مجلة العلوم التربوية

البنية العاملية للاضطرابات الانفصالية والدلالات الكلينيكية المميزة لها على اختبار الرورشاخ لدي عينة من المراهقين

اعداد

أ. م. د/عبير أحمد أبو الوفا دنقل
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بقنا– جامعة جنوب الوادى

أ. م. د/هبه جابر عبد الحميد
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية – جامعة سوهاج

تاريخ استلام البحث : ٠٩-٠١-٢٠٢٣م – تاريخ قبول النشر : ٢٥-٠٢-٢٠٢٣ م

DOI: 10.21608/MAEQ. 2023.186196.1127

مستخلص البحث:

هدف البحث أولا: إلى الكشف عن البنية العاملية للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين، وبناء أداة لتشخيص تلك الاضطرابات، مشتقة من المعايير التشخيصية للاضطرابات الانفصالية كما جاءت بالدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR)، والكشف عن خصائصها السيكومترية، والكشف عن نسب انتشار هذه الاضطرابات لدى العينة، وثانيًا: الكشف عن المظاهر المعرفية والعقلية، والمظاهر الوجدانية، ووظيفة الأنا كما تحددها الدلالات الكلينيكية لاستجابات المراهقين (عينة البحث الحالي) على اختبار الرورشاخ، وذلك بهدف الوصول إلى ملامح تشخيصية مقننة عن أعراض تلك الفئة من الاضطرابات لدى المراهقين، وتألفت عينة البحث الأساسية لتحقيق الهدف الأول من ٥٩٧ طالبًا وطالبة من طلاب الفرقة الأولى من التعليم الجامعي بمتوسط عمري ١٨.٢٣٧، وانحراف معياري قدره ١.٢٢٨، ولتحقيق الهدف الثاني تم اختيار ثلاثة طلاب حصلوا على درجات متطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية (طالبتان، وطالب)، وتم استخدام قائمة الاضطرابات الانفصالية إعداد الباحثتين، واختبار بقع الحبر لرورشاخ، وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي وجود بناء عاملي للاضطرابات الانفصالية مكون من خمسة اضطرابات مميزة تنتمي إلى عامل كامن عام واحد، وقد أظهرت النتائج وجود نسب انتشار لتلك الاضطرابات الخمسة بين العينات غير الكلينيكية من المراهقين تراوحت ما بين ٢٢.٤٤% إلى ٣٢.٤٩%، وكشفت الدلالات الكلينيكية من خلال تطبيق اختبار الرورشاخ عن وجود ملامح تشخيصية ميزت عينة البحث الكلينيكية من المراهقين ذوي الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية.

كلمات مفتاحية: الاضطرابات الانفصالية – البنية العاملية – الدلالات الكينيكية

Factorial structure of dissociative disorders and their distinctive clinical indications on the Rorschach test among sample of adolescents

Abstract:

The research aimed to identify the factorial structure of dissociative disorders in adolescents, and build a tool for diagnosing these disorders in the current research sample that is derived from DSM-5, and reveal its psychometric characteristics, and secondly: reveal the cognitive and mental manifestations, the affective manifestations, and the ego functions as determined by the clinical indications of the responses of adolescents (the sample of the current research) on the Rorschach test, to reaching standardized diagnostic features for the symptoms of this category of disorders in adolescents. The basic research sample to achieve the first goal consisted of 597 male and female students from the first year of university education with an average age of 18.237, and a standard deviation of 1.228, and to achieve the second goal, three students who obtained extreme scores on the dissociative disorders scale (two female students and one male) were selected. The dissociative disorders inventory prepared by the two researchers, and the Rorschach test, were used, The results of the exploratory and confirmatory factor analysis showed that there is a factor structure for dissociative disorders consisting of five distinct disorders belonging to one general underlying factor, The results showed that there are prevalence rates for these disorders among non-clinical samples of adolescents, where the prevalence rates for the five dissociative disorders ranged from 22.44% to 32.49%. Clinical indications through the application of the Rorschach test revealed the existence of diagnostic features that distinguished the clinical research sample of adolescents.

Keywords: Dissociative Disorders – Factorial Structure - clinical indications.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

مقدمة:

النفس الإنسانية بناء معقد التركيب، لا يمكن حصر جوانبها وما يعتريها من تغيرات أو اختلالات عبر المراحل العمرية المختلفة، ومدى تأثرها بالعوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية، ومما لا شك فيه أن مرحلة المراهقة من أكثر الفترات العمرية خطورة في مسيرة هذا البناء النفسي المركب، فهي مرحلة تكوينية فريدة تحدث خلالها تغيرات جسمية وانفعالية ومعرفية واجتماعية متعددة يمكن أن تجعل المراهق عرضة لمشكلات الصحة النفسية، فقد يعاني المراهق من الصراعات وهو يحاول التوافق مع جسمه الذي يتغير ودوافعه التي تتطور وطموحاته التي تتبلور، وقد يعاني من الإحباطات المتعددة أمام مطالب البيئة ونقص الإمكانات، وقد يعاني الحرمان من إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية الأساسية، فالمراهقة أشبه بعنق الزجاجة في الحياة النفسية للفرد ومن يمر منها بسلام يضمن حياة نفسية مستقرة والعكس صحيح تمامًا.

فالمراهقة مرحلة حرجة حيث يفتقد المراهق فيها مهارات مواجهة الضغوط وتفعيل آليات الدفاع التكيفية بوصفها أساليب للتوافق مع مواقف الحياة الضاغطة وأحداث الحياة الصدمية، الأمر الذي يجعل هذه الفئة الأكثر استهدافًا لنقص التوازن والاضطراب (خطاب، ٢٠١٧، ص ٣٣).

ويرتبط الإجهاد النفسي الناجم عن أحداث الحياة الصادمة أو الحوادث أو الكوارث التي يمكن أن يمر بها المراهق مباشرةً أو يشهدها أو الصراعات الداخلية غير المحتملة بمجموعة من الاضطرابات والتي تشخص كاضطرابات نفسية وتعرف بالاضطرابات الانفصالية (وتعرف ايضًا بالاضطرابات التفككية أو الانشقاقية أو التفارقية) Dissociative Disorders، تلك الاضطرابات التي تجبر العقل على فصل المعلومات والمشاعر غير المتوافقة أو غير المقبولة عن حيز الإدراك والوعي (Patrichia et al., 2021). ولذا فإن اضطرابات الانفصال شائعة جدًا بين الأطفال والمراهقين (Das et al., 2020; Zoroglu et al., 2002)، حيث يحدث الانفصال (التفكك) Dissociation كاستجابة إجهاد لا إرادية، ورد فعل دفاعي يحدث كآلية لا تكيفية للتعامل مع المواقف المجهدة التي يجد المراهق صعوبة في التأقلم معها (Verdi, 2021)، وقد يظهر أيضًا كآلية لقمع الاضطراب العاطفي المرتبط بالذكريات المؤلمة (Sharma et al., 2021).

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

ووصف Dalenberg et al. (2012, 551) الانفصال بأنه جانب مهم من الناحية التطورية للاستجابة النفسية للتهديد والخطر الذي يسمح بأتمتة السلوك، والتسكين، وتبدد الشخصية، وعزل التجارب الكارثية لتعزيز البقاء على قيد الحياة أثناء وبعد التجارب المؤلمة والأحداث القاسية.

والاضطرابات الانفصالية تشترك جميعها في عرض أساسي وهو التفكك، والذي يحدث فيه تفكك لنظام الشخصية، وينفصل بعض أجزائها عن بعض ويضطرب أداؤها الوظيفي، ويقوم أحد أو بعض جوانبها بالأداء الوظيفي مستقلًا، وفي الغالب يكون النشاط الحركي واعيًا في حين أن النشاط الحسي والفكري غير واع (زهران، ٢٠٠٥، ١١٤).

وتتميز الاضطرابات الانفصالية باضطراب و / أو انقطاع في التكامل الطبيعي للوعي والذاكرة والهوية والعاطفة والإدراك وتمثيل الجسم والتحكم الحركي والسلوكي، ويمكن لأعراض الانفصال أن تعطل كل مجالات الأداء النفسي، وكثيرًا ما توجد الاضطرابات الانفصالية في أعقاب مجموعة متنوعة من التجارب المؤلمة نفسيًا لدى الأطفال والمراهقين والبالغين (American Psychiatric Association [APA], 2022, p. 330)، هذا في حين ركزت بعض النظريات في تفسيرها لأسباب الاضطرابات الانفصالية على العوامل المعرفية والاجتماعية والمحددات الثقافية بشكل أكبر من تركيزها على السوابق المؤلمة والاحداث المجهدة والصدمات التي مر بها الفرد في مراحل نموه المبكرة (Lynn et al., 2019).

والاضطرابات الانفصالية كما حددتها الجمعية الامريكية للطب النفسي وجاءت بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل Diagnostic And Statical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) هي: فقدان الذاكرة الانفصالي Dissociative Amnesia، واضطراب الهوية الانفصالي Dissociative Identity Disorder، واضطراب فقدان الشخصية/تبدد الواقع Depersonalization/Derealization Disorder، واضطراب انفصالي محدد آخر Other Specified Dissociative Disorder، واضطراب انفصالي غير محدد Unspecified Dissociative Disorder (APA, 2022).

وأشارت عدد من الدراسات إلى عوامل الخطر التي تؤدي إلى إصابة الفرد عند بلوغ سن المراهقة وما يليها من مراحل العمر بالاضطرابات الانفصالية، ومنها التعرض للأحداث الصادمة والتي تتمثل في مرور الطفل بتاريخ من الإهمال البدني والإهمال الانفعالي، والإساءات الانفعالية

اللفظية والجسدية، والإساءة الجنسية، والتعرض للتهديد، فتعزز تلك البيئات الأسرية المجهدة تطور اضطرابات الانفصال (غرزوزي، وداود، ٢٠١٣؛ فايد، ٢٠٠٨؛ Miti & Chiaia, 2003; Thayyil & Rani, 2021; Yanartas, 2019)، والتعرض للضغوط الشخصية، والاجتماعية المتمثلة في الرفض المدرك، والهجر، ونقص مهارات المواجهة (Verdi, 2021; Zoroglu et al., 2003)، والتعرض للضغوط اليومية ومعاناة الاجهاد (Irpati et al., 2006)، والاصابة باضطرابات القلق (غرزوزي، وداود، ٢٠١٣)، فتعد جميعها عوامل هشاشة تجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفصالية، وعلى الجانب الآخر قد أشار Sikand et al. (2019) أن من عوامل الحماية التي تقي الطفل والمراهق من الإصابة بتلك الفئة من الاضطرابات هي علاقة الفرد بالوالدين عندما تتسم بالأمان والدفء العاطفي، مما يجعل البنية النفسية للفرد أكثر صمودًا.

إذن عادةً ما تتطور أعراض الاضطرابات الانفصالية كرد فعل لحدث صادم يمر به الفرد في مراحل حياته المختلفة، مثل التعرض للعنف، والإساءة بشتى أنواعها، والضغوطات والإجهاد اليومي الذي يشكل خطرًا كبيرًا على الصحة النفسية والعقلية للفرد، والمراهقون بصفة خاصة يتعرضون كثيرًا للإثارة العاطفية العالية عند التفاعل مع المواقف المؤلمة، ومع الضعف في موارد المواجهة لديهم يلجئون إلى الانفصال لإبقاء الذكريات المؤلمة تحت السيطرة، فيعد الانفصال هنا درع من دروع الدفاع النفسي الذي قد ينجح وقد يفشل في عودة الفرد إلى حالة الاتزان، ولكن مرور الفرد بالمواقف العصيبة قد تؤدي إلى تفاقم الأعراض مما يعوق قدرة الفرد على أداء أنشطة حياته اليومية.

ولا تزال الاضطرابات الانفصالية مشكلة صحية عامة خفية ومهملة في الكثير من البيئات (Nag, 2020). فهذه الفئة من الاضطرابات يساء فهمها ويتم تشخيصها بشكل خاطئ، مما يؤدي إلى إطالة نوعية الحياة الرديئة، والإعاقة على مستوى جميع مجالات حياة الفرد (Mychailyszyn et al., 2020). ومن هذا المنطلق اتجهت الباحثتان بالبحث الحالي إلى محاولة الكشف عن الملامح التشخيصية المميزة لتلك الاضطرابات من خلال تحديد البنية العاملية لها في مجتمع الدراسة، ووضع أداة مقننة للتشخيص، وكذلك من خلال أداء افراد العينة على اختبار بقع الحبر (الرورشاخ)، مما يساعد في تشخيص هؤلاء المراهقين الذين يعانون أعراض الاضطرابات الانفصالية والتمييز بينها وبين الاضطرابات الأخرى ذات الأعراض المتداخلة، ومن ثم تزويد القائمين على الرعاية والصحة

النفسية بالمعرفة الكافية حول تحديد مظاهر وأعراض الاضطراب من أجل تقديم تدخلات علاجية أكثر ملائمة، وتحسين نوعية الحياة لهؤلاء المراهقين.

مشكلة البحث:

تم اشتقاق مشكلة البحث الحالي من عدة مصادر تم تقديمها في أربع نقاط كما يلي:

أولًا: الإحساس بالمشكلة بدايةً من خلال الشكوى المتكررة من بعض الطلاب والطالبات وتحديدًا بالصف الدراسي الأول بالمرحلة الجامعية، أي من هم ما زالوا في مرحلة مراهقة، حيث يواجه هؤلاء المراهقين مجموعة من الأعراض، ويمرون بخبرات هم يجهلون تفسيرها أو التصديق بحدوثها، يشعرهم المرور بتلك الخبرات انهم على وشك الجنون وفقدان العقل، فيعانون مشاعر الارتباك والقلق والاكتئاب لأنهم غير قادرين على البوح بما يشعرون به، ومن تلك الخبرات التي يمرون بها خبرة الخروج من الجسد، والشعور بفترات من الانفصال عن الذات أو المحيط، وادراكهم لحدوث تباطؤ في حركة الأشياء، أو رؤية الأشياء ضبابية أو مشوهة، مع التأكد من أن ما يمرون به مجرد شعور وليس حقيقيًا، وفقد معلومات مهمة عن مراحل معينة في حياتهم، فيجدون بعض الأشياء بين ممتلكاتهم لا يذكرون متى قاموا بشرائها، وهكذا العديد من مظاهر تلك الفئة من الاضطرابات. مع ترافق تلك الخبرات بمشاعر الكدر والضيق، والقلق، وفقدان الطاقة، والتشوش.

ثانيًا: من خلال إجراء استطلاع رأي في صورة استبانة مقننة (متضمنة عدد ١٥ مفردة تعبر عن المرور ببعض الخبرات الانفصالية: ملحق١)، تم توزيعها على عدد ١٠٠ طالب وطالبة من طلاب الفرقة الأولى بطريقة عشوائية، لاستقصاء وجود المرور بالخبرات الانفصالية لدى مجتمع البحث، ولاحظت الباحثتان بالفعل تأكيد الطلاب على المرور ببعض تلك الخبرات، على الأقل مرة واحدة.

ثالثًا: بالرجوع إلى الدراسات السابقة والأطر النظرية التي تناولت بالدراسة ظاهرة التفكك والاضطرابات الانفصالية أن تلك الاضطرابات قد ارتبطت بالعديد من التأثيرات السلبية على الصحة النفسية للمراهقين، فبينما يفهم التفكك على أنه تكيفي ووقائي كعملية نفسية للانفصال عن الواقع المؤلم وباعتباره هروبًا من التجارب والعواطف والذكريات الصادمة، يمكن أن يؤدي الاعتماد المفرط على استخدامه كدفاع إلى تعرض الفرد للإصابة بالاضطرابات الانفصالية (Putnam, 2016).

وذكر Pasquale et al. (2016) أن الاضطرابات الانفصالية تحدث في جميع المراحل العمرية، ولكنها تكون أكثر شيوعًا في فئة المراهقين.

وأشارت دراسة Glu et al. (2003) أن المراهقين المصابين باضطرابات انفصالية بشكل خطير ومتعدد الأعراض يعانون عادةً من الاكتئاب، والقلق، ومحاولات الانتحار، وتشويه الذات، وصعوبات التعلم، والهلوسة، والعدوانية واضطراب الهوية الجنسية، وتلك الاضطرابات أكثر انتشارًا لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٩ عامًا.

وأضافت نتائج دراسة Das et al. (2020) إلى أن المراهقين المصابين بالاضطرابات الانفصالية يعانون من خلل في استجابات الاجهاد، والاكتئاب، والانفعالية الزائدة المرتبطة بسوء التنظيم الانفعالي، وفرط التوتر والقلق، وسوء التكيف، والتهيج والاندفاع، والانتباه غير المترابط، وضعف التحصيل الأكاديمي.

وأوضحت نتائج دراستان آجراهما Nester et al. (2021, 2022) وجود علاقات ارتباطية موجبة دالة بين أعراض الاضطرابات الانفصالية وسوء التنظيم الانفعالي، واستخدام أساليب المواجهة غير الفعالة، ومعاناة الضغوط النفسية، والأعراض الاكتئابية، وإيذاء الذات غير الانتحاري، ومحاولات الانتحار.

وفي ذات السياق توصلت نتائج دراسة Vazques et al. (2020) إلى أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفصالية أكثر عرضة للانتحار وإيذاء الذات مقارنةً بذوي اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب تعاطي المخدرات، وساهمت نتائج تلك الدراسة في تأكيد الفرضية القائلة بأن الاضطرابات الانفصالية تساهم في ضعف وظيفي يتجاوز تأثير اضطرابات المحور الأول من الاضطرابات الشخصية.

كما أضافت دراسة Glu et al. (2003) أن المراهقين المصابين باضطرابات انفصالية بشكل خطير ومتعدد الأعراض يعانون عادةً من الاكتئاب، والقلق، ومحاولات الانتحار، وتشويه الذات، وصعوبات التعلم، والهلوسة، والعدوانية واضطراب الهوية الجنسية، وتلك الاضطرابات أكثر انتشارًا لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ إلى ١٩ عامًا.

وفي دراسة أجراها Toppo (2021) كان الهدف منها الكشف عن البروفايل النفسي للأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب انفصالي، وتوصلت النتائج إلى صعوبة كبيرة لدى الانفصاليين في تكيفهم النفسي والاجتماعي، ويعانون بدرجة كبيرة من الاكتئاب.

وأظهرت نتائج دراسة Sharma et al. (2021) على عينة من المراهقين وجود علاقات ارتباطية دالة بين الاضطرابات الانفصالية والقلق، واضطراب الهلع، وقلق الانفصال، ومشكلات السلوك، كما أن الانفصال له علاقة دالة بصدمات الطفولة.

رابعًا: لاحظت الباحثتان من خلال الاطلاع على الأدبيات البحثية الخاصة بالاضطرابات الانفصالية، أنه على الرغم من وجود تلك الأعراض الانفصالية والمرور بتلك الخبرات كما جاءت استجابات الطلاب باستطلاع الرأي، إلا أن تشخيص وتقييم تلك الاضطرابات وأعراضها أمرًا صعبًا بشكل خاص، ولا يوجد أدوات فحص وتشخيص شاملة لتلك الاضطرابات بالبيئة المصرية والعربية على وجه الخصوص والبيئات البحثية بصفة عامة – على قدر اطلاع الباحثتين – وهذا ما أشارت إليه دراستا كل من Mychailyszyn et al. (2020)، و Piedfort-Marin et al. (2022) بأنه لا توجد حتى الآن أدوات تشخيص معتمدة يمكن أن تعطي صورة مقننة عن تلك الاضطرابات في الكثير من البيئات البحثية، ولايزال التشخيص غير الدقيق لها مشكلة قائمة ومتكررة، ولذا قد يتداخل تشخيص الانفصال مع تشخيص الاضطرابات الذهانية وأحيانًا الاضطرابات الهستيرية، ولذا توجهت الباحثتان من خلال إجراء البحث الحالي إلى تطوير أداة سيكومترية بهدف تقييم الاضطرابات الانفصالية اعتمادًا على المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل DSM-5-TR، وكذلك الكشف عن الدلالات الكلينيكية المميزة للاضطرابات الانفصالية على اختبار بقع الحبر (الرورشاخ) باعتباره أداة تشخيصية يمكن من خلاله حصر المظاهر الرئيسية للشخصية متمثلة في تحديد المظاهر المعرفية والعقلية، والمظاهر الوجدانية، ومظاهر وظيفة الانا للحالات محل الفحص، فقد أشار Das et al. (2020) إلى أنه يلزم وجود دليل على العوامل النفسية الكامنة لتشخيص اضطرابات الانفصال.

وإجمالًا لما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في الأسئلة التالية:

١ – ما طبيعة البناء العاملي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي؟

٢ – ما نسبة شيوع أعراض الاضطرابات الانفصالية لدي المراهقين عينة البحث الحالي؟

٣ – ما الدلالات الكلينيكية المميزة لاستجابات الأفراد ذوي الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين (عينة البحث الحالي) على اختبار بقع الحبر لرورشاخ؟

أهداف البحث:

يمكن تلخيص أهداف البحث الحالي فيما يلي:

١ – الكشف عن البناء العاملي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي.

٢ – التعرف على نسبة شيوع أعراض الاضطرابات الانفصالية لدي المراهقين عينة البحث الحالي.

٣– الكشف عن طبيعة المظاهر المعرفية والعقلية، والمظاهر الوجدانية، ومظاهر وظيفة الأنا كما تحددها الدلالات الكلينيكية لاختبار بقع الحبر لرورشاخ لدى المراهقين (عينة البحث الحالي).

أهمية البحث:

نبعت أهمية البحث الحالي على المستويين النظري والتطبيقي من خلال ما يلي:

– أهمية الشريحة العمرية التي أجري عليها البحث، فما يواجهه المراهقون من معوقات، وضغوطات، وتحديات، بل وصدمات، وصراعات تؤدي بهم إلي الشعور الدائم بالاجهاد، هذا الاجهاد اليومي الذي يشكل خطرًا كبيرًا على الصحة النفسية ونوعية الحياة، ويحدث الاجهاد عندما يدرك المراهق أن مطالبه البيئية تتجاوز قدرته على التكيف والتأقلم مع الواقع المحيط، فيعاني من اضطرابات تشكل إعاقة لنموه على كافة الأصعدة.

– أهمية تناول هذه الفئة من الاضطرابات بالدراسة والبحث، حيث إن تلك الاضطرابات لها انعكاستها السلبية على حياة المراهق وصحته وسلامته بل ومستقبله، فمن الأهمية بمكان الوقوف على أهم المعايير والملامح التشخيصية المبكرة لهذه الاضطرابات والتعرف الدقيق على أعراضها والتي يجب وضعها في الاعتبار من أجل التدخل المبكر والتدخل العلاجي، والكشف عن مسبباتها لتجنب الاصابة بها، مما يثري التراث النظري في البيئة المصرية لمفهوم تلك الاضطرابات والنظريات التي تناولتها بالتفسير.

– توفير أداة لقياس الاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين وقياس خصائصها السيكومترية بشكل مقنن في البيئة المصرية، والتعرف على الدلالات التشخيصية لتلك الاضطرابات، ومن

ثم يمكن أن تفيد الباحثين في الدراسات والبحوث المستقبلية، والأهم هو الاستفادة منها في تشخيص هؤلاء بصورة دقيقة مما يساعد في توجيه الحالات نحو البرامج العلاجية المناسبة، ومساعدة العاملين في هذا المجال على تقييم الاضطرابات الانفصالية والتمييز بينها وبين الاضطرابات الأخرى ذات الأعراض المتداخلة.

المفاهيم الأساسية للبحث:

الاضطرابات الانفصالية: Dissociative Disorders

عرفت الباحثتان الاضطرابات الانفصالية بالبحث الحالي إجرائيًا بأنها مجموعة من الاضطرابات يفقد فيها الفرد القدرة على دمج ذكريات الماضي، والوعي بالهوية، والاحاسيس المباشرة، والتحكم في الحركات الجسدية بالشكل الطبيعي، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على أبعاد قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين (المعد بالبحث الحالي)، والذي يتضمن خمسة أبعاد تمثل خمسة مقاييس فرعية كما يلي:

– اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي: Dissociative Amnesia

هذا الاضطراب يتضمن صعوبة تذكر معلومات، وأحداث شخصية مهمة بالنسبة للفرد لاسيما الأحداث ذات الطبيعة المجهدة والمؤلمة أو المرهقة (المجهدة نفسيًا)، ويكون النسيان للأحداث الأخيرة المهمة، ويكون انتقائيًا وجزئيًا، والتي لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي أو التعب، والتحرك بعيدًا عن الاماكن المألوفة دون وعي، وينتج عن ذلك مشاعر بالضيق والحزن، وصعوبات في حياة الفرد الاجتماعية.

– اضطراب فقدان الشخصية / وتبدد الواقع:

Depersonalization/Derealization Disorder

يتضمن هذا الاضطراب مشاعر الحزن والضيق الناتجة عن شعور الفرد بالانفصال عن الجسد، وشعور الفرد كأنه في حلم، وأن العالم من حوله غير حقيقي، وشعوره بضعف قدرته على التحكم في حديثه أو تصرفاته، وصعوبة التركيز على الاشياء في البيئة، مع قبول أن ما يحدث عفوي وشخصي لا تفرضه قوة خارجية أو أشخاص آخرين.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

– اضطراب الهوية الانفصالية: Dissociative Identity Disorder

يتضمن هذا الاضطراب شعور الفرد بالارتباك الناتج عن شعوره بأنه يمتلك شخصيتين أو أكثر في داخله، والشعور بصعوبة تحديد احساسه بهويته، يترافق بوجود اضطرابات في الشعور، أو السلوك، أو الوعي، أو الذاكرة، أو التفكير، أو الإدراك، مع صعوبة تذكر معلومات شخصية مهمة أو أحداث صادمة، واسعة النطاق لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي، ويتسبب ذلك في وجود اعرض الضيق النفسي، ومشكلات متعددة في حياة الفرد على كافة المجالات.

– اضطراب انفصالي محدد اخر: Other Specified Dissociative Disorder

يبدو الفرد فيه وكأنه يعاني من اضطراب انفصالي، فهو يجمع أعراض من الاضطرابات الانفصالية السابقة، ولكنه لا يستوفي المعايير التشخيصية لأي من الاضطرابات الانفصالية المحددة سابقًا، ولكنه يتضمن نوبات متكررة من فقدان الوعي بالمحيط، مع ومشاعر الاستحواذ أو التملك (يشعر الفرد أن أفكاره وحركاته تقع تحت سيطرة العامل المستحوذ)، مع ردود فعل انفصالية (تحوي أعراض مختلطة من الاضطرابات الثلاثة السابقة) للأحداث المجهدة، ويمكن تعيين اسباب محددة للأعراض، وتستمر أعراضه لفترة طويلة، وينتج عنها أعراض ضيق نفسي شديد، مع إعاقة لمجالات الحياة.

–اضطراب انفصالي غير محدد: Unspecified Dissociative Disorder

يبدو الفرد فيه وكأنه يعاني من اضطراب انفصالي، فهو يجمع أعراض من الاضطرابات الانفصالية السابقة، ولكنه لا يستوفي المعايير التشخيصية لأي من الاضطرابات الانفصالية المحددة، ولا يمكن تعيين أسباب محددة للأعراض، ولا يوجد ما يكفي من معلومات لإجراء تشخيص أكثر تحديدًا (كما في الاضطراب الانفصالي المحدد الآخر)، وتستمر أعراضه لفترة أطول، وينتج عنها اعراض ضيق نفسي شديد، مع اعاقة لمجالات الحياة.

البنية العاملية:

عرفت الباحثتان البنية العاملية إجرائيًا في البحث الحالي بتلك البنية الخماسية للاضطرابات الانفصالية التي تم فرضها بالبحث الحالي وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل، والتي تفسر العلاقات التي تجمع المتغيرات الكامنة أو العوامل (المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات

الانفصالية) والمتغيرات المقاسة (مفردات القائمة)، والتي تعكس البنية العلائقية المشتركة وتحديد القاسم المشترك بينهم (عامل كامن عام واحد متمثل في التفكك).

الدلالات الكلينيكية:

تعرف إجرائيًا في البحث الحالي بالعلامات والرموز التي تفسر استجابات الحالات عينة البحث الحالي على اختبار بقع الحبر لرورشاخ، بهدف تشكيل افتراضات حول الديناميات، والميكانيزمات، وإعطاء نظرة كلية للشخصية وصلتها بواقعها.

حدود البحث:

تم إجراء البحث الحالي وفق الحدود التالية: الحدود الموضوعية: حيث تناول البحث موضوع الاضطرابات الانفصالية ودراسته بمنهجين علميين: أولهما تم تناوله بمهجية وصفية بهدف الكشف عن البنية العاملة للاضطرابات الانفصالية لدي المراهقين عينة البحث الحالي، وثانيهما تم تناوله بمنهجية كلينيكية متعمقة بهدف الكشف عن أهم الدلالات الكلينيكية المييزة للأفراد عينة البحث الحالي على اختبار بقع الحبر بهدف وضع ملامح تشخيصية محددة لتلك الاضطرابات باعتبار هذا الاختبار أداة تشخيصية في المقام الأول. الحدود المكانية: تم إجراء البحث بجامعة جنوب الوادي، الحدود الزمانية: تم التطبيق في الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠٢٢/٢٠٢٣. الحدود البشرية: شارك في الدراسة طلاب الفرقة الأولى بعدد من كليات الجامعة (التربية بقنا، والتجارة بقنا، والعلاج الطبيعي بقنا، والتربية بالغردقة)، وتم اختيار العينة الكلينيكية منهم وهم ثلاث حالات الذين حصلوا على الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين (المعد بالبحث الحالي).

أدبيات البحث:

أولاً: مفهوم الانفصال (التفكك) والاضطرابات الانفصالية:

يُعرف الانفصال باسم "تجربة الانفصال أو عدم الاستمرارية" بين الأفكار والذكريات والبيئة المحيطة والأفعال والهوية، والتفكك ليس اضطرابًا موجودًا فقط لدى المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، بل يُلاحظ أيضًا حتى في عموم الناس من العينات غير الكلينيكية كخبرات انفصالية عابرة أو غير مزمنة (Kumar et al., 2020).

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

كما يُعرَّف الانفصال أو التفكك بأنه اضطراب في التكامل الطبيعي بين الذكريات، والأحاسيس المباشرة، والتحكم في حركات الجسم والهوية، ويعني فك الارتباط بين المشاعر والأفكار الخاصة من الوعي، إنها حالة قد يشعر فيها الفرد بالانفصال عن نفسه ومحيطه كما لو كان منفصلاً عن جسده ويبدو العالم من حوله غير واقعي بالنسبة له. يمكن أن تستمر هذه التجربة الانفصالية لفترة وجيزة من الوقت أو تصل إلى ساعات / أيام(Sharma et al., 2021) . لذلك يُنظر إلى التفكك على نطاق واسع على أنه عملية تحدث في سلسلة متصلة تتدرج من التفكك الطبيعي إلى المرضي (Van der Hart & Dorahy, 2009)، فقد تحدث عملية تفكك طبيعية أثناء الانخراط في نشاط تلقائي (مثل القيادة). ومع ذلك، عند ظهور مواقف خطيرة، يمكن استخدام الانفصال كآلية دفاع للنجاة من التجربة العارمة (Reycraft, 2013). وقد يتطور الاستخدام المتكرر للانفصال كآلية وقائية إلى عملية انفصالية مرضية تؤدي إلى اضطراب انفصالي (Carlson et al., 2009; Wieland, 2011).

واقترح Holmes et al. (2005) شكلين متميزين من التفكك، وهما الانفصال detachment والتجزئة compartmentalization، يتضمن الانفصال فقدان الشخصية والغربة عن الواقع والظواهر ذات الصلة، مثل تجارب الخروج من الجسد، ويتضمن التقسيم فقدان الذاكرة الانفصالي والتفكك الجسدي، مثل الفقد الحسي والأعراض العصبية "غير المبررة"، والسمة الأساسية للتجزئة هي العجز في التحكم المتعمد للعمليات أو الإجراءات التي يمكن عادةً السيطرة عليها، كما هو واضح في اضطراب الهوية الانفصالية.

وتعد أعراض الانفصال ليست مجرد إخفاقات في الأداء الإدراكي العصبي الطبيعي، بل يُنظر إليها أيضًا على أنها معطلة – مثل فقدان المعلومات المطلوبة، أو انقطاع الخبرة، أو تدخلات متكررة، متنافرة، لا إرادية في الأداء التنفيذي والشعور بالذات (Spiegel et al., 2011).

ويمكن فهم الانفصال على أنه حالة متغيرة من الوعي، حيث ينفصل الفرد عقليًا وعاطفيًا عن موقف مؤلم للدفاع ضد التهديد المتصور أو الانغماس العاطفي(Schauer & Elbert, 2010) ، حيث اقترح البعض أن الانفصال هو استجابة لعدم قدرة الفرد على استخدام استراتيجيات تنظيم العاطفة عند مواجهة المشاعر الشديدة. قد ينطوي الانفصال على انفصال بين جوانب مختلفة من معالجة المشاعر أو نقص في دمج المعلومات العاطفية في إحساس الفرد بالذات والوعي الحالي (Roberts & Reuber, 2014)، أو رهابًا من تجارب المرء الداخلية وعدم وجود تكامل بين

المكونات الوظيفية لشخصية الفرد تؤدي إلى تجنب المشاعر، أو الأحاسيس الفسيولوجية، أو الأفكار، أو الذكريات (van der Hart et al., 2004).

على الرغم من أن الانفصال يمكن أن يحقق على المدى القصير تنظيم المشاعر من خلال الهروب من المشاعر الصعبة أو المؤلمة، حيث يمكن وصفه على أنه استراتيجية مستخدمة لتنظيم العواطف في غياب الاستراتيجيات البديلة (Parlar et al., 2016; Schimmenti & Caretti, 2016)، إلا أنه يرتبط بنتائج سلبية طويلة المدى على الصحة النفسية والبدنية (Jones et al., 2018)، حيث ربطت الدراسات السابقة الانفصال باضطرابات النوم (Serrano-Sevillano et al., 2017)، وبحدوث أكبر للأفكار والصور المتطفلة المؤلمة (Mairean & Ceobanu, 2017)، وصعوبة التشخيص عند التقييم النفسي (Smiatek-Mazgaj et al., 2016)، بل وقصور شديد في النتائج العلاجية (Kleindienst et al., 2016; Schweden et al., 2016)، ويعتبر المرور بخبرات الانفصال من عوامل الخطر للإصابة باضطرابات الأكل بأنواعها (Cowan & Heselmeyer, 2011; Engelberg et al., 2007)، كما تعد من أكثر العوامل المنبئة باضطراب الوسواس القهري (هاشم، والسلاموني، ٢٠٢٠).

كما أن الافراد المعرضين للانفصال أكثر عرضة للانخراط في استراتيجيات سلوكية مثل تعاطي الكحوليات (Maaranen, 2005)، والمقامرة (Rogier et al., 2021)، والاستخدام المفرط للإنترنت (Schimmenti et al., 2021).

وكذلك ربطت مجموعة من الدراسات السابقة بين أعراض الانفصال وضعفً الذاكرة العاملة المكانية والتخطيط والتنظيم والانتباه والذاكرة اللفظية واختبارات التسمية، بالإضافة إلى انخفاض الأداء في مهام الذاكرة البصرية والذاكرة الفورية، والوظائف التنفيذية (Dixit et al., 2019; Parlar et al., 2016; Ozdemir et al., 2015).

وغالبًا ما يتم تشخيص هذه الاضطرابات بشكل سيء أو يتم تشخيصها بشكل خاطئ بسبب مشاركة السمات السريرية مع الاضطرابات الذهانية، ولذا أجريت دراسة كان الهدف منها تحديد ما إذا كانت الاضطرابات الانفصالية تنتمي إلى العصاب أم إلى الذهان وتوصلت الدراسة بالنهاية إلى إمكانية اعتبار الاضطرابات الانفصالية اضطرابات حدودية تقع بين هذين الكيانين من الاضطرابات (Devillé, et al., 2014). مع التأكيد على أن تلك الاضطرابات نفسية المنشأ بشكل أساسي

(Docquir, 2013). ويفترض أن هذا التغيير في الشخصية الناتج عن اضطراب انفصالي هو ظاهرة داخل النفس، وتعبر عن طرق مختلفة للهروب الانفصالي (التجنب) من قبول المسؤولية، والتعبير عن المشاعر المكبوتة، وإدارة التوتر، والتعامل مع الصدمات (Seddigh, 2021).

ثانيًا: المعايير والملامح التشخيصية للاضطرابات الانفصالية (التي تم تناولها بالبحث الحالي بناء على DSM-5-TR):

(١) – اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي:

الذي يترجم أيضًا بالسناوة التفارقية، ويتسم بعدم القدرة على تذكر معلومات السيرة الذاتية التي تتعارض مع النسيان العادي (الذي يعزى إلى الضرر البيولوجي العصبي)، وقد يكون فقدان الذاكرة محليًا أو ما يعرف بفقد الذاكرة المحيطي (أي فقد الذاكرة لكل الأحداث التي حدثت في فترة زمنية معينة، وعادة ما يتبع حوادث وضغوط صادمة)، أو انتقائيًا (أي فقد الذاكرة لجانب معين من الحدث)، أو معممًا (أي الهوية وتاريخ الحياة)، أو جزئيًا (حيث يفقد الفرد الذاكرة المتعلقة بنوع ما من المعلومات الخاصة بأسرته أو أشخاص مهمين له (عبدالرحمن، ٢٠١٤، ٤٧٤).

ففي فقدان الذاكرة الانفصالي يلاحظ وجود فجوات في الذاكرة البعيدة، ومعظم الأفراد في البداية لا يدركون فقدان الذاكرة، فإن الوعي بفقدان الذاكرة يحدث عندما يدركون أنهم لا يتذكرون هويتهم الشخصية أو عندما تجعل الظروف هؤلاء الأفراد على دراية بأن معلومات السيرة الذاتية المهمة مفقودة (على سبيل المثال، عندما يكتشفون أدلة أو يتم إخبارهم بأحداث سابقة لا يمكنهم تذكرها)، ويُعد فقدان الذاكرة الانفصالي المعمم مع فقدان جزء كبير من تاريخ حياة الفرد و / أو هويته أو كليهما أمرًا نادرًا (الحمادي، ٢٠٢١، ٤٠٨؛ APA, 2022, 330).

كما تم تضمين اضطراب الشرود الانفصالي Dissociative Fugue الذي كان يعد اضطراب منفصل في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والاحصائي إلى اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي في الإصدار الخامس المعدل DSM-5-TR، والسمة المميزة له هي السفر المفاجئ وغير الهادف، أو التحرك غير المتوقع بعيدًا عن المنزل أو الأماكن المعتادة للشخص في أنشطته اليومية، مع عدم القدرة على تذكر بعض أو كل ماضي المرء، وينتج عن ذلك الشعور بالضيق والحزن، وصعوبات اجتماعية للفرد (Gillig & Nolan, 2003)، ويترجم ايضًا في بعض الكتابات باضطراب الغيبة، ويتسم هذا الاضطراب بتغير ملحوظ في حالة وعي الفرد أو فقدان الإحساس

المألوف للفرد بالهوية الشخصية (لا تتسم بتجربة استبدال الهوية بهوية بديلة)، حيث يختبر الفرد تضيقًا في الوعي بالمحيط المباشر أو تركيزًا انتقائيًا ضيقًا بشكل غير عادي على المنبهات البيئية، وهي حالة لا إرادية ولا تحدث الأعراض حصريًا خلال اضطراب تفارقي آخر ولا ترجع إلى التأثيرات المباشرة لدواء معين أو مادة معينة، وتؤدي الأعراض إلى ضعف في المجالات الاجتماعية أو العائلية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة (الحمادي، ٢٠٢١، ٤١٠).

– المعايير التشخيصية:

أ – عدم القدرة على تذكر معلومات السيرة الذاتية الهامة التي عادة ما تكون ذات طبيعة مؤلمة أو مرهقة، وهذا غير متسق مع النسيان العادي.

ب. تسبب الأعراض ضائقة كبيرة سريريًا أو ضعفًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

ج– لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال، الكحول أو غيره من العقاقير المخدرة، دواء) أو حالة عصبية أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، النوبات الجزئية المعقدة، فقدان الذاكرة الشامل العابر، عواقب إصابة الرأس المغلقة / إصابة الدماغ الرضية، حالة عصبية أخرى).

د–لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب الهوية الانفصالي، أو اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب الإجهاد الحاد، أو اضطراب الأعراض الجسدية، أو الاضطراب الإدراكي العصبي الرئيسي أو الخفيف (APA, 2022, 338).

ويعاني العديد من الأفراد المصابين بفقدان الذاكرة الانفصالي من ضعف مزمن في قدرتهم على تكوين علاقات مُرضية والحفاظ عليها، وتاريخ من الصدمة وخاصة إساءة معاملة الأطفال، والإيذاء أمر شائع، ويرتبط اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي بتاريخ من إيذاء النفس غير الانتحاري، ومحاولات الانتحار، وغيرها من السلوكيات عالية الخطورة، والأعراض العصبية الاكتئابية والوظيفية الشائعة، مثل تبدد الشخصية، وأعراض التنويم الذاتي، وقابلية التنويم المغناطيسي العالية، والاختلالات الجنسية ، وقد تكون إصابات الدماغ الرضحية الخفيفة تسبق فقدان الذاكرة الانفصالي (APA, 2022, 339–340).

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

(٢) – اضطراب تبدد الشخصية / الاغتراب عن الواقع:

يتميز الاضطراب بتبدد الشخصية بشكل مستمر أو متكرر سريريًا (أي تجارب غير واقعية أو انفصال عن عقل الفرد أو نفسه أو جسده) و / أو الاغتراب عن الواقع (أي تجارب عدم الواقعية أو الانفصال عن محيط الشخص)، التجربة مصحوبة باختبار واقع سليم، لا يوجد دليل على أي تمييز بين تبدد الشخصية في الغالب وأعراض الاغتراب عن الواقع في الغالب. يمكن أن يعاني الأفراد المصابون بهذا الاضطراب من تبدد الشخصية أو الاغتراب عن الواقع أو كليهما (APA, 2022, 330).

–المعايير التشخيصية:

أ – وجود تجارب مستمرة أو متكررة لتبدد الشخصية أو الاغتراب عن الواقع أو كليهما:

أ –١– تبدد الشخصية: تجارب عدم الواقعية، والانفصال، أو أن تكون مراقبًا خارجيًا فيما يتعلق بأفكار الفرد، أو مشاعره، أو أحاسيسه، أو جسده، أو أفعاله (على سبيل المثال، التغييرات الإدراكية، أو الإحساس المشوه بالوقت، أو الذات غير الواقعية، أو الغائبة، أو التخدير العاطفي و / أو الجسدي).

أ – ٢– الغربة عن الواقع: تجارب عدم الواقعية أو الانفصال فيما يتعلق بالمحيط (على سبيل المثال، يتم تجربة الأفراد أو الأشياء على أنها غير واقعية أو تشبه الحلم، أو ضبابية، أو هامدة، أو مشوهة بصريًا).

ب – أثناء تجارب تبدد الشخصية أو الاغتراب عن الواقع، يظل اختبار الواقع كما هو.

ج – تسبب الأعراض ضائقة أو ضعفًا كبيرًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

د – لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى (مثل النوبات).

هـ – لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل الفصام أو اضطراب الهلع أو الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو اضطراب الإجهاد الحاد أو اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب انفصالي آخر (APA, 2022, 344).

درجات متفاوتة من القلق والاكتئاب هي أيضًا سمات شائعة مرتبطة بالاضطراب، وتم العثور على الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم نشاط فسيولوجي للمنبهات العاطفية، ويعانون من اجترار شديد أو الانشغال والهوس الذي يعوق مهام حياتهم اليومية (على سبيل المثال، الهوس المستمر حول ما إذا كان الفرد موجودًا بالفعل، أو التحقق من تصوراتهم لتحديد ما إذا كانت تبدو حقيقية)، ويظنون أنهم مجانين، أو أنهم يعانون من تلف بالدماغ لا يمكن إصلاحه (APA, 2022, 348).

(٣) – اضطراب الهوية الانفصالية:

كان يعرف هذا الاضطراب قديمًا باضطراب تعدد الشخصية، ويتسم الاضطراب بما يلي: (أ) وجود حالتين أو أكثر من حالات الشخصية المتميزة أو تجربة تملك، و (ب) نوبات متكررة من فقدان الذاكرة الانفصالي، وقد يعاني الأفراد من انقطاعات في الهوية والذاكرة قد لا تكون واضحة للآخرين على الفور أو تحجبها محاولات إخفاء الخلل الوظيفي، ويعاني الأفراد المصابون باضطراب الهوية الانفصالية من تدخلات متكررة لا يمكن تفسيرها في وظائفهم الواعية وإحساسهم بالذات (على سبيل المثال ، الأصوات، والأفعال، والكلام المنفصلون، وأفكار وعواطف ودوافع تطفلية)، وتغيرات في الشعور بالذات (على سبيل المثال ، المواقف والتفضيلات والشعور بأن أجسادهم أو أفعالهم ليست خاصة بهم)، وتغييرات غريبة في الإدراك (على سبيل المثال ، تبدد الشخصية أو الاغتراب عن الواقع، مثل الشعور بالانفصال كما لو كان يشاهد نفسه من خارج الجسم)، وأعراض عصبية وظيفية متقطعة، وغالبًا ما يؤدي الإجهاد إلى تفاقم لأعراض الانفصال مما يجعلها أكثر وضوحًا (APA, 2022, 331).

والأفراد المصابون باضطراب الهوية الانفصالية لديهم هويات متغيرة يبدو أنها تتغير في ظل ظروف معينة، ويفترض بعض المؤلفين أن هناك هوية أساسية أو شخصية مضيفة توفر عادة التحكم التنفيذي للفرد (Farmand, 2014).

قد تتمتع الهويات الفردية المنفصلة بدرجة معينة من الاستقلال عن بعضها البعض، على سبيل المثال قد يكون للهويات أسماء خاصة بهم، وتوجهاتهم الجنسية، ومهنهم، وهواياتهم، وخلفياتهم التاريخية، وعلاقاتهم، ومزاجهم، وأخلاقهم السلوكية المميزة، ويمكن أن تختلف أيضًا في خط اليد ونبرة الصوت وقراءات تخطيط كهربية الدماغ واليدين (McWilliams, 1994) بالإضافة إلى ذلك، أظهرت بعض الدراسات أن الهويات المنفصلة تختلف في القدرات المعرفية، على سبيل المثال أثناء تقييم الجوانب المعرفية للشخصية قد تستجيب الهويات بشكل مختلف تمامًا للمهام (Gillig & Nolan, 2003).

– المعايير التشخيصية:

أ. اضطراب الهوية الذي يتسم بحالتين أو أكثر من حالات الشخصية المتمايزة، ويتضمن الاضطراب في الهوية انقطاعًا ملحوظًا في الإحساس بالذات والشعور بالفاعلية مصحوبًا بالتغييرات ذات الصلة في التأثير، والسلوك، والوعي، والذاكرة، والإدراك، و / أو الأداء الحسي الحركي، ويمكن ملاحظة هذه العلامات والأعراض من قبل الآخرين أو الإبلاغ عنها من قبل الفرد.

ب. الفجوات المتكررة في استدعاء الأحداث اليومية والمعلومات الشخصية المهمة و / أو الأحداث الصادمة التي لا تتوافق مع النسيان العادي.

ج– تسبب الأعراض ضائقة أو ضعفًا كلينيكيًا كبيرًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

د. الاضطراب ليس جزءًا طبيعيًا من الممارسات الثقافية أو الدينية مقبول على نطاق واسع.

هـ– الأعراض لا تعزى إلى تأثيرات فسيولوجية معينة (على سبيل المثال، إغماء أو سلوك فوضوي أثناء تسمم الكحول) أو حالة طبية أخرى (مثل النوبات الجزئية المعقدة) (APA, 2022, 331).

عند المراهقين، عادةً ما يستحوذ اضطراب الهوية الانفصالية على الاهتمام السريري بسبب الأعراض الخارجية، أو السلوك الانتحاري / المدمر للذات، أو التحولات السلوكية السريعة التي تُنسب غالبًا إلى اضطرابات أخرى مثل اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط أو اضطراب ثنائي القطب، والسلوك الانتحاري شائع حيث أكثر من ٧٠٪ من مرضى العيادات الخارجية الذين يعانون من

اضطراب الهوية الانفصالية حاولوا الانتحار، كما تنتشر بينهم بشكل كبير سلوكيات إيذاء النفس وسلوكيات المخاطرة (APA,2022, 335).

(٤) – اضطراب انفصالي محدد آخر:

تتضمن هذه الفئة الاضطرابات التي تسود فيها الأعراض المميزة لاضطراب انفصالي والذي يسبب ضائقة أو ضعفًا مهمًا من الناحية الكلينيكية ولكنها لا تفي بالمعايير التشخيصية لأي من اضطرابات الانفصال المحددة (السابقة). وهنا يستطيع الفاحص تحديد الاسباب التي تؤدي إلى الاعراض، وتشمل الأمثلة على هذا الاضطراب ما يلي:

أ – المتلازمات المزمنة والمتكررة لأعراض الانفصال المختلط: وتشمل هذه الفئة اضطرابات الهوية المرتبطة بانقطاعات أقل من الملحوظة في الإحساس بالذات والفاعلية، أو تغيرات الهوية، أو نوبات التملك (الاستحواذ) في غياب تاريخ من نوبات فقدان الذاكرة الانفصامي.

ب – اضطراب الهوية بسبب فترات طويلة ومكثفة من الإقناع القسري المطول والمكثف: يحدث للأفراد الذين تعرضوا لإقناع قسري مكثف (على سبيل المثال، غسيل المخ، وإصلاح الفكر، والتلقين العقائدي أثناء الأسر، والتعذيب، والسجن السياسي طويل الأجل، والتجنيد من قبل الطوائف / أو المنظمات الإرهابية) الحاضر مع تغييرات مطولة أو استجواب واعٍ لهويتهم.

ج – ردود الفعل الانفصالية الحادة للأحداث المجهدة: هذه الفئة للحالات الحادة العابرة التي تستمر عادة أقل من شهر واحد، وأحيانًا بضع ساعات أو أيام فقط، وتتميز هذه الظروف بانحسار الوعي، وتبدد الشخصية، والغربة عن الواقع، والاضطرابات الإدراكية (على سبيل المثال، تباطؤ الوقت)، وذهول عابر و / أو تغيرات في الأداء الحسي الحركي (على سبيل المثال، التسكين، الشلل).

د – الذهول الانفصالي: تتميز هذه الحالة بانحسار حاد أو فقدان كامل للوعي بالمحيط المباشر الذي يتجلى في عدم استجابة عميقة أو عدم الحساسية للمنبهات البيئية، وعدم الاستجابة قد تكون مصحوبة بسلوكيات نمطية طفيفة (على سبيل المثال، حركات الأصابع) التي لا يكون الفرد على دراية بها و / أو لا يمكنه السيطرة عليها، بالإضافة إلى شلل عابر أو فقدان للوعي، والنشوة الانفصالية، وليس كل هذا جزءًا طبيعيًا من ممارسة ثقافية أو دينية جماعية مقبولة على نطاق واسع (APA, 2022, 348–349).

(٥) – اضطراب انفصالي غير محدد:

تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تظهر فيها الأعراض المميزة لاضطراب انفصالي والتي تسبب ضغوطًا أو ضعفًا مهمًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها تسود مجالات الأداء المهمة، ولكنها لا تلبي المعايير التشخيصية الكاملة لأي من الاضطرابات الانفصالية (ذات المعايير السابقة)، وفئة اضطراب الانفصال غير المحدد تستخدم في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب عدم استيفاء المعايير ويتضمن الأعراض التي لا يوجد لها ما يكفي معلومات لإجراء تشخيص أكثر تحديدًا (APA, 2022, 349).

ثالثًا: النماذج والنظريات المفسرة للتفكك (الانفصال): Models and theories of dissociation

تم اقتراح نظريات مختلفة لشرح تطور التفكك وصولًا إلى حالة الاضطراب، وتناول هذا الجزء من البحث عرض عدد من النظريات والنماذج التي فسرت تطور التفكك بدايةً من مرحلة الطفولة، مما قد يساعد في توجيه التشخيص والعلاج، وتلك النظريات هي كما يلي:

(١) – نموذج الحالات السلوكية المنفصلة: The Discrete Behavioral States model (DBS)

أشار Putnam (1997, p. 153) إلى الحالات السلوكية المنفصلة "كتكوين محدد وفريد لمجموعة من المتغيرات النفسية والفسيولوجية والسلوكية".

يشرح نموذج DBS التفكك المرضي كفئة من الحالات السلوكية المنفصلة الناتجة بشكل رئيس عن الصدمة، والتي يتم فصلها عن حالات الوعي الطبيعية تخلصًا من الآمها، ويُفترض أن يتم التفرقة بين الحالات العادية من الانفصال والحالات الانفصالية المرضية ببعض العوامل منها، الفروق بين المتغيرات التي تحدد وضع الفرد في حالة الانفصال (على سبيل المثال، معدل ضربات القلب، ومستوى الإثارة، والتأثير، وما إلى ذلك) مختلفة جدًا عنها في الحالة الطبيعية، وكذلك الوصول إلى المعلومات المشفرة في الحالة الانفصالية المرضية بدرجة أكثر حدة من الحالات الطبيعية للنسيان أو الفشل في الوصول للمعلومات كالذكريات، والمواقف، والأحداث، الأشخاص، وهكذا (Putnam, 1997, p. 173) .

يستخدم Putnam (1997) هذه العوامل لشرح ظاهرة التفكك في الاضطرابات الانفصالية، ففي اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي يفترض نموذج DBS أن المعلومات التي يمكن الوصول إليها في الحالة العادية لا يمكن استرجاعها أثناء وجودها في حالة انفصالية بسبب تبعية الحالة للمعلومات، وأن اضطراب فقدان الشخصية وتبدد الواقع يرجع إلى فشل وظائف ما وراء الإدراك في الملاحظة والتفكير في حالة الفرد، ويفترض النموذج كذلك أن الحالات المتغيرة لاضطراب الهوية الانفصالية هي حالات انفصالية تشكلت نتيجة لصدمة مبكرة تستمر في التطور طوال الطفولة والمراهقة وينتج عن الصدمات المتكررة زيادة في الاستخدام المتكرر لحالة الانفصال التي تؤدي إلى زيادة التنظيم الذاتي وخصائص الاستقرار الذاتي بشكل مؤقت.

(٢) – نموذج التعلق غير المنتظم: The Disorganized Attachment model (DA)

افترض Bowlby في نظريته لدراسة انماط التعلق أن البشر لديهم ميل فطري لطلب الراحة والرعاية من الوالدين، أو شخصية مقدم الرعاية الذي يتعلق به الفرد من أجل البقاء على قيد الحياة. ويتم تنشيط نظام التهديدات عندما يعاني الطفل أو الفرد من الخوف، أو الألم العاطفي، أو الجسدي، أو فقدان شخصية التعلق عمومًا. وبناءً على الأنماط المتكررة لتفاعلات الطفل مع مقدمي الرعاية، يشكل الطفل ذكريات ضمنية يتم تجميعها تدريجياً في هياكل الذاكرة والتي اشار إليها Bowlby باسم نماذج العمل الداخلية Inner Work Models (IWMs)، وتوجه هذه النماذج توقعات الطفل حول الوالدين وعلاقات التعلق المستقبلية (Reycraft, 2013).

وافترضت نظرية التعلق أن نمط التعلق غير المنتظم في مرحلة الطفولة يمكن أن يزيد من قابلية الاصابة بالاضطرابات الانفصالية في مرحلة البلوغ، وان الصدمات التي تعرض لها الطفل في علاقته بمقدمي الرعاية لها علاقة مباشرة وسببية بنمط التعلق غير المنتظم ومن ثم بالاضطرابات الانفصالية في مراحل النمو اللاحقة (Farmand, 2014).

حيث يؤدي الإهمال الشديد وسوء المعاملة في المراحل المبكرة إلى قصور في تأسيس إحساس متماسك بالذات لدي الطفل بسبب انعدام الأمن، ولذلك يتعلم الطفل أن ينأى بنفسه عن خبرات الحياة المزعجة بالانفصال عنها، وينظر إلى هذا على أنه استراتيجية وقائية (دفاعية) تسمح للطفل بالتعامل مع الوضع الذي لا يستطيع تحمله (Cohen, 2004).

أشار Bowlby (1988) إلى حالات التعلق غير المنتظم على أنها تجارب مؤلمة وغير محتملة أثرت على المشاعر والأفكار والسلوكيات الواعية للشخص، وافترض أن الفرد يمكن أن يصبح فاقدًا الذاكرة للأحداث الصادمة والمؤلمة التي حدثت، وقد يعيش حالة من تعدد الشخصيات، أو حالات من الشرود. ومثل هذه الحالات يلجأ الفرد إلى تطويرها لأداء وظيفة محددة متمثلة في حماية الفرد من إدراك المشاعر المتعلقة بالأحداث المؤلمة والوعي بها، وأقر Bowlby بإمكانية تطوير هويات متعددة، وذكر أن أجزاء من الذات يمكن أن "تنفصل وتشكل نماذج عمل داخلية متعددة تبقى منفصلة عن الذاكرة الواعية نتيجة للتعلق غير المنتظم (Bowlby, 1988, p. 132).

فبناءً على تجارب التفاعلات الآمنة وغير الآمنة (غير المنتظمة) مع الوالدان أو مقدمي الرعاية، اقترح Liotti (1999, p. 99) أن سلوك التعلق غير المنتظم / المشوش للطفل، واشكال التعلق المتعددة وغير المتناسقة يتوافق مع بناء نموذج عمل داخلي للذات يمتلكه الطفل بناءً على تصوراته لذاته ولمقدم الرعاية، فقد ينظر إلى الوالد و / أو الطفل على أنه مضطهد أو ضحية أو منقذ. ولاحظ Liotti (1999, 2009) أن تمثيلات العمل الداخلية الثلاثة في نموذج التعلق غير المنتظم تشبه الأشكال الرئيسية لحالات الأنا المتغيرة في اضطراب الهوية الانفصالية: حالات الأنا المضطهد والضحية والمنقذ. لذلك افترض أن نمط التعلق هذا لدي الطفل قد يكون عامل مهيئ للإصابة بالاضطرابات الانفصالية.

وقد جاءت نتائج دراسة كلًا من Verdi (2021)، ودراسة Nag (2020) ودراسة Sharma et al. (2021) داعمة لفرضية تلك النظرية، وأثبتت نتائجها وجود علاقات ارتباطية دالة إحصائيًا بين نمط التعلق غير المنتظم في مرحلة الطفولة والمراهقة وبين المرور بخبرات الانفصال لدى المراهقين، ومعاناة أعراض الاضطرابات الانفصالية.

(٣) – نظرية التفكك البنائي: Theory of Structural Dissociation

تأسست نظرية التفكك البنائي على أعمال بيير جانييه، حيث وضعت تلك النظرية عام ١٩٠٧ وافترضت أن الاضطرابات الانفصالية تنتج في المقام الأول عن تقسيم يحدث للأنظمة التي تتكون منها بنية الشخصية النفسية والبيولوجية، وتعمل تلك الأنظمة بشكل منظم ومتماسك وبطريقة وظيفية في الأحوال الطبيعية، ولكن عند تعرض الفرد للصدمات يحدث لدي البعض شيء من

التصدع في تلك البنية فتفقد تماسكها ويشار إلى هذا التقسيم الحادث على أنه تفكك بنائي للشخصية (Van der Hart et al, 2006; Nijenhuis et al., 2002, Steele et al., 2005).

وعندما يحدث التقسيم البنائي، فإنه يحدث بشكل أساسي بين نوعين أساسيين من الأنظمة النفسية، يشار إليها باسم أنظمة العمل لأن لكل منهما ميول فعلية فطرية خاصة به للتصرف بطرق موجهة نحو الهدف ((Van der Hart et al., 2006، تساعدنا أنظمة العمل على التمييز بين التجارب المؤذية والمفيدة وإنتاج الاستجابة التكيفية المثلى للوضع الحالي (Steel et al., 2005; Van der Hart et al., 2006). ويركز نظام عمل واحد على أنشطة الحياة اليومية واستمرارها، على سبيل المثال العمل، واللعب، والتكاثر، والتعلق، والنوم، والأكل، وتقديم الرعاية، والتواصل الاجتماعي، وعرف هذا النظام بالجزء الطبيعي للشخصيةNormal Part of Personality ، بينما يركز الآخر على الدفاع، أي الهروب والتعافي من المواقف التي تنطوي على تهديد، ويسمي بالجزء العاطفي من الشخصية Emotional Part of Personality ((Steel et al., 2005, p. 17.

عند مواجهة المواقف الصدمية والأحداث المجهدة والمؤلمة وبوتيرة مستمرة تتطور خطوط التصدع بين تلك الأنظمة النفسية لأنه لا يمكن الاهتمام بكليهما في ذات الوقت، وتحدث خطوط التصدع تلك بين الجزء الطبيعي والجزء العاطفي من الشخصية على ثلاثة مستويات يتوقف عليها حدة الاضطراب وهي كالآتي:

– التفكك البنائي الأولي:

التفكك البنائي الأولي هو أبسط تقسيم للشخصية. عادة ما يتطور استجابة لصدمة واحدة ((Van der Hart et al., 2006. تنقسم الشخصية إلى جزء طبيعي واحد وجزء عاطفي واحد، ويكون الجزء الطبيعي هو الجزء السائد من الشخصية في هذا المستوى، والتفكك البنائي الأولي هو سمة من سمات الأشكال البسيطة لاضطراب الإجهاد الحاد، واضطراب ما بعد الصدمة، والاضطرابات الانفصالية.

– التفكك البنائي الثانوي:

قد يتطور التفكك البنائي الثانوي عندما يعاني الفرد من صدمة شديدة ومستمرة، ويصبح لدى الفرد جزء طبيعي واحد واثنين أو أكثر من الجزء العاطفي من الشخصية. ويحدث هذا المستوى من التفكك عندما تفشل أنظمة عمل الدفاع (الجزء العاطفي) في الاندماج، ودرجة التعقيد في هذا المستوى

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

تعتمد على عدد اجزاء انظمة العمل العاطفية في الشخصية، إذا كان هناك اثنان فقط من الأجزاء العاطفية فعادةً ما يكون أحدهما يعاني من الصدمة والآخر لاحظها ولا يزال الجزء الطبيعي من الشخصية يحافظ على غالبية الوظائف في الحياة اليومية، ومع تطور المزيد من الأجزاء العاطفية يصبح لديهم درجات مختلفة من الاستقلالية، والخصائص المعقدة المنفصلة مثل الجنس والعمر والاسم، وقد يكون لديهم تكوينات نفسية بيولوجية مختلفة، بما في ذلك مجموعات مختلفة من الذكريات والتأثيرات والإجراءات الحركية والإدراكية، قد يكون التفكك البنائي الثانوي مؤشراً على التشخيصات التالية: اضطراب ما بعد الصدمة المعقد ، واضطراب الشخصية الحدية المرتبط بالصدمات، واضطراب انفصالي غير محدد (Van der Hart et al., 2006).

-التفكك البنائي من الدرجة الثالثة:

التفكك البنائي العالي هو أكثر مستويات تفكك الشخصية تعقيدًا، وهو يتألف من أكثر من جزء طبيعي واحد والعديد من الاجزاء العاطفية، ويمكن أن تتطور الأجزاء الطبيعية الجديدة في أي من الحالتين: أ) عندما يواجه الفرد أحداثًا لا مفر منها في الحياة اليومية والتي تؤدي إلى ذكريات مؤلمة بسبب التعلم المعمم أو ب) عندما تكون قدرة الجزء الطبيعي غارقة جدًا في الأداء في الحياة الطبيعية، وقد يتولى كل جزء من الأنظمة الطبيعية السيطرة على أنظمة عمل معينة للحياة اليومية. على عكس الأجزاء العاطفية التي تثيرها الذكريات المؤلمة، وفي جميع حالات التفكك البنائي العالي، قد يحتوي أكثر من جزء واحد على مستوى قوي من التفكك والاستقلالية والتمايز. ويتزامن هذا المستوى مع تشخيص اضطراب الهوية الانفصالية (Van der Hart et al., 2006; Reycraft, 2013).

وقد وصف العديد من الباحثين بالتفصيل الآثار المشتتة وغير المنظمة للتجارب الصادمة على النمو العاطفي للطفل، حيث وضعت النظريات تنظيم الوعي النفسي في القمة، وعزا إليها بعض وظائف التكامل المحددة، على وجه الخصوص، تم النظر في ثلاثة جوانب من الوظيفة التكاملية للوعي: أ) التوليف الشخصي وهو القدرة على إنشاء تنظيم متماسك للذكريات وتجربة الذات التي تسمح للفرد بتجربة الشعور بالهوية الثابتة، ب) الحاضر وهو قدرة العقل النشطة على التركيز على الحاضر دون أن يتجول بين ذكريات الماضي، ج) وظيفة الواقع والتي تتمثل في قدرة العقل على التصرف وفقًا للواقع وتعديله بوعي وفقًا لأهداف الفرد، وتتضمن وظيفة الواقع وعيًا عميقًا بمزاج

ومعتقدات الفرد ومعتقدات الآخرين (Nag, 2020) ، وفي هذا السياق أكدت دراسة Opsvik et al. (2022) أن من أكثر النضالات التي يواجهها الأفراد الذين يعانون من اضطراب انفصالي في حياتهم اليومية القدرة على البقاء حاضرًا، والشعور بالوجود هنا والآن دون الإحساس المجزأ بالذات أي القدرة على الشعور بالواقع حتى مع الانفصال عنه.

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت نتائجها بالفعل الارتباطات الدالة بين الأحداث الصادمة في حياة الفرد وبين إصابته باضطراب انفصالي ومنها دراسة Sharma (2014) والتي اكدت نتائجها أن وجود الصدمة في مراحل عمرية مبكرة يعد مؤشرًا هامًا لظهور أعراض الاضطرابات الانفصالية في مرحلة المراهقة وما بعدها، كما أظهرت نتائج دراسة Sun et al. (2018) أن صدمة الطفولة واعراض الانفصال مرتبطان ارتباطًا دالًا، وأن هناك اختلافات جوهرية في تواتر أعراض الانفصال بين أولئك الذين عانوا من صدمات الطفولة او بدونها، ودراسة Yanartas et al. (2019) التي توصلت نتائجها إلي أنه تم الإبلاغ عن تاريخ صدمة الطفولة لدى ٨٥ إلى ١٠٠% من حالات المراهقين الذين يعانون من اضطرابات انفصالية.

ووفقا لتلك النظرية فإن الاضطراب الانفصالي يعد شكلًا من أشكال محاولات التكيف مع المواقف المؤلمة في حياة الفرد، ولكن هو طريقة لا تكيفية أدت إلى نقص في تكامل بنية الشخصية على كافة الأصعدة الوظيفية لها (السلوكية، والدافعية، والانفعالية).

(٤) – المنظور المعرفي للاضطرابات الانفصالية:

أشار Lazare (1981) إلى أن الأداء المعرفي للفرد يمكن اعتباره عامل هشاشة رئيس في التسبب في التعامل غير الفعال مع الإجهاد، ومن ثم يلجأ الفرد إلى الانفصال كرد فعل دفاعي لا تكيفي للتعامل مع المواقف المجهدة (in Nag, 2020).

ويُنظر إلى الانفصال على أنه سيطرة معرفية معطلة، تعتمد على بنية ذاكرة عاملة تنشط وتحافظ على التمثيلات المرتبطة للذات وللآخر وللبيئة، والتي توفر إحساسًا متماسكًا بالذات في محيط العالم، ويقترح هذا المنظور أن الأفراد الذين يبلغون عن قدر أكبر من الخبرات الانفصالية يظهرون عجزًا أكبر في الذاكرة العاملة مرتبطًا بالاختلالات التنفيذية للفص الجبهي (قصور وظيفي في المنطقة المدارية الأمامية في الدماغ) بسبب عدم القدرة على الحفاظ على التوازن بين المعالجة العاطفية والمعرفية (Sinha, 2021; Pessoa, 2009).

والمنظور المعرفي للآليات المسببة للاضطرابات الانفصالية هو أن العقل يحاول باستمرار فهم العالم والحفاظ على التوازن الانفعالي بين المدخلات الادراكية والمخرجات السلوكية، وتطوير نماذج معرفية للعالم ونماذج للذات (Smith & Lane, 2016).

وافترض Hilgard (1986) أن الأفراد المنفصلين بشكل كبير طوروا طرقًا للتأقلم في الحياة تسمح بانفصالهم، هذا النقص في تكامل الخبرات والذكريات والأفكار تخلق بيئة تتطلب انتباهًا مقسمًا ومستمرًا وتشجع الاستراتيجيات المعرفية للعمل بكفاءة في مثل هذه البيئات، ويؤدي الخلق المعتاد لبيئة معرفية مقسمة إلى عواقب تكيفية أو غير قادرة على التكيف، اعتمادًا على السياق والمتطلبات الوظيفية للموقف (Sinha, 2021).

اقترح بعض المؤلفين أن التجارب الانفصالية التي قد تصاحب اضطرابات الذاكرة في ظل ظروف معينة تحدث لأنه في أي حالة، يمكن لأعراض الانفصال أن تمنع الآليات العصبية التي تلعب دورًا مهمًا في ترميز الخبرات أو الأحاسيس من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى وفي توحيد المعلومات (Amdur & Liberzon, 1996).

وأشار Dorahy (2006) بأن الأفراد الانفصاليين يطورون تنظيمًا عقليًا متغيرًا يسمى أسلوب المعالجة الانفصالية، قد يعمل أسلوب المعالجة الانفصالية هذا كنظام مراقبة للتهديدات ويتميز بالتحول من الاهتمام الانتقائي إلى تدفقات متعددة من معالجة المعلومات، وتثبيط إدراكي ضعيف، وتوجيه الوعي تجاه البعض بعيدًا عن تدفقات المعلومات الأخرى، ولوحظ قصور في الانتباه والذاكرة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات انفصالية (in Nag, 2020).

وقد يصاب الأطفال والمراهقون بمجموعة متنوعة من الأعراض الانفصالية التي تعكس نقصًا في الترابط في التجميع الذاتي للوظيفة العقلية والتوظيف المعرفي تتمثل فيما يلي (Sinha, 2021):

- قد ينعكس الوعي غير المتسق في أعراض تذبذب الانتباه، مثل حالات الغيبوبة أو النشوة.
- قد يعكس نسيان السيرة الذاتية والتقلبات في الوصول إلى المعرفة عدم الاتساق في عمليات الذاكرة التنموية.
- تقلب الحالة المزاجية والسلوك، بما في ذلك نوبات الغضب والتراجع، قد يعكس صعوبات في التنظيم الذاتي.

- قد يعكس إيمان الطفل بأنفس بديلة أو أصدقاء خياليين يتحكمون في سلوك الطفل عدم التنظيم في تنمية الذات المتماسكة.
- فقدان الشخصية وتبدد الواقع قد يعكسان إحساسًا ذاتيًا بالانفصال عن الإحساس والإدراك الطبيعي بالجسم أو من الإحساس بالذات.

وقد أشارت الأدلة من خلال نتائج عدد من الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أنواع فرعية مختلفة من الاضطرابات الانفصالية يظهرون ضعفًا في الذاكرة العاملة المكانية والتخطيط والتنظيم والانتباه، واختبارات الذاكرة اللفظية والتسمية، بالإضافة إلى انخفاض الأداء في مهام الذاكرة المرئية والذاكرة الفورية (Strutt et.al, 2011).

كما توصلت نتائج دراسة Ozdemir et al. (2015) أن الإدراك، والذاكرة اللفظية، والذاكرة العاملة، والذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى كانت مرتبطة سلبًا بالخبرات الانفصالية.

وهدفت دراسة Ranjan et al. (2016) إلى تقييم العلاقة بين بين الأداء المعرفي وصعوبات التوافق لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالاضطرابات الانفصالية، وتم العثور على حد أقصى من الضعف الادراكي في الذاكرة العاملة اللفظية، والتعلم البصري، والتذكر.

وأجري Kar et al. (2019) دراسة توصلت نتائجها إلى أن المراهقين الذين يعانون من اضطرابات انفصالية قد أظهروا أداءً ضعيفًا في مهام الانتباه والوظائف التنفيذية والعجز في مجالات الترميز، وتشفير المعلومات، والمتاهات، والرياضيات. وأجرى Dixit et al. (2019) دراسة على مجموعة من المراهقين المصابين باضطراب انفصالي لتقييم الإدراك العصبي وأظهرت نتائج الدراسة أن المشاركين الذين يعانون من اضطراب انفصالي كان أداؤهم ضعيفًا في مهام الانتباه، والذاكرة العاملة المكانية، والتخطيط، والتنظيم، والذاكرة اللفظية، واختبارات التسمية، بالإضافة إلى انخفاض الأداء في مهام الذاكرة البصرية والذاكرة الفورية، والوظائف التنفيذية.

وكذلك ما توصلت إليه نتائج دراسة Sinha (2021) من وجود ارتباطات إيجابية دالة بين المرور بالخبرات الانفصالية والقدرات ما وراء المعرفية الضعيفة، والفشل في الوظائف المعرفية والنزعة الخيالية.

وإجمالًا لما سبق يمكن اعتبار الأداء المعرفي للفرد عامل هشاشة رئيسي يتسبب في التعامل غير الفعال مع الإجهاد، ومن ثم اللجوء إلى الانفصال كآلية دفاع للنجاة من ذكريات التجارب المؤلمة، ومواجهة الواقع.

فروض البحث:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة والرجوع إلى الإطار النظري يمكن صياغة فروض البحث على النحو التالي:

١ – يتوافر بناء عاملي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي من خلال خمسة عوامل.

٢ – ترتفع نسبة انتشار الاضطرابات الانفصالية لدي المراهقين عينة البحث الحالي.

٣ – تكشف الدلالات الكلينيكية لاستجابات المراهقين ذوي الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية (عينة البحث الحالي) على اختبار بقع الحبر لرورشاخ طبيعة ومستوى الجوانب المعرفية والعقلية والوجدانية والانفعالية وفاعلية وظائف الأنا ووجود بعض الاضطرابات النفسية لديهم.

إجراءات البحث:

تناول هذا الجزء من البحث عرضًا لمنهج البحث، والعينة، ووصفًا لأدوات البحث والتأكد من صلاحيتها.

أولاً – منهج البحث:

تم في البحث الحالي الاعتماد على منهجين لتحقيق أهداف البحث: المنهج الوصفي بهدف الكشف عن البنية العاملية للاضطرابات الانفصالية في مجتمع البحث، وحساب الخصائص السيكومترية لأداة القياس المعدة بالبحث الحالي، وكذلك الكشف عن نسب انتشار الاضطرابات الانفصالية لدي عينة البحث، والمنهج الكلينيكي، والذي هدف إلى الدراسة العميقة للحالات الفردية من الطلاب ذوي الدرجات المتطرفة على مقياس الاضطرابات الانفصالية، بغية الوصول إلى نظرة تشخيصية شاملة للمتغير المراد دراسته، وفهم العوامل العميقة والسمات المميزة لشخصية المبحوث الذي يعاني من تلك الفئة من الاضطرابات.

ثانيًا – عينة البحث:

تضمنت عينة البحث الأساسية أولا: عينة البحث السيكومترية وتكونت من ٥٩٧ طالبًا وطالبة من طلاب الفرقة الأولي من بعض كليات جامعة جنوب الوادي (التربية بقنا، والتجارة بقنا، والعلاج الطبيعي بقنا، والتربية بالغردقة)، وثانيًا: عينة البحث الكلينيكية وهم ثلاث حالات (٢ إناث، وذكر واحد)، الذين حصلوا على الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين (المعد بالبحث الحالي). وكان متوسط أعمار العينة ١٨.٢٣٧، وانحراف معياري قدره ١.٢٢٨.

ثالثاً– أدوات البحث:

تضمنت أدوات البحث الحالي قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين من إعداد الباحثتان في البحث الحالي، واختبار بقع الحبر لرورشاخ، وفيما يلي شرح مفصل لأدوات البحث:

١ – قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين: إعداد الباحثتين (ملحق ١)

Dissociative Disorders Inventory for Adolescents

هدفت قائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين إلى قياس خمس اضطرابات انفصالية وفق ما جاء بمحور الاضطرابات الانفصالية بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM–5–TR, 2022)، وقد تم إعدادها وفق الخطوات التالية:

وضع الصورة المبدئية لأبعاد ومفردات المقاييس الفرعية بالقائمة: لوضع التصور البنائي الأولي لأبعاد قائمة الاضطرابات الانفصالية (المقاييس الفرعية) تم الاستناد إلى المعايير والملامح التشخيصية للاضطرابات الانفصالية كما جاءت بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل DSM–5–TR (APA, 2022)، كما تم الاستعانة بعدد من المصادر الأخرى لصياغة مفردات المقاييس الفرعية بالقائمة ومنها، المعايير التشخيصية للاضطرابات الانفصالية كما جاءت بالإصدار الحادي عشر للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD–11 (الحمادي، ٢٠٢١)، والمقابلة الكلينيكية شبه المنظمة لتقييم أعراض الانفصال وتشخيص الاضطرابات الانفصالية بناءً على معايير DSM–5 و(ICD–11(SCID–D إعداد Piedfort–Marin et al. (2022)، مقياس الخبرات الانفصالية Experience Scale–II (DES–II) Dissociative إعداد Carlson & Putnam (1993)، ومقياس الاضطرابات النفسية للمراهقين

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

إعداد البحيري، وإمام (٢٠١٣)، بالإضافة إلى الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت دراسة الاضطرابات الانفصالية.

تم عرض القائمة في صورتها الأولية (٥٧ مفردةً موزعة على خمسة مقاييس فرعية) على عدد ٥ من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية، حيث قام كل محكم بإبداء الرأي بالنسبة لكل مفردة من حيث صياغتها اللغوية ومدى ملاءمتها لعمر أفراد العينة، وملاءمتها لما وضعت لقياسه، وبناء على اقتراحات السادة المحكمين تم تعديل صياغة بعض المفردات، ولم تحذف أي مفردة من القائمة.

– وصف القائمة في صورتها النهائية: تم بناء القائمة على هدف أساسي وهو بناء مقياس تقرير ذاتي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين ذات محتوى ومقاييس فرعية متسقة مع المعايير والملامح التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل للاضطرابات (DSM–5–TR)، وتضمنت في صورتها النهائية ٥٤ مفردةً تعبر عن خمسة من الاضطرابات الانفصالية التي يمر بها المراهقون، وذلك عندما لا يكونون تحت تأثير أي نوع من العقاقير، أو يعانون من اضطراب نفسي محدد، أو حالات الصرع، أو أي حالة طبية عامة، ويسبب المرور بتلك الخبرات الشعور بضائقة نفسية، وكذلك يسبب مشكلات في حياة المراهق اليومية والاجتماعية. وتكونت القائمة من خمسة مقاييس فرعية تقيس خمس اضطرابات انفصالية، وتلك الاضطرابات هي: اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي (١٠ مفردات)، واضطراب فقدان الشخصية/ تبدد الواقع (١١ مفردة)، واضطراب الهوية الانفصالية (١١ مفردة)، واضطراب انفصالي محدد آخر (١٠ مفردات)، واضطراب انفصالي غير محدد (١٢ مفردة).

– تصحيح القائمة: وتم الإجابة عن مفردات المقاييس الفرعية بالقائمة وفقًا لتدريج ليكرت الخماسي، حيث يقابل كل مفردة درجات من ١ إلى ٥، وتعني الدرجة ١ أن المفحوص لا يمر بالأعراض الانفصالية إلا نادرًا (بنسبة ضئيلة)، وتعني الدرجة ٥ أن المفحوص يمر كثيرًا بالأعراض الانفصالية (بنسبة مرتفعة)، وتمثل الدرجات ٢، و٣، و٤ نسب متدرجة لمرور المفحوص بالأعراض الانفصالية بين الطرفين. ولحساب الدرجة على كل مقياس من المقاييس

الفرعية الخمس للقائمة والتي تمثل اضطراب انفصالي، تم حساب متوسط مجموع درجات الفرد على المفردات المتضمنة بكل مقياس فرعي.

– حساب الخصائص السيكومترية للقائمة: وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للقائمة بالبحث الحالي على النحو التالي:

أولًا: الثبات: تم حساب الثبات من خلال معاملات الفا وأوميجا وجتمان باستخدام برنامج JASP، وجاءت قيم معاملات الثبات كما في الجدول التالي:

جدول ١ *معاملات ثبات الفا وأوميجا وجتمان*

المتغير	اوميجاω	الفاα	جتمان λ2	جتمان λ6
فقدان الذاكرة الانفصالي	٠.٨٢٦	٠.٨٢٤	٠.٨٢٨	٠.٨٣٠
اضطراب فقدان الشخصية	٠.٩٠٠	٠.٨٩٩	٠.٩٠١	٠.٩٠١
اضطراب الهوية الانفصالية	٠.٩٢٠	٠.٩١٢	٠.٩١٤	٠.٩١٧
اضطراب انفصالي محدد آخر	٠.٨٦٧	٠.٨٦٦	٠.٨٦٩	٠.٨٧٧
اضطراب انفصالي غير محدد	٠.٩٠٦	٠.٩٠٥	٠.٩٠٦	٠.٩١٠

يتضح من الجدول السابق (جدول ١) ارتفاع قيم معاملات الثبات لجميع المقاييس الفرعية بالقائمة، بالطرق المختلفة الفا واوميجا وجتمان، حيث جاءت جميع القيم أكبر من ٠.٧، مما يشير إلى تمتع القائمة بدرجة مرتفعة من الثبات في البحث الحالي.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

ثانيًا: الصدق:

تم الكشف عن البنية العاملية لقائمة الاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي من خلال حساب صدق التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي بدرجتيه الأولي والثانية، وتم عرض هذا الإجراء مفصلًا بنتائج الفرض الأول، والتي أشارت إلى صدق البناء العاملي للقائمة.

٢ – اختبار بقع الحبر (رورشاخ): Rorschach

اعد هذا الاختبار الطبيب السويسري هيرمان رورشاخ عام ١٩٢١، ويعد هذا الاختبار من أهم الأدوات الإسقاطية ذات الانتشار الواسع، ويهدف هذا الاختبار إلى الكشف عن طبيعة ومستوى بعض جوانب الشخصية وتشمل الجوانب العقلية والمعرفية، والجوانب الوجدانية والانفعالية، ووظائف الأنا.

ويتكون هذا الاختبار من ١٠ بطاقات تحتوي كلًا منها على بقعة من الحبر مشابهة لبقعة الحبر المتناظرة الجانبين، خمس بطاقات منها باللونين الاسود والرمادي على درجات مختلفة من التظليل والتلازم وتعرف بالبطاقات اللالونية (البطاقات التي تحمل الارقام ١، ٤، ٥، ٦، ٧)، وبطاقتين باللونين الرمادي والأحمر (البطاقات التي تحمل الأرقام ٢، ٣)، وثلاث بطاقات ذات ألوان متعددة (البطاقات التي تحمل الارقام ٨، ٩، ١٠). ويتم تقييم خمس مجالات هي: التحديد المكاني، والمحددات، والمحتوى، والألفة والابتكار، ومستوى التشكيل.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

١ – المتوسطات والانحرافات المعيارية.

٢ – معامل ارتباط سبيرمان– براون.

٣– التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية SPSS.

٤– التحليل العاملي التوكيدي باستخدام برنامج AMOS.

نتائج البحث وتفسيرها:

- **عرض نتائج الفرض الأول وتفسيرها:**

والذي ينص على أنه" يتوافر بناء عاملي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي من خلال خمسة عوامل".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب التحليل العاملي الاستكشافي للتعرف على البناء العاملي للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين وتحديد البنية العاملية للمقاييس الفرعية المكونة للقائمة، ثم إجراء التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق النموذج البنائي المقترح للقائمة والقائم على ما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للجمعية الأمريكية للطب النفسي، وقد تم تطبيق القائمة على أفراد العينة الأساسية والبالغ عددهم ٥٩٧ طالبًا، وكانت خطوات التحقق من صحة هذا الفرض كما يلي:

أولًا: إجراء التحليل العاملي الاستكشافي:

تم بدايةً التحقق من شروط إجراء التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات كل مقياس فرعي بالقائمة وذلك من خلال الكشف عن دلالة قيمة كاي تربيع لاختبار بارتليت Bartlett Test، وتراوحت قيمته لكل مقياس فرعي والقائمة ككل في البحث الحالي من ١٦٢٩.٥٨٨ إلى ٣٣٨٨.٧١٧وجميعها قيم دالة احصائيًا، وقياس توافق العينة ككل ويقاس ذلك باستخدام كل من اختبار بارتليت وحساب معامل كايزر– ماير– أولكين Kaiser–Mayer–Olkin coefficient (KMO) والذي يعد مؤشرًا لمدى مناسبة البيانات وحجم العينة للتحليل العاملي، وتراوحت قيمه للمقاييس الفرعية وللقائمة ككل في البحث الحالي من ٠.٨٤٨ إلى ٠.٩٢٧ وجميعها أكبر من ٠.٥واقرب إلى +١ ودالة احصائيًا مما يشير إلى مناسبة وكفاية عينة البحث للتحليل العاملي الاستكشافي.

– الخطوة الأولى بعد التحقق من الشروط تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis للتحقق من البنية العاملية لقائمة الاضطرابات الانفصالية لدى عينة البحث، باستخدام طريقة المكونات الأساسية Principal Components Analysis لهوتلنج، والتدوير المتعامد للمحاور بطريقة Promax لكايزر، واعتمدت الباحثتان علي أربعة معايير لتحديد العوامل المقبولة، وهي: ألا يقل التشبع عن ٠.٣، وألا يقل عدد المفردات التي تشبعت تشبعًا دالًا في كل عامل عن ثلاث مفردات، وألا تتشبع المفردة علي أكثر من عامل وإذا تشبعت علي أكثر من عامل تحذف، وألا يقل الجذر الكامن عن ١.٠ وفقًا لمحك كايزر–جتمان، ووفقًا لهذه المعايير تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي بواسطة برنامج الحزم الإحصائية Spss، وأوضحت النتائج تشبع ١٠ مفردات

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

للمقياس الفرعي الأول، وقد فسر هذا ٣٩.٠٢٢ من التباين الكلي، وتشبع ١١ مفردة للمقياس الفرعي الثاني، وقد فسر هذا العامل ٥٠.٢٦٤% من التباين الكلي، وتشبع ١١ مفردة للمقياس الفرعي الثالث، وقد فسر هذا العامل ٥٣.٣٢٧ % من التباين الكلي، وتشبع ١٠ عبارات للمقياس الفرعي الرابع، وقد فسر هذا العامل ٤٥.٨٠٢ %من التباين الكلي، وتشبع ١٢ مفردة للمقياس الفرعي الخامس، ويفسر هذا العامل ٥٠.٧٤٣ من التباين الكلي. (تم توضيح الجذر الكامنة، ونسب الشيوع، والتشبع لمفردات المقاييس الفرعية للقائمة بملحق ٢)

– في الخطوة الثانية تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي من الدرجة الثانية للتعرف على ما إذا كانت الأبعاد الخمسة يجمعها عامل كامن عام أم لا ؟، ونتج عن ذلك تشبع مفردات المقاييس الفرعية للقائمة على عامل عام واحد بجذر كامن ٤.٠٢٤، وتباين اجمالي ٨٠.٤٨٥% والجدول التالي (جدول ٢) يوضح ذلك:

جدول ٢ ***تشعبات الأبعاد والجذر الكامن والتباين على عامل لقائمة الاضطرابات الانفصالية***

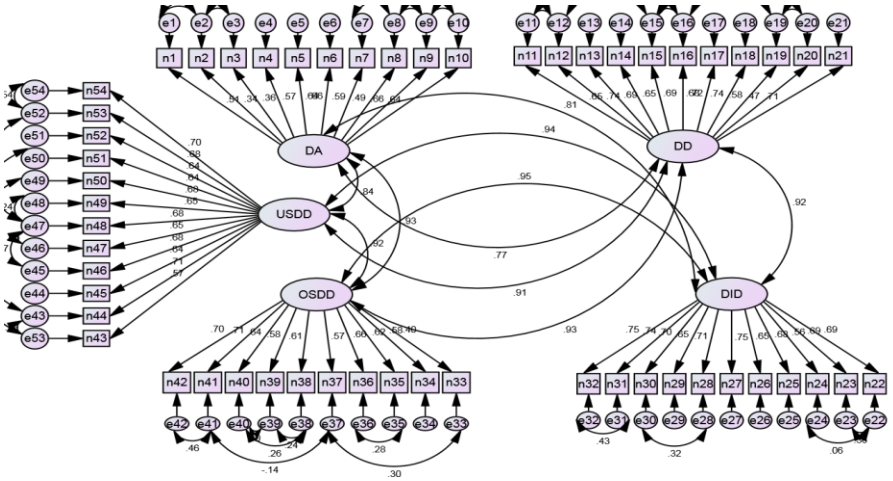
البعد	التشبع	الشيوع
فقدان الذاكرة الانفصالي	٠.٨٢٢	٠.٦٧٦
اضطراب فقدان الشخصية/وتبدد الواقع	٠.٩٠٦	٠.٨٢١
اضطراب الهوية الانفصالية	٠.٩٢٠	٠.٨٤٧
اضطراب انفصالي محدد آخر	٠.٩١٧	٠.٨٤٢
اضطراب انفصالي غير محدد	٠.٩٢٤	٠.٨٥٤
الجذر الكامن		٤.٠٢٤
التباين الكلي		%٨٠.٧٩٥
قياس الملائمةKMO = ٠.٨٩٢		
اختبار Bartlett= ٢٧٥٦.٠٠٨		Sig=0.000

اتضح من نتائج الجدول السابق (جدول ٢) أن العوامل الخمسة يجمعها عامل كامن عام من الدرجة الثانية، وأن هذه العوامل قد فسرت مجتمعة ٨٠.٧٩٥ %من التباين الكلي للمصفوفة الارتباطية.

ثانيًا: التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى والثانية:

– في الخطوة الأولى تم حساب التحليل العاملي التوكيدي بدرجته الأولى لقائمة الاضطرابات الانفصالية للمراهقين باستخدام البرنامج الاحصائي Amos (25)باستخدام طريقة Maximum Likelihood وقد حقق النموذج البنائي المقترح للمقاييس الفرعية للقائمة (مكون من خمس عوامل كامنة) كل على حده مؤشرات جودة مطابقة تقع ضمن المعايير المعتمدة والمقبولة، حيث تراوحت قيم مؤشر النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية ($\chi 2$ / df) ما بين ٢.٠٦١ – ٣.٠٩٢، وقيم مؤشر جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي (RMSEA) ٠.٠٤٢ إلى ٠.٠٥٩، وقيم مؤشر الجذر التربيعي لمربع متوسطات البواقي (RMR) من ٠.٠٥٧ إلى ٠.٠٦٢، وقيم مؤشر حسن المطابقة (GFI) ما بين ٠.٨٥٠ إلى ٠.٩٧٣، وقيم مؤشر حسن المطابقة المحسن (AGFI) من ٠.٨٢٢ إلى ٠.٩٥٣، وقيم مؤشر المطابقة المعياري (NFI) من ٠.٨٧٣ إلى ٠.٩٦٩، وقيم مؤشر المطابقة التزايدي (IFI) من ٠.٩٣٠ إلى ٠.٩٨٣، وقيم مؤشر المطابقة المقارن (CFI) من ٠.٩٢٩ إلى ٠.٩٨٣، وقيم مؤشر المطابقة النسبي (RFI) من ٠.٨٥٤ إلى ٠.٩٥٦، وقيم مؤشر توكر لويس (TLI) من ٠.٩١٩ إلى ٠.٩٧٦، وتم توضيح هذه النتائج تفصيلًا من خلال الجداول والأشكال التي جاءت بملاحق البحث (ملحق ٣، ٤).

– في الخطوة الثانية تم إجراء التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولي أيضًا للمقاييس الفرعية للقائمة مجتمعة، وقد حقق النموذج جودة مطابقة للبيانات، حيث جاءت مؤشرات قيم مؤشر النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية ($\chi 2$ / df) ٢.٠٦١، وقيم مؤشر جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي (RMSEA) ٠.٠٤٢، وقيم مؤشر حسن المطابقة (GFI) ٠.٨٥٠، وقيم مؤشر حسن المطابقة المحسن (AGFI) ٠.٨٢٢، وقيم مؤشر المطابقة المعياري (NFI) ٠.٨٧٣، وقيم مؤشر المطابقة التزايدي (IFI) ٠.٩٣٠، وقيم مؤشر المطابقة المقارن (CFI) ٠.٩٢٩، وقيم مؤشر المطابقة النسبي (RFI) ٠.٨٥٤، وقيم مؤشر توكر لويس (TLI) ٠.٩١٩، وجميعها قيم تقع ضمن المعايير المعتمدة والمقبولة. ويوضح الشكل التالي النموذج البنائي المقترح من الدرجة الأولى لقائمة الاضطرابات الانفصالية.



شكل ١: *نموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولي لقائمة الاضطرابات الانفصالية*

– في الخطوة الثالثة تم إجراء التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية للقائمة ككل، للتأكد من بنية الاضطرابات الانفصالية للمراهقين، وذلك من خلال اختبار نموذج العامل العام لدى عينة البحث الحالي، وبناء على النموذج النظري المفترض لبنية تلك الاضطرابات بالدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل، ونتائج التحليل العاملي الاستكشافي تم افتراض أن جميع العوامل تنتظم حول عامل كامن عام واحد، وقد حقق النموذج الموضح بالشكل التالي (شكل ٢) جودة مطابقة للبيانات، والجدول ٤ يوضح مؤشرات المطابقة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي للقائمة.

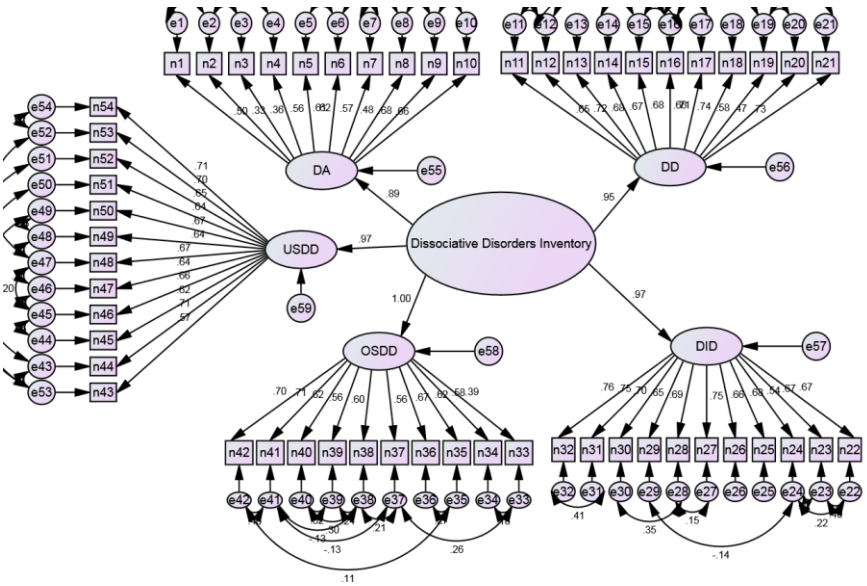
جدول ٣ *مؤشرات جودة الملائمة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية لقائمة الاضطرابات الانفصالية*

المؤشر	قيمة المؤشر	المدي المثالي
النسبة بين مربع كاي ودرجة الحرية ($\chi 2$ / df)	٢.٠٢٩	تتراوح بين (٠ – ٣)
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RMSEA	٠.٠٤٢	أقل من ٠.٠٨
مؤشر حسن المطابقة(GFI)	٠.٩٠	من ٠.٩٠–١
مؤشر حسن المطابقة المصحح(AGFI)	٠.٨٣	من ٠.٩٠–١

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

المؤشر	قيمة المؤشر	المدي المثالي
مؤشر المطابقة المعياري NFI	٠.٩٠	من ٠.٩٠–١
مؤشر المطابقة التزايدي IFI	٠.٩٣	من ٠.٩٠–١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	٠.٩٣	من ٠.٩٠–١
مؤشر المطابقة النسبي RFI	٠.٩٠	من ٠.٩٠–١
مؤشر توكر لويس TLI	٠.٩٢	من ٠.٩٠–١

اتضح من الجدول السابق (جدول ٣) تحقيق النموذج لمؤشرات جودة ملائمة تقع ضمن المعايير المعتمدة والمقبولة، والشكل التالي (شكل ٢) يوضح نموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية لقائمة الاضطرابات الانفصالية.



شكل ٢: نموذج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية لقائمة الاضطرابات الانفصالية

اتضح من نتائج التحليل العاملي الاستكشافي والتحليل العاملي التوكيدي (من الدرجة الأولي والثانية) البنية العاملية لقائمة الاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث الحالي، حيث أكدت نتائج التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي على توافر بنية عاملية للاضطرابات الانفصالية

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

في مجتمع البحث من خمسة عوامل كامنة (خمس اضطرابات) توزعت عليها المتغيرات المقاسة المتمثلة في مفردات القائمة، وقد وجد عامل عام كامن (التفكك) يمثل القاسم المشترك والمساحة المشتركة للعوامل الخمسة، وقد توافقت نتائج التحليل مع النموذج النظري لبنية تلك الاضطرابات كما وردت في DSM–5–TR، وبذلك يتحقق صحة الفرض الأول. وكما تعد تلك النتائج مؤشرًا جيدًا لتمتع قائمة الاضطرابات الانفصالية المعدة بالبحث الحالي بدرجة عالية من صدق البناء العاملي.

ويمكن تفسير النتيجة التي توصل إليها الفرض الأول، من خلال الرجوع إلى الأطر النظرية التي تناولت مصطلح الاضطرابات الانفصالية بالدراسة، وكذلك في سياق المعايير التشخيصية التي وضعت مفهوم موحد للانفصال أو التفكك، يضم مجموعة من الاضطرابات الانفصالية تشترك جميعًا في هذا العرض العام لكل الاضطرابات الانفصالية، وهذا ما أشار إليه Verdi (2021) بان الاضطرابات الانفصالية هي مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تجمعها سمة مشتركة هي التفكك، وتتميز الاضطرابات الانفصالية (بأنواعها الخمسة) باضطراب و / أو انقطاع في التكامل الطبيعي للوعي والذاكرة والهوية والعاطفة والإدراك وتمثيل الجسم والتحكم الحركي والسلوكي (APA, 2022)، وتلك الأعراض العامة لجميع الاضطرابات الانفصالية مشتركة، وهذا ما قد يفسر البنية التي تم التوصل اليها من وجود عامل كامن تصطف حوله الاضطرابات الخمسة، فتلك النتيجة جاءت في سياق البنية النظرية التي تم فرضها بالدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل.

وكذلك يمكن تفسير هذه النتيجة وتلك البنية من خلال أن تلك الاضطرابات الخمسة تسببها نفس عوامل الخطر وهذا ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات (غرزوزي، وداود، ٢٠١٣؛ فايد، ٢٠٠٨؛ Miti & Chiaia, 2003; Thayyil & Rani, 2021; Yanartas, 2019)، وهذا ما يدعم ما توصلت إليه نتائج التحليل العاملي بنوعيه في البحث الحالي من وجود عامل كامن عام واحد متمثل في الانفصال أو التفكك (وهو العامل المشترك الذي يضم الاضطرابات الانفصالية)، وتنتظم حوله خمسة اضطرابات، وهي اضطراب فقدان الذاكرة الانفصالي، واضطراب فقدان الشخصية/ تبدد الواقع، واضطراب الهوية الانفصالية، واضطراب انفصالي محدد آخر، واضطراب انفصالي غير محدد.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

عرض نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

والذي ينص على " ترتفع نسبة انتشار الاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين من أفراد عينة البحث الحالي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة البحث من طلاب الجامعة (٥٩٧ طالب) على قائمة الاضطرابات الانفصالية ثم حساب درجة القطع على القائمة وأبعادها الفرعية وفقا لمعادلة المتوسط + ٢/١ الانحراف المعياري، ويبين جدول التالي (جدول ٤) نتائج ذلك:

جدول ٤ المتوسطات والانحرافات المعيارية ودرجة القطع لقائمة الاضطرابات الانفصالية (ن= ٥٩٧)

المقياس		المتوسط	الانحراف المعياري	درجة القطع	عدد الطلاب الأعلى من درجة القطع	النسبة المئوية
فقدان الانفصالي	الذاكرة	٢٤.٥٥٧	٨.٣٢٩	٢٨.٧٢١	١٧٩	%٢٩.٩٨
اضطراب الشخصية/وتبدد	فقدان الواقع	٣٠.٤٦٠	١١.٠٠٣	٣٥.٩٦١	١٣٤	%٢٢.٤٤
اضطراب الانفصالية	الهوية	٣٠.٣٨٣	١١.٤٥٧	٣٦.١١١	١٨٧	%٣١.٣٢
اضطراب محدد آخر	انفصالي	٢٤.٦٣٦	٩.٢٤٢	٢٩.٢٥٧	١٦٣	%٢٧.٣
اضطراب غير محدد	انفصالي	٣٤.٥٥٦	١١.٥٠٠	٤٠.٣٠٦	١٩٤	%٣٢.٤٩
الدرجة الكلية		١٤٤.٥٩٤	٤٦.٣٩٧	١٦٧.٧٩٢	١٩١	%٣١.٩٩

أتضح من نتائج الجدول السابق (جدول ٥) أن نسبة انتشار الاضطرابات الانفصالية لدى عينة المراهقين من طلاب الصف الأول الجامعي عينة البحث الحالي قد تراوحت ما بين ٢٢.٤٤%–٣٢.٤٩%، وهي تعد نسب انتشار مرتفعة، مما يعني صحة هذا الفرض وقبوله.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

ويمكن تفسير نتائج الفرض الثاني والتي أشارت إلى ارتفاع نسب انتشار الاضطرابات الانفصالية لدي المراهقين من عينة البحث الحالي في سياق الدراسات السابقة التي تناولت دراسة هذه الفئة من الاضطرابات لدى المراهقين، فقد أشار Putnam (1991) أن الانفصال يتبع مسارًا تنمويًا عامًا يتميز بمستويات الانفصال التي ترتفع تدريجيًا طوال مرحلة الطفولة وتبلغ ذروتها أثناء الطفولة المتأخرة والمراهقة ثم تستقر وتنخفض بثبات خلال مرحلة البلوغ. وهذا ما أكدته نتائج دراسة Pasquale et al. (2016) أن التجارب الانفصالية تكون أكثر انتشارًا في فئة المراهقين منها لدى البالغين، ودراسة Das et al. (2020) التي أشارت إلى أن اضطرابات الانفصال شائعة جدًا بين الأطفال والمراهقين.

وأشار Kumar and Rathee (2021) أن التفكك ليس اضطرابا موجودًا فقط في الأمراض النفسية، بل يلاحظ أيضًا في عموم السكان. وقد يفسر هذا ارتفاع نسب الانتشار التي تم التوصل إليها بالبحث الحالي بين عينات غير كلينيكية من المراهقين. كما أن القدرة على الانفصال تعد جانب من جوانب الطبيعة البشرية يمكن أن يكون ذا قيمة كبيرة، فمن خلال استخدام التفكك، يمكن تغليف الضغوطات والصدمات النفسية التي قد تؤدي إلى انهيار الأداء الوظيفي في أجزاء اللاوعي من العقل، مما يسمح للفرد بمواصلة العمل في عالم الحياة اليومية، ويمكن أن تكون القدرة على التفكك مهدئة في أوقات الإجهاد الذي لا يطاق، ولكن إذا استمر الفصل لفترة طويلة أو أصبح تلقائيًا فإنه يصبح غير تكيفي (Howell, 2011). وهكذا يلجأ اليه المراهقون كآلية دفاعية للتعامل مع ضغوط تلك المرحلة ومواجهة صراعاتها، مما يفسر ايضًا نسب الانتشار التي تم الحصول عليها.

وقد يفسر أيضًا نسب الانتشار لدى أفراد العينة، من خلال ما اشارت اليه نظرية Kluft & Donne (1984) بأن الفوضى الأسرية، وعدم الاتساق في الأبوة والأمومة، ومتطلبات الوالدين، وأساليب التعزيز، ونمذجة الانفصال، وعدم كفاية الدعم العاطفي من الوالدين، جميعها تعد بمثابة عوامل خطر لتطوير الاضطرابات الانفصالية لدى الابناء (in Thayyil & Rani, 2021). فالمراهق في تلك المرحلة الحرجة قد يواجه الكثير من مواقف الصراع والضغط، ونقص اشباع الاحتياجات العاطفية الاساسية، والإهمال العاطفي من قبل الوالدين مما يؤدي إلى تطوير أساليب لا تكيفية للتعامل مع مصادر الضغط، وقد اتفق هذا مع ما ورد بالمقابلة الإكلينيكية التي تم اجراؤها

للحالات الثلاثة وكشفت بالفعل عن توتر العلاقات الأسرية وبصفة خاصة بالوالدين، وافتقارهم للوالدين كمصدر رئيس للدعم والتقبل والاهتمام، بل اتسمت أنساقهم الأسرية بالإساءة والاهمال.

وجاءت نتائج الفرض الحالي متفقة مع ما جاءت به نتائج دراسة Sun et al. (2018) حيث جاءت نسبة انتشار الاضطرابات الانفصالية ٣٦.٤% لدى أفراد العينة، وهي نسبة قريبة مما توصلت اليه نتائج البحث الحالي، حيث جاءت نسبة الانتشار ٣١.٩٩%، كما توصلت نتائج الدراسة أيضًا إلى أن الاضطراب الانفصالي غير المحدد كان أكثر أنواع الاضطرابات الانفصالية انتشارًا، وهذا ايضًا اتفق مع نتائج البحث الحالي حيث جاءت نسبة انتشار الاضطراب الانفصالي غير المحدد ٣٢.٤٩ وهي النسبة الأعلى لدى عينة البحث.

فقد ذكر Gentile et al. (2014) أن الانفصال قد يكون أكثر شيوعًا مما يعتقد، وعلى الرغم من صعوبة التحقق من معدلات انتشار خبرات الانفصال بسبب الطيف الواسع من أعراض الاضطرابات الانفصالية، إلا أن Sar (2011) توصل إلى أن أعراض الانفصال قد تصل إلى ٤٠.٨% بين العينات الكلينيكة، ويبلغ ١٨.٣% لدى عينات المجتمع.

عرض نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

وينص هذا الفرض على "تكشف الدلالات الكلينيكية لاستجابات المراهقين ذوي الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية على اختبار بقع الحبر لرورشاخ طبيعة ومستوى الجوانب المعرفية والعقلية والوجدانية والانفعالية ومظاهر وظيفة الأنا (قوة الأنا، ميادين الصراع، العمليات الدفاعية) ووجود بعض الاضطرابات النفسية لديهم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثتان بتطبيق اختبار بقع الحبر لرورشاخ على المراهقين (عينة البحث الكلينيكية)، وقد اعتمدت الباحثتان في تفسير الاستجابات والعلاقات الأساسية والاضافية ودلالاتها في البطاقات العشر للاختبار على القوائم المصرية التي وضعها غنيم، وبرادة (١٩٦٥)، واتباع طريقة كلوبفر ودافيدسون (١٩٦٥) في التقدير كما وردت في عبد الفتاح (٢٠٠٣)، مع استعمال الحروف العربية لها، وتم تحليل النتائج على النحو التالي:

اولًا: عرض نتائج تطبيق اختبار رورشاخ لكل حالة على حدة:

-نتائج تطبيق اختبار بقع الحبر لرورشاخ للحالة الأولى: (م: ذكر)

يوضح الجدول التالي (جدول ٥) ملخص استجابات الحالة الأولى على الاختبار

جدول ٥ *ملخص استجابات اختبار رورشاخ للحالة الأولى*

م	الاستجابة	المحددات المكانية		المحتوى			اخرى
		ك	ش	المحتوى	حي	حركة	
	البطاقة ١: زمن الرجع ٣٥ث					الزمن الكلى: ٢,٠٥ ق	
١	خفاش ٨	ك ف	ش+	حيوان	حي	حركة	
٢	القفص الصدري ٨	ج ف	ش-	جزء انسان		استجابة تشريحية	
٣	جمجمة لواحد ميت ٨	جـ	ش-	جزء انسان	ميت		
٤	وش حد مايل بيعض حد ٨	جـ ف	ش-	جزء انسان	حي	حركة	
٥	سرطان بحر ٨	جـ	ش-	حيوان	حي	حركة	
٦	دخان ٨	جـ	ظ	دخان		حركة	
٧	بني ءادم من غير دماغ ٧	جـ	ش-	جزء انسان	حي	حركة	
	البطاقة ٢: زمن الرجع ١٤ ث					الزمن الكلى: ١,٢٠ ق	
١	دم منتشر ٨	ج	ل	انسان			
٢	شخصين بيسلموا على	ج	ش-	انسان	حي	حركة	

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

	بعض ومصابين وفيهم دم وجروح كتير وكأنهم بيجروا من حاجة وراهم ٨					
٣	طيارة مقاتلة ٨	ج	ش–	طيارة		حركة
٤	دب ٧	ج	ش –	حيوان	حي	حركة
٥	شخص مصاب ○ ٧	جـ	ش –	انسان	حي	حركة
٦	طائر بيحلق بجناحاته ٨	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٧	<سمكة جوه البحر	جـ	ش–	سمكة	حي	حركة
٨	>مرات الأسد	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٩	<ديك	جـ	ش–	حيوان	حي	
البطاقة ٣: زمن الرجع ١٠ ث						الزمن الكلى: ١,٣٠ ق
١	الدم ده دم فراشة ٨	ج	ل ش	دم فراشة		
٢	شخصين ٨	ج	ش	انسان	حي	
٣	قرش مفترس ٨	ج	ش–	حيوان	حي	حركة
٤	وش مسك بتاع عصابات ٨	ك	ش–	وش		حركة
٥	اربيجيه ٨	جـ	ش –	اربيجيه		
٦	فرس البحر ٨	جـ	ش –	حيوان	حي	
٧	صورة دموية	ك	ل ش			
البطاقة ٤: زمن الرجع ٣٠ ث						الزمن الكلى: ٥٥ ث

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

١	راس حلزون ٨	جـ	ش–	جزء حيوان	حي	حركة
٢	كأنها رس جن ٨	ك	ش–	جزء حيوان	حي	حركة
٣	شجرة ميتة ٨	جـ	ش–	شجرة ميتة		
٤	حشرة زي الدودة ٨	جـ	ش–	حشرة	حي	حركة
٥	الحتة البيضا دي زي الفأس ٧	جـ ف	ش ل	فأس		
٦	منجل زرع ٨	جـ ف	ش–	منجل		
٧	كائن طفيلي تحت المجهر ٧	جـ	ش–	كائن طفيلي		استجابة تشريحية
٨	شخص مقطوع الراس ٧	جـ	ش–	جزء انسان		
٩	سمكة في بركة طين ٧	جـ	ش–	سمكة	حي	حركة
١٠	شخص محتاج ٧	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
البطاقة ٥: زمن الرجع ٢٥ ث						الزمن الكلي: ١,٠٠ ق
١	جسم جني ٨	ك	ش+	حيوان	حي	حركة
٢	فم تمساح مفتوح ٨	ج	ش+	جزء حيوان	حي	حركة
٣	فراشة ٨	ج	ش+	فراشة	حي	
٤	دراع قوي تحته دراع ضعيف عشان ده	جـ	ش–	جزء انسان	حي	

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

	ماسك ف ده ٨					
٥	انسان يتألم ٨	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
٦	كلب بيعوي ٨	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٧	شخص في حالة ركوع مصاب في دماغه ٨	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
٨	ذئب ٧	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٩	مجرفة فحم ٧	جـ	ش–	مجرفة فحم		
١٠	شخص بيبتسم وعنده فصام ٧	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
	البطاقة ٦: زمن الرجع ٤٠ ث					الزمن الكلى: ٢,٤٠ ق
١	وادي عميق ٨	ج ف	ش–	وادي عميق		
٢	شخص بيدعي وبيتألم وتحته نار ٨	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
٣	رئتين ٨ ○	جـ ف	ش–	جزء انسان		استجابة تشريحية
٤	زي صولجان طويل ٨	ج	ش–	صولجان		
٥	راس شخص راشق في دماغه سيف والدم >متناثر حواليه	ج	ش–	جزء انسان	ميت	حركة
٦	شخص ساجد بيصلي >	جـ	ش–	انسان	حي	
٧	منطقة خضرا او منطقة	جـ	ش–	منطقة		

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

				<صحراوية		
٨	شخصين قريبين من بعض وكأنهم في وضع مخل ٨	جـ	ش–	انسان	حي	حركة
البطاقة ٧: زمن الرجع ٢٥ ث					الزمن الكلى: ١,٣٠ ق	
١	جرو صغير متعلق في دجاجة ٧	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٢	مرأتين مشنوقين ٧	ج	ش–	انسان	حي	
٣	وجه أسد مفترس ٧	جـ	ش–	جزء حيوان	حي	حركة
٤	أسد في حالة هجوم ٨	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٥	فراشة طايرة ٧	ج	ش–	حيوان	حي	حركة
٦	عتمة سودا طالع منها نور ٧	جـ ف	ش–	عتمة		
٧	<وجه سيدة	جـ	ش–	جزء انسان	حي	
٨	حيوانين بينبحوا على بعض ٨	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٩	خفاش كبير ٨	ف	ش–	حيوان	حي	حركة
البطاقة ٨: زمن الرجع ٢٠ ث					الزمن الكلى: ١.١٠ ق	
١	أشعة بتكون باينه على الجسم يعني زي الحتة اللي فوق الصدر دي ٨	ك ف	ش–	جزء انسان	حي	حركة

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

٢	نمر حيوان مفترس غدار بس واخد وضعه ٨	ج	ش+	حيوان	حي	حركة
٣	شجرة ٨	ج	ش+	شجرة		
٤	فراشة جميلة ٨	ج	ش−	حيوان	حي	حركة
٥	قناع عصابات ٧	ج	ش+	قناع		
٦	وردة جميلة ٨	جـ	ش−	وردة		
٧	نار ٨	جـ	ل	نار		
٨	جسم بني ءادم من غير راس ٨	جـ	ش−	جزء انسان	ميت	
	البطاقة ٩: زمن الرجع ٣٠ ث				الزمن الكلى: ٢,١٠	
١	صيادين بيضربوا على بعض ٨	ج	ش−	انسان	حي	حركة
٢	<راس دولفين	جـ	ش−	جزء حيوان	حي	حركة
٣	>صغير الديك	جـ	ش−	حيوان	حي	حركة
٤	حيوان مفترس بيهجم على فريسة ٨	ج	ش−	حيوان	حي	حركة
٥	دم لواحد مقتول سايل على الأرض ونشف ٧	ج	ل ش	دم		
٦	سف بتار ٧	جـ ف	ش−	سيف		
٧	جرس ٨	جـ	ش−	جرس		
٨	شجرة وأغصان ميتة	ج	ش	شجرة		

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

البطاقة ١٠: زمن الرجع ٤٠ ث					الزمن الكلى: ٢,٤٠	
١	لوحة فنية كلها ألوان ٨	ك	ش+	لوحة		
٢	حصان صغير ٨	ج	ش-	حيوان	حي	حركة
٣	شخصين بيجروا ورا بعض ٨	ج	ش-	انسان	حي	حركة
٤	زى شجرة ورق أغصان أخضر	ج	ش-	اغصان		
٥	مخبار في المعمل ٨	ج	ش+	مخبار		
٦	تعابين كتير جدا ٨	ج	ش-	حيوان	حي	حركة
٧	كلبين بيهجموا بعض ٨	ج	ش-	حيوان	حي	حركة
٨	حيوان طيب وآخر شرير ٨	ج ف	ش-	حيوان	حي	حركة
٩	ذئب بيعوا ٨	ج ف	ش-	حيوان	حي	حركة
١٠	شبه ايدين ٨	ج	ش-	جزء انسان	حي	حركة
١١	سلطعون ٨	ج	ش+	حيوان	حي	حركة
١٢	فأر ٨	ج	ش+	حيوان	حي	حركة
١٣	شبه القضيب ٧	ج	ش+	جزء انسان	حي	حركة

الدلالات التفسيرية للنسب الكمية للعلاقات بين العوامل للحالة الأولى:

أ- العلاقات الأساسية:

- بلغ المجموع الكلي لعدد الاستجابات ٨٩ استجابة وهو مدى أعلى من المتوسط السوي، قد يدل على قدرة إنتاجية ثرية، أو قد يدل على حاجة قهرية لدى المفحوص، كما بلغ متوسط زمن الاستجابة ١,٧ دقيقة، ومتوسط زمن الاستجابة المتوقع (السوي) هو ٣٠ ثانية، ويدل

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

متوسط زمن الاستجابة الذي يزيد عن دقيقة على بطء العمليات العقلية، أو إلى اضطراب سيكولوجي، وهذا ما ينطبق على الحالة، حيث كان هذا المفحوص هو الأعلى في درجاته على قائمة الاضطرابات الانفصالية.

– كان متوسط زمن الرجع للبطاقات اللونية ١٩,٢ ثانية، أما متوسط زمن الرجع للبطاقات اللالونية ٣١ ثانية، وهو ما يعنى أن المفحوص يعاني صدمة ظلال، أي أنه يعاني "انكماش عصابي" فهو يقلق من البيئة المحيطة ويميل إلى العزلة والانطوائية (الاضطراب نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب)، كما كانت نسبة عدد الاستجابات على البطاقات الملونة (٨، ٩، ١٠) ٣٣% وهو إشارة إلى الكف والحصر نتيجة لضغوط البيئة وضعف القدرة على الاستجابة لمؤثرات البيئة.

– بلغت نسبة استجابات الشكل الخالص (ش) ٩٢% وهو يعكس نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) وأن المفحوص غير قادر علي التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر، وهو ما يعد نتيجة لتكوينه النفسي والذي يتسم بالعزلة والانسحاب وعدم الاختلاط، كما كانت نسبة الاشكال غير الدقيقة (ش–) مرتفعة حيث جاءت بنسبة ٨٣%، وهو ما يعكس ضعف قوة الأنا والقدرات العقلية وضعف الارتباط بالواقع.

– بينما كانت نسبة ش مع+ ش+ ش ظ ٩٢% وهو يعنى أن اهتمامات المفحوص شائعة ومحدودة مع وجود نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي)، مع وجود قلق يتعلق بحاجات الفرد إلى المحبة التي يحاول تغطيتها بتبريرها عقليًا.

– كما بلغت النسبة المئوية للمحتوى الحيواني (حيوان + اجزاء حيوان) ٣٧% وهو يشير إلى أن اهتمامات المفحوص شائعة ومحدودة، بينما كانت نسبة (البشر + الحيوان): (أجزاء بشر + أجزاء حيوان) هي ٢٥: ٣٣ وهوما يشير إلى وجود نزعة إلى النقد والتدقيق وهو أيضا مرتبط بزيادة القلق لدى المفحوص.

– في حين بلغ مجموع استجابات اللون الخالصة (ل) ٢ استجابة وهو ما يدل على ضعف قدرة المفحوص على الاستجابة للمنبهات البيئية، أما نسبة ح: مجـ ل فكانت ٢٦: ٦ وهو ما يشير إلى أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي أي الاعتماد على حياته الداخلية أكثر من

اعتماده على بيئته والمشاركة فيها وافتقاره للثقة بالذات كما أنه لا يعبر بشكل صحيح عن انفعالاته.

– بلغت نسبة استجابات الحركة (ح ح + ح غ): استجابات الظلال (ش ظ + ظ + أ أ) ٥٢: ١ وهو يدل أيضا على أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي ويعاني من القلق.

ب– العلاقات الإضافية:

– كانت نسبة استجابات الحركة المرتبطة بالإنسان (ح): استجابات الحركة المرتبطة بالحيوان (ح ح) = ٥٢: ٤٥ وكذلك نسبة استجابات الحركة المرتبطة بالإنسان (ح): نسبة استجابات الحركة المرتبطة بالحيوان والحركة غير الحية (ح ح + ح غ) ٥٢: ٥٢ وهو يعنى تقبل المفحوص لاندفاعاته.

– أما نسبة استجابات الشكل (ش): نسبة استجابات العمق واستجابات السطح (ش مع + ش ظ)، ٨٢: ٠ وهو ما يعنى العجز في التوافق المتمثل في إنكار وكبت الحاجة إلى الحب من الآخرين.

– أما عن أسلوب المعالجة فكانت نسبة الاستجابات الكلية (ك) ٩%، بينما نسبة الاستجابات للأجزاء الكبيرة (ج) ٢٩.٢%، أما نسبة الاستجابات للأجزاء الصغيرة (جـ) فكانت ٦٢%، ونسبة الاستجابات للفراغ (ف) ١٥%، ويلاحظ من النسب السابقة انخفاض نسبة ك عن نسبة ج ، وهو ما يعكس اتجاه المفحوص نحو الحذر الشديد والنقد، كما يعكس ارتفاع نسبة جـ اهتمام زائد بالتفاصيل الدقيقة وضعف الارتباط بالواقع وهو ما يشير أيضا إلى ضعف قوة الأنا واعتماد المفحوص على التخيلات كمصدر للإشباع، ويشير ارتفاع نسبة ف إلى أن المفحوص يعاني القلق والعناد والتمرد مع وجود ميول اكتئابية.

التفسير الكيفي لاستجابات المفحوص:

– التأكيد النسبي على المستوي الحيواني من جانب المفحوص وهو ما يشير إلى اعتمادية زائدة على الكبت أو التوافق الخاضع، كما تشير تقديرات الحركة الحيوانية وكان عددها ٢٥ إلى اندفاعات الشخص البدائية.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

– وجود مؤشرات على ضعف الأنا وضعف الارتباط بالواقع يستدل عليه من خلال انخفاض نسبة ش+ وزيادة نسبة ش–، حيث كانت نسبة ش+ ٧%، بينما كانت نسبة ش– ٨٣%، بالإضافة إلى زيادة عدد الاستجابات الحيوانية.

– انخفاض نسبة ك والتي بلغت ٩% مع ارتفاع نسبة جـ والتي بلغت ٦٢%، وارتفاع نسبة الحركة الحيوانية مع وجود صدمة ظلال وهو ما يعني أن انفعالاته متأرجحة والحصر لديه يأخذ أشكال طفلية وأفكاره ساذجة منصبة حول الذات ومحملة بالانفعالات.

– كانت هناك استجابات فيها استثارة كما حدث في البطاقة ٦ " شخصين قريبين من بعض وكأنهم في وضع مخل"

– اغلب استجابات المفحوص تحمل عدوانية شديدة مثل البطاقة ١ " بني ءادم من غير دماغ" والبطاقة ٦ " رأس شخص راشق في دماغه سيف والدم متناثر حواليه

– نتائج تطبيق اختبار بقع الحبر لرورشاخ للحالة الثانية: (ك: انثى)

يوضح الجدول التالي (جدول ٦) ملخص استجابات الحالة الثانية على الاختبار

جدول ٦ *ملخص استجابات اختبار بقع الحبر لرورشاخ للحالة الثانية*

م	الاستجابة	المحددات المكانية		المحتوى		اخرى
		ك	ش	المحتوى	حي	حركة
	البطاقة ١: زمن الرجع ١٤ث					الزمن الكلى ١.٢٠ د
١	قناع كرتون ٨	ك ف	ش +	شيطان	حي	حركة
٢	الجزء السفلي من ست منطقة الرحم ٨	ج	ش+	جزء انسان	حي	حركة
٣	طائر بجناح واحد بيطير حفي السما	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٤	عيون حيوان ٨	جـ	ش–	جزء حيوان	حي	حركة
	البطاقة ٢: زمن الرجع ١١ ث					الزمن الكلى: ٤٠ ث

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

١	قلب مكسور	٨	جـ	ش–	جزء انسان	حي حركة
٢	بقعة دم	٨	ج	ل ش		
البطاقة ٣: زمن الرجع ٨ ث						الزمن الكلى: ١,١٠ ق
١	رئتين حيوان مفترس	٨	ج	ش–	جزء حيوان	حي حركة
٢	القفص الصدري	٨	جـ	ش–	جزء انسان	استجابة تشريحية
٣	الأمعاء الغليظة	٨	ج	ش–	جزء انسان	استجابة تشريحية
٤	بقعتين دم	٧	ج	ل ش		
٥	توكة	٧	ج	ش ل		
٦	ألوان محروقة	٨	ك	ل		
بطاقة ٤: زمن الرجع ٢٧ ث						الزمن الكلى: ١.٢٠ ق
١	وش مخيف	٨	ك ف	ش+	وش مخيف	حي حركة
٢	تمساح	٨	جـ	ش–	حيوان	حي حركة
٣	غوريلا	٨	ج	ش–	حيوان	حي حركة
٤	<خريطة		ج	ش–	خريطة	
٥	مظاهر سطح الأرض	٨	ج ف	ش–	مظاهر سطح الارض	
البطاقة ٥: زمن الرجع ٩ ث						الزمن الكلى: ٣٥ ث
١	خفاش	٧	ك	ش+	حيوان	حي حركة
٢	ست واقفة بضهرها مش لابسة حاجة تقريبا	٧	جـ	ش–	انسان	حي

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

البطاقة ٦: زمن الرجع ١١ ث					الزمن الكلى:١.٠٠ ق	
١	جاكت متعلق	٧	ج ف	ش ظ		
٢	المنطقة الخلفية للإنسان	٨	ج	ش+	جزء انسان	حي حركة
٣	قمة جبل وبركان في الأعلى		ك	ش+	قمة جبل	
٤	نهر	٨	جـ ف	ش–	نهر	حركة
البطاقة ٧: زمن الرجع ١٢ ث					الزمن الكلى: ٤٠ ث	
١	المنطقة الخلفية للإنسان	٨	ج	ش+	جزء انسان	حي حركة
٢	رجل ارنب	٨	ج	ش+	جزء حيوان	
٣	وشين بيخوفوا بعض		ج	ش+	جزء انسان	حي حركة
البطاقة ٨: زمن الرجع ٥ ث					الزمن الكلى: ٥٥ ث	
١	المنطقة الخلفية للإنسان	٨	جـ	ش–	جزء انسان	حي حركة
٢	القفص الصدري	٨	ج	ش+	جزء انسان	استجابة تشريحية
٣	نمر	٨	ج	ش+	حيوان	حي حركة
٤	نار وشكل مخيف	٧	ك ف	ش ل		حركة
البطاقة ٩: زمن الرجع ٧ ث					الزمن الكلى: ١,٠٠ ق	
١	حيوان مخيف	٨	جـ ف	ش+	حيوان	حي حركة
٢	أيدين ماسكة حاجة	٨	ج	ش ل	جزء انسان	حي حركة
٣	نار	٧	ج	ل		
٤	دم	٧	ج	ل		
٥	المنطقة البيضا دي زي		ف	ش–	جزء انسان	أ أ

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

	جبهة	الراس					
		٨					
٦	وش حيوان	مرعب	جـ ف	ش–	جزء حيوان	حي	حركة
		٨					
البطاقة ١٠: زمن الرجع ٦ ث						الزمن الكلى: ١,٠٥	
						ق	
١	بقعة دم قديم	٧	ج	ل ش			
٢	ديدان	٧	جـ	ش–	حيوان	حي	حركة
٣	الحاجات الزرقة دول برق		ج	ش ل			حركة
	في السما ٧						
٤	كليتين	٨	ج	ش+	جزء انسان		استجابة
							تشريحية
٥	البيضا دي عين ميه	٨	جـ ف	ش ل			أ أ
٦	دم	٨	ج	ل			
٧	شبه الرجل الاخضر	٧	جـ	ش ل	انسان	حي	حركة
٨	نار	٨	ج ف	ش ل		حي	حركة

الدلالات التفسيرية للنسب الكمية للعلاقات بين العوامل للحالة الثانية:

أ– العلاقات الأساسية:

– بلغ المجموع الكلي لعدد الاستجابات ٤٤ استجابة وهو يعني أن المفحوصة تقع في المدي السوي أو العادي، كما بلغ متوسط زمن الاستجابة ١.٣ دقيقة، وهي تعنى أن المفحوصة لديها بطء في العمليات العقلية، تعاني اضطراب سيكولوجي.

– كان متوسط زمن الرجع للبطاقات اللونية ٧,٤ ثانية، أما متوسط زمن الرجع للبطاقات اللالونية ١٤,٦ ثانية، وهو ما يعنى أن المفحوصة تعاني صدمة ظلال، أي أنها تعاني "انكماش عصابي" فهي تقلق من البيئة المحيطة وتميل إلى العزلة والانطوائية (الاضطراب

نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب)، كما كانت نسبة عدد الاستجابات على البطاقات الملونة (٨، ٩، ١٠) ٤٠% وهو إشارة إلى الكف نتيجة لضغوط البيئة وضعف القدرة على الاستجابة لمؤثرات البيئة.

– بلغت نسبة استجابات الشكل الخالص (ش)٦٥%، وهو يعكس نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) وأن المفحوصة غير قادرة على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر، وهو ما يعد نتيجة لتكوينها النفسي والذي يتسم بالعزلة والانسحاب وعدم الاختلاط، كما أن نسبة استجابات الشكل غير الدقيقة (ش–) كانت مرتفعة حيث جاءت بنسبة ٥٥%، وهو ما يعكس ضعف قوة الأنا والقدرات العقلية وضعف الارتباط بالواقع.

– كما بلغت النسبة المئوية للمحتوى الحيواني (حيوان + أجزاء حيوان) ٢٥,٣% وهذا يعنى أنها تقع في المدى السوي، بينما كانت نسبة (البشر + الحيوان): (أجزاء بشر + أجزاء حيوان) هي ٩: ١٦وهو ما يشير إلى وجود نزعة إلى النقد والتدقيق وهو أيضا مرتبط بزيادة القلق لدى المفحوصة.

– في حين بلغ عدد الاستجابات اللونية الخالصة (ل) ٤ استجابات، هو ما يدل على ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية، أما نسبة الحركة المرتبطة بالإنسان: مجموع الاستجابات اللونية (ح: مج ل) فكانت ٢٤: ١٣ وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تنزع إلى الانتحاء الداخلي أي الاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها والمشاركة فيها كما أنها لا تعبر بشكل صحيح عن انفعالاتها.

– بلغت نسبة استجابات الحركة (ح ح + ح غ): استجابات الظلال (ش ظ + ظ + أ أ) ٢٤: ٣ وهو يدل أيضا على أن المفحوصة تنزع إلى الانتحاء الداخلي وتعاني من القلق.

ب– العلاقات الإضافية:

– كانت نسبة الحركة المرتبطة بالإنسان: الحركة المرتبطة بالحيوان (ح: ح ح) هي ٢٤: ١٨، وكذلك نسبة الحركة المرتبطة الانسان (ح): الحركة المرتبطة بالحيوان والحركة غير الحية (ح ح + ح غ) ٢٤: ٢٤ وهو يعنى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها.

– أما نسبة ش: (ش مع + ش ظ) ٢٩: ١ وهو ما يعنى العجز في التوافق المتمثل في إنكار وكبت الحاجة إلى الحب من الآخرين.

– أما عن أسلوب المعالجة فكانت نسبة الاستجابات الكلية (ك) ١٤%، بينما نسبة ج ٥٤%، أما نسبة جـ فكانت ٢٩,٥%، ونسبة ف ٢٥%، ويلاحظ من النسب السابقة انخفاض نسبة ك عن نسبة ج، وهو ما يعكس اتجاه المفحوصة نحو الحذر الشديد والنقد، كما يعكس ارتفاع نسبة جـ اهتمام زائد بالتفاصيل الدقيقة وضعف الارتباط بالواقع وهو ما يشير أيضا إلى ضعف وظائف الأنا واعتماد المفحوصة على التخيلات مصدرا للإشباع، ويشير ارتفاع نسبة ف إلى أن المفحوصة تعاني القلق والعناد والتمرد مع وجود ميول اكتئابيه.

التفسير الكيفي لاستجابات المفحوصة:

– التأكيد النسبي على المستوي الحيواني من جانب المفحوصة وهو ما يشير إلى اعتمادية زائدة على الكبت أو التوافق الخاضع، كما تشير تقديرات الحركة الحيوانية وكان عددها ١١ إلى اندفاعات الشخص البدائية.

– وجود مؤشرات على ضعف قوة الأنا وضعف الارتباط بالواقع يستدل عليه من خلال انخفاض ش+، وزيادة ش–، حيث كانت نسبة ش+ ٤٥%، ونسبة ش– ٥٥%، بالإضافة إلى زيادة عدد الاستجابات الحيوانية.

– انخفاض نسبة استجابات ك والتي بلغت ١٤% مع ارتفاع نسبة جـ والتي بلغت ٢٩,٥%، وارتفاع نسبة الحركة الحيوانية مع وجود صدمة ظلال وهو ما يعني أن انفعالاتها متأرجحة والحصر لديها يأخذ أشكال طفلية وأفكارها ساذجة منصبة حول الذات ومحملة بالانفعالات.

– كانت هناك استجابات فيها نوع من الاستعرائية والنظارية (حب التلصص الجنسي) كما حدث في البطاقة رقم ٥ "ست واقفة بضهرها مش لابسة حاجة تقريبا".

– نتائج تطبيق اختبار بقع الحبر الرورشاخ للحالة الثالثة: (ر: انثى)

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

يوضح الجدول التالي (جدول ٧) ملخص استجابات الحالة الثالثة على الاختبار

جدول ٧ ***ملخص استجابات اختبار بقع الحبر لرورشاخ للحالة الثالثة***

م	الاستجابة	المحددات المكانية		المحتوى		اخرى
		ك	ش	المحتوى	حي حركة	
	البطاقة ١: زمن الرجع ٢٠ث					الزمن الكلى: ١,٠٥ ق
١	شكل مصغر لدولة ٨	ك ف	ش–	شكل دولة		
٢	ايدين بتدعي ٨	جـ	ش+	جزء انسان	حي حركة	
٣	جزر صغيرة	جـ	ش–	جزر		
٤	حيوان بيطير ٨	ك ف	ش–	حيوان	حي حركة	
	البطاقة ٢: زمن الرجع ١٠ ث					الزمن الكلى: ٥٥ ث
١	جبل ٨	ك ف	ش–	جبل		
٢	رئتين ٨	ج	ش+	جزء انسان		استجابة تشريحية
٣	القفص الصدري ٨	ج ف	ش+	جزء انسان		استجابة تشريحية
٤	نار بركان	جـ	ل	نار بركان		
٥	جسم الانسان والمنطقة السفلية ٧	ج	ش –	جزء انسان	حي حركة	
	البطاقة ٣: زمن الرجع ١٠ ث					الزمن الكلى: ١,٠٠ ق
١	دم ٨	ج	ل	دم		
٢	انسان قلبه مكسور ٧	جـ	ش–	جزء انسان		استجابة تشريحية
٣	وش نملة ٧	جـ	ش–	حيوان	حي	
٤	شخصين ماسكين	ج	ش+	انسان		

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

	حاجة مشتركة بينهم				
	البطاقة ٤: زمن الرجع ٣٠ ث				الزمن الكلى: ٥٥ ث
١	خريطة	٨	ك ف	ش–	خريطة
٢	فقرات العمود الفقري	٧	جـ	ش–	جزء انسان استجابة تشريحية
٣	عين حيوان		جـ	ش+	جزء حيوان
	البطاقة ٥: زمن الرجع ٢٥ ث				الزمن الكلي: ١,٠٠ ق
١	خفاش	٨	ك	ش+	حيوان حي
٢	فك تمساح	٧	ج	ش+	جزء حيوان حي
٣	حيوان فاتح بقة	٧	ج	ش+	جزء حيوان حي حركة
	البطاقة ٦: زمن الرجع ٢٠ ث				الزمن الكلى: ١,١٠ ق
١	ماسورة بترول		ج	ش+	ماسورة
٢	ايدين ودراعات	٨	ك	ش–	جزء انسان
٣	رئتين	٨ ○	جـ ف	ش–	جزء انسان استجابة تشريحية
٤	جاكت متعلق	٧	ج ف	ش ظ	
	البطاقة ٧: زمن الرجع ٢٥ ث				الزمن الكلى: ١,١٥ ث
١	ايدين عاملين لايك	٨	جـ	ش–	جزء انسان
٢	بحيرة	٨	جـ	ش–	بحيرة
٣	ورك فرخة مشوي		ج	ش–	جزء حيوان
٤	شخصين محبوسين في جبل وفيه منفذ صغير		جـ ف	ش–	انسان
	البطاقة ٨: زمن الرجع ١٥ ث				الزمن الكلى: ١.١٠ ق
١	حرباية	٨	ج	ش–	حيوان

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

٢	الجهاز التناسلي	جـ	ش–	جزء حيوان	
٣	غابات	ج	ش–	غابات	
٤	>راس اسد	جـ	ش–	جزء حيوان	
البطاقة ٩: زمن الرجع ٢٠ ث					الزمن الكلى: ١,١٠
١	كمانجا ٨	ج	ش+	كمانجا	
٢	صدر ست ٨	جـ	ش–	جزء انسان	
٣	فصول السنة	ك	ش–	فصول السنة	
٤	راس ديب ٨	جـ	ش–	جزء حيوان	
البطاقة ١٠: زمن الرجع ٢٠ ث					الزمن الكلى: ١,٢٠
١	معزة ٨	جـ	ش–	حيوان	
٢	حيوان كبير بياكل حيوان صغير ٨	ك ف	ش–	حيوان	حي حركة
٣	سنتيان ٨	ج	ش+	سنتيان	
٤	المنطقة التناسلية للرجل ٨	جـ	ش–	جزء انسان	
٥	حيوانات منويه ٨	جـ	ش –	حيوانات منوية	

الدلالات التفسيرية للنسب الكمية للعلاقات بين العوامل للحالة الثالثة:

أ– العلاقات الأساسية:

– بلغ المجموع الكلي لعدد الاستجابات ٤٠ استجابة وهو يعني أن المفحوصة تقع في المدي السوي أو العادي، كما بلغ متوسط زمن الاستجابة ١.٦ دقيقة وهي تعنى أن المفحوصة لديها بطء في العمليات العقلية، أو تعاني اضطراب سيكولوجي.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

– بينما كان متوسط زمن الرجع للبطاقات اللونية ١٥ثانية، أما متوسط زمن الرجع للبطاقات اللالونية ٢٤ ثانية وهو ما يعنى أن المفحوصة تعاني صدمة ظلال، أي أنها تعاني (انكماش عصابي) فهي تقلق من البيئة المحيطة وتميل إلى العزلة والانطوائية (الاضطراب نتيجة مؤثرات البيئة في مجال الحب)، كما كانت نسبة عدد الاستجابات على البطاقات الملونة (٨، ٩، ١٠) ٣٢,٥% وهو إشارة إلى الكف نتيجة لضغوط البيئة وضعف القدرة على الاستجابة لمؤثرات البيئة.

– بلغت نسبة ش ٩٢% وهو يعكس نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) وأن المفحوصة غير قادرة على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر، وهو ما يعد نتيجة لتكوينها النفسي والذي يتسم بالعزلة والانسحاب وعدم الاختلاط، كما أن نسبة ش– كانت مرتفعة حيث جاءت بنسبة ٧٠,٣% وهو ما يعكس ضعف الأنا والقدرات العقلية وضعف الارتباط بالواقع.

– كما بلغت النسبة المئوية للمحتوى الحيواني (حيوان + اجزاء حيوان) ٣٢,٥% وهذا يعنى أنها تقع في المدى السوي، بينما كانت نسبة (البشر + الحيوان): (أجزاء بشر + أجزاء حيوان) هي ٨: ١٨وهو ما يشير إلى وجود نزعة إلى النقد والتدقيق وهو أيضا مرتبط بزيادة القلق لدى المفحوصة.

– في حين بلغ مجموع ل ٢ استجابة لونية خالصة، هو ما يدل على ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية، أما نسبة ح: مج ل فكانت ٥: ٢ وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تنزع إلى الانتحاء الداخلي أي الاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها والمشاركة فيها كما أنها لا تعبر بشكل صحيح عن انفعالاتها.

– بلغت نسبة (ح ح + ح غ): (ش ظ + ظ + أ أ) ٥: ١ وهو يدل أيضا على أن المفحوصة تنزع إلى الانتحاء الداخلي وتعاني من القلق.

ب– العلاقات الإضافية:

– كانت نسبة ح: ح ح ٥: ٥ وكذلك نسبة ح: (ح ح + ح غ) ٥: ٥ وهو يعنى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

– أما نسبة ش: (ش مع + ش ظ) ٣٧: ١ وهو ما يعنى العجز في التوافق المتمثل في إنكار وكبت الحاجة إلى الحب من الآخرين.

– أما عن أسلوب المعالجة فكانت نسبة ك ٢٠%، بينما نسبة ج ٣٥%، أما نسبة جـ فكانت ٤٥%، ونسبة ف ٢٢,٥%، ويلاحظ من النسب السابقة انخفاض نسبة ك عن نسبة ج وهو يعكس اتجاه المفحوصة نحو الحذر الشديد والنقد، كما يعكس ارتفاع نسبة جـ اهتمام زائد بالتفاصيل الدقيقة وضعف الارتباط بالواقع وهو ما يشير أيضا إلى ضعف الأنا واعتماد المفحوصة على التخييلات مصدرا للإشباع، ويشير ارتفاع نسبة ف إلى أن المفحوصة تعاني القلق والعناد والتمرد مع وجود ميول اكتئابية.

التفسير الكيفي لاستجابات المفحوصة:

– التأكيد النسبي على المستوي الحيواني من جانب المفحوصة وهو ما يشير إلى اعتمادية زائدة على الكبت أو التوافق الخاضع، كما تشير تقديرات الحركة الحيوانية وكان عددها ٣ إلى اندفاعات الشخص البدائية.

– وجود مؤشرات على ضعف الأنا وضعف الارتباط بالواقع يستدل عليه من خلال انخفاض نسبة ش+، وزيادة نسبة ش–، حيث كانت نسبة ش+ ٢٩,٧%، ونسبة ش– ٧٠,٣%، بالإضافة إلى زيادة عدد الاستجابات الحيوانية.

– انخفاض نسبة استجابات ك والتي بلغت ٢٠%، مع ارتفاع نسبة جـ، والتي بلغت ٤٥%، وارتفاع نسبة الحركة الحيوانية مع وجود صدمة ظلال وهو ما يعني أن انفعالاتها متأرجحة والحصر لديها يأخذ أشكال طفلية وأفكارها ساذجة منصبة حول الذات ومحملة بالانفعالات.

– كانت هناك استجابات فيها استثارة جنسية مثل البطاقة رقم ١٠"حيوانات منوية" و "المنطقة التناسلية للرجل".

ثانيًا: ملخص الدلالات التفسيرية لمجالات التقييم (للحالات الثلاثة مجتمعة):

أ – تقديرات التحديد المكاني: نتائج النسبة المئوية للاستجابات الكلية (ك) للحالة الأولى ٩%، والحالة الثانية ١٤%، والحالة الثالثة ٢٠%، جميعها اقل من ٣٠% ويعد هذا مؤشرًا على افتقار هؤلاء الأفراد إلى توازن النمط العقلي، والنشاط الذهني، والقدرة على التنظيم وإدراك العلاقات.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

بل قد تكون قلة الاهتمام بالكليات نتيجة الافتقار إلى الميل للبحث عن العلاقات بين الحقائق المنفصلة للخبرة، وقد يدل استخدام الكل المقطوع على النقد الذي يؤدي بالمفحوص إلى حذف ما يظن أنه غير مناسب، وقد يدل من جهة أخرى على حدة النقد التي تؤدي إلى تعطيل الأداء الوظيفي للشخصية (الكف).

أما ارتفاع النسبة المئوية للاستجابة للأجزاء الكبيرة (ج) للحالة الاولى ٢٩.٢%، وللحالة الثانية ٣٥%، والحالة الثالثة ٥٤%، وكذلك ارتفاع نسبة الاستجابة للأجزاء الصغيرة (جـ) للحالة الأولى ٦٢%، وللحالة الثانية ٢٩.٥%، وللحالة الثالثة ٤٥% وجميعها أعلى من قيم ك عند الحالات الثلاثة على الترتيب، ويعني هذا ضعفًا في وظائف الأنا، وضعفًا في إدراك الواقع، والنزعة إلى التعميم الزائد دون الانتباه الكافي للتفاصيل الواضحة، وقصور الانتباه للمنبهات البيئية لدى الحالات الثلاث.

ب – تقديرات المحددات: تعكس النسبة المئوية لاستجابات الشكل الخالص (ش) لدى الحالات الثلاثة (٩٢%، ٦٥%، ٩٢% للحالات الثلاثة على الترتيب، والمدى السوي من ٢٠–٥٠%) نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) وأن المفحوصين غير قادرين على التعامل مع الآخرين بشكل تلقائي نتيجة الضبط والحذر، وهو ما يعد نتيجة لتكوينهم النفسي الذي يتسم بالعزلة والانسحاب وعدم الاختلاط.

وزيادة النسبة المئوية للشكل عن ٨٠% لها دلالة باثولوجيه (وهذا يتسق مع أن المفحوصين الثلاث ذوي درجات متطرفة على مقياس الاضطرابات الانفصالية)، وتدل على عدم التمايز بين الجانبين العقلي والانفعالي لدى المفحوصين، كما أن نسبة ش– كانت مرتفعة (٨٣%، ٥٥%، ٧٠.٣% للحالات الثلاثة على الترتيب) وهو ما يعكس ضعف قوة الأنا والقدرات العقلية وضعف الارتباط بالواقع لدى الحالات ذوو الاضطرابات الانفصالية.

وتعكس النسبة المئوية لاستجابات الحركة والتي كانت معظمها حركة إنسانية (ح) إلا انها ارتبطت بتقديرات سالبة للشكل لدى الحالات الثلاثة، مما يدل على نقص في تنظيم الأنا، كما أن عدد استجابات حركة الجماد (ح غ) والتي بلغت ٧ استجابات للحالة الأولي، و٦ استجابات للحالة الثانية، تعد مؤشرًا على الصراع والتوتر وإدراك الفرد لوجود قوى عدوانية أو مهددة لذاته لا يمكنه السيطرة عليها إلا انه يحاول التوافق معها، ويشير عدد استجابات الظل مع شكل محدد (ش ظ) والتي بلغت

صفر للحالة الأولى، و١ للحالة الثانية، و١ للحالة الثالثة، إلى مدى افتقار المفحوصين الثلاثة وإدراكهم لحاجتهم إلى الحب وإلى حاجات الآخرين في نفس الوقت، ويعد وجود استجابات العمق لتوظيف شكل محدد (ش مع) مؤشرًا على محاولة المفحوصين تفهم وتقبل ما يعانونه من القلق، ويشير عدد الاستجابات اللونية الخالصة (ل) (٢ للحالة الأولى، و٤ للحالة الثانية، و٢ للحالة الثالثة) إلى المحاولة غير الناضجة لحل المواقف الانفعالية.

ج – تقديرات المحتوى: عادة ما تفصح تقديرات المحتوى عن مدى اتساع اهتمامات المفحوص وعن طبيعتها، وعادة ما يتمشى تركيز التقديرات ذات المحتوى الحيواني مع الذكاء المتوسط او المنخفض، حيث جاءت النسبة المئوية للاستجابات ذات المحتوى الحيواني للحالات الثلاثة ٣٧%، ٢٥.٣%، ٣٢.٥%، وجميعها تعطي مؤشرًا على ذكاء متوسط إلى اقل من المتوسط.

د – تقديرات الألفة والابتكارية: تشير النسب المئوية للاستجابات المألوفة والمبتكرة لدى المفحوصين الثلاثة على عجز عن رؤية العلم كما يراه الآخرون، ويدل هذا على ضغط خطير في الارتباط بالواقع، تفسير

هـ – تقديرات مستوى الشكل: تدل استجابات الشكل السالبة لدى الحالات الثلاثة على مستوى منخفض في أداء الوظيفة العقلية، كما تدل على تفكك الروابط في الواقع.

ثالثًا: الدلالات الكلينيكية للأمراض النفسية والعقلية على اختبار الرورشاخ (للحالات الثلاثة):

من خلال الفحص الكلينيكي لاختبار الرورشاخ ظهرت بعض الاعراض النفسية لدى الحالات الثلاثة التي تتمثل في:

عصاب القلق والاكتئاب: حيث أظهرت نتائج تطبيق الاختبار وجود بعض الدلالات الخاصة بالقلق والتي تمثلت في قلة عدد الاستجابات الإنسانية الكاملة مقارنًة بعدد الاستجابات التي تشير إلى أجزاء الانسان، وكثرة استجابات الدم (وأكثر ظهور لها كان لدى الحالة الأولى)، وايضًا ارتفاع نسبة ف يشير إلى معاناة القلق مع وجود ميول اكتئابيه، إلى جانب النزعة إلى النقد والتدقيق للأشكال الموجودة بالبطاقات ووصفها بانها مرعبة، أو صعبة، كما ان متوسط زمن الاستجابة للحالات الثلاث

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

قد زاد عن دقيقة ويدل هذا البطء في العمليات العقلية، وهذا البطء قد يكون راجعًا إلى اكتئاب انفعالي.

تفسير نتائج الفرض الثالث في ضوء الأدبيات النظرية للاضطرابات الانفصالية:

وضحت النتائج الكمية والكيفية لتطبيق اختبار بقع الحبر على الحالات الثلاثة من المراهقين ذوي الدرجات المتطرفة على قائمة الاضطرابات الانفصالية، قبول الفرض الثالث وتحققه حيث أمكن الوصول إلى دلالات كلينيكية ميزت هؤلاء المفحوصين (عينة البحث الكلينيكية) على اختبار الرورشاخ فيما يتعلق بطبيعة ومستوى الجوانب العقلية والمعرفية والوجدانية والانفعالية ومظاهر وظيفة الأنا لديهم، ويمكن إجمالها وتفسيرها فيما يلي:

– بطء العمليات العقلية مع مستوى منخفض في أداء الوظيفة العقلية، ومشكلات في دقة الإدراك، وضعف الانتباه للمثيرات البيئية، ومستوى متوسط إلى أقل من المتوسط للذكاء. ويمكن تفسير ذلك من خلال ما أشارت إليه الادلة من نتائج بعض الدراسات، حيث توصلت نتائجها إلى الارتباط بين أعراض الانفصال وضعفً الذاكرة العاملة المكانية والتخطيط والتنظيم والانتباه والذاكرة اللفظية واختبارات التسمية، بالإضافة إلى انخفاض الأداء في مهام الذاكرة البصرية والذاكرة الفورية، والوظائف التنفيذية (Dixit et al., 2019; Parlar et al., 2016; Ozdemir et al., 2015).

ويمكن تفسيره كذلك من خلال رؤية Meares (1999) للانفصال بأنه مظهر من مظاهر اضطراب خفي في وظيفة الدماغ ناتج عن التأثير التخريبي للعواطف المرتبطة بالأحداث المؤلمة والصادمة في حياة الفرد. ويمكن تفسير ذلك بأن أعراض الانفصال ليست مجرد إخفاقات في الأداء الإدراكي الوظيفي للفرد، بل تصبح تلك الوظائف الإدراكية معطلة، فيحدث فقدان المعلومات المطلوبة، أو انقطاع الخبرة، أو تدخلات متنافرة تضعف استمرارية الوظائف النفسية الطبيعية للفرد، بل والتحكم فيها عن طريق حذف بعض جوانب الخبرة الواعية أو الفكر أو الفعل Spiegel et al. (2011). وهذا ما اظهرته إسقاطات الحالات الثلاث على بطاقات رورشاخ.

كما أشار Dorahy (2006) بأن الأفراد الانفصاليين يطورون تنظيمًا عقليًا متغيرًا يسمى أسلوب المعالجة الانفصالية، قد يعمل أسلوب المعالجة الانفصالية هذا كنظام مراقبة للتهديدات ويتميز بالتحول من الاهتمام الانتقائي إلى تدفقات متعددة من معالجة المعلومات، وتثبيط إدراكي، وتوجيه

الوعي تجاه البعض بعيدًا عن تدفقات المعلومات الأخرى، ولوحظ قصور في الانتباه والذاكرة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات انفصالية، وهذا ما أظهرته الدلالات التفسيرية لاستجابات المفحوصين على الاختبار.

– قصور في التلقائية الانفعالية، وهو مؤشر على وجود انكماش عصابي ناتج عن عوامل الضبط والحذر التي ميزت المفحوصين، فهم خاضعين للضبط والكبح، غير أنهم لا زالوا قادرين على الحياة مع الآخرين، والنزعة إلى الانتحاء الداخلي (منطوون) أي الاعتماد على حياتهم الداخلية أكثر من اعتمادهم على بيئتهم الخارجية والمشاركة فيها. ويفسر ذلك كلًا من Bailey and Brand (2017) في إطار نظرية التعلق غير المنتظم التي تشرح آلية تطور اضطرابات الانفصال بأن تجربة الطفولة المؤلمة في شكل رفض أو إهمال عاطفي من قبل مقدمي الرعاية (الوالدين) تجعل من الصعب تطوير علاقات ثقة تتسم بالشعور بالأمن، مما يطور لديهم أعراض الانفصال، ويمكن ايضًا تفسير تطور الانفصال لدى أفراد العينة من خلال النظرية الديناميكية النفسية، والتي تنص على أن الطفل يحاول بقوة التماهي مع الوالد الرافض من أجل استعادة حبه (Schimmenti, 2017)، وهذا ما برز بشكل واضح من خلال المقابلات الكلينيكية مع الحالات حيث يعانون في علاقاتهم الأسرية غير المشبعة لاحتياجاتهم من الحب والتقبل والتقدير، بل ويفسر استجاباتهم التي تدل على الخنوع، والعدوان المكبوت، ومن ثم ينسحبون فارضين على أنفسهم العزلة تجنبًا لمشاعر الألم عند التعامل مع الآخرين.

– صورة ذات سلبية ومؤلمة، تكونت من خلال نشأت هؤلاء الحالات عينة البحث في بيئات أسرية مسيئة وغير مشبعة للاحتياجات العاطفية، وقصور في التعبير عن الانفعالات وتنظيمها، مما انعكس على علاقاتهم الاجتماعية، وقدرتهم على تحقيق التوازن الانفعالي، ومواجهة المشكلات.

– فيما يتعلق بمظاهر وظائف الأنا، فقد اظهرت النتائج ضعف قوة الأنا، والتي يمكن تفسيرها في ضوء أن الاضطرابات الانفصالية قد نسبت إلى مستويات مرضية من الإجهاد النفسي تؤدي إلى تعطل التكامل الطبيعي للشخصية والحياة النفسية للفرد، بحيث تنفصل بعض جوانب الخبرة والفكر والعمل عن الوعي، ويتم الانفصال عن طريق التطفل على و / أو حذف

جوانب من الخبرة أو الفكر أو الفعل الواعي كاستجابة نهائية للضغوط المزمنة، حيث إن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفصالية يبلغون عن أعلى معدل لتكرار الإساءة و / أو الإهمال خلال مراحل النمو (Nag, 2020)، وهذا ما اكدت عليه مجموعة من الدراسات والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقات ارتباطية دالة بين خبرات الإساءة المبكرة بأنواعها والتعرض المستمر للضغوط لدى الطفل ومعاناته في مراحل النمو اللاحقة من اشكال الاضطرابات الانفصالية (Miti & Chiaia, 2006; Verdi, 2021; Yanartas et al., 2019)، وهذا ينطبق على الحالات عينة البحث من المراهقين الذين نشأوا في بيئات أسرية غير مشبعة للاحتياجات العاطفية الأساسية لأبنائها، مع المعاناة المستمرة من الضغوط والإجهاد النفسي، وهذا ايضًا يفسر دلالات ضعف الأنا في التوافق مع الواقع.

وفي ذات السياق يمكن تفسير النتائج التي أظهرت ضعف الارتباط بالواقع واختباره حيث أشار Sinha (2021) إلى أن معاناة التفكك يرتبط بوضوح بالاختلافات الفردية في المعالجة الواعية للواقع.

وأبرز ميادين الصراع لديهم كان الصراع مع رمز السلطة، وتركزت العمليات الدفاعية لديهم على استخدام ميكانيزم الكبت والإنكار والعزل (وهو ما يميز الذين لديهم انهيار لقوة الانا على اختبار الروشاخ)، كمحاولات لا تكيفية للتوافق. وقد يرجع استخدام تلك الميكانيزمات تحديدًا إلى تأثير تلك الاضطرابات الانفصالية التي تجبر العقل على فصل المعلومات والمشاعر غير المتوافقة أو غير المقبولة عن حيز الإدراك والوعي (Patrichia et al., 2021)، وهذا ما يفسر تحديد العزل كواحد من الميكانيزمات الدفاعية الأساسية لدي ذوو الاضطرابات الانفصالية، فهو الميكانيزم الذي يعزز وظيفة التفكك عن طريق عزل (فصل) المشاعر والأفكار عن المواقف والاحداث التي يمر بها الفرد، وكذلك الاعتماد على الكبت أو الإنكار.

إذن يعد التفكك استجابة إجهاد لا إرادية، ورد فعل دفاعي يحدث كآلية لا تكيفية للتعامل مع المواقف المجهدة التي يجد المراهق صعوبة في التأقلم معها (Verdi, 2021)، وقد يظهر أيضًا كآلية لقمع الاضطراب العاطفي المرتبط بالذكريات المؤلمة والمواقف الضاغطة من البيئة المحيطة (Sharma et al., 2021). لذلك ميزت الدلالات الكلينيكية للاختبار هؤلاء المفحوصين بالكف (تعطيل بعض وظائف الذات، أو الحد منها، أو إضعافها)، والحصر (الخوف، والقلق، والتأهب

السلبي للأحداث) والذي يأخذ لديهم اشكال طفلية، نتيجة لما يتعرضون له من ضغوط بيئية، ومن ثم انهيار اختبار واقع العلاقات الانفعالية لديهم، ولذا انفعالاتهم متأرجحة (غير متزنة)، ولديهم افعال اندفاعية.

وأيضًا قد يلجأ الفرد إلى التفكك باعتباره آلية دفاعية لحماية ذاته من تلك القوى المهددة بسبب ضعف قوة الانا في التعامل مع الضغوطات ومواجهة المشكلات، حيث عدد Putnam (1991) عددًا من الوظائف الوقائية التي يوفرها الانفصال منها الهروب من قيود الواقع، وعزل التجارب القاسية والمؤلمة، وحل النزاعات التي تعذر حلها ومواجهتها، والتسكين، وتغيير الإحساس بالذات، وجميعها تعد آليات دفاعية لا تكيفية بسبب توقف وظيفة الأنا في حل الصراعات.

– ظهور عصاب القلق المختلط بملامح اكتئابيه، والذي تعلق بشكل أساسي لديهم بعدم إشباع حاجاتهم إلى الحب والتقبل، وشيوع التوترات والصراعات مع رموز السلطة المتمثلة في الوالدين او أحدهما، إلى جانب ايضًا قصور وظائف الانا وتعطل الأساليب الدفاعية السوية، مما يترتب عليه معاناة الصراعات الداخلية دون قدرة الأنا على حلها، فيظهر هنا عصاب القلق الذي يمكن اعتباره سبب ونتيجة للانفصال في آن واحد، وجاءت تلك النتيجة في سياق ما جاءت به عدد من الدراسات السابقة والتي أظهرت نتائجها أن المراهقين المصابين باضطرابات انفصالية يصابون عادةً بالقلق والاكتئاب (Das et al., 2020; Glu et al., 2003; Nester et al., 2021, 2022; Sharma et al., 2021).

الاستنتاج العام من نتائج البحث: Conclusion

تلخيصًا لما سبق، وما توصل إليه البحث من نتائج تبلورت في الكشف عن البنية العاملية للاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين عينة البحث، والتي توصلت إلى وجود بناء عاملي للاضطرابات الانفصالية يدعم البناء النظري لتلك الاضطرابات كما وردت في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، حيث وجود عامل كامن (فرضي) وهو التفكك والذي يصطف حوله الاضطرابات الخمسة في نموذج بنائي ذي مؤشرات جودة مطابقة دالة. وقد أظهرت النتائج وجود نسب انتشار لتلك الاضطرابات بين العينات غير الكلينيكية من المراهقين حيث تراوحت نسب الانتشار للاضطرابات الانفصالية الخمسة ما بين ٢٢.٤٤% إلى ٣٢.٤٩% وهي نسب شيوع تعد كبيرة نوعًا وذات دلالة، تستلزم الانتباه والتشخيص والمبكر.

كما كشفت الدلالات الكلينيكية للتحليل الكمي والكيفي لاستجابات أفراد العينة الكلينيكية على اختبار بقع الحبر لرورشاخ، وجود طبيعة ذات نسق اشتركت فيه الحالات الثلاثة تميزت بمستوى منخفض من الوظائف العقلية والمعرفية، وقصور في التلقائية الانفعالية والتوازن الانفعالي مع انكماش عصابي، وصورة ذات سلبية ومؤلمة، وقصور في التعبير عن الانفعالات وتنظيمها، وضعف اختبار الواقع (ولكن ليس انعدامه)، تجلى في ضعف الانتباه للمثيرات البيئية، وفشل وظائف الأنا، والاعتماد على ميكانيزمات الكبت والإنكار والعزل في مواجهة المواقف الضاغطة، وظهور عصاب القلق المختلط بملامح اكتئابية.

وقد أمكن من خلال البحث الحالي تقديم أداة تشخيصية سيكومترية متمثلة في قائمة الاضطرابات الانفصالية التي تقيس خمس اضطرابات انفصالية في صورة تقرير ذاتي، ذات خصائص سيكومترية جيدة من الصدق والثبات، إلى جانب تقديم بعض الملامح التشخيصية ميزت تلك الاضطرابات من خلال الدلالات الكلينيكية لاختبار بقع الحبر لرورشاخ، مما يضع لبنة صغيرة في التراث السيكولوجي فيما يتعلق بدراسة تلك الفئة من الاضطرابات.

التوصيات:

من خلال ما توصل إليه البحث من نتائج، ومن خلال الأطر النظرية للبحث، توصي الباحثتان بما يلي:

- يجب تقييم أعراض الانفصال بشكل روتيني في أماكن التدخل المبكر، خاصة في الحالات التي يتم فيها الكشف عن صدمة الطفولة أو الاشتباه فيها.
- يجب دمج أعراض الانفصال في صياغة الحالة لتخطيط البرامج العلاجية.
- توجيه النظر إلى خطورة تعرض الأطفال والمراهقين في الأعمار المبكرة إلى إساءة المعاملة، وخطورة تعرضهم للاعتداءات الجسدية والجنسية.
- الاهتمام ببرامج الإرشاد الأسري للآباء والأمهات، ومقدمي الرعاية للتوعية بأهمية تطوير أنماط تعلق آمنة بأبنائهم، واشباع الاحتياجات العاطفية لهم.
- تقديم البرامج الارشادية للعينات غير الكلينيكية لتدعيم قوة الأنا وتفعيل وظائفها من أجل دعم الصمود وأساليب المواجهة التكيفية لدي الطلاب على مستوى كافة المراحل.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

التوجهات المقترحة للبحوث المستقبلية:

–فعالية العلاج القائم على اليقظة العقلية في علاج بعض الخبرات الانفصالية لدي عينة من المراهقين.

– فعالية العلاج القائم على اليقظة العقلية في علاج اضطراب فقدان الشخصية/تبدد الواقع لدى المراهقين.

– أساليب المواجهة وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفصالية لدي عينة من المراهقين.

– خبرات الطفولة الصادمة وعلاقاتها بالاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين.

– أنماط التعلق المنبئة بالاضطرابات الانفصالية لدى المراهقين.

– الاضطرابات الانفصالية وعلاقتها بإيذاء الذات غير الانتحاري لدى المراهقين.

– الأنماط الوالدية المنبئة باضطراب الهوية الانفصالية لدى المراهقين.

– سوء التنظيم الانفعالي وعلاقته بفقدان الذاكرة الانفصالي لدى المراهقين ذوي خبرات الإساءة.

Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

المراجع:

البحيري، عبد الرقيب، وإمام، مصطفي (٢٠١٣). *مقياس الاضطرابات النفسية للمراهقين*، مكتبة الانجلو المصرية.

الحمادي، أنور (٢٠٢١). *الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض – ١١*. مكتبة نور. https://www.noor-book.com

خطاب، محمد أحمد محمود (٢٠١٧). *علم النفس المرضي (دراسات إكلينيكية متعمقة)*. المكتب العربي للمعارف.

زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. عالم الكتب.

عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠١٤). *علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج* (ج ١). مكتبة زهراء الشرق.

غرزوزي، عرين رودي، وداود، فوزي شاكر (٢٠١٣). *الأعراض التفككية واضطرابات القلق لدي الأطفال الفلسطينين الذين تعرضوا لصدمات في الضفة الغربية وقطاع غزة*. (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان الأهلية، عمان).

غنيم، سيد، وبرادة، هدى (١٩٦٥). *التشخيص النفسي دراسات في اختبار الرورشاخ* (ج ١). دار النهضة العربية، القاهرة.

فايد، حسين علي محمد (٢٠٠٨). صدمة الطفولة البينشخصية وعلاقتها بخبرات التفكك والتفكير الانتحاري لدى عينة غير إكلينيكية. *دراسات نفسية*، ١٨(٤)، ٦٤٩ – ٦٨٨.

كلوبفر، برونو، ودافيدسون، هيلين (٢٠٠٣). *تكنيك الرورشاخ*. ترجمة حسين عبد الفتاح. منشورات جامعة ام القرى، مكة المكرمة.

هاشم، هاشم رجب، والسلاموني، حسام حافظ محمد (٢٠٢٠). الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشقاقية كمتغيرات منبئة بأعراض الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة. *مجلة كلية الآداب*، ٥٤(١)، ٤٢٩ – ٣٨٥.

Amdur L., & Liberzon I., (1996). Dimensıonality of dissociation in subjects with PTSD. *Dissociation*,9:118-124.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC 20024-2812. www.psychiatry.org

Baily, D. & Brand, L. (2017) Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clin Psychol Sci Pract*, 24(2), 170–185.

Bowlby, J. (1988). A secure base: *Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.

Carlson, A., Yates, M., & Sroufe, A. (2009). Dissociation and development of the self, In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, (pp. 53-65). New York: Routledge.

Cohen, A. (2004). Dissociative identity disorder: Perspectives and alternatives. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 6(3), 217-230.

Cowan, E. & Heselmeyer, R. (2011). Bulimia and dissociation: a developmental perspective. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 128-143.

Dalenberg, J., Brand, L., Gleaves, H., Dorahy, J., Loewenstein, J., Cardena, E., Frewen, A., Carlson, B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588.

Das, S.; Goyal, N. & Sayeed, N. (2020). Efficacy of adjunctive Dialectical Behavior Therapy Skills in Childhood and Adolescent Dissociative Disorders: An open-label pilot study, *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 16(2):45-61.

Devillé, C.; Moeglin, C. & Sentissi, O. (2014). Dissociative Disorders: Between Neurosis and Psychosis. *Case Reports in Psychiatry*,Article ID 425892, 6 pages, http://dx.doi.org/10.1155/2014/425892

Dixit, A.; Singh, S.; Kar, S.; Arya, A. & Agarwal, V. (2019). Neuro-Cognition in adolescents with dissociative disorder: A study from a Tertiary Care Center of North India. *Indian J Psychol Med*, 41:246-51.

Docquir, c., (2013). The symptoms medically unexplained: clarification of terminology, epidemiological data among the adult and the child,

 Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

overview of against-attitudes. *Bulletin of Psychology*, 523, 61–75. doi:10.1111/j.1440-1819.2006. 01560.x

doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/36296.

Engelberg, J., Steiger, H., Gavin, L., & Wonderlich, A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: an examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 531-536.

Farmand, F. (2014). *Dissociation as a Frequently Neglected Factor in Psychological Diagnostic Formulation*. [Doctoral Dissertation, Alliant International University, Los Angeles].

Gentile, P., Snyder, M., & Gillig, A. (2014). Stress and trauma: psychotherapy and pharmacotherapy for depersonalization/derealization disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(7-8), 37 – 41.

Gillig, P., & Nolan, B. (2003). Dissociative disorders. *Hospital Physician*, 7(2), 1-11.

Holmes, A., Brown, J., Mansell, W., Fearon, P., Hunter, C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications, *National Library of Medicine*, 25(1), 1 – 23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.

Howell, E. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder*. Routledge, New York.

http://www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J189.

Irpati, A.; Avasthi, A. & Sharan, P. (2006). Study of stress and vulnerability in patients with somatoform and dissociative disorders in a psychiatric clinic in North India. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 570–574. doi:10.1111/j.1440-1819.2006. 01560.x

Jones, C., Badour, L., Brake, A., Hood, O., & Feldner, T. (2018). Facets of emotion regulation and posttraumatic stress: an indirect effect via peritraumatic dissociation. *Cognitive Therapy and Research*, 42.

Kar, S. K., Dixit, A., Singh, S., Arya, A., & Agarwal, V. (2019). Neuro-Cognition in adolescents with dissociative disorder: A study from a Tertiary Care Center of North India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3), 246.

Kleindienst, N., Priebe, K., Gorg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., Winter, D., Schmahl, C., & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates' response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(30375).

Kumar P., Kumar V., & Sinha, K. (2020). Mental Health Problems among Young Adults, Ranchi, Jharkhand, *Delhi Psychiatry Journal*, 23,2,7-15.

Kumar, P. & Rathee, S. (2021). Mental Health Issue and Dissociative Symptoms among Undergraduate Medical Students: Across the Gender. *Journal of Psychosocial Research*, 16 (1), 67-74. https://doi.org/10.32381/JPR.2021.16.01.7

Liotti, G. (1999). Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, (pp. 291-317). New York: Guilford Press.

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, (pp. 53-65). New York: Routledge.

Lynn, S.; Maxwell, R.; Merckelbach, H.; Lilienfeld, S.; Kloet, D. & Miskovic, V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review*, 73, 1-16. www.elsevier.com/locate/clinpsychrev

Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamaki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.

Mairean, C. & Ceobanu, M. (2017). The relationship between suppression and subsequent intrusions: the mediating role of peritraumatic dissociation and anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(3), 1-34. DOI: 10.1080/10615806.2016.1263839

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York, NY: The Guilford Press.

 Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1850-1855.

Miti, G. & Chiaia, E. (2003). Patterns of Attachment and the Etiology of Dissociative Disorders and Borderline Personality Disorder. *Journal of Trauma Practice*, 2(2), 19-35. http://www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J189

Mychailyszyn, M.; Brand, B.; Webermann, A. Şar, V.; & Draijer, N. (2020). Differentiating Dissociative from Non-Dissociative Disorders: A Meta-Analysis of the Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D). *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-16.
https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760169.

Nag, R. (2020). *Attachment Styles and information processing biases in adolescents with dissociative disorders*, [Doctoral dissertation, Ranchi University].

Nester, M.; Boi, C.; Brand, B. & Schielke, H. (2021). The reason dissociative disorder patients self-injure. *European Journal of Psychotraumatology*, 13, 1-10.
https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2026738

Nester, M.; Brand, B.;Schielke, H. & Kumar, S. (2022). An examination of the relations between emotion dysregulation, dissociation, and self-injury among dissociative disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 13, 1-12.
https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031592

Nijenhuis, S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'Haenen, J.A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological Psychiatry*, (pp. 1079-1098). London: Wiley.

Opsvik, Y.; Holbæk, I.; Arefjord, K. & Hjeltnes, A. (2022). The challenge of being present with yourself: Exploring the lived experience of individuals with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 1-11.

Özdemir, O., Özdemir, G., Boysan, M., & Yilmaz, E. (2015). The relationships between dissociation, attention, and memory dysfunction. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(1), 36.

 Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

Parlar, M., Frewen, A., Oremus, C., Lanius, A., & McKinnon, C. (2016). Dissociative symptoms are associated with reduced neuropsychological performance in patients with recurrent depression and a history of trauma exposure. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(29061), 1-10.

Pasquale, C.; Sciacca, F. & Hichy, Z. (2016). Validation of the Italian version of the dissociative experience scale for adolescents and young adults. *Annals of General Psychiatry*, 15-31.

Patrichia, B.; Ene, C.; Rîndaşu, C. &, Trifu A. (2021). Dissociative Amnesia and Dissociative Identity Disorder. *Journal of educational sciences & psychology*, 5(1), 207 – 216.

Pessoa L. (2009). How do emotion and motivation direct executive control? *Trends Cogn Sci*, 13(4), 160-166.
doi: 10.1016/j.tics.2009.01.006

Piedfort-Marin, O.; Tarquinio, C.; Steinberg, M.; Azarmsa, S.; Cuttelod, T.; Piot, M.; Wisler, D.; Zimmermann, E. & Nater, J. (2022). Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Me´ dico-Psychologiques*, 180, 1-9. www.sciencedirect.com

Putnam, W. (1991). Dissociative disorders in children and adolescents: A Developmental Perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 519-531.

Putnam, W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.

Putnam, W. (2016). *The way we are: How states of mind influence our identities, personality, and potential for change*. New York: International Psychoanalytic Books.

Ranjan, R., Mehta, M., Sagar, R., & Sarkar, S. (2016). Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, *7*(2), 238.

recalled traumatic events in childhood, adolescence, and early adulthood. *Psychiatria Polska*, 50(1), 77-93. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/36296

 Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

Reycraft, J. (2013). *A Collective Case Study of the Diagnosis of Dissociative Disorders in Children*. [Doctoral dissertation, University of South Florida].

Rogier, G., Zobel, B., Marini, A., Camponeschi, J., & Velotti, P. (2021). Gambling disorder and dissociative features: a systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35, 247-262.

Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiology Research International*, 1-8.

Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Journal of Psychology*, 218(2), 109-127.

Schimmenti, A. & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 96-105.

Schimmenti, A. (2017). The developmental roots of dissociation: A multiple mediation analysis. *Psychoanalytic Psychol*, 34(1), 96.

Schimmenti, A., Musetti, A., Costanzo, A., Terrone, G., Maganuco, R., Rinella, A., & Gervasi, M. (2021). The unfabulous four: maladaptive personality functioning, insecure attachment, dissociative experiences, and problematic internet use among young adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 447-461.

Schweden, K., Pittig, A., Brauer, D., Klumbies, E., Kirschbaum, C., & Hoyer, J. (2016). Reduction of depersonalization during social stress through cognitive therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 43.

Seddigh, R. (2021). Dissociative Disorder in the Iranian Culture: The Lawless Utopia. *Iran J Psychiatr*, 16(4), 462-470.

Serrano-Sevillano, A., Gonzalez-Ordi, H., Corbi-Gran, B., & Vallejo-Pareja, A. (2017). Psychological characteristics of dissociation in general population. *Clinicay Salud*, 28(3), 101- 106.

Sharma, R.; Satapathy, S.; Choudhary, V. & Sagar, R. (2021). Childhood Trauma and Clinical Correlates of Dissociative Disorders among Adolescents: An Exploratory Study. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*, 17(3):92-111.

 Print: (ISSN: 0561-2537) Online:(ISSN: 5292-2735)

Sharma, T. (2014). *Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in dissociative disorders*. [Doctoral Dissertation, Ranchi University].

Sikand M.; Arshad R.; Chandra B. & Hiwale S. (2019). Perceived parental style, cognitive style, and resilience in females with dissociative disorder in India. *Indian Journal Psychiatry*, 61:177-83.

Sinha, M. (2021). *Cognitive and neurophysiological correlates of dissociative disorders in adoles: A comparative study*. [Master thesis, Ranchi University].

Smiatek-Mazgaj, B., Sobanski, A., Rutkowski, K., Klasa, K., Dembinska, E., Muldner-Nieckowski, L., Cyranka, K., & Mielimaka, M. (2016). Pain and tactile dissociation, derealization and depersonalization symptoms in women and recalled traumatic events in childhood, adolescence, and early adulthood. *Psychiatr Pol*, 50(1), 77-93.

Smith R., & Lane D., (2016). Unconscious emotion: A cognitive neuroscientific perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69:216-38.

Spiegel, D.; Loewenstein, R.; Lewis-Ferna´ndez, R.; Sar, V.; Simeon, D.; Vermetten, E.; Carden˜ a, E. & Dell, P. (2011). Dissociative Disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 17–45.

Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.

Strutt, M., Hill, W., Scott, M., Uber-Zak, L., & Fogel, G. (2011). A comprehensive neuropsychological profile of women with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, *20*(1), 24-28.

Sun, P.; Alvarez-Jimenez, M.; Lawrence, K.; Simpson, K.; Peach,N & Bendall,S. (2018). Investigating the prevalence odissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13,1366–1372.

Thayyil, M. & Rani, A. (2021). Structural Family Therapy with a Client Diagnosed with Dissociative Disorder. *Indian J Psychol Med*. 43(6):549–554.

TOPPO, S. (2021). *WISC-IV Profile of Children and Adolescents with Dissociative Disorders: A Controlled Study*. [Master thesis, Ranchi University].

Van der Hart, O., & Dorahy, J. (2009). History of the concept of dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 3–26). Routledge/Taylor & Francis Group.

van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38, 906 914.

Van der Hart, O., Nijenhuis, S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

Vazquez, A.; Ameneiros, N.; Valle, J.; Fernandez, E. & Germa´n, M. (2020). Revisiting the concept of severe mental illness: severity indicators and healthcare spending in psychotic, depressive and dissociative disorders. *Journal of Ment Health*, 29(6): 670–676.

Verdi, E. (2021). *An Examination of the Role of Interpersonal Stressors and Attachment Style in Dissociative Experiences*. [Doctoral dissertation, Seattle Pacific University].

Wieland, S. (2011). *Dissociation in traumatized children and adolescents: Theory and clinical interventions*. New York.

Yanartas, O.; Ozmen, H.; Citak2, S.; Zincir, S.; Sunbul, E. & Kara, H. (2019). Childhood Traumatic Experiences and Trauma Related Psychiatric Comorbidities in Dissociative Disorders. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25 (4), 321-434

Zoroglu, S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, A., Ozturk, M., Alayanak, B., & Kora, E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.

Zoroglu, S.; Sar, V.; Tuzun, U.; Tutkun, H.; & Savas, H. (2002). Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 551–556.