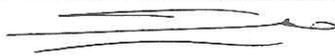


نوقشت رسالة الطالبة فاتن مشاعل

بـعنوان :

أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية - الاختلاطية -
على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطبي النفسي

وأجيزت يوم الاثنين الموافق في ٢٩/٦/٢٠١٥ من قبل السادة أعضاء
لجنة الحكم التالية أسماؤهم :

التوقيع	الصفة	الاسم
	عضواً	أ.د. أمل الأحمد
	عضواً مشرفاً	أ.د. غسان صالح
	عضواً	أ.د. رياض العاسمي
	عضواً	أ.د. كمال بلان
	عضواً	د. أحمد الزعبي

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالةصالحة لمنح درجة الدكتوراه
في الإرشاد النفسي - قسم الإرشاد النفسي .



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية (الاختلاطية)
على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطبي النفسي

رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي
(تخصص علاج نفسي)

إعداد الطالبة:

فاتن ثابت مشعل

إشراف:

الدكتور حسان صالح

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

دمشق: 2014 - 2015 م

1435-1436 هـ

**Damascus University
Faculty of Education
Psychological Counseling Department**



**Effect of Comorbidity between Personality
and Psychological Disorders on Therapeutic
Response to Psychological Patients after
Psychiatric Therapy**

**A Dissertation Submitted for the Degree of Doctor of Psychological Counseling
(Specialization on Psychotherapy)**

**Prepared By:
Faten Thabet Mashael**

**Supervised by:
Dr. Gassan saleh**

Professor in Psychological Counseling Department

**2014 - 2015
1435 - 1436**

شكر وتقدير

أشكر الله الذي أهداني طريق العلم.
بعد أن منَّ الله علي بإتمام رسالتي، أتوجه ببالغ الشكر وعظيم الامتنان لكل من ساهم في إنجاز هذه الرسالة، وكان له فضلاً في دعم جهودي وتقديرها.

ويسرني أن أقدم جزيل شكري وامتناني إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور غسان صالح الذي تكرم بالموافقة على المتابعة معي والإشراف على رسالتي ولم يوفر الوقت والجهد الكثيرين بالإضافة إلى التوجيهات القيمة والمعلومات التي ساعدتني في إنجاز هذه الدراسة.

كما أقدم شكري وتقديري إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم الذين سيقدمون الملاحظات القيمة على هذه الرسالة والتي ستغني العمل بكل تأكيد.

كذلك أوجه شكري إلى أفراد عينة الدراسة لما قدموه من مساعدات وتعاون في تطبيق الدراسة التجريبية وغير ذلك من المساعدات التي مكنتني من إنجاز هذه الدراسة.

وإذا كان الشكر موصولاً لكل هؤلاء، فإن عظيم شكري وامتناني مهدي إلى الأستاذ العزيز الدكتور سامر رضوان له مني جزيل الشكر.

والله ولي التوفيق

الباحثة

فاتن ثابت مشاعل

لكم جميعاً عظيم الشكر والتقدير

الإهداء

إهدائي الأول والأخير

للغائب عن عيوننا

الحاضر في قلوبنا

إلى أخي الغالي علي

أرجو الله أن يُقدّر له قراءة رسالتي هذه

مع كل الشوق والأمل بالعودة

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوعات
	الباب الأول
8-1	الفصل الأول: مدخل الدراسة
1	مقدمة
3	1. مشكلة الدراسة ومسوغاتها
5	2. أهمية الدراسة
6	2. أهداف الدراسة
6	3. أسئلة الدراسة
6	4. فرضيات الدراسة
7	5. محددات الدراسة
7	6. مصطلحات الدراسة
32-9	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
9	1. عرض الدراسات السابقة حسب التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث
31	2. تعقيب على الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية
76-33	الفصل الثالث: الإطار النظري
33	توطئة
40-34	المحور الأول: الاضطرابات النفسية
34	1.1 مفهوم الاضطراب النفسي
35	2.1 أسباب الاضطرابات النفسية
37	3.1 تصنيف الاضطرابات النفسية
61-41	المحور الثاني: اضطرابات الشخصية
41	1. السمات الأساسية لاضطرابات الشخصية
44	2. المحكات التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية
44	2.1. المجموعة الرئيسية (A) (الغريبة)
44	2.1.1. اضطراب الشخصية الزوربة
45	2.1.2. اضطراب الشخصية شبه الفصامية
46	2.1.3. اضطراب الشخصية من النمط الفصامي
47	2.2. المجموعة الرئيسية (B) (المساوية)
47	2.2.1. اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
49	2.2.2. اضطراب الشخصية الحدودية
50	2.2.3. اضطراب الشخصية الاستعراضية
51	2.2.4. اضطراب الشخصية النرجسية
52	2.3. المجموعة الرئيسية (C) (القلقة)
52	2.3.1. اضطراب الشخصية التجنبية
53	2.3.2. اضطراب الشخصية الاتكالية
54	2.3.3. اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
55	2.4. اضطراب الشخصية غير المحدد في مكان آخر
56	2.4.1. اضطراب الشخصية العدوانية السلبية
57	2.4.2. اضطراب الشخصية الاكتئابية

57	3. التمييز بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية
59	4. أهمية علاج اضطرابات الشخصية
70-62	المحور الثالث: الاختلاطية
62	1. بداية المصطلح
63	2. أنماط الاختلاطية
64	3. تفسير الاختلاطية
65	4. أسباب الاختلاطية
66	4. 1. العلاقة السببية المباشرة
66	4. 2. العلاقة السببية غير المباشرة
67	4. 3. العوامل المشتركة
69	5. عبء الاختلاطية
76-71	المحور الرابع: فاعلية علاج الاضطرابات النفسية في إطار علاقتها بالاختلاطية
110-77	الباب الثاني: الفصل الرابع: منهجية الدراسة (إجراءاتها وأدواتها)
77	1. منهج الدراسة
79	2. إجراءات الدراسة
96	3. عينة الدراسة
98	4. أدوات الدراسة (إجراءات إعدادها- صدقها وثباتها)
98	4. 1. استبيان تشخيص الشخصية (+4-PDQ)
107	4. 2. مقياس بيك للاكتئاب
109	4. 3. مقياس جامعة الكويت للقلق
109	4. 4. المقياس العربي للوسواس القهري
110	5. متغيرات الدراسة
110	6. الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسة
130 - 111	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها (تحليلها وتفسيرها)
111	1. عرض نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها
111	السؤال الأول
114	السؤال الثاني
116	السؤال الثالث
118	2. عرض نتائج فرضيات الدراسة ومناقشتها
118	الفرضية الأولى
131	الفرضية الثانية
142	3. الأهداف التي حققتها الدراسة
143	4. مقترحات الدراسة
145	قائمة المراجع العربية
147	قائمة المراجع الأجنبية
161	ملخص الدراسة باللغة العربية
165	ملاحق الدراسة
177	ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
80	زمن تطبيق المقاييس النفسية على أفراد عينة الدراسة في التطبيق (القبلي - البعدي - البعدي المؤجل)	1
82	بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى الاكتئاب والأعراض وإجراءات العلاج	2
87	بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلق والأعراض وإجراءات العلاج	3
91	بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري والأعراض وإجراءات العلاج	4
96	عدد أفراد عينة الدراسة تبعاً للاضطراب النفسي	5
97	عدد أفراد عينة الدراسة تبعاً لوجود اضطراب في الشخصية أو عدم وجوده بحسب الجنس	6
99	النسخ المختلفة لاستبيان تشخيص الشخصية (+4-PDQ)	7
100	البند المتعلقة بالمقاييس الاكلينيكية الفرعية لاختبار تشخيص الشخصية	8
104	قيم معاملات بيرسون للثبات بالإعادة لاختبار تشخيص الشخصية	9
106	قيم معاملات ألفا- كرونباخ لاستبيان تشخيص الشخصية	10
111	اضطرابات الشخصية (طبقاً لمعايير DSM-5 / DSM- IV) لدى مجموعة مرضى بتشخيصات ثلاثة أنواع من الاضطرابات (اكتئاب - قلق - وسواس قهري)	11
114	نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد العينة	12
116	نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)	13
118	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	14
120	تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	15
120	المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	16
121	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	17
123	تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	18
123	المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	19

124	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الوسواس القهري وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	20
126	الجدول (22) تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس الوسواس وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي والبعدي المؤجل	21
126	المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس الوسواس القهري وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل	22
131	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط بين المتغيرات ودلالته الاحصائية	23
132	ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة الاككتاب	24
132	تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط لعينة الاككتاب	25
133	نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة الاككتاب	26
134	ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة القلق	27
134	تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط لعينة القلق	28
134	نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة القلق	29
135	ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة الوسواس	30
135	تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط لعينة الوسواس	31
136	نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة الوسواس	32

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
97	توزع أفراد عينة الدراسة تبعاً للاضطراب النفسي	1
98	توزع أفراد عينة الدراسة تبعاً لوجود أو عدم وجود اضطراب في الشخصية بحسب الجنس.	2
112	اضطرابات الشخصية (طبقاً لمعايير DSM-5) لدى مجموعة مرضى بتشخيصات ثلاثة أنواع من الاضطرابات (اكتئاب - قلق - وسواس قهري)	3
114	نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد العينة	4
116	نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)	5
119	الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي	6
119	الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي المؤجل	7
122	الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق بين المجموعتين (الأولى والثانية) في القياس البعدي	8
122	الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق بين المجموعتين (الأولى والثانية) في القياس البعدي المؤجل	9
125	الفروق بين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي	10
125	الفروق بين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي المؤجل	11
133	الرسم البياني لانتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى الاكتئاب	12
135	الرسم البياني لانتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى القلق	13
137	الرسم البياني لانتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى الوسواس القهري	14

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
166	استبيان تشخيص الشخصية (PDQ-4+)	1
171	مقياس الدلالة الاكلينيكية لاختبار تشخيص الشخصية	2
172	مقياس الاكتئاب (بيك Beck)	3
174	مقياس القلق	4
175	مقياس الوسواس القهري	5

الباب الأول

الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة

مقدمة:

غالباً ما يكون السلوك المضطرب مختلاً وظيفياً، فهو يتعارض مع الأداء السلوكي اليومي المتعارف عليه، ومتعب ومحرج للأشخاص الذين لا يستطيعون العناية بأنفسهم على نحو صحيح، والمشاركة في التفاعلات الاجتماعية العادية، أو العمل بشكل مثمر. ولكن ليس كل ما هو أداء غير مألوف يُعدّ اضطراباً بالضرورة، إذ إنه وفقاً للعديد من النظريات الاكلينيكية، فإن السلوكيات والأفكار والمشاعر عادةً تسبب الضيق قبل أن يمكن وصفها بالمضطربة، كما يجب النظر للسلوك في السياق الذي يحدث فيه، ويعتمد مفهوم الاضطراب على قواعد وقيم المجتمع. وباختصار، في حال خروج السلوكيات والأفكار والمشاعر عن قواعد الأداء النفسي المتفق عليه عندئذٍ يمكن اعتبارها مضطربة. والعلاج النفسي هو عملية منهجية لمساعدة الناس للتغلب على الصعوبات النفسية، التي تختلف من فرد إلى آخر ومن معالج إلى آخر، ولكنها تشمل عادة المريض، الطبيب المعالج، وسلسلة من الاتصالات العلاجية، وتهدف إلى تعديل السلوك المضطرب ليصبح أقرب إلى السلوك الطبيعي (Comer, 2014, 3-6).

لذلك فإنه من المهم جداً توفر شروط العلاج الفعال، والعوامل التي تسهم في استمرارية النتائج الإيجابية لهذا العلاج وتعزيزها لأنها تقي من الانتكاس بعد انتهاء فترة العلاج. إلا أن الوصول إلى مثل هذه النتائج يستدعي تحديد العوامل المؤثرة على فاعلية العلاج التي تشكل الاختلافية بين الاضطرابات النفسية والشخصية أحدها وربما أكثرها تأثيراً.

فقد يترافق وجود واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية لدى الفرد مع نتائج ضعيفة للعلاج وتشخيص سلبي عموماً، لذلك تعد اضطرابات الشخصية مهمة للاكلينيكي ليأخذها في الاعتبار كونها قد تتعارض مع الجهود المبذولة لعلاج مشكلات أكثر تحديداً مثل القلق، والاكتئاب، أو تعاطي المخدرات (David & Mark., 2015, 471). وقد حددت نتائج دراسة (Azlin et al., 2013, 417) الاختلافية النفسية من بين العوامل التي يمكن أن تؤثر على فاعلية العلاج. كما أكدت نتائج دراسة (Frías et al., 2015, 10) أن توضيح القضايا المتعلقة بمجالات مختلفة للاضطرابات النفسية المختلطة مهم ليس فقط من الناحية النظرية ولكن أيضاً بالنسبة للممارسة الاكلينيكية.

لذلك تتوقف فاعلية العلاج إلى حد كبير على دقة ووضوح تشخيص الاضطراب النفسي النوعي وتحديد أسبابه وأهمية الإحاطة بجميع الوجوه المتعلقة به منها على سبيل المثال بعض صعوبات التشخيص المتعلقة بوجود اختلاطية مع اضطرابات أخرى وعدم مراعاة هذه الاختلاطية عند تحديد التدخل العلاجي المناسب.

وتشير الاختلاطية في الطب النفسي، وعلم النفس، والإرشاد النفسي، إلى وجود أكثر من تشخيص واحد يحدث لدى الفرد في الوقت نفسه. وعلى أية حال، لا تعني الاختلاطية بالضرورة في تصنيف الاضطرابات النفسية وجود اضطرابات متعددة، ولكنها تعكس عدم قدرتنا الحالية على توفير تشخيص واحد يمكن أن يمثل جميع الأعراض (First, 2005, 10).

وبالرغم من اعتقاد العديد من الأطباء منذ فترة طويلة أن اضطرابات المحور الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (اضطرابات الشخصية المختلفة) قد تتعارض مع فعالية علاج اضطرابات المحور الأول (الأعراض النفسية لاضطرابات القلق والاكتئاب وغيرها)، إلا أن الدراسات التجريبية حول هذا الموضوع كانت قليلة، ويكشف التراث الأدبي المختص عن نتائج قوية بأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لديهم استجابة أدنى بكثير لعلاج اضطرابات المحور الأول من أولئك المرضى بدون هذه الاضطرابات (Reich & Green, 1991, 74). كما تبين أن وجود نسبة مرتفعة للاختلاطية يؤدي إلى نتائج ضعيفة لعلاج المرضى ذوي التشخيصات المختلطة، مقارنة مع أولئك الذين ليست لديهم تشخيصات مختلطة (Tomer, 2010, 1). لذلك فقد سعى تقسيم الـ DSM- IV- TR/DSM III - R إلى المحورين (الأول والثاني) إلى تسليط الضوء على مثل هذه الاختلاطيات ولفت انتباه الاكلينيكيين لها (Robert, 2010, 1).

وتؤثر اضطرابات الشخصية بشكل كبير على خدمات الصحة النفسية وعلاج المرضى، حتى عندما لا تكون هي محور التركيز الرئيسي في العلاج (Tyrer et al., 1997, 242). فقد أظهرت دراسة (Bolte et al., 2011, 1) أن نتائج العلاج بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المختلطة هي الأكثر تدنياً بالمقارنة مع المرضى الذين ليست لديهم اضطرابات الشخصية. كما أشارت نتائج دراسة (Cummings et al., 2011, 397) إلى أن اضطرابات الشخصية المختلطة بشكل مرتفع للغاية مع اضطرابات المحور الأول، ويمكن أن تزيد من تدني مسار ونتائج علاج اضطرابات المحور الأول، وبالتالي فإنه ليس من المفاجئ أن يعد الأطباء فئة المرضى الذين يعانون من حالات الاختلاطية صعبة للغاية على العلاج (Katherine, 2013, 482-483).

1. مشكلة الدراسة ومسوغاتها:

هناك مجموعة من العوامل والمسوغات التي جعلت الباحثة تشعر بمشكلة الدراسة منها:

■ استمدت الباحثة مشكلة دراستها من خلال ما راجعته من دراسات في هذا المجال، فقد أكدت نتائج دراسة (Stevenson et al., 2011, 778) أن اضطراب الشخصية يؤثر سلباً على النتائج العلاجية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية بشكل مستقل عن التشخيص وعوامل أخرى. كما أجريت دراسات عديدة للبحث في كيفية استجابة مرضى الاكتئاب للعلاج النفسي والدوائي، وفي ظل النتائج المتناقضة للدراسات المختلفة تم اقتراح عامل محتمل لتفسير الاستجابة المنخفضة للعلاج وهو وجود اضطرابات الشخصية المختلطة التي تحدث بمعدلات مرتفعة لدى هؤلاء المرضى (Maddux et.al., 2009; Byrne et.al., 2008). وفي دراسة أجريت لمقارنة أساليب المعالجة للمرضى الذين يعانون من تخلف عقلي شديد ذوي أوبدون اضطرابات في الشخصية، تبين أن الاستجابة للعلاج لدى المرضى ذوي التشخيصات المختلطة كانت أدنى من الاستجابة العلاجية لذوي التشخيصات المفردة (Tyrrer et.al., 2003, 15). كما أكدت الدراسات تأثيراً للاختلاطية على السلوك الانتحاري؛ فأظهرت أن وجود سمات دافعية لاضطرابات الشخصية يزيد خطر القيام بفعل الانتحار، كما كانت محاولات الانتحار أكثر انتشاراً لدى المرضى النفسيين الذين لديهم تاريخ طويل في اضطرابات الشخصية (Üçok,1998 ; Lecrubier, 2001). هذا ما أكدته نتائج الدراسات التي أظهرت أن خطر الانتحار لدى المريض جسدياً يختلف جوهرياً بوجود الاختلاطية النفسية، وبالتالي فإن المشاركة الوثيقة بين خدمات الصحة النفسية وخدمات الصحة العامة يجب أن تكون جزءاً أساسياً لاستراتيجيات الوقاية من الانتحار (Araújo et al., 2014; Ping et al., 2014).

■ الملاحظات المقدمة من بعض الممارسين للعلاج سواء النفسي أو الطبي النفسي بأن الاستجابة العلاجية للمرضى باضطراب معين (كالقلق مثلاً) تختلف من مريض لآخر، فبعض المرضى يستجيبون للعلاج النفسي أو الدوائي بدرجة كبيرة وبعضهم لا يستجيب كثيراً، لذلك كان هناك تساؤلاً ملحاً في أوساط العاملين في هذا المجال مؤداه (ما هو الفرق بين المرضى الذين يستجيبون وأولئك الذين لا يستجيبون للعلاج بالدرجة المطلوبة؟). ومن خلال اطلاع الباحثة على التراث النظري والدراسات التجريبية التي بحثت في هذا المجال جاءت الإجابة المقترحة بأن هناك متغير مهم لم يتم

أخذه بعين الاعتبار في التشخيص ألا وهو عامل الشخصية أي اضطرابات الشخصية التي قد تكون موجودة وبشكل مستقل عن الصورة المرضية (أي التشخيص المرضي على المحور الأول).

■ انطلاقاً من الفكرة السابقة واستشعار الباحثة بأهميتها فقد قامت ببعض اللقاءات الأولية مع بعض المتعالجين المترددين على بعض العيادات النفسية والمقيمين في بعض المشافي النفسية، للوقوف على بعض الأعراض والصعوبات للمرضى الذين لا يحققون الاستجابة العلاجية بالدرجة المطلوبة، ولاحظت بشكل أولي أن هذه الفئة لديها بعض سمات اضطرابات الشخصية بالمقارنة مع الفئة الأخرى أي المرضى الذين يحققون الاستجابة المطلوبة.

■ وبناء على ما تقدم تبلورت لدى الباحثة فكرة الدراسة، حيث يمكن القول أنه يغلب على العلاج الطبي النفسي والعلاج النفسي التركيز على الأعراض النفسية المشخصة على المحور الأول سواء كان المرضى يعانون فقط من اضطرابات نفسية مشخصة على المحور الأول (كالقلق والاكتئاب والوساوس وغيرها) أم يعانون بالإضافة إلى ذلك من اضطراب مشخص على المحور الثاني (اضطرابات الشخصية المختلفة)، هذا يتطلب العمل مستقبلاً على تطوير إجراءات علاجية لاضطرابات الشخصية المختلفة. أي أن استجابة المرضى الذين يعانون من اضطرابات مختلطة للمحور الأول للعلاج لا تحقق النجاح المرغوب في حال تم إهمال اضطراب الشخصية المصاحب، في حين يحقق المرضى الذين لا يعانون من اضطراب مختلط نتائج أفضل. وبالرغم من أن التشخيصات متعددة المحاور المعتمدة في منظومات التشخيص العالمية تولي أهمية للتشخيصات المتعددة المختلطة بهدف الإحاطة بالجوانب المختلفة والمعقدة التي تسهم في المعاناة الإنسانية، إلا أن العلاج الطبي النفسي يركز في غالبية الأحيان على تشخيص وعلاج الأعراض المتعلقة بالمحور الأول وعدم تطوير إجراءات علاجية تراعي جانب الاختلاطية بين اضطرابات المحورين.

واستناداً إلى ماتقدم فقد تحددت مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

ما أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية (الاختلاطية)

على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطبي النفسي؟

2. أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة الحالية على الصعيدين النظري والتطبيقي من خلال:

1. تبرز أهمية الدراسة من خلال الشريحة التي تتناولها وهي المرضى النفسيين الذين هم من أكثر شرائح المجتمع بحاجة للاهتمام وتقديم المساعدة. كما تمهد لغيرها من الدراسات في هذا الجانب، وتسعى إلى إثراء مجالات أخرى في الدراسات النفسية وهو مجال الاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المرضى النفسيين، لذلك يمكن الاستفادة منها مستقبلاً للتدليل على ضرورة بناء برامج إرشادية ووقائية في هذا المجال. وتفتح الباب لإجراء المزيد من البحوث العلمية حول متغيرات الدراسة، وتسهم في الإجابة عن تساؤلات تطرحها البحوث الراهنة، حيث أنها تتناول مفهوماً جديداً وهاماً لم يخضع للدراسة العملية محلياً وعربياً وهو مفهوم الاختلاطية. كما قد تمثل إضافة مفيدة في هذا المجال من خلال الجانب النظري الذي تناولته، ودراسة النتائج على المدى الطويل والاستقرار في تشخيص المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، واضطرابات الشخصية، أو كليهما في بيئة الدراسة المحلية والعربية.

2. كما تأتي أهمية الدراسة العملية من خلال المتغيرات المدروسة، حيث أن لدراسة الاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية المتنوعة أهمية كبيرة، ومن المفيد عملياً توضيح مسألة مدى فاعلية هذه العلاجات التي لا تأخذ مسألة وجود اضطراب مختلط بعين الاعتبار. ويعدّ هذا الأمر على جانب كبير من الأهمية من نواحٍ عدة: منها على سبيل المثال الفائدة التي يمكن أن يجنيها المرضى عند تطوير أساليب علاجية نفسية وطبية نفسية تتناسب مع نوع اضطرابهم، وزيادة فهم منشأ وتطور الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية. كما أن معرفة نوع اضطراب الشخصية الذي قد يرافق الاضطراب النفسي في بعض الحالات أمر ضروري لوضع تصور لتحديد التدخلات الأكثر فاعلية والإجراءات العلاجية النوعية.

3. أهداف الدراسة:

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

3.1. معرفة أثر الاختلافية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية النوعية في الاستجابة للإجراءات العلاجية الطبية النفسية مقارنة بها في حال عدم وجود اضطراب مختلط بعد مرور فترة من العلاج.

3.2. معرفة نسب انتشار الاختلافية لدى مجموعات من المرضى النفسيين المشخصين باضطرابات نفسية مختلفة.

3.3. معرفة الفروق في نسبة انتشار اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس (ذكور وإناث).

4. أسئلة الدراسة:

4.1. ما نسبة انتشار الاختلافية لدى المرضى المشخصين على المحور الأول من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية من أفراد العينة الذين يراجعون العيادة الطبية النفسية المشاركة بالدراسة؟

4.2. ما نسبة انتشار الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد عينة الدراسة الكلية؟

4.3. ما نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)؟

5. فرضيات الدراسة:

5.1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد

عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع للعلاج لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج.

5.2. يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

6. محددات الدراسة:

6.1. الحدود الموضوعية: اهتمت الدراسة الحالية بمعرفة نسب انتشار الاختلاطية ومدى تأثيرها في الاستجابة العلاجية في العلاج الطبي النفسي لندأفراد عينة الدراسة باعتماد خطة علاجية ومقاييس محددة لهذا الغرض.

6.2. الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على عينة مرضية قوامها (43 مريضاً)، موزعة إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى (المرضى النفسيين بدون اضطرابات الشخصية قوامها 18 مريضاً).
- المجموعة الثانية (المرضى النفسيين ذوي اضطرابات الشخصية المصاحبي للاضطرابات النفسية قوامها 25 مريضاً).

6.3. الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة خلال الفترة الممتدة بين (4-3-2013 م) و(29-7-2014م) لكل من التطبيق (القبلي - البعدي - البعدي المؤجل).

6.4. الحدود المكانية: اقتصر الحدود المكانية على العيادة الخاصة بالأمراض النفسية المتعاونة للدراسة والموجودة في محافظة اللاذقية.

7. مصطلحات الدراسة:

7.1. الاضطراب النفسي (Psychological Disorder): تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية، المرتبطة بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة، أو مزعجة)، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير. إضافة إلى ذلك فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي ألا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المنفق عليها ثقافياً لحدث معين، كوفاة شخص حميم مثلاً. ومهما يكن سببها الأصلي، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهراً لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد. كما من غير الجائز اعتبار الانحرافات السلوكية (الدينية أو السياسية أو الجنسية مثلاً) أو الصراعات التي تدور أساساً بين الفرد والمجتمع على أنها اضطرابات نفسية، ما لم تكن الانحرافات أو الصراعات أعراضاً لاختلال وظيفي لدى الفرد كما وصف أعلاه (APA, 2013).

التعريف الإجرائي: تحقيق المفحوص للمحكات التشخيصية للاضطرابات النفسية في المقاييس المستخدمة للدراسة.

7.2. اضطرابات الشخصية (Personality Disorders): تعرف اضطرابات الشخصية وفق سمات التحديد الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) بأنها "فئة من الاضطرابات

النفسية التي تتميز بنموذج دائم من السلوك والخبرة الداخلية غير القادرة على التأقلم، التي تتحرف بشكل واضح عن التوقعات الثقافية للفرد. إنها شائعة وغير مرنة وتبدأ في المراهقة أو في الرشد المبكر وتستمر لوقت طويل وتقود إلى الإجهاد أو العجز" (APA, 2013).

التعريف الإجرائي: تحقيق المفحوص للمحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية المستخدم في الدراسة.
7.3. الاختلاطية (Co-morbidity): "هي كينونة اكلينيكية إضافية متميزة تتعايش أو قد تحدث خلال المتابعة الاكلينيكية للمريض الذي لديه مؤشر مرضي قيد الدراسة" (Feinstein, 1970).
وتستخدم الاختلاطية في الطب النفسي، بشكل عام لتشير إلى تزامن اثنين أو أكثر من الاضطرابات النفسية (Boyd et al., 1984).

التعريف الإجرائي: تحقيق المفحوص للمحكات التشخيصية لاضطراب نفسي مشخص على المحور الأول والثاني من DSM-5.

4.7. القلق (Anxiety): القلق من وجهة نظر فرويد هو " حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو متشائماً، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر (فرويد، 1989، 13).
التعريف الإجرائي: يعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس القلق المستخدم في الدراسة.

5.7. الاكتئاب (Depression): الاكتئاب هو احد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وهو اضطراب للمزاج مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية، أسبابه عوامل وراثية ومكتسبة مثل التعرض للضغوط والخسارة، وله أنواع متعددة تختلف في شدتها، ومن أهم مضاعفاته الانتحار (الشرييني، 2000، 42).
التعريف الإجرائي: يعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة.

6.7. الوسواس القهري (Obsessive Compulsive): الوسواس **Obsession** هي: أفكار متسلطة، والقهر **Compulsion** هو: سلوك جبري يظهر بقوة لدى المريض، يلزمه ويستحوذ عليه، ولايستطيع مقاومته رغم وعيه وتبصره بغيرته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ماتوسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به (زهرا، 1999، 423).

التعريف الإجرائي: يعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الوسواس القهري المستخدم في الدراسة.

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

1. عرض الدراسات السابقة حسب التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث:

• دراسة (سكودول وآخرون Skodol et al., 1995 / الولايات المتحدة الأمريكية)

عنوان الدراسة: "Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity"

نماذج من القلق واضطرابات الشخصية المختلطة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لبحث أنماط الاختلاطية لاضطرابات القلق واضطرابات

الشخصية في (DSM- III-R).

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الاكلينيكية المقننة (SCID) لـ (DSM-III-R) لإجراء مقابلات

فردية مع (200) فرداً، وفحص اضطراب الشخصية وجهاً لوجه من قبل اثنين من الاكلينيكين

ذوي الخبرة. كما تم تحديد معدلات الاضطراب في الشخصية بين المرضى الذين يعانون من

اضطرابات القلق وبدونه. تم فحص الاختلاطية بين اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي،

الوسواس القهري، والرهاب البسيط، كما فحصت التقديرات المحافظة لاضطرابات المحور الثاني

الفردية.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن اضطراب الهلع، سواء الحالي أو مدى الحياة، يرتبط مع

اضطرابات الشخصية الحدودية، الانطوائية، والمعتمدة. ويرتبط الرهاب الاجتماعي مع اضطراب

الشخصية الانطوائية. كما يرتبط اضطراب الوسواس القهري باضطرابات الشخصية القهرية

والانطوائية. وتتميز اضطرابات القلق مع اضطرابات الشخصية بالمزمنة وتدني مستويات الأداء

مقارنة مع اضطرابات القلق بدون اضطرابات الشخصية.

• دراسة (بيجيروت وآخرون Bejerot et.al., 1998 , السويد):

عنوان الدراسة: "Comorbidity between obsessive- compulsive disorder (OCD) and

"personality disorder"

الاختلاطية بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستبيان تكرار اضطرابات الشخصية لدى (36) مريضاً يعانون من

اضطراب الوسواس القهري.

أدوات الدراسة: استخدمت مقاييس كارولينا للشخصية (KSP) لاستبيان فيما إذا كان المرضى الذين يتعايشون مع اضطراب الوسواس القهري يمكن توصيفهم بسمات شخصية محددة .

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن 27(75%) من مرضى اضطراب الوسواس القهري استوفوا معيار الـ(DSM) لاضطراب الشخصية. الأشخاص ذوو اضطرابات الشخصية المختلطة كان لديهم درجات أعلى في معظم مقاييس (ksp)، بما في ذلك جميع مقاييس القلق، فضلاً عن مقاييس العدوان غير المباشر، التهيج، الشعور بالذنب، والانفصال.

• دراسة (يوكوك وآخرون Üçok et al., 1998 / تركيا):

عنوان الدراسة: “ *Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders* ”

الاختلاطية في اضطرابات الشخصية مع اضطرابات المزاج ثنائية القطب.
هدف الدراسة:هدفت هذه الدراسة إلى تقييم انتشار اضطرابات الشخصية لدى مجموعة من مرضى العيادات الخارجية ذوي اضطرابات ثنائية القطب للمحور الأول.

أدوات الدراسة: طبقت المقابلة السريرية المبنية (SCID- II) لاضطرابات الشخصية لـ (DSM) على مجموعة تجريبية مؤلفة من(90) مريضاً في العيادات الخارجية الذين استوفوا محك (DSM)، ومجموعة ضابطة مؤلفة من(58) شخصاً.

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة أن (47%) من المجموعة التجريبية و(15.5%) من المجموعة الضابطة على التوالي، كان لديهم اضطراب شخصية واحد على الأقل في المجموعة. وكانت اضطرابات الوسواس القهري، البارانويا، الهستيريا، واضطرابات الشخصية الحدودية أكثر انتشاراً بشكل دال وسط مرضى ثنائية القطب. كما كانت محاولات الانتحار أكثر شيوعاً لدى المرضى الذين لديهم تاريخ طويل في اضطرابات الشخصية.

• دراسة (ليبراند وآخرون Leibbrand et al., 1999 /ألمانيا):

عنوان الدراسة:” *Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on*

“treatment outcome of somatoform disorders

تأثيرالقلق والاكنتاب واضطرابات الشخصية المختلطة على نتائج العلاج من اضطرابات الجسدية.

هدف الدراسة:هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير الاختلاطية على نتائج العلاج من اضطرابات الجسدية.

أدوات الدراسة: تمت مقارنة ثلاثة أنواع من الاختلاطية فيما يتعلق بأهميتها بالنسبة لنتائج علاج اضطرابات الجسدية: (1) اضطرابات الشخصية (2) اضطراب الاكتئاب الأساسي واضطرابات القلق، (3) اضطرابات الشخصية والقلق والاكتئاب، كما تم تقييم (126) مريضاً قبل أربع أسابيع على الأقل من القبول للعلاج، وأثناء القبول، ومرة أخرى عند الانتهاء. استندت التقييمات التشخيصية لكل من الجسدية، توهم المرض، الأعراض الاكتئابية، الإدراك المختل للجسد والصحة، العلاقات الاجتماعية المفككة، والخصائص الاكلينيكية الأخرى على معايير الـ (DSM).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن كل الأنواع الثلاثة للاختلاطية تؤثر على نتائج العلاج من اضطرابات الجسدية، كما لها تأثير وسيط على مستوى الاضطراب النفسي.

• دراسة (ستيكيت وآخرون 2001, Steketee et al., / الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: "Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia"

آثار الاختلاطية بين اضطرابات المحور الأول والثاني على نتائج العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري والخوف من الأماكن المكشوفة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير السمات التشخيصية المتزامنة للمحورين الأول والثاني على فعالية برنامج علاجي سلوكي لاضطراب الوسواس القهري والخوف من الأماكن المكشوفة.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلات المقننة للـ (DSM) مع (43) مريضاً للعيادات الخارجية يعانون من اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المكشوفة، و(63) مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري من قبل مقابلون مدبرون لتقييم تشخيصات المحور الأول لتحديد عدد من معايير المحور الثاني التي تستوفي المعايير التشخيصية للمجموعة القلقة والانفعالية والغريبة. كما تم تقييم النتائج على المخاوف المستهدفة تقيماً ذاتياً والأداء واستبيان تجنب السلوكية في مرحلة ما بعد العلاج وبعد مدة (6) أشهر من المتابعة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن اضطراب القلق العام المختلط فقط يتنبأ بالانقطاع عن العلاج، في حين اضطراب الاكتئاب الثانوي والمجموعات الثلاثة لسمات الشخصية جميعها تتنبأ بنتائج

ما بعد العلاج. وأظهرت تحليلات المتابعة آثار كبيرة لاضطراب الاكتئاب الثانوي واضطراب القلق العام، ولكن معايير مجموعة المحور الثاني لم تكن تنبؤية.

• دراسة (ميلارتين وآخرون Melartin et al., 2002 / فنلندا/):

عنوان الدراسة: "Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major

depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study

الاختلاطية الحالية للاضطرابات النفسية لدى مرضى اضطراب الاكتئاب الأساسي في مجال الرعاية الطبية النفسية في دراسة فاننا للاكتئاب.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة للبحث في الاختلاطية الحالية العامة مع كل من اضطرابات المحور الأول والثاني وسط المرضى النفسيين ذوي اضطراب الاكتئاب الأساسي.

أدوات الدراسة: انضم (269) مريضاً ذوي نوبة جديدة لاضطراب الاكتئاب الأساسي لدراسة فاننا للاكتئاب. تم تقييم اختلاطية المحور الأول والثاني عن طريق جداول شبه مقننة للتقييم الاكلينيكي في الطب النفسي والمقابلة الاكلينيكية المقننة لمقابلات اضطرابات الشخصية (DSM-IV).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى (79%) من المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي عانوا من واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية المختلطة الحالية، بما في ذلك اضطرابات القلق (57%)، اضطراب استخدام الكحول (25%)، واضطرابات الشخصية (44%). وارتبط العديد من اضطرابات القلق مع مجموعات محددة من اضطرابات المحور الثاني، وكان اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المكشوفة مرتبطاً مع حالات المرضى المقيمين. كما ظهرت اختلافات في انتشار اضطرابات الشخصية لدى المرضى المقيمين مقابل مرضى العيادات الخارجية، اختلف كذلك زمن نوبات الاكتئاب، نوع المنطقة السكنية، وانتشار اضطرابات تعاطي المخدرات بين الجنسين وبين المرضى المقيمين مقابل مرضى العيادات الخارجية.

• دراسة (راسيل وآخرون Russell et al., 2003 الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: "Chronic depression and comorbid personality disorder: respons to

sertraline versus imipramine

الاكتئاب المزمن واضطراب الشخصية المختلط: الاستجابة للسيترالين مقابل الإيمبرامين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة لاستبيان الارتباطات الاكلينيكية لاضطرابات الشخصية المختلطة للمحور الثاني، وتأثيرها على الاستجابة للعلاج أو وقت الاستجابة.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلات المقننة لـ (DSM) مع عينة مؤلفة من (635) مريضاً مشخصاً باكتئاب أساسي مزمن أو "اكتئاب مزدوج" (عسر المزاج مترامن مع اكتئاب أساسي) تم اختيارهم بطريقة عشوائية للخضوع لمدة 12 أسبوع من المعالجة بـ (إما سيرترالين أو ايمبرامين). واستخدمت نسخة اضطرابات الشخصية من المقابلة الاكلينيكية المقننة في (DSM) , وتم قياس تأثير العلاج باستخدام مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب ومقياس الانطباعات الاكلينيكية العالمي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه قد استوفى (46%) من المرضى معيار واحد على الأقل من اضطرابات الشخصية المختلطة للمحور الأول, بتشخيصات المجموعة C كونها الأكثر شيوعاً. لم يظهر وجود اضطرابات الشخصية المختلطة للمحور الثاني أنه يقلل تحسينات الأداء ونوعية الحياة وسط المرضى الذين يستجيبون للعلاج الحاد بالسيرترالين أو ايمبرامين.

• دراسة (فاراباوخ وآخرون 2005, Farabaugh Amy et al., الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: " *Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders*

العلاقات بين اضطراب الاكتئاب الأساسي والقلق المختلط واضطرابات الشخصية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لبحث ما إذا كانت اضطرابات القلق المختلطة تؤثر على احتمال تلبية معايير اضطرابات الشخصية لدى مرضى الاكتئاب، وفيما إذا كانت كذلك تؤثر على استقرار اضطرابات الشخصية لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الاكلينيكية المقننة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة لفحص العينة الأولية المؤلفة من (373) مريضاً للعيادات الخارجية الذين استوفوا معايير اضطراب الاكتئاب الأساسي والذين كانوا مسجلين في مرحلة العلاج الحاد لمدة 8 أسابيع دراسة فلوكستين للاكتئاب.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنه قبل العلاج بالفلوكستين، كان مرضى الاكتئاب القلق بشكل ملحوظ أكثر احتمالاً لتلبية المعايير التشخيصية لأي اضطراب شخصية مختلط بالمقارنة مع مرضى الاكتئاب بدون اضطرابات القلق المختلطة. على وجه الخصوص، كانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود المجموعتين A و C لاضطرابات الشخصية ووجود الاكتئاب القلق في الأساس قبل العلاج بمضادات الاكتئاب. كما وجدت علاقة دالة إحصائياً بين الاكتئاب القلق المشخص في الأساس وثبات تشخيص اضطراب الشخصية المجموعة C. وبعد العلاج الناجح لاضطراب الاكتئاب

الأساسي وحالما يخف الاكتئاب، يكون المرضى الذين استوفوا في البداية معايير الاكتئاب القلق أكثر عرضة للحفاظ على تشخيصات اضطراب الشخصية المجموعة C بالمقارنة مع المرضى الذين شخصوا مبدئياً باضطراب الاكتئاب الأساسي لوحده.

• دراسة (مانتير / Mantere, 2006 / فنلندا/)

عنوان الدراسة: “ *Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder* ”

الاختلافات في اختلاطية المحورين الأول والثاني بين اضطرابات ذو القطبين النوع الأول والثاني واضطراب الاكتئاب الأساسي.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة للحصول على نظرة شاملة للاختلافات في الاختلاطية الحالية بين اضطراب ذي الاتجاهين النوع الأول والثاني واضطراب الاكتئاب الأساسي، والاختلاطية بين المحور الأول والثاني في الاضطراب ذي الاتجاهين في حالات الرعاية النفسية الثانوية.

أدوات الدراسة: تمت مقارنة الاختلاطية النفسية لـ (90) مريضاً باضطراب ذي الاتجاهين النوع الأول و(101) اضطراب ذي الاتجاهين النوع الثاني من دراسة لاضطراب ذي الاتجاهين لجورفي و(269) مريضاً باضطراب الاكتئاب الأساسي من دراسة فاننا للاكتئاب. تم استخدام معايير الـ (DSM) المبنية على أساس المقابلات شبه المنظمة. كانت العينة من المرضى المقيمين ومرضى العيادات الخارجية للاضطرابات النفسية من وحدات الرعاية الصحية الثانوية. تم جمع معلومات قابلة للمقارنة عن التاريخ الطبي، مؤشر النوبة، حالات الأعراض، وخصائص المريض.

نتائج الدراسة: كان اضطراب ذو الاتجاهين النوع الأول والثاني متماثلاً في الاختلاطية العامة الحالية، ولكن انتشار الاختلاطية كان مرتبطاً بقوة مع المرحلة الحالية للمرض. يختلف الاضطراب ذو الاتجاهين واضطراب الاكتئاب الأساسي في معدلات انتشار الاضطرابات المختلطة الحالية، مرضى اضطراب الاكتئاب الأساسي لديهم اختلاطية المحور الأول أكثر بشكل دال (69.1% مقابل 57.1%)، وتحديداً اضطرابات القلق (56.5% مقابل 44.5%) اضطرابات الشخصية المجموعة A (19.0% مقابل 9.9%)، اضطرابات الشخصية المجموعة C (31.6% مقابل 23.0%).

• دراسة (ميلرود وآخرون 2007, Milrod et.al., الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “ Do comorbid personality disorders moderate panic- focused

”psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association

هل اضطرابات الشخصية المختلطة تتوسط العلاج النفسي المركز على الهلع؟ دراسة استكشافية لرابطة الطب النفسي الأمريكية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لتقييم أثر اضطرابات الشخصية على نتيجة العلاج الديناميكي النفسي.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الاكلينيكية المقننة للمحور الثاني لـ (DSM) لتشخيص اضطرابات الشخصية مع عينة مكونة من (49) شخصاً لديهم اضطراب هلع أولي الذين خضعوا عشوائياً لمدة 12 أسبوع من العلاج الديناميكي النفسي المركز على الحالة الهلعية مرتين أسبوعياً.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنه قد استوفى 24 شخصاً (49%) معيار المقابلة الاكلينيكية المقننة للمحور الثاني لـ (DSM) لتشخيص اضطرابات الشخصية، من بينهم 19 (79%) كان لديهم تشخيص المجموعة C الذي عدّل نتيجة العلاج. مثل هذه العينات جربت تحسينات أعظم في العلاج الديناميكي النفسي المركز على الهلع أكثر من العينات بدون اختلاطية في المجموعة C.

• دراسة (لينزينويغير 2007, Lenzenweger, الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “ DSM-IV persanolity disorders in the National Comorbidity Survey”

اضطرابات الشخصية لـ (DSM-IV) في المسح الوطني للاختلاطية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة الانتشار السكاني لاضطرابات الشخصية في (DSM-IV) في تعداد السكان العام للولايات المتحدة الأمريكية.

أدوات الدراسة: استخدمت أسئلة منتقاة لاضطرابات الشخصية من الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية (IODE) أنجزت لعينة مؤلفة من (ن = 5692)، ونفذ أسلوب الاحتساب المتعدد (MI) لتقييم انتشار وارتباطات اضطرابات الشخصية في العينة الكلية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن كل المجموعات الثلاثة لاضطرابات الشخصية كانت مختلطة بشكل دال مع سلسلة واسعة من اضطرابات المحور الأول، ووجدت ترابطات واضحة لاضطرابات الشخصية مع الخلل الوظيفي.

• دراسة (كامبايو وآخرون 2007 / Campayo et al., 2007 / إسبانيا):

عنوان الدراسة: “ *Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain* ”

اضطرابات الشخصية لدى مرضى اضطراب الجسدنة: دراسة مضبوطة في إسبانيا.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الحالية لتقييم الاختلافية في اضطرابات الشخصية لدى مرضى اضطراب الجسدنة بالمقارنة مع مجموعة ضابطة نفسية لدى عينة إسبانية.

أدوات الدراسة: تم استخدام الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية والوجيز التشخيصي الإحصائي - النسخة الرابعة- لاضطرابات الشخصية لقياس اضطرابات الشخصية، قيست اختلافية المحور الأول بوسائل المقابلة الطبية النفسية النموذجية متعددة التكافؤ.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الاختلافية في اضطرابات الشخصية لدى مرضى اضطراب الجسدنة بلغت (62.9%) بالمقارنة مع (28.2%) لدى المجموعة الضابطة.

• دراسة (ماك كورميك وآخرون 2007 / McCormick et al., 2007 / الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “ *Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder* ”

علاقة الجنس بخطورة العَرَض، الاختلافية الطبية النفسية، وفائدة العناية الصحية لدى 163 فرداً يعانون من اضطراب الشخصية الحدودية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمقارنة المتغيرات التالية: خطورة العَرَض - التكرار - نمط الاختلافية النفسية - نوعية الحياة - وفائدة العناية الصحية لدى الذكور والإناث الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدودية.

أدوات الدراسة: تم تطبيق المقابلات المقننة والاستبيانات الموثوقة على عينة مؤلفة من (163) شخصاً استوفوا معايير الوجيز التشخيصي الإحصائي لاضطرابات النفسية الذكور ن= 25، والإناث ن= 138، كان معدل العمر (34.5 للذكور مقابل 30.4 للإناث) ، وكان قد تم تقييم الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية الحدودية من خلال تجربة سريرية في مركز طبي أكاديمي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الإناث كن أكثر احتمالاً لأن يكون لديهن اضطراب قلق (بشكل خاص اضطراب القلق المعمم)، اضطرابات من الشكل الجسدي، واضطراب الشخصية الاستعراضية، بينما كان اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أكثر شيوعاً لدى الذكور. كما كان لدى

الإناث معدلات أعلى من الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري، الخلل الوظيفي في العمل، ووجدان سلبي، أيضاً أكثر احتمالاً لاستيفاء معيار اضطراب الشخصية الحدودية، ووجهات نظر سلبية حول أنفسهن وتوظيف سيء للدور العاطفي والاجتماعي على العموم. وعلى خلاف المتوقع لم يكن هناك فروق جنسية دالة في استخدام مصادر العناية الصحية.

• دراسة (ستارسيفس Starcevic et al., 2008 / استراليا):

عنوان الدراسة: “ *Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male*

”patients with panic disorder with agoraphobia ”

المشاركة في الحدوث لاضطرابات المحورين الأول والثاني لدى المرضى من الذكور والإناث الذين يعانون من اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المكشوفة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمقارنة المرضى من الذكور والإناث الذين يعانون من اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المكشوفة فيما يتعلق بتزامن اضطرابات الشخصية واضطرابات المحور الأول لفهم أفضل للفروق بين الجنسين في اضطراب الهلع ورهاب الأماكن المكشوفة.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الكلينيكية المقننة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة - لاضطرابات المحور الأول لمقارنة الإناث والذكور الذين يعانون من اضطراب الهلع ورهاب الأماكن المكشوفة فيما يتعلق بنوع وتواتر الحدوث المشترك لاضطرابات المحورين الأول والثاني. وطبقت النسخة الكلينيكية والمقابلة الكلينيكية المقننة لاضطرابات الشخصية المحور الثاني للـ (DSM) على (157) مريضاً خارجياً سعوا للعلاج لاضطرابين من اضطرابات القلق الكلينيكية على التوالي (112 إناث و45 ذكور) من قبل مشخصين مختصين باضطراب الهلع ورهاب الأماكن المكشوفة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه لدى الإناث ذوات اضطراب الهلع ورهاب الأماكن المكشوفة ميلاً دالاً إحصائياً لاستيفاء معايير الحدوث المشترك لتشخيصات المحور الأول بشكل أكبر من الذكور. كان للإناث تواتر أعلى بكثير في رهاب محدد، في حين تم تشخيص الذكور بالوسواس وتعاطي الكحول أو الاعتماد بشكل كبير في الماضي في كثير من الأحيان. تقتصر الفروق الجنسية فيما يتعلق باضطرابات المحور الثاني على تواتر كبير لاضطراب الشخصية الاعتمادية لدى الإناث.

• دراسة (مولا وآخرون Mula et al.,2008/إيطاليا):

عنوان الدراسة: “ *Different temperament and character dimensions correlate with panic*

” *disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression*

أبعاد الطبع والمزاج الختلاطة المرتبطة مع اضطراب الهلع في الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب أحادي القطب.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستبيان ارتباطات المزاج والطبع لاختلاطية اضطراب الهلع لدى مرضى المزاج الذين لديهم اضطراب ثنائي أو اكتئاب أحادي.

أدوات الدراسة: استخدمت قائمة المزاج والطبع المعدلة (TCI-R) لتقييم المزاج والطبع لدى عينة مؤلفة من (181) مريضاً منهم (70) مريضاً لديهم اضطراب ثنائي القطب النوع الأول، و(51) مريضاً لديهم اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني، و (60) مريضاً لديهم اكتئاب أحادي في حالة مزاجية لمدة شهرين على الأقل.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود تشخيص اضطرابات الهلع لدى (14.3%) من مرضى اضطراب ثنائي القطب النوع الأول، (31.4%) من مرضى اضطراب ثنائي القطب النوع الثاني و(40%) لدى مرضى الاكتئاب أحادي القطب. وعند مقارنة مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذين لديهم اضطراب الهلع بمرضى الاضطراب ثنائي القطب ممن ليس لديهم اضطراب الهلع ظهرت لديهم درجات أعلى في تجنب الأذى. وعند مقارنة المرضى ذوي الاكتئاب أحادي القطب مع اضطراب الهلع بالمرضى ذوي الاكتئاب أحادي القطب بدون اضطراب الهلع ظهرت لديهم درجات أعلى في الموافقة / المسايرة الاجتماعية.

• دراسة (ميوركيلا وآخرون Murcia et al.,2009/اسبانيا):

عنوان الدراسة: “ *Comorbidity of Pathological Gambling: clinical variables, personality and*

” *response to treatment*

الاختلاطية في المقامرة المرضية: متغيرات اكلينيكية، الشخصية والاستجابة للعلاج.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاكتشاف الاختلاطية في المقامرة المرضية مع اضطرابات نفسية أخرى وبشكل محدد العلاقة بين اضطرابات التعلق بالمادة من جانب، وتنوعات الشخصية العيادية في المقامرات المرضية من جانب آخر.

أدوات الدراسة: تم استخدام المقابلة الاكلينيكية شبه المقننة ومقاييس متعددة اكلينيكية وشخصية على عينة مرضية إجمالية مؤلفة من (498) مريضاً لديهم تشخيصات لـ (DSM) للمقامرة المرضية (11.8%) إناث.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلاطية أعلى مع اضطرابات وجدانية لدى الإناث (30.5%)، بينما اختلاطية أعلى بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمادة كانت موجودة لدى الذكور (11.2%). كذلك ظهر ترابط إيجابي بين تاريخ الاضطرابات النفسية والاختلاطية الحالية مع اضطرابات تعاطي المادّة كما هو الحال بين إساءة استعمال الكحول والعمر.

• دراسة (ميلارتين وآخرون Melartin T.K, 2010 et al., فنلندا):

عنوان الدراسة: "Categorical and dimensional stability of comorbid personality disorder

"symptoms in DSM-IV major depressive disorder: a prospective study

الثبات الفئوي والبعدي لأعراض اضطرابات الشخصية المختلطة في اضطراب الاكتئاب الأساسي لل (DSM-IV): دراسة استطلاعية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الحالية لاستبيان الثبات الزمني الفئوي والبعدي لاضطرابات الشخصية للمحور الثاني بين مرضى الاكتئاب وتحديد ما إذا كانت الاختلافات في اضطرابات الشخصية المختلطة أو سمات الشخصية المبلغ عنها ذاتياً تتنبأ بالتغيرات في أعراض اضطراب الشخصية المدروس.

أدوات الدراسة: استخدمت الجداول المنظمة للصحة العالمية للتقييم الاكلينيكي في الطب النفسي العصبي لمقابلة المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي لـ (DSM) في دراسة فاننا للاكتئاب (ن=269) ، كما استخدمت قائمة الشخصية لآيزنك (57 بنداً) حيث طبقت على المرضى عند البداية، بعد 6 أشهر، وبعد 18 شهراً. وأجريت المقابلات المبدئية بين (1 فبراير 1997)، و(31 مايو 1998)؛ وكانت مقابلات المتابعة 6 أشهر و 18 شهراً بعد التطبيق المبدئي لكل مريض.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن تشخيصات اضطراب الشخصية استمرت في كل أوقات الدراسة لدى حوالي النصف (43%) من (81) مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي المشخصين باضطراب الشخصية في البداية. وانخفض عدد من معايير اضطراب الشخصية الإيجابية، لا سيما خلال 6 أشهر الأول من خلال ثلاث معايير.

• دراسة (تومر 2010, Tomer / الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “*The Differential Effects Of Personality Disorders on Treatment Outcome*”

”For Adult Patients With ADHD”

التأثيرات المتباينة لاضطرابات الشخصية على نتائج علاج المرضى البالغين الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

هدف الدراسة: تم تصميم الدراسة الحالية لاستقصاء ما إذا كان وجود أو عدم وجود أعراض اضطراب الشخصية سوف يعيق العلاج ويؤدي إلى نتائج سيئة للعلاج لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

أدوات الدراسة: اشتركت عينة مؤلفة من ثلاثة وأربعين مشاركاً في الدراسة؛ ومع ذلك، تم الاحتفاظ بـ 35 من التقارير فقط لهذه الدراسة واستخدمت الأدوات التالية: مقياس براون المصمم على معايير الـ (DSM-IV) لقياس فرط النشاط ونقص الانتباه_ قائمة بيك للاكتئاب- قائمة بيك للقلق- مقياس المعتقدات الشخصية لبيك (1991- PBQ).

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة انخفاضاً دالاً إحصائياً في أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطرابات المزاج بعد المعالجة المشتركة المتضمنة الأدوية والعلاج السلوكي المعرفي، كما وجدت علاقة إيجابية بين أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، المعتقدات غير القادرة على التأقلم، سواء قبل وبعد المعالجة. وجود التفكير غير المتكيف. لم تتعارض اضطرابات الشخصية المرافقة مع خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ذوي أعراض اضطراب الشخصية المتعلقة، المعادية للمجتمع، والانطوائية ظهر لديهم تحسناً أكبر في أعراض المزاج بعد العلاج.

• دراسة (باغورا وآخرون 2010, Pagura, Jina et al., 2010, الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “*Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic*”

”stress disorder in the U.S. population”

الاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية واضطراب الضغط التالي للصدمة لدى سكان الولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستبيان الاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية واضطراب الضغط التالي للصدمة.

أدوات الدراسة: استخدمت نماذج انحسار متعددة لاستبيان الفروق في الباثولوجيا النفسية, الأحداث الصادمة, ونوعية الحياة الصحية لدى عينة ضخمة ممثلة محلياً تتضمن مجموعة من الأفراد ذوي اضطراب الضغط التالي للصدمة على حد (ن = 1820) ومجموعة من الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية على حد (ن = 1290), وأولئك ذوي الاختلاطية (ن = 643), كان الانتشار العمري (6.6% و5.9%) على التوالي.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنه تم تشخيص قسم من الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية (30.2%) باضطراب الضغط التالي للصدمة, بينما (24.2%) من الأفراد الذين لديهم اضطراب الضغط التالي للصدمة كانوا مشخصين أيضاً باضطراب الشخصية الحدودية. الأفراد الذين لديهم اختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية واضطراب الضغط التالي للصدمة كان لديهم نوعية حياة أدنى, اختلاطية أكثر مع اضطرابات المحور الأول. كما زادت حالات محاولة الانتحار الزمنية, وانتشار أعلى للأحداث الصادمة الطفولية المتكررة أكثر من الأفراد ذوي كل حالة على حد.

• دراسة (فيلابلانا وآخرون 2010 / Vilaplana et al., 2010 / اسبانيا):

عنوان الدراسة: “Depressive comorbidity in personality disorders”

الاختلاطية الاكتئابية في اضطرابات الشخصية.

هدفالدراسة: هدفت هذه الدراسة للتأكد من طبيعة الارتباطات بين مجموعات اضطرابات الشخصية واضطرابات الاكتئاب الأساسي.

أدوات الدراسة: استخدمت دراسة سجل الحالة لتشخيص اضطرابات الشخصية التي يتم التحري عنها عيادياً أو إحصائياً اكلينيكيًا بمنطقة في إقليم برشلونة مغطى من قبل سبع فرق مجتمعية مختصة بالصحة النفسية, أنجزت تشخيصات الـ (DSM-IV) من قبل معالجين نفسيين مدربين جيداً.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود نسبة مئوية أعلى لاضطراب الاكتئاب الأساسي بين مرضى المجموعة C (17%), متبوعة بالمجموعة A (10%), والمجموعة B (9.8%). كما هو الحال بالنسبة للاختلاطية بين مجموعات اضطرابات الشخصية واضطراب الاكتئاب الجزئي. بشكل عام وجدت اختلاطية عالية بين كل اضطرابات الاكتئاب الأساسي المدروسة واضطرابات الشخصية.

- دراسة (غاريفالوس وآخرون Garyfallos et al. 2010 / الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: "Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?"

الاختلاطية بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية: هل يشمل نوع فرعي من اضطراب الوسواس القهري؟

هدف الدراسة: هدفت الدراسة لاستبيان فيما إذا كانت الاختلاطية بين اضطراب الشخصية الوسواسية واضطراب الوسواس القهري تشكل نمطاً فرعياً خاصاً من اضطراب الوسواس القهري.

أدوات الدراسة: استخدم الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية (IPDE) ليطبق على عينة الدراسة المؤلفة من (146) من المرضى المترددين على العيادات الخارجية الذين لديهم تشخيص DSM لاضطراب الوسواس القهري.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنه قد استوفى ثلث الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس القهري معيار اضطراب الشخصية الوسواسية المختلطة. كان لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية عمر مبكر في بداية ظهور الأعراض الوسواسية القهرية، عمر مبكر لبداية اضطراب الوسواس القهري، استحوذات أكثر، وقهرية أكثر، بشكل دال بالمقارنة مع المرضى الذين لديهم اضطراب الوسواس القهري بدون اختلاطية مع اضطراب الشخصية الوسواسية. مرضى اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية كان لديهم معدل أعلى من الاختلاطية مع اضطراب الشخصية التجنبية، وأظهروا خلافاً واضحاً في الأداء الكلي. كذلك تشير النتائج إلى أن الاختلاطية بين الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية مترابطة مع عدد من خصائص اضطراب الوسواس القهري العيادية المحددة.

- دراسة (ستيفنسون وآخرون Stevenson et al., 2011 / أستراليا):

عنوان الدراسة: "Personality Disorder Comorbidity and Outcome: Comparison of Three Age Groups,"

اختلاطية اضطراب الشخصية ونتيجة العلاج: مقارنة بين ثلاث فئات عمرية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستبيان تفاعلات اضطراب الشخصية المختلط والعمر على نتائج علاج اضطرابات المحور الأول.

أدوات الدراسة: جرى تقييم مجموعه كلية من (238) مريضاً مقيماً على التوالي (عند القبول - قبل الخروج - بعد 6 أشهر - وبعد 12 شهراً) فيما يتعلق بالأعراض، الأداء، الرفاهية، معاودة الانتكاس، والدعم الاجتماعي. تمت مقارنة النتائج للمرضى الشباب (18-40) سنة في منتصف العمر (41-64) والكبار (65+).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة تحسُّن المرضى مع مرور الوقت على مستوى الأعراض والأداء. وحصل المرضى فيجميع الفئات العمرية الذين يعانون من اضطراب في الشخصية المختلطة على نتائج أدنى من أولئك بدون اضطراب في الشخصية المختلطة على الرغم من تحسنهمولكن ليس بالقدر نفسه أبداً. ارتبط اضطراب الشخصية مع زيادة معدلات الانتكاس وإعادة القبول لدى العينة الكلية، وفي الفئة الأكبر سناً،ولكن ليس زيادة مدة الإقامة. كما ظهر اضطراب الشخصية ليؤثر سلباً على النتائج، ولاسيما بالنسبة للمرضى الأصغر سناً (والأقدم) الذين يعانون من اضطرابات نفسية بشكل مستقل عن التشخيص وعوامل أخرى.

• دراسة (أودغاير وآخرون Oddgeir et al., 2013 / النروج):

عنوان الدراسة: "Comorbidity of personality disorders in anxiety

"disorders: A meta-analysis of 30 years of research

اختلاطية اضطرابات الشخصية في اضطرابات القلق: استخلاص من تحليل 30 عاماً من البحث. **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة لتحديد نسبة اضطرابات الشخصية المختلطة عبر الأنواع الفرعية الرئيسية لاضطرابات القلق.

أدوات الدراسة: حدد البحث (125) ورقة تجريبية من الفترة (1980-2010) على المرضى الذين يعانون من اضطرابات الهلع، الرهاب الاجتماعي، القلق العام، الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن معدل أي اضطراب شخصية مختلط عبر كل اضطرابات القلق كان بدءاً من (35) لاضطراب ما بعد الصدمة إلى (52) للوسواس القهري. وحصلت المجموعة C في أحيان كثيرة على أكثر من ضعفي المجموعة A أو B لاضطرابات الشخصية. ظهر اضطراب الشخصية التجنبية أكثر تكراراً تليها القهرية والتابعة. ظهر اضطراب ما بعد الصدمة بصورة اكلينيكية أكثر تبايناً والرهاب الاجتماعي مختلطاً بشكل مرتفع مع اضطراب الشخصية التجنبية. تم استبيان مجموعة من المتغيرات ولكن معظم الآثار كانت غير دالة أو صغيرة، ما عدا سن بداية

الظهور والذي زاد من خطر اضطراب الشخصية الانطوائية في الرهاب الاجتماعي إلى حد كبير. لم يرتبط الجنس أو مدة اضطراب القلق بالاختلاف في اختلاطية اضطراب الشخصية.

• دراسة (ثايل وآخرون 2013, Thiel et al./ ألمانيا):

عنوان الدراسة: "The Effect of Personality Disorders on Treatment Outcomes in Patients

“With Obsessive-Compulsive Disorders

تأثير اضطرابات الشخصية على نتائج معالجة المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير اضطرابات الشخصية المختلطة على نتائج علاج اضطراب الوسواس القهري.

أدوات الدراسة: راجع المؤلفون بشكل منهجي نتائج الاستبيانات في علاج المرضى البالغين ذوي اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الشخصية المختلطة، وقد تم اختيار ثلاثة وعشرين دراسة تقيم اضطرابات الشخصية من خلال المقابلات.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة ارتباط المجموعة A لاضطرابات الشخصية لاسيما اضطراب الشخصية الفصامية، اضطراب الشخصية النرجسية، ووجود اثنين أو أكثر من اضطرابات الشخصية المختلطة مع نتائج علاجية أدنى لدى المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري. اختلف مرضى الوسواس القهري ذوي اضطرابات الشخصية المختلطة المختلفة في استجابتهم للعلاج.

• دراسة (ويستفال وآخرون 2013, Westphal et al./ الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: "Borderline Personality Disorder, Exposure to Interpersonal Trauma, and

“Psychiatric Comorbidity in Urban Primary Care Patients

اضطراب الشخصية الحدودية، التعرض لصدمة العلاقات الشخصية، والاختلاطية النفسية لمرضى الرعاية الأولية في المناطق الحضرية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين التعرض للصدمة واضطراب الشخصية الحدودية لدى المرضى منخفضي الدخل، في الدرجة الأولى مرضى الرعاية الصحية الأولية من أصل إسباني.

أدوات الدراسة: تم استخدام الانحدار اللوجستي لتحليل البيانات من المقابلات الكلينيكية المقننة وإجراءات التقرير الذاتية لعينة مؤلفة من (ن= 474). وتم تقييم اضطراب الشخصية الحدودية بمقياس الفرز لماكلين. وقُيِّم التعرض للصدمة بقائمة أحداث الحياة؛ وقِيم اضطراب مابعد الصدمة بالمقابلة

التشخيصية الدولية المركبة، وقيمت الاختلالات الوظيفية بنود من مقياس عدم القدرة لشهيان ومقياس التقرير الذاتي للضبط الاجتماعي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج تشخيص (57) مريضاً (14%) من المرضى إيجابياً باضطرابات الشخصية الحدودية، وذكر (83%) منهم تاريخاً من الأحداث المؤلمة بين الأشخاص مثل الاعتداء الجنسي والجسدي أو سوء المعاملة. وارتبطت الصدمة الشخصية المختبرة خلال مرحلة البلوغ بقوة مع اضطرابات الشخصية الحدودية كالصدمة الشخصية المختبرة خلال مرحلة الطفولة، كما ارتبطت الصدمة غير الشخصية مع اضطرابات الشخصية الحدودية فقط اذا كانت قد وقعت خلال مرحلة الطفولة. شخص الأغلبية (91%) من المرضى إيجابياً باضطرابات الشخصية الحدودية حيث استوفوا معايير تشخيص حالي واحد على الأقل وظهرت مستويات مرتفعة من الاختلالات الوظيفية.

• دراسة (آزلين وآخرون AzLin et al., 2013 /فرنسا/):

عنوان الدراسة: "Psychiatric Comorbidity Among Community-based, Treatment Seeking

Opioid Dependents in Klang Valley

الاختلاطية النفسية وسط الساعين للعلاج القائم على المجتمعات المحلية من الإدمان الأفيوني. **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة لتحديد نسبة الاختلاطية النفسية وسط مدمني الأفيون طالبي العلاج في كلانغ فالي.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الاكلينيكية المقننة لاضطرابات (DSM-IV) المحور الأول (SCID-I) كأدوات طبقت على عينة مؤلفة من (204) مريض إدمان أفيوني شاركوا في الدراسة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج هذه الدراسة أن نسبة الاختلاطية النفسية مرتفعة بين مدمني الأفيون حيث بلغت (43.6%). حيث كان اضطراب الاكتئاب الأساسي أعلى انتشاراً بنسبة (32.6%) يليه الاكتئاب الجزئي بنسبة (23.6%) واضطراب الهلع بنسبة (14.6%). وجدت الاختلاطية النفسية ليكون لها فروق ذات دلالة إحصائية في الاتصال بتاريخ من التعاطي المتعدد للمادة، والتاريخ السابق من أحكام قضائية (الوضع القانوني) وتاريخ عائلي من الاضطرابات النفسية.

- (دراسة توماس وآخرون Lindsay P et al., 2013 / الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “*Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa*”

الخطر المستقل للاختلاطية المؤدي لزيادة الانتحار مع الشره العصبي ولكن ليس مع فقدان الشهية العصبي.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة ما إذا كانت الارتباطات الفريدة بين اضطرابات الأكل والانتحار موجودة وما إذا كانت الارتباطات المحتملة تختلف خلال تشخيص اضطراب الأكل.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الكلينيكية المقننة لتشخيصات المحور الأول (SCID-I) لتحديد عمر تشخيص الاضطرابات النفسية والانتحار وطبقت على عينة الدراسة المؤلفة من (ن= 364) من الإناث في المرحلة الثانية من دراسة وبائية كبيرة لفحص الأكل والمواقف والسلوكيات المتعلقة بالصحة.

نتائج الدراسة: أشار نموذج الانحدار المتعدد متضمناً اضطرابات الأكل والاضطرابات المختلطة أن الشره المرضي العصبي (BN) كان مرتبطاً بشكل كبير مع الانتحار متجاوزاً المخاطر المتنبأ بها من خلال الاضطرابات المختلطة. لم يتم العثور على ارتباط فريد واحد لفقدان الشهية العصبي كما أن اضطراب الأكل ليس محددًا عادة عند ضبط الاختلاطية. والنتائج تؤكد الحاجة إلى إدماج تقييم خطر الانتحار في تقييمات قياسية لاضطرابات الأكل.

- دراسة (فريبورغ Friborg et al., 2014 / أوصلو):

عنوان الدراسة: “*Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010*”

اختلاطية اضطرابات الشخصية في اضطرابات المزاج: مراجعة تحليلية لـ 122 دراسة بين (2010-1988)

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لإجراء تحليل لتحديد نسب اضطرابات الشخصية المختلطة في اضطرابات المزاج.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة (122) ورقة عمل تجريبية نشرت في الفترة بين (2010-1980) على المشاركين الذين لديهم اضطرابات المزاج بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية المختلطة. كذلك

صنفت اضطرابات المزاج كاضطرابات القطبين، اضطرابات الاكتئاب الأساسي، واضطرابات عسر المزاج.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن خطر تشخيص اضطراب شخصية مختلط لدى الفرد (أي اضطراب شخصية) كان مرتفعاً عبر ثلاثة من اضطرابات المزاج، ولكن الأعلى في اضطراب عسر المزاج (0.60). كانت المجموعتين A و B من اضطرابات الشخصية الأكثر تكراراً لدى مرضى اضطراب القطبين، بينما هيمنت المجموعة C في اضطراب الاكتئاب الأساسي واضطراب عسر المزاج. تتواجد اضطرابات الشخصية بشكل أكثر تواتراً في اضطراب القطبين مقابل الاكتئاب الأساسي وعسر المزاج، في حين اضطراب الشخصية الانطوائية كانت أكثر تكراراً في عسر المزاج مقابل الاكتئاب والقطبين.

• دراسة (أراوجو Araújo A.X et al., 2014 / البرازيل/):

عنوان الدراسة: "Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients

"affect multiple domains of quality of life

أعراض الاكتئاب المختلطة لدى مرضى العيادات الخارجية الذين يلتزمون العلاج لاضطراب ما بعد الصدمة تؤثر على مجالات متعددة من نوعية الحياة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة تأثير الاضطرابات الاختلاطية على مرضى العيادات الخارجية ملتزمي العلاج من اضطراب ما بعد الصدمة.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة المقننة المعيرة لتشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة والاضطرابات المختلطة وأكمل (54) من المتطوعين أيضاً قائمة اضطراب الكرب التالي للصدمة _ نسخة سيفيليان-، استبيان تاريخ الصدمة، واستبيان المتغيرات الاجتماعية _ الديموغرافية، وقيمت نوعية الحياة عن طريق مقياس التقرير الذاتي (26) بند الذي يقيس أربعة مجالات لنوعية الحياة النفسية - الجسدية - الاجتماعية والبيئية بعد ضبط تأثير الخصائص الاجتماعية _ الديموغرافية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن تأثيراً سلبياً لأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة الحادة على المجالات النفسية والجسدية، وارتبطت شدة أعراض الاكتئاب سلبياً مع نوعية الحياة بكل أبعادها بشكل مستقل عن كل من الجنس- العمر- المهنة- والحالة الاجتماعية. كما أثرت الأعراض الذهانية سلباً على المجال البيئي، وارتبط تاريخ من إساءة المعاملة للأطفال سلبياً مع المجالات النفسية والاجتماعية.

• دراسة (بينغ وآخرون 2014 / Ping et al., الدنمارك):

عنوان الدراسة: “ *Combined effects of physical illness and comorbid psychiatric disorder on risk of suicide in a national population study* ”

التأثيرات المشتركة للاضطرابات الجسدية والاضطرابات النفسية المختلطة على خطر الانتحار في دراسة قومية سكانية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستبيان كيفية تفاعل الاضطرابات الجسدية والاختلاطية النفسية لتؤثر على خطر الانتحار، بالتركيز الدقيق على الوقت القريب لظهور نمطين من الاضطرابات. **أدوات الدراسة:** أخذت معلومات على مستوى الفرد استناداً إلى المسح القومي للدنمارك من خمس تسجيلات قومية على مجموعة تجريبية تضم (27262) من حالات الانتحار ومجموعة ضابطة تضم (468007) شخصاً من نفس الجنس والمولد.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن كلا المجموعتين التجريبية والضابطة ذوي الاضطرابات الجسدية لديها اضطرابات نفسية مختلطة أكثر من نظيراتها الصحيحة جسدياً، كذلك كلا الاضطرابات الجسدية والنفسية شكلت عوامل خطر مهمة للانتحار، وظهر خطر الانتحار مرتفع للغاية عند ظهور كلا الاضطرابات الجسدية والنفسية قريبة في الوقت لبعضها الآخر بإهمال أي منها أتى أولاً. تطورت الاختلاطية النفسية بعض الوقت بعد ظهور الاضطرابات الجسدية مسببة بتأزم خطر الانتحار فعلياً.

• دراسة (وينز وآخرون 2014 / Wenze et al., الولايات المتحدة الأمريكية):

عنوان الدراسة: “ *personality Pathology Predicts Outcomes in a Treatment-Seeking Sample with Bipolar I Disorder* ”

اضطرابات الشخصية تتنبأ بالنتائج العلاجية لعينة ساعية للعلاج من الاضطراب ذو القطبين النوع الأول.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لاستكشاف العلاقة بين درجة الاضطراب في الشخصية، المزاج، ونواتج الأداء في الاضطراب ذي القطبين النوع الأول.

أدوات الدراسة: أكملت عينة مؤلفة من (92) شخصاً من المشاركين مقياس المزاج الأساسي وتقييمات الأداء، ثم خضعوا لـ (4) أشهر من العلاج.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه لم تتنبأ اضطرابات الشخصية بخلل الأداء النفسي أو أعراض الهوس في 4 أو 28 شهراً. وعلى أية حال، تتبأت فعلاً بأعراض اكتئابية في كل نقطة زمنية،

وارتبطت المجموعات A و C لاضطرابات الشخصية بشدة مع الاكتئاب. تتناسب النتائج التي تم التوصل إليها مع تسليط الضوء على التداعيات السلبية لعلم اضطرابات اضطرابات الشخصية على مجموعة من النتائج في اضطرابات المزاج.

• دراسة (بيدراز وآخرون 2015 /Pedraz, M et al., 2015 /اسبانيا)

عنوان الدراسة: "Sex differences in psychiatric comorbidity and plasma biomarkers for

"cocaine addiction in abstinent cocaine – addicted subjects in outpatient settings

الاختلافات الجنسية بالنسبة لاختلاطية الاضطرابات النفسية والتركيزات البيولوجية البلازمية لإدمان الكوكايين لدى الأفراد مدمني الكوكايين الممتنعين في بيئات مرضى العيادات الخارجية. **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة الحالية لتقييم الاختلافات الجنسية في اختلاطية الاضطرابات النفسية وتركيزات البلازما التي تم ذكر أنها تتأثر بالكوكايين.

أدوات الدراسة: شملت العينة مجموعة تجريبية من مدمني الكوكايين الممتنعين مشخصة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكوكايين مؤلفة من (55) شخصاً (40 ذكراً و 15 أنثى)، ومجموعة ضابطة مؤلفة من (73) شخصاً سليماً (48 ذكراً و 25 أنثى) تم تقييمهم اكلينيكيًا بالمقابلة التشخيصية "مراجعة بحث الطب النفسي للمخدرات والاضطرابات النفسية". وقد تم تحليل التراكيز البلازمية وفقاً لتاريخ إدمان الكوكايين والجنس، مع ضبط متغيرات العمر ومؤشر كتلة الجسم (BMI).

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أنه في حين كانت تركيزات السيروتونين أعلى لدى الإناث في المجموعة الضابطة بالمقارنة مع الذكور انخفضت هذه التركيزات لدى الإناث في المجموعة التجريبية بدون تغييرات لدى الذكور. وفيما يتعلق باختلاطية الاضطرابات النفسية في المجموعة التجريبية أظهرت الإناث معدلات أقل لحدوث اضطرابات التعاطي المختلطة مما هو لدى الذكور، على سبيل المثال، وجدت الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول لدى (80%) من الذكور و(40%) من الإناث. بالمقابل، ارتفعت معدلات انتشار الاضطرابات النفسية المختلطة لدى الإناث المدمنات (مثل: اضطرابات المزاج، القلق، والذهان). بالإضافة إلى ذلك، أظهر الأفراد مدمني الكوكايين علاقة بين تركيزات البلازما وتشخيص الاختلاطية في الاضطرابات النفسية. تثبتت هذه النتائج وجود تأثير للجنس على المؤشرات الحيوية البلازمية لإدمان الكوكايين وعلى وجود اختلاطية الاضطرابات النفسية لأغراض اكلينيكية.

• دراسة (فرياس وآخرون 2015 / Frías A et al., إسبانيا)

عنوان الدراسة: " *Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline*

"Personality Disorder: A Review

الاختلاطية بين اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الشخصية الحدودية: مراجعة.

هدف الدراسة: هدفت هذه المراجعة لوصف النتائج النظرية الرئيسية وملخصات البحوث فيما يتعلق

بالاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية واضطراب الكرب التالي للصدمة.

أدوات الدراسة: أجري تحليل الأدب المختص المستعرض للفترة بين عامي (1990-2013 م.) وكانت

الوصفات المستخدمة "اضطراب ما بعد الصدمة" ، "اضطراب الشخصية الحدية" ومركب

الاضطرابين.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه تشير الدراسات الوبائية أن خطر اضطراب ما بعد الصدمة لدى

الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية ليست أعلى بشكل منتظم مما كانت عليه لدى الأفراد ذوي

اضطرابات الشخصية الأخرى. وعلاوة على ذلك، ليست هناك أدلة قاطعة حول الآلية الجينية الرئيسية

لهذه الاختلاطية لكل اضطراب لوحده بكونه عامل خطورة للآخر أو للمتغيرات الأساسية المشتركة.

وفيما يتعلق بالدراسات المقارنة، وجدت العديد من الدراسات أن الأفراد ذوي اضطراب ما بعد الصدمة

واضطراب الشخصية الحدودية خطورة أعلى للاضطرابات النفسية وضعف الأداء النفسي والاجتماعي

أكثر مما هي عليه لدى الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية منفردة.

2. تعقيب على الدراسات السابقة وعلاقتها بالدراسة الحالية:

يتبين لنا مما تقدم أهمية الإطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، سواء أكان ذلك من خلال المنهجية المتبعة، الأهداف وأدوات الدراسة، النتائج التي توصلت إليها، أم من حيث المقترحات التي أكدت عليها، كما أغنت الدراسات السابقة معلومات الباحثة من حيث تقديم الخلفية النظرية، والجانب التجريبي، والتي اهتمت بها في تطبيق دراستها الحالية، مستفيدة من إيجابيات هذه الدراسات، ومن الجوانب التي أغفلتها، فضلاً عن الاستفادة من المنهجية العلمية والأهم من ذلك أنها مكنت من إبراز أوجه الشبه والاختلاف ومناحي الجدة والإضافات في هذه الدراسة التي ستجري الإشارة إلى تفصيلاتها لاحقاً.

تنوعت نتائج هذه الدراسات، وذلك وفقاً لتنوع أهدافها إلا أن معظمها قد اتفق على مجموعة من الحقائق الآتية:

1. توصلت غالبية النتائج إلى انتشار كبير للاختلاطية بين الاضطرابات النفسية النوعية على المحور الأول، واضطرابات الشخصية على المحور الثاني.

2. أظهرت معظم الدراسات انتشار بعض الاضطرابات المختلطة بالإناث وبعضها الآخر بالذكور.

3. أكدت معظم الدراسات الاختلاطية بين المجموعات الثلاث لاضطرابات الشخصية بشكل دال مع سلسلة واسعة من اضطرابات المحور الأول، وكذلك ترابطات واضحة لاضطرابات الشخصية مع الخلل الوظيفي والأداء العام.

4. أظهرت خمسة من الدراسات نتائج متباينة مع باقي الدراسات تشير إلى أن وجود اضطرابات الشخصية المختلطة للمحور الثاني لم تظهر أنها تقلل تحسينات وظيفة ونوعية الحياة لدى المرضى الذين يستجيبون للعلاج الدوائي. في حين أظهرت باقي الدراسات التي تناولت أثر الاضطرابات المختلطة في فاعلية العلاج أن استجابة المرضى الذين يعانون من اضطرابات مختلطة (نفسية نوعية وشخصية) للعلاج سواء الدوائي أو النفسي، هي أقل إذا ما قورنت باستجابة أولئك المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات مختلطة.

5. وبشكل عام، تشير الدراسات إلى معدلات كبيرة من الاختلال الوظيفي للشخصية لدى الأشخاص مع معظم أنواع الاضطرابات النفسية.

إن هذه النتائج التي توصلت لها الدراسات السابقة، وما أكدته من أثر بالغ لاضطرابات الشخصية على مسار الاضطرابات النفسية النوعية ونتائجها العلاجية، تدفعنا إلى العمل على إجراء المزيد من الدراسات لاختبار أثر الاختلاطية على الاستجابة العلاجية. وذلك بهدف تحفيز المعالجين على تطوير الأساليب العلاجية بما يتناسب مع الاضطرابات، ولاسيما تلك المرتبطة بالاختلاطية، حيث أنه في حال تم إثبات وجود هذا الأثر سوف يكون على جانب كبير من الأهمية من حيث الفائدة التي يمكن أن يجنيها المرضى عند تطوير أساليب علاجية تتناسب مع نوع اضطرابهم، وأخذ الجوانب الشخصية بعين الاعتبار في تفسير وعلاج الاضطرابات المختلفة.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في التالي:

1. الاطلاع على الجوانب التي تم التركيز عليها في هذه الدراسات وعلى المتغيرات التي اهتمت بدراستها.
2. المنهجية العلمية التي استخدمتها الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة والفرضيات ومعالجة النتائج.
3. الاستفادة من أدوات الدراسة في الدراسات السابقة في ترجمة وإعداد مقياس تشخيص الشخصية المستخدم في هذه الدراسة وطريقة تصحيحه.
4. الاستفادة من الدراسات السابقة في أسلوب اختيار مجتمع الدراسة وعينتها وفي فرز أفراد كل من المجموعتين التجريبية والضابطة.
5. مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة والمرتبطة بجوانب هذه الدراسة.

الفصل الثالث: الإطار النظري

توطئة:

لا شك في أن الكشف عن الاضطرابات النفسية دونه صعوبات كثيرة وعقبات جمة تواجه ممارسي الطب النفسي والمعالجين والمرشدين النفسيين، وذلك نظراً لطبيعة هذه الاضطرابات لأن مظاهرها لاتعبر دائماً عن طبيعتها التي قد تسهم في تشكيلها مجموعة من العوامل تتشابه فيما بينها، وهذا يعقد مسألة العلاج مما يدفع المعنيين إلى مزيد من البحث والتقصي للتوصل إلى تلك العوامل لوضع خطة علاجية متكاملة.

ويعاني حوالي (450) مليون إنسان من الاضطرابات النفسية والسلوكية على امتداد العالم. وسيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة من حياتهم. وتقدر زيادتها بحوالي 15% سنوياً بحلول العام 2020 م. وتتجم نصف الأسباب المؤدية إلى العجز والوفاة المبكرة عن الحالات النفسية، ولا تمثل الاضطرابات النفسية عبئاً سيكولوجياً واجتماعياً واقتصادياً فحسب، بل تزيد من مخاطر الاضطرابات الجسدية (منظمة الصحة العالمية، 2005، 15). وكل هذا يدفع إلى الاهتمام المتزايد نحو فهم طبيعة الاضطرابات والاضطرابات النفسية وأشكال ظهورها وتطورها، والاهتمام أكثر بالطرق العلاجية المناسبة لمواجهتها والتخفيف من تأثيراتها الاقتصادية والاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة (كيس وآخرون، 2009، 21).

تنطلق هذه الدراسة من فرضية أن فاعلية العلاج تتوقف إلى حد كبير على دقة تشخيص الاضطراب النفسي وأهمية الإحاطة بجميع الوجوه المتعلقة به، وأن هناك صعوبات تشخيصية متعلقة بمتغير مهم هو الاختلاطية مع اضطرابات أخرى وعدم مراعاتها عند تحديد التدخل العلاجي المناسب.

المحور الأول: الاضطرابات النفسية

1.1. مفهوم الاضطراب النفسي:

يواجه العلماء والممارسون الاكاديميون مشاكل تجعل عملهم صعباً بشكل خاص، واحدة من أكثر هذه المشاكل إثارةً للقلق هي أنه من الصعب جداً تعريف الاضطراب النفسي. وعلى الرغم من أنه تم اقتراح العديد من التعاريف على مر السنين، إلا أن أيّاً منها لم يحصل على القبول الكلي. ومع ذلك، تحوي معظم التعاريف عدة خصائص مشتركة تسمى "المعايير الأربعة للشذوذ" وتمثل أنماط الاضطراب النفسي هي: المنحرفة (مختلفة، متطرفة، غير مألوفة، بل وربما غريبة)، المؤلمة (غير سارة ومحزنة للشخص)، المختلة (التعارض مع قدرة الشخص على القيام بالأنشطة اليومية بطريقة بناءة)، وربما الخطرة. وعلى الرغم من خلافاتهم، يتفق معظم الإكاديميون على أن أعداداً كبيرة من الناس بحاجة للعلاج من نوع أو آخر من الاضطرابات (Comer R, 2014, 2-7).

وعلى الرغم من وجود اتفاق بشكل عام حول أي الحالات هي اضطرابات وأي منها ليست كذلك، إلا أن لتعريف الاضطراب النفسي تحديات عديدة؛ فثمة مشكلة رئيسة هي أنه ليس هناك سلوك وحيد يجعل شخصاً ما مضطرباً، كما لا يوجد مؤشر واحد كافياً في حد ذاته لتحديد الاضطراب. إلا أن شخصاً ما لديه صعوبات في المجالات التالية، من الأرجح أن يكون لديه شكلاً من أشكال الاضطراب النفسي وهذه المجالات هي: المعاناة - عدم القدرة على التكيف - الانحراف الإحصائي - انتهاك معايير المجتمع - عدم الراحة الاجتماعية - اللاعقلانية وعدم القدرة على التنبؤ - والخطورة (James N et al., 2013, 3).

ومن الصعب الاتفاق على تعريف شامل جامع لمصطلح الاضطراب النفسي كما هو الحال بالنسبة للكثير من المصطلحات كالصحة النفسية أو الشذوذ النفسي أو السلوك الشاذ الخ... إلا أنه سيتم عرض لبعض التعريفات التي توضح هذا المفهوم والتي تتلاقى في جوانب عديدة:

الاضطراب النفسي هو خلل وظيفي نفسي داخل الفرد يترافق بضيق أو بضعف في الأداء واستجابة ليست نموذجية أو غير متوقعة ثقافياً (David H & Mark V., 2015, 2).

الاضطراب النفسي ليس مجرد توتر يصيب الإنسان لحظة من الزمن، ولا هو مجرد ثورة غضب جامحة تسيطر عليه، وإنما هو نوع من الأذى يصيب صحته النفسية يبدو على شكل تكيف غير سوي أخذ منه مأخذاً يشبه العادة في تكراره واستمراره، وأنه ينطوي على تفاعل بين الفرد ومحيطه الداخلي

والخارجي لا تتوافر فيه شروط السلامة في عدد قليل أو كثير من جهاته وتفصيلاته
(الرفاعي، 2003، 240).

وفي الولايات المتحدة، المعيار المقبول لتعريف أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية هو
تشخيص الرابطة الأمريكية للطب النفسي والإحصائي للاضطرابات العقلية وضمن DSM-5 من
المرجح أن تعرف الاضطرابات النفسية كمتلازمة سلوكية أو نفسية موجودة لدى الفرد تعكس نوعاً من
الخلل النفسي الكامن. والأهم من ذلك، ينبغي أن تؤدي هذه المتلازمة السلوكية إلى ضائقة كبيرة
إكلينيكياً، عجز، أو انخفاض في المجالات الرئيسية للأداء. وتستبعد الاستجابات التي يمكن التنبؤ بها
للضغوطات أو الخسائر (مثل موت أحد أفراد أسرة الفرد). ومن المهم أيضاً أن هذا النمط المختل من
السلوك لا ينجم عن الانحراف الاجتماعي أو الصراعات التي كانت لدى الشخص مع المجتمع ككل
(James N et al., 2013, 5).

قد تتغير إذاً مشاعر الفرد ويتصرف بشكل غير مألوف كرد فعل لمواقف معينة، ولكن بدون
تأثير سلبي على نظام حياته اليومية وبدون أن يتسبب بالأذى لمن حوله. لا تعدّ هذه التغيرات غير
طبيعية بل هي ردود أفعال طبيعية كنتيجة لأحداث الحياة اليومية غير الطبيعية وأزماتها. إلا أننا نتوقع
الاضطراب النفسي عندما يطرأ تغير غير طبيعي في أحد جوانب حياة الفرد النفسية (التفكير،
المشاعر، والسلوك)، وتؤثر بالتالي في طريقة تعامله مع الأحداث ما ينتج عنها معاناة المريض أو
محيطه. ولكي نطلق حكم بأن هذه التغيرات غير طبيعية وتشير إلى اضطراب نفسي يجب أن تؤدي
إلى اضطراب واضح في جانب أو أكثر من جوانب حياة الفرد الانفعالية، الفكرية، السلوكية، وحتى
وظائفه العضوية والفيزيولوجية.

1. 2. أسباب الاضطرابات النفسية:

إن الإحاطة بأسباب الاضطرابات المختلفة ودراستها بشكل متعمق يساعد في وضع أساليب
العلاج المناسبة (ابراهيم، 1983، 43). والمرض النفسي له أسبابه التي قد تكون أسباب مباشرة أو غير
مباشرة، ففي بعض الأحيان يبدو أن سبب حدوث المرض النفسي يرجع إلى الصدمة الأخيرة، ولكنه
غالباً يكون نتيجة عوامل متعددة مهيئة لدى كل فرد على حدة باعتبار أنه كائن متفاعل ينبغي دراسة
تاريخ حياته وقدراته العقلية والجسمية، وبيئته الاجتماعية والمؤثرات الثقافية والتربوية. والاضطرابات

النفسية تسببها عوامل متعددة توجد إما في البيئة وإما في الإنسان. أي أنها محصلة قوى تعمل متفاعلة في نفس الوقت. فالسبب المرسب يلزم أن يحدث لإنسان مهياً للمرض النفسي حتى تكون نتيجته مرضاً نفسياً (سرى، 2000، 45).

وفي كثير من الحالات ليس من السهل تشخيص الاضطرابات النفسية، وكما أنه يصعب الوصول إلى استخلاص التشخيص الصحيح أو الواضح بالنسبة للحالات المحيرة والمختلطة فإنه من الصعب أيضاً وضع الخطة العلاجية المناسبة؛ فالإكتئاب على سبيل المثال يترافق على الأغلب مع مشاعر الحزن وفقدان الشهية ومشكلات النوم والعصبية (كيس، 2009، 446). والاضطرابات النفسية كثيرة الأشكال والتنوع والأعراض، وهي حالات تحدث وتخضع لمبدأ السببية وتتعدد العوامل المتداخلة في حدوثها وتطورها، بين هذه العوامل ما يعود إلى الجسم وتركيبه ووظائف أجهزته. وبينها ما يكون في زمرة الوظائف النفسية المرتبطة بعوامل محيطية (الرفاعي، 1999، 113). تنشأ الاضطرابات النفسية عادة بتأثير عدد من العوامل تكون الغلبة في أكثرها للمنشأ النفسي وتكون المكانة الأولى في بعضها للاصابات الفيزيولوجية والدماعية منها بشكل خاص. ولكن التفاعل قائم باستمرار بين فئات العوامل المختلفة في أنواع الاضطرابات النفسية المتعددة. والحالات التي يضمها مفهوم الاضطراب النفسي كثيرة في أشكالها وأعراضها (الرفاعي، 2003، 240).

والأعراض هي العلامات السلوكية التي تدلّ على وجود المرض، وتختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافاً كبيراً، فقد تكون شديدة واضحة وقد تكون مخفية لدرجة أنه يصعب تمييزها إلا للمعالجين النفسيين أو عن طريق تطبيق بعض الاستبيانات والمقاييس التشخيصية التي تحددها وتشخصها. ولمعرفة الأعراض في وقت مبكر من ظهور المرض فضل كبير في العلاج، حيث يفيد التشخيص المبكر في نجاح عملية العلاج، ويمنع تطور الأعراض. والفرق بين الشخصية السوية وغير السوية أو المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس في النوع. ويوجد لدى الفرد استعداد للمرض، وتختلف المقاومة من فرد لآخر. وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح مرضاً نفسياً أساسياً قائماً بذاته مثل الإكتئاب والقلق والخوف والوسواس (سرى، 2000، 49).

وعند الحديث عن أسباب الاضطرابات ينبغي أن يتضمن التقييم وصفاً للخصائص الشخصية المرتبطة على المدى الطويل:

- هل استجاب الشخص نموذجياً بطرق منحرفة لأنواع معينة من المواقف، على سبيل المثال، تلك التي تتطلب الامتثال إلى السلطة الشرعية؟

- هل هناك سمات شخصية أو أنماط سلوكية تهيئ الفرد للتصرف بطرق غير قادرة على التكيف؟
 - هل يميل الشخص لأن يلعب دور البطولة مع الآخرين إلى درجة من فقدان الهوية، أو لن يتمكن من الاستيعاب الذاتي للعلاقات الحميمة؟
 - هل الشخص قادراً على قبول المساعدة من الآخرين؟
 - هل الشخص قادر على المودة الحقيقية وقبول المسؤولية المناسبة لرعاية الآخرين؟
- هذه الأسئلة هي في صميم العديد من جهود التقييم (James N et al., 2013, 105).

تستنتج الباحثة من ذلك وجود أنواعاً عديدة من الاضطرابات النفسية وجوانب مختلفة من السلوك والسمات الشخصية التي يمكن أن تتعرض للاضطراب تحت تأثير الضغوط المختلفة، وتنتشر الاضطرابات النفسية في كل مكان ولدى جميع الشرائح المجتمعية. ويمكن أن تنشأ الاضطرابات النفسية عن مجموعة من العوامل المختلفة، ولا يوجد سبب واحد ثابت وعام لكل الاضطرابات.

1.3. تصنيف الاضطرابات النفسية

من المهم أن يكون هناك تصنيف مناسب لعرض المشكلة لعدد من الأسباب، ومن الناحية الاكلينيكية، فإن معرفة نمط الشخص من الاضطراب يمكن أن يساعد في تخطيط وإدارة العلاج المناسب (James N et al., 2013, 7). والاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان كثيرة في أشكالها ومتنوعة في أعراضها، بينها ما يصل بالشخصية إلى التهدم الكامل، وبينها ما تقف آثاره عند أشكال معينة وقليلة من السلوك. ومهما كانت درجة التعقيد في هذه الاضطرابات، فإنها تمثل أذى يصيب الصحة النفسية للفرد، وتعكس سوء تكيف في جهة أو أكثر من جهات تفاعله مع نفسه ومع المحيط (الرفاعي، 2003، 239). ورغم تعقد مفهوم الاضطراب النفسي، فإنه يمكن التبسيط وتشخيص مثل هذا الاضطراب عندما يعاني المريض من خلل واضح في إحدى الوظائف النفسية كالتفكير والإدراك والشعور على أن يكون هذا الخلل خارج عن إرادة المريض وأن يسبب إزعاجاً للمريض أو لمن حوله. وهناك العديد من أنظمة تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية، منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث، منها ما يقتصر على تعريف حالات محدودة ومنها ما هو شامل لكل الاضطرابات النفسية. وأكثر هذه الأنظمة استخداماً نظامان هما:

- التصنيف العالمي للاضطرابات (International Classification Of Diseases (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية.

- الدليل التشخيصي والإحصائي **Manual Diagnostic and Statistical (DSM)** الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي. ويتم كل بضع سنوات تنقيح وتعديل كل من هذين النظامين وإعادة طبعهما، ويزداد التشابه بين النظامين كلما تجددت الطبقات (العسالي، 2001، 19-20).

ولعل التفريق بين الحالة وبين السمة -أي بين الحدث العابر أو المحدود زمنياً، كهجمة الهلع أو نوبة الاكتئاب مثلاً، والوضع الدائم، أو الذي يستمر مدى الحياة كالفصام والإعاقة العقلية أو اضطراب الشخصية على سبيل المثال - هو واحد من أقدم التمييزات في الطب النفسي. ويصبح هذا التفريق أكثر تعقيداً في بعض الحالات التي قد تتكرر، كما هو شائع مع الاكتئاب، بحيث أن الاستعداد للحالة يتحول إلى سمة، في حين قد تأخذ بعض السمات مسارات متغيرة وغير متوقعة من حيث الاستقرار والنتائج غير القابلة للتنبؤ مما توحى به فكرة السمات النقية بالشكل الذي ذكرت فيه في تقارير الدراسات حول اضطرابات الشخصية؛ فالفرد يمكن أن يحمل السمة والحالة في نفس الوقت - فالحالة والسمة يمكن أن تكون مختلطة- وكان تقسيم الـ (DSM-III) و الـ (DSM-IV) إلى المحورين الأول والثاني في جزء كبير منه يهدف إلى تسليط الضوء على مثل هذه الاختلاطات ولفت انتباه الاكليينكيين لها (Robert, 2010, 1). حيث يتم تقسيم الاضطرابات النفسية في التسميات النفسية القياسية الحالية إلى مجموعتين: الاضطرابات الإكلينيكية واضطرابات الشخصية، ويتم تسجيل الاضطرابات الإكلينيكية واضطرابات الشخصية على محورين منفصلين (المحور الأول والثاني، على التوالي)، ويمكن فهم الارتباطات بين المجالات بشكل أفضل من خلال التركيز على كيفية ارتباط الاضطرابات الإكلينيكية واضطرابات الشخصية (Robert F, 2005,233).

وقد تم إدخال مبدأ الاختلاطية **Co- morbidity principle** الذي يفترض وجود اضطرابات عدة قابلة للتحديد وصفيّاً مستقلة عن بعضها، فبالنسبة للمريض الفرد يفترض أن يتم إجراء تشخيصات بمقدار ما يكون ضرورياً من أجل التحديد الكامل لكل الأعراض. وتشدداً في اتباع وجهات النظر الوصفية تم التخلي عن جمع أعراض متنوعة تحت تشخيص مركب وحيد. التشخيص الأساسي هنا هو التشخيص الذي يحمل أكبر أهمية عيادية راهنة، وهناك تجديدات تصنيفية أخرى مهمة بالنسبة للطب النفسي والعلاج النفسي تقوم بشكل خاص على تقويم اضطرابات الشخصية المتضمنة في المنظومات الإجرائية، فعلى الأقل في البحث الطبي النفسي بشكل خاص تعطى اضطرابات الشخصية في سياق مبدأ الاختلاطية أهمية ذلك أنه هناك غالباً ماتم معالجة مرضى باضطرابات مختلطة في

الشخصية. وتقوم هذه التجزئة للفئات التشخيصية التقليدية إلى عدد كبير من التشخيصات المحددة بشكل أعراضي حسب مآظظه دراسات التطبيق وبالارتباط مع مبدأ الاختلاطية إلى أنه قد ارتفع العدد المطروح من التشخيصات العيادية بشكل ملحوظ. ومن الزاوية الوصفية يتم السعي هنا إلى تحديد حصص الاضطرابات بشكل تقريبي من أجل بناء مظاهر ذات أهمية علاجية وتنبؤية مع التقديرات التشخيصية بشكل أقوى مما هو الأمر حتى الآن (سنيف وبرودا، 2009، 58-62).

وثمة خمسة محاور مدرجة في تصنيف النسخ المتعددة للـ DSM متعدد المحاور:

المحور الأول I: الاضطرابات الاكلينيكية. حالات أخرى قد تكون مركزاً للاهتمام الاكلينيكي.

المحور الثاني II: اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

المحور الثالث III: حالات طبية عامة.

المحور الرابع IV: مشكلات نفسية اجتماعية ومشكلات بيئية.

المحور الخامس V: تقييم شامل للأداء الوظيفي (APA, 2000; APA, 2013).

والعلاج النفسي هو عملية منهجية لمساعدة الناس للتغلب على الصعوبات النفسية، قد تختلف من مشكلة إلى مشكلة ومن معالج إلى معالج، ولكنها تشمل عادة المريض، الطبيب المعالج، وسلسلة من الاتصالات العلاجية، وتهدف إلى تغيير السلوك المضطرب إلى مزيد من السلوك الطبيعي (Comer R, 2014, 5-6). أي يسهم العلاج الفعال للاضطرابات النفسية في إحداث تغييرات هامة في حياة المرضى؛ حيث ينظر المريض لنفسه وللعالم المحيط نظرة جديدة أكثر إيجابية، ويتعامل بكفاءة أكبر مع مشكلاته اليومية. ويقوم العلاج النفسي على دراسة شخصية الإنسان المريض دراسة تفصيلية معمقة ضمن إطار الوضعية الحالية التي يعيش فيها، وتطوره التاريخي، بهدف معرفته معرفة معمقة تمكن من فهم شخصيته بمختلف جوانبها المعقدة والدائمة التداخل والتفاعل بعضها مع البعض الآخر، حيث يتعذر فهم أي من جوانب هذه الشخصية دون الأخذ بعين الاعتبار الجوانب الأخرى وكيفية ترابطها مع بعضها (نصار، 1998، 121). وتعد المعالجة فعالة إذا ثبت أن الشخص العادي الذي تلقى العلاج في التجارب الاكلينيكية، أصبح أقل اضطراباً من شخص عادي لم يتلق أي معالجة (كأن يكون على قائمة الانتظار لتلقي العلاج)، وبدرجة ذات دلالة إحصائية. وتعد المعالجة مؤثرة بمدى إقرار العملاء بالإفادة الاكلينيكية الواضحة منها (تيموثي وترول، 2007، 488-489).

تستنتج الباحثة بشكل عام أن الاضطرابات النفسية هي: مجموعة من الأعراض المركبة القابلة للوصف من الناحية الاكلينيكية، تنجم عادة عن عدد من العوامل (النفسية أو الاجتماعية أو الوراثية

أو العضوية) قد تكون مجتمعة، والتي ترافقها تبدلات تصيب تفكير الفرد، مشاعره، حكمه على الأشياء، وسلوكه تنعكس على طريقة تعامله مع المحيط مما يستدعي ضرورة التدخل للاهتمام به ومعالجته. وتختلف تصنيفات الاضطرابات النفسية وفقاً للمعايير التي تعتمدها، فمنها ما يعتمد على الاضطراب في التصنيف ومنها ما يعتمد الأسباب المؤدية للاضطراب. هذا ويوجد تصنيفين عالميين للاضطرابات النفسية هما: تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD، والتصنيف الأمريكي DSM. كما تتنوع أساليب المعالجة تبعاً لنوع الاضطراب النفسي والعوامل المؤدية إليه، فمنها المعالجة النفسية والاجتماعية والدوائية، أو التوليف بين هذه الأنواع العلاجية بما يتناسب مع طبيعة الحالة الفردية، إلا أنها تهدف بمجملها إلى مساعدة المتعالج على تجاوز الأزمات والتغلب على الأعراض المرضية والتخفيف منها، وتشجيع النمو السوي للشخصية.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية

2. 1. السمات الأساسية لاضطرابات الشخصية:

لكل فرد منا شخصية - مجموعة من الخصائص الفريدة التي تؤثر على سلوكنا، وعواطفنا، وأفكارنا، وتفاعلاتنا - خصائصنا المحددة غالباً ما تسمى سمات الشخصية تدفعنا للاستجابة بطرق يمكن التنبؤ بها إلى حد ما، وأثناء تفاعلنا مع محيطنا فإننا نحاول من خلال استجابات مختلفة معرفة أي المشاعر أفضل وأي منها أكثر تأثيراً. هذه هي المرونة التي لا يمتلكها الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية عادةً (Comer R, 2014, 399).

ويشترك العديد من الناس في بعض السمات أو الصفات العامة، ومع ذلك فإن لكل إنسان خصائصه وصفاته التي تميزه عن غيره في أسلوب تفكيره وتصرفه وإحساسه وإدراكه وردود فعله. والتكوين الذي تنتظم فيه هذه الصفات أو السمات التي تكون تشكيلة فريدة من الانفعالات والأفكار والتصرفات يطلق عليها في علم النفس تسمية الشخصية التي يعرفها كيس بأنها البصمة النفسية التي لا يمكن أن يشترك فيها أي شخص مع الآخرين مهما بلغت درجة التشابه الظاهري، وتتيح الشخصية للإنسان في الحالة السوية النمو والنشاط والتلاؤم مع الحياة، ولكنها قد تتحرف لدى البعض فتصبح جامدة ومتحجرة. وبدلاً من أن تفتح لهم إمكانات الاستجابة للمتطلبات الحياتية بمرونة، تسبب لهم صفات شخصيتهم حياة مملوءة بالتعاسة والشقاء وتعيقهم عن مواجهة متطلبات الحياة ومتغيراتها، وبدلاً من تشكل أنماط من الشخصية مفرزة للتكيف والتوافق تتطور لديهم أنماط مضطربة من الشخصية (كيس, 2009, 135-136). لكل فرد إذاً سمات شخصية، إلا أنه عندما تكون هذه السمات سيئة التكيف، مؤلمة، وغير مرنة تعد اضطرابات (Comer R, 2014, 402).

واضطراب الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة وغير متوافقة وتسبب لصاحبها خللاً ملحوظاً في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها وفي التعامل مع أنفسهم وتصورهم لذواتهم (عسكر, 2004, 245).

وتعرف اضطرابات الشخصية وفق سمات التحديد الواردة في الـ DSM-IV TR والـ DSM-5 بأنها "نوع من الاضطرابات النفسية التي تتميز بنموذج دائم من السلوك والخبرة الداخلية غير القادرة

على التأقلم، والتي تتحرف بشكل واضح عن التوقعات الثقافية للفرد، وتكون شائعة وغير مرنة وتبدأ في مرحلة المراهقة أو في الرشد المبكر وتستمر لوقت طويل وتؤدي إلى الإجهاد أو العجز“ (APA, 2000, 685; APA, 2013, 646). وبالتالي، يتم التعرف على اضطرابات الشخصية من خلال الخبرات والسلوكيات التي تختلف عن المعايير والتوقعات الاجتماعية. ويظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية درجة متطرفة من مشاكل السمات - درجة لا توجد عادة لدى عامة السكان (Comer R, 2014, 402). ويميل الآخرون لرؤية سلوك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية على أنه مريباً، مضجراً، لا يمكن التنبؤ به، وغير مقبول بدرجات متفاوتة (James N et al., 2013, 337).

تبرز السمات الشخصية المميزة على نطاق واسع، أساليب التأقلم، والوسائل الخاصة للتفاعل في البيئة الاجتماعية خلال مرحلة الطفولة وتتبلور عادة في أنماط تجلت في نهاية مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر، تشكل هذه الأنماط شخصية الفرد - مجموعة من السمات والسلوكيات الفريدة التي تميز الفرد - وهناك اتفاق واسع إلى حد معقول بين أوساط الباحثين في الشخصية بأن حوالي خمسة أبعاد أساسية لسمات الشخصية يمكن استخدامها لوصف الشخصية السوية تتضمن: العصائية، الانبساطية / الانطوائية، الانفتاح على الخبرة، الطيبة، ويقظة الضمير (James N et al., 2013, 337).

واضطرابات الشخصية هي فئة من الاضطرابات النفسية التي تميزت على مدى طويل بنماذج من التفكير والسلوك المتكرر والجامد الذي يفقر إلى المرونة، مما يمكن أن يتسبب بمشكلات خطيرة ويعيق الفرد من القيام بوظائفه بشكل طبيعي. وغالباً ما يشار إلى هذه الاضطرابات على أنها نمط دائم من الخبرة الداخلية للفرد والسلوك الذي ينحرف عن توقعات النمط الثقافي الذي يعيش فيه الفرد. والمشكلة الحقيقية هي في أن مثل هؤلاء الأشخاص ممن تأثروا بهذه الاضطرابات لا يعون الاختلاف والتمايز في خبراتهم وسلوكهم عن السياق العام، لهذا فهم لا يعترفون بوجود مشكلة يعانون منها لابل هم مقتنعون بأن المشكلة في الآخرين والظروف المحيطة وهذا ما يطلق عليه (اتساق الأنا)، فاضطرابات الشخصية مثلها مثل أوجه الشخصية الأخرى هي من الشخص وإليه، ولهذا لا يحتمل في الأصل أن نتوقع أن يعطي شخص ما لنفسه تشخيص "شخصية مضطربة"، ويشير اتساق الأنا باختصار إلى أن المشكلات البيئشخصية للمعنيين تقوم على أنماط سلوكية تميز هؤلاء الناس كأشخاص، إنها تعاش على أنها جزء من الذات وينتمي إليه (راينكر, 2009, 248-249).

وتتميز اضطرابات الشخصية بوجود نمط دائم من الخبرة النفسية والسلوك الذي يختلف بشكل بارز عن التوقعات الثقافية، كما يتجلى في اثنين أو أكثر من:

- الإدراك (أي إدراك وتفسير الذات، الناس أو الأحداث الأخرى).
- الوجدان (أي مدى، شدة، تواتر، وملاءمة الاستجابة العاطفية).

• الأداء الوظيفي البيئشخصي والسيطرة على الانفعالات. ويجب أن يظهر هذا النمط الثابت بشكل غير مرن ومنتشر عبر مجموعة واسعة من المواقف الشخصية والاجتماعية. ويؤدي إلى ضائقة مهمة اكلينيكيًا أو ضعف في مجالات هامة ومتنوعة من الأداء. يجب أن يكون نمط مستقر وطويل الأمد، يبدأ في وقت مبكر لا يقل عن مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر. هذا النمط يجب ألا يمثل مظهرًا من مظاهر اضطراب عقلي آخر، أو أي تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثل المخدرات أو الأدوية) أو حالة طبية عامة (مثل صدمات الرأس) (APA, 2000; Sophie, 2002; Fademan and Simring, 2003).

يُظهر الأشخاص الذين لديهم اضطراب في الشخصية سمات شخصية مختلة وظيفياً وأكثر تطرفاً من تلك الخاصة بمعظم الناس في ثقافتهم، مما يؤدي إلى مشاكل كبيرة وألمًا نفسيًا لأنفسهم أو للمحيطين بهم (Comer R, 2014, 399). ومن الناحية الإكلينيكية، غالباً ما يتسبب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية على الأقل بالكثير من الصعوبات في حياة الآخرين كما هو الحال في حياتهم الخاصة (James N et al., 2013, 337).

وإحدى أهم أوجه اضطرابات الشخصية حقيقة أن الأمر لا يتعلق فيها بوحدات قابلة للفصل عن بعضها بشكل واضح. وعادة ما تكون عدة اضطرابات في الشخصية موجودة عند الفرد في الوقت نفسه مع العلم أنه توجد سيطرة واضحة لمجال اضطراب واحد. كما أنه من المألوف وجود سمات لاضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية لدى أشخاص يعانون من اضطراب نفسي، وقد تم أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار بدءاً من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM III-R وذلك من خلال إدخال منظومة التشخيص متعدد المحاور حيث تم تخصيص المحور الثاني لاضطرابات الشخصية (راينكر, 2009, 269-270). ونظراً لتشابه اضطرابات الشخصية مع العديد من الاضطرابات النفسية، فقد لا يرى الفرد أنه يعاني من مشكلة مع خصائص شخصيته، وقد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة للمحيطين بالفرد وزملائه في العمل، أو أطفاله وزوجته وما إلى ذلك أكثر مما تسببه للفرد نفسه (غباري وأبو شعيرة، 2010، 313). وبالتالي لا يشعر الأفراد ذوي

اضطرابات الشخصية بأي محنة ذاتية، بينما قد يشعر الآخرون بمحنة بسبب تصرفات الشخص ذو الاضطراب (David & Mark., 2015, 441). حتى أن العديد من المصابين لا يدركون مشاكل شخصيتهم ويفشلون في تتبع الصعوبات التي يواجهونها بسبب الأسلوب غير المتكيف في تفكيرهم وسلوكهم (Comer, 2014, 400). وفي كثير من الحالات، يدخل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية العلاج فقط بإصرار من شخص آخر، وغالباً ما لا يعتقدون أنهم بحاجة إلى التغيير، يعود ذلك جزئياً لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لديهم سمات شخصية جامدة ومتأصلة غالباً ما تؤدي إلى علاقات علاجية سيئة وبالإضافة إلى ذلك تجعلهم يقاومون القيام بالأشياء التي من شأنها أن تساعد على تحسين حالاتهم على المحور الأول (James N et al., 2013, 358).

2. 2. المحكات التشخيصية وفق الـ DSM-5:

يستخدم (DSM-5) النهج المطلق الذي يسرد (10) اضطرابات شخصية متميزة (Comer R, 2014, 402)، كما تم تقسيم اضطرابات الشخصية المنفردة في منظومة تصنيف الـ DSM-IV-TR وكذلك الـ DSM-5 إلى ثلاث مجموعات، تسمى بالمصفوفات (Cluster). فسميت المصفوفة (A) بالغيرية (strange) وتشمل "اضطراب الشخصية الزوررية والشبه فصامية واضطراب الشخصية من النمط الفصامي". وسميت المصفوفة (B) بالمأساوية (dramatic) وتشمل "اضطراب الشخصية الاستعراضية واضطراب الشخصية النرجسية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية الحدودية". وفي المصفوفة (C) التي سميت بالقلق تم تصنيف اضطراب الشخصية "التجنبية والمتعلقة والقهرية" (APA, 2013; APA, 2000; Fademan and Simring, 2003). وفي الملحق B للـ DSM-IV تم اقتراح اضطرابين آخرين للشخصية: اضطراب الشخصية العدوانية - السلبية واضطراب الشخصية الاكتئابية (Tomer, 2010, 22).

وسوف نقوم فيما يلي وطبقاً لتقسيم الـ DSM-IV-TR والـ DSM-5 الذي لم يطرأ عليه أي تعديل بهذا الخصوص بوصف مختصر لاضطرابات الشخصية من ثم عرض المعايير التشخيصية لكل منها وفق نفس التصنيف:

2. 1. المجموعة الرئيسية (A) (الغريبة strange)

2. 1. 1. اضطراب الشخصية الزورية (Paranoid Personality Disorder)

السمة الأساسية لها هي نمط ثابت من الشك والحسد، وكذلك تفسير التصرفات الحيادية أو ذات القصد الإيجابي للآخرين على أنها عدائية أو مؤذية أو مهينة (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ Fademan and Simring, 2003; APA, 2000; APA, 2013).

المعايير التشخيصية:

A- ارتياب وشك عام في الآخرين بحيث يفسر دوافعهم على أنها تتطوي على نوايا خبيثة، يبدأ هذا الارتياب منذ مرحلة البلوغ الباكرة، ويتبدى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من أربعة (أو أكثر) من التالي:

- (1) شكوك، بدون قاعدة كافية، بأن الآخرين يستغلونه، يلحقون الأذى به، أو يخدعونه.
 - (2) الانشغال بشكوك ليس لها مبرر حول وفاء وأمانة الأصدقاء والزملاء.
 - (3) الإحجام عن الثقة بالآخرين بسبب الخوف غير المبرر من أن هذه المعلومات ستستخدم ضده.
 - (4) يستنتج من الملاحظات أو الأحداث البريئة إهانات وتهديدات خفية.
 - (5) يحمل الضغائن بصورة متواصلة، مثال لذلك: لا يصفح عن الإهانة أو الإيذاء أو الاحتقار.
 - (6) يستشعر بهجوم على شخصه أو سمعته لا تكون ظاهرة للآخرين، وهو سريع الاستجابة بغضب أو القيام بهجوم مضاد.
 - (7) لديه شكوك متكررة، دون مبرر، بإخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.
- B-** لا يحدث حصاراً أثناء سير الفصام، أو اضطراب المزاج ذو المظاهر الذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة (APA, 2000, 694; APA, 2013, 649).

2. 1. 2. اضطراب الشخصية شبه الفصامية (Schizoid Personality Disorder)

السمة الأساسية لاضطراب الشخصية الشبه فصامية هي النقص في التفاعلية الانفعالية سواء بالاتجاه الإيجابي أم السلبي. يتبع الشخص بشكل قصدي نمط حياة اجتماعية منعزل جداً، فيتميز الشخص بتباعد بين شخصي وانفعالي. ويعيش الأشخاص حياة منسحبة جداً في الغالب ويشعرون المواقف التي يتعاملون فيها مع ناس آخرين كثيرين بأنها أقرب للمراقبة (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2013; Fademan and Simring, 2003; APA, 2000).

المعايير التشخيصية:

A- نمط شامل من العزلة عن العلاقات الاجتماعية ومجال ضيق من التعبير الانفعالي في المواقف الابينشخصية، يبدأ في مرحلة البلوغ الأولى ويتبدى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من أربعة (أو أكثر) من التالي:

- (1) لا يرغب المصاب ولا يستمتع بالعلاقة الحميمة، متضمناً ذلك كونه فرداً في عائلة.
- (2) يختار في الغالب الأنشطة الفردية.
- (3) يبدي رغبة قليلة أو معدومة بالقيام بتجارب جنسية مع شخص آخر.
- (4) يستمتع بنشاطات قليلة أو لا يستمتع أبداً بالقيام بأي نشاط.
- (5) الافتقار للأصدقاء المقربين أو المؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.
- (6) يظهر اللامبالاة لمديح أو انتقادات الآخرين.
- (7) يظهر بروداً عاطفياً، انعزلاً، أو سطحية وجدانية.

B- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير الفصام، والاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب المزاج ذو السمات الذهانية، اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب نمائي عام وهو ليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة (APA, 2013, 652; APA, 2000, 697).

2. 1. 3. اضطراب الشخصية من النمط الفصامي (Schizotypal Personality Disorder)

غالباً يتصف الأشخاص الذين لديهم صفات من النمط الفصامي بأفكاراً شاذة وإدراكات أو تصورات غير مألوفة ("الحاسة السادسة") ويؤمنون بالخرق (الغيبيات). إنهم يشعرون في المواقف الاجتماعية بالضيق والغربة في الغالب. ويوجد نوع من الشبه مع الفصام ذي الأعراض المنفردة (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2000; Fademan and Simring, 2003; APA, 2013).

المعايير التشخيصية:

A- نمط شامل من العجز في العلاقات الاجتماعية والابينشخصية يتميز بانزعاج حاد وانخفاض القدرة على إقامة العلاقات الحميمة، فضلاً عن تحريفات استعرافية أو إدراكية وغرابة الأطوار في السلوك، يبدأ في الرشد المبكر أو البلوغ المبكر ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من خمسة (أو أكثر) من التالي:

- (1) أفكار مرجعية (مع استبعاد الأوهام المرجعية).

(2) معتقدات شاذة أو تفكير غير منطقي يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع المعايير الثقافية (مثل: الاعتقاد بالخرافات، الإيمان بالاستبصار (قوة كشف الغيب)، التخاطر، أو «الحاسة السادسة»، وعند الأطفال والمراهقين تخيلات أو انشغالات مستغربة).

(3) خبرات إدراكية غير عادية، بما فيها توهمات أو أوهام جسدية.

(4) تفكير وكلام شاذ (مثل، غموض، تفصيلية، مجازية، إسهاب أو نمطية).

(5) تفكير شكاك أو زوري.

(6) عاطفة غير مناسبة أو مقيدة.

(7) سلوك أو مظهر شاذ أو غريب.

(8) الافتقار للأصدقاء المقربين أو المؤتمنين ما عدا أقارب الدرجة الأولى.

(9) قلق اجتماعي مفرط لا يقلص بالألفة ويميل للترافق مع خوف زوري أكثر منه تقيماً سلبياً للذات.

B- لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام، أو اضطراب المزاج ذو المظاهر الذهانية، اضطراب ذهاني

آخر أو اضطراب نمائي شامل (APA, 2000, 701; APA, 2013, 655).

اضطرابات الشخصية الغريبة "ODD" هي ثلاثة من اضطرابات الشخصية في DSM-5 التي

تميزت بأنماط من السلوك الشاذ أو غريب الأطوار كالذي غالباً ما يشاهد في الفصام.

1. يظهر الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية البارانونية نمط واسع من انعدام الثقة والشك.

2. يتجنب الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية الشبه فصامية بإصرار العلاقات الاجتماعية ويظهرون

القليل من التعبير العاطفي.

3. يظهر الأفراد ذوي اضطراب الشخصية من النمط الفصامي مجموعة من مشاكل العلاقات

الشخصية تتسم بالانزعاج الشديد في العلاقات الحميمة، وأشكال غريبة جداً من التفكير والسلوك،

والأطوار السلوكية الغريبة. عادة ما يقاوم الأشخاص الذين يعانون من هذه الأنواع الثلاثة من

الاضطرابات العلاج، وتميل مكاسبهم العلاجية لأن تكون متواضعة في أحسن الأحوال

(Comer R, 2014, 408).

2.2. المجموعة الرئيسية (B) (المأساوية dramatic)

2.2.1. اضطراب الشخصية اللااجتماعية أو المعادية للمجتمع (Dissocial or antisocial Personality Disorder)

تتصف الشخصية المضادة للمجتمع بتصرفات تتمحور بشكل خاص على إشباع الحاجات الخاصة. وهنا يتم خرق القواعد والقوانين في الغالب؛ فالأشخاص لا يمتلكون مشاعر ذنب ولا يظهرون الندم. وغالباً ما يكون السلوك اندفاعياً ويطرافق مع ضعف في تحمل الإحباط وعدم القدرة على التخطيط المستقبلي والمسؤول والتصرف طبقاً لذلك. وقلما يشعر الشخص بالخوف أو لا يشعر به على الإطلاق. وغالباً ما نجد تاريخاً طويلاً من الصراعات مع المربين والقانون. ويلاحظ السلوك الإشكالي المهم قبل سن الرابعة عشرة (من خلال الدخول في عراكات، السرقة) (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ Fademana and Simring, 2003; APA, 2000).

المعايير التشخيصية:

A- نمط شامل من الاستهانة بحقوق الآخرين وانتهاكها يبدأ منذ سن الخامسة عشرة، كما يستدل عليه بثلاثة (أو أكثر) من التالي:

(1) الإخفاق في الامتثال للقواعد الاجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات المشروعة كما يستدل على ذلك من القيام بأفعال تكون سبباً للتوقيف.

(2) الخداع، كما يستدل عليه من الكذب المتكرر، استخدام الأسماء المستعارة أو الاحتيال على الآخرين بهدف المنفعة الشخصية أو المتعة.

(3) الاندفاعية أو الإخفاق في التخطيط للمستقبل.

(4) الاستتارة والعدوانية كما يستدل عليها بالمشاجرات المتكررة والاعتداءات.

(5) الاستهتار المتهور بسلامة الذات أو الآخرين.

(6) اللامسؤولية الدائمة كما يستدل عليها من الإخفاق في المحافظة على عمل دائم.

(7) الافتقار إلى الشعور بالندم، كما يستدل عليه باللامبالاة عند إلحاق الأذى أو تيريره، عند إساءة معاملة، أو عند سرقة شخص آخر.

B- عمر الفرد 18 سنة على الأقل.

C- ثمة دليل على اضطراب السلوك بدأ قبل عمر 15 سنة.

D- السلوك المعادي للمجتمع لا يقع حصراً في سياق الفصام أو في سياق نوبة هوسية (APA, 2000, 706; APA, 2013, 659).

معايير اضطراب السلوك Criteria Conduct Disorder

A- نموذج من السلوك متكرر ومستمر، تنتهك فيه حقوق الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسنّ الشخص أو القوانين، كما يتبدى ذلك بوجود ثلاثة (أو أكثر) من المعايير التالية في الـ 12 شهراً الماضية، مع وجود معيار على الأقل في الأشهر الستة الماضية:

العُدوان على الناس والحيوانات Aggression to People and Animals

- (1) عادة ما يُزهِب الآخرين، يهددهم أو يخيفهم.
- (2) عادة ما يبدأ بعراكات جسدية.
- (3) استخدم سلاحاً يمكن أن يلحق أذى جسدي خطير للآخرين (مثل عصا، آجرة، زجاجة مكسورة، سكين، مسدس).
- (4) اعتاد القسوة الجسدية نحو الآخرين.
- (5) اعتاد القسوة الجسدية نحو الحيوانات.
- (6) سرق وهو يواجه الضحية (مثل السلب، نشل محفظة، ابتزاز، سطو مسلح).
- (7) أجبر شخصاً ما على ممارسة الجنس بالقوة.

تدمير ملكية Destruction of Property

- (8) الانخراط عمداً في إشعال نار بقصد إلحاق الأذى.
- (9) التدمير عمداً لملكية الآخرين (بوسيلة غير إشعال النار).

الخداع أو السرقة Deceitfulness or Theft

- (10) التسلل إلى منزل، مبنى أو سيارة شخص آخر.
- (11) غالباً ما يكذب للحصول على بضائع أو امتيازات أو لتجنب التزامات (أي يخدع الآخرين).
- (12) سرقة أشياء ذات قيمة دون مواجهة الضحية (كسرقة المحلات دون كسر اقتحام، والتزييف).

انتهاكات خطيرة للقواعد Serious Violations of Rules

- (13) غالباً ما يمكث خارج المنزل ليلاً رغم منع الوالدين، وذلك قبل عمر 13 سنة.
 - (14) الهروب من البيت طوال الليل مرتين على الأقل وهو يعيش في كنف والديه أو والديه بالتبني (أو مرة واحدة دون عودة وذلك لمدة طويلة).
 - (15) غالباً ما يتغيب عن المدرسة، وذلك قبل عمر 13 سنة.
- (APA, 2000, 98-99).

2.2.2. اضطراب الشخصية الحدودية (Borderline Personality Disorders)

ييدي الأشخاص الذين لديهم اضطراب شخصية حدودية نمطاً بالغ الأثر من عدم الاستقرار في العلاقات البين إنسانية وفي صورة الذات وفي النشاطات. وهم غالباً مايكونون شديدي الاندفاعية. ويتصفون بالإضافة إلى ذلك بالتقلبات المتطرفة في المشاعر والتصورات القيمية وفي صورة الذات. وتتجلى التصرفات الاندفاعية في الغالب في المجالات المختلفة (العقاقير، الكحول، الجنسية، قيادة السيارة). والسمة الإكلينيكية الغالبة المميزة هي إلحاق الأذى بالذات والتصرفات الانتحارية (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ 2003؛ APA, 2000;Fademan and Simring, 2003). المعايير التشخيصية:

A- نمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، صورة الذات، العواطف، والاندفاعية الواضحة حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات كما يستدلّ عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل. ملاحظة: لا يتضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات والذي سيذكر في المعيار الخامس.

(2) نمط من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال بين أقصى المثل الكمالي وأقصى التبخيس من القدر.

(3) اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات.

(4) الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل، الإنفاق، الجنس، سوء استخدام المواد، القيادة المتهورّة، الإفراط في تناول الطعام). ملاحظة: لا يتضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات الذي سيأتي ذكره في المعيار الخامس.

(5) سلوك انتحاري متكرر أو إلماحات أو تهديدات أو سلوك مشوّه للذات.

(6) عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن إعادة تنشيط واضح للمزاج (مثل عسر مزاج نوبي حاد أو استثارة أو قلق، تستمر عادة بضع ساعات ونادراً فقط ما تستمر لأكثر من بضعة أيام).

(7) إحساسات مزمنة بالفراغ.

(8) الغضب الشديد غيرمناسب أو الصعوبة في كبح الغضب (كتظاهرات متكررة للغضب، غضب ثابت، شجارات متكررة).

(9) تفكير زوري عابر مرتبط بالشدة أو أعراض تفككية شديدة (APA, 2000, 710; APA, 2013,)

.(663)

2.2.3. اضطراب الشخصية الاستعراضية (histrionic Personality Disorder)

غالباً ما نجد انفعالية مبالغاً بها وتوقاً مفرطاً للحصول على الاهتمام والتوكيد (المصادقة). ويحتاج هؤلاء الأفراد باستمرار للاعتراف والمدح ويبحثون عنهما دائماً. وكذلك المظهر (اللباس والظهور)؛ فغالباً ما يكون ملفتاً للنظر. وفي السلوك البين إنساني غالباً ما تحتل تقاريرهم ووصفاتهم لخبراتهم وانفعالاتهم الذاتية مركز الصدارة وبيبالغون في وصفها ويصورونها بصورة دراماتيكية. إلا أنهم غالباً ما يبدون للآخرين في هذا سطحين (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA، 2003; Fademan and Simring, 2000).

المعايير التشخيصية:

- A-** نمط ثابت من فرط الانفعالية وجذب الانتباه، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من خلال خمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:
- (1) الانزعاج في المواقف التي لا يكون فيها الشخص محور الاهتمام.
 - (2) غالباً ما يتسم في علاقته مع الآخرين بسلوك الإغراء الجنسي أو بسلوك مثير.
 - (3) يظهر بسرعة تحولاً وتعبيراً سطحياً عن العواطف.
 - (4) يستخدم باستمرار المظهر الجسدي للفت الانتباه.
 - (5) لديه أسلوب في الكلام مفرط في التعبيرية ويضيع في التفاصيل.
 - (6) يبدي حركات تمثيلية ومسرحية وتعبيراً مبالغاً فيه عن العواطف.
 - (7) لديه قابلية للإيحاء، أي يتأثر بسهولة بالآخرين أو الظروف.
 - (8) يعد علاقاته أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع (APA, 2000, 714; APA, 2013, 667).

2.2.4. اضطراب الشخصية النرجسية (Narcissist Personality Disorder)

يرى الأشخاص باضطراب الشخصية النرجسية على أنهم عظماء ويكونون مقتنعين بأنهم مميزون. وغالباً ما يترافق هذا مع نقص في القدرة على الإحساس بمصالح ودوافع الآخرين. ولا يستطيعون التعامل مع النقد. ويمتلكون وضعية مطلبية عالية، بمعنى أنهم يستحقون كأشخاص أن يتم الاهتمام بهم بطريقة خاصة. واضطراب الشخصية النرجسية يعد من اضطرابات الشخصية التي تتضمن أجزاءً قوية من الاتساق مع الأنا (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA، 2003; Fademan and Simring, 2000).

المعايير التشخيصية:

A- نمط شامل من العظمة (في الخيال أو السلوك) والحاجة إلى التقدير والافتقار إلى القدرة على التعاطف Empathy، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) الشعور بالعظمة وبأهمية الذات (مثال، يبالغ في الإنجازات والمواهب ويتوقع أن يُعترف به كمتفوق دون أن يحقق إنجازات مكافئة.

(2) الاستغراق في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التألق أو الجمال أو الحب المثالي.

(3) يعتقد أنه «متميز» وفريد ويمكن فهمه أو يجب أن يصاحب فقط من قبل أناس مميزين أو من طبقة عليا أو من قبل مؤسسات خاصة.

(4) يطلب تقديراً مفرطاً.

(5) لديه شعور بالصدارة (التحويل)، أي، التوقعات غير المعقولة عن معاملة تفضيلية خاصة أو الامتثال التلقائي لتوقعاته.

(6) استغلالي في علاقاته الشخصية، أي، يستغل الآخرين لتحقيق مآربه.

(7) يفتقر إلى القدرة على التفهم العاطفي: يرفض الاعتراف أو التماهي بمشاعر وحاجات الآخرين.

(8) غالباً ما يكون حسوداً للآخرين أو يعتقد أن الآخرين يكتنون له مشاعر الحسد.

(9) يبدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة ومتعالية (APA, 2013, 669; APA, 2000, 717).

اضطرابات الشخصية "الدراماتية" هي أربعة من اضطرابات الشخصية في DSM-5 التي تنتم بأعراض مثيرة للغاية، انفعالية، أو متقلبة:

1. يظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع نمطاً من تجاهل وانتهاك حقوق الآخرين، ولا يوجد علاج معروف بفعالته لهذه الفئة.

2. يظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدودية نمطاً من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وصورة الذات، والحالة المزاجية، جنباً إلى جنب مع الاندفاعية المتطرفة. يمكن للمعالجة - لاسيما العلاج السلوكي الجدلي - أن تكون مفيدة، وتؤدي إلى بعض التحسن.

3. يظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيرية نمطاً من الانفعالية المفرطة واسترعاء الانتباه. وتشير تقارير الحالات الاكلينيكية إلى أن هناك علاجاً مفيداً في بعض الأحيان.

4. وأخيراً، يظهر الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية نمطاً من العظمة، والحاجة إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف. وهو واحد من الاضطرابات الأكثر صعوبة في العلاج (Comer R, 2014, 424).

2. 3. المجموعة الرئيسية (C) (القلق):

2.3. 1. اضطراب الشخصية التجنبية (غير الواثقة من نفسها) (-anxious avoidant self) (unconfidence Personality Disorder)

تتمثل السمة الأساسية في عدم الثقة الكبير بالنفس، تقود إلى تجنب الكثير من المواقف الاجتماعية أو إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية. ويعد هؤلاء الأشخاص أنفسهم على أنهم غير لبقين اجتماعياً (ملخومين اجتماعياً) وغير جذابين وأغبياء. كما أنهم يتصرفون في العلاقات الشخصية المقربة بخجل وتحفظ شديد. ويمكن اعتبار اضطراب الشخصية غير التجنبية على أنها شكل خاص شديد من الرهاب الاجتماعي (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2000; Fademan and Simring, 2003).

المعايير التشخيصية:

A - نمط ثابت من الكف الاجتماعي، إحساسات بعدم الكفاية، وفرط الحساسية للتقييم السلبي، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) تجنب النشاطات المهنية التي تتضمن احتكاكاً مهماً مع الآخرين، بسبب الخوف من الانتقاد، عدم الاستحسان، أو الرفض.

(2) يرفض الانخراط مع الناس ما لم يكن متأكداً من أنه سيكون محبوباً.

(3) يبدي كبحاً في العلاقات الحميمة بسبب الخوف من أن يكون موضع سخرية وخزي.

(4) منشغل بكونه موضع انتقاد أو رفض في المواقف الاجتماعية.

(5) يكون في حالة كف أو تثبيط في المواقف الجديدة مع الناس بسبب الخوف من عدم الكفاءة.

(6) ينظر إلى نفسه على أنه أحمق اجتماعياً، لا يمتلك جاذبية شخصية، أو أدنى من الآخرين.

(7) يتمنع بصورة غير عادية عن تعريض نفسه للمجازفات أو الانخراط في أنشطة جديدة لأنها قد

تظهر الارتباك والخجل (APA, 2000, 721; APA, 2013, 672).

2.3.2 اضطراب الشخصية المتعلقة (Dependent Personality Disorder)

تتصف الشخصية المتعلقة بعدم القدرة على اتخاذ القرار بشكل مستقل، أي من دون أن ترجع إلى شخص مرجعي قريب وتأخذ موافقته، وغالباً ما يتصرف الأشخاص بخضوع. كما أنهم يتصرفون في أمور الحياة اليومية وفق الآخرين ويهابون الصراعات والمواجهات. وكثيراً ما نجد لديهم مخاوف كبيرة من فقدان الشخص المرجعي القريب منهم ويبدو للمعنيين أنهم غير قادرين على تصور فكرة أن يعيشوا لوحدهم (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2000; Fademan and Simring, 2003).

المعايير التشخيصية:

A-حاجة ثابتة ومبالغ فيها للحصول على الرعاية والتي تقود إلى سلوك مستكين ومتعلق وخوف من الانفصال، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- (1) صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون مقدار كبير من النصح والاطمئنان من الآخرين.
- (2) يحتاج الآخرين في تولي المسؤولية بالنسبة لمعظم المجالات الرئيسية في حياته.
- (3) صعوبة في التعبير عن مخالفته للآخرين بسبب الخوف من فقدان الدعم أو الاستحسان. ملاحظة: لا تتضمن الخوف الحقيقي من العقاب.
- (4) صعوبة في البدء بمشاريع خاصة أو القيام بأعمال لوحده (بسبب انعدام الثقة بالنفس في محاكمته أو قدراته وليس بسبب انعدام الدافع أو الطاقة).
- (5) يعمل كل ما في وسعه لكسب الرعاية والدعم من الآخرين إلى حد التطوع للقيام بأعمال غير سارة.
- (6) يشعر بالانزعاج أو العجز حين يكون وحيداً بسبب خوفه الشديد من عدم قدرته على الاهتمام بنفسه.
- (7) يسعى سريعاً إلى علاقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم عندما تنتهي علاقة حميمة.
- (8) يستغرق بشكل غير واقعي بمخاوف من أن يترك يتولى رعاية نفسه (APA, 2000, 725; APA, 2013, 675).

3.3.2 اضطراب الشخصية القهرية (Obsessive Personality disorder)

يتمثل هذا الاضطراب بنمط من الجمود والكمالية. فهؤلاء يطرحون مطالب عالية فيما يتعلق بإنجازهم الذاتي ودقة مبالغ بها وعدم القدرة على تكليف الآخرين بالمهام. وغالباً ما ينشغلون بوضع

قوائم دقيقة وبضيعون في التفاصيل، بحيث أنهم لا يستطيعون في النهاية إنهاء واجباتهم. كذلك فيما يتعلق بالقيم الأخلاقية فإن هؤلاء الأشخاص يمتلكون رؤى صارمة وجامدة (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ 2003؛ APA, 2000; Fademan and Simring, 2003).

المعايير التشخيصية:

A - نمط ثابت من الانشغال بالاتساق والكمالية والضببط العقلي والعلاقات البينشخصية على حساب المرونة، الانفتاح، والكفاءة، يبدأ في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه بأربعة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) منشغل بالتفاصيل، القوانين، اللوائح، الترتيب، التنظيم أو الجداول إلى حد يضيع معه الموضوع الرئيسي للعمل الذي يقوم به.

(2) يُظهر كمالية تتدخل في إتمام الشخص لواجباته (مثال، عجزه عن إنهاء مشروع لأنه لا يتم تلبية معايير الدققة جداً).

(3) التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى حد التخلي عن أوقات الفراغ والصدقات (ولا يفسّر ذلك بالحاجة الاقتصادية الواضحة).

(4) ذو ضمير حي زائد، مدقق ومتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم (لا يفسّر ذلك بالهوية الثقافية أو الدينية).

(5) يعجز عن التخلي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة حتى وإن لم تكن تحمل قيمة معنوية.

(6) لا يرغب في تفويض أمر المهمات أو العمل للآخرين ما لم يخضعوا تماماً لطريقته في تنفيذ الأشياء.

(7) يتبنى نمطاً بخيلاً في الإنفاق نحو نفسه ونحو الآخرين، فالمال يُنظر إليه كشيء ينبغي تكديسه من أجل كوارث المستقبل.

(8) يبدي تصلباً وعناداً (APA, 2013, 678; APA, 2000, 729).

اضطرابات الشخصية "القلقة" هي ثلاثة من اضطرابات الشخصية في DSM-5 التي تتسم بسلوك القلق والخوف:

1. لا يشعر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية التجنبية بالارتياح بشكل مستمر، ويمارسون ضببط النفس في المواقف الاجتماعية، وتطغى عليهم مشاعر النقص، والحساسية الزائدة للتقييم السلبي.

2. لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الاتكالية حاجة مستمرة إلى أخذ الحيطه والحذر، وهم أشخاص منقادون ومتعلقون، ويخشون الانفصال.

3. يركز الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الوسواسية على النظام، والكمال، وهم مراقبون للذات إلى حد أنهم يفقدون من المرونة والانفتاح والكفاءة. استخدمت مجموعة متنوعة من استراتيجيات العلاج للأشخاص الذين يعانون هذه المجموعة من الاضطرابات، وكانت هذه الاستراتيجيات متواضعة إلى معتدلة الفائدة (Comer R, 2014, 432).

2.4. اضطراب الشخصية غير المحدد في مكان آخر (Personality Disorder Nototherwise Specified)

تُعى هذه الفئة بالاضطرابات في أداء الشخصية (إحالة إلى المعايير التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية) التي قد تحقق أو تلبى المعايير العامة لاضطرابات الشخصية لفرد ما بالإضافة إلى وجود سمات لاضطرابات شخصية عديدة مختلفة غير أنها لا تحقق معايير أي من اضطرابات الشخصية النوعية. ومثال ذلك وجود مظاهر لأكثر من اضطراب شخصية نوعي والتي لا تلبى المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية بمفرده «الشخصية المختلطة»، لكنها تسبب معاً ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في واحد أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي (مثل الاجتماعي أو المهني). يمكن استخدام هذه الفئة أيضاً عندما يقدر الطبيب أن اضطراباً في الشخصية نوعياً ليس مشمولاً في التصنيف هو الذي يلبي معايير اضطراب الشخصية المشار إليها، تتضمن الأمثلة اضطراب الشخصية الاكتئابي واضطراب الشخصية السلبية . العدواني (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ Fademán and Simring, 2003; APA, 2000).

2.4.1. اضطراب الشخصية العدوانية السلبية (Negativistic Passive-aggressive Personality disorder)

لانتصف هذه الشخصية في السلوك البين شخصي باتجاه سلبي معارض. ويسود لديها اتجاه أساسي نقدي- سلبي تجاه الآخرين وبشكل خاص تجاه أشخاص السلطة أو المديرين. وفي المجال الاجتماعي كذلك يوجد ميل للمقاومة السلبية («كنسيان إنجاز " الأشياء على سبيل المثال عندما لا يريد الشخص عملها في الواقع) (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2000; Fademán and Simring, 2003).

المعايير التشخيصية:

- A** - نمط شامل من سلوكيات وإدراكات اكتئابية يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من خمسة (أو أكثر) من التالي:
- مزاج معتاد يسيطر عليه الغم، الكآبة، الحزن، الكدر، التعاسة.
 - مفهوم ذات متمركز حول معتقدات بعدم الكفاءة، عدم الجدوى، وتقدير ذات منخفض.

- يكون نقدياً، لوماً، محط من قدر الذات.
 - يكتئب ويستسلم للقلق.
 - سلبي، نقدي، قضائي أو حكمي تجاه الآخرين.
 - يكون متشائماً.
 - يكون ميالاً أو عرضة للشعور بالذنب أو الندم.
- B-** لا يحدث حصراً خلال نوبات الاكتئاب الرئيسية، أو اضطراب عسر المزاج (APA, 2000, 789).

2.4.2. اضطراب الشخصية الاكتئابية (Depressive Personality Disorder)

يتصف الأشخاص باضطراب الشخصية الاكتئابية بنمط من التفكير والسلوك السلبي المبسج لذاته وللآخرين واتجاه دائم سلبي نحو الحياة الخاصة والمستقبل. كما يتصفون بمشاعر دائمة من الذنب العميق والشعور بالتعاسة والتوقعات الدائمة للأدنى. ولا يكون الأشخاص المعنيون قادرين على الاستمتاع ويكونوا جدين بشكل مفرط وغالباً ما يكونوا ساخطين ومتأملين (منشغلي البال) وينقصهم إلى حد بعيد حس الفكاهة (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ APA, 2000; Fademan and Simring, 2003).

المعايير التشخيصية:

- A** - نمط شامل من المواقف السلبية والمقاومة السلبية لمتطلبات الأداء الكافي، يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من أربعة (أو أكثر) من التالي:
- يقاوم بشكل سلبي لإشباع أو تحقيق مهمات روتينية اجتماعية ووظيفية.
- يشتكى من عدم فهمه وعدم تقديره من قبل الآخرين.
 - عنيد ومجادل.
 - ينتقد بشكل غير عقلاني ويسخر من السلطة.
 - يعبر بشكل ملحوظ عن الحسد والغضب تجاه أولئك الأكثر حظاً.
 - يعبر بشكل مبالغ به عن شكاوي دائمة لقلة الحظ الشخصي.
 - يبادل بين تحدُّ عدائي وندم.

B - لا يحدث حصراً خلال نوبات الاكتئاب الرئيسية، أو اضطراب عسر المزاج (APA, 2000, 791).

2.3. التمييز بين اضطرابات الشخصية الاضطرابات النفسية:

يمكن القول إن اضطرابات الشخصية غير مرنة ومنتشرة في العديد من الحالات، ويرجع ذلك في جزء كبير منه إلى حقيقة أن مثل هذه السلوكيات تكون منسجمة بين الأنا (الفرد) ومحيطه (أي أنماط تتفق مع الأنا للفرد)، ولذلك، ينظر إليها على أنها مناسبة من قبل هذا الفرد. هذا مايسبب صعوبة كبيرة في تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية مقارنة مع الاضطرابات النفسية الأخرى،

فالفرد نفسه لا يشعر ولا يعترف بها. لذلك فإن هذه السلوكيات يمكن أن تؤدي مهارات التأقلم لدى الفرد، ما قد يؤدي إلى مشاكل شخصية تقود إلى مشاكل نفسية متعددة كالقلق الشديد والضييق أو الاكتئاب. وبعبارة أخرى، عندما يصبح السلوك الشاذ غير السوي سمة مميزة للفرد، يصبح مؤلماً وموجعاً لأولئك الذين يحتكون به أكثر من إيلاجه وإيجاعه للمريض نفسه، فيقوم الآخرون بطلب التدخل العلاجي لمصلحة المريض بدلاً من أن يقوم هو بطلب ذلك لنفسه (كولز، 1992، 98). هذا ما يميز اضطرابات الشخصية عن الاضطرابات النفسية الأخرى؛ فهي تعد اضطراباً للفرد بحد ذاته، وليست اضطراباً لجانب أو أكثر من جوانب سلوكه، لذلك فإن إطلاق تشخيص اضطراب في الشخصية يعد وصفاً للشخص بأنه مضطرب في كيانه، أي يعد تعدياً على الذات. وهذا الأمر يجب أن يتم التعامل معه بحذر وعناية.

يعتقد معظم الاكlinيكيون اليوم أن اضطرابات الشخصية تمثل أنماطاً هامة ومثيرة للقلق، فبقدر ماتعد صعبة للتشخيص هي سهلة لإحداث خطأ بهذا التشخيص، وتشير هذه الصعوبات إلى مشاكل خطيرة بالنسبة لهذه الفئات تتجسد في التالي:

- بعض المعايير المستخدمة لتشخيص اضطرابات الشخصية في DSM-5 لا يمكن ملاحظتها مباشرة، على سبيل المثال، لفصل اضطراب الشخصية البارانونية عن الشبه فصامية يجب أن يسأل الاكlinيكي ليس فقط ما إذا كان الأفراد يتجنبون تشكيل علاقات وثيقة، ولكن أيضاً لماذا يقومون بذلك، بعبارة أخرى، فإن التشخيصات غالباً ماتعتمد بشكل كبير على انطباعات الاكlinيكي الفردية.

- يختلف الاكlinيكيون على نطاق واسع في أحكامهم حول متى يتجاوز نمط الشخصية العادي الخط ويستحق أن يدعى اضطراباً، بل يعتقد البعض أنه من الخطأ التفكير بأنماط الشخصية على أنها اضطرابات نفسية.

- اضطرابات الشخصية هي مشابهة جداً لبعضها البعض في كثير من الأحيان، وبالتالي فإنه من الشائع أن يلبي الأشخاص الذين يعانون من مشاكل شخصية المعايير التشخيصية لعدة اضطرابات للشخصية في DSM-5 .

- الأفراد ذوي الشخصيات المختلفة تماماً قد يتأهلون لنفس تشخيص اضطراب الشخصية في الـ DSM-5 (Comer R, 2014, 432).

يحدث المزيد من سوء التشخيص فيما يتعلق باضطرابات الشخصية أكثر من أي فئة أخرى من الاضطرابات ويعود ذلك لعدد من الأسباب، إحدى هذه الأسباب هي أن المعايير التشخيصية لاضطرابات الشخصية ليست محددة بدقة كما هي الحال بالنسبة لمعظم الفئات التشخيصية للمحور الأول، لذلك فهي في كثير من الأحيان ليست دقيقة بشكل جيد أو سهلة المتابعة في الممارسة العملية، فعلى سبيل المثال، قد يكون من الصعب التشخيص بشكل موثوق فيما إذا كان شخص ما قد استوفى معياراً معيناً لاضطراب الشخصية المتعلقة مثل " يذهب لفترات مفرطة للحصول على التزويد بالدعم من الآخرين" أو " لديه صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون وجود كمية زائدة من المشورة والطمأنينة من الآخرين" ولأنه قد تم تحديد معايير اضطرابات الشخصية من قبل السمات المستتجة أو الأنماط الثابتة من السلوك وليس عن طريق مزيد من المعايير السلوكية الموضوعية (مثل الإصابة بنوبة الهلع أو المزاج المكتئب لفترات طويلة ومستمرة) فإنه يجب على الاكليينكي أن يمارس مزيداً من الأحكام لجعل التشخيص كما هو عليه الحال بالنسبة للعديد من اضطرابات المحور الأول (James N et al., 2013, 339).

2.4. أهمية علاج اضطرابات الشخصية:

لاضطرابات الشخصية تأثيراً كبيراً على خدمات الصحة النفسية وعلاج المرضى، حتى عندما لا تكون محور التركيز الرئيسي من العلاج، والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المختلطة لديهم أعراض حادة للمحور الأول (Tyrer et al., 1998, 242). كان معدل انتشار اضطرابات الشخصية في المجتمع عموماً غير معروف إلى حد كبير حتى بدأت الاستطلاعات منذ عام 1990، وفي عام 2008 تم تقدير معدل متوسط تشخيص اضطرابات الشخصية بحوالي 10.6% استناداً إلى ست دراسات رئيسية عبر ثلاث دول، وخصوصاً المرتبطة باستخدام مرتفع للخدمات، هذا يوصف كمصدر قلق كبير للصحة العامة التي تتطلب اهتماماً من قبل الباحثين والاكليينكيين (Lenzenweger, 2008, 395). يتم تشخيص اضطرابات الشخصية عندما تكون سلوكيات الشخص وخبراته دائمة، عامة، وصعبة، وبالمقارنة مع الاضطرابات النفسية الرئيسية الأخرى، تنتشر اضطرابات الشخصية بشدة بين عامة السكان وهي تعرض صحة الفرد، وعلاقاته البينشخصية، وأدائه الاجتماعي للخطر بصورة جدية (McMurran, 2012).

تشير التقديرات إلى أن نسبة تصل إلى ما بين 9 - 13 في المئة من جميع البالغين لديهم اضطراب في الشخصية (Comer R, 2014, 400). كما تحدد الدراسات السابقة نسب الانتشار

بصورة متطابقة تقريباً بين 5-10% بالنسبة لوجود اضطرابات الشخصية لدى مجموعات السكان في الدوائر الثقافية المختلفة (راينكر، 2009، 267). إلا أن هذه النسبة أعلى بكثير لدى العينات الاكلينيكية: فقد وجد (Eleftherios et al., 2010, 761) أن هناك اختلاطية عالية بين الإدمان الكحولي، المزاج، القلق، تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية، ويتراوح انتشار اضطرابات الشخصية وفقاً للدراسات الاكلينيكية والوبائية في الكحولية بين منخفضة بين (22-40%) ومرتفعة بين (58-78%)، ووجد (Melartin et al., 2002, 34) انتشار لاضطرابات الشخصية بنسبة (44%) بين مرضى الاكتئاب.

تتواجد اضطرابات الشخصية المنفردة لدى كل من الذكور والإناث على السواء وإن كانت بنسب متفاوتة؛ فقد وجدت دراسة (Barrachina et al., 2011, 725) فروق جنسية هامة؛ حيث ظهر اضطراب الشخصية الاعتمادية أكثر انتشاراً لدى الإناث، بينما أظهر الذكور معدلات أعلى في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. وهذا يتفق مع ماورد في نتائج دراسة (Mc Cormick et al., 2007, 406-412) بأن اضطراب الشخصية الاستعراضية والحدودية واضطراب القلق أكثر احتمالاً للظهور لدى الإناث، بينما اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كان أكثر شيوعاً لدى الذكور.

يمكن لاضطرابات الشخصية أن تعيق حياة المعنيين، ومع ذلك فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية لا يلجأون للعلاج في العادة إلا بعد أن يتجلى لهم عجزهم عن إنجاز أمر ما في مجالات عدة من الحياة، وبعد أن يلقوا بأنفسهم أو بالمقربين بهم في التهلكة ويسببوا المعاناة. وحتى في هذه الحالة فإنهم هم أنفسهم لا يدركون اضطرابهم وإنما المحيطين بهم هم الذين يستنتجون بأنه لا بد من ضرورة العلاج (كيس، 2009، 153). ويصعب علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لأنهم عادة لا يرون أن الصعوبات التي يواجهونها ناتجة عن الطريقة التي يتواصلون بها مع الآخرين (David H & Mark V., 2015, 471). لذلك تعد هذه الاضطرابات من بين الاضطرابات النفسية الأكثر صعوبة في العلاج (Comer R, 2014, 400).

واضطرابات الشخصية أمر شائع، ونادراً ما تتم معالجتها بحد ذاتها، على الرغم من تزايد الاهتمام في هذا الموضوع، بما في ذلك تزايد الطلب لعلاجات فعالة. لم يتحقق هذا المطلب على نحو كاف ولكن كان هناك تحول كبير من الرأي القائل بأن اضطراب الشخصية هو غير قابل للعلاج؛ حيث توجد علاجات لديها على الأقل بعض الفعالية. ومع ذلك، فإن علاج اضطرابات الشخصية

ليس مجرد التطبيق البسيط للعلاج: فتخطيط العلاج وإدارته هو على نفس القدر من الأهمية (Bateman & Tyrer, 2004, 378). وتشير الأدبيات المختصة إلى أن العلاج الفعال يجب أن يكون على المدى الطويل، متكاملًا، متماسكًا نظريًا ويركز على الالتزام، والعلاجات التي ثبتت فعاليتها لديها بعض السمات المشتركة فهي تميل إلى:

- (أ) أن تكون منظمة بشكل جيد.
- (ب) أن تركز جهداً كبيراً لتعزيز الالتزام.
- (ج) أن يكون هناك تركيز واضح، سواء كان ذلك التركيز هو نوع من السلوك المُشكّل مثل إيذاء النفس أو جانباً من أنماط العلاقة بينشخصية.
- (د) أن يكون نظرياً متماسكاً للغاية لكل من المعالج والمريض.
- (هـ) أن يكون طويل الأجل نسبياً.
- (و) تشجيع علاقة ارتباط قوية بين المعالج والمريض، مما يتيح للمعالج تبني موقفاً فعالاً نسبياً بدلاً من الموقف السلبي.
- (ز) يكون متكاملًا بشكل جيد مع غيره من الخدمات المتاحة للمريض (Bateman and Fonagy, 2000, 138-143).

المرضى الذين يعانون من تشخيص اضطراب في الشخصية لديهم احتياجات متعددة ومتنوعة وقد لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب في الشخصية هم مستخدمون بصورة عالية لموارد الرعاية الصحية، وخاصة الخدمات النفسية، وخدمات الإسعاف وأقسام الطوارئ، بالإضافة لذلك، فقد ظهرت اضطرابات الشخصية لتكون متنبأها ما لعدم القدرة، والاستشارات الصحية النفسية مستقلة عن اضطرابات المحور الأول والأوضاع الجسدية، فالأشخاص ذوو اضطرابات الشخصية لديهم أعراض أكثر شدة ودرجات أعلى في ضعف الأداء عند مقارنتهم بأولئك بدون اضطرابات الشخصية. وينبغي لمجتمع الاكلينيكيين فحص المترددين بصورة دورية للتنبؤ بالصعوبات المحتملة التي قد تنشأ وإفساح المجال لهذه الصعوبات في معالجة وإدارة العملاء (Byrne et al., 2014, 307).

إذاً لا يمكن القول إن الشخص مصاب باضطراب في الشخصية إلا إذا كان التطرف في سلوكه يضعف الأداء الشخصي أو الاجتماعي أو المهني الخاص به بشكل ملحوظ.

المحور الثالث: الاختلاطية

3.1. بداية المصطلح:

يتوافق وجود واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية مع نتائج ضعيفة للعلاج وتشخيص سلبي عموماً، لذلك تعد اضطرابات الشخصية مهمة للاكلينيكي ليأخذها بعين الاعتبار كونها قد تتعارض مع الجهود المبذولة لعلاج مشاكل أكثر تحديداً مثل القلق، والاكتئاب، أو تعاطي المخدرات (David H & Mark V., 2015, 471). ويطلق على الظهور المشترك لعدة اضطرابات مع بعضها لدى شخص واحد والظهور المشترك لاضطراب نفسي نوعي واضطراب في الشخصية مع بعضهما تسمية الاختلاطية "Co- morbidity" وقد تحولت مشكلة الاختلاطية في السنوات الأخيرة إلى ميدان بحث مركزي في مجال الاضطرابات النفسية (راينكر, 2009, 269-270). وتشير الاختلاطية في الطب النفسي، وعلم النفس، وإرشاد الصحة النفسية، إلى وجود أكثر من تشخيص واحد يحدث لدى الفرد في نفس الوقت. وعلى أية حال، لا تعني الاختلاطية بالضرورة في تصنيف الاضطرابات النفسية وجود اضطرابات متعددة، ولكنها تعكس عدم قدرتنا الحالية على توفير تشخيص واحد يمكن أن يمثل جميع الأعراض (First, 2005, 10). تكمن جذور هذا المفهوم في الطب العام، حيث تميزت الاختلاطية كتخصص علمي للبحوث منفصلة في العديد من فروع الطب وعرف فاينستن الاختلاطية 1970 بأنها: " الكيان الاكلينيكي المتميز الذي يتعايش أو الذي قد يحدث خلال المتابعة الاكلينيكية للمريض الذي لديه مؤشر مرضي قيد الدراسة". وقد أدى فشل تصنيف وتحليل الاضطرابات المختلطة إلى العديد من الصعوبات في الإحصاءات الطبية، حيث تُحدث الأخطاء الناتجة عن ذلك بيانات مضللة في معدلات الوفيات، كما يقود إهمال الاختلاطية إلى مقارنات زائفة أثناء التخطيط والتقييم لعلاج المرضى الذين يعانون من تشخيصات تبدو متماثلة، ويمكن أن يغير الكشف عن الاختلاطية المسار الاكلينيكي للمرضى الذين يعانون من نفس التشخيص عن طريق التأثير في وقت الكشف، التوقعات الإنذارية، الاختيار العلاجي، ونتائج ما بعد العلاج لهذا المؤشر المرضي، وبالإضافة إلى هذه الآثار المباشرة على المسار الاكلينيكي، تلعب الاختلاطية دوراً في القرارات الفكرية التي قد تغير من الفئات الإحصائية للتصنيف التشخيصي (Feinstein, 1970, 455).

ترتبط الاختلاطية بنتائج صحية أدنى، وإدارة اكلينيكية أكثر تعقيداً، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية، وعلى أية حال، لا يوجد اتفاق على معنى هذا المصطلح، والبنى المتصلة به، مثل الاختلاطية المتعددة، وعبء الاختلاطية، وتعسر المريض (Valderas et al., 2009, 357-358).

تمت مواجهة مفهوم الاختلاطية في الطب النفسي بطرائق منهجية ومعرفية، تزامناً مع تزايد من المؤلفين الداعمين لمفاهيم أخرى، وكانت هذه القضية واحدة من القضايا الأكثر جدلاً في المجال النفسي، كما وجد مفهوم الاختلاطية أرضاً خصبة في علم تصنيف الاضطرابات النفسية، حيث ساهم انتشار الكيانات التشخيصية بازدياد العدد التشخيصي لكل مريض، وإضعاف إمكانية وصف متماسك وشامل للاضطرابات النفسية للمريض (Santos and Madeira, 2014, 1-6). وبالتالي، فقد أشار الاستخدام الأساسي للمصطلح إلى اضطرابات متعايشة، ولكن متميزة، التمايز بين اضطرابات متعايشة قد تشير إلى ظواهر منفصلة، اضطرابات، أو مسببات في إشارة إلى الاضطرابات النفسية، على أية حال، لا يمكن افتراض على أي مستوى يكون التمييز بين الاضطرابات المتعايشة في كثير من الأحيان وذلك بسبب التداخل الكبير في المعايير ونقص المعرفة بشأن الظواهر الفعلية والمسببات في كثير من هذه الاضطرابات (Tracie et al., 1992, 4).

تعدّ محاولات دراسة تأثير الاختلاطية معقدة بسبب الافتقار إلى توافق في الآراء حول كيفية

تعريف وقياس هذا المفهوم (Fortin M et al., 2007, 1016). ولمصطلح "الاختلاطية" تعريفان:

1. الإشارة إلى حالة طبية موجودة في وقت واحد ولكن بشكل مستقل مع حالة أخرى لدى المريض (Valderas et al., 2009).

2. الإشارة إلى اثنين أو أكثر من الحالات الطبية القائمة في وقت واحد بغض النظر عن علاقتها السببية (Jakovljević M and Ostojić L, 2013, 18).

3.2. أنماط الاختلاطية:

غالباً ما تستخدم المصطلحات المرتبطة بالمفهوم الأساسي، مثل "الاختلاطية المتعددة، عبء المرض، والضعف" بالتبادل معه، وهناك اتفاق بأن هناك حاجة لتعريف مقبولة دولياً لدفع دراسة هذا الموضوع إلى الأمام (Fortin M et al., 2007, 1016). كما تم استخدام الاختلاطية للتعبير عن مفهوم عبء المرض أو الاضطراب، يحدده العبء الكلي للاختلال الوظيفي الفسيولوجي أو العبء الكلي لأنواع الاضطرابات التي لها تأثير على احتياطي الفسيولوجية للفرد (Ritchie C, 2007; Starfield B, 2007). تستخدم الاختلاطية المتعددة بشكل متزايد للإشارة إلى "الحدوث المشترك للاضطرابات المتعددة المزمّنة أو الحادة والحالات الطبية لبدن الشخص الواحد دون أية إشارة إلى حالة المؤشر" (Bayliss EA et al., 2008, 287). التشخيص المزدوج في الطب النفسي هو مثال محدد من الاختلاطية المتعددة، حيث يتعايش اضطرابان متميزان دون أي ترتيب ضمني،

على سبيل المثال، المرض النفسي الشديد وإساءة استعمال المواد المخدرة (Valderas et al., 2009,) 358).

وقد أثار أنغولد وآخرون تمييزاً بين نمطين للاختلاطية:

• الاختلاطية المتجانسة: وتشير إلى الحدوث المشترك للاضطرابات النفسية ضمن نفس الفئة التصنيفية التشخيصية. والحدوث المشترك لاثنتين من اضطرابات التعاطي المختلفة (مثال: الحشيش والكحول) هي مثال عن الاختلاطية المتجانسة.

• الاختلاطية المتباينة: وتشير إلى الحدوث المشترك لاضطرابين من المجموعات التشخيصية المختلفة. قد يتضمن هذا، على سبيل المثال، الحدوث المشترك لاضطراب استخدام المادة واضطراب القلق (Angold A et al., 1999, 57).

3.3. تفسير الاختلاطية :

من الشائع لشخص ذي اضطراب في الشخصية أن يعاني أيضاً من اضطراب آخر وقد سميت هذه العلاقة بالاختلاطية، فعلى سبيل المثال، كثير من الناس ذوي اضطراب الشخصية الانطوائية الذين يحجمون عن كل العلاقات خوفاً، يظهرون كذلك اضطراب القلق الاجتماعي. ربما اضطراب الشخصية الانطوائية يهيئ الأشخاص لتطوير اضطراب القلق الاجتماعي، أو ربما اضطراب القلق الاجتماعي يمهد الطريق لاضطراب الشخصية. ومن ثم مرة أخرى، قد تخلق بعض العوامل البيولوجية نزعة إلى كل من اضطراب الشخصية واضطرابات القلق. ومهما كان سبب هذه العلاقة، تشير البحوث إلى أن وجود اضطراب الشخصية يعقد فرص الفرد للشفاء الناجح من مشاكل نفسية أخرى (Comer R, 2014, 400). والاختلاطية بين الاضطرابات النفسية الرئيسية (المحور الأول) واضطرابات الشخصية (المحور الثاني) واسعة الانتشار وغالباً ما تكون قوية للغاية، وتتضمن أكثر من نمط واحد للعلاقة، وتُظهر الدراسات التجريبية على المرضى ذوي / وبدون اختلاطية المحورين الأول والثاني أن وجود اضطراب في الشخصية يمكن أن يؤثر على نتائج العلاج، سلباً أو إيجاباً، بشكل لا يمكن التنبؤ به حالياً. يمكن تفسير ذلك بافتراض أن الميول الشخصية تجعل بعض الناس عرضة لاضطرابات نفسية محددة (Tyrer, 1997, 242).

وتبين أن التعايش بين اثنتين أو أكثر من الاضطرابات لدى نفس الفرد يثير تساؤلين اكلينيكين رئيسيين هما: هل هناك مسار للعوامل المشتركة الكامنة المسببة، وما هو تأثيرها على الرعاية الاكلينكية (Valderas et al., 2009, 360). وهناك عدد من العوامل المختلفة تحدد الصحة العامة للسكان

والأفراد، تتراوح من الخصائص الجينية والبيولوجية للفرد إلى السياق السياسي والأمني (Starield B, 2007, 1355). أنها جميعاً تلعب دوراً في المسببات لأي مرض معين؛ وبالتالي فهي من المتوقع أيضاً أن تلعب دوراً في الاضطرابات المترامنة، وبشكل بديهي، من المتوقع أن تجمتج الاضطرابات لدى الفرد إذا كانت مشتركة في نمط عام من التأثيرات عليه. ولكن قد تفسر هذا التكتل أسباب أخرى، وهناك ثلاث طرق أساسية لكيفية تواجد اضطرابات مختلفة لدى نفس الفرد: أ - الصدفة، ب - تحيز الاختيار، ج - واحد أو أكثر من أنماط الارتباط السببي. والاختلاطية التي تحدث بالصدفة أو بتحيز الاختيار تكون بدون ترابط سببي لكنها تبقى مهمة لأنها قد تقضي إلى فرضيات خاطئة حول السببية (Valderas et al., 2009, 360). وثمة مسألة متميزة وذات صلة هي التسلسل الذي تظهر فيه الحالات المختلطة، والذي قد يكون له انعكاسات هامة على النشأة، التشخيص، والعلاج؛ فالحدوث الزمني للحالات الاختلاطية ذو أهمية لفهم الارتباطات السببية والآليات المرضية الشائعة أو المساهمة (Wiebe and Hesdorffer, 2007, 146; Valderas et al., 2009, 358).

أشار كليرمان فيما يتعلق بانعدام اليقين بشأن الطابع المميز المسبب إلى أن نظاماً متعدد المحاور هو المفضل فيما يتعلق بالآثار المترتبة على وجود علاقة سببية للحالات المحددة المدرجة في المحور الأول والثاني كما ذهباً بعد من ذلك، بأن انقسام المحور الثاني عن حالات المحور الأول كان طريقة للتعامل مع الجدول الدائر حول العلاقة بين الشخصية المرضية والأعراض والاضطرابات في المحور الأول، حيث تقترض المقاربة الديناميكية النفسية أن الاضطرابات الشخصية (اضطراب الشخصية) هو الأساس ويسبب حالات الأعراض. فعلى سبيل المثال، إن الفرد ذو اضطراب الشخصية الاعتمادية سيكون عرضةً للاكتئاب بعد فقدان علاقة وذلك بسبب حاجته إلى الدعم الخارجي لتقديره لنفسه. إلا أن المقاربة ذات التوجه البيولوجي تصور الكثير من اضطرابات الشخصية المصنفة على المحور الثاني كأشكال فرعية اكلينيكية أو مظاهر لاضطراب نفسيين المحور الأول. بالمقابل ينظر نموذج الاستقلال إلى أن شيوعاً للاختلاطية بين هذه الاضطرابات مجرد صدفة، أو لعوامل غير مرضية (Tracie et al., 1992, 4).

3.4. أسباب الاختلاطية:

من الممكن أن يكون للاختلاطية نتائج متعلقة بنظرية علم الأسباب، الوقاية من/ ومعالجة مشاكل الصحة النفسية، وقد وجدت فرضيات كثيرة بشأن أسباب الاختلاطية، متضمنة الأسباب التالية:

2. 1. وجود علاقة سببية مباشرة بين الاضطرابين، مع وجود اضطراب واحد يجعل إمكانية تطوير الآخر أكثر احتمالاً.

2.3. وجود علاقة سببية غير مباشرة بين الاثنين مع اضطراب واحد يؤثر بمتغير ثالث بطريقة تزيد من احتمال الاضطراب الثاني.

3. 3. وجود عوامل مشتركة تزيد من خطر كلا الاضطرابين على حد سواء (كل منهما على الآخر) (Caron & Rutter, 1991; Kessler et al., 1995; Mueser et al., 1998).

وفيما يلي شرح توضيحي لكل منها:

4.1. العلاقة السببية المباشرة:

استخدمت مجموعة من العلاقات السببية لشرح أنواع معينة من الاختلاطية: كالاختلاطية بين مشاكل تعاطي المخدرات ومشاكل الصحة النفسية الأخرى مثلاً، وقد قيل إن الاضطرابات النفسية تسبب اضطرابات تؤدي إلى تعاطي المخدرات، والعكس صحيح فإن مشاكل تعاطي المخدرات تسبب مشاكل الصحة النفسية. وثمة فرضية معقولة للعلاقة بين اضطرابات تعاطي المخدرات ومشاكل الصحة النفسية الأخرى هي أن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية يبدوون باستخدام المواد المخدرة للتخفيف من أعراض مرضهم ويطورون إشكالية الاستخدام نتيجة الإفراط في إساءة استخدام المادة (Khantzian, 1985; Khantzian 1997).

4.2. العلاقة السببية غير المباشرة:

من شأن وجود علاقة سببية غير مباشرة بين اثنين من الاضطرابات المختلطة إذا كان أحد الاضطرابين له تأثير على عامل آخر، بدوره يزيد احتمال تطوير الاضطراب الثاني. على سبيل المثال، أظهرت الأبحاث أن وجود الظهور المبكر لاضطرابات تعاطي المخدرات يقلل من احتمال إكمال المرحلة الثانوية، ودخول واستكمال التعليم العالي (Kessler et al., 1995, 1026). والصعوبات التي يواجهها الفرد بسبب سوء التحصيل العلمي قد يزيد لاحقاً من احتمال مشاكل أخرى، مثل الاكتئاب واستمرار مشاكل استخدام المادة، وبالمثل، فقد يكون الأشخاص الذين يتعاطون الخمر أكثر عرضة لفقدان وظائفهم بسبب سوء الأداء في العمل أو التغيب عن العمل. وفي الواقع، فإن واحداً من معايير اضطرابات تعاطي المخدرات في DSM-IV هو تعطيل أو التقاعس عن الأدوار مثل المتطلبات المهنية (APA, 2000; APA, 2013). حيث يمكن للبطالة أن تؤدي إلى الاكتئاب بسبب عدم وجود الدخل المنتظم والأضرار المدركة التي لحقت بحياة الفرد المهنية.

4.3. العوامل المشتركة:

عوامل الخطر المشتركة قد تفسر أيضاً وجود ارتباط بين اثنين من الاضطرابات (Caron and Rutter, 1991; Kessler et al., 1995; Mueser et al., 1998). حيث ترتبط العوامل الفردية المزاجية عادة مع تعاطي المخدرات والصحة النفسية، وبخاصة سمة العصابية. وقد اتسم الأشخاص الذين يحرزون درجات عالية على العصابية بأنهم أكثر قلقاً، اكتئاباً، ومزاجية، هذه العوامل المشتركة قد تكون بيولوجية، شخصية، اجتماعية وبيئية، أو مزيج من هذه العوامل، وإذا كانت الاضطرابات هي في الغالب نتيجة لمجموعة من عوامل الخطورة وهذه المجموعات هي نفسها أو مشابهة للاضطرابين، فإنه لربما تكون الحالة أن الاختلافية تعكس حقيقة أن المسارات التي يطور الأشخاص من خلالها الاضطراب الأول هي نفسها تلك التي يطور من خلالها الاضطراب الثاني (Eysenck and Eysenck, 1991). أي أنه ثمة تأثير متبادل بالتأكيد. كما ظهر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات المزاج والقلق أيضاً مستويات أعلى من سمة العصابية وجزءاً كبيراً من المسؤولية لكلا اضطرابات المزاج والقلق بمستويات أعلى من سمة العصابية (Andrews, 1996; Andrews et al., 1990). العوامل الاجتماعية والبيئية المشتركة، التأثيرات الوراثية، أو العوامل الفردية تلعب دوراً غير وافيلاً في شرح الاختلافية، وقد أظهرت الدراسات أيضاً أن العوامل البيئية المشتركة تزيد من احتمال كلاً من إدمان الكحول والاكنتاب الأساسي بين الإناث (Tsuang et al., 1998, 967). وبالمجمل هناك عدة أسباب لحدوث اثنين أو أكثر من الاضطرابات لدى فرد واحد، ويجب أن

تؤخذ هذه الأسباب بالحسبان عند تقييم الدراسات:

تفسيرات استناداً إلى أخذ العينات والمعدلات الأساسية:

1. اختلافية ترجع للصدفة.
2. اختلافية بسبب تحيز أخذ العينات.
3. اختلافية ترجع إلى الطبقات السكانية.
- تفسيرات بناءً على اصطلاحية المعايير التشخيصية:
4. اختلافية بسبب تداخل المعايير.
5. اختلافية تعود لكون أحد الاضطرابين يشمل الآخر.
- تفسيرات بناءً على وضع الحدود في الأماكن الخطأ:
7. عدم تجانس الحالة المختلطة.

8. الحالة المختلطة هي، اضطراب مستقل ثالث.
9. الحالات النقية والمختلطة هي مراحل مختلفة أو تعبيرات بديلة لنفس الاضطراب.
تفسيرات بناءً على العلاقات السببية:
10. أحد الاضطرابيين هو عامل خطر بالنسبة للآخر.
11. ينشأ الاضطرابان من تداخل العمليات السببائية. وعلى سبيل المثال، الأعراض التي تتداخل مع عسر المزاج واضطراب الاكتئاب الأساسي، مثل الانزعاج، ضعف التركيز، وصعوبة النوم، تسهم في اصطناع الاختلاطية (التفسير4). أيضاً، قد يكون اضطراب القلق العام مظهرًا ثانويًا لحالة أكثر انتشاراً في سياق اضطراب الهلع (التفسير5). كما وتؤثر عتبات التشخيص أيضاً بمعدلات الاختلاطية، فكلما تم تخفيض العتبات، يزداد انتشار الاضطرابات وتتنخفض معدلات الاختلاطية (Noyes, 2001, 41).
أي كلما تطبق معايير أكثر دقة وصرامة تزداد التشخيصات الفردية وتتنخفض معدلات الاختلاطية.
وغالبا ما يتم ذكر وجود العديد من اضطرابات الشخصية لدى فرد واحد، والتفاعل بين اضطراب الشخصية وتشخيصات المحور الأول يمكن أن يؤدي إما إلى المبالغة في أثر العلاج الحقيقي أو التعتميم عليه. ففي معظم الدراسات، فإن التغيير في نتائج مقاييس الشخصية قد يكون متعلقاً بالتحسن في الأعراض، وهذا التحسن في الأعراض بدوره قد يرجع إلى تغيير في مظهر من مظاهر اضطراب الشخصية، بدلاً من التحسن: فعلى سبيل المثال، (قد يتجنب المريض ذو اضطراب الشخصية الحدودية العلاقات العميقة ولذلك فهو يظهر أعراضاً أقل)، وبشكل عام، تخلط الدراسات بين آثار العلاج المتصلة بتغيير الشخصية مع التحسن في الأعراض (Bateman and Fonagy, 2000, 138).
أي تظهر أعراض مريض الشخصية الحدودية الشديدة أساساً عند إقامته علاقات عميقة مع الآخرين، فيجذبهم إلى حد العبادة وعند إظهار أقل خطأ من قبلهم ينقلب إلى الضد تماماً. وبالتالي إذا تجنب إقامة علاقة عميقة فلن تظهر أعراضه: وهذا يعني أنه لم يشفى لكنه لم يُظهر الأعراض كونه أقام علاقات سطحية.

3.5. عبء الاختلاطية:

يقوم الأطباء والباحثون بتطوير استراتيجيات صالحة لتقييم حجم الاختلاطية وأثرها على المرضى الأفراد وعلى المجتمع، ويمكن أن يقدم تقييم مدى انتشار حالات الاختلاطية تقديراً لحجم المشكلة على المستوى الأساسي (Wiebe and Hesdorffer, 2007, 145). وفي دراسات الممارسة العامة، ما يقارب 60% من المرضى لديهم اثنين أو أكثر من الحالات المختلطة المزمنة، وثلاث لديهم ثلاثة أو أكثر من حالات الاختلاطية (Kahn LS et al., 2007, 377). وقد تم تطوير مؤشرات الاختلاطية لتقييم أثر الحالات المختلطة على مجموعة متنوعة من مؤشرات النتائج الصحية، بما في ذلك نوعية الحياة، واستخدام الموارد الصحية، والبقاء على قيد الحياة. وفي حين أن مؤشرات الاختلاطية تقيس الصحة العامة أو الوظائف؛ فهذه يمكن قياسها بشكل أفضل من خلال المقاييس التي تقيس الوظائف أو نوعية الحياة، إلا أنها بشكل عام تعطينا مؤشراً عاماً عن خليط الظروف للضغوط التي يعاني منها الفرد، بغض النظر عن المؤشر أو شروطه. غير أنه، من الواضح أن شدة المرض هي عنصر أساسي في تقييم الاختلاطية (Wiebe and Hesdorffer, 2007, 145-146).

وتحتاج الرعاية الصحية على نحو متزايد لتوجيه العلاج للأفراد ذوي الاضطرابات المتعددة المتعايشة الذين هم الآن القاعدة وليس الاستثناء (Starfield B, 2006, 101). حيث أن حوالي (80%) من إنفاق الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، أكثر توجهها المرضى ذوي أربع أو أكثر من الحالات المزمنة (Wolff JL et al., 2002, 2269). هذا الإدراك هو المسؤول عن تزايد الاهتمام من جانب الممارسين والباحثين في تأثير الاختلاطية على مجموعة من النتائج، كمعدلات الوفيات، نوعية الحياة، الأداء، وجودة الرعاية الصحية (Fortin M et al., 2007; Ritchie C, 2007). فقد ارتبطت الاختلاطية بين اضطرابات الاكتئاب والقلق لدى العينات الاكلينيكية مع زيادة شدة الأعراض والخطر المرتفع للانتحار (et al., 2012, 7 Cyranowski JM).

من البديهي أن تواجد أكثر من حالة مزمنة واحدة ينبغي أن يؤدي إلى أعباء مضافة على الصحة، وعلى مستوى الدراسات الشخصية عن عبء المرض، فإن التمييز المقنع بين التكاليف المرتبطة بحالة اكلينيكية مفردة وتلك المرتبطة بحالات مختلطة تكون ذات قيمة (Wiebe and Hesdorffer, 2007, 146). وفي مراجعة منهجية لـ 45 دراسة تقيم أثر الاختلاطية الجسدية أو النفسية على نوعية الحياة عموماً في الحالات المزمنة وجدت 39 من هذه الدراسات ارتباطاً دالاً بين الاختلاطية وانخفاض نوعية الحياة (Baumeister, 2005, 1090). وفي دراسة وصفت التفاعلات

المعقدة والوثيقة بين كل من الاختلاطية الجسدية - الاختلاطية النفسية- والقياسات الفسيولوجية وجدت أن الاختلاطية الجسدية تؤثر بشكل رئيسي على الجوانب البدنية لنوعية الحياة، في حين أن الاختلاطية النفسية تؤثر بدورها على الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية (Katon et al., 2007, 147). وتشير الأدلة على أن نوعية الحياة تتنبأ بشكل أكثر دقة بمؤشرات الاختلاطية التي تتضمن قياسات الخطورة (Fortin M et al., 2005). هذا ما أكدت عليه نتائج دراسة (Araújo et al., 2014, 56) أن شدة أعراض الاكتئاب المختلطة هي واحدة من أهم العوامل في تحديد نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

هذا يطرح تساؤل عن كيفية التقييم الكاملة لحالة المريض الذي يعاني من عدد من الأمراض المترابطة، من أين يبدأ المرض وأي معالجة يتطلب؟. حيث أن تأثير الأمراض المختلطة على الآثار الاكلينيكية، التشخيصية، والعلاجية لكثير من الأمراض هو متعدد الأبعاد. ويجب أن يؤخذ وجود الاختلاطية في الاعتبار عند اختيار خطط التشخيص والعلاج لأي مرض معين. ويبين العرض السابق أنه لتحسين علاج اضطرابات المحور الأول المختلفة، ينبغي المزيد من البحث في القدرة التنبؤية لاضطرابات الشخصية على النتائج العلاجية، حيث أن علاج اضطرابات المحور الأول والثاني المختلطة يتطلب المزيد من الاهتمام، والانتباه لمشاكل الاختلاطية أيضاً يحسن نتائج العلاج. وإذا كانت الاختلاطية تظهر بسبب أن المشاكل أو الاضطرابات المختلفة تشترك بنفس عوامل الخطورة، فإن تدخلات المعالجة لعوامل الخطورة هذه يجب أن تخفف انتشار هذه المشاكل المضاعفة.

المحور الرابع: فاعلية علاج الاضطرابات النفسية في إطار علاقتها بالاختلاطية

تتوقف فاعلية العلاج إلى حد كبير على أهمية الإحاطة بجميع الوجوه المتعلقة بالاضطراب النفسي؛ حيث تتبع صعوبة وضع العلاج أو التدخل العلاجي المناسب من صعوبة تفسير أو تشخيص الاضطراب وأسبابه المختلفة. منها على سبيل المثال بعض صعوبات التشخيص بسبب وجود اختلاطية مع اضطرابات أخرى وعدم مراعاة هذه الاختلاطية عند تحديد التدخل العلاجي المناسب. فمن المهم إذاً إيجاد العوامل التي يمكن أن تسهم بالاحتفاظ بالمعالجة وكذلك الوقاية من الانتكاس وحددت الاختلاطية النفسية من بين العوامل التي يمكن أن تؤثر على فاعلية العلاج (Azlin et al., 2013, 417). حيث تبين أن وجود نسبة مرتفعة للاختلاطية يؤدي إلى نتائج علاجية يائسة أو عاجزة للأفراد ذوي التشخيصات المختلطة، مقارنة مع أولئك الذين ليس لديهم تشخيصات مختلطة (Tomer, 2010, 1). وعلى الرغم من أن العديد من الأطباء يعتقد منذ فترة طويلة أن اضطرابات الشخصية قد تتعارض مع فاعلية علاج اضطرابات المحور الأول، إلا أنه حتى وقت قريب لم تكن هناك دراسات تجريبية حول هذا الموضوع. ويطرح الأدب المتعلق بهذه القضية الأسئلة التالية:

(أ) هل تتنبأ اضطرابات الشخصية بنتائج سلبية لعلاج اضطرابات المحور الأول؟

(ب) وإذا كان الأمر كذلك، هل هناك سمات شخصية معينة أو اضطرابات تفسر مثل هذه النتيجة السلبية؟. يكشف استعراض الأدب المختص عن نتائج قوية بأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لديهم استجابة أدنى لعلاج اضطرابات المحور الأول أكثر من أولئك المرضى بدون هذه الاضطرابات، وهناك القليل من التراث الأدبي لتحديد ما إذا كانت سمات معينة للشخصية المرضية ذات أهمية خاصة، ولكن هناك ما يكفي لتقديم إرشادات منهجية للدراسات المستقبلية (Reich and Green, 1991, 74).

وتبين في حالات كثيرة أن الاضطرابات النفسية المختلطة للمحور الأول والثاني تعدّ متنبأً سلبياً لعلاج اضطرابات المحور الأول (Leibbrand R, 1999, 9 et al.). كما أظهر مستوى الانحدار البسيط نتائج علاجية أدنى بكثير بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المختلطة بالمقارنة مع المرضى الذين ليس لديهم اضطرابات شخصية (Bolle, 2011, 1). وغالباً ما يتم ذكر وجود العديد من اضطرابات الشخصية لدى فرد واحد، والتفاعل بين اضطراب الشخصية وتشخيصات المحور الأول يمكن أن يؤدي إما إلى المبالغة في أثر العلاج الحقيقي أو التعتيم عليه (Bateman and Fonagy, 2000, 138).

كثيراً ما توقع الاكليينكيون والمعالجون النفسيون وغيرهم بأن وجود اضطراب في الشخصية من شأنه أن يتنبأ بمسار أكثر سوءاً لعلاج اضطرابات المحور الأول، ومنذ حوالي عام (1990)، بدأ الاهتمام بالمعايير الموحدة في دراسة هذا المجال تجريبياً، وهناك مجموعة كبيرة من الأدلة التي تشير إلى أن اضطرابات الشخصية قد تسبب نتائج علاجية أدنى لاضطرابات المحور الأول، هذا وتشير التطورات الحديثة في إنتاج بعض العلاجات الدوائية الجديدة إلى أن لهذه العلاجات تأثيرات إيجابية مع بعض حالات الاختلال الوظيفي لبعض سمات الشخصية كما يمكن أن يكون من الأفضل استخدامها مع مرضى المحور الأول ذوي بعض سمات الشخصية المختلطة بالإضافة إلى ذلك، في بعض الأحيان سمات الشخصية قد تتنبأ بنتائج إيجابية للعلاج (Reich J, 2003, 387). وتؤكد نتائج الأبحاث أن اضطرابات الشخصية المختلطة لها تداعيات سلبية عبر مجموعة متنوعة من النتائج، والاختلاطية على وجه الخصوص معنية فيما إذا كانت الاضطرابات المشتركة بالحدوث تتنبأ بنتائج اكلينيكية متباينة، والانتباه لمشاكل الاختلاطية أيضاً يحسن نتائج العلاج. وتشير النتائج إلى أن أهمية الصحة العامة الرئيسية لاضطرابات الشخصية تكمن في تأثيرها على اضطرابات المحور الأول أكثر من آثارها على الأداء (Lenzenweger et al., 2007, 553). فقد أظهرت نتائج الدراسات أن اضطراب الشخصية يؤثر سلباً على النتائج العلاجية، ولا سيما بالنسبة للمرضى الأصغر سناً (والأقدم) الذين يعانون من اضطرابات نفسية بشكل مستقل عن التشخيص وعوامل أخرى (Stevenson et al., 2011, 778). وتشير نتائج دراسة (Bienvenu et al., 2009, 209) إلى أن سمات الشخصية الانطوائية والاعتمادية هي عوامل مهيئة، أو على الأقل علامات خطورة، لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المكشوفة. وظهرت اضطرابات الشخصية المجموعة C التي هي السائدة لدى عينات مرضى العيادات الخارجية مختلطة بشكل مرتفع للغاية مع اضطرابات المحور الأول، ويمكن أن تزيد سوءاً من مسار ونتائج علاج اضطرابات المحور الأول (Jorden et al., 2011, 397). وأكدت نتائج دراسة (Robert, 2010, 488) أن تقييم الشخصية هو جزء مهم من عملية التقييم لأي مريض اكتئاب وهذا وثيق الصلة بالتنبؤ، التشخيص، والاستجابة للعلاج. حيث أن واحدة من الاختلاطيات الأكثر شيوعاً في الطب النفسي هي ما بين نوبة الاكتئاب واضطرابات الشخصية (Oldham J.M et al., 1995; First, 2005). وفي هذه القضية ذكر موري وآخرون أن حوالي ثلثي المرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية كانت لديهم نوبات اكتئاب مختلطة (Morey L.C et al., 2010, 528). ومعظم المرضى النفسيين ذوي اضطراب الاكتئاب الأساسي لديهم على الأقل اضطراب مختلط واحد،

وتأثير هذه الاختلافات على أنماط الاختلاطية الجارية بين المرضى يجب أن يؤخذ في الحسبان في مراكز المعالجة (Melartin et al., 2002, 34). وقد بينت غالبية البحوث آثاراً ضارة لاضطرابات الشخصية على مسار اضطراب الاكتئاب الأساسي وعلى نتائج الأداء والأعراض (Levenson et al., 2012; Gunderson et al., 2004; Viinamäki et al., 2002; M. Tracie Shea et al., 1992). وأظهرت الدراسات أن فعالية علاج التعلق الكحولي والنيكوتين، على سبيل المثال، قد تتحسن فيما إذا توفر علاج للاكتئاب كذلك (Hall W, 1998; Lynskey M. T, 1998). وكانت النتائج العلاجية لمرضى اضطرابات الشخصية المختلطة واضطراب الاكتئاب الأساسي عند تقييم المؤشر مماثلة لأولئك المرضى الذين يعانون من اضطراب في الشخصية نقية وأدنى بكثير من نتائج أولئك المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي نقي (Leslie C et al., 2010, 528).

تعد اضطرابات الشخصية، بصورة خاصة، مساهماً هاماً أو عاملاً مهيئاً لنشوء المرض وللمسار الكلينيكي ونتائج العلاج لإدمان الكحول، حيث أن هناك اعتقاداً سائداً بين الكليينيين أن الكحوليين ذوي اضطرابات المحور الثاني المختلطة أظهروا اضطرابات تعاطي أكثر شدة، أداءً اجتماعياً متدنياً، معدلات منخفضة من الاحتفاظ بالعلاج وارتفاع خطر الانتكاس، وينتج عن ذلك نتائج علاجية سيئة (Eleftherios et al., 2010, 761). وتشمل التطورات الجديدة في هذا المجال على الأهمية التنبؤية لكل من سمات واضطرابات الشخصية وكذلك التحديد المحتمل للسمات في توقع النتائج في بعض الظروف (Reich and Vasile, 1993, 475). كما تبين أن وجود اضطراب في الشخصية المرضية لدى الشخص المسن الذي يعاني من القلق يمكن أيضاً استخدامها لتعديل استراتيجيات العلاج أو التنبؤ بالاستجابة للعلاجات المختلفة (Coolidge et al., 2000, 159).

إذاً يعد مفهوم الاختلاطية ذا أهمية كبيرة بالنسبة لفهم وعلاج الاضطرابات النفسية ومجراها عند إنسان ما، ومن الممكن جداً للمعالجة الهادفة في المعتاد لاضطراب نوعي أن تتغير بشكل كبير عند وجود اضطراب محدد في الشخصية، ويشير راينكر إلى وجود كم كبير من الدراسات التي تناولت مشكلة الاختلاطية (راينكر, 2009, 270). فقد أظهرت دراسة هدفت لاستبيان العلاقات بين اضطرابات الشخصية، ومهارات حل المشكلات، والاستجابة للعلاج لدى مرضى العيادات الخارجية للاكتئاب الأساسي، أن مرضى اضطرابات الشخصية التجنبية، الاعتمادية، النرجسية، والحدودية أظهروا مقدرة منخفضة على حل المشكلات أكثر مما فعل المرضى بدون أي اضطراب في الشخصية (Harley et al., 2006, 496). وأظهرت دراسة أجريت لمقارنة أساليب المعالجة للمرضى الذين يعانون

من تخلف عقلي شديد ذوي/ وبدون اضطرابات في الشخصية أن الاستجابة للعلاج لدى المرضى ذوي التشخيصات المختلطة كانت أدنى من نتائج ذوي التشخيصات المنفردة (1, 2003, Tyrer et.al.). ومقارنة مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب لوحده، ظهر لدى الأفراد ذوي الحدوث المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة واضطراب تعاطي المخدرات وضع أدنى فيما يتعلق بالصحة البدنية والنفسية نتائج متدنية للعلاج، وسير طويل المدى بشكل أكثر من المرض، علاوة على ذلك، فقد تبين أن كل من الاضطرابين يحافظ على الآخر ويؤدي إلى تفاقمه، وبالتالي فإنه ليس من المفاجئ أن الأطباء يعدون فئة المرضى الذين يعانون من حالات الاختلاطية هي صعبة للغاية على العلاج (Katherine, 2013, 482-483).

أظهرت الدراسات تأثيراً للاختلاطية على السلوك الانتحاري؛ حيث أن وجود سمات دافعية لاضطرابات الشخصية (المجموعة B) والإدمان على العقار يزيد خطر القيام بفعل الانتحار، وعدد الاضطرابات المختلطة يزيد محاولة الانتحار، وكانت محاولات الانتحار أكثر شيوعاً لدى المرضى النفسيين الذين لديهم تاريخ طويل في اضطرابات الشخصية (Üçok, 1998 ; Lecrubier Y, 2001). يعاني الأفراد الذين يحاولون قتل أنفسهم في الغالب من اضطرابات نفسية، وغالبيتهم لديهم أكثر من تشخيص واحد، وعدد من الاضطرابات المرتبطة خطياً يزيد من احتمال محاولة الانتحار وهي مؤشر كبير للفتك، والعلاج المناسب للاضطرابات النفسية يمكن أن يخفض نسبة الانتحار بشكل كبير (Lecrubier Y, 2001, 395). كما أظهرت النتائج أن اضطرابات الشخصية المختلطة متكررة وقد تعقد مسار المرض ذي القطبين، وترتبط الاختلاطية مع اضطرابات الشخصية لدى مرضى ذي القطبين بمسار أكثر صعوبة من المرض (مثل نوبات أطول، وقت أقصر لحسن المزاج، وسن مبكرة في بداية الظهور) وزيادة في تعاطي المخدرات، الانتحار والعدوان، وهذه المشاكل واضحة خاصة في اختلاطية اضطراب الشخصية الحدودية، كما تتسبب الاختلاطية مع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بمجموعة مماثلة من الصعوبات؛ بعض من السلوك المعادي للمجتمع التي أظهرها المرضى الذين يعانون من هذه الاختلاطية تتوسطها زيادة الاندفاعية (1, 2013, Ociskova). وتوجد درجة عالية للاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية واضطراب تعاطي الكحول ويمكن أن يرتبط هذا النمط من الاختلاطية مع احتمالية متدنية للشفاء بعد العلاج (333, 2012, Gianoli et al.). ولذلك فإن زيادة الوعي باضطراب الشخصية الحدودية لدى المرضى من الفئات الذين يترددون على عيادات الرعاية الصحية الأولية، وارتفاع معدلات التعرض لصدمات العلاقات الشخصية، والمخاطر المرتفعة

للاختلاطية النفسية لدى هذه الفئة السكانية يمكن أن يعزز تفهم الأطباء (العامون) وعلاجهم وتحويل مرضى اضطراب الشخصية الحدودية (Westphal et al., 2013, 365). أي أن هؤلاء الأشخاص يراجعون الطب العام بشكاوى جسدية ولكن زيادة المعرفة بأن هذه الفئات معرضة كثيراً لصدمة في العلاقات البينشخصية وبالتالي زيادة احتمال وجود اضطرابات في الشخصية الحدودية. ومن هنا فإذا فهم الأطباء هذه الحالات فإنهم يقومون بتحويلهم للطب النفسي وبالتالي تحسن فرص العلاج. هناك اختلاطية عالية بين الإدمان الكحولي، المزاج، القلق، التعاطي واضطرابات الشخصية، وقد ركزت الأدبيات في المقام الأول على اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع والحدودية؛ ومع ذلك، ما يقارب مجموعة كاملة من اضطرابات الشخصية يمكن التعرض لها في إدمان الكحول، مثل التابعة، الانطوائية، والزورية وأخرى (Eleftherios et al., 2010, 761). وهناك أدلة أولية لعلاج فعال من الاضطرابات النفسية لكل من الأفراد ذوي اضطراب مابعد الصدمة واضطراب الشخصية الحدودية. هذه النتائج هامة لتعزيز فهم الصلة بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية وآثارها على العلاج (Frías A et al., 2015, 10).

إذاً انطلاقاً مما ورد سابقاً ونظراً لما للاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية من أثر في الاستجابة للعلاج، وأهمية أخذ اضطرابات الشخصية بعين الاعتبار عند محاولة علاج الاضطرابات النفسية، كان من الضروري العمل على إجراء دراسات متعددة عنها. فقد توصلت دراسة (Hepp U et al., 2005, 259) إلى أن الاختلاطية الطبية النفسية مرتفعة لدى مرضى اضطراب الهوية الجنسية، ويجب أن يؤخذ هذا الأمر بعين الاعتبار عند تخطيط التقييم والعلاج لمرضى اضطراب الهوية الجنسية. كما أظهرت نتائج دراسة (Moran et al., 2003, 129) أن اضطرابات الشخصية المختلطة تترايط بشكل مستقل مع خطر متزايد للتصرف العنيف لدى المرضى الذهانيين. ووجدت دراسة (Bejerot et al., 1998, 398) أن الأشخاص ذوي اضطرابات الشخصية المختلطة كان لديهم درجات أعلى على مقاييس القلق، العدوان غير المباشر، التهيج، الشعور بالذنب، والانفصال. وقدمت نتائج دراسة (Brien, 2003, 57-74) الدليل على الترابط بين اضطرابات الأكل، اكتئاب المحور الأول، اضطراب الوسواس القهري، الإدمان على المخدرات، واضطرابات الشخصية في المحور الثاني. كما أكدت دراسة (Hayward & Moran, 2008, 102-104) أن المرض النفسي واضطرابات الشخصية غالباً ما يظهران لدى نفس الشخص، وأظهرت ترابطاً بين اضطرابات الشخصية المجموعة A

والفصام, اضطرابات الشخصية المجموعة B وسوء استخدام المادة واضطراب الضغط التالي للصدمة, اضطرابات الشخصية المجموعة C والاكئاب, اضطرابات الأكل وعدد من الاضطرابات الانفعالية. ويمكن للباحثة أن تستنتج من هذا العرض النظري ضرورة الوقوف عند الآثار المترتبة على التعايش بين الحالات المتعددة لدى المريض بالنسبة للرعاية الاكلينيكية،وما هو معروف حتى الآن عن كيف ينظر المرضى الذين يعانون من حالات متعددة لمرضهم لا يزال محدوداً. وهناك تشخيص مرتفع لاضطرابات الشخصية المختلطة مع الاضطرابات النفسية النوعية للمحور الأول، والمرضى الذين يستوفون المعايير التشخيصية لواحد من اضطرابات الشخصية لديهم احتمال أكبر لتلبية معايير التشخيص لاضطرابات أخرى. وغالباً ما تحدث الاضطرابات النفسية للمحور الأول واضطرابات الشخصية للمحور الثاني لدى نفس الفرد، وإن كان من شأن هذا أن يكون راجعاً إلى تداخل معايير التشخيص. وأهمية قياس شدة الحالات الاختلاطية في الاضطرابات النفسية المختلفة أمر بالغ الأهمية، ويتم التأكيد عليه من خلال شدة بعض نتائج الاختلاطية، مثل الانتحار وضعف نوعية الحياة. وتؤكد هذه النتائج على أهمية وجود نهج شامل لإدارة والتعامل مع الجوانب المختلفة للاختلاطية.

الباب الثاني:

الفصل الرابع: منهجية الدراسة (إجراءاتها وأدواتها)

يتناول هذا الفصل وصف عينة الدراسة، وإعداد أدواتها والإجراءات المتبعة للتحقق من صدقها وثباتها والأساليب الإحصائية التي استخدمت للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من فرضياتها، وفيما يلي عرض لذلك:

1. منهج الدراسة :

تم استخدام المنهج السببي المقارن وذلك لوصف وضبط متغيرات الدراسة، وتحليل النتائج التي تتوصل إليها، ومن ثم تفسيرها للوقوف على دلالاتها المختلفة وذلك للوصول إلى هدف الدراسة. وتصنف البحوث السببية المقارنة في بعض الأحيان مع البحوث الوصفية، لأنها تصف الحالة الراهنة للمتغيرات، إلا أن هذا النوع من البحوث ليس قاصراً على وصف المتغيرات، بل يهدف إلى تحديد أسباب الحالة الراهنة للظاهرة موضوع الدراسة. ولذلك يمكن اعتباره بشكل عام نوعاً من البحوث قائماً بذاته. والبحاث السببية المقارنة هي ذلك النوع من البحوث الذي يحاول فيه الباحث تحديد أسباب الفروق القائمة في حالة أو سلوك مجموعة من الأفراد وبمعنى آخر فإن الباحث يلاحظ أن هناك فروقاً بين بعض المجموعات في متغير ما، ويحاول التعرف على العامل الرئيسي الذي أدى إلى هذا الاختلاف ويطلق في بعض الأحيان على هذا النوع من البحوث "مابعد الواقع" حيث إن العلة والمعلول يكونان قد حدثا ويحاول الباحث دراستهما دراسة تراجمية (أبو علام، 2004، 219). كما هو الحال بالنسبة للدراسة الحالية حيث تحاول الباحثة دراسة التفسير المحتمل للفروق الظاهرة في الاستجابة العلاجية لدى المرضى النفسيين بافتراض أن السبب الرئيسي لهذه الفروق يرجع إلى وجود اضطراب في الشخصية لدى الأفراد الذين لا يحققون الاستجابة المطلوبة. ولذلك قامت الباحثة باختيار مجموعة من المرضى الذين لديهم اضطراب في الشخصية ومجموعة أخرى ليس لديهم اضطراب في الشخصية ثم تقارن الاستجابة العلاجية للمجموعتين. فإذا أظهرت المجموعة التي ليس لديها اضطراب في الشخصية استجابة علاجية أفضل فإن الباحثة تقبل الفرض الذي وضعته. ولذلك تكون نقطة البدء الأساسية في المنهج السببي المقارن هو التعرف على المعلول ثم السعي إلى تحديد الأسباب المحتملة له (العلة). وأحد تنويعات هذا المنهج البدء بالسبب ومحاولة الوصول منه إلى النتيجة. والسؤال الرئيسي لهذا النوع من البحث هو: ما أثر س؟ (أبو علام، 2004، 219).

قد يبدو من الصعب في البداية التمييز بين البحوث التجريبية والبحوث السببية المقارنة، فكلاهما يتضمن المقارنة بين المجموعات. وببساطة، فإن الفرق الرئيسي هو المعالجة التي يتعرض لها المتغير المستقل، وهو السبب المفترض في البحوث التجريبية وهذا أمر لا يحدث في البحوث السببية المقارنة، إذ أننا نلاحظ حدوث المتغير المستقل فقط ولانعالجه. فالأساس في البحوث السببية المقارنة هو أن أحد المجموعات مر بخبرة لم تمر بها المجموعة الأخرى. أو أن إحدى المجموعات قد تمتلك خاصية ليست لدى المجموعة الأخرى، وعلى أي الأحوال فإن الفروق بين المجموعات (المتغير المستقل) ليست من صنع الباحث (أبو علام، 2004، 220). كما هو الحال في الدراسة الحالية حيث ليس هناك تصميم لبرنامج علاجي والفرق بين مجموعتي الدراسة هو أن إحدى المجموعتين لدى أفرادها اضطراب في الشخصية مصاحب للاضطراب النفسي في حين أن المجموعة الأخرى لدى أفرادها اضطراب نفسي فقط بدون اضطراب في الشخصية، والهدف هو قياس أثر هذا على الاستجابة العلاجية للمجموعتين وليس على الإجراءات العلاجية. ولذلك فإن البحوث السببية المقارنة تسمح باستقصاء عدد من المتغيرات التي لا يمكن دراستها تجريبياً. ويمكن التعرف من البحوث السببية المقارنة على بعض العلاقات التي تقودنا إلى بحوث تجريبية. فالبحوث التجريبية مكلفة للغاية، ولا يجب القيام بها إلا إذا كان هناك اعتقاد قوي بأهميتها. وتساعدنا البحوث السببية المقارنة على التعرف على بعض المتغيرات التي تستحق استقصاءها تجريبياً، والواقع أن بعض البحوث السببية المقارنة تجري فقط بغرض التعرف على بعض النتائج المحتملة لبحث تجريبي (أبو علام، 2004، 221).

ويتضمن التصميم الأساسي للبحث السببي المقارن مجموعتين من الأفراد تختلفان في أحد المتغيرات المستقلة، وتقارن النتائج بالنسبة لأحد المتغيرات التابعة. وعليه يكون التصميم الخاص بالدراسة الحالية:

المجموعة	المتغير المستقل	المتغير التابع
(المرضى ذوي اضطراب الشخصية)	وجود اضطراب الشخصية	الاستجابة العلاجية
(المرضى بدون اضطراب الشخصية)		

2. إجراءات الدراسة:

تم تنفيذ الخطوات الآتية من أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة:

2.1. إجراءات ما قبل التطبيق:

- إعداد أدوات الدراسة المتمثلة في المقاييس التي استخدمت لقياس متغيرات الدراسة.
- اختيار عينة الدراسة.

2.2. إجراءات التطبيق: قامت الباحثة بتنفيذ الخطوات التالية:

2.2.1. تطبيق استبيان تشخيص الشخصية (Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+)) على أفراد العينة كاملة قبل العلاج وذلك لفرز العينة وتشخيص الأفراد المرضى ذوي اضطرابات الشخصية أي الذين يعانون من اضطراب مختلط (اضطراب في الشخصية مصاحب للاضطراب النفسي النوعي) مقابل الذين لديهم اضطراب نوعي فقط (اضطراب نفسي بدون اضطراب في الشخصية) والتي بلغت عند التطبيق (48 استمارة) تم إسقاط خمس استمارات حققت معايير مقياس الكذب والمرغوبية الاجتماعية لاستبيان اضطرابات الشخصية فأصبح العدد (43 استمارة) خضعت للمرحلة التالية للدراسة.

2.2.2. تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى: مرضى مشخصين باضطرابات نفسية نوعية (أي اضطرابات المحور الأول لـ DSM- IV "القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب") المتوفرة من مراجعين للعيادة الطبية النفسية المتعاونة للدراسة تكونت من (18 مريضاً).

- المجموعة الثانية: مرضى يعانون من اضطراب في الشخصية بالإضافة للاضطراب النفسي المشخص من قبل الطبيب المعالج، وبنفس شروط المجموعة الأولى تكونت من (25 مريضاً).

2.2.3. تطبيق مقاييس الاضطرابات النوعية الأخرى (مقياس القلق - مقياس الاكتئاب - مقياس الوسواس القهري) على أفراد العينة للمجموعتين (الأولى: المرضى بدون اضطرابات الشخصية، والثانية: المرضى ذوي اضطرابات الشخصية) قبل العلاج الطبي النفسي (تطبيق قبلي) وذلك للتأكد من تطابق التشخيص مع تشخيص الطبيب وفرز أفراد العينة لكل اضطراب على حدا (مرضى الاكتئاب - مرضى القلق - مرضى الوسواس القهري).

2.2.4. إعادة تطبيق مقاييس الاضطرابات النفسية النوعية فقط على جميع أفراد العينة لكلا المجموعتين بعد مرور فترة ستة أشهر من العلاج الطبي النفسي لكل مفحوص (تطبيق بعدي).

2. 2. 5. إعادة تطبيق مقاييس الاضطرابات النفسية النوعية فقط مرة ثالثة على جميع أفراد العينة لكلا المجموعتين بعد مرور فترة سنة من العلاج الطبي النفسي لكل مفحوص (تطبيق بعدي مؤجل) والتي بلغت عند التطبيق (37) مفحوصاً (17 للمجموعة الأولى و 20 للمجموعة الثانية) وذلك بسبب انسحاب ستة من أفراد العينة لعدم متابعة فترة العلاج أو عدم القدرة على التواصل معهم لإجراء التطبيق البعدي المؤجل.

جدول رقم (1) يوضح زمن تطبيق المقاييس النفسية على أفراد عينة الدراسة في التطبيق (القبلي - البعدي - البعدي المؤجل)

الرقم	الجنس	الاضطراب	اضطراب الشخصية		تطبيق قبلي	تطبيق بعدي	تطبيق بعدي مؤجل
			م	غ			
1	أنثى	قلق	-		2013-7-2	2014-1-5	2014-7-7
2	أنثى	قلق	-		2013-4-22	2013-10-25	2014-4-20
3	ذكر	قلق	-		2013-7-14	2013-1-10	2014-7-12
4	أنثى	قلق	-		2013-4-21	2013-9-23	-
5	أنثى	قلق	-		2013-7-27	2014-1-22	2014-7-18
6	أنثى	قلق	-		2013-6-30	2013-12-27	2014-6-25
7	أنثى	قلق	-		2013-3-10	2013-9-2	2014-3-5
8	ذكر	قلق	-		2013-7-10	2014-1-7	2014-7-9
9	أنثى	قلق	-		2013-5-12	2013-11-15	2014-5-11
10	أنثى	قلق	-		2013-5-6	2013-12-10	2014-6-11
11	أنثى	قلق	-		2013-7-10	2014-1-20	2014-7-22
12	ذكر	قلق	-		2013-4-21	2013-10-20	2014-4-25
13	ذكر	قلق	-		2013-7-9	2014-1-5	2014-7-9
14	أنثى	قلق	-		2013-7-26	2013-1-16	2014-7-12
15	أنثى	قلق	-		2013-7-9	2014-1-2	2014-7-4
16	أنثى	قلق	-		2013-7-12	2014-1-5	2014-7-6
17	أنثى	اكتئاب	-		2013-3-4	2013-9-7	2014-3-9
18	أنثى	اكتئاب	-		2013-7-11	2013-11-12	2014-5-10
19	أنثى	اكتئاب	-		2013-6-29	2013-12-29	2014-6-27
20	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-12	2013-11-7	2014-5-5
21	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-2	2013-11-1	2014-5-3
22	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-3	2013-10-6	2014-4-10
23	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-5	2013-11-5	-

الرقم	الجنس	الاضطراب	اضطراب الشخصية		تطبيق قبلي	تطبيق بعدي	تطبيق بعدي مؤجل
			م	غ			
24	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-4	2013-11-10	2014-5-12
25	أنثى	اكتئاب	-		2013-5-12	2013-11-6	2014-5-7
26	أنثى	اكتئاب	-		2014-7-31	2014-1-30	2014-7-28
27	أنثى	اكتئاب	-		2013-6-29	2013-12-25	2014-6-20
28	ذكر	اكتئاب	-		2013-4-21	2013-9-21	2014-3-20
29	أنثى	اكتئاب	-		2013-4-4	2013-10-16	2014-4-11
30	ذكر	اكتئاب	-		2013-5-2	2013-11-7	-
31	أنثى	وسواس		-	2013-3-25	2013-9-21	2014-3-18
32	أنثى	وسواس		-	2013-7-21	2014-1-15	2014-7-12
33	ذكر	وسواس		-	2013-5-4	2013-11-7	-
34	ذكر	وسواس		-	2013-6-27	2013-12-23	2014-6-20
35	أنثى	وسواس		-	2013-3-11	2013-9-5	2014-3-3
36	ذكر	وسواس		-	2013-4-3	2013-10-11	2014-4-8
37	ذكر	وسواس		-	2013-4-28	2014-1-30	2014-7-29
38	أنثى	وسواس		-	2013-4-26	13-2-10-23	-
39	ذكر	وسواس		-	2013-6-25	2013-12-20	2014-6-22
40	أنثى	وسواس		-	2013-3-20	2013-9-25	-
41	ذكر	وسواس		-	2013-7-5	2013-1-7	2014-7-6
42	ذكر	وسواس		-	2013-4-22	2013-10-20	2014-4-18
43	ذكر	وسواس		-	2013-3-16	2013-9-15	2014-3-17

2. 3. إجراءات المعالجة:

- كان يقوم الطبيب في موعد الزيارة بإجراء الفحص النفسي للمريض وخلال هذا الفحص يقوم بسؤال المريض عن أفكاره ومشاعره ومخاوفه وطريقة تصرفه تجاه الأعراض التي يعاني منها، وكذلك عن كل ما يتعلق بمرضه ويمكن أن يفيد في تشخيص حالته وعلاجها، السؤال عن أعراض المرض بالتفصيل (متى بدأت، ونسبة خطورتها، ومدى تأثيرها على حياته بشكل عام، بماذا تتأثر هذه الأعراض، هل يوجد في العائلة من يعاني من مرض نفسي، هل تعرّض المريض لصدمات نفسية مؤخراً). وذلك للتعرف على نمط تفكيره، وتصرفاته لتشخيص الحالة وتقييمها وتقديم العلاجات والرعاية الصحية المناسبة.

- يقوم الطبيب كذلك بمناقشة المريض حول وجود أفكار عدوانية أو أفكار انتحارية لديه.

- كما كان يحتاج الطبيب في بعض الأحيان إلى الجلوس والتحدث مع أفراد عائلة المريض أو أصدقاءه.

- وفي بعض الحالات كان يحتاج المريض بإشراف الطبيب تغيير نوع أو جرعات الدواء من حين لآخر حتى يصل إلى الدواء والجرعة المناسبة والتي بواسطتها يمكن الحصول على نتيجة مُرضية وتحسّن ملحوظ في الحالة. وفيما يلي الجداول ذات الأرقام (2-3-4) التي توضح بيانات الحالات والشكوى والأعراض الهامة والتشخيص وإجراءات العلاج التي وُضعت من قبل الطبيب المعالج لكل حالة بالنسبة لكل اضطراب.

الجدول (2) يوضح بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى الاكتئاب والأعراض وإجراءات العلاج

حالة	الجنس	العمر	مستوى التعليم	الحالة الاجتماعية	العمل	الأعراض
1	أنثى	37	جامعية	متزوجة	ربة منزل	- شكوى مستمرة بعدم القدرة على الاستمتاع بالأشياء والأحداث. ليس هناك أهمية لأي شيء كما كان من قبل. رغبة بالموت للخلاص من العذاب
	إجراءات العلاج	- لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - شفاتر بنيل 10ملغ حبة يومياً قبل النوم لمدة شهر، ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - فينيليسين حبة مساءً قبل النوم في الشهر الخامس والسادس. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر.				
2	أنثى	20	جامعية	عازبة	طالبة	- أو هام متمركزة حول المكانة الوضيعة وتفاهة الحياة. - هلاوس تتضمن ما يقلل من القيمة ويشعرها بضعفها. - اضطراب النوم. - فقدان الشهية والرغبة في الحركة.
	إجراءات العلاج	- لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - ليمبترون حبة مساءً خلال الشهر الأول تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 3 مرات باليوم حتى نهاية فترة العلاج. - موتيفال حبة 3 مرات يومياً في بداية العلاج لمدة 3 أشهر.				

3	أنثى	40	إعدادية	عازبة	لاعمل	<ul style="list-style-type: none"> - حالة اكتئابية مسيطرة طوال اليوم. - تشاؤم. - حزن عام. - رغبة وقدرة دائمة على البكاء. - انهك عام. - زيادة الشهية ترافقها زيادة في الوزن. - فقدان الرغبة بالحركة ورؤية الآخرين. - قلق شديد يتعلق بالمظهر. - تعاطي المشروبات.
	إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - لارجاكتيل 100ملغ 2/1 حبة مساءً. - لينام 25 حبة حبة صباحاً ومساءً. - إسبي - برام 10ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع للعلاج. 				
4	أنثى	22	جامعية	عازبة	تدريس خاص	<ul style="list-style-type: none"> - اضطراب النوم والانهك الشديد. - بكاء مستمر وشروود دائم. - علاقات اجتماعية معدومة واتجاه للعزلة وفقدان الاهتمام. - فقدان الثقة بالآخرين وفقدان معنى الحياة.
	إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - شفاتربتيل 10ملغ حبة يومياً قبل النوم لمدة شهر، ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر. 				
5	أنثى	50	أمية	متزوجة	ربة منزل	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان الرغبة بالحياة أو رغبة شديدة بالموت لأنه الخلاص. - حزن شديد بكاء أغلب الأوقات. - التشاؤم والشعور الدائم بعدم الجدوى وبأن الحياة مضت بدون أي إنجاز. - أوهام تتمركز حول ضياع سبل الحياة. - اضطرابات في الذاكرة.
	إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - ليمبتترول حبة مساءً خلال الشهر الأول تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 3 مرات باليوم حتى نهاية فترة العلاج. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر. 				

						- إسي - برام 20 ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع.
6	أنتى	30	ثانوية	متزوجة	مهنية	- توهم المرض يتجلى من خلال التردد على عيادات الأطباء. - اضطراب النوم وزيادة الشهية. - هياج وكثرة الحركة والكلام. - عدم القدرة على اتخاذ القرارات.
	إجراءات العلاج					- لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - لارجاكتيل 100 ملغ 2/1 حبة مساءً. - لينام 25 حبة صباحاً ومساءً.
7	أنتى	28	ثانوية	متزوجة	ربة منزل	- حالة مزاجية سوداوية. - تشاؤم وشعور بالذنب واحتقار للذات. - فقدان الشهية. - العزلة الاجتماعية نتيجة الخجل من المظهر وانخفاض الثقة بالنفس.
	إجراءات العلاج					- لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - شفاتربتيل 10 ملغ حبة يومياً قبل النوم لمدة شهر، ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر.
8	ذكر	27	إعدادية	متزوج	عسكري	- انهك شديد واضطراب في النوم. - توتر مستمر وخوف من حدوث شئ سيء. - هياج دائم وعدم القدرة على اتخاذ القرار المناسب. - المبالغة في تعاطي الكحول.
	إجراءات العلاج					- لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - لارجاكتيل 100 ملغ 2/1 حبة مساءً. - لينام 25 حبة صباحاً ومساءً. - إسي - برام 10 ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع للعلاج.
9	أنتى	32	ثانوية	عازبة	وظيفة خاصة	- شكوى مستمرة من الشعور بالحزن وعدم القدرة على

						الإحساس بالسعادة من أي شيء. - فقدان الأمل بالحياة يتجلى من خلال تكرار عبارات مثل الحياة مملّة وليس فيها أي معنى. - اتهام القدر بأنه غير عادل.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - ليمبتول حبة مساءً خلال الشهر الأول تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 3 مرات باليوم حتى نهاية فترة العلاج. - موتيغال حبة 3 مرات يومياً في بداية العلاج لمدة 3 أشهر.
10	ذكر	46	ثانوية	متزوج	مهني وناشط سياسي	- زهد في الحياة والشعور بعدم الجدوى. - إحساس بالمسؤولية عن آلام المحيطين. - المبالغة بإهمال الذات. - هلاوس تتضمن ما يحط من القدر والأهمية.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - ليمبتول حبة مساءً خلال الشهر الأول تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 3 مرات باليوم حتى نهاية فترة العلاج. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر. - إسي - 20 ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع.
11	أنثى	60	أمية	متزوجة	ربة منزل	- حالة اكتئابية عامة تسيطر على الحياة طوال الوقت. - حزن شديد وبكاء مستمر. - اضطراب في النوم والذاكرة. - تكرار عبارة أن ما يحدث هو عقاباً.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - موتيغال حبة 3 مرات يومياً في بداية العلاج لمدة 3 أشهر. - لينام 25 حبة حبة صباحاً ومساءً. - إسي - 20 ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع.
12	أنثى	32	ثانوية	متزوجة	ربة منزل	- حالة عامة من المزاج السيء والحزن والتشاؤم. - ليس هناك أي متعة في الحياة. - توهم المرض والمبالغة في الخوف من الموت والمرض.

						- انهالك شديد وفقدان الشهية.
						إجراءات العلاج - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - ليمبتول حبة مساءً خلال الشهر الأول تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 3 مرات باليوم حتى نهاية فترة العلاج. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر.
13	أنثى	38	جامعية	عازبة	لاعمل	- تشاؤم وحالة من الحزن وعدم القدرة على الاهتمام لا بالذات ولا بالآخرين. - العزلة الاجتماعية وعدم القدرة على إقامة العلاقات أو حتى التواصل مع الآخرين. - العجز عن الإنجاز. تناول المشروبات بكثرة.
						إجراءات العلاج - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر . - شفاتربنيل 10ملغ حبة يومياً قبل النوم لمدة شهر، ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - لكسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر. - إسبي - برام 20 ملغ حبة واحدة مساءً اعتباراً من الشهر الرابع.
14	أنثى	36	ثانوية	عازبة	لاعمل	- شكوى دائمة من عدم أهمية الحياة مترافقة مع عدم القدرة على السعادة لأي سبب. - شعور بالحقد والكراهية غير معهود تجاه الآخرين الذين يتمتعون بما تفقده. - فقدان الرغبة بالحركة يسيطر عليها الكسل واللامبالاة. - عدم القدرة على الاهتمام بالمظهر الخارجي.
						إجراءات العلاج - لقاءات دورية مع الطبيب المعالج تتراوح بين مرتين في الشهر إلى مرة كل 20 يوم على مدار ستة أشهر. - وتيفال حبة 3 مرات يومياً في بداية العلاج لمدة 3 أشهر. - كسوتان حبة صباحاً ومساءً لمدة 3 أشهر.

الجدول (3) يوضح بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى القلق والأعراض وإجراءات العلاج

حالة	الجنس	العمر	مستوى التعليم	الحالة الاجتماعية	العمل	الأعراض
1	أنثى	41	معهد متوسط	عازبة	لاعمل	- انشغال مبالغ فيه على الصحة والسلامة.
						- سرعة الغضب والتعب حتى أثناء فترة الراحة.
إجراءات العلاج: - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 10 حبة حبة صباحاً ومساءً. - تانوكس حبة صباحاً ومساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.						
2	أنثى	46	ثانوية	متزوجة	ربة منزل	- الإحساس بالانفصال عن بعض أجزاء الجسد.
						- ألم في الصدر وضغط وعدم ارتياح بشكل عام.
إجراءات العلاج: - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - بكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - انوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.						
3	ذكر	34	ثانوية	متزوج	متطوع	- توقع الشر وانتظار وقوعه في كل لحظة.
						- الشعور الدائم بالتوتر والتمللم وعدم الاستقرار.
إجراءات العلاج: - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 25 حبة حبة صباحاً ومساءً. - تانوكس حبة صباحاً ومساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.						
4	أنثى	39	ثانوية	متزوجة	ربة منزل	- شعور بانعدام السيطرة على النفس.
						- ضيق في التنفس.
إجراءات العلاج: - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - اهتزاز وارتعاش في اليدين والقدمين. - توتر وعدم استقرار.						

						- ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
5	أنثى	32	جامعية	متزوجة	ربة منزل	- الخوف من المجهول. - نوبات متكررة من الدوخة والإغماء. - شعور بالاختناق وغصة في الحلق.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
6	أنثى	38	ثانوي	عازبة	لاعمل	- مشاعر قلق عامة وتوتر دائم. - غثيان واضطراب في المعدة. - حساسية زائدة للصوت والضوء. - نوبات من التعرق المزعج بشكل مستقل عن الحرارة.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - موتيفال حبة مساءً يومياً لمدة 3 أشهر. - لينام 10 حبة حبة صباحاً ومساءً.
7	أنثى	32	ثانوية	متزوجة	ربة منزل	- خوف عام مجهول السبب وقلق من المستقبل. - سرعة في دقات القلب. - الشعور المستمر بعدم الراحة.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
8	ذكر	63	أساسي	متزوج	متقاعد	- مزاج مكتئب وشك في كل شيء. - قلق حول المستقبل. - التفكير في أمور مزعجة بشكل مستمر. - الإحساس بالانزعاج دائماً.
	إجراءات العلاج					لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
9	ذكر	24	معهد تجاري	عازب	طالب مفتوح	- الخوف من فقدان السيطرة على النفس. - عضلات متوترة دائماً.

						<ul style="list-style-type: none"> - قلق من المستقبل الذي لا ينبئ بخير. - دوار ودوخة مستمرة.
						<p>إجراءات العلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - موتيفال حبة مساءً يومياً لمدة 3 أشهر. - ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر.

10	أنثى	33	ماجستير	متزوجة	مدرسة	<ul style="list-style-type: none"> - قلق عام وخوف مستمر من الفشل. - أعصاب مشدودة باستمرار مع نوبات من الإغماء. - صعوبة في التنفس مع اضطراب في ضربات القلب.
						<p>إجراءات العلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً.
11	أنثى	35	معهد زراعي	متزوجة	ربة منزل	<ul style="list-style-type: none"> - إحساس بالهزيمة والقلق من كل شيء يرافقه نرفزة دائمة. - شعور بالانزعاج والتفكير المستمر في أشياء مزعجة وأعصاب مشدودة.
						<p>إجراءات العلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً.
12	أنثى	28	ابتدائية	متزوجة	ربة منزل	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بالخوف من شيء غير معروف. - نوبات من الدوخة والإغماء. - الحاجة الزائدة للهواء والصعوبة في التنفس.
						<p>إجراءات العلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً.
13	أنثى	55	ابتدائية	متزوجة	متقاعدة	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بأن الظروف المحيطة غامضة وغريبة.

						<ul style="list-style-type: none"> - إحساس مكتئب وضعف الأعصاب والتعرض لنوبات عصبية متكررة. - حالات إغماء وفقدان السيطرة على النفس.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
14	أنثى	29	معهد تجاري	متزوجة	موظفة	<ul style="list-style-type: none"> - أعصاب مشدودة باستمرار ونوبات من النرفزة - التفكير في أمور مزعجة باستمرار أن الآخرين يسيئون الظن بها. - شعور عام بالقلق.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة. - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً.
15	ذكر	31	جامعي	عازب	أعمال حرة	<ul style="list-style-type: none"> - توقع حدوث أشياء خطيرة بشكل مستمر. - التوتر الدائم وعدم الاستقرار.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة. - لينام 10 حبة صباحاً ومساءً.
16	أنثى	33	ثانوية	عازبة	لاعمل	<ul style="list-style-type: none"> - إحساس بالقلق بشكل عام طوال الوقت. - فقدان السيطرة على ردود الأفعال. - عضلات متوترة بشكل مستمر.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بمعدل مرة في الشهر: - ليكسوزيبام حبة مساءً لمدة شهرين ثم حبة صباحاً ومساءً لمدة 4 أشهر. - تانوكس حبة مساءً يومياً في الأشهر الثلاثة الأخيرة.

الجدول (4) يوضح بيانات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري والأعراض وإجراءات العلاج

حالة	الجنس	العمر	مستوى التعليم	الحالة الاجتماعية	العمل	الأعراض
1	أنثى	32	إبتدائية	متزوجة	ربة منزل	<ul style="list-style-type: none"> - الخوف الشديد من تناول أي شيء من الناس. - قضاء وقت طويل ومجهد في تنظيف كامل المنزل. - الحرص الشديد كلما عاد الزوج والأولاد من الخارج على أن يقوموا بتنظيف أنفسهم جيداً لتذهب الجراثيم العالقة التي تظن أنها ستجلب الأمراض.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - ليكساسير 5 ملغ حبة واحدة مساء لمدة شهر، ثم تعدل الجرعة وتزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 20 ملغ مساءً. - مونتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر.
2	ذكر	33	ماجستير	عازب	ضابط مهندس	<ul style="list-style-type: none"> - التأخر بشكل دائم في إنجاز العمل بسبب التدقيق الشديد خوفاً من وقوع الخطأ. - القلق غي القابل للتحمل في حال عدم القدرة على فحص كل عناصر العمل بدقة. - الاعتقاد بأنه الملام الوحيد عن أي نتيجة سيئة أو أي حادث في العمل.
						<p>إجراءات العلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - سيروسات الترا 10 ملغ حبة واحدة صباحاً لمدة شهر، ثم حبة 20 ملغ لمدة شهر وتزداد تدريجياً لتصبح حبتان 20 ملغ يومياً. - تانوكس 1.5 ملغ حبة صباحاً وحبة مساءً لمدة 3 أشهر.
3	ذكر	50	دبلوم	عازب	مدرس	<ul style="list-style-type: none"> - قضاء الكثير من الوقت للتأكد من أن الأمور كلها تسير بشكل جيد. - عدم القدرة على الخروج من المنزل صباحاً قبل التأكد لمرات عديدة من إغلاق جميع الأجهزة الكهربائية والنوافذ وغيرها وهذا يتطلب الكثير من الوقت. - إعادة هذا مرات عديدة حتى الشعور بالارتياح.

					إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - سيروسات الترا 10 ملغ حبة واحدة صباحاً لمدة شهر، ثم حبة 20 ملغ لمدة شهر وتزداد تدريجياً لتصبح حبتان 20 ملغ يومياً. - موتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر.
4	أنثى	42	إجازة	متزوجة	ربة منزل	<ul style="list-style-type: none"> - الخوف الشديد من إيذاء الأولاد رغم الإدراك الكامل بعدم إرادة هذا الشيء. -إلا أن الأفكار السيئة تلح وتتكرد دائماً في الرأس . - خيالات مستمرة بأنها تفقد السيطرة على نفسها وتقدم على قتلهم. - هذه الأفكار والتخيلات تسبب الشقاء والتعاسة والتوتر المستمر.
					إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - رازيليت حبة واحدة مساءً يومياً. - زولوسير 50 ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر.
5	ذكر	46	إجازة	متزوج	مدير قسم	<ul style="list-style-type: none"> - أفكار متكررة أثناء التواجد في العمل عن أن أمراً خطيراً يحدث مع أحد أفراد الأسرة في مكان آخر. - هذه الأفكار مؤلمة كثيراً وتولد الضغط والتوتر. - عدم القدرة على الاستقرار في المكان نتيجة هذه الأفكار وترك العمل والذهاب للتأكد من أن شيئاً لم يحدث.
					إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - ليكساسير 5 ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر، ثم تعدل الجرعة وتزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 20 ملغ مساءً. - إسي - برام 10 ملغ حبة واحدة يومياً. - زولوفت حبة واحدة صباحاً تبدأ خلال الشهر الرابع من العلاج.
6	ذكر	52	إجازة	متزوج	موظف	<ul style="list-style-type: none"> - أفكار جنسية متكررة تلح بقوة تتسبب بتأنيب الضمير. - خيالات متكررة بالإقدام على الاعتداء في يوم من الأيام على الابنة، لذلك فهو يلوم نفسه ويؤنب ضميره بشدة. - فقدان القدرة على الحياة بسلام كبقية البشر نتيجة لهذه الأفكار والخيالات التي ليس له حول ولا قوة تجاهها.
					إجراءات العلاج	<ul style="list-style-type: none"> - لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية: - زولوسير 50 ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر. - زولوفت حبة واحدة صباحاً تبدأ خلال الشهر الرابع من العلاج.

7	أنثى	32	ثانوية	عازبة	موظفة	<ul style="list-style-type: none"> - أفكار دينية متكررة تشكك بقدرة الخالق . - تأنيب الضمير بشدة ومشاعر اكتئاب مسيطرة. - فقدان الشهية للطعام ومشاكل سوء التغذية.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رازيليت حبة واحدة مساءً يومياً. - زولوسير 50ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر. 				
8	ذكر	33	ثانوية	عازب	طالب	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بأنه مجبور على القيام بأعبائه بشكل آلي وبشكل متزايد إلى أن يسيطر هذا الشعور على كل أعماله وتصرفاته. - تعرضه لمشاكل العلاقات الشخصية نتيجة لذلك وتعرضت حياته الخاصة للخطر كذلك بسبب هذه الصعوبات وهو يقف عاجزاً أمامها.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - سيروسات الترا 10 ملغ حبة واحدة صباحاً لمدة شهر، ثم حبة 20 ملغ لمدة شهر وتزداد تدريجياً لتصبح حبتان 20ملغ يومياً. - إسبي - برام 10ملغ حبة واحدة يومياً. 				
9	ذكر	43	إعدادية	عازب	موظف	<ul style="list-style-type: none"> - تكرار الأحاديث والأفكار بشكل اعتيادي وآلي وبدون القدرة على السيطرة عليها رغم المعرفة بأن الناس يملون الأحاديث ولا يعيرونها أهمية. - حيث يشعر بأن هناك قوة داخلية تجبره على القيام بهذا الشيء ولا يمكنه مقاومتها. - مايسبب له الكثير من المشاكل في علاقاته مع المحيط وبالتالي إحساس بالدونية والفشل.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ليكساسير 5 ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر، ثم تعدل الجرعة وتزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 20 ملغ مساءً. - إسبي - برام 10ملغ حبة واحدة يومياً. - زولوفت حبة واحدة صباحاً تبدأ خلال الشهر الرابع من العلاج. 				
10	أنثى	21	جامعية	عازبة	طالبة	<ul style="list-style-type: none"> - إنجاز الأعمال ببطء شديد للتأكد من الكمالية في العمل مما يؤثر على باقي النواحي. - الحرص الشديد على أداء الأعمال بنفس الترتيب والنظام بغض النظر عن الظروف وعدم القدرة على التغيير مهما استلزمته الظروف. - الشعور الدائم بالتشنج والتوتر واضطراب في العلاقات.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - زولوسير 50ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيفال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر. 				

11	أنثى	27	إعدادية	عازبة	لاعمل	- الشعور بخوف كبير من حوادث الطرق مما يسبب تعب وإنهاك عصبي شديد. - عدم الاستقرار في أي عمل نتيجة الخوف من الخروج من المنزل. - حالة مزاجية كئيبة نتيجة هذا الشعور وما ينتج عنه من خسارات في الحياة.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - رازيليت حبة واحدة مساءً يومياً. - زولوسير 50ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيغال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر. 				
12	ذكر	35	دبلوم تاهيل	عازب	مدرس	- الاصطدام الدائم مع المحيط نتيجة أفكار مختلفة عن السائد إلا أنه لا يستطيع التخلص منها الرغم من معرفته بأنها السبب في مشاكله مع المحيط. - الحرص الشديد على النظام الصارم والدقة في وضع الأشياء في أماكنها وبنفس الترتيب. - استنزاف الوقت والجهد نتيجة هذا والعجز عن فعل أي شيء للتغيير، لدرجة الاضطراب والفشل في العلاقات الشخصية.
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ليكساسير 5 ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر، ثم تعدل الجرعة وتزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 20 ملغ مساءً. - إسبي - برام 10ملغ حبة واحدة يومياً. - زولوفت حبة واحدة صباحاً تبدأ خلال الشهر الرابع من العلاج. 				
13	ذكر	30	ثانوية	عازب	موظف	- أفكار ملحة مزعجة تتمحور حول قضايا جنسية وتسبب الشعور بالضيق والانزعاج الشعور بالذنب وتأنيب الضمير. - هذه الأفكار تأتي رغماً وبشكل قسري وهي متكررة باستمرار ولا يمكن مقاومتها. - العزلة الاجتماعية والبعد عن الناس خوفاً من افتضاح الأمر وعدم القدرة على مواجهة الآخرين
	إجراءات العلاج	<p>لقاءات دورية مع الطبيب بين مرتين إلى ثلاثة في الشهر. وتناول الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - زولوسير 50ملغ حبة واحدة مساءً لمدة شهر تزداد تدريجياً لتصل إلى حبة 100 ملغ مساءً يومياً. - موتيغال حبة 3 مرات باليوم لمدة 3 أشهر. - زولوفت حبة واحدة صباحاً تبدأ خلال الشهر الرابع من العلاج. 				

أما بالنسبة للجانب النفسي من المعالجة فقد اقتصر على بعض أوجه الدعم النفسي الموجهة من قبل الباحثة أثناء لقاءاتها مع أفراد العينة لتطبيق مقاييس الدراسة بالإضافة لذلك متابعتها للحالات في جميع المراحل، وتذكيرهم بمواعيد الجلسات مع الطبيب والتركيز على الالتزام بتناول الأدوية بموعدها وتوفير الأدوية في حال كانت هناك صعوبة في تأمينها لبعض أفراد العينة.

2. 4. إجراءات الدعم النفسي:

- التوضيح للمريض بأن مشاركته في الخطة العلاجية عامل مهم لتخطي المرض بنجاح حيث يحقق أهدافه من العلاج.

- التأكيد للمريض في كل مرة بإعداد نفسه لموعد زيارة الطبيب القادمة وذلك بأن يقوم بتسجيل ما يلاحظه من أعراض وتغيرات هامة ما بين الزيارة والأخرى بوضوح، ويُطع الطبيب عليها.

- توصية المريض بأن يكتب ما يعترضه من مخاوف وقلق، والاضطرابات والضغط التي يتعرض لها مؤخراً سواء في حياته أثناء العمل أو علاقاته الأسرية والاجتماعية.

- تنبيه المريض بأنه يجب الحذر من إيقاف الأدوية دون العودة للطبيب المعالج، والتأكيد على ذلك بشدة بأنه قد يشعر بالثقة بعد شعوره بالتحسن ولذلك فقد يستعجل بإنهاء العلاج ويترك الدواء من تلقاء نفسه، لذلك تقوم الباحثة بتنبيهه والتأكيد على خطورة هذا بأنه قد يسبب تراجع في حالته الصحية وعودة الأعراض من جديد، وأبعد من ذلك فقد يسبب ترك الدواء بشكل مفاجئ ظهور أعراض انسحابية، لذلك لابد من تقليل الجرعة تدريجياً وتحت إشراف الطبيب المعالج حصراً.

- تقديم التعزيز للمريض بأن هذه المشاعر التي يعاني منها الآن مؤلمة ولكنها لن تضره وستختفي في النهاية.

- التأكيد للمريض بأن كل فرد منا مر بخبرة مؤلمة في فترة من الحياة.

- التأكيد بأنه لا يوجد شخص خالٍ من الأعراض النفسية تماماً.

- التأكيد للمريض أنه إذا كان يعاني من هذه الأعراض لا يعني هذا أنه شخص سيء فكلنا معرض لهذا الشيء تحت تأثير الضغوط.

- التأكيد على أنه عندما يساعد نفسه سينجح في التخلص من هذه الأعراض بالتأكد.

- تدريب المريض على تنظيم نمط وطبيعة تفكيره نحو الأشياء أو الأحداث المختلفة وتبعاً لذلك يكتسب سلوكاً سليماً للتصرف، فالسلوك هو تعبير وانعكاس لطريقة التفكير والاعتقاد.

3. عينة الدراسة:

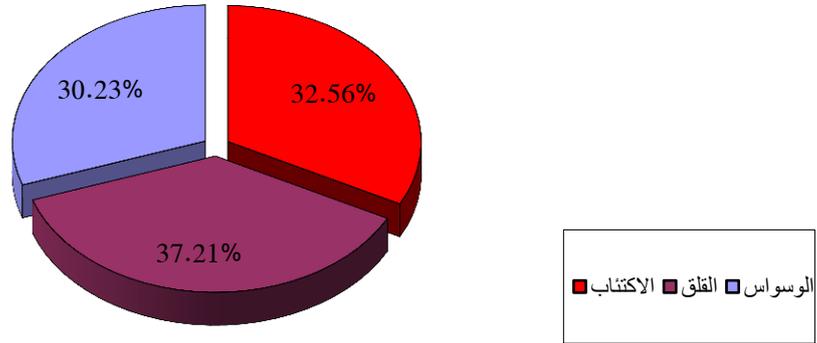
نظراً للصعوبات المتعلقة بالحصول على عينة متعاونة من المراجعين للعيادات النفسية فقد تم اختيار العينة المتيسرة المكونة من (43 مريضاً) تتراوح أعمارهم بين (20 - 63) عاماً بمتوسط قدره (36.44) وانحراف معياري (9.93)، والتي وافقت على التعاون مع الباحثة حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى: مؤلفة من (18) مريضاً من المرضى المشخصين من قبل الطبيب المعالج باضطراب نفسي نوعي واحد على المحور الأول لـ (DSM- IV- TR) (إما القلق، أو الوسواس القهري، أو الاكتئاب) مما هو متوفر من المترددين على العيادة الطبية النفسية المتعاونة للدراسة.
 - المجموعة الثانية: وهي مؤلفة من (25) مريضاً من المرضى النفسيين الذين يعانون من اضطراب في الشخصية مختلط بالإضافة للاضطراب النوعي وبنفس شروط المجموعة الأولى.
- والجداول ذات الأرقام (5-6) توضح توزيع أفراد عينة الدراسة:

جدول (5) عدد أفراد عينة الدراسة تبعاً للاضطراب النفسي

التسلسل	لاضطراب النفسي	العدد	النسبة المئوية
.1	الاكتئاب	14	32.56%
.2	القلق	16	37.21%
.3	الوسواس	13	30.23%
	العينة الكلية	43	100%

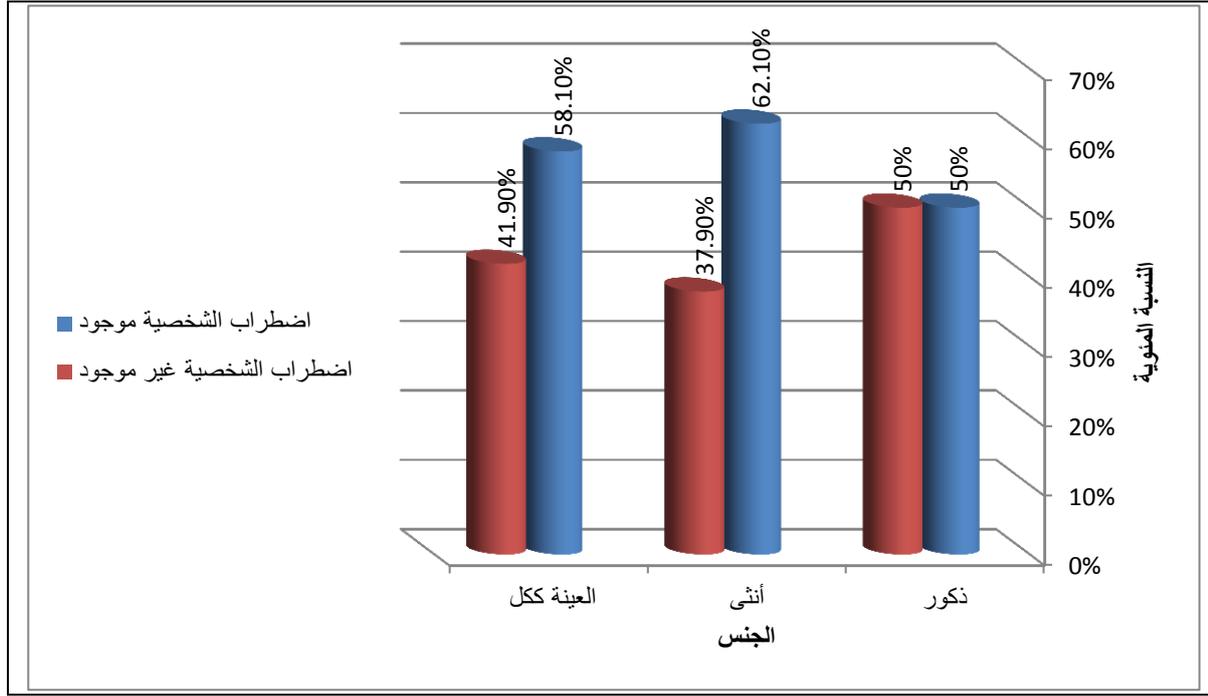
النسبة المئوية لتوزيع عينة الدراسة وفقاً للاضطراب النفسي



الشكل (1) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً للاضطراب النفسي.

جدول (6) عدد أفراد عينة الدراسة تبعاً لوجود اضطراب في الشخصية أو عدم وجوده بحسب الجنس

المجموع	وجود اضطراب في الشخصية أو عدم وجوده		الجنس	
	اضطراب الشخصية غير موجود	اضطراب الشخصية موجود	العدد	النسبة
14	7	7	العدد	ذكر
100.0%	50.0%	50.0%	النسبة	
29	11	18	العدد	أنثى
100.0%	37.9%	62.1%	النسبة	
43	18	25	المجموع	
100.0%	41.9%	58.1%	النسبة	



الشكل (2) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لوجود اضطراب في الشخصية أو عدم وجوده بحسب الجنس.

4. أدوات الدراسة:

تم استخدام الأدوات التالية:

- 4.1. استبيان تشخيص الشخصية (PDQ-4+) لتشخيص اضطرابات الشخصية لدى أفراد العينة.
- 4.2. مقياس بيك للاكتئاب.
- 4.3. مقياس جامعة الكويت للقلق.
- 4.4. المقياس العربي للوسواس القهري.

4.1. استبيان تشخيص الشخصية (PDQ-4+) Personality Diagnostic Questionnaire:

4.1.1. إعداد الاستبيان:

بعد أن تم الحصول على نسخة الاستبيان تمت ترجمة الصورة الإنكليزية لاستبيان تشخيص الشخصية (PDQ-4+) عن طريق الخطوات التالية:

1. الترجمة الأولية للاستبيان من اللغة الإنكليزية إلى اللغة العربية من قبل الباحثة والثانية من قبل اثنين من المدرسين المختصين في اللغة الإنكليزية بهدف مراجعة الترجمة وتدقيق العبارات ومقارنة كل بند مع البند المقابل في النسخة الأصلية للاستبيان وتم اقتراح التعديلات المناسبة التي جاءت على صورة مقترحات لغوية شكلية.

2. الترجمة العكسية إلى اللغة الإنكليزية من قبل متخصص لغة إنكليزية بهدف التأكد من صحة الترجمة وتطابق العبارات في اللغتين، وتم بنتيجة ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة على بعض العبارات أو الكلمات.

3. تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية مؤلفة من (34) مفحوصاً بغية معرفة الزمن الذي يحتاجه الاستبيان في التطبيق بشكل وسطي والتأكد من وضوح العبارات وتعديلها بما يتناسب مع بيئة الدراسة وعينتها لضمان فهم أفراد العينة لعبارات المقياس والاستجابة لها بسهولة وصدق وذلك قبل تطبيق المقياس بالشكل النهائي على عينة الدراسة الأساسية.

2.4.1. وصف الاستبيان:

تم تطوير الاستبيان من قبل (ستيفن هايلر) العضو المنتدب لمعهد الطب النفسي لولاية نيويورك. وتم تعديل البنود المدرجة في نسخة المقياس (PDQ-4) و (PDQ-4+) وفقاً للمعايير التشخيصية لاضطرابات الشخصية للرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR, 2000).

النسخ المختلفة للمقياس:

Versions of Personality Diagnostic Questionnaire

جدول (7) يوضح النسخ المختلفة لاستبيان تشخيص الشخصية (PDQ-4+)

Version	Year of Publication
The Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ). Keyed inline with DSM- III Criteria	1983
The Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ-R). Keyed inline with DSM- III Criteria	1987
The Personality Diagnostic QuestionnaireIII(PDQ-III)	(NO INFORMATION
The Personality Diagnostic QuestionnaireIII Revised (PDQ-III-R)	(NO INFORMATION
The Personality Diagnostic QuestionnaireIII(PDQ-4)	1994
The Personality Diagnostic QuestionnaireIII+(PDQ-4+)	1994

(Kennedy, 2011, 134)

استبيان تشخيص اضطرابات الشخصية النسخة الرابعة المعدلة (Personality Diagnostic Questionnaire) والذي يرمز له اختصاراً (PDQ-4+) هو مقياس تقرير ذاتي يتكون من (99) بنداً تم تطويرها لتقيس اضطرابات الشخصية، يعتمد في تصميمه على أساس البيانات والأعراض الاكلينيكية لاضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية

(DSM-IV-TR)، حيث يتم الإجابة على جميع البنود بصيغة بديلي الاجابة (نعم/ لا) (Hylar, 1994; Mirzamani et al., 2006; Abdin et al., 2011; Bouvard et al, 2011; Miller) and Campbell, 2008; Fiander & Langham, 2004; Mchoskey et al., 2001; Calvo et al., 2011; Wang et al., 2013; Kennedy, 2012). يتضمن المقياس 12 مقياساً اكلينيكيًا فرعيًا؛ 10 منها تقيس اضطرابات الشخصية المتطابقة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، وهي (اضطراب الشخصية الزوربية، اضطراب الشخصية الشبه فصامية، اضطراب الشخصية من النمط الفصامي، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، اضطراب الشخصية الحدودية، اضطراب الشخصية الاستعراضية، اضطراب الشخصية النرجسية، اضطراب الشخصية التجنبية، اضطراب الشخصية المتعلقة باضطراب الشخصية الوسواسية) والنسخة المعدلة (4+ PDQ) تأخذ بعين الاعتبار التشخيصين الإضافيين لكل من اضطراب الشخصية "العوانية السلبية والاكنتابية" المتضمنة في الملحق B للدليل (Reus et al., 2013; Mirzamani et al., 2006; Abdin et al., 2011; Bouvard et al, 2011; Pedrero et al., 2013).

وقد تم اعتماد هذه النسخة كإصدار قياسي من الاستبيان، ويجب أن تستخدم إذا كان الاكلينيكي أو الباحث مهتماً فيما إذا كانت الاستجابات الشخصية تتبدل مع مرور الوقت. وبالتالي يمكن أن تستخدم هذه النسخة في دراسة فيما إذا كانت تدخلات مثل الأدوية أو العلاج النفسي تؤدي إلى إحداث تغير في شخصية الفرد (Hylar, 1994). لهذا السبب تم اختيار هذه النسخة من المقياس للاستخدام في الدراسة الحالية فهي مناسبة لأهداف البحث.

والجدول رقم (8) يوضح البنود المتعلقة بالمقاييس الاكلينيكية الفرعية لاستبيان تشخيص الشخصية جدول رقم (8) يوضح البنود المتعلقة بالمقاييس الاكلينيكية الفرعية لاستبيان تشخيص الشخصية

رقم البند	المقاييس الفرعية	ت
96-85-62-50-37-24-11	اضطراب الشخصية الزوربية Paranoid Personality Disorder	1
95-71-60-47-34-22-9	اضطراب الشخصية الفصامية Schizoid Personality Disorder	2
86-74-72-61-60-48-36-23-10	اضطراب الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Disorder	3
99-94-75-59-46-33-20-8-	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع	4

	Antisocial Personality Disorder	
98-93-78-69-58-45-32-19-6	اضطراب الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorder	5
90-80-67-55-43-30-17-4	اضطراب الشخصية الهستيرية Histrionic Personality Disorder	6
92-79-73-68-57-44-31-18-5	اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder	7
87-83-52-39-26-13-1	اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder	8
88-82-65-53-40-27-15-2	اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder	9
89-81-66-54-41-29-16-3	اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-Compulsive Personality Disorder	10
97-84-70-56-42-28-14	اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder	11
91-77-63-49-35-21-7	اضطراب الشخصية السلبية العدوانية Negativistic Personality Disorder	12
51-*38-*25-*12	Too Good المطابقة الاجتماعية	13
76-64	Susbection Subscle كشف الكذب	14

4.1.3. الدرجة المحددة للتشخيصات الفرعية لاضطرابات الشخصية في (DSM-IV):

تصحيح التشخيصات الفرعية المحددة لاضطرابات الشخصية هي عملية من خطوتين، ومفاتيح التصحيح تتيح للباحث إمكانية تحديد فيما إذا كان المريض قد أقر مجموعة من السلوكيات متسقة مع معايير المحور الثاني لاضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (Bouvard et al., 2011, 152). كل بند من بنود المقياس يتوافق مع معيار تشخيصي مفرد للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، وتعد الإجابة بنعم استجابة مرضية (Abdin et al., 2011; Calvo et al., 2012; Pedrero et al., 2013; Calvo et al., 2012; Wang et al., 2013; Kennedy, 2011). وللاستبيان درجة كلية بالإضافة لدرجات المقاييس الفرعية

حيث يتيح من جهة الحصول على مؤشر عام لوجود مقابل عدم وجود اضطراب شخصية في العموم، ومن جهة أخرى يتيح الحصول على درجة محددة لكل اضطراب، والنتيجة الكلية للاستبيان لكلا النسختين هي دليل لاضطراب عام في الشخصية (Bouvard, 2011; Wang et al., 2013; Calvo et al., 2012; Mchoskey et al., 2001; Kennedy, 2011).

ويتم حساب أعراض اضطرابات الشخصية بالجمع الجبري لاجابات البنود لكل اضطراب (Miller and Campbell, 2008, 457). ويسجل التشخيص إذا تم الوصول إلى العتبة أو تجاوزها (مثال: درجة من أربع أو أكثر على بنود البارنويا). وعلى أية حال، هناك استثناء بالنسبة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع حيث يجب أن يتم تحقيق العتبة لمعيار اضطراب السلوك في الطفولة وذلك من خلال اختيار (3) بدائل للإجابة من أصل خمسة عشر بديلاً للإجابة في البند رقم (99)، كذلك الأمر بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدودية حيث يجب أن يختار المفحوص على الأقل بديلين أو أكثر للوصول إلى العتبة بالنسبة لمعيار الاندفاعية المتمثل في البند رقم (98). ومسموح أيضاً بالتشخيصات المركبة كما هو الحال بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (Hyler, 1994; Kennedy, 2011).

4.1.4. مقاييس الصدق TG - SQ

يتضمن مقياس تشخيص الشخصية (+4-PDQ) المستخدم في الدراسة كذلك مقياسي صلاحية للكشف عن الاستجابة المزيفة أو الوهمية هما مقياس المطابقة الاجتماعية ومقياس الكذب (Wang et al., 2013; Mchoskey. J. W, 2001; Kennedy, 2011). حيث تصحح ثلاثة من أربعة بنود متضمنة في مقياس المرغوبية الاجتماعية بشكل معكوس؛ أي (لا) هي الاستجابة المرضية بدلاً من (نعم)، وإذا أحرز المفحوص اثنين أو أكثر من بنود هذا المقياس فهو يكتف مرضه ليقدم نفسه بصورة أفضل، ومقياس الكذب مصمم لتحديد الأفراد الذين هم إما يكذبون أو يجيبون بشكل عشوائي أي لا يأخذون المقياس على محمل الجد، يتضمن بندين وإذا أجاب المفحوص على أي منها بنعم هي إشارة إلى أن نتائج المقياس بكامله مشكوك بها (Hyler, 1994).

4.1.5. مقياس الدلالة الاكلينيكية:

المشكلة الأساسية لاستبيانات الشخصية أن هناك زيادة في الإجابات الكاذبة بالمقارنة مع الدرجات التي تم الحصول عليها من المقابلات المنظمة أو المقابلات الإكلينيكية. هذا على الأغلب بسبب حقيقة أنه بالرغم من أنه يتم الوصول إلى العتبة على مقياس محدد للتشخيص، فالباحث يجب ألا يعطي الحكم على الاضطرابات بأنها هامة إكلينيكياً. ولمعالجة هذه المسألة تدعم هذه النسخة

للمقياس تقييم الأهمية الإكلينيكية من قبل الباحث الذي يستخدم المقياس للتشخيص (Hyler, 1994). استخدام مقياس الدلالة الإكلينيكية سيؤكد أو يستبعد تشخيص اضطراب الشخصية المحدد الذي يتجاوز العتبة، وخلافاً لغيره من النسخ تعكس هذه المقابلة مباشرة المعيار العام الأساسي لاضطرابات الشخصية في الدليل وتقيّم فيما إذا كانت هذه الصيغة أفضل انعكاساً لإجراء مقترح من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) وتم تأكيده في النسخة الخامسة للدليل (DSM-5) (Calvo et al., 2, 2013, 428). واستخدام هذا المقياس يتطلب مراجعة البنود مع المفحوص للتأكد من أن:

1. لم يكن هناك أخطاء في الاستجابة للبنود، مع القيام بتصحيح الاستجابات الخاطئة مع المفحوص.
 2. السمات كانت قد بدأت منذ حوالي عمر (18) أو للعديد من السنوات الماضية، (أكثر من خمسة).
 3. السمات غير منتمة أساساً لشروط المحور الأول كاضطراب القلق، اضطراب المزاج، تعاطي الكحول، أو إلى الحالة الجسدية.
 4. وإما السمات قد سببت صعوبة هامة للمريض في واحدة على الأقل من المناطق التالية (المنزل، العمل، العلاقات أو غيرها). / أو المريض يزعج من نفسه بسبب هذه السمات.
- (Bouvard et al., 2011, 152; Kennedy, 2011, 135; Hyler, 1994).

ومن المرجو أن استعمال مقياس الدلالة الإكلينيكية سيضمن تشخيص اضطرابات شخصية تقارب تلك التشخيصات التي يتم الحصول عليها من المقابلة المقننة لكن مع الاستفادة من توفير كبير في الوقت (Hyler, 1994). يطبق الاستبيان بصورة فردية أو جماعية ويستغرق كل من المقياس ومقياس الدلالة الإكلينيكية بشكل وسطي بين (30 و 40) دقيقة لتطبيقه.

1.4.6. الخصائص السيكومترية للاستبيان:

استخدمت النسخة الأخيرة للمقياس (PDQ-4+) في بحوث مختلفة عبر ثقافية معنية باضطرابات الشخصية، وتعد هذه النسخة للمقياس الأكثر استخداماً في التطبيقات الإكلينيكية، فمن بين مقاييس التقرير الذاتي هي الأكثر اتساقاً بشكل مباشر مع المعايير التشخيصية لاضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) (Mirzamani et al., 2006; Bouvaer et al., 2011; Miller & Campbell, 2008).

يتوافق المقياس بشكل وثيق مع المعايير التشخيصية للدليل، حيث يعكس كل بند حرفياً معيار تشخيصي مفرد؛ فهو ليس مجرد أداة تشخيصية، إنما يمثل أداة صدق جيدة ومستقلة قائمة بذاتها (Calvo, 2012, 156). وهناك بعض الأدلة على أن للمقياس خصائص جيدة عند فحص الكشف عن وجود أو عدم وجود اضطرابات في الشخصية، فقد أنجزت عدة بحوث على صدق وثبات المقياس (Davison, Leese & Taylor, 2001; Mirzamani et al., 2006; Calvo et al., 2012; Oltmanns & Mayumi, 2009).

في العموم، ظهرت الخصائص السيكومترية جيدة ومُرضية في كل من النسخة الأصلية والنسخ التي طورت لتلائم لغات وثقافات أخرى (Calvo et al., 2012, 57). كما أوجدت دراسة (Wang et al., 2013, 1) الدليل على الصدق والثبات الداخلي للمقياس، حيث تراوحت معاملات ألفا كرونباخ بين (0.49) لاضطراب الشخصية السلبية و(0.72) لاضطراب الشخصية الاكتئابية، وثبات بالإعادة بين (0.48 و 0.79). كذلك فقد كان متوسط الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية مرتفعاً نسبياً حيث بلغ (0.79) وكانت استجابات الأفراد على المقاييس الفرعية مستقرة نسبياً بفاصل زمني عشرة أيام حيث بلغ متوسط معامل الثبات بالإعادة (0.67)، المقاييس الفرعية لم تكن مرتبطة بقوة ما يشير إلى كونها مقاييس مختلفة تقيس اضطرابات شخصية مختلفة (Mchoskey, 2013, 28- 29). وعلى أية حال، دراسات الصدق والثبات أظهرت أن الدرجات على النسخ المختلفة للاستبيان كانت متنسقة مع تقييمات مقدمة من قبل أطباء مدرّبين (Mchoskey. J. W, 2001, 793).

4 . 1 . 7 . دراسة الخصائص السيكومترية للاستبيان:

قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للاستبيان من خلال حساب الثبات بالإعادة ومعامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في التالي:

1. الثبات بالإعادة:

تم التحقق من ثبات الاستبيان بطريقة استبيان (test - Retest) على أفراد العينة الاستطلاعية المكونة من (34) مفحوصاً ومفحوصة، ثم جرى إعادة التطبيق بعد مرور (20) يوماً من التطبيق الأول، وتم استخدام معامل الارتباط بيرسون لحساب درجة الارتباط بين التطبيقين، والجدول رقم (9) يوضح ذلك.

جدول رقم (9) يوضح قيم معاملات بيرسون للثبات بالإعادة لاستبيان تشخيص الشخصية

معامل الارتباط بيرسون	المقاييس الفرعية	ت
0.69	اضطراب الشخصية الزوربية Paranoid Personality Disorder	1
0.55	اضطراب الشخصية الفصامية Schizoid Personality Disorder	2
0.64	اضطراب الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Disorder	3
0.62	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder	4
0.66	اضطراب الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorder	5
0.54	اضطراب الشخصية الهستيرية Histrionic Personality Disorder	6
0.56	اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder	7
0.73	اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder	8
0.71	اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder	9
0.41	اضطراب الشخصية القهرية Obsessive-Compulsive Personality Disorder	10
0.69	اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder	11
0.54	اضطراب الشخصية السلبية العدوانية Negativistic Personality Disorder	12
0.79	Cluster A المجموعة الأولى	
0.82	Cluster B المجموعة الثانية	

0.79	Cluster C المجموعة الثالثة	
0.92	الدرجة الكلية (PDQ-4+) Total Scor	

ويتضح من الجدول رقم (9) أن جميع قيم معاملات الثبات بالإعادة للمقاييس الفرعية وللمجموعات الثلاثة لاضطرابات الشخصية التي يقيسها الاستبيان وللدرجة الكلية له هي دالة إحصائياً حيث بلغت القيمة للاستبيان الكلي (0.92) وبلغت (0.79_ 0.79 - 0.82) للمجموعات الثلاثة على التوالي كما تراوحت هذه القيمة بين (0.41) لاضطراب الشخصية الوسواسية و(0.73) لاضطراب الشخصية التجنبية بالنسبة للمقاييس الفرعية، ما يشير إلى ثبات الاستبيان وصلاحيته للتطبيق.

2. ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ (Cronbach Alpha):

تم حساب الثبات من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ، والجدول رقم (10) يوضح ذلك.

جدول رقم (10) يوضح قيم معاملات ألفا - كرونباخ لاستبيان تشخيص الشخصية

ت	المقاييس الفرعية	ألفا - كرونباخ
1	اضطراب الشخصية الزورية Paranoid Personality Disorder	0.72
2	اضطراب الشخصية الفصامية Schizoid Personality Disorder	0.60
3	اضطراب الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Disorder	0.71
4	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder	0.59
5	اضطراب الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorder	0.69
6	اضطراب الشخصية الهستيرية Histrionic Personality Disorder	0.61
7	اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder	0.61

0.73	اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder	8
0.73	اضطراب الشخصية الاعتمادية Dependent Personality Disorder	9
0.43	اضطراب الشخصية القهرية Obsessive-Compulsive Personality Disorder	10
0.69	اضطراب الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorder	11
0.60	اضطراب الشخصية السلبية العدوانية Negativistic Personality Disorder	12
0.82	Cluster A المجموعة الأولى	
0.83	Cluster B المجموعة الثانية	
0.79	Cluster C المجموعة الثالثة	
0.93	الدرجة الكلية (PDQ-4+) Total Scor	

وكما يتضح من الجدول رقم (10) أن قيم معاملات ثبات ألفا - كرونباخ للمقاييس الفرعية وللمجموعات الثلاثة لاضطرابات الشخصية التي يقيسها الاستبيان وللدرجة الكلية له هي جيدة حيث بلغت القيمة للاستبيان الكلي (0.93) وبلغت (0.82_ 0.83 - 0.79) للمجموعات الثلاثة على التوالي كما تراوحت هذه القيمة بين (0.43) لاضطراب الشخصية الوسواسية و(0.73) لاضطراب الشخصية التجنبية والاعتمادية بالنسبة للمقاييس الفرعية، ما يشير إلى ثبات الاتساق الداخلي للاستبيان وصلاحيته للتطبيق.

4. 2. مقياس بيك للاكتئاب:

4. 2. 1. وصف عام للمقياس:

تعدُّ قائمة بيك للاكتئاب من القوائم واسعة الانتشار في ميادين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي. وتستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة بوصفها أداة للتقويم الذاتي لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية بدءاً من سن السادسة عشرة وصولاً إلى سن الشيخوخة المتأخرة (رضوان، 2003، 7). وقد تم تصميم القائمة في صيغتها الأولى في عام (1961) استناداً إلى الملاحظات العيادية للمرضى

الاكتئابيين. وتم تحديد أكثر الأعراض أو الشكاوى انتشاراً لديهم، وقام أحمد عبد الخالق بتعريبها وتقنينها ونشرها عام (1996) (السقا، 2005؛ رضوان، 2003). وقام بتقنينها على البيئة السورية رضوان (2001) وتتكون في صورتها الأصلية من (21) فقرة، كل منها تشتمل على أربع عبارات، والعبارة الرابعة تشير إلى علامة واضحة على وجود الاكتئاب (العاسمي، 2012، 54). ولحساب الدرجة على المقياس تجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من البنود، وتحدد الدرجات الفاصلة كالتالي (9-0) خفيف، (10-16) معتدل، (17-29) متوسط، (30-63) شديد (السقا، 2005، 202-204).

ويقاس هذا المقياس شدة الاكتئاب لدى المتعالجين المشخصين في مجال الطب النفسي، كما يكشف عن الأعراض الاكتئابية المحتملة لدى الأسوياء كما تصلح القائمة لأغراض قياس العملية العلاجية (قياس المجرى)، وتناسب مرضى الطب النفسي و العلاج النفسي. ولم يتم الاستناد إلى خلفية نظرية معينة في إعداد القائمة، ومن هنا يمكن أن تكون مقبولة من قبل الإكلينيكيين والمتخصصين النفسيين والأطباء من الاتجاهات النظرية المختلفة الذين يهتمون بالقياس. ولا تتأثر قدرة القائمة التنبؤية بالسن أو بالجنس أو بالتقسيم التصنيفي الطبي النفسي (رضوان، 2003، 7-8). وتعدُّ القائمة سهلة التطبيق لا تحتاج لأكثر من عشر دقائق للأشخاص "العاديين" وقد يستغرق تطبيقها فترة أطول في حال كون المفحوص مكتئباً ويعاني من كف الدافعية أو نقص في القدرة على اتخاذ القرار أو عندما يكون المفحوص متقدماً في السن (رضوان، 2003، 9).

4. 2. 2. صدق وثبات المقياس:

تتمتع الصيغة العربية المقننة على البيئة السورية بثبات نسبي دال عند إعادة تطبيقه بفاصل أسبوع على عينتين، الأولى من طلاب الجامعة والثانية من طلاب المرحلة الثانوية، فقد بلغ (0.87) لطلاب الجامعة و(0.54) لطلاب الثانوي (السقا، 2005، 203). ويتصف المقياس بصدق بالمحك مرتفع، مع كل من مقياس القلق الاجتماعي (0.57) ومقياس التشاؤم تعريب أحمد عبد الخالق (0.88)، كما بلغ ارتباطه مع قائمة ويلوبي للميل العصابي (0.57) وتشير دلالة الارتباطات إلى أن القائمة متسقة مع ما صممت لأجله (رضوان، 2003، 10). وأشارت نتائج دراسة العاسمي (العاسمي، 2012، 54) إلى ثبات القائمة بطريقة إعادة الاستبيان خلال فترة زمنية قدرها 15 يوماً حيث أظهرت النتائج أن معامل الثبات (0.87).

وبالنسبة للخصائص السيكومترية المتعلقة بالدراسة الحالية فقد طبق المقياس على العينة الكلية للدراسة المؤلفة من (48) مفحوصاً، وتم حساب الثبات من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ، وكانت معاملات الثبات جيدة تراوحت بين (0.859) و(0.820) للبنود الفرعية و(0.845) للدرجة الكلية للمقياس، وهي تشير إلى ثبات مقبول للمقياس يجعله صالحاً للاستخدام في الخطوات التالية للدراسة.

4.3. مقياس جامعة الكويت للقلق:

4.3.1. وصف المقياس:

طور أحمد عبد الخالق (Abdekl – Khalek, 2000) مقياس جامعة الكويت للقلق، ويحتوي على عشرين بنداً تقيس الأعراض المختلفة للقلق، ومنذ إعداد هذا المقياس أجريت عليه دراسات على عينات عربية واسعة وأجنبية متعددة ودراسات مقارنة، وتشير جميع هذه الدراسات إلى تمتع المقياس بثبات وصدق مقبولين، وإلى صلاحيته للاستخدام في بيئات ثقافية متعددة (رضوان، 2010، 16).

4.3.2. صدق وثبات المقياس:

لاستبيان صدق وثبات المقياس على طلاب جامعة دمشق، تم تطبيقه على عينة مؤلفة من (51) ذكراً و(56) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (25-30) سنة وبلغ معامل ألفا كرونباخ (0.92)، كما تم تطبيقه بالإعادة بعد مدة تراوحت بين (14-21) يوماً وبلغ معامل الثبات بالإعادة (0.84). ويتصف بصدق بالمحك مرتفع مع مقياس سمة القلق لسبيلبيرجير حيث بلغ معامل الارتباط (0.64). وتظهر هذه المعاملات أن مقياس جامعة الكويت للقلق لديه اتساق داخلي وثبات جيد وصدق بالمحك مناسب للاستخدام مع طلاب الجامعة بسورية (Abdel-Khalek & Rudwan, 2001, 718).

وبالنسبة للخصائص السيكمترية المتعلقة بالدراسة الحالية فقد طبق المقياس على العينة الكلية للدراسة المؤلفة من (48) مفحوصاً، وتم حساب الثبات من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ، وكانت معاملات الثبات جيدة تراوحت بين (0.796) و(0.746) للبنود الفرعية و(0.779) للدرجة الكلية للمقياس، وهي تشير إلى ثبات مقبول للمقياس يجعله صالحاً للاستخدام في الخطوات التالية للدراسة.

4.4. المقياس العربي للوسواس القهري:

4.4.1. وصف المقياس:

قام أحمد عبد الخالق (1992) بتأليف المقياس العربي للوسواس القهري في صيغته العربية، وأخرى إنجليزية. وتفيد هاتان الصيغتان في الدراسات الحضارية المقارنة للوسواس القهري. ويشمل هذا المقياس على (32) عبارة، تجاب على أساس "نعم" أو "لا". الحساب في حال كان نعم=1 ولا=0 (الدرجة المتوسطة من الوسواس =16 والمرتفعة =24 وما فوق)، والبنود ذات الأرقام (10-22-26-28-31) تصحح بالعكس (عبد الخالق ورضوان، 2002، 7).

4.4.2. صدق وثبات المقياس:

للمقياس صدق ظاهري جيد، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى (0.85)، أما معامل ألفا فقد كان (0.80)، وكان الصدق المرتبط بالمحك مرتفعاً إذ وصل إلى (0.71 و 0.69) للذكور والإناث على التوالي (عبد الخالق ورضوان، 2002، 7). وقد قام رضوان وعبد الخالق بتقنين المقياس على البيئة السورية عام (2002) وبلغ معامل ألفا (0.73 و 0.73) للذكور والإناث على التوالي و (0.74) للعينة

الكلية، كما بلغ معامل الصدق بالمحك مع قائمة مودسلي للوسواس القهري بصيغتها العربية (0.59 و 0.60) للذكور والإناث على التوالي و(0.58) للعيينة الكلية. يتضح أن معاملات ثبات ألفا مقبولة، ومعاملات الصدق المرتبط بالمحك فهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وتعد دليلاً على صدق المقياس (عبد الخالق ورضوان، 2002، 9-10). وبالنسبة للخصائص السيكومترية المتعلقة بالدراسة الحالية فقد طبق المقياس على العينة الكلية للدراسة المؤلفة من (48) مفحوصاً، وتم حساب الثبات من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ، وكانت معاملات الثبات جيدة تراوحت بين (0.775) و(0.68) للبنود الفرعية و(0.77) للدرجة الكلية للمقياس، وهي تشير إلى ثبات مقبول للمقياس يجعله صالحاً للاستخدام في الخطوات التالية للدراسة.

5. متغيرات الدراسة:

1. المتغير المستقل: يمثل المتغير المستقل في هذه الدراسة (الاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية).
2. المتغير التابع: ويمثل الاستجابة العلاجية لدى أفراد عينة الدراسة المرضية.

6. الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة برنامج (SPSS) لتفريغ الاستبانات:

1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لحساب نسب الانتشار ودرجات أفراد المجموعات على مقاييس الدراسة (الاكتئاب- القلق- الوسواس القهري) لبيان دلالة الفروق.
2. اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بين المجموعتين الأولى والثانية، سواء قبل التطبيق أو بعده لاختبار فرضيات الدراسة، وللإجابة عن أسئلة الدراسة.
3. استخدام معاملات الثبات لأغراض حساب ثبات أدوات الدراسة.
4. معادلة الانحدار الثنائي: استخدمت للتنبؤ بمستوى الاستجابة العلاجية المتوقع تحقيقه لدى المرضى في التطبيق البعدي من خلال اضطراب الشخصية الموجود لدى المرضى.

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها (تحليلها وتفسيرها)

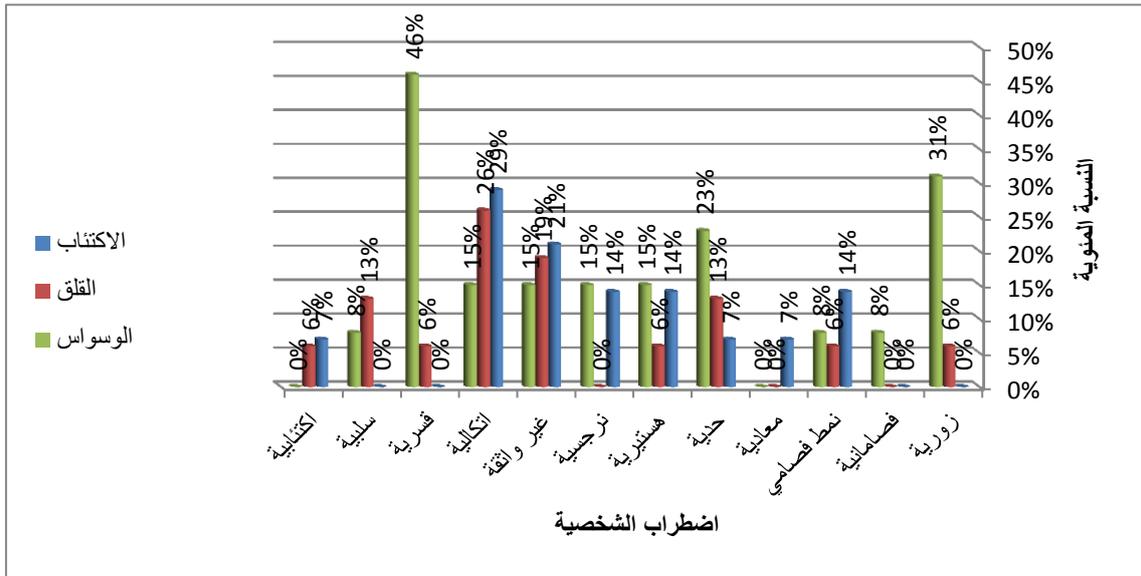
فيما يلي عرض للنتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة وفق التالي:

1. عرض نتائج أسئلة الدراسة ومناقشتها:

السؤال الأول: ما نسبة انتشار الاختلاطية لدى المرضى المشخصين على المحور الأول من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 الذين يراجعون العيادة الطبية النفسية المشاركة بالدراسة؟

جدول (11) اضطرابات الشخصية (طبقاً لمعايير DSM-5) لدى مجموعة مرضى بتشخيصات ثلاثة أنواع من الاضطرابات (اكتئاب - قلق - وسواس قهري)

التسلسل	اضطراب الشخصية	الاكتئاب (ن=14)		القلق (ن = 16)		الوسواس (ن = 13)	
		ن	ت	ن	ت	ن	ت
1.	زورية	0	0	1	6%	4	31%
2.	شبه فصامية	0	0	0	0%	1	8%
3.	نمط فصامي	2	14%	1	6%	1	8%
4.	معادية	1	7%	0	0%	0	0%
5.	حدودية	1	7%	2	13%	3	23%
6.	استعراضية	2	14%	1	6%	2	15%
7.	نرجسية	2	14%	0	0%	2	15%
8.	غير واثقة	3	21%	3	19%	2	15%
9.	اتكالية	4	29%	4	26%	2	15%
10.	قهريّة	0	0%	1	6%	6	46%
11.	سلبية	0	0%	2	13%	1	8%
12.	اكتئابية	1	7%	1	6%	0	0%



الشكل (3) يوضح اضطرابات الشخصية (طبقاً لمعايير DSM-5) لدى مجموعة مرضى
بتشخيصات ثلاثة أنواع من الاضطرابات (اكتئاب - قلق - وسواس قهري)

يتبين لنا من قراءة الجدول (11) أن اضطرابات الشخصية كانت مختلطة بشكل مرتفع وسائدة مع كل من اضطرابات القلق والاكتئاب والوسواس القهري حيث تراوحت نسبتها بين منخفضة (6%) لكل من اضطراب الشخصية الزوربة والقلق، النمط الفصامي والقلق، الاكتئابية ومرتفعة (46%) لاضطراب الشخصية القهرية و اضطراب الوسواس القهري، كما ظهرت اضطرابات الشخصية ضمن المجموعة (A) أكثر انتشاراً بين مرضى اضطراب الوسواس القهري حيث بلغت نسبة الاختلاطية بين اضطراب الشخصية الزوربة و اضطراب الوسواس القهري (31%)، أما المجموعة (B) فقد انتشرت بين مرضى اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب على حد سواء حيث بلغت نسبة الاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدودية و اضطراب الوسواس القهري (23%)، و اضطراب الشخصية الاستعراضية مع اضطراب الاكتئاب (14%) ومع اضطراب الوسواس القهري (15%)، اضطراب الشخصية النرجسية مع اضطراب الاكتئاب (14%) ومع الوسواس القهري (15%)، بينما كانت اضطرابات المجموعة (C) أكثر انتشاراً في اضطرابي القلق والاكتئاب فبلغت نسبة الاختلاطية بين اضطراب الشخصية التجنبية مع اضطراب الاكتئاب (21%) ومع اضطراب القلق (19%)، و اضطراب الشخصية الاتكالية مع اضطراب الاكتئاب (29%) ومع اضطراب القلق (26%)، إلا أن أعلى نسبة للاختلاطية كانت بين اضطراب الشخصية القهرية و اضطراب الوسواس القهري حيث بلغت (46%).

وقد جاءت هذه النتائج متفقة مع ماورد في العرض النظري وما أظهرته نتائج الدراسات السابقة، فقد أكدت دراسة (Hayward & Moran, 2008) أن المرض النفسي و اضطرابات الشخصية

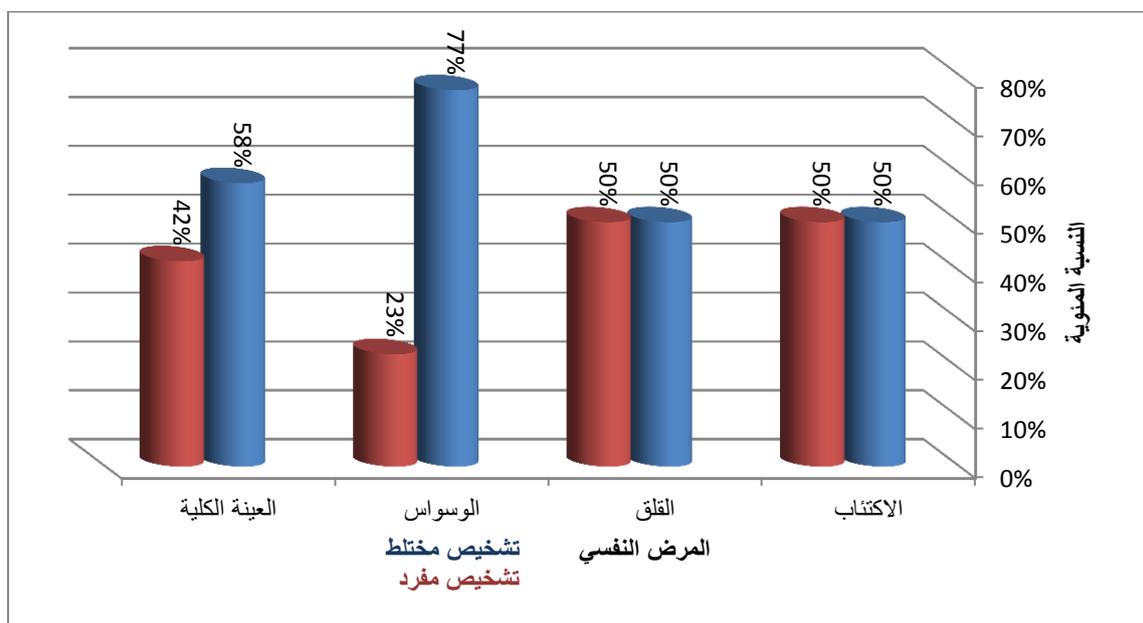
غالباً ما يظهران لدى نفس الشخص. وأظهرت نتائجها ترابطاً عالياً بين اضطرابات الشخصية المجموعة (A) والفصام، اضطرابات الشخصية المجموعة (B) وسوء استخدام المادة واضطراب الضغط التالي للصدمة، اضطرابات الشخصية المجموعة C والاكتئاب، اضطرابات الأكل وعدد من الاضطرابات الانفعالية. وتشير نتائج دراسة (Skodol et al., 1995) إلى أن اضطراب الهلع، سواء الحالي أو مدى الحياة، يرتبط مع اضطرابات الشخصية الحدودية، التجنبية، والاتكالية، كما يرتبط الرهاب الاجتماعي مع اضطراب الشخصية الانطوائية. ويرتبط اضطراب الوسواس القهري مع اضطرابات الشخصية القهرية والتجنبية. وتتميز اضطرابات القلق المرتبطة مع اضطرابات الشخصية بأنها مزمنة وتتدني فيها مستويات الأداء مقارنة مع اضطرابات القلق بدون اضطرابات الشخصية. وأظهرت نتائج دراسة (Melartin et al., 2002) أن الغالبية العظمى بنسبة (79%) من المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي عانت من واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية المختلطة، بما في ذلك اضطرابات القلق بنسبة (57%)، اضطراب استخدام الكحول (25%)، واضطرابات الشخصية (44%)، كما ارتبط العديد من اضطرابات القلق مع مجموعات محددة من اضطرابات المحور الثاني. كما أشارت نتائج دراسة (Fava et al., 2005) إلى أنه كان مرضى الاكتئاب المختلط مع القلق بشكل ملحوظ أكثر احتمالاً لتلبية المعايير التشخيصية لأي اضطراب شخصية مختلط بالمقارنة مع مرضى الاكتئاب بدون اضطرابات القلق المختلطة، وعلى وجه الخصوص، ظهرت علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود المجموعة A و C لاضطرابات الشخصية ووجود الاكتئاب والقلق. وأكدت نتائج دراسة (Oddgeir et al., 2013) أن المجموعة C في كثير من الأحيان تزيد عن ضعفي المجموعة A أو B لاضطرابات الشخصية، ظهر اضطراب الشخصية التجنبية أكثر تكراراً ضمن المجموعة C، تليها القهرية والاتكالية. وظهر اضطراب الرهاب الاجتماعي مختلطاً بشكل مرتفع مع اضطراب الشخصية التجنبية. وأظهرت دراسة (Lenzenweger, 2007) أن المجموعات الثلاثة لاضطرابات الشخصية كانت مختلطة بشكل دال مع سلسلة واسعة من اضطرابات المحور الأول، كما وجدت ترابطات واضحة لاضطرابات الشخصية مع الخلل الوظيفي. ووجدت نتائج دراسة (Vilaplana et al., 2010) نسبة مئوية أعلى لاضطراب الاكتئاب الأساسي لدى مرضى المجموعة C حيث بلغت (17%)، متبوعة بالمجموعة A بنسبة (10%)، و (9.8%) للمجموعة B وبشكل عام وجدت اختلاطية عالية بين كل اضطرابات الاكتئاب الأساسي المدروسة و المجموعة C لاضطرابات الشخصية. وفي دراسة (Pagura et al., 2010) تم تشخيص قسم من الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية بنسبة (30.2%) لاضطراب الضغط التالي للصدمة، بينما (24.2%) من الأفراد الذين لديهم اضطراب الضغط التالي للصدمة كان لديهم تشخيص اضطراب الشخصية الحدودية أيضاً.

السؤال الثاني: ما نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد العينة؟

على اعتبار أن المراجعين للعيادة المتعاونة يمثلون عينة عشوائية من المجتمع الأصلي فإنه يمكن اعتبار أن مقارنة نسب الانتشار مؤشراً يمكن تعميمه ضمن حدود هذه الدراسة.

جدول (12) يوضح نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد العينة

التسلسل	المرض النفسي	العدد	تشخيص مختلط		تشخيص مفرد	
			النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد
1.	الاكتئاب	14	50%	7	50%	7
2.	القلق	16	50%	8	50%	8
3.	الوسواس	13	77%	10	23%	3
4.	العينة الكلية	43	58%	25	42%	18



الشكل (4) نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة لدى أفراد العينة

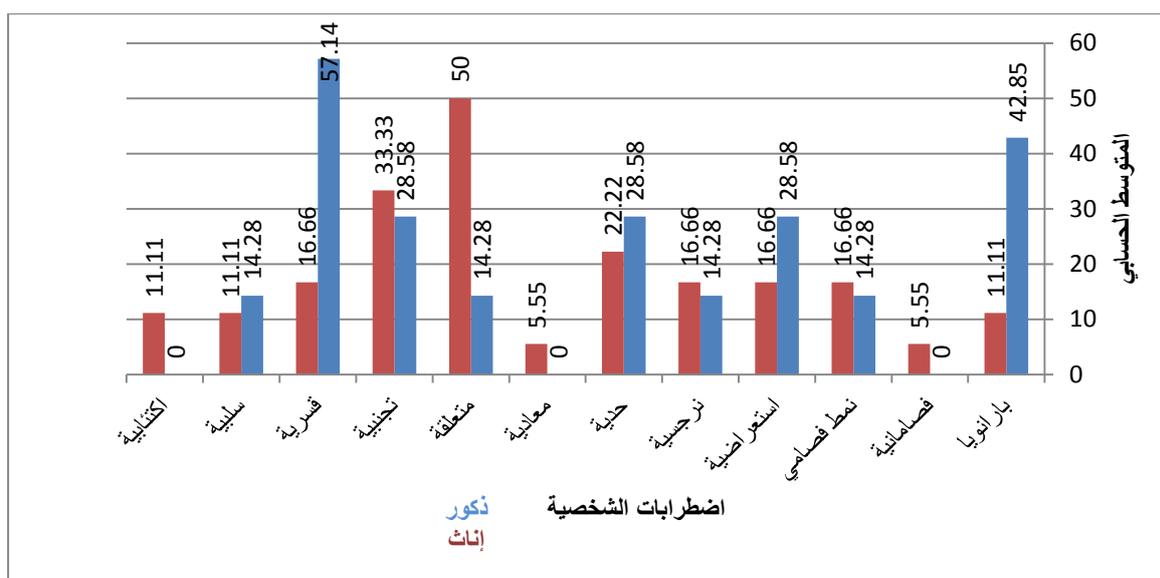
يتبين لنا من قراءة الجدول رقم (12) أن نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة مقاربة في كل من اضطرابي الاكتئاب والقلق حيث بلغت نسبة انتشار كل من الاضطرابات المختلطة والمفردة في اضطراب الاكتئاب (50%) وكذلك الأمر بالنسبة لاضطراب القلق حيث بلغت النسبة ذاتها، بينما بلغت نسبة انتشار الاضطرابات المختلطة في اضطراب الوسواس القهري (77%) مقابل (23%) لانتشار الاضطرابات المفردة. وفي العينة الكلية بلغت نسبة انتشار الاضطرابات المختلطة (58%) مقابل (42%) لانتشار الاضطرابات المفردة. وهذا يؤكد الاختلافية المرتفعة بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية.

جاءت هذه النتائج متفقة مع ماورد ذكره في العرض النظري وما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة، حيث أظهرت نتائج دراسة (Eleftherios et al., 2010) أن هناك اختلاطية عالية بين الإدمان الكحولي، المزاج، القلق، تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية. ووفقاً للدراسات الاكلينيكية والوبائية، يتراوح انتشار اضطرابات الشخصية في الكحولية بين منخفضة بين (22- 40%) ومرتفعة بين (58-78%). كما أظهرت دراسة (Brien, 2003) الدليل على الترابط بين كل من اضطرابات الأكل، الاكتئاب، الوسواس القهري، الإدمان على المخدرات، واضطرابات الشخصية. وفي الدراسات العامة، ما يقارب 60% من المرضى لديهم اثنين أو أكثر من الحالات الاختلاطية المزمنة، وثالث لديهم ثلاثة أو أكثر من الحالات الاختلاطية (Kahn LS et al., 2007). وظهرت اضطرابات الشخصية المجموعة C سائدة لدى عينات مرضى العيادات الخارجية ومختلطة بشكل مرتفع مع اضطرابات المحور الأول، ويمكن أن تزيد سوءاً من مسار ونتائج العلاج (Cummings et al., 2011). ولاحظ (Paolo et al., 2014) أن نسبة تقارب (73%) من الأفراد بحالة الخطر النفسي ظهرت لديهم تشخيصات مختلطة، و(40%) كانت تشخيصاتهم مختلطة مع الاكتئاب، بينما كانت اضطرابات القلق أقل تواتراً (8%). وأكد التحليل الذي أجري عام (1983) للأفراد ذوي المخاطر العالية أن الانتشار الأساسي لاضطرابات الاكتئاب والقلق المختلطة هي على التوالي (41%) و (15%). وأشارت دراسة (Friborg et al., 2014) إلى أن وجود تشخيص اضطراب الشخصية المختلط كان مرتفعاً عبر ثلاثة من اضطرابات المزاج والأعلى في اضطراب عسر المزاج حيث بلغت نسبته (60%)، وتوجد اضطرابات الشخصية بشكل أكثر تواتراً في اضطراب القطبين مقابل الاكتئاب الأساسي وعسر المزاج. وأكدت نتائج دراسة (Oddgeir et al., 2013) أن معدل اضطراب الشخصية المختلط يتراوح بين (35%) لاضطراب ما بعد الصدمة إلى (52%) للوسواس القهري.

السؤال الثالث: ما نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)؟

جدول (13) نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)

اناث		ذكور		اضطراب الشخصية
النسبة	العدد 18	النسبة	العدد 7	
11.11	2	42.85	3	بارانويا
5.55	1	0	0	شبه فصامية
16.66	3	14.28	1	نمط فصامي
16.66	3	28.58	2	استعراضية
16.66	3	14.28	1	نرجسية
22.22	4	28.58	2	حدودية
5.55	1	0	0	معادية
50	9	14.28	1	متعلقة
33.33	6	28.58	2	تجنبيهية
16.66	3	57.14	4	قهرية
11.11	2	14.28	1	سلبية
11.11	2	0	0	اكتئابية



الشكل (5) يوضح نسبة انتشار كل من اضطرابات الشخصية المنفردة

لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)

يتبين لنا من قراءة الجدول رقم (13) وجود اضطرابات شخصية منفردة لدى كل من الذكور والإناث ولكنها بنسب مختلفة. حيث قد بلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الزوربية لدى الذكور (42.85) مقابل (11.11) لدى الإناث وبلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الاتكالية (14.28) لدى الذكور مقابل (50) لدى الإناث، وبلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية القهرية (57.14) لدى الذكور مقابل (16.66) لدى الإناث.

وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة وماورد في الإطار النظري من أن اضطرابات الشخصية موجودة لدى كل من الذكور والإناث على السواء، إلا أن بعضاً منها أكثر انتشاراً لدى الذكور والبعض الآخر لدى الإناث، حيث وجدت فروق فيما يتعلق باضطرابات الشخصية المنفردة؛ فقد أشارت نتائج دراسة (Pedraz, M et al., 2015) فيما يتعلق باختلاطية الاضطرابات النفسية في المجموعة التجريبية للدراسة إلى أنه قد أظهرت الإناث معدلات أقل لحدوث اضطرابات التعاطي المختلطة مما هو لدى الذكور، على سبيل المثال، وجدت الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول لدى (80%) من الذكور و(40%) من الإناث. بالمقابل، ارتفعت معدلات انتشار الاضطرابات النفسية المختلطة لدى الإناث المدمنات (كاضطرابات المزاج، القلق، والذهان). كما وجدت دراسة (Barrachina et al., 2011) فروق جنسية هامة، حيث ظهر اضطراب الشخصية الاعتمادية أكثر انتشاراً لدى الإناث، بينما أظهر الذكور معدلات أعلى في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. هذا يتفق مع نتائج دراسة (McCormick et al., 2007) التي أظهرت أن الإناث كن أكثر احتمالاً لأن يكون لديهم اضطراب قلق (بشكل خاص اضطراب القلق المعمم)، اضطرابات من الشكل الجسدي، واضطراب الشخصية الاستعراضية، بينما كان اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أكثر شيوعاً لدى الذكور. وظهرت لدى الإناث معدلات أعلى من الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري، الخلل الوظيفي في العمل ووجدان سلبي، وأيضاً أكثر احتمالاً لاستيفاء معيار اضطراب الشخصية الحدودية، وكان لدى الإناث وجهات نظر سلبية حول أنفسهن وتوظيف سيء للدور العاطفي والاجتماعي على العموم. وعلى خلاف المتوقع لم يكن هناك فروق جنسية دالة في استخدام مصادر العناية الصحية. كما أظهرت دراسة (Starcevic et al., 2008) أن لدى الإناث ذوات اضطراب الهلع ورهاب الأماكن المكشوفة ميلاً أكبر دالاً إحصائياً لاستيفاء معايير الحدوث المشترك لتشخيصات المحور الأول أكثر من الذكور، ومثل هذه الفروق لم تكن موجودة بالنسبة لاضطرابات الشخصية. كان للإناث تواتر أعلى بكثير في رهاب محدد، في حين تم تشخيص الذكور في كثير من الأحيان بالوسواس وتعاطي الكحول أو الاعتماد بشكل كبير في الماضي. وفيما يتعلق باضطرابات المحور الثاني، الفرق الجنسي متعلق فقط بتواتر كبير باضطراب الشخصية الاعتمادية لدى الإناث. كما وجدت دراسة (Murcia et al.,)

2009) اختلاطية أعلمع اضطرابات وجدانية لدى الإناث بلغت (30.5%)، بينما اختلاطية أعلى بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمادة لدى الذكور حيث بلغت نسبتها (11.2%).

2. عرض نتائج فرضيات الدراسة ومناقشتها:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع للعلاج لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج.

للإجابة عن سؤال الدراسة الذي ينص على أنه هل هناك أثر لوجود اضطراب في الشخصية لدى المرضى النفسيين من عينة الدراسة على استجابتهم للعلاج، قامت الباحثة باختبار الفرضية الأساسية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع للعلاج لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج، ولاختبار هذه الفرضية تم اختبار مجموعة من الفرضيات كما هو موضح في العرض التالي:

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط

درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) على مقياس الاكتئاب في كل من القياسين البعدي والبعدي المؤجل:

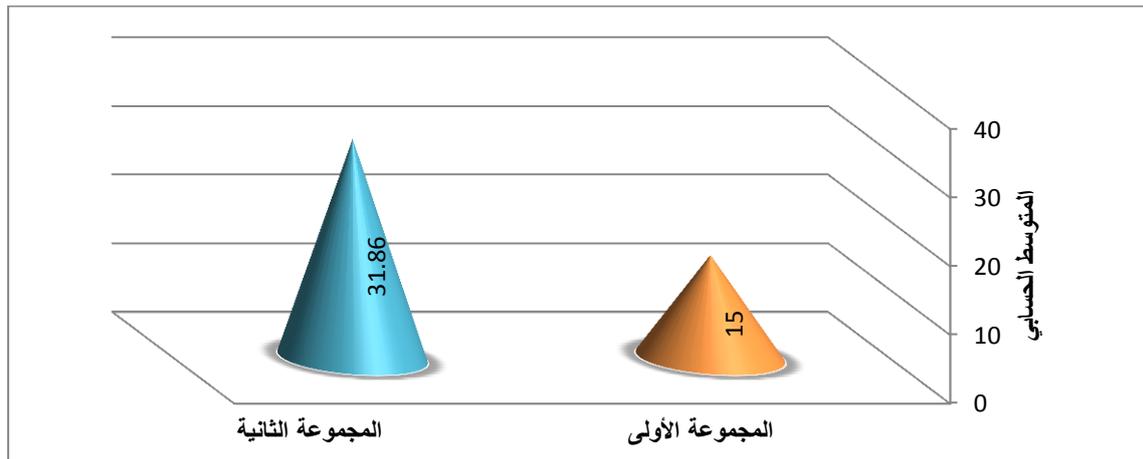
حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المفحوصين على مقياس الاكتئاب في كل من القياس البعدي والبعدي المؤجل، والجدول (14) يوضح ذلك.

الجدول (14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير

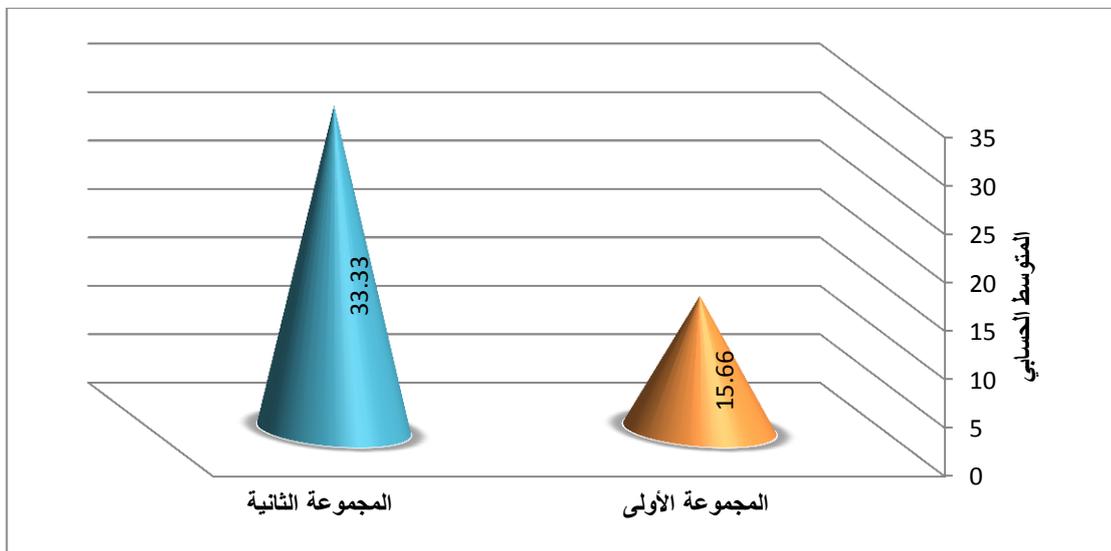
المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	القياس
9.66092	15.0000	7	الأولى	البعدي
11.29054	31.8571	7	الثانية	
13.35730	23.4286	14	الكلي	
10.15218	15.6667	6	الأولى	المؤجل
10.26970	33.3333	6	الثانية	
13.41302	24.5000	12	الكلي	

يلاحظ من الجدول (14) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية (المرضى ذوي اضطراب في الشخصية) على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي قد بلغ (31.9) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى (المرضى بدون اضطراب في الشخصية) الذي بلغ (15)، كما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي المؤجل (33.3) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى الذي بلغ (15.7).



الشكل (6) يوضح الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي



الشكل (7) يوضح الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي المؤجل

وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المتوسطينتم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك(ANCOVA) والجدول (15) يبين هذه النتائج.

الجدول (15) تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعدي	التطبيق القبلي	400.728	1	400.728	4.770	.052
	المجموعة	769.774	1	769.774	9.163	.012
	الخطأ	924.130	11	84.012		
	المجموع	10004.000	14			
البعدي المؤجل	التطبيق القبلي	234.469	1	234.469	2.611	.141
	المجموعة	660.148	1	660.148	7.351	.024
	الخطأ	808.197	9	89.800		
	المجموع	9182.000	12			

a. R Squared = .602 (Adjusted R Squared = .529)

a. R Squared = .592 (Adjusted R Squared = .501)

يظهر من الجدول (15) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة في القياس البعدي قد بلغت (9.16) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، كما بلغت هذه القيمة (7.3) في القياس البعدي المؤجل وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.02)، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي مجموعتي الدراسة (الأولى والثانية) في القياسين البعدي والبعدي المؤجل كذلك. ولمعرفة اتجاه الدلالة تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة للقياس البعدي والبعدي المؤجل وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (16) يوضح ذلك.

الجدول (16) المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس الاكتئاب وفقاً لمتغير المجموعة

في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	مجال الثقة (95%)	
				أعلى	أدنى
البعدي	أولى	15.908 ^a	3.489	23.587	8.228
	ثانية	30.950 ^a	3.489	38.629	23.270
المؤجل	أولى	16.830 ^a	3.935	25.732	7.928
	ثانية	32.170 ^a	3.935	41.072	23.268

= 46.4286. قبلي. a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

= 47.3333. قبلي. a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

يوضح الجدول (16) المتوسطات الحسابية المعدلة حسب قيم المتغير المشترك (القياس القبلي) للمتغير التابع (القياس البعدي والقياس البعدي المؤجل) لكل فئة من فئات المتغير العامل (المجموعة)، ويظهر الأخطاء المعيارية ومجالات الثقة المعدلة للمتغير التابع لكل فئة. ونلاحظ من هذا الجدول بلغ المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الأولى (15.9) في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية المعدل (30.9). كما بلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الأولى في القياس البعدي المؤجل (16.9) في حين بلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الثانية (32.1).

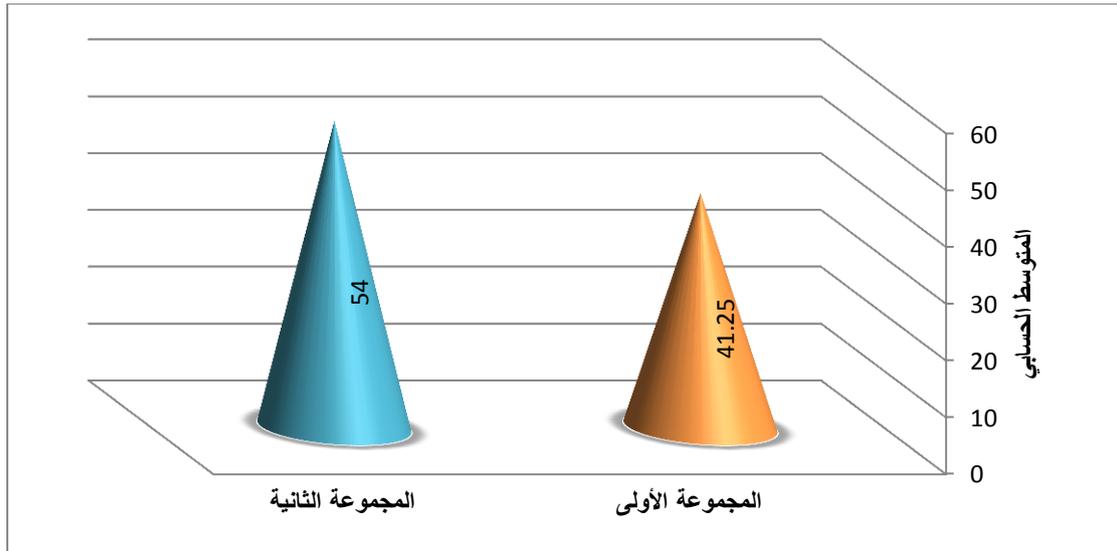
✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) على مقياس القلق في كل من التطبيقين البعدي والبعدي المؤجل:

حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات لدرجات المفحوصين في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس القلق، والجدول (17) يوضح ذلك.

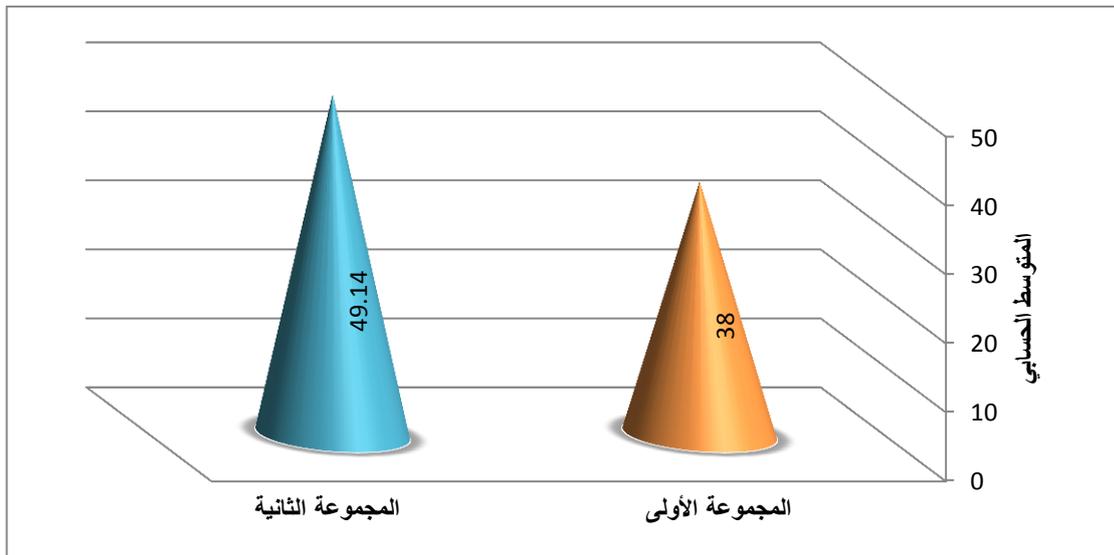
الجدول (17) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	القياس
6.58461	41.2500	8	الأولى	البعدي
6.92820	54.0000	8	الثانية	
9.27272	47.6250	16	الكلية	
5.60612	38.0000	8	الأولى	المؤجل
7.49285	49.1429	7	الثانية	
8.53731	43.2000	15	الكلية	

يلاحظ من الجدول (17) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية (المرضى ذوي اضطراب في الشخصية) على مقياس القلق في القياس البعدي قد بلغ (54) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى (المرضى بدون اضطراب في الشخصية) الذي بلغ (41.25)، كما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية على مقياس القلق في القياس البعدي المؤجل (49.14) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى الذي بلغ (38).



الشكل (8) يوضح الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق بين المجموعتين (الأولى والثانية) في القياس البعدي



الشكل (9) يوضح الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق بين المجموعتين (الأولى والثانية) في القياس البعدي المؤجل

وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (18) يبين هذه النتائج .

الجدول (18) تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعدي	التطبيق القبلي	210.384	1	210.384	6.374	.025
	المجموعة	623.651	1	623.651	18.893	.001
	الخطأ	429.116	13	33.009		
	المجموع	37580.000	16			
البعدي المؤجل	التطبيق القبلي	64.960	1	64.960	1.585	.232
	المجموعة	515.544	1	515.544	12.577	.004
	الخطأ	491.897	12	40.991		
	المجموع	29014.000	15			

a. R Squared = .667 (Adjusted R Squared = .616)
a. R Squared = .518 (Adjusted R Squared = .438)

يظهر من الجدول (18) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة بلغت (18.9) في القياس البعدي، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.001)، وبلغت هذه القيمة (12.6) في القياس البعدي المؤجل وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.004)، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي مجموعتي الدراسة (الأولى والثانية) في القياسين البعدي والبعدي المؤجل كذلك.

ولمعرفة اتجاه الدلالة تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة للقياسين البعدي والبعدي المؤجل وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (19) يوضح ذلك .

الجدول (19) المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس القلق وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	
			أعلى	أدنى
البعدي	أولى	41.378 ^a	2.032	36.988
	ثانية	53.872 ^a	2.032	49.482
المؤجل	أولى	37.603 ^a	2.285	32.624
	ثانية	49.596 ^a	2.447	44.266

= 58.9375. قبلي. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:
= 58.0000. قبلي. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

يوضح الجدول (19) المتوسطات الحسابية المعدلة حسب قيم المتغير المشترك (القياس القبلي) للمتغير التابع (القياس البعدي والقياس البعدي المؤجل) لكل فئة من فئات المتغير العامل (المجموعة)، ويظهر الأخطاء المعيارية ومجالات الثقة المعدلة للمتغير التابع لكل فئة. ونلاحظ من هذا الجدول بلغ المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الأولى (41.4) في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية المعدل (53.9). كما بلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الأولى في القياس البعدي المؤجل (37.6) في حين بلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الثانية (49.6).

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط

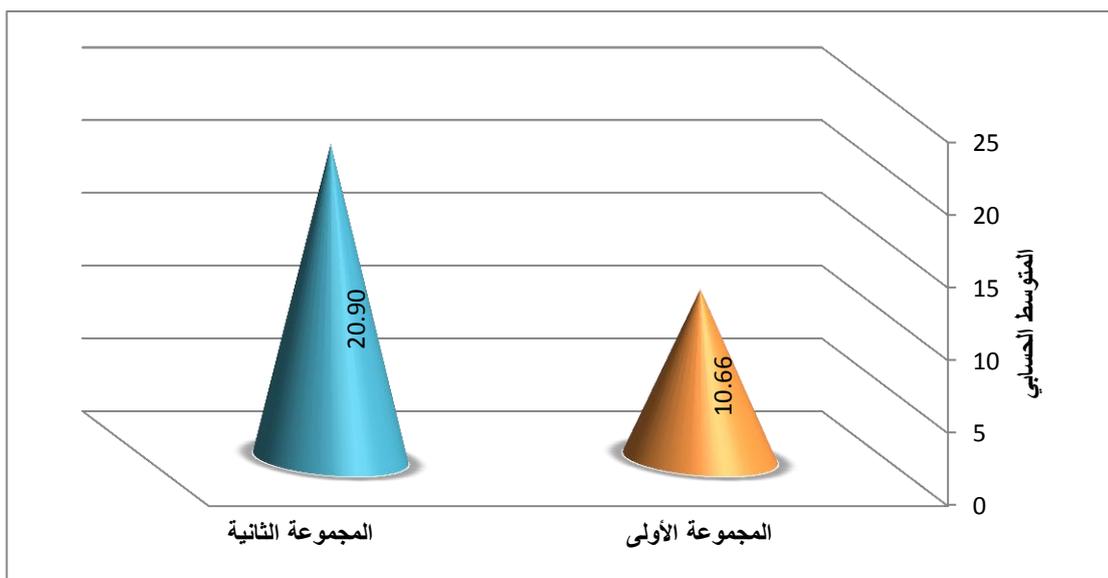
درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) على مقياس الوسواس القهري في كل من القياسين البعدي والبعدي المؤجل:

حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات لدرجات المفحوصين في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الوسواس القهري، والجدول (20) يوضح ذلك.

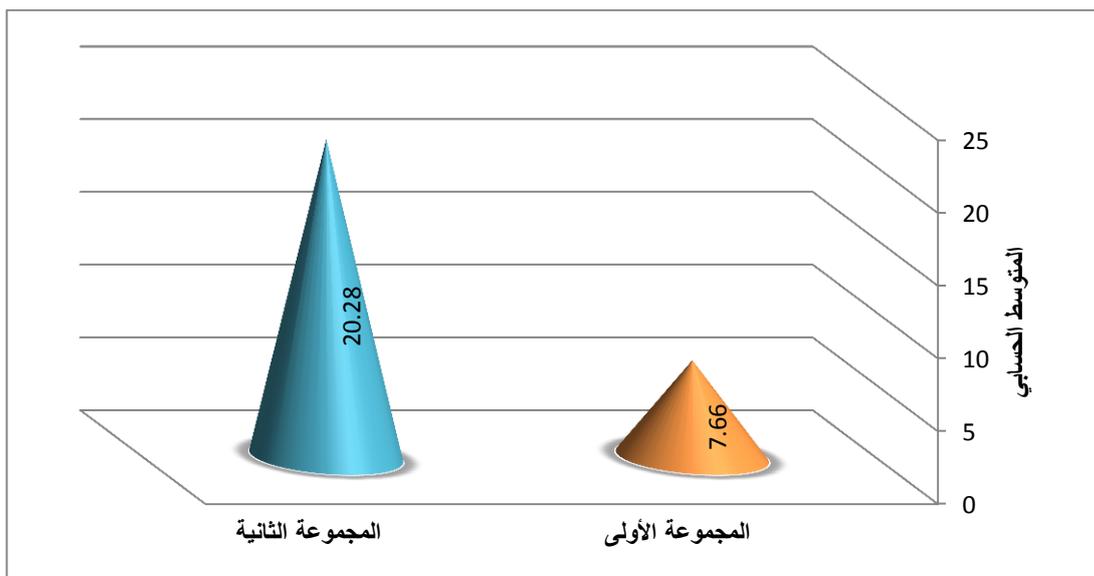
الجدول (20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الوسواس القهري وفقاً لمتغير المجموعة في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعدي	الأولى	3	10.6667	2.88675
	الثانية	10	20.9000	4.25441
	الكلية	13	18.5385	5.92474
المؤجل	الأولى	3	7.6667	.57735
	الثانية	7	20.2857	4.27061
	الكلية	10	16.5000	7.02772

يلاحظ من الجدول (20) أن المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية على مقياس الوسواس القهري في القياس البعدي قد بلغ (20.9) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى الذي بلغ (10.7)، كما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الثانية على مقياس الوسواس القهري في القياس البعدي المؤجل (20.3) وهو أعلى من المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الأولى الذي بلغ (7.66).



الشكل (10) يوضح الفروق بين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي



الشكل (11) يوضح الفروق بين درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري بين المجموعتين (الأولى والثانية) في التطبيق البعدي المؤجل

وللتحقق من وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المتوسطين تم استخدام اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) والجدول (21) يبين هذه النتائج .

الجدول (21) تحليل التباين المشترك لأفراد عينة الدراسة على مقياس الوسواس وفقاً لمتغير المجموعة في القياس البعدي والبعدي المؤجل

القياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعدي	التطبيق القبلي	133.656	1	133.656	29.112	.000
	المجموعة	222.915	1	222.915	48.554	.000
	الخطأ	45.910	10	4.591		
	المجموع	4889.000	13			
البعدي المؤجل	التطبيق القبلي	59.341	1	59.341	8.184	.024
	المجموعة	345.990	1	345.990	47.719	.000
	الخطأ	50.754	7	7.251		
	المجموع	3167.000	10			

a. R Squared = .891 (Adjusted R Squared = .869)

a. R Squared = .886 (Adjusted R Squared = .853)

يظهر من الجدول (21) أن قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة في القياس البعدي قد بلغت (48.5) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.00) ، كما بلغت قيمة (ف) بالنسبة لمتغير المجموعة في القياس البعدي المؤجل (47.7) وهي كذلك ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.00) ، مما يدل على وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي مجموعتي الدراسة (الأولى والثانية) في القياسين البعدي والمؤجل، ولمعرفة اتجاه الدلالة تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة للقياسين البعدي والمؤجل وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (22) يوضح ذلك.

الجدول (22) المتوسطات الحسابية المعدلة لمقياس الوسواس القهري وفقاً لمتغير المجموعة

في القياسين البعدي والبعدي المؤجل

القياس	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	
			أعلى	أدنى
البعدي	أولى	10.968 ^a	1.238	8.209
	ثانية	20.810 ^a	.678	19.299
المؤجل	أولى	7.507 ^a	1.556	3.828
	ثانية	20.354 ^a	1.018	17.947

= 25.9231. قبلي. a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

= 25.5000. قبلي. a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values:

يوضح الجدول (22) المتوسطات الحسابية المعدلة حسب قيم المتغير المشترك (القياس القبلي) للمتغير التابع (القياس البعدي والقياس البعدي المؤجل) لكل فئة من فئات المتغير العامل (المجموعة)، ويظهر الأخطاء المعيارية ومجالات الثقة المعدلة للمتغير التابع لكل فئة. ونلاحظ من هذا الجدول بلغ المتوسط الحسابي المعدل لأفراد المجموعة الأولى (11) في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الثانية المعدل (20.8). وبلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الأولى في القياس البعدي المؤجل (7.5) في حين بلغ المتوسط الحسابي المعدل لدرجات المجموعة الثانية (20.3).

من النتائج التي عرضت في الجداول ذات الأرقام (14-15-16-17-18-19-20-21-22) يمكننا قبول الفرضية البديلة الفائزة: بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع للعلاج لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج. وجاءت هذه الفروق في المتوسطات الحسابية لصالح المجموعة الثانية، أي أن التحسن في الاستجابة العلاجية جاء لصالح المجموعة الأولى مقارنة مع المجموعة الثانية من المرضى.

فقد استجاب أفراد المجموعة الأولى للعلاج بصورة أفضل مما استجاب أفراد المجموعة الثانية، أي أن النتائج العلاجية لأفراد المجموعة الثانية ذوي اضطرابات الشخصية للعلاج الطبي النفسي كانت أدنى مما هي عليه لدى النتائج العلاجية لأفراد المجموعة الأولى. كما تشير النتائج إلى أن أفراد عينة الدراسة من المجموعة الأولى احتفظت بالتحسن بشكل أكبر منه مقارنة بأفراد عينة الدراسة من المجموعة الثانية، أي أن المرضى في المجموعة الأولى بدون اختلاطية حافظوا على نتائج العلاج فيما يتعلق بتعافيهم من الاضطراب وتجاوزهم له على الرغم من انقضاء فترة من نهاية العلاج.

وتفسر الباحثة النتيجة السابقة التي ظهرت والتي أكدت على أن الاستجابة العلاجية للمرضى أفراد المجموعة الأولى (بدون اضطرابات في الشخصية) هي أفضل منها للمرضى أفراد المجموعة الثانية (ذوي اضطرابات الشخصية المختلطة) من خلال التالي:

عندما يتعرض الفرد لظروف ومواقف ضاغطة جديدة تتطلب منه سمات شخصية قادرة على التكيف ليتعامل معها، إذا كان هذا الفرد يفتقر الى المرونة في مكونات شخصيته فإنها تحد من قدرته على التأقلم والتعامل الناجح مع التطورات والمستجدات في ظروف حياته، وبالتالي يكون معرضاً أكثر من غيره للوقوع ضحية للأزمات والاضطرابات النفسية وما ينتج عنها من معاناة وتعاسة، وبالتالي يصبح عاجزاً عن ممارسة حياة طبيعية. لذلك يمكننا القول أن هذه الأنماط السلوكية والسمات الشخصية غير القابلة للتكيف هي التي تجعل المريض النفسي الذي يعاني من اضطراب في الشخصية أقل قدرة على تقبل العلاج والالتزام بالخطط العلاجية الموضوعية من قبل الطبيب المعالج

وبالتالي هو أقل قدرة على تعديل سلوكه المرضي ولذلك تكون استجابته العلاجية أدنى من الاستجابة العلاجية للمريض النفسي الذي لا يعاني من اضطراب في شخصيته.

كما أن الفرد ذو الشخصية المضطربة لا يدرك هذا الاختلاف الكامن في شخصيته، بل يكون على قناعة أن المشكلة التي يواجهها ليست مشكلته بل هي مشكلة تكمن في الأشخاص أو الظروف المحيطة به. ومما يعيق فرص العلاج لدى المريض ذو اضطراب الشخصية، هو أنه غالباً لا يستجيب للعلاج ويقاومه، لا بل إنه لا يرى نفسه بحاجة إليه. وأحد أهم العوامل في تفسير الاستجابة المنخفضة للعلاج لدى المرضى ذوي اضطرابات الشخصية مقارنة بالمرضى بدونها هي أن الشخصية المضطربة تعد تركيبة ثابتة لدى الفرد على خلاف المرض النفسي، لذلك فإننا احتمالاً ضعيفاً لتأثير العلاج الدوائي فيها، وبالطبع فإن الأطباء النفسيين الذين يمارسون العلاج يركزون على الأدوية ولذلك لا يمكننا أن نتوقع تحسن المرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية مختلطة بالقدر نفسه الذي يتحسن به المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات مختلطة للشخصية.

وقد جاءت هذه النتائج متفقة بشكل كبير مع ماورد في مقدمة ومشكلة الدراسة والإطار النظري السابقين الحديث عن طبيعة اضطرابات الشخصية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة. وقد تم إجراء العديد من الدراسات المثيرة للاهتمام في محاولة لتسليط الضوء على العلاقة المهمة المحتملة بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية المتعددة وتأثيراتها على الاستجابة العلاجية للمرضى.

حيث تعد اضطرابات الشخصية مهمة للاكلينيكي ليأخذها بعين الاعتبار كونها قد تتعارض مع الجهود المبذولة لعلاج مشاكل أكثر تحديداً مثل القلق، والاكتئاب، أو تعاطي المخدرات (David & Mark., 2015, 471). ويمكن تفسير ذلك بافتراض أن الميول الشخصية تجعل بعض الناس عرضة لاضطرابات نفسية محددة (Tyrer, 1997, 242).

وعلى الرغم من أنه لا يوجد إلا القليل من التراث المختص لتحديد ما إذا كانت سمات معينة للشخصية المرضية ذات أهمية خاصة، إلا أن هناك ما يكفي لتقديم إرشادات منهجية للدراسات المستقبلية (Reich and Green, 1991, 74). وحيث إن الشخصية تتيح للإنسان في الحالة السوية النمو والنشاط والتلاؤم مع الحياة، إلا أنها قد تتحرف لدى البعض فتصبح جامدة ومتحجرة، وبدلاً من أن تفتح لهم إمكانات الاستجابة للمتطلبات الحياتية بمرونة، تسبب لهم صفات شخصيتهم حياة مملوءة بالتعاسة والشقاء وتعيقهم عن مواجهة متطلبات الحياة ومتغيراتها (كيس، 2009، 135-136). كما ويظهر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية درجة متطرفة من مشاكل السمات - درجة لا توجد عادة لدى عامة السكان (Comer, 2014, 402). ويميل الآخرون لرؤية سلوك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية على أنه مريكاً، مضجراً، لا يمكن التنبؤ به، وغير مقبول بدرجات

متفاوتة (James et al., 2013, 337). وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها وفي التعامل مع أنفسهم وتصورهم لذواتهم (عسكر, 2004, 245). حتى أن العديد من المصابين لا يدركون مشاكل شخصيتهم ويفشلون في تتبع الصعوبات التي يواجهونها بسبب الأسلوب غير المتكيف في تفكيرهم وسلوكهم (Comer, 2014, 400). والمشكلة الحقيقية هي في أن مثل هؤلاء الأشخاص ممن تأثروا بهذه الاضطرابات لا يعون الاختلاف والتميز في خبراتهم وسلوكهم عن السياق العام، لهذا فهم لا يعترفون بوجود مشكلة يعانون منها لابل هم مقتنعون بأن المشكلة في الآخرين والظروف المحيطة (راينكر, 2009, 248-249). ومن الناحية الإكلينيكية، غالباً ما يتسبب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية بالكثير من الصعوبات في حياة الآخرين كما في حياتهم الخاصة (James et al., 2013, 337). وبالتالي لا يشعر الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية بأي محنة ذاتية، بينما قد يشعر الآخرون بمحنة بسبب تصرفات الشخص ذو الاضطراب (David & Mark., 2015, 441).

وفي كثير من الحالات، يدخل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية العلاج فقط بإصرار من شخص آخر، وغالباً ما لا يعتقدون أنهم بحاجة إلى التغيير، يعود ذلك جزئياً لأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لديهم سمات شخصية جامدة ومتأصلة غالباً ما تؤدي إلى علاقات علاجية سيئة وبالإضافة إلى ذلك تجعلهم يقاومون القيام بالأشياء التي من شأنها أن تساعد على تحسين حالاتهم على المحور الأول (James et al., 2013, 358). وعادة ما يقاوم الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات العلاج، وتميل مكاسبهم العلاجية لأن تكون متواضعة في أحسن الأحوال (Comer, 2014, 408). ويصعب علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لأنهم عادة لا يرون أن الصعوبات التي يواجهونها ناتجة عن الطريقة التي يتواصلون بها مع الآخرين (David & Mark., 2015, 471). لذلك تعد هذه الاضطرابات من بين الاضطرابات النفسية الأكثر صعوبة في العلاج (Comer, 2014, 400).

كما تبين أن كل من الاضطرابيين يحافظ على الآخر ويؤدي إلى تفاقمه، وبالتالي فإنه ليس من المفاجئ أن الأطباء يعدون فئة المرضى الذين يعانون من حالات الاختلاطية هي صعبة للغاية على العلاج (Katherine, 2013, 482-483). هذه نقطة على غاية من الأهمية فوجود اضطراب الشخصية لدى المريض بالإضافة للاضطراب النفسي يلعب دوراً مزدوجاً فكل من الاضطرابيين يعزز الآخر ويعمل على مقاومة العلاج وصعوبته.

وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة التي أجريت للبحث في كيفية استجابة مرضى الاكتئاب للعلاج النفسي والدوائي، وفي ظل النتائج المتناقضة للدراسات المختلفة، تم اقتراح عامل محتمل لتفسير الاستجابة المنخفضة للعلاج، وهو وجود اضطرابات الشخصية المختلطة التي تحدث بمعدلات

مرتفعة لدى هؤلاء المرضى (Maddux et al., 2009; Byrne et al., 2008). وأظهرت نتائج دراسة (Robert, 2010, 488) أن تقييم الشخصية هو جزء مهم من تقييم أي مريض اكتئاب، وذلك وثيق الصلة بكل من التنبؤ - التشخيص - والاستجابة للعلاج. وقد وجدت غالبية البحوث آثاراً ضارة لاضطرابات الشخصية على مسار اضطراب الاكتئاب الأساسي (Gunderson et al., 2004; Viinamäki et al., 2002). كما أشارت نتائج دراسة (Araújo et al., 2014) إلى أن شدة أعراض الاكتئاب المختلطة هي واحدة من أهم العوامل في تحديد نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. وأكدت نتائج دراسة (Wenze et al., 2014) ارتباط المجموعتين A و C لاضطرابات الشخصية بشدة مع الاكتئاب، وهذه النتائج تتناسب مع تسليط الضوء على التداعيات السلبية لعلم اضطرابات الشخصية على مجموعة من النتائج في اضطرابات المزاج. وترتبط الاختلاطية بين اضطرابات الاكتئاب والقلق في العينات الاكلينيكية مع زيادة شدة الأعراض والخطر المرتفع للانتحار (Cyranowski et al., 2012). حيث أكدت الدراسات تأثيراً للاختلاطية على السلوك الانتحاري؛ فأظهرت أن وجود سمات دافعية لاضطرابات الشخصية يزيد خطر القيام بفعل الانتحار الذي يتأثر بالإدمان على العقار وعدد الاضطرابات المختلطة لدى الفرد، كما كانت محاولات الانتحار أكثر انتشاراً لدى المرضى النفسيين الذين لديهم تاريخ طويل في اضطرابات الشخصية (Üçok, 1998; Lecrubier, 2001;). كما أظهرت نتائج دراسة (Bolle et al., 2011, 1) وجود نتائج علاجية أدنى بكثير لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المختلطة عند مقارنتهم مع المرضى الذين ليست لديهم اضطرابات في الشخصية. وفي دراسة أجريت لمقارنة أساليب المعالجة للمرضى الذين يعانون من تخلف عقلي شديد ذوي/ وبدون اضطرابات الشخصية، تبين أن الاستجابة للعلاج لدى المرضى ذوي التشخيصات المختلطة كانت أدنى من تلك النتائج لذوي التشخيصات المفردة (Tyrer et al., 2003). وتشير نتائج دراسة (Bienvenu et al., 2009) إلى أن سمات الشخصية الانطوائية والاتكالية هي عوامل مهيئة لاضطراب الهلع والخوف من الأماكن المكشوفة (Cummings et al., 2011). وفي دراسة هدفت لاختبار العلاقات بين كل من اضطرابات الشخصية، مهارات حل المشكلات، والاستجابة للعلاج لدى مرضى العيادات الخارجية للاكتئاب الأساسي أظهرت نتائجها أن لدى المرضى ذوي اضطرابات الشخصية التجنبية، الاعتمادية، النرجسية، والحدودية مقدرة سيئة على حل المشكلات أكثر مما هو لدى المرضى بدون أي اضطراب في الشخصية (Harley et al., 2006). كما توجد درجة عالية للاختلاطية بين اضطراب الشخصية الحدية واضطراب تعاطي الكحول فهناك بعض الأدلة على أن هذا النمط من الاختلاطية يمكن أن يرتبط مع احتمالية متدنية للشفاء بعد العلاج (Gianoli et al., 2012, 333). وبناءً على ذلك فإن زيادة الوعي باضطراب الشخصية الحدية لدى المرضى من الأقليات والذين يترددون على عيادات الرعاية الصحية الأولية، وارتفاع معدلات التعرض لصدمات العلاقات الشخصية، والمخاطر المرتفعة للاختلاطية النفسية لدى هذه الفئة

السكانية يمكن أن يعزز تفهم الأطباء (العامون) علاجهم وتحويل مرضى اضطراب الشخصية الحدودية (Westphal et al., 2013). هذا وقد وجدت العديد من الدراسات التي أجريت على الأفراد ذوي اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الشخصية الحدودية خطورة أعلى للاضطرابات النفسية وضعف الأداء النفسي والاجتماعي أكثر مما هو عليه لدى الأفراد ذوي اضطراب الشخصية الحدودية المفرد (Frías A et al., 2015). أي أن هؤلاء الأشخاص يراجعون الطب العام بشكاوى جسدية ولكن زيادة المعرفة بأن هذه الأقليات معرضة كثيراً لصدمات في العلاقات البينشخصية وبالتالي زيادة احتمال وجود اضطرابات في الشخصية الحدودية. ومن هنا فإذا فهم الأطباء هذه الحالات فإنهم يقومون بتحويلهم للطب النفسي وبالتالي تحسن فرص العلاج.

نتائج الفرضية الثانية: يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

قامت الباحثة باختبار الفرضية الأساسية التي يتفرع عنها ثلاث فرضيات فرعية هي:

✓ يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى الاكتئاب في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

✓ يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى القلق في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

✓ يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى الوسواس القهري في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

تمت دراسة العلاقة بين وجود اضطراب في الشخصية والاستجابة العلاجية لدى كل من مرضى (الاكتئاب والقلق والوسواس القهري) حسب معامل ارتباط بيرسون، وفيما يلي عرض للنتائج التي ظهرت كما هي موضحة في الجدول (23)

الجدول (23) يظهر المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط بين المتغيرات ودلالته الاحصائية

المقياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	الدلالة
الاكتئاب	7	31.8571	11.29054	0.833	0.01
الشخصية	7	63.8571	10.36707		
القلق	8	54.0000	6.92820	.768	.013
الشخصية	8	60.6250	5.82942		
الوسواس القهري	10	20.9000	4.25441	.919	.000
الشخصية	10	63.4000	9.75477		

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغيرات، كما حسب معامل الارتباط الثنائي بين المتغيرات. ويظهر لدينا من الجدول رقم (23) إن قيمة مستويات الدلالة تشير إلى ارتباط إيجابي وقوي بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب الشخصية وكل من مقياس (الاكتئاب - القلق - الوسواس القهري)، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.833) للاكتئاب و(0.768) للقلق و(0.919) للوسواس القهري مما يدل على أن العلاقة بين وجود اضطراب الشخصية والدرجة على المقاييس النوعية قوية وموجبة، بمعنى أن زيادة شدة اضطراب الشخصية يزيد الدرجة على كل من الاكتئاب والقلق والوسواس القهري. الأمر الذي يقودنا إلى الفرضية التنبؤية الآتية:

• يتوقع أنه كلما ازدادت شدة اضطراب الشخصية لدى المرضى النفسيين كلما انخفضت الاستجابة للعلاج من الاضطراب النفسي المشخص لديهم.

ولاختبار الفرضية تم إجراء تحليل الانحدار البسيط (الثنائي) لبيان أثر اضطراب الشخصية في الاستجابة العلاجية لكل من الاكتئاب والقلق والوسواس القهري. وتعرض الجداول الآتية نتيجة التحليل.

جدول (24) ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة الاكتئاب

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R2	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري المقدر
1	.833 ^a	.694	.632	6.84715

يلاحظ من جدول (24) أن مربع معامل الارتباط (R2) الدال على قوة اضطراب الشخصية في التنبؤ بمقدار الاستجابة العلاجية لمرضى الاكتئاب قد بلغت (0.694).

جدول (25) تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط لعينة الاكتئاب

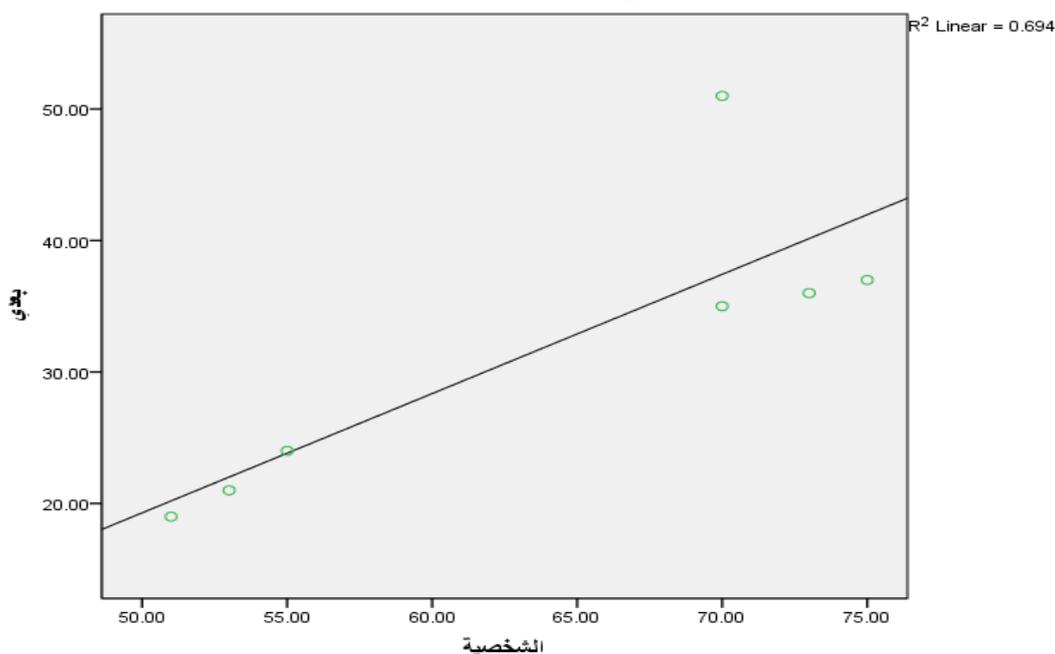
الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات		
.020 ^a	11.314	530.440	1	530.440	الانحدار	1
		46.883	5	234.417	البواقي	
			6	764.857	الكلية	

يتضح من الجدول (25) أن قيمة (ف) هي (11.314) وهي دالة عند مستوى (0.02) ما يدل على وجود تأثير إيجابي ذي دلالة إحصائية لشدة اضطراب الشخصية في الاستجابة العلاجية لدى أفراد العينة من مرضى الاكتئاب.

جدول (26) نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة الاكتئاب

الدالة	"T"	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية		نموذج	1
		Beta	الخطأ المعياري	B		
.195	-1.497	.833	17.412	-26.058	الثابت (Constant)	
.020	3.364		.270	.907	الشخصية	

ويظهر من جدول (26) أن قيمة المعاملات غير المعيارية لكل من اضطراب الشخصية والاكتئاب دالة عند مستوى دلالة (0.02) وأن قيمة بيتا تساوي (0.833)، وهذا يدل على أن اضطراب الشخصية يسهم بمقدار مقبول في التنبؤ بمستوى الاستجابة، ومعادلة التنبؤ يعبر عنها بالشكل التالي: درجة الاكتئاب = $-26.058 + 0.907 \times$ اضطراب الشخصية وهي تدل على أن الزيادة في شدة اضطراب الشخصية يرافقه زيادة في درجة الاكتئاب ونقصان في الاستجابة العلاجية. والرسم البياني يوضح صحة هذه العلاقة:



الرسم البياني (12) انتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى الاكتئاب

جدول (27) ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة القلق

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R2	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري المقدر
1	.768 ^a	.589	.521	4.79658

يلاحظ من جدول (27) أن مربع معامل الارتباط (R2) الدال على قوة اضطراب الشخصية

في التنبؤ بمقدار الاستجابة العلاجية لمرضى القلق قد بلغت (0.589).

جدول (28) تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط لعينة القلق

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
.026 ^a	8.604	197.957	1	197.957	الانحدار
		23.007	6	138.043	البواقي
			7	336.000	الكلي

يتضح من الجدول (28) أن قيمة (ف) هي (8.604) وهي دالة عند مستوى (0.02) ما يدل

على وجود تأثير إيجابي ذي دلالة إحصائية لشدة اضطراب الشخصية في الاستجابة العلاجية لدى أفراد العينة من مرضى القلق.

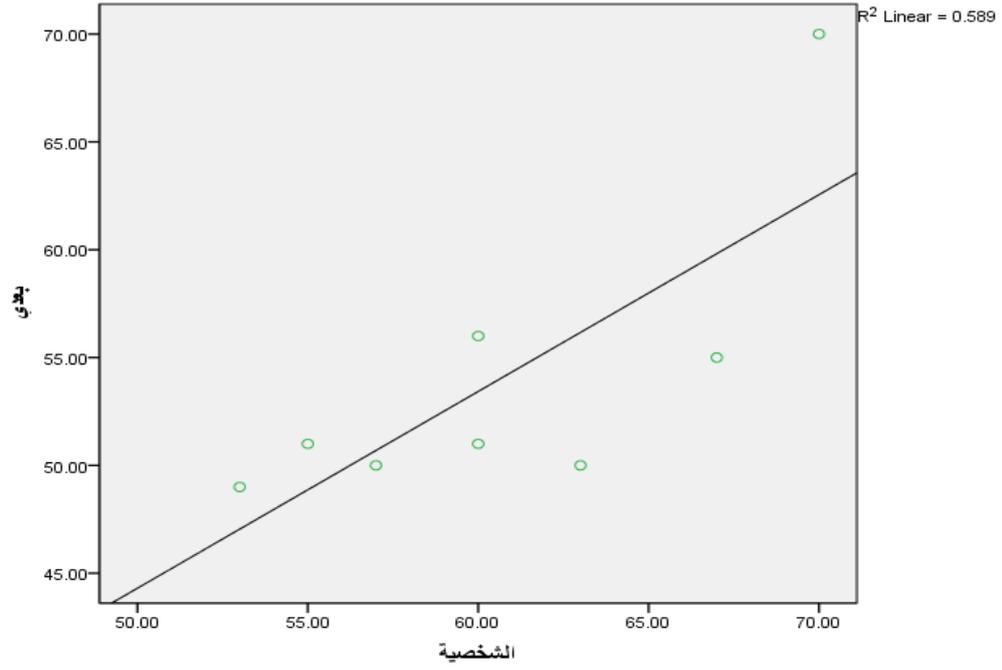
جدول (29) نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة القلق

الدالة	"T"	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية		نموذج
		Beta	الخطأ المعياري	B	
.947	-0.069	0.768	18.930	-1.305	الثابت (Constant)
.026	2.933		.311	.912	الشخصية

ويظهر من جدول (29) أن قيمة المعاملات غير المعيارية لكل من اضطراب الشخصية والقلق

دالة عند مستوى دلالة (0.02) وأن قيمة بيتا تساوي (0.768)، وهذا يدل على أن اضطراب الشخصية يسهم بمقدار مقبول في التنبؤ بمستوى الاستجابة وأن شكل معادلة التنبؤ يعبر عنها بالشكل التالي: درجة القلق = -1.305 + .912 × اضطراب الشخصية

وهي تدل على أن الزيادة في شدة اضطراب الشخصية يرافقها زيادة في درجة القلق ونقصان في الاستجابة العلاجية. والرسم البياني يوضح صحة هذه العلاقة:



الرسم البياني (13) انتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية

في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى القلق

جدول (30) ملخص تحليل الانحدار البسيط باستخدام المربعات الصغرى الموزونة لعينة الوسواس

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R2	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري المقدر
1	.919 ^a	.845	.826	1.77494

يلاحظ من جدول (30) أن مربع معامل الارتباط (R2) الدال على قوة اضطراب الشخصية في

التنبؤ بمقدار الاستجابة العلاجية لمرضى الوسواس قد بلغت (0.845).

جدول (31) تحليل تباين الانحدار لاختبار دلالة مربع معامل الارتباط

لعينة الوسواس القهري

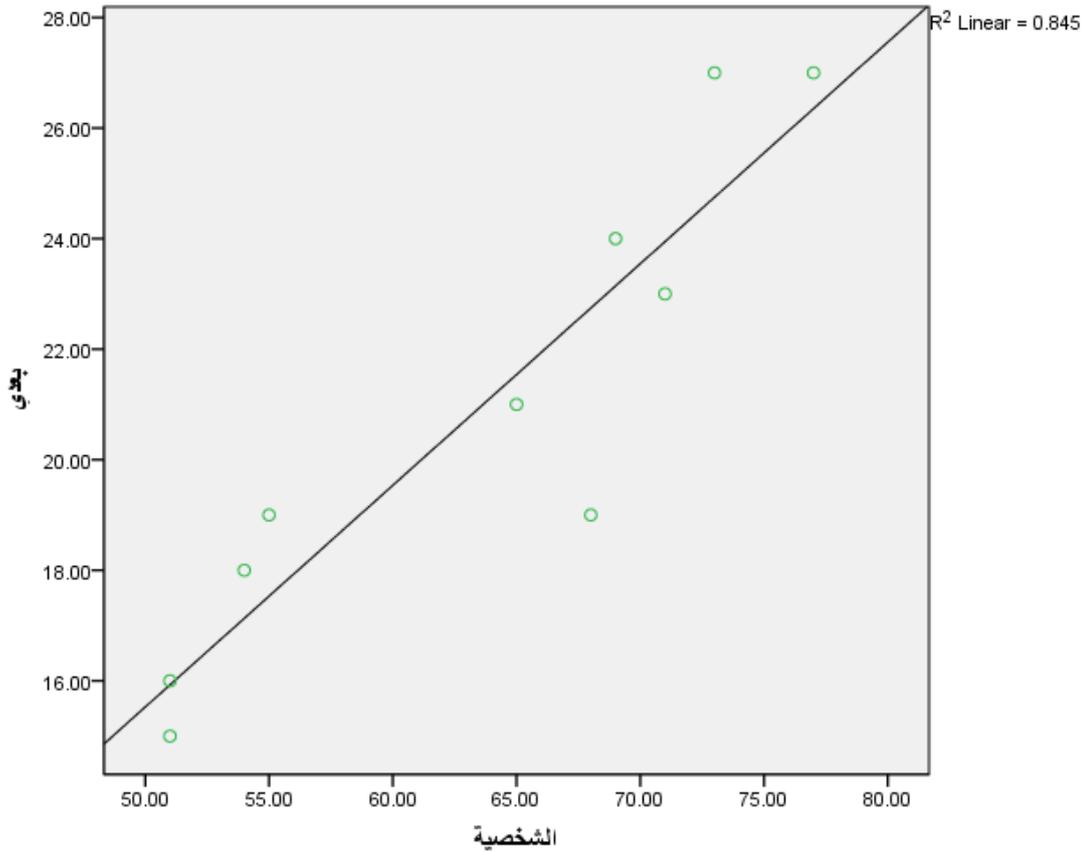
الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات		1
.000 ^a	43.708	137.697	1	137.697	الانحدار	
		3.150	8	25.203	البواقي	
			9	162.900	الكلية	

يتضح من الجدول (31) أن قيمة (ف) هي (43.708) وهي دالة عند مستوى (0.00) ما يدل على وجود تأثير إيجابي ذي دلالة إحصائية لشدة اضطراب الشخصية في الاستجابة العلاجية لدى أفراد العينة من مرضى الوسواس القهري.

جدول (32) نتيجة تحليل الانحدار الثنائي لعينة الوسواس القهري

الدالة	"T"	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية		نموذج	1
		Beta	الخطأ المعيارى	B		
.278	-1.164		3.886	-4.522	الثابت (Constant)	
.000	6.611	.919	.061	.401	الشخصية	

ويظهر من جدول (32) أن قيمة المعاملات غير المعيارية لكل من اضطراب الشخصية والوسواس القهري دالة عند مستوى دلالة (0.00) وأن قيمة بيتا تساوي (0.919)، وهذا يدل على أن اضطراب الشخصية يسهم بمقدار مقبول في التنبؤ بمستوى الاستجابة العلاجية وأن شكل معادلة التنبؤ يعبر عنها بالشكل التالي: درجة الوسواس القهري = -4.522 + .401 × اضطراب الشخصية وهي تدل على أن الزيادة في شدة اضطراب الشخصية يرافقه زيادة في درجة الوسواس القهري ونقصان في الاستجابة العلاجية. والرسم البياني يوضح صحة هذه العلاقة:



الرسم البياني (14) لانتشار خط الانحدار لشدة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لمرضى الوسواس القهري

كما وجدنا من العرض السابق فإنه لاختبار الفرضية المتعلقة بقدرة اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية لكل من مرضى (الاكتئاب- القلق- الوسواس القهري)، والتي تجيب على التساؤل: ما مدى إسهام درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطرابات الشخصية في تعديل استجاباتهم العلاجية للاضطرابات النوعية المشخصة لديهم استخدم كما هو مبين تحليل الانحدار الثنائي، تم إجراء تحليل الانحدار البسيط (الثنائي) لبيان أثر وجود اضطراب الشخصية في الاستجابة العلاجية للمرضى النفسيين لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية المشخصة لدى أفراد العينة، وحسبت قيمة (R^2) البالغة (0.694) والتي تدل على قدرة متغير اضطراب الشخصية في التنبؤ بمؤشر الاستجابة العلاجية أي أن مدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (69.4 %) وهي نسبة التباينات التي تفسرها العلاقة الخطية أي نموذج الانحدار وأن الباقي أي نسبة مقدارها (30.6 %) تقريباً لا يمكن تفسيرها باضطراب الشخصية لوحده أي أنها ترجع إلى عوامل عشوائية كأن تكون متغيرات أخرى لا يتضمنها النموذج، وهذا أمر متوقع في ظاهرة معقدة كالاستجابة العلاجية للاضطرابات النفسية المتنوعة وبحاجة النموذج التفسيري إلى مراعاة مجموعة أخرى من المتغيرات أيضاً، غير أن

احتمال انخفاض مستوى الاستجابة العلاجية بمقدار (69.4 %) من خلال وجود اضطراب في الشخصية يعد مؤشراً هاماً.. إلا أن تفسير أثر اضطراب الشخصية على الاستجابة العلاجية يكون أسهل من خلال حساب معامل بيتا Beta الذي يستخدم للتنبؤ بالقيم المعيارية لمقياس الاكتئاب من خلال القيم المعيارية لاضطراب الشخصية، وظهر من خلال حساب معامل بيتا أنه عندما لا يتم العمل على تعديل اضطراب الشخصية فإن احتمال تعديل الاكتئاب يبلغ (-26.058) وأن رفع الاستجابة العلاجية بمقدار درجة معيارية واحدة يحتاج إلى تخفيض شدة اضطراب الشخصية بمقدار (0.907)، وأن قيمة "ف" بلغت (11.314) وكانت دالة عند مستوى دلالة (0.02).

كما حسبت قيمة (R^2) البالغة (0.589) والتي تدل على قدرة متغير اضطراب الشخصية في التنبؤ بمؤشر الاستجابة العلاجية للقلق أي أن مدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (58.9%) وهي نسبة التباينات التي تفسرها العلاقة الخطية أي نموذج الانحدار وأن الباقي أي نسبة مقدارها (41.1%) تقريباً لا يمكن تفسيرها باضطراب الشخصية لوحده أي ترجع إلى عوامل عشوائية كأن تكون متغيرات أخرى لا يتضمنها النموذج، وهذا أمر متوقع في ظاهرة معقدة كالاستجابة العلاجية للاضطرابات النفسية المتنوعة ويحتاج النموذج التفسيري إلى مراعاة مجموعة أخرى من المتغيرات أيضاً، غير ان احتمال انخفاض مستوى الاستجابة العلاجية بمقدار (58.9%) من خلال وجود اضطراب في الشخصية يعد مؤشراً هاماً.. إلا أن تفسير أثر اضطراب الشخصية على الاستجابة العلاجية يكون أسهل من خلال حساب معامل بيتا Beta الذي يستخدم للتنبؤ بالقيم المعيارية لمقياس القلق من خلال القيم المعيارية للشخصية، وظهر من خلال حساب معامل بيتا أنه عندما لا يتم العمل على تعديل اضطراب الشخصية فإن احتمال تعديل القلق يبلغ (-1.305) وأن رفع الاستجابة العلاجية بمقدار درجة معيارية واحدة يحتاج إلى تخفيض شدة اضطراب الشخصية بمقدار (0.912)، وأن قيمة "ف" بلغت (8.604) وكانت دالة عند مستوى دلالة (0.02).

كذلك الأمر فقد حسبت قيمة (R^2) البالغة (0.845) والتي تدل على قدرة متغير اضطراب الشخصية في التنبؤ بمؤشر الاستجابة العلاجية للوسواس القهري يعني أن مدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (84.5%) وهي نسبة التباينات التي تفسرها العلاقة الخطية أي نموذج الانحدار وأن الباقي أي نسبة مقدارها (15.5%) تقريباً لا يمكن تفسيرها باضطراب الشخصية لوحده أي ترجع إلى عوامل عشوائية كأن تكون متغيرات أخرى لا يتضمنها النموذج، وهذا أمر متوقع في ظاهرة معقدة كالاستجابة العلاجية للاضطرابات النفسية المتنوعة ويحتاج النموذج التفسيري إلى مراعاة مجموعة أخرى من المتغيرات أيضاً، غير ان احتمال انخفاض مستوى الاستجابة العلاجية بمقدار (84.5%) من خلال وجود اضطراب في الشخصية يعد مؤشراً هاماً.. إلا أن تفسير أثر اضطراب الشخصية على الاستجابة العلاجية يكون أسهل من خلال حساب معامل بيتا Beta الذي يستخدم للتنبؤ بالقيم المعيارية لمقياس الوسواس القهري من خلال القيم المعيارية للشخصية، وظهر من خلال حساب

معامل بيتا أنه عندما لا يتم العمل على تعديل اضطراب الشخصية فإن احتمال تعديل الوسواس القهري يبلغ (4.522-) وأن رفع الاستجابة العلاجية بمقدار درجة معيارية واحدة يحتاج إلى تخفيض شدة اضطراب الشخصية بمقدار (0.401)، وأن قيمة "ف" بلغت (43.708) وكانت دالة عند مستوى دلالة (0.000).

ومما سبق ومن النتائج التي ظهرت في الجداول ذات الأرقام (23-24-25-26-27-28-29-30-31-32) يمكننا القول أنه تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد بهدف اختبار فرضية الدراسة وقد كشفت النتائج الإحصائية عن أن نموذج تحليل الانحدار يفسر (69.4%) من المتغير التابع بالنسبة للاكتئاب و(58.9%) للقلق و(84.5%) للوسواس القهري (أي الاستجابة العلاجية المقاسة بالتعديل في الدرجات على مقياس الاكتئاب والقلق والوسواس القهري) وذلك عند درجة ثقة (95%) وبمستوى دلالة إحصائية يبلغ (0.02) (0.02) (0.00) على التوالي. وبذلك كشفت نتائج التحليل الإحصائي عن قبول الفرضية البديلة القائلة: يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة) في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

تؤكد هذه النتيجة دور اضطراب الشخصية في التنبؤ بالاستجابة العلاجية للمرضى النفسيين موضع الدراسة. وعند تحليل مستوى مقياس اضطراب الشخصية في التنبؤ بدرجة مقياس الاضطرابات النوعية لدى أفراد عينة الدراسة، أظهرت نتائج تحليل الانحدار وجود علاقة ذات دلالة إحصائية لإسهام درجات أفراد العينة على اضطراب الشخصية في التنبؤ بمقياس الاكتئاب والقلق والوسواس القهري لأفراد العينة.

ومن هذه النتيجة - التي تعتبرها الباحثة نتيجة منطقية- فإنه يمكن القول أنه كلما ارتفع مستوى اضطراب الشخصية لدى الفرد؛ أدى ذلك إلى ارتفاع درجته على المقياس المستخدمة وانخفاض استجابته العلاجية لها.

ولهذه النتيجة تداعيات تشخيصية وعلاجية مهمة فهي تعطي مؤشراً في الممارسة العملية للتركيز على نقاط غاية في الأهمية وينبغي الاهتمام بها عند التخطيط للبرامج العلاجية مع المرضى النفسيين باختلاف المرض والشروط المتعلقة به وبالمريض. إذ يعد مفهوم الاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية ذو أهمية كبيرة بالنسبة لفهم وعلاج الاضطرابات النفسية ومجراها، ومن الممكن جداً للمعالجة الهادفة في المعتاد لاضطراب نوعي أن تتغير بشكل كبير عند وجود اضطراب محدد في الشخصية، والانتباه لوجود هذا الاضطراب عند وضع وتطوير الخطة العلاجية لهؤلاء المرضى. وحيث أنه يترافق وجود واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية لدى الفرد مع نتائج ضعيفة للعلاج وتشخيص سلبي عموماً، لذلك تعد اضطرابات الشخصية مهمة للاكلينيكي ليأخذها

بعين الاعتبار كونها قد تتعارض مع الجهود المبذولة لعلاج مشاكل أكثر تحديداً مثل القلق، والاكئاب، أو تعاطي المخدرات (David & Mark., 2015, 471). كما تشير البحوث إلى أن وجود اضطراب الشخصية يعقد فرص الفرد للشفاء الناجح من مشاكل نفسية أخرى (Comer, 2014, 400). وظهرت اضطرابات الشخصية لتكون متنبئاً هاماً لعدم القدرة، والاستشارات الصحية النفسية مستقلة عن اضطرابات المحور الأول والأوضاع الجسدية، فالأشخاص ذوو اضطرابات الشخصية لديهم أعراض أكثر شدة ودرجات أعلى في ضعف الأداء عند مقارنتهم بأولئك بدون اضطرابات الشخصية. وينبغي لمجتمع الاكلينيكيين فحص المترددين بصورة دورية للتنبؤ بالصعوبات المحتملة التي قد تنشأ وإفساح المجال لهذه الصعوبات في معالجة وإدارة العملاء (Byrne et al., 2014, 307). كما يقود إهمال هذه الاختلافية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية إلى مقارنات زائفة أثناء التخطيط والتقييم لعلاج المرضى الذين يعانون من تشخيصات تبدو متماثلة، ويمكن أن يغير الكشف عن الاختلافية المسار الاكلينيكي للمرضى الذين يعانون من نفس التشخيص عن طريق التأثير في وقت الكشف، التوقعات الإنذارية، الاختيار العلاجي، ونتائج ما بعد العلاج لهذا المؤشر المرضى (Feinstein, 1970, 455). وتشمل التطورات الجديدة في هذا المجال على الأهمية التنبؤية لكل من سمات واضطرابات الشخصية وكذلك التحديد المحتمل للسمات في توقع النتائج في بعض الظروف (Reich and Vasile, 1993, 475). كما تبين أن وجود اضطراب في الشخصية المرضية لدى الشخص الذي يعاني من القلق يمكن أيضاً استخدامها لتعديل استراتيجيات العلاج أو التنبؤ بالاستجابة للعلاجات المختلفة (Coolidge et al., 2000, 159).

وهكذا، فإنه غالباً ما يتم ذكر وجود العديد من اضطرابات الشخصية لدى فرد واحد، والتفاعل بين اضطراب الشخصية وتشخيصات المحور الأول يمكن أن يؤدي إما إلى المبالغة في أثر العلاج الحقيقي أو التعقيم عليه. ففي معظم الدراسات، التغيير في نتائج مقاييس الشخصية قد يكون متعلقاً بالتحسن في الأعراض، وهذا التحسن في الأعراض بدوره قد يرجع إلى تغيير في مظهر من مظاهر اضطراب الشخصية، بدلاً من التحسن: فقد يتجنب المريض ذو اضطراب الشخصية الحدودية مثلاً العلاقات العميقة ولذلك فهو يظهر أعراضاً أقل (Bateman and Fonagy, 2000).

ويظهر المرضى الذين يعانون من الاختلافية استجابة أقل للعلاج ونتائج أدنى، لذلك فإن تخطيط العلاج لهذه الفئة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المتعايشة (Noyes, 2001). فوجود نسبة مرتفعة للاختلافية يؤدي إلى نتائج علاجية يائسة أو عاجزة للأفراد ذوي التشخيصات المختلطة، مقارنة مع أولئك الذين ليست لديهم تشخيصات مختلطة (Tomer, 2010). وقد تبين في حالات كثيرة أن الاضطرابات النفسية المختلطة للمحور الأول والثاني هي متنبئاً سلبياً لعلاج اضطرابات المحور الأول (Leibbrand. R et al., 1999). كما أظهر مستوى الانحدار البسيط نتائج

علاجية أدنى بكثير بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المختلطة بالمقارنة مع المرضى الذين ليس لديهم اضطرابات شخصية (Bolle, 2011).

وتبين أن استحداث بعض العلاجات الدوائية الجديدة التي قد تكون مفيدة مع بعض سمات الشخصية المختلة وظيفياً يغير بعض النتائج كما أنه ربما قد يكون هناك معالجة تفضيلية لبعض مرضى المحور الأول ذوي بعض سمات الشخصية المختلطة (Reich J, 2003). وأظهرت نتائج دراسة (Cummins et al., 2011) أن اضطرابات الشخصية المجموعة C التي هي سائدة لدى عينات مرضى العيادات الخارجية ظهرت مختلطة بشكل مرتفع مع اضطرابات المحور الأول، ويمكن أن تزيد سوءاً من مسار ونتائج علاج اضطرابات المحور الأول. وهذا ما أكدته نتائج الدراسات من أن اضطراب الشخصية يؤثر سلباً على النتائج العلاجية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية بشكل مستقل عن التشخيص وعوامل أخرى (Stevenson et al., 2011). كما ظهر أن وجود اضطراب في الشخصية المرضية لدى شخص مريض بالقلق يمكن استخدامها لتعديل استراتيجيات العلاج أو التنبؤ بالاستجابة للعلاجات المختلفة (Coolidge et al., 2000).

4. الأهداف التي حققتها الدراسة الحالية:

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق هدفين رئيسيين وهما معرفة أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة للاضطرابات النفسية النوعية (الاختلاطية) على الاستجابة للإجراءات العلاجية الطبية النفسية مقارنة بها في حال عدم وجود اضطراب مختلط بعد مرور فترة من العلاج، وتحديد نسب انتشار الاختلاطية لدى مجموعات من المرضى النفسيين المشخصين باضطرابات نفسية مختلفة، وبناء على ذلك، تم تصميم الدراسة الحالية لاستقصاء ما إذا كان وجود أو عدم وجود أعراض اضطراب الشخصية سوف يعيق العلاج ويؤدي إلى نتائج متدنية لدى الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية للمحور الأول.

ويمكن القول إن الدراسة قد حققت أهدافها والتي تتلخص في الآتي:

- التعرف إلى نسبة انتشار الاختلاطية لدى أفراد عينة الدراسة، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن اضطرابات الشخصية كانت مختلطة للغاية وبشكل مرتفع وسائدة مع كل من اضطرابات القلق والاكتئاب والوسواس القهري.
- كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول درجة انتشار الإختلاطية لدى أفراد عينة الدراسة من المرضى تبعاً لمتغير الجنس.
- كشفت النتائج عن أن بعض اضطرابات الشخصية ظهرت أكثر انتشاراً لدى الذكور وبعضها الآخر أكثر انتشاراً لدى الإناث.
- كشفت النتائج عن وجود فروق دالة في الاستجابة العلاجية لدى أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج تعود لصالح المجموعة الأولى.
- كشفت النتائج عن استمرار تحسن جميع العينات في التطبيق البعدي وحافظت على تحسنها في التطبيق البعدي المؤجل إلا أن الأمر بالنسبة للمجموعات الأوليكان أفضل منه بالنسبة للمجموعات الثانية.

- كشفت النتائج عن إمكانية تتبؤ اضطراب الشخصية الموجود في الاضطرابات المختلطة بمقدار التحسن المتوقع تحقيقه بعد العلاج بالنسبة لكل الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب والوسواس القهري) .

- تؤكد هذه الدراسة نتائج الدراسات السابقة التي أظهرت أن الأشخاص ذوي اضطرابات الشخصية لديهم أعراض أكثر شدة، ودرجات أعلى في ضعف الأداء عند مقارنتهم بأولئك بدون اضطرابات الشخصية. ولذلك ينبغي لمجتمع الاكلينيكيين فحص المرضى المترددين بصورة دورية للتنبؤ بالصعوبات المحتملة التي قد تنشأ وإفساح المجال لهذه الصعوبات في معالجة وإدارة العملاء.

- تدعم النتائج الاعتقاد السائد بأن اضطرابات الشخصية ترتبط مع استجابة أدنى للعلاج من اضطرابات المحور الأول.

5. مقترحات الدراسة:

الاستجابة العلاجية للمرضى باضطراب معين (كالقلق مثلاً) تختلف من مريض لآخر. فبعض المرضى يستجيبون للعلاج النفسي أو الدوائي بدرجة كبيرة وبعضهم لا يستجيب كثيراً. ومن هنا كان السؤال عن الفرق بين المرضى الذين يستجيبون والمرضى الذين لا يستجيبون للعلاج بالدرجة المطلوبة، وجاءت الإجابة بأن هناك مفهوم لم يتم أخذه بعين الاعتبار في التشخيص ألا وهو عامل الشخصية. فاضطرابات الشخصية التي قد تكون موجودة وبشكل مستقل عن الصورة المرضية (أي التشخيص المرضي على المحور الأول) و (التشخيص المرضي على محور الشخصية) والمرضى الذين لا يستجيبون بالدرجة المطلوبة لديهم اضطراب شخصية (أي لديهم تشخيص إضافي). ومن هنا فإنه ولتحقيق الاستجابة الأفضل لا بد من أخذ اضطراب الشخصية بعين الاعتبار ومعالجته أيضاً أو التدخل علاجياً فيه إذا أردنا تحقيق نتائج أفضل. وبناءً على ذلكم وضع مجموعة من المقترحات في ضوء النتائج السابقة للدراسة يمكن إجمالها بالتالي:

◆ العمل على استخدام مقاييس اضطرابات الشخصية لمن كان تشخيصهم الأولي يشير إلى وجود اضطرابات نفسية غير مصاحبة للتأكد من خطة العلاج الموضوعة للاضطراب الأحادي.

- ◆ ضرورة التركيز المتزايد في الدراسات النفسية على تأثير اضطرابات الشخصية على الاستجابة للعلاج والمسار الاكلينيكي العام لاضطرابات المحور الأول.
- ◆ العمل على تقييم سمات الشخصية البارزة والمشاكل لأي مريض نفسي نظراً لأن وجود الشخصية المرضية يمكن أن يعقد مسار علاج الاضطرابات النفسية.
- ◆ العمل على إجراء بحوث لمعرفة مدى الخطورة التي تشكلها الاختلاطية على جوانب الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وذلك بهدف تطوير التدخلات الملائمة لمثل هذه المجموعة المعرضة للخطر.
- ◆ العمل على إجراء المزيد من البحوث للتحقق من القيمة التنبؤية لاضطرابات الشخصية على نتائج العلاج.
- ◆ زيادة الاهتمام بالمرضى النفسيين من المحور الأول ممن يعانون من اضطرابات في الشخصية ووضع خطط علاجية دقيقة ومحكمة تساعد في تحقيق نتائج أكثر فاعلية.
- ◆ العمل على إجراء المزيد من البحوث تتناول متغير الدراسة الأساسي (الاختلاطية) وربطه بالعديد من المتغيرات المتداخلة والتي تسهم في مساعدة المرضى على تجاوز الصعوبات والأزمات التي يعانون منها.
- ◆ العمل على تشبيك العيادات النفسية مع إدارة مركزية على مستوى المحافظات وعلى المستوى الوطني لوضع قاعدة بيانات تستند إلى المعلومات المقدمة من هذه العيادات والمراكز حول انتشار الاضطرابات النفسية وأشكالها.

المراجع العربية:

- ابراهيم، عبد الستار (1983): العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، ط2، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- أبو علام، رجاء (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط4، جامعة القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أبو يونس، إلياس يوسف (2005). الحاسوب التربوي وتطبيقاته في التعلم والتعليم، حمص: منشورات جامعة البعث.
- حقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي، الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
- راينكر، هانس (2009). علم النفس الإكلينيكي - أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد. ترجمة: سامر جميل رضوان، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- رضوان، سامر (2010). أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق، مجلة دراسات نفسية، ع3، ص ص 9-34.
- رضوان، سامر جميل (2003). الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب، مجلة العلوم التربوية والدراسات الإسلامية (1)، الرياض: جامعة الملك سعود، ص ص 453-486.
- رضوان، سامر جميل (2007). الصحة النفسية. ط2، عمان: دار المسيرة.
- الرفاعي، نعيم (1999). العيادة النفسية والعلاج النفسي، ط5، منشورات جامعة دمشق.
- الرفاعي، نعيم (2003). الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجيا التكيف. ط14، منشورات جامعة دمشق.
- زهران، حامد (1999). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة: عالم الكتب.
- سري، إجلال محمد (1990). علم النفس العلاجي، القاهرة: عالم الكتب.
- السقا، صباح (2005). فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- سنيف، وولفغانغ و برودا ميكايل (2009). ممارسة العلاج النفسي: الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي. ترجمة سامر جميل رضوان، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

- شعاع للنشر والعلوم (2007). الإحصاء باستخدام (spss). ترجمة وإعداد لجنة التأليف والترجمة، حلب: دارشعاع للنشر والعلوم.
- العاسمي، رياض نايل (2012). تناقضات إدراك الذات وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي والاكئاب لدى طلاب جامعة دمشق، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الثالث، ص ص 17-69.
- عبد الخالق، أحمد وسامر رضوان (2002). الوسواس القهري - دراسة على عينات سورية، مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين المصريين، 1(12)، ص ص 43-61.
- عبيدات، ذوقان، وآخرون (1999). البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه، عمان.
- العسالي، محمد أديب (2001). الأعراض والاضطرابات النفسية تعريف وتصنيف، دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، دمشق.
- عسكر، رأفت السيد (2004). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- غباري، ثائر أحمد وأبو شعيرة، خالد محمد (2010). سيكولوجيا الشخصية، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- فرويد، سيغموند (1989). الكف والعرض والقلق، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، بيروت: دار الشروق، ط4.
- كولز، إ. م. (1992). المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدمياطي وماجدة حامد حماد وحسن علي حسن، القاهرة.
- كيس. ف.آي، أولدهام. ج م، بارديس. ه. (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. ترجمة: سامر جميل رضوان، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- مختار، حسن علي (1998). الفاعلية في المناهج وطرق التدريس حول قضايا تعليمية معاصرة، مكتبة الجامعة للخدمات، جامعة أمالقرى.
- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (2005). الوقاية من الاضطرابات النفسية - التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، القاهرة.
- ميلاد، محمود (2001). البحث العلمي، منشورات اللاذقية: جامعة تشرين، سورية.
- نصار، كريستين (1998). اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي، بيروت: شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.

المراجع الأجنبية:

- Abdel – Khalek, A.M., Rudwan, S .(2001). *The Kuwait University Anxiety Scale: Reliability And Criterion – Related Validity IN Syrian College Students*. Psychological Reports, 89, 718.
- American Psychiatric Association .(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (1996). *Comorbidity and the general neurotic syndrome*. British Journal of Psychiatry — Supplement (30),76–84.
- Andrews, G., Stewart, G., Allen, R., & Henderson, A. S. (1990). *The genetics of six neurotic disorders: a twin study*. Journal of Affective Disorders, 19 (1), 23–29.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). *Comorbidity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40 (1), 57–87.
- Araújo,A.X,BergerWilliam,Coutinho, E.S.F, PortellaCarla Marques,Luz, M.P,Cabizuca Mariana, FiszmanAdriana,FigueiraIvan and Mendlowicz Mauro Vitor. (2014). *Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life*. Comprehensive Psychiatry, 55(1): 56–63.
- Azlin BaharuDin, Lotfi Anuar, Suriati Saini, Osman Che Bakar, Rosdinom razali, Nik ruzyanei & Nik Jaafar.(2013). *Psychiatric Comorbidity Among Community-based, Treatment Seeking Opioid Dependents in Klang Valley*. Sains Malaysiana, 42(3): 417–421.
- Barrachina, Judith., Juan C. Pascual, Marc Ferrer, Joaquim Soler M, Jesús Rufat Oscar Andión, Thais Tiana, Ana Martín-Blanco, Miquel Casas, Víctor Pérez. (2011). *Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity*.Comprehensive Psychiatry . 52(6):725-730.
- Bateman Anthony W. and Fonagy Peter .(2000). *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*, The British Journal of Psychiatry, 177: 138-143.

- Bateman Anthony W. and Tyrer Peter .(2004). *Psychological treatment for personality disorders*, Advances in Psychiatric Treatment, v. 10, 378–388.
- Baumeister H, Balke K, Harter M. (2005). *Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients*. J Clin Epidemiol; 58:1090–1100.
- Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. (2008). *Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities*, Fam Pract., 25(4): 287-293.
- Bejerot S, Ekselius L, Von Knorring L. (1998). *Comorbidity between obsessive- compulsive disorder (OCD)and personality disorder*, Acta Psychiatr Scand. Jun, 97(6): 398-402.
- BienvenuO. Joseph , Stein Murray B. , Samuels Jack F. , Onyike Chiadi U. , Eaton William W. , Nestadt Gerald . (2009) . *Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia*, Comprehensive Psychiatry, 50(3) : 209–214.
- Bolle Marleen De, Fruyt Filip De, Quilty Lena C., Rolland Jean-Pierre, Decuyper Mieke, and Bagby R. Michael .(2011). *Does Personality Disorder Co-Morbidity Impact Treatment Outcome for Patients with Major Depression?: A Multi-Level Analysis*. Journal of Personality Disorders: 25(1) : 1-15.
- Bouvard Martine, Vuachet Marie, Marchand Caroline.(2011). *Examination of the Screening Properties Of Personality Diagnostic Questionnaire – 4+ (PDQ-+) In Anon – Clinical Sample*, Clinical Neuropsychiatry, 8(2): 151- 158.
- Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., et al., .(1984). *Exclusion criteria of DSM-III-A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes*. Archives of General Psychiatry, 41, 983-989.
- Brien O', Karina M .(2003). *Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships*,Clinical Psychology Review, 23(1) : 57-74.
- Byrne M., Henagulph S. , McIvor R. J. , Ramsey J. , Carson J. (2014). *The impact of a diagnosis of personality disorder on service usage in an adult Community Mental Health Team*,Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 49(2): 307-316.
- Byrne Peter, MD. (2008). *Comorbid Personality Disorder Moderates Response to Depression Treatment*,J Watch Psychiatry, 192:124.

- Calvo Natalia, Gutiérrez Fernando, Andi6n 6scar, Caseras Xavier, Torrubia Rafael and Casas Miguel .(2012). *Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients*, Psicothema , Vol. 24, n6 1, pp. 156-160.
- Calvo Natalia, Andi6n 6scar, Gancedo Beatriz, Ferrer Marc, Barral Carmen, Genova Andrea Di, Torrubia Rafael, Casas Miguel. (2012). *Borderline Personality Disorder (BPD) diagnosis with the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+): Confirmation of the 3-factor structure*, Actas Esp Psiquiatr; 40(2):57-62.
- Calvo Natalia, Guti6rrez Fernando and Casas Miguel .(2013). *Diagnostic agreement between the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) and its Clinical Significance Scale*, Psicothema, 25(4): 427-432.
- Campayo, Javier Garcia, Marta Alda, Natalia Sobradiel, Barbara Oliván, Aida Pascual.(2007). *Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain*, Journal of Psychosomatic Research, 62 (6) : 675-680.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., et al .(2000). *A framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ , 321 : 694– 696.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). *Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32 (2): 1063–1080.
- Christopher J. Hopwood, Katherine M. Thomas, Kristian E. Markon, Aidan G. C. Wright, Robert F. Krueger. (2012). *DSM-5 Personality Traits and DSM-IV Personality Disorders*, Journal of Abnormal Psychology, American Psychological Association .
- Clark, L. A., Vittengl, J., Kraft, D. (2003). *Separating personality traits from states to predict depression*. J of Personality Disorders , 17, 152–172.
- Comer Ronald J. (2014). *Abnormal Psychology*. Seventh Edition. New York: Worth Publishers.
- Coolidge Frederick L., Segal Daniel L., Hook Julie N., and Stewart Sharon .(2000). *Personality Disorders and Coping Among Anxious Older Adults* , Journal of Anxiety Disorders, 14(2) : 157–172.
- Cyranowski JM, Schott LL, Kravitz HM, Brown C, Thurston RC, Joffe H, Matthews KA, Bromberger JT .(2012). *Psychosocial features associated with lifetime comorbidity of major depression and anxiety*

- disorders among a community sample of mid-life women: the SWAN mental health study.* *Depress Anxiety.* 29 (12):1050-7.
- David H. Barlow, V. Mark Durand .(2015). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach.* 7th Edition. Cengage Learning.
 - Davison Sophie, Leese Morven, Taylor Pamela J. (2001). *Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population.* *Journal of Personality Disorders,* 15 (2):180-194.
 - Edimansyah Abdin, G.W.W. Koh, Mythily Subramaniam , Timothy Leo, M.A, Colin Teo, and Siow Ann Chong,. (2011). *Validity Of The Personality Diagnostic Questionnaire—4 (PDQ-4+) Among Mentally Ill Prison Inmates In Singapore,* *Journal of Personality Disorders,* 25(6): 834–841.
 - Eleftherios Mellos, Ioannis Liappas and Thomas Paparrigopoulos .(2010). *Comorbidity of Personality Disorders with Alcohol Abuse,* *In Vivo* September-October, 24 (5) : 761-769 .
 - Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1991). *Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult).* London: Hodder & Stoughton.
 - Fadem. Barbara and Simring S. Steven .(2003). *High – yield Psychiatry,* 2nd edition, printed in the United States of America.
 - Farabaugh Amy, Fava Maurizio , Mischoulon David , Sklarsky Katie , Petersen Timothy , Alpert Jonathan .(2005). *Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders,* *Comprehensive Psychiatry,* 46(4) : 266–271.
 - Feinstein, Alvan R. (1970). *"The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease". J of Chronic Diseases* 23 (7): 455–68.
 - Fiander Matthew and Sue Langham .(2004). *Henderson Replication Study : Clinical Progress & Health Economic Strands, Integrated Final Report, Establishing Two New Democratic Therapeutic Communities Based on Henderson Hospital,* St.George’s Hospital Medical School, Cranmer Terrace Tooting London SW17 0RE, p 131.
 - First, Michael B. (2005). *"Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challenge of Diagnostic Comorbidity". Psychopathology* 38 (4): 206–10.
 - Fortin M, Hudon C, Dubois MF, Almirall J, Lapointe L, Soubhi H .(2005). *Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life.* *Health Qual Life Outcomes;* 3:74.

- Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. (2007). *Multi-morbidity's many challenges*. *BMJ*; 334(7602):1016-1017.
- Francis, L. (1996). *The relationship between Eysenck's personality factors and attitude towards substance use among 13-15 year olds*, *Personality and Individual Differences*, 21(5): 633-640.
- Frías Á & Palma C. (2015). *Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review*, *Psychopathology* Vol. 48, No. 1:1-10 .
- Friborg Oddgeir , Martinsen Egil W. , Martinussen Monica , Kaiser Sabine , Øvergård Karl Tore , and Rosenvinge Jan H. (2014). *Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010*, *Journal of Affective Disorders*, Volumes 1–11: 152-154.
- Fruyt Filip De and Clercq Barbara De, (2014). *Antecedents of Personality Disorder in Childhood and Adolescence: Toward an Integrative Developmental Model Annual Review of Clinical Psychology*, *Clinical Psychology*,10: 449-476.
- Garyfallos,George,Konstantinos Katsigiannopoulos,Aravela Adamopoulo, Georgios Papazisis' , Anastasia Karastergiou,Vasilios P. Bozikas. (2010). *Comorbidity of obsessive–compulsive disorder with obsessive–compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive–compulsive disorder?* *Psychiatry Research*, 177(1-2) :156-160.
- Gianoli, Mayumi O.; Jane, J. Serrita; O'Brien, Erin; Ralevski, Elizabeth .(2012). *Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(4): 333-344.
- Gunderson J. G., Morey L. C., Stout R. L .(2004). *“Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions,”* *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8) : 1049–1056.
- Hall, W. .(1998). *Cannabis use and psychosis*. *Drug and Alcohol Review*, 17,433– 444.
- Harley R, Petersen T, Scalia M, Papakostas GI, Farabaugh A, Fava M.(2006). *Problem – Solving ability and comorbid personality disorders in depressed outpatients*,*Depress Anxiety*; 23(8): 496-501.
- Hayward Marianne and Moran Paul .(2008). *Comorbidity of personality disorders and mental illnesses*,*Psychiatry* , 7(3):102-104.

- Hepp .U, Kraemer .B, Schnyder. U , Miller. N, Delsignor. A .(2005). *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*, Journal of Psychosomatic Research 58(3): 259-261.
- Hyler SE. (1994). *The Personality Diagnostic Questionnaire 4+ New York*: New York State Psychiatric Institute.
- Jahng, Seungmin,timothy J. Trull, Phillip K. Wood, Sarah L. Tragesser, Rachel Tomko,Julia D. Grant, Kathleen K. Bucholz, Kenneth J. Sher .(2011). *Distinguishing General and Specific Personality Disorder Features and Implications for Substance Dependence Comorbidity*, Journal of Abnormal Psychology, 120(3): 656-669.
- Jakovljević M, Ostojić L. (2013). *"Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other."*.*Psychiatr Danub.* 25 Suppl 1 (25 Suppl 1): 18–28.
- Jakovljević, Miro; Crnčević, Željka .(2012). *"Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry"*.*Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*5 (1): 1–13.
- James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley .(2013). *Abnormal psychology*. 15th ed. New York: United States of America.
- Jordan A. Cummings, Adele M. Hayes, Cory F. Newman, and Aaron T. Beck .(2011). *Navigating Therapeutic Alliance Ruptures in Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive-Compulsive Personality Disorders and Comorbid Axis I Disorders*. International Journal of Cognitive Therapy: Vol. 4, Special Section: Recent Advances in BDD, pp. 397-414.
- Joshua D. Miller and W. Keith Campbell .(2008). *Comparing Clinical and Social-Personality Conceptualizations of Narcissism*, Journal of Personality 76:3.
- Joshua D. Miller and W. Keith Campbell .(2008). *Comparing Clinical and Social-Personality Conceptualizations of Narcissism*, Journal of Personality 76(3) : 449 - 476 .
- K. Ranga Rama Krishnan .(2005). *Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder*. Psychosomatic Medicine January 1, 67 (1) : 1-8.
- Kahn LS, Fox CH, Olawaiye A, Servoss TJ, Lean-Plunkett E.(2007). *Facilitating quality improvement in physician management of comorbid chronic disease in an urban minority practice*, J Natl Med Assoc; 99: 377–383.

- Karlamangla A, Tinetti M, Guralnik J, Studenski S, Wetle T, Reuben D .(2007). *Comorbidity in older adults: nosology of impairment, diseases and conditions*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 62(3): 296-300 .
- Katherine Mills. (2013). *Treatment of Comorbid Substance Dependence and Posttraumatic Stress Disorder*, JAMA. 310 (5): 482- 483.
- Katon W, Lin EH, Kroenke K.(2007). *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness*. Gen Hosp Psychiatry; 29:147–155.
- Kennedy Jacquelyn .(2011). *Personality Disorder In An Offending Population: Developmental Precursors And Outcome From A Therapeutic Community Prison*, Unpublished doctoral dissertation, A thesis submitted to the Centre for Forensic and Criminological Psychology School of Psychology, University of Birmingham, Forensic Psychology Practice, p194.
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). *Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment*. American Journal of Psychiatry, 152 (7): 1026- 1032.
- Khantzian, E. J. (1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry, 142(11), 1259–1264.
- Khantzian, E. J. (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders:a reconsideration and recent applications*. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231–244.
- Lecrubier, Y. Clérambault, Pavillon,. (2001). *The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior*,European Psychiatry, 16(7) : 395-399.
- Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM.(1999). *Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders*, Compr Psychiatry; 40(3): 9- 203.
- Lenzenweger Mark F. , Lane Michael C. , Loranger Armand W. , Kessler Ronald C. (2007). *DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*,Biological Psychiatry, 62 (6): 553–564.
- Lenzenweger, Mark F.; Lane, Michael C., Loranger, Armand W., Kessler, Ronald C. (2006). *"DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication"*. Biological Psychiatry 62 (6): 553–564.

- Levenson J. C., Wallace M. L., Fournier J. C., Rucci P., and Frank E. .(2012). ***“The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy,”*** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(5) : 719–729.
- Lindsay P. Bodell, Thomas E. Joiner, Pamela K. Keel .(2013). Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa, Journal of Psychiatric Research, Volume 47, Issue 5, Pages 617– 621.
- Lindsay P. Bodell, Thomas E. Joiner, Pamela K. Keel .(2013). ***Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa,*** Journal of Psychiatric Research, Volume 47, Issue 5, Pp 617–621.
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J .(1998). ***The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence.*** J of Child Psychology and Psychiatry, 39(7): 995–1005.
- M. Tracie Shea, Thomas A. Widiger, and Marjorie H. Klein .(1992). ***“Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment,”*** J of Consulting and Clinical Psychology, 60(6) : 857–868.
- Maddux RE, Riso LP, Klein DN, Markowitz JC, Rothbaum BO, Arnow BA, Manber R, Blalock JA, Keitner GI, Thase ME. (2009). ***Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination,***J Affect Disord; 117(3): 174-9.
- Mantere O, Melartin TK, Suominen K, Rytsälä HJ, Valtonen HM, Arvilommi P, Leppämäki S, Isometsä ET .(2006). ***Differences in Axis I and II comorbidity between bipolar I and II disorders and major depressive disorder.*** J Clin Psychiatry; 67(4):584-93.
- McCloskey, Wilfred Joseph .(2013). ***“Relationship Among Schizoid and Schizotypal Personality Traits and Social Support on PTSD Symptom Severity”*** Unpublished Master dissertation, Submitted to the Department of Psychology, Eastern Michigan University, 471.
- McCormick, Brett , Nancee Blum, Rebecca Hansel, Jo Ann Franklin, Don St. John, Bruce Pfohl, Jeff Allen, Donald W. Black .(2007). ***Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder,***Comprehensive Psychiatry, 48 (5): 406-412.

- MchoskeyW John .(2001). *Machiavellianism and personality dysfunction*, Personality and Individual Differences, 31, 791- 798.
- McMurrans, Mary .(2012). *Other Personality Disorders. Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. 2:II:23. University of Nottingham's Institute of Mental Health.
- Melartin TK, Haukka J, Rytälä HJ, Jylhä PJ, Isometsä ET .(2010). *Categorical and dimensional stability of comorbid personality disorder symptoms in DSM-IV major depressive disorder: a prospective study*, J Clin Psychiatry, 71(3):287-95.
- Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. (2002). *Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study*, J Clin Psychiatry; 63(2):126-34.
- Milrod BL. (2007). *Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association*, J Clin Psychiatry. 68(6):91- 885.
- Mirzamani S. M., Safari A., Jena S. K., Hollisaz M. T., and Safara M. (2006). *Role of Psychological Problems in Efficacy of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Patients Suffering from Chronic Pain*, Acta Medica Iranica, 44(3): 181-187.
- Moran Paul, Walsh Elizabeth, Tyrer Peter, Burns Tom, Creed Francis, Fahy Tom. (2003). *Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis*, British Journal of Sychiatry, 182, 129- 134.
- Morey LC; Shea MT; Markowitz JC; Stout RL; Hopwood CJ; Gunderson JG; Grilo CM; McGlashan TH; Yen S; Sanislow CA; Skodol AE: .(2010). *State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder*. Am J Psychiatry ; 167:528-535.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). *Dual diagnosis: a review of etiological theories*. Addictive Behaviors, 23(6), 717–734.
- Mula, Marco , Stefano Pini', Palmiero Monteleone, Paolo Iazzetta, Matteo Preve Alfonso Tortorella, Emilia Amato, Luca Di Paolo, Ciro Conversano, Paola Rucci, Giovanni B. Cassano, Mario Maj . (2008). *Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression*, Journal of Anxiety Disorders, 22(8) : 1421-1426.
- Murcia, S. Jiménez-, R. Granero Pérez, F. Fernández-Aranda, E. Álvarez Moya, M.N. Aymamí, M. Gómez-Peña, B. Bueno,

- J.J. Santamaría, L. Moragas, E. Penelo, N. Jaurrieta, M.P. Alonso, C. Segalàs, E. Real, J. Labad, F. Bove, J. Vallejo, J.M. Menchón.(2009). ***Comorbidity of Pathological Gambling: clinical variables, personality and response to treatment***, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 2(4) : 178-189.
- Noyes Russell J R .(2001). ***Comorbidity in Generalized Anxiety Disorder***, *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (1) : 41-55.
 - Ociskova Marie Latalova Klara, Prasko Jan, Kamaradova Dana, Sedlackova Zuzana. (2013). ***Comorbiditybipolar disorder and personality disorders***, *Neuroendocrinol Letters*; 34(1): 1– 8.
 - Oddgeir Friborg, Monica Martinussen, Sabine Kaiser, Karl Tore Øvergård, Jan H. Rosenvinge .(2013). ***Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research***, *Journal of Affective Disorders*; 145 (2) : 143–155.
 - Oldham JM; Skodol AE; Kellman HD; Hyler SE; Doidge N; Rosnick L; Gallaher PE. (1995). ***Comorbidity of axis I and axis II disorders***. *Am J Psychiatry* ; 152: 571—578.
 - Oltmanns Thomas F. and Mayumi Okada ,.(2009). ***Comparison of Three Self-Report Measures of Personality Pathology***, *J Psychopathol Behav Assess*, 31(4): 358–367.
 - Pagura, Jina , Murray B. Stein, James M. Bolton, Brian J. Cox, Bridget Grant, Jitender Sareen. (2010). ***Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population***, *Journal of Psychiatric Research*, 44(16): 1190-1198.
 - Paolo Fusar-Poli, Barnaby Nelson, Lucia Valmaggia, Alison R. Yung, Philip K. McGuire .(2014). ***Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis***, *Schizophr Bull* 40 (1): 120-131.
 - Pedraz María, Pedro Araos, Nuria García-Marchena, Antonia Serrano, Pablo Romero-Sanchiz, Juan Suárez, Estela Castilla-Ortega, Fermín Mayoral-Cleries, Juan Jesús Ruiz, Antoni Pastor, Vicente Barrios, Julie A. Chowen, Jesús Argente, Marta Torrens, Rafael de la Torre, Fernando Rodríguez De Fonseca, and Francisco Javier Pavón. (2015). ***Sex differences in psychiatric comorbidity and plasma biomarkers for cocaine addiction in abstinent cocaine-addicted subjects in outpatient settings***, *Frontiers in Psychiatry*, Volume 6 , Article 17, pp14.

- Pedrero- Eduardo Fonseca, Paino Mercedes, Giráldez- Serafín Lemos, José Muñiz .(2013). *Maladaptive personality traits in adolescence: Psychometric properties of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+*, International J of Clinical and Health Psychology, Vol. 13 : pp 207-215.
- Pedrero Eduardo Fonseca-, Serafín Lemos-Giráldez , Mercedes Paino, José Muñiz .(2011). *Schizotypy, emotional– behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population*, Psychiatry Research ,190 : 316 – 321.
- Pedrero Eduardo Fonseca-, Paino Mercedes, Rosell Marta Santarén-, and Giráldez Serafín Lemos- .(2013). *Cluster A maladaptive personality patterns in a non-clinical adolescent population*, Psicothema, 25(2): 171-178.
- Ping Qin, Keith Hawton, Preben Bo Mortensen and Roger Webb. (2014). *Combined effects of physical illness and comorbid psychiatric disorder on risk of suicide in a national population study*, The British Journal of Psychiatry, 204 (3) :1-14.
- Pope, H. (1979). *Drug abuse and psychopathology*. New England Journal of , Medicine, 301, 1341-1342.
- Putkonen, Anu.(2004). *Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders of Mentally Homicide Offenders: A Structured Clinical Study on Dual and Triple Diagnose*, Schizophrenia Bulletin, 30(1):P59-72.
- Reich James, .(2003). *The Effect of Axis II Disorders on the Outcome of Treatment of Anxiety and Unipolar Depressive Disorders: A Review*. Journal of Personality Disorders, 17(5) : 387-405.
- Reich, J. & Green, A. I. (1991). *Effect of personality disorders on outcome of treatment*. J of Mental and Nervous Diseases, 179, 74–82.
- Reich, J.H., Vasile, R.G. (1993). *Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: An update (Article)*, Journal of Nervous and Mental Disease; 181(8) : 475-484.
- Reus J. M. de Rob, Berg F. van den Julia, Emmelkamp M. G Paul.(2011). *Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not Useful as a Screener in Clinical Practice*, Clinical Psychology & Psychotherapy, 20(1): 49–54.
- Reus, Rob J. M. de., Berg, Julia F. van den., Emmelkamp, Paul M. G. (2013). *Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not Useful as a Screener in Clinical Practice*, Clinical Psychology & Psychotherapy, 20 (1) : 49–54.

- Ritchie C.(2007). *Health care quality and multimorbidity: the jury is still out*. Med Care; 45(6): 477- 479.
- Robert F. Krueger, .(2005). *Continuity of Axes I and II: Toward a Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders*. Journal of Personality Disorders: 19(3) : 233-261.
- Robert Michels. (2010). *Personality Disorders in the Depressed: Seeing Clearly Through Blue Lenses* , Am J Psychiatry; 167(5): 487-488.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI.(2007). *Patient complexity: more than comorbidity. the vector model of complexity*. J Gen Intern Med Suppl;22(3): 382-390.
- Santos T, Madeira N .(2014). *Neuroticism: The Elephant in the Room*. JDepress Anxiety 3: 145: 1- 6.
- Skodol Andrew E. , Oldham John M. , Hyler Steven E. , Stein Dan J. , Hollander Eric , Gallaher Peggy E. , Lopez Anne E. (1995). *Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity*, Journal of Psychiatric Research 29 (5) : 361-374.
- Sophie Davison, Morven Leese, Pamela J. Taylor, .(2001). *Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+(PDQ-4+) in a Prison Population*. Journal of Personality Disorders: 15(2):180-194.
- Sophie E. Davison .(2002). *Principles of managing patients with personality disorder*, Advances in Psychiatric Treatment 8: 1-9.
- Starcevic Vladan , Latas Milan , Kolar Dusan , Latas Dusanka Vucinic-, Bogojevic Goran , Milovanovic Srdjan .(2008). *Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patients with panic disorder with agoraphobia*, Comprehensive Psychiatry, 49 (6) : 537–543.
- Starfield B. (2007). *Pathways of influence on equity in health*. Soc Sci Med; 64(7): 1355- 1362.
- Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D.(1991). *Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management*. Health Serv Res.;26(1):53-74.
- Starfield B. (2006). *Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity*. Ann Fam Med;4(2):101-103.
- Steketee G, Chambless DL, Tran GQ .(2001). *Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia*, Compr Psychiatry, 42(1): 76-86.

- Stephen D. Benning, Christopher J. Patrick, Randall T. Salekin and Anne-Marie R. Leistico .(2005). Convergent and Discriminant Validity of Psychopathy Factors Assessed Via Self-Report: A Comparison of Three Instruments, *Assessment*, Volume 12, No. 3, 270-289.
- Stevenson Janine , Brodaty Henry , Boyce Philip , Byth Karen .(2011). *Personality Disorder Comorbidity and Outcome: Comparison of Three Age Groups*, *N Z J Psychiatry*, 45 (9): 771-779.
- Thiel Nicola, Hertenstein Elisabeth, Nissen Christoph, Herbst Nirmal, Külz Anne Katrin, and Voderholzer Ulrich .(2013). *The Effect of Personality Disorders on Treatment Outcomes in Patients With Obsessive-Compulsive Disorders*. *J of Personality Disorders*: 27(6): 697-715.
- Thomas E. Joiner, Lindsay P. Bodell and Pamela K. Keel .(2013). *Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa*, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 47, Issue 5, Pages 617–621.
- Tomer, Emily M. (2010). *The Differential Effects of Personality Disorders on Treatment Outcome for Adult Patients With ADHD*, Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Department of Psychology, pp109.
- Tracie M. Shea, Thomas A. Widiger, Marjorie H. Klein. (1992). *Comorbidity of Personality Disorders and Depression Implications for Treatment*, *J of Consulting and Clinical Psychology* , 60 (6) : 857-868.
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin N., Toomey, R., & Eaves, L. (1998). *Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities [see comments]*. *Archives of General Psychiatry*, 55 (11): 967–972.
- Tyrer Peter, Gunderson John, Lyons Michael, and Tohen Mauricio. (1997). *Special Feature: Extent of Comorbidity Between Mental State and Personality Disorders*. *J of Personality Disorders*: 11(3): 242-259.
- Tyrer Peter, Simmonds Shaed A.(2003). *Treatment models for those with severemental illness and comorbid personality disorder*, *British Journal of Psychiatry*, 182(suppl. 44), s1 5^s1.
- Tyrer, P. (1998). *Drug treatment of personality disorder*. *Psychiatric Bulletin*, 22, 242–244.
- Üçok, Alp Deniz Karaveli, Turgut Kundakçi, Olcay Yazici .(1998). *Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders*, *Comprehensive Psychiatry*, 39(2) : 72-74.

- Valderas, Jose M.; Starfield, Barbara; Sibbald, Bonnie; Salisbury, Chris; Roland, Martin .(2009). *"Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services"*. Annals of Family Medicine 7 (4): 357–363.
- Viinamäki H., Hintikka J., Honkalampi K. (2002). *"Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression,"* Journal of Affective Disorders, 71(1–3): 35 –41.
- Vilaplana, Miriam , Kathryn Mckenney, María D. Riesco, Jaume Autonell, Jorge A. Cervilla. (2010). *Depressive comorbidity in personality disorders.* Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 3(1): 4-12.
- W.J. Pertijs .(2013) . *Patient-informant concordance of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) and diagnostic abilities of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a non-forensic population of aggressive men,* Universiteit van Tilburg Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Medische en Klinische Psychologie.
- Wang Yuping , Zhu Xiongzha, CaLin i, Wang Qin, Wang Mengcheng, Yi Jinyao, and Yao Shuqiao .(2013). *Screening cluster A and cluster B personality disorders in Chinese high school students,* BMC Psychiatry, 13:116, P 7.
- Wenzel Susan J., Gaudiano Brandon A., Weinstock Lauren M., and Miller Ivan W. (2014). *Personality Pathology Predicts Outcomes in a Treatment-Seeking Sample with Bipolar I Disorder,* Depression Research and Treatment, Volume 2014, p9.
- Westphal Maren, Olfson Mark, Bravova Margarita, Gameroff Marc J., Gross Raz, Wickramaratne Priya, Pilowsky Daniel J., Neugebauer Richard, Shea Steven, Lantigua Rafael, Weissman Myrna, and Neria Yuval .(2013). *Borderline Personality Disorder, Exposure to Interpersonal Trauma, and Psychiatric Comorbidity in Urban Primary Care Patients.* Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes: 76(4) : 365-380.
- Wiebe Samuel and Hesdorffer Dale C. (2007). *Current review in Clinical Science,* American Epilepsy Society, 7 (6) : 145–148.
- Wolff JL, Stari eld B, Anderson G .(2002). *Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly.* Arch Intern Med; 162 (20): 2269-2276.

المخلص باللغة العربية

أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية _الاختلاطية_

على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطبي النفسي

تألفت الدراسة من بايين تناول الباب الأول الدراسة النظرية من خلال التعريف بالدراسة وأدبياتها، أما الباب الثاني فقد تناول الجانب العملي وتناول خطوات إعداد أدوات الدراسة، ومراحل تنفيذ العمل، إضافة إلى عرض لنتائج الدراسة وتفسيرها.

- أهداف الدراسة:

تم تصميم الدراسة الحالية لاستقصاء ما إذا كان وجود أو عدم وجود أعراض اضطراب الشخصية سوف يعيق العلاج ويؤدي إلى نتائج سيئة لدى الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية للمحور الأول.

لذلك، تسع الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1- معرفة أثر الاختلاطية بين اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية النوعية على الاستجابة للإجراءات العلاجية الطبية النفسية مقارنة بها في حال عدم وجود اضطراب مختلط بعد الخضوع للعلاج.

2- تحديد نسب انتشار الاختلاطية لدى مجموعات من المرضى النفسيين المشخصين باضطرابات نفسية مختلفة.

- أسئلة الدراسة:

1- ما نسبة انتشار الاختلاطية لدى المرضى المشخصين على المحور الأول من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 الذين يراجعون العيادة الطبية النفسية المشاركة بالدراسة؟

2- ما نسبة انتشار الاضطرابات المختلطة والمنفردة لدى أفراد عينة الدراسة؟

3- ما نسبة انتشار اضطرابات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الذكور والإناث)؟

- فرضيات الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة المجموعتين (الأولى والثانية) بعد الخضوع للعلاج لمدة ستة أشهر وسنة من العلاج.

2. يؤثر اضطراب الشخصية الموجود لدى أفراد عينة الدراسة في تخفيض مستوى الاستجابة العلاجية لديهم.

- عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من المرضى النفسيين المترددين على العيادة النفسية المشاركة بالدراسة مكونة من (43 مريضاً) موزعة على:

- المجموعة الأولى: مؤلفة من (18 مريضاً) من المرضى المشخصين من قبل الطبيب المعالج باضطراب نفسي نوعي واحد على المحور الأول لـ DSM-5 (إما القلق، أو الوسواس القهري، أو الاكتئاب).

- المجموعة الثانية: مؤلفة من (25 مريضاً) من المرضى النفسيين الذين يعانون من اضطراب في الشخصية مختلط بالإضافة للاضطراب النفسي النوعي وبنفس شروط المجموعة الأولى.

- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الأساليب التالية للإجابة على أسئلة الدراسة وفرضياتها وهي:

1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لحساب نسب الانتشار ودرجات

أفراد المجموعات على مقاييس الدراسة (الاكتئاب- القلق- الوسواس القهري) لبيان دلالة الفروق.

2. اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بين المجموعتين الأولى والثانية، سواء قبل التطبيق أو بعده لاختبار فرضيات الدراسة، وللإجابة عن أسئلة الدراسة.

3. استخدام معاملات الثبات لأغراض حساب ثبات أدوات الدراسة.

4. معادلة الانحدار الثنائي: استخدمت للتنبؤ بمستوى الاستجابة العلاجية المتوقع تحقيقه لدى المرضى في التطبيق البعدي من خلال اضطراب الشخصية الموجود لدى المرضى.

- منهج الدراسة وأدواتها:

اعتمد المنهج السببي المقارن وتم استخدام الأدوات التالية:

1. استبيان تشخيص الشخصية +PDQ-4 لتشخيص اضطرابات الشخصية لدى أفراد العينة.

2. مقياس بيك للاكتئاب.

3. مقياس جامعة الكويت للقلق.

4. المقياس العربي للوسواس القهري.

- نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة مايلي:

1. أظهرت هذه الدراسة أن اضطرابات الشخصية كانت مختلطة للغاية وبشكل مرتفع وسائدة مع كل من اضطرابات المحور الأول، وكل المجموعات الثلاث لاضطرابات الشخصية كانت مختلطة بشكل كبير مع اضطرابات المحور الأول، حيث تراوحت بين منخفضة (6%) لاضطراب الشخصية الزوربية والقلق، ومرتفعة (46%) لاضطراب الشخصية القهرية و اضطراب الوسواس القهري.
2. بلغت نسبة انتشار الاضطرابات المختلطة (58%) مقابل (42%) لانتشار الاضطرابات المنفردة لدى أفراد عينة الدراسة.
3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول درجة انتشار الإختلاطية لدى أفراد عينة الدراسة من المرضى تبعاً لمتغير الجنس.
4. ظهرت بعض اضطرابات الشخصية المفردة أكثر انتشاراً لدى الذكور وبعضها الآخر أكثر انتشاراً لدى الإناث، حيث بلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الزوربية لدى الذكور (42.85%) بينما كانت لدى الإناث (11.11%)، وبلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية الاتكالية لدى الذكور (14.28%) مقابل (50%) لدى الإناث، وبلغت نسبة انتشار اضطراب الشخصية القهرية لدى الذكور (57.14%) مقابل (16.66%) لدى الإناث.
5. هناك فروق دالة في الاستجابة العلاجية لدى أفراد عينة الدراسة (الأولى والثانية) بعد الخضوع لمدة ستة أشهر ومدة سنة من العلاج لصالح المجموعة الأولى.
6. جميع العينات تحسنت في التطبيق البعدي وحافظت على تحسنها في التطبيق البعدي المؤجل إلا أن الأمر بالنسبة للعينات في المجموعة الأولنكان أفضل منه لدى الثانية.
7. الاضطرابات المختلطة للمحور الأول والثاني ظهرت لتكون متنبئاً سلبياً لعلاج اضطرابات المحور الأول.
8. تؤكد هذه الدراسة النتائج السابقة أن الأشخاص ذوي اضطرابات الشخصية لديهم أعراض أكثر شدة، درجات أعلى في ضعف الأداء عند مقارنتهم بأولئك بدون اضطرابات الشخصية. وينبغي لمجتمع الاكلينيكيين فحص المترددين بصورة دورية للتنبؤ بالصعوبات المحتملة التي قد تنشأ وإفساح المجال لهذه الصعوبات في معالجة وإدارة المرضى.

- مقترحات الدراسة:

- بعد التوصل إلى نتائج البحث خرجت الدراسة بمجموعة من المقترحات تنص على:
1. العمل على استخدام مقاييس اضطرابات الشخصية لمن كان تشخيصهم الأولي يشير إلى وجود اضطرابات نفسية غير مصاحبة للتأكد من خطة العلاج الموضوعة للاضطراب الأحادي.
 2. من الضروري التركيز المتزايد في الدراسات النفسية على تأثير اضطرابات الشخصية على الاستجابة للعلاج والمسار العام لاضطرابات المحور الأول.
 3. لأن وجود الشخصية المرضية يمكن أن يعقد مسار علاج الاضطرابات النفسية، فإن الباحثين والاكليينيكين بحاجة لتقييم سمات الشخصية البارزة والمشاكل لأي مريض نفسي.
 4. العمل على إجراء بحوث لمعرفة مدى الخطورة التي تشكلها الاختلاطية على جوانب الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية وذلك بهدف تطوير التدخلات الملائمة لمثل هذه المجموعة المعرضة للخطر.
 5. العمل على إجراء المزيد من البحوث للتحقق من القيمة التنبؤية لاضطرابات الشخصية على نتائج العلاج.
 6. زيادة الاهتمام بالمرضى النفسيين من المحور الأول ممن يعانون إلى جانب ذلك من اضطرابات في الشخصية ووضع خطط علاجية دقيقة ومحكمة تساعد في تحقيق نتائج أكثر فاعلية.
 7. إجراء المزيد من البحوث تتناول متغير الدراسة الأساسي (الاختلاطية) وربطه بالعديد من المتغيرات المتداخلة والتي تسهم في مساعدة المرضى على تجاوز الصعوبات والأزمات التي يعانون منها.

ملاحق الدراسة:

الملحق رقم (1) استبيان تشخيص الشخصية

البيانات الشخصية

السن:.....عاماً
الجنس:.....
العمل: (إذا كنت تعمل).....الدراسة والسنة الدراسية إذا كنت طالباً.....

تعليمات:

الهدف من هذا الاستبيان هو إعطاء صورة عن شخصيتك, كيف تشعر وتفكر وتتصرف.
يرجى قراءة العبارات وتقدير مدى انطباقها عليك في السنوات الأخيرة. ولتتذكر هذا, ستجد في أعلى كل صفحة عبارة: "في السنوات الأخيرة...".

(نعم) يعني أن العبارة هي صحيحة بالنسبة لك بشكل عام.
(لا) يعني أن العبارة هي غير صحيحة بالنسبة لك بشكل عام.
حتى إذا لم تكن متأكدًا تمامًا من الجواب, أجب بنعم أو لا لكل سؤال.
ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة وإنما كل إجابة تعبر عنك أنت.

خذ وقتك كما يحلو لك.

"في السنوات الأخيرة"

م	العبارة	نعم	لا
1.	أتجنب العمل مع الناس الذين قد ينتقدوني.		
2.	لا أستطيع اتخاذ القرارات بدون دعم أو مشورة الآخرين.		
3.	كثيراً ما أغرق في التفاصيل وأتوه عن الهدف الرئيسي.		
4.	أحب أن أكون محط أنظار الآخرين.		
5.	سأفعل كل ما بوسعي كي لا يتخلى عني من أحب.		
6.	إنجازاتي أكثر بكثير مما يعترف به الآخرون.		
7.	يشكني الناس بأنني شخص لا أحافظ على عملي أو التزاماتي.		
8.	وقعت في مشاكل قانونية مراتٍ عدة.		
9.	لا أستمتع بقضاء وقت مع العائلة أو الأصدقاء لودهم.		
10.	ما يحدث حولي يوحي لي بأنها رسائل خاصة مرسله إلي.		
11.	أعرف أن الناس سيحاولون استغلالي أو خداعي إذا سمحت لهم بذلك.		
12.	أحياناً أكون محبطاً.		
13.	لا أقيم صداقات إلا مع الناس الذين يشبهونني.		
14.	أشعر بالإكتئاب في العادة.		
15.	أفضل أن يتولى الآخرين مسؤولياتي.		
16.	أضعت الوقت في محاولة جعل الأمور مثالية جداً.		
17.	قدراتي الجنسية أكثر من قدرات معظم الناس.		
18.	أفكر في كثير من الأحيان، كم أنا شخص عظيم، الآن أو في المستقبل.		
19.	يمكنني أن أنتقل من الحب إلى الكراهية من دون سبب.		
20.	أثورط في كثير من المشاجرات الجسدية.		
21.	أشعر بأن الآخرين لا يفهمونني أو يقدرونني.		
22.	أفضل إنجاز الأعمال بنفسي أكثر من إنجازها مع الآخرين.		
23.	لدي المقدرة على التنبؤ بحدوث بعض الأمور قبل وقوعها.		
24.	أتساءل غالباً عما إذا كان الناس الذين أعرفهم مصدر ثقة.		
25.	أغتاب الناس أحياناً.		
26.	أنا حساس في علاقاتي الحميمة لأنني أخشى من التعرض للسخرية.		
27.	أخشى من فقدان الدعم من الآخرين في حال لم أتفق معهم.		
28.	لدي الكثير من العيوب.		
29.	لعملي الأولوية على عائلتي أو أصدقائي أو فراغي.		
30.	أظهر مشاعري بسهولة.		
31.	هناك عدد قليل جداً من الناس القادرين على فهمي وتقديري.		
32.	كثيراً ما كنت أتساءل من أنا بالفعل.		
33.	أجد صعوبة في الإيفاء بمتطلباتي المادية بسبب عدم استمراري في عمل واحد لفترة طويلة.		

"في السنوات الأخيرة"

34.	الجنس بحد ذاته لا يهمني.
35.	يرى البعض الآخر أنني شخص متقلب المزاج وسريع الغضب.
36.	كثيراً ما أستطيع أن أرى أو أشعر بالأشياء التي لا يمكن للآخرين إدراكها.
37.	سيستخدم الآخرون ما أقوله لهم ضدي.
38.	هناك بعض الناس لا أحبهم.
39.	أنا أكثر حساسية للنقد أو الرفض من معظم الناس.
40.	أجد أنه من الصعب البدء بأمر ما إذا كنت سأقوم به لوحدي.
41.	لدي احساس بالمبادئ الأخلاقية أكثر من الآخرين.
42.	أنا أدنى ناقد لنفسي.
43.	يمكنني استخدام مظهري للحصول على الاهتمام الذي أحتاجه.
44.	أنا بحاجة كبيرة لاهتمام الناس ومجايلتهم.
45.	حاولت أن أؤذي أو أقتل نفسي.
46.	أفعل الكثير من الأشياء دون النظر إلى العواقب.
47.	هناك القليل من الأنشطة التي أستمتع بها.
48.	كثيراً ما يجد الناس صعوبة في فهم ما أقول.
49.	أعترض على رؤسائي عندما يقولون لي كيف أقوم بعمل.
50.	أبقى متيقظاً لمعرفة المعنى الحقيقي للكائن خلف ما يقوله الناس.
51.	لم يسبق لي أن قلت كذباً.
52.	أخشى التعرف على أشخاص جدد لأنني أشعر بالنقص.
53.	لدي استعداد للقيام بأشياء لا أحبها ارضاءً للناس.
54.	لدي الكثير من الأشياء غير اللازمة لكنني غير قادر على التخلص منها.
55.	على الرغم من أنني أتحدث كثيراً، يقول الناس بأن لدي مشكلة في التركيز على النقاط الأساسية.
56.	أنا قلق كثيراً.
57.	أنتظر من الآخرين أن يفعلوا ما أحبه مع أنني في العادة لا أفعل لهم ما يحبونه.
58.	أنا شخص مزاجي جداً.
59.	أستطيع الكذب بسهولة وغالباً ما أفعل.
60.	لا يهمني أن يكون لي صديق حميم.
61.	في أغلب الأحيان أكون يقظاً كي لا يتم استغلال.
62.	لا أنسى أو أغفر لمن آلمني على الإطلاق.
63.	أنا متضايق من أولئك الذين هم أكثر حظاً مني.
64.	لا تبدو الحرب النووية فكرة سيئة.
65.	عندما أكون وحيداً أشعر بالعجز وعدم القدرة على الاهتمام بنفس.
66.	أفضل أن أفعل الأشياء بنفس. إذا كان الآخرون غير قادرين على فعلها بشكل صحيح.

"في السنوات الأخيرة"

67.	لدي ميل للاستعراض والتمثيل.
68.	بعض الناس يعتقدون بأنني أستغل الآخرين.
69.	أشعر بأن حياتي مملة ولا معنى لها.
70.	أنتقد الآخرين.
71.	لا يهتمني ما يقوله الآخرون عني.
72.	أجد صعوبة في التواصل مع الآخرين بشكل "النند للنند".
73.	كثيراً ما يشكوا الناس أنني غير مدرك لمشاكلهم.
74.	عند النظر إلي قد يظن الناس أنني غريب الأطوار.
75.	أستمتع بالقيام بأشياء خطيرة.
76.	لقد كذبت كثيراً في هذا الاستبيان.
77.	أشكو كثيراً من حظي السيء.
78.	أجد صعوبة في السيطرة على الغضب أو المزاج.
79.	بعض الناس يشعرون بالغيرة مني.
80.	أُتأثر بسهولة بالآخرين.
81.	أعتبر نفسي شخصاً مقتصداً، ولكن الآخرين ينظرون إلي على أنني بخيل.
82.	عندما تنتهي علاقة وثيقة، أكون بحاجة للبحث عن شريك آخر فوراً.
83.	أعاني من انخفاض تقدير الذات.
84.	أنا متشائم.
85.	لن أضيع الوقت في العودة إلى الناس الذين يهينونني.
86.	وجود الناس من حولي يجعلني عصبياً.
87.	أقلق من شعوري بعدم الراحة في المواقف الجديدة.
88.	أخاف من أن أترك لأعتني بنفسي.
89.	يشكوا الناس بأنني عنيد جداً.
90.	أخذ العلاقات بشكل أكثر جدية من معظم المحيطين بي.
91.	يمكن أن أتصرف بسوء جداً مع شخص في لحظة ما، وأعتذر في اللحظة التالية.
92.	يرى البعض الآخر أنني متعجرف.
93.	عندما أكون متوتراً تحدث معي أشياء كأن أصبح مجنوناً ذهنياً أو
94.	لا يهتمني إيذاء الآخرين طالما أحصل على ما أريد.
95.	أحافظ على مسافة بيني وبين الآخرين.
96.	كثيراً ما أتساءل فيما إذا كان (زوجي أو خطيبي..... إلخ) غير مخلص لي.
97.	كثيراً ما أشعر بالذنب.

"في السنوات الأخيرة"

98.	لقد فعلت أشياء بشكل مندفع (كما هو مبين أدناه) قد توقعني في ورطة: (أشر إلى كل ما ينطبق عليك)
a.	انفاق المزيد من الأموال أكثر مما هو لدي
b.	ممارسة الجنس مع أشخاص وأنا أكاد لا أعرفهم
c.	تناول الكثير من المشروبات
d.	تعاطي المخدرات
e.	الأكل بنهم
f.	القيادة المنهورة

99.	عندما كنت طفلاً (قبل سن 15 عاماً) قمت ببعض التصرفات الجانحة مثل مايلي: (أشر إلى كل ما ينطبق عليك)
a.	كنت أعتبر شرساً
b.	اعتدت بدء المعارك مع الأطفال الآخرين
c.	استخدمت الأسلحة في مشاجراتي
d.	سرقنت أو سلبت الآخرين
e.	استخدمت القوة الجسدية مع الآخرين
f.	اعتدت القسوة الجسدية ضد الحيوانات
g.	أجبرت شخصاً ما على ممارسة الجنس معي
h.	كذبت كثيراً
i.	قضيت ليالي بعيداً عن المنزل من دون إذن والدي
j.	سرقنت أشياء من الآخرين
k.	أشعلت الحرائق
l.	كسرت النوافذ أو حطمت الممتلكات
m.	هربت من المنزل ليلاً أكثر من مرة
n.	بدأت بالتغيب عن المدرسة كثيراً قبل سن الـ 13
o.	كسرت منزل شخص ما، مبنى أو سيارة

الملحق رقم (2)

مقياس الدلالة الاكلينيكية لاستبيان تشخيص الشخصية

ذكرت بأن البنود التالية ذات الصلة صحيحة بالنسبة لك
(اقرأ البنود المرضية لكل اضطراب بانفراد للمريض)

1- أي من البنود غير صحيحاً بالنسبة لك؟
يرجى الإشارة إليها: _____

2- منذ متى وهذه البنود كانت جزءاً من شخصيتك؟

- أقل من سنة واحدة

- واحد لخمس سنوات

- معظم حياتك، أو منذ ما قبل سن 18 عاماً

3- هل هذه البنود سبق أن كانت جزءاً من شخصيتك فقط عندما كنت في حالة عامة من الصحة؟

- فقط عندما تكتئب.

- فقط عندما تقلق.

- فقط عند تعاطي الكحول / المخدرات.

- فقط عندما تكون مريضاً جسدياً.

- ليس مرتبطاً بأي من أعلاه.

4- في أي المناطق سببت لك هذه البنود صعوبات؟

- في المنزل.

- في العمل.

- في العلاقات.

- أخرى. حددها (.....).

5- هل انزعجت من نفسك بسبب أعلاه؟

- لا.

- نعم.

الملحق رقم (3)

مقياس الاكتئاب (بيك Beck)

يرجى اختيار عبارة واحدة من كل مجموعة من المجموعات التالية:

المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
0	لا أشعر بالحزن.	0	لا أشعر بعقاب يحل بي الآن.
1	أشعر بالحزن.	1	أشعر بأن عقاباً يحل بي .
2	أنا حزينة طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.	2	أتوقع أن يحل بي عقاب.
3	أنا حزينة جداً وغير سعيدة لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.	3	أشعر بأن عقاباً يحل بي الآن.
المجموعة الثالثة		المجموعة الرابعة	
0	لا أشعر بأن عزمي ضعيفة تجاه المستقبل.	0	لا أزال أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
1	أشعر بأن عزمي ضعيفة تجاه المستقبل.	1	لا أستمتع بالأشياء كما كنت أستمتع بها من قبل.
2	أشعر بأنه لا يوجد شيء أطلع إليه في المستقبل.	2	لم أجد متعة حقيقية في أي شيء بعد.
3	أشعر أن المستقبل ميئوس منه وأنه لا سبيل لأن تتحسن الأمور.	3	أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء.
المجموعة الخامسة		المجموعة السادسة	
0	لا أشعر بالفشل.	0	لا أشعر بان أملتي قد خاب في نفسي.
1	أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجه الشخص العادي.	1	أشعر بان أملتي قد خاب في نفسي.
2	عندما أسترجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل.	2	أشعر بالاشمئزاز من نفسي.
3	أشعر أنني إنسانة فاشلة تماماً	3	أكره نفسي
المجموعة السابعة		المجموعة الثامنة	
0	لا أبكي أكثر من المعتاد.	0	لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي.
1	أبكي الآن أكثر مما تعودت.	1	تنتابني أفكار للتخلص من حياتي ولكنني لن أنفذها.
2	تعودت أن أكون قادراً على البكاء أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك.	2	أرغب في قتل نفسي.
3	أبكي الآن طوال الوقت.	3	لو أتاحت لي الفرصة للانتحار فسوف أفعل ذلك.
المجموعة التاسعة		المجموعة العاشرة	
0	لا أشعر بالذنب بوجه خاص.	0	لست مستفزة الآن أكثر مما كنت.
1	أشعر بالذنب لفترات طويلة من الزمن.	1	أصبح مستفزةً بسهولة أكثر مما مضى.
2	ينتابني الشعور بالذنب تماماً معظم الوقت.	2	أشعر بأنني مستفزةً طوال الوقت.
3	أشعر بالذنب طوال الوقت.	3	لاتثيرني أبداً الأشياء التي تعودت أن تثيرني.
المجموعة الحادية عشرة		المجموعة الثانية عشرة	
0	لم أفقد اهتمامي بالآخرين.	0	أأخذ القرارات بالكفاءة نفسها التي كنت اتخذها بها.
1	إنني أقل اهتماماً بالآخرين مقارنة بما كنت عليه.	1	أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت.
2	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين.	2	أجد في اتخاذ القرارات صعوبة أكثر مما كنت أجد من قبل.
3	فقدت كل اهتمامي بالآخرين.	3	لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.

المجموعة الثالثة عشرة		المجموعة الرابعة عشر	
0	لا أشعر بأني أدنى من أي شخص آخر.	0	لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
1	انتقدت نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي.	1	أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
2	ألوم نفسي طوال الوقت على أخطائي.	2	أصبح التعب يدركني عند القيام بأي عمل تقريباً.
3	ألوم نفسي على كل شيء يحدث لي.	3	أشعر بالإرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل.
المجموعة الخامسة عشرة		المجموعة السادسة عشرة	
0	ليست شهيتي للطعام أكثر من المعتاد.	0	أستطيع النوم نوماً جيداً كما تعودت.
1	لم تعد شهيتي طيبة كما كنت من قبل.	1	لا أنام جيداً كما كنت معتاداً.
2	شهيتي الآن أدنى مما كانت عليه بكثير.	2	أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم.
3	لم يعد لي شهية على الإطلاق.	3	استيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت ثم لا أستطيع العودة إلى النوم ثانية.
المجموعة السابعة عشرة		المجموعة الثامنة عشرة	
0	لا أشعر بأنني أبدو أدنى مما كنت.	0	أستطيع أن أعمل بالكفاءة ذاتها التي كنت أعمل بها من قبل.
1	أنا قلقة لأنني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.	1	أشعر بأن البدء في عمل أي شيء أصبح يتطلب مني الآن جهداً إضافياً.
2	أشعر بأن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذابة.	2	اضطر إلى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شيء.
3	أعتقد أنني أبدو قبيحة.	3	لا أستطيع القيام بأي عمل على وجه الإطلاق.
المجموعة التاسعة عشرة		المجموعة العشرون	
0	لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً.	0	أشعر أن بالي مشغول جداً بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير في أي شيء
1	نقص وزني أكثر من 2 كغ.	1	تشغل بالي مشكلات صحية مثل بعض الأوجاع والآلام واضطراب المعدة أو الإمساك.
2	نقص وزني أكثر من 5 كغ.	2	أشعر بانشغال البال كثيراً بسبب مشكلات صحية ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر.
3	نقص وزني أكثر من 7 كغ.	3	لست منشغل البال على صحتي أكثر من المعتاد.
		أحاول عن عمد	
		إنقاص وزني وذلك	
		بالتقليل من كمية الطعام	
		لا	نعم
المجموعة الحادية والعشرون			
0	لم ألاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة		
1	أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت.		
2	إنني أقل اهتماماً بالجنس الآن بشكل كبير.		
3	فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.		

الملحق رقم (4) مقياس القلق

السن:.....عاماً
الجنس:.....
العمل: (إذا كنت تعمل).....الدراسة والسنة الدراسية إذا كنت طالباً.....
تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي: نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً.
ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة. أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً بالمعنى الدقيق لكل عبارة. ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

العبارة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
1. أعصابي مشدودة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
2. أشعر بالخوف	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
3. أعاني من ضيق في التنفس	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
4. أفكر في أمور مزعجة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
5. قلبي يدق بسرعة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
6. أصاب بدوخة أو دوار	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
7. أتوقع أن تحدث أشياء سيئة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
8. أنا شخص عصبي	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
9. دقات قلبي غير منتظمة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
10. أشعر بالعصبية	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
11. أخاف أن أفقد السيطرة على نفسي	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
12. أنا متوتر	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
13. أشعر بالقلق	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
14. أنا غير مرتاح	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
15. المستقبل يقلقني	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
16. أشعر بأنني متقلب (غير ثابت)	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
17. عضلاتي متوترة	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
18. أنا متترفض (معصب)	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
19. أشعر بالانزعاج	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
20. أنا متململ (غير مستقر)	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً

الملحق رقم (5) مقياس الوسواس القهري

السن: الجنس:

فيما يلي بعض العبارات التي يمكن أن يوصف بها أي شخص، أقرأ كل عبارة بعناية، وضع دائرة حول "نعم" أو "لا" التالية لكل منها معبراً عن رأيك بدقة. ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن المهم أن تعبر عما تشعر به فعلاً. أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً في المعنى الدقيق لكل عبارة.

لا	نعم	العبارة	
لا	نعم	أنجز الأعمال ببطء شديد للتأكد من أنني قد قمت بها بطريقة سليمة	1.
لا	نعم	أغسل يدي عدداً كبيراً من المرات	2.
لا	نعم	قبل أن أذهب لأنام فإنني أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد	3.
لا	نعم	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الأشياء والعبارات نفسها مرات عديدة	4.
لا	نعم	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة	5.
لا	نعم	أعود أحياناً إلى المنزل بعد خروجي منه، لأتأكد من غلق الأبواب أو الحنفيات أو الأنوار وغيرها	6.
لا	نعم	أفكر كثيراً فيما يقوله الناس	7.
لا	نعم	أشك في أشياء كثيرة في هذا العالم	8.
لا	نعم	أنا شخص متردد في كثير من الأمور	9.
لا	نعم	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة أو السيئة	10.
لا	نعم	أتأكد قبل النوم لعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ	11.
لا	نعم	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقى	12.
لا	نعم	كثيراً ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة	13.

لا	نعم	أتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني	14.
لا	نعم	أحب النظام الصارم والدقة الشديدة	15.
لا	نعم	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري	16.
لا	نعم	أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو عمل	17.
لا	نعم	أشعر بأنني مجبر على فعل أشياء معينة	18.
لا	نعم	أنا شخص مدقق ودقيق جداً	19.
لا	نعم	تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة	20.
لا	نعم	مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة	21.
لا	نعم	أأخذ القرارات بسرعة	22.
لا	نعم	تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها	23.
لا	نعم	أقوم بتكرار أشياء معينة دون هدف محدد	24.
لا	نعم	عندما تصدر عني بعض الأخطاء أتضايق بشدة لدرجة أنني لا أستطيع النوم	25.
لا	نعم	أستمتع بحياتي كبقية الناس	26.
لا	نعم	أقوم بعملية عدّ الأشياء غير الهامة مثل الدرجات أو طوابق المنازل أو النوافذ أو أعمدة الكهرباء أو التليفون.	27.
لا	نعم	أنا متفائل	28.
لا	نعم	أجد نفسي مضطراً للقيام بأشياء لا قيمة لها	29.
لا	نعم	أنا شخص موسوس	30.
لا	نعم	أستطيع أن أحسم بين الأمور	31.
لا	نعم	تخطر على بالي بعض الأسئلة التي يستحيل الإجابة عنها.	32.

المخلص باللغة الانكليزية

Effect of Comorbidity between Personality and Psychological Disorders on Therapeutic Response to Psychological Patients after Psychiatric Therapy

The Study consists of two sections; the first section dealt with the theoretical study by definition of the study and its literatures, as for the second section; it dealt with the work experimental, and dealt with preparing tools of the study, and the stages of executing the experimental work, in addition to displaying of the study results and its explanation.

- Aims of Study:

the study seeks to accomplish the following two main aims:

1-Knowing Effect of Comorbidity between Personality and Psychological Disorders on Response to Therapeutic procedures compared to it in case there is not a comorbid Disorder after six months of Therapy.

2- Determining proportions of prevalans among groups of Psychological diagnostic Patients with different Psychological Disorders.

- Study Questions

1- What is the proportion of the prevalence of Comorbidity among diagnostic DSM-IV Axis I patients who attending psychiatric clinic which participates in study?

2- What is the proportion of the of prevalence of comorbid and single Disorders among members of study sample?

3- What is the proportion of Personality Disorders among members of study sample (males and females)?

- Study hepotheses:

1. There are no statistically indicative differences in Therapeutic Response among members of study sample (first and second group) at each of the two groups of the following Psychological Disorders (depression - anxiety - obsessive-compulsive disorder) after six months of Therapy (Deferred application).

2. There are no statistically indicative differences in Therapeutic Response among members of study sample (first and second group) at each of the two groups of the following Psychological Disorders

(depression - anxiety - obsessive-compulsive disorder) after one year of Therapy (postponed dimensional application).

4. There are no statistically indicative differences between the average of the grades of the members of study sample of Patients (depression - anxiety - obsessive-compulsive disorder) at each of the two groups (first and second group) before and after applying of Therapy.

5. There are no statistically indicative differences between the average of the grades of the members of study sample of Patients (depression - anxiety - obsessive-compulsive disorder) at each of the two groups (first and second group) between tow Deferred application and postponed dimensional.

- Study Sample

The study sample included a group of psychiatric patients attending psychiatric clinic *which participates in study* consisting of (43 patients) distributed on:

- The first group : composed of (18 patients) of patients diagnosed by the attending physician with a one mental qualitative disorder on the first axis for DSM- IV- TR (either anxiety, or obsessive-compulsive, or depression disorder).

- The second group: composed of (25 patients) of psychiatric patients with a personality disorder comorbid addition to the qualitative disorder with the same conditions as the first group.

- Statistical methods used in the study:

The following methods were used to answer the study questions and hypotheses, namely:

- 1- Averages and standard deviations and percentages to calculate prevalence rates.

- 2- Analysis of covariance.

- 3- Simple linear regression equation.

- 5- A measure of strength of the relationship between the independent variable and the dependent variable: (impact strength).

- The study's methodology and its Tools:

The study depends on the method experimental, and many tools had been used in that which are:

- 1- Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+) for the diagnosis of personality disorders among the members of the sample.
- 2- Beck Depression Inventory (BDI)
- 3- The Kuwait University anxiety Scale.
- 4- the Arabic Obsessive Compulsive Scale.

- The Results of the study:

Findings of the study include:

1- This study showed that the Comorbidity between psychiatric disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) is widespread, often extremely strong, All three PD clusters were significantly comorbid with DSM-IV Axis I disorders, the prevalence of personality disorders ranges from as low as (6%) in paranoid personality disorder and anxiety, to as high as (46%) in obsessive-compulsive Personality Disorder and obsessive-compulsive disorder.

2- The percentage of comorbid disorders was (58%) compared to (42%) of the spread of disorders among the members of the study sample.

3- No statistically significant differences on the degree of comorbidity among the members of the study sample of patients according to the variable sex.

4- There were some personality disorders individual closer to males and others are more attached to females, where the percentage prevalence of paranoid Personality Disorder among males (% 42.85), while among females (% 11.11), and the percentage of the Dependent Personality Disorder related males (% 14.28) compared to females (%50), The prevalence of the obsessive-compulsive personality disorder males (% 57.14) compared to females (% 16.66).

5- There are significant differences in the therapeutic response among the members of the study sample (first and second group) after undergoing a period of six months and one year of treatment in favor of the first group.

6- All the samples improved in dimensional application and maintained its improvement in postponed dimensional application, but the matter was better for the first samples than that of the second.

7- Comorbid disorders of axis I and axis II have repeatedly been found to be a negative predictor for the treatment of axis I disorders.

8- This study confirms previous findings that people with PD have more severe symptomatology and greater degrees of functional impairment when compared to those without. Community clinicians should routinely screen attenders to predict likely difficulties that might arise and to make provision for these difficulties in the treatment and management of clients.

- The study suggestions

Some suggestions have been put in the light of the previous results of the study:

1. Work on the use of personality disorders for patients with not comorbidity psychological disorders to make sure of single disorder treatment plan.
2. The introduction of new drug treatments that may be helpful with some dysfunctional personality traits changes some of the findings and may suggest that there may be preferential treatments for some Axis I patients with certain comorbid personality traits.
3. Future research is needed to clarify the biological and psychosocial risk factors associated with this comorbid profile, and to develop targeted interventions for this at-risk group.
4. Work to conduct researches to know the extent of the risk formed by comorbidity on personal aspects of biological, psychological, social, and in order to develop appropriate interventions for such high-risk group.
5. Work on further researches to verify the predictive value of personal disorders on the outcome of the treatment.
6. Increased interest in axis 1 psychiatric patients of those who suffer from it as well as personality disorders and to develop accurate treatment plans help to achieve more effective results.
7. To optimize the treatment of Axis I disorders, the predictive value of PDs on the treatment outcome should be further investigated, and treatment of Axis I and II comorbidity requires more attention.