



## مستخرج من محضر اجتماع اللجنة العلمية للقسم

اجتمعت اللجنة العلمية للقسم بتاريخ: 28/ 05 / 2024 وبعد الاطلاع على تقارير الخبرة  
الايجابية الخاصة بالمطبوعة البيداغوجية للأستاذة \* عطار أسيا \* تحت عنوان: " مدخل إلى  
علم النفس المرضي" موجهة لطلبة السنة الثانية جذع مشترك للموسم الجامعي 2024/2023  
، المطلوبة ضمن ملف الترقية إلى مصف أستاذ محاضر أ.  
وافقت اللجنة على طلب .

رئيس القسم

رئيس اللجنة العلمية

جامعة الجزائر 2  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس  
رئيس القسم  
علم النفس

جامعة الجزائر 2  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس  
رئيس اللجنة العلمية لقسم  
علم النفس  
أ.د. بوعمامة سماعيل

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research

Algiers University2  
Abou EL Kacem Saadallah  
Social Sciences College  
Scientific Council of the Faculty



جامعة الجزائر 2  
أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
المجلس العلمي للكلية

## مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

وافق المجلس العلمي للكلية بجلسته المنعقد بتاريخ 2024/06/02 على مطبوعة الأستاذ(ة): عطار

آسيا قسم علم النفس الموسومة بـ: " مقياس علم النفس المرضي " موجهة لطلبة السنة الثانية جذع

مشترك للسنة الجامعية 2024/2023.

سلم هذا المستخرج بطلب من المعني (ة) لاستخدامه فيما يسمح به القانون.

العميد

جامعة الجزائر 2  
عميد كلية العلوم الاجتماعية  
العربي  
أ.د. / بحري نبيل

رئيس المجلس العلمي

جامعة الجزائر 2  
أ.د. خلافة محمد  
رئيس المجلس العلمي للكلية  
العلوم الاجتماعية



جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية.

قسم علم النفس.

مطبوعة بيداغوجية في مقياس

مدخل الى علم النفس المرضي

مقدمة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس

اعداد: د. عطار اسيا.

راي المجلس العلمي	راي اللجنة العلمية
<p>المجلس العلمي كلية العلوم الاجتماعية جامعة الجزائر 2 محمد خلايفية</p>	<p>بوعمامة سماعيل رئيس اللجنة العلمية لقسم علم النفس</p>

السنة الجامعية: 2023-2024

## معلومات حول المقياس

السادسي	الارابع
عنوان الوحدة	اساسية
المادة	مدخل الى علم النفس المرضي
الرصيد	5
المعامل	2
اهداف التعليم:	اكتساب الطالب مفهوم علم النفس المرضي، ومعنى السواء واللاسواء من وجهة نظر مختلف مدارس علم النفس، وكذا اهم المفاهيم المتعلقة بعلم النفس المرضي، والتعرف على اهم الاضطرابات النفسية.
المعارف المسبقة المطلوبة:	-اهم مصطلحات علم النفس الاكلينيكي. -المفاهيم الأساسية لعلم النفس العام. -مختلف مدارس علم النفس.
القدرات المكتسبة:	اكتساب اهم مصطلحات علم النفس المرضي. -التعرف على الوحدات المرضية الكبرى. -اكتساب معلومات حول الاضطرابات وتشخيصها، وتصنيفها.

## فهرس المحتويات

### تمهيد

- 1-تعريف علم النفس المرضي.
- 2-طرق البحث في علم النفس المرضي.
- 3-السوي والمرضي  
لمحة تاريخية  
3-مفهوم السواء  
3-1-السوي حسب المعيار الإحصائي  
3-2-السوي حسب المعيار المثالي  
3-3-السوي حسب المعيار الوظيفي  
4-مفهوم البنية النفسية  
5-مفهوم النزوة (التفريق بين الغريزة، والنزوة، والرغبة، والهوام)  
6-مفهوم الآليات الدفاعية  
7-مفهوم الصراع  
8-مفهوم الغريزة  
9-مفهوم العصاب وأنواعه.  
10-مفهوم الذهان وأنواعه.  
11-الشخصية السيكوباتية والادمان.

## مقدمة

يهدف علم النفس المرضي الى البحث في الاسباب التي تجعل الناس يتصرفون ويفكرون ويشعرون بطريقة مضطربة وغير متوقعة، وفي بعض الاحيان تبدو غريبة وأحيانا مضرّة بالذات، وعند تقييم ما إذا كان السلوك مضطربا ام لا، فان علماء النفس يدرسون العديد من الصفات المختلفة بما فيها الأسى الشخصي، والعجز، وخرق المعايير الاجتماعية وكذلك الاختلال الوظيفي.

ويعد علم النفس المرضي فرعاً نظرياً من فروع علم النفس العام يمتاز بأهميته لدعمه للفروع التطبيقية لعلم النفس خاصة الاكلينيكية منها، كما يهتم بالدراسة الفارقة بين كل اضطراب واضطراب اخر وكذا نسبة انتشار هذه الاضطرابات وتصنيفها بطريقة تسمح للمطبق العيادي الاعتماد عليها ميدانياً.

وفي إطار التكوين الأكاديمي لطلبة علم النفس فقد جاءت هذه المطبوعة وفقاً لما جاء به في المقرر الرسمي لمقياس علم النفس المرضي، وهي موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس ل.م.د تخصص علم النفس، تشتمل على أربعة عشر (14) محاضرة تغطي محاور المقياس، والتي سعينا من خلالها تحقيق الأهداف المسطرة للمقياس.

وتتمثل الكفاءة المستهدفة من المقياس هو تحقيق مجموعة من الأهداف حيث

يكون الطالب قادراً على الامام ب:

- التعرف على مختلف الاضطرابات النفسية.

- تصنيف الاضطرابات النفسية، ومعرفة خصائص كل اضطراب.

- معرفة معايير الاصدار الخامس DSM5 لمختلف الاضطرابات.

- فهم اسباب الاضطرابات النفسية.

- ان يكون الطالب قادرا على وصف اعراض العصابات والذهانات والاعراض  
التشخيصية للاضطرابات النفسية.

- الاطلاع على أهمية التشخيص والتصنيف في علم النفس المرضي.

- التعرف على الخصائص المشتركة بين مختلف الاضطرابات النفسية.

## المحاضرة الاولى: مدخل عام لعلم النفس المرضي

### 1-عجالة تاريخية.

يعمد الكثير من الباحثين عند عرض تاريخ علم ما الى عرض تاريخ المجال، وذلك لأنه من الضروري دراسة كيفية تطور المفاهيم والمناهج وتغيرت (وربما لم تتغير) عبر التاريخ، وباعتبارنا نتناول موضوع علم النفس المرضي فإننا سنركز على عرض مجاله وكذا أسباب الاضطرابات العقلية والنفسية في الفترات الزمنية المختلفة في التاريخ حيث سنستعرضها بصفة موجزة.

فمنذ بداية التساؤل والبحث العلمي حول الاضطراب العقلي ظهرت العديد من وجهات النظر الى ما وراء طبيعية، والبيولوجية، والسيكولوجية.

وجهات النظر الى ما وراء الطبيعة: اشتملت على الشعوذة القديمة، وهي تفترض ان هناك شياطين او ارواح شريرة تسيطر على الافراد المصابين بأمراض عقلية أي الى قوى خارجة عن نطاق السيطرة البشرية مثل الكسوف والخسوف والكوارث الطبيعية كالزلازل ..... الخ، وعليه فالسلوك المضطرب هو انعكاس لغضب الالهة او لاستحواذ الشياطين على روح المريض، والعلاج هنا كان بالرقى والتعاويذ وكذا بطرد الروح الشريرة بطقوس معينة كالجلد، التجويع، التعذيب.

مرحلة التفسيرات البيولوجية القديمة: التي وضحت من طرف ابيقراط (460- 377 ق م) حيث اعتقد ان الاداء الوظيفي الطبيعي للمخ يعتمد على التوازن الدقيق بين سوائل الجسم الاربعة التالية: الدم، والبلغم، والصفراء، والسوداء وعدم التوازن يؤدي الى الاضطراب وعليه فكان من الاوائل الذين نادوا ان الاضطراب يحدث نتيجة خلل في الجسد البشري وعليه صنف الاضطرابات الى ثلاث مجموعات: الهوس، والسوداوية او الاكتئاب والتهاب الدماغ.

وكذا فان افلاطون (460-347 ق.م)، نظر الى الظواهر النفسية على انها ردود للكائن الحي كلها، مما يعكس حالتها الداخلية وشهواتها الطبيعية، وكتب الفيلسوف اليوناني الشهير ارسطو (384-322 ق.م)، وهو كان تلميذا لافلاطون على نطاق واسع عن الاضطرابات العقلية، ومن بين اهم مساهماته في علم النفس وصفه للوعي حيث يرى ان توجيه التفكير يزيل الألم ويساعد على تحقيق المتعة.

بعدها اصبحت الظواهر المتعلقة بالاضطرابات العقلية ضمن تخصص الاطباء واتبعه غاليليو، وفي القرن الخامس عشر (15) تم اضطهاد السحرة وانشئت المصحات العقلية كمصحة بيت لحم ومصحة بنييل لكن العلاج فيها كان قاسيا وكان يتم خط المرضى العقليين مع باقي المرضى الاخرين، فكان العدد مرتفع وكانوا يستخدمون المرضى الذين يتسمون بالعنف للتسلية والترفيه عن الناس الأغنياء آنذاك مقابل مبالغ مالية.

بعدها تم تحرير المرضى من هذه القيود هناك من يقول من طرف الطبيب بنييل وهناك من يقول من طرف أحد المرضى الذي أصبح خادما بالمستشفى بعدها وبمساعدة ديكس اصبحت المصحات اماكن مناسبة للعلاج. (شريل جانسون واخرون تر: هادي الحويلة واخرون، 2017: 37-39)

- العصر المعاصر: في القرن التاسع عشر والقرن العشرين اصبحت العلاقة بين علم الوراثة بين المرض العقلي مجالا بحثيا خصبا وحاز بالمزيد من الاهتمام.

فقد تم استخدام مصطلح علم النفس المرضي لأول مرة باللغة الألمانية في عام 1878 بواسطة Emminghaus ايمنقهاوس، وJanzarik وجانزريك ولكنه كان يعادل الطب العقلي الكلينيكي، ولم يصبح علم النفس المرضي علما قائما بذاته الا لاحقا.

في بداية القرن العشرين قام ريبو بابتكار الطريقة المرضية La methode pathologique بالاعتماد على علم النفس العلمي الذي يعمل على معرفة اللاسواء من منطلق فهم السواء،

وفي سنة (1913) نشر جاسبرس كتاب بعنوان علم النفس المرضي الذي كان بمثابة ميلاد لهذا العلم، مع العلم انه كانت قد

ظهرت كتابات واعمال كل من فرويد حيث نشر في (1901) كتاب حول علم النفس المرضي، وأكدت نظريته على مراحل التطور الجنسي النفسي، وعلى أهمية العمليات التي تحدث في اللاوعي، هذا بالإضافة الى اعمال كل من بروير وشاركوا الذين أكدوا كذلك على عوامل مختلفة في تصوراتهم حول العلاج كاللاوعي والكبت واللاشعور. (Bonnet Fernandez, 2010 :5-6)

وبظهور مختلف مدارس علم النفس (المدرسة السلوكية، المعرفية...الخ) أصبح التكفل بالمرض النفسي بالغ الاهتمام وظهرت تخصصات عديدة للإيلام بمختلف المشاكل والاضطرابات النفسية.

## 2- مفهوم علم النفس المرضي:

### 2-1- التعريف اللغوي:

تنقسم كلمة علم النفس المرضي psychopathology الى قسمين psycho وتعني النفس و pathlogy وتعني علم الأمراض و عليه فهو يمثل العلم الذي يدرس الامراض و الاضطرابات النفسية.

### 2-2- التعريف الاصطلاحي: من العلماء الذين اعتمدنا عليهم لتعريف علم النفس المرضي

في محاضرتنا نجد:

يعرف علم النفس المرضي على انه فرع من علم النفس الطبي مخصص لدراسة العمل الوظيفي غير السوي للفكر الإنساني. (نوربير سيلامي: 1832)

عرفه جاليت (1998) على انه دراسة الاضطرابات النفسية، والامراض العقلية، والأداء العقلي غير الطبيعي، والسلوك المرضي وهو ينظر في ظواهر النشاطات النفسية الشاذة من وجهة نظر وصفهم وتصنيفهم واليات فهمهم وتطورهم.

ويعرفه بدينيلي: بانه فرع من علم النفس العيادي يهتم بدراسة وتقييم وتشخيص المعاناة النفسية بالإضافة الى تقديم المساعدة والعلاج.

ويعرف أيضا بانه العلم الذي يدرس الاضطرابات العقلية وكل ما يتعلق بوصفها وتصنيفها وتقييمها.

كما يهتم علم النفس المرضي بتقييم الاضطرابات ومحاولة التنبؤ بها في المستقبل.

### **3-أساليب البحث في علم النفس المرضي:**

تستخدم أدوات البحث من اجل تشخيص أحد الاضطرابات النفسية، كما انها تستخدم في تحديد العلاجات المناسبة، وكذا فان إعادة عمليات التقييم يعد ذو فائدة كبيرة في مراقبة تأثير العلاج بمرور الوقت، إضافة الى ان عمليات التقييم تعد أساسية من اجل اجراء الأبحاث على أسباب الاضطرابات.

ومن اهم مناهج التقييم النفسي نجد ما يلي:

### **3-1-المقابلة العيادية:**

تعد المقابلة أداة هامة من أدوات البحث العلمي ووسيلة لا يمكن الاستغناء عنها للحصول على معلومات وظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة كميدان الطب وعلم الاجتماع وبشكل خاص في مجالات التشخيص والعلاج أو ما يعرف بالمقابلة العيادية.

### 3-1-1-1-تعريف المقابلة العيادية:

وتعرفها شيلتون (1983) CHILLand بأنها تبادل لفظي (Echange de paroles) بين شخصين الأول هو الأخصائي الإكلينيكي والثاني هو المفحوص الذي جاء لطلب المساعدة، أو نصيحة، أو توجيه يقوم الأخصائي بالإجابة على طلب المفحوص. فليس الهدف على هذا من المقابلة تصنيف المريض في فئة إكلينيكية محددة، وإنما الهدف منها هو الكشف عن ديناميات السلوك المضطرب، ويتوقف نجاحها على قدرة الأخصائي في بناء العلاقة

والمقابلة العيادية هي الوسيلة الأولية الأساسية في الفحص والتشخيص. وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لازمة اي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم فيها التساؤل عن كل شيء. (حامد عبد السلام زهران، 2005: 159)

### 3-1-2-أهمية وأهداف المقابلة العيادية:

تمكن الفاحص من فهم ديناميات سلوك المريض والثوق على الأسباب السؤلة عن حالته وبالتالي يحدد الفاحص الطريقة الملائمة لمساعدة هذا الأخير

- تتيح الفرصة للمريض بالتعبير الحر عن آراءه وأفكاره ومعلوماته
- تحليل كلام المفحوص والوصول الى الأعماق (الكلام الداخلي أو الأشياء التي لم يعبر عنها المريض) وهي عملية الإصغاء تمكن الفاحص من التعرف على بنية المفحوص.
- تسمح للفاحص بجمع البيانات والمعلومات عن المفحوص وتشجيعه على الإدلاء بمكنونات نفسه فتتكون علاقة دينامية بين الفاحص والمفحوص وإعادة بناء للحقائق الواقعية.

### 3-1-3- تصنيف المقابلات العيادية:

#### أ-المقابلة التشخيصية:

تهدف المقابلة التشخيصية الى المساعدة على تشخيص حالة المريض وذلك من خلال المعلومات والبيانات التي يحصل عليها الاخصائي من المريض والى من خلال دراسة الحالة، يحدد آراء واتجاهات المفحوص كيف يرى نفسه في الوضعيات المختلفة ومكانته في الحياة اليومية.

#### ب-المقابلة العلاجية:

تستمد هذه المقابلة من المقابلة التشخيصية اذ لا يتم الانتقال الى هذا النوع دون المرور بها

-اقتراح طريقة علاجية لتعديل وتقويم المشكل.

-يمكن ان تكون ارشادية والتي تهدف الى اعادة التكيف الاجتماعي للمفحوص. وهناك من يطلق عليها بالمقابلة السريرية والمقابلة المقننة اللذان يستخدمان في تقييم الاضطرابان النفسية، حيث في المقابلة السريرية يعمل الاخصائي على توجيه انتباهه على الحالة وعلى الطريقة التي يجيب بها المفحوص على الأسئلة، وكذا على الانفعالات المصاحبة لتعليقات الحالة، وهنا بإمكان الفاحص مشاركة الانفعالات مع المفحوص من اجل حثه على الكلام، ودفعه الى التوسع في الحديث عن مشاكله وهمومه وهي تكون مقابلة فردية، وهنا المختص هو الذي يحدد الطريقة التي يجمع بها المعلومات.

اما بالنسبة للمقابلات المقننة فان اخصائي الصحة النفسية يحتاج في بعض الأحيان الى جمع معلومات موحدة وخاصة من اجل اصدار احكام تشخيصية تستند الى نظام الدليل التشخيصي والاحصائي. (شيري جونسون وآخرون تر: أمثال هادي الحويلة

وآخرون،2017: 157-158)

### 3-2-الملاحظة:

هي الملاحظة المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعي ومواقف الاحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض.

### 3-2-1-أنواع الملاحظة:

#### أ-الملاحظة المباشرة:

وهي التي تكون وجها لوجه مع المريض، وهي تقوم على الملاحظة الدقيقة للسلوكيات الظاهرية في عدد متنوع من المواقف، ويتم ذلك بتنظيم الاحداث في إطار يتفق مع وجهات نظرهم، لأنه من الصعب ملاحظة السلوك عند وقوعه في الواقع، ولا يمكن التحكم في المكان والوقت الذي يمكن ان يقع فيه، لذا يقوم الباحثين والمختصين في علم النفس بعمل مواقف مصطنعة في حجرات الاستثارة الخاصة بهم حتى يتمكنوا ممن مراقبة كيف تتصرف الحالة في ظروف معينة، يستخدمها المختصون لتحديد السلوكيات الإشكالية وكذلك سوابق وعواقب تلك السلوكيات.

#### ب-الملاحظة الذاتية:

حيث يطلب الباحثين والمعالجين من الافراد ملاحظة وتتبع سلوكهم الخاص وردود افعالهم، من خلال منهج مراقبة الذات وهو يستخدم في جمع عدد كبير من المعلومات. (شيرى

جونسون واخرون تر: أمثال هادى الحويلة واخرون، 2017: 176-179)

وهناك الملاحظة غير المباشرة دون اتصال مباشر مع المريض)، والملاحظة المنظمة الخارجية (يقوم بها المعالج ومساعدوه)، والملاحظة المنظمة الداخلية (من الشخص نفسه لنفسه)، والملاحظة العرضية أو الصدفية العابرة العفوية غير المقصودة، والملاحظة الدورية (على فترات زمنية محدودة)، والملاحظة المفيدة (بمجال أو موقف وبنود فترات معينة).

(حامد عبد السلام زهران، 2005: 160)

ويجب مراعاة عوامل نجاح الملاحظة مثل: السرية والموضوعية والدقة والخبرة والشمول لعينات متنوعة من البلوك تتناول الايجابيات والسلبيات، ونقاط القوة والضعف، وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا.

ولإجراء الملاحظة يستلزم مراعاة خطوات أساسية أهمها: الاعداد والتخطيط المحكم، وتحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة، وإعداد دليل للملاحظة، واختيار عينات

سلوكية ممثلة، وإجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر معه الاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره.

### 3-3-الاختبارات:

هي بناء منظم لعملية التقييم، وتعد اختبارات الذكاء والاختبارات الفردية هي الأكثر شيوعا في الاختبارات النفسية، وسنقوم بعرض نوعين من الاختبارات الفردية: بطاريات التقرير الذاتي للفردية، والاختبارات الاسقاطية الذاتية.

### 3-3-1-الاختبارات الاسقاطية:

هو أداة تقييم نفسية يقدم خلالها الفرد مجموعة من المثيرات القياسية -بقع الحبر او الرسوم- التي تكون غامضة بما يكفي للسماح بإعطاء استجابات مختلفة، والافتراض هنا ان هذه المواد المثيرة تكون غير منظمة وغامضة، ولهذا تتحدد استجابات الفرد أساسا وفقا لعمليات معينة في اللاوعي، وان هذه الاستجابات سوف تكشف عن الطباع والدوافع وانماط السلوك الحقيقية للفرد، ويشار الى هذه الفكرة باسم الفرضية الاسقاطية Projective hypothesis ونجد من بين هذه الاختبارات:

#### أ-اختبار تفهم الموضوع (TAT): Thematic apperception test

وهو اختبار اسقاطي وضعه هنري موري يتكون من ثلاثين بطاقة من نوع الابيض والأسود (تستعمل منها عشرون فقط) على كل منها صورة، فيما عدا واحدة منها بيضاء

ليس بها صورة، عشر منها تصلح للجنسين، وعشر منها للذكور فقط، وعشر منها للإناث فقط وتعرض البطاقات على

المفحوص الواحدة تلو الأخرى ويطلب منه أن يحكى قصة تستثيرها الصورة التي امامه، لها بداية ونهاية وفيها بطل ويحكي ماذا يحدث وكيف وأين ومتى ولماذا ومن الأشخاص.... الخ.

ويستفسر من المفحوص عن بعض النقاط، ثم نحلل القصص التي يفترض أن لها صلة بحياة المفحوص النفسية وخبراته وشخصيته، وتفسر القصص من حيث دور البطل (الذي يتوحد المفحوص معه) وصفاته الشخصية، ودوافعه، وميوله، واتجاهاته، وعلاقاته الاجتماعية، وموضوع القصة. الخ، وهكذا يقيس الحاجات الرئيسية، والقلق، والدفاعات الرئيسية. (حامد عبد السلام زهران، 2005: 72)

#### ب- اختبار الروشاخ: Rorschach

هو اكثر الأساليب الاسقاطية شهرة، يتألف الاختبار من 10 بطاقات مطبوع على كل منها بقعة حبر تغطي كل منها بطاقة على شكل من اشكال الحبر المتجانس في جانبيه وتتفاوت هذه البطاقات فيما بينها من حيث درجة التعقيد. ويطلب من المفحوص وصف الشكل الذي تمثله تلك البقع، ويكون نصف هذه البقع باللون الأسود والأبيض، والضلال الرمادية واثنين باللون الأحمر، وثلاثة باللون البستل (فاتحة).

وقد يرى المفحوص في هذه البقع اشكالا ووجوها لحيوانات وأشخاص لجمادات، ويعتمد على نظرة المفحوص الى الصورة ككل أو أجزاء أو تفاصيل في الصورة أو يتأثر بألوانها وكيفية ادراكه للأحياء في الصورة في حالة حركة أو سكون وغير ذلك مما يحتاج في تفسيره الى متخصص، وهذا الاختبار شائع في المجالات الإكلينيكية.

#### 3-3-2- الاختبارات الموضوعية (سلام التقدير):

تعد من أفضل الوسائل حيث يطلب من الفرد في البطارية الفردية الإجابة على استبيان من نوع التقرير الذاتي، حيث يقيس مدى انطباق العبارات التي تقوم ميول العادات عند تطبيقه

على الافراد، وبعد وضع هذه الاختبارات يتم إعطائها على نفس المنوال للكثير من الافراد للتوصل الى كيفية الاستجابة لديهم، وبهذا يمكن تقدير المعايير الإحصائية لهذا الاختبار حيث تقوم هذه الطريقة على أساس احلال الحالة او المبحوث في كل سمة سلوكية على درجة ما في سلم تتراوح درجاته ما بين 3-6 درجات، بحيث تبين كل درجة كمية متزايدة من السمة ويمكن أن تقدر السمة على سلم ثلاث اختيارات قليل، متوسط، وكثيرا، بأن تحذف الدرجتان الثانية والأربعة أو قد تصدر على سلم تتابعي بأن توضع درجة اضافية بين كل الدرجات الخمس، ويحدد عدد الدرجات بمدى توافر المعلومات ومدى الثقة المطلوبة في التشخيص ومن الأمثلة على هذا النوع من السلالم نجد سلم التقديرات الأكاديمية من ممتاز الى ضعيف، من أمثلة هذه الاختبارات: اختبار الاكتئاب لبيك، اختبار القلق لسبيلبرجر.....الخ

### 3-3-3-اختبارات الذكاء :

يعتبر الفريد بنيه Alfred Binet هو واضع اختبارات الذكاء في الأصل من اجل مساعدة مجلس التعليم المحلي في باريس في التنبؤ بالأطفال الذين يحتاجون الى تعليم من نوع خاص، وقد أشار اليه عادة باختبار حاصل الذكاء الذي يعد طريقة لتقييم القدرة العقلية الراهنة للفرد.

ومن بين مقاييس الذكاء نجد مقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS-Wechsler adult intelligence IV 2008 ، ومقياس وكسلر للذكاء لأطفال الطبعة الرابعة -WISSC 2003، ومقياس وكسلر للذكاء للمرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية -الطبعة الثالثة WPPSI-III، 2002، واختبار ستانفورد بينيه- الطبعة الخامسة، وتتميز اختبارات الذكاء بالتحديث باستمرار، وبالتقنين مثلها مثل بطاريات الشخصية، قوائم الفردية. وتستخدم اختبارات الذكاء في التنبؤ الدراسي بالإضافة الى أغراض أخرى كتشخيص مظاهر اضطرابات التعلم، وتحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الافراد من اجل التخطيط الأكاديمي.

كما تستخدم في تحديد مشاكل تطور الذكاء أي ما يطلق عليه التأخر العقلي، وكذا تحديد الأطفال الموهوبين، وفي التقييم النفسي العصبي وعليه فهي تختبر عدة وظائف تشكل الذكاء وهي تشمل المهارات اللغوية، والتفكير المجرد، والتفكير غير اللفظي، والمهارات البصرية المكانية، والانتباه، والتركيز وسرعة المعالجة.

ويتم تقنين الدرجات في معظم اختبارات حاصل الذكاء بحيث تكون القيمة تساوي مئة (100)، هي المتوسط والقيم 15 او 16 هي الانحراف المعياري (مقياس يحدد طريقة تشتت الدرجات اعلى وأسفل القيمة المتوسطة)، تتمتع اختبارات حاصل الذكاء على درجة عالية من الثبات، وأيضا على درجة جيدة من الصدق التشخيصي. (شيري جونسون

واخرون تر: أمثال هادي الحويلة واخرون، 2017: 174-175)

### 3-4-دراسة الحالة:

تتضمن دراسة الحالة التي تعد على الأرجح أكثر المناهج اعتيادا في ملاحظة السلوك البشري تسجيل معلومات مفصلة عن شخص واحد في كل مرة، فهي تقدم الوصف الدقيق لمستوى الأداء العام للعميل في المجالات المتعلقة بالجانب الشخصي، والجانب الاجتماعي، والجانب التربوي، وتاريخ العائلة، والتاريخ المرضي، والجانب المهني، والتاريخ الزواجي من شخصيته والخبرات في العلاج على مدى حياة الفرد. (Silke Schauder, 2012)

حيث انها تشير الى البناء الكلي لها وديناميتها أي نقاط الضعف ونقاط القوة التي تتميز بها، مظاهر التنمية التي طرأت على خصائصها، احتمالات النمو المستقبلية لأبعادها، والتوصيات اللازمة لتعديل بنائها.

تفتقر دراسات الحالة نقص الضبط والموضوعية مقارنة بالمناهج البحثية، وذلك قد يرجع لنقص مصداقية المعلومات المجمععة عند دراسة الحالة في بعض الأحيان، كما ان دراسات الحالة تنقصها الموضوعية وذلك لان وجه نظر المعالجين قد تشكل أنواع المعلومات التي وردت عن الحال، لكن رغم ذلك فلا تزال دراسة الحالة تؤدي دورا مهما في دراسة السلوكيات غير السوية، ويمكن على وجه التحديد استخدام دراسة الحالة في:

-تقديم وصف مفصل لاحد الظواهر السريرية.

-دحض الفرضيات التي توصف بكونها عامة.

-وضع فرضيات يمكن اختبار صحتها من خلال البحث المحكم. (شيري جونسون وآخرون

تر: أمثال هادي الحويلة وآخرون، 2017: 104)

## 5- تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية

### 1- تصنيف الاضطرابات النفسية:

تتضح أهمية تصنيف الاضطرابات النفسية من قول "كاتيل" لابد أن يسبق علم التصنيف تعليل المرض ومعرفة أسبابه". وقد جرى العرف على أن يتم التصنيف في ميدان علم النفس المرضي عن طريق الاستعانة بأمراض معينة وزملات، فنحدث عن الهستيريا أو الفصام بالطريقة نفسها التي نتحدث بها عن السل أو الزهري أو السرطان.

والتصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام وفئات وطوائف وفقا لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلا، وتصنيف بيانات مجموعة معينة من الأشخاص إلى بيانات خاصة بالذكور وبيانات خاصة بالإناث، وتصنيف الطلاب الناجحين إلى مجموعات حسب الدرجات (ممتاز، جيد جدا، وسط) والتصنيف في علم النفس المرضي والشذوذ النفسي، هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعة من الاضطرابات النفسية ووضعها في فئات، بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقده مما يسمح لنا المزيد من الفهم.

والتصنيف هو مجرد وضع كنية واسم للمرض الذي "نشعر بوجوده سريريا" بالرغم من عدم معرفتنا بكل مسبباته، فهو خطوة أولى من أجل فهم الاضطرابات وبحث أسبابها وضع خطة لعلاجها. لذلك يعتبر التصنيف بمثابة لغة مشتركة، يتفق عليها الباحثون وتوجه عملهم التدريسي والسريري، ونذكر معيارين تشخيصيين كما يلي:

## 1-1-التصنيف العالمي للأمراض : CIM

وضعت منظمة الصحة العالمية وهو يركز على ثلاث محاور: -محور التشخيص  
السايكاتري، محور التشخيص العضوي السوماتي، ومحور المظاهر النفسية الاجتماعية وهو  
الأكثر تفصيلا.

### 1-1-1-الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية: DSM

يعتبر من الدلائل الأكثر استعمالا في الدراسات الايدميولوجية والبحث العيادي وله عدة  
إصدارات والمستعمل حاليا الإصدار الخامس الذي يحتوي على المحاور التالية:

-التشخيصات السيكاترية والطبية (المحور الأول والثاني والثالث)

-العوامل النفس اجتماعية والسياقية (المحور الرابع)

-العجز (المحور الخامس)

### 2-تشخيص الاضطرابات النفسية:

كلمة التشخيص مشتقة من أصل لاتيني وتعني "الفهم الكامل" والمقصود به في علم النفس  
والطب النفسي: "العلم والفن الذي يحدد طبيعة الاضطراب اعتمادا على الأعراض والعلامات."  
والتشخيص هو عملية تقييم ما إذا كان الفرد ينطبق عليه المعايير الخاصة بالاضطراب  
العقلي. وجود نظام التشخيص متفق عليه يسمح ويسهل البحث في أسباب الاضطراب النفسي،  
ويوفر تشخيصا اكلينيكيًا لوضع خطة علاجية.

فالتشخيص، يتطلب جمع المعلومات المتاحة عن المريض ثم تحليلها وتنظيمها بغرض فهمها  
ووضع الخطة العلاجية، حيث يعتبر التشخيص الخطوة الرئيسية الأولى في العناية السريرية  
الممتازة.

### المحاضرة الثانية: السوي والمرضي:

واجه الباحثين صعوبات كثيرة في الفصل بين السواء والشذوذ وذلك للتداخل الشديد بين هذين المفهومين من جهة، ولنسبية المفهومين من جهة أخرى لذا وضعت معايير للتمييز بين السواء والشذوذ.

### 1-معايير الصحة النفسية:

يشير المعيار "Norm لغويا إلى ذلك القياس الموثوق به للحكم على شيء معين وبالتالي تتضمن كلمة سوي Normal معنى الالتزام بهذا المعيار بحيث تكون الشخصية السوية هي المسايرة للقاعدة المعتمدة في هذا المعيار. (إيمان فوزي، 1996: 26)

وكلمة سوي في اللغة العربية تعني العدل، وسواء الشيء وسطه واستوى من الاعوجاج واستوى الشيء اعتدل.

أما الشاذ "abnormal" فتعني في اللغة انفرد عن الجمهور أو القلة بالقوم، وشد عن القاعدة أي خرج عنها. أما في علم النفس يعني الشاذ انحراف كما يعد سويا ويختلف عن العادي هنا يواد به المريض وغير المتوافق.

وعلى الرغم من اختلاف الباحثين في تعريف السواء والشذوذ إلا أنهم اتفقوا إلى حد ما في أن السواء يعني الصحة النفسية والشذوذ هو الخروج عن العادي والمألوف أو المتوسط وأنه كمي متدرج كل واحد على طرف في طرفين متقابلين متباعدين ولكل فرد موقع على هذا المتصل، ولهذا الموقع قدر من الثبات النسبي، ومن الجائز أن يتغير مركز الفرد على هذا المتصل لأسباب معينة وفي ظروف معينة ومرحلة عمرية معينة ومجتمع معين. (حسن منسي، 2001: 26-27)

وقد قامت محاولات كثيرة للباحثين في مجال الصحة النفسية لوضع تحديد للسلوك السوي والسلوك غير السوي أو الشاذ وذلك حسب المعايير التالية:

### 1-1-المعيار الاحصائي:

يعتبر أصحاب هذا المعيار أن غير السوي بوجه عام هو من ينحرف عن المتوسط بمقدار وحدتين انحرافيتين معياريتين أو أكثر سؤاءا سلبا أو إيجابا في خاصية سلوكية أو مظهرية.

يقوم هذا النوع من المعايير على مدى تكرار أو توزع سلوك في مجتمع من المجتمعات أو في عينة منه ويتم تمثيل هذا التوزع أو التكرار في توزع جرس (Goss) غاوس (منحنى على شكل جرس)، وتطلق على المجال المتوسط في هذا التوزع تسمية المدى الطبيعي أو المدى المتوسط أو السوي، حيث يساوي المجال المتوسط هنا المتوسط الحسابي مضاف إليه الانحراف المعياري. في حين تعتبر المجالات المتطرفة الموجودة في كلا الجانبين شاذة أو غير سوية.

يتم تحديد القيمة التي يعتبر عندها السلوك تجاوز المعيار من خلال حساب المعايير الإحصائية. فالشخص الذي يمتلك سمة من السمات أو يتصرف في موقف من المواقف بشكل أقل أو أكثر من المجال المتوسط في جمهور مماثل يعد سلوكه منحرفا عن المعيار أو ملفتا للنظر أو غريبا.... إلخ.

ويعد المعيار الإحصائي سهل التمثيل والفهم غير أن دقته الإحصائية تعتمد على مدى جودة ودقة اختيار العينة الممثلة للسلوك المراد تحديده وقياسه. (سامر جميل رضوان، 2007: 59-60)

ويرى مصطفى خليل الشراوي (نقلا عن: حميد الزعير) أن الابتعاد عن المتوسط ليس بالضرورة علامة على الشذوذ وتعتبر وجهة النظر هذه كلا من العباقرة وضعاف العقول بالنسبة لخاصية مثل القدرة على الأداء العقلي شواذ.

### 1-2- المعيار المثالي:

يعد هذا المعيار الشخصية السوية بأنها مثالية أو ما يقرب منها وأن اللاسوية هي انحراف المثل العليا، لهذا فإن الحكم عليها هو مدى اقتراب أو ابتعاد الفرد عن الكمال. (الزبيدي، 2007: 12)

فالمثاليون ينظرون إلى الكمال كمحك للحكم على الفرد، ممن لا يتوافر فيه الكمال فهو شاذ أما الكامل في كل شيء فهو سوي (عادي).

يستمد أصحاب هذه النظرية آرائهم من المصادر الدينية وتسمى نظريتهم "النظرية القيمية" "The valuational theory" ولذلك وفق هذه النظرية غالبية الناس من الشواذ لأن الكمال لله وحده. (حسن المنسي، 2001: 25)

### 1-3-المعيار الاجتماعي:

يستند هذا المعيار إلى المجارة أي مسايرة القيم الثقافية في المجتمع، وقوانينه وأهدافه والمجارة هي مجرد التواءم أما إذا كانت من اعتقاد ورغبة صادقة فهي تكيف. (أسماء عبد العزيز الحسين، 2002)

ويضيف رشيد حميد زغير (2010)، أن الشخص السوي حسب هذا المعيار هو ذلك الذي يتكيف مع الظروف المحيطة به ويتمتع بشخصية انبساطيه وعلاقات طيبة مع المجتمع ويرى الحياة مملوءة بالسعادة بينما الشخص الغير سوي فهو ذلك الشخص الذي لا يتكيف مع الظروف المحيطة. (رشيد حميد زغير، 2010: 44)

وجهت لهذا المعيار عدة انتقادات منها أن المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع قد تنتمي أحيانا إلى ثقافة أجنبية غريبة شاذة، ولكن يجب على أفراد المجتمع الالتزام بها وذلك لأن معظم أعضاء المجتمع الراشدين يأخذونها كطريق لهم في هذه الحياة، وهذا ما يحدث غالبا في المجتمعات الصناعية الحديثة المعقدة حيث يعيش على أرضها جماعات عديدة لها معايير ثقافية تختلف عن معايير الأغلبية الموجودة في المجتمع بالإضافة إلى هذا فالمعايير الثقافية ليست غير متغيرة والالتزام بها عملية تحتاج إلى نوع من تفكير الطرد ودراسته لها حيث أن الكثير من المعايير الثقافية تدور حول الظواهر السيئة في المجتمع كالنفاق والعادات السيئة، كما أن التزام الفرد الشديد بالمعايير السائدة في المجتمع قد يجعل الفرد غير قادر على تقبل التغيرات الحادثة في مجتمعه. ويجب أن يكون هناك اتفاق حول المعايير السلوكية السائدة في ثقافة المجتمع كي نضع مقياسا للصحة النفسية، حيث أن عناصر ثقافة أي مجتمع تختلف وبالتالي يختلف مفهوم الصحة النفسية، ومن هنا لا يوجد إجماع على مفهوم واحد للصحة النفسي. (أحمد الدايري، 2010: 04)

## 1-4-المعيار الذاتي:

يحدد الفرد حسب هذا المعيار مجموعة من الأحكام والمعايير تكون بمثابة إطارا مرجعيا يحكم من خلاله على السلوك فما يتفق مع هذا الإطار يعد عاديا وما لا يتفق معه يعتبر شادا وغير عادي. (المدثر، 2002: 23)

وتضيف إيمان فوزي... أن السوية حسب هذا المعيار هي كما يدركها الفرد ذاته في نفسه، أي أن المحك الهام هنا هو ما يشعر به الفرد وكيف يرى في نفسه الاتزان والسعادة والرضا فالسوية هنا إحساس داخلي وخبرة دائمة فإذا كان الفرد يشعر بالقلق أو التعاسة أو عدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي.

ويسير الداهيري (2008)، في نفس المنحنى إذ يرى أنه بديهي أن هذا المعيار يتضمن الإطار الاجتماعي استنادا إلى عملية التطبيع الاجتماعي حيث أن الرجوع إلى الذات يتعرض للأحكام القبلية والتشويهات الدفاعية، إلا إذا رجع الفرد إلى وراء نفسه ليمسك بها ضمن إطارها الحقيقي اللاشعوري والبيئي معا فيمسك الآخر ضمن إطاره السيء الخاص. (الداهيري، 2008:29)

تعرض هذا المعيار إلى انتقادات إذ يرى المدثر (2002) أن هذا الأسلوب في الحكم على السواء والشدود غير موضوعي لا يمكن الاتفاق عليه لأنه يتعدد ويتحدد بالأشخاص كما يختلف من شخص لآخر. (المدثر، 2002: 23)

كما تؤكد إيمان فوزي (1997)، أنه رغم ما لهذا المعيار من أهمية في اختبار السوية ذاتيا إلا أنه يصعب الاعتماد عليه كلية خاصة في بعض الحالات كالحالات الذهانية التي يعطي أفرادها تقديرات ذاتية وانطباعات شخصية عن هدوئهم وإحساساتهم بالسعادة كما أن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبراتهم حالات من الضيق والقلق. (إيمان فوزي، 1997:

17-18)

## 1-5-المعيار الطبي:

يحدد السواء هنا من خلال المعيار الطبي بغياب الإصابة، أكثر مما يتحدد بخصائص إيجابية وبالتالي كل غياب للاضطراب القابل للتشخيص الطبي العقلي على اختلاف مناهجه ومذاهبه هو حالة سواء. والصحة هي مجرد غياب أي من الأمراض المعروفة الداخلة في الفئات المرضية وعليه فالسواء هو حالة النشاط الوظيفي المعقول على أن الاختصاصيين يجمعون على صعوبة الاقتصار على هذا المنظور المرضي. (مصطفى حجازي، 2000: 62)

ويضيف الداهيري (2008)، أن الخلو العام من الأعراض مفهوم سلبي للصحة أو السوية كما أنه مفهوم ضيق ومضلل، فمن الصعب غالبا أن نفصل هذا المفهوم عن التضمين الإيجابي للسوية، لأنه لا يكفي أن يخلو الشخص من الأعراض المرضية لنعتبره سويا وإنما ينبغي أيضا أن تلقى أهدافه وطاقاته وخبراته توظيفا فعالا في مواقف الحياة المختلفة فيحقق ذاته على نحو بناء، لذا فإن هذا المعيار لا يحدد الصحة أو السوية على نحو إيجابي ذو معنى. (الداهيري، 2008: 27)

### **المحاضرة الثالثة: وجهات نظر المدارس النفسية في تفسير السوي والمرضي:**

يتوفر في الأدبيات التي تناولت مفهوم الصحة النفسية وجهات نظر أو تناولات نظرية مختلفة من أبرزها في العصر الحديث ما يلي:

#### **1- مدرسة التحليل النفسي:**

يحدد "فرويد" الصحة النفسية للفرد في "القدرة على الحب والحياة" فالإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي تمتلك "الأنا" لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء "الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه ولا يوجد عداء بين الأنا والهو.

(سامر جميل رضوان، 2007:35)

ويؤكد "فرويد" أن عودة الخبرات المكبوتة يؤثر تأثيراً رئيسياً في تكوين الأمراض العصابية وأن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعياً. (الزبيدي، 2007: 19)

يؤكد "فرويد" أن نجاح عملية التنشئة الاجتماعية للطفل يمكن قياسها من خلال قدراته على الإنجاز بالمعنى الاجتماعي، فضلاً عن قدرته على إشباع حاجاته الجنسية متمثلاً بالمبادئ العلمية أو العقلانية.

وتتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها. إن هدف النمو في طريقة التحليل النفسي هو سيطرة الطموحات التناسلية genital وليس كبت الدوافع التناسلية، قبل تناسلية (التمثلة في الغرائز الجنسية والعدوانية ودوافع الموت). وقد عبر فرويد عن هذا أيضاً من خلال إشارته إلى ضرورة الاعتراف بمبدأ الواقع.

(سامر جميل رضوان، 2007: 36)

يرى "آدلر" أن الفرد يمكنه أن يحقق الصحة النفسية ويتغلب على الشعور بالنقص وذلك بالميل الاجتماعي والعيش مع الآخرين والتنشئة الاجتماعية الصحيحة ووضع أهداف محددة والعمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات.

أما "إريكسون"، فقد أسس نظرية نفسية اجتماعية في النمو ورأى أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلة مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح وأوضح "إريكسون" أن صحة الفرد النفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية.

بينما ترى "كارن هورني" أن الصحة النفسية تتمثل في إدراك الذات وتحقيقها، والمقدرة على إخفاء التكامل في معظم الحاجات النفسية. (العناني، 2000: 15)

2- المدرسة السلوكية:

ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وأن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك) ولكي يقوى الرابط بين "المثير والاستجابة" لابد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز كان ذلك عاملاً على إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة أي إضعاف التعلم.

وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك سوي معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز.

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة استجابات بعيدة عن القلق والتوتر وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقاً لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد وتتطلبها هذه البيئة. (العناني، 2000:16)

فالتعلم حسب هذه المدرسة هو المحور الرئيسي وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسية هي عملية تعلم إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، من هنا فإن الصحة النفسية تمثل اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات، فإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك اجتماعي ومن مؤيدي هذا المنهج سكينر Schinner الذي يقول إن سوء الصحة النفسية يعود إلى أخطاء في التعلم الشرطي حسب سكينر. (الزبيدي، 2007:17).

### 3- المدرسة الإنسانية:

وهي مدرسة حديثة نسبياً من أقطابها نجد ماسلو، وروجرز، جاءت كرد فعل للمسلمات التي يقوم عليها الاتجاه التحليلي والاتجاه السلوكي، فهم ينظرون إلى الإنسان متكاملًا وأن الطبيعة البشرية خيرة ويختلف الأفراد فيما يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية

الكاملة وهكذا يختلفون في مستويات صحتهم النفسية. (حنان العناني، 2000: 16-17) يرى أبراهام ما سلو (نقلا عن حنان العناني، 2000، ص17) أن للإنسان حاجات متنوعة وأن هذه الحاجات تتوزع بصورة هرمية من المستوى الأدنى إلى المستوى الأعلى، إذ يضم المستوى الأدنى الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة، وهذه الحاجات على درجة عالية من الأهمية فإذا كان الفرد مرتاحا فإشباع الحاجات الجسمية تشعر الفرد بالأمان وعندها سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الاجتماعية منها الحاجة إلى الصداقة والعطف والحنان والتحصيل وتحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم "ماسلو" وتتحقق الصحة النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية ويحقق إنسانيته الكاملة. كما قدم ماسلو (نقلا عن: حجازي، 2000: 48) قائمة طويلة من خصائص الإنسان التي يحقق أقصى حالات الذات وهي: -الإدراك الفعال للواقع والتعامل الإيجابي معه، ومجابهة صعوباته بدلا من الانسحاب في الأوهام.

-درجة عالية من تقبل الذات والآخرين.

-القدرة على إقامة علاقات حميمة.

-القدرة على المرح والدعابة والاستمتاع بمباهج الحياة.

-القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

-الأصالة والابتكار في العمل والمواقف.

أما روجرز (نقلا عن: الدهيري، 2010: 159) فيركز على خبرات الأفراد ومشارعهم وقيمهم وأكد أننا كأفراد نستطيع أن نتصرف ونختار اتجاهاتنا الصحيحة في الحياة وقد أسمى نظريته (العلاج المتمركز حول الشخصية) ويرى أن الإنسان يندفع من خلال قوة إيجابية واحدة وهي الميل النظري أو الطبيعي لتنمية قدراتنا البنائية والنمو بطرق تحافظ على النظام الكلي، وأن الفرد توجد بداخله الرغبة للحب والدفء والاحترام والتقبل من قبل الناس المهمين في حياتنا حيث تبقى هذه الحاجة للتقدير الإيجابي نشطه طوال حياة الفرد.

#### 4-المدرسة المعرفية:

تتمثل الصحة النفسية حسب المدرسة المعرفية في القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات، وعليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه. (حنان العناني، 2000: 19)

فإنسان يقع صريع المعاناة والاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعي في النظرة إلى الذات والآخرين والدنيا وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلائي سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية كما في الموقف من الذات. (مصطفى حجازي، 2000: 43)

نلاحظ من خلال استعراضنا للنظريات المختلفة للصحة النفسية أنه رغم أن كل منها اهتمت بجانب معين (بيولوجي غريزي، نفسي اجتماعي، سلوكي، إنساني، معرفي) إلا أن كل هذه الجوانب تتكامل فيما بينها، فالصحة وحدة كلية.

#### 2-محددات السلوك المرضي:

يتم تحديد السلوك المرضي عادة عند وجود خصائص متعددة في ان واحد تتمثل خاصة في المشقة الشخصية، والعجز، والاختلال الوظيفي، وانتهاك المعايير وسنعرض فيما يلي كل خاصية بشكل منفرد.

#### 2-1-المشقة النفسية:

تعتبر أحد الخصائص التي يعرف من خلالها الاضطراب النفسي أي ان سلوك الفرد يتم تصنيفه على انه مضطربا إذا تسبب له في حدوث مشقة كبيرة، مثلا فالأفراد الذين يتعرضون لاضطراب القلق، والذين يتعرضون للإصابة باضطراب الاكتئاب هم من اكثر الافراد معاناة من المشقة النفسية، لكن قد نجد من السلوكات المضطربة التي لا تسبب المشقة فعلى سبيل المثال المصاب باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يتعامل مع الناس بجفاء وقسوة وينتهك القوانين دون ان يشعر بالذنب او القلق، وهذا ومن جهة أخرى فانه ليست كل السلوكات التي تبعث المشقة تعتبر سلوكيات مضطربة او غير طبيعية، فعلى سبيل المثال المشقة الناتجة عن الجوع بسبب الصيام كأحد شعائر الدين، او المشقة الناتجة عن الم الولادة.

## 2-2-العجز:

هو قصور في أحد جوانب الحياة المهمة مثلا (في العمل، العلاقات الشخصية)، مثلا الاضطرابات المرتبطة بتناول المواد النفسية تعرف جزئيا من خلال العجز الاجتماعي او المهني (الشجار مع الزوجة، ضعف الأداء في العمل....)، الناتج من تناول المواد النفسية، كما تؤدي مشاعر الخوف المرضي الى خلق حالة من المشقة والعجز، فمثلا خوف شخص من الطائرة لا يمكنه السفر لتحسين عمله في مكان بعيد عنه.

## 2-3-الاختلال الوظيفي:

قدم واكفيلد ورقة بحثية مهمة أشار فيها الى ان الاضطرابات العقلية تمثل خلل وظيفي ضار الاختلالات الوظيفية تحدث عندما تتعطل احدى الميكانيزمات الداخلية وتصبح غير قادرة على أداء وظيفتها الطبيعية، ويتضمن الخلل الوظيفي مكونين هما الحكم بقيمة الضرر والحكم العلمي الموضوعي للخلل.

فالمفهوم الواسع الذي أشار اليه تعريف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطراب العقلي DSM بانه الاختلالات الوظيفية السلوكية، والبيولوجية، والسيكولوجية.



## 2-4- انتهاك المعايير الاجتماعية:

في مجال السلوك تعد المعايير الاجتماعية (المعتقدات، والاتجاهات) قياسات يستخدمها الافراد بوعي او بشكل بديهي لاصدار احكام حول اذا كانت سلوكياتهم يتم تقييمها في ضوء انها جيدة او خاطئة، مبررة او غير مبررة، مقبولة او غير مقبولة، فالسلوك الذي ينتهك المعايير الاجتماعية يعتبر سلوك مضطرب، مثل الطقوس التي يؤديها المصابون بالوسواس القهري، والحوارات مع الهلاوس السمعية لدى مرضى الفصام.

وبالطبع تختلف المعايير الاجتماعية اختلافا كبيرا عبر الثقافات، لذلك فالسلوك الذي ينتهك المعايير الاجتماعية في مجتمع ما ليس بالضرورة يعتبر منتهك للمعايير الاجتماعية في مجتمع اخر. (شيرى جونسون واخرون تر: أمثال هادى الحويلة واخرون، 2017: 29-

(30)

## المحاضرة الرابعة: البنية في علم النفس المرضي:

لكل فرد منا بنية وتنظيم نفسي ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية لبنية الشخصية، وعليه فأي تنظيم بنيوي للشخصية يمكن ان يظهر على مستوى الحياة العلائقية للفرد، سواء على شكل أجزاء للطبع في حالة العادي او على شكل مجموعة من الاعراض في حالة المرض.

فما لا شك فيه ان البنية السوية قد تتحول الى بنية مرضية ثم الى اضطراب نفسي يتجسد في مجموعة من الاعراض.

### 1-تعريف البنية النفسية:

تعرف البنية في اللغة على انها كلمة مشتقة من فعل بنى الذي يشير الى التشييد والى الكيفية التي يتم بها البناء.

اما اصطلاحا فيرى بياجيه انها تمثل نسق من التحولات يحتوي على قوانين خاصة، وهذا النسق يظل قائما ويزداد بفضل الدور الذي تقوم به هذه التحولات، ودون ان يكون منشا التحولات ان تخرج عن حدود ذلك النسق. (ميسوم ليلى، 2017: 466)

وترى ميموني (2005)، ان البنية هي نوع من التركيب الخاض بالكائنات او الاجسام، ونوع التركيب هو الذي يعطي نوع البنية، والبنية عند الجشتالتية تتمثل في مجموع لا يتجزأ مدرك كليا من طرف الفرد، وليس للجزء معنى الا بالكل". (ميموني بدرة معتصم، 2005: 57)

اما في علم النفس المرضي فيعرفها بارجوري في ان مفهوم العادي او السوي يتمثل في مفهوم الحالة الطبيعية التي تتمثل في حالة من السعادة والكفاءة الوظيفية داخل البنية الثابتة سواء كانت عصابية او ذهانية والمرضي يتمثل في انكسار او عدم توازن داخل خط البنية حيث يمكن لشخص سوي ان يصبح غير سوي في أي لحظة دون ان يتعلق الامر بالبنية الاتكالية، وقد حدد بارجوري ثلاث بنيات البنية العصابية والبنية الذهانية والبنية الحدية.

(BERGERET.J ET ALL, 1974 :49)

وقد حاول سيجموند فرويد (نقلا عن: ميسوم ليلى، 2017)، إعطاء مفهوم البنية من خلال قوله "إذا سقط بلور من الكريستال، فإنه لا ينكسر باي حال من الأحوال، بل بحسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصة بكل جسم، وهذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور، إذ يوضع تحت جهاز خاص، وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج.

ويشير بارجوري انه قد استخلص من اعمال فرويد ان "الهوة لا تكون بين الاسوياء من جهة والمرضى (العصابيين والذهانيين) من جهة أخرى بل تكون بين العصابين والاسوياء في كفة واحدة من جهة، ومجموعة (غير الاسوياء) التي تضم بقية الافراد في كفة من جهة أخرى، وهي التي وصفت بالذهانيين وما قبل الذهانين على اختلاف انماطهم، بما فيها الحالات الحدية، والطبعية، والانحرافية، وعلى هذا الأساس فإنه قد قابل بين ما سماه البنيات الحقيقية (العصابية والذهانية)، مع او بدون هياة مرضية، وبين التنظيمات البسيطة الهشة التي تصارع ضد الاكتئاب، وذلك بواسطة الحيل الطباعية او السيكوباتية المتنوعة والمسماة ب "شبه السوية". (ميسوم ليلى، 2017: 470)

ويدرج جويني التنظيمات البسيطة الهشة التي تصارع ضد الاكتئاب، ضمن ما سماه القطب البيني، والذي يشمل الحالات الحدية بأشكالها الثلاث (الشكل النموذجي، او الاعتمادي، او الاشكال الحدية الخطيرة، والشكل النرجسي)، والشخصيات الانحرافية، والشخصيات الجسدية. كما انه لكل فرد بنية وتنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية لبنية الشخصية والتي تتحدد في الابعاد التالية:

- مستوى نكوص الليبدو والانا (التثبيت)
- نوع القلق
- العلاقة بالموضوع وطبيعة الصراع والاليات الدفاعية الأساسية.

## 2-البنية وتطور مفهوم النزوة :

استعمل فرويد أول مرة كلمة "نزوة" (بالألمانية ) Trieb سنة 1905 في كتابه "ثلاث مقالات عن نظرية الجنسية" وكان يرى آنذاك أن هناك نوعان من النزوات: نزوات جنسية ونزوات الحفظ الذاتي أو نزوات الأنا .وفي سنة 1914 لما اكتشف مفهوم "الرجسية" تبين له أن نزوات الأنا يمكن أن تكون جنسية، لهذا رتب نوعين جديدين من النزوات وهما: نزوات الأنا ونزوات الموضوع، ولأن الأنا هو موضوع حقيقي للفرد فإن الأنا والموضوع في نفس المستوى نزويا لهذا نجد فرويد في سنة 1917 يخصص إحدى مقالاته الإثني عشر في كتاب "ما وراء علم النفس" للنزوات ومصائرهما ويتخلى عن التصنيف السابق ويعود إلى التصنيف الأسبق أي النزوات الجنسية ونزوات الحفظ الذاتي فكلاهما نزوات للبقاء، فنزوات الحفظ الذاتي هي لبقاء الفرد والنزوات الجنسية هي لبقاء النوع البشري .وفي سنة 1920 يضع فرويد تصنيف ثالث جديد للنزوات التي يرى أنها نوعان :نزوات الحياة (أو الإيروس) ونزوة الموت.

وأصبحت النزوات الجنسية ونزوات الأنا ونزوات الموضوع تصنف ضمن هذه وتلك حسب أهدافها. ( بوخميس بوفولة، 2007، ص34-35)

تعريف الغريزة: يعرف فرويد(1920) الغريزة هي دافع متأصل داخل أي كائن حي يدفعه نحو إعادة بناء حالة سابقة» (روزين جوزيف بريلبرج، 2007، ص210)

## 2-1- ميلاني كلاين والهوامات:

أثناء المرحلة المسماة حسب كلاين م. مرحلة فصام - شبه عظامي Schizo - (paranoïde) حسب ما جاء في Widlocher D., 1973 تتمثل الآليات أساسا في الانشطار (للنزوات، الأنا و الموضوع) الإسقاط و الإستدخال وتفسر م كلاين - حسب فيلدود شي صيرورة الإستدخال انطلاقا من العوامل الداخلية حيث ترى أن «الطفل في البداية، يحس أكثر بتناوب إحساسات اللذة و الألم، فحدس ( Intuition) عام Vague للوضعية، مريحة أو غير مريحة يمثل الشكل الأولي للهوام هذا التصور يمكن أن نمثله بمفاهيم مواضيع سيئة وجيدة .

تعطي كلاين M Klein أهمية عظمى للهوامات، التي توجد منذ البداية، لأن الهوامات تعتبر ممثل نفسي للنزوة و هذا يعني أن كل تظاهر للنزوة أو للحاجة يؤدي مباشرة لهوام الموضوع الذي يقابله هكذا، فالجوع يرتبط إما بهوام الثدي الجيد (sein Bon) و (الإشباع الذي يمنحه على هوام الثدي المضطهد (Persécuteur)، ضغط الحاجة معاشة على مستوى هوامين كهجوم اضطهادي للموضوع "في البداية [...] يرتبط الانشطار بما يوجد بين الوجدانان: التصورات المرتبطة بالتجارب الايجابية، المواضيع الجيدة، معاشة كداخلية للفرد (Sujet Au)، التصورات المرتبطة بالألم، المواضيع السيئة معزولة (Ecarté) و ( معاشة كما لو أنها ناتجة من منبع خارجي [...] بتناوب الإسقاط، الإستدخال، التقمصات الإسقاطية و المثلثة، ( Idéalisation) يبني الطفل عالم، وان كان منشطر، لكن حسب معايير الذاتية"

(ص36 زهية خردوش بعلي، 2011)

-تكوين بنية الشخصية: تطرق بارجوري الى مراحل تكوين البنية التي ارتأينا تلخيصها فيما يلي:

### 3-مراحل تشكل البنية النفسية:

#### 3-1-المرحلة الأولى: مرحلة التعرف على الاندماج الجسدي:

تبدأ من الولادة اين يكون الانا في حالة من اللاتمايز النفسي الجسدي، حيث لا يرى جسده كوحدة وان الثدي جزء منه، لكن سرعان ما يبدا في التمايز تدريجيا عن الهو تحت تأثير النضج والعناية والاهتمام المقدم للطفل والعلاقة بالأم، ومنه إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت بحسب فرويد، والذهان يظهر من خلال الادراك الجزئي للجسد والذي يذكر بالمرحلة الأولى للإدراك الجسدي.

#### 3-2-المرحلة الثانية: التفرد (التمايز):

يتطور الليبيدو وتستمر سيرورته وتتطور العلاقة بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية والانا يتطور بالاستعانة بالآليات الدفاعية حسب المحيط الخارجي وعلاقته بوالديه وخصوصا الام ومع افراد المحيط وهنا الخطوط الكبرى للبنية تبدأ في التوضع انطلاقا من الوراثة والمعطيات الوراثية.

### 3-3-المرحلة الثالثة: مرحلة البنية الحقيقية:

تتزامن مع فترة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير، والانا يكون منتظما بشكل عصابي او ذهاني، وما دام صاحبها لم يتعرض لاي صدمات نفسية (احباط أساسي او صراعات قوية....) فيبقى إذا بنية عصابية او ذهانية سوية، لك ن يمكن لاي حدث ان يحدث شرخا في البنية وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها. (نفس المرجع السابق، 2017)

### 4-البنيات الأساسية للشخصية:

#### 4-1-البنية العصابية:

عند الولادة المولود يكون في حالة من اللاتمايز النفسي الجسمي، يتطور عادي الى ان يصل الى المرحلة الاوديبيية او القضيبية اين يحدث الخلل حيث لا يتمكن الطفل من حل الصراع الاوديبي، الذي تحدث نتيجته تثبيبات قوية او نكوصات جد مهمة، الانا سيكون قبل تنظيمي بطريقة ثابتة ونهائية، وذلك حسب نظام علائقي ودفاعي للشكل العصابي، أي يمكن ان يكون للفرد استعداد عصابي لكن لم يتم بعد، هنا الصراعات الداخلية والخارجية تبدوا اكثر حدة، والانا وصل تقريبا الى افساد العلاقة الإيجابية، كما انه لجا الى استخدام أنظمة دفاعية علائقية اكثر اتكالية، والتي تجاوزت التوفير البسيط (للغرائز - الانا الأعلى)، وهذا التنظيم لا يستطيع التغير بعد ذلك اذا تعرض صاحب هذا الخط الى المرض، وبالتالي لا يمكن ان يشكل الا واحدة من هذه العصابات المعتادة: هستيريا القلق او التحول، او العصاب الوسواسي.

#### 4-2-البنية الذهانية:

تنطلق بمجموعة من الاحباطات المبكرة، التي تعود في الأصل الى العلاقة بالام فالانا تتعرض الى تثبيبات أساسية ونكوصات مهمة، وتكون ما قبل تنظيمية على هذا المستوى وبصفة ذهانية، ويحدث هذا اثناء المرحلة الفمية، او اثناء الجزء الأول من المرحلة الشرجية وصيغة هذا التنظيم تتعرض لصمت متطور اثناء مرحلة الكمون، فيحدث توقف للتطور البنيوي.

وقدوم مرحلة المراهقة يفجر ويخرج كل الاضطرابات والتشوهات البنيوية، هنا الفرد يترك الخط الذهاني الذي لم يكن مثبت بالكامل والذي سوف يجمد تطوره القادم في اطار البنية العصابية وهنا يمكن إعطاء لحظة ميلاد عصاب الكلاسيكي من النوع الهستيرى او القهري.

وفي مرحلة المراهقة وفي اغلب الأحيان يكمل الانا الذهاني قبل التنظيمي ببساطة تطوره في صميم الخط الذهاني، وسينتظم تحت البنية الذهانية واي انكسار سنرى بروز الذهان بعدة اشكال حقيقية ولكن بدون احتمال مرضي اخر.

#### 4-3- البنية الحدية:

اضيف الى DSM في النسخة الثالثة وهم الأشخاص الذين يقعون ما بين مدى سلوك عصابي حاد كاضطرابات العاطفة، ونوبات من اضطرابات العقلية (الهوس)، متوسط الخط الفاصل بين السوي واللاسوي، لديهم مزاج متقلب غير مستقر مع نوبات من الكأبة الشديدة والقلق والغضب الذي يحدث غالبا دون أي سبب وجيه، نرجسيتهم غير ثابتة ويبحثون عن الحاجة الى التفاهم والاحترام والمودة والدعم. انا غير مكتمل غير قادر على التوازن، تمثل مرض النرجسية والاعتماد على الاخرين والاكنتاب.

#### جدول رقم (01): يوضع عناصر كل بنية

البنية	الركن المسيطر	طبيعة الصراع	نوع القلق	الية الدفاع	طبيعة العلاقة بالموضوع
--------	---------------	--------------	-----------	-------------	------------------------

العصابي	الانا الأعلى	انا اعلى- الهو	الخصاء	الكبت	تناسلية
الذهاني	الهو	الهو-الواقع	التجزئة/التفكك	الرفض الاسقاط الانكار	تلاحمية
الحالات الحدية	مثالية الانا	مثالية الانا مع الهو والواقع	فقدان الموضوع	الانشطار المثالية	الاتكالية

(ميسوم ليلي، 2017)

## المحاضرة الخامسة: المفاهيم القاعدية

### 1- مفهوم الاليات الدفاعية:

هي عبارة عن استراتيجيات تستخدمها الانا بصفة لاشعورية لحماية نفسها من القلق عن طريق التخفيف من حدة الصراعات التي تعاني منها الانا، ولعل اهم الية دفاعية هي الكبت فهي تعمل على تحويل الدوافع والأفكار التي لا تقبلها الانا الى منطقة اللاوعي وتتمثل الاليات الدفاعية في:

#### 1-1- الكبت:

احتجاز الدوافع والامنيات غير المقبولة ومنعها من الدخول في منطقة العقل الواعي.

#### 1-2- الانكار/الرفض:

ابعاد الاحداث الموضوعية عن منطقة الادراك الواعي.

#### 1-3- الاسقاط:

نسب أفكار الشخص غير المقبولة ومشاعره الى شخص اخر.

1-4- الاستبدال: تحويل ردود الفعل الانفعالية من هدفها الحقيقي الى شخص اخر.

#### 1-5- النكوص:

إعادة تكرار أنماط سلوكية من مرحلة مبكرة من النمو، أي العودة الى سلوك اقل نضجا للهروب من المواقف التي تثير القلق، ففيه يرتد الشخص الى سلوك سابق لا يتناسب مع مرحلة النمو التي يمر بها، وهو عملية انسحاب من الصراع المثير للقلق الى مرحلة نمائية لا أحد يتوقع فيها تحمل المسؤولية او القيام بسلوك ناضج، ويمثل عودة الكثير من طرق الطفولة في السلوك.

1-6-التبرير: تقديم أسباب مقبولة لتبرير أفعال غير مقبولة.

### 1-7-التصعيد (Sublimation) :

وهو بعكس الكبت، أي تحويل طاقة الدافع الجنسي أو العدوانية للمُهدد للشخصية إلى طاقة إبداعية وفنية تلقى القبول والاستحسان من المجتمع والتصعيد حسب نظرية التحليل النفسي يكمن وراء كل عملية إبداعية وفنية.

ويمتلك التصعيد في علم النفس الدوافع أهمية خاصة، في التصعيد يتم تقبل الدافع من الأنا الأعلى. وترى مدرسة التحليل النفسي أن التصعيد يمكن أن يقدم تفسيراً ممكناً لتحويل الدوافع العدوانية والجنسية غير المقبولة إلى سلوكيات ذات قيمة اجتماعية. للدوافع ذات القيمة الاجتماعية العليا عند الإنسان كالغيرية التي تتجلى بإنكار الذات والتضحية في المال والنفس والقيام بأعمال خيرية ... الخ.

وترى أن التصعيد شرط لكل إبداع فني وعلمي للإنسان (جميل رضوان، ص 241).

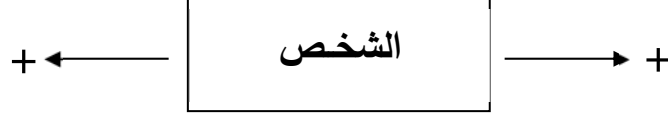
### 1-8-التقمص او التماهي:

هو عكس الإسقاط فان كان في الثاني ينسب صفاته القبيحة الى غيره فانه في الأول يتخذ لنفسه بعض ما يجد عند غيره من صفات حميدة، وهو يشبه الى حد بعيد التقليد غير ان في التقليد الفرد يقلد من يتخذه نموذجا مثلا الطفل يقلد ابيه بينما التقمص فإننا لا نتقمص الشخص الذي نقلده الا إذا كنا نحمل له الحب (الموضوع المحبوب) ونصبح متوحدين معه. (احمد عكاشة، 2018)

2-الصراع: نتحدث عن الصراع عندما نتحدث عن رغبتين داخليين متناقضين او دافعين يلحان على الاشباع ولا يمكن اشباعهما في وقت واحد.

## 2-1- أنواع الصراع:

أ- صراع الاقدام - إقدام: وينشأ حين يجد الفرد نفسه في موقف عليه أن يختار بين هدفين كلاهما له نفس القوة من الجاذبية.



ب. صراع الاحجام الاحجام: وينشأ يجد الفرد نفسه في موقف عليه أن يختار بين هدفين كلاهما له نفس القوة من النفور.



ج. صراع الاقدام - الاحجام:

وجود هدف واحد له مزاياه وله عيوبه.



د. صراع الاقدام - الاحجام المزدوج: وينشأ حين يجد الفرد نفسه في موقف عليه أن يختار بين هدفين كلاهما له مزاياه وله عيوبه.



شكل رقم 01: أنواع الصراع

(عبد المنعم عبد الله حسيب، ص 32).

## 2-2- الصراع في التحليل النفسي:

حسب لابلش وبونتاليس (1997)، فإننا نتحدث عن الصراع في التحليل النفسي عندما تتجابه لدى شخص ما متطلبات داخلية متعارضة، وقد يكون الصراع صريحا (بين رغبة ومطلب أخلاقي مثلا، او بين شعورين متناقضين)، او كامنا يظهر بشكل ملتوي في الصراع الصريح او يتجلى خصوصا في متطلبات الانسان وذلك من منظورات متعددة:

صراع بين الرغبة والدفاع، صراع بين الأنظمة او المركبات، صراع بين النزوات وأخيرا الصراع الاوديبي.

ويعتبر فرويد اول من تكلم عن الصراع الأساسي واقام نظريته على أساس غريزي وتتمثل وجهة نظره في ان " مكونات الهو الغريزية تسعى دوما للتعبير عن نفسها لكن تتصدى له الانا وتقف ضد هذه النزعات دفاعا عن الشخصية بهدف الحفاظ على توازنه.

فينتج عن هذا التعارض والتصدي صراع، صراع بين قوة مانعة تحول دون هذه العناصر الغريزية اللاشعورية وبين التعبير عنها، فهذه القوة المانعة الممثلة في الانا تعيش في صراع بين باقي قوى الجهاز النفسي ما يجعلها تعيش دوما في قلق.

وحسب فرويد هناك صراع بين الهو والانا أي بين النزوات والشهوات والواقع، وبين الانا والانا الأعلى أي بين الرقيب او الضمير فان لاحظ شذوذا في تصرفات الانا فانه يحاسبه ويوقفه قبل ان يرتكب هفوته ويصب عليه الكثير من اللوم.

وترى مدرسة التحليل النفسي ان الصراعات البين نفسية تنشأ عندما يصل موضوع الصراع الى متطلبات غير قابلة للتوافق مع بعضها البعض، وذلك بين الهو والانا الأعلى والعالم الخارجي، اوبين دوافع الهو مع بعضها البعض.

اذ يقوم الانا بعملية تنظيم وتوسط وتوفيق لدوافع الهو ومتطلبات الانا الأعلى وبين متطلبات العالم الخارجي، ويمتلك الاتصال مع المحيط الخارجي والداخلي ويراقب حاجات ودوافع الهو.

فهمة الانا مهمة كبيرة والحمل الملقى على عاتقه ثقيل حيث ان عليه التوفيق بين دوافع متضاربة في الشدة والاتجاه، وعليه ان يرضخ لمطالب العالم الخارجي وان يراعي دوافع الهو وان يوفق بينها ويتقيد بأوامره، ونواهي الانا الأعلى، ويوازن بينها وبين دوافع الهو، فكلما كان أكثر نضجا أمكن تجاوز وحل الصراعات. (جميل رضوان: 226-228)

### 3-النزوة:

#### 3-1-تعريف النزوة:

يعرفها لابلاش وبونتاليس (1977: 532) انها عملية دينامية تتمثل في اندفاع (شحنة طاقوية، وعامل حركية) تنزع نحو هدف معين، تشبع النزوة تبعا لفرويد من اثاره جسدية (حالة توتر)، ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوي، ويمكن للنزوة ان تدرك هدفها في الموضوع ذاته او بفضله.

أولاً: ادخل مصطلح النزوة على الصعيد المصطلحي في الترجمات الفرنسية لفرويد كمعادل للمصطلح الألماني TRIEB ، وذلك بغية تجنب مضاعفات استخدام المصطلحات الاقدم منه مثل غريزة، ونزعة، وهناك ما يبرر الاتفاق على هذا الاصطلاح الذي لم يحترم بعد.

أ-يوجد في اللغة الألمانية مصطلحان هما الغريزة والنزوة، اما مصطلح النزوة فهو ذو أصل جرمانى استخدم منذ القدم، يشير الى معنى الاندفاعية.

لكن هناك بعض الباحثين الذين يستخدمون مصطلح كل من الغريزة والنزوة على قدم المساواة، بينما هناك من يقيمون تمييزا ضمنيا مخصصين الغريزة للدلالة على سلوك مثبت وراثيا، يظهر بشكل موحد تقريبا عند كل افراد النوع، كما هو الحال في علم الحيوان على سبيل المثال.

ب-اما عند فرويد فنجد المصطلحين بمعنيين متميزين بوضوح، فحين يتكلم عن الغريزة فانه يفعل ذلك كي يصف سلوكا حيوانيا مثبتا بالوراثة، ومميزا للنوع الحيوانى، ويكون مجراه مشكلا مسبقا ومتكيف مع موضوعه.

### 3-2- مكونات النزوة:

أ-الدفع: يعني اثاره حركة النشاط النفسي والجسدي، فهي الدافعية التي تثير كل من الكيان النفسي والجسدي من خلال تنظيم كمي (اقتصادي)، ينطلق من البعد الجسدي ليستقل في الكيان النفسي.

ب-الهدف: للنزوة هدف معين وطويل المدى ويرتبط مع مواضيع أخرى ومرتبطة، والهدف الأساسي للنزوة هو اشباع حاجياتها ورغباتها بقصد تحقيق التوازن الطاقوي والاقتصادي.

ج-الاشباع: وذلك من خلال اخماد الاثاره وتخفيض الطاقة النفسية، بعد ارتفاعها من خلال الرغبات والحاجيات قصد استقرار الجانب الطاقوي والاقتصادي.

د-الموضوع: هو وسيلة تحقيق الاشباع ويكون متنوع ومختلف، فالموضوع يمكن ان يكون داخليا، كما يمكن ان يكون خارجي، كما يمكن ان يكون واقعي او هوامي.

هـ-العضو: وهو المصدر او الجهاز الذي تصدر منه النزوة. (LECOURT,2006 :92-93)

### 3-3-أنواع النزوات:

#### 3-3-1-النزوات الجنسية:

هي اندفاعات داخلية يرى التحليل النفسي انها فاعلة في مجال أوسع بكثير من مجال النشاطات الجنسية بالمعنى الشائع للكلمة، وتحقق فيها باحلى الصور وأكملها بعض خصائص النزوة التي تميزها عن الغريزة.

بين التحليل النفسي ان النزوة الجنسية عند الانسان وثيقة الارتباط بجملة من التصورات او الهوامات، وهي تنتظم تحت صدارة النشاط التناسلي.

يفترض فرويد من وجهة نظر اقتصادية وجود طاقة وحيدة في تقلبات النزوة الجنسية هي اليبيدو، واما من وجهة نظر دينامية فيرى فرويد في النزوة الجنسية قطبا مائلا بالضرورة في الصراع النفس، اذ انها الموضوع المفضل للكبت في اللاوعي. ( لابالانش وبونتاليس، 1997: 540-541)

#### 3-3-2-النزوة الجزئية:

نشير بهذا المصطلح الى العناصر الأخيرة التي أشار اليها 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 ان النزوات الجزئية هي أنواع تنتمي الى فئة النزوات الجنسية في عموميتها، بل لابد من تناوله خصوصا بمعنى تكويني وبنائي، اذ تنشط النزوات الجزئية، بادئ ذي بدئ مستقلة عن بعضها البعض، وتنزع من ثم الى الاتحاد في مختلف التنظيمات الليبيدية.

### 3-3-3-نزوات حفظ الذات:

يشير فرويد هنا الى مجمل الحاجيات المرتبطة بالوظائف الجسدية الضرورية لحفظ حياة الفرد، ويشكل الجوع نموذجها الأول، تتعارض نزوات حفظ الذات تبعا لفرويد وضمن إطار نظريته الأولى عن النزوات، مع النزوات الجنسية.

### 3-3-4-نزوات الانا:

حسب فرويد وفي إطار النزوات الأولية تعتبر نزوات الانا من النزوات النوعية التي تضع طاقتها في خدمة الانا، والحفاظ عليه من خلال الصراع الدفاع، وهي تدرج ضمن نزوات حفظ الذات، وتتعارض مع النزوات الجنسية.

### 3-3-5-نزوات الحياة:

تمثل فئة كبرى من النزوات التي يضعها فرويد في نظريته الأخيرة في مقابل نزوات الموت، وهي تنزع الى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام وفي الحفاظ عليها، ولا تقتصر نزوات الحياة التي يدل عليها بمصطلح الايروس على تغطية النزوات الجنسية الفعلية وحدها بل هي تشمل أيضا نزوات حفظ الذات.

### 3-3-6-نزوة العدوان:

تدل بالنسبة الى فرويد على نزوات الموت باعتبارها متوجهة نحو الخارج، يتلخص هدف نزوة العدوان في تدمير الموضوع. (لابلاش وبونتاليس، 1997: 520، 538)

### 4-الغريزة instinct:

" دافع فطري موروث في الكائن الحي إنسانا كان أم حيوانا، وهو عام في كافة أفراد النوع الواحد. وتختلف في عددها وأشكالها من نوع حي إلى نوع آخر. كغريزة البحث عن الطعام (الجوع)، وغريزة الأمومة، وغريزة الخوف، وغريزة بناء العش، والغريزة الجنسية.

والغرائز لا يمكن أن يستغني عنها النوع، فهي دوافع أساسية بدون إشباعها يتهدد الفرد بالتدمير أو يتهدد النوع كله بالفناء. فمثلا لو لم يشبع الإنسان غريزة الجوع تهدده الموت جوعا. وإذا لم يشبع الكائن الحي الغريزة الجنسية لم يحدث التوالد الذي يحفظ بقاء النوع فالغرائز تدفع إلى سلوك لا يمكن أن يستغني عنه الكائن الحي أو نوعه عموما. ولكل غريزة أساس فسيولوجي وأساس نفسي معاً.

(معجم علم النفس والتحليل النفسي، مجموعة مؤلفين، صفحة 339)

" يعرف ماكدوجل الغريزة بأنها استعداد فطري نفسي جسمي يدفع الفرد إلى أن يدرك وينتبه إلى أشياء من نوع معين، ويشعر ازاءها بانفعال خاص ثم يسلك نحوها سلوكا معيناً أو يحاول ذلك على الأقل.

والغرائز لا يكتسبها الفرد وإنما يزود بها عن طريق الوراثة وهي الدفعات الأصلية في كل نشاط وفاعلية".

(معجم المصطلحات النفسية والتربوية، محمد مصطفى زيدان، صفحة 175)

"اندفاع داخلي، قاسر، متوجه نحو هدف نوعي مشخص يحدد تعاقب غير منقطع من الحركات المعقدة، المتناسقة جيدا، الفطرية، الخاصة بكل أعضاء نوع واحد، و تختلف اختلاف قليلا من فرد إلى آخر" (نوربير سيلامي، الجزء الرابع: 1916)

## المحاضرة السادسة: الاضطرابات النفسية "العصابات"

### 1- مفهوم العصاب:

هو اضطراب وظيفي غير مصحوب باختلال جوهري في إدراك الفرد للواقع، وهو محاولة غير ناجحة من جانب الفرد للتعامل مع الصراعات الداخلية ومع المشكلات في العالم الخارجي، وفي العصاب تظل الشخصية متماسكة، حيث يصيب الاضطراب بعض جوانبها فقط، وغالبا ما يظهر العصاب في مجال العلاقات الشخصية البينية أكثر ما يظهر في الحياة العقلية للمريض.

ويتسم العصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية، وتصدع في العلاقات الشخصية، وظهور اعراض مختلفة أهمها: القلق، الخوف، والاكتئاب، والوساوس، والافعال القهرية، وسهولة الاستثارة، والحساسية الزائدة، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام، وكذلك الاعراض التحولية الانشاقية (الهستيريا).

وقد مر مفهوم العصاب بأربعة مراحل تطورية هي:

- " المرحلة الأولى: بدأ بالمفهوم الهستيريا وامتدت حتى العالم (شاركوت) الذي تمكن بواسطة التنويم المغناطيسي التغلب على الهستيريا ومعالجتها.
- المرحلة الثانية: وكانت في مساعي فرويد لبناء نظرية العصابات، ومرحلة قيام العصاب التجريبي من قبل بافلوف.
- المرحلة الثالثة: وتتصف بالاتجاه التحليلي النفسي الذي قام به فرويد واستمرار الاتجاه التجريبي في العصابات.
- المرحلة الرابعة: وتمتد حتى الوقت الراهن وتتصف في محاولة الدخول على الآليات الأساسية للعصابات بواسطة الطرق العلاجية الحديثة. " (علم نفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية.) علي عبد الرحيم صالح، 112-113)

## 2 - خصائص السلوك العصابي:

يمكن تمييز الخصائص الآتية في السلوك العصابي:

- السلوك العصابي هو سلوك فاشل لحل الصراعات التي يواجهها الفرد، أو هو محاولة غير ناجحة للتوافق.

- السلوك العصابي، هو سلوك قهري، فرغم أن العصاب سلوك فاشل إلا أن المريض يكره كلما تكرر الموقف، ومع علم المريض أحيانا بأن سلوكه عقيم في مواجهة متطلبات الموقف، فإنه يتشبث به، وهو يفعل ذلك رغم رغبته الشعورية في التخلص منه، ويمثل هذا التشبث المقاومة اللاشعورية للشفاء. يلجأ العصابي إلى تكرار السلوك العصابي بسبب المكاسب التي يحققها، فالسلوك العصابي، يحقق بعض الأهداف أولها أنه يخفف من القلق نتيجة تحقيقه لبعض الإشباع، حيث يفشل الفرد في الإشباع الكامل كما فشل أيضا في الكبت الناجح كما أن السلوك العصابي له وظيفة دفاعية بتخفيضه لدرجة القلق وإن كان تخفيضا وقتيا، وهذا هو الكسب الأولي للعصاب، أما الكسب الثانوي، فيتمثل في لفت نظر الآخرين إلى الفرد بالرعاية والاهتمام والعطف والاعفاء من المسؤوليات.

- السلوك العصابي، سلوك هروبي لأنه يواجه مصدر الخطر مباشرة أو يتجه إلى فض الصراع بطريقة واقعية ولكنه يدور حول الخطر أو يهرب منه.

- السلوك العصابي، سلوك غير بناء، لأنه إذ يخفف القلق تخفيضا وقتيا، فإنه يزيد ألم المريض ومعاناته، والعصابي يواجه صراعا بين رغبته في تكوين صورة ذات مقبولة شخصيا واجتماعيا وإشباع حاجاته وبين مفهوم الذات السلبي الذي يتضمن القصور والعجز، ومعظم سلوك العصابي، يهدف إلى حل هذا الصراع الذي يجري عنيفا داخله وفي معظم الحالات لا يكون لديه القدرة على مواجهة هذا الصراع مواجهة ناجحة من ناحية، وعلى قدر الفشل، تكون حد السلوك العصابي وشدته.

-اختلال جزئي في جانب معين من الشخصية اذ يمكنه مساعدة نفسه او طلب المساعدة.  
-اضطراب في العمليات العقلية العليا وتأخذ اشكال متعددة منها تفكير لامنطقي وغير منظم،  
وبطيء في الفهم والادراك، وضعف القدرة على التذكر وكثرة النسيان والرتابة في الاداء ونقص  
في الانجاز والشعور بالقصور وعدم امكانية تحقيق اهداف الحياة.  
-الاحساس الدائم بالاضطرابات العضوية وتأخذ اشكالا مختلفة: هضمية، تنفسية، فقدان  
الشهية، صعوبات النوم....

وأصبح متفق عليه ان الاضطرابات العصابية تحدث نتيجة العوامل التالية:

-الاستعداد التكويني الوراثي.  
-مراحل النمو في الطفولة.  
-العوامل النفسية والاجتماعية الحالية، والتي تساعد على ظهور المرض.  
-العوامل الحضارية.

-الاستعداد الفيسيولوجي للجهاز العصبي. (طارق عكاشة، 2018)

**3-نظريات تفسير العصاب:**

**3-1-الاتجاه المعرفي:**

يرى هذا الاتجاه حسب ما جاء في عبد المنعم حسيب(2000) أن أفكار ومعتقدات الشخص  
اللاعقلانية هي السبب وراء السلوك اللاسوي، وأن هناك علاقة علاقة بين الجانب المعرفي  
والوجداني، وقد أكدت دراسة قام بها المؤلف وجود علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائياً بين  
الأفكار اللاعقلانية والشعور بالوحدة النفسية لدى الكلاب في المرحلتين الثانوية والجامعية،  
وأن ابعض الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تتجلى بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب. (عبد  
المنعم(ص39)

**3-2-الاتجاه التحليلي:**

يؤدي الصراع بين الهو التي تسعى لإشباع الغرائز الجنسية والعدوانية، وبين الأنا الذي يعمل وفقاً لمبدأ الواقع، وبين الأنا الأعلى الذي يعمل وفقاً لمبدأ الكمال إلى ظهور الاكتئاب فالإفراط في لوم الذات، والاحساس بالذنب، والتأنيب الذاتي، وهي عناصر أساسية في حالات الاكتئاب يمكن تفسيرها في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية، من خلال وجود أنا أعلى متطرف شديد الصرامة، كذلك فإن العلاقة بموضوع الحب لها تأثيرها في الاكتئاب فعدم الإشباع المبكر للرغبات الجنسية، وعدم إشباع حاجة الطفل إلى الحب يؤدي إلى الشعور بالغضب والكراهية نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب الذي يوصف بأنه كراهية وغضب موجها نحو الذات، فالإكتئاب في التحليل النفسي ما هو إلا غضب وكراهية بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب ولكنه يتحول بسبب الحيل الدفاعية نحو الذات مكان إنسان حول موضوع الشخص، يقول لموضوع الحب (انت لا تحبني لأنك لا تشبع حاجتي للحب والحنان، وما دمت لا تحبني فانا اكرهك، ولكني لا أستطيع التصريح بكراهيتي لك، بفعل الاحساس بالذنب والتشدد في بناء الأنا الأعلى) إذن فانا الذي استحق الكراهية والعقاب بسبب قصوري وعيوبي.(عبد المنعم، 39-40)

## المحاضرة السابعة: اشكال العصابات

### 1-اضطراب القلق:

يعد القلق من أكثر صور العصاب شيوعا بين الناس و يرى علماء النفس من اصحاب نظرية التحليل النفسي أن هناك صورا مختلفة للقلق أهمها : القلق الموضوعي و القلق العصابي و القلق الخلقي ، أما القلق الموضوعي فهو الشعور بالتهديد و الخطر من مثير واقعي في البيئة و هو نوع من القلق غير المرضي ، و لذا فهو أقرب إلى الخوف ، أما القلق العصابي ، فهو المرتبط بالصراعات النفسية الشديدة ، فهو ما نعينه عندما نتحدث عن عصاب القلق لأن مشاعر التوتر فيه، تعود إلى عوامل خارجية ، أما القلق الخلقي ، فهو الخوف من تهديد الأنا الأعلى و هي الصورة الشائعة عند مرضى عصاب الوسواس القهري، و يبدأ عادة في المراهقة ، فالفرد القلق هو شخص مهموم دوما .

### 1-1-اضطراب القلق حسب الدليل التشخيصي الخامس:

ميز الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس خمسة تشخيصات للقلق الرئيسي هي: اضطراب الرهاب المحدد، اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، واضطراب رهاب الأماكن المفتوحة وهذه الاضطرابات تخل ضمن الفوبيا او المخاوف المرضية، واضطراب القلق العام والقلق هو الشائع بين كل اضطرابات القلق لكن الخوف هو السمة ايضا الشائعة بين اضطرابات القلق مقارنة باضطرابات القلق العام، حيث تشترك اضطرابات القلق جميعا في وجود مستويات من القلق شديد الارتفاع او كثيرة التكرار، ما عدا اضطراب القلق العام.

### 1-2-النظريات المفسرة للقلق:

قدم العلماء النفسانيين العديد من النظريات المفسرة للقلق وهذا حسب توجهاتهم العلمية وسنذكر البعض منها فجمالي:

## 1-2-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن القلق هو عبارة عن إنذار لتجنب حالة تهدد الإنسان أو النفس بالخطر مهما كان مصدر هذا القلق (رشيد حميد زعير، 2010:118) ويميز فرويد بين ثلاث صور للقلق هي القلق الموضوعي والقلق العصابي والقلق الخلقي.

-القلق الموضوعي: وهو الشعور بالتهديد والخطر من مثير واقعي في البيئة وهو نوع من القلق غير المرضي، ولذا فهو أقرب إلى الخوف.

### -القلق العصابي:

ينشأ نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفاد إلى الشعور ويكزن بمثابة إنذار للأنس لكي يحشد دفاعاته لمنع وصول المكبوتات إلى الشعور.

### -القلق الخلقي:

ينشأ هذا النوع من القلق نتيجة تحدير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقوم أو يفكر بالإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمتثلها جهاز الأنا الأعلى، ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والغم والخجل والاشمئزاز (علاء الدين الكفافي، 1998: 346-347) ومن الفرويديون الجدد من كانت لهم نظرة مختلفة في القلق إذ قدموا تفسيرات أخرى منها: أ-تفسير القلق عند "أثورانك":

يفسر أثورانك القلق على أساس الصدمة الأولى، وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولى، والفظام يستشير لدى الطفل القلق لأنه يتضمن انفصالا عن ثدي الأم، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم، فالقلق في رأي وثورانك هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة ويذهب أوترنك إلى أن القلق الأولى يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما: خوف الحياة، وخوف الموت، إن خوف الحياة هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته، وأوضاعه، أما خوف الموت فهو قلق من التوتر

وفقدان الفردية وضياع الفرد في المجهول أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير (عثمان نجاتي، 2001، ص20-21).

فالتجربة الولادية هذه هي أساس لانفعالات القلق في المستقبل وحجته في ذلك أن الانفعالات الفيسيولوجية التي تحدث أثناء الولادة هي نفسها الانفعالات الفيسيولوجية التي تصاحب حالة القلق في سن أكبر غير أنه هناك أطفال يولدون ولادة طبيعية والذين يولدون عن طريق إجراء عملية قيصرية ثم ليس هناك من دليل على أن الذين يأتون إلى الدنيا بولادة صعبة كأولاد البكر عادة هم أكثر إصابة بالقلق من غيرهم(الزعير، 2010، ص122) والجدير بالذكر حسب فنيخل (1945) (نقلا عن رشيد حميد زغير، 2010، ص125) أن فرويد قد انتقد رانك إذ أن الطفل أثناء الولادة لا يكون مدركا لانفصاله عن أمه ولهذا لا يمكن أن يكون الانفصال عاملا رئيسيا في حالة القلق الأصلية، بل أن الإحساسات الجسدية المؤلمة التي يتعرض لها الطفل أثناء الميلاد هي العامل الأساسي في هذا قلق ، إلا أن فرويد لم ينكر أهمية الانفصال عن الأم فيما بعد كعامل مهم في إثارة القلق عند الطفل في الحالات التي يفقد فيها أمه، ولكن القلق الذي يشعر به الطفل في هذه الحالات إنما يعود في مفهوم فرويد إلى شعور الطفل بالعجز أمام التنبيه الصادر عن حاجاته التي تريد الإشباع وعن شدة الشوق لأمه.

#### ب- تفسير القلق عند هورني:

ترى هورني (نقلا عن: رشيد حميد زغير، 2010:119) بأن القلق رد فعل انفعالي لخطر ذاتي يتكون من شعور الفرد بتهديد لذاته المثالية أي أن العوامل النفسية الداخلية هي التي تقوم بخلق الخطر وتعظيمه كما تتحدث هورني عن القلق الأساسي الذي ينشأ في المرحلة الأولى من الحياة بسبب حرمان الطفل من الحب والعطف مما يجعله يميل إلى الكره والعدوان نحو والديه ونحو الأشخاص الآخرين. وبم أنه لا يستطيع إظهار هذا الشعور العدواني نحوهما فإنه يقع في صراع أساسي يؤدي بدوره إلى القلق الأساسي في رأي هورني.

وترى هورني (نقلا عن: نعيم الرفاعي، 1998:214). أنه من الممكن اعتبار العوامل الآتية بأنها العوامل الرئيسية للقلق وتدرج تحت ثلاث فئات وهي:

-**الفئة الأولى:** تضم هذه الفئة أشكال المعاملة داخل الأسرة كحرمان الطفل من الحب والحنان وتركه وحيدا أمام حاجاته وتوجيه له أشكال مختلفة من الكراهية والانتقام.

-**الفئة الثانية:** تشمل الفئة الثانية أشكال المعاملة داخل الأسرة كالسيطرة وفقدان العدالة في المعاملة نحو الأخوة والإخلال بالوعود وعدم التقدير ونكران الحقوق، وأشكال العقاب المختلفة.

-**الفئة الثالثة:** تضم المعاملة المنتشرة في البيئة الاجتماعية التي تمتد حول الأسرة فالخداع والكذب والغش، والحسد، والعدوان، والتناقضات الاجتماعية وأشكال العنف المختلفة التي ينطوي عليها المجتمع حول الأسرة.

نستخلص من هذا أن القلق شعور ينمو تدريجيا مع عناصر من تربية الأسرة وعناصر من تأثير المحيط الاجتماعي الكبير الذي يحيط بها.

### ج- تفسير القلق عند ماي:

يرى مي May (نقلا عن نعيم الرفاعي، 1998، ص 215) أن القلق إدراك لوجود خطر يهدد قيمة يعتبرها الفرد أساسية لوجوده، فكل مؤثر ينطوي على خطر من هذا النوع يمكن أن يولد قلقا ولكن لما كان تقدير التهديد لقيمة أساسية مرتبطة بالخبرة الشخصية وكانت هذه الأخيرة تنطوي على عدد من الظروف والمؤثرات، فإن النتيجة التي تلحق بذلك هي أن هناك عددا كبيرا من المؤثرات تستطيع أن تولد القلق، وأن استطاعتها هذه ليست كامنة فيها بل هي لاحقة بخبرة الشخص نفسه وأي مؤثر يولد القلق يكون في الأصل قد مر هو أو ما يشبهه في خبرة الشخص السابقة أو ضمن ظروف كان فيها يهدد قيمة يعتبرها الشخص أساسية.

والقلق عند ماي May (1966) (نقلا عن عثمان نجاتي، 2001، ص 22) هو توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد، ويعتقد أنها أساسية وترى ماي أن للقلق

أساسيين هما: الاستعداد الفطري، والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة، وأن استجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي والخوف عند ماي عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية للفرد.

#### د- تفسير القلق عند ألفريد أدلر:

كان أدلر يؤمن بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق ويرى أن الطفل يشعر عادة بضعف وعجز بالنسبة للكبار وبالبالغين بصفة عامة ولتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية، فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به ويستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق، إذا حقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه. (المرجع السابق، 2001: 22)

#### 1-2-2- النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن القلق سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وهي وجهة نظر مختلفة لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية ولا يتصورون الديناميات النفسية أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) كما يفعل التحليليون بل أنهم يفسرون القلق في صور الإشراف الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي (علاء الدين الكفافي، 1998، ص 349)

يطابق السلوكيون بين استجابة القلق واستجابة الخوف والفرق الوحيد هو المثير الذي يكون طبيعيا في حالة الخوف وشرطيا في حالة القلق فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة فإذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة

خوف، أما إذا آثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف فهذه استجابة القلق. (إيمان فوزي سعيد، 1996، ص95).

ويرى السلوكيون (بافلوف، واطسون) أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافظا (Drive) ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز وذلك عن طريق خفض للقلق وبالتالي يتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد (عثمان نجاتي 2001: 25)

### 1-2-3- النظرية المعرفية:

يرى إليس أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق، ويرى أن الناس يتعلمون طرقا واتجاهات للتفكير حول عالمهم هي التي تسبب لهم القلق. فحسب إليس فإن حجم القلق يمكن أن يسببه الفرد لنفسه، وينشأ ويزداد لو اعتقد هذا الأخير أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء حتى يمكن للآخرين اعتباره شخصا ذا أهمية ويمكن أن يتسبب الفرد لنفسه في القلق الاجتماعي أيضا وذلك لو اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوبا من كل المحيطين به ومرضيا عنه.

أما بيك فيرى أن مدى القلق يشعر به الفرد نتيجة زيادة المنبهات ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات في الوسط الذي نعيش فيه تتم ترجمتها الى نوع من الخطر حيث يخبر المريض أفكارا عن الخطر المتوقع ويكون تفكيره مشتتا ومشوها، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر، مما يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية وهو الأمر الذي يؤدي إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلي كما تثير استجاباتها لانفعالية والسلوكية. (عادل عبد الله محمد، 2000:191)

## المحاضرة الثامنة: تابع اشكال العصابات

### 1-اضطراب الرهاب المحدد:

هي حالات من القلق ارتبطت بموضوعات محددة وتتميز بخوف غير معقول لا مبرر له يرجع الى وجود شيء محدد او التواجد في موقف محدد من ذلك الموضوع، ومن بين الأمثلة على الرهاب المحددة نجد الخوف من الطيران، الخوف من المرتفعات، وكذا الخوف المرضي من الأماكن المغلقة، او رهاب الأماكن المغلقة وهو عبارة عن الخوف من البقاء في أماكن ضيقة ومغلقة والذي يجعل من الأفراد غير قادرين على البقاء في غرفة مغلقة الأبواب، ومسدله الستائر أو الصعود في المصاعد الكهربائية.

وثمة مثل آخر على المخاوف المرضية وهو الخوف المرضي من الأماكن العالية والذي يجعل بعض الأفراد غير قادرين على تسلق السلالم أو الصعود إلى أسطح البيوت. وهكذا، فإن الخوف المرضي يمكن أن يطور عن طريق الاقتران والاشراط مع أي شيء كالحيوانات (الثعابين) والسيارات، الحقن، الدم.

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي رهاب المحدد طبقا لمصدر الخوف فان الفرد الذي يعاني من نوع من الرهاب المحدد يزيد احتمال اصابته بنوع اخر أيضا، أي ان حالات الرهاب المحدد تكون مصاحبة لبعضها البعض بدرجة كبيرة.

وتتكون الأسماء العلمية لهذه المخاوف من كلمة يونانية تمثل الشيء او الموقف المسبب للخوف يليها اللاحقة PHOBIA، ومن بين أشهر أنواع الرهاب، رهاب الأماكن المغلقة CLAUSTRAPHOBIA، ورهاب الاماكن المرتفعة ACROPHOBIA. (شيري جونسون وآخرون

تر: أمثال هادي الحويلة وآخرون، 2017: 349)

## 1-1- اعراض الرهاب المحدد حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM 5 تتمثل في:

- خوف مزعج او ملحوظ من اشياء او مواقف محددة.

- تجنب الاشياء او المواقف او تحملها بقلق شديد.

- تستمر الاعراض على الاقل ستة أشهر.

## 2-القلق الاجتماعي:

عبارة عن خوف غير واقعي شديد ومتواصل، خوف من الأماكن الاجتماعية التي يمكن ان يجد الفرد نفسه فيها امام افراد غرباء يتفحصونه او يدققون فيه، او من مجرد التعرف على هؤلاء الغرباء، وهم يتجنبون المواقف التي يمكن يكونوا موضع تقييم فيها او يمكن ان تظهر خلالها علامات القلق عليهم، او يمكن ان تخرج منهم تصرفات غير لائقة ويخاف المصاب بهذا الاضطراب من احمرار وجهه او التعرق خلال تلك المواقف، ويمكن ان يصاب الفرد بالقلق الشديد عند الحديث او الظهور امام الافراد او عند تناول الطعام في الأماكن العامة.

وهم يتجنبون المواقف الاجتماعية أكثر ممن يعانون من الخجل، كما انهم يتجنبون المواقف التي يتعرضون فيها الى التقييم، وهذا ما يجعلهم يمتنون مهين لا تتفق ومواهبهم، وقدراتهم بسبب المخاوف الاجتماعية الشديدة التي يعانون منها، فهم يفضلون المهنة التي لا يوجد بها الانخراط في المواقف الاجتماعية اليومية.

كان يسمى هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الرابع بالرهاب الاجتماعي SOCIAL PHOBIA ، الا ان الدليل التشخيصي للاضطرابات الخامس اطلق عليه اسم القلق الاجتماعي، كون هذا المصطلح يلائم اكثر الاضطراب لان المشكلات التي يسببها هذا الاضطراب عادة ما تكون اكثر انتشارا واعاقة للحياة الطبيعية من المشكلات التي تسببها حالات الرهاب الأخرى.

تتداخل اعراض القلق الاجتماعي بأعراض الشخصية التجنبية بدرجة كبيرة وهناك أيضا استهداف وراثي بين التشخيصين.

يبدأ عادة اضطراب القلق الاجتماعي في بداية المراهقة، عندما تصبح التفاعلات الاجتماعية ذات أهمية، حيث تبدأ الأعراض بالظهور في الطفولة وبدون العلاج تصبح اضطراب القلق الاجتماعي المزمن، ويندرج هذا القلق في الشدة فهناك من يشعر بالقلق عند التحدث امام الآخرين لكن ليس في كل المواقف الاجتماعية

وقد ترتبط عدد من خبرات المخاوف بمجموعة من الاضطرابات الأخرى مثل الاكتئاب، وتناول الكحول، وتأثيرات سلبية على الأنشطة الاجتماعية والمهنية.

## 2-2- اعراض القلق الاجتماعي حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM 5 يحددها في:

خوف او انزعاج ملحوظ من التعرض لفحص اجتماعي.

- التعرض الى مسببات القلق يؤدي الى التقييم السلبي.

- تجنب المواقف المزعجة او تحملها بقلق شديد، تستمر الاعراض 6 أشهر. (نفس المرجع

السابق، 2017: 351-352)

## 3- اضطراب الهلع:

يتميز بنوبات متكررة من الخوف الشديد الذي يحدث فجأة لا ترتبط بمواقف محددة، والقلق حيال الإصابة بالمزيد من نوبات الهلع، ونوبات الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من التوجس الشديد، والرعب، والشعور بقرب الاجل، تصاحبها اعراض مثل صعوبة التنفس، وخفقان القلب والغثيان، والام الصدر، والشعور بالاختناق الناتج عن انسداد الحلق او الفم او الانف، والدوار والعرق والارتعاش ومن بين الاعراض الأخرى تبدد الشخصية DEPERSONALISATION و(إحساس الفرد بأنه خارج جسده).

وكذا تبدد الواقع ( DEREALIZATION إحساس الفرد بان العالم غير حقيقي)، والمخاوف من فقد السيطرة على النفس، ومن الجنون او حتى من الموت، نوبات الهلع وحدها ليست كافية للتشخيص يجب ان يكون الشخص قلقا بشأن احتمال وجود نوبات أخرى، وعادة ما تظهر الاعراض بسرعة كبيرة وتصل الى ذروتها في خلال عشر دقائق.

ويمكن النظر الى نوبة الهلع على انها خلل في منظومة الخوف فالجهاز السبماتوي يتعرض لعملية مشابهة لما يحدث عند تعرض الفرد لخطر ما يهدد حياته، ولما الفرد لا يمكنه تفسيرها ويريد فهم ما يحدث له، فاذا فكر في انه يحتضر او يفقد السيطرة على نفسه او في طريقه للجنون.

فمن المحتمل ان يؤدي ذلك الى زيادة خوفه، وعليه فهذه الأفكار تأتيهم عند حدوث نوبة الهلع، تبدأ نوبة الهلع في المراهقة وبمرور الوقت يمكن ان تصبح عواقبه خطيرة فقد نجد المصابين به يبقون دون عمل لأكثر من خمسة سنوات.

ووفقا ل DSM لتشخيص اضطراب الهلع لا بد ان يتعرض الفرد لنوبات هلع مفاجئة متكررة، ولا بد ان يكون لدى الفرد قلق حيال تلك النوبات او القلق الشديد من تكرار هذه النوبات مرة أخرى، وقد تثار نوبات الهلع من التعرض لمواقف محددة مثل الرؤية، ومن ثم ترتبط بالمخاوف وفي هذا التشخيص لا يعد اضطراب الهلع هو التشخيص الأساسي، وبالرغم من حدوث نوبات الهلع بشكل فجائي.

**3-1- اعراض اضطراب الهلع حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM 5 :-** يحدد اعراض

الهلع في

-نوبات هلع متكررة ومفاجئة.

- الاهتمام على الاقل شهر باحتمالية حدوث النوبات.

- القلق من نواتج النوبة او تغيرات سلوكية غير تكيفية بسبب النوبات.

#### 4-رهاب الاماكن المفتوحة: AGORAPHOBIE

ويعرف بالقلق من الأماكن التي تسبب الحرج او صعوبة الهروب منها إذا حدثت اعراض القلق وعادة ما تكون المواقع مخيفة عندما تكون أماكن فيها حشود والازدحام مثل المراكز التجارية.... الخ، وفي بعض الأحيان تكون هذه المواقع صعب الهروب منها مثل القطارات الرحلات الطويلة المسافات، لذا نجدهم يعجزوا عن ترك منازلهم، ومن يستطيع ترك منزله يكون ذلك مع المعاناة من المشقة الشديدة.

في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع كان يتعامل مع رهاب الأماكن المفتوحة كأحد أنماط اضطراب الهلع، اما في الدليل التشخيصي الخامس فقد تعامل معه كتشخيص منفصل، وذلك بعد اجراء دراسة على اشخاص يعانون من رهاب الأماكن المفتوحة وتوصلوا الى انهم لا يعانون من نوبات الهلع، او اضطراب الهلع.

والدراسات تؤكد ان تأثيرات رهاب الأماكن المفتوحة في الحياة بدرجة اشد مما ملاحظ في اضطرابات القلق الأخرى.

#### 4-1-اعراض رهاب الأماكن المفتوحة حسب الدليل التشخيصي الخامس DSM 5 في:

-الخوف او القلق الشديد من موقفين على الاقل لصعوبة الهروب، او تلقي المساعدة عند حدوث اعراض شديدة من القلق مثل ان يكون المريض خارج المنزل لوحده، السفر من خلال وسائل النقل، او يكون في أماكن مفتوحة مثل السوق، او أماكن مغلقة مثل المحلات، او الانتظار في طابور او زحام.

-هذه المواقع تستدعي الخوف او القلق.

-تجنب هذه المواقع المزعجة، او تحملها بقلق شديد.

-تستمر هذه الاعراض على الأقل لمدة 6 أشهر.

## 5-اضطراب القلق العام:

يعد الهم Worry أحد الخصائص الرئيسية لاضطراب القلق العام، فالمصابون به مهمومين باستمرار حيال أشياء تافهة في كثير من الأحيان، وكلمة الهم تشير الى النزعة المعرفية الى التفكير في مشكلة وعدم القدرة على نسيانها، وكثيرا ما يستمر الهم لان الفرد لا يمكنه إيجاد حل لمشكلة ما، ولا يمكنهم السيطرة على همومهم.

ففي الطبيعي نجد الأشخاص يصابون بالهم لكن المصابون باضطراب القلق العام تسيطر عليهم الهموم، وتدوم لفترة طويلة جدا.

لا يتم تشخيص اضطراب القلق العام إذا قلق الفرد من الأشياء التي تولد اضطراب نفسي اخر فمثلا المصاب برهاب الأماكن المغلقة يخاف بشدة من التواجد بالأماكن المغلقة ففي هذه الحالة لا يخضع لتشخيص اضطراب القلق العام، فهموم القلق العام تشبه الذين يقلقون من علاقاتهم، صحتهم، امورهم المادية، الضغوط اليومية وقلقهم هذا يتداخل مع حياتهم اليومية.

ومن بين الاعراض التي تتواجد لديهم نجد: صعوبة التركيز، الملل سريعا، الارق، وسرعة الغضب، والشد العضلي، يشعر الفرد بالتوتر لمدة تستمر على الاقل ستة أشهر، ويبدأ عادة خلال فترة المراهقة، وبمجرد تطوره يصبح هذا الاضطراب مزمنًا، حيث صرح حوالي نصف المصابين باضطراب القلق العام انهم عانوا من اعراض متواصلة استمرت لمدة خمس سنوات بعد المقابلة الفردية المبدئية. (احمد عكاشة، 2018: 178-182)

### 5-1-اعراض اضطراب القلق العام حسب DSM 5 يتحدد اضطراب القلق العام في:

- القلق او الخوف الشديد على الاقل نصف اليوم تقريبا عن عدد من الانشطة او الاحداث (مثل الاسرة، الصحة، الامور المادية، العمل، المدرسة).
- يجد الشخص صعوبة في التحكم في هذا القلق او الهم.
- استمراره لمدة على الاقل 6 شهور.

- يرتبط هذا القلق او الهم على الأقل بثلاثة اعراض (أحدهما في الطفولة) هي:

-الارق او الشعور انه على الحافة.

- سهولة التعب.

- صعوبة التركيز او الشعور بفراغ الراس.

- الاستثارة.

- توتر العضلات.

- اضطراب النوم.

#### 6-اضطراب القلق والاكتئاب المختلط:

يستخدم هذا التشخيص عندما تتواجد كل من اعراض القلق والاكتئاب معا، دون غلبة أحدهما على الاخر، ودون ان تبرز أي من نوعي هذه الاعراض، لدرجة تبرز لاستخدام تشخيص مستقل، اما إذا تواجدت كل من اعراض الاكتئاب والقلق وكان كلاهما شديدا بدرجة كافية تبرز تشخيصا مستقلا، عندئذ يسجل كل من الاضطرابين.

ولا يجوز استخدام هذا التشخيص، إذا كانت هناك أسباب عملية تستدعي تسجيل تشخيص واحد، عندئذ تعطى الاولوية للاكتئاب.

ويجب ان توجد بعض اعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (كالرعشة، او الخفقان، او جفاف الفم، او اضطراب المعدة....)، حتى وان كانت في شكل منقطع، ولا تستخدم هذه الفئة إذا وجد القلق او الانزعاج فقط دون الاعراض المستوفية لمعايير هذا الاضطراب مرتبطة عن قرب بتغير حياتي، ذي دلالة او احداث حياتية مجهدة، فهنا يستعمل تشخيص اضطرابات التوافق.

وكثيرا ما نرى هؤلاء المرضى الذين يعانون خليطا من الاعراض الخفيفة نسبيا في مراكز الرعاية الطبية الأولية، ولكن الغالبية يعيشون وسط السكان، وقد لا يسترعون أي اهتمام طبي او نفسي ابدا.

وهذا الاضطراب هو أكثر الامراض النفسية شيوعا بين المترددين على الممارس العام. (احمد عكاشة، 2018: 193)

## المحاضرة التاسعة: تابع اشكال العصابات

### 1-الاعراض المشتركة في اضطراب القلق:

أكثر من نصف الافراد المصابين بنوع من اضطراب القلق تم تشخيصهم باضطراب اخر للقلق خلال فترة حياتهم، حيث تم التوصل الى ان 80% من الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق العام طبق للدليل التشخيصي الاحصائي الرابع ان يتم تشخيصهم بنمط اخر لاضطرابات القلق.

فبالرغم من ارتفاع معدلات التشخيص باضطرابات القلق فانه من الشائع لهؤلاء الافراد من ذوي اضطراب واحد للقلق انه يعانون من اعراض فرعية (الاعراض التي لا يمكن ادراجها تحت تشخيص واضح)، لاضطرابات القلق الأخرى.

الاعراض المشتركة داخل اضطرابات القلق تنشأ من سببين اساسين:

-تتداخل الاعراض المستخدمة لتشخيص اضطرابات القلق المتعدد، فعلى سبيل المثال اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الرهاب من الأماكن المفتوحة يشتركان في الخوف من التكسد والزحمة.

-بعض العوامل السببية مثل العصبية والبيولوجية وسمات الفردية تزيد الاستهداف لأكثر من واحد لاضطراب القلق.

- هناك من مرضى القلق قد يتم تفريدهم تحت فئة الاكتئاب الرئيسي.

- تشترك مع الاضطرابات الطبية حيث وجدت بعض الدراسات ان بعض المرضى ذوي المستويات المرتفعة من اعراض المخاوف أكثر عرضة لتطور امراض القلب.

### 2-عوامل الاستهداف المشتركة بين اضطرابات القلق:

في وجود هذه العوامل المستهدفة ربما يساعد ذلك في تفسير السبب وراء احتمال اصابة الافراد الذين يعانون من أحد اضطرابات القلق من اضطراب اخر من تلك الاضطرابات، أي ان

عوامل الاستهداف تزيد من إمكانية الإصابة بأكثر من اضطراب واحد فقط من هذه الاضطرابات، فنجد مثلا العوامل التي تزيد من خطر الإصابة باضطراب القلق الاجتماعي يمكن أيضا ان تزيد من خطر الإصابة باضطراب الهلع.

هناك خمسة عوامل تزيد من الاستهداف لأكثر من اضطراب القلق وتتمثل في:

## 2-1-تشريط الخوف:

تركز النظرية السلوكية لاضطرابات القلق على التشريط، وذلك استنادا الى نموذج "مورر ثنائي العوامل"، ويقترح هذا النموذج على خطوتين في تطور اضطراب القلق:

\_ من خلال التشريط الكلاسيكي: وفيه يتعلم الفرد الخوف من مثير محايد (المثير المشروط)، الذي يقترن بمثير مكروه في حد ذاته (المثير غير المشروط).

-من خلال التشريط الاجرائي: وفيه يزيد الفرد من التخفيف من خلال تجنب المثير المشروط، ويستمر ذلك التجنب بسبب نتيجته التعزيز التي تتمثل في خفض حدة الخوف الذي يشعر به الفرد.

وقد تم إضافة مجموعة من الإضافات على نموذج مورر ثنائي العوامل أي الطرق التي يحدث بها التشريط ونجد منها:

-الخبرة المباشرة مثل الخوف المشروط من الكلاب مثلا.

-رؤية فرد اخر يتعرض للأذى من قبل أحد المثيرات (رؤية كلب وهو يعض أحد الافراد)، او رؤية مثير يبعث الخوف في نفس فرد اخر (رؤية رجل يظهر عليه الخوف من الكلاب)، وهذا النوع من التعلم يسمى النمذجة.

-قد يحدث من الارشادات اللفظية، مثل تحذير الاب لطفله من خطورة الكلاب.

## 2-2- الاستهداف الجيني:

تشير الدراسات الى ان قابلية التوريث تتراوح ما بين 20 الى 40% في حالة الرهاب، واضطراب القلق العام، واضطراب الكرب التالي للصدمة، وتصل الى 50% في حالة اضطراب الهلع.

## 2-3- العوامل البيو عصبية (دائرة الخوف ونشاط الناقلات العصبية):

هناك مجموعة من أجزاء المخ تدعى دائرة الخوف، وعادة ما يتم تنشيط تلك الدارة عند شعور الفرد بالقلق او الخوف، وهي تلعب دورا أساسيا في اضطرابات القلق، حيث تعد اللوزة هي دارة المخ، وعليه الاختلالات في التواصل بين القشرة المخية الامامية الأوسط واللوزة ربما يتدخل مع كفاءة تنظيم والتحكم في القلق.

وكذا فان النواقل التي تلعب دورا في دائرة الخوف تلعب أيضا دورا في اضطرابات القلق، فيتضح مثلا ان اضطرابات القلق ترتبط بالخلل في منظومة السيروتونين، ومستويات النور بينفرين الأعلى من المعدل الطبيعي، الى جانب ذلك فان هرمون جاما امينويوتيريك له دور في كبح النشاط في جميع أجزاء المخ، ومن بين تاثيراته تقليل القلق، وبالتالي فان الخلل في ذلك الحمض يمكن ان يلعب دورا في الإصابة بالقلق.

## 2-4- الكبح السلوكي والعصابية:

يشير الكبح السلوكي الى الهياج والبكاء، عند وجود مثيرات جديدة، ويكون لدى الأطفال الذين يبلغون أربعة أشهر من عمرهم حيث يمكن ان يورث ويكون الطريق الممهد للإصابة باضطرابات القلق فيما بعد، وبينت الدراسات ان 45% من الأطفال الذين كانت لديهم مستويات منخفضة من الكبح السلوكي في الصغر، ظهرت لديهم اعراض القلق في سن السابعة، وعليه يمكن ان نعتبر ان الكبح السلوكي إشارة في منتهى القوة تنبئ بالإصابة باضطراب القلق الاجتماعي.

اما فيما يخص العصابية فان:

فهي تعد أحد صفات الشخصية وتتمثل في النزوع الى الاستجابة الى الاحداث بوجودان أكثر سلبية من المعتاد، وتوصلت الدراسات الى ان العصابية كانت علامة مسبقة تنبؤ بالاصابة فيما بعد بكل من اضطرابات القلق والاكتئاب.

## 2-5- العوامل المعرفية:

نركز هنا على المعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل، نقص التحكم المدرك، التركيز على هاديات التهديد.

فيما يخص المعتقدات السلبية المستمرة عن المستقبل فان المصابون باضطرابات القلق، يعتقدون ان أشياء مكروهة سوف تحدث لهم، مثلا المصابين باضطراب الهلع يقولون ان انهم على وشك الموت، عندما يبدأ القلب في الخفقان السريع.

في حين المصابون برهاب المجتمع فهم يعتقدون انهم سيتعرضون للرفض والاذلال إذا احمر وجههم، ويرى " دايفيد كلارك" وزملائه ان القضية الرئيسية لا تكمن في التفكير السلبي الذي يراود المرضى، بل تتعلق بكيفية استمرار تلك المعتقدات.

## و-التحكم المدرك:

ان الافراد الذين يظنون انهم لا يستطيعون السيطرة على البيئة المحيطة بهم يكونون اشد عرضة للإصابة بعدد كبير من اضطرابات القلق من الافراد الذين لا يشعرون بذلك الإحساس، فمثلا المصابين بالقلق يقولون انهم لا يستطيعون السيطرة على البيئة المحيطة بهم الا في اضيق الحدود.

كما ان الخبرات الطفولية السيئة، والاحداث الصادمة، والتربية التي تعتمد على العقاب وتقيد الحرية، وسوء الاستخدام في استمرار رؤية الحياة على انها لا يمكن السيطرة عليها، بالمثل غالبا تتطور اضطرابات القلق بعد احداث الحياة التي تهدد إحساس التحكم في حياته، وقد

أوضحت الدراسات حول الحيوانات ان انعدام السيطرة على البيئة المحيطة يمكن ان يزيد من حدة القلق.

#### ن-التركيز على هاديات التهديد:

كشفت الدراسات ان الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق يولون اهتماما كبيرا بالهاديات السلبية في البيئة المحيطة مقارنة بغير المصابين، حيث توصل البحث في هذا المجال الى ان كل اضطرابات القلق النوعية ترتبط مع زيادة التهديد للمنبهات.

فقد نجد ان الذين يعانون من القلق الاجتماعي أكثر انتباها انتقائيا للوجوه الغاضبة، بينما الافراد ذوي رهاب الثعابين أكثر انتباها للهاديات المرتبطة بالثعابين.

كما أكد الباحثون ان هذا الاهتمام بالمشيرات التي تهدد الفرد يكون تلقائيا وسريعا جدا، بل انه يحدث قبل ان يعي الفرد بالمشير ذاته.

والخلاصة ان اضطرابات القلق ترتبط بالاهتمام الانتقائي بهاديات التهديد.

## المحاضرة العاشرة: تابع اشكال العصابات

### 1- الوسواس القهري:

يعرف الوسواس القهري في اللغة العربية: يقال وسوس الشيطان اليه وله، وفي صدره وسوس وسواسا: حدثه بما لا نفع فيه ولا خير .

ويقال وسوست النفس: تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه، وهو حديث النفس. -لسان العرب، 1985: 4830)

اما التعريف القهر فهو سلوك جبري ويظهر بتكرار وقوة لدى المريض، ويلزمه ولا يستطيع مقاومته، ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه، رغم وعي المريض وتبصره بغرابته عليه، وسخفه ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر الفرد بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ويشعر بالحاح داخلي للقيام به.

ويعرفه كمال دسوقي (1990: 970)، الوسواس هي فكرة دائبة ومتجددة مصطبغة بقوة عادة، وتتضمن غالبا الحث على فعل من نوع ما ومنها الوسواس العقلية، حيث ينشغل المريض بفكرة يصعب طردها، ومنها الوسواس الاندفاعية حيث يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام بفعل على خلاف شخصيته، ومنها الوسواس الكابحة مثل الخوف من أشياء معينة، وتظهر الوسواس عادة في صور أفكار (مشحونة بقوة الانفعالات) وقد تظهر الوسواس كمشاعر .

وبصفة عامة هو عبارة عن أفكار متسلطة على الفرد بشكل يزعج روتين الحياة اليومية، وبعض العصائيين، تظهر لديهم وسواس مثل اعتقادهم بأن لديهم مشكلات في القلب وبأنهم سوف يموتون في سن معينة، ومنها أيضا تسلط فكرة معينة على الفرد ومثال ذلك أن يعتقد بأنه قد نسي باب بيته أو سيارته مفتوحا كلما غادر إلى عمله، فيعود للتأكد منه في كل مرة.

أما ردود الفعل القسرية، فهي عبارة عن نزوات لا يمكن مقاومتها للقيام بعمل ما مرة تلو الأخرى كغسل اليدين عدة مرات في اليوم الواحد أو الإصرار على ترتيب وتنظيف البيت بطريقة معينة كل يوم أو لمس كل أعمدة الكهرباء، أثناء السير في الشارع، وهكذا.

إن الوسواس وردود الأفعال القسرية، تمثل محاولات لتبديل الرغبات غير المقبولة والتي تستثير القلق والصراع إلى أفكار وأفعال مقبولة. (محمد احمد إبراهيم سغفان، 2014)

مرض الوسواس والافعال القهرية يتم تناوله تحت مصطلح العصاب أحيانا، وتحت مصطلح اضطراب أحيانا أخرى والفرق بينهما يكون كما يلي:

#### أ-مصطلح العصاب:

يشير الى وجود اضطراب انفعالي بسبب صراع داخلي وتصدع في العلاقات الشخصية، ومن سماته القلق، وكان يعتقد ان العصاب مرض يصيب الاعصاب ولكن معناه صار الاضطراب الوظيفي، ومنذ ان اكتشف فرويد ان الهستيريا مرض لا يتعلق بالأعصاب بل هو اضطراب في الشخصية، من ثم صار العصاب يرتبط بأمراض الشخصية وليس بأمراض الجهاز العصبي.

#### ب-مصطلح الاضطراب الانفعالي:

هو حالة تكون فيها الاستجابة الانفعالية غير مناسبة لمثيرها سواء بالزيادة او بالنقصان، ونظرا لان الحالة الانفعالية حالة تجريبية يعيشها الانسان لأنها جزء من ادراكه ومن وجوده، كان من الصعب الفصل بين الانفعال، والسلوك، والفكر وكان من توجهات فرويد ان يتكلم عن الانفعالات في مسارات او اشكال، فنقول انفعال الخوف، وانفعال الوسواس والافعال القهرية، وميزة هذا التوجه في مجال علم النفس ان الاستجابة الانفعالية تصف لنا الوضع الانفعالي المميز للشخص، وهذا يسهل علينا إمكانية وضع معايير تشخيصية وعلاجية محددة للاضطراب الانفعالي.

بالنسبة للتحليل النفسي " يشير فرويد إلى أن انتظام الدوافع الغريزية لدى الوسواس القهري مماثل لانتظامها من النمو مما يشير إلى طبيعة النكوص لدى الوسواسين القهريين الذي تشكل المرحلة الشرجية السادية حجر زاوية في نكوصهم، ومن المعروف أن واحدا من ميكانيزمات الدفاع الشائعة لدى هؤلاء هو صيغة رد الفعل (الفعل الرديد) فالنظافة الزائدة لديهم إنما هي رد فعل لقدارة المرحلة التي نكصوا إليها". (معجم علم النفس والتحليل النفسي، مجموعة مؤلفين، 182-183)

ويتحدد الوسواس القهري في:

### 1-1- الوسواس:

-هي افكار او صور او نبضات تطفلية متكررة راسخة لا يمكن التحكم فيها تطفلية متكررة راسخة لا يمكن التحكم فيها (شخص لا يمكنه وقف هذه الافكار).

-تظهر بصورة غير عقلانية للشخص الذي يتعرض لها واغلب بؤر هذه الوسواس تتضمن مخاوف من التلوث او نبضات جنسية، او عدوانية، ومشاكل جسدية، ومخاوف دينية والتناظر او الترتيب، وهم يميلون الى الشكوك المتناهية والمماثلة والتردد في اتخاذ القرار.

-الأفكار والاندفاعات والتخيلات لا تسبب أي ازعاج (اوهم، او نكد، او انشغال)، زائد عن الحد عن المشكلات اليومية والواقعية.

-يحاول الشخص تجاهل هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات او يحاول قمعها، او يحاول تحييدها -ابطالها)، ببعض الأفكار او الأفعال الأخرى، (وقد يتم ذلك عن طريق التسامي كما عند فرويد)

-يعرف الفرد ان الأفكار والاندفاعات، والتخيلات من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج في حالة اقحام الأفكار.

## 1-2-الأفعال القهرية:

هي سلوكيات او افعال قهرية متكررة متكاثرة بوضوح حتى ان الفرد يشعر انه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الافكار الوسواسية او لمنع حدوث مصيبة ما، وتتضمن تلك الأفعال القهرية ما يلي:

-متابعة النظافة والترتيب خلال الطقوس دقيقة أحيانا.

-أداة افعال وقائية متكررة وبصورة ساحرة كالعقد او لمس جزء من أجزاء الجسم.

-المراجعة المتكررة لضمان تنفيذ أفعال محددة مثل الرجوع سبع او ثمان مرات في صف لرؤية انطفاء الانوار او شعلات موقد الغاز واغلاق الحنفيات والنوافذ والأبواب.

-تهدف السلوكيات والتصرفات العقلية القهرية الى الوقاية او خفض الضيق (او المحنة) او تكون وقاية من المواقف والاحداث التي تسبب رهبة، مع إدراك المريض ان هذه السلوكيات والتصرفات العقلية زائدة وغير معقولة، وذلك لعدم وجود علاقة واقعية بين هذه الأفعال وبين ما يريد المريض تجنبه او جعله حياديا، او يريد منعه من الوقوع، او يكون القيام بهذه الأفعال مقبولا -لوجود علاقة-ولكن تكرار السلوك او شدته تكون زائدة عن الحد، وقد يكون شكل السلوك على خلاف ما تم التعارف عليه.

يبدأ اضطراب الوسواس القهري اما قبل سن العاشرة او في مرحلة البلوغ المتأخرة او الرشد المبكر، قد وصف الاضطراب لدى الأطفال في سن صغيرة تصل الى عامين.

وتعرف في دليل الامراض لمنظمة الصحة العالمية على انها سلوكيات نمطية تتكرر مرة تلو الأخرى، ولا يلزمها متعة ولا تحدث نتيجة لإتمام او ملازمة الاعمال الشاقة المفيدة، وعادة ما يقوم بها الفرد كمانع لبعض الاحداث الكريهة او لدفع الضرر عن نفسه.

-تكون اشكال الأفكار الوسواسية على شكل اجترار وساوس، او مخاوف وسواسية، او أفكار اقتحاميه، او صور اقتحاميه، او أفكار اندفاعية، او أفكار الشك التسلطية.

-اضطراب الوسواس القهري أكثر شيوعا بين النساء عن الرجال، كما ان نموذج الاعراض متشابهة عبر الثقافات وهو اضطراب مزمن اذ تشفى منه فئة قليلة كما ان المصابين يظهرون مقاييس متطابقة لاضطرابات القلق المتزامنة خلال فترة حياتهم وان حوالي ثلثين يظهرون مقاييس متطابقة للاكتئاب الشديد واستخدام المواد شائع أيضا، والبعض منهم يتعرضون لاضطراب الاكتناز.

### 1-3- تشخيص DSM 5 الوسواس القهري في:

- وسواس او افعال قهرية

- تعرف الوسواس بواسطة: افكار او الحاحات او صور متكررة تطفلية ملحة غير مرغوبة، يحاول الفرد تجاهل او قمع او معادلة الافكار والاحاحات او الصور

-تعرف الافعال القهرية بواسطة: - سلوكيات او افكار متكررة حيث يشعر الفرد بانه مكره على ادائها لمنع محنة او حادث فظيع

- يشعر الفرد بانه مدفوع لأداء السلوكيات او الافكار استجابة لوسواس او طبقا لطقوس صارمة الوسواس او الفعال القهرية استهلاك للوقت (ساعة واحد على الاقل يوميا مثلا) او سبب محن واو وهن طبي كبير .

-حي الضمير بشكل زائد، وشكاك ومتردد، وغير مرن في قضايا الدين والأخلاق والاداب.

-يهتم بالأشياء التافهة حتى وان كانت عديمة القيمة في حياته العاطفية.

-يتصف بالبخل الشديد في الانفاق على نفسه وعلى الاخرين وينظر للنقود على انها ضرورية

الى لمواجهة الكوارث في المستقبل. (احمد عكاشة، 2014: 42- 43)

## 2- اضطراب تشوه الجسم:

المصابون به ينهمكون في عيب او مجموعة من العيوب الخيالية او المبالغ فيها في مظهرهم بالرغم من انهم قد يكونوا ذوي مظهر جذاب للأخرين وهم ينظرون الى أنفسهم وكان مظهرهم قبيح او فظيع، وتميل السيدات الى التركيز على البشرة، الوركين، الساقين، والنهدين بينما الرجال فيركزون على الطول وعلى طول القضيب او شعر الجسم

-هم مثل المصابين بالوسواس القهري يجدون صعوبة في وقف التفكير في خصائصهم، وهم يفكرون في مظهرهم لمدة 3 الى 8 ساعات يوميا، ويجدون صعوبة في الانخراط في سلوكيات محددة.

-أكثر السلوكيات المكروهة تشمل فحص المظهر في المرآة، او استخدام خطط لتغيير المظهر او تمويه أجزاء الجسم الغير محبوبة (التبرج، تغيير لون البشرة، ممارسة التمارين، تغيير الملابس، وضع المكياج)، بالمقابل هناك من يتجنب المرآة والاسطح العاكسة لتفادي تذكر العيوب.

-حوالي خمس المرضى يفكرون في الاقدام على الانتحار وقد تصبح الاعراض قاهرة ويصبح الفرد حبيس الدار وحوالي 40% منهم لا يقدر على العمل.

-يبدأ الاضطراب بصورته النموذجية في أواخر البلوغ وان 90% من الافراد الذين شخص لديهم الاضطراب يبلغون عن الاعراض بعد سنة من التشخيص، وبمرور فترة 8 سنوات فان ارباع هؤلاء المرضى يشفون من اعراضهم.

-اعراضه متماثلة لدى مختلف الثقافات غير ان العضو الذي يصبح محل الاهتمام يختلف من ثقافة الى أخرى مثلا الاهتمام بجفن العين يزداد في اليابان.

-أكثر الاضطرابات المترامنة وهذا الاضطراب نجد الاكتئاب الشديد واضطراب القلق الاجتماعي والوسواس القهري واضطرابات استخدام المواد واضطرابات الشخصية، كما يجب الحذر عند التشخيص من تداخله واضطراب الاكل اين يكون القلق من الشكل والوزن.

## 2-1-اعراض اضطراب تشوه صورة الجسم كما يحددها DSM 5 :

- الانهماك في عيب او أكثر من العيوب الخيالية في المظهر
- يقوم الفرد بأداء سلوكيات او افعال عقلية متكررة (مثل التفحص في المرآة او السعي لإعادة التأكيد او التبرج المفرط) استجابة للاهتمامات بالمظهر.
- الانهماك غير المقيد بالاهتمام بالوزن او بدانة الجسم.

## 3-اضطراب الاكتناز:

الاكتناز هو ايتهم ومشكلتهم هو الحاجة للكسب والاقتناء والمرضى يكرهون الابتعاد على اشياءهم حتى عندما يعجز الاخرين عن رؤية أي قيمة ضخمة في تلك الأشياء، الرجال أكثر إصابة به وثلاث المصابين هم من النساء كما يشترك النساء و الرجال في اقتناء الحيوانات الذين يرون أنفسهم كمنقذين لهذه الحيوانات، لكن نظرة الاخرين تكون مخالفة خاصة في عدم قدرة الفرد على توفير الطعام والعناية بهذه الحيوانات.

-صعوبة الاضطراب تكمن في تجميع الحاجيات لتفوق منزل الفرد، فثلاث ارباع الحالات ينخرطون في الشراء المفرط، يبدأ في الطفولة او في مرحلة البلوغ المبكرة، لم يكن معترف بالاضطراب الا في DSM5 وقد وصف في الدليل الرابع كعرض يمكن ان يصاحب اضطراب الوسواس القهري، وهو قد يتزامن واضطراب الوسواس القهري، كما لديهم اضطراب القلق العام، والاكتئاب، والقلق العام وقد تتطور اعراض الاكتناز فيما بين الذين يعانون من الفصام.

-عنا تفسر الاعراض جيدا بواسطة اضطراب اخر فانه ينبغي عدم تشخيص اضطراب الاكتناز.

### 3-1- المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتناز طبقا للدليل التشخيصي الخامس:

-إصرار او صعوبة اهمال او الانفصال عن المقتنيات بغض النظر عن قيمتها الحقيقية

-حاجة خيالية للحفاظ على الأشياء.

-حزن مرتبط بالتخلص من المقتنيات.

-ينتج عن الاعراض تجميع عدد ضخم من المقتنيات تترك مساحات المعيشة الفاعلة لدرجة

انه تحدث مساومة لاستخدامها بصورة مستهدفة ما لم يتدخل الاخرين.

## المحاضرة الحادية عشر: تابع اشكال العصابات

### 1 الهستيريا:

الهستيريا اضطراب نفسي له أعراضه النفسية والجسمية فهو تعبير عن استجابة الفرد بشكل لاشعوري وهروب من الشدائد والضغط والإجهادات والصراعات التي يعانيتها بحيث تتحول هذه الضغوط والصراعات إلى خلل في أعصاب الحس أو الحركة أو الاحشاء بشكل لا يكون له أساس من تلف عضوي أو فيزيولوجي، وقد تأخذ شكلا تفككيا كفقدان الذاكرة، وهي تشيع لدى الأطفال والمراهقين لعدم نضوج الجهاز العصبي وكذلك في مرحلة الشيخوخة التي يأخذ الجهاز العصبي خلالها في الضمور كما تحدث لدى أفراد الجنسين و 'ن كانت نسبة شيوعها لدى الإناث أعلى من مثلتها لدى الذكور .

إنها طائفة من الأعصاب التي تتخذ لوائح عيادية جد متنوعة. أبرز شكلين عارضين أمكن تمييزهما. هما هستيريا الاقلاب. حيث يرمز إلى الصراع النفسي في أعراض جسدية جد متفاوتة. إما أن تتخذ شكل نوبة (نوبة انفعالية مصحوبة بشيء من المسرحية على سبيل المثال) أو تتخذ شكلا أكثر دواما (من مثل حالات التخدير، والشلل الهستيرى، إلخ) وأما الشكل العرضي فهو هستيريا القلق، حيث يثبت القلق بطريقة متفاوتة في استقرارها على أحد الموضوعات الخارجية (حالات الخواف)

وبالفرد الذي اكتشف فيه فرويد في حالة هستيريا الاقلاب سمات سببية مرضية رئيسية، استطاع التحليل النفسي رد لوائح عيادية متنوعة تتجلى في تنظيم الشخصية وأسلوب الوجود، حتى في غياب أعراض الخوافية أو إقلابية صريحة، إلى نفس البنية الهستيرية تكمن خصوصية الهستيريا في سيادة نمط معين من التماهي، وأليات معينة (خصوصا الكبت الذي غالبا ما يكون غالبا)، كما تكمن في ملامسة الصراع الأوديبى الذي يقوم أساسا على المستويات الليبديّة القضبية والغمية.

فكرة المرض الهستيرى قديمة جدا، إذ ترجع إلى أبو قراط ولقد رافق تحديدها مسار تقلبات التاريخ الطبي. وليس من مجال هنا إلا إحالة القارئ إلى الأدبيات الغريزية حول هذه المسألة.

وفي أواخر القرن التاسع عشر، وبتأثير من شاركو خصوصا، أصبحت المشكلة التي تطرحها الهستيريا على الفكر الطبي وعلى الطريقة التشريحية العيادية السائدة في ذلك الزمان. موضوع الساعة. وبالإمكان التبسيط والقول إن البحث عن حل لهذه المشكلة ذهب في اتجاهين: إما برد الأعراض الهستيرية، في غياب أي كلم عضوي، إلى الإحياء والإحياء الذاتي، وحتى إلى التصنع (وهو الخط الفكري الذي اتخذه باينسكي ونظمه)، وإما بإعطاء الهستيريا التقدير المرضي الكافي، كأى مرض آخر، والذي يصل في درجات تحديد أعراضه ودقتها إلى مستوى الإصابة العصبية مثلا (وتلك هي أعمال شاركو) أما السبل التي اتبعها بروير وفرويد (وجانیه في منظور آخر)، فلقد قادتهم إلى تجاوز هكذا تعارض.

يعتبر فرويد على غرار شاركو الذي كان له عليه أكبر التأثير من خلال تعليمه كمرض نفسي جد محدد يستلزم سببية نوعية. ومن ناحية أخرى، فهو يتعلق خلال محاولة إقامة الأواليات النفسية الخاصة بالهستيريا، بتيار كامل يجعل منها عرضا بالتصور. ومن المعلوم أن جلاء السببية النفسية للهستيريا رافق الاكتشافات الأساسية للتحليل النفسي (اللاوعي، الهوام، الصراع الدفاع والكبت، التماهي، والنقلة، إلخ)

ولقد استمر المحللون النفسيون، على أثر فرويد، وعلى اعتبار العصاب الهستيرى، والعصاب الهجاسي الوجهين الرئيسيين لمجال الأعصاب، مع أن ذلك لا يلغي إمكانية تداخلهما في هذه اللوحة العيادية أو تلك، على مستوى بنيتيها.

ولقد ألحق فرويد بالبنية الهستيرية، نمطا من العصاب الذي أعطاه اسم هستيريا القلق، الذي تتلخص أعراضه الأكثر بروزا في حالات الخوف". (لابلاش-بونتاليس صفحاتين

(564-563)

## 1-1-أنواع الهستيريا:

### 1-1-1-الهستيريا التحويلية:

و معناها أن المتاعب النفسية من قلق و إحساس بالضغط و الصراعات، تتحول إلى عرض عضوي أي أن أحد أجزاء الجسد، يبدو كأنه مريض و مصاب، فبدلاً من أن يقول المريض أنا قلق أو أنا مكتئب أو أنا أعاني من كثرة المشاكل أو أنا مخاصر أو أنا مهزوم أو أنا خائف، فإنه يقول: ذراعي تؤلمني أو رجلاي لا أستطيع تحريكهما أو أنا لا أرى أو أنا لا أحس بوخز الدبوس أو الألم يفتك برأسي أو يداي ترتعشان أو معدتي، ترفض الطعام، و في هذه الحالة ينسى المريض مشكلته تماماً النفسية، فالعرض العضوي قد أنساه إياها. أي أن مشكلة المريض الآن أصبحت ذراعه التي لا تتحرك أو بصره الذي فقد رأسه الذي يحطمه الصداع، كيف هذا؟ كيف يشكو جزءاً من الجسم دون أن تكون به أية إصابة عضوية؟ كيف لا يبصر الإنسان وعيناه والأعصاب البصرية سليمة تماماً؟ كيف لا يحرك الإنسان يده دون أن يكون أية إصابة في الأعصاب الحركية؟ كيف لا يشعر الإنسان بالألم بينما دبوس يخترق جلده أو طرف سيجارة مشتعلة يلامس هذا الجلد؟ إنه العقل الباطن الذي يخترق هذه الأعراض ويحرك مراكز الجهاز العصبي العليا التي تتحكم في الجسم، فنتوقف الذراع عن الحركة أو يتوقف الجلد عن الإحساس أو ينزعج الرأس بالألم وهذا يبين التلاحم التام بين النفس والجسد وتأثير كل منهما على الآخر.

- يصدر أمر علوي، أن يا عين لا تري ... أو يا جلد لا تتألم أو يا ذراع لا تتحركي لكي يبدو كأن الشلل قد أصابك، أو يا رأس تألم وأمعن في الإحساس بالألم لكي يصرخ صاحبك، فيشد الانتباه إليه، وبذلك يتخفف من مسؤولياته ... هذا هو "ميكانيزم الهستيريا" أو كيف يحدث العرض الهستيريا التحويلي.

وهذا مثل الشلل الهيستيري في اليد اليمنى لأحد الجنود المقبلين على خوض المعركة الذي يعني خوفه أو عدم رغبته في المشاركة في الحرب، بحيث تتعطل القدرة الوظيفية للعضو المصاب على الرغم من أن هذا التعطيل ليس له أساس عضوي، وقد يكون العرض مؤقتاً ويزول.

### 1-1-1-1-أعراض الهستيريا التحويلية: ويمكن حصرها فيما يلي:

#### أ-أعراض حركية:

كالشلل الهيستيري في أحد الأطراف أو الشلل النصفي أو الكامل، وفقدان الصوت أو النطق أو السير أو المشي الهيستيري، اللزمات أو النفضات الحركية التي تبدو من خلال تقلصات عضلات الوجه أو حركات اليدين أو الأكتاف أو الرقبة، النوبات الهيستيرية التي تتراوح شدتها بين إغماءات بسيطة وهيجان عصبي شديد، يعقب ضغطاً نفسياً أو أزمة انفعالية والجوال الهيستيري أو السير كما لو كان المريض تحت تأثير مسكرات أو مخدرات.

#### ب-أعراض حسية: وتتمثل فيما يلي

-كفقدان الحساسية في عضو أو عدة أعضاء وتتضح في القبض على جمرات من النار وأكل الزجاج، والعمى الهيستيري والصمم الهيستيري والاستنشاق الهيستيري كأن يستنشق رائحة غاز لا وجود له.

#### ج-أعراض حشوية:

-كالصداع الهيستيري والغثيان والقيء الهيستيري والسعال الهيستيري والحمل الكاذب.

#### د-أعراض أخرى:

كاضطراب الوعي والطفلية الهيستيرية ومنها أن يتحدث المريض كالأطفال مثلاً والبرود الجنسي.

## 2-الوهن العصبي: (النوراستينيا)

هو الشعور بالإرهاك العصبي أو انحطاط تام في طاقة الفرد و نشاطه ، و هذا الشعور يكاد يكون مستمرا و ملحا دون وجود مبرر واقعي ، بكفي لوجوده عند المريض ، و نحن نعرف أن التعب و الانهاك عند الانسان السوي ، يحصل بعد بذل جهد و طاقة كبيرة يقوم بها ، إلا أن هذا الشعور يظهر عند المريض بالوهن حتى و لو لم يبذل أي جهد كما أن التعب يزول بعد فترة من الراحة أما في الوهن العصبي، فلا يزول بل يستمر قويا، مسيطرا وكثيرا ما يبدأ منذ الصباح و يميل للضعف و الانحدار حين اقتراب موعد النوم ومن هنا يمكننا تعريفه بأنه: الشعور الذاتي و المستمر بالإرهاك و الضعف العام والاعياء و التعب المصحوب بأعراض عضوية متنوعة، ينتهي إلى حد الانهيار ، فهو بمثابة تعب مزمن ، يحدث اضطرابا في سلوك الفرد و عضويته.

### 2-1-أعراض الوهن العصبي:

يتمظهر الوهن العصبي في العديد من الأعراض النفسية والعضوية:

#### 2-1-1-الأعراض النفسية:

الشعور بالتعب السريع، الخمول والارتخاء، ضعف القدرة على الانتباه والتركيز، الحساسية الزائدة تجاه أدنى المثيرات، سرعة التهيج، تجنب الاختلاط اضطراب في دقة العمل وبطء الانجاز ، ضعف العزيمة والإرادة وعدم تحمل المسؤوليات، ضعف الطموح والشعور بالإحباط.

#### 2-1-2-الأعراض الجسمية:

قصور في السرعة والقوة البدنية، ضعف عصبي وجسمي عام، الشعور بالألم العام غير المحدد، الصداع، هبوط ضغط الدم، شحوب الوجه، تغيرات حشوية وهضمية، يرافقها ضعف الشهية وعسر الهضم، الضعف الجنسي (عند الرجال)، اضطراب العادة الشهرية (عند

النساء)، آلام في الظهر، اضطراب في النوم والشعور بالتعب حين الاستيقاظ مباشرة من النوم.

### 3-العصاب الصدمي:

يعرف بأنه "اضطراب نفسي شديد، يظهر عند الفرد، ويتأثر بصدمة أو رضة شديدة ومفاجئة، تصيبه وتهدد حياته كما في الحروب والكوارث".

والغالب في هذا العصاب أن تكون الصدمة شديدة مؤثرا مباشرا وأن تكون قد جاءت إثر عدد من صدمات سابقة مر بها الفرد.

### 3-1-أشكال العصاب الصدمي:

#### 3-1-1- عصاب الحرب:

فالحرب من أقسى الصدمات المهددة للإنسان وقد درس العلماء والجنود والأسرى الذين تعرضوا لاضطرابات نفسية إبان الحربين العالميتين مثل (الشلل، الصمم، الارتعاش الهيستيري، القرحة، ارتفاع ضغط الدم، فقدان القدرة على النطق). وفي عصاب الحرب يعرف الانسان من هو المعتدي الذي يهدد حياته، فيوجه إليه غضبه ورغبته في الانتقام عكس الكوارث الطبيعية، يغيب المسؤول مباشرة (من الناحية الأخلاقية).

#### 3-1-2 - عصاب الكوارث:

وهي متشابهة مع السابقة بالرغم من الاختلاف مع بعض ردود الأفعال والإثارة التي تحدثها كل منها.

#### 3-1-3 - اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

يشخص عندما يتعرض الشخص لصدمة يتضمن استجابة مبالغ لمصادر المشقة تتضمن القلق المتزايد تقادي المؤثرات المرتبطة بالصدمة واعراض للإثارة المتزايدة.

### 3-1-4- المعايير التشخيصية لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب DSM5 يتمثل في:

- تعرض الفرد لموت حقيقي او تهديد حقيقي بالموت او تعرضه لإصابة خطيرة او لعنف جنسي

بطريقة او أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصيا او مشاهدة الحدث شخصيا او العلم بان الوفاة من جراء العنف او الوفاة في الحادث او التهديد بالموت قد حدث عن قرب او التعرض بصورة متكررة او التعرض الشديد لتفاصيل بغیضة للحدث او الاحداث وليس من خلال تقارير الاعلام.

#### أ- أحد الاعراض المتداخلة التالية على الاقل:

- ذكريات تطفلية مؤلمة مكرهه للصدم هاو لدى الاطفال لعب متكرر يخص موضوعات الصدمة.

- احلام مفزعة متكررة ترتبط بالحادث او الاحداث.

- تفاعلات مفككة (مثل استرجاع الاحداث) حيث يشعر او يفعل الفرد وكان الصدمة تتكرر او لدى الاطفال (اعادة تمثيل الصدمة اثناء اللعب)

- نشاط فسيولوجي مكثف او مطول مفزع استجابة لمفكرات عن الصدمة او الصدمات.

- عرض واحد على الاقل من اعراض التجنب او التهرب التالية:

- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة او الصدمات

- التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة او الصدمات.

#### ب - تغيرات على الاقل من التغيرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج

- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة او الصدمات

- معتقدات او توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء او الاخرين عن الصدمة

- لوم مفرط مستمر للنفس او الاخرين عن الصدمة
- حالة انفعالية سلبية مستمرة او لدى الاطفال أصغر من 7 سنوات مزيد من العواطف السلبية المتكررة.
- اهتمام او مشاركة قليلة ملحوظة في الانشطة المهمة.
- شعور بالانفصال او النفور من الاخرين او في الاطفال أصغر من 7 سنوات تراجع اجتماعي
- عدم قدرة مستمرة على مواجهة الانفعالات الايجابية
- ج - تغيرات على الاقل في الاثارة ورد الفعل:**
  - سلوك هياجي او عدواني.
  - يقظة مفرطة
  - ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها
  - مشاكل في التركيز
  - اضطراب في النوم
- د - تبدأ الاعراض او تتفاقم بعد الصدمة او الصدمات وتستمر شهرا على الاقل**
- ك - بين الاطفال اقل من 7 سنوات تتطلب الاعراض معايير أ ، ب ، ج ، د ، و لكن واحد فقط من الاعراض سواء من ج او د.

## المحاضرة الثانية عشر: الذهان

### 1- الذهان وأشكاله:

الذهان هو اصطلاح ، يدل على اضطرابات عقلية متنوعة و عميقة و خلل في تفكير الشخص و وجدانه ( انفعالاته)، مما يغير من نظرتة و ادراكه للعالم و الحياة و يؤثر في سلوكه و إنتاجه بصورة خطيرة ، و عند عامة الناس في حياتنا اليومية يغلب هذا الاضطراب بتسميته بمصطلح الجنون ، اما عند رجال القانون فالذهان هو ان الفرد غير قادر على تحمل مسؤولية أفعاله ، و في اللغة العلمية، نستخدم مصطلح ذهان ، فالذهان يشمل عددا من الاضطرابات النفسية التي تتفكك فيها محددات الشخصية و مكوناتها ، حيث يعجز الأنا عن أن يقوم بوظيفته في تنظيم وحدة العالم القائم حول الشخص و علاقته بالواقع. ويعرف الذهان بأنه " اضطراب عقلي شديد، يصيب الشخصية ويجعل اتصالها بالواقع معطوبا بما يلي:

- عدد من الاضطرابات النفسية الشديدة التي تصيب الشخصية.

- يكون اتصال الشخص بالواقع معطوبا.

- يكون تفكيره مضطربا.

- يعيش في عالمه الخاص به.

- اضطرابات في الانفعالات والسلوك. تسمى حالات الذهان بالاضطرابات العقلية تمييزا لها

عن الأعصاب التي يطلق عليها اسم "الاضطرابات النفسية".

### 2- أعراض الذهان:

يتصف الذهان بأعراض هي:

2-1-التفكك: لا يستطيع المريض أن يربط بين أفكاره في كل متماسك كما لا يمكنه الحكم

أو التمييز أو التفكير بوضوح ويقبل المريض دون نقد أفكار غير متلائمة مع الظروف،

فإذا وصل التفكك الى درجة عميقة جدا يبدو على المريض الارتباك وعدم القدرة على إدراك أي شيء بوضوح فلا يشعر بالحوادث الخارجية الا بصورة مبهمه غامضة.

**2-2- التبدل الانفعالي والانسحاب الاجتماعي:** فالمريض قد يبدو متبدل المشاعر تماما، حيث لا يحزن ولا يفرح ولا يظهر أي نوع من أنواع الانفعال مهما كانت الظروف أو المواقف فسطحية المشاعر تشير الى انحراف في الاستجابة الانفعالية (أي التعبير عن الانفعال).  
يميل كثير من مرضى الذهان الى الانسحاب من المجتمع ويبدو أن السبب في ذلك يرجع الى قدر كبير من التبدل الانفعالي والبعد عن الناس وتجنب الحديث معهم، والانسحاب يساعدهم على الاستمرار في الانفصال عن الواقع.

**2-3- سوء التوافق الشخصي والعائلي والاجتماعي** بصفة عامة اذ يتصف سلوك الفرد الذهاني بالسلوك الاجتماعي وميله الى عدم اعطاء المعايير الاجتماعية أي اعتبار لعدم ادراكه لقيمتها وغالبا ما يكون في بدء اصابته في صراع معها فضلا عن رغبته في البقاء بمفرده وتفضيل العزلة عن الناس.

**2-4- الخبل:** ويعني انحلال السلوك الذهني للشخص ويبدو في صورتين:  
الأولى: عدم مقدرة المريض على التذكر، حيث ينسى المعلومات العامة التي تعلمها من قبل كتلك التي تعلمها في عمله وقد يصل في عدم تذكره هذا الى نسيان اسمه أو أسماء والديه او أبناءه، أما الصورة الثانية فتظهر في عجز المريض عن التعلم وعن حل المشكلات الجديدة.

## 2-5- سوء التوجه الزماني المكاني:

أي عجز المريض عن معرفة الوقت أو المكان الذي هو فيه.

## 2-6- وجود هذات وهلاوس وأوهام:

### أ-الهذات: Délires:

وهي أفكار خاطئة يعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود أي أساس لها في

الواقع، ولا جدوى من اقناع المريض بخطائه ومن أهم الهذات:

### ب-هذات الاضطهاد:

وهي الأكثر شيوعاً لدى مرضى الفصام، فقد يعتقد المريض أن بعض الأشخاص يتآمرون عليه، أو أن المخبرات تحاول خطفه أو قتله أو أنه مضطهد من زملاءه أو رؤسائه.

### ج-هذات العظمة:

يعتقد المريض أنه مخترع كبير أو واسع الثراء أو يعتقد أنه ملك أو نبي، أو مخترع الخ.

## 2-7-الهلاوس: Hallucinations:

وهي اضطرابات في الإدراك الحسي تحدث في غياب المثير الخارجي فيرى المريض أشياء أو اشخاص ويسمع أصواتاً ويشم روائح لا وجود لها فعلاً أما في حالة هلوسة اللمس فيشعر المريض أن حشرات تمشي على جسمه مثلاً، كما تحدث أحياناً هلوسات المذاق الحلو أو المر.

## 2-7-الأوهام: Illusions:

وهي شبيهة بالهلوسة إلى حد ما وتعرف أيضاً بالخداع البصري وهي تختلف عن الهلوسة لأنها تصدر عن منبه خارجي بطلاً في تأويله كأن يؤول المريض ربطة العنق الموجودة فوق كرسي ثعبان.

## 3-أسباب الذهان:

يرجع الذهان إلى العوامل الوراثية بالدرجة الأولى، بالإضافة إلى أسباب أخرى كإحباطات البيئة والصدمات العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة بالإضافة إلى العلاقات الأسرية

المضطربة وتأخر النمو وعدم الشخصية خاصة في جوانبها الاجتماعية والانفعالية مما يؤدي الى سوء التوافق.

أما بالنسبة للذهان العضوي فأسبابه عضوية بحتة.

#### 4- أشكال الذهان وتصنيفها:

تقسم الذهانات عموماً إلى صنفين رئيسيين هما:

##### 4-1- الذهانات الوظيفية:

وتضم كلا من الفصام، الهذات (التوهمات)، البارانويا أو الزور، الذهانات الانفعالية الوجدانية (هوس، اكتئاب) ولكل واحد منها أشكاله أيضاً وتسمى هذه الذهانات وظيفية، لأنها ذات منشأ نفسي وتقتل عوامل اجتماعية وبيولوجية عدة.

##### 4-2- الذهانات العضوية:

الصرع، الزهايمر، الشلل الطرفي، خرف الشيخوخة، داء جاكوبسون... الخ. وقد ذكرها الدليل التشخيصي الأخير للاضطرابات العقلية تحت اسم الأمراض العقلية العضوية، وتسمى هذه الفئة بالعضوية لأنها ذات منشأ عضوي وخلل في المراكز العصبية.

#### 5- أنواع الذهانات: قبل التكلم عن أنواع الذهانات نتطرق الى اضطراب الاكتئاب الذي

يعد السمة الأساسية في الذهانات ويمكن حصرها فيما يلي:

##### 5-1- الاكتئاب:

وهو من أقدم الاضطرابات المسجلة في تاريخ الانسانية وهو اضطراب إنفعالي، يتميز صاحبه بالحزن والسوداوية والخمول وفقدان النشاط وقلة الكلام والحركة والشعور بالوحدة والميل للعزلة والشعور بالذنب وفقدان الشهية للطعام واضطراب النوم. كما أن الاكتئاب عكس حالة الهوس تماماً وأعراضه العامة هي:

## - المزاج:

ويشتمل على الحزن الكآبة والغم والبكاء، ضعف المعنويات ففقدان الحماسة، نقص الأهداف، رغبات انتحارية السأم واليأس فقدان الشعور بالرغبة والاهتمام والميول، الحط من قدرات الذات اللوم والشعور بانخفاض المكانة والشعور بالنقص

## - الحيوية:

- السعادة: يتميز بكسل، تشاؤم تباد عقلي

- القدرة على التحمل: يتميز بصعوبة البدء والفتور والبطء والتعب.

- الشهية: يتميز بفقدان الشهية، نقص الوزن.

- الدافعية: يتميز بالانسحاب، غياب الاستمتاع.

- التهيج: يتميز بالقلق والخشية والفرع والتوتر، شدة التهيج، التأمل، الشعور بالهم والقابلية للإثارة.

- النوم: سطحي، متقطع، كوابيس، أرق.

- السلوك: عدم الاستقرار، التدخين، تدمير الذات.

- البحث عن العزاء والسلوى:

- العلاقات: التشبث بالذكريات، المطالبة والالتماس.

- الهروب: انسحاب، انعزال، كثرة النوم والإيواء للسريير.

- الغذاء: الكحول، الإثكال الزائد، عقاقير نقصان الوزن وأحياناً زيادة الوزن.

## 5-1-1- أشكال الاكتئاب ومراحله:

يمر الاكتئاب بمراحل عدة، حيث نميز أشكاله المختلفة

## أ - الاكتئاب البسيط:

وفيه يشعر المريض ببطء في نشاطه الجسمي والنفسي ويشكو سوء حظه وأنه غير جدير بالحياة، حيث يشعر بالحزن والذنب ولوم الذات، وذلك كله بدرجة تفوق ما هو عند الانسان السوي والطبيعي.

## ب - الاكتئاب الحاد:

وفيه يشد الحزن والخمول وفقدان النشاط ويزداد لوم الذات، ونلاحظ أن المريض لا يجيب عما يوجه إليه من كلام وتكاد لا تسمع صوته، حيث تسيطر عليه فكرة أنه قام بآثام كبيرة.

## ج - الاكتئاب الهائج:

حيث يبلغ الحزن درجاته القصوى و ينعزل المريض وحيدا بدون طعام و يزرع غرفته جيئة و ذهابا و يضرب نفسه و يوجه إليها التهم ، و تبدو في هذه المرحلة توهمات و هلوسات ، و كثيرا ما ينفذ المريض في هذه المرحلة الانتحار و هذا النوع ، يمتزج مع الشكل الثالث للهوس و يعاني المريض فيها الاضطراب ثنائي القطب ( نوبات هوس و اكتئاب دوريين) ، و كثير من العلماء ، يعتبرون الاكتئاب الهائج سن الياس او الملانخويا الارتدادية ، و اعتبروه مرضا مستقلا في الذهان الانفعالية ، و في الواقع أنه له بعض الأعراض المميزة له سريريا و هذا ما دفع الأطباء النفسيين الأمريكيين إلى وضع لوحة سرسرية خاصة به ، ففي الدليل التشخيصي الثالث ، انه يحدث عادة بعد سن الستين و يميل صاحبه للنحافة عموما و يتطور بصورة تدريجية وهو أكثر انتشار عند النساء مقارنة بالرجال ، و يرافق الكآبة فيه نشاط نفسي حركي و يرافقه قلق ظاهر ، و النوم غير منظم طوال الليل ، و فيه اختلال بالآنية و توهم المرض ، وذلك كله عكس الاكتئاب الذهاني (وحيد القطب) الذي يحدث في منتصف الرشد (30-45 سنة) و يحدث عند الرجال و النساء تقريبا بنفس الدرجة ، و فيه كآبة بدون نشاط حسي حركي

، لا يرافقه قلق ، النوم السريع منذ أول الليل و قد يصاحبه أرق في أواخر الليل ، لا يوجد فيه اختلال الأنية و لا توهم المرض.

### 5-2-ثنائي القطب : (الهوس الاكتئابي الدوري)

يحدث تناذر الهوس والاكتئاب بشكل دوري عند المريض نفسه، فتارة يتناوب بين الهوس (وما يتمثل به من فرط الحركة والنشاط والتوهم وسطحية التفكير) وبين الاكتئاب (وما يشملها من هموم وضعف في النشاط ولوم الذات)، وقد بينت الدراسات انه بين سن الخامسة والعشرون والثلاثين، ويتباين سير المريض من فرد إلى آخر، غلا ان السيكولوجي "آينفست" AYNFEST استخرج من خلال أبحاثه سمات عامة، يتصف بها المرض لدى النسبة الكبرى من الأفراد:

- يتطور الهوس الاكتئابي بشكل دوري، تغلب فيه مراجعة النوبات.

- يتراوح عدد النوبات من مريض لآخر، ومتوسط عدد النوبات ثمانية في الشكل ثنائي القطب وخمسة في الشكل وحيد القطب، والفاصل بين النوبات يتراوح بين أشهر عدة وسنوات عدة، تصل إلى أكثر من 10 سنوات. تدوم النوبات من بضعة أشهر إلى سنة عادة.

### 5-3-نظريات تفسير الاكتئاب:

#### 5-3-1-النظرية التحليلية:

يؤكد فرويد على أن الاكتئاب نتاج للصراع بين الدوافع والرغبات والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب والخسارة في العام الأول من العمر.

وقد أضاف كارل أبراهام (نقلا عن: جاسم، 1999: 291) أن الاكتئاب بإمكانه أن ينشأ من حالة التناقض الوجداني اتجاه موضوع معين أي حين يكون لدى الشخص مشاعر إيجابية ومشاعر سلبية (حب وكره) في الوقت ذاته نحو ذلك الموضوع. ففي حالة هجران

موضوع الحب فإن المشاعر السلبية للفرد تعمل على إثارة الغضب. وفي الوقت نفسه فإن المشاعر الإيجابية للفرد تسبب الإحساس بالذنب.

ومن هنا نجد فرويد (1917) في بحثه المسمى الحداد والملائخوليا، يكشف عن أوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكئاب المرضي، فالاكئاب عادة ما يحدث ويشهد إثر وفاة موضوعات حبا أو عند فقدانها بالهجرة والخسارة. وهذه النوبات من الاكئاب التي تنفجر وتشتد بعد وفاة أو فقدان موضوعات حبا هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاة أو الفقدان مما يضاعف بدوره مشاعر الاكئاب والغضب الداخلي وإتهام الذات (عبد الستار إبراهيم، 1998: 87)

### 5-3-2- النظرية المعرفية:

تنظر النظرية المعرفية إلى الاكئاب بوصفه اضطراب في التفكير، وأن الأعراض الاكئابية تتوالى طبقا لفاعلية الأنماط المعرفية السلبية، فيرتبط السلوك الوجدان مع العنصر المعرفي (عادل عبد الله محمد، 2000).

ويعد بيك Beck (2000) من أبرز أصحاب هذا التوجه إذ يعتبر المشكلات النفسية بما فيها الاكئاب ترجع بالدرجة الأولى إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع وتفسير الحقائق بناء على مقدمات مغلوبة وافتراسات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث له أثناء مراحل نموه المعرفي. (بيك، 2000: 10).

ويؤكد بيك أن المحتوى الفكري يركز على فكرة الفقدان، وبالتحديد على وقوع فقدان كبير فيحس المريض أنه قد خسر شيئا يراه ضروريا لسعادته أو أهداف ذات شأن. وبإمكاننا أن نصوغ هذه التيمة فيما يسمى "الثلاثي المعرفي the Cognitive triad": تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل. (بيك، 2000: 98-99)

فبعد أن يستشعر الفرد المستهدف للاكئاب الفقد يبدأ في تقييم خبراته بطريقة سلبية فيبالغ في تأويلها كدلائل هزيمة وحرمان، ويعتبر نفسه قاصرا عاجزا لا قيمة له. ويرد الوقائع

المؤلمة إلى نقص متأصل فيه. وحين يطلع إلى الأمام يتوقع لمصاعبه أو آلامه الحاضرة أن تستمر إلى غير نهاية، ولحياته أن تكون عناء متصلا وخيبة وحرمانا. وحيث أنه يعزو مصاعبه إلى نقائصه هو وعيوبه فإنه يؤنب نفسه ويزيد انتقاده لذاته. وهكذا تنشط خبراته المعيشية أنماطا معرفية تدور حول تيمة فقدان. وتتبع مختلف الظواهر الانفعالية والدافعية والسلوكية والنمائية من هذه التقييمات السلبية للنفس. ويؤكد بيك أن حزن المريض هو نتيجة محتومة لإحساسه بالحرمان ولتشاؤمه وانتقاده لذاته. أما التبدل فينتج عن انسحابه الكامل وتخليه وركونه. كذلك ينجم فقد التلقائية وتتجم الرغبات الهروبية والتجنيبية والانتحارية من طريقته في تقييم حياته. ويؤدي به اليأس إلى فقد الدافعية (بيك، 2000، ص141-142)

### 5-3-3- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب يرجع إلى عوامل بيئية حيث أوضحا لوينسون وليبيت (1980) (نقلا عن عبد الستار إبراهيم، 1998) في دراسة لهما أن الاكتئاب ناتج عن نقص في التعزيز الإيجابي، حيث وجد أن مجموعة الطلبة المكتئبين كانت أقل انشغالا بالانشغالات السارة بالمقارنة مع المجموعة العصابية غير المكتئبة والمجموعة السليمة أو العادية. كما أنهما توصلا إلى نتائج تتساوى مع فرضية المتعة إذ وجد هذان الباحثان أن مزاج الشخص يتغير تبعا لعدد الأحداث المسرة وغير المسرة التي يمر بها وأنه في حالة الإصابة باكتئاب حاد إذا ما تعلموا خفض تكرار الأحداث غير المسرة

وزيادة تكرار الأحداث المسرة، فإنهم سيظهرون ارتفاعا في المزاج، يساهم هذا النقص في إدامة الاكتئاب.

وفي نفس الصدد تضيف أسماء عبد العزيز الحسين (2002) أن السلوك الإكتئابي يتم تعلمه تبعا لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه ألا وهي مبادئ التشريط سواء لدى بافلوف في صورتها الكلاسيكية أو لدى سكينر في صورتها الإجرائية كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكو دينامية العصابية، من قبيل

مفاهيم الصراع العصابي والأسباب الكامنة للمرض، ودور الكبت في نشأة الاكتئاب... وإلى غير ذلك من المفاهيم.

وفي هذا الإطار يرى وولب Wolps (نقلا عن: أسماء عبد العزيز الحسين، 2002، 321) أن الاكتئاب هو عادة عنيدة من السلوك غير التوافقي يتم اكتسابها في كيان عضوي سوي من الناحية الفسيولوجية وعادة ما يكون القلق هو المكان المركزي لهذا السلوك، إذ يكون دائما حافظا في المواقف المسببة للمرض.

فالنسبة لشيلدون كاشدان يقول أن "الوسواس والقهار هما في حقيقة الأمر نوعان متميزان من السلوك الشاذ. أما الوسواس obsession فإنها أفكار مزعجة تقطع على الفرد سلسلة أفكاره دائما. وأما القهار compulsion فإنه على خلاف ذلك أفعال من قبيل الطقوس يذكر العصائبيون أنه لا بد لهم من إتباعها أو القيام بها" (علم نفس الشواذ شيلدون كاشدان صفحة 61).

وفي نفس المسار ذهب الدكتور محمد شريف سالم "أفكار متكررة مزعجة (وساوس) أو أفعال متكررة تأخذ شكل الطقوس ويكون الشخص مجبرا على الإتيان بها (أفعال قهرية) ويكون مدركا تماما أن هذه الأفكار والأفعال غير منطقية وغير صحيحة وتافهة ولا معنى لها، ولكنه لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم فيها مع ملاحظة أن الإنسان السليم يمكنه دفع هذه الأفكار ومنع تكرارها ووقفها". (الوسواس القهري، محمد شريف سالم: 15-16)

## المحاضرة الثالثة عشر : الفصام

### 1- مفهوم الفصام:

و يعد هذا الاضطراب العقلي من أكثر أنواع الاضطرابات الذهانية انتشارا ، و هذا الاضطراب يمزق العقل و يصيب الشيخوخة بالتصدع ، فتفقد بذلك التكامل و التناسق الذي كان يوائم جوانبها الفكرية و الانفعالية و الحركية و الادراكية و كأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل و مستقل عن بقية الجوانب الأخرى و من هنا تبدو غرابة الشخصية و شذوذها ، فهو تدهور تدريجي في الشخصية بأكملها و يشمل أساسا الحياة الوجدانية و يعبر عن نفسه في اضطرابات مشاعر و تفكير و سلوك و ميل للانسحاب من الواقع ، و هو يختلف عن حالة تعدد الشخصيات أو ازدواج الشخصية الذي هو أحد أعراض الهستيريا التفككية ، حيث تتوارى فيه الشخصية الحقيقية للمريض لبعض الوقت الذي يتقمص خلاله شخصية أخرى أو أكثر، فيسلك تبعا لنمطها المتسق المميز ثم يعود إلى شخصيته الأصلية ، بينما في حالة الفصام فإن الشخصية الحقيقية ذاتها للمريض، تتصدع و تنتثر و تعمل أجزاؤها بشكل منفصل كأن يكون التفكير في ناحية و الانفعال في ناحية أخرى.

يبدأ في المراهقة المتأخرة او في البلوغ المبكر من الاعراض الإيجابية لديه الهلاوس والضلالات، اما الاعراض السلبية فتتمثل في انعدام الإرادة و فقر التعبير اللفظي و قلة التأثر العاطفي و عدم الإحساس بالسرور او اللذة، و عدم المخالطة الاجتماعية، اما الاعراض غير المنتظمة فتشمل الكلام غير المنتظم، والسلوك غير المنتظم، ولا يوجد من بين اعراض الفصام ما يعتبر حاسما بالنسبة لتشخيص الفصام.

من أسباب الفصام الجانب الوراثي وكذا المخاطر الاسرية فالأطفال الذين ولدوا لوالدين او أحدهما وخاصة الام مصاب بالفصام يكونون أكثر عرضة للإصابة، وكذا فالناقلات العصبية تلعب دورا هاما كالسيروتونين والجابا والجلوتيمات، وكذا انخفاض النشاط في القشرة الامامية من المخ تؤدي الى الفصام.

## 2- هذات الاضطهاد والاشارة والعظمة والتحكم:

2-1- هذات الاضطهاد: وهي الاكثر شيوعا لدى مرضى الفصام، فقد يعتقد المريض أن المخابرات تحاول خطفه او قتله، أو أن الحكومة تخفي جهاز نووي في فناءه الخلفي او انه مضطهد من زملاءه أو رؤساءه أو جيرانه حيث يحاولون تشويه سمعته أو ايدائه واثارته أو أن الحكومة تلاحقه وتحاول قتله.

## 2-2- هذات الاشارة:

حيث يعطي المريض اهمية كبيرة خاصة وشخصية للأفعال الصادرة عن الاخرين أو لمختلف الاشياء والاحداث مع ان ذلك ليس صحيحا على الاطلاق.

2-3- هذات العظمة: حيث يعتقد أنه نبي أو مخترع عظيم، أو أنه أوتي قدرات خارقة هذات التحكم: حيث يعتقد المريض أن دوافعه ومشاعره وافكاره وفعاله يتم التحكم فيها من قبل الاخرين، فمثلا أحد المرضى المودعين في المستشفيات النفسية يعتقد انه يتم التحكم فيه من خلال التخاطر. (اي اتصال عقل باخر بطريقة خارجة عن نطاق السوي أو العادي) (ص 181)

يتكون مرض الفصام من مجموعة من الأعراض الموجبة وأخرى تسمى سالبة .

## 2-4- الأعراض الموجبة: Positive Symptoms

2-4-1- الهالوس: Hallucinations أن يسمع المريض أصواتا تتكلم معه أو عنه أو تعلق على حركاته أو تأمره بعمل شيء معين ولا وجود لمصدر لهذه الأصوات وهذه تسمى الهالوس السمعية، أو يرى أشياء لا يراها الآخرون عادة ما تكون مفزعة للمريض وتسمى الهالوس البصرية، بالإضافة الى هالوس شمعية، وحسية.

2-4-2- الهذيان: Delires وهي عبارة عن معتقدات خاطئة بل مستحيلة الحدوث أحيانا

لا يمكن إقناع المريض بالعدول عنها مثل :

الهديان الاضطهادي كأن يقول: أهلي يضعون السم في طعامي، الاستخبارات تطاردني، أشعة تصدر من عيوني، الآخرون يستطيعون أن يقرؤوا أفكاري وهكذا. مما يؤدي الى سلوكيات هوجاء من المريض كالتهيج والعدوانية وكثرة الكلام الغير مفهوم وكثرة الحركة التي تكون غير موجهة لهدف معين.

**2-2-5-التخشب: Catatonia** وهو بقاء المريض دون حركة أو كلام نهائيا مع الاحتفاظ بوعيه لمدة تصل لساعات طويلة وقد تأخذ أوضاع من الصعب تحملها كالوقوف على رجل واحده لخمس أ, ست ساعات.

### **2-5-الأعراض السالبة: Negative Symptoms**

- قلة الكلام

- الانعزالية التامة عن الأصدقاء بل وحتى عن الأسرة وقد يبقى في غرفته لأيام.

- إهمال النظافة الشخصية .

تبدل الأحاسيس فلا يشعر بالسعادة لخبر سار ولا بالحزن لخبر سيئ-

فقد الإرادة والهمة على القيام بوظيفته بالحياة فمثلا الطالب يهمل دروسه ويكثر من

الغياب وكذلك الحال بالنسبة للموظف أو ربة البيت من ناحية رعاية شئون المنزل

والأطفال.

أنواعه :

صنفت أنواعه بناء على أكثر الأعراض المتواجدة لدى هذا المريض أو ذلك.

### **3-أنواع الفصام:**

**3-1-الفصام العظامي : Paranoid Schizophrenia** ويتميز بكثرة الهلاوس والسمعية

والبصرية والضلالات ولذلك غالب أعراضه موجبه

**3-2- الفصام التخشبي: Catatonic Schizophrenia** ويتميز بحالة من التخشب

والتصلب إذ قد يبقى المريض في فراشه لأيام لا يتحرك ولا يتكلم أبدا ولا يتناول طعاما أو

شرابا. وقد يأخذ صورة مغايرة تماما من تهيج مفاجئ.

3-3-الفصام الغير منظم (المبعثر): Disorganized Schizophrenia: ويتميز بتصرفات طفولية غير منظمة وتجده يضحك بدون سبب وهو تصرف متكرر للمصاب بهذا النوع. وللمريض نوع من المزاج الغير متسق فتجده يضحك إذا أخبر بشيء سيء ويحزن إذا أخبر بشيء مفرح وهكذا

#### 4-معايير الفصام طبقا ل DSM 5 في:

- ان تظهر اثنتان او أكثر من الاعراض التالية وتستمر لمدة شهر على الاقل وعلى ان تكون احدى هذه من بين التصنيفات (1)، (2)، (3)

1-الضلالات

2 - الهالوس

3 - الكلام غير منتظم

4 - السلوك غير منتظم او الجمود

5 اعراض سلبية انعدام الدافعية او التعبير عن المشاعر

6- ينخفض الاداء اثناء العمل او في العلاقات او في العناية بالنفس عند كل نوبة

7- ظهور علامات الاضطراب لمدة لا تقل عن 6 أشهر وفي حالة طور الفصام الاولي او المتبقي تظهر الاعراض السلبية او اثتان او أكثر من الاعراض (1)، (2) الى (4) بصورة اقل حدة.

#### 5-الهذاء : (البارانويا)

ويسميه البعض جنون العظمة و جنون الاضطهاد وتتسم شخصية المريض بالأوهام والضلالات (الأفكار الخاطئة والمعتقدات الخاطئة وغير العقلانية) وبالرغم من ذلك فإن شخصية المريض، تبدو متماسكة وعلى اتصال لا بأس به مع الأسرة والعمل والمجتمع. و

من هنا تختلف حالة الهذاء ( البارانويا ) عن بعض الاضطرابات العقلية الأخرى كالفصام ، ففي الفصام يغلب التفكك على شخصية المريض بدرجة شديدة سواء بين وظائفها العقلية و الانفعالية و السلوكية أم داخل كل فئة من هذه الوظائف، مما يؤدي من هذه الوظائف، مما يؤدي إلى الانفصال عن الواقع و الانسحاب أو الهروب منه ، حتى في حالة الفصام الهذائي تظهر بصورة غير منتظمة و متسلسلة و ثابتة و ذلك على العكس من حالة (البارانويا) النقية ، فالشخصية لا تتصدع أو تتفكك بل إن بعض الباحثين أشار إلى أن مرضى البارانويا ينظمون لاشعوريا إمكاناتهم لمقاومة النزعة إلى الانهيار و التفكك ، و الهذاء أقل شيوعا من الفصام و يكثر ظهوره في الأربعينات من العمر ، حيث تتفكك المسؤوليات و يشاهد لدى الذكور أكثر.

#### 5-1-أعراض البارانويا:

ويمكن حصرها فيما يلي:

#### 5-1-1-هذات وأوهام العظمة:

ويسيطر على المرضى اعتقادات باطلة بأنهم أنبياء مثلا أو شخصيات تاريخية أو قادة سياسيون أو عسكريون أو اجتماعيون أو أنهم عباقره أو خارقين وأنهم سيغيرون مسار التاريخ ووجه الحياة وعادة ما يمضي المريض بجنون العظمة على نفسه مظاهر الكبرياء والفخامة ويتباهى بنفسه ويفاخر ويتعالى ويتمركز حول ذاته ويتبنى أهدافا يستحيا بلوعها واقعا كما يتسم بحدة المزاج

والتسلط والعدوان والخروج على القواعد واثارة المشاكل في مجال عمله.

#### 5-1-2-هذات وأوهام الاضطهاد:

يسيطر فيها على المرضى أوهام و ضلالات اضطهادهم كالاعتقادات بأنهم عرضة لتآمر الآخرين و كيدهم و تجسسهم و متابعتهم أينما ذهبوا و التوهم بأن الآخرين يدبرون لهم الخطط و المكائد لإيذائهم و تحطيمهم بطرق شتى.(دس السم في الطعام ، إطلاق الشائعات المغرضة

، التدبير لفصلهم من الدراسة أو العمل... الخ.) ، وعادة ما يتسم المريض بجنون الاضطهاد بالشعور بالنقص و عدم الكفاءة و بالخوف و الشك و السرية و بالغيرة و الحقد و الكراهية و العداة و خاصة نحو من يتوهم أنهم يضطهدونه أو يتجسسون عليه أ و يتآمرون ضده أو يخونونه كما يميل إلى الانتقام و قد ينتهي به الأمر إلى الاكتئاب.

### **5-1-3- الشعور بالشك غير المنطقي وعدم الثقة في الناس:**

بوجه عام ولا يعترفون بمسؤولياتهم عن مشاعرهم وكثيرا ما يتشكك الشخص المصاب بهذا المرض دون منطوق في ولاء أصدقائه أو ثقته فيهم ويكون لديه غير مرضية وقد يحمل الكراهية لوقت طويل ولا ينسى الاساءة ويتردد في أن يثق في الآخرين.

### **5-1-4-سرعة الاستثارة:**

وتعقيد الأمور وميول للشجار وانتقاد الآخرين ويثير مرضى البارانويا الخوف لدى الآخرين، فهم غالبا يخافون من نقد استقلالهم أو تشكيل قوة الأحداث طبقا لرغباتهم وتضخيم الذات وتجنب المشاركة في الأنشطة الجماعية ويلاحظ اهتمام أصحاب الشخصية الاضطهادية بالإلكترونيات والآلات الذاتية ولا يهتمون بالفن أو الاحساس الجمالي وغالبا يحسدون من هو في موقع القوة ويحتقرون من يرونهم ضعفاء.

### **5-1-5-الهذاء الجنسي:**

حيث يعتقد المريض أن أحد أفراد الجنس الآخر في مركز غنى وشهرة، يحبه ويرسل له رسائل سرية أو الاعتقاد بوقوع خيانة زوجية وقد يظهر في شكل الهوس الجنسي والجنسية المثلية.

## المحاضرة الرابعة عشر: الشخصية السيكوباتية، والادمان:

### 1- الشخصية السيكوباتية:

الشخصية السيكوباتية، عبارة عن مجموعة من السلوكيات اللاسوية التي لا يمكن تصنيفها من أمراض العصاب أو أمراض الذهان ولأن الأشخاص الذين يظهرون هذا الاضطراب، يتميزون بضمير غير عادي وغير مكترث وبغياب المسؤولية الاجتماعية وبغياب أية مشاعر نحو الآخرين.

وعلى الرغم من أنهم يظهرون وكأنهم هادئون وجذابون وكرماء إلا أنهم في الواقع أشخاص أنانيون قساة، وكاذبون بشكل مزكن ولا توجد لديهم مشاعر الذنب إواء استغلالهم للآخرين وعلى الرغم من كل ذلك، فهم يتميزون بغياب تام للقلق مهما كان نوعه، وتعتبر هذه إحدى المزايا الأساسية للشخصية السيكوباتية التي تميزها عن الشخصية العصابية. ويمكن تحديد ملامح أصحاب هذه الشخصية كالاتي:

- البرود العاطفي أو الانفعالي تنقله بين الصور المختلفة للتعبير التي توصف بعد النضج.

- عدم مناسبة سلوكه للمرحلة العمرية التي يمر بها.

- يتكرر وقوع الشخص السيكوباتي في المشاكل، فهو لا يتعلم من أخطائه وخبراته، ويبدو وكأنه لا يريد أن يتغير، حيث أنه يشعر بأنه لن يرتكب خطأ

- يبدو أن السيكوباتي فشل في أن ينمو وأن يطور نزعاته الطفلية للإشباع المباشر إلى درجة ناضجة ومسؤولة.

### 2- الادمان:

#### 2-1- التعريف الاصطلاحي للإدمان:

عرف بترسون (1996) Peterson الادمان بأنه الاعتماد الجسمي والنفسي على احد المواد (العقاقير) ، والتي تظهر في الميل المستمر الى زيادة الكمية او الجرعة مع التعاكي المتكرر

لتحقيق الاثر المرغوب والذي يتناقض بصورة ملحوظة في حالة تعاطي نفس الكمية من العقار (الاحتمال أو المقاومة للعقار Tolerance) بالاضافة الى المعاناة من اعراض الانسحاب (Withdrawal) ، وهي اعراض جسدية ونفسية حادة ناتجة عن التوقف عن التعاطي أو تناقض الكمية، وذلك بعد استخدام العقار لفترة طويلة (عبد المنعم حسيب، ص 197)

## 2-2-الاتجاهات المختلفة في تفسير الادمان:

### 2-2-1-الاتجاه البيولوجي الطبي:

ينظر للإدمان حسب Peterson بأنه نتاج مشكلات بيولوجية، حيث تشير الدراسات الى احتمال وجود عوامل جينية، وادمان الكحول وراثي لدى الذكور، أو أن احتمال الادمان لدى التوائم المتطابقة يكون أعلى 54/ من غير المتطابقة 72/ للعقاير عموماً، وأن الوالدين مدمني الكحول الذين تم فصل ابناؤهم عنهم بعد الميلاد بفترة قصيرة وأودعوا في بيوت التبني، اظهر ابناؤهم نزعة واضحة وقوية نحو ادمان الكحول. (عبد المنعم: 210)

كما ينظر Comer الى الادمان على أنه نتاج العوامل البيوكيميائية حيث يؤدي تعاطي العقاقير المسببة للإدمان الى زيادة نشاط بعض الموصلات العصبية، والتي تعمل على تسكين الالم والتخفيف من حدته، وتغيير الوجدان كالقلق والاكتئاب، وتزيد من اليقظة، ومع التعاطي المستمر للعقار يستمر انتاج هذه الموصلات العصبية في التناقص بالمخ، تاركا الفرد في حاجة الى المزيد والمزيد من العقار للحصول على هذه الاثار السارة، فتعاطي

الكحول يؤدي الى التقليل من نشاط GaBa، والاستخدام المزمن للأفيون يقلل من انتاج المخ للاندروفين Androphines، والاستخدام المفرط للكوكايين او الامفيتامين

(Amphetamines) او الكافيين يقلل من انتاج الدوبامين Dopamine بالمخ، وهذا الاتجاه يساعد في تفسير اسباب اعراض الانسحاب والميل المستمر لزيادة الجرعة عند المدمن،

لكنه لا يفسر لنا لماذا يتجه الافراد للإدمان، اللهم الا في لعوامل الجينية (2012)

الاتجاه المعرفي: يؤكد الاتجاه المعرفي حسب بترسون (Peterson) على دور التوقعات الايجابية من تعاطي العقار، على استمرار التعاطي وزيادة الجرعة او الكمية من العقار،

فهذه التوقعات الايجابية عن التأثيرات الفارماكولوجية للعقار هي التي تعمل على تدعيم وتعزيز الادمان، حيث يعتقد البعض ان المخدرات تزيد من القدرة الجنسية، او تجعل المستقبل اكثر بريقا، او انها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة افضل ، وغيرها من المعتقدات والتوقعات غير الواقعية.(ص113)

#### المراجع:

- 1.آرون بيك (2000)، ترجمة عادل مصطفى.العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

2. أسماء عبد العزيز الحسين (2002). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
3. إيمان فوزي سعيد (1996). الصحة النفسية، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
4. جاسم حسين صالح (1999). علم النفس الشواد. الطبعة الأولى، دار الشؤون الثقافية بغداد..
5. حسن منسي (2001). الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار الكندي للنشر والتوزيع، الأردن.
6. رشيد حميد زغير (2010). الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي، الطبعة الأولى دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
7. سامر جميل رضوان (2007). الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع للطباعة، عمان، الأردن.
8. صالح حسين الداھيري (2008). أساليب التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
9. عادل عبد الله محمد (2000). العلاج المعرفي السلوكي، أسسيه، وتطبيقاته، الطبعة الأولى، دار الرشاد، القاهرة، مصر.
10. علي عسكر (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، الكويت.
11. كامل علوان الزبيدي (2007). دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى الوراق للنشر والتوزيع، عمان.
12. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008). الضغط النفسي ومشكلته وأثره على الصحة النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
13. المدثر سليم أحمد (2002). الصحة النفسية، الطبعة الأولى، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
14. إبراهيم عبد الستار (1998). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليبه وعلاجه، الطبعة الأولى، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت

15. حنان العناني عبد الحميد (2000). الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
16. أديب محمد الخالدي (2009). المرجع في الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن
17. مصطفى حجازي (2000). الصحة النفسية: منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، الطبعة الأولى، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب.
18. نعيم الرفاعي (1998). الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة السادسة، مطبعة خالد بن الوليد، دمشق، سوريا.
19. وليد سرحان، جمال الخطيبو و حباشة محمد (2001). الاكتئاب، الطبعة الأولى دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- فكري لطيف متولي ، 2016. دراسة الحالة في علم النفس ، الطبعة الاولى، مكتبة الرشد.
- بوخميس بوفولة، (2007). تصميم سلم السادية والماسوشية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، تخصص: علم النفس المرضي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الإخوة منتوري - قسنطينة-
- محمد فؤاد جلال، 2018. مبادئ التحليل النفس، مؤسسة هنداوي سي أي س
- عبد الستار ابراهيم وعلي عسكر (2008). علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الرابعة.
- حافري زهية غنية، (2016). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، موجهة لطلبة علم النفس السنة الثانية ليسانس علم النفس. قسم علم النفس والتربية والارطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة سطيف.
- رفيقة بلهوشات، 2008. طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة، دراسة عيادية من خلال الإنتاج الاسقاطي الاسقاطي لخمسة عشر حالة، مذكرة ماجيستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، آلية العلوم الإنسانية الإنسانية و الاجتماعية، جامعة الجزائر الجزائر
- روزين جوزيف بريلبرج، ترجمة زياد إبراهيم (2007). فرويد قراءة عصرية، مؤسسة هنداوي

- زهية خردوش بعلي(2011). التقمصات الأنثوية والأمومية لدى النساء اللواتي يعشن حالة عقم ذو منشأ نفسي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية الإجتماعية، جامعة الجزائر 2
- شوقي يوسف ب هنام(2008). قياس الشخصية الحدية لدى عينة من طلبة جامعة الموصل، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد ٨ ، العدد ٢
- صمويل تامر بشرى، مصطفى عبد المحسن الحديبي، علا محمد عبد الوهاب المجذوب، المجلة العلمية، المجلد الثالث والثلاثين، العدد الثاني، ابريل 2017، كلية التربية، اسيوط
- ميسوم ليلي(2014). الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي و المنظور الثقافي الشعبي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص الصحة نفسية والالتماس العلاجي، قسم العلوم لاجتماعية، كليو العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ابو بكر بلقايد بتلمسان.
- ليلي ميسوم. (2018). الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي(دراسة ميدانية على عينة من المصابين بـ "المس" و"السحر" و"العين" على مستوى الغرب الجزائري )المجلة الدولية للدراسات التربوية النفسية، العدد02، جويليا 2018 ، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.
- دانيا الشبؤون(2011). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين "دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية"، مجلة جامعة دمشق -المجلد 27 -العدد الثالث + الرابع-2011
- حمدي عبد الله عبد العظيم،2012. موسوعة الاختبارات والمقاييس، القسم الأول، سلسلة تنمية مهارات الاخصائي النفسي، مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- فاتن ثابت مشاعل (2015)، أثر اضطرابات الشخصية المُصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية (الإختلاطية) على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطّبي النفسي رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، تخصص علاج نفسي، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق
- إيمان فوزي سعيد (1996). الصحة النفسية، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

- أحمد محمد عبد الخالق (2001). أصول الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية
- حامد عبد السلام زهران (2003). دراسات في الصحة والإرشاد، الطبعة الأولى عالم الكتب، مصر
- نوربير سيلامي، ترجمة وجيه أسعد، 2001، المعجم الموسوعي في علم النفس، الجزء الثاني، الجزء الثالث، الجزء الرابع، منشورات وزارة الثقافة، دمشق-سوريا.
- جان لابلاتش - ج.ب. بونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي، 1997، معجم مصطلحات التحليل النفسي، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، بيروت-لبنان، الطبعة الثالثة مزيدة و منقحة.
- شيلدون كاشدان، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، 1984، علم نفس الشواذ، دار الشروق، بيروت لبنان، الطبعة الثانية.
- معصومة سهيل المطيري، 2005، الصحة النفسية مفهومها.. اضطراباتها، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الكويت، الطبعة الأولى.
- علي عبد الرحيم صالح، 2014، علم نفس الشواذ الاضطرابات النفسية و العقلية، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان-الأردن، الطبعة الأولى.
- حسين فالح حسين، 2013، علم النفس المرضي و العلاج النفسي، مركز دبيونو لتعليم التفكير، الأردن، الطبعة الأولى.
- بديع القشاعلة، 2019، المعني مصطلحات في علم النفس، نشر و توزيع شركة السيكولوجي، مدينة رهط- فلسطين.
- مجموعة مؤلفين-معجم علم النفس و التحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت-لبنان، الطبعة الأولى.
- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10 - تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينكية) و الدلائل الإرشادية التشخيصية، منظمة الصحة العالمية، 1999، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، أعدت الترجمة العربية وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين الشمس، القاهرة-مصر، تحت إشراف أحمد عكاشة.

- محمد شريف سالم، 2008، الوسواس القهري دليل عملي للمريض و الأسرة و الأصدقاء، توزيع مكتبة دار العقيدة، القاهرة-مصر.
- محمد مصطفى زيدان، 1979، معجم المصطلحات النفسية و التربوية، دار الشروق للنشر و التوزيع و الطباعة، جدة- المملكة العربية السعودية، الطبعة الأولى.
- \*Théodule Ribot, 2017, 23 grandes notions de psychopathologie – Enfant, adolescent, adulte et personne âgée , 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Malakoff – France.
- – Agnès Bonnet Lydia Fernandez (2017). 23 grandes notions de Psychopathologie Enfant, adolescent, adulte et personne âgée, 2e édition, Dunod.
- – Stéphane Kolly ; Patrick Charbon, Ueli Kramer (2019). Trouble de la personnalité borderline Pratiques thérapeutiques. Edition Elsevier Masson
- Gérard Poussin (2017). La pratique de l'entretien clinique. Edition Dunod