

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الدكتور مولاي الطاهر - سعيدة



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية بعنوان:

دروس في مادة علم النفس المرضي

السنة الثانية علم النفس العيادي ليسانس "السداسي الرابع"

إعداد الأستاذة: بن دربال مليكة

السنة الجامعية: 2019 / 2020

فهرس المحتويات

قائمة المحتويات	
الصفحة	العناوين
01	فهرس المحتويات
05	مقدمة
مدخل لعلم النفس المرضي	
05	أولاً: نبذة تاريخية لعلم النفس المرضي
09	ثانياً: تعريف علم النفس المرضي
10	ثالثاً: المرجعية النظرية لعلم النفس المرضي
12	رابعاً: طرق البحث في علم النفس المرضي
السوي والمرضي	
15	أولاً: مفهوم السواء
16	ثانياً: اللاسواء (الشذوذ)
16	ثالثاً: السلوك المرضي
17	رابعاً: مفهوم الاضطراب النفسي (العقلي)
17	خامساً: معايير السواء واللاسواء
18	سادساً: المحددات الأربعة للسلوك المرضي
مفهوم البنية	
19	أولاً: تعريف البنية
19	ثانياً: مفهوم البنية بين العادي والمرضي
20	ثالثاً: الشخصية السوية ومفهوم البنية
20	رابعاً: الشخصية شبه السوية (المخادعة)
20	خامساً: تكوين وتطور بنية الشخصية
21	سادساً: مكونات بنية الشخصية
المفاهيم القاعدية: النزوة- الغرائز- الرغبة- الهيام	
26	أولاً: الغريزة
27	ثانياً: النزوة

30	ثالثا: الرغبة
30	رابعا: الهوام
	القلق
32	أولا: تعريف القلق
32	ثانيا: القلق العادي
33	ثالثا: القلق المرضي
33	رابعا: القلق كعرض
33	خامسا: القلق، الخوف، التجنب
34	سادسا: المظاهر الفزيولوجية للقلق
34	سابعا: أنواع القلق
34	ثامنا: أسباب القلق
35	تاسعا: علاقة الخوف بالقلق
36	عاشرا: اضطراب القلق
	الصراع
38	أولا: مفهوم الصراع وتعريفه
38	ثانيا: أنواع الصراع
39	ثالثا: أشكال الصراع
39	رابعا: مفهوم الصراع في التحليل النفسي
	الميكانيزمات الدفاعية
42	أولا: ماهية الحيل الدفاعية
42	ثانيا: وظيفة الآليات الدفاعية
43	ثالثا: أنواع الآليات الدفاعية
	العصاب
48	أولا: تعريفه
48	ثانيا: نشأة مفهوم العصاب
49	ثالثا: الفرق بين العصاب والأمراض العصبية
49	رابعا: أسباب العصاب

51	خامسا: أعراض العصاب
51	سادسا: المآل والتطور
51	سابعا: الأشكال العيادية للعصاب
	الذهان
55	أولا: تعريف الذهان
55	ثانيا: أسباب الذهان
56	ثالثا: أعراض الاضطرابات الذهانية
58	رابعا: أنواع الذهان
59	خامسا: الأشكال العيادية للذهان
	الاضطراب الحدي والشخصية الحدية
63	أولا: تعريف الحالة الحدية
63	ثانيا: الدراسة السريرية والمرضية للحالات الحدية
64	ثالثا: الدراسة العيادية للأعراض
67	رابعا: الشخصية الحدية
	السيمولوجية في علم النفس المرضي
71	أولا: تعريف السيمولوجية
71	ثانيا: المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي
72	ثالثا: التقسيم السيمولوجي للمرض النفسي
	اضطرابات الشخصية
79	أولا: تعريف اضطراب الشخصية
79	ثانيا: مميزات اضطراب الشخصية حسب النوع
80	ثالثا: نماذج الأبعاد لاضطراب الشخصية
81	رابعا: اضطراب الشخصية العامة
	اضطراب الوسواس القهري
86	أولا: تعريف اضطراب الوسواس القهري
86	ثانيا: المعايير التشخيصية
88	ثالثا: الوصف الاكلينيكي للأعراض

90	رابعاً: العوامل المسببة للاضطراب
91	خامساً: العلاج
	الاكتئاب
93	أولاً: تعريف الاضطراب
93	ثانياً: الأعراض
94	ثالثاً: الفرق بين الحداد والاكتئاب
95	رابعاً: الدراسة العرضية
95	خامساً: الانتشار
95	سادساً: السببية المرضية
96	سابعاً: الأشكال العيادية
96	ثامناً: التشخيص التفريقي
97	تاسعاً: العلاج
98	خاتمة
99	قائمة المراجع

مقدمة

جاءت هذه المطبوعة وفقاً لما جاء في المقرر الرسمي لمقياس علم النفس المرضي، وهي موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس ل.م.د تخصص علم النفس تشتمل على 14 محاضرة تغطي محاور المقياس، والتي سعيينا من خلالها تحقيق الأهداف المسطرة للمقياس.

وتتمثل الكفاءة المستهدفة من المادة في أن يبني الطالب رصيذاً معلوماً حول أساسيات علم النفس المرضي من خلال:

- أن يميز المفاهيم الأساسية المرتبطة بعلم النفس المرضي.
- أن يميز الطالب بين معايير السواء واللاسواء في مجال علم النفس المرضي.
- أن يطلع الطالب على مختلف المقاربات المرجعية والأطر النظرية التي تناولت المشكلات والاضطرابات النفسية.
- أن يتعرف الطالب على مختلف طرق التصنيف في علم النفس المرضي
- التعرف على أشكال الاضطرابات النفسية العصبية والذهانية.
- أن يتعرف على خصوصية النوزوغرافية للحالات الحديثة.
- أن يتمكن من الوصول إلى مستوى من القدرة على التشخيص والتفريق بين مختلف الاضطرابات وأشكالها المرضية.

مدخل عام لعلم النفس المرضي

علم النفس المرضي أو علم النفس الشواذ يعتبر فرعاً نظرياً من فروع علم النفس، والذي يتميز بأهميته لدعمه للفروع التطبيقية لعلم النفس خاصة الكليينيكية منها، فيمتاز بدقة الوصف للسلوك غير السوي والمرضي أو الشاذ أو غير الطبيعي، فيهتم بتحديد وصف أعراضه وتشخيصه دراسة الأسباب التطور والمآل وخطر الإصابة، كما يهتم بالدراسة الفارقة بين كل اضطراب واضطراب ونسبة انتشار كل اضطراب، ووضع الاضطرابات ضمن تصانيف تسمح للمطبّق العيادي باستخدامها مع الحالات.

أولاً: نبذة تاريخية لعلم النفس المرضي: النشأة والتطور

اهتم الإنسان منذ القدم بالظواهر غير الطبيعية للسلوك، فحاول الإنسان إعطاء تفسيرات قصد فهم هذه السلوكيات الشاذة، مما دفعه إلى إعطاء تفسيرات ما وراثية، مرتبطة بالجن والسحر وعبادة الأوثان، فقد أشارت الكتابات القديمة إلى السلوك غير الطبيعي خاصة الصينيين والمصريين والعبرانيين واليونانيين غالباً ما يعزون هذا السلوك إلى شيطان أو رب استولى على شخص ما. حيث كان يفترض أن "الحيازة" تنطوي على أرواح طيبة أو شريرة تعتمد عادة على أعراض الفرد المصاب.

إلى حين عهد "أبقراط" في العصر اليوناني (460-377 ق.م) حيث أنكر أبقراط أن الآلهة والشياطين تدخلوا في تطور الأمراض وأصر بدلاً من ذلك على أن الاضطرابات العقلية مثل الأمراض الأخرى لها أسباب طبيعية وعلاجات مناسبة. كان يعتقد أن الدماغ هو الجهاز المركزي للنشاط الفكري وأن الاضطرابات العقلية ترجع إلى أمراض الدماغ. درس الفيلسوف اليوناني "أفلاطون" (429-347 قبل الميلاد) الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية ونظر إلى الظواهر النفسية على أنها ردود للكائن الحي كلها، مما يعكس حالتها الداخلية وشهواتها الطبيعية. كتب الفيلسوف اليوناني الشهير "أرسطو" (384 - 322 قبل الميلاد)، الذي كان تلميذاً لأفلاطون على نطاق واسع عن الاضطرابات العقلية، من بين أكثر مساهماته في علم النفس وصفه للوعي حيث قال إنه يرى أن "توجيه التفكير" سوف يزيل الألم ويساعد على تحقيق المتعة.

استمر في عمل أبقراط من قبل بعض الأطباء اليونانيين والرومانيين اللاحقين. على وجه الخصوص في الإسكندرية، مصر (التي أصبحت مركزاً للثقافة اليونانية بعد تأسيسها في عام 332 قبل الميلاد من قبل الإسكندر الأكبر)، تطورت الممارسات الطبية إلى مستوى أعلى، والمعابد المخصصة لزحل كانت مصحة من الطراز الأول. تم اعتبار البيئة المحيطة السارة ذات قيمة علاجية كبيرة للمرضى الذين يعانون من أمراض عقلية، والذين تم تزويدهم بأنشطة مستمرة بما في ذلك الحفلات والرقصات والمشى في حدائق المعبد والتجديف على طول نهر النيل والحفلات الموسيقية. استخدم الأطباء في هذا الوقت أيضاً مجموعة واسعة من الإجراءات العلاجية، بما في ذلك اتباع نظام غذائي وتدليك وعلاج مائي وجمباز وتعليم، بالإضافة إلى بعض الممارسات الأقل استحساناً مثل النزيف والتطهير والقيود. ويعتبر جالينوس (130-200) أحد الأطباء اليونانيين الأكثر سيطاً والذي مارس نشاطه في روما. على الرغم من أنه تحدث عن التقاليد الهيبوقراطية، إلا أنه قدم عدداً من المساهمات الأصلية فيما يتعلق بتشريح الجهاز العصبي (للحيوانات)، حيث قسم أسباب الاضطرابات النفسية إلى فئات جسدية وعقلية. (Bucher, James Neal & Coll, 2017: 58-60)

كانت الصين واحدة من أوائل الحضارات المتقدمة التي تم فيها تقديم الطب والاهتمام بالاضطرابات النفسية (Soong, 2006). حتى هذا التاريخ المبكر (حوالي عام 2674 قبل الميلاد)، كان الطب الصيني يعتمد على الإيمان بالأسباب الطبيعية بدلاً من الأسباب غير الطبيعية للأمراض. على سبيل المثال، في مفهوم الين واليانغ، ينقسم الجسم البشري مثل الكون إلى قوى إيجابية وسلبية تكمل وتتناقض مع بعضها البعض. إذا كانت القوتان متوازنتين تكون النتيجة هي الصحة البدنية والعقلية؛ إذا لم تكن كذلك النتيجة هي المرض. وهكذا ركزت العلاجات على استعادة التوازن (Tseng, 1973, p. 570).

خلال العصور الوسطى (من حوالي 500 إلى 1500 م)، انتقلت القواعد العلمية للطب اليوناني للبلدان الإسلامية في الشرق الأوسط. وتم تأسيس أول مستشفى للأمراض العقلية في بغداد في 792؛ سرعان ما تبعه آخرون في دمشق وحلب (Polvan, 1969). في هذه المستشفيات (البرمستانات) تلقى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية علاج إنسانياً. من أبرز الشخصيات في الطب "ابن سينا" (حوالي 980-1037)

كما يطلق عليه "أمير الأطباء" (Campbell, 1926)، وهو مؤلف كتاب القانون في الطب، وكانت أعماله الطبية الأكثر دراسة وعلى نطاق واسع. في كتاباته أشار ابن سينا مرارًا إلى الهستيريا والصرع وردود الفعل الهوسية والكتابة. توضح دراسة حالة الأمير الشاب الذي يعاني من اضطراب عقلي (الأمير البقرة) مقارنة ابن سينا الفريدة في العلاج (Browne, 1921, p. 88-89).

خلال العصور الوسطى في أوروبا، كان البحث العلمي في السلوكيات الشاذة محدودًا، وتميزت معاملة الأفراد الذين كانوا يعانون من اضطرابات نفسية في كثير من الأحيان بطقوس أو خرافات أكثر من محاولات فهم حالة الفرد.

خلال الجزء الأول من عصر النهضة وفي فترة النشاط الثقافي والعلمي المزدهر (حوالي 1400-1700)، تراجعت وجهات النظر للاستحواذ الشيطاني في تفسير الاضطرابات. فاعتقد الطبيب الألماني "يوهان واير" (1515-1588) وهو أول طبيب متخصص في الأمراض العقلية، أن العقل عرضة للمرض مثل الجسم، وهو يعتبر الآن مؤسس الدراسة الحديثة لعلم النفس المرضي. تم إنشاء المصحات للمصابين بأمراض عقلية تدريجيًا في بلدان أخرى مشابهة للتي كانت بالأندلس قبل الدخول الإسباني، بما في ذلك المكسيك (1566) وفرنسا (1641). تم إنشاء ملجأ في موسكو في عام 1764، وتم بناء برج Lunatics الشهير في فيينا في عام 1784. في الولايات المتحدة، قدم مستشفى بنسلفانيا في فيلادلفيا الذي تم الانتهاء منه بتوجيه من بنجامين فرانكلين في عام 1756 بعض الخلايا أو عنابر المرضى الذين يعانون من مرض عقلي. المستشفى العام في ويليامزبرغ فرجينيا، الذي تم إنشاؤه عام 1768 كان أول مستشفى في الولايات المتحدة مخصص حصريًا للمرضى الذين يعانون من مرض عقلي. ومع ذلك لم يكن علاج المرضى الذين يعانون من مرض عقلي في الولايات المتحدة أفضل من العلاج المقدم من المؤسسات الأوروبية. (Ronald. J- Comer, 2004 :12)

مع اقتراب عام 1800، بدأ علاج الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية في التحسن مرة أخرى. أثناء الثورة الفرنسية، عُين "فيليب بينيل" (1745-1826) كبير الأطباء هناك. وقال إن المرضى يجب علاج أمراضهم بالتعاطف واللفظ بدلاً من السلاسل والضرب، قام بفك قيودهم وسمح لهم بالتنقل بحرية حول أرض المستشفى، واستبدل الأبراج المحصنة المظلمة بغرف مشمسة جيدة التهوية، وقدم الدعم والمشورة وهنا ظهر المنحى الإنساني في علم النفس المرضي. في هذه الأثناء في إنجلترا كان "ويليام توك" (1732-1819) يجلب إصلاحات مماثلة في شمال إنجلترا. في عام 1796 أسس "يورك ريتريت" منطقة ريفية يعيش فيها حوالي 30 مريضاً عقلياً كضيوف في منازل ريفية هادئة وعولجوا بمزيج من الراحة والكلام والصلاة والعمل اليدوي (Borthwick et al., 2001). انتشرت المعاملة الأخلاقية في ظل أساليب بينيل وتوك، وانتقلت أعمالهما إلى الولايات المتحدة على يد بنيامين راش (1745-1813)، وهو طبيب بارز في مستشفى بنسلفانيا. حصر ممارسته للمرض العقلي، طور Rush مناهج إنسانية مبتكرة للعلاج (Whitaker, 2002). وبعد ذلك كانت دوروثيا ديكس (1802-1887) ناشطة في نيو إنجلاند وأصبحت بطلة للفقراء "المنسيين" الذين

تم إيداعهم في السجون والمؤسسات العقلية لعقود من الزمان خلال القرن التاسع عشر. نتيجة لما شاهده، قامت **ديكس** بحملة متحمسة بين عامي 1841 و 1881 أثارت الناس والهيئات التشريعية لفعل شيء حيال المعاملة اللاإنسانية الممنوحة للأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي، فمن خلال جهودها نمت حركة الصحة العقلية في أمريكا (Karnesh, with Zucker, 1945, p. 18).

غير أنه تراجعت المعاملات الأخلاقية في نهاية القرن التاسع عشر وذلك بسبب تضاعف المستشفيات العقلية، وتطور حالات النقص الشديد في الأموال والموظفين، وانخفضت معدلات الشفاء، وأصبح الاكتظاظ في المستشفيات مشكلة كبيرة. بحلول السنوات الأولى من القرن العشرين، توقفت حركة المعاملة الأخلاقية في كل من الولايات المتحدة وأوروبا. وأصبحت لا تقدم مستشفيات الأمراض العقلية العامة إلا رعاية صحية وعلاجات طبية غير فعالة وازداد اكتظاظها كل عام.

بينما كانت الحركة الأخلاقية تتراجع في أواخر القرن التاسع عشر، ظهر منظورين متعارضين وبدأ في التنافس على شد انتباه الأطباء: المنظور الجسدي، النظرة القائلة بأن الأداء النفسي غير الطبيعي له أسباب جسدية، والمنظور النفسي المنشأ، الرأي القائل بأن الأسباب الرئيسية لأي أداء غير طبيعي هي نفسية. أخذت هذه المنظورات في ازدهار كامل خلال القرن العشرين. وكان من بين أشهر رواد النظرة الجسدية الباحث الألماني البارز "إميل كريبيلين" (1856-1926). في عام 1883 نشر **كريبيلين** كتابًا مدرسيًا مؤثرًا بأن العوامل المادية مثل التعب هي المسؤولة عن الخلل الوظيفي العقلي.

شهد أواخر القرن التاسع عشر أيضًا ظهور المنظور السيكولوجي، وهو الرأي القائل بأن الأسباب الرئيسية للوظائف غير الطبيعية غالبًا ما تكون نفسية. ومع ذلك، فإن المنظور النفسي لم يكتسب الكثير من الأهمية حتى أظهرت دراسات التنويم المغناطيسي إمكاناتها. تم استخدام التنويم المغناطيسي للمساعدة في علاج الاضطرابات النفسية التي تعود إلى عام 1778، عندما أنشأ طبيب نمساوي يدعى "فريدريش أنتون ميسمر" (1734-1815) عيادة في باريس. كما أن الدراسات التي وضعت على اضطراب الهيستيريا قد أعطت منحى جديد في علم النفس المرضي خاصة أعمال **جان شاركوت** (1825-1893) و "هيوليت ماري بيرنهايم" (1840-1919) و "أمبرواز أوغست ليبولت" (1823-1904)، "جوزيف بروير" (1842-1925) و "سيغموند فرويد" (1856-1939)، هذا الأخير الذي أعطى منحى جديد لعلم النفس من جهة وعلم النفس المرضي من جهة أخرى من خلال المقاربة التحليلية للاضطرابات النفسية، ومع ذلك، فإن النهج التحليلي النفسي لم يكن له تأثير يذكر على علاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات شديدة في المستشفيات العقلية.

الآن في هذه الآونة الأخيرة أصبح المرض النفسي معروفًا، وأصبح كل ممارس يعرف أسباب هذا المرض وذلك بفضل تطور علم النفس المرضي بعد خمسينيات القرن الماضي بجهود مجموعة كبيرة من العلماء والباحثين في علم النفس الطب النفسي وعلم الاعصاب.

ثانيا: تعريف علم النفس المرضي:

علم النفس المرضي أو علم النفس الشواذ عامة هو العلم الذي يدرس السلوكيات غير الطبيعية أو الشاذة، فيشير مصطلح " علم النفس المرضي " بشكل عام إلى أنماط السلوك غير المتكيف والمشاكل السلوكية التي تتداخل مع بعض جوانب التكيف.

لغة psychopathology تنقسم الى psycho وتعني النفس أو الروح و pathology وتعني علم الأمراض هو دراسة الأمراض والتغيرات التي تحدث عن الحالة الطبيعية المفترضة. وبالتالي الكلمة اصطلاحا تعني العلم الذي يدرس الاضطرابات والعاهات والمشاكل النفسية والعقلية من الناحية الوصفية السببية وإعطاء تفسير لها (Kristine Krapp et al, 2001 :1 ; Agnès Bonnet & Lydia Fernandez,) 14:2017).

ويعرفه **جاليت (1998)** على أنه دراسة الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والأداء العقلي غير الطبيعي، والسلوك المرضي. وهو ينظر في ظواهر النشاط النفسية الشاذة من وجهة نظر وصفهم وتصنيفهم وآليات فهمهم وتطورهم.

يُعرف **مينشال (1997)** علم النفس المرضي بأنه العلم الذي يدرس المعاناة النفسية. يرتبط ارتباطا مباشرا بدراسة العقل البشري ومنهج علم النفس السريري والطب العقلي والطب النفسي (Agnès Bonnet & Lydia Fernandez, 2017 :14).

ويعرفه **Bergeret (2003)** بأنه دراسة الجانب النفسي واضطراباته بهدف تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها وصراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف.

ويهتم علم النفس المرضي بجميع أنواع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية سواء كانت هذه الاضطرابات وجدانية، عقلية، سلوكية أو نفسوجسدية، والتي تؤدي بالفرد لفقدانه العلاقة المتوازنة بمحيطه جزئيا أو كليا (Jeffrey et al,2009 :10).

كما نجد **بيدينييلي (2009)** يعتبر علم النفس المرضي جزءًا نظريا من علم النفس السريري الذي يعرفه بأنه "فرع علم النفس الذي يهتم بدراسة وتقييم وفهم وتشخيص ومساعدة ومعالجة ذوي المعاناة النفسية، مهما كان مصدرها " (Agnès Bonnet & Lydia Fernandez, 2017 :15).

وتشير (Akman, 2011 :02) بأن علم النفس المرضي إنما يتم من خلال ثلاث مواضيع:

- الدراسة: من خلال تحليل الاضطراب

- الوصف: بإعطاء تمثيل للاضطرابات والتطرق لإشاراتها الإكلينيكية.

- التفسير: بطرح التفسير على مستويات مختلفة، كفرضيات حول كيفية حدوث الاضطراب والابعد التي تستند إليها، فهي بالتالي بحث عن أصل الاضطراب من منظور السببية المعقدة في خط مستمر.

فلا يمكن اعتبار علم النفس المرضي تخصصًا محددًا في مجال دراسته. لأنه لا يوجد شيء يميزه عن الطب النفسي. يجب اعتباره إما طريقة لوصف الاضطرابات النفسية أو كحكم نظري لفهم أصل الأحداث النفسية. إنه يتناول جميع الأطر المرجعية والتخصصات (الطب النفسي، علم النفس، التحليل النفسي، علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، اللسانيات، علم الأدوية النفسية، علم الأحياء العصبية...) من أجل جمع وجلب المعلومات المعرفية حول المرض العقلي والخلل النفسي تحت كل جوانبها (Agnès Bonnet & Lydia Fernandez, 2017: 15).

ثالثًا: المرجعية النظرية لعلم النفس المرضي:

يعتبر فهم التوظيف النفسي من الأمور المعقدة كونه يعتمد على عوامل متباينة ومتداخلة فيما بينها، لهذا سخرت نماذج عديدة لفهم الأعراض في علم النفس المرضي، من خلال النظريات المفسرة والتي لا يمكن الاستغناء عنها في فهم وتوجيه النشاط العيادي ومساندة التكفل العلاجي:

1- المقاربة البيولوجية لعلم النفس المرضي: عادةً ما تنسب النظريات البيولوجية أعراض الأمراض النفسية إلى تشوهات البنية العضوية للجهاز العصبي، أو الكيمياء الحيوية والفيزيولوجية العصبية. فيمكن أن يكون سبب تشوهات البنية العضوية للجهاز العصبي بسبب اختلال جيني، أو المرض، أو إصابة أي منطقة معينة من الدماغ أو التلف تؤثر على الأعراض التي يظهرها الأفراد. وتعزو العديد من النظريات البيولوجية المرض النفسي إلى الاختلالات في الناقلات العصبية أو إلى عمل مستقبلات الناقلات العصبية (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019: 56).

2- المقاربة الوراثية لعلم النفس المرضي: توحي النظريات الوراثية إلى وجود خلل وراثي عادةً، وأن الأمر يتطلب تراكمًا للجينات المختلة (المعيبة) للتسبب في أمراض نفسية. والأبحاث مازالت قائمة للكشف عن جينات محددة والتي تسبب الاضطراب النفسي (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019: 56).

3- المقاربة السلوكية لعلم النفس المرضي: النظريات السلوكية للاضطراب النفسي ترفض مفاهيم النزاعات اللاشعورية وتركز فقط على المكافآت والعقوبات في البيئة التي تشكل السلوك وتحافظ عليه. فالسلوك المضطرب هو سلوك متعلم يتعلمه الفرد من بيئته وفق قانون الاشرط (الكلاسيكي / الاجرائي) أو ملاحظة السلوك والنتائج المترتبة عليه (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019 :56).

4- المقاربة المعرفية لعلم النفس المرضي: تهتم النظريات المعرفية بالوظائف المعرفية للأفراد (مثل الادراك والذاكرة والأفكار ونظام المعتقدات) فالوظائف المعرفية تؤثر على السلوكيات وانفعالات الفرد والتي تتفاعل مع المواقف المحدثة لها، كما انها في تفاعل متبادل التأثير (-McGraw-Hill -Susan Nolen-Hoeksema, 2019 :56).

5- المقاربة التحليلية لعلم النفس المرضي: تركز النظريات الديناميكية لعلم الأمراض النفسية على الصراعات اللاشعورية التي تسبب القلق لدى الفرد وتعود إلى السلوك غير القادر على التكيف. فرأى "فرويد" بأن هذه النزاعات تنشأ عندما تتصادم رغبات الهو مع قيود الأنا والأنا الأعلى حيث يستخدم الأفراد أنواعًا مختلفة من آليات الدفاع للتعامل مع النزاعات الداخلية للهو. تحدد الطريقة التي يتعامل بها مع الطفل من خلال المراحل النفسية الجنسية والمخاوف أو المشكلات التي قد يصاب بها الطفل، كما يركزون على تطور البنية المرضية في مراحل النمو الجنسي لدى الأطفال من خلال التثبيت في مرحلة من المراحل.

ونجد علماء النظريات الديناميكية الأكثر حداثة يركزون بشكل أقل على دور الرغبات اللاشعورية وأكثر على تطوير مفهوم الذات للفرد في سياق العلاقات الشخصية. فهم يرون دورًا أكبر للبيئة في تشكيل الشخصية ولديهم أمل أكبر في التغيير خلال مرحلة البلوغ أكثر من فرويد (- Susan Nolen-Hoeksema, 2019 :56).

6- المقاربة الإنسانية لعلم النفس المرضي: تشير النظريات الإنسانية إلى أن جميع البشر يسعون لتحقيق إمكاناتهم من أجل الخير وتحقيق الذات. ينشأ عدم القدرة على تحقيق إمكانات الفرد من ضغوط المجتمع للتوافق مع توقعات الآخرين وقيمهم (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019 :56).

7- المقاربة النسقية الاسرية: ترى نظريات ومعالجات النظم الأسرية على أن الأسرة نظام معقد بين الأشخاص، له تسلسل هرمي وقواعد تحكم سلوك أفراد الأسرة. عندما يعاني أحد أفراد الأسرة من اضطراب نفسي، فإن منظري أنظمة الأسرة لا يرون ذلك مشكلة داخل الفرد بل كدليل على وجود نظام عائلي مختل وظيفيًا. تجمع مناهج الموجة الثالثة عمومًا بين الأساليب والنظريات من الأساليب المعرفية والسلوكية والممارسات

المستمدة من التأمل الذهن البوذي لمساعدة الناس على قبول الأفكار والعواطف المؤلمة وتنظيمها بشكل أكثر صحة (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019 :56).

8- المقاربة الثقافية الاجتماعية لعلم النفس المرضي: تشير النظريات الاجتماعية والثقافية إلى أن الضغوطات الاجتماعية والاقتصادية والتمييز والاضطرابات الاجتماعية يمكن أن تؤدي إلى مشاكل في الصحة العقلية لدى الأفراد. الثقافات لها قواعد ضمنية وصریحة فيما يتعلق بأنواع السلوك غير الطبيعي التي تسمح بها (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw-Hill, 2019 :56).

9- المقاربة الانفعالية لعلم النفس المرضي: تهتم هذه النظرية بدراسة الجوانب الانفعالية والعاطفية للفرد وتأثيرها على الصحة النفسية والجسدية، وبالتالي فإن كل من الانفعالات والوظائف المعرفية والفيزيولوجية هي في تفاعل دائم ومستمر (David H. Barlow, 2014).

10- المقاربة الحيادية أو التصنيفية لعلم النفس المرضي: وتشير إلى المقاربة اللانظرية والتي تحدث عنها "لينيسكو"، تعتمد على تصنيف الاضطرابات تحت نظام نظري متعدد أو حيادية، مثل الدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطب العقلي، أو التصنيف العالمي للأمراض للمنظمة العالمية للصحة (A.P.A, 2013).

رابعاً: طرق البحث في علم النفس المرضي:

يستخدم الباحثون الذين يدرسون السلوك البشري عدة أشكال من البحوث عند دراسة أسباب السلوك. كدراسة الحالة، والبحاث المترابطة، والبحاث التجريبية، والدراسات الوبائية (الانتشار):

1- دراسة الحالة:

يعتبر منهج دراسة الحالة منهجاً متميزاً يقوم أساساً على الاهتمام بدراسة الوحدات الاجتماعية بصفتها الكلية ثم النظر إلى الجزئيات من حيث علاقتها بالكل الذي يحتويها، وذلك بهدف جمع البيانات والمعلومات من خلال تاريخها وخبراتها الماضية، وعلاقتها مع البيئة ثم تحليل نتائجها بهدف الوصول إلى تعميمات يمكن تطبيقها على غيرها من الوحدات المتشابهة في المجتمع الذي تنتمي إليه هذه الحالة أو الوحدة. كما أن لمنهج دراسة الحالة خطوات علمية يمكن توضيحها فيما يلي:

- تحديد المشكلة أو الحالة أو نوع السلوك المراد دراسته
- جمع البيانات الضرورية لفهم الحالة وتكوين وجهة نظر فيها

- تحديد المفاهيم والفروض العلمية
- تحديد وسائل جمع البيانات المختلفة
- جمع البيانات وتسجيلها وتحليلها
- استخلاص النتائج ووضع التعميمات (فاطمة عوض صابر ومرجت علي خفاجة، 2002: 96)

2- الدراسات الارتباطية:

وهي دراسة العلاقة بين عاملين (العلاقة المشتركة) بشكل منهجي أو بين متغيرين أو مجموعة من المتغيرات قصد معرفة درجة ترابطها واشتراكها من عدمه، ويتم ذلك من خلال العمليات الإحصائية (معاملات الترابط)، ومعامل الترابط هو عملية إحصائية تعطينا رقما يظهر لنا درجة الترابط تقع بين 1- و 1، تشير الارتباطات الإيجابية (من 0.01 إلى 1) إلى أنه كلما ارتفع أحد العوامل يرتفع العامل الآخر أيضًا. على سبيل المثال، يرتبط الطول والوزن ارتباطاً إيجابياً، وكذلك سنوات التعليم وفرص العمل. الناس الأطول يزنون أكثر؛ الناس المتعلمين يكسبون المزيد من المال. تشير الارتباطات السالبة (من -1 إلى 0.01) إلى أنه كلما زاد عامل واحد ينقص العامل الآخر. على سبيل المثال يرتبط تحميل الدورة ووقت فراغك سلباً. لمزيد من الدورات التي تأخذها وأقل وقت فراغ لديك. (Thomas F. Oltmanns & Robert E. Emery, 2015)

3- الدراسات الوبائية (الانتشار):

هي دراسة تواتر وتكرارات الاضطراب أو مجموعة من الاضطرابات وتوزيعها في الوسط السكاني، فتبحث الدراسة الوبائية عن عدد الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب وكيف يتفاوت هذا العدد بين المجموعات الهامة داخل الوسط السكاني، مثل الرجال والنساء أو الأشخاص ذوي الدخل العالي والمنخفض. تركز البحوث الوبائية على ثلاثة أنواع من البيانات. أولاً: يركز البحث على مدى انتشار أي اضطراب، أو نسبة السكان المصابين بالاضطراب في نقطة أو فترة زمنية معينة. على سبيل المثال قد تشير دراسة ما إلى مدى انتشار اضطراب مدى الحياة، أو عدد الأشخاص الذين سيصابون بهذا الاضطراب في وقت ما من حياتهم. سيكون معدل انتشار الاضطراب لمدة 12 شهراً ونسبة السكان الذين سيتم تشخيصهم بالاضطراب في فترة 12 شهراً.

ثانياً: يسعى البحث الوبائي إلى تحديد مدى حدوث أي اضطراب، أو عدد الحالات الجديدة للاضطراب التي تحدث خلال فترة زمنية محددة. نسبة حدوث الاضطراب لمدة عام هي عدد الأشخاص الذين يصابون بالاضطراب خلال فترة عام واحد.

ثالثًا: يهتم البحث الوبائي بعوامل خطر حدوث اضطراب - تلك الظروف أو المتغيرات المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بهذا الاضطراب. إذا كانت النساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة باضطراب، فإن كونهن نسوة هو عامل خطر للإصابة بهذا الاضطراب. فيما يتعلق باهتمامنا بالعلاقة بين الإجهاد والاكتئاب، قد تظهر دراسة وبائية أن الأشخاص الذين يعيشون في مناطق شديدة التوتر في المدينة هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق منخفضة التوتر في المدينة (Susan Nolen-Hoeksema -McGraw- Hill, 2019: 56).

4- الدراسات التجريبية (المنهج التجريبي):

تقوم الدراسة أو المنهج التجريبي على إجراء ما يسمى "بالتجربة العلمية" والتي تقوم على أساس اختبار مدى أثر عامل أو متغير معين يراد قياسه عن طريق التجربة العلمية على مستوى الجزء المحدد لمعرفة أثره، قبل تعميم استخدامه بالشكل الذي اختبر به على المجتمع بكامله. وتقوم التجربة العلمية على اختبار صحة فرض معين سواء وضعه الباحث، أو تم التوصل إليه لمعالجة ظاهرة من الظواهر عن طريق إخضاعه لتجربة معينة وملاحظة أثره أو تأثره بالظروف المحيطة بالتجربة والمناخ المحيط به، وتجميع هذه المشاهدات والبيانات والمعلومات الخاصة بهذا الغرض وموضوعية وتنظيم وتبويب هذه البيانات وتحليلها بالشكل الذي يمكن من قياس هذا الأثر للحكم على مدى صحة هذا الفرض من عدمه (محمد عبد الغني سعودي، محسن أحمد الخضيرى، 1992: 41).

السوي والمرضي

أولاً: مفهوم السواء:

لغة: ورد حسب مصطفى حجازي (2004: 61) في قاموس لسان العرب المحيط في المجلد الثالث للعلامة ابن منظور أن سواء الشيء مثله، أي مساو له، وسواء الشيء وسطه لاستواء المسافة إليه من الطرفين، والمكان السواء هو المتوسط بين المكانين. واستوى الرجل سواءاً: بلغ أشده، أي الذي بلغ الأربعين وبالتالي فالمستوي: هو التام في كلام العرب، أي الذي بلغ الغاية في شبابه وتمام خلقه وعقله. أما في اللغة الإنجليزية تأتي كلمة Normal وNormality والتي تعني متماش مع، أو مكون لمعيار مقبول أو نموذج أو نمط، وخصوصاً مواز لمتوسط مجموعة عرضية سواء في النمط أو الهيئة أو الوظيفة أو الإيجاز أو النمو، إنه معيار طبيعي انتظامي معتاد وبالتالي الحالة العادية أو الدرجة أو الكمية العادية المتماشية مع نمط عام أو معياري، وبالتالي القاعدة أو القانون ذي الإطار الأكثر انتظاماً، وذلك على عكس الانحراف أو الاختلاف عن الإطار أو المعيار، وعليه تصبح كلمة Normality الحالة العادية الواقعية، أو خاصية كون الشيء عادياً من حيث الانتظام والشيوع.

اصطلاحاً: إن مفهوم السواء اصطلاحاً يمشي إلى حد بعيد مع مصطلح الصحة النفسية فيمكن تعريفه على أنه: "الخلو من الاضطرابات والامراض والمشكلات النفسية"

كما يمكن تعريفه على أنه " كل ما هو متوسط لمجموعة معينة من الأشخاص ("المتوسط"). فيعتبر السواء أو العادي كل ما لم يخرج عن القاعدة في الوسط الاجتماعي لمجموعة ما والذين لم يجيدوا بشكل كبير عن مقياس الميل المركزي (المتوسط، الوسيط، المعيار)

لذلك ، فإن المصطلح يشمل أعضاء المجموعة الذين لا يجيدون بشكل كبير عن مقياس الميل المركزي (المتوسط الوسيط ، أو النمط) لتوزيع معين. فمصطلح "السواء" هو مصطلح إحصائي وكمي بشكل بعيد. في الاختبار والقياس ، على سبيل المثال ، يمكن تعريف "السوي" على أنه يتمركز في وسط مجموعة من العلامات (التكرارات) في وسط تجميع أكبر. في اختبار الذكاء مثلاً، يتم تحديد المعدل الطبيعي لمجموعة كبيرة ويكون "السوي"، هو المتوسط الذي يتم تحديده على أنه معدل حاصل ذكاء العادي والذي يبلغ حوالي 100 QI.

ومع ذلك ، في العديد من السياقات ، مصطلح سوي هو مصطلح شخصي يصعب تحديده. في حالة عدم وجود معايير ثابتة ، غالباً ما يتم تعريف الحالات السوية وغير السوية من حيث بعضها البعض. ومع ذلك ، فبدلاً من الاقتران البسيط بين الأضداد ، يتم اعتبارهم عمومًا كنقاط على استمرارية التكيف الاجتماعي، حيث يمتلك الأشخاص الأسوياء سمات إيجابية معينة بدرجة أكبر، بينما يتميز الأشخاص غير الأسوياء بأوجه قصور في هذه

الصفات. بعض الصفات التي تساعد على تحديد الحياة النفسية السوية هي إدراك فعال للواقع؛ المعرفة الذاتية؛ التحكم الذاتي؛ القدرة على تشكيل علاقات؛ احترام الذات؛ والإنتاجية.

إن فكرة تعريف الحياة السوية من حيث التكيف الاجتماعي لها مغالطات، حيث يجادلون بأن هذا التعريف يضع الكثير من التركيز على المطابقة والقليل جداً من سمات مثل الفردية والإبداع (Bonnie R. :1, Strickland, 2001).

يعرفه حامد عبد السلام زهران (2005: 10) السوية هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهدافه مع تبني فلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها والسلوك السوي هو السلوك العادي أي المؤلف والغالب على حياة غالبية الناس. والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

ثانياً: اللاسواء (الشذوذ) **Abnormality**:

اللاسوية هي الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي. واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه. والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً (حامد عبد السلام زهران 2005: 11).

ثالثاً: السلوك المرضي (السلوك اللاسوي):

السلوك المرضي أو اللاسوي أو الشاذ هو عكس السلوك العادي أو السوي وفي حين تم اقتراح العديد من تعاريف للسلوك المرضي على مر السنين، لم يتم الاتفاق على أي منها على المستوى العالمي (Boysen, 2007). ومع ذلك، فإن معظم التعريفات لها سمات معينة مشتركة، وغالباً ما تسمى "الأربعة دي إس": الانحراف عن المعايير والمشقة الشخصية (الالم) والخلل الوظيفي والخطر. أي أن أنماط السلوك الشاذ تكون عادة منحرفة (مختلفة، متطرفة، غير عادية، وربما غريبة)، مؤلمة (مخزنة، غير سارة ومزعجة للشخص)، مختلفة وظيفية (تتداخل مع قدرة الشخص على القيام بأنشطة يومية بطريقة بناءة)، وربما خطيرة (إذاء الذات، الأخر أو الانتحار). توفر هذه المعايير نقطة انطلاق مفيدة لاستكشاف ظاهرة السلوك المرضي (Ronald J Comer & W H Freeman, 2009).

رابعاً: مفهوم الاضطراب النفسي (العقلي):

يواجه المتخصصون في مجال علم النفس المرضي مهمة صعبة ولكنها ضرورية وهي تعريف الاضطراب العقلي، ويُعد أفضل تعريف له هو الذي يحتوي على خصائص متعددة، والذي طرحه الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس في مايو 2013، والمعروف "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة وهو يشتمل على عدد من الخصائص أو السمات الأساسية لمفهوم الاضطراب العقلي (Stein et al, 2010) وهي :

- الاضطراب يحدث داخل الفرد.
- يشمل الاضطراب صعوبات إكلينيكية ملحوظة في التفكير، والمشاعر، والسلوك.
- يحتوي كذلك على اختلالات في العمليات التي تدعم الوظيفة العقلية.
- لا تمثل استجابة ثقافية مقبولة لحدث ما مثال على ذلك، وفاة شخص عزيز
- ليس بالضرورة ناتج أولي عن الانحراف الاجتماعي أو الصراع مع المجتمع (Ann M. Kring et al, 2016: 28).

خامساً: معايير السواء واللاسواء:

- 1- المعيار الذاتي:** حيث يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يعود إليه للحكم على السلوك بالسوية واللاسوية وبالتالي يعتبر هذا المعيار معياراً غير موضوعي لأنه منطلق من حكم ذاتي على الذات والآخرين وبالتالي لاخذ به غير شائع في التصنيفات الحالية.
- 2- المعيار الاجتماعي:** حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسواء من عدمه. فالسوي هو المتوافق اجتماعياً واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً.
- 3- المعيار الإحصائي:** حيث يتخذ المتوسط أو الوسيط أو المنوال أو ما يقرب منه، واللاسوي هي الانحرافات عن هذا المتوسط بالزيادة أو النقصان
- 4- المعيار المثالي:** حيث يعتبر السواء هو المثالية والكمال أو ما يقرب منه، واللاسواء الانحراف عن المثالي الأعلى والكمال، وبالتالي يعتبر هذا المعيار معياراً متطلباً للبشر من سماحهم عدم الكمال والوصول إلى المثالية ضرب من الخيال (حامد عبد السلام زهران 2005: 11).

سادسا: المحددات الأربعة للسلوك المرضي:

1- الانحراف: وباختصار، فإن السلوك والأفكار والعواطف تعتبر غير طبيعية عندما تختلف بشكل ملحوظ عن أفكار المجتمع حول حسن سيرها. ويضع كل مجتمع قواعد واضحة وقواعد ضمنية للسلوك السليم، يعتبر السلوك الذي ينتهك القواعد القانونية سلوكًا انحرافيًا. كما يعتبر السلوك والأفكار والعواطف التي تنتهك معايير الأداء النفسي غير طبيعية. تختلف الأحكام عن الانحراف من مجتمع إلى آخر من خلال الثقافة والتاريخ والقيم والمؤسسات والعادات والمهارات والتكنولوجيا والفنون، فإن المجتمع الذي يقدر المنافسة والتأكيد يمكن أن يقبل السلوك العدواني، في حين أنه غير مقبول وحتى غير طبيعي في مجتمع آخر. يمكن أن تتغير قيم المجتمع أيضًا بمرور الوقت، مما يتسبب في تغيير وجهات نظره بشكل غير طبيعي من الناحية النفسية (Ronald J Comer & W H Freeman, 2009: 1-2).

2- العجز: هو قصور في أحد جوانب الحياة المهمة مثل العمل أو العلاقات الشخصية يستخدم أيضًا لوصف الاضطراب العقلي. فعلى سبيل المثال الاضطرابات المرتبطة بتناول الأدوية والمخدرات تُعرف جزئيًا من خلال العجز الاجتماعي أو المهني كالشجار مع الزوجة، أو ضعف الأداء في العمل الناتج من سوء تناول المواد النفسية. كذلك الرفض من جانب الأقران. كما تؤدي مشاعر الخوف المرضي إلى الفشل، فخوف شخص يعيش في كاليفورنيا من الطيران قد يمنعه من الالتحاق بوظيفة في نيويورك. وعلى أي حال فإن العجز بمفرده لا يمكن استخدامه لتعريف الشذوذ. وذلك لأن بعض الاضطرابات وليس كلها، تنطوي على نوع من أنواع العجز (Ann M. Kring et al, 2016: 30).

3- الخلل الوظيفي: يحدث الخلل الوظيفي عندما تتعطل أحد الميكانيزمات الداخلية وتصبح غير قادرة على أداء وظيفتها الطبيعية، بمعنى أنها تصبح غير قادرة على أداء الوظيفة التي يجب عليها أن تؤديها (Ann M. Kring et al , 2016: 31).

4- المعاناة أو المشقة النفسية: تعتبر المشقة الشخصية إحدى السمات أو الخصائص التي يتم استخدامها لتعريف الاضطراب العقلي؛ بمعنى أن سلوك الفرد يتم تصنيفه على أنه مضطرب إذا تسبب له في حدوث مشقة كبرى أو معاناة (Ann M. Kring et al , 2016: 29).

5- الخطر: قد يشكل السلوك المختل وظيفيا خطرا على الذات أو على الآخرين. فالأفراد الذين يكون سلوكهم مهملاً باستمرار أو معاديًا أو عدوانيا أو عنيفا قد يؤدي بهم إلى خطر وشيك بتهديد حياتهم أو حياة الآخرين. (Ronald J Comer & W H Freeman, 2009: 4)

مفهوم البنية

يعتبر مفهوم البنية من بين المفاهيم التي وضعها جون بارجوري (1974) (رغم أن هذا المصطلح ذكر من قبل من عدة محللين نفسانيين) حيث ربط مفهوم البنية بمفهوم السواء واللاسواء، والتركيز على نقطة العبور بين السواء واللاسواء، فالشخص السوي يمكن أن يصبح غير سوي في أي لحظة والرجوع إلى نقطة التثبيت الأولى في مراحل النمو الجنسي للطفل (النكوص)، وبالتالي فإن البنية هي المصطلح الموجه لهذه الاضطرابات والتحويلات التي تحدث للشخص ويركز على خط المشاشة الفاصل بينهما.

أولاً: تعريف البنية:

يعرف بارجوري (2006) البنية على أنها مقصورة على العناصر الأساسية للشخصية، على الطريقة التي يتم بها تنظيم هذه الشخصية في المستوى العميق والأساسي (من خلال المكونات والعناصر الميتاسيكولوجية المذكورة في الطوبوغرافية الأولى والثانية للفرويد). يُنظر إلى بنية الشخصية من ناحية، كأساس مثالي للترتيب المستقر لعناصر الاضطراب النفسي المستمرة والضرورية في موضوع ما في حالة مرضية أم لا، تتكون البنية من خلال هذه المكونات الميتاسيكولوجية العميقة والاساسية للشخصية الثابتة في تجمع مستقر ونهائي (J. Bergeret, 2006 :15).

ثانياً: مفهوم البنية بين العادي والمرضي:

يرى بارجوري أن مفهوم العادي أو السوي يتمثل في الحفاظ على مفهوم "الحالة الطبيعية" والتي تتميز بحالة من السعادة أو الكفاءة الوظيفية السليمة داخل بنية ثابتة سواء كانت عصابية أو ذهانية، في حين أن المرضي يتوافق مع انكسار أو انهيار توازن داخل نفس خط البنية (J. Bergeret, 2006 :20). فربط بارجوري بين مسألة السواء واللاسواء بمفهوم البنية، مركزاً على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سوياً أو يفقد التوازن (يتعطل، ينكسر) (décompensé) دون أن يناقش وضعه أو سلوكه السوي السابق، بشرط ألا يتعلق الأمر بتنظيم اتكالي (anaclitique) (J. Bergeret, 2006 :20).

لذا يركز بارجوري على مفهوم الانكسار (décompensé) فيقول: "إن الانكسار" يتوافق مع كسر التوازن الأصلي الذي تم تأسيسه في مثل هذا الترتيب المعين، ضمن بنية مستقرة أساساً، بين الاستثمارات النرجسية والموضوعية" (Bergeret, 2006: 37).

في علم النفس المرضي تتوافق فكرة البنية مع ما إذا كانت حالة نفسية مرضية أم لا، مكونة من قبل المركبات الميثاسيكولوجية العميقة والأساسية (الأولية) للشخصية المثبتة في مجموعة مستقرة ونهائية. في الواقع وراء السلوكيات التطبعية، الوظيفية أو المرضية، وراء الأعراض المحتملة والسطحية دائماً، من الضروري البحث عن الأسس الثابتة التي يعتمد عليها الأداء العقلي لهذه المجموعة أو تلك المجموعة من الأشخاص المتطابقين في آلياتها النفسية الأساسية (Bergeret, 2006: 45).

لذا وضع بارجوري ثلاث بنى أساسية في الشخصية، البنية العصابية والبنية الذهانية، كما ترك مجالاً بين البنيتين لكيانات أكلينيكية أخرى، التي تتميز بتنظيم أقل صلابة والتي لا يمكنها تكوين بنية أصلية، والتي تقع بين العصاب والذهان وأطلق عليها البنية الحديدية، ويمكن تحديد هذه البنيات الثلاثة وفقاً لأربعة عوامل:

1. طبيعة القلق الكامن
2. وضع العلاقة بالموضوع
3. آليات الدفاع الرئيسية
4. الطريقة المعتادة للتعبير عن الأعراض

ثالثاً: الشخصية السوية ومفهوم البنية: هي بنية نفسية عميقة عصابية أو ذهانية والتي لم يحدث فيها الانكسار، والتي تمتاز بالاستقرار والتوازن وبشكل نهائي ومستمر، وتتميز في حد ذاتها بالدفاع عن نفسها والمقاومة ضد الانكسار عن طريق التكيف مع أصالتها (Charles-Alban Vieillard, 2017).

رابعاً: الشخصية شبه السوية (المخادعة): هي بنية غير منظمة بشكل أو بآخر وتشكل بطريقة مستدامة أحياناً ولكن دائماً مخوفة بالمخاطر، من خلال ترتيبات مختلفة والتي تجبرهم على "العاب دور العادي" من أجل عدم الوقوع في الانكسار النفسي الذي يؤدي إلى الاكتئاب (الاضطراب النفسي) (Charles-Alban Vieillard, 2017).

خامساً: تكوين وتطور بنية الشخصية:

يرى بارجوري في هذا المجال أن تكوين وتطور بنية الشخصية تمر بثلاث مراحل أساسية نذكرها كالتالي:

- في المرحلة الأولى: تبدأ هذه المرحلة من الحالات الأولية لذات الطفل وفي مرحلة عدم التمييز الجسدية والنفسية، ثم تتطور شيئاً فشيئاً، حيث يحدث التمايز بشكل تدريجي حتى يتم تمييز الذات عن غيرها من الذوات. في هذه الحالة الأولية، تحتفظ الأنا لفترة طويلة بمرونة معينة مع تأثيرات خارجية نرجسية.

1. في المرحلة الثانية: يوجد بالفعل نوع من "التنظيم المسبق" الأكثر تحديداً، نظراً لخطوط القوة التي تحددها من ناحية البيانات الوراثية والحلقية التي لا يمكن إنكارها، ومن ناحية أخرى تجارب الموضوعية (العلاقة بالموضوع) المتعاقبة التي تشمل المناطق الشبكية (المناطق المثيرة للشهوة الجنسية أكانت فمية شرجية أو قضيبية) فتنظم الرغبات شيئاً فشيئاً فتتطور الذات ومنه الأنا. العلاقات مع الوالدين هي بطبيعة الحال تبقى شيء أساسي في العلاقة بالموضوع، ولكن بشكل تدريجي وفقاً للظروف تضاف علاقات مع الأشخاص الآخرين في السياق الاجتماعي والتعليمي. كل هذا ينعكس على النمو النفسي من خلال الصراع، والإحباط، والصدمات، ولكن أيضاً تأكيدات الاتكالية والتماهيات الإيجابية. تبدأ الدفاعات في التنظيم بطريقة أقل تذبذباً وقابلة للتبادل وأكثر مرونة حيث تقوم مناورات الأنا من خلالها بشكل متتالي لمواجهة التهديدات الناشئة من الداخل والخارج سواء من خلال الواقع أو الغرائز. تدريجياً يتم تنظيم نفسية الفرد، "تتبلور" وفقاً لطريقة تجميع عناصرها، وفقاً لمجموعة متنوعة من التنظيم الداخلي مع خطوط التفكك (الانشطار) والتماسك التي لن تكون قادرة بعد الآن على التنوع والانقسام.

- وهكذا يتم تشكيل مرحلة ثالثة، مما يؤدي إلى بنية شخصية حقيقية أو بمعنى آخر أنا حقيقي، لم يعد من الممكن تعديله أو تغييره من خلال ثبات الخطوط الأساسية، فيمكن أن يتكيف أو لا يتكيف وذلك بطريقة محددة أو قابلة للعكس، وفقاً لخط التنظيم البنائي الثابت. طالما أن الأفراد لديهم بنية مستقرة عصبية أو ذهانية ولا يتعرضون لأحداث داخلية أو خارجية مفرطة، ولا يتعرضون لصدمة عاطفية شديدة، لن يصبحوا "مرضى" في حين تبقى بنيتهم ذهانية أو عصبية، ما دام لم يحدث ذلك فـ"الكريستال" مزال متماسك وجيد (Bergeret, 2006: 56-57).

سادسا: مكونات بنية الشخصية:

مكونات بنية الشخصية تتحدد المكونات الميثاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب ما تشير إليه بدرة معتصم ميموني، (2005) في (ميسوم ليلي: 2013/2014) بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات:

1- مستوى النكوص والتثبيت

أ. البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينتكص إلى مرحلة عدم التمايز أو التمايز الأولي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور وسيط فيقع تحت سيطرة الهو.

ب. البنية العصابية: يرجع النكوص الليبيدي إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية وإلى المرحلة الأوديبيية أو القضيبية فالأنا تتمايز كلياً مع تمايز الموضوع.

ج. البنية الحدية: يرجع النكوص إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية والقضيبية الأوديبيية لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تتمايز لكل مازال اتكالياً، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية واتكالية للموضوع.

2- نوع القلق

أ. البنية الذهانية: قلق التجزؤ والتفكك واليأس والتلاشي والموت، لأن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.

ب. البنية العصابية: يظهر كل من قلق الإحصاء وقلق الإثم والخطأ.

ج. البنية الحدية: هو قلق فقدان الموضوع المحبوب (الأم) والانهيار.

3- العلاقة بالموضوع:

أ. البنية الذهانية: نجد علاقة نرجسية كاملة مدججة في نرجسية الموضوع المحبوب (الأم)، وتؤدي إلى التوحد والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد تساهمي من خلال الهذيانات والهلاوس.

ب. البنية العصابية: علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل أب أم"

ج. البنية الحدية: علاقة ثنائية اتكالية: "طفل أم" وليست اندماجية.

4- طبيعة الصراع

أ. البنية الذهانية: يكون الصراع بين الهو والواقع، ولا يكون بين الأنا والواقع لأن أنا الذهاني مدمج في الواقع وبدائي، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.

ب. البنية العصابية: يكون الصراع الليبيدي بين الأنا الأعلى والدوافع "المرغبات والنزوات، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلل الإحصاء.

ج. البنية الحدية: يكون الصراع بين الأنا المثالي والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، ويصبح الصراع ذو طابع نرجسي.

5- الآليات الدفاعية الأساسية:

أ. البنية الذهانية: نفي الواقع مع ازدواج الأنا

ب. البنية العصابية: الكبت والتحويل

ج. البنية الحدية: ازدواج الصورة الهوامية وهو الدفاع ضد تهديد التجزؤ، الانشطار أو التفكك.

6- البنيات الأساسية:

1.6. البنية الذهانية:

بعدها كان جزءًا من عدم التمايز الجسدي والنفسي، تبدأ البنية الذهانية عند مستوى إحباطات مبكرة جدًا التي تنشأ أساسًا من القطب الأمومي. فالأنا الذي عانى من تثبيت خطير وما زال منغلق عليه، يعود بعد ذلك إلى هذا المستوى فيتم تنظيمه مسبقًا بسرعة كبيرة في المرحلة الأولى، فيمكن أن يحدث هذا فقط في المرحلة الشفوية أو على أبعد تقدير خلال الجزء الأول من المرحلة الشرجية، التي حددها أبراهام كمرحلة لرفض الشرح. أما في مرحلة الكمون فيحدث كمون متطور للبنية مما يؤدي إلى استقرارها وتوقف نموها (Bergeret, 2006: 56-57).

في مرحلة المراهقة التي تلي ذلك يفترض بارجوري إمكانات تطور شكل بنوي متعدد، ففي الواقع، يمكن إعادة وضع كل شيء موضع تساؤل في هذه المرحلة المهمة بشكل خاص في تطور الفرد العاطفي. في هذه الفترة، سيظل لدى الشخص فرصة ضئيلة لأن يترك محور تطور أنه ويترك الخط الذهاني الذي يعتبر غير ثابتًا تمامًا، ويثبت تطور سياقه ضمن بنية عصابية، ففي هذه المرحلة الحاسمة وفي حالة الانكسار المرضي تؤدي فقط إلى العصاب الكلاسيكي: الوسواس أو الهستيريا (Bergeret, 2006;25).

في الواقع في مرحلة المراهقة وعند الغالبية العظمى من الحالات، فإن الأنا المنظم مسبقًا بطريقة ذهانية سيواصل تطوره داخل الخط الذهاني الذي يشارك فيه بالفعل بشكل كافٍ؛ سيتم تنظيمها بشكل نهائي في شكل بناء ذهاني حقيقي ومستقر. لن يكون من الممكن العودة إلى هذا لاحقًا: إذا مرض الشخص وإذا "انكسرت البلورة" بعد حادث داخلي أو خارجي، فسوف نكون قادرين على رؤية الذهان فقط في شكل متنوع بالتأكيد، ولكن دون أي احتمال مرضي آخر (Bergeret, 2006: 68).

تتوافق البنية الذهانية مع فشل التنظيم النرجسي الأساسي للحظات الأولى من الحياة، ولم يحقق الأنا الأعلى دورًا أساسيًا في التنظيم أو التضارب. كما أن الأنا لم يكتمل من البداية هو مجزأ سواء كانت هذه التجزئة ظاهرة أو بقيت الأجزاء (إذا لم يكن هناك انكسار) ملتحمة معًا ما دامت "البلورة سليمة". الفشل النرجسي الأولي يؤدي إلى موقف توحيدي أكثر أو أقل جذرية اعتمادًا على درجة النكوص و التثبيت. القلق العميق لا يتركز على الإخصاء التناسلي ولا على فقدان الموضوع، ولكن على التفكك والدمار والموت. لا ينجم الصراع الأساسي عن

الأنا الأعلى ولا عن الأنا بل عن الواقع في مواجهة احتياجات الغريزية الأساسية، مما يؤدي إلى إنكار جميع أجزاء هذه الحقيقة التي أصبحت مزعجة للغاية، في الحالة الهذيان يتم رفض أجزاء كبيرة جداً من الواقع، فيصبح الحفاظ على الحياة أمراً لا غنى عنه لإعادة بناء حياة جديدة مفيد على الرغم من شذوذها. فكلما زاد تهديد البنية الذهانية بالاعتلال كلما سادت احتياطات العملية الأولية فيه على التي تديرها العمليات الثانوية.

آليات الدفاع الذهاني الرئيسية المستخدمة هي: الإسقاط، وتفكك الأنا (داخل الأنا وليس فقط تفكك صورة العلاقة بالموضوع)، وإنكار الواقع، كل هذه الآليات تساهم في ولادة ظواهر نفي الذات، أو ازدواجية الشخصية، أو حتى نفي الواقع البسيطة (Bergeret, 2006: 70).

2.6. البنية العصابية:

في البنية العصابية ينمو الطفل في كل من المرحلة الفمية والشرجية دون وجود أي صعوبات تذكر وبشكل عادي، لكن يظهر التثبيت في المرحلة القضيبية خاصة في عقدة أوديب وحل الصراع الأوديبي، فيحدث التثبيت من نهاية المرحلة الشرجية إلى بداية المرحلة القضيبية ويحدث النكوص إليها (Bergeret, 2006).

إذا تجلّت النزاعات الداخلية أو الخارجية بشدة في مرحلة المراهقة فقد تتدهور الأنا، مما يؤدي إلى طرح أسئلة خطيرة ودائمة حول الواقع، فيمكن للفرد أن يخرج عن الخط العصابي إلى الخط الذهاني مما يؤدي إلى بناء الوضع الذهاني الذي يؤدي إلى الذهان. لا يمكن أن تتعدد وتختلف التنظيمات البنائية العصابية بعد فترة المراهقة، وبالتالي يمكن أن يظهر فقط عصاب الوسواس أو الهستيريا (القلق أو التحويل) المتوافق مع البنيتين الوحيدتين اللتان يمكن العثور عليهما داخل هذا الخط البنية الوسواسية والبنية الهستيرية.

لا يظهر الأنا الأعلى بشكل فعال إلا بعد مرحلة أوديب، فالصراع العصابي يكون بين الأنا الأعلى والغرائز الجنسية، فالقلق موازي لتهديد عقدة الإحصاء. تتحقق العلاقة بالموضوع العصابي في وضعية تناسلية، ويحتفظ الموضوع بموضع قريب وهو موجود على هذا النحو ويتم البحث عنه في هذا الاتجاه (Bergeret, 2006).

3.6. البنية الحدية:

وهو الوسيط بين العصاب والذهان، إنه مرض النرجسية، والاعتماد على الآخرين، وخطر الاكتئاب. هناك شكلاّن للأنا. عدم اكتمال البناء للأنا وبشكل نهائي، كما أن الفرد لديه حاجة عاطفية تجذبه، تجعل الأنا نفسها متاحة وقابلة للتكيف. فالأفراد يقاومون بشدة الإحباط، نرجسيتهم غير ثابتة ويبحثون عن الحاجة إلى التفاهم والاحترام والمودة والدعم. فتكون الصدمات في كل من المرحلة تكوين للخطوط العصابية والذهانية، وتمس بشكل

واضح التنظيمات النرجسية للفرد، فتحدث كل من الاحباطات والصدمات في المرحلة الأولى ما قبل الذهانية والمرحلة الأوديبية. تأخذ هذه الصدمات والاحباطات طابع انفعالي حاد وشديد بحيث تحدث نوبة انفعالية أو غريزية شديدة وعنيفة، فيصبح الأنا غير مكتمل وغير ناضج من حيث التجهيز والآليات الدفاعية ووغير متمكن من احداث التوازن (التكيف).

هنا تحدث حالة من الكمون المبكر وبشكل سابق للكمون العادي، فيكون مسؤول عن تنظيم المراحل اللاحقة، خاصة عند الازمات والنوبات الانفعالية في المراهقة، كما أن هناك خطوط تنظيمية مشتركة أي أن الخطوط التنظيمية للبنية الحدية تقع بين الخطوط التنظيمية العصائية والذهانية مما يجعل الأنا غير ثابتة ولا مستقرة. (Bergeret, 2006)

المفاهيم القاعدية: النزوة، الغرائز، الرغبة، الهيام

أولاً: الغريزة:

صفة عامة يعني المصطلح الميل الفطري لكل كائن من فصيلة معينة (حيوان، إنسان) إلى التصرف بالطريقة نفسها بالنظر إلى نفس الموقف أو مجموعة من المثيرات، فلا يعتبر السلوك غريزيًا إلا إذا حدث بنفس الشكل في جميع أعضاء النوع. توفر الحيوانات أفضل الأمثلة على السلوك الغريزي: تقوم الطيور بشكل طبيعي ببناء أعشاش دون أن تتعلم وتغذي وتحمي صغارها بالطريقة نفسها بالضبط. (Bonnie R. Strickland, 2001: 332).

على مر التاريخ تكهن المنظرون بدور الغريزة في تحديد السلوك البشري. في حين أنه من المقبول على نطاق واسع أن السلوك الحيواني يحكمه إلى حد كبير الميول الفطرية اللاواعية، فإن وجود قوة الغرائز لدى البشر كانت مصدرًا للجدل. اعتقد منظرو المسيحية الأوائل أن الحيوانات فقط كانت تسترشد بالغرائز، مؤكدًا أن عدم وجود سلوك يحكمه الغريزة ووجود مدونة أخلاقية وفر التمييز الرئيسي بين البشر والحيوانات. فأوضحت الغريزة تولى مكانا أكثر بروزا في نظرية السلوك في السنوات اللاحقة خاصة في أواخر 1800، حيث اقترح وليام جيمس أن السلوك البشري يتحدد إلى حد كبير عن طريق الغريزة، وأن الناس لديهم خاصية أكثر غرائبية من الحيوانات الأقل تعقيدًا. واعتقد جيمس أن بعض الغرائز البيولوجية يتم مشاركتها مع الحيوانات، في حين أن الغرائز الاجتماعية للإنسان مثل التعاطف والحب والتواضع توفر أيضًا قوى سلوكية قوية للإنسان (Bonnie R. Strickland, 2001: 332).

اعتبر سيغموند فرويد أن الغرائز هي لبنات البناء الأساسية للسلوك الإنساني وتلعب دورًا رئيسيًا محركا في نظريته، والتي تفترض أن السلوك البشري يخفزه الرغبة في تقليل التوتر الناجم عن حث الغرائز غير المحققة. على سبيل المثال، الناس يأكلون عندما يكونون جائعين لأن الجوع غير المشبع يسبب التوتر. بالنسبة لفرويد فإن غريزة الحياة (إيروس) ومكوناتها تحفز الناس على البقاء على قيد الحياة والتكاثر. غريزة الموت (ثاناتوس) تمثل قوى الطبيعة السلبية. وقد وصف ويليام ماكدوغال، المنظر الآخر، الغرائز ببساطة بأنها "تصرفات وراثية" (Bonnie R. Strickland, 2001: 332 ; Sigmund Freud, 2014).

يستمر النقاش اليوم حول دور الغريزة في السلوك البشري، حيث أن التوازن بين السلوك المستفاد والمخثات الفطرية يظل موضوعًا ناضجًا لمواصلة البحث والمناقشة. من المفيد ملاحظة الاستخدام غير العلمي للمصطلح غريزة في محادثة غير رسمية، قد يستخدم الشخص غريزة بمعنى "طبيعية" أو "تلقائية" في وصف غريزة لاعب

البيسبول للقتال، على سبيل المثال. هذا الاستخدام للمصطلح لن يفي بمعايير العالم للغريزة (Bonnie R. :332 Strickland, 2001).

أما اصطلاحاً فنقصد بالغريزة: أن الغريزة عند الإنسان هي ما لديه من استعدادات فطرية تدفعه للقيام بسلوك خاص إذا ما أدرك نفسه في موقف أو مجال معين (عبد العزيز القوصي، 1952: 63).

1- أنواع الغريزة:

وضع ماك دوجل مجموعة من الغرائز نذكر منها:

غريزة الخلاص: وهي استعداد يستثار في الإنسان إذا ما أدرك أنه في خطر

غريزة القتال: وهو إذا أدرك الإنسان أنه أمام عائق يقف ضد رغباته، فيشعر بالغضب ويدفعه للتخلص منه.

غريزة التعاطف: وهي تستثار عند إدراك الضعف في الآخرين وحاجتهم إلى المساعدة.

غريزة الاستطلاع: وذلك إذا وجد نفسه أمام موقف يهمه معلوم أو مجهول الأجزاء فينزع لاستطلاع.

كما هناك غريزة الطعام والشراب، الجنس، النفور، السيطرة، الاستسلام، الخنوع، التملك، الاجتماعية (عبد العزيز القوصي، 1952).

ثانياً: النزوة:

أول من أدخل مصطلح نزوة (Pulsion) إلى علم النفس هو فرويد وهو نقل وترجمة للكلمة الألمانية (Triéb) وذلك للترقية بين مصطلح غريزة (Instinct) ونزعة، فالأول يحمل في طياته معنى الاندفاعية مشيراً بذلك إلى الطابع القاهر للنزوة أكثر من الإشارة إلى ثبات الهدف والموضوع. فالكثير من المفكرين لا يفرق بين المصطلحين في حين أن فرويد يفرق وبوضوح بين المصطلحين، فعندما يتكلم عن الغريزة فإنه يفعل ذلك كي يصف سلوكاً حيوانياً مثبتاً بالوراثة ومتكيف مع الموضوع (لابلانز وبونتليس، 1997: 532).

في عام 1905 استخدم فرويد مصطلح "النزوة" للتمييز بين النفسي والجسدي: هناك إثارة جسدية جنسية وما تبعته على المستوى النفسي (التمثلات والهيام). فالأول دقيق وآني في حين أن الثاني يمتد آثاره بمرور الوقت، ويرتبط بحالات أخرى. في هذا المستوى فكرة الغريزة غير كافية فهو يقترح فكرة النزوة (Sigmund Freud : 90-91 ; Édith Lecourt, 2006 ; 1920)

1- تعريف النزوة: يعرفها لابلانز وبانتليس (1997: 532): "إنها عملية ديناميكية تتمثل في اندفاعية (شحنة طاوقية، وعامل حركي) تنزع بالفرد نحو هدف معين. تتبع النزوة، تبعا لفرويد من إثارة جسدية (حالة توتر)، ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوي، ويمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضله".

2- مكونات النزوة:

- الدفع: يعني إثارة حركة النشاط النفسي والجسدي، فهي الدافعية التي تثير كل من الكيان النفسي والجسدي من خلال تنظيم كمي (اقتصادي) ينطلق من البعد الجسدي ليستقر في الكيان النفسي.
- الهدف: للنزوة هدف معين وطويل المدى ويرتبط مع مواضيع أخرى ومختلفة، والهدف الأساسي للنزوة هو إشباع حاجياتها ورغباتها، قصد توازن الجانب الطاقوي والاقتصادي.
- الإشباع وذلك من خلال اخماد الاثارة وتخفيض الطاقة النفسية بعد ارتفاعها من خلال الرغبات والحاجيات قصد استقرار الجانب الطاقوي والاقتصادي.
- الموضوع الذي هو وسيلة تحقيق الاشباع ويكون متنوع ومختلف، فالموضوع يمكن ان يكون داخليا كما يمكن أن يكون خارجي، كما يمكن أن يكون واقعي أو هوامي.
- العضو وهو المصدر أو الجهاز الذي تصدر منه النزوة (Sigmund Freud, 1920 ; Édith Lecourt, 2006 : 92-93).

3- أنواع النزوات:

أ. **النزوات الجنسية:** إنها اندفاعات داخلية يراها التحليل النفسي فاعلة في مجال أوسع بكثير من مجال النشاطات الجنسية بالمعنى الشائع للكلمة. وتحقق فيها بأجلى الصور وأكملها بعض خصائص النزوة التي تميزها عن الغريزة. وبين التحليل النفسي أن النزوة الجنسية عند الإنسان وثيقة الارتباط بجملة من التصورات أو الهوامات، وهي تنتظم تحت صدارة النشاط التناسلي.

يفترض فرويد من وجهة نظر اقتصادية وجود طاقة وحيدة في تقلبات النزوة الجنسية هي الليبيدو. وأما من وجهة نظر دينامية فيرى فرويد في النزوة الجنسية قطبا مائلا بالضرورة في الصراع النفسي: إذ أنها الموضوع المفضل للكبت في اللاوعي (لابلانز وبونتاليس، 1997: 540-541).

ب. **النزوة الجزئية:** ندل بهذا المصطلح على العناصر الأخيرة التي يتوصل إليها التحليل النفسي في تحليله للجنسية، حيث يختص كل من هذه العناصر بمصدر معين (من مثل النزوة الفمية، الشرجية....)، وبهدف معين

(من مثل نزوة النظر، السطوة). ولا يعني مصطلح "الجزئي" فقط أن النزوات الجزئية هي أنواع تنتمي إلى فئة النزوات الجنسية في عموميتها، بل لا بد من تناوله خصوصا بمعنى تكويني وبنائي: إذ تنشط النزوات الجزئية، بادئ ذي بدء، مستقلة عن بعضها البعض، وتنزع من ثم إلى الاتحاد في مختلف التنظيمات الليبديية (لابالانش وبونتاليس، 1997: 539).

ج. **نزوات حفظ الذات:** يدل فرويد بهذا المصطلح على مجمل الحاجيات المرتبطة بالوظائف الجسدية الضرورية لحفظ حياة الفرد، ويشكل الجوع نموذجا الأول. تتعارض نزوات حفظ الذات، تبعا لفرويد وضمن إطار نظريته الأولى عن النزوات، مع النزوات الجنسية (لابالانش وبونتاليس، 1997: 529).

د. **نزوات الأنا:** حسب فرويد (1910-1915) وفي إطار النزوات الأولية يعتبر نزوات الأنا من النزوات النوعية التي تضع طاقتها في خدمة الأنا والحفاظ عليه من خلال الصراع الدفاعي وهي تدرج ضمن نزوات حفظ الذات وتتعارض مع النزوات الجنسية (لابالانش وبونتاليس، 1997: 516).

هـ. **نزوات الحياة:** إنها فئة كبرى من النزوات التي يضعها فرويد في نظريته الأخيرة. في مقابل نزوات الموت، وهي تنزع إلى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام وإلى الحفاظ عليها. ولا تقتصر نزوات الحياة التي يدل عليها بمصطلح الإيروس على تغطية النزوات الجنسية الفعلية وحدها بل هي تشمل أيضا نزوات حفظ الذات (لابالانش وبونتاليس، 1997: 520).

و. **نزوات الموت:** تدل في إطار آخر نظرية فرويدية حول النزوات، على فئة أساسية من النزوات التي تتعارض مع نزوات الحياة، والتي تنزع إلى الاختزال الكامل للتوتر، أي إلى رد الكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية. تتوجه نزوات الموت بادئ الأمر نحو الداخل وتنزع نحو التدمير الذاتي، ثم تتوجه فيما بعد نحو الخارج، وتتجلى عندها على شكل نزوة العدوان أو نزوة التدمير (لابالانش وبونتاليس، 1997: 522).

ز. **نزوات التدمير:** يستخدم فرويد للدلالة على نزوات الموت منظورا هو أكثر قربا من التجربة البيولوجية والنفسانية، يبلغ مدى استعماله أحيانا، نفس مدى مصطلح نزوة الموت، ولكنه يصفه على الأغلب نزوة الموت باعتبارها موجهة نحو العالم الخارجي، ويستخدم فرويد أيضا بهذا المعنى الأكثر تخصصا مصطلح: نزوة العدوان (لابالانش وبونتاليس، 1997: 535).

ح. **نزوة السطوة:** استعمل فرويد هذا المصطلح في بعض المناسبات، بدون إمكانية تقنين استعماله بدقة، ويقصد به نزوة غير جنسية، لا تتحد مع الجنسية إلا ثانويا، وتتخذ من السيطرة على الموضوع بالقوة هدفا لها (لابالانش وبونتاليس، 1997: 535).

ط. نزوة العدوان: تدل بالنسبة إلى فرويد على نزوات الموت باعتبارها متوجهة نحو الخارج. يتلخص هدف نزوة العدوان في تدمير الموضوع (لابالانش وبونتاليس، 1997: 538).

ثالثا: الرغبة:

الرغبة هي مفهوم مركزي في التحليل النفسي. بشكل عام، تشير هذه الكلمة إلى الانجذاب الجنسي أو النفسي لموضوع ما. عادة ما يأخذ أشكال الشهية، والتمني، والشهوة إلخ. في نظرية فرويد، الرغبة هي تحقيق ما يود تحقيقه اللاشعور. يتجلى هذا بشكل خاص في الأحلام، وذلك بفضل الرفع الجزئي للسيطرة والرقابة الطوعية (الثقافية والاجتماعية والدينية والأسرية، وما إلى ذلك). إنه متميز عن الحاجة، حيث يتم إشباع الأخير بشكل مباشر، كما هو الحال مع الطعام، بينما ترتبط الرغبة في التمثل، بالذكريات التي ارتبطت بتجربة الرضا. عزز لاكان هذا التمييز من خلال تكميله بمفهوم آخر، هو مفهوم الطلب المتميز عن الحاجة. الطلب هو الحب (وهو ما يطلبه الطفل دائما). تنشأ الرغبة من الفجوة بين الحاجة (القطب المادي) والطلب على الحب (القطب النفسي)، فهي مرتبطة بالهيام وبالتالي بالخيال (Sigmund Freud, 1920 ; Édith Lecourt, 2006 : 97-98).

إنها أحد قطبي الصراع الدفاعي في المفهوم الدينامي الفرويدي: حيث تنزع الرغبة اللاواعية إلى أن تحقق من خلال استرجاع الإشارات المرتبطة بتجارب الإشباع الأولي. تبعا لقوانين العملية الأولية. ولقد بين التحليل النفسي كيف تتواجد الرغبة في الأعراض على شكل تسوية على غرار نموذج الحلم (لابالانش وبونتاليس، 1997: 538).

رابعا: الهوام

يعرفه لابالانش وبونتاليس (1997: 573): "إنه سيناريو خيالي يكون الشخص حاضرا فيه، وهو يصور بطريقة تتفاوت في درجة تحويرها بفعل العمليات الدفاعية، تحقيق رغبة مت، وتكون هذه الرغبة لا واعية في نهاية المطاف.

إن التمييز بين الواقع النفسي والواقع المادي وإظهار أهميته الحاسمة بالنسبة للإنسان، هو ما حققته نظرية التحليل النفسي، على وجه الخصوص لتحرير مكان البعد الهوامي. مصطلح الهوام مهم جدا، فهو يمثل نظرة فرويد لحساب الحقيقة غير المادية، والواقع النفسي الداخلي للفرد.

وبالتالي فإن الهيام هو الواقع النفسي والحياة التصويرية والتخيلية أو الحياة الهوامية والتساهمية. هذه الكلمة مرتبطة بأصلها بالعالم الخيالي التصوري. فالهوام هو مشهد يضم العديد من الشخصيات التي يمثل فيها الموضوع

نفسه، مشهد منظم، يمثل بشكل أو بآخر إدراك الرغبة. هناك هوامات واعية مثل أحلام اليقظة، والخيال أو التخيلات (الواعية أو المسبقة للوعي)، وكذلك الهوامات اللاواعية التي يمكن للتحليل الوصول إليها. الهوام هو أصل الأحلام (Édith Lecourt, 2006 : 98).

القلق

إن مسألة القلق تقع أساسا بين ما هو عادي وسوي وبين ما هو مرضي وشاذ، فهو ينطلق من اللامبالاة وصولا إلى أعلى درجات القلق المصحوبة بالهيجان وحالة من التوتر أو حتى نوبات الهلع، لكن القلق قد يكون عاديا، فيقلق الطالب حيال اجراء الامتحان واتجاه نتائجه، كما قد نشعر بالقلق اتجاه المواقف الجديدة والغريبة أو المهمة، وسرعان ما يزول هذا القلق. لكن في بعض الأحيان يتعدى القلق المستوى العادي أو ينخفض عن عتبهته. فيصبح يمثل شكلا شادا من أشكال القلق.

أولا: تعريف القلق:

يعرفه ايزاك .م. ماكس (1978: 31): القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، إننا نشعر حينئذ بأننا مهددون على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائما واضحا لنا. إن الشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف والانفعالات المماثلة.

كما يعرفه صموئيل حبيب (1992: 09) على أنه: حالة وجدانية تمتلك الإنسان ترتبط بشيء غير واضح، قد يكون موجود أو غير واضح، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم. فالقلق يصور حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة، قد تكون قائمة أو قد تكون غير موجود كلية.

كما يعرفه (Robin M. Kowalski, 209) على أنه حالة انفعالية تتميز بزيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي وعلى وجه التحديد تفعيل الجهاز العصبي الودي (زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم والتنفس وشد العضلات). مصحوبة بمشاعر ذاتية من التوتر. ومعرفية التي تنطوي على الكدر وانشغال البال والهم. على الرغم من أن التجربة الذاتية للقلق لا يصاحبها بالضرورة سلوكيات معينة، إلا أن المؤشرات السلوكية غالبا ما تكون موجودة. مثل ضعف الكلام، وتجنب الموضوع أو الحدث، الشلل، أو الرعاش التي يمكن ملاحظتها (Alan E. Kazdin).

ثانيا: القلق العادي:

إن القلق العادي هو الذي يتميز بشدة معتدلة (التغيرات الفيزيولوجية تكون وفق عتبة المثير)، وبمدة معقولة (يعني مدة زمنية تتوافق مع الموضوع المقلق وتتراجم معه أو مع انتظاره)، وبمواضيع وأحداث يكون الكدر فيها والخوف منطقيا وواقعا ويتماش مع الثقافة الاجتماعية وجنس وعمر الفرد، كما أنه يتميز بأفكار عقلانية اتجاه القلق والخوف عينه والمواضيع والاحداث المسبب له ويكون فيها انشغال البال والكدر معتدل نسبيا وليس كارثيا. فإن الخوف والقلق المعتدلين والخفيفين يمكن أن يكونا في الواقع مفيدين كوظيفة نفسية انفعالية، إذ إنهما يؤديان إلى فعل سريع في مجابهة التهديد، ويساعداننا على أن نكون متيقظين في المواقف الصعبة، كما أنهما يصاحبان

عادة بعض الأنشطة مثل أداء الامتحانات أو إجراء المسابقات أو حتى بعض المواعيد، فهناك قدر أمثل من الخوف لكي يؤدي إلى جودة الأداء. فإذا كان قليلا جدا فإننا قد نتعرض لخطر الإهمال، وإذا كان كثيرا جدا فإننا قد نصبح مرتبكين أو مشلولين بسبب الخوف والقلق (ايزاك.م. ماكس، 1978: 40-41). كما أنه يفيد في حل المشكلات فذلك الخوف والقلق المصاحب لمشكلة ما يدفع الانسان وبشكل متوتر إلى حل المشكل والبحث عن مخرج له. ليس هذا فقط حتى في المواقف الصعبة والشديدة والتي يصاحبها خوف وقلق شديدين فإن التغييرات الفيزيولوجية التابعة للقلق تعطي للإنسان دفعة هرمونية وعصبية قوية مما تسمح له بمواجهة أو تجنب الموقف مثل القتال بشراسة (عند الجنود) أو الهرب بعيدا وبسرعة عند مواجهة خطر موت محتم.

ثالثا: القلق المرضي:

على نقيض القلق العادي نجد القلق المرضي والذي يعتبر قلق داخلي غامض وغير محدد المعالم، تختلف شدته وعمقه من شخص لآخر، فيجهل الفرد مصدر قلقه، كما أن سلوكياته وردود أفعاله لا تأتي استجابة على عوامل ومسببات معينة بل على تهديدات غامضة وشاملة أو على مواضيع لا تحمل في طياتها الخوف والقلق أو يعطيها أكثر من حقها فتأتي الاستجابة قوية وشديدة إلى درجة الهلع أو الجمود. كما قد يلاحظ على أن رد الفعل يكون بطريقة عشوائية، وأن السلوك يكون عادة فوضويا لا يقضي على القلق بل قد يزيد في سيطرته وتمكنه. كما أن القلق المرضي يصبح سلوكا ملازما لصاحبه أو يأخذ زمان أكثر مما يستحقه الموضوع أو الحدث فيصير مشغول البال ومهموم ومكدر. ويترك آثارا سلبية ويحدث تغييرات هامة في حياة الفرد، فيصبح الفرد عصيبا يتوجس خيفة من أشياء لا تخيف عادة الناس، أو يصبح مشغول البال بمواضيع لا تثير هم الناس عامة، فهو في حالة استئثاره وتخفيف مستمرين (الأزرق بن علو، 2003: 89-90).

رابعا: القلق كعرض: يعتبر القلق من بين الأعراض الأكثر انتشارا في الجداول العيادية، على غرار كونه تصنيفا قائما بذاته لمجموعة من الاضطرابات، وعلاوة على ذلك نجد القلق في معظم الاضطرابات النفسية أو على الأقل كعرض مصاحب لها.

خامسا: القلق، الخوف والتجنب:

لكي يتخلص المرضى من قلقهم، فإنهم يتجنبون المواقف التي تثير خوفهم، كما يحددون نشاطهم وأعمالهم اليومية، إنهم دائما في حالة ترقب، ويصبحون حساسين جدا لوجود أي شيء حولهم تكون له علاقة بخوفهم. إن السيدة التي تعاني خواف العناكب سوف تنظر في أرجاء أي غرفة تدخلها باحثة عن علامات تدل على وجود عناكب قبل أن تجلس مرتاحة البال. ولكي يتجنب المريض الموضوع المثير لخوفه، فإنه يقوم بالبحث عنه باستمرار (ايزاك.م. ماكس، 1978: 47). فيصبح التجنب سلوكا تكيفي يتكيف به الفرد بصورة مختلفة الوظيفة مع قلقه أو خوفه من الموضوع، وذلك لأن التجنب يشعر الفرد بالارتياح هربا وابتعادا عن المواضيع المخيفة.

سادسا: المظاهر الفيزيولوجية للقلق:

للقلق مظاهر جسدية تتجلى في التغيرات العصبية إثر ردة الفعل التحذيرية للجهاز العصبي، فيعطي الجهاز العصبي الذاتي تحذيرات إما حقيقة أو خاطئة حول الموضوع المقلق والمخيف، فتقوم التغيرات الفيزيولوجية التي تمس الوظائف الحيوية قصد تسريع نشاطها للمواجهة أو التجنب (الهرب)، فتزداد ضربات القلب ويرتفع الضغط الدموي، كما تتسارع عملية التنفس مما يشعر الفرد بالاختناق أو وجود كرة بالحلق والتهوية الزائدة إثر التنفس بشكل سريع ومفرد، ويزداد احتراق السكري بالدم، كما يشعر الفرد بارتفاع الحرارة والتعرق وأحيانا الشعور بالغثيان والدوار وضبابية النظر ووجود كرة بالبطن، كما تتصلب وتنقبض عضلاته فيشعر بالتشنج والتنمل والارتعاش وثقل الأطراف (David H. Barlow, 2014).

سابعا: أنواع القلق:

- 1- القلق الموضوعي:** وهذا النوع أقرب إلى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب، ومن أمثلته شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلا إذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره في الطريق.
- 2- القلق العصبي:** وهذا النوع من القلق لا يدرك صاحبه مصدره أو علته، وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر (العام) غير المحدد (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000: 149).

ثامنا: أسباب القلق:

من أجل توضيح الأسباب التي تؤدي إلى نشأة القلق المرضي نذكر خلاصة الآراء النظرية في تفسير القلق ومندكر منها حسب مجدي أحمد محمد عبد الله (2000: 151-152):

- 1- وجهة نظر فرويد:** يرى فرويد أن القلق ينشأ جراء التعارض والصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى، وعجز الأنا عن التفريق بينهما، وسبب العجز يرجع إلى خبرات الطفولة وخاصة عقدة الإخصاء، أو عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلي، والشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية (سيجموند فرويد، 1989).
 - 2- رأي أدلر:** القلق النفسي ينشأ نتيجة الشعور بالنقص مما يزيد في شعوره بعدم الأمان والاستقرار، ومن ثم ينشأ لديه القلق، فيبحث الفرد عن التعويض مما يولد لديه القلق إذا لم يستطع تعويض شعوره بالنقص.
 - 3- رأي هندرسون:** ينشأ القلق النفسي بسبب تعرض الفرد لمواقف إحباطية متكررة تؤدي إلى الصراع النفسي ثم إلى القلق، وتشتمل هذه المواقف الإحباطية (مواضيع عادية، عائلية، ونفسية).
- رأي رانك: ينشأ القلق النفسي إثر ولادة الفرد، وعملية الفطام الأولية والثانوية وانفصال الطفل عن عالمه المليء بالأمن والطمأنينة ومواضيعه المحبوبة، ودخوله عالما مليئا بالصعوبات (عقدة الميلاد، والفطام).

4- رأي المدرسة السلوكية:

➤ تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة ومثيرات غير سارة وصادمة والتي تكون لديه استجابة انفعالية شديدة

➤ عملية التربية خاصة الوالدية والتي إما تقتصر على الإفراط في الحماية والرعاية مما تجعل الطفل اتكاليا وغير قادر على تحمل المسؤولية، فتكون النتيجة شعوره بالخطر والتهديد الوشيك مما يثير لديه مشاعر القلق. أو التفريط في الرعاية مما يولد عند الطفل الشعور بالعجز وعدم الأمان مما يكون لديه مشاعر النقص والقلق.

➤ عوامل القابلية والتي تتمثل في الهشاشة العصبية والنفسية، مما يجعله عرضة لعدم تحمل المواقف والمثيرات المسببة للقلق.

5- رأي بودلسكي: أن أساس القلق هو إدراك الفرد بأن حياته محدودة ولا بد أن تنتهي بالموت مما يهدد خططه المستقبلية، ويجعله عرضة للموت في أي لحظة.

6- الوراثة: تلعب الوراثة دورا أساسيا في تكوين القلق لدى الأفراد، فدللت النتائج أن نسبة القلق تصل إلى 50 % عند التوائم المتشابهة أو المتماثلة، في حين لا تتعدى 4% عند التوائم غير المتشابهة، وحوالي 15% من آباء وأخوة مرضى بالقلق.

7- الجنس: إن نسبة القلق عند النساء تزيد عنها عند الرجال، مما يشير إلى أن النساء أكثر قابلية للإصابة بالقلق من الرجال.

تاسعا: علاقة الخوف بالقلق:

تشمل اضطرابات القلق الاضطرابات التي تشترك في خصائص الخوف المفرط والقلق والاضطرابات السلوكية ذات الصلة (التجنب مثلا). الخوف هو الاستجابة الانفعالية على تهديد حقيقي أو وشيك، في حين أن القلق هو توقع لتهديد مستقبلي. من الواضح أن هاتين الحالتين تتداخلان لكنهما تختلفان أيضاً؛ يرتبط الخوف في كثير من الأحيان بحلقات فرط النشاط العصبي المطلوب للهروب أو القتال، وتقييم الخطر الفوري والسماح بالهروب، ويرتبط القلق في كثير من الأحيان بتوتر العضلات واليقظة للخطر في المستقبل والسلوك أو تجنب الحذر. وفي بعض الأحيان ينخفض مستوى الخوف أو القلق عن طريق السلوكيات الوقائية المتفشية. فنوبات الهلع هي نوع معين من استجابة القلق لاضطرابات القلق، لا تقتصر نوبات الهلع على اضطرابات القلق ولكن يمكن ملاحظتها أيضاً في الاضطرابات العقلية الأخرى (APA, 2015: 237).

عاشرا: اضطرابات القلق:

تتميز اضطرابات القلق عن بعضها البعض بالمواضيع أو المواقف التي تحفز الخوف أو القلق أو سلوك التجنب والاستدلالات المعرفية المرتبط بها. وبالتالي تميل اضطرابات القلق إلى أن تكون مرتبطة ومشتركة مرضيا وعرضيا ببعضها البعض بشكل كبير ولكن يمكن تمييزها عن طريق تحليل أنواع المواقف التي تخشى أو تتجنبها ومضمون الأفكار أو المعتقدات المرتبطة بها.

الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق يبالغون في تقدير الخطر في المواقف التي يخشونها أو يتجنبونها نتيجة لذلك سيحتاج المختص إلى تحديد مدى الإفراط في الخوف أو القلق أو عدم تناسبه مع مراعاة العوامل الثقافية السياقية. تتطور العديد من اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة وتميل إلى الاستمرار عندما لا يتم علاجها. يظهر معظمهم عند النساء أكثر من الرجال (النسبة التقريبية 1/2). لا يمكن تشخيص اضطراب القلق إلا إذا كانت الأعراض لا تعزى إلى التأثير الفسيولوجي لمادة / دواء أو حالة طبية أخرى أو إذا كان لا يمكن تفسيرها بشكل أفضل بواسطة اضطراب نفسي آخر. ونذكر من اضطرابات القلق حسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA, 2015: 237-238):

* **قلق الانفصال:** يظهر الفرد خوفاً أو قلقاً بشأن الانفصال عن ارتباط الشخص بدرجة غير مناسبة من الناحية التنموية. إنه خوف أو قلق مستمر من حدوث شيء سيء للمرفقات (الوالدين، الأخوة، الأصدقاء...)، وأن الأحداث تؤدي إلى الانفصال أو الخسارة، والتردد في القيام بذلك، مع الكوابيس والأعراض الجسدية للضيق النفسي. على الرغم من أن الأعراض تتطور غالباً في مرحلة الطفولة، إلا أنها قد تحدث أيضاً عند البالغين.

* **الصمت الانتقائي:** يتميز بعجز منتظم عن التحدث في المواقف الاجتماعية التي من المفترض أن يتحدث فيها الطفل (في المدرسة مثلاً)، على الرغم من أنه يتحدث في مواقف أخرى. عدم القدرة على الكلام له تأثير كبير على النجاح الأكاديمي أو المهني، ويتداخل مع التواصل الاجتماعي.

* **الرهاب المحدد أو الخاص:** الأشخاص الذين يعانون من رهاب محدد قلقون أو خائفون من مواضيع أو مواقف محددة جيداً أو يتجنبونها. هذا الاضطراب لا يتميز بالتحليل المعرفي المحدد كما هو الحال في اضطرابات القلق الأخرى. إن الخوف أو القلق أو التجنب دائماً ما يحدث على الفور بسبب الوضع الرهابي بشكل مستمر وغير متناسب مع الخطر الفعلي. هناك أنواع مختلفة من الرهاب المحدد: الحيوان، البيئة الطبيعية، حقن الدم، الحالات الظرفية وغيرها.

* **القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي):** يكون الشخص قلقاً أو خائفاً أو يتجنب التفاعلات والمواقف الاجتماعية التي تنطوي على إمكانية ملاحظتها. يتضمن ذلك التفاعلات الاجتماعية مثل اللقاءات مع أشخاص غير مألوفين، والمواقف التي يمكن فيها ملاحظة الشخص أثناء الأكل أو الشرب، وحالات الأداء التي يواجه الفرد

فيها الآخرين. يتميز التفكير المعرفي بالخوف من الحكم عليه سلبيًا من قبل الآخرين، أو الإحراج أو الإهانة أو الرفض، أو الإساءة للآخرين.

5- اضطراب الهلع: في هذه الحالة يتعرض الشخص لهجمات ونوبات الذعر المتكررة وغير المتوقعة ولديه قلق أو مخاوف مستمرة بشأن نوبات الهلع الجديدة، أو يعدل سلوكه بشكل غير لائق نتيجة لنوبات الهلع. (مثل تجنب ممارسة الرياضة أو أماكن غير مألوفة). نوبات الهلع هي طفرات مفاجئة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد الذي يصل إلى ذروتها في غضون دقائق، مصحوبة بأعراض جسدية و / أو معرفية. نوبات الهلع تعمل كمؤشرات وعوامل تنبؤية لشدة التشخيص والتقدم والاعتلال المشترك في مجموعة من الاضطرابات، لا تقتصر على اضطرابات القلق (مثل اضطرابات الاكتئاب والاضطرابات الذهانية). وبالتالي يمكن استخدام نوبة الهلع كمواصفات وصفية لأي اضطراب قلق، وكذلك لاضطرابات عقلية أخرى.

6- خواف الأماكن المفتوحة: الأشخاص الذين يعانون من هذا الرهاب يشعرون بالقلق ويخشون من حالتين أو أكثر من الحالات التالية: استخدام وسائل النقل العام، أو في الأماكن المفتوحة، أو في المناطق المغلقة، أو في سلسلة الانتظار أو في حشد من الناس، أن تكون الحالة وحدها خارج المنزل في حالات أخرى. يخشى هذا الشخص هذه المواقف لأنه يعتقد أنه من الصعب الهروب أو العثور على مساعدة في حالة ظهور أعراض تشبه الهلع أو أعراض مزعجة أخرى. هذه المواقف تؤدي دائمًا أو تقريبًا إلى الخوف أو القلق، وغالبًا ما يتم تجنبها أو تتطلب وجود شخص آخر.

7- القلق العام: الملامح الرئيسية للقلق العام هي القلق المفرط والمستمر وكذلك القلق حول مجموعة متنوعة من المجالات، بما في ذلك الأداء الأكاديمي أو المهني، والتي يصعب السيطرة عليها. بالإضافة إلى ذلك، يعاني الشخص من أعراض جسدية مثل الأرق، والشعور بالتوتر أو الغضب، والإرهاق بسهولة، وصعوبة التركيز، والتهيج، وتوتر العضلات، واضطرابات النوم.

الصراع

أولاً: مفهوم الصراع وتعريفه :

الصراع من العوامل الديناميكية الأساسية في تكيف الفرد وهو يعني وجود تعارض بين دافعين يلحان على الاشباع ولا يمكن اشباعهما في وقت واحد، والصراعات في حياة الافراد كثيرة ولكن هذه الصراعات ليست على درجة واحدة من شدة ضغطها على الفرد، وهذا يتوقف على أهمية الدوافع المتعارضة من جهة وقدرة الفرد على اتخاذ القرارات من جهة ثانية ، فعلى سبيل المثال قد يحصل أن يطلب من الطلبة أداء الامتحان بموضوعين في يوم واحد وعندئذٍ قد يقع الطالب المهدد بالرسوب في الموضوعين في صراع لأن الوقت لا يكفيه لضمان النجاح معاً ، ولا يستطيع اتخاذ القرار بسهولة في تفضيل أحدهما على الآخر أو النجاح بأحدهما دون الآخر ، فإذا كان النجاح في هذا الامتحان تتوقف عليه نتائج حساسة في حياة الطالب الدراسية ، فإن الصراع كان شديداً جداً ، اما اذا كانت النتائج المترتبة على ذلك ليست حاسمة فان الصراع يكون أخف وطأة على الفرد (موقع الكتوني: نظر في 2019/08/23 على 18.00).

كما يعرفه زهران (1988): على أنه النشاط المتزامن أو المتواقت للدوافع أو الرغبات المتعارضة، أو المتبادلة، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد، ويؤدي إلى التوتر الانفعالي، والقلق، واضطراب الشخصية.

ثانياً: أنواع الصراع:

1.2 إقدام-إقدام: وهو عبارة عن صراع نفسي يصيب الإنسان وهو حينها يكون أمام اختبارين متكافئين في كل شيء.

2.2 إقدام-إحجام: وفيه يتعرض هذا الإنسان للصراع حيث أنه يكون بين خيار واحد به الكثير من السلبيات والإيجابيات في نفس الوقت وهو إذا وافق على هذا الخيار فسوف يتعرض لإيجابياته ويجب أن يتحمل سلبياته وإذا لم يوافق عليها فسوف يحرم من إيجابياته وسوف يتعد عن السلبيات الخاصة بالخيار.

3.2 إحجام-إحجام: ويكون فيه الإنسان معرض إلى موقفين سلبيين وعليه أن يختار واحد منهم وهذه السلبيات متكافئة في الموقفين بدرجة واحدة.

4.2. إقدام- إحجام: يكون الإنسان فيه معرض إلى أن يأخذ قرار في أمر ما، وكل قرار يحتمل الكثير من الإيجابيات والسلبيات المتكافئة في نفس الوقت وعليه أن يختار بينهم. (موقع الكتروني: نظر في 2019/08/23 على 17:57)

ثالثا: أشكال الصراع:

• **الصراع بين نفسي:** يختلف عما يعرف أيضًا باسم الصراع داخل النفس. يتعلق هذا الأخير بالنزاع بين الحالات النفسية المختلفة للفرد (بمعنى التحليل النفسي)، في حين أن الصراع داخل النفسي يتعلق إما بالتعارضات المعرفية أو تضارب الأهداف.

• **يشير الصراع بين الأشخاص إلى نزاع** يشمل شخصين أو أكثر قد يشعرون بالخلاف حول قضايا الأهداف أو القيم أو السلوكيات أو طرق الوصول إلى الهدف.

• **الصراع داخل المجموعة** هو التوتر الذي ينشأ داخل المجموعة ويمكن أن يؤثر على عملها. في معظم الوقت، تكمن أسباب الصراع في طبيعة المهام المسندة، أو في الأدوار المخصصة للجهات الفاعلة أو في العمليات العلائقية.

• **الصراع بين المجموعات** هو الخلافات والتوترات التي تنشأ بين مجموعتين أو أكثر. أكثر أنواع الصراع بين المجموعات شيوعًا هو الصراع الاجتماعي بين النقابات والإدارة. ومع ذلك، داخل المنظمات، يمكن أن تحدث النزاعات بين مجموعات معينة دون أي صراع اجتماعي.

• **ينشأ الصراع التنظيمي** من المعارضة والاشتباكات الناشئة بشكل أساسي عن تنظيم المؤسسة (تعريف محطات العمل والمساءلة، السلطة، التسلسل الهرمي، الأدوار والوظائف، تدفق المعلومات، التعريف الواضح للحدود بين الأفراد والإدارات، ومبادئ الأجر، والتمثيل، وما إلى ذلك .

رابعا: مفهوم الصراع في التحليل النفسي:

يرى لابلانش وبونتاليس (1997: 304) أنه نتحدث عن الصراع (في التحليل النفسي) حين تتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة. وقد يكون الصراع صريحا (بين رغبة ومطلب أخلاقي مثلا، أو بين شعورين متناقضين) أو كامنا حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتوي في الصراع الصريح أو يتجلى خصوصا في تكوين الأعراض، وفي اضطرابات السلوك واضطرابات الطبع. ويعتبر التحليل النفسي أن الصراع هو من شروط تكوين

الإنسان وذلك من منظورات متعددة: صراع بين الرغبة والدفاع، صراع بين الأنظمة أو المركبات، صراع بين النزوات، وأخيرا الصراع الأوديبى حيث لا تتجابه الرغبات المتعارضة فيما بينها، إنما تجابه التحريم أيضا.

إن فرويد هو أول من أشار إلى وجود الصراع الأساسي. وقد أقام نظريته في الصراع على أساس غريزي، ونستطيع شرح وجهة نظره باختصار فيما يلي: إن مكونات "الهو" الغريزية تسعى دائما للتعبير عن نفسها، في الوقت الذي تقف "الأنا" لهذه النزعات بالمرصاد دفاعا عن الشخصية وعملا على تكيفها مع الأوضاع الاجتماعية المتعارف عليها، ويترتب على اختلاف وتعارض وظيفة كل منهما وجود صراع داخلي في أعماق النفس اللاشعورية، صراع بين قوة مانعة تحول دون هذه العناصر الغريزية اللاشعورية وبين التعبير عنها. إن هذه القوة المانعة (المثثلة في الأنا) تقف على الدوام لتقهر مثل هذه النزعات الغريزية المثثلة في "الهو" ومن ثم تعيش في قلق دائم (مصطفى فهمي، 1995: 197).

1- أنواع الصراع لدى فرويد:

أ. الصراع بين الأنا والهو:

نعلم أن الانسان مزود بمجموعة من الدوافع المختلفة، وهذه الدوافع في حاجة إلى الإشباع وتحقيق ما تهدف إليه من أغراض. إن هذه الدوافع قد تنهيا لها فرصة في العالم الخارجي، والأنا قبل أن يسمح لمثل هذه النزعات بالتعبير عن نفسها، فإن له أن يقدر النتائج التي تترتب على هذا التعبير، وأثر ذلك على الواقع. ونرى أن الأنا يكبح جماحها ويماطلها حتى يأتي الوقت المناسب لإشباعها، وقد يتنازل عن بغيتها أو تعديلها على الأقل، حتى تتوافق مع العالم الخارجي أو معه. ولا يستطيع الأنا القيام بهذا الدور إلا إذا كان قويا للتحكم في رغبات الهو، حينئذ يسير الجهاز النفسي سيرا طبيعيا، أما إذا كان ضعيفا فلن يستطيع التوفيق بين رغبات الهو والواقع خاصة في الحالات المرضية وفي الطفولة. في حين عدم اشباع الرغبات تبقى الرغبات مكبوتة في أعماق اللاشعور، وهذا لا يعني موتها بل إنها تظل حية تتصارع وتتفاعل وتتحين الفرص للتعبير عن نفسها، وعن طريق هذا التفاعل والصراع تتكون مشتقات جديدة لها تأثير واضح في توجيه السلوك (مصطفى فهمي، 1995: 195).

ب. الصراع بين الأنا والأنا الأعلى: لهذا الصراع أهمية في الحياة النفسية. إن الأنا الأعلى رقيب على الأنا يحاسبه على كل صغيرة وكبيرة، فإن لاحظ شذوذا في تصرفاته يحاسبه على السلوك، وكثيرا ما يتدخل الأنا الأعلى في صور الضمير أو الرقيب فيوقف الأنا عند حده قبل أن يرتكب هفواته ويصب عليه الكثير من اللوم (مصطفى فهمي، 1995: 195).

ج. الصراع بين الهو والأنا الأعلى: إن دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد تكون غالبا مما لا يمكن التوفيق بينها وبين الدوافع البيولوجية للهو. ففي مرحلة الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته البيولوجية بطريقة بسيطة ومباشرة، لا يقيدتها اعتبارات الوقت أو المكان أو الطريقة (كما هو حال التبول والتبرز). ثم إن الطفل نتيجة لأساليب التربية التي تعلمها، نجده ينمي دوافع نفسية تنظم طريقة التعبير عنها، وهنا يبدأ الصراع بين الرغبة في التعبير بالأساليب المباشرة التي تحقق اللذة للطفل وبين الدوافع النفسية التي تحددها وتوجهها وما يكتسبه الطفل من التعلم، إن الصراع هنا يحدث بين مبدئين مبدأ اللذة ويمثل الدوافع البيولوجية للهو ومبدأ الواقع وهو يمثل الدوافع النفسية التي تعبر عن النظام والخضوع للعرف والتقاليد والقواعد الردعية (مصطفى فهمي، 1995: 196).

2- نظرية هورني في الصراع النفسي:

إن نظرية "هورني" تختلف عن نظرة فرويد للصراع، إذ ترى أنه يخطئ في اعتبار الصراع نتيجة لضغط الحاجيات الغريزية أو المحرمات الاجتماعية، وترى أن الفرد قد ولد مزودا بمجموعة من النزعات الغريزية تفرض عليه أن يعيش باستمرار في صراع دائم، وتؤكد ذلك بقولها: "إن الانسان قد ولد وهناك تجانس بين عناصر نفسه بحيث يصبح قادرا على أن ينمي قدراته نمو طبيعيا في علاقات موفقة سعيدة مع ما يحيط به، أما في حالة تعرض الفرد إلى ما يهدد شعوره بالأمن فإنه يقوم في نفسه صراع وتضطرب مكونات نفسه نتيجة لوجود مخاوف تسير في اتجاه السوي الذي يتميز به السلوك العادي". إن تفسير هورني للصراع لا يقتصر على الناحية الغريزية، بل يرتبط الصراع في نظرها بالحاجة إلى الأمن، وهي تنظر للشخصية الإنسانية كوحدة متكاملة تعيش في عالم عدواني، كما ترى أن هذا الصراع بين الدوافع الأولية وبين النواحي الاجتماعية صراع قانوني وليس صراع أساسي (مصطفى فهمي، 1995: 197-198).

الميكانيزمات الدفاعية

استخدم لأول مرة مصطلح الدفاع من طرف فرويد سنة 1894 في مقاله "الدفاع النفسي العصبي"، ثم أشار إلى الدور المهم للدفاع في مقال نشره سنة 1896 تحت عنوان "ملاحظات جديدة حول الدفاع النفسي العصبي" وأشار أن الدفاع هو النواة الأساسية للميكانيزمات النفسية للعصاب. ومنه انتشر هذا المصطلح ليصبح نواة علم النفس التحليلي، وأداة تحليلية يعتمد عليها المحلل النفسي للوصول إلى مركز الصراع وموضع الثبيت.

أولاً: ماهية الحيل الدفاعية:

تمثل بشكل كلاسيكي دفاع الأنا ضد النزوات الغريزية، والانفعالات المرتبطة بهذه النزوات، فهذه المناورات والتدابير أو العمليات الدفاعية هي أنشطة لا واعية بالنسبة للأنا، فتفعيلها يكون لا إرادي. يتم توجيه الدفاع بشكل أساسي ضد الدوافع والتمثيل التصوري والهوام والتأثيرات ذات الصلة فتقول "أنا فرويد" في هذا الصدد: "الأنا ليس في صراع فقط مع نزوات الهو التي تحاول غزوه للوصول إلى الشعور والرضا. إنه يدافع عن نفسه بنفس الطاقة ضد التأثيرات المرتبطة بهذه النزوات الغريزية. عند رفض متطلبات النزوات الغريزية، يكون دائماً هو المسؤول عن المهمة الحاسمة المتمثلة في التغلب على التأثيرات: الحب، الرغبة، الغيرة، الإهانة، الحزن والحداد، جميع المظاهر التي تصاحب الرغبات الجنسية؛ الكراهية، الغضب، السخط، ترتبط بدوافع عدوانية. كل هذه التأثيرات تخضع لجميع أنواع التدابير التي يتبناها الأنا للسيطرة عليها، كلما تغير التأثير فأن الأنا قد يتصرف" (في Henri Chabrol & Stacey Callahan, 2013: 03).

ثانياً: وظيفة الحيل الدفاعية:

تتمثل الأسباب الرئيسية للدفاع ضد النزوات:

- أولاً وقبل كل شيء هي الخوف من سلطة الأنا الأعلى: في الحالة العصابية يتطلب الأمر "إلى حد ما" التخلي عن الرغبات الجنسية والحد من العدوان. وبالتالي فإن الخوف من الأنا العليا هو أن الأنا تقع تحت ضغط النزوات الجنسية والعدوانية من جهة وضغوط الأنا الأعلى التي تطلق آليات دفاعها "أ. فرويد، 1936، ص. 52-53).

- سبب آخر هو الخوف الحقيقي، خاصة عند الطفل: "بينما يجارب الشخص العصبي البالغ رغباته الجنسية والعدوانية لتفادي أي تعارض مع الأنا الأعلى، الطفل الصغير، يتصرف بشكل مشابه للبالغ في ضوء مشاعره الغريزية حتى لا ينتهك المحظورات الرسمية لوالديه" (فرويد، 1936: 54).

- أن يتجنب الفرد حالات القلق، وما يصاحبها من شعور بالألم والخطء، فأنت مثلا لا تستطيع أن تلوم نفسك على ابط الأشياء فتقوم بتبرير ذلك أو ترمي باللوم على الآخرين.

- أن يحافظ الفرد على نفسه ووحدة ذاته وأناه، فالآليات الدفاعية تسمح للفرد بخداع نفسه من أجل بقائها وعدم اضمحلالها وتحللها.

- تشويه الحقيقة تسمح للفرد بالتكيف وتأقلم ذاته مع الواقع ويتمثل التشويه في طريقتين:

أ. إنكار الدوافع أو الذكريات، وذلك كما يحدث في حالات فقدان الذاكرة

ب. تشويه وتحويل هذه الدوافع أو الذكريات، وذلك كما يحدث في التبرير والإسقاط (مصطفى فهمي، 1995: 216-217).

ثالثا: أنواع الحيل الدفاعية:

1. التبرير:

وهو إعطاء تفاسير ودلالات واقعية ومعقولة لسلوكياته ودوافعه على أنها مقبولة، ولهذا الفرد حين يخرج سلوكه عن الحد المعقول ويصدر عنه بعض الدوافع التي لا يرضيه أن يقربها ويعترف بنسبائها إليه، يعتمد إلى تفسيره تفسيراً يبين به لنفسه وللناس أن سلوكه معقول لا غبار عليه وأن ما دفعه إليه ليس أكثر من دوافع مقبولة يحترمها الناس. كما قد يبرر الشخص فشله بعدم توافقه مع الأستاذ. والتبرير ليس معناه أن تكون تصرفات الفرد معقولة، فنبرر سلوكنا حتى يبدو في نظرنا معقولاً. كذلك يختلف التبرير عن الكذب على أساس أن التبرير عملية لا شعورية ويقنع بها الفرد نفسه والآخر في حين أن الكذب عبارة عن تزيف شعوري إرادي يشوه بها الفرد وجه الحقيقة وهو على علم بما والغرض منه إقناع الآخر وخداعه (Serban Ionescu, 2003).

2. الإسقاط:

لكل إنسان ميزة مذمومة أو صفة غير مرغوبة أو سلوك غير مقبول أو خلق لا يرضيه أن يعترف به، ولا بد من أن يكفي نفسه ثقل الاعتراف بمثل هذه النقائص، ولا يتحقق هذا إلا عن طريق الإسقاط، فهو أن تنسب ما في نفسك من صفات غير معقولة وسلوكيات مذمومة إلى غيرك من الناس بعد أن تجسمها وتضاعف من شأنها، وبذلك تبدو تصرفاتك منطقية ومعقولة. فمثلاً يلجأ الطالب إلى إقناع نفسه بأن كل ما عداه من الطلاب يغشون في الامتحانات، وذلك لكيلا يبدو غشه في نظره نقص أو رذيلة (Serban Ionescu, 2003).

3. التقمص أو التماهي:

إن التقمص عكس الاسقاط فإذا كان الثاني يعني نسب صفاته القبيحة إلى غيره من الناس فإنه في الأول يتخذ لنفسه بعض ما يجد عند غيره من صفات حميدة. والتقمص يشبه إلى حد بعيد التقليد وإذا كان يختلف عنه في بعض النواحي، فنحن نقلد من نتخذه أ نموذجاً نتخذه، فالطفل يقلد والده ويرتدي ملابس الكبار وينحو نحوهم في تصرفاتهم، ولكننا لا نتقمص الشخص الذي نقلده إلا إذا كنا نحمل له الحب (الموضوع المحبوب)، كما أن التقمص الحق لا يقتصر على التقليد وإنما يتضمن شعور الفرد بأنه قد أصبح - في خياله وهوامه - نفس الشخصية المتقمصة، فنحن لا نصبح مشابهيين له فقط وإنما نصبح وإياه شيئاً واحداً نحس بنجاحه وفشله وبفرحه وأسفه (Serban Ionescu, 2003).

4. الكبت:

يقع الرفض للتمثيلات الصراعية اللاشعورية التي لا تزال نشطة، وتمنعها من الوصول إلى ساحة الشعور. في حالة ضعف أو فشل الكبت يحدث رجوع الكبت مما يسبب حالات مرضية للفرد. فالكبت هو الوسيلة التي يتقي بها الإنسان إدراك نوازعه ودوافعه التي يفضل إنكارها. وهو يتميز عن قمع الانسان لنوازعه في أن الإنسان يقوم في حالة القمع بضبط نفسه وحبسها عما تشتهيه وتندفع إليه من الأمور المحرمة في نظر الجماعة، وفي أن الإنسان يكون على علم وواع بهذه النوازع وبأنه يحول بينها وبين أن تبدو للناس. على حين أن الكبت لا يتضمن وعي الفرد بما يكبته من دوافع. والكبت الكامل يؤدي إلى النسيان، أي إلى اختفاء هذه الدوافع غير المقبولة اختفاء تاماً من وعي الفرد وإدراكه، وزوال ما كان يمكن أن يترتب على هذه الدوافع من سلوك. ولكن الكبت لا يكون كاملاً في معظم الأحيان، ولذلك تلمس الدوافع والنوازع وسائل أخرى غير مباشرة تعبر بها عن نفسها. وحسب فرويد هناك نوعين من الكبت: الكبت الأولي وهو الذي ينكر الحقائق التي من شأنها أن تحدث الألم للذات والشعور بالإثم إن اطلعت الذات عليها وأحست بها. وأما الكبت الثانوي، فهو ميل الذات إلى أن تتجنب المواقف التي قد تذكر الذات بالحقائق التي أدت إلى الكبت الأولي (Serban Ionescu, 2003).

5. التفكك - الانشطار - (الأنا والموضوع)

هو نشاط انفصالي، يقوم بتجزئة الأنا (انشطار الأنا) أو الموضوع (انشطار الموضوع) تحت تأثير القلق المتعلق بالخطر، وبطريقة تعاضلية للأجزاء المنفصلة عن بعضها. مهما كان دور الانشطار في تجزئة الأنا أو الموضوع فإنه يستجيب للتحكم في القلق الناتج عن عنصرين أو نشاطين اثنين متعارضين بينهما ومتزامنان، الأول يتمثل في البحث عن تحقيق اللذة والثاني يمثل احباطات الواقع، هذه العملية بمثابة مخرج في حالة ازدواجية الصراع، فهو في

الحقيقة انعكاسي ومؤقت وطبيعي منذ بداية الحياة النفسية. فهو يلعب دور تنظيمي مهم ولكن في أقصى الحدود قد يؤدي إلى ظهور نشاط تدميري وخطر مثل ما يحدث في الفصام. ومن خلال التمييز والانتباه الذين يسمحان للانشاط بتنظيم الانفعالات والأحاسيس والأفكار أو حتى المواضيع وذلك من خلال تجزئتها وإعادة تركيبها وتجميعها لأنها تحمل في طياتها ضدتين مختلفين (Serban Ionescu, 2003).

6. التكوين العكسي:

تحت هذا الأسلوب الدفاعي تندرج الاستجابة للتهديدات الداخلية أو الخارجية التي تقلل إلى أقصى درجة من حدة التهديدات المدركة، وهذا يعني أن هذا الأسلوب الدفاعي يتم من خلاله تكوين سمة شخصية أو ميل أو دافع مضاد لسمة أو ميل أو دافع غير مرغوب فيه يوجد دفينا في الشخصية، وتتم هذه العملية بشكل لا شعوري، حيث يحدث تغير جوهري لهذه السمة أو الميل أو الدافع فينقلب إلى الضد تماما في شعور الشخص، وهذا يعني أن شعور الفرد يكون مضاد تماما لما هو موجود في اللاشعور (Serban Ionescu, 2003).

7. الإبدال:

والإبدال هو أفضل الحيل الدفاعية كلها في حل المشكلات والانتقاص من حدة التوتر، دون أن يترتب على ذلك اطلاع الناس أو اطلاع الفرد على ما لديه من دوافع غير مقبولة، أو نزعات يجرمها المجتمع. وفيه يعمل الفرد من أجل أهداف صالحة تختلف عن الأهداف الأصلية ويحاول تحقيق أمور ينتظر له فيها من النجاح ما لا ينتظر له في غيرها. والاببدال نوعان:

أ. الإعلاء:

هو التعبير عن الدوافع التي لا يقبلها المجتمع بوسائل يقرها المجتمع ويرتضيها. فالشخص الذي يحال بينه وبين إشباع الدافع الجنسي قد يقوم بإعلانه، ويأخذ في تأليف الرسائل الغرامية، أو قصائد الشعر، أو عمل اللوحات الفنية. وفي الإعلاء تصريف للطاقة الجنسية، وإنقاص من حدة التوتر، ولكنه ليس تصريفا كاملا ولا إنقاصا تاما، ذلك لأن الإشباع الجنسي لا يحقق الدافع الجنسي وحده، إنما يحقق كذلك كثيرا من الدوافع الأخرى المرتبطة به، مثل الحاجة إلى الرفيق، والرغبة في الاتكال على الغير، وعاطفة الأبوة، وهذه الدوافع لا يمكن إشباعها بالسلوك البديل الذي أعلننا به الدافع الجنسي.

ب. التعويض:

هو محاولة الفرد النجاح في ميدان من ميادين النشاط بعد أن أخفق في ميدان آخر مختلف عنه أو مرتبط به. فالتلميذ الذي يفشل في الألعاب الرياضية، قد يعوض عن فشله هذا بالدراسة الدؤوبة وبالجد في المذاكرة ليصيب من التقدير في الفصل ما لم يحقق له في الفناء، وواضح أن التعويض هنا قد تم في ميدان مخالف للميدان الأول (Serban Ionescu, 2003).

8. الإنكار:

وهو رفض الاعتراف فوراً بعد تكوين الفكر أو الرغبة أو الشعور الذي هو مصدر الصراع، فينكر مثلاً فكرة الفشل (أنا لا أعاني أبداً من الفشل)، أو مشاعر الخوف (أنا لست خائفاً)، أو الرغبة في المحرم (أنا لا أخرج عن القوانين)، كما يرفض أي تفسير واقعي وحقيقي يتعلق به، من طرف المتحدث، وينكره في الحين بإعطاء أدلة وبراهين معاكسة (Serban Ionescu, 2003).

9. النفي:

هو رفض الواقع الخطير والمؤلم المدرك والمعاش للانا، إذا هو الرفض للواقع معاش تم ادراكه من طرف الفرد، فهو ينفي أي شيء يتعلق بهذا الواقع وينكره انكاراً شديداً، وخاصة المتعلقة بالصدمات والمواقف المؤلمة وأي شيء يتعلق بها أكان تماثلي أو رمزي (Serban Ionescu, 2003).

10. التحويل والتحويل المضاد:

هو العملية التي يتجسد بواسطتها الرغبات اللاشعورية من خلال انصبابها على بعض المواضيع ضمن إطار نمط العلاقة التي تقوم مع هذه المواضيع، أبرزها العلاقة العلاجية، يتعلق هنا الأمر بتكرار نماذج طفولية معاشة مع شعور مفرط بواقعيتها الراهنة. ويغلب أن يطلق المحللون هذه التسمية على الوضعية العلاجية، بدون إضافة أي صفة أخرى عليها. فتعرف على أنها الأرضية التي تقوم عليها إشكالية العلاج التحليلي النفسي، من حيث إقامته، وأساليبه، وتأويله والحل النهائي المميز له (Serban Ionescu, 2003).

11. النكوص:

هي الرجوع إلى الخلف، فهي تعني الانطواء والرجوع إلى الخلف وهنا تعتبر عكس التطور والنمو، فهي الرجوع إلى مراحل سابقة من النمو الجنسي والعقلي للطفل والعودة إلى مرحلة سبق له أن تجاوزها في نموه (من مثل المراحل

الليبيدية، وعلاقات الموضوع، والتماهيات ... إلخ)، وأما بالمعنى الشكلي فيعني التراجع إلى أساليب من التعبير والتصرفات والسلوكيات ذات مستوى أدنى من ناحية التعقيد والبناء والتمايز (Serban Ionescu, 2003).

العصاب

رغم أن هذا المصطلح لم يعد يطلق على مجموعة الاضطرابات العصابية، إلا أن استخدامه ما زال على المستوى العيادي خاصة من طرف المحللين النفسانيين، أو من طرف أصحاب التيار التحليلي لما يحمل من معاني عميقة لهذا التيار خاصة فيما يتعلق بالبنية وتطورها المرضي، لذا من الضروري على أي مختص نفسي الامام بموضوع العصاب أو العصابات كونه مفهوما أساسيا في علم النفس المرضي والعيادي.

أولا: تعريفه

يعرفه حامد عبد السلام زهران (2005: 480) على أنه اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهاني وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص أقل سعادة، ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان، وأعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر، أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية.

كما يعرفه بيار داکو (2002: 06): أنه مرض نفسي دون سبب تشريحي معروف، كما أنه مرض وظيفي من دون ضرر عضوي.

يعرفه لابلانش وبونتاليس (1997: 329): إنه إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الأعراض تعبيرا رمزيا عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص، ويشكل تسوية بين الرغبة والدافع.

ويعتبر الصراع أساس العصاب، فهو ناتج عن عدم إشباع الحاجيات والمتطلبات لأسباب داخلية أو خارجية مما ينتج الاحباط. فعندما يجد الفرد نفسه أمام دافعين متكافئين ومتنافرين، بحيث لا يستطيع الاختيار بينهما يقع صراع، ثم إحباط، فقلق فكبت. فإذا نجح الكبت لا تظهر الأعراض، وإذا فشل جزئيا (كبت ثانوي) تحاول الرغبات أن تفرض وجودها على ساحة الشعور بطريقة رمزية (وهذا ما يصطلح عليه بعودة المكبوت). ويقتصر هذا المصطلح اكلينيكي على الأشكال العيادية العصابية، كعصاب الوسواس القهري، والهستيريا والقلق والخواف والصدمة.

ثانيا: نشأة مفهوم العصاب:

وضع المصطلح لأول مرة على يد الأسكتلندي ويليام كولن للدلالة على أمراض الجهاز العصبي ذات الأصول العضوية، فكانت الهستيريا مثلا اضطراب عصابي ذات أصل عضوي المنشأ وهو الرحم والمبيض.

في حين أن فرويد بدلاً عن هذا المفهوم وضع نظرية ترى أن العصاب هو عبارة عن أمراض ذات منشأ نفسي، حيث إنها ناشئة عن صراع نفسي يتم البحث عن أصله في التاريخ الطفولي للموضوع. فالأعراض الظاهرة هي نتيجة حل وسط بين الرغبة اللاشعورية وآليات الدفاع التي وضعتها الأنا للتصدي والسماح للتكيف مع الواقع الخارجي. هذا الصراع بين الواقع النفسي الداخلي والواقع الاجتماعي هو مسند جديد. وهناك ثلاث فئات رئيسية من العصاب: الهستيريا، عصاب الوسواس والعصاب الرهابي.

يسلط فرويد في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر الضوء على الآلية النفسية لهذه الاضطرابات، وهي اضطراب النشاط الجنسي: اضطراب أو خلل وظيفي حالي فيما يقترح تسميته "العصاب الحالي" (اضطرابات مرتبطة، على سبيل المثال، بالامتناع عن ممارسة الجنس من الصعب تحمله)؛ والعصاب النفسي (المتعلق بالصراع النفسي الطفلي). في جميع الحالات، يعد الدفاع ضد القلق آلية مركزية. يعتبر فرويد أن العصاب أقل خطراً من الذهان، وحتى أنه كطريقة طبيعية لأننا نواجه جميعاً صعوبة في مطابقة المطالب الغريزية والواقع الاجتماعي (Édith Lecourt, 2006 :26-27 ; Comité éditorial de l'UVMaF, 2014).

ثالثاً: الفرق بين العصاب والأمراض العصبية:

العصاب ليس له علاقة بالأعصاب، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطرابات التشريحية أو الفيزيولوجية للجهاز العصبي. وهناك فرق بين العصاب والمرض العصبي حيث المرض العصبي اضطراب جسمي ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي والصرع، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسي، لأن العصاب هو اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصبية ولا أصل للجانب العضوي فيه (حامد عبد السلام زهران، 2005: 480).

رابعاً: أسباب العصاب:

على العموم فمن أهم أسباب العصاب مشكلات الحياة منذ الطفولة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة، وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات. وطبيعي أن الحل العصبي لهذه المشكلات حل خاطئ وأسلوب توافقي فاشل.

كذلك يلعب الصراع (بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة) والإحباط والكبت الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دوراً هاماً في إحداث العصاب. وتؤدي

البيئة الأسرية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب (التعلم العصبي). كذلك فإن الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب.

وقد أدلى علماء مدرسة التحليل النفسي بالكثير من المعلومات الأساسية حول أسباب العصاب. حيث يرى فرويد أن العصاب يرجع إلى عوامل بيولوجية، وأن القلق هو لب العصاب ومحوره، وإن عقدة أوديب والمرحلة القضيبية هي نواته، ولا عصاب بدون استعداد عصبي طفلي. ويقول "كارل يونج" إن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، وإن الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب. ويقول "ألفريد أدلر" إن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص ولا يحقق هدف الحياة، وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة الاضطرابات الأسرية.

أما "كارين هورني" فعلى الرغم من اتفاقها مع اتجاهات التحليل النفسي في كون القلق هو منشأ العصاب، إلا أنها تزيد على ذلك عندما تنظر للسلوك العصبي على أنه تشكل نتيجة التنظيم الديناميكي لمختلف مكونات الشخصية، فهي ترى أن كل سلوك يجب أن ينظر إليه من مختلف أبعاده: الاجتماعية والأثربولوجية، وغيرها. وقد حددت ثلاثة اتجاهات عصابية: أولها التوجه نحو الناس، وثاني ضد الناس والثالث بعيدا عن الناس، وترى أن القلق هو أساس العصاب، وإن العصبي شخص جامد غير مرن في سلوكه، عبد لاتجاهه العصبي، يعكس قلقه على العالم الخارجي، وإن العملية العصابية عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعي للشخص، تمزق الشخص العصبي من جراء الصراع الداخلي الدائم.

ويرى "أثو رانك" إن الشخصية العصابية شخصية وقفت في نموها عند دور الشخص العصبي الذي يعيش في حرب مع نفسه ومع المجتمع.

أما أصحاب المدرسة السلوكية فينظرون إلى العصاب على أنه شكل من أشكال السلوك تعلمه الفرد بطريقة التعلم الشرطي بتكرار وتعزيز خبرات معينة خلال حياته، وينظرون إلى أعراض العصاب على أنها المرض نفسه، وأحسن مثال على ذلك العصاب التجريبي على الحيوانات والانسان.

ويربط "كارل روجرز" بين العصاب وبين مفهوم الذات، فيقول إنه في العصاب يشبع الفرد حاجة لا شعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات. ويأتي العصاب أيضا نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات، أو نتيجة عدم قبول الذات للرغبات، ومن ثم تعدلها عصابيا، أو حيث يقل اعتبار الذات حتى يتطابق مع السلوك (حامد عبد السلام زهران، 2005: 481-482).

خامسا: أعراض العصاب:

يشمل العصاب عددا من الأشكال العيادية المختلفة التي يجمع بينها جميعا عناصر مشتركة وأعراض عامة تؤدي إلى عدم السعادة وعدم الكفاية واضطراب العلاقات الشخصية. وعادة يوجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض. وفيما يلي أهم الأعراض العصابية:

- ❖ القلق الظاهر أو الخفي والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الفعل السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباههم والاستجابة الطفلية في المواقف المحبطة، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
- ❖ اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.
- ❖ الجمود والسلوك التكراري وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعوري.
- ❖ التمرکز حول الذات والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية الاجتماعية.
- ❖ بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة للأعراض النفسية (حامد عبد السلام زهران، 2005: 483).

سادسا: المآل والتطور:

مآل العصاب أفضل بكثير من مآل كل من الاضطرابات الذهانية والحديدية، فينتجه أكثر من الثلثين للعلاج خاصة إذا توافقت مع العلاج المناسب للاضطراب، في حين الثلث قد يتحسن دون اللجوء إلى العلاج، في حين يتجه المآل من 10 إلى 20 بالمئة إلى التفاقم والانتكاسة والدخول في الاضطرابات الذهانية أو السيكوسوماتية.

سابعا: الأشكال العيادية للعصاب:

1- عصاب القلق:

أصبح عصاب القلق الآن من بين اضطرابات القلق وأصبح يدعى بالقلق المعمم، وهو حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، وتكون غامضة إلى حد ما، ومصاحبة مع أعراض جسمية. يعد "الهم أحد الخصائص الرئيسية لاضطراب القلق. فالأفراد المصابون باضطراب القلق مهمومون باستمرار حيال أشياء تافهة في كثير من الأحيان. وكلمة "الهم" تشير إلى النزعة المعرفية إلى التفكير في مشكلة وعدم القدرة على نسيانها. وكثيرا ما يستمر الهم لأن الفرد لا يستطيع إيجاد حل للمشكلة، إن معظم الأفراد

يشعرون بالهم من وقت لآخر، إلا أن هموم المصابين باضطراب القلق كثيرة جداً، ولا يمكنهم السيطرة عليها، وتدوم طويلاً (Debray. Q et al, 2010).

➤ أعراض القلق:

الأعراض الجسدية: وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمبادرة، والتوتر العضلي والنشاط الحركي، والتعب والإرهاق الحسي والحركي، والصداع، الأرق، تصبب العرق وارتعاش وتململ الأطراف، وسرعة ضربات القلب، والإحساس بضيق في التنفس والاحتناق وآلام الصدر، وارتفاع الضغط الدموي وزيادة حرارة الجسد، والشعور بالدوار والغثيان، وعسر الهضم مصحوب بالانتفاخ المعوي والشعور بكثرة في البطن، مع فقدان الشهية وتراجع في الوزن، واضطراب الوظيفة الجنسية (القذف السريع عند الرجال والبرودة الجنسية واضطراب الدورة الشهرية عند النساء).

الأعراض النفسية: وتشمل القلق العام على الصحة والعمل والمستقبل، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهيجان وعدم الاستقرار، والخوف بصفة عامة الذي يصل إلى درجة الهلع والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، والهم والاكنتاب العابر، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل، وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت، وضعف الانتباه والتركيز وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة، وضعف القدرة على العمل والإنتاج والأنجاز والمبادرة، وسوء التوافق الاجتماعي الأسري والمهني (حامد عبد السلام زهران، 2005).

2- عصاب الرهاب (phobia):

عصاب الرهاب هو مجموعة من الخوفات المتنوعة التي أصبحت الآن عبارة عن تصنيفات مرضية في الجداول العيادية (الرهاب المحدد، رهاب الأماكن المفتوحة، القلق الاجتماعي). والرهاب هو خوف لا مبرر له يرجع إلى وجود شيء أو موضوع محدد أو التواجد في موقف محدد. ومن بين الأمثلة على حالات الرهاب: الخوف من الأماكن المفتوحة، المواقف الاجتماعية، الطيران، الثعابين، المرتفعات. ويعترف الفرد بالخوف المفرط ولكنه لا يزال يبذل جهداً كبيراً في تجنب الأشياء أو المواقف التي تخشاه. وتتكون الأسماء العلمية لهذه المخاوف من كلمة يونانية تمثل الشيء أو الموقف المسبب للخوف يليها اللاحقة phobia وهذه اللاحقة مشتقة من اسم أحد الآلهة (الأوثان) اليونانية ويدعى Phobos وكان يخيف أعداءه. ومن بين أشهر أنواع الرهاب: agoraphobia (الخوف من الأماكن المفتوحة)، sociophobia (الرهاب الاجتماعي)، Acrophobia (رهاب الأماكن المرتفعة)، Claustrophobia (رهاب الأماكن المغلقة)، - جدول - الأسماء المتاحة لأكثر أنواع الرهاب شيوعاً. وبالرغم من هذه المجموعة من حالات الرهاب المحتملة فإن ظهور حالات الرهاب في الواقع عادة ما يرتبط بعدد محدود من الأشياء والمواقف التي نخافها (Ann M. Kring & Sheri L. Johnson, 2016).

3- اضطراب الهلع:

يتميز اضطراب الهلع بنوبات متكررة من الهلع لا ترتبط بمواقف محددة، والقلق حيال الإصابة بالمزيد من نوبات الهلع. ونوبة الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من التوجس الشديد والرعب والشعور بقرب الأجل، تصاحبها أعراض مثل صعوبة التنفس، وخفقان القلب، والغثيان، وآلام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق والدوار، والعرق، والارتعاش وانسداد وجفاف الفم والأنف. ومن بين الأعراض الأخرى التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع تبدد الشخصية وهو إحساس الفرد بأنه خارج جسده، وتبدد الواقع وهو إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي، والمخاوف من فقد السيطرة على النفس ومن الجنون أو حتى من الموت. وليس من قبيل المفاجأة شعور المصابين برغبة ملحة في الهرب من أي موقف يكونون فيه عند ظهور نوبة الهلع. وعادة ما تظهر الأعراض بسرعة كبيرة وتصل إلى ذروتها في خلال عشر دقائق (Ann M. Kring & Sheri L. Johnson, 2016).

4- عصاب الوسواس القهري:

يتميز اضطراب الوسواس القهري بوساوس أو أفعال قهرية، وبطبيعة الحال فإن كثيرا منا ينتابه أفكار غير مطلوبة من وقت لآخر، مثل جلجلة أحد الإعلانات التي تلتصق بذهننا. كما أن كثيرا منا تنتابه إلحاحات بين الحين والآخر لتصريفها بطرق مربكة أو خطيرة، ولكن القليل منا تنتابه أفكار أو إلحاحات راسخة ومتطفلة تكفي لتأهيلنا لتشخيص اضطراب الوسواس القهري.

➤ الوسواس:

هي أفكار أو صور أو نبضات تطفلية متكررة راسخة لا يمكن التحكم فيها الشخص ولا يمكنه وقف هذه الأفكار، وتظهر غالبا بصورة غير عقلانية للشخص الذي يتعرض لها، فإن الوسواس لها تلك القوة والتكرار حتى إنها تتدخل في الأنشطة السوية، وأغلب بؤر الوسواس تتضمن مخاوف من التلوث أو نبضات جنسية أو عدوانية ومشاكل جسدية ومخاوف دينية والتناظر أو الترتيب كما أن الذين يعانون الوسواس ربما يميلون إلى الشكوك المتناهية والمماثلة والتردد في اتخاذ القرار.

➤ الأفعال القهرية:

هي سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة متكاثرة بوضوح حتى إن الفرد يشعر بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث مصيبة ما، ويعتبر "سمويل جونسون" وهو واحد من أشهر المؤلفين في القرن الثامن عشر، وقد وصف بأنه كان يعاني أفعالا قهرية متعددة، حيث كان على سبيل المثال يشعر بدافع للمس هذه الأفعال غير مضبوط يضطر أصدقاؤه إلى الانتظار مذهولين حتى يرجع ويصحح ما فعله ورغم أنه من المفهوم منطقيا أنه لا توجد حاجة لهذا السلوك إلا أن الفرد يشعر وكأنه شرا رهيبا سيحدث إذا لم يتم القيام بهذا الفعل، والتكرار الواضح الذي تتكرر به الأفعال القهرية قد يكون مذهلا مثل التي تمضغ الطعام بملء فمها 300 مرة، وتتضمن تلك الأفعال القهرية ما يلي:

- متابعة النظافة والترتيب خلال طقوس دقيقة أحيانا.

- أداء أفعال وقائية متكررة وبصورة ساحرة كالعد أو لمس جزء من أجزاء الجسم.
- المراجعة المتكررة لضمان تنفيذ أفعال محددة مثل الرجوع سبع أو ثمان مرات في صف لرؤية انطفاء الأنوار أو شعلات موقد الغاز وإغلاق الحنفيات وإغلاق النوافذ والأبواب.

5- الإرهاق العصبي:

الإرهاق العصبي هو نقص في القوة، وينجم عن تعب شديد من النهوض الصباحي وصعوبة في العمل ويظهر صعوبة في النشاط والحمول ونقص الطاقة الحيوية للفرد. كما يكون من المستحيل على الشخص أن يركز انتباهه ويشعر بفراغ في الرأس. نجد في الإرهاق النفسي الكثير من علامات الكآبة التي تحتلط معها غالبا. ومن أكثر الأسباب شيوعا للإرهاق العصبي هو العمل المفرط والإجهاد في الوسط الاجتماعي أو العائلي المتعب جسميا ونفسيا .

6- الهستيريا:

تعتبر الهستيريا من بين الاضطرابات النفسية التحويلية، كما تعتبر واحدة من أكثر الأمراض النفسية المثيرة للجدل فتاريخ الهستيريا يندمج مع تاريخ الطب. في عام 400 قبل الميلاد، يعتقد أبقراط أن الأعراض الهستيرية ترجع إلى التنقل الرحمي عبر الجسم إلى الدماغ. جالينوس في عام 200 قبل الميلاد "يثبت" الرحم ويرى أن الهستيريا اضطراب يحدث لدى البشر. الخلط بين الأسباب والنتائج الجنسية للهستيريا يندمج حتى القرن التاسع عشر حيث حاول شاركو تطبيق النموذج العصبي على الهستيريا دون نجاح لكنه لاحظ على أن الحالة التي تعاني من الاضطراب حساسة للتونيم. كشف فرويد عن الأصل النزاع اللاشعوري والرغبات الجنسية المكبوتة التي أدت إلى ظهور الأعراض الهستيرية (Dr Nathalie Papet. Cite web).

أما حاليا فقد تم تقسيم الهستيريا إلى 3 أقسام رئيسية:

1. الاضطرابات التفكيرية: وتتصف هذه الاضطرابات في العادة بانقطاع الوظيفة التكاملية للهوية والذاكرة أو الشعور أو إدراك المحيط، ويمكن لها الظهور فجأة أو بالتدريج، كما قد تأخذ شكلا حادا أو مزمنًا، ونجد من بين هذه الاضطرابات: فقدان الذاكرة التفكيرية، تمدد الشخصية التفكيرية.
2. اضطرابات ذات الشكل الجسدي: تصنف في هذه الفئة من الاضطرابات التي تشبه الأمراض العضوية فيما يتعلق بالآلام الجسدية، والتي لا يكون لها أي أساس عضوي، وهنا يجب التفريق بين الآلام الشعورية الموجهة بشكل إرادي والاضطرابات العضوية ذات سبب نفسي أو التي تستمر على أساس نفسي. ومن بين الاضطرابات نجد: اضطرابات سوء البنية الجسدية (الانشغال بسوء خلقي توهمي)، الاضطرابات التحويلية (العمى الهستيريا، الشلل الهستيريا، أو فقدان أي وظيفة جسدية دون أساس عضوي)
3. توهم المرض **Hypochondria**: ويتصف بالإرهاق والتعب الدائم المصحوب بانشغال البال المفرط وسوء التفسير للحوادث الجسدية الناتجة عن قناعات غير ملائمة بالمعاناة بالمرض رغم عدم وجود أي عرض جسدي (هانس راينيك، موقع الكتروني شوهد في 2019/09/12).

الذهان

يأخذ الذهان حيزا كبيرا في الجداول العيادية في علم النفس المرضي، كما يأخذ حصة الأسد من الأبحاث النظرية والتطبيقية وفي مختلف المجالات، وذلك راجع لتنوع أشكاله العيادية وارتباطه وتشابكه مع الجانب العضوي وخاصة الجهاز العصبي ووظيفته، ورغم القدم والتطور الاصطلاحي لهذا المفهوم إلا أن استعماله مازال قائما، كما أن بالرغم من التطور العلمي إلا أن الكثير من الاضطرابات الذهانية مازالت غامضة.

أولا: تعريف الذهان:

تعرفه موسوعة علم النفس أنه: أحد الأمراض أو التصنيفات الكبرى للمرض العقلي الذي يتميز بتغيير جذري في الشخصية وإحساس مشوه أو متناقص بالواقع الموضوعي. قد يظهر الذهان كعرض من أعراض الاضطرابات العقلية، بما في ذلك اضطرابات المزاج والشخصية، والفصام، والاضطراب الهذيان، وتعاطي المخدرات. إنها أيضاً السمة المميزة للاضطراب الذهاني) أي الاضطراب الذهاني الحاد، والاضطراب الذهاني المزمن، والاضطراب الذهاني الناجم عن حالة طبية عامة، والاضطراب الذهاني الناتج عن المواد المخدرة (Bonnie R. Strickland, 2001).

كما يعرف زهران (2005: 85) الذهان على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي. ويتطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي للجنون من حيث احتمالية إيذاء المريض لنفسه أو غيره أو عجزه عن الرعاية الذاتية . ويلاحظ في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه، والاضطراب الانفعالي الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.

ثانيا: أسباب الذهان:

أسباب الاضطرابات الذهانية متنوعة ومختلفة ومعظمها غير معروفة كليا، إلا أن الأسباب الأكثر شيوعا هي:

- الاستعداد الوراثي
- إصابة الدماغ التي تؤدي إلى تلف خلاياه
- يظهر عند الحالات التي لديها اضطرابات عصبية كالصرع.

- ينتج عن الاضطرابات العقلية المختلفة
- التسممات الدوائية والمواد السامة، والإكثار من العقاقير والأدوية والمنشطات.
- تناول الكحوليات أو المخدرات لفترة طويلة أو التسمم بها.
- التسمم عن طريق المعادن والمواد الكيميائية.
- الضغوط النفسية المتكرر ولمدة زمنية طويلة، والأزمات والمشاكل والصدمات النفسية والاجتماعية.
- الحوادث الوعائية والصدمات الدماغية، والأورام والأمراض العضوية الدماغية.
- عوامل العدوة الفيروسي والبكتيري.
- حالات الحزن والحداد والاكتئاب الحادة والعميقة.
- الاختلال على مستوى النواقل العصبية والهرمونات خاصة الدوبامين وسيروتونين (موقع الكتروني شوهده يوم 21/09/2019 على الساعة 11.40)

ثالثا: أعراض الاضطرابات الذهانية :

1- على مستوى الإدراك :

- **الهلاوس** :وهو إدراك بدون موضوع مدرك واقعي وحققيقي ملموس، وتتعدد الهلاوس حسب الحواس، فهناك البصرية منه (رؤية أشياء ... أشخاص)، والسمعية (سماع أصوات)، واللمسية والحرارة، والشمية والذوقية، والهلاوس الداخلية (احساسات داخلية لأشياء في الجسد) وهلاوس نفسية (سماع أصوات داخل الرأس، في الحلق أو المعدة)(رينكر هانس، 2009).
- **الخداع** :وهو تشويه للموضوع المدرك مع وجود موضوع حقيقي وملموس إلا أنه تم تشويبه معرفيا، مثل تشويه صورة ظل ستار النافذة إلى وحش، أو التحريفات السمعية كتحريف بعض الكلمات أنها شتم أو أنها رموز كونية (رينكر هانس، 2009).

- الإدراك الزمني والمكاني: يظهر هذا النوع من الاضطراب في الإدراك خاصة في الاضطرابات الناجمة عن التسممات أو الأمراض العضوية العصبية، حيث يفقد الفرد إدراكه الحقيقي بالزمان (ليل نهار) والمكان (المنزل، العمل) (رينكر هانس، 2009).

2- على مستوى التفكير :

- على مستوى مجرى التفكير: وهو تسارع في الأفكار مثل ما هو ملاحظ في اضطراب الهوس، أو تباطؤ الأفكار مثل ما هو ملاحظ في الاكتئاب، أو انقطاع الأفكار مثل ما هو ملاحظ في الأشكال الكاتاتونية، أو التذبذب في مجرى التفكير بين هذه الأشكال الثلاثة (رينكر هانس، 2009).
- على مستوى محتوى التفكير: ويغلب على هذا المستوى التفكير الهذيان وهو تفكير خاطئ وغير منطقي ومتناقض مع الواقع والاستدلالات العقلية كما إنها اعتقاد خاطئ لا يمكن تفسيره بالثقافة أو البيئة الاجتماعية، وتغزو هذه الأفكار ذهن المريض ويسلم بواقعتها، فيبني عليها أحكامه ويقوم بالتحري في صدقها ببراهين خاطئة وتحريفات معرفية واضحة، وأشهرها: هذيانات العظمة، الاضطهاد، الانتساب الشريف، الاحتجاج، الغيرة، العذاب، الاستحواذ.... وغيرها (رينكر هانس، 2009).

3- على مستوى الذاكرة :

- تشوهات معرفية على مستوى الذاكرة تحريف الذكريات وتوجيهها فقط إلى ما هو سلبي دون ما هو إيجابي مثل ما يحدث في اضطراب الاكتئاب.

4- على المستوى الانفعالي والمزاجي:

وتتميز بالتغيرات المزاجية والانفعالية التي تحدث للحالة من ارتفاع المزاج الانفعالي والنشاط الحيوي للطاقة النفسية مثل ما هو ملحوظ عند الحالات الهوسية، أو الانخفاض مثل ما هو ملحوظ في الاكتئاب، أو القلق الشديد الناتج عن الهذيان والهلاوس عند الحالات الذهانية، أو الحزن والغضب والاكتئاب، كما نلاحظ التناقض الوجداني، والانقلاب الانفعالي والمزاجي (Agnès Bonnet1 & Lydia, Fernandez.) :122 (2017).

5- على المستوى السلوك والمظهر :

قد يصل الذهان إلى مستوى كبير من الاغتراب العقلي، مما يظهر على حالة الظاهرة من لباس ونظافة، فنلاحظ اتساخ الملابس والمظهر مع شعر كبير للحية والرأس مع طول الأظافر واتساخها، كما قد نلاحظ تناقض في اللباس (لباس الشتاء بالصيف أو العكس) (Agnès Bonnet1 & Lydia, Fernandez.) (2017:124).

6- على مستوى اللغة :

تعبّر اللغة عن الجانب الفكري والانفعالي للحالات، فتتسارع اللغة وتتباطأ أو تنقطع حسب مجرى التفكير، كما أنّها تعبّر عن محتوى خاطئ لتفكير الذهاني فتظهر في لغته الشفوية والمكتوبة التي تعبّر عن هذياناته وهلاوسه، كما قد نلاحظ اختلال وتناقض على المستوى اللغوي وغموض على مستوى المفردات كاستخدام كلمات من تأليفه (Agnès Bonnet1 & Lydia, Fernandez. 2017 :126).

رابعا: أنواع الذهان:

يمكن تقسيم الذهان إلى ثلاث أقسام:

1- الذهان المزمن: يتميز الذهان المزمن بانتظام الهذيانات وأخذها شكلا وموضوع واحد مع تطور بطيء ومستقر، وتأخذ شكلا مزمنا ودائما، واحتمال الانتكاسة كبير جدا مع العلاج.

2- الذهان الحاد: يتميز بشدة الاضطراب وعدم انتظام الهذيانات وسرعة تطورها مع حالات انفعالية حادة تصل إلى الهيجان، يدوم من بضعة أسابيع إلى بضعة أشهر، احتمال الانتكاسة قليل مع العلاج ولكن احتمال التطور إلى أشكال أخرى موجود أو يدخل في شكل دوري أو مختلط مثل ما هو عليه في الذهان الهوسي الاكتئابي.

3- الذهان غير المنتظم: يتميز هذا الذهان بحالة من الإزمان، مع عدم انتظام واستمرار الهذيانات كموضوع واحد، ويظهر هذا النوع الذهاني في الأشكال الفصامية.

كما يمكن تقسيم الذهان إلى ذهان وظيفي حيث يكون فيه الخلل راجع إلى وظيفة الجهاز العصبي في حين يوجد ذهان عضوي حيث يكون الخلل ناتج عن اضطراب عضوي كحدوث انكسار جمجمي أو صدمة دماغية

أو وعائية أو التهاب، أو ورم، أو عدوة بكتيرية أو فيروسية، أو ضمور الخلايا العصبية (Porot A, 575-578:1996).

خامسا: الأشكال العيادية للذهان:

1- الفصام:

الفصام هو اضطراب يتسم باختلال في التفكير، والمشاعر، والسلوك، التفكير المضطرب هو الذي تكون فيه الأفكار غير مترابطة منطقيا، وخطأ الإدراك والانتباه، والافتقار إلى التعبير العاطفي، وإهمال المظهر والهندام، قد ينسحب المصابون بالفصام وينعزلون بعيدا عن الناس وعن حقيقة الأحداث اليومية، وغالبا يتجهون إلى معتقدات شاذة فردية الضلالات والهلاوس، ونظراً لأن الفصام مرتبط بوجود هذه الاضطرابات المنتشرة في حياة الشخص فقد كان من الصعب اكتشاف أسباب الاضطراب، وإيجاد طرق للتعامل معها ومعالجتها. لا يزال أمامنا طريق طويل للوصول إلى الفهم الكامل للعوامل المتعددة التي تؤدي إلى الإصابة بالفصام، وطرق المعالجة التي تتسم بالفاعلية خالية من الآثار الجانبية غير السارة (كرينغ وجونسون، 2016: 496)

منذ نحو ثلاثين عاما مضت، قسم الباحثون هذه الأعراض إلى فئتين رئيسيتين، إحداهما إيجابية والأخرى سلبية: - الأعراض الإيجابية: وتتمثل في الهلاوس ويكون أغلبها سمعية، والهذيان التي تأخذ شكل غير منتظم وتكون حول العظمة الاضطهاد أو الذنب. الحديث غير المنظم وهو عدم تنظيم الكلام، فغالبا ما يكون الحديث غير منظم وخارج عن الموضوع ويكون من المستحيل فهمه. السلوك غير المنظم حيث المريض يعاني من صعوبة في السلوك الموجه نحو الهدف-19 : 2007 (Brigid M. Kane, Christine, Ph.d. Collins, 20)

- الأعراض السلبية: تتكون الأعراض السلبية للفصام من الاضطرابات والعيوب السلوكية، مثل: انعدام الإرادة، غياب الاختلاط الاجتماعي، انعدام اللذة، قلة التأثر العاطفي، فقر التعبير اللفظي، يشير انعدام الإرادة أو السلبية إلى فقدان الدافع أو غياب الاهتمام أو عدم القدرة على مواصلة الأنشطة الروتينية المعتادة بما في ذلك العمل أو الدراسة أو الهوايات أو الأنشطة الاجتماعية (كرينغ وجونسون، 2016: 500).

الأشكال العيادية للفصام: هناك العديد من الأشكال العيادية للفصام نذكر منها باختصار: الفصام الهيفريني، الفصام الكتاتوني، الفصام البارانويدي، اكتئاب ما بعد الفصام، الفصام الوجداني.

2. الذهان الهذيان (الضلالي، البارانويا):

السمة الأساسية للاضطراب الهذيان هي وجود أفكار هذيانية تستمر على الأقل لمدة شهر واحد، ولا يتم إعطاء تشخيص للاضطراب الهذيان إذا كان لدى الفرد عرضاً من أعراض الفصام. بصرف النظر عن التأثير المباشر للهذيان، قد يكون ضعف الأداء النفسي أكثر تقييداً من تلك التي تظهر في اضطرابات نفسية أخرى

مثل الفصام، والسلوك ليس غريباً أو متطرف. إذا حدثت نوبات مزاجية بالتزامن مع الهذيان، فإن المدة الإجمالية لهذه الحلقات المزاجية تكون موجزة بالنسبة إلى المدة الإجمالية للفترة الهذيانية. لا تعزى هذه الهذيان إلى التأثيرات الفيزيولوجية للمادة) مثل الكوكايين (أو حالة طبية أخرى) مثل مرض الزهايمر (ولا يمكن تفسيرها بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب تشوه الجسم أو اضطراب الوسواس القهري) (A.P.A, 2015). الأشكال العيادية للذهان الهذيان: هذيان الغيرة، هذيان الحب، هذيان العظمة، هذيان الاضطهاد، هذيان جسدية، الهذيان المختلط، هذيان مع محتوى غريب.

3. الذهان السوداوي :

فقدان كامل للاهتمام وعدم القدرة على التفاعل للأنشطة ممتعة عادة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يكون هناك ثلاثة أو أكثر من الميزات التالية:

- نوعية متميزة بشدها من المزاج المكتئب الذي يختلف عن نوع الشعور بفقدان المتعة.
- يكون الاكتئاب أسوأ في الصباح مصحوب بتعب.
- الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على النهوض من الفراش.
- التهيج النفسي حركي أو تباطؤ جد ملحوظ
- شهية كبيرة و / أو فقدان الشهية مع فقدان الوزن
- الشعور بالذنب غير المناسب أو المفرط (Edward S Friedman, Ian M Anderson, 2010).

4. الذهان الهوسي :

نوبات الهوس والهوس الخفيف، هي إحدى مظاهر مرض الاضطراب ثنائي القطب، الذي يتميز بتقلبات مزاجية شديدة تتضمن زيادة الانفعالات) الهوس أو الهوس الخفيف (وهبوطها) الاكتئاب، وتحدث التقلبات المزاجية بمعدلات مختلفة. نوبات الهوس تزيد فيها الانفعالات المزاجية، وتكون مصحوبة بزيادة متواصلة في النشاط لا بد ألا تكون نوبات الهوس والهوس الخفيف ناتجة عن أي أمراض أو عقاقير ومتواصلة تستمر لمدة أربعة أيام متواصلة على الأقل.

معايير نوبات الهوس أو الهوس الخفيف (Mania and Hypomania) :

إن نوبة الهوس فترة تتميز بزيادة الانفعالات المزاجية، أو بمزاج مُنتشٍ أو حساس للتهيج بصورة غير طبيعية ومتواصلة، يستمر لمدة أسبوعٍ على الأقل أو أقل من ذلك إذا دعت الحاجة إلى الدخول إلى المستشفى وتتضمن هذه النوبة زيادةً متواصلةً في النشاط أو الطاقة الموجهة نحو هدف ما.

إن نوبة الهوس الخفيف فترة تتميز بزيادة الانفعالات المزاجية، أو بمزاجٍ مُنتَشٍ أو حساسٍ للتهيج بصورةٍ غير طبيعية. وبالنسبة لكل من نوبة الهوس والهوس الخفيف، وخلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة، لا بد من وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية (أربعة أعراض إذا كان المزاج حساسًا للتهيج فقط)، ولا بد أن تمثل هذه الأعراض تغيرًا ملحوظًا عن السلوك الاعتيادي:

- تضخم الذات أو هوس العظمة.
- انخفاض الحاجة إلى النوم (كأن تشعر على سبيل المثال بالراحة بعد النوم لثلاث ساعات فقط)
- الثثرة غير الاعتيادية. الأفكار المتسارعة. التشتت.
- زيادة في النشاط الموجه نحو هدف ما (سواء في الجانب الاجتماعي أو في العمل أو المدرسة أو من الناحية الجنسية) أو في الانفعال.
- القيام بأشياء غير اعتيادية وتنطوي على احتمالٍ كبيرٍ لحدوث عواقب مؤسفة، مثل الانغماس في الملذات دون قيود، أو الحركات الجنسية الطائشة، أو الاستثمارات التجارية المتهورة.

ولكي تعدّ النوبة نوبة هوس:

- لا بدّ أن يكون اضطراب المزاج حادًا بما يكفي ليتسبب في صعوبة ملحوظة في العمل أو المدرسة أو النشاطات أو العلاقات الاجتماعية، أو لدرجةٍ تستدعي العلاج في المستشفى تجنّبًا لإلحاق الضرر بالنفس أو بالآخرين، أو لدرجةٍ تسبّب الانفصال عن الواقع (الذهان).
- ولا تكون الأعراض ناتجة عن التأثيرات المباشرة لشيء آخر، مثل تناول الكحول، أو المخدرات، أو إلى الأدوية، أو إلى حالةٍ طبيةٍ ما.
- نوبات الهوس تزيد فيها الانفعالات المزاجية، وتكون مصحوبة بزيادة متواصلة في النشاط لا بدّ ألا تكون نوبات الهوس والهوس الخفيف ناتجة عن أي أمراض أو عقاقير لا بدّ ألا تكون نوبات الهوس والهوس الخفيف ناتجة عن أي أمراض أو عقاقير.
- ولكي تعدّ النوبة نوبة هوسٍ خفيف تكون النوبة عبارة عن تغيرٍ بارزٍ في المزاج وأداء الوظائف لا يتميّز به الشخص عادة عند غياب الأعراض، وهذا التغير كافٍ ليلاحظه الآخرون. ولا تكون هذه النوبة حادةً بما يكفي أن تسبب صعوبةً كبيرةً في العمل أو في المدرسة أو خلال النشاطات أو العلاقات الاجتماعية، كما أنها لا تستدعي الدخول إلى المستشفى ولا تسبّب الانفصال عن الواقع.

ولا تكون الأعراض ناتجة عن التأثيرات المباشرة لشيء آخر، مثل تناول الكحول أو المخدرات أو إلى الأدوية أو إلى حالةٍ طبيةٍ ما (موقع الكتروني، شوهده 26/09/2019 على 11.44).

5. ثنائي القطب :

إن الاضطراب ثنائي القطب هو اضطراب يأخذ شكل حلقي بين اضطراب الاكتئاب والهوس، فيشعر المريض بالهوس فيكون في قمة الفرح والانتشاء والنشاط، وتارة أخرى يشعر بفقدان الحيوية والحزن. وبدون أي سبب مباشر أو انذار عام يستدعي كلا الحالتين (A.P.A, 2011 :160).

6. الذهانات العضوية :

الذهان العضوي: وهو مرتبط بتلف في المخ أو الضمور في أنسجته نتيجة مرض أو حادث، ومن ذلك الذهان الكحولي بسبب إدمان الكحول (تناذر كورسكوف)، والذهانات التسممية بسبب إدمان العقاقير، وذهان تصلب شرايين المخ، وذهان زهري الجهاز العصبي المركزي، وذهان الالتهاب السحائي، وذهان الشلل العام، والزهيمر. وكلها اضطرابات عقلية تترتب على امراض عضوية معينة ذاتية المنشأ أو سببها التلوث الجرثومي، وذهان النفاس والذهان الحلمي ويحدثان خلال الحمل أو عند الولادة، وذهان الحمى، وذهان المجاعات بسبب الاضطرابات الغذائية، وذهان اضطرابات الغدد الصماء وذهان الاضطرابات الأيضية (موقع الكتروني شوهده 26/09/2019 على الساعة 17.50).

الاضطراب الحدي والشخصية الحدية

يستحضر مفهوم "الحدي" في نفس الوقت مفاهيم الحدود بين العادي والمرضي أو بين العصاب والذهان فيعتبر تنظيم خاص للشخصية ذات خصوصية نوزوغرافية حقيقية. بعد المنظورات التاريخية الكلاسيكية للطب النفسي والتحليل النفسي يعتبر الاضطراب الحدي إشكالية مازالت قائمة رغم تصنيفها آنيا ضمن اضطرابات الشخصية. (موقع ألكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21)

أولاً: تعريف الحالة الحدية:

يمكن تعريف الحالة الحدية على أنها حالة تقع بين حدود العادي والمرضي، وبين الحدود الذهانية والعصابية.

يعرفه (JD Guelfi F Chaine) أولاً: إنه يستحضر فكرة الحدود، سواء كانت بين الطبيعي أو المرضي، وبين العصاب والذهان، وبين نظير الطب العقلي والتحليل النفسي. ويشير أيضاً إلى فكرة الحدود، حيث لم تعد حالة الحد المطابقة لشكل من أشكال الانتقال، وإنما إلى كيان حقيقي مرضي وفقاً لمعايير الخاصة. هنا مرة أخرى، الأوصاف السريرية غير المتجانسة التي تجمع بين الطب (حيث تتوافق الأعراض مع متلازمة)، وبيانات التحليل النفسي (بالإشارة إلى الأداء العقلي الأساسي) وتحليل الاختبارات الإسقاطية للشخصية تجعل الشخصية تقتصر على المحتوى بأكمله غير مؤكد (موقع ألكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

ثانياً: الدراسة السريرية والمرضية للحالات الحدية:

الحالة الحدية، وهو مفهوم يبشر بصيغة الجمع تعدد الأشكال السريرية والمرضية، ويشير مسألة الهوية التشخيصية. يمكن العثور على أي أعراض نفسية في الحالات الحدودية لتعدد الأشكال السريرية والأعراض، متمثلة في عجز المريض عن وضع آليات دفاعية مستقرة أو تنازلات فعالة للأعراض. يمكن إجراء التشخيص بطريقتين مختلفتين.

يمكن للعرض السريري للمريض الحدودي أن يطرح على التوالي مسألة الانتماء إلى سجل الاكتئاب، والذهان، والعصاب (المستيري، والقلق، والخوف، والوسواس)، واضطراب الشخصية (هستيرية، انعزالية، ارتيايية، نرجسية، تفككية، اتكالية). وبالتالي، يمكننا أن ننتهي بالتشخيص بعد تحول نوزغرافي جد معقد، وهو ما يرقى إلى تحديد حالة الحدية بما لا يكون: إنها حالة سريرية ليست عصاباً أو ذهاناً، ولا اضطراب في الشخصية، ولا حالة اكتئاب نموذجية.

هناك طريقة أخرى للتعامل مع التشخيص وهي محاولة تحديد مفهوم حالة الحدية، ومحاولة تحديد الثوابت، والخصائص التي تسمح بالتشخيص الإيجابي. مكن العمل المنجز في هذا الصدد من تحديد بعض العناصر الإكلينيكية التي توحى بالتشخيص، والتي تعتمد على أعمال Kernberg و Bergeret التي تم تجميعها في عام 1975، كما أنه لا يمكن إجراء هذا التشخيص إلا في سياق معين من المقابلات المتكررة حيث يفتح الممارس للأداء النفسي للمريض (Jean Bergeret et al, 2008) (موقع إلكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

ثالثاً: الدراسة العيادية للأعراض:

1- القلق:

إنه منتشر بشكل ظاهر وواضح، ويغزو المريض، فيمكن أن يعبر عن نفسه بطريقة متناقضة، مصحوب بالاحساس بفقدان معنى الحياة والتماسك الداخلي. خلال هذه المراحل الحادة، هناك أيضاً صراع ضد هوامات الهجر، ومشاعر الاستبعاد، والخوف من الاندفاع، والفشل. هذا التعصب للمريض تجاه آلامه يشهد على "ضعف الذات"، الذي وصفه المحللون النفسيون خاصة "اليرجوري"، حيث يرى أنه يتوافق مع قلق فقدان الموضوع (الهجر)، ويختلف عن قلق الإحصاء الموجود في الموضوع العصبي، وقلق التفكك لدى الذهاني. إنه يشهد على عدم قدرة الشخص على الارتباط والتحكم به بشكل فعال عن طريق إنشاء عمليات دفاعية مستقرة أو عن طريق حلول وسط فعالة للأعراض (Jean Bergeret et al, 2008) (موقع إلكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

2- أعراض المظهر العصبية:

هذه الأعراض تتقلب مع مرور الوقت، وهي مرتبطة بطريقة متغيرة:

أ. أعراض الرهاب:

فهي متكررة، متعددة، مثيرة بشكل خاص فهي متعلقة بشكل كبير بالجسم أو نظرة الآخر: رهاب النظر الخوف من الخوف، الخوف من التحدث أمام الجمهور. هناك أيضاً رهاب يحد من اضطرابات الوسواس القهري: رهاب الأوساخ. يبذل المريض جهوداً لترشيد اضطراباته التي لها خاصية اضطهادية. ومن الخصائص المميزة أيضاً للرهاب المتعدد أنها تؤدي إلى تعطيل الحياة الاجتماعية (موقع إلكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

ب. أعراض الوسواس القهري:

الأفكار والطقوس الوسواسية هي أيضًا عقلانية للغاية، ولا تقتنن بالمقاومة أو الصلابة الدفاعية أو العقاب الذاتي (موقع ألكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

ج. أعراض التحويل

تكون هذه التحويلات غير نمطية أو متعددة أو مع عجز وظيفي خطير ومطالبة وفوائد ثانوية كبيرة. هناك نوبات حادة مثل الحالات الغسقية، هروب تفككي، فقدان الذاكرة، اضطرابات الوعي. هذه الأعراض تكون غير منظمة (موقع ألكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

د. الأعراض الايكوندريا:

إنهم يهتمون بشكل أساسي بمخاوف القلق التي تغزو الوعي المتعلقة بالأمراض وتوهم المرض، والتي تظهر بشكل عقلائي، وتأخذ شكل متكرر ونمطي (الهواء، التلوث، الغذاء) (موقع ألكتروني، شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

3- اضطرابات المزاج:

انتشار الاضطرابات الاكتئابية هو (40 إلى 60 ٪ من المرضى الذين يعانون من الحالة الحدية يعانون من متلازمة الاكتئاب الرئيسية)، والتي جعلت بعض المؤلفين مثل بيرجري يعتبرونها العنصر الأساسي في التنظيم الهيكلي للمريض الحدودي، وتتميز بـ:

- ندرة التباطؤ الحركي النفسي، وإذا كان موجودا فإنه غير مستقر.

- ندرة مشاعر الذنب.

- أهمية الألم الأخلاقي

- مشاعر الغضب البارد والغضب بدلا من الحزن. يتم الإبلاغ عن الغضب في كثير من الأحيان من قبل المريض، ويعكس العالم الفوضوي الداخلي للمرضى.

- اليأس والعجز في مواجهة المواضيع التي يتعذر الوصول إليها.

- يرتبط الشعور بالفراغ المزمن الدائم بالإحساس بالملل والكسل الشديد وفقدان الإحساس بالوجود والتخدير العاطفي وجشع العلاقات مع الآخرين بما يتناقض مع تحيزات الاكتفاء الذاتي والسلطة المطلقة، والتي تعطي هذا

الانطباع عن الذات الزائفة. هناك صلة مباشرة بين هذه السلوكيات الخاطئة وإساءة استخدام المواد المخدرة أو الأعمال العدوانية الذاتية، أو محاولات الاستثمار الفكري أو الديني المكثف والمؤقت. هذا الفراغ، بغض النظر عن مدى الألم الناجم عنه، قد يكون أفضل من الاقتصاد النفسي للمريض، أو التأثيرات التي يشعر بها عند مواجهة حالة من الاعتماد على موضوع خارجي، أو الخوف من فقدانه.

- تأثير غير منظم لهذه الأعراض على القدرات التكيفية للمريض.

- عمق الاكتئاب متغير وغير ثابت.

- خطر الانتحار كبير (موقع إلكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

4- الاضطرابات السلوكية الاندفاعية

إنها تؤثر على الحياة الكاملة للفرد: عدم الاستقرار العاطفي، والمهني، إلخ ... لدى هؤلاء المرضى، ينقص الترميز (الرمزية)، ويمثل الانتقال إلى الفعل جزءًا لا يتجزأ من وضع علاقتهم، مما يبرز هشاشة الأنا، والتناوب بين التبعية / الاكتفاء الذاتي، والكمال / تخفيض القيمة، والانصراف / التجنب، والطلب الهائل / قلق التخلي.

التلاعب العدواني مع الآخر يميز وضعية علاقتهم (موقع إلكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

أ. الانتقال إلى الحدث:

إنها بشكل أساسي مضر بالنفس مثل تشويه الذات، ومحاولات الانتحار، والسكر الحاد، والجرع الزائدة من المخدرات أو المنشطات، أو نوبات الشره، أو حوادث الطرق أو غيرها من سلوكيات الخطر المتكررة. كما يمكن أن يكون نوعًا من الغضب والعنف والسرقه ... تؤثر أيضًا على الحياة الاجتماعية للمريض من خلال تمزق عاطفي، وانفصال مهني متكررة على الرغم من جودة استثمار جيد. لقد حدد كيرنبييرج أن المرور إلى الفعل أو الحدث غير إيجابي، بمعنى أنه في الوقت الذي يذهب فيه المريض إلى الفعل، يشعر بالرضا الغريزي، والراحة (موقع إلكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

ب. سلوكيات التبعية:

تنبعث من وضع علائقي اعتمادا على الآخر من طرف المريض الحدي. في الواقع يتحدث المريض مع بعض الأشخاص من حوله عن علاقة الخضوع (مثل العلاقة بين الوالدين والطفل) مع المثالية، ولحظات التحول إلى عدوانية تجاه الموضوع (الموضوع المثالي سابقا) التي لم تلبى توقعاته. وبالمثل، فإن الحالة التي تدمن على تعاطي

السموم (الكحول، المخدرات) أو السلوكيات القهرية (الشراهة المرضية، القمار المرضي، التسوق القهري، الميلول الجنسية القهرية المتعددة) تكون مثالية، بينما تشكل عدواناً تجاه الموضوع نفسه، فينتقده المريض من بعد (موقع إلكتروني، شوهده في 2019/09/29 على الساعة 21.21).

5- الحالات النفسية الحادة:

- الطمع و الجشع في الطلب والحصول على مساعدة عاجلة، مع استرضاء سريع.

- محاولة الانتحار

- نوبات الهلع

- أو العديد من التجارب الوهمية العابرة التي تستجيب جيداً للعلاج في المستشفيات: بجنون العظمة غير المهلوسة، الأفكار الغريبة.

رابعا: الشخصية الحدية:

1- المعايير التشخيصية 301.83 (F60.3)

نمط شائع من عدم الاستقرار في العلاقات بين الأشخاص، والصورة الذاتية، والعواطف، والاندفاع الملحوظ، تبدأ في سن مبكرة وتوجد في سياقات متنوعة، كما يتضح من خمسة (أو أكثر) مما يلي:

1. الجهود الجارحة لتجنب التخلي الحقيقي أو المتصور. (ملاحظة: لا تشمل السلوك الانتحاري أو التشويه الذاتي في المعيار 5).

2. نمط من العلاقات الشخصية غير المستقرة والمكثفة التي تتميز بالتناوب بين النقيضين من المثالية وتخفيض القيم (الأخلاقية الدينية الاجتماعية...).

3. اضطراب الهوية: صورة ذاتية بشكل ملحوظ غير مستقرة وغير ثابتة لا بالإحساس ولا بمفهوم الذات.

4. الاندفاع في مجالين على الأقل يحتمل أن يكونا مدمرين (على سبيل المثال، التبذير، الجنس، الإدمان، القيادة المتهور، الأكل بنهم). (ملاحظة: لا تشمل السلوك الانتحاري أو التشويه الذاتي في المعيار 5).

5. السلوك الانتحاري المتكرر أو الإيماءات أو التهديدات أو سلوك التشويه الذاتي.

6. عدم الاستقرار العاطفي بسبب ردود الأفعال ملحوظ من المزاج (على سبيل المثال اختلالات المزاج العرضية المكثفة، والتهيج، أو القلق عادة ما تدوم بضع ساعات ونادرا ما يكون أكثر من بضعة أيام).

7. الشعور بالفراغ المزمن.

8. غضب شديد غير مناسب، أو صعوبة في السيطرة على الغضب (على سبيل المثال، عروض متكررة من الغضب، والغضب المستمر، معارك جسدية متكررة).

9. حدوث عابر في المواقف العصبية من الأفكار الاضطهادية أو أعراض انفصالية حادة (A.P.A, 2013).

2- ميزات التشخيص

السمة الجوهرية لاضطراب الشخصية الحدية هي نمط شائع من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، والصورة الذاتية، والعواطف، والاندفاع الملحوظ الذي يبدأ في مرحلة البلوغ المبكر وهو موجود في مجموعة متنوعة من السياقات.

يبدل الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية جهودًا جامحة لتجنب التحلي الحقيقي أو المتصور (المعيار 1). إن إدراك الانفصال أو الرفض الوشيك، أو فقدان البنية الخارجية، يمكن أن يؤدي إلى تغييرات عميقة في الصورة الذاتية، والعاطفة، والإدراك (المعرفة)، والسلوك، هؤلاء الأفراد حساسون للغاية للظروف البيئية. إنهم يخشون مخاوف شديدة من الإهمال والغضب غير الملائم حتى عندما يواجهون انفصلاً واقعياً محدوداً أو عندما تكون هناك تغييرات لا يمكن تجنبها في الخطط (على سبيل المثال: اليأس المفاجئ في رد الفعل على قيام الطبيب بالإعلان عن نهاية الساعة؛ الذعر أو الغضب عند قيام شخص مهم بالتأخر لمجرد بضع دقائق في وقت أو يجب إلغاء موعد). قد يعتقدون أن هذا "التخلي" يعني أنهم "سيئون". وترتبط مخاوف التحلي هذه بعدم التسامح مع كونهم وحدهم والحاجة إلى أن يكون لها أشخاص آخرون معهم. قد تتضمن جهودهم المحمومة لتجنب الهجر بعض الإجراءات المتهورة مثل سلوك التشويه الذاتي أو السلوك الانتحاري، والتي يتم وصفها بشكل منفصل في المعيار 5.

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لديهم نمط من العلاقات غير المستقرة والمكثفة (المعيار 2). قد يقومون بوضع علاقات والتمسك بها منذ اللقاء الأول أو الثاني، ويطلبون قضاء الكثير من الوقت معاً، ومشاركة التفاصيل الأكثر أهمية في بداية العلاقة. ومع ذلك، قد يتحولون بسرعة من المثالية إلى تخفيض القيمة، والشعور بأن الشخص الآخر لا يهتم بما فيه الكفاية، لا يعطي ما يكفي، أو ليس "هناك" بما فيه الكفاية. يمكن لهؤلاء الأفراد أن يتعاطفوا ويشرفون على رعاية الآخرين، ولكن فقط مع توقع أن يكون الشخص الآخر "موجوداً"

في مقابل تلبية احتياجاته الخاصة عند الطلب. هؤلاء الأفراد عرضة للتحويلات المفاجئة والمثيرة في نظرهم للآخرين (وجهة نظرهم اتجاه الآخرين)، الذين قد ينظر إليهم من انهم رائعون مباشرة على انهم سيئون. مثل هذه التحويلات تعكس في كثير من الأحيان خيبة الأمل مع مقدم الرعاية الذي تم تحسين الصفات التي تميزه أو من المتوقع رفضه أو هجره.

قد يكون هناك اضطراب في الهوية يتميز بصورة ذاتية بشكل ملحوظ وثابت غير مستقر أو إحساس بالذات (معيار 3). هناك تحولات مفاجئة ومثيرة في صورة الذات، تتميز بتحويل الأهداف والقيم والتطلعات المهنية. قد تكون هناك تغييرات مفاجئة في الآراء والخطط حول المهنة، والهوية الجنسية، والقيم، وأنواع الأصدقاء. هؤلاء الأفراد قد يتغيرون فجأة من دور المتعهد المحتاج للمساعدة إلى ذلك المنتقم الصالح من سوء المعاملة السابق. على الرغم من أن لديهم عادة صورة ذاتية مبنية على كونها سيئون، إلا أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يكون لديهم في بعض الأحيان مشاعر لا وجود لها على الإطلاق. عادة ما تحدث مثل هذه التجارب في الحالات التي يشعر فيها الفرد بعدم وجود علاقة ذات مغزى، ورعاية، ودعم. قد يظهر هؤلاء الأفراد أداء أسوأ في حالات العمل أو المدرسة غير المنظمة.

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يظهرون الاندفاع في مجالين على الأقل من المحتمل أن يكونا مدمرين (المعيار 4). قد يراهنون أو ينفقون الأموال بشكل غير مسؤول أو ينهمكون في تناول الطعام أو يتعاطون المخدرات أو ينخرطون في الجنس غير الآمن أو يقودون بتهور. يعرض الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب السلوك الانتحاري المتكرر، أو التهديد به، أو سلوك التشويه الذاتي (معيار 5). يحدث الانتحار الكامل في 8% - 10% من هؤلاء الأفراد، والأفعال ذاتية التشويه (على سبيل المثال قطع أو حرق) والتهديدات والمحاولات الانتحارية شائعة جداً. غالباً ما يكون الانتحار المتكرر هو السبب في أن هؤلاء الأفراد يقدمون المساعدة. وعادة ما تتعجل هذه الأعمال التدميرية الذاتية بتهديدات الانفصال أو الرفض أو عن طريق التوقعات بأن يتحمل الفرد مسؤولية متزايدة. قد يحدث تشويه الذات أثناء التجارب التفككية، وغالباً ما يجلب الراحة بإعادة التأكيد على القدرة بالإحساس أو من خلال إفصاح الفرد بأنه شرير.

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية قد يظهرون عدم استقرار عاطفي بسبب تغير وردة فعل ملحوظة في المزاج (على سبيل المثال اضطراب عاطفي حاد، أو تهيج، أو قلق عادة يستمر بضع ساعات ونادراً ما يكون أكثر من بضعة أيام) (المعيار 6). المزاج الأساسي المزعج لذوي اضطراب الشخصية الحدية غالباً ما يعطل بفترات الغضب أو الذعر أو اليأس، ونادراً ما يتصف بفترات من الرخاء أو الرضا. قد تعكس هذه الحلقات تفاعل الفرد المفرط مع الضغوط بين الأشخاص. قد يعاني الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية من مشاعر

الفراغ المزمّنة (المعيار 7). الملل بسهولة، فإنها قد تسعى باستمرار إلى القيام بشيء ما. الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يعبرون بشكل متكرر عن غضب غير مناسب، أو يصعب عليهم التحكم في غضبهم (المعيار 8). قد يعرضون سخرية متطرفة، أو مرارة دائمة، أو ثورات لفظية. غالبًا ما يحدث الغضب عندما يُنظر إلى مقدم الرعاية أو الحبيب على أنه مهمّل أو مقيد أو غير مقيد أو مهجور. تعبيرات الغضب هذه غالبًا ما يتبعها العار والشعور بالذنب. خلال فترات الإجهاد الشديد، قد تحدث أفكار عابرة جنون عابر أو أعراض تفككية (مثل تمدد الذات) (المعيار 9)، ولكن هذه عادة لا تكون شدتها أو مدتها كافية لضمان تشخيص إضافي. تحدث هذه الحلقات في كثير من الأحيان ردا على التحلي الحقيقي أو المتخيل. (A.P.A, 2013).

السيمولوجية في علم النفس المرضي

أولاً: تعريف السيمولوجيا

السيمولوجيا هو علم الوصف ويستخدم في علم النفس المرضي لوصف الاعراض والظواهر النفسية، ويتم تعريف السيمولوجيا على أنه علم الوصف للعلامات التي لوحظت أثناء الفحص السريري، سواء في المقابلة أو أثناء الاختبارات النفسية، ومعرفة العلامات والأعراض، وكذلك تنظيمها، كما تعتبر أمر أساسي في تشخيص المرض العقلي لأنه ينتج عن تنظيم العلامات التي يتم جمعها في المتلازمات وتنظيم المتلازمات في المرض (Serge Combaluzier, 2006).

ثانياً: المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي:

- **العرض:** أي الانحراف عن الأداء الطبيعي الذي يعتبر مؤشراً على اضطراب جسدي أو عقلي. عادة ما يكون نمط الأعراض المعترف به ضرورياً للحكم على الفرد باعتباره مصاباً بمتلازمة (تناذر) أو اضطراب نفسي (A.P.A, 2012, 573). أما الدراسة العرضية أو علم الأعراض فهي دراسة مخصصة لدراسة الأعراض والمؤشرات المرضية بشكل دقيق ومفصل، تعتمد الدراسة العرضية على المنهج الوصفي في وصف الأعراض كيفياً وكمياً (A.P.A 2012: 574).

- **التناذر:** مجموعة من الأعراض والعلامات التي عادة ما تكون ناتجة عن سبب واحد (أو مجموعة من الأسباب ذات صلة) وتشير معاً إلى مرض أو اضطراب جسدي أو عقلي معين (A.P.A, 2012: 575).

ثالثاً: التقسيم السيمولوجي للمرض النفسي:

يعتبر العرض علامة أو سلوك أو ظاهرة تظهر على الفرد بشكل شاذ، نستطيع الحكم عليها من خلال معايير السواء واللاسواء تتجمع هذه المظاهر في متلازمات أو اضطرابات ويقسم Serge Combaluzier (2006) الدراسة العرضية للاضطرابات والسيمولوجية للأعراض كما يلي:

1- اضطرابات المظهر

المظهر هو ما يظهر على الفرد في مقابلته مع الآخرين أو ما يظهر لأول وهلة ويلاحظه الآخرون. يجب أن نكون حريصين في ملاحظة الشكل الخارجي وخاصة ارتداء الملابس التي على الرغم من اعتمادنا على الموضة، تسلط الضوء على علامات سوء التكيف مع تقدم العمر والجنس البيولوجي والضرورات الاجتماعية (الركود أو العُري في حالات معينة من الإثارة)، حتى الطريقة المبالغ فيها (في بعض مرضى الفصام).

2- الاضطرابات الایمائية

يجب أيضاً الانتباه إلى الإيماءات التي تترجم الحالات العاطفية الانفعالية للفرد عن طريق تعابير الوجه والنظرة . نواجه بالتالي فرط إيماءات مبالغ فيه أو على العكس قصور و انعدام (واعتلال) الایماءات، تكون متناقضة أو غير مترابطة ومنظمة.

3- الاضطرابات النفسية الحركية

على المستوى الحركي، يكون حساساً ويقظاً للتهيج، الاندفاعية (الحاجة المفاجئة لأداء فعل مفاجئ)، الذهول، الجمود والاطاعة الآلية للحركات اللاإرادية (فقدان المبادرة الحركية) خطل الحركة (حركات غير طبيعية تتخلل حركات طبيعية)، التشنجات اللاإرادية، وأخيراً الصور النمطية (حركات متكررة تحدث بشكل رئيسي في حالات الفصام الحاد والتوحد).

4- اضطرابات الكلام اللفظي

يجب تمييز العديد من العلامات، فقد تعطل اللغة عصبياً في حالة فقدان القدرة على الكلام (حبسة بروكا ، حبسة فيرنيك).

يمكن العثور على المشاكل في ديناميات الكلام وبالتالي فإن الثثرة أو السيلان اللفظي (فرط الكلام ، الذي نلتقي به على سبيل المثال في الهوس) ، (الفك التلقائي لتسلسل الكلمات دون رابطة التي لوحظت خاصة في الفصام) ، والصمت الاختياري (كلي أو جزئي) يمكن أن يشير أيضاً إلى عداء المريض لحالة الفحص أو إلى الفاحص نفسه). يمكننا إضافة علامات مثل الصمت (الصمت الطوعي الموجود في مواضيع المحاكاة في المواقف الحرجة)، التأتأة، الصدى اللفظي (التكرار لمقاطع الكلمات أو الجمل). يمكن أيضاً تطاير ديناميكيات الكلام عن طريق الاندفاعات اللفظية (coprolalies) أو عن طريق الاستماع إلى محاورين وهميين (في حالة الهلوسة). من وجهة نظر بناء الجملة، نلاحظ أيضاً من الناحية النحوية الحديث بأسلوب تلغرافي تقريباً .أخيراً ، على مستوى الوظيفة الدلالية للغة، من الضروري التمييز بين التشابهات (الكلمات التي تنتمي إلى اللغة الحالية ولكن يتم تحويلها عن معانيها المعتادة) ، علم الكلام الجديد الحقيقي (وهي إبداعات حقيقية للكلمات التي لها معنى فقط للموضوع) والتي سوف تعطي لبعض مرضى الفصام فرصة لإنشاء لغة شبه حقيقية أو معجم (لغة خاصة) . وأخيراً في سجل أقل ذهانية وعلى مقربة من الطبيعي، يمكننا أن نلاحظ الزلات التي تكشف عن ظهور رغبات اللاوعي المكبوتة.

5- اضطرابات السلوك الغريزي

أ. اضطرابات الاخراج

قد يكون فقدان أو تعطيل وظائف العضلة العاصرة (التبول اللاإرادي، التغوط اللاإرادي) عابراً أو دائماً ، ليلياً أو نهائياً، وغالباً ما يظهر في البالغين في حالات مرضية شديدة النكوص يمكن أن تؤدي إلى أكل الفضلات أو اضطراب التغوط الارادي.

ب. اضطراب النوم:

لوحظت العديد من اضطرابات النوم مثل الأرق وفرط النوم واضطرابات نشاط الحلم (الكوابيس التي تتكرر وتتردد الهذيان). هناك أيضاً بعض المرضى يلجؤون إلى غرفة النوم وييقون هناك طوال اليوم (claustromania)، أو يظلون مستلقين على سريرهم.

ج. اضطراب الأكل

قد نكون حساسين للقيود الغذائية المفروضة على رفض الطعام أو الإفراط في تناول الطعام أو المشروبات . يجب علينا بعد ذلك التمييز بين عدة علامات مثل سيتومانيا ماجنان (sitomanie de Magnan) (الإكراه على تناول كميات كبيرة من الطعام) ، و phagomanie (عادات الأكل بين الوجبات) ا gloutonnerie (الشراهة (مصادفة في جداول الوهن) ، الشره المرضي boulimie ، انحرافات الغذاء ، و dipsomania (الدافع لامتناسص كميات كبيرة من المشروبات ، عادة الكحولية) ، potomania وأخيراً الميول لتناول السموم.

د. السلوك الجنسي والعلاقة الودية (الحب)

من الضروري التمييز بين الانحرافات (انحراف الغريزة الجنسية الإنجابية) عن الاضطرابات في أعمال الفعل الجنسي .بالإضافة إلى الاستمناء والعجز والبرود الجنسي.

7- اضطرابات السلوك الاجتماعي

يتم التعبير عن اضطرابات السلوك الاجتماعي بمفاهيم مثل الانتقال إلى الحدث، والانتحار، والتشرد (معتدون غير واعين ، وأشرار مدركين ، والتحول) ، وسرقات مرضية ، وهجمات غير أخلاقية أو قتل . كما قد تتجه نحو القلق من المواقف الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي والعزلة.

8- اضطرابات الوعي الذاتي

تركز هذه الاضطرابات الانتباه على تجربة الشخص فيما يتعلق بجسده وفي إدراكه للواقع.

أ. اضطرابات المخطط والقدرة الجسدية:

تظهر هذه الاضطرابات في الجداول العصبية التي تختلف اضطراباتها حسب الفص المصاب. تظهر بعض الصور غير العصبية أيضاً تغييرات مستهدفة لبعض أحاسيس الجسم. وهكذا الحال في hypochondria هذا التغيير في القدرة البدنية يمكن أن يتحول إلى هذيان عضوي أو التشوه.

ب. تبدد الشخصية

الشعور بأن الفرد لم يعد هو نفسه بعد الآن. يمكن أن يرتبط هذا الشعور بالسلامة الجسدية، أو وعي الشخصية (التلاشي)، أو العالم الخارجي (تمدد الواقع). لا توجد أي خصائص مسببة لتبدد الشخصية: يمكن أن تحدث لدى حالات طبيعية (تكون عابرة)، بعد تناول بعض الأدوية (LSD)، أما التمدد الفصامي فهو حالة خاصة بالاضطرابات الفصامية.

ج. اضطرابات اليقظة

هنا يجب أن نميز اضطرابات الانتباه التي يمكن زيادتها (فرط اليقظة) أو تقلصها (نقص اليقظة أو اضطراب الانتباه)

د. اضطرابات اليقظة الكمية

هناك فرط اليقظة (الإثارة النفسية، غير المنضبطة، مع تخوف مجزأ من العالم الخارجي) النقص في اليقظة (الذهول، الوهن، الارتباك، الغيبوبة) التي هي سمة من حالات الارتباك العقلي.

هـ. اضطرابات اليقظة النوعية

العلامات الرئيسية هي تضيق مجال الوعي الذي يركز محتويات الفكر على شاغل واحد، والذي لوحظ في الاضطرابات التحولية والتفككية (الميستيريا) والصدمات واضطرابات القلق (أمراض رد الفعل)، الحالات العسقية، الحالات الحلمية (ما يتم إدراكه هو أن يعيش في حلم مستيقظ مع التزام قوي، وليس بطريقة سلبية كما في الحلم) والحالات الهذيانية.

9- اضطرابات المزاج:

يتعلق المزاج بمجالات النشاط النفسي الأكثر تنوعًا. تقلباتها والتغيرات الموجودة في الحياة الطبيعية. توجد اختلافات مرضية ، مثل المزاج المكتئب (ترجع المزاج أو تدهوره)، الانتشاء المزاجي (ارتفاع درجة المزاج) أو اللامبالاة المزاجي أو عسر المزاج.

10- اضطرابات الإدراك

تتم هذه الاضطرابات بطريقة الإدراك، بمعنى ، طرائق دمج الحواس المختلفة والتمثيل النفسي الذي يصنعه الفرد. نحن نميز العديد من الاضطرابات ، مثل تمدد الواقع (حيث في حالة عدم وجود تغيير في الإدراك الحسي ، يُنظر إلى الكائن على أنه غريب أو غير اعتيادي) ، الاختلافات الكمية (ضحيج ضعيف يبدو قويًا ، والألوان تبدو أكثر وضوحًا) التي يمكن ملاحظتها في حالات الخلط الذهني، التسمم أو الهوس (حدة أكبر من التصورات) ، الاكتئابي (تغير اللون) وأيضًا التناسقي (عندما يكون الإدراك الحسي يتوافق مع حواس أخرى).

ومع ذلك، فإن الاضطراب الحسي الرئيسي هو الإدراك الخاطئ وهي الأوهام (نتحدث عن الوهم عندما لا يتم إدراك شيء حقيقي بشكل صحيح) والهلوسة (ادراك بدون موضوع).

هناك نوعان رئيسيان من الهلوسة: الهلوسة النفسية الحسية التي تتعلق بالحواس (المرئي ، والسمعي ، والشمي ، والذوق ، واللمس ، والحرارة) لموضوع غير موجود ويعطيه مكانًا فضائيًا ويعرض أدلة حقيقة على هذا الموضوع؛ هلوسة نفسية (بما في ذلك الأوتوماتيكية العقلية لـ G. de Clérambault وهي هلوسة لفظية ، أصوات داخلية ، لا يوجد فيها أي حساسيات (هذه أفكار مدركة) ، لا ذاتية) لا يعترف الموضوع بمضمون هذه الأفكار المفروضة) والتي يتم الشعور بها كتطفل على المجال الأكثر حميمية وشخصية (فكر) الموضوع. الأكثر شيوعًا هي متلازمة التأثير (تُفرض الأفعال والأفكار على الشخص الذي يعيش تحت تأثير شخص آخر) والأوتوماتيكية العقلية التي تشمل ظواهر الازدواج الميكانيكي للفكر (صدى الفكر ، والقراءة أو الأفعال ، والإفصاح عن الإيماءات والنوايا ، والتعليقات على الإجراءات والأفكار) والأوتوماتيكية الثلاثية الحركية ، الفكرية والفكرية اللفظية (الحركات الطفيلية ، وتكشف الفكر الذي لا يمكن السيطرة عليه ، والتشريد المفروض، والأحاسيس الطفيلية، وما إلى ذلك).

11- مشاكل الذاكرة

الذاكرة هي واحدة من الوظائف الهامة تسمح بالاحتفاظ بالمعلومات (المعرفة) والخبرات المتعلقة بالماضي (الذكريات) وحفظها واستحضارها. يعتمد عملها على نشاط أجهزة الدماغ (تكوين شبكي ، نظام الأطراف) ولكن أيضاً عن طريق الآليات النفسية، هناك 3 اضطرابات الذاكرة الرئيسية:

أ. فقدان الذاكرة

هناك عدة أنواع من فقدان الذاكرة. فقدان الذاكرة هو عدم القدرة على دمج المعلومات الجديدة، وعدم القدرة على تذكر المعلومات الثابتة عادة، كما يشير فقدان الذاكرة إلى الحذف النهائي للذكريات. وقد يكون هذا الفقدان كلي أو جزئي، آني أو للذكريات السابقة، دائم أو مؤقت .

ب. تشوهات الذاكرة:

تشوهات الذاكرة تتميز بعدة سمات تميزها، فمعايشة الماضي (هلوسة الذاكرة) هي تدخلات في الوعي بموضوع الذكريات التي تشعر بها وتعيش كأنها تنتمي إلى التجربة الحالية. إن شعور " شوهده من قبل " هو الانطباع لموضوع أنه شاهده بالفعل أو جرب المشهد الذي يجد نفسه فيه. التعرف الخاطيء هو ظاهرة يتعرف فيها الشخص على الأشخاص غير المؤلفين على أنهم مألوفون. شعور الغرابة هو تجربة الوعي العكسي؛ الموضوع لم يعد يتعرف على الأماكن أو الأشخاص المؤلفين له.

ج. فرط التذكر

فرط الذاكرة هو زيادة في سعة الذاكرة. بشكل عام ، لوحظ لدى الأفراد الذين لديهم مستوى فكري جيد جداً. ومع ذلك، هناك بعض التشوهات بين الذاكرة والوظائف الفكرية الأخرى في عدد من الصور السريرية (مرض التوحد).

12- اضطرابات التفكير:

يجب التمييز بين فئتين من الاضطرابات: اضطرابات مسار الفكر واضطرابات محتوى الفكر.

أ. اضطرابات مسار الفكر

يمكن تغيير مجرى التفكير في إيقاعه (تسارع أو عدم انتظام التفكير، تطاير الأفكار، أو في ظاهرة تسرب الأفكار، أو التباطؤ أو توقف الأفكار)، وأيضاً في مستوى استمراريتها حيث يعد الفكر غير منسجماً فيها. وهكذا

في الفصام نواجه ظواهر السد (انفصام الشخص بصورة كاملة) التي تنقطع فيها الفكرة فجأة في منتصف الجملة (توقف عن الكلام) لاستئنافها بعد لحظات قليلة. التلاشي العقلي هو ظاهرة مجاورة لا يوجد فيها توقف، أو كسر ، ولكن ركود وتباطؤ وتعليق للأفكار.

ب. محتوى الفكر

هناك عدة فئات من الاضطرابات هنا نذكرها كاتالي:

➤ الأفكار الهذيانية :

هي معتقدات خاطئة لا تتغير عندما تواجه أدلة تعارضها. قد يتضمن محتواها موضوعات مختلفة (مثل موضوع الاضطهاد، المرجعية، الجسدية ، الدينية، العظمة) . كما تعتبر الهذيان غريبة إذا كانت غير واضحة وغير مفهومة للناس من نفس الثقافة ولا تأتي من تجارب الحياة العادية. (A.P.A:2015)

➤ الأفكار الثابتة

هي أفكار طفيلية تأثر بشدتها على مجال التفكير، فتغزو الحقل الفكري بأكمله وتستحوذ على حقل الاهتمام الكامل. على عكس الوسوس، لا يتم اختبارها على أنها تطفلية أو غير متوافقة مع الأنا.

➤ الوسوس

يتم تعريف الوسوس على أنها فكرة سخرية أو غير مناسبة تغزو عقل الشخص بطريقة عنيفة ومتكررة. (Q. Debray et coll ;2010 :172) كما تعتبر أفكار أو هواجس أو صور أو دوافع غير مرغوبة يُنظر إليها على أنها بغیضة أو مهددة أو فاحشة أو سخرية أو غير ذلك .

➤ الرهاب

يُعرّف الرهاب بأنه الخوف الناجم عن مواقف أو أشياء ليست خطيرة بحد ذاتها. يختفي القلق في غياب الشيء أو الموقف. يتم تمييز الرهاب وفقاً للمواقف التي تحدث فيها (الأماكن المغلقة في رهاب الأماكن المغلقة أو المساحات الكبيرة أو الشوارع في رهاب الأماكن المفتوحة أو وسائل النقل) أو المواضيع التي تثيرها (رهاب الحيوانات ، الرهاب الاجتماعي ، الأدوات الحادة ، إلخ. .)

13- اضطرابات الحكم

الحكم هو النشاط النفسي الذي يجعل من الممكن التعرف على العلاقات بين المعتقدات المختلفة (المنطق ، التفكير ، النقد الذاتي ، وما إلى ذلك) إن أكثر الاضطرابات شيوعًا في الحكم هي تسهيل الحكم (في حالات الهوس على وجه الخصوص) المرتبطة غالبًا بفرط اليقظة ، وأوجه القصور في الحكم التي قد تكون عابرة أو نهائية أو قابلة للانعكاس ، وتشوهات الحكم التي تصادف في كثير من الأحيان في الموضوعات الهذيانية، بما في ذلك العقلانية المرضية (الترشيد المنهجي ، الفصام المنطقي البارد والمنطق المزيف الذي يجعل المنطق المحكم غامضًا) ، زيف الحكم (والذي سيؤدي في جنون العظمة إلى التفكير المنطقي من افتراض زائف) ، التفسير (حكم زائف يركز على التصور الدقيق).

اضطرابات الشخصية

أولاً: تعريف اضطرابات الشخصية:

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب العقلي (A.P.A, 2013): اضطراب الشخصية هو نمط سلوكي مستدام وتجارب معاشة تنحرف بشكل كبير عما هو متوقع في الثقافة الاجتماعية للفرد، الذي يظهر في مرحلة المراهقة أو في مرحلة مبكرة من الحياة. مرحلة البلوغ، والتي هي مستقرة مع مرور الوقت، وهي مصدر للمعاناة أو ضعف الأداء. وبغض النظر عن عملية المراجعة الحالية، ولا سيما عند هذا المستوى من التعقيد، تظهر وجهات نظر مختلفة وقد بُذلت جهود لجعلها متوافقة مع بعضها البعض.

ثانياً: مميزات اضطرابات الشخصية حسب النوع:

يتم تضمين اضطرابات الشخصية التالية كما يلي:

- تتميز الشخصية المرتابة بعدم الثقة تجاه الآخرين الذين يتم تفسير نواياهم على أنها خبيثة.
- تتميز الشخصية الانعزالية بانفصال العلاقات الاجتماعية وتقييد تنوع التعبيرات الانفعالية.
- تتميز الشخصية الفصاموية بوجود انزعاج حاد في العلاقات الحميمة والتشوهات المعرفية والإدراكية والسلوكيات غير المنظمة
- تتميز الشخصية المعادية للمجتمع بالازدراء وتجاوز حقوق الآخرين.
- تتميز الشخصية الحدية بالاندفاع الملحوظ وعدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، والصورة الذاتية، والتأثيرات.
- تتميز الشخصية الهستيرية بالاستجابات العاطفية الزائدة والبحث عن الاهتمام.
- تتميز الشخصية النرجسية بالتخيل أو السلوك الفخم، والحاجة إلى الإعجاب ونقص التعاطف.
- تتميز الشخصية التجنبية بالتثبيط الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة، وفرط الحساسية للحكم السلبي للآخرين.
- تتسم شخصية الاعتمادية (الاتكالية) بالسلوك الخاضع و "اللزج" المرتبط بالحاجة المفرطة للرعاية.
- شخصية الوسواس القهري تتميز بالاهتمام بالنظام والكمال والتحكم.
- تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى هو اضطراب الشخصية المستمر الذي يعتقد أنه ناجم عن الآثار الفيزيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، إصابة الفص الجبهي).

اضطراب شخصي محدد آخر واضطراب الشخصية غير محدد هو الفئة التي تستخدم في حالتين: 1- نوع الشخصية من الموضوع يفى بالمعايير العامة لاضطراب الشخصية والسمات التي تنتمي إلى عدة اضطرابات مختلفة للشخصية؛ الشخصية غير موجودة، لكن لم يتم استيفاء مجموعة المعايير لأي من اضطرابات الشخصية المختلفة ، أو: 2- الفرد له شخصية معينة تفي بالمعايير العامة للشخصية. يعتبر أن لديه اضطراب في الشخصية لا يظهر في تصنيف) DSM-5 على سبيل المثال، شخصية سلبية عدوانية.

يتم تجميع اضطرابات الشخصية في ثلاث مجموعات على أساس التشابه الوصفي. المجموعة (أ) تشمل الشخصيات المرتابة، الشخصية الانعزالية والفصاموية. الأفراد مع هذه الشخصيات غالباً ما تبدو غريبة الأطوار. تتضمن المجموعة (ب) شخصيات معادية للمجتمع، حدودية، هستيرية ورجسية. تظهر هذه الموضوعات غالباً بطريقة مسرحية وعاطفية ومتقلبة. تتضمن المجموعة (C) شخصيات التجنبية، والالتكالية، ووسواس قهري. الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات غالباً ما يبدون قلقين وخائفين. وتجدر الإشارة إلى أن هذه المجموعات، رغم أنها مفيدة لأغراض البحث أو التدريس، لها قيود خطيرة ولم يتم التحقق منها بشكل منهجي.

بالإضافة إلى ذلك، تعاني الموضوعات غالباً من اضطرابات شخصية عديدة تنتمي إلى مجموعات مختلفة. وفقاً لتقديرات انتشار المجموعات الثلاث، فإن المجموعة (أ) ستعني 5.7٪ من السكان، المجموعة ب 1.5 ٪، المجموعة C 6 ٪ و 9.1 ٪ ستأثر بأي من الاضطرابات. شخصية، والتي توضح تواتر الاضطرابات المصاحبة التي تنتمي إلى مجموعات مختلفة .

ووفقاً لبيانات المسح الوطني الوبائي بشأن الكحول والظروف ذات الصلة (2001-2002)، فإن ما يقرب من 15٪ من السكان البالغين في الولايات المتحدة يعانون من اضطراب واحد على الأقل. (A.P.A, 2015 ; Bennett Paul, 2013).

ثالثاً: نماذج الأبعاد لاضطرابات الشخصية:

يمثل النهج التشخيصي في هذا الدليل منظوراً قاطعاً بأن اضطرابات الشخصية هي متلازمات سريرية متميزة نوعياً. إن البديل لهذا النهج الفتوي هو منظور الأبعاد حيث تكون اضطرابات الشخصية متغيرات ضعيفة التكيف لصفات الشخصية التي تندمج بشكل غير محسوس مع الحالة الطبيعية وواحدة مع الأخرى. انظر القسم الثالث للحصول على وصف كامل لنموذج الأبعاد لاضطراب الشخصية. يمكن أيضاً اعتبار المجموعات الثلاث من اضطرابات الشخصية في DSMIV (أي المجموعة الغريبة الأطوار والمجموعة المسرحية- العاطفية والمجموعة المتعطشة للقلق) كأبعاد تمثل أطراف حلل في الشخصية الاستمرارية مع الاضطرابات العقلية الأخرى. نماذج بديلة

مختلفة لديها العديد من أوجه التشابه بينهما وتغطي المجالات الهامة من ضعف الشخصية. إن تكاملهم وفائدتهم السريرية وعلاقتهم بالفئات التشخيصية لاضطرابات الشخصية والجوانب المختلفة لضعف الشخصية هي موضوع البحث (A.P.A, 1993).

رابعاً: اضطراب الشخصية العامة:

1- المعايير:

أ. طريقة دائمة من تجربة العيش والسلوك الذي ينحرف بشكل كبير عما هو متوقع في ثقافة الفرد. هذا الانحراف واضح في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

* الإدراك (أي الإدراك ورؤية الذات والآخريين والأحداث).

* الانفعالية (أي التنوع، الشدة، القدرة، وملاءمة الاستجابة العاطفية).

* الوظيفة العلائقية.

* السيطرة على الاندفاعية.

ب. هذه الطرائق الدائمة جامدة وتغزو مجموعة متنوعة من المواقف الشخصية والاجتماعية.

ج. يؤدي هذا الوضع المستدام إلى معاناة أو ضعف كبير في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

د. هذا الوضع مستقر ومطول ومظاهره الأولى قابلة للاكتشاف على أبعد تقدير في مرحلة المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكر.

هـ. لا يفسر هذا الجدول أفضل من خلال مظاهر أو عواقب اضطراب عقلي آخر.

و. لا يُعزى هذا الوضع المستدام إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة ما (مثل المخدرات والإفراط في تناول الدواء) أو غيره من الحالات الطبية (على سبيل المثال، صدمات الرأس) (A.P.A; 2011 ; 2013 ; 2015).

2- الميزات التشخيصية:

سمات الشخصية هي طرق مستدامة للدخول في العلاقة، إدراك وفهم بيئة الفرد ونفسه، ويتجلى ذلك في مجموعة واسعة من المواقف الاجتماعية والمهنية. تشكل سمات الشخصية فقط اضطرابات عندما تكون جامدة

وغير مناسبة، وتتسبب في معاناة ذاتية أو ضعف ملحوظ في الأداء. الميزة الأساسية لاضطراب في الشخصية هي أن يكون وضع مستدام من الخبرة والسلوك الذي ينحرف بشكل ملحوظ عما هو متوقع في ثقافة الفرد والتي تتجلى في مجالين على الأقل من المجالات التالية: الإدراك أو الانفعالية أو الوظيفة العلائقية أو التحكم في الاندفاعية (المعيار أ). هذه الطرائق الدائمة جامدة وتنتشر مجموعة واسعة من المواقف الشخصية والاجتماعية (المعيار ب)؛ أنها تسبب معاناة كبيرة سريريا أو تعطل الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الهامة (المعيار ج). هذا الوضع مستقر ومستدام، بدءا من سن المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكر (المعيار د). لا يمكن تفسير هذا الجدول بشكل أفضل من خلال مظاهر أو عواقب اضطراب عقلي آخر (المعيار هـ) ولا يُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة (على سبيل المثال، عقار تعاطي المخدرات أو مادة سامة) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، صدمة الرأس) (المعيار و). يتم توفير معايير تشخيص محددة لكل من الاضطرابات الواردة في هذا القسم.

تشخيص اضطراب الشخصية يتطلب تقييما لأداء الشخص على المدى الطويل. يجب أن تكون خصائص شخصية محددة واضحة من بداية سن الرشد. يجب تمييز سمات الشخصية التي تحدد هذه الاضطرابات عن السمات التي تنشأ استجابة لمواقف ضغط محددة وحالات عقلية عابرة (مثل، الاضطرابات ثنائية القطب والاكتئاب أو القلق، وتسمم المادة). يجب على الطبيب تقييم استقرار سمات الشخصية مع مرور الوقت وفي حالات مختلفة. على الرغم من أن مقابلة واحدة قد تكون كافية في بعض الأحيان لتحديد التشخيص، إلا أنه من الضروري في كثير من الأحيان مقابلة الشخص عدة مرات بعد فترات طويلة. قد يكون التقييم معقدًا بحقيقة أن العناصر التي تؤدي خلل في الشخصية لا تعتبر بالضرورة مشكلات من جانب الشخص المعني (فالميزات تكون في الغالب متجانسة مع الأنا). قد تكون معلومات إضافية من أطراف ثالثة مفيدة في حل هذه الصعوبات (A.P.A, 1993 ; 2011 ; 2013 ;2015).

3- النمو والتطور:

يمكن التعرف على خصائص اضطراب الشخصية عادة خلال فترة المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكرة. من خلال التعريف، اضطراب الشخصية هو طريقة دائمة للتفكير والشعور والتصرف التي تكون مستقرة نسبيا مع مرور الوقت. تميل بعض أنواع اضطرابات الشخصية (بما في ذلك الشخصيات المعادية للمجتمع والشخصية الحدودية) إلى التلاشي أو التحسن مع التقدم في السن، الأمر الذي يبدو أقل صدقًا بالنسبة للآخرين (على سبيل المثال، الشخصيات الوسواسية القهرية والانعزالية) (A.P.A,1993 ; 2011 ; 2013 ;2015).

يمكن تطبيق الفئات المختلفة لاضطرابات الشخصية على الأطفال والمراهقين في الحالات النادرة نسبياً حيث تكون سمات الشخصية غير المناسبة للموضوع غزيرة، دائمة، لا تقتصر على مرحلة معينة من التطور أو اضطراب عقلي آخر. تجدر الإشارة إلى أن السمات الشخصية التي تظهر في مرحلة الطفولة في كثير من الأحيان لا تستمر دون تغيير في الرشد. عندما يتعلق التشخيص بموضوع لم يبلغ بعد 18 عاماً، يجب أن تكون الخصائص موجودة لمدة سنة على الأقل. الاستثناء الوحيد لهذه القاعدة هو الشخصية المعادية للمجتمع لأنه لا يمكن تشخيصه حتى سن 18. على الرغم من أنه، عن طريق التعريف، لا يحدث بداية اضطراب في الشخصية في وقت متأخر عن بداية مرحلة البلوغ، إلا أن بعض المواد تلفت الانتباه إلى المستوى السريري فقط متأخراً نسبياً. قد يتفاقم اضطراب الشخصية بفقدان الأفراد الذين يقدمون دعماً كبيراً للموضوع (على سبيل المثال، الزوج) الذي يلعب دوراً داعماً هاماً أو يفقد حالة اجتماعية مستقرة. على سبيل المثال وظيفة).

يتطلب تغير شكل الشخصية في منتصف مرحلة البلوغ، أو حتى بعد ذلك، تقييماً دقيقاً لتغيرات الشخصية بسبب حالة طبية أخرى أو اضطراب غير مشخص للمريض. (A.P.A, 2013 ; 2015).

4- قضايا التشخيصية المتعلقة بالثقافة

يجب أن تأخذ الأحكام المتعلقة بأداء شخصية الفرد في الاعتبار الخلفيته العرقية والثقافية والاجتماعية. يجب عدم الخلط بين اضطرابات الشخصية وبين المشاكل المتعلقة بتناقض المهاجر أو التعبير عن العادات أو العادات أو القيم السياسية والدينية المتأصلة في ثقافة أصل الموضوع. عند تقييم شخص من ثقافة أخرى، يجب على الطبيب الحصول على معلومات إضافية من أولئك الذين هم على دراية بالبيئة الثقافية للموضوع (A.P.A, 2013 ; 2015).

5- قضايا التشخيص بين الجنسين:

يتم تشخيص بعض اضطرابات الشخصية (على سبيل المثال، الشخصية المعادية للمجتمع) بشكل أكثر تواتراً لدى الرجال. يتم تشخيص الآخرين في كثير من الأحيان في النساء (على سبيل المثال، الشخصية الهستيرية، والاعتمادية). على الرغم من أن هذه الاختلافات في الانتشار من المرجح أن تعكس اختلافات حقيقية بين الجنسين، إلا أن الباحثين يجب أن يكونوا حذرين في عدم الإفراط في تشخيص أو عدم تشخيص اضطرابات الشخصية لدى الرجال أو النساء بسبب الصور النمطية الاجتماعية حول الأدوار والسلوكيات. السلوكيات النموذجية المتوقعة من الأفراد من كل جنس (A.P.A, 2013 ; 2015).

6- التشخيص التفريقي

➤ الاضطرابات العقلية والصفات الشخصية

العديد من المعايير المحددة لاضطرابات الشخصية (على سبيل المثال عدم الثقة المشبوهة، والإدمان أو عدم الحساسية) تصف العناصر التي هي أيضا سمة من نوبات الاضطرابات النفسية الأخرى. لا يمكن إجراء تشخيص لاضطراب الشخصية إلا عندما تظهر الخصائص التي تعرفه قبل البلوغ، وهي نموذجية لأداء الشخص على المدى الطويل ولا تحدث حصريًا أثناء حلقة من اضطراب عقلي آخر. قد يكون من الصعب للغاية (وليس من المفيد بالضرورة) التمييز بين اضطرابات الشخصية من الاضطرابات العقلية المستمرة الأخرى مثل اضطراب اكتئابي مستمر مع بداية مبكرة ودورة مستقرة نسبيًا. بعض اضطرابات الشخصية قد تنتمي إلى نفس "الطيف" اضطراب عقلي آخر (الشخصية فصامية وانفصام الشخصية، والشخصية التجنينية والرهاب الاجتماعي)، تستند هذه العلاقة على أوجه التشابه السريرية والبيولوجية أو وراثية.

يجب التمييز بين اضطرابات الشخصية من السمات الشخصية التي لا تصل إلى عتبة اضطراب الشخصية. إن سمات الشخصية تبرر تشخيص اضطراب الشخصية فقط عندما تكون متكيفة بشكل ضعيف ومستمر وجامد، وتكون مصدرًا للخلل واضح في المعاناة الوظيفية أو الذاتية (2015 ; 2013 ; A.P.A,1993).

➤ الاضطرابات الذهانية:

بالنسبة لاضطرابات الشخصية الثلاثة التي قد تكون ذات صلة بالاضطرابات الذهانية (جنون الاضطهاد، والشخصية الانعزالية)، هناك معيار الاستبعاد الذي يحدد أن نوع السلوك المعني لا ينبغي مراعاته فقط خلال تطور الفصام، واضطراب المزاج مع ميزات ذهانية أو اضطراب ذهاني آخر. عندما يعاني الفرد من اضطراب عقلي مستمر (على سبيل المثال، انفصام الشخصية) الذي سبقه اضطراب في الشخصية سابقًا، يجب أيضًا تسجيل اضطراب الشخصية متبوعًا بكلمة "سابقًا" بين قوسين (2015 ; 2013 ; A.P.A,1993).

➤ الاضطرابات القلق والاكتئاب.

يجب أن يكون الطبيب حذرًا عند تشخيص اضطراب الشخصية خلال حلقة من اضطراب المزاج أو اضطراب القلق. قد تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بخصائص أعراض مؤقتة توحى بخصائص الشخصية، مما قد يجعل التقييم بأثر رجعي لأداء الشخص المستدام أمرًا صعبًا (2015 ; 2013 ; A.P.A, 1993).

➤ اضطراب ما بعد الصدمة.

إذا حدثت تغييرات في الشخصية واستمرت بعد تعرض الشخص للتوتر الشديد، فيجب التفكير في تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة (A.P.A, 1993 ; 2013 ;2015).

➤ اضطرابات في استخدام مادة.

في الشخص الذي يعاني من اضطراب تعاطي المخدرات، من المهم عدم تأسيس تشخيص اضطراب الشخصية فقط على السلوكيات الناتجة عن التسمم أو الانسحاب من مادة ما، أو السلوكيات المتعلقة بالاعتماد على المواد (على سبيل المثال، السلوكيات المعادية للمجتمع) (A.P.A, 1993 ; 2013 ;2015).

➤ تغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى.

عندما تحدث تغييرات دائمة في الشخصية مباشرة من تأثير حالة طبية (على سبيل المثال، ورم في المخ)، ينبغي النظر في تشخيص تغيير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى (A.P.A, 1993 ; 2013 ;2015).

اضطراب الوسواس القهري

أولاً: تعريف اضطراب الوسواس القهري:

تعرفه المنظمة العالمية للصحة على أنه: "مجموعة من الأفكار الوسواسية المتكررة أو الأفعال القهرية. الأفكار الوسواسية هي الأفكار أو الصور أو الدوافع التي تدخل في عقل المريض مرارًا وتكرارًا بصورة نمطية. تكاد تكون مؤلمة فداًما يحاول المريض دون جدوى مقاومتها. ومع ذلك فهي معترف بها كأفكاره الخاصة على الرغم من أنها لا إرادية وغالباً ما تكون بغیضة. الأفعال القهرية أو الطقوس هي السلوكيات النمطية التي تتكرر مراراً وتكراراً، فهي ليست ممتعة ولا تؤدي إلى إكمال المهام المفيدة بطبيعتها. وتتمثل وظيفتها في منع بعض الأحداث غير المحتملة بشكل موضوعي، والتي غالباً ما تنطوي على ضرر أو يسببها المريض، وهو ما يخشى أنه لن يحدث خلاف ذلك. عادة يتم التعرف على هذا السلوك على أنه غير ضروري أو غير فعال ويتم إجراء محاولات متكررة لمقاومته. القلق موجود دائماً. " (Victoria Bream et coll, 2017 :13)

ثانياً: المعايير التشخيصية حسب DSM V (A.P.A, 2013 :237):

أ. وجود الوسواس، الأفعال القهرية أو كليهما:

يتم تحديد الوسواس بواسطة (1) و (2):

1. الأفكار المتكررة والمستمرة أو الصور أو الدوافع التي تظهر بشكل ملح والتي يتم تجرئتها في وقت ما أثناء الاضطراب، على أنها دخيلة وغير مرغوب فيها، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو ضيقاً شديداً.
2. يحاول الفرد تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الدوافع أو الصور أو تحييدها بفكر أو عمل آخر (أي عن طريق القهر).

يتم تحديد القهر بواسطة (1) و (2):

1. السلوكيات المتكررة (مثل غسل اليدين أو الطلب أو الفحص) أو الأفعال العقلية (مثل الصلاة أو العد أو تكرار الكلمات بصمت) التي يشعر الفرد أنها مدفوعة لرد الوسواس أو وفقاً للقواعد التي يجب تطبيقها بشكل صارم.
2. السلوكيات أو الأفعال العقلية تهدف إلى منع أو تقليل القلق أو الضيق، أو منع بعض الأحداث أو الأوضاع المخيفة؛ ومع ذلك لا ترتبط هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية ولا علاقة لها بما يقترحون تحييده أو منعه، أو أنها مفرطة بشكل واضح.

ملاحظة: قد لا يتمكن الأطفال الصغار من توضيح أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

ب. تستنفذ الهواجس (الوساوس) أو الإكراهات وقتنا طويلا (على سبيل المثال، تستغرق أكثر من ساعة يوميا) أو تسبب ضائقة كبيرة أو ضررا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

ج. لا تعزى أعراض الوسواس القهري إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، عقار تعاطي مخدر، دواء) أو حالة طبية أخرى.

د. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من أعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، القلق المفرط، كما هو الحال في اضطراب القلق المعمم؛ الانشغال بالمظهر، كما هو الحال في اضطراب تشوه الجسم؛ صعوبة في التخلص أو الفراق مع الممتلكات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز؛ نتف الشعر، كما هو الحال في اضطراب نتف الشعر (trichotillomania)؛ حك وقشط الجلد، كما هو الحال في (dermatillomania) [قشط الجلد المرضي]؛ الحركات النمطية كما هو الحال في اضطراب النمطية الحركية؛ سلوك الأكل الطقوسي أو القهري، كما هو في اضطرابات الأكل، الانهماك بالإدمان على المواد أو القمار، كما في الاضطرابات المرتبطة بالمواد والادمان؛ الانشغال بمرض ما، الدوافع الجنسية أو التخييلات الجنسية المنحرفة، كما هو الحال في الانحرافات الجنسية؛ الاندفاعية كما هو الحال في اضطرابات التخريب، والتحكم في الاندفاعات كما في اضطرابات السيرة السلوكية؛ والإجهاد بالشعور بالذنب كما هو الحال في الاكتئاب الشديد؛ أو الفكر أو الانشغالات الهذيانة كما هو الحال في طيف الفصام وغيره من الاضطرابات الذهانية؛ أو السلوك النمطية المتكررة كما هو الحال في اضطراب طيف التوحد).

نخصص:

مع الوعي الجيد أو نوعا ما جيد أو التبصر: يعترف الشخص أن المعتقدات حول اضطراب الوسواس القهري بالتأكيد ليست أو لا تتوافق مع الواقع أو أنها قد تكون صحيحة أو خاطئة.

مع ضعف الوعي أو البصيرة: يعتقد الشخص أن المعتقدات حول اضطراب الوسواس القهري ربما تتوافق مع الواقع.

مع عدم وجود وعي أو بصيرة / مع وجود المعتقدات الوهمية: هذا الموضوع هو مقتنع تماما أن المعتقدات حول الوسواس القهري صحيحة.

نخصص:

مع عدم وجود وعي أو بصيرة / مع وجود المعتقدات الوهمية: هذا الموضوع هو مقتنع تماما أن المعتقدات حول الوسواس القهري صحيحة.

نحدد:

مع عدم وجود وعي أو بصيرة / مع وجود المعتقدات الهذيانية: الفرد مقتنع تماما أن المعتقدات حول الوسواس القهري صحيحة .

ثالثا: الوصف الاكلينيكي للأعراض:

تتمثل الأعراض المميزة للوسواس القهري في وجود الوسواس والقهر (المعيار أ):

1- الوسواس:

يتم تعريف الوسواس على أنها فكرة سخيفة أو غير مناسبة تغزو عقل الشخص بطريقة عنيفة ومتكررة (Q. 172:2010; Debray et coll). والجدول التالي يوضح أشكال الأفكار الوسواسية:

جدول 1. الوسواس المشتركة (L. G. Castonguay & T. F. Oltmanns, 2013 :144).

الفئات	أمثلة
التلوث	<ul style="list-style-type: none">• مخاوف بشأن الإصابة بالإيدز من لمس مقبض باب الحمام.• الخوف من الإصابة بسرطان من استخدام الأسمدة في الحديقة.• الخوف من أن تنتشر "الجراثيم" من الآخرين وأن تصيبهم بالمرض.• الخوف من المرض من لمس الغسيل القذر.
المسؤولية	<ul style="list-style-type: none">• التفكير أنه ضرب شخصًا بسيارة دون أن يدرك ذلك.
عن الضرر	<ul style="list-style-type: none">• الشكوك حول ما إذا كان الباب مقفلاً أو تم إيقاف تشغيل الفرن.• شكوك حول ما إذا قد أسقط الأقراص على الأرض وأن أحد الأطفال اعتقد أنها حلوى وأكلها.
التناظر/	<ul style="list-style-type: none">• ضرورة وجود بيئة "متوازنة" على الجانبين الأيسر والأيمن.
الترتيب	<ul style="list-style-type: none">• أفكار حول وفاة أحد الوالدين إذا لم يتم ترتيب الكتب بالترتيب الأبجدي
جنسي	<ul style="list-style-type: none">• الاندفاع لتقبيل رئيسه• هواجس ممارسة الجنس مع الأطفال أو أفراد العائلة• الشكوك فيما يتعلق بما إذا يمارس الجنس مع مثلي أو يصبح شاذاً جنسياً.

- العنف / الاندفاع لإيذاء الأحياء
- العدوان فكرة إصابة شخص ضعيف بسوء (طفل صغير أو مسن)
- الدين وسواس الصلاة.
- الشكوك حول ما إذا كان الشخص "مخلصًا بما فيه الكفاية" ومؤمنًا بالله.

2- الأفعال القهرية:

تعتبر الطقوس القهرية هي أكثر الملامح ملحوظة في اضطراب الوسواس القهري، وفي كثير من الحالات تمثل أكثر الاختلالات الوظيفية. ويحدد الجدول التالي مجموعة من الطقوس والأفعال القهرية حسب الدليل الاحصائي والتشخيصي:

جدول 2 الطقوس القهري المشترك (L. G. Castonguay & T. F. Oltmanns, 2013: 145):

أمثلة	الفئات
إزالة التلوث/ الافراط في الاغتسال	<ul style="list-style-type: none"> • غسل اليدين لمدة 15 دقيقة في كل مرة ولعدة مرات. • روتين الاستحمام، بما في ذلك غسل الحمام نفسه. • مسح البريد والبقالة قبل جلبهم إلى المنزل. • طلب من الآخرين غسل الأشياء قبل لمسها في المنزل.
التدقيق/ التحقيق في الأمن والسلامة	<ul style="list-style-type: none"> • اقفال الأبواب ونوافذ والأجهزة المنزلية والأوراق. • التحقق أن الآخرين آمنون. • طرح أسئلة متكررة عن الآخرين للحصول على تأكيدات.
تكرار	<ul style="list-style-type: none"> • استخدام الدرج صعودا وهبوطا عدة مرات حتى يتم رفض فكرة غير مرغوب فيها • ارتداء الملابس ونزعها مرارا وتكرارا، حتى يشعر الارتياح
الطقوس العقلية	<ul style="list-style-type: none"> • تكرار الصلوات أو الكلمات أو العبارات لنفسه لتحديد الأفكار غير المرغوب فيها • مراجعة عقليًا لما قاله أو فعله (التأكيد) • حساب كل شيء

3- الوعي والتبصر:

إن درجة الوعي والتبصر نحو الاضطراب تختلف من شخص لآخر وحتى مع نفس الشخص من وقت لآخر. حيث يظن البعض أن الطقوس والأفكار هي شيء غريب وغير منطقي هناك آخرون يقرون بجدوى وفعالية هذه الطقوس لإبعاد الأذى والقلق عن الذات و الآخرين. قد تختلف درجة نظر الشخص أيضًا لوساوسه، على سبيل المثال: قد تتعرف على أفكارها الوسواس حول التلوث باعتبارها غير عقلانية، لكنها تعتقد أن هواجسها الضارة لها أساس في الواقع (L. G. Castonguay & T. F. Oltmanns, 2013: 146).

4- أعراض القلق:

يعتبر القلق عرض مشتركاً عند معظم الاضطرابات النفسية، كما يميز اضطراب الوسواس القهري حيث يظهر مجموعة من ردود الأفعال الانفعالية عند مواجهة المواضيع التي تثير الوسواس والأفعال القهرية. حيث يعانون من قلق شديد يصل إلى درجة الهلع في بعض الأحيان، في حين يشعر آخرون بالاشمئزاز تجاه الطقوس القهرية التي ينخرطون فيها (A.P.A, 2013 :238).

5- التجنب:

من المعروف لدى الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري أنهم يتجنبون الأشخاص والأماكن والأشياء والمواضيع التي تثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لديهم (A.P.A, 2013 :238).

رابعاً: العوامل المسببة للاضطراب:

1- العامل مزاجي. ومن بين العوامل المسببة للاضطراب حدة الأعراض المزاجية والانفعالات السلبية، وتثبيط السلوك في مرحلة الطفولة، مع صدمات نفسية انفعالية حادة مثل وفاة أحد الأقارب.

2- العامل البيئي. ارتبط الاعتداء الجسدي والجنسي في مرحلة الطفولة وغيرها من الأحداث الضاغطة (تحدث ضغط نفسي) أو الصدمة بزيادة خطر الإصابة بالوسواس القهري. قد يصاب بعض الأطفال بأعراض الوسواس القهري بشكل سريع ومفاجئ إثر أسباب العدة.

3- العوامل الوراثية والفيزيولوجية. معدل انتشاره لدى أفراد العائلة الواحدة من المستوى الأول لدى البالغين الذين يعانون من الوسواس القهري هو ضعف ما يحدث لدى الأقرباء من المستوى الأول للأفراد الذين لا يعانون من هذا اضطراب الوسواس القهري. ومع ذلك يتضاعف معدله إلى عشر مرات لدى أفراد العائلة من المستوى الأولى من الأقارب الذي بدأهم الاضطراب أثناء مرحلة الطفولة أو المراهقة. انتقال الاضطراب لدى أفراد العائلة

يرجع في جزء منه إلى العوامل الوراثية، في حين يرجع جزء آخر منه إلى أساليب التربية (A.P.A, 2013: 238).

خامساً: العلاج:

1. العلاج الدوائي:

يعتمد علاج اضطراب الوسواس القهري في المقام الأول على العلاج الدوائي الذي أثبتت العديد من الدراسات فعاليته. الأدوية المضادة للاكتئاب هي أساس الوصفة الطبية. مثبطات امتصاص السيروتونين لديها أفضل فعالية علاجية في هذا المؤشر. كلوميبرامين (الانافرانيل شائعة الاستخدام)، فلوكستين (بروزاك)، بارواكسيتين (باكسيل)، سيرترالين (زولوفت)، سيتالوبرام (Seropram) أو فلوفوكسامين (Floxyfral)، وعادة في جرعات عالية لتلك الموصي بها في علاج الاكتئاب. يمكن استخدام البنزوديازيبينات كمساعد مضاد للقلق، ولكن يفضل استخدام مضادات التخدير المهدئة أو البسيرون (Q. Debray et coll; 2010: 182). IRS هو الآن علاج الأول للوسواس القهري في العلاج الأحادي الأمين. Clomipramine كأول مضاد للاكتئاب قد أظهر فعالية جد مرتفع في هذا الاضطراب. وقد ثبتت فعاليته بالمقارنة مع مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب الأخرى غير السيروتونينية (F. Rouillon & J-D. Guelfi ; 2012: 244).

2. العلاج المعرفي السلوكي:

يتمثل العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري في أعراض الوسواس والقهر والتخفيف من القلق ويتحقق ذلك عن طريق تعديل التقييمات المعيبة والمعتقدات الوسواسية وكذلك جهود الفرد للسيطرة عليها. نقدم فيما يلي نظرة عامة على مكونات العلاج الثمانية في العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري حسب بيك وكلاارك. يقدم الجدول (2) ملخصاً للمكونات العلاجية الرئيسية للعلاج المعرفي للوسواس القهري (D. A. Clark & A. T. Beck 2010 :477):

جدول رقم (2) يمثل المكونات العلاجية للعلاج المعرفي للوسواس القهري

مكون العلاج	وصف العلاج
تشقيف العميل	منطق العلاج يقوم على أساس التقييم وفهم العميل للاضطراب والعلاج، ودور تحديد كيفية استمرار الوسواس والدوافع القهرية.
التمييز بين التقييمات والوسواس	يتم تعليم العملاء كيفية تحديد تقييماتهم الخاطئة التي تؤدي إلى سوء التفسير للمعنى الشخصي للوسواس.
إعادة البناء المعرفية	يتم استخدام جمع الأدلة وتحليل الفائدة والضرر، دحض التأويلات الكارثية، وتحديد الخطأ المعرفي لإضعاف المعتقدات المتعلقة بخطورة الوسواس وزيادة الرغبة في الانخراط في التجارب السلوكية القائمة على التعريض.

وضع تفسيرات بديلة	يتم تشجيع العملاء أكثر على إعطاء تفسيرات أكثر اعتدالا، وتقبل تفسير الوسواس وسيطرة عليه.
الوقاية من الاستجابة	يتم إدخال استراتيجيات لمنع الوسواس والطقوس القهرية وسلوكيات السلامة، والتجنب، والتحديد، وغيرها من استراتيجيات السيطرة العقلية.
التجارب السلوكية	يتم استخدام تمارين التعرض داخل الجلسة وبين الجلسات (كواجبات منزلية) لتعديل تقييم الأفكار، التقييمات الخاطئة والمعتقدات.
تعديل المعتقدات الأساسية	يتم التعامل مع المعتقدات الأساسية حول خطورة ومراقبة الأفكار والضعف الشخصية في وقت لاحق من العلاج.
الوقاية من الانتكاس	يتم تناول الاستجابة الفعالة للانتكاس أعراض وتكرار في الحصة الأخيرة من العلاج.

الاكتئاب

أولاً: تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب هو من الاضطرابات التي تمس المزاج، وذلك من الحالات المنحولية (السوداوية) المصحوبة بالأعراض الذهانية وصولاً إلى الاكتئاب البسيط وعسر المزاج. فإن العملاء الذين يعانون من اكتئاب سريري يعانون من حالة مزاجية منخفضة أو فقدان الاهتمام أو المتعة مصحوبة بأعراض أخرى كل يوم تقريباً لمدة أسبوعين على الأقل، وتصل شدة الأعراض بما يكفي ليكون لها تأثير سلبي على الأداء اليومي. (Herron, Stephen & Hughes, Colin & Young, Joanne, 2014 :70)

ثانياً: الأعراض:

توجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، - على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما 1: مزاج منخفض أو 2: فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تتضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

3. فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).

6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

9. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى - .

ج. لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية-أخرى. المعايير أ.ج تشكل نوبة اكتئابية.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار أ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة (A.P.A, 2013; 2015).

ثالثاً: الفرق بين الحداد والاكتئاب:

عند تمييز الحداد من نوبة اكتئاب ، فمن المفيد أن نعتبر أنه في الحداد فالمشاعر المسيطرة هي الفراغ والخسارة، بينما في نوبة الاكتئاب يهيمن المزاج المكتئب المستمر وعدم القدرة على تأمل السعادة أو المتعة. والأرجح أن الانزعاج في الحداد يميل للانخفاض في الشدة على مدى أيام لأسابيع، ويحدث على شكل موجات، ما يسمى وخزات الحداد. ترتبط هذه الموجات عادة مع أفكار أو ما يذكر بالراحل. المزاج المكتئب في نوبة الاكتئاب هو أكثر ثباتاً وغير مرتبط بأفكار أو اهتمامات محددة. ألم الحداد قد تصحبه المشاعر الإيجابية وروح الدعابة والتي لا تميز التعاسة والبؤس المتفشي والذي يميز نوبة الاكتئاب ال. محتويات التفكير المرتبطة بالحداد تتميز عموماً بالانشغال بالأفكار والذكريات عن الراحل، بينما في نوبة الاكتئاب ال تُجتر الأفكار المتشائمة والناقدة للذات، في الحداد يُحافظ على تقييم الذات عادة، بينما في نوبة الاكتئاب ، فمشاعر التفاهة والنفور من النفس شائعة. إذا وجد التفكير الذي يحط من قيمة النفس في الحداد، فإنه عادة ما ينطوي على مشاعر مماثلة للمتوفى (على سبيل المثال، عدم الزيارة المتكررة بما فيه الكفاية، لم يخبر الراحل كم كان محبوباً له أو لها). إذا كان الفرد المفجوع يفكر بالموت، فتركز مثل هذه الأفكار عموماً على الراحل وربما عن " الانضمام "للراحل، على حين أنه في نوبة الاكتئاب تركز مثل هذه الأفكار على إنهاء حياة المرء الخاصة بسبب الشعور بانعدام القيمة، وعدم استحقاق الحياة، أو عدم القدرة على التعامل مع ألم الاكتئاب (Edward. S. Friedman, 2010; A.P.A, 2013).

رابعاً: الدراسة العرضية:

يجب أن تكون المعايير العرضية لاضطراب الاكتئاب المميز موجودة يومياً تقريباً حتى يتم اعتبارها كاملة ، باستثناء التغييرات في الوزن والتفكير في الانتحار. يجب أن يكون المزاج المكتئب حاضراً معظم الوقت في اليوم ، بالإضافة إلى أن يكون كل يوم تقريباً. الأرق والتعب وشكاوى شائعة ، والفشل في تقييم أعراض الاكتئاب الأخرى سيؤدي إلى نقص التشخيص. قد يتم رفض الحزن في البداية ولكن قد يتم تسليط الضوء عليه أثناء المقابلة أو استنتاجه من تعبير الوجه أو السلوك. بالنسبة للأفراد الذين يركزون على الشكاوى الجسدية ، يحتاج الأطباء إلى تحديد ما إذا كانت المعاناة المرتبطة بهذه الشكاوى مرتبطة بأعراض اكتئابية محددة. التعب واضطرابات النوم موجودة في نسبة عالية من الحالات ؛ تشوهات الحركة النفسية أقل تواتراً ، ولكنها تُظهر شدة إجمالية أكبر ، فضلاً عن أفكار الذنب الهذيانية أو شبه الهذيانية (A.P.A, 2010 ; Edward. S. Friedman, 2013).

خامساً: الانتشار:

في الولايات المتحدة ، يبلغ معدل انتشار الاضطرابات الاكتئابية في عام واحد حوالي 7٪ ، مع وجود اختلافات كبيرة حسب العمر ، مع ارتفاع النسبة ثلاثة أضعاف في الفئة العمرية من 18 إلى 29 عامًا مقارنة بأولئك الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا. لدى النساء معدل انتشار أعلى بنسبة 1.5 إلى 3 مرات من الرجال ، منذ بداية المراهقة (A.P.A, 2013).

سادساً: السببية المرضية:

1- العامل المزاجي: العصبية (العاطفية السلبية) هي عامل خطر معروف لتطوير اضطراب الاكتئاب المميز ، والمستويات العالية تجعل الأفراد أكثر عرضة للإصابة بنوبات الاكتئاب استجابة لأحداث الحياة المجهدة.

2- العامل البيئي: تشكل تجارب الطفولة السلبية ، لا سيما التجارب المتعددة من أنواع مختلفة ، مجموعة من عوامل الخطر المحتملة لاضطرابات الاكتئاب المتميزة. من المعروف جيدًا أن أحداث الحياة المجهدة عوامل مسببة للحلقات الاكتئابية المتميزة ، لكن وجود أو عدم وجود أحداث حياة سلبية بالقرب من بداية الحلقات لا يبدو أنه يوفر معلومات مفيدة للتكهن أو اختيار العلاج (A.P.A, 2013).

3- الوراثة والفسولوجية. يعاني أقارب الدرجة الأولى للأفراد الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية محددة من زيادة في خطر الإصابة بالاكتئاب من ضعفين إلى أربعة أضعاف مقارنة مع عامة السكان (Sullivan et al., 2000). المخاطر النسبية أعلى بالنسبة للظهور المبكر والأشكال المتكررة . تبلغ قابلية التوريث حوالي 40٪ وسمات العصبية مسؤولة عن جزء كبير من هذا الاستعداد الوراثي (A.P.A, 2013 ; 2015).

سابعاً: الأشكال العيادية:

- 1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش: انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظياً (مثلاً، الاحتدام اللفظي) و/أو سلوكياً (مثلاً، الاعتداء- الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكلٍ صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للاستفزاز (A.P.A, 2013).
 - 2- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج): مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك. (A.P.A, 2013)
 - 3- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث: في معظم دورات الطمث، يجب أن تتواجد خمسة أعراض على الأقل في الاسبوع الأخير قبل بداية الطمث،- وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتصبح أقل ما يمكن أو قد تغيب في الاسبوع التالي للطمث. (A.P.A, 2013)
 - 4- الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء: اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة (A.P.A, 2013).
 - 5- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى: اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة (A.P.A, 2013).
- ثامناً: التشخيص التفريقي: حسب DSM5 (A.P.A ; 2013):
- 1- نوبات هوسية مع المزاج العصبي أو حلقات مختلطة. قد يكون من الصعب تمييز نوبات الاكتئاب التي تتميز بمزاج عصبي عن نوبات الهوس ذات المزاج عصبي أو الحلقات المختلطة. هذا التمييز يتطلب تقييماً سريرياً دقيقاً لوجود أعراض الهوس.
 - 2- اضطراب المزاج بسبب حالة طبية أخرى. تشخيص الحالة الموصوفة يكون مناسباً إذا لم يتم الحكم على اضطراب المزاج على أساس التاريخ المرضي للحالة، والفحص البدني والفحص السريري، ليكون نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية محددة (على سبيل المثال التصلب العصبي المتعدد، السكتة الدماغية، قصور الغدة الدرقية).
 - 3- اضطراب الاكتئاب أو ثنائي القطب الناجم عن مادة / دواء. يتميز هذا الاضطراب عن الاضطراب الاكتئابي بحقيقة أن الاكتئاب ناجم عن مادة ما (على سبيل المثال مادة مسببة للإدمان، دواء، مادة سامة) تظهر على نحو خاص من الناحية الاضطرابية. على سبيل المثال يتم تشخيص حالة الاكتئاب التي تحدث فقط في سياق الانسحاب من الكوكايين على أنها اضطراب اكتئابي يسببه الكوكايين.

4- نقص الانتباه / فرط النشاط. يمكن أن يحدث التشتت وعدم تقبل الإحباط أثناء كل من اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط والحالة الاكتئاب التي تتميز بها. إذا تم استيفاء المعايير لكل من الاضطرابين، يمكن تشخيص اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط بالإضافة إلى اضطراب المزاج. ومع ذلك، يجب أن يكون المختص حريصاً على عدم إجراء تشخيص متسرع لحالة اكتئابية تميز الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نقص الانتباه / فرط النشاط التي يتميز مزاجها بالتهيج بدلاً من الحزن أو فقدان الاهتمام. .

5- اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب. تتميز الحلقة الاكتئابية المميزة التي تحدث استجابةً للضغوط النفسية الاجتماعية من اضطراب التكيف مع المزاج المكتئب من حقيقة أن جميع معايير الحادثة الاكتئابية المميزة لم يتم الوفاء بها في اضطراب التكيف.

6- الحزن. أخيراً، فترات الحزن هي جزء من التجربة الإنسانية. لا ينبغي تشخيص هذه الفترات بأنها نوبات اكتئاب مميزة، ما لم تكن معايير الشدة (أي خمسة من أصل تسعة أعراض)، المدة (أي، كل يوم تقريباً، تقريباً يومياً، لمدة لا تقل عن أسبوعين) وضيق كبير سريرياً أو ضعف الأداء. قد يكون تشخيص "اضطراب اكتئابي محدد آخر" مناسباً للأشخاص الذين يعانون من مزاج مكتئب يعاني من عجز طبي كبير لا يستوفي معايير المدة أو الخطورة.

تاسعا: العلاج:

1. العلاج الدوائي:

تعد مضادات الاكتئاب بمختلف أشكالها دواءً فعالاً لعلاج الاكتئاب، وتكون مضادات الاكتئاب مصحوبة اما بمضادات القلق أو المهدئات، كما قد تكون مصحوبة بمضادات الذهان في الحالات الذهانية.

2. العلاج المعرفي السلوكي:

عند تطبيق العلاج على الأفراد المكتئبين، يركز هذا العلاج على المكونات العاطفية والسلوكية والحالة لأعراض الاكتئاب. إذا هو مزيج متماسك من التدخلات المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى تقييم وتغيير المعتقدات السلبية الخاطئة وتغيير أساليب معالجة المعلومات غير المؤهلة (A. T. Beck et al., 1979). مع تقدم العلاج يتم تدريب العملاء على إجراء تجارب سلوكية لاختبار معتقداتهم، من أجل تصميم مثل هذه التجارب. فيجب على المعالجين التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية للعميل باستخدام تقنية جداول الأفكار التلقائية والحديث السقراطي. ومع ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي هو نظام علاجي يحتوي على السمات الأساسية التي ينظر إليها عادة في العلاج النفسي (: Adrian Wells, Peter Fisher, 2015)

خاتمة

نستنتج من خلال ما تم عرضه في المحاضرات، أن علم النفس المرضي تندرج تحته مجموعة كبيرة من المصطلحات والمفاهيم لا يمكن حصرها في مجموعة من المحاضرات، وتختلف هذه المصطلحات والمفاهيم حسب اختلاف المدارس والنظريات والمقاربات المدعومة لها. كما يجب على المختص النفسي العيادي الدراية الجيدة والامام بمختلف هذه المصطلحات والمفاهيم كإطار نظري ومتاع علمي يحمله إلى الجانب التطبيقي والميداني.

كما يجب الإشارة إلى ضرورة مواكبة الأبحاث العلمية الحديثة في مجال علم النفس المرضي خاصة الاطلاع على النظريات والمقاربات الحديثة التي تعتمد على أساليب ومناهج حديثة قد تصل إلى درجة التسليم بصحة فروضها. ويبقى أن البحث في المجال الميداني والتكوين فيه واجب وضرورة ملحة، فله دور أساسي في التحقق من الجانب النظري والربط بينهما مما يسمح للطالب والباحث بالإلمام التام بهذه المواضيع.

قائمة المراجع:

- 1- بيار، داکو. (2002). العصاب والأمراض الذهانية. ترجمة رعد إسکندر وأركان بیکون. القاهرة: مكتبة التراث الإسلامي.
- 2- جان، لابانش. ج. بونتاليس. (1997). معجم مصطلحات التحليل النفسي. ترجمة محمد حجازي. بيروت: المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع.
- 3- جميل، صليبا. (1984). علم النفس. الطبعة الرابعة. بيروت: دار الكتابة.
- 4- رينكر، هانس. (2009). علم النفس الاكلينيكي أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد. الطبعة الأولى. ترجمة سامر جميل رضوان. الامارات العربية المتحدة: دار الكتب الجامعي.
- 5- حامد عبد السلام، زهران. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- 6- مارکس، إيزاك م. . (1978). التعايش مع الخوف فهم القلق ومكافحته. ترجمة نجاتي، محمد عثمان (1993). الكويت: دار الشرق.
- 7- مجدي أحمد محمد، عبد الله. (2000). علم النفس المرضي. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- 8- مصطفى، فهمي. (1995). الصحة النفسية. القاهرة: نشر مكتبة الخاتجي.
- 9- مصطفى، حجازي. (2004). الصحة النفسية. الطبعة الثانية. الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي.
- 10- ليلي، ميسوم. (2014/2013). الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الشخصي. جامعة تلمسان أبي بكر بلقايد.
- 11- سيجموند، فرويد. (1989). الكف العرض والقلق. ترجمة محمد عثمان نجاتي. دار الشروق.
- 12- سعودی، محمد عبد الغني والحضيري، محسن أحمد. (1992). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 13- عبد العزيز، القوصي. (1952). أسس الصحة النفسية. القاهرة: المكتبة المتخصصة المصرية.

14- عوض صابر، فاطمة وعلي خفاجة، مرقت . (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. الطبعة الأولى. الإسكندرية: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.

15-Ann M. Kring Sheri L. Johnson. Gerald C. Davison John M. Neal .1 (2016). علم النفس المرضي. ترجمة أمثال، هادي الحويطة. فاطمة، سلامة عياد. مكتبة الأنجلو المصرية.

16- Adrian Wells, Peter Fisher (2015), Treating Depression_MCT, CBT and Third Wave Therapies-Wiley-Blackwell.

17- Agnès, Bonnet. Lydia, Fernandez. (2017). 23 grandes notions de psychopathologie. 2e édition. Paris : Dunod.

18- American Psychiatric Association. (1992/1993). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. DSM-4. 4^{eme} edition. Traduit par Guelfi, Julien D. ; Crocq, Marc-Antoine et al. (1993). Paris : HI Masson

19- American Psychiatric Association. (2012/2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5^{eme} ed. Washington. DC: American Psychiatric Publishing.

20- American Psychiatric Association. (2012/2013). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. DSM-5. 5^{eme} edition. Traduit par Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Gueli, Charles Pull, Marie-Claire Pull-Erpelding. (2015). Paris : HI Masson.

21- (American Psychopathological Association). Patrick, Shrout. Katherine, Keyes. Katherine, Ornstein. (2011). Causality and Psychopathology_ Finding the Determinants of Disorders and their Cures. Oxford : university presse.

22- Andrew, R. Getzfeld. (2006). Essentials of Abnormal Psychology. Wiley.

23- Bennett, Paul. (2015). Clinical psychology_ psychopathology through the lifespan. McGraw Hill_Open University Press.

24- Bonnie R, Strickland. (2001). Gale Encyclopedia of Psychology Second Edition. Gale group.

25- Brigid M. Kane. ; Christine, Ph.d. Collins. ; Pat Levitt. (2007). Schizophrenia. Chelsea House Publications.

26- Butcher, James Neal. Hooley, Jill M. Mineka, Susan. Nock, Matthew K. (2017). Abnormal Psychology. Global Edition-Pearson .

- 27- Castonguay Louis G. & Oltmanns Thomas F.. (2013). Psychopathology From Science to Clinical Practice. The Guilford Press. New York.
- 28- Comité éditorial de l'UVMaF. (2014). Les névroses, les psychoses et les troubles narcissiques. Université Médicale Virtuelle Francophone.
- 29- David H. Barlow, V. (2014). Mark Durand. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. Cengage Learning.
- 30- Debray, Q. ; Granger, B. ; Azais, F. et al. (2010). Psychopathologie de l'adulte. 4^{ème} édition. France: Elsevier Masson.
- 31- Edward. S. Friedman ;. Ian. M. Anderson ; and (auth.). (2010). Managing Depression in Clinical Practice. Springer-Verlag London.
- 32- Édith, Lecourt. (2006). Découvrir la psychanalyse. Eyrolles.
- 33- Henri, Chabrol. Stacey, Callahan. (2013). Mécanismes de défense et coping 2e édition. Paris : Dunod.
- 34- Herron. Stephen ; Hughes, Colin ; Young. Joanne (2004): CBT for mild to moderate depression and anxiety_ a guide to low- intensity interventions- Open University Press_ McGraw- Hill Education.
- 35- Jean, Bergeret. (2006). A Personalidade Normal e Patológica. Artmed.
- 36- Jean, Bergeret. et al. (2008). Psychologie pathologique. Masson.
- 37- Ronald J. Comer. (2004). Fundamentals of Abnormal Psychology. Thomas F. Oltmann. Robert E. Emery. (2015). Abnormal Psychology. Pearson.
- 38- Porot, A.. (1996). Manuel Alphabétique de la Psychiatrie. 7 éd. Paris: Presse Universitaires De France.
- 39- Ronald J, Comer. W H. Freeman. (2009). Abnormal Psychology. New York: Worth Publishers.
- 40- Serban, Ionescu. Marie-madleine, Jacquet. Claude, Lhote. (2003). Les mécanismes de défense. Nathan.
- 41- Serge, Combaluzier. (2006). Introduction à la Psychopathologie de l'adulte. Cours Université De Rouen sommaire.
- 42- Sigmund, Freud. (2014). Trois Essais Sur La Théorie Sexuelle. Petite Bibliothèque Payot.
- 43- Sigmund, Freud. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Traduction par le S. Jankélévitch. Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec.

44- Bennett, Paul. (2015). Clinical psychology_ psychopathology through the lifespan. McGraw Hill_ Open University Press.

45- Susan, Nolen-Hoeksema. (2019). Abnormal Psychology, Sixth Edition. McGraw, Hill.

مواقع إلكترونية:

1. Collectif Triskèle Daniel Cornelis, I Conseiller pédagogique « L'objectif est le chemin parcouru, pas l'arrivée » danielcornelis55@gmail.com.
2. Dr Nathalie PAPET, Dr Nicolas Lafay, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon ([https HYPERSLINK "https://www.hiamag.com](https://www.hiamag.com) شوهد يوم 21/09/2019 الساعة على 11.40).
3. [https:// HYPERSLINK "https://www.sehatok.com/psychology/2015/10/7/](https://www.sehatok.com/psychology/2015/10/7/) شوهد 26/09/2019 على 11.44
4. [http://www.diwanalarab.com /spip.php?page=article&id_article=22464](http://www.diwanalarab.com/spip.php?page=article&id_article=22464) شوهد 26/09/2019 على الساعة 17.50
- (<http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>) شوهد في 2019/09/29 على الساعة 21.21
- <http://www.uobabylon.edu.iq/uobColeges/lecture.aspx?fid=11&depid=1&lcid=3> 4192 نظر في 2019/08/23 على 18.00
- [:https://www.thaqfya.com/causes-apsychological-conflict](https://www.thaqfya.com/causes-apsychological-conflict) : نظر في 2019/08/23 على 17:57