة تحليلية متعمقة.
٣. اضطرابات الأكل لدى عينة طويلة مقارنة من الذكور والإناث.
٤. دينامية إضطراب الشخصية النرجسية لدى المراهقين دراسة إكلينيكية متعمقة.
٥. ديناميات إضطراب الشخصية الهستيرية لدى المراهقين دراسة إكلينيكية متعمقة.
٦. ديناميات إضطراب الشخصية البارانوديا لدى المراهقين دراسة إكلينيكية متعمقة.
٧. إجراء دراسات مقارنة بين مرضى الشخصية الحدية ومرضى الفئات الأخرى من إضطرابات الشخصية.
٨. إجراء دراسات طويلة تتبعية لمرضى إضطرابات الشخصية والاضطرابات المصاحبة لها فى فئات عمرية مختلفة.

مراجع الدراسة

أولاً: 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- ابن 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 عبد العزيز سلامة، جابر عبد الحميد جابر (١٩٧٠). سيكولوجية الطفولة والشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٥- أحمد عزت راجح (١٩٥٤). الأمراض النفسية والعقلية، دار المعارف، القاهرة.
- ٦- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسى المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٧- أحمد عكاشة، طارق عكاشة (٢٠١٨). الطب النفسى المعاصر، ط١٧، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٨- أحمد فائق (٢٠٠١). الأمراض النفسية الإجتماعية: نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٩- 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: ٣١ - ٤٦.
- ١٠- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٩). إستخبارات الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ١١- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١). إختبار إيزنك للشخصية، دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

- ١٢- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٧). فقدان الشهية العصبي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدارة التأليف والترجمة والنشر، الكويت.
- ١٣- أحمد محمد عبد الخالق، مایسة أحمد النیال (١٩٩٢). فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، مجلة دراسات نفسية، ك٢، ج١، تصدرها: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم"، القاهرة، ص ص: ٥٧-٧٤.
- ١٤- أرنولد جزل وآخرون (١٩٥٦). الطفل من الخامسة إلى العاشرة، الجزء الأول، ترجمة: عبد العزيز توفيق، مراجعة: أحمد عبد السلام، د. ن، القاهرة.
- ١٥- أسماء عثمان دياب عبد المقصود (٢٠١٩). الصورة الإكلينيكية لإضطراب الهوية لدى الشخصية البيئية والشخصية المضادة للمجتمع، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٩)، العدد (١٠٥)، أكتوبر ٢٠١٩، القاهرة، ص ص: ١٣٣ - ١٦٤.
- ١٦- أكرم زيدان (٢٠٠٥). سيكولوجية المقامر، عالم المعرفة، العدد (٣١٣)، مارس، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- ١٧- ألان فانية (٢٠١٣). مدخل إلى التحليل النفسي، ترجمة: بسام بركة، دار الكتاب العربي، بيروت، لبنان.
- ١٨- ألفريد أدلر (٢٠٠٥): معنى الحياة، ترجمة: عادل نجيب بشري، المجلس الأعلى للثقافة، العدد (٧٠٩)، القاهرة.
- ١٩- أن كرنج، شیری جونسون، جون نیل، جيرالد ديفسون (٢٠١٥). علم النفس المرضي "استناداً علي الدليل التشخيصي الخامس للإضطرابات النفسية"، ترجمة: أمثال هادي، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم، نادية عبد الله، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٠- أنا فرويد (١٩٥٤). الأنا وميكانيزمات الدفاع، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢١- أنا فرويد (١٩٥٥). التحليل النفسي للأطفال، ترجمة: محمد كامل النحاس، ط٢، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٢٢- أنا فرويد (١٩٥٦). علاج الطفل بالتحليل النفسي، ترجمة: سمير بولس التنداوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ٢٣- أنوار هادي (٢٠١٢). الإبتزاز الإنفعالي بين الزوجين، مجلة الأستاذ، كلية بن رشد للعلوم الإنسانية، العدد (٣٠١)، ص: ١ - ٣٦.
- ٢٤- أنور حمادي (٢٠١٥). خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت-لبنان.
- ٢٥- أوتوفينخل (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسي في العصاب، الكتاب الأول، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٦- أوتوفينخل (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسي في العصاب، الكتاب الثاني، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٧- أوتوفينخل (٢٠٠٦). نظرية التحليل النفسي في العصاب، الكتاب الثاني، من الفصل (٧) إلى الفصل (١٨)، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٨- أولتمانز نيل دافيسون (٢٠٠٠). دراسة حالات في علم النفس المرضى، ترجمة: رزق سند، تقديم: لويس مليكة، دن، القاهرة.
- ٢٩- ب. ب. وولمان (٢٠٠٦). مخاوف الأطفال، ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣٠- باريرا ويتمر (٢٠٠٧). الأنماط الثقافية للعنف، ترجمة: ممدوح يوسف عمران، عالم المعرفة، مارس، العدد (٣٣٧)، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- ٣١- بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٠). قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- ٣٢- برنارد نوكات (١٩٦٣). سيكولوجية الشخصية، ط ٢، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣٣- برونو كلوففر، هيلين دافيد سون (١٩٦٥). تكتيك الرورشاخ، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية، القاهرة.
- ٣٤- بول ريكور (٢٠٠٣). في التفسير "محاولة في فرويد"، ترجمة: وجيه أسعد، أطلس للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.

- ٣٥- بيللاك ليوبولد (٢٠١٢). إختبار تفهم الموضوع للراشدين "التات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣٦- تريفور باول (٢٠٠٥). الصحة النفسية، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٣٧- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاقي (١٩٩٨). معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٣٨- جان لابلاش (٢٠١٥). القلق "إشكاليات، الجزء الأول"، ترجمة: حبيب نصرالله، أشرف: عباس محمود، "مجد" المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت- لبنان.
- ٣٩- جريجورو كوهن (٢٠٢٤). الأم الميتة "دراسة في التحليل النفسى"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، المكتب العربى للمعارف، القاهرة
- ٤٠- جلين مايرز، سيتوارت جونز (١٩٨٦). سيكولوجية المراهقة للمربين، ترجمة: أحمد عبد العزيز، ضياء الدين، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٤١- جمال رجب سيدبى (٢٠١٨). نظرية النفس بين ابن سينا والغزالي، ط ٢، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- ٤٢- جمال مختار حمزة (٢٠١٠). الأسرة المفككة وعلاقتها بخصائص وسمات شخصية المراهق المتسول، مجلة علم النفس، العدد (٨٤-٨٧)، السنة (٢٣)، ديسمبر ٢٠١٠، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص ص: ١٣٢-١٥٠.
- ٤٣- جورج موكو (١٩٧٨). التربية الوجدانية والمزاجية للطفل، ترجمة: منير العصرة، نظمى لوقا، دار المعرفة، القاهرة.
- ٤٤- جوديث بيك (٢٠٠٧). العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد، تقديم آرون بيك، ترجمة: طلعت مطر، مراجعة: إيهاب الخراط، المركز القومى للترجمة، العدد: ١١٤١، القاهرة.
- ٤٥- جوليان ب. روتر (٢٠٢٠). المرجع فى الأساليب والإختبارات الإسقاطية "ودورها فى فهم ديناميات السلوك البشرى"، تحرير: هارولد ه. أندرسون، جليز ل. أندرسون، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٤٦- جون بولبي (١٩٩١). سيكولوجية الإنفصال "دراسة نقدية لأثر الفراق على الأطفال"، ترجمة: عبد الهادي عبد الرحمن، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت.

- ٤٧- جون بي ريد، جيرالد آر. باترسون، جيمس سنيدر (٢٠١٨). السلوك المضاد للمجتمع عند الأطفال والمراهقين: تحليل خاص بالنمو ونموذج للتدخل، ترجمة: عز الدين جميل عطيه، مراجعة: أيمن عامر، المركز القومي للترجمة، العدد (٢٩٦٤)، القاهرة.
- ٤٨- جون فيتكس (٢٠٠٥). حالات من الإضطراب النفسى والعقلى، ترجمة: السيد مقلد، مراجعة وتقديم: خالد عبد المحسن، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة، العدد (٧٢٥)، القاهرة.
- ٤٩- حسام أحمد محمد أبو سيف، أحمد محمد الناشرى (٢٠٠٩). الصحة النفسية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٥٠- حسين على فايد (١٩٩٩). صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٩)، العدد (٢٣)، القاهرة، ص: ١٨٠ - ٢٢٣.
- ٥١- 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)، أكتوبر، ص: ٨٦ - ١٢٤.
- ٥٢- خليل ميخائيل معوض (١٩٨٣). سيكولوجية النمو "الطفولة والمراهقة"، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية.
- ٥٣- خديجة ملال، مليكة محرزى (٢٠٢٢). فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، جامعة محمد بن أحمد وهران، المجلد (١١)، العدد (١)، الجزائر، ص: ٣٣٣-٣٤٦.
- ٥٤- د. إى. شنايدر (١٩٨٤). التحليل النفسى والفن، ترجمة: يوسف عبد المسيح ثروة، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، سلسلة الكتب المترجمة (١٣٢)، العراق.
- ٥٥- دانييال لاجاش (١٩٥٧). المجل فى التحليل النفسى، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٥٦- دانييال لاجاش (١٩٦٥). المجل فى التحليل النفسى، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

- ٥٧- دونالد وودز وينيكوت (٢٠٢١). التحليل النفسي للأسرة والطفل "الطفل والأسرة أولى العلاقات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
- ٥٨- رأفت عسكر (١٩٩٦). ظاهرة تعاطى المخدرات كما يعرضها الخطاب السينمائي المصري، دراسة نفسية إجتماعية باستخدام تحليل المضمون، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٥٩- رزق سند إبراهيم ليله، سناء محمد إبراهيم (٢٠١٩). علم النفس الإكلينيكي، د. ن، القاهرة.
- ٦٠- رشا عبد الفتاح الديدي (٢٠٠١). المرأة والإدمان، دراسة نفسية إجتماعية من منظور التحليل النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٦١- رشاد علي عبد العزيز موسى (١٩٩٨). سيكولوجية الفروق بين الجنسين، ط٢، تقديم: عبد العزيز القوصي، مؤسس المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٦٢- روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان (٢٠٠٧). رسم الأسرة المتحركة مقدمة: لفهم الأطفال من خلال الرسوم المتحركة، ترجمة: إيناس عبد الفتاح، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٦٣- روبرت واطسون، هنرى كلاى (٢٠٠٤). سيكولوجية الطفل والمراهق، ترجمة: داليا عزت، مكتبة مديولى، القاهرة.
- ٦٤- روى شيفر (٢٠١٢). الدراسة التحليلية لمحتوى الرورشاخ "مساهمات التحليل النفسي فى الإختبار الإسقاطى"، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٦٥- 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.
- ٦٦- زكريا إبراهيم (١٩٧٦). مشكلات فلسفية "مشكلة البنيوية"، العدد الثامن، مكتبة مصر، القاهرة.

- ٦٧- زكريا الشربيني (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ٦٨- زهير مناصفي (١٩٨١). الجماعة والتحليل النفسي، مجلة الفكر العربي المعاصر، مركز الإنماء القومي، العدد (١١)، بيروت، لبنان، ص: ٧٤-٨٢.
- ٦٩- زينب محمود شقير (١٩٩٨). مقياس صورة الجسم، كراسة التعليمات، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٧٠- زينب محمود شقير (١٩٩٩). دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة، المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص: ٧٦١-٨١٩.
- ٧١- زينب محمود شقير (٢٠٠٢). مقياس فقدان الشهية العصبي، ط٢، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٧٢- الزين عباس عماره (١٩٨٦). مدخل إلى الطب النفسي، دار الثقافة، بيروت.
- ٧٣- ساشا ناخت (١٩٨٣). المازوخية، ترجمة: مي طرابيشي، دار الطليعة والنشر، بيروت، لبنان.
- ٧٤- سامى محمود على (١٩٦٣). عصاب الصدمة (فى): ثبت المصطلحات الواردة بكتاب: ثلاث مقالات فى النظرية الجنسية، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامى محمود على، مراجعة: مصطفى زيور، دار المعارف بمصر، القاهرة.
- ٧٥- 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.
- ٧٦- سامية القطان (١٩٨٣). كيف نقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الثانى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٧٧- سامية القطان (١٩٩١). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٧٨- سامية القطان (٢٠٠٧). قراءات فى علم النفس الإكلينكى، جامعة بنها، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.

- ٧٩- سعاد البشر (٢٠٠٥). التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والإكتئاب وإضطراب الشخصية الحدية في الرشد، مجلة دراسات نفسية، المجلد (١٥)، العدد (٣)، يوليو ٢٠٠٥، القاهرة، ص. ص: ٣٩٩ - ٤١٩.
- ٨٠- سعاد البشر (٢٠٠٥). مظاهر إضطراب الشخصية الحدية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الإجتماعية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٨١- سعديه محمد بهادر (١٩٨٦). علم نفس النمو، ط ٤، دار البحوث العلمية للنشر والتوزيع، الكويت.
- ٨٢- 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.
- ٨٣- سوزان فور وورد، دونا فرايز (٢٠١٥). الابتزاز العاطفي: حينما يستخدم من حولك الخوف والإلزام والشعور بالذنب للتلاعب بك، مكتبة جرير، الرياض.
- ٨٤- سوزان نولن هوكسيما (٢٠٢٣). علم النفس المرضي، ترجمة: محمد عبد الرحمن الشقيرات، أحمد جبريل المطارنة، دار الفكر، الأردن، عمان.
- ٨٥- سيجموند فرويد (١٩٧٠). ليوناردو دافنشي "دراسة تحليلية"، ترجمة: أحمد عكاشة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٨٦- سيجموند فرويد (١٩٧٣). خمس حالات في التحليل النفسي، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، الجزء الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٨٧- سيجموند فرويد (١٩٨٢). الأنا والهو، ط ٤، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة.
- ٨٨- سيجموند فرويد (١٩٨٢). الحياة الجنسية، ترجمة: جورج طرابيشي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت.
- ٨٩- سيجموند فرويد (١٩٨٢). مساهمة في تاريخه حركة التحليل النفسي، ط ٢، ترجمة: جورج طرابيشي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت.
- ٩٠- سيجموند فرويد (١٩٩٠). محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي، ترجمة: أحمد عزت راجح، مراجعة: محمد فتحى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ٩١- سيجموند فرويد (١٩٩٧). خمسة محاضرات في التحليل النفسي، ترجمة: نيفين زيور، تقديم: صلاح مخيمر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٩٢- سيجموند فرويد (٢٠١٥). الشيطان كبديل عن الأب، ترجمة: جورج طرابيشي، (في): المؤلفات شبه الكاملة لسيجموند فرويد، المجلد الثالث، دار مدارك للنشر، الرياض.
- ٩٣- سيجموند فرويد (٢٠١٥). خمس محاضرات في التحليل النفسي، ترجمة: نيفين زيور، تقديم: جهاد مصاروة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٩٤- السيد فهمى على (٢٠١٠). علم النفس المرضى "تماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها"، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.
- ٩٥- السيد كامل الشرييني، منصور (٢٠١٠). الصحة النفسية للعاديين وذوي الإحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الطائف.
- ٩٦- سيد محمد غنيم (١٩٧٢). سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٩٧- سيد محمد غنيم، هدى برادة (١٩٦٤). الإختبارات الإسقاطية، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٩٨- سيزويك جيرارد (٢٠١٧). في كفيات 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.
- ٩٩- صالح حزين السيد (١٩٨٩). المشاكل المنهجية التي تواجه الباحث عند دراسة الانفعالات المتبادلة بين أفراد الأسرة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص ص: ٤٦ - ٢٥٨.
- ١٠٠- صالح حزين السيد (٢٠٠٥). سيكوديناميات العلاقات الأسرية "النظرية - الانموذج - التكنيك"، د. ن، القاهرة.
- ١٠١- صفوت فرج (١٩٨٩). القياس النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٠٢- صفوت فرج (٢٠١٧). القياس النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ١٠٣- 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: ١٥٧ - ١٨١.
- ١٠٤- صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٩). إستخبار إيزنك للشخصية "صورة الراشدين"، كراسة التعليمات، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ١٠٥- صلاح مخيمر (١٩٧٢). مدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٠٦- صلاح مخيمر (١٩٧٥). المدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٠٧- صلاح مخيمر (١٩٨٠). الذاتية والموضوعية فى علم النفس، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.
- ١٠٨- صلاح مخيمر (١٩٨٠). فى سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٠٩- صلاح مخيمر (١٩٨١). المفاهيم - المفاتيح فى علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١١٠- صلاح مخيمر (١٩٨٤). الإيجابية كمييار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١١١- صلاح مخيمر (١٩٨٦). تناول جديد للمراقبة، ط ٣، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١١٢- صلاح مخيمر (د.ت) فى علم النفس العام، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.
- ١١٣- عائشة عطية (٢٠١٦). صورة الجسم ودورها فى فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات، رسالة ماجستير، جامعة محمد خضير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس، الجزائر.
- ١١٤- عادل أحمد عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ١١٥- عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٧). فكرة وجيزة عن اضطراب الشخصية الحدية، شعاع للنشر والتوزيع، حلب.
- ١١٦- عبد الرحمن محمد عيسوى (١٩٧١). "علم النفس فى الحياة المعاصرة، دار المعارف بمصر، القاهرة.
- ١١٧- عبد الرقيب أحمد البحيرى (٢٠٠٧). الديناميات الوظيفية للشخصية النرجسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١١٨- عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٦). العلاج النفسى فى البيئة العربية، مجلة شبكة العلوم النفسية، العدد (٩)، ص: ٩ - ١٨.
- ١١٩- عبد الله عسكر (١٩٨٨) الإكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٢٠- عبد الله عسكر (١٩٩٤). الصدام الإيديولوجى وهوية الذات، دراسة فى التحليل النفسى لمضمون رواية "قلب الليل" لنجيب محفوظ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٢١- عبد الله عسكر (١٩٩٦). اضطرابات الشخصية وعلاقتها بالإدمان وإختيار مادة التعاطى دراسة مقارنة لمتعاطى المسكرات والهيروين والمنشطات والحشيش، مجلة الصحة النفسية، العدد (٣٧)، ص: ١ - ٣٧.
- ١٢٢- عبد الله عسكر، رشا الديدي (٢٠١٠). الإدمان بين التشخيص والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٢٣- عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٢٤- عبد العزيز حداد (٢٠١٣). إشكالية التسرب لدى الشخصية البينية وعوامل واستراتيجيات اللامتنال العلاجي، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد (١٠)، ص: ١٤٣ - ١٦٢.
- ١٢٥- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٥). مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال، دار المعارف بمصر، القاهرة.
- ١٢٦- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، ط ٤، مكتبة مدبولى، القاهرة.

- ١٢٧- عدنان حب الله (١٩٨٩). التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان، مركز الإنماء القومي، بيروت.
- ١٢٨- عطيه محمود هنا، محمد سامي هنا (١٩٧٣). علم النفس الإكلينيكي "التشخيص النفسي"، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ١٢٩- علاء الدين كفاقي، مایسة أحمد النیال (١٩٩٦). صورة الجسم وبعض التغيرات لدى عينة من المراهقات دراسة ارتقائية عبر ثقافية، مجلة علم النفس، السنة العاشرة، العدد (٣٩)، سبتمبر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- ١٣٠- على محمود الجبوري، نداء هادي محمد (٢٠١٦). فرط-فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، العدد (٢٥)، شباط ٢٠١٦، ص ص: ٦٣٨-٦٥٠.
- ١٣١- عمرو شريف (٢٠١٧). أنا تتحدث عن نفسها، ط٧، نيويورك للنشر والتوزيع، القاهرة.
- ١٣٢- غاستون باشلار (١٩٨٦). تكوين العقل العلمي "مساهمة في التحليل النفسي للمعرفة الموضوعية"، ط٣، ترجمة: خليل أحمد خليل، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- ١٣٣- فانتن السيد على (١٩٩٢). دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها أطفال المؤسسات وأطفال قرية الأطفال، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.
- ١٣٤- فاطمة سلامة عياد (٢٠١٥). اضطرابات الشخصية (في): علم النفس المرضي "الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية"، تأليف أن كرنج، شيري جونسون، جون نيل، يرالد ديفسون، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ص: ٩١٧ - ٩٧٠.
- ١٣٥- فالح حسين فالح (٢٠٠٦). دراسة مقارنة في اضطراب الشخصية الحدية لطلبة الجامعة المستنصرية تبعاً لأساليب المعاملة الوالدية، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد (٥)، العدد (١)، ص ص: ١١٤ - ١٣٥.
- ١٣٦- فان دالين (١٩٩٧). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط ٥، ترجمة: محمد نبيل نوفل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ١٣٧- فتحى محمود عفيفى، عبد الموجود عبد السميع (٢٠١٦). الطب النفسى، جامعة الأزهر، كلية الطب، قسم الطب النفسى، القاهرة.
- ١٣٨- 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 الدراسات النفسية، القاهرة.
- ١٣٩- فرج أحمد فرج (١٩٦٨). العقل والجنون "دراسة فى التحليل النفسى للتفكير عند العصائيين - أدوات البحث الإكلينيكي"، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ١٤٠- فرج أحمد فرج (١٩٧٦). الحرب والموت دراسة فى الهوية الإسرائيلية "تحليل الرواية"، يائيل داين: للموت ولدان، بحوث ودراسات ندوه أكتوبر، مطبعة جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص ١٥١ - ١٦٣.
- ١٤١- فرج عبد القادر طه (١٩٨٠). سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج "دراسة نظرية وميدانية" فى التوافق المهنى والصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- ١٤٢- فرج عبد القادر طه (١٩٨٦). علم النفس الصناعى والتنظيمى، دار النهضة العربية، بيروت.
- ١٤٣- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، الكويت.
- ١٤٤- فرج عبد القادر طه (١٩٩٧). علم النفس الصناعى والتنظيمى، ط ٨، دار عين للدراسات والبحوث الإنسانية والإجتماعية، القاهرة.
- ١٤٥- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥). علم النفس وقضايا العصر، ط ٨، مكتبة بدارى للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ١٤٦- فيصل عباس (١٩٩٠). أساليب دراسة الشخصية "التكنيكات الإسقاطية"، دار الفكر اللبنانى، بيروت.
- ١٤٧- فيصل عباس (٢٠٠١). الإختبارات الإسقاطية "نظرياتها - تقنياتها - إجراءاتها"، دراسات فى علم النفس، دار المنهل اللبنانى للطباعة والنشر، لبنان.

- ١٤٨- قطب عبده خليل حنور (٢٠١٧). عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها باضطرابي فقدان الشهية والشهه العصبي لدى طالبات الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، تصدرها: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٧)، العدد (٩٦)، القاهرة، ص ص: ٢٤٩-٢٨٥.
- ١٤٩- قطب حنور (٢٠١٢). خيرات إساءة المعاملة الوالدية في الطفولة وعلاقتها باضطراب الشخصية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية، جامعة دمنهور، المجلد (٤)، العدد (١)، ص ص: ٤٩ - ١٠٨.
- ١٥٠- كارين ماكوفر (١٩٨٧). إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني منهج لدراسة الشخصية، ترجمة: رزق سند، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- ١٥١- كرم 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.
- ١٥٢- كمال دسوقي (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- ١٥٣- كوثر إبراهيم سعد رزق (١٩٨٣). القدرات العقلية في أمراض الإكتئاب "دراسة إكلينيكية"، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم عين شمس.
- ١٥٤- لطفى الشربيني (٢٠٠٠). معجم مصطلحات الطب النفسى، مراجعة: عادل صادق، تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى، الكويت.
- ١٥٥- لويز. ج. كاملين (١٩٩٨). المراهقين "وداعاً أيتها الطفولة"، ترجمة: أحمد رمو، الدراسات النفسية، العدد (٤١)، منشورات وزارة الثقافة بسوريا، دمشق.
- ١٥٦- لويز ب. إيمز، ريتشارد ن. ووكر، روث ومترو، جانيت ليرند (١٩٦٥). "إستجابات الأطفال على إختبار الرورشاخ"، اتجاهات 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.
- ١٥٧- لويز كامل مليكة (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكى، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة المصرية للكتاب، القاهرة.

- ١٥٨- لويس كامل مليكة (٢٠٠٠) دراسة الشخصية من خلال الرسم، ط ٨، مكتبة النهضة المصرية، ال قاهرة.
- ١٥٩- لويس كامل مليكة (٢٠٠٠). إختبار رسم المنزل والشجرة والشخص "مؤشرات، التحليل الكمي فى ضوء الجداول المحلية للمعايير الوصفية والكمية المصورة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٦٠- لويس مليكة (١٩٩٠). إختبار الشخصية المتعدد الأوجه، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ١٦١- مارث إم. لينهان (٢٠١٤). العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب الشخصية الحدية، ترجمة: ألفت حسين كحل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٦٢- مارجريت سينشهاى (٢٠١٢). فقدان الواقع وإستعادته (سيرة ذاتية لفتاة فصامية)، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مروة فتحى، مراجعة وتقديم: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٦٣- مارشام. لينهان، كونستنس أ. كيهير (٢٠٠٢). إضطرابات الشخصية البينية، ترجمة: صفوت فرج، (في): مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، تحرير: ديفيد هـ. بارلو، ترجمة وإشراف ومراجعة: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ص ٩٥٣ - ١٠٥٤.
- ١٦٤- مارى آن لايدن (٢٠٠٦). إضطراب الشخصية البينية (فى): دليل عملى تفصيلي 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).
- ١٦٥- مارى ماكوران، ريتشارد هوارد (٢٠١٢). الشخصية وإضطراباتها والعنف، ترجمة: عبد المقصود عبد الكريم، المركز القومى للترجمة، العدد (١٧٤٩)، القاهرة.
- ١٦٦- ماكاريو جيرالدو (٢٠٢٣). محاورات فى العلاج الجمعي "وجهات نظر لاكانية حول العلاج الجمعي بالتحليل النفسى"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.

- ١٦٧- مالك بدرى (١٩٩٦). سيكولوجية رسوم الأطفال "إختبار رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية، دار الفتح للطباعة وللنشر، بيروت.
- ١٦٨- ماهر محمود الهوارى (١٩٧١). دراسة تجريبية مقارنة فى التعيين الذاتى وصورة الجسم فى فئات إكلينيكية مختلفة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ١٦٩- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦). فقدان الشهية العصبي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٧٠- محمد أحمد شلبي، محمد إبراهيم الدسوقي، زيزى السيد إبراهيم (٢٠١٦). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين (مستمدة من: DSM-4 and DSM-5)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٧١- 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.
- ١٧٢- 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: ٦٥ - ٢٨٧.
- ١٧٣- محمد أحمد محمود خطاب "ب" (٢٠١٧). ديناميات التحول الجنسى لدى الذكور "دراسة حالة"، (فى): علم النفس المرضى "دراسات إكلينيكية متعمقة"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.
- ١٧٤- محمد أحمد محمود خطاب "ب" (٢٠١٨). الأساليب التعبيرية الإسقاطية والعلاج بالفن "التحليل النفسى لرسوم الأطفال"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.
- ١٧٥- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٠٨). العنف لدى المراهقين "دراسة تحليلية متعمقة"، رسالة ماجستير، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة عين شمس.

- ١٧٦- 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.
- ١٧٧- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٤). ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى أطفال غزة دراسة إكلينيكية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٤)، العدد (٨٤)، يولييه ٢٠١٤، القاهرة، ص ص: ٣٠٩ - ٣٥٨.
- ١٧٨- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٥). ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى فتاة فلسطينية مرافقة (دراسة حالة)، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٥)، العدد (٨٨)، يوليو ٢٠١٥، القاهرة، ص ص: ٢٣٣ - ٣١٠.
- ١٧٩- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٦). ديناميات التحول الجنسي لدى الذكور (دراسة حالة)، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات، المجلد (٢٦)، العدد (٩٢)، يولييه ٢٠١٦، القاهرة، ص ص: ٢٤٩ - ٣٦٥.
- ١٨٠- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٨). ديناميات الإكتئاب لدى عينة من الأطفال (دراسة إكلينيكية متعمقة)، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد (٥٤)، الجزء الثاني، إبريل ٢٠١٨، القاهرة، ص ص: ٦٥ - ٢٨٨.
- ١٨١- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٠). ديناميات اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من المراهقين "دراسة إكلينيكية متعمقة"، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، مجلد (٦٢)، عدد (٦٢)، إبريل ٢٠٢٠، القاهرة، ص ص: ١ - ٤٥٣.
- ١٨٢- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٣). ديناميات البناء النفسي للمراهقين الملحدين "دراسة إكلينيكية متعمقة"، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، مجلد (٧٥)، العدد (٢)، أغسطس ٢٠٢٣، القاهرة، ص ص: ٢٩٥-٣٢٥.
- ١٨٣- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٤). الأم الميتة "مقدمة" في: الأم الميتة "دراسة في التحليل النفسي" تأليف: جريجورو كوهن، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.

- ١٨٤- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٥). الأم الميتة "دراسة في التحليل النفسي-أندريه جرين"، المجلد ٨١، العدد (١)، مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، يناير ٢٠٢٥، القاهرة، ١٨٣-١٩٣.
- ١٨٥- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٢٥). الجلد هو مهد أو بمثابة مرآة الروح "مقدمة" في "الأنا الجلدية" تأليف: ليدييه أنزيو، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
- ١٨٦- محمد جميل محمد، يوسف منصور (١٩٨٤). قراءات في مشكلات الطفولة، ط ٢، الكتاب الجامعي، جدة.
- ١٨٧- محمد حسن غانم، مجدى محمد زينه (٢٠٠٥). اضطرابات الشخصية الشائعة لدى عينات غير إكلينيكية من المجتمع المصري، حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، الحولية الأولى، الرسالة الثانية، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- ١٨٨- محمد حمدى الحجار (٢٠٠٠). العلاج الحديث المتعدد الأساليب لإضطراب الشخصية الحدية، مجلة الثقافة النفسية، المجلد (١١)، العدد (٤١)، لبنان، ص ص: ٩٦ - ١٠١.
- ١٨٩- محمد رمضان محمد (١٩٨٨). سيكولوجية الجناح والإدمان، دن، القاهرة.
- ١٩٠- محمد سامى هنا (١٩٧٨). الشخصية السوية والمرضية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.
- ١٩١- محمد شحاته ربيع (١٩٩٥). قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ١٩٢- محمد شعلان (١٩٧٩). الإضطرابات النفسية فى الأطفال، الجزء الثانى، الجهاز المركزى للمكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.
- ١٩٣- 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.
- ١٩٤- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٧). العصاب القهرى وتشخيصه باستخدام إختبار تفهم الموضوع، مكتبة سماح، طنطا.
- ١٩٥- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩). مشكلات الأبناء من الجنسين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

- ١٩٦- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩). الشخصية والعلاج النفسى، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- ١٩٧- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٢). الطفل من الحمل إلى الرشد، الجزء الثاني، دار القلم، الكويت.
- ١٩٨- محمد مصطفى زيدان (١٩٨٦). النمو النفسى للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، جدة.
- ١٩٩- محمود الزيدى (١٩٦٩). علم النفس الإكلينيكي "التشخيص"، مكتبة الدراسات النفسية والإجتماعية، إشراف: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٠٠- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٦). علم النفس الإجتماعى "دراسات مصرية وعالمية"، الجهاز المركزى للمكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، مطبعة الحضارة العربية بالفجالة، القاهرة.
- ٢٠١- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩١). النفس وأسرارها وأمراضها، مركز الطب النفسى والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.
- ٢٠٢- محمود عبد الرحمن حموده (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج، ط ٢، مركز الطب النفسى والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.
- ٢٠٣- محمود عبد الرحمن حموده (٢٠٠٧). أمراض النفس، مركز الطب النفسى والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.
- ٢٠٤- محمود عبد الرحمن حموده (٢٠١٤). إكتئاب الأطفال والمراهقين (الأسباب - الأعراض - العلاج)، كتاب اليوم الطبى، العدد (٣٤١)، ديسمبر، دار أخبار اليوم، القاهرة.
- ٢٠٥- محمود عبد الرحمن حموده (٢٠١٤). الطب النفسى "أمراض النفس"، مركز الطب النفسى، والعصبي للأطفال، روكسى، القاهرة.
- ٢٠٦- ممدوحة سلامة (١٩٩٠). علم النفس المقارن في التعلق لدى الإنسان والحيوان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٠٧- مختار حمزه (١٩٨٢). مشكلات الآباء والأبناء، ط ٣، دار البيان العربى، جدة.

- ٢٠٨- مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٦). فقدان الشهية العصبي "الأسباب- التشخيص- الوقاية والعلاج"، سلسلة الاضطرابات النفسية (٣)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٠٩- المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية (١٩٧٤). الإستجابات الشائعة لإختبار تفهم الموضوع، بحث ميدانى، القاهرة.
- ٢١٠- مصطفى حجازي (١٩٨١). الجماهير والقائد في ضوء التحليل النفسي، (في): الفكر العربي المعاصر، مجلة العلوم الإنسانية والحضارية، العدد (١١)، مركز الإنماء القومي، بيروت، ص ص: ٥٧ - ٧٣.
- ٢١١- مصطفى حجازي (٢٠١٣). الإنسان المهذور "دراسة تحليلية نفسية إجتماعية"، ط٣، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء - المغرب، بيروت - لبنان.
- ٢١٢- مصطفى حجازي (٢٠١٤). التخلف الاجتماعي "مدخل إلى سيكولوجية الإنسان المقهور"، ط١٣، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء - المغرب، بيروت - لبنان.
- ٢١٣- مصطفى زيور (١٩٨٠). محاضرة فى الإكتئاب النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢١٤- مصطفى زيور (١٩٨٢). الآباء المشكلون، (في): فى النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة، القراءة، ص ص: ٢١٧ - ٢٢٧.
- ٢١٥- مصطفى زيور (١٩٨٢). بين كشوف التحليل النفسى وقضايا فنومولوجيا الروح (الأنا والآخر)، (في): النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة، ص ص ٣٣ - ٤٢.
- ٢١٦- مصطفى زيور (١٩٨٢). تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية (التحليل النفسى لحال التخدير بالحشيش ونمط شخصية متعاطية)، (في): فى النفس بحوث مجمعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة، القاهرة، ص ص: ١٩٣ - ٢١٦.
- ٢١٧- مصطفى زيور (١٩٨٢). دراسة إكلينيكية للقلق العصابى، (في): النفس بحوث مجموعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٢١٨- مصطفى زيور (١٩٨٢). فصول الطب السيکوسوماتي، (في): النفسى بحوث مجموعة فى التحليل النفسى، مكتبة جى جى للطباعة والنشر، القاهرة، ص ص: ١٣٥ - ٢١٦.

- ٢١٩- مصطفى صفوان (٢٠٠١). الكتابة والسلطة، منشورات جمعية علم النفس الإكلينيكي، بيروت، لبنان.
- ٢٢٠- مطفي صفوان (٢٠٠٨). الكلام أو الموت "اللغة لما هي نظام اجتماعي": دراسة تحليلية نفسية، ترجمة: مصطفى حجازي، المنظمة العربية للترجمة، توزيع: مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
- ٢٢١- مصطفى فهمي (١٩٧٦). الصحة النفسية "دراسات في سيكولوجية التكيف"، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- ٢٢٢- مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، إشراف ومراجعة: فرج عبد القادر طه، دار سعاد الصباح، الكويت.
- ٢٢٣- مطيع رثيف سليمان (٢٠٠١). الأمراض النفسية المعاصرة، دار النفائس، عمان.
- ٢٢٤- ممدوحة سلامة (٢٠٠٩). مقدمة في علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٢٥- ممدوحة سلامة (١٩٩٠). علم النفس المقارن في التعلق لدى الإنسان والحيوان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٢٦- منار سليمان عبد الماجد (١٩٩٩). دراسة في دينامية العلاقة بالأم في التكوين الفصامي، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٢٢٧- 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.
- ٢٢٨- 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.
- ٢٢٩- مها الكردى (١٩٨٢). التوافق والتكيف الشخصى والاجتماعى لدى أطفال الملاجئ اللقطاء، المجلة الإجتماعية القومية، المجلد (١٧)، العدد (١ - ٣). القاهرة.
- ٢٣٠- نجيب إسكندر وآخرون (د.ت). الدراسة العلمية للسلوك الإجتماعى، دار النهضة العربية، القاهرة.

- ٢٣١- نجيه إسحق عبد الله (١٩٨٩). سيكولوجية الجريمة والفروق بين الجنسين، دراسة نظرية وميدانية، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- ٢٣٢- ندى نادى شفيق (٢٠١٩). اضطرابات الشخصية وعلاقتها بأساليب التنشئة الإجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٢٣٣- نسيم داوود، ربي الفاخوري (٢٠١١). اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر في المدارس الخاصة بمدينة عمان وعلاقته بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد التاسع، العدد الأول، ص: ١٣٧-١٦٣.
- ٢٣٤- نعيمة عمر بص (٢٠٠٧). اضطرابات 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.
- ٢٣٥- نهاد عبد الوهاب محمود (٢٠١٥). المخططات اللاتكيفية المبكرة كمتغير وسيط بين أنماط التعلق الوجداني وأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، المجلد الثالث، العدد الأول، يناير ٢٠١٥، القاهرة، ص: ٧٣ - ١١٤.
- ٢٣٦- نيفين مصطفى زيور (١٩٨٥). سيكوديناميات النمو النفسى، مكتبة التحليل النفسى للطفل، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٢٣٧- نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨). الإضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، ط ٣، تقديم: فرج أحمد فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٣٨- نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٠). من النرجسية إلى مرحلة المرأة (قراءات فى التحليل النفسى)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٣٩- نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٢). فى الواقع النفسى، تقديم: فرج أحمد، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ٢٤٠- نيفين مصطفى زيور (٢٠٠٦). فى التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ٢٤١- نيفين مصطفى زيور (٢٠١٣). التخييل دراسة فى التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٤٢- ه. ج. إيزنك، سييل ب. ج. إيزنك (٢٠١٥). إختيار إيزنك للشخصية، دليل تعليمات الصيغة العربية للأطفال والراشدين، ط ٢، ترجمة: أحمد محمد عبد الخالق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٢٤٣- هبه محمود محمد (٢٠١٦). سمات الشخصية كمتغيرات وسيطة فى العلاقة بين الإبتزاز العاطفى وأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية من المتزوجين، دراسات نفسية، المجلد (٢٦)، العدد الأول، يناير ٢٠١٦، القاهرة، ص: ٢٧ - ٨٤.
- ٢٤٤- 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.
- ٢٤٥- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبه (٢٠٠٠). القياس الإسقاطى، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ٢٤٦- هند عبد الرحمن الحربى (٢٠١٥). اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بأبعاد التشتمت لدى المدمنين، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الإجتماعية والإدارية، قسم علم النفس، السعودية.
- ٢٤٧- هند عبد العزيز محارب (٢٠٠٩). اضطراب الشخصية الحدية وعلاقته بالأعراض الإكتئابية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب وطالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.
- ٢٤٨- و. ج. كمبريد (١٩٤٦). عقدة النقص "معناها وعلاجها"، ترجمة: عبدالمنعم المليجي، الناشر المصري، القاهرة.
- ٢٤٩- وليم الخولى (١٩٧٦). الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى، دار المعارف بمصر، القاهرة.
- ٢٥٠- وليم فيتس (١٩٨٨). مقاييس تتسى لمفهوم الذات، ط ٢، ترجمة: صفوت فرج، سهير كامل أحمد، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٥١- يحيى الرخاوى (١٩٧٩). دراسة فى علم السيكوباتولوجى، دار الغد للثقافة والنشر، القاهرة.

٢٥٢- يوسف محمد مسلم (٢٠٠٧). إيذاء الذات وعلاقته بإضطراب الشخصية الحدية والإكتئاب لدى عينة من نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الأردن.

٢٥٣- يونس منصور أبو عجاج (٢٠١٧). أعراض اضطراب 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:

- 254- 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.
- 255- Abraham Karl. (1992). A short study of the development of the Libido, Viewed in the Light of mental disorders In., Selected papers on psychoanalysis ch. XXVI Hogarth press.
- 256- Ackerman, N. (1966). Treating the troubled family. (Ny: Basic Books).
- 257- Adler, G. (1981). The borderline- narcissistic personality disorder continuum. Am J. Psychiatry 138:46-50.
- 258- Adler, G. (1985). Borderline Psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson.
- 259- Agrawal, H.; Gunderson, J.; and Holmes, B.(2004). Attachment Studies with borderline patients: A Review, Harvard Review psychiatry, 12(2),94-104.
- 260- 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.
- 261- American Psychiatric Association .(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: Auther.

- 262- American Psychiatric Association “A” .(2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR, APA, VA, with compliments of astrazeneca.
- 263- American Psychiatric Association “B” .(2000). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders fourth edition (fourth edition ed). U.S.A: American psychiatric publishing.
- 264- American Psychiatric Association. (2001). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, (4th ed-TR), Washington, DC: Psychiatric Association.
- 265- American Psychiatric Association. (2008). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, (4th ed-TR), Washington, DC: Psychiatric Association.
- 266- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic Statistical Manual of mental disorders (DSM-5R). American psychiatric pub.
- 267- 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.
- 268- Andrew, R. (2010). Psychodynamic counseling for the borderline personality disordered client: A case study, journal psychodynamic counseling, volume (6), issue 1.
- 269- Anthony, J. and Benedek, T. (1975). Depression and human existence. Boston, Little, Brown and Company.
- 270- Arieti, S. (1974). Affective disorder in rieti, S.(ed) American Handbook of Psychiatry 2nd vol. I, New York, Basico Book.
- 271- 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.
- 272- Attia, E., & Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?. International Journal of Eating Disorder, 42, 581-589.
- 273- 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.
- 274- Bancroft, J., and Marsack, P.(1977). The Repetitiveness of self-poisoning and self-injury, British journal of psychiatry, 131,394-399.

- 275- 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.
- 276- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J., et al. (2007), Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clinical Psychology Review, 27, a384-405.
- 277- 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.
- 278- 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.
- 279- Beene, 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.
- 280- Baker, J.H., Mitchell, K.S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorder: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. International Journal Eating Disorders, 43, 648-658.
- 281- 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.
- 282- Benbassal, Najia. (2011). Prise en charge des adolescents anorexiques, These de magister, Universite doran2.
- 283- Bender, J.O. (2009). Essential of personality disorders.
- 284- Bene, A. (1979). The question of narcissistic personality disorders. Bull. Hampsted clin.,2:209-218.
- 285- Bennet, I. (1960). Delinquent and neurotic children London: Tavistock Publications.
- 286- Bery, J.L. (1990). Differentiating ego functions of borderline and narcissitic personalities. Journal of personality assessment, 55 (3 and 4), 537-548.

- 287- 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.
- 288- Berzonsky, M.D;. (2010). Cognitive processes and identity formation: the mediation Role of identity processing style. *Psychological. Rozwojowa*, 15 (4),13-27.
- 289- Bibring, E.(1953). The mechanism of depression, In *affective disorders*, New York, Int.uni. press.
- 290- Biederman, J.; Habelow, W.; Rivinus, T., & Harmatz, J. (1985). Depressive disorder in relatives of anorexia nervosa patients with and without a current episode of nonbipolar major depression. *American Journal of Psychiatry*, vol. 142 (12), pp. 1495-1497.
- 291- Binder, B., Cumella, E., & Sanathara, V. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorder. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-462.
- 292- 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.
- 293- 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.
- 294- Bleiberg, E. (1984). Narcissistic disorder in children. *Bull, Menninger clin.*, 48: 501-517.
- 295- Bogard, H.M. (1970). Follow up study of suicide patients seen on emergency room consultation. *American journal of psychiatry*, 126,1017-1029.
- 296- Bonger, B; Kjellander, C., and king. (1998). Suicidality in borderline personality disorder crisis, 14(3): 125-135.
- 297- Bootzin, R. Acorella, J. and Allay, L. (1993). *Abnormal psychology, current perspective*, New York, NcGrow- Hill.
- 298- Borgard, H.M. (1970). Follow-up study of suicidal patients seen on emergency room consultation. *American Journal of psychiatry*, 126,1017-1029.
- 299- Boszormenyi Nagy, I. (1965). Intensive family therapy as process, in boszormenyi Nagy and fromo, PP.87-142.

- 300- Bowen, M. (1960). Family concept of schizophrenia, in D. Jackson, (Ed). The Etiology of schizophrenia (Ny: Basic books), pp.346-372.
- 301- Bowen, M.(1956). Family relations in schizophrenia. In. Auerbach, (Ed). Schizophrenia (Ny: Ronald press), pp.197-178.
- 302- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood, psychoanal, study child.
- 303- Boznormenyi – Nagy, I., and Framo, J. (1965). Intensive family therapy, NY: Harper and Row.
- 304- Bradley, R. (2005). The borderline personality disorder diagnosis in adolescents: Gender difference and subtypes, journal of child psychology and psychiatry, 46(9), 1006-1019.
- 305- Braiker, H. (2007). Who's pulling your strings, Best Summaries Miami Florida.
- 306- 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.
- 307- Bruch, H. (1974). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within, New York: Basic Books.
- 308- Bruch, H.(1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Canadian journal of psychiatry, 26,212-217.
- 309- Bulik, C. M., Sullivan, P. E, Wade, T.D., & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorder: A review. International Journal of Eating Disorder, 27, 1-20.
- 310- Bulut, N., Kupeli, N., Bulut, G., & Topcuoglu, V. (2017). Psychosocial treatments in anorexia nervosa. Current Approaches to Psychiatry, 9(3), 1-8.
- 311- Cachelin, F. M.; & Maher, B. A. (1998). Restricters who purge: Implications of purging behavior for psychopathology and classification of anorexia nervosa. Eating Disorder : The Journal of Treatment and Prevention, vol.6(1), pp.51-63.
- 312- Cameron, N. (1959). The paranoid pseudo-community revisited. American journal of sociology, 65, 52-58.
- 313- Carla Sharp; Jennifor L. Tackett. (2014). Borderline Personality Disorder in adolescence: phenomenology and construct validity, John M. Oldham, Springer, New York, print ISBN.

- 314- 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.
- 315- Carr, S., and Francis, A. (2009). Childhood familial environment, maltreatment and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical sample: A cognitive behavioral perspective. *Clinical psychologist*, 13 (1), 28-37.
- 316- Carr, S., and Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian psychologist*, 44(3), 146-155.
- 317- 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.
- 318- Carter JC, Bewell C.; Blackmore, E.; Woodside D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia child abuse in anorexia child abuse *Neg*, 30 (3), 257-269.
- 319- Cass, Kamila; Colleen, McGuire & Ida, Bjork, al. (2020). *Psychosomatics*. (DOI): 10.1016/J.PSYM.2020.06.020.
- 320- Cassidy, J.; Shaver, P.(1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, London: The Guilford press.
- 321- Cassin, S.E., & von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- 322- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Fioravanti, G., Vignozzi, L., Maggi, M., & Ricca, V. (2012). Childhood abuse, sexual function and cortisol levels in eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 380-382.
- 323- 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.

- 324- Chagaya & Guttman. (1971). A Guide to Assess family Functioning , July Unpublished Movuscript, Montreal, Canada.
- 325- 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.
- 326- Chopik, W.; Edelman, 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.
- 327- Chuchra, Maria; Pawlowska, Beata. (2005). Inter-dependencies between the ideal self-image and the ideal imago of parents in women with anorexia nervosa, psychiatric polska. Vol. 39(4), 785-795.
- 328- 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.
- 329- 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.
- 330- Colarusso, C.A. (1985). The Borderline child, in the cutting Edge. San Diego: University California, pp.106-122.
- 331- Colby, k.M. (1975). Artificial paranoia: A computer simulation of paranoid processes. New York: pergamon.
- 332- Colby, K.M. (1977). Appraisal of four psychological theories of paranoid phenomena. Journal of Abnormal psychology, 86-54-59.
- 333- Collahan, E.J.; and Burnette, M.M. (1989). Intervention for pathological grieving. The behavior therapist, 12,153-157.
- 334- 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.
- 335- Cooper, M. J. (1997). Bias in interpretation of ambiguous scenarious in eating disorders. Behviour Research and Terapy, vol.35(7), pp. 619-627.
- 336- Cooper, M. J; Todd, G.; Wells, A. (1998). Content origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulima nervosa. Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly, vol. 12 (3), pp. 213-230.

- 337- Cooper, M. J., & Turner, H. (2000). Brief report under lying assumption and care beliefs in anorexia nervosa and dieting British Journal of Clinical Psychology, Vol.39 (1), 215-218.
- 338- 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.
- 339- Corcos, Maurice. (2003). The feminine and maternal aspects in anorexia nervosa, a creative passivity: "this is not a woman". Evolution psychiatry, APA, vol. 68, 233.
- 340- 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.
- 341- 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.
- 342- Cross, D., Lester, L., Barnes, A., Cardoso, P., & Hadwen, K. (2015). A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimization. Swiss School of Public Health, 60(2), 1-11.
- 343- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorder. American Journal of Psychiatry, 166, 1342-1346.
- 344- Cruz, Carla; Paula, Nelas & Emilia Coutinho. (2019). Anorexia Nervosa, International Journal of Developmental and Educational Psychology. (4),273-278.
- 345- DaCosta, M., & Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. International Journal of Eating Disorders, 11, 305-314.
- 346- David, P.T. (2010). Personality disorder: A new global perspective, official journal of the world psychiatric association world psychiatry, pp: 56-60.
- 347- Derksen, J.(1995). Personality disorders: clinical and social derksen, J.hon and sons Ltd, England.
- 348- Deutch W.F. Murphy. (1962). The Clinical interview (volume one), New York, international universities, Press, INC.

- 349- Dicks, H.V. (1965). Concept of marital diagnosis and therapy. Cited in *framo*, (No.65).
- 350- Dina Ossama Naoum. (2017). Risk assessment and Its correlation to psychiatric co-morbidities in a sample of borderline personality disorder patients, Ain shams university.
- 351- Dolgan, J.I. (1990). Depression in children *pediatric Annals*, 19,45-50.
- 352- Dreven, James. (1952). *Adictionaly of psychology*, Britan: penguin books.
- 353- Eagles, J., et al. (1990). A comparison of anorxia nervosa and affective psychosis in young feales. *Psychological Medicne*, vol (20),119-123.
- 354- Eddy, K. T., Keel, E.K K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- 355- Eidelberg, L. (1968). *Encyclopedia of psychoanalysis*, M.D., The Free press, New York.
- 356- Eugene Kee onn Wong. (2012). Borderline Personality Disorder in the east, *Asian Jouranal of psychiatry*, July.
- 357- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S.L. (1999). Risk factor for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-478.
- 358- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- 359- Fast, I., and Chethik, M. (1992). Some aspects of object relationships in borderline children. *Int. J. Psychoanal.* 53:479-485.
- 360- Foreyet, J. P.; Poston, W. S.; Winebarger, A. A.; & McCavin, J. K. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa . In E. J. Mash & R. A Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (2ne ed. Pp. 647-680). New York: The Guilford Press.
- 361- Fornaria, V.; Kaplan, M.; Sandberg, D. E.; Matthews, M.; Skolick, N.; & Katz, j. l. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 12 (1), pp. 21 -29.

- 362- Fornari, V.; Wlodarczyk-Bisaga, K.; Matthews, M.; Sandberg, D.; Mandel, F. S.; & Katz, J. L. (2000). Perception of family functioning and depression symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 40(6), pp. 434-441.
- 363- Framo, J. (1965). Rationale and Technique of intensive family therapy. In *Baszormenyi, Nagy and fromo*, No.28.
- 364- Frances, A.; fyer, M.; and Clarkin, J.F. (1986). Personality and suicide- *Annals of the New York Academy of sciences*, 487,281-293.
- 365- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorder: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- 366- 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.
- 367- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectifications theory: Toward understanding woments lived experience and mental health risk. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- 368- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D.M., & Twenge, J.M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Jouranal of Personality and Social Psychology*, 78, 269-284.
- 369- 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.
- 370- Garber, J., and Dodge, K.A. (1911). *The Development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge, England: Cambridge university press.
- 371- Gardner, R.; Bokenkamp, E. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorders subjects. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 52 (1), pp. 3-15.
- 372- Garfinkel, P.E., and Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A Multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.

- 373- 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.
- 374- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of Treatment for eating Disorders (pp. 145-177). New York: Guilford.
- 375- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- 376- Geoffroy, M., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., & Brendgen, M. (2016). Association between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 55 (2), 99-105.
- 377- Godart, N. T., Flament, M. E, Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. European Psychiatry, 15, 38-45.
- 378- Godart, N, F & Perdereau, P. Jeammet. (2004). Données épidémiologiques: anorexie chez l'adolescent. Journal de Pédiatrie et de puericulture. 17, 327-330.
- 379- Goldberg, A.I. (1972). Psychopathologic patterns in depressed adolescents. Am.J. psychotherapy, 35,368-382.
- 380- Gottesman, E.; Cudwell, W. (1966). The body image identification test a quantitative projective technique to study an aspect of body image, The Journal of Benetic Psychology, 108.
- 381- 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.
- 382- Grave, R. D. (2003). School-based prevention programs for eating disorders: Achievements and opportunities. Disease Management and Health Outcomes, 11, 579-593.
- 383- Greenberg, J.R., and Mitchell, S.A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, Mass: Harvard university press.

- 384- Greer, S., and Lee, H.A. (1967). Subsequent progress of potentially lethal attempted suicides. *Acta psychiatrica scandinavica*, 40,361-371.
- 385- Gunderson, J.G., Singer, M.J. (1975). Defining borderline patients: An overview. *Am J. Psychiatry*, 132: 1-10.
- 386- Gunderson, J.G.; and Zanarini, M.C. (1987). Current overview of the borderline diagnosis, *journal of clinical psychiatry*, 48 (sup.1.),5-11.
- 387- 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.
- 388- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, N., Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, j57, 1799-1805.
- 389- 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 Altrbyh*, Jun 2014, Kuwait, 28(111), pp. 107-143.
- 390- Hans, Staffanewn, E. (1999). *Feldenkrais and body image*, masters thesis graduate school, University of Sentral.
- 391- 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.
- 392- 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.

- 393- 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.
- 394- 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.
- 395- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: A descriptive study. International Journal of Eating Disorders, 28, 20-26.
- 396- Hitchcock, J. (1996). Dread of the strength of the instincts psychoanalytic study of the child, vol 51.
- 397- Hodges, E. L., Cochrane, C. E., & Brewerton, T. D. (1998). Family characteristics of binge-eating disorder patients. International Journal of Eating Disorder, 23, 145-151.
- 398- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 61-74.
- 399- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 34, 383-396.
- 400- Hoffman. (1995). Borderline personality disorder and expressed emotion dissertation abstract international, P.4543.
- 401- 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.
- 402- Howard, J.A. (1984). Societal influences of attribution: blaming some victims more than others. Journal of personality and social psychology, 47,494:505.
- 403- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H. G., & R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorder in the National Comorbidity survey Replication. Biological Psychology, 61, 348-358.
- 404- Huism, A, Mahmood & Ur-Rahman, Mashhadi SF. Anorexia nervosa among teenage girls: Emerging or prevalent? Pakistan Journal of Medical Sciences. 31(6), 1290-1294. (doi): <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.316.7617>.
- 405- Hurlock, E.B. (1972). Child development. Fifth edition, New York: Mcgraw – Hill book company.

- 406- Hyler, H.C. (2007). Frequency and Structure of DSM- IV personality and individual differences, 1(43), pp. 2767-1776.
- 407- 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.
- 408- 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.
- 409- Ivarsson, T., Rastam, M., Weitz, E., Gilberg, I. C., & Gilberg, G. (2000). Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal, partyly community-based study. Comprehensive Psychiatry, 41, 398-403.
- 410- J. Bowlby. (1954). Les Soins Materrels et la Saute Mentale, organization mondiale de la sante, Geneve.
- 411- Jacobson, E.(1971) Depression, New York, Int.uni. press.
- 412- Jackson, D. (1960). The Etiology of schizophrenia, NY: Basic Books.
- 413- James, L.Jacobson; Alan, M. Jacobson. (2001). Psychiatric seerets, 2nd edition.
- 414- Jaana, Ruuska; Heino, R. Kaltiala; P. Rantanen; A. M. Koivisto. (2005). Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? July 2005, Eating and Weight Disorders: EWD.
- 415- Janet, TREASURE, UK. (2007). Advanced management of eating disorders, European Psychiatric Association.
- 416- 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](http://mc.manuscript,pp.1579-1583).
- 417- Kagan, J. (1965). The Concept of identification, psychological review, 65, 296 – 305.
- 418- Kaplan and Sadock. (1996). Pocket handbook of clinicap psychiatry, London: Wiliams wilkins. Second edition.
- 419- Kaplan, H.; & Sadock, B. (1989). Synopsis of psychiatry behavioral sciences, clinical psychiatry (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

- 420- Kaplan, Howard Gary. (1990). Borderline and Narcissistic rage and emptiness; their dramatization and drama therapy, Ph.D. dissertation, United States, Illinois, North Western University.
- 421- 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.
- 422- Keel, P.K., & Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, J29, 747-769.
- 423- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., Jr., & Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 492-497.
- 424- Kendler, K. S; Aggen, S.H.; Czafkowsky, 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.
- 425- Kendler, H., & Kendler, T. (1971). *Basic psychology*. NY: Appleton-Century- Crofts.
- 426- Kendler, K.S., and Hays, P. (1981). Paranoid psychosis (delusional disorder) and schizophrenia: A family history study. *Archives of general psychiatry*, 38,547-551.
- 427- Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *J Am psychoanal Assoc* 18: 800-822.
- 428- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissim*. New Jersey/ London : Jason Aronson Inc.
- 429- Kernberg, O.F. (1985). *Borderline Conditions and pathological narcissim*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- 430- Kernberg, O.F. (1998). The Diagnosis of narcissistic and antisocial pathology in adolescence. *Adolescent psychiatry*, 22:169.
- 431- Kernberg, P.F.; Weiner, A.S. and Bardenstein, K. (2008). *Personality Disorders in children and adolescents*. Basic books.

- 432- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. E, et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- 433- 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.
- 434- Klein, M. (1950). The Oedipus Complex in the light of early anxieties. In *Contribution*.
- 435- Klump, K. L.; McGue, M.; & Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in pre-adolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109 (2), pp. 239-251.
- 436- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- 437- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International universities press.
- 438- 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.
- 439- 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.
- 440- Kreger, R. (2013). Fear, obligation, and Quilt (FOG) in relationships.
- 441- Kroll, J. (1988). *The challenge of the borderline patient: Competency in diagnosis and treatment*, new York: Norton.
- 442- Lacan, J. (1978). *The four fundamental concept of psychoanalysis*. NY: W.W. Norton.
- 443- Lacan, J. (1968). *The Language of the self* (NY: Dell pub. Co. Tr. By. Widen.
- 444- Lacoste, S. Matt. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence-A New treatment Approach. *Aggression and Violent Behavior*. 36,76-80.

- 445- Lang, A.(2010). Attachment and emotion regulation clinical implications of a non-clinical sample study, *procedia social and behavioral sciences*, 2,674-678.
- 446- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia and Related Eating Disorders in childhood and adolescence*. Hove: Psychology press. ISBN0 0-86377-804-6.
- 447- 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.
- 448- Leichcnrin, Falk. (2004). Development and first result of borderline personality inventory, *J. of personality assessment*, 73,(1),45-63.
- 449- Leichsenring, F.;Leibing,J.Kruse; A.S. New,and F.Leweke .(2011). Borderline Personality Disorder, *Lancet*, 377 (9759): 74-84.
- 450- Leichsenring, Falk. (2004). Development and first result of borderline personality inventory, *J. of personality assessment*, 73, (1), 45-63.
- 451- Leichsenring; leibing, Leweke. (2011). Borderline Personality Disorder, *The lancet*, 377 (9759), Jonuary 01, pp. 74-84.
- 452- Lieb, K.; Zanarini, M.C.; Schmahl, C.et al. (2004). Borderline Personality Disorder, *the lancet*, 364,433-61.
- 453- 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.
- 454- Linehan, Marsha M.C.; Schmahl, C.et al. (2004). Borderline Personality Disorder, *the lancet*, 364,433-61.
- 455- 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.
- 456- 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.

- 457- Liotti, G.; and Pasquini, P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure, *Acta psychiaR scand*, 102,282-289.
- 458- Lobbestael, J.; Arntz, A., and Bernstein, D.P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 24(3), 285-295.
- 459- 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.
- 460- Ludwing Eidelberg. (1968). *Encyclopedia of psychoanalysis*, P.89.
- 461- 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.
- 462- Marques, L., Alegra, M., Becker, A. E., Chen, C., Fang, A, Chosak, A., & Belo Diniz, J. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 412-420.
- 463- 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.
- 464- Magnivita, J.J. (2004). *Hand book of personality disorders theory and practice*, Vol (1), John Wiley and sons, Inc.
- 465- Mahler, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International universities press.
- 466- 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.
- 467- Mannoni, M. (1970). *The Child, His Illness and the Other*, London: Tavistock.

- 468- Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J. Aelson (Ed.), Handbook of adolescence psychology. pp (159-187) New York: Wiley and Sons.
- 469- Marcovitz, H. (2009). Personality disorder (Malestrom), United state: Gole cegage learning.
- 470- Masterson, J.F. (1976). Psychotherapy of the borderline adult: Adevelopmental approach. New york: Brunner/ Mazel.
- 471- 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.
- 472- Mazzeo, S. E. (2000). Modification of an existing measure of body image preoccupation and its relationship to disordered eating in female college students . Journal of Counseling Psychology, vol. 46 (1), pp. 42-50.
- 473- Mcdonald, K.; and Pietsch, R.(2010). Ontological insecurity: A guiding framework for borderline personality disorder. London: Tylar and Francis Group.
- 474- Mckinley, N. M., & Hyde, J.S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. Psychology of Woman Quarterly, 20, 181-216.
- 475- McGlashan, T.M. (1983). The borderline syndrome: I. Testing Three diagnostic systems. Archives of general psychiatry, 40, 1311-13118.
- 476- Meccord, W.; and McCord, J. (1964). The psychopath: An essay on the criminal mind. New York: Van Nostrand Reinhold.
- 477- Mehler, P. S.; Lezotte, D.; & Eckel, R. (1998). Self-esteem and other ecological variables leading to the development of anorexia nervosa : Seeking an "atrisk" profile in the pre-adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, vol. 24 (2), pp. 217-221.
- 478- Menninger, K.A. (1983). Man against Himself, New York, Harcourt, Brace and comp.
- 479- 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.
- 480- Mischel, W. (1970). Sex typing and socialization in P.H Mussen (ed.), Manual of child Psychology, New York: Wiley.

- 481- Michael, Lipka. (2014). 10 Facts about atheists, pew Reseach center, December 6, 2019.
- 482- 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.
- 483- Minuchin, S.; Rosman, B.L.; and Baker, L.(1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context Cambridge, MA: Harvard university press.
- 484- Modertin, J. (1987). Quality of interpersonal relationships: The most characteristic DSM- III BPD, Criterion. Comprehensive psychiatry, 28,397-402.
- 485- Mollie, S.Smart and Russell, C.Smart .(1977). Children Development and Relationships, Macmillan publishing co. New york, third Edition.
- 486- Monnoni, M. (1970). The child, His illness and the other. London: Tavistock.
- 487- Mussen, P.H. (1968). Early sex role development, in D. Goslin (ed.), Handbook of socialization theory and research, New York: Skokie, III.: rond Mcnalley.
- 488- Muuss, R. E. (1998). Eating disorders: Anorexia nervosa and bulima. In R. E. Muuss; H. D. Porton et al. (Eds.), Adolescent behavior and society: A book of readings (pp. 396-408). New York: McGraw Hill.
- 489- National Eating Disorders Association. (2018). <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder>.
- 490- National Health and Medical Research council. (2012). Clinical practice Guideline for the management of borderline personality disorder, Australia, Marcus Clarke Street.
- 491- Nevid, J.S., Rathus, S.A., and Green, B. (1997). Abnormal psychology in a changing world (3 reed) New Jersey: Prentice Hall.
- 492- 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.

- 493- Noll, S. M., Fredrickson, B. L. (1998). A meditational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 623-636.
- 494- 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.
- 495- 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.
- 496- 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.
- 497- 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.
- 498- 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.
- 499- Palazzoli, M. S.; Cirillo, S.; Selvini, M.; & Sorrention, A. M. (1998). *Family games: General models of psychic processes in the family*. London: Karnac Books.
- 500- 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.
- 501- Paris, J. (1990). Completed suicide in Borderline personality disorder, *psychiatric Annals*, 20,19-21.
- 502- Paris, J. (1997). Social factors in the personality disorders, *transcultural psychiatry*, 34(4), 421-452.
- 503- Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing borderline personality disorder form bipolar spectrum disorder. *Harv reve psychiatry*, 12,140-145.

- 504- Paris, J.; Brown, R.; and Nowlis, D. (1987). Long term follow-up borderline patients in a general hospital. *Comprehensive psychiatry*, 28,530-535.
- 505- Paxton, S.J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H. & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-264.
- 506- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W.,& Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 10, 141-157.
- 507- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., Bulk, C.M. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 123-129.
- 508- Polivy, J., Herman, C. E, & McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510.
- 509- Rabe-Jablonska, J. (1998). Body image disturbances in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, vol.32 (1), pp. 15 – 23.
- 510- 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 zitem.
- 511- Reich, C. (2005). *Personality disorder*. New York: jone wiley and sons.
- 512- Reich, D., and Zanarini, M.C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of psychiatry*,9,294-301.
- 513- Rinsly, D.B. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents *Bull. Menninger clin*, 44:147-170.
- 514- Robert Michels, Otto, F. Kerberg. (2009). *Borderline Personality Disorder*, *American Journal of psychiatry*, 166 (5), pp.505-508.

- 515- Roberts, B. W., Kuncel, N.R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L.R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 313-345.
- 516- Roehrig, J. P., & Mclean, C.P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression, *International Journal of Eating Disorders*, 43, 671-674.
- 517- 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.
- 518- Rossi, G.; Schweizer, K., Colli,C. (2000). Rorschach and anorexia nervosa: A study of 27 Cases, *Minerva Psichitrica*, (Journal Article) vol 41 (4), Dec , 205-221
- 519- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., et al. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 43, 14-21.
- 520- Rubinstein, T. B., McGim, A. P., Wildman, R. P., & Wylie-Rosett, J. (2019). Disordered eating adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 663-666.
- 521- 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.
- 522- S. Freud. (1999). *Group Psychology and analysis of the ego*, Hogarth press, London.
- 523- 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).
- 524- Sanson, R. and Wiederman, M.(2014). Sex and Age differences in symptoms in borderline personality symptomatology, *journal of psychiatric clinical practice*, 18,145-149.

- 525- 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.
- 526- Seilder, E.; Klein, D. and Miller, A.(2013). Borderline Personality Disorder in adolescent, clinical psychology science and practice, 20(4), 425-444.
- 527- Serdula, M.K., Mokdad, A.H., Williamson, D. E, Galuska,. D.A., et al. (1999). Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. JAMA, 282, 1353-1358.
- 528- Serles, H.F. (1965). The contributions of family treatment to the psychotherapy of schizophrenia. In Boszormenyi – Nagy and Framo.
- 529- Shelton, V., & Valkyrie, K. (2010). College Student Stress: A Predictor of Eating Disorder Precursor Behaviors. The Alabama Counseling Association Journal, 35 (1), 14-23.
- 530- Shneidman, E.S.; Farberow, N.L.; and litman, R.E. (1970). The psychology of suicide, New York: Science House.
- 531- Sieswerda, S.; Artanz, A. and Wolfis, M. (2005). Non-interpersonal evaluations by BPD patients journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 36, 209-225.
- 532- Silber Schmidt, A.; Lee, S.; Zanarini, M.; Schulz, C.H. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: Results from a multinational clinical trial sample, journal of personality disorders, 29(6),828-838.
- 533- 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.
- 534- Skizypek, S.; Wehmeier, P. M.; Remschmidr, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. Abrief review Eur child adolescent Psychiatry, 10 (4), 215-221.
- 535- Smeets, M. A. (1999). Body size categorization in anorxia nervosa using a morphing insttument. International Journal of Eating Disorders, vol. 25(4), pp. 451-455.

- 536- Smeets, M. A.; Ingleby, j. d.; Hoek. Hoek, H. W.; & Panhuysen, G. E. (1999). Body size perception in anorexia nervosa: A signal detection approach. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 46(5), pp. 465-477.
- 537- Southam, Grows, et al. (1997). *Cognitive behavioral therapy with children and Addescents and adolescents: Psychiatric clinics of North America*.
- 538- Spitzer, 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.
- 539- Spitz, R. (1956). *Aggression: Its role in establishment of object reations*. In *Drives Affects, Behavior*. R. M. Loewenstein, ed. NY: IUP.
- 540- Sprinthail, N., and Collins, W. (1995). *Adolescence psychology: A Development view (2nd ed)*. New York: McGraw- Hill.
- 541- Steiger, H.; Stotland, S.; Ghadirian, A. M.; & Whitehead, V. (1995). *Controlled study of eating disordered probands: Do familial trait, exist? . International Journal of Eating Disorders*, vol. 18, pp. 107-118.
- 542- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). *Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 329-240.
- 543- Stice, E., Burton, E. M., & Shaw, H. (2004). *Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: Unpacking comorbidity in adolescent girls*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62-71.
- 544- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). *Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women*. *Journal of Abnormal Psychology*. 122, 445-457.
- 545- Stoller, R.J. (1985). *Presentation of gender* New Haven: Yale university press.
- 546- Stone, M.H. (1981). *Psychiatrically ill relative of borderline patients: A family study*. *Psychiatric quarterly*, 58,71-83.

- 547- 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.
- 548- 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.
- 549- Stone, M.H.(1993). Abnormalities of personality within and beyond the realm of treatment, New York: Norton.
- 550- 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.
- 551- Stormer, S. M., & Thompson, J.K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, and sociological hypotheses. International Journal of Eating Disorders, 19, 193-202.
- 552- Stoving, R.K., Hangaard, J., Hansen-Nord, M., & Hagen, C. (2012). A review of endocrine changes in anorexia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 33, 139-152.
- 553- Striegel – Moore, R. H., Garvin, V, Dohm, E.A., and Rosenheck, R. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men : A national study of hospitalized veterans, International Journal of Eating Disorders, 25, 399 – 404.
- 554- Striegel-Moore, R.H., & Franco, D.L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. Annual Review of Clinical Psychology, 4, 305-324.
- 555- Sullivan, P. E. (1995). Mortality in anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 152, 1073-1075.
- 556- 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.
- 557- Tchanturia, K.; Campbell, I. C.; Morris, R.; Treasure, J. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. Eating disorder, 37, 572-576.
- 558- Temiz, G., & Isil, O. (2018). Factors affecting healthy life style behaviors in adolescents, Eating Disorders: A systematic review. International Journal of Caring Sciences, 11 (3), 1352-1361.

- 559- 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.
- 560- 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.
- 561- Treasure, J., Claudino, A., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *SEMINAR*, 375, (9714), 583-593.
- 562- 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.
- 563- Ullrich, J.C. (2006). Prevelan and correlate of personality disorder in great britian. *The british journal of psychiatry*, pp 423-431. Retrieved from <http://bjp.cc.psych.org/content/188/5/423.short>.
- 564- Uzun, N. (2014). Healthy lifestyle behaviors in adolescent, perceived parental control and the relationship of depression with obesity: protective and risk factors for obesity. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences, Aydin.
- 565- Vaidyanathan, S., Kuppili P., Menon, & V. (2019). Eating Disorder: An overview of Indian Research. *Indian Psychiatric Society*, 41(4), 311-317.
- 566- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009).Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *ANNALS OF Family Medicine*, 7, 357-363.
- 567- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital communication in eating disorders: A controllwd observational study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-23.
- 568- 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.
- 569- 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.

- 570- Vilela, J., Lamounier, J., Filho, M., Neto, J., & Horta, G. (2004). Eating disorders in school children. *Journal Pediatr*, 80 (1), 49-54.
- 571- Vitousek, K.; Apmonk, F.(1994). Personality variable and disorders in anorexia and bulimia nervosa, *Journal of abnormal psychology*, Vol.103, no.1,137-147.
- 572- Volkan, V.D. (1976). *Primitive internalized object relations*, New york, International University press.
- 573- Wafaa Abd Alhaleem Farrag. (2013). *Cognitive dysfunction in borderline personality disorder: Case control study*, Ain Shams University, Medicine Faculty, Psychiatry department.
- 574- Walters, G. (2011). *Out of the FOG: information and support for these with a family or love one who suffers from a personality disorder*.
- 575- Waska, R. (2005). *A Case Study of borderline anxiety and the process of analytic transformation*, *Am.J Psychoanal*, Jun, 65(2): 149-165.
- 576- 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.
- 577- 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.
- 578- 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.
- 579- Westen, D.; Betan, E. and Defife, J.A. (2011). *Identity disturbance in adolescence: Association with borderline personality disorder*. *Development and psychopathology*, 23-305.313.
- 580- 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).

- 581- Widiger, T.A.; Fracnes, A.; Trull, J.J. (1987). A psychometric analysis of the social interpersonal and cognitive-perceptual items for the schizotypal personality disorder, *Archive of general psychiatry*, 44, 741-745.
- 582- Wiczorek, A.(2008). A case study of the borderline personality patient hospitalized in the personality disorders treatment department, *psychoterapia*, (4), pp.53-63.
- 583- Wilkinson, Ryon, T.; and Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American journal of psychiatry*, 157,528-541.
- 584- Wingfield, N., Kelly, N., Serdar, K., Shivy, V. A., & Mazzeo, S. E. (2011). Colleague students perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 369-375.
- 585- Wonderlich, S. A., Brewerthon, T. D., Jovic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- 586- World Health Organization. (1992). 10th Revision of the international classification of diseases (ISD-10), WHO, Geneve.
- 587- World Health Organization. (2008). The numbers count: Mental Disorders in America " The National Institute of Mental Health. Retrieved.
- 588- Wynne, L; Ryckoff; I.M.; Day, J. and Hirsch, S.I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21,205.220.
- 589- Wynne, L., & Singer, M. (1963). Thought disorders and family relations of schizophrenics. I : A research strategy, *Arch. Gen. psychiatry*, 9: 191-198.
- 590- Zerbe, K. J. (1998). Knowable secrets: Transference and countertransference mainfestations in eating disordered patients. In W. vandereycken; P. J. Ethical, Legal and personal issues (pp. 30-55). New York University Press.
- 591- 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.

- 592- Yen, S.; Shea, T.; Pagano, M.; Sanislow, C.A.; Grilo, C.M., McGlashan, T.H.; et al. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of abnormal psychology*, 112,375-381.
- 593- Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., Pike, K., Attia, A., & Ross, D. (2018). Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 6 (2) 1-8.
- 594- Zanarin, M.; Young, I.; Frankenburg, F. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatient, *Journal of Nervous Mental Disorder*, 190(6): 381-387.
- 595- Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Reich, D.B.; Silk, K.R.; Hudson, J.I. and Mssweeney, L.B. (2007). The Subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 164 (6), 929-35.
- 596- 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.

**Dynamics of anorexia nervosa in female adolescent
borderline personality disorder
(an in-depth clinical study)**

Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab

**professor at the department of psychology
Faculty of Arts – Ain Shams University
Director of the psychological services center
Faculty of Arts - Ain Shams University**

Abstract:

The current study aims to reveal the most important dynamics that cause eating disorders "anorexia nervosa" among those with borderline personality disorders in a teenage girl, and to know her psychological structure, and to monitor the most important symptoms, traits, and pathological signs that are most widespread and common, and the factors causing eating disorders associated with those with borderline personality disorders. The study sample consisted of (one case only). She was 18 years old, the following tools were applied:

- In depth clinical interview
- Eysenck personality questionnaire (EPQ)
- Self esteem test
- H.T.P test
- K.F.D test
- Sacks Sentencen Completion Test (SSCT)
- Thematic apperception test (TAT)
- Rorschach ink – blot – test
- Added to free or spontaneous drawings or doodles the subjects autobiographies by using the clinical approach.

The study results: revealed that individuals with borderline personality disorder suffer from anorexia nervosa, along with persistent vomiting and severe weight loss. The also frequently undergo intensive care due to potassium deficiency, resulting from a disturbed relational with the subject, the mother, which in turn leads to a distorted image of themselves. Self, body image, identity disorder, clear confusion in gender role,

depression accompanied by low self-esteem, feelings of inferiority and inadequacy, self – harming behaviors, susceptibility to and targeting of accidents, in addition to suicidal attempts and thoughts due to a sadistic superego, as well as suffering from psychosomatic symptoms, social failure, wounded narcissism, angry outbursts and feelings emptiness and psychological existential emptiness difficulties in regulating emotions, emotional blackmail, and unmet needs such as the need for unconditional love, The need for attention, acceptance, and unconditional care, feelings of persecution, disturbances in thinking and perception, inconsistent and inappropriate parenting styles, in addition to constant, persistent and unresolved secrecy conflict, and poor emotional and social maturity due to a weak ego, a sadistic super ego, a frustrating and unfulfilled reality, and unresolved sexual conflicts.

Key words:

Anorexia Nervosa - Borderline personality disorder- Adolescent