

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس



محاضرات في مقياس

اضطرابات الشخصية عند الراشد

مطبوعة بيداغوجية

مستوى ثالثة ليسانس علم النفس العيادي

إعداد: د. كتيبة بوشيشة

رئيس قسم علم النفس	رئيس اللجنة العلمية للقسم	رئيس المجلس العلمي للكلية
		

السنة الجامعية: 2024/2023

معلومات حول المقياس وفق عرض تكوين السنة الثالثة

ل. م. د ليسانس أكاديمية

وحدة التعليم: الأساسية

المادة: اضطرابات الشخصية عند الراشد

الرصيد: 05

المعامل: 03

أهداف التعليم:

✓ تمكّن الطالب من التعرف على محددات الشخصية.

✓ التعرف على أهم اضطرابات الشخصية عند الراشدين وكيفيات ظهورها.

محتوى المادة:

مدخل: التذكير بالمفاهيم الكبرى في علم النفس المرضي (البنية، آليات الدفاع، العرض، المرض)

1- الشخصية الفصامية: المنشأ السببي والاكلينيكي

- الشخصية الفصامية النمطية.

- الشخصية شبه الفصامية.

2- الشخصية البرانوية (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

3- الاضطرابات الثنائية القطب (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

4- الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

5- الشخصية الوسواسية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

6- الشخصية الخوافية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

7- الشخصية الهستيرية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

طريقة التقييم: امتحان + تقييم مستمر

المراجع:

01- Laland.P- Grunberg.F(1992) : Psychiatrie clinique, approche contemporaine, Géatan Morin, Quebec.

02-Lambotte.M.C et coll (1995): La psychologie et ses applications pratiques, Editions de Fallois

03- Lelord.F- André.G(2000) : Comment gerer les personnalités difficiles, édition Odile jacob, Paris.

04- Palazzdo.J(2004) : Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris.

05- Perron.R(1997) : Pratique de la psychologie clinique, Dunod, Paris.

06- WinFrid. H (1993) : L'homme psychopathologique et la psychologie clinique Presses universitaires de France.

ملاحظة: ورد في البرنامج أعلاه الاضطرابات ثنائية القطب، وهي أصلا غير واردة كاضطراب في

تصنيف اضطرابات الشخصية حسب DSM سواء VI أو 5.

وتنقص اضطرابات أخرى للشخصية التي لم تأت في البرنامج.

فقد تم تناول اضطرابات الشخصية العشر (10) كما هي واردة في DSM5.

محتويات المقياس

تمهيد

- I- مدخل: التذكير بالمفاهيم الكبرى في علم النفس المرضي.....5
1. المفاهيم المحورية:5
- العرض، التشخيص، المرضية...، النزوغرافيا والتصنيفات
2. مفهوم البنية.....8
- 1.2. البنية الذهانية.....12
- 2.2. البنية العصابية.....17
- 3.2. الحالات الحدية (اللا-تنظيمات).....21
- II- مفهوم الشخصية والشخصية المرضية.....24
1. النظريات والنماذج العامة.....25
2. الشخصية من السواء إلى المرضي.....27
3. ما المقصود باضطرابات الشخصية؟.....28
4. التصنيف والتقييم.....32
- 1.4. التصنيف في الطب العقلي من كوخ Koch إلى DSM-5.....32
- 2.4. تقييم اضطرابات الشخصية.....48
- III- اضطرابات الشخصية.....50
- (مقدمة-نبذة تاريخية، المنشأ العيادي، المنشأ المرضي، الوبائية)
1. اضطراب الشخصية العظامية (الارتبابية).....52
2. اضطراب الشخصية الفصامية-النمطية.....56

3. اضطراب الشخصية شبه-فصامية.....56
4. اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.....63
5. اضطراب الشخصية الحدية.....70
6. اضطراب الشخصية التمثيلية (المتكلفة).....77
7. اضطراب الشخصية النرجسية.....80
8. اضطراب الشخصية التجنبية.....86
9. اضطراب الشخصية الاعتمادية (التابعة).....91
10. اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.....98
- المراجع.....104

تمهيد

تحتل اضطرابات الشخصية مكانا مهما في مجال علم النفس المرضي، مما يؤدي إلى مناقشات حول حدودها وبنيتها، تصنيفاتها، والتكفل بها.

سيتم تناول الجوانب المختلفة لاضطرابات الشخصية في مجال الطب النفسي، انطلاقا من تناول مفهوم الشخصية من السواء إلى المرضي.

لكن أولا نقوم بتذكير بمفاهيم علم النفس المرضي، والتطرق إلى مفهوم البنية التي تعتبر مرجعا في التفسير السيكودينامي للاضطرابات النفسية.

1 تذكير بالمفاهيم الكبرى في علم النفس المرضي

1. المفاهيم المحورية

Le symptôme : العرض

هو علامة دالة على الاضطراب، وهو ظاهرة خاصة تحدث في العضوية حالة المرض. والعرض ذاتي يدرك من طرف الفرد وهو ما يشكو منه. مثال "لا أستطيع أن أنام"، "أسمع أصوات"

La sémiologie : علم العلامات

هي دراسة علامات وأعراض المرض، ومجموعها يشكل تناذرا، والعلامة أكثر موضوعية، توافق التعاريف التي يعمل بها المختصين مثل: أرق، هلاوس سمعية.

وهي تجيب على السؤال "ماذا يحدث؟"

التناذر (أو المتلازمة): Le syndrome

هو اجتماع مجموعة من العلامات ومن الأعراض، التي يمكن أن تكون ناتجة عن أسباب مختلفة.

التشخيص: Le diagnostic

يعتمد التشخيص على إحصاء مجموعة من العلامات والأعراض لتحديد الاضطراب أو المرض.

المرضية: La pathogénie

هي دراسة اضطرابات التوظيف العقلي وتعتمد على العلامات والأعراض، وهي تجيب على السؤال "كيف حدث هذا؟"

السببية: L'étiologie

هي دراسة أسباب المرض، البحث عن أصل الاضطراب، وتجيب على السؤال "لماذا؟"، من أين يأتي العرض؟"

النزوغرافيا: La nosographie

هي تصنيف الأمراض حسب معايير التشابه والاختلاف، مما يسمح بتشكيل كيانات قائمة بحد ذاتها متميزة عن بعضها البعض وما يحددها عن ما هو سوي.

التصنيفات Les classifications

سيطرت تصنيفات الطب العقلي، لمدة طويلة على ميدان النزوغرافيا لوصف الأمراض، ومن أهم التصنيفات التي غيرت مسار التناول النفسي المرضي هي التصنيفات التحليلية التي مازالت تعتبر مرجعا يعتمد عليه إلى يومنا هذا.

ومع ظهور التصنيفات العالمية التي تعتمد خاصة على العلامات، فأصبحت أداة موحدة تسمح بحصر العلامات واستخراج الاضطرابات وهي:

Classification Internationale des CIM/ ICD التصنيف العالمي للأمراض
Maladies/ International Classification of Diseases للمنظمة العالمية
للصحة OMS وهي في الإصدار CIM-11 والذي هو ساري المفعول منذ جانفي
2022.

والتصنيف الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب العقلي وهو الدليل التشخيصي والإحصائي
للاضطرابات العقلية، **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux/**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

المستعمل حاليا DSM-5 مع بقاء استعمال DSM-IV-TR من طرف العديد من
المختصين في مجال الطب العقلي.

2. مفهوم البنية / La notion de structure/ The notion of structure

يوضح Bergeret (1974) أن البنية، تتشكل من عناصر عميقة للشخصية، مُثَبَّتة وفق تجمع مستقر ونهائي.

التصنيفات قبل Freud

كما يذكر Bergeret (1974) أن التصنيفات في البداية هي تصنيفات عرضية، تعتمد على الأعراض كأعمال « Baum et Kraepelin » بعدها جاءت محاولات للقيام بتصنيفات عضوية مع « Jakobi et Morel » التي تقترح وجود علاقة وطيدة بين الاضطراب النفسي والإصابة العضوية.

وجهة نظر Freud

اهتم بمعالم أساسية تسمح إما بالتقريب أو التفريق بين البنيات، كالمعنى الكامن للعرض (الرمز والتسوية) ضمن الصراع النفسي الذي وصل إليه التطور اللبدي، ومستوى تطور الأنا والأنا الأعلى وكذا طبيعة، وتنوع، ومرونة وفعالية الميكانيزمات الدفاعية.

وجهة نظر الطب العقلي

اعتبر EY (1970) أنّ "المتغير العقلي المرضي" la variation mentale pathologique يرجع إلى أربعة نماذج نظرية:

- كمرض عقلي صريح (aliénation radicale)

- كإنتاج للمراكز الدماغية (produits des centres cérébraux)

- كمتغيرات للتكيف مع المحيط (variations de l'adaptation au milieu)

- كمفعول للسياق النكوصي في التنظيم النفسي

(Effet d'un processus régressif dans l'organisation psychique)

مفهوم بنية الشخصية

يعرض Bergeret (1974) فيما يخص البينية، أنه علينا تقادي الوصف السريع للمظاهر

النفسية على أنها عصابية أو ذهانية انطلاقاً من:

- العرض Le symptôme

عادة نتحدث عن أعراض ذهانية، عندما نكون أمام سلوكات هذيانية أو مظاهر هلوسية أو

حالات اللاشخصانية *dépersonnalisation*، نفس الشيء نعتبر كل الأعراض العصابية تلك

المرتبطة بحالات التحويل الهستيرى أو الطقوس الاستحواذية أو السلوكات الخوافية، فمن

الأفضل أن نأخذ بعض الحذر ونصف الأعراض وفق النمط العصابي أو النمط الذهاني.

فلا نتناول العرض منعزلاً وإنما نأخذ بعين الاعتبار، القيمة العلائقية والاقتصادية التي يحتلها

ضمن مجموع عمل الدفاعات.

• الدفاعات Les défenses

نجد في بعض الحالات عدد من الدفاعات ذات النمط العصابي تستعمل في التوظيفات الذهانية، وهذا كدفاع ضد التهديد الكبير للتفكك، نفس الأمر يحدث بالنسبة للبنيات العصابية حيث تلجأ لاستعمال بعض الاستراتيجيات لتمويه الطبيعة الأوديبية للصراع فلا يظهر كذلك. وفي بعض الأحيان تتعرض الحالات إلى اضطراب عنيف، حاد وعابر مما يؤدي إلى اللاتنظيم "كحادث صدمي" الذي يمس أي تنظيم كان عصابيا ذهانيا أو حديا وليس بالضرورة ذهانيا فقط.

يمكن تعريف الميكانيزمات الدفاعية على أنها: "مختلف العمليات التي يتم من خلالها تحديد عمل الدفاع، فبروز دفاعات على حساب دفاعات أخرى يكون وفق سيطرة مرحلة معينة ضمن نمط علائقي وذلك حسب التنظيم النفسي وحسب درجة إرسان الصراع. واستعمال الميكانيزمات الدفاعية يكون من طرف الأنا."

إن يوجد ميكانيزمات دفاعية بدائية: الإسقاط، الإنكار والانشطار كما هو الحال في الذهانات، وهناك ميكانيزمات دفاعية أكثر إرسانا كالعزل، الإزاحة والكبت كما هو الحال في العصابات.

• الحلقة L'épisode

عادة في سياق عمل الدفاعات، تكون هناك مراحل أو فترات تكوصية للأنا أو اللبيدو التي تسمح فيما بعد من إعادة تنظيم للبنية وفق مسار معين.

ففي هذه المرحلة بالذات لابد تقادي وصفها واعتبارها ببنية عصابية إذا كانت المرحلة متوافقة مع دفاعات عصابية أو ذهانية، وإنما لابد من وضعها في سياق عام لعمل الدفاعات وفق النمط أو التوظيف النفسي. وعادة توافق المرحلة كل فترة مؤقتة من التطور أو إعادة تنظيم.

يذكر Freud في محاضراته الجديدة 1932 : أنه إذا ألقينا ببلورة على الأرض، ستتخطم وفق خطوط انفلاقها وتتناثر شظاياها تبعا لتقسيمات مسبقة هي التي تحدد بنية هذه البلورة. ويظن أنه نفس السياق ينطبق على البنية العقلية، فهي تكون محددة مسبقا وفق تعاليم وحدود غير واضحة للعيان، لكن في حالة المرض فإنه ستتخلل حسب تلك المحددات معطية بذلك الحالة المرضية.

تكوينية البنية القاعدية *Genèse de la structure de base*

في مرحلة أولى

نتحدث عن الحالات الأولية لأنا الطفل الصغير في عدم تمايزه الجسدي-النفسي، نتحدث على اللا-أنا في المرحلة البدائية حيث يحتفظ الأنا ولفترة طويلة إلى حد ما، على نوع من المرونة والقابلية للمؤثرات الخارجية المزعجة والسامة (toxiques) وكذا المنضجة (maturatives)

في مرحلة ثانية

يكون هناك نوع من قبل-تنظيم (préorganisation) التي تتحدد خصوصيته حسب خطوط ومعالم القوة من جهة، اعتمادا على المعطيات الوراثية والخلقية ومن جهة أخرى على التجارب الموضوعية المتتالية.

فالعلاقة بالوالدين تبقى أساسية وتضاف إليها بالتدرج وحسب الظروف والعلاقات الأخرى مع أعضاء العائلة، السياق الاجتماعي والتربوي.

كل هذا يرتد على الجهاز النفسي الذي هو في صدد التكوين من خلال صراعات، إحباطات، صدمات وأيضا من خلال تأمينات وتقمصات إيجابية، وتبدأ الدفاعات في التنظيم بصفة خاصة ومحددة وهكذا ينتظم كامل الجهاز النفسي تدريجيا ويتبلور حسب نمط من الجمع لعناصر تنتظم وفق خطوط الانشطار والالتحام التي لا يمكنها التغير فيما بعد.

في مرحلة ثالثة

تنتج بنية الشخصية النهائية التي لا يمكنها أن تتغير، وإنما بإمكانها أن تتكيف أو لا تتكيف، فالبنية العصابية أو الذهانية في حالة عدم تعرضها لصدمات عاطفية كثيفة ولا تعاني من إحباطات مهمة أو صراعات مكثفة، فإنها تبقى بنية مستقرة وعادية لا تعاني من حالة مرضية.

1. البنية الذهانية La lignée structurelle psychotique

تأخذ بدايتها على مستوى الإحباطات المبكرة نابعة أساسا من الدور الأمومي، فهي إحباطات بدائية حيث يلقي الأنا تثبيبات مهمة تجعله متوقفا في هذه المرحلة أو يحدث فيما بعد نكوصا لهذه المرحلة. فينتظم الأنا بصفة سريعة في مرحلة أولى ويحدث خلال المرحلة الفمية على الأكثر خلال الفترة الأولى من المرحلة الشرجية التي وصفها Abraham كمرحلة شرجية للإخراج.

توافق البنية الذهانية عجز في التنظيم النرجسي الأول للحياة، فلا يمكن أن يعتبر الطفل موضوعا مميزا عن الأم (mère-sujet) التي تكون شخصيتها غير مكتملة وهشة إلى حد ما، فتكون غير قادرة على الانفصال عن جزء مهم، يكون بدوره مكملا لأنها، ويحدث هذا بمساهمة فعالة للأب.

يظهر فشل النرجسية الأولية من خلال مواقف مرتبطة بالمقدار النكوصي للثبتيات، فالقلق متمركزا على التفكك، التهديم والموت بفعل الانفجار. فالصراع لا يتسبب فيه لا الأنا الأعلى ولا مثالية الأنا وإنما السبب في ذلك هو الواقع في مواجهة الحاجات النزوية الأساسية مما يؤدي إلى إنكار أجزاء من هذا الواقع التي أصبحت مزعجة لاسيما فيما يخص الهذيان. وبفعل إنكار أجزاء من الواقع، يصبح من الضروري الحفاظ على قدر من الاستقرار بالنسبة للواقع، فيبني واقعا جديدا مفضلا لكنه مضطربا (néoréalité avantageuse et aberrante)

قام Dubor (1972) بتحليل لعناصر خاصة باللغة عند الذهاني فالواقع ليس مستثمرا بصفة كافية، فهناك عدم توافق للرغبة مع الموضوع والعاطفة منفصلة عن التصور حيث تكون الكلمات غريبة وفارغة، فالذهاني يعطي أهمية أكثر للحاوي منه للمحتوى (contenant/contenu)

يؤدي السياق الأولي بالتوظيف النفسي إلى الابتعاد والخروج من المراقبة والواقع، ويكون التعامل من خلال الهلاوس التي تجعل الرغبات أكثر مادية وواقعية بالنسبة إليه.

أ. البنية الفصامية La structure schizophrénique

توافق تنظيم ذهاني لأنا مثبت على مستوى اقتصادي قبل-تناسلي تحت سيطرة فمية، يأخذ دور الإحباطات المبكرة سواء أكانت ذات أصل أمومي أو أبوي (Green) مكانة في الاقتصاد الفصامي.

ويؤكد Racamier (1978) على أهمية المعاملة الأمومية (le maternage) في نمو الطفل ويعرف الأم "كأنا فعلي للرضيع"، ويصرح إذا افتقد الطفل الموضوع فسيكون غير قادر على التعرف على ذاته ولن يكون قادرا على حب ذاته.

بالنسبة للأم في العائلات ذات البنية الفصامية، وصفت عموما كأم سلطوية (متسلطة) مفترطة في الحماية، وفي نفس الوقت قلقة وذات ضمير مؤنب.

بعد المرور بهاتين المرحلتين يصبح الإحساس شعورا، ويتعامل معه على أساس إدراك خارجي محددًا بذلك وضعيته العاطفية النهائية.

" ما دام يكرهني، أكرهه " « puisque il me hait, je le hais »

يؤكد Racamier (1978) على الطبع الذهاني الخاص بالإسقاط كميكانيزم في البنية العظامية، حيث أن الصدفة، المفاجأة والأمر غير المتوقع كلها أمور غير مقبولة في عالم العظامي، بل تعتمد على المنطق والقانون.

تعمل البنية العظامية كدفاع ضد الرغبات الخاملة الموجهة نحو الأم أولا ونحو الأب ثانيا، ففي حالة بروز عدوانيته أو التعبير عنها يكون بالمقابل استعمال المراقبة كدفاع ضد الحب الأولي للأم للوالدين، غالبا في مثل هذه البنيات يكون هناك ما يعرف "بالزوج المعكس" « couples inversés »

ظاهريا تكون السيطرة أبوية تخفي بذلك السيطرة الحقيقية للأم، حيث تكون تقمصات الطفل أمام سيطرة أنثوية من شأنها أن تسبب اضطرابات مهمة على مستوى الهوية الجنسية، وتحدد بذلك نمط العلاقات الاجتماعية التي تكون بدورها كاستجابات لتظاهرات الجنسية المثلية الملاحظة فيما بعد.

ج. البنية المانخولية La structure mélancolique

منذ القدم، تحدث العلماء مثل Homère و Hippocrate عن تناوب مراحل الاستثارة والاكنتاب. وأول من تطرق إلى مفهوم الذهان الهوسي الإكتئابي PMD هو Kraepelin (1913) حيث جمع عدة كيانات عيادية منها المانخولية بمعن « melas khale » "الحويصة السوداء" « la bile noire ».

لكن Abraham (1912) هو الأول الذي قرّب بين الميكانيزمات المستعملة في الحداد وتلك المستعملة في المالنخوليا، ففي كلتا الحالتين يتعلق الأمر بفقدان الموضوع، أي بمواجهة قلق الفقدان للموضوع.

فيما يخص المالنخوليا، يكون الإحساس بالعداوة (l'hostilité) اتجاه الموضوع موجه ومحول ضد الشخص بحد ذاته.

أخذ Freud (1917) الفرضيات التي جاء بها Abraham ووضّح كيف أنه في الميكانيزم المالنخولي، يتم اجتياف الشخص المفقود وفق سياقات الاجتياف التي تم من خلالها بناء هياكل "الأنا المثالي" و "الأنا الأعلى".

أخذ Abraham (1924) بدوره فرضيات Freud وحدد على وجه الخصوص دور الميكانيزمات المستعملة في الذهان الهوسي الإكتئابي وارتباطها بالمرحلة الغمية، وكذا الإستجابة فيما يخص الجروح النرجسية للمراحل الطفولية الأولى.

ووصفت Klein (1932-1954) في الطفولة الوضعيتين "شبه فصمية-اضطهادية" و"الاكتئابية" التي تخص السنة الأولى من الحياة، لكن تحديد الميكانيزمات الذهانية يكون متوافقا مع هاتين الوضعيتين، حيث تكون قد بقيت تثبيتات على هذا المستوى من شأنها أن تؤدي إلى استجابات عند الراشد في حالة الحداد أو حالات المالنخوليا.

بالنسبة لها الشخص المهوس-الإكتئابي هو الفرد الذي فشل في عمل الحداد، وكذا القدرة على القيام بالربط العاطفي للمواضيع الجيدة الداخلية التي تسمح بالشعور بالأمان.

ففي الاكتئاب الطفولي، المرحلة الأساسية لم يتم تجاوزها وبالتالي لا يمكن أن يكون هناك إصلاح (réparation) عميق للموضوع، فيظهر الدفاع الهوسي كمضاد للقلق وللهوامات السادية المهدة للموضوع.

2. البنية العصابية La structure névrotique

يتميز مسار التنظيم العصابي بتثبيات قبل-تناسلية بسيطة تحدث بعد الحد الفاصل الذي وصفه Abraham كالخط الحدودي بين التثبيات والنكوصات الذهانية من جهة والتثبيات والنكوصات العصابية من جهة أخرى.

حيث يتم المرور إلى المستوى الثاني من المرحلة الشرجية دون صعوبات كبيرة وبعدها المرحلة القضيبية مما يسمح ببداية تنظيم للبنية العصابية المستقبلية تحت سيطرة الاقتصاد التناسلي، وبالتالي الدخول في الثلاثية الأوديبية، دون إحباطات قوية مسبقة أو تثبيات مهمة قبل-تناسلية سابقة.

بعدها تأتي مرحلة الكمون التي تتميز بتوقف مؤقت للتطور البنيوي. على عكس ما يحدث في المراهقة حيث تنشط من جديد العواطف بصفة قوية وعنيفة مما قد يؤدي إلى زعزعة التنظيم البنيوي الذي هو بصدد الاكتمال. فتظهر الصراعات الداخلية و/أو الخارجية بصفة مكثفة مما يؤدي بالأننا إلى التدهور إلى أنظمة علائقية ودفاعية أكثر بدائية متخطيا بذلك الإقتصاد التناسلي نزوات- أنا أعلى المميز للتنظيم العصابي، وبهذا ينزلق من المسار العصابي إلى المسار الذهاني مشكلا بصفة نهائية البنية الذهانية.

هذا التحول في المراهقة لقبل-تنظيم عصابي نحو تنظيم ذهاني نهائي يحدث وللأسف بسهولة وهو أكثر تواترا من المرور في الاتجاه المعاكس. بنهاية المراهقة تتحدد البنية النفسية نهائيا سواء بنية عصابية أو ذهانية دون إمكانية المرور من بنية إلى أخرى. بحيث إذا أصيب الشخص بالمرض فإنه سيطور المرض الذي يوافق البنية فإذا كانت بنية ذهانية فهو يطور ذهانات كالفصام، البرانويا والمالنخوليا، وإذا كانت بنية عصابية فهو يطور العصاب الهجاسي، الهستيريا والفوبيا.

يشكل الأوديب المرجعية في التنظيم العصابي.

- الصراع في العصابات بين الأنا الأعلى والنزوات (الهو) ويكون داخل الأنا؛
- العلاقة بالموضوع تتحقق على نمط تناسلي؛
- الدفاع بامتياز في العصاب هو الكبت؛
- الهوامية والأحلام العصابية توافق الإشباعات النزوية الهلوسية الممنوعة من طرف الأنا الأعلى، لكنها تحمل آثار الصراع والدفاعات.

أ. البنية الهجاسية (الاستحوائية) **La structure obsessionnelle**

توافق نكوص الأنا من الفعل إلى الفكرة بانتمتشار النزوات التي تبقى تحت سيطرة النمط التناسلي، ونكوص جزئي للبيدو نحو تشبيلات متكونة أثناء صراعات سابقة على مستوى المرحلة الجزئية الشرجية الثانية.

القلق هو قلق الخفاء ويخص الخوف من اكتشاف الأفكار والرغبات الشبقية وكذا العدوانية.

تتميز العلاقة بالموضوع في التنظيم الهجاسي بثنائية متعارضة، تتمثل في الاحتفاظ بوجود الآخر في وضعية غير قريب جدا خوفا من أن يصبح فاعلا، وغير بعيد جدا خوفا من خطر فقدانه.

رغم أن الكبت هو الميكانيزم الدفاعي الرئيسي لكنه غير كاف إذ يفشل ضد عمليات العدوان أمام القلق الشديد والمتزايد، فتدعمه ميكانيزمات أخرى كالعزل والإزاحة.

وعلى المستوى الهوامي يعمل على فصل العواطف المزعجة، ثم ربطها بوضعيات تسمح بالحماية.

كما تتميز تكوينية العلاقة مع الوالدين بوجود عناصر الرغبة والمانع من شأنها أن تؤدي إلى الشعور بالحب اتجاه الوالد من الجنس المغاير والحدق اتجاه الوالد من نفس الجنس، والنتيجة هو السهولة من الاقتراب من الوالد من نفس الجنس، والابتعاد عن الوالد من الجنس الآخر.

ب. البنية الهستيرية La structure hystérique

تتميز البنية الهستيرية بطابع جنسي وهي ذات منشأ عاطفي، ومن وجهة نظر الموقعية فلا يوجد نكوصا للأنا وإنما هناك نكوص جزئي للبيدو.

في الهستيريا تكون السيطرة للنمط التناسلي بوجود تثبيات هامة في المرحلة القضيبية مع الاحتفاظ بتكوينية فمية، والميزة الأساسية لهذه البنية هي التكوين والمظهر الشبقي الذي يهيمن على حياة الهستيري وتجاربه العلائقية. التي تتميز باستثمارات موضوعية تتأكد بسهولة وتكون مختلفة ومتنوعة مع إمكانية التعمق، والميكانيزم الدفاعي المسيطر هو الكبت. ونميز في البنية الهستيرية نوعين هما: هستيريا القلق والهستيريا التحويلية.

○ بنية هستيريا القلق La structure hystérie d'angoisse

وهي البنية الأكثر نكوصا من بنيات الهستيريا فهي تقع بالقرب من البنية الهجاسية، وتتميز بنكوص جزئي للبيدو ويبقى النمط التناسلي معبرا عنه نزويا، لكن جزء منه يتوجه نحو التثبيات البدائية الفمية والشرجية.

فقلق الخساء يتثبت حول الخوف من أن تتحقق الأفكار أما فيما يخص العناصر الخوافية الموجودة داخل بنية هستيريا القلق فهي تؤدي إلى نشاط مضاعف:

- تجنب الاتصال مع الموضوع المسبب للقلق anxiogène وفي نفس الوقت إبقائه حاضرا في متناول اليد أو أمام العين
- يبقى الميكانيزم الدفاعي الأساسي هو الكبت الذي يعمل بطريقة مكثفة، لكن هذا يكفي إذ يحتاج إلى تدخل ميكانيزمات ثانوية كالإزاحة والتجنب الخوافي.

- على المستوى الهوامي يعمل على التسوية بين الرغبة والعاطفة من جهة والمانع المفروض على التصورات من جهة أخرى، إذ يعتبر اللجوء إلى تصورات بديلة صعبا لكن غير مرتبط بالإحساس بالذنب.
- تتميز تكوينية العلاقة بالوالدين بإعطاء نمط علائقي يتميز في الإثارة والمانع من طرف كلا الوالدين، مما يؤدي إلى التجاذب الشبقي والتحريمي في آن واحد وبذلك يدخل الفرد في الصراع.

○ بنية الهستيريا التحويلية la structure hystérie de conversion

- تتميز بنكوص جزئي للبيدو ويبقى النمط التناسلي ظاهرا، حيث جزء منه يخص التثبيتات الفمية والقضيبيية التي تطبع النظام العلائقي لكن لا تنبيه أبدا.
- فقلق الخصاء ناتج عن الخوف من تحقق الفعل المحظور، وتكون العلاقة بالموضوع حميمية تسمح بالتحكم فيه، كما يسمح الكبت من الاقتراب من الموضوع مع إمكانية التحكم فيه وإبقائه بعيدا في حالة التهديد بوقوع المحظور.
- على المستوى الهوامي تكون هناك رمزية قوية تحمل صبغة شبكية لتحقيق الرغبة المحظورة مما يؤدي إلى حدوث النوبة التحويلية كت تحقيق لهذه الرغبة.
- أما فيما يخص تكوينية العلاقة بالوالدين فهي تعطي نمط علائقي يتميز بالإثارة من طرف الوالد من الجنس المغاير وبالمانع من طرف الوالد من نفس الجنس.

3. الحالات الحدية (اللا-تنظيمات) (Les états limites (les astructurations))

في الحالات الحدية يمر الأنا دون إحباطات كبيرة أو نكوصات قوية في الوقت الذي تكون فيه العلاقات الأساسية والأولية سيئة مع الأم التي من شأنها أن تؤدي إلى قبل-تنظيم ذهاني، إذ يواصل الأنا تطوره دون صعوبات باتجاه الأوديب، لكن لن يتمكن الأنا من الدخول في العلاقة الثلاثية بصفة عادية وهذا راجع لوقوع حادث حاد في سياق الواقع. مما يؤدي إلى وجود اندفاع نزوي الذي يكون في حالة غير منظمة وغير ناضجة من الناحية التكيفية والدفاعية لمواجهة الحالات الحادة.

فيمكن أن نقول بأن الطفل دخل بصفة مبكرة واندفاعية ودفعة واحدة في الحالة الأوديبية، إذ لم يكن مهياً مما يجعله غير قادر على التعامل بالدخول إلى الثلاثية التناسلية، مثلما يستطيع أن يقوم به الفرد في النمط قبل-تنظيمي عصابي.

إنها صدمة عاطفية وهي أول صدمة نفسية مبكرة والتي تلعب دور أول مبعثر لتطور الفرد وهذا بتوقيف التطور اللبدي مما يسرع بالدخول في مرحلة الكمون التي تطول فالمرهقة تتميز بنوع من الشحنة العاطفية والتحويلات الكثيفة ويمكن أن تمتد مرحلة شبه الكمون هذه إلى غاية الرشد والتي تعرقل بدايات العلاقات التناسلية.

هذا التوقف التطوري للنضج العاطفي للأنا يشكل ما يعرف بالجدع المشترك للحالات الحدية التي تتميز بعدم الصلابة وعدم الثبات وعدم وجود خصوصيات نهائية تنظيمية.

تبقى الحالات الحدية في وضعية مهياً لكن غير ثابتة، وتعتبر من الناحية البنوية الحد الفاصل بين العصاب والذهان.

كما هو معروف في البنية العصابية تعتمد على تهيئة ظروف التفاوض ضمن الصراع الكامن الذي يتعارض فيه كل من الأنا الأعلى والهو من خلال الأنا، ولا يجد هذا الصراع تعبيراً إلا ضمن العلاقة الثلاثية.

في البنية الذهانية، يكون الصراع بين الهو والواقع ويجد الأنا نفسه مطروداً.

وبهذا لا تقع الحالة الحدية لا ضمن هذا ولا ذلك، فهي مرضية النرجسية إذ تخطت خطر التكوينية النفسية من النمط الذهاني، ولكن لم يتمكن الأنا من الوصول إلى التكوينية النفسية من النمط العصابي.

العلاقة بالموضوع تبقى متمركزة على التبعية الإتكالية للآخر؛

أما الخطر الفوري الذي تصارع ضده التنظيمات الحدية هو الاكتئاب.

أهم ما يميز الحالات الحدية:

أ. الأنا الاتكالي *le moi anaclétique*

يؤكد تناول الاقتصادي للتنظيمات الحدية على وجود ثنائي ضمن الشخصية الحدية لقطاعين عمليين للأنا، يبقى إحداهما في الإطار الكلاسيكي المتكيف مع متطلبات الواقع الخارجي، والآخر يتوظف أكثر بصفة ذاتية بالنسبة للواقع وثابت أساساً بالنسبة للحاجيات النرجسية الداخلية بالاتكالية الحمائية.

كل المشاكل الاقتصادية الحدية، ستظهر في العلاقات بين هذين النظامين التكيفي والدفاعي في أن واحد، مما يعطي للأنا نوع من التأمين ونوع من الحركية دون وجود صلابة حقيقية.

فيكون الصراع بين ما يعرف بمثالية الأنا مع الهو ومع الواقع؛

يظهرون الأشخاص الحديين حاجة قصوى للعاطفة، ويبحثون دائما على الظهور مغريين؛ كما أن كفاحهم الدائم ضد الاكتئاب يرغمهم على الاستمرار في النشاط.

يحتفظ الأنا ضمن تثبيته على ميل للرجوع نحو اللا-تمايز الجسدي-النفسي، وتتميز هذه التنظيمات بمقاومة سيئة للإحباطات الحالية التي تحيي إحباطات قديمة طفولية، وهم أشخاص جد حساسين ويشعرون أنهم مقصودين ومهاجمين تحت أي ظرف كان، مما يسهل عليهم استعمال استراتيجيات برانوية محاولة منهم تخويف الآخر الذي يمكن أن يسبب لهم إحباطا.

نرجسيتهم غير واضحة المعالم تبقى هشة، هم بحاجة مفرطة لفهم الآخر، احترامهم، حبهم ودعمهم.

العلاقة بالموضوع، يعاش على أنه موضوع اضطهادي لكن ليس تماما كما هو الحال عند العظامي، لهذا فهو موضوع مزدوج يلعب دور أنا أعلى ثانوي وأنا ثانوي الذي يوفر المساعدة المؤقتة فهو إذا موضوع متعارض يلعب في نفس الوقت دور المانع ودور الحامي.

ب. العلاقة الموضوعية الاتكالية *la relation d'objet anaclétique*

تشكل هذه العلاقة تبعية كبيرة بين الطرفين، لكن تختلف من حيث خاصيتها النزوية كما هو الحال مع الأم في الحالات الذهانية.

ج. القلق الاكتابي *l'angoisse dépressif*

يظهر هذا القلق بمجرد أن يتصور الفرد أن موضوعه الاتكالي يمكن أن يتركه أو يتخلى عنه أو لا يستطيع الحفاظ عليه، فهو في الحقيقة قلق من فقدان الموضوع لأنه بدون الموضوع الاتكالي سيسقط في الاكتئاب.

II- مفهوم الشخصية والشخصية المرضية

إن مفهوم الشخصية والشخصية المرضية لها أصل مزدوج، فأول مصدر وأقدمه مرتبط بالطب اليوناني المعتمد على مذهب الأمزجة، والمصدر الثاني، من أصل نفسي، الذي ظهر في القرن التاسع عشر المرتبط مع تطور علم نفس الشخصية.

يتتبع Guelfi (2013) تطور مصطلح الشخصية الذي استعمل في مجال الطب النفسي من طرف Ribot، الذي ألف عام 1885 كتاب " Les Maladies de la Personnalité". ووفقا لهذا المؤلف، من المرجح أن تتأثر الشخصية بالمرض مثل أمراض أي وظيفة أخرى.

وفي وقت لاحق، في (1937)، عرّف المؤلف وعالم النفس الأمريكي Allport، الشخصية بأنها التنظيم الديناميكي للأنظمة النفسية التي تحدد السلوكيات والأفكار المميزة للفرد.

بالنسبة لعالم النفس الإنجليزي Eysenck (1950)، تمثل الشخصية التنظيم الثابت والدائم إلى حد ما لـ "طبع ومزاج ونكاء والبنية البدنية" للشخص، والذي يحدد تكيفه مع البيئة.

يضيف Pichot (1965) إلى مصطلح الشخصية التكامل الديناميكي للجوانب المعرفية واللفظية (النزوية والإرادية) والعاطفية وكذلك النفسية والمورفولوجية للفرد.

ويتميز هذان التعريفان الأخيران بإدراج المكونات الرئيسية للأداء أو التوظيف النفسي للفرد، والتي تشكل في مجملها الشخصية.

ومن المهم هنا التمييز بين مصطلحات الشخصية والطبع والمزاج. الطبع، وهو مفهوم أضيق من مفهوم الشخصية، يتوافق مع الأبعاد الملحوظة لشخصية الفرد، والتي تجعله قابلا للتعرف عليه اجتماعيا بالنسبة لجميع الأفراد الآخرين. (Cité dans Hardy, 2013)

وبتعريف آخر فالطبع يحتوي على مجموعة من السمات النفسية التي تدل على السلوك المعتاد الذي يجب أن يتصرف به الإنسان تجاه نفسه، كما تجاه الآخرين أو المواقف أو الأشياء التي يتعامل معها.

ومن ناحية أخرى، يشير المزاج إلى العوامل البيولوجية للشخصية، أي الميول التي يتم تحديدها وراثيا. (Hardy, 2013)

1. النظريات والنماذج العامة للشخصية

تم تطوير نظريات ونماذج عامة مختلفة لتناول مفاهيم الشخصية واضطراباتها، ومن بين هذه النظريات يمكننا أن نذكر النظريات السلوكية الجديدة، والنظريات المعرفية والسيكودينامية والاجتماعية والثقافية، وعلم نفس السمات، والنماذج النموذجية.

□ تدمج نظريات السلوك الجديد ثلاث اتجاهات نظرية، وهي علم الانعكاسات لـ Pavlov، والسلوكية لـ Watson، ونظرية التعلم لـ Thorndike، هذه النظريات مستمدة من نظرية المثير والاستجابة وتعتمد على دراسة عمليات التعلم، حيث تلعب البيئة دورا هيكليا للشخصية، يتم وضع فكرة التحفيز ضمن دراسة السلوك، حيث يتم تفضيل روابط المثير والاستجابة من خلال الرضا وإحباطها من خلال الألم والملل. الجانب الديناميكي للشخصية هو النزوة (الدافع) التي توفر الطاقة، فالشخصية إذن هي نتيجة تجارب متضاربة: التعلم المبكر ومصادر الرضا أو الإحباط.

□ تؤكد النظريات المعرفية على دور العمليات والتمثيلات العقلية، من خلال فصل الثوابت المعرفية والعاطفية والتحفيزية للشخصية، وبالتالي يحددون الأبعاد المعرفية للشخصية. ووفقا لهذا المفهوم، يمكن أن تكون المعتقدات الخاطئة وأنماط التفكير غير القادرة على التكيف والتشوهات المعرفية هي أصل اضطرابات الشخصية.

□ تعتمد النظريات السيكودينامية على نظرية الغرائز. تمثل الغرائز النزوات ذات أصل بيولوجي وتشكل القوى التي تدفع الفرد للقيام بنشاط متشكل في الهياكل العصبية. أثناء التطور، يحدد الصراع بين القطب النزوي للشخص ومصادر التوتر العديدة في تكوين الشخصية التي تمثل حالة التوازن لدى الفرد. وهكذا يستخدم علم النفس الدينامي الذي طوره Freud مفاهيم، من بين أمور أخرى، عن النزوات والرغبات والعقبات والصراعات. إن تكوينية (genèse) الشخصية هي تاريخ تطور النزوات البدائية. (Guelfi,2013)

في هذا السياق، يمكن ملاحظة التطور المرضي عندما تتميز فترات معينة من التطور بإحباطات شديدة أو طويلة الأمد وعندما تكون آليات الدفاع غير فعالة بما فيه الكفاية.

□ من ناحية أخرى، تفضل النظريات الاجتماعية والثقافية، المستوحاة من دراسات الأنثروبولوجيا، العوامل الاجتماعية والثقافية في تنمية الشخصية.

□ نموذج آخر هو سمات الشخصية. وفقا لـ Allport، تشكل هذه السمة "بنية عصبية نفسية لديها القدرة على صنع العديد من المثيرات المتكافئة وظيفيا، لتحفيز وتوجيه أشكال متكافئة من السلوك التكيفي والتعبيري". أوصاف السمات، المأخوذة غالبا من اللغة اليومية، لا تستند إلى مفاهيم علمية؛ كما أنه ليس لها قيمة تفسيرية وتبقى قيمتها التنبؤية محدودة.

يثير استخدامها مشكلة العدد الأمثل من السمات التي يجب الاحتفاظ بها من أجل وصف الشخصية بشكل أفضل، وأفضل طريقة لاستخدامها من أجل تكوين مجموعات من السمات التي ترتبط بشكل كافٍ مع بعضها البعض ومستقلة نسبيا عن بعضها البعض. إن ما يسمى بالتحليل العملي، وهو تحليل إحصائي متعدد المتغيرات، قد حل جزئيا هذه المشكلة المزدوجة من خلال تمكين تحديد الأبعاد الأساسية للشخصية. ومع ذلك، لا يزال النقاش قائمًا حول العدد الأمثل للأبعاد التي

يجب الاحتفاظ بها، وبعبارة أخرى حول أفضل نموذج بعدي يمكن استخدامه. منذ تقديم النموذج البعدي في وصف اضطرابات الشخصية في الطبعة الأخيرة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM)، أصبح هذا النقاش أكثر أهمية. (Guelfi, 2013)

بينما يأخذ استخدام السمات في الاعتبار الجوانب النفسية للشخصية فقط، فإن الأنماط تدمج في وصف الشخصية مفهوم المزاج، الذي أثاره في البداية مذهب أبقراط Hippocrate ثم جالينوس Galien في القرن الثاني الميلادي، إذ يشكل الهيكل البيولوجي للشخصية، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بجوانبها النفسية، تم تحديث هذا المفهوم فيما بعد (1987) من قبل الطبيب النفسي الأمريكي Cloninger الذي قام، استناداً إلى المنهج النفسي-البيولوجي للشخصية، بتطوير نموذج من سبعة أبعاد، أربعة مرتبطة بالمزاج وثلاثة بالشخصية. (Guelfi & Hardy, 2013)

2. الشخصية من السواء إلى المرضي

بغض النظر عن النظرية المستخدمة، إذا أردنا تناول طيف أمراض الشخصية، فمن الضروري تحديد نقطة الانتقال من السواء إلى المرضي. لطالما كان اختيار هذه النقطة دائماً أحد المشكلات التي لا مفر منها في أنظمة تصنيف اضطرابات الشخصية.

هناك أربعة معايير للسواء، تحدد الحدود بين الشخصية السوية والشخصية المرضية: السواء الإحصائي، السواء المثالي، السواء الوظيفي، والسواء الذاتي.

يشير السواء الإحصائي إلى الفرد "المتوسط"،

يتضمن السواء المثالي تعيين الفرد "المثالي"، الذي سيتم اعتباره بعد ذلك الفرد العادي.

يتوافق السواء الوظيفي مع الحالة التي تظهر أكثر من غيرها مناسبة للفرد حسب إمكاناته وطبعه،

وأخيرا السواء الذاتي، أي تصور السواء الذي يكون لدى من يقوم بالتقييم.

إن الاستخدام المعزول لكل من معايير السواء هذه يواجه عقبات مختلفة، إن تحديد الفرد المتوسط من حيث الشخصية يتطلب اختيار دقيق على الحدود وإلا ننتقل خارجه إلى الجانب المرضي، يبدو أن مثل هذا الاختيار تعسفي. وبالمثل، فإن الفرد "المثالي" يتناسب مع مفهوم معياري يفتقر إلى التبرير النظري. إن استخدام معيار السواء الوظيفي، حتى لو بدا للوهلة الأولى جذابا، لا يمكن تطبيقه في الحالات التي يكون فيها إرضاء الفرد هو أصل معاناة الآخرين، كما هو الحال على سبيل المثال في حالات السلوك المنحرف أو السادي.

في نهاية المطاف، لا يمكن، بحكم التعريف، تطبيق السواء الذاتي لما هو مرضي في الشخصية، لأنها تأخذ في الاعتبار التصور الشخصي للمقيم واستقراره.

ومن أجل تجاوز هذه العقبات، تستخدم جميع أنظمة التصنيف تقريبا مجموعة متنوعة من معايير السواء. (Hardy, 2013)

3. ما المقصود باضطرابات الشخصية؟

ينطوي اضطراب الشخصية كما يوضحه Christophe (2008)، على نمط دائم من عدم الاستقرار العاطفي والسلوك غير الصحي الذي يسبب مشاكل في حياة وعلاقات الفرد، ومن الأمثلة على ذلك، اضطرابات الشخصية الحدية والمعادية للمجتمع والنرجسية.

تتوافق اضطرابات الشخصية عموما مع أنماط الإدراك ورد الفعل والعلاقة المجتاحة والدائمة، وهي مسؤولة عن تغيير كبير في التوظيف العام.

تختلف اضطرابات الشخصية بشكل كبير في مظاهرها، ولكن من المحتمل أن يكون سببها مجموعة من العوامل الوراثية والبيئية مع تقدم العمر، يتراجع الكثير منها تدريجياً، لكن قد تستمر بعض السمات إلى حد ما بعد أن تهدأ الأعراض الحادة التي أدت إلى تشخيص الاضطراب.

سمات الشخصية هي أساليب التفكير والإدراك والتفاعل والربط التي تكون مستقرة نسبياً بمرور الوقت.

تحدث اضطرابات الشخصية عندما تصبح هذه السمات واضحة جداً وصلبة وغير قادرة على التكيف بحيث تسبب ضعفاً كبيراً في الأداء المهني و / أو الاجتماعي؛ يمكن أن تسبب هذه الاختلالات الاجتماعية معاناة كبيرة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية ومن حولهم.

في حالة اضطرابات الشخصية (على عكس أولئك الذين يطلبون الاستشارة)، فإن المعاناة الناجمة عن سلوكهم غير اللائق اجتماعياً عادة ما تكون سبب طلبهم للمساعدة، أكثر من عدم الراحة المرتبط بأفكارهم ومشاعرهم، لذلك يجب على الأطباء أولاً مساعدة المرضى على إدراك أن سمات شخصيتهم هي أصل المشكلة.

عادة ما تظهر اضطرابات الشخصية في أواخر مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ، على الرغم من أن العلامات تظهر في بعض الأحيان في وقت مبكر (في مرحلة الطفولة)، تختلف السمات والأعراض المرتبطة بها في المدة، ويتلاشى الكثير منها مع تقدم العمر.

أ. الشخصية كعامل للتمايز (التفاضل) La personnalité comme facteur de différenciation

○ الشخصية هي مجموع السمات النفسية، الانفعالية والسلوكية التي تجعل الشخص منفرداً ومتميزاً عن الآخرين؛

○ بهذا المعنى، وبالقول الشائع "شخص ليس له شخصية" يعني ليس متمائزا (من جراء الامتثال، الخوف عدم القدرة...) للأشخاص المحيطين به.

ب. الشخصية كمجموع سمات دائمة La personnalité comme ensemble de traits permanents

○ لوصف سمات الشخصية، غالبا ما نتحدث عن ما يميزها من "طبع" فهو كلمة يونانية تعني "البصمة" (كتلك الموجودة على العملة النقدية المعدنية)، فهو شيء مستقر ودائم؛

○ حتى تحمل السمة هذه الصفة، لابد أن تظهر بصفة منتظمة أي دائمة (كأن يكون الشخص في موقف مثلا: كالغضب، إذا استدعى الأمر حالة غضب كردة فعل اتجاه موقف ما، حيث معظم الناس تكون لديهم نفس الإجابة؛ لكن أن يغضب الشخص بصفة يومية ومنتظمة وحتى عنيفة اتجاه أشخاص ومواقف لا تستدعي ذلك، فيمكن اعتبارها كسمة مرضية للشخصية.

ج. الشخصية كعامل تنبؤ La personnalité comme facteur de prévisibilité

○ هناك بُعد آخر مهم في مفهوم الشخصية وهو الإمكانية إلى حد ما، التنبؤ بما سيقول الشخص أو يقوم به،

○ بمعنى يكون لدينا، ميلا إلى التصرف أو الاستجابة بنفس الطريقة اتجاه نفس الموقف،

○ مثلا: المنفتح هو الشخص الذي يتجه بسهولة نحو الآخرين في المجموعة أو في أي تجمع، أما المنطوي فهو لا يتجه بالضرورة نحو الآخرين في المجموعة وخاصة في تجمع لا يعرفه.

د. التصنيفات

فهم وتصنيف مختلف أنماط الشخصية

- يختلف الأشخاص عن بعضهم البعض بتنظيمهم النفسي، ومميزاتهم الفيزيائية، فلا يوجد جسد يكون نسخة مطابقة لجسد آخر، ولا شخصية متطابقة مع شخصية أخرى؛
- غير أنه يوجد ما يعرف في مجال علم النفس بمجموعات "عائلات نفسية" الذي يجعلنا نشبه أفراد آخرين كأن "... نحس، نفكر، نتصرف غالبا مثلهم..."
- تصنف هذه العائلات أو المجموعات للشخصية على حسب نمطين هما: التصنيف الفئوي والتصنيف البعدي.

▪ التصنيفات الفئوية Classifications catégorielles

- يعتبر التصنيف البعدي صعبا بالنسبة للعياديين حديثي المهنة وغير متمرسين على العيادة؛
 - يهدف التصنيف الفئوي إلى جمع أو تجميع السمات الأساسية للشخصية؛
 - مثال: فئة المنطوي في أغلب الأحيان هم أشخاص حذرين، وفئة المنفتح في أغلب الأحيان هم أشخاص فضوليين ويخضون التجارب بأكثر سهولة؛
 - فهي طريقة بسيطة وسهلة الاستعمال وهي الطريقة المستعملة في التصنيفات الحالية
- DSM & CIM
- العتبة بين الشخصية السوية واضطراب الشخصية يكمن في التوازن بين المرونة والصلابة.

▪ التصنيفات البعدية Classifications dimensionnelles

○ نتكلم عن التصنيف البعدي عندما نستعمل سمات منعزلة مثل، الاستقرار الانفعالي، الإلاح، الفضول... إذن نصف الشخص باللجوء إلى عدد من السمات وشدتها " شديد الفضول، منفعل جدا... غير متفتح على كل ما هو جديد..."

من بين التناولات البعدية الحديثة للشخصية الأكثر استعمالا والأكثر رواجاً، Big five الذي يقترح خمس (5) عوامل كبرى يمكن ذكرها باختصار في عبارة OCEAN

O: Ouverture à l'expérience/ Openness/ الانفتاح

C: Caractère Conscientieux/ Conscientiousness/ يقظة الضمير

E: Extraversion/ Extraversion/ الانبساط

A: Caractère Agréable/ Agreeableness/ المرغوبية

N: Caractère Névrotique/ Neuroticism/ العصابية

4. التصنيف والتقييم

1.4. التصنيفات في الطب العقلي: من كوخ Koch إلى DSM-5

نبذة تاريخية

في تاريخ الطب العقلي، تم تطوير تصنيفات مختلفة لمعالجة الطيف المرضي للشخصية. وقد استلهمت هذه التصنيفات من النظريات والنماذج العامة للشخصية، وأهمها النموذج النمطي، والنموذج البعدي، والنموذج البنيوي لتحليل النفسي.

اعتمدت التصنيفات الأولى التي ظهرت خلال القرن التاسع عشر على النموذج النمطي والفئوي، والذي فرض نفسه منذ ذلك الحين حصرياً في التصنيفات اللاحقة. وفقاً لهذا التوجه، تم وصف أنماط الشخصية من حيث فئات تشخيصية؛ كانت الطبعة الخامسة من

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية هي أول تصنيف يقدم المنهج البعدي في وصف اضطرابات الشخصية، بدمجه كنموذج هجين.

تُنسب الخطوط العريضة لمفهوم الشخصية المرضية بشكل كلاسيكي إلى Pinel تحت مفهوم الهوس بدون هذيان. ومع ذلك، في عام 1837، كان Prichard أول من وصف اضطراب الشخصية: الجنون الأخلاقي، والذي يوجد في التصنيفات الحديثة تحت اسم آخر، وهو الشخصية المعادية للمجتمع. في وقت لاحق، Morel (1857) بنظريته حول الضمور مع Magnan، قدما وصفا ونظريات، ولكن لم يُعدّ تصنيفا شاملا للشخصيات المرضية.

قدم Koch في عام 1888 في دليله "عناصر الطب النفسي" فصلا بعنوان "الدونية النفسية". طور هذا الفصل في دراسة (1891-1893) والتي تشكل أول عمل شامل عن الشخصيات المرضية. (Cité dans Hardy, 2013)

منذ Koch، تم اقتراح تصنيفات لاحقة شملت عددا كبيرا جدا من الفئات التشخيصية، التي امتازت بعدم الاستقرار الزمني و"البيّن-التصنيفي" الكبير جدا كما هي موضحة في الجدول الموالي:

Tableau 1 : Catégories diagnostiques figurant dans les principales classifications de K. Schneider au DSM- V.

Types de personnalités	Classifications						
	K. Schneider (1923)	DSM-II (1968)	CIM-9 (1978)	DSM-III (1980) et DSM-III-R (1987)	CIM-10 (1992) et DSM-IV-TR (2000)	DSM-IV (1994) et DSM-5 (2013)	
Paranoïaque,	X1	X	X	X	X	X/X	X

fanatiqu

e1

Schizoïde X X X X X/X X

Schizotypique X X/X X

Hystériq X2 X X X3 X3 X3/ X3 X

ue, qui

a besoin

de se

faire

valoir2,

histrioni

que3

Instable X

Antisocial X X X X5 X/X X

e,

sociopathi

que-

antisocial

e4,

dyssocial

e5

Borderline, X X6 X/X X

émotionnellem

ent labile (type

impulsif/type

borderline)6

Narcissique X X/X X

Explosive X X X

OC, X X7 X8 X7 X/X X

anankasti

que7,

complu

ve8

Dépend	X9	X9	X9	X10	X	X/X	X
--------	----	----	----	-----	---	-----	---

ante,

asthén

ue9

A conduite d'échec10 (annexe B du X10*

DSM-III-R, incluse dans la personnalité

dépendante par la CIM-10)

Passive-agressive	X			X		X*/X*	
-------------------	---	--	--	---	--	-------	--

Évitante,	X		X11		X/X		X
-----------	---	--	-----	--	-----	--	---

anxieuse11

Dépressive		X				X*/X*	
------------	--	---	--	--	--	-------	--

Inquiète				X			
----------	--	--	--	---	--	--	--

Affective				X			
-----------	--	--	--	---	--	--	--

Hyperthymique				X			
---------------	--	--	--	---	--	--	--

Cyclothymique				X			
---------------	--	--	--	---	--	--	--

Apathique				X			
-----------	--	--	--	---	--	--	--

Aboulique				X			
-----------	--	--	--	---	--	--	--

Inadéquate				X			
------------	--	--	--	---	--	--	--

Nombre	10	10	8	11	8	12	10
--------	----	----	---	----	---	----	----

de

troubles

spécifiés

*Catégories diagnostiques figurant en annexe des classifications.

يوضح الجدول أعلاه، مختلف الاضطرابات التي تم تصنيفها انطلاقا من أعمال Schneider والتي تم تناولها من الدليل DSM-II إلى غاية الدليل DSM-5 كذلك في التصنيفين CIM-9 et 10 وذلك حسب تكرارها في كل دليل.

النظامان الرئيسيان حتى اليوم هما التصنيف الدولي للأمراض (ICD, CIM) الذي نشرته منظمة الصحة العالمية (WHO, OMS)، والدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM) التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA).

شكل نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية عام 1980 حدثا رئيسيا في تاريخ تصنيفات الاضطرابات العقلية. قدم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) مقاربة لا-نظرية، وتعريفا معياريا للاضطرابات النفسية، وتقييما متعدد المحاور في خمسة محاور مع إمكانية التشخيص المتعدد على المحاور الثلاثة الأولى. (Hardy,2013)

تم تخصيص المحور الثاني حصريا لاضطرابات الشخصية من أجل جذب اهتمام الأطباء بشخصية المرضى بغض النظر عن تشخيصاتهم النفسية. تم بعد ذلك تمييز اضطرابات الشخصية عن "الاضطرابات العيادية"، مع الاحتفاظ بإمكانية وجود اعتلالات مرضية مصاحبة. (Guelfi, 2014)

حيث تتشابه معايير التشخيص العامة لاضطرابات الشخصية بشكل أساسي في DSM-IV-TR و ICD-10 الموضحة في الجدول الموالي: (APA,2000 & OMS,2008)

جدول 2: DSM-IV-TR: معايير التشخيص العامة لاضطرابات الشخصية

أ. الطريقة الدائمة للتجربة الحياتية والسلوك الذي ينحرف بشكل كبير عما هو متوقع في ثقافة الفرد. ويتجلى هذا الانحراف في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

(1) المعرفة (أي إدراك ورؤية الذات والآخرين والأحداث)

(2) العاطفية (أي التنوع والكثافة والمرونة وتوافق الاستجابة العاطفية)

(3) الأداء بين الأشخاص

(4) التحكم في الاندفاع

ب. هذه الطرائق الدائمة صلبة وتجتاح مواقف شخصية واجتماعية شديدة التنوع.

ج. يؤدي هذا النمط المستمر إلى معاناة كبيرة عياديا أو ضعف في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

د- هذا الوضع مستقر وطويل الأمد ويمكن اكتشاف مظاهره الأولى على أبعد تقدير خلال فترة المراهقة أو بداية الرشد.

هـ. لا يمكن تفسير هذا الجدول بشكل أفضل من خلال مظاهر أو عواقب اضطراب عقلي آخر.

و- لا يرجع هذا النمط الدائم إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو إلى حالة طبية عامة (على سبيل المثال، صدمات دماغية).

**Tableau 2 : DSM-IV-TR : Critères diagnostiques généraux des troubles
de la personnalité**

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

(1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)

(2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)

(3) le fonctionnement interpersonnel

(4) le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de la vie adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas du aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu aux abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

يحدد كلا نظامي التصنيف، العمر الذي يمكن من خلاله تشخيص اضطراب الشخصية، بالنسبة للتصنيف الدولي للأمراض CIM-10 "نادرا ما يكون تشخيص اضطراب الشخصية مناسباً قبل سن 16 أو 17 عاماً. يعتبر DSM-IV-TR أنه "لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية لدى شخص يقل عمره عن 18 عاماً إلا إذا كانت الخصائص موجودة لمدة عام واحد على الأقل".

تقع نقطة التحول من الشخصية السوية إلى الشخصية المرضية في ثلاث مجالات: الاجتماعية والإحصائية والعيادية والوظيفية. منذ الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، أصبح المعيار الوظيفي ضرورياً لكي تعتبر حالة الشخص مرضية. من ناحية أخرى، يظل هذا الأمر اختيارياً بالنسبة للإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض، حيث تكون الاضطرابات "في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائماً، مرتبطة بمعاونة ذاتية وتغيير في الأداء والتوظيف الاجتماعي بكثافة متفاوتة".

فيما يتعلق بفئات التشخيص، تظهر ثمان فئات في كلا النظامين: جنون العظمة، والفصام، والهستيريوني، والمعادي للمجتمع (غير اجتماعي في ICD-10)، والشخصيات الحدية (المتقلبة عاطفياً، والنوع الحدي، في ICD-10)، والشخصيات التابعة للتصنيف الدولي للأمراض-10) والوسواس القهري (anankastique) للتصنيف الدولي للأمراض-

10). الشخصيات الفصامية والنرجسية موجودة فقط في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR). (Hardy, 2013)

أما فيما يخص مميزات اضطرابات للشخصية حسب ICD-10 فهي موضحة في الجدول الموالي:

Tableau 3 : CIM-10 : F60 : Troubles spécifiques de la personnalité

F60.0	Personnalité paranoïaque
F60.1	Personnalité schizoïde
F60.2	Personnalité dyssociale
F60.3	Personnalité émotionnellement labile
F60.4	Personnalité histrionique
F60.5	Personnalité anankastique
F60.6	Personnalité anxieuse [évitante]
F60.7	Personnalité dépendante
F60.8	Autres troubles spécifiques de la personnalité
F60.9	Trouble de la personnalité, sans précision

يظهر اضطرابان آخران في الملحق ب: الشخصية الاكتئابية والشخصية السلبية العدوانية. في ICD-10، تتم الإشارة إلى اضطرابات شخصية محددة باستخدام الرموز التشخيصية F60.0 - F60.9 في الجدول أعلاه، بما في ذلك "اضطرابات الشخصية المحددة الأخرى" (F60.8) و"اضطرابات الشخصية غير الدقيقة" (F60.9).

يظهر اضطراب الشخصية النرجسية في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) كمثال في فئة "اضطرابات الشخصية المحددة الأخرى". من ناحية أخرى، يتم تصنيف الاضطراب الفصامي في القسم F20-F29 "الفصام والاضطراب الفصامي والاضطرابات الوهمية"، معتبرين أن الفصام هو جزء من الطيف الوراثي للفصام.

تجدر الإشارة إلى أن اضطرابات الشخصية المحددة في ICD-10 و DSM-IV-TR لا تمثل سوى جزء من الاضطرابات التي تمت ملاحظتها في العيادة. (Hardy, 2013)

ولهذا السبب قام التصنيفان بتجميع الشخصيات المرضية التي لا تتعلق باضطراب معين، بالنسبة لـ DSM-IV-TR، تشخيص "اضطراب الشخصية غير المحدد"، والذي يتضمن شخصيات مختلطة بالإضافة إلى اضطرابات محددة أخرى، مثل الشخصية الاكتئابية أو الشخصية العدوانية السلبية. يقدم ICD-10 مجموعتين فرعيتين. الأولى تتكون من "اضطرابات شخصية محددة أخرى" (F60.8) مع إعطاء أمثلة على "الهتة"، والشخصيات النرجسية، وغريبة الأطوار، وغير الناضجة، والسلبية العدوانية، والعصابية النفسية، في غياب التوصيف المحتمل، يتم تصنيف اضطرابات محددة أخرى على أنها "اضطراب شخصية غير محدد" (F60.9).

▪ حدود التصنيفات الفئوية

كان استخدام النموذج الفئوي لوصف اضطرابات الشخصية، منذ القرن التاسع عشر وحتى نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR)، موضوعا لانتقادات عديدة.

تكمّن حدود DSM-IV وفقا لمؤلفين مختلفين، بما في ذلك رئيس مجموعة العمل المعنية باضطرابات الشخصية لتطوير DSM-5، في النقاط التالية:

تعتبر الحوادث المشتركة بين اضطرابات الشخصية المختلفة شائعة للغاية، لقد وجد أنه في المجتمع العيادي، 60% من المرضى الذين يقدمون معايير اضطراب الشخصية لديهم أيضا معايير اضطراب آخر واحد على الأقل، و25% منهم لأكثر من اضطرابين.

○ هناك عدم تجانس كبير بين المرضى الذين يتلقون نفس التشخيص وبالتالي، يمكن تشخيص شخصين بالشخصية الحدية مع وجود عرض واحد مشترك فقط بينهما.

○ العتبة التي تحدد الانتقال من السواء إلى المرضي هي اعتباطية.

○ تتمتع الفئات التشخيصية بقدرة وصفية منخفضة: في التحليل لعدة دراسات -méta analyse لـ 51 دراسة، تمثل اضطرابات الشخصية غير المحددة ما بين 21% إلى 49% من جميع اضطرابات الشخصية في المجموعة العيادية.

○ التصنيفات الفئوية لها فائدة عيادية قليلة إلى حد عدم وجود علاجات محددة أو وجود عدد قليل منها.

○ التقييم العيادي معقد مع اتفاق تشخيصي منخفض بين المحكمين، مما يتطلب استخدام أدوات جمع معيارية ثقيلة.

○ هناك استقرار زمني منخفض، واضطراب الوسواس القهري هو الوحيد الذي يقدم استقرارا زمنيا جيدا على المدى الطويل. (Hardy, 2013)

■ DSM-5

في مواجهة المصادر المتعددة لعدم الرضا عن التصنيفات الفئوية، نشأ اهتمام متزايد بين الممارسين للنموذج البعدي للشخصية، والذي، من ناحية أخرى، كان دائماً مفضلاً من قبل علماء النفس. وفي هذا السياق تم تطوير DSM-5.

تم تضمين موضوع الشخصية في جدول أعمال البحث الخاص بـ *Research DSM-5* و *Agenda for DSM-5* وتم تشجيع المسار البعدي، نشرت مجموعة العمل المعنية باضطرابات الشخصية، برئاسة Skodol، توصيات أولية في فبراير 2010، وكان معظمها مبتكراً حقاً.

أوصت هذه التوصيات بمعايير تشخيصية عامة جديدة كما هي موضحة في الجدول في الأسفل، ووصفاً بعدياً للأداء والتوظيف العام للشخصية في خمس نقاط (من 0 إلى 4) بالإضافة إلى نموذج هجين يجمع بين الفئات والأبعاد.

اقتصرت عدد فئات التشخيص على خمس فئات، مع اعتبار الشخصيات البرانوثية والفصامية والنرجسية والهستيرية والاعتمادية سمات شخصية مرضية بسيطة؛ كان الافتقار إلى المبررات التجريبية الكافية وكذلك العرض غير الكافي لاهتمامهم العيادي هي المبررات الرئيسية لهذا القرار، تم الاحتفاظ بستة أبعاد للشخصية مع 37 جانباً، وهو خيار مستوحى من نموذج العوامل الخمسة.

جدول 5:4- DSM : معايير التشخيص العامة لاضطرابات الشخصية

أ. تغير في أداء الشخصية يؤدي إلى صعوبات متوسطة الشدة على الأقل في اثنين على الأقل من المجالات الأربعة التالية:

▪ الهوية وتقرير المصير للذات (الافتقار إلى التمايز في الشعور بالذات، وضعف تقرير المصير)، والتعاطف والحميمية في الأداء بين الأشخاص (الافتقار إلى التعاطف، ونقص الحميمية، والافتقار إلى التواصل الاجتماعي أو التكامل بين تمثيلات الآخرين).

ب. وجود عدد كاف من سمات الشخصية المرضية.

ج. يكون تغير الشخصية والتعبير عن السمات ثابتا نسبيا بمرور الوقت ومتسقا عبر المواقف.

د. لا يمكن فهم تغير الشخصية والتعبير عن السمات بشكل أفضل على أنه أمر طبيعي عند النظر في مرحلة النمو أو السياق الاجتماعي والثقافي.

هـ- إن تغير الشخصية وإظهار السمات لا يكون فقط بسبب التأثير المباشر لمادة ما أو لحالة تدخل في الطب العام.

Tableau 4: DSM-5 : Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

A. Altération du fonctionnement de la personnalité qui se traduit par des difficultés d'intensité au moins moyenne dans au moins deux des quatre domaines suivants :

L'identité et l'autodétermination pour le **Soi** (manque de différenciation du sens de soi, autodétermination faible), et l'empathie et l'intimité pour le **fonctionnement interpersonnel** (manque d'empathie, déficit d'intimité, manque de sociabilité ou d'intégration des représentations d'autrui).

B. Existence d'un nombre suffisant de traits de personnalité pathologique.

C. L'altération de la personnalité et l'expression des traits sont relativement stables dans le temps et constants à travers des situations.

D. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas mieux comprises comme normales en considérant le stade de développement ou le contexte socioculturel.

E. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas seulement dus à l'effet direct d'une substance ou à un état qui relève de la médecine générale.

كانت ردود الفعل من العالم العلمي على هذه المقترحات الأولية من مجموعة العمل عديدة وغير مواتية في الغالب، واعتبرت التوصيات معقدة للغاية، ولم تكن موضوع عمل تجريبي كاف ولم تثبت فائدتها العيادية، ووجهت انتقادات أيضا داخل مجموعة العمل نفسها.

أظهرت دراسة استقصائية أجريت على 520 من علماء النفس والأطباء النفسانيين، أعضاء جمعيتين دوليتين لدراسة اضطرابات الشخصية، أن التشكيك في صحة الفئات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) لم يخص سوى أقلية من المتخصصين.

وفي هذا السياق جاءت القرارات النهائية لفريق العمل على النحو التالي:

- إعادة بناء الشخصية النرجسية ككيان قائم بذاته؛
- تقليل عدد الأبعاد إلى خمسة وعدد الأوجه إلى خمسة وعشرين كما هي موضحة في الجدول أسفله؛
- حذف المحور الثاني نهائياً، ستظهر الآن اضطرابات الشخصية إلى جانب الاضطرابات النفسية الأخرى، وفق مفهوم الاستمرارية بين المتلازمات العيادية في الطب العقلي واضطرابات الشخصية؛
- تم الحفاظ على الفئات التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) بشكل كامل بالإضافة إلى معايير التشخيص الخاصة بها؛
- لم يتم دمج النموذج البديل في القسم الثاني من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) ولكن في قسم جديد (القسم الثالث) بعنوان "التدابير والنماذج الناشئة" « Emerging Measures and Models » مع الاضطرابات الأخرى التي يلزم إجراء دراسات إضافية بشأنها.

وفقاً لهذا النموذج الهجين، إذا كان الشخص يستوفي المعايير العامة ويتم الاحتفاظ بمعايير إحدى الفئات الست، يتم التشخيص. في الحالة التي يستوفي فيها الشخص المعيار "أ" ولكن لا يوجد أي من المعايير "ب" للاضطرابات الستة المحددة، فإن التشخيص هو "اضطراب الشخصية المحدد بالسمات" والذي يكون المعيار "ب" منه كما يلي: "هناك مجال واحد أو عدة مجالات للسمات المرضية أو جانب أو أكثر من جوانب السمات داخل كل مجال. (Guelfi, 2014)

جدول 5: مجالات وجوانب الشخصية المقترحة DSM-5

مرض نفسي	إزالة الكف	تتافر	فصل	عاطفة سلبية	5 ميادين
(مقابل)	(مقابل القيد)	(مقابل القبول)	(مقابل)	(مقابل)	

الوضوح			الانبساط	الاستقرار العاطفي	
معتقدات وتجارب غير معتادة غرابية الأطوار خلل في التنظيم المعرفي والإدراكي	عدم المسؤولية الاندفاعية تششت الانتباه المخاطرة [عدم وجود] الكمالية الصارمة	ميل للتلاعب الزائف العظمة بحث عن الانتباه صلابة	مرونة عاطفية ميل قلق انعدام أمن للانفصال مثابرة	مرونة عاطفية ميل قلق انعدام أمن للانفصال مثابرة ميل إلى الخضوع عدائية اكتئابية عدم الثقة	25 جانب

Tableau 5 : Domaines et facettes de personnalité proposés pour le DSM-5

<i>5 domaines</i>	Affectivité négative Stabilité émotionnelle)	Détachement (vs Extraversion)	Antagonisme (vs Agréabilité)	Désinhibition (vs contrainte)	Psychoticism e (vs Lucidité)
<i>25 facettes</i>	-Labilité émotionnelle -Tendances anxieuses -Insécurité de séparation -Persévération -Tendance à la soumission -Hostilité -Dépressivité -Méfiance	-Labilité émotionnelle -Tendances anxieuses -Insécurité de séparation -Persévération	-Tendance à la manipulation -Fausseté -Grandiosité -Recherche d'attention -Dureté	- Irresponsabilité -Impulsivité -Distractibilité -Prise de risques -[Manque de] perfectionnism e rigide	-Croyances et expériences inhabituelles -Excentricité -Dysrégulation cognitive et perceptuelle

2.4. تقييم اضطرابات الشخصية

▪ أدوات التقييم الموحدة

يمكن تقييم وجود اضطراب في الشخصية باستخدام قوائم المراجعة أو الاستبيانات أو المقابلات نصف-المبنية.

تجمع قوائم المراجعة معايير الاضطرابات معا وتشير إلى عدد المعايير التي يجب توافرها لإجراء التشخيص وبالتالي، فإن قوائم الأعراض المرجعية للاضطرابات العقلية في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض تسمح بتقييم الاضطرابات العقلية وفقا للمراجعة حسب الإصدار العاشر، بما في ذلك اضطرابات الشخصية.

تتوفر قوائم التشخيص الدولية في نسختين، لتقييم معايير التشخيص للإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV).

تتضمن الاستبيانات أسئلة أو اقتراحات حتى يتمكن الشخص من تحديد ما إذا كان ينطبق عليه معيار تشخيصي واحد أو أكثر، استخدامها يتعلق بشكل رئيسي بالفحص، يهدف استبيان تشخيص الشخصية (*Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*) إلى تقييم اضطرابات الشخصية المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، من DSM-III إلى DSM-IV-TR.

تسمح المقابلات نصف-المبنية للعيادي بتقييم وجود كل من المعايير التشخيصية لكل اضطراب باستخدام الأسئلة والنصائح والتعليمات، وبالتالي يمكن تحسين موثوقية تشخيص اضطراب الشخصية بشكل كبير؛ تنطبق بعض هذه المقابلات على اضطرابات شخصية محددة، مثل الاضطراب الحدي، بينما يقوم البعض الآخر بتقييم جميع الاضطرابات.

أهم الاستبيانات هي المقابلة العيادية المبنية ل DSM-IV المحور الثاني (SCID-II) *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II* ، والمقابلة المبنية للشخصية *Structured Interview for DSM-IV personality* (SIPD-IV) ، والفحص الدولي لاضطرابات الشخصية (*International Personality Disorders Examination* (IPDE)

يقوم SCID-II بتقييم اضطرابات الشخصية العشرة المحددة في DSM-IV بالإضافة إلى الشخصية الاكتئابية والشخصية السلبية العدوانية، المدرجة في الملحق B من DSM-IV. بالإضافة إلى ذلك، يقوم SIPD-IV بتقييم الشخصية المدفوعة بالفشل المدرجة في الملحق B من DSM-III-R، مما يجعل إجمالي ثلاثة عشر اضطراباً في الشخصية. يسمح IPDE في النهاية بتقييم اضطرابات الشخصية ICD-10 و DSM-IV. (Bull, 2013)

يتم تصنيف اضطرابات الشخصية في DSM-IV-TR (المحور II) إلى ثلاث مجموعات بناء على أوجه التشابه الوصفية إلى ثلاث مجموعات أ-ب-ج كما هي موضحة فيما يلي:

III- اضطرابات الشخصية / Personality Disorders Les troubles de la personnalité/ Pesrsonality Disorders

يصنف DSM-5 الأنماط العشرة من اضطرابات الشخصية إلى 3 مجموعات (أ ، ب ، ج) بناءً على خصائص متشابهة ومع ذلك، لم يتم تحديد الفائدة العيادية لهذه المجموعات. (Christophe, 2008)

تشمل المجموعة (أ) الأفراد الذين يتميزون بسلوكهم الغريب أو غريب الأطوار، وتشمل اضطرابات الشخصية التالية بسماتها المميزة:

- اضطرابات الشخصية العظامية (الارتياجية): تتميز بعدم الثقة والشك بالآخرين الذين يتم تفسير نواياهم على أنها خبيثة؛
- اضطرابات الشخصية الفصامية النمطية: تتميز بانزعاج حاد في العلاقات مع الأقارب، وتشوهات معرفية وإدراكية وسلوك غريب الأطوار؛
- اضطرابات الشخصية شبه- فصامية: تتميز بالانفصال عن العلاقات الاجتماعية وتقيد في التعبيرات العاطفية.

اضطرابات الشخصية من المجموعة "ب"

تشمل المجموعة (ب) الأشخاص الذين يتميزون بسلوكهم الدرامي أو العاطفي أو غير المنتظم وغير المتوقع، وتشمل اضطرابات الشخصية التالية بسماتها المميزة:

- اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع: تتميز بازدياد اتجاه الآخرين ، والخداع والتلاعب وانتهاك حقوق الغير؛
- اضطرابات الشخصية الحدية: تتميز بالاندفاع الملحوظ وعدم الاستقرار في العلاقات البين-شخصية وصورة الذات والعواطف؛
- اضطرابات الشخصية التمثيلية (المتكلفة): تتميز بالاستجابات العاطفية المفرطة، والسعي وراء الاهتمام به؛

○ اضطرابات الشخصية النرجسية: تتميز بالتخيلات أو سلوكيات التعاضم، والحاجة إلى الإعجاب، وقلة التعاطف.

اضطرابات الشخصية من المجموعة "ج"

في المجموعة (ج)، يبدو الأشخاص قلقين أو خائفين؛ وتشمل اضطرابات الشخصية التالية بسماتها المميزة:

○ اضطرابات الشخصية التجنبية: تتميز بالتنشيط الاجتماعي، والشعور بالنقص، وفرط

الحساسية تجاه الأحكام السلبية للآخرين؛

○ اضطرابات الشخصية الاعتمادية: تتميز بسلوك خاضع و"متشبث" مرتبط بالحاجة

المفرطة إلى الاهتمام به؛

○ اضطرابات الشخصية الوسواسية القهرية: تتميز بالانشغال بالنظام والكمال والسيطرة.

1. اضطراب الشخصية العظامية (الارتيازية)

(Paranoid personality disorder) Trouble de la personnalité paranoïde

مقدمة-نبذة تاريخية

إن عدم الثقة، والاستعداد للدفاع والهجوم، والشخصية المشاكسة والاستنزائية، والكبرياء، والتباهي، واحتقار الآخرين، والرغبة في السيطرة والاضعاع، تشكل السمات الرئيسية للشخصية المصابة بالعظام (جنون العظمة)؛ الأشخاص المصابون لا يتحملون التنافس، فهم سريعون الغضب، ويعيشون على المواجهات والمحن والإجراءات، إن وجودهم عبارة عن صراع مستمر يفقدون خلاله حلفاءهم تدريجياً ويتدهور وضعهم الاجتماعي، إنهم يقظون للغاية، ويعيشون في حالة من الشك وعدم اليقين، ويشكون في أقاربهم، الأقارب.

إنهم صارمون ويصعب الوثوق بهم، ومن خلال الوعظ بالعدالة والأخلاق، فإنهم يجذبون عن طيب خاطر إلى الحركات العاطفية التي تنكر هذه المبادئ وتظهر سوء فهم لمشاعرهم العميقة؛ غالباً ما يجد الأشخاص المصابون بجنون العظمة، المنغلقيين على هواجسهم واستياءهم، أنفسهم مهمشين ومكتئبين.

المنشأ العيادي

لم يظهر مفهوم الشخصية العظامية إلا في وقت متأخر من تاريخ الطب العقلي وكان لفترة طويلة جزءاً من حركة الهذيان المصحوب بجنون العظمة المزمن، والذي شاركها في طابعها الثابت والمؤسس، ولا تزال التصنيفات المعاصرة تحمل أثر هذا التقارب، محتقظة بالأساس بعدم الثقة، والتشكيك في ولاء الأحباب، والاستياء كلامح مميزة.

في عام 1895، استخدم Kraepelin مصطلح جنون العظمة la paranoïa للإشارة إلى الهذيان المنتظم والقطعية. في عام 1921، وصف الشخصية المصابة بجنون العظمة

بأنها طبع سابق للمرض للهذيان العظامي المزمن. في عام 1908، وصف Kretchmer العظام الحسي حيث يؤدي الشعور بالذنب والميل نحو الانطواء إلى إضعاف تضخم الأنا. في عام 1896، اعتبر Freud العظام بمثابة مرض عصبي نفسي دفاعي يهدف إلى محاربة الميل الجنسية المثلية اللاشعورية.

بالنسبة للمحللين النفسيين اللاحقين، فإن جنون العظمة يجد أصوله في فترة المرحلة الشرجية (Ferenczi, 1919 ; Abraham, 1921)، وهي أيضا وجهة نظر Lacan في أطروحته (1932). يميل المزيد من المؤلفين المعاصرين، سواء كانوا محللين نفسيين أم لا، إلى التأكيد على هشاشة الأنا أو احترام الذات لدى المصاب بجنون العظمة؛ وبالتالي فإن نظام المصاب بجنون العظمة سيكون بمثابة دفاع ضد الشعور بالذنب الداخلي وفقدان الاستقلالية، والموقف الفخور الذي يحمي من الميل الاكتئابية.

كان من الممكن أن يكون الشخص المصاب بجنون العظمة ضحية خلال شبابه لمعاملة سادية وإذلال من طرف من هم من حوله؛ قد ينجم عن مواقف الشك والإفراط في تأكيد الذات؛ يصير المؤلفون المعاصرون، ذوو التوجه المعرفي والسلوكي، على اليقظة المفرطة وردود الفعل الغاضبة، على العلاقات الاجتماعية المعقدة والصعبة على الاحتفاظ بالعواطف التي تنفجر بشكل مفرط، وبطريقة وسواسية. (Costa & al, 1993)

وأخيرا، Chadwick et al (1996) الذين يتبعون تقليد Kretchmer، يشكل وجود مواقف النقد الذاتي شكلا عياديا خاصا، أقرب إلى الاكتئاب، كل هذا العمل جعل جنون العظمة يفقد طابعه المتجانس والثابت؛ تظهر الشخصية المصابة بجنون العظمة اليوم أكثر كمجموعة من الاستراتيجيات التفاعلية حيث تعمل الأحداث الجارية بانتظام على تجديد الحالة المرضية وتقاوم الوضع الاجتماعي؛ الأمر نفسه ينطبق على الإدراك، والتفسيرات الخاطئة للواقع،

والتي يتم الخلط بينها باستمرار في المواقف المعقدة حيث ينتهي الأمر بالشخص إلى إثارة اضطهاد حقيقي ضده، من الممكن أن يكون هوس العدالة أو الانتقام قد نشأ من حدث مأساوي مؤسس له تداعيات متعددة.

المنشأ المرضي

أصبحت الشخصية البرانوثية أقرب إلى الكيانات العيادية الأخرى، مثل الاضطراب الاكتئابي، والصدمات النفسية، والشخصية الحديدية، التي تتميز بالاتجاهات النكوصية والانتكالية. تؤكد الدراسات الموضوعية المعاصرة هذه البديهييات العيادية، حيث تظهر دراسات الاعتلال المشترك أن 5% من مرضى الاكتئاب يظهرون شخصية مصابة بالعظام. (Corruble & al, 1996)

تكشف الدراسات الأسرية من ناحية عن وجود علاقة بين الشخصية البرانوثية وطيف الفصام ومن ناحية أخرى عن علاقة باضطرابات المزاج، يجب أن يكون العلاج متعدد الاستخدامات ويأخذ في الاعتبار الظروف التي يمر بها المريض أو يعاني منها. (Maier & al, 1994)

الوبائية

الشخصية البرانوثية شائعة جدا، تُظهر أحدث التحقيقات الوبائية أن معدل الانتشار بين عامة السكان يساوي 3.3% (Bernstein & al, 1993) أو 4.4% (Grant & al, 2004) حسب المؤلفين. عادة ما يشير الشخص المصاب بجنون العظمة إلى نفسه من خلال الأحداث الاجتماعية أو القانونية التي تضعه في مواجهة أحبائه أو جيرانه؛ فهو عرضة للتحسس، مفرط، استغزالي، يظهر موقف ازدراء، بنظرة متعجرفة وتحقق؛ إنه عدواني عن طيب خاطر، بطريقة جسدية أو لفظية أو إجرائية، يسعى إلى الشجار بطريقة عنيدة ومتكررة ومملة، والتفسيرات التي يجريها مع خصومه تغرقه في التفاصيل بطريقة لا فصل فيها.

في بعض الحالات، يكون المصاب بجنون العظمة أقل صخباً، وأكثر انطوائية وأكثر تلميحا، لكنه ليس أكثر متعة، هذا شخص لا يكاد يكون اجتماعيا ولا يتجه نحو الآخرين إلا لتأكيد مصالحه الخاصة، وسرعان ما يجد نفسه وحيدا، مهجورا، مكتئبا ومريرا.

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية الارتبابية DSM-5

○ الشخص حذر ويشك بالآخرين بحيث يتم تفسير نواياهم على أنها خبيثة، وهذا موجود بالفعل منذ مرحلة البلوغ وهو موجود في سياقات مختلفة، كما يتضح في 4 على الأقل 4 من المظاهر التالية:

○ ينتظر الشخص دون سبب كاف، أن الآخرين سوف يستغلونه، يضرونه ويخدعونه؛

○ منشغل بشكوك غير مبررة متعلقة بولاء ووفاء الأصدقاء أو الرفقاء؛

○ يتردد في الوثوق بالآخرين بسبب خوف غير مبرر من أن المعلومات ستستخدم غدرا ضده؛

○ تمييز المعاني الخفية أو المهينة أو التهديدية في التعليقات أو الأحداث التافهة؛

○ يحمل الشخص الضغينة، لا يغفر التعرض للأذى أو الإهانة أو الازدراء؛

○ يرى هجمات على شخصه أو سمعته، عندما لا يكون ذلك واضحا للآخرين، وسريعا في الهجوم المضاد أو الرد بغضب؛

○ يشكك بشكل متكرر ودون مبرر في إخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.

○ لا يحدث حصراً أثناء تطور مرض الفصام، أو اضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية،

أو اضطراب ذهاني آخر ولا ينجم عن تأثيرات فزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

2. اضطراب الشخصية الفصامية-النمطية (Schizotypal personality disorder)

Trouble de la personnalité schizotypique

3. اضطراب الشخصية شبه-فصامية (Schizoid personality disorder) Trouble

de la personnalité schizoïde

مقدمة-نبذة تاريخية

منذ الوصف العيادي للخرف المبكر ثم مجموعة الفصام، وضح بعض المؤلفين وجود أشكال عيادية جزئية أو مخففة للمرض، خاصة لدى أقارب مرضى الفصام؛ وتم وصف هذه الأشكال العيادية، من بين أمور أخرى، بالفصام الكامن (Bleuler, 1911)، والفصام المتنقل (Zilboorg, 1941) والفصام شبه العصابي (Hoch and Polatin, 1949).

بالتوازي مع هذا العمل، وصف (Kretschmer, 1925) المزاج الفصامي، والذي لاحظته أيضا في عدد كبير من أقارب مرضى الفصام. ولكن لم يظهر مفهوم الفصام في حد ذاته إلا في أوائل الخمسينيات من القرن الماضي، والذي تم تعريفه في البداية بواسطة Sandor Rado على أنه تعبير ظاهري عن الانجرافية للإصابة بالفصام أو النمط الفصامي (اختصار للنمط الظاهري للفصام). (Cité dans Rado, 1953).

تم توضيح هذا المفهوم لاحقا بواسطة Meehl في نموذجهِ للتعرض لمرض انفصام الشخصية المعروف باسم نموذج تصنيف انفصامي والفصام النمطي - *schizotaxie* - *schizotypie*. بالنسبة لهذا المؤلف، فإن "النمط الوراثي الفصامي" سيكون مسؤولا عن التغيير الفيزيولوجي العصبي الذي يعتبر عيبا في التكامل العصبي أو انفصام الشخصية. عند بعض الأفراد المصابين بالفصام، يمكن أن يظهر تنظيم الشخصية من النوع الفصامي، أو حتى الفصام العلني، تحت تأثير أحداث الحياة. (Meehl, 1962)

في هذا النموذج، سيكون انفصام الفصام هو الاستعداد الفيزيولوجي العصبي للفصام النمطي والفصام. أما الفصام النمطي، من جانبه، يفضل أن يكون الاستعداد لمرض انفصام الشخصية على مستوى تنظيم الشخصية.

وجدت هذه البناءات النظرية، المستندة على الملاحظات العيادية الأميركية، بدايات التحقق من الصحة في نهاية الستينيات بفضل الدراسات الوبائية العائلية، بما في ذلك دراسات التبنى الدنماركية. (Kety & al, 1968)

لقد سلط هذا العمل الضوء في الواقع على مجموعة قوية من اضطرابات معينة في تجميع اضطرابات الشخصية في عائلات مرضى الفصام (الشخصيات الفصامية النمطية وشبه الفصامية والعظامية)، والاضطرابات التي تم تجميعها بعد ذلك ضمن ما يسمى بحالات طيف الفصام. سمحت هذه الدراسات نفسها بوضع معايير تشخيصية عملية لاضطراب الشخصية الفصامية النمطية الذي ظهر بالتالي في تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (APA، 1980)، واضطراب الشخصية شبه الفصامية الذي ظهر بالفعل في الإصدارات السابقة من هذا التصنيف.

المنشأ العيادي

تختلف اضطرابات الشخصية المقبولة ككيانات من طيف الفصام اعتمادا على المؤلفين. ومع ذلك، في أغلب الأحيان، يتم الاحتفاظ باضطرابات الشخصية التي يتم تجميعها ضمن المجموعة أ (غريبة وغريبة الأطوار) من المحور الثاني من تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. (DSM-IV, 1996)

تميز جميع اضطرابات الشخصية هذه بدرجة معينة من الانفصال الاجتماعي والسلوك الغريب. من بينها، تظهر الشخصية الفصامية النمطية بشكل متزايد باعتبارها الفئة التشخيصية الأكثر ارتباطا "وراثيا" بالفصام. (Fanous & al, 2007)

المنشأ المرضي

تقترض النماذج النظرية للتعرض لمرض انفصام الشخصية، على وجود "مؤشرات" (marqueurs) من شأنها أن تجعل من الممكن أن نشهد إما على الوجود الحالي للحلقة المرضية "مؤشرات حالة"، (marqueurs d'état) أو على سمة مرضية دائمة، بما في ذلك في غياب أي حلقة مرضية حالية "مؤشرات سمة" (marqueurs de trait) من الناحية التخطيطية، فإن علامات السمات هذه ستكون موجودة في مرضى الفصام قبل وأثناء وبعد حلقات الذهان، ولن تتأثر بالتقلبات الناجمة من الحالة العيادية أو العلاجات؛ قد يشكل عدد معين من مؤشرات سمة هذه أيضا علامات الانجرافية تجاه المرض إلى الحد الذي توجد فيه في الأشخاص الذين يُقال إنهم معرضون لخطر كبير للإصابة بالفصام، سواء كان هذا خطرا "وراثيا أو عائليا" (الأفراد المرتبطون بمرضى الفصام) و/أو المخاطر "العيادية أو السيكوميتيرية" (الأفراد الذين يظهرون اضطرابات شخصية على طيف الفصام، أو حتى سمات معينة فقط أو أبعاد عيادية معينة لهذه الاضطرابات). (Saoud & Dumas, 1999)

المعايير التشخيصية للشخصية الفصامية النمطية

تتميز الشخصية الفصامية في تصنيف DSM-IV (APA, 1994)، بنمط عام من العجز الاجتماعي والعلائقي الذي يتميز بالانزعاج الحاد وانخفاض المهارات في علاقات القرابة، والتشوهات المعرفية والإدراكية والسلوك غريب الأطوار.

كثيرا ما يعبر الأفراد ذوو الشخصية الفصامية النمطية عن أفكار مرجعية مبنية على تفسيرات خاطئة ولكن دون اقتناع هذيان حقيقي (المعيار A1)، قد يكون هؤلاء الأفراد أيضا مؤمنين بالخرافات أو منشغلين بظواهر خارقة للطبيعة تقع خارج المعتقدات المقبولة لمجموعتهم الثقافية الفرعية.

وعلى نفس المنوال، قد يشعرون كما لو أنهم موهوبون بقوى خاصة تسمح لهم باستشعار الأحداث مسبقا، وقراءة أفكار الآخرين، والتحكم في الآخرين؛ هذا النمط من التفكير السحري وهذه المعتقدات الغريبة يمكن أن تؤثر بشكل كبير على سلوكهم (المعيار A2).

ويمكنهم في بعض الأحيان تجربة تصورات غير عادية (المعيار A3)، وفي أغلب الأحيان أوهام، وخاصة الجسدية منها، قد تتميز لغتهم بغرابة معينة (المعيار A4) وتتميز بمفرداتها أو تركيبها غير المعتاد أو المميز، غالبا ما تكون غامضة أو استطرادية، إلا أنها لا تتطوي على أي انقطاع حقيقي في العام المشترك أو عدم اتساق كبير.

غالبا ما يظهر الأفراد المصابون بالفصام أيضا أفكارا مشبوهة أو حتى اضطهادية (المعيار A5). عادة ما تكون تأثيراتهم ضعيفة أو غير قادرة على التكيف (المعيار A6)، ويكون هؤلاء الأفراد في الواقع غير قادرين في كثير من الأحيان على السيطرة على جميع التأثيرات والإشارات الاجتماعية الضرورية لنجاح العلاقات مع الأشخاص.

تصبح علاقاتهم مع الآخرين أكثر صعوبة لأن هؤلاء الأفراد يُعتبرون عموما غريبين وغريبي الأطوار (المعيار A7) بسبب سلوكياتهم غير العادية أو ملابسهم أو عدم احترامهم للعادات الاجتماعية المعتادة؛ وفي كثير من الأحيان، يكون لديهم عدد قليل من الأصدقاء والمقربين، أو ليس لديهم أي أصدقاء مقربين، باستثناء الأقارب من الدرجة الأولى (المعيار A8) بسبب القلق في المواقف الاجتماعية، غالبا ما يفضلون البقاء بمفردهم.

أخيرا، لا يقل هذا القلق الاجتماعي المفرط عندما يعتادون على البيئة أو الأشخاص لأنه يرتبط عادة بانعدام ثقة كبيرة في الآخرين وليس حكما سلبيا بشكل خاص على الذات (المعيار A9).

أخيرا، يمكن للشخصية الفصامية النمطية أن تظهر منذ الطفولة أو المراهقة في شكل علامات سلوكية ذات مبادرة غير محددة، غالبا ما يكون ميلا للأنشطة الانفرادية، وسوء

العلاقات مع الأطفال أو المراهقين الآخرين، والفشل المدرسي، والقلق الاجتماعي، وفرط الحساسية للنقد، والأفكار واللغة غير العادية، بالإضافة إلى التخييلات الغريبة؛ هؤلاء الأطفال، الذين قد يبدو غريبي الأطوار، غالبا ما يكونون موضع سخرية من الأطفال الآخرين.

التشخيص الفارقي إذن هو اضطرابات عاطفية عابرة وليس اضطراب شخصية دائم. (Wang & al, 2007)

الوبائية

وبائية الشخصية الفصامية النمطية

يبلغ معدل انتشار اضطراب الشخصية الفصامية النمطية حوالي 3% من عموم السكان. وعلاوة على ذلك، منذ أعمال Kety et al ، أوضح العديد من المؤلفين عن تجمع كبير للاضطراب الفصامي النمطي في أسر مرضى الفصام وفقا للدراسات، على الرغم من الأرقام المتباينة، فإن خطر الشخصية الفصامية النمطية يظهر في المتوسط من 5 إلى 7 مرات أكبر لدى أقارب من الدرجة الأولى للمصابين بالفصام النمطي مقارنة بأقارب الأشخاص الخاضعين للمراقبة. (Kety & al, 1968)

وبائية الشخصية شبه فصامية

نادرا ما يتم لقاء الشخصية شبه فصامية في الممارسة العيادية؛ ومع ذلك، لم تتم مناقشة انتماء هذا الاضطراب إلى طيف الفصام. وتشير دراسة Roscommon، على سبيل المثال، إلى وجود خطر يقترب من 1% بين أقارب المصابين، مقارنة بـ 0.2% بين أقارب الأشخاص الخاضعين للمراقبة. (Kendler & al, 1993)

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية الفصامية النمطية حسب DSM-5

- يمثل نموذج عام من العجز الاجتماعي والعائلي، مع انزعاج ونقص في المهارات والعلاقات مع الأقارب، يتميز بالتشوهات المعرفية والإدراكية، وتصرفات غريبة، يظهر الاضطراب في بداية الرشد في ظروف متعددة، كما يتضح في 5 على الأقل من المظاهر التالية:
- الأفكار المرجعية (ما عدا الهذيان المرجعي) أي الاعتقادات الخاطئة بأن الأحداث أو الأشياء أو الأشخاص الآخرين الموجودين في البيئة المباشرة للشخص لهم معنى خاص وغير عادي؛
- المعتقدات الغريبة أو التفكير السحري الذي يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع معايير مجموعة فرعية ثقافية (مثل الخرافات، أو الاعتقاد في الاستبصار، أو التخاطر، أو الحاسة "السادسة" لدى الأطفال والمراهقين، أو أحلام اليقظة أو انشغالات غريبة)؛
- إدراكات غير معتادة، بما في ذلك الأوهام الجسدية؛
- تفكير ولغة غريبة (على سبيل المثال، غامضة، ظرفية، مجازية، ملتوية، أو نمطية)؛
- الأفكار المشبوهة أو الاضطهادية؛
- عدم التكيف أو فقر العواطف؛
- السلوكيات أو المظاهر الغريبة أو المتفردة؛
- غياب الأصدقاء المقربين أو المقربين غير الأقارب من الدرجة الأولى؛
- القلق المفرط في المواقف الاجتماعية والذي لا يقل عندما يتعرف الشخص على الموقف ويكون بسبب مخاوف قهرية وليس بسبب الحكم الذاتي السلبي.
- لا يحدث حصراً أثناء سير مرض الفصام، أو اضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، أو اضطراب نمو شامل

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية شبه فصامية حسب DSM-5

- النمط العام للانفصال عن العلاقات الاجتماعية وتقييد تنوع التعبيرات العاطفية في العلاقات مع الآخرين، وهو موجود في بداية مرحلة الرشد في سياقات مختلفة، كما يتضح في 4 على الأقل من المظاهر التالية:
 - لا يسعى الشخص ولا يقدر العلاقات القريبة، بما في ذلك العلاقات الأسرية؛
 - يختار دائماً الأنشطة الانفرادية؛
 - ليس لديه اهتمام يذكر أو لا يهتم على الإطلاق بالعلاقات الجنسية مع الآخرين؛
 - يشعر بالمتعة في الأنشطة النادرة فقط، إن لم يكن في أي منها؛
 - ليس له أصدقاء مقربون أو كاتمي الأسرار، باستثناء الأقارب من الدرجة الأولى؛
 - يبدو غير مبالٍ بمدح وانتقاد الآخرين؛
 - يظهر البرود أو الانعزال أو تبرد العاطفة.
- لا يحدث حصراً أثناء تطور مرض الفصام ، أو اضطراب المزاج (الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب) مع مظاهر ذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر أو اضطراب نمائي اجتياحي، ولا يرجع إلى تأثيرات فزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

4. اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Antisocial personality disorder)

Trouble de la personnalité antisociale

نحن بشكل عام نجمع تحت مصطلح الشخصية السيكوباتية مجموعة من الحالات الشاذة في الشخصية والسلوك التي تتميز بها الاندفاعية وعدم الاستقرار العاطفي والمهني وكذلك الميول المعادية للمجتمع.

التكامل في تعريف هذا النوع من الشخصية بمفهوم الميول المعادية للمجتمع يعطي دلالة أخلاقية لهذا المفهوم التي نجدها عبر تطور تاريخها.

نظامي التصنيف التشخيصي المعترف بهما دوليا، DSM و ICD لكل منهما من هذه التصنيفات يؤكد البعد المعادي أو غير الاجتماعي، لقد احتفظ التصنيف الأمريكي بمصطلح الشخصية المعادية للمجتمع منذ نسخته الثالثة، وكثيرا ما دمج العمل البحثي هذا المصطلح الذي أصبح متناولا، وبالتالي استبدل تدريجيا مصطلح الشخصية السيكوباتية. (Debray & Nollet, 1997)

مقدمة-نبذة تاريخية

على مر التاريخ، أثارت اضطرابات الشخصية الجدل حول مفاهيم غير متجانسة للغاية، بعض الأوصاف مستمدة من مجموعة من السمات النفسية المرضية الطبيعية، والبعض الآخر مشتق من نظرية الشخصية أو النفسية، والبعض الآخر يأتي أخيرا من وصف العصاب.

على مر الأدبيات، فيما يتعلق بالشخصيات السيكوباتية لا ينبو من الخلافات، حول هذه الشخصية، فالمجموعات المختلفة قد تابعت تطور أفكارها حول المرض العقلي منذ بداية القرن التاسع عشر، حيث عرف Pinel "الهوس بدون هذيان"، و Esquirol "الهوس الغريزي" أو "المندفع"، و Pritchard "الجنون الأخلاقي".

في عام 1857، وصف Morel نظرية "الضمور" التي تناولها Magnan بالنسبة لـ Kraepelin، تشمل "الشخصيات السيكوباتية" "المجرمين المولودين، والمتهيجين، والكاذبين، والمخادعين، والمتذمرين والزائفين". في عام 1919، قدم Dupré فكرة عدم التوازن البنائي بدءاً من عمل Alexander (1930)، حيث يصف الأدب التحليلي النفسي "عصاب الطبع" Cleckley، الذي يميز ما هو مرضي قبل كل شيء، الانفصال العاطفي، يقترح في عمله بعنوان قناع العقل، نموذجاً أولياً للفرد السيكوباتي الذي يتم تحديده من خلال 16 خاصية موضحة في القائمة أسفله، تظل هذه الخصائص أساسية في التاريخ المرضي. (Cité dans Cleckley, 1941)

بناء على وصف Cleckley، أنشأ Hare أداة تشخيصية عملية: قائمة مميزات السيكوباتية والتي تمت ترجمة النسخة المنقحة منها والتي تحتوي على 20 عنصراً إلى الفرنسية باسم "مقياس Hare Psychopathy Check List (PCL) « (Hare, 1980, 1996).

مميزات السيكوباتية حسب Caractéristiques de la psychopathie selon Cleckley

1. Charme superficiel et « bonne intelligence »	1. الجاذبية السطحية و"الذكاء الجيد"
2. Absence de délire ou de tout autre signe de pensée irrationnelle	2. غياب الهذيان أو أي علامات أخرى للتفكير غير العقلاني
3. Absence de « nervosité » ou de manifestations psychonévrotiques	3. غياب "العصبية" أو المظاهر النفسية العصابية
4. Manque de fiabilité	4. عدم الموثوقية
5. Fausseté et hypocrisie	5. الكذب والنفاق
6. Absence de remords et de honte	6. عدم الشعور بالندم والخجل
7. Comportement antisocial non motivé	7. السلوك المعادي للمجتمع غير المحفز
8. Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences	8. فقر الحكم وعدم القدرة على التعلم من التجارب

<p>9. Égocentrisme pathologique et incapacité d'aimer</p> <p>10. Réactions affectives pauvres</p> <p>11. Incapacité d'introspection</p> <p>12. Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.)</p> <p>13. Comportement fantaisiste et peu engageant sous l'effet de l'alcool, voire même sans le dit effet alcool</p> <p>14. Rarement porté au suicide</p> <p>15. Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée</p> <p>16. Incapacité à se plier à un projet d'existence</p>	<p>9. الأنانية المرضية وعدم القدرة على الحب</p> <p>10. ردود الفعل العاطفية فقيرة</p> <p>11. عدم القدرة على الاستبطان</p> <p>12. عدم القدرة على الاستجابة بشكل مناسب للمظاهر العامة التي تميز العلاقات بين-شخصية (الاعتبار، اللطف، الثقة، إلخ.)</p> <p>13. السلوك الخيالي وغير المشجع تحت تأثير الكحول أو حتى بدون تأثير الكحول المذكور</p> <p>14. نادرا ما يميل إلى الانتحار</p> <p>15. الحياة الجنسية غير الشخصية والمبتذلة وسيئة التكامل</p> <p>16. عدم القدرة على الالتزام بمشروع وجودي</p>
---	--

المنشأ العيادي

السيرة الذاتية للسيكوباتي

الخصائص الأساسية هي عدم الاستقرار وعدم القدرة على التكيف والاندفاعية، يتم تجسيد مظاهر الشخصية الأولى (الغضب والعدوانية والمعارضة والعصيان) منذ الطفولة وتتداخل بسرعة مع إمكانيات التكيف المدرسي.

تمثل المراهقة نقطة تحول تطورية غير مواتية مع ظهور أعمال الانحراف الخطير، وسلوك إدمان المخدرات، والسلوك المحفوف بالمخاطر، خاصة في مجال الحياة الجنسية، عدم

الاستقرار، وهو سمة من سمات الشخصية السيكوباتية، مما يمنع فرص التدريب المهني والتوظيف الدائم.

سوف تستمر حياة الشخص البالغ في نفس التقدم الفوضوي الذي يتسم بعدم الاستقرار في المجالات المهنية والاجتماعية والعاطفية، حتى لو مع التقدم في السن، يمكن أن تتحسن أعمال الانحراف المعادي للمجتمع.

شخصية السيكوباتي

تظهر سمات الشخصية بشكل عام بوضوح تام أثناء المقابلات العيادية:

- يكون الاتصال سطحيًا حتى لو كان السيكوباتي غالبًا ما يقدم نفسه بطريقة ودية وساحرة.
- الميول الأنانية والتلاعبية هي التي تميز العلاقات مع الأشخاص، وكما هو الحال في الشخصيات النرجسية، لا يتم التعرف على المحاور إلا من خلال الاستخدام الذي يمكن الاستفادة منه، ويؤكد Cleckly على أن هناك عدم القدرة على إدراك تأثير سلوك الفرد على الآخرين، فضلًا عن الافتقار إلى التعاطف تجاه الآخرين؛
- تولد الاندفاعية مشاكل سلوكية: الشجار، الهروب، الأزمات العنيفة، الجرائم البسيطة أو الكبرى، يتفاعل السيكوباتي مع أدنى إحباط ويظهر أنه غير قادر على تأخير تحقيق رغبات الفرد المباشرة، كما أن هناك عدم القدرة على توقع عواقب أفعاله والاستفادة من تجارب الماضي؛
- العدوانية شائعة، خاصة في سياقات الإحباط، يمكن لهذه العدوانية أن تأخذ مظهرًا منحرفًا عندما تكون مصحوبة بلذة حقيقية في فعل الشر أو في جعل الآخرين يفعلونه؛
- تم وصف انعدام القلق بشكل كلاسيكي على أنه سمة مميزة، حيث يحل المرور إلى الفعل محل أي علامات للقلق، ومع ذلك في كثير من الأحيان، تؤدي مخاطر المشوار الوجودي

غير المستقر إلى مظاهر القلق، والتي قد تكون حادة في بعض الأحيان، والتي تستدعي التدخل بصفة استعجالية؛

• المزاج غير مستقر، غالباً ما تكون الأفعال العدوانية الذاتية من جراء اختلالات اكتئابية مفاجئة تتميز بكثافة العواطف الاكتئابية.

• يمكن أن يؤدي تناول الكحول أو المواد السامة إلى دعم طلب العلاج في حالات الطوارئ من قبل المريض الذي يعاني من هذه الاختلالات الحادة الناجمة عن القلق أو الانزعاج، ولكنه غالباً ما يغير امكانية الاستجابة العلاجية المناسبة، بسبب تقاوم المشكلات السلوكية.

• هناك في كثير من الأحيان اضطرابات السلوك الجنسي مع عدم الاستقرار، والسلوك المحفوف بالمخاطر (تعدد الشركاء، والعلاقات الجنسية غير المحمية). أما الانحرافات الحقيقية ذات الطبيعة المستقرة والمتكررة فهي أكثر ندرة. (Cleckley, 1941)

المنشأ المرضي

وجدت دراسة ECA (1991) أن 14% من الشخصيات المعادية للمجتمع بين الأشخاص المدمنين على الكحول، و17.8% بين مدمني المخدرات. (Robins & al, 1991)

في الاستطلاع الوطني للاعتلال المشترك (1994) *National Comorbidity Survey*، فإن الأشخاص الذين لديهم نوع شخصية معادية للمجتمع لديهم خطر أكبر بعشر مرات للإدمان على الكحول و14 مرة أكبر لخطر إدمان المخدرات. ما يقرب من 80% من جميع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لديهم سلوك إدماني مرتبط.

الوبائية

في الدراسات الوبائية التي أجريت على عموم السكان، تتراوح معدلات الشخصية المعادية للمجتمع بين 0.14% في تايوان، و4.1% في إحدى الدراسات الأمريكية، لكن غالبية الدراسات الاستقصائية تسفر عن نتائج تتراوح بين 2 و3%، بالنسبة للدراسات التي أجريت في المصالح العقلية، تتراوح معدلات الانتشار بين 1 و3%. (Robins & al, 1991)

تظهر جميع الدراسات غلبة واضحة للذكور (نسبة الجنس: 1/6 في دراسة ECA). في دراسة اللجنة الاقتصادية لأفريقيا (1991)، يبلغ معدل الانتشار أعلى مستوياته في الفئة العمرية 25-44 عاما ثم ينخفض بشكل واضح جدا، وفي الدراسة نفسها، فإن معدل الشخصية المعادية للمجتمع يبلغ ضعفي معدله في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية.

يعطي الاستطلاع الوطني للاعتلال المشترك (1994) مؤشرات دقيقة حول العلاقة مع المستوى التعليمي: معدل الشخصية المعادية للمجتمع أعلى 14 مرة بين الأشخاص الذين توقفوا عن الدراسة في سن 11 عاما؛ وهو أعلى بثلاثة أضعاف بين أولئك الذين توقفوا عن الدراسة في سن 15. (Pham & Coté, 2000)

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية المعادية للمجتمع حسب DSM-5

○ الميزة الأساسية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هي وجود نمط عام من تجاهل وانتهاك حقوق الآخرين، يُطلق على هذا الاضطراب أحيانا اسم السيكوباتية أو السوسيوباثية، وهذا نمط عام من الاحتقار وانتهاك حقوق الآخرين يبدأ منذ سن 15 عاما، كما يتضح في 3 على الأقل من المظاهر التالية:

- عدم التوافق مع الأعراف الاجتماعية التي تحدد السلوكيات القانونية، كما يتضح من تكرار السلوكيات القابلة للتوقيف؛
- الميل إلى الخداع من أجل الربح أو المتعة، والذي يدل عليه الأكاذيب المتكررة أو استخدام أسماء مستعارة أو عمليات احتيال؛
- الاندفاعية أو عدم القدرة على التخطيط للمستقبل؛
- التهيج أو العدوان، الذي يدل عليهما الشجار أو التعدي؛
- الاستهتار بسلامته أو سلامة الآخرين ؛
- استمرار عدم المسؤولية، والذي يدل عليها عدم القدرة المتكررة على تولي وظيفة مستقرة أو الوفاء بالالتزامات المالية ؛
- عدم الندم، يدل عليه عدم المبالاة أو تبرير الذات، بعد إيذاء شخص آخر أو إساءة معاملته أو سرقة .
- العمر لا يقل عن 18 سنة ؛
- مظاهر اضطراب السلوك التي تبدأ قبل سن 15 سنة ؛
- لا تحدث السلوكيات المعادية للمجتمع بشكل حصري أثناء الإصابة بالفصام أو الاضطراب ثنائي القطب.

غالبا ما يفتقر الأشخاص الذين لديهم شخصية معادية للمجتمع إلى التعاطف ويميلون إلى أن يكونوا غير أخلاقيين وساخرين ويستخفون بمشاعر وحقوق ومعاناة الآخرين، قد يكون لديهم رأي فخور ومتعطر عن أنفسهم. يمكن أن يكونوا ساحرين، وسطحيين، ومغريين، وحديث سهل، إن الافتقار إلى التعاطف، والنظرة الذاتية المتفاخرة، والسحر السطحي هي خصائص مدرجة عادة في المفاهيم التقليدية للسيكوباتية.

5. اضطراب الشخصية الحدية (Borderline personality disorder) Trouble de la personnalité limite (borderline)

مقدمة-نبذة تاريخية

تعود أصول الاضطراب الحدي (أو الحالة الحدية) إلى الممارسة العيادية للتحليل النفسي. استخدم Stern (1938) مصطلح "الخط الحودي" « borderline » لأول مرة لوصف المرضى الذين يصابون بالذهان التحويلي أثناء العلاج التحليلي النفسي ويستخدمون الانشطار كآلية دفاع.

على الرغم من أن هذا الكيان قريب من مفاهيم الفصام الكامن لدى (Bleuler, 1926)، أو الفصام العصبي ل (Ey, 1951) أو الفصام العصبي الكاذب (Hoch & Polatin, 1949) ، فالكيان التشخيصي "الحودي" تفرّد تدريجياً باعتباره كيان متميز عن الفصام، وذلك بفضل مساهمات العديد من المؤلفين.

وصفت Deutsch (1942) الشخصية كما لو "as if": العلاقة مع الآخرين من هذا النوع من المرضى تفتقر إلى الأصالة، وتختلف اعتماداً على المحاور لاحقاً، حيث يصف Winnicott نفس النوع من العلاقة مع الآخرين بمفهوم "الذات المزيفة" « faux self ». (Cité dans Bergeret, 1972))

كانت مساهمة Kernberg (1979) أساسية في تصنيفه الهرمي الذي يتراوح من العادي إلى العصاب والذهان، يتم وضع الاضطراب الحدي في حالة وسيطة، فالخصائص المرضية الرئيسية للاضطراب الحدي هي الافتقار إلى تنظيم الأنا، والحفاظ على اختبار الواقع واللجوء إلى آليات دفاع غير منظمة من النوع الذهاني.

طور Bergeret (1974) نظرية للحالة الحدية، والتي هي بمثابة "تنظيم سيكوباتوتوجي ثالث" وسيط بين العصاب والذهان، من هذه الرؤية العامة للحالة الحدية، باعتبارها نموذجاً بنيوياً اتكالياً للشخصية، ووصف أيضاً بعض الأشكال العيادية المتطورة القريبة إلى حد ما من العصاب أو الذهان، والأشكال المهيئة من النمط الطبيعي أو المنحرف، وأشكال من اضطرابات الشيخوخة.

بالنسبة لـ Widlöcher (1979) فإن الحالة الحدية تنظيم (وليست بنية) تغطي، بما يتجاوز عدم تجانسها سيميولوجياً أي من مجموع العلامات، نظام من المواقف وعمليات فكرية مستقرة ومتماسكة نسبياً، مع الدور الهام لآليات الإسقاط في تسيير المريض لعلاقاته البين-شخصية وفي مروره إلى الفعل.

المنشأ العيادي

يوضح مجموعة من المؤلفين الأعراض النفسية لدى المريض الحدي، (Chaine & Guelfi, 1999, Darcourt & al, 2002, Morey & Zanarini, 2000) ؛ وهذا ما يخلق هذا التباين الكبير في العرض العيادي، ولكنه أيضاً هو السبب وراء جزء على الأقل من الصعوبات التشخيصية المرتبطة بالاضطراب الحدي؛ لذلك من الضروري الحفاظ على الدقة في التشخيص للبحث عن وجود كل من المعايير التسعة للشخصية الحدية:

- اضطرابات في العاطفة (ثلاثة معايير: تقلبات المزاج، الشعور بالفراغ، الغضب، الخ).
- الاضطرابات المعرفية (معياران: اضطراب في الهوية، صورة الذات، وعدم الثقة، الشك، أعراض تفككية عابرة).

○ اضطرابات في العلاقات مع الآخرين (معياران: العلاقات البين-شخصية غير المستقرة والجهود المبذولة لتجنب التخلي، وما إلى ذلك).

○ الاندفاعية (معياران: إيذاء النفس، ومحاولات الانتحار وغيرها من أشكال الاندفاعية، وما إلى ذلك).

إن الشعور بالفراغ المزمن والدائم يميز الحالة الحدية: يشكو هؤلاء الأشخاص من الشعور بالملل والتعب وعدم الاكتمال، ونجد أيضا التهيج والشعور بالغضب والغیظ؛ يتخلل التوتر الداخلي الدائم تقريبا نوبات غضب غير مناسبة وغير متحكم فيها، صورة الذات غامضة وغير دقيقة ويمكن أن تتبدل من طرف إلى آخر، يمكن أن تظهر نوبات الذهان الحادة بعد التوتر، يمكن ظهور عدم الثقة، والمعاش العدائي، والأفكار المرجعية، وأعراض مثل اللاشخصانية والغربة عن الواقع بشكل عابر.

لا يمكن للشخص الحدي أن يأخذ بعين الاعتبار حدود ذاته وحدود الآخرين، مما يؤدي إلى علاقات بين-شخصية فوضوية وصراعية، تتميز بالتناوب بين المثالية والتقليل من القيمة، أو حتى الكراهية تجاه الآخرين، فهو يتأرجح في علاقاته بين الطلب الزائد على الرعاية والاهتمام، والرغبة في الالتحام، والحاجة إلى المسافة، وحتى الهروب.

تعتبر علاقة الاعتمادية، من النوع الاتكالي، سمة مركزية للاضطراب الحدي، ينتظر الشخص الحدي بطريقة خاملة ومتحمسة، وعندما لا يستجيب الشخص المحبوب بشكل كاف لهذا التوقع، يتم تنشيط قلقه من التخلي من جديد.

في كثير من الأحيان، تشجع الاندفاعية الكبيرة الأفعال العدوانية الذاتية (الأذى الذاتي، ومحاولات الانتحار، وما إلى ذلك) والتصرفات العدوانية المغايرة (اللكم، والعراك، والاعتداءات، وما إلى ذلك). فيما يتعلق بأذى الذات (أي إيذاء النفس جسديا عمدا وبشكل متكرر، دون نية شعورية للانتحار وعدم تهديد حياة الفرد بشكل مباشر).

يعتقد بعض المؤلفين بما في ذلك Gunderson & Phillips (1991) أن هذا العرض قد يكون لوحده هو العرض المُمَرِّضُ pathognomonique للاضطراب الحدي (بصرف

النظر عن حالة التخلف العقلي المحددة؛ حيث يرى أن محاولات الانتحار المتكررة هي "التخصص السلوكي" لهؤلاء المرضى. كما أن الاندفاعية تسهل من تناول المواد السامة (تعاطي المواد مثل الكحول أو المخدرات يمس أكثر من نصف المرضى الحديين)، والسلوك المحفوف بالمخاطر (الجماع غير المحمي، والقيادة الخطرة أو القيادة تحت تأثير المواد السامة، وما إلى ذلك) وغيرها من السلوكيات (الشراء المرضي، الشراء القهري، السرقة، تدمير الممتلكات، الجرائم، إلخ).

المنشأ المرضي

تسلط العديد من الدراسات الضوء على وجود علاقة، وإن لم تكن محددة، بين اضطراب الشخصية الحدية والصدمات المبكرة أثناء النمو (الانفصال المبكر أو فقدان، وسوء المعاملة، والإهمال العاطفي، والاعتداء الجنسي، وما إلى ذلك).

تمت دراسة العلاقة بين الشخصية الحدية ووجود سوابق الاعتداء الجنسي بشكل خاص، من خلال العديد من الدراسات البحثية؛ تظهر معظم الدراسات ما بين 50 إلى 70% من وجود سوابق الاعتداء الجنسي لدى هؤلاء المرضى.

ومع ذلك، فإن هذه العوامل الصدمية وحدها لا يمكنها تفسير ظهور الاضطراب الحدي.

تسلط بعض الدراسات الضوء على البعد المزاجي (وبالتالي الوراثة) للعصابية (الميل إلى الشعور بالعواطف السلبية مثل الغضب والاكتئاب والقلق وما إلى ذلك).

تؤكد دراسات أخرى على دور القشرة المخية في الإخلال بتنظيم العواطف والاندفاعات، أو في تقليل نشاط نظام هرمون السيروتونين داخل المخ.

حاول بعض المؤلفين دمج جميع المعطيات الأمبريقية والعيادية والوراثية والبيولوجية العصبية والنفسية الاجتماعية حول الشخصية الحدية في نموذج تكاملي.

بالنسبة ل Linehan ، من المرجح أن تؤدي التفاعلات بين عوامل النمو المعيقة وخلل التنظيم العاطفي إلى اضطراب حدي.

يؤكد النموذج السببي والبيو نفسي اجتماعي، الذي اقترحه Stone، على دور الاستعداد البنائي الراجع أصلا إلى الخلل الحوفي *dysfonctionnement limbique* ، والذي يؤدي إلى استجابات سلوكية غير معدلة. (Zanarin & al, 1998, 2003)

الوبائية

في عامة السكان

أوضحت بيانات الدراسات الوبائية أن معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية في عامة السكان يبلغ حوالي 2% (Torgersen, 2001) ، مع نسبة جنس بين الإناث / الذكور أكبر من 1، محصور بين 2 و3 (APA, 2004)، ووجدت دراسة Chabrol الفرنسية في عام 2001 أجريت على عامة السكان (Guelfi & al, 2011) أن 18% من الأشخاص الحديين هم طلاب المدارس الثانوية حتى مع الأخذ في الاعتبار التباين الكبير في أرقام الانتشار عبر الدراسات، فإن اضطراب الشخصية الحدية هو الأكثر شيوعا بين جميع اضطرابات الشخصية بين عامة السكان.

عند المرضى العقليين

اضطراب الشخصية الحدية شائع جدا أيضا بين المرضى العقليين، تختلف المعطيات بشكل كبير اعتمادا على مجموعات المرضى التي تمت دراستها، لكن الدراسات وجدت في الغالب ما بين 15 إلى 50% من المرضى الحديين بين المرضى الذين يدخلون المستشفى في مصالح الطب العقلي وما يصل إلى 50% من المرضى الحديين بين المرضى الذين تتم متابعتهم في العيادات الخارجية. (APA, 2004)

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية الحدية حسب DSM-5

- يتميز اضطراب الشخصية الحدية بالعواطف الشديدة والسلوك المندفع والمتهور وعدم الاستقرار في الهوية والعلاقات، هو نمط عام من عدم استقرار العلاقات البين-شخصية، وصورة الذات، والعواطف، مع اندفاعية ملحوظة، موجود في بداية سن الرشد وفي سياقات مختلفة، كما يتضح في 5 على الأقل من المظاهر التالية:
 - جهود مهووسة لتجنب التخلي أو الهجر الحقيقي أو المتخيل؛
 - نمط من العلاقات البين-شخصية غير المستقرة والمكثفة التي تتميز بالتناوب بين المواقف المتطرفة من المثالية المفرطة والانقاص من القيمة؛
 - اضطراب الهوية: عدم استقرار ملحوظ ومستمر في صورة أو مفهوم الذات (على سبيل المثال، انقلابات مفاجئة ودرامية في صورة الذات، مع حدوث اضطرابات في الأهداف والقيم والرغبات المهنية؛ والتغيرات المفاجئة في الأفكار والخطط المتعلقة بالمهنة، الهوية الجنسية، نوع المعاشرة)؛
 - الاندفاعية في مجالين على الأقل من المحتمل أن يضر بالشخص (على سبيل المثال: الإنفاق، والجنس، وإدمان المخدرات، والقيادة الخطرة، والشراسة)؛
 - تكرار السلوكيات أو الأفعال أو التهديدات الانتحارية أو التنكيل بالذات؛
 - عدم الاستقرار العاطفي بسبب استجابة مزاجية ملحوظة (على سبيل المثال: انزعاج عرضي شديد، أو التهيج أو القلق الذي عادة ما يستمر لبضع ساعات ونادرا ما يزيد عن بضعة أيام)؛
 - مشاعر الفراغ المزمنة؛
 - غضب شديد وغير مناسب أو صعوبة السيطرة على الغضب (على سبيل المثال: إظهار مزاج سيء بشكل متكرر، غضب مستمر أو شجار متكرر)؛
 - حدوث عابر في مواقف ضاغطة لتفكير اضطهادي أو أعراض تفكك شديدة؛

- من الممكن حدوث نوبات ذهان مؤقتة (جنون العظمة أو فقدان الإحساس بالواقع)، خاصة عندما يمر الشخص بأزمة شخصية؛
- غالبا ما يكون هذا الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مثل اضطرابات المزاج (اكتئاب، اضطراب ثنائي القطب)، تعاطي المخدرات، اضطراب الأكل (مثل الشره المرضي) ...؛
- عادة ما تكون العلامات الأولى للاضطراب موجودة بالفعل في نهاية مرحلة الطفولة، غالبا ما يكون هذا سلوكا مندفعا ومتهورا؛
- يُقدر انتشار الشخصية الحدية بحوالي 2% من عامة السكان، و10% بين الأشخاص الذين يتم فحصهم في استشارات الطب العقلي وحوالي 20% بين الأشخاص الذين يدخلون المستشفى في مصالح الطب العقلي.

6. اضطراب الشخصية التمثيلية (المتكلفة) (Histrionic personality disorder)

Trouble de la personnalité histrionique

مقدمة-نبذة تاريخية

تتميز الشخصية التمثيلية ببعض السمات الأساسية: المرونة العاطفية، والتبعية العاطفية، والسعي لجذب الانتباه، يستحق هذا النوع من الشخصية المرضية اهتماما خاصا لأنه مصدر لأسئلة مهمة بشكل خاص في الممارسة العيادية اليومية.

أولا وقبل كل شيء، غالبا ما يؤدي الأسلوب العلائقي لهؤلاء المرضى إلى اتخاذ مواقف مضادة لدى المعالج، والتي تكون أحيانا إيجابية في البداية، ولكن من المحتمل أن تتطور نحو التهيج أو نوع من التحدي.

علاوة على ذلك، فإن الشخصيات التمثيلية في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائما، ما تظهر عليها علامات الجسدة المؤلمة، ومظاهر التحويل التي تميز تاريخها المرضي مع العديد من العلاجات أو التحقيقات الاستقصائية.

ومن ثم، عند عدد كبير من المرضى، يمكن أن تتعايش السمات الهستيرية مع سمات الشخصية الاعتمادية، أو الشخصية الحدية، أو الشخصية النرجسية. إثارة مسألة الشخصية السائدة أو تلون معين تعطيه السمات التمثيلية لشخصية أخرى. (Lemperière, 1998)

أخيرا، حاول العديد من المؤلفين بما في ذلك Israël (2001) التمييز بين الشخصيات الهستيرية (الشخصيات التي نجحت في تعديلاتها الداخلية والعلائقية) والشخصيات التمثيلية (الشكل الأكثر شدة والأقل تنظيما والأكثر عرضة للاختلالات السيكوباتولوجية)؛ الاثنان ينتميان إلى سلسلة متواصلة من المحتمل أنه بالنسبة للشخصية التمثيلية، فإن التعريفات المعيارية المبنية على الخصائص العلائقية أو السلوكية تبدو غير كافية ويجب إثراؤها بمنظورات معرفية ودينامية.

المنشأ العيادي

كلاسيكيا، تتميز الشخصيات التمثيلية بالسمات التالية: فرط التعبير العاطفي، والتمثيل الدرامي، والمبالغة في عواطفها، والحاجة إلى أن تكون مركز اهتمام الآخرين، والإغراء، والحاجة إلى الإشباع، وأهمية المظهر، مما يدفع المرأة إلى اختيار ملابس أنثوية للغاية، إلى حد ما تحريضية، تضع مكياجاً قويا واستنزافيا وتبحث عن الثناء من المقربين منها أو من محيطها. (Lemperière, 1998)

يُعتقد أن الشخصية المرضية لا يمكن تعريفها إلا في مرحلة المراهقة وستستمر طوال حياة الفرد، لقد تمكنا من وصف هستيريا الطفل، ويتجلى ذلك من خلال مظاهر التحويل التقليدية: " العرج، والآلام المختلفة، واضطرابات بصرية مختلفة. في بعض الأشكال الشديدة، يتطور نحو توهم المرض *hypocondriaque et pathomimique* الذي يتضمن حمى أو ألم، ويمكن، ولكن ليس دائما، أن يتطور نحو تنظيم هستيري دائم. (Lebovici, 1985)

مع التقدم في السن، تميل الشخصيات التمثيلية إلى أن تصبح أكثر تصلبا، وبالنسبة لـ Ciompi، فإنها تتفاقم في 17% من الحالات مع التمثيل المسرحي، والإيحاء، توكيد سمات الإثارة الجنسية أو الإغواء، كما تمكنت دراسة Camus من إظهار استقرار الشخصيات المرضية مع تقدم العمر. (Ciompi,1965)

وفي حالات أخرى، مع التقدم في السن، يبدو أن سمات الشخصية تفقد كثافتها.

المنشأ المرضي

تم تعريف النمط المعرفي للشخصيات التمثيلية على أنه "عام، منتشر، يفتقر إلى الخصوصية، فقير في التفاصيل، من النوع الانطباعي"، عندما يُطلب من التمثيلي أن يصف والده، قد يجيب: "إنه رائع!". الدراسة الأكثر تحديدا للاستراتيجيات التي تم تطويرها بشكل

مفرط من قبل المرضى التمثيليين تتعلق بالاستعراض وفراط التعبير والطابع الانطباعي.
(Beck & al, 1990)

تواجه الشخصيات الهستيرية صعوبات في مرحلتين كلاسيكيتين من التطور النفسي الجنسي:
(ارجع إلى محتوى البنية الهستيرية، ص 19)

الوبائية

تشير الدراسات إلى انتشار الشخصيات التمثيلية بنسبة 2-3% في عموم السكان، وتشير الدراسات الاستقصائية التي أجريت في مؤسسات الطب العقلي، باستخدام أدوات مبنية، إلى ارتفاع معدل انتشار أعلى بنسبة 10 إلى 15%، حيث يقوم معظم الأطباء بإجراء التشخيص بشكل أكبر عند النساء، فقد أفادت الدراسات التي أجريت على كلا الجنسين واستنادا إلى أدوات التقييم المبنية عن انتشار مماثل بين الرجال والنساء. (Lemperière, 1998)

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية التمثيلية حسب DSM-5

○ نموذج عام من الاستجابات العاطفية المفرطة والبحث عن الاهتمام، والذي يظهر في بداية مرحلة الرشد وموجودا في سياقات مختلفة، كما يتضح في 5 على الأقل من المظاهر التالية:

- يشعر الشخص بعدم الراحة في المواقف التي لا يكون فيها مركز اهتمام الآخرين؛
- غالبًا ما يتسم التفاعل مع الآخرين بسلوك جنسي مغرٍ أو موقف استفزازي؛
- تعبير عاطفي سطحي ومتغير بسرعة؛
- يستخدم المظهر الجسدي بانتظام لجذب الانتباه إليه؛
- طريقة ذاتية للغاية في التحدث ولكنها سيئة في التفاصيل؛
- التمثيل الدرامي والمسرحي والمبالغة في التعبير العاطفي؛

- الإيحاء، يتأثر بسهولة بالآخرين أو بالظروف؛
- يعتبر علاقاته أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع.

7. اضطراب الشخصية النرجسية (Narcissistic personality disorder) Trouble de la personnalité narcissique

مقدمة-نبذة تاريخية

إذا كان مصطلح النرجسية الذي يشير إلى "حب الذات" جزءا من اللغة الشائعة، فإن معناها ككيان سيكوباتولوجي يبدو أكثر تعقيدا في الفهم منذ ظهوره في فجر القرن العشرين في أدبيات الطب العقلي.

تمت صياغة مصطلح النرجسية في إشارة إلى شخصية نرجس الأسطورية، الموصوفة بشكل خاص في *Les Métamorphoses d'Ovide* ويروي Ovide كلمات العراف Tirésias عند ولادة نرجس، الذي يقول: "سيبلغ شيخوخة طويلة إذا لم يعرف نفسه". عندما كبر، تعرف نرجس عن نفسه بأنه يتمتع بجمال رائع ولكنه ذو شخصية فخورة، يرفض محاولات العديد من الخاطبين، رجالا ونساء، ويرفض حب الحورية Echo، ويفضل العزلة، في أحد الأيام، وهو يشرب من نبع، يكتشف انعكاس صورته في الماء ويقع في حبه، يقضي أياما طويلة يتأمل صورته، منبهرًا بانعكاس صورته، يائسا لعدم قدرته على التقاطها؛ في محاولة لتقبيلها، ينتهي به الأمر بالغوص في الماء حيث يغرق، كما لو أن المرأة قبضت عليه. (Haynal, 1985)

تم تناول مصطلح النرجسية في سياق سيكوباتولوجي، في عام 1899، من قبل Näke فيما يتعلق بالمرضى الذين وصفهم Ellis، الذين يحبون أجسادهم بشكل مرضي كمواضيع

جنسية؛ ثم تم تناوله عام 1908 من قبل دائرة المحللين النفسيين في فيينا، ولا سيما من قبل Sadger et Rank، حول موضوع المرأة النرجسية والعلاقة المثلية.

نحن مدينون ل Freud بالنص الأساسي الذي نشره عام 1914 بعنوان: *Pour introduire le narcissisme* في مجال التحليل النفسي، يفسر Freud أربعة جوانب للنرجسية، سواء باعتبارها انحرافا جنسيا أو سمات نرجسية منحرفة، أو كمرحلة طبيعية في تطور الحياة الجنسية، أو كنوع من الاستثمار اللبيدي للأنا، وكاختيار لموضوع الحب. سوف يطور Freud خلال عمله، من خلال الدراسة العيادية للذهان، نشوء ما يسميه "الذات النرجسية" التي تتحقق من خلال التقمصات اللاشعورية "مع ذات أجنبية أخرى". (Freud, 1981)

بعد ذلك، خضعت "العلاقة النرجسية"، التي وصفها Widlöcher، لتطورات عديدة في نظرية التحليل النفسي والعيادة، وفي هذه الأدبيات نجد منذ ستينيات القرن العشرين تعبير "اضطراب الشخصية النرجسية" الذي أدى بعد عشرين عاما إلى الشخصية النرجسية.

تم تصنيفها ضمن اضطرابات الشخصية في عام 1980 في الطبعة الثالثة من التصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية (DSM-III)، تحت تأثير الأطباء الأمريكيين ذوي التوجه النفسي الدينامي. (Ronningstam & Gunderson, 1990)

المنشأ العيادي

السمة العيادية الرئيسية للشخصيات النرجسية تتكون من الشعور بالعظمة الشخصية، الوصف العيادي الأكثر اكتمالا للشخصيات النرجسية يرجع إلى Kernberg حيث يتم الجمع بين الشعور الساحق بكونك شخصية عظيمة واهتماما شبه حصري بالنفس، وحاجة قوية لأن تكون موضع إعجاب الآخرين وطموحا مفرطا.

تتمتع العديد من الشخصيات النرجسية بتكيف سطحي اجتماعي ومهني مُرضٍ، لكن هذه الشخصيات التي تبحث عن مكانة خاصة تعيش بشكل عام حياة عاطفية مكونة من الإحباطات والفشل المتتالي. (Kernberg, 1975)

إنهم في الواقع غير قادرين على الحب والمحبة، والآخر مجرد مرآة لا تتوخد احتياجاته بعين الاعتبار، الأشخاص النرجسيون ليس لديهم أي تعاطف تجاه الآخرين؛ غالبا ما يبذون حسودين، وغيورين، ومتعطرسين، وعنيدين، ومُدَّعِين، ومغرورين؛ غالبا ما يكون لديهم شعور بأن كل شيء مستحق لهم، وأن القوانين وُضعت من أجل الآخرين، لكن قيمتهم الاستثنائية تعفيهم من الالتزامات التي يجب على الآخرين احترامها؛ ولذلك فإنهم غالبا ما يسعون للحصول على معاملة وامتيازات تفضيلية.

إنهم يتفاجؤون عندما يكون الثناء الذي يتوقعون الحصول عليه من الآخرين بطيئا أو غير غامر بما فيه الكفاية، إنهم حساسون ولا يمكنهم تحمل الانتقاد أو الانزعاج، في هذه المواقف يشعرون بالغضب والغيط، بقدر ما تتبالغ الشخصيات النرجسية في تقدير صفاتها، فإنها تميل إلى التقليل من صفات الآخرين أو حتى التقليل منها بشكل ممنهج. (Pincus & al, 2010)

هناك حالات يؤدي فيها الطموح الشخصي والثقة الزائدة بالنفس إلى نجاح مهني حقيقي ومع ذلك، فإن الصعوبات العلائقية التي يواجهها هؤلاء الأشخاص وعدم تحملهم للنقد، وإخفاقاتهم العاطفية المتكررة تؤدي في كثير من الأحيان إلى مضاعفات ذات طبيعة اكتئابية وانسحاب اجتماعي معين.

غالبا ما تتقدم الشخصيات النرجسية في السن بشكل سيئ، بدءا من أزمة منتصف العمر، مع شكاوى توهمية للمرض، والاضطرابات الجنسية، والشهية للكحول، والأدوية، والمخدرات. (Oldam & al, 1995)

في الأشكال الأكثر خطورة، على سبيل المثال الشكل "الخبيث" الذي عزله Kernberg، ترتبط السمات النرجسية بعناصر الشخصية السيكوپاثية والميول الإسقاطية من النوع العظامي، إذ تتميز العيادة باللامبالاة والافتقار التام للولاء للآخرين.

المنشأ المرضي

جعل Freud النرجسية مفهوما أساسيا في تكوين الأنا ومثالية الأنا والاحساس بتقدير الذات، يتم التمييز بين جانبين من اللبيدو: لبيدو الأنا أو لبيدو للأنا أو لبيدو الموضوع.

تتوافق النرجسية الأولية مع المرحلة المبكرة من التطور، حيث يتم استثمار كل اللبيدو حول الموضوع، يتم تعريف النرجسية على أنها مكمل لبيدو لأنانية نزوة الحفاظ على الذات.

حسب Freud، يكون تطور الأنا بالابتعاد عن النرجسية الأولية عن طريق إزاحة البيدو على مثالية الأنا، الأنا الذي كان عليه أن يتخلى عن جزء من نرجسيته الطفولية، يُثرى، في مرحلة ثانية، من خلال الإشباع المرتبطة بالعلاقات الموضوعية، ولكن أيضا من خلال تحقيق هذه المثالية، في بعض الأمراض الخطيرة، تشير النرجسية الثانوية إلى "الانقلاب على الأنا" للبيدو المنسحب من استثماراته الموضوعية. (Freud, 1981)

تمت صياغة فرضيتين رئيسيتين للمسببات المرضية، على التوالي بفضل Kernberg و Kohut في هذا الصدد بالنسبة لـ Kernberg، فإن هذا التنظيم الطبيعي هو تنظيم دفاعي، لقد تُركَ الطفل النرجسي "جائعا" عاطفيا من قبل أم باردة وغير متعاطفة، ومن خلال التعويض، ينمي داخل نفسه ذاتا عظيمة، ويلجأ إلى الجوانب القليلة من نفسه التي كانت الأم قادرة على تقديرها وتقييمها. (Kernberg, 1975)

وجهة نظر Kohut مختلفة، حسب هذا المؤلف، فهو انقطاع في النمو، وتوقف في تطور اللبيدو النرجسي مع "غياب الإدماج المناسب للهيكل النرجسية الطفولية"، وتكوين الذات

المعظمة حيث تتسلل المشاعر والعظمة الطفولية غير المكبوتة إلى الأفعال والأفكار، وعند هذه الشخصيات يكون تقدير الذات في الواقع غير مستقر وضعيف، مع حاجة دائمة إلى الاطمئنان. (Kohut, 1975)

ركز Millon، من منظور سلوكي، على بعض التعزيزات غير المناسبة راجعة للصورة الوالدية والتي من شأنها تعزيز البنية النرجسية مثل مواقف الإعجاب المبالغ فيه التي تسبب تشويه صورة الذات، كما تمكنا من الدفاع عن فرضية دور بعض الإهانات المبكرة في أصل مشاعر الدونية التي يعوضها بعض الأطفال من خلال تطوير تخيلات عظيمة، في نظرية Young عن المخططات غير القادرة على التكيف، فإن المخططات المعرفية المركزية للشخصيات النرجسية هي الشعور بالتفوق، والشعور بالاستحقاق لخدمات خاصة، والشعور بدونية الآخرين. ((Cité dans Debray & Nollet, 1975))

الوبائية

يقدر معدل انتشار الشخصيات النرجسية في عموم السكان بأقل من 1% في المجموعات العيادية، يختلف معدل الانتشار بين الدراسات من 2 إلى 16%؛ لكن الدراسات المنهجية قليلة جداً، باستخدام المقابلة نصف المبنية، الفحص الدولي لاضطراب الشخصية *Interna* *tional Personality Disorder Examination* الذي أجراه Loranger et al.، وجدت نسبة انتشار للشخصيات النرجسية تزيد عن 4%.

يختلف التوزيع حسب الجنس، اعتماداً على الدراسات، من التوزيع المتساوي بين الرجال والنساء إلى هيمنة الذكور الواضحة: حتى 75% (تحيز محتمل في أخذ العينات)

نواجه شخصيات نرجسية بشكل خاص في بعض المهن لا سيما بين المحامين والأطباء ومهن الترفيه والرياضة وفي عالم السياسة. ((Cité dans Sabrane & Féline, 2002))

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية النرجسية حسب DSM-5

- ينبغي تمييز اضطراب الشخصية النرجسية عن المستوى غير المرضي للنرجسية، وهو نمط عام من التخييلات أو السلوكيات المتغترسة، التي تحتاج إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف، وهو موجود بداية مرحلة الرشد، وموجود في سياقات مختلفة، كما يتضح في 5 على الأقل من المظاهر التالية:
- لدى الشخص إحساس عظيم بأهميته الخاصة (على سبيل المثال، يبالغ في تقدير إنجازاته وقدراته، ويتوقع أن يتم الاعتراف به كمتفوق دون أن ينجز أي شيء ذي صلة)؛
- مستغرق في تخيلات النجاح غير المحدود أو القوة أو الروعة أو الجمال أو الحب المثالي؛
- يعتقد أنه "مميز" وفريد من نوعه ولا يمكن قبوله أو فهمه إلا من قبل مؤسسات أو أشخاص خاصين رفيعي المستوى؛
- لديه حاجة مفرطة إلى الإعجاب؛
- يعتقد أن كل شيء مستحق له: ويتوقع بشكل غير معقول الاستفادة من معاملة تفضيلية خاصة وأن رغباته سيتم إشباعها تلقائياً؛
- يستغل الآخرين في العلاقات الشخصية: يستخدم الآخرين لتحقيق أهدافه الخاصة؛
- الافتقار إلى التعاطف: عدم الرغبة في الاعتراف أو مشاركة مشاعر واحتياجات الآخرين؛
- كثيراً ما يحسد الآخرين، ويعتقد أن الآخرين يحسدونه؛
- يظهر مواقف وسلوكيات متعجرفة ومتغترسة.

○ يمكن أيضا دمج السمات النرجسية مع سمات أخرى غير مرغوب فيها اجتماعيا، اقترح الباحثون مفهوم الثالث المظلم للشخصية الذي يشمل النرجسية والمكيافيلية والسيكوباتية. ويضاف مفهوم الرباعية المظلمة السادية.

8. الشخصية التجنبية (Avoidant personality disorder) Trouble de la personnalité évitante

مقدمة-نبذة تاريخية

ظهر اضطراب الشخصية التجنبية في عام 1980 في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III)، حيث ظهر تبعا "للطبع الرهابي" الموجود في المقاربات السيكودينامية، و"الشخصيات العصبية التي تتجنب الاتصالات الشخصية" حسب Horney، التي يميزها عن الشخصيات الاعتمادية وشبه الفصامية. (Livesley & al, 1985)

المنشأ العيادي

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، تعد الشخصية التجنبية جزءًا من اضطرابات المجموعة ج للمحور الثاني، أي الشخصيات القلقة والعصابية. وهذا يجعل من الممكن الإشارة على الفور إلى أن الأمر يعتمد على آليات القلق وليس التبدل العاطفي وانعدام الثقة، على عكس شخصيات المجموعة أ (شبه-الفصامية، الفصامية-النمطية والعظامية (الارتياحية)). في تصنيف ICD-10، تتوافق "الشخصية القلقة" في العديد من النواحي مع الشخصية التجنبية في DSM-IV، هذه الاضطرابات موجودة، سواء عند عموم السكان أو في المجال العيادي، ولكنها لا تزال غير مدروسة بشكل كاف.

بالإضافة إلى المعايير العامة التي تحدد، في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، اضطراب الشخصية العامة (أنماط الإدراك الدائمة والصارمة والاجتياحية الخاصة بالمعرفي، والعاطفية، والتحكم في الاندفاعات و/أو الأداء والتوظيف بين-العائقي الذي يعتبر أصل المعاناة الكبيرة و/أو ضعف الأداء والتوظيف)، توصف الشخصية التجنبية بأنها "نمط عام من التثبيط (الكف) الاجتماعي، والشعور بعدم الجودة بما فيه الكفاية، وفرط الحساسية تجاه الحكم السلبي على "الآخرين".

ويجب أن تكون هذه العناصر قد ظهرت في بداية مرحلة البلوغ ويتم التعبير عنها في سياقات مختلفة، بما في ذلك وجود أربعة معايير تشخيصية من بين السبعة المقترحة. (Debray & Nollet, 1995)

في ICD-10، تم العثور على أربعة معايير تشخيصية للشخصية التجنبية من DSM-IV في تعريف الشخصية القلقة، وبالتالي فإن التداخل بين التعريفين ليس كلياً، تتوافق المعايير مع عناصر تدني احترام الذات، وفرط الحساسية للأحكام السلبية، والتثبيط العائقي، والقلق، والانسحاب. (Pull & Pull, 2002)

المنشأ المرضي

من منظور الاضطرابات العصابية ذات الارتباط المفرط، فإن الفرضية السيكودينامية الكلاسيكية هي الخوف اللاشعوري من النجاح، لأن هذا قد يرتبط بمخاطر الحسد والرفض من قبل الأحباء، قد تكون هناك أيضاً روابط بين الإجهاد (الضغط) المبكر، خاصة في الأسرة، والميل نحو زيادة التجنب على مدار التطور؛ إن ما يسمى بأنماط التعلق "غير الآمن" تسمح بوجود هذا النوع من التوظيف مرحلة البلوغ. (Debray & Nollet, 1995)

أظهر عمل Kagan أيضا أن الميول نحو التجنب السلوكي الملحوظ في مواجهة ما هو حديث والأشخاص غير المألوفين يمكن أن تظهر في وقت مبكر جدا عند الأطفال الصغار، وتستمر بطريقة مستقرة بعد ذلك.

ويمكن أيضا أن يكون عاملا مزاجيا يؤدي إلى ظهور الشخصية التجنبية، ولكن أيضا إلى اضطرابات القلق المختلفة أو حتى الأمراض الأخرى لدى المراهقين ثم البالغين. (Kagan, 2000)

من الناحية المعرفية، ترتبط الشخصية التجنبية بمخططات عميقة من عدم الكفاءة والانجراحية تجاه الذات ("أنا لا أساوي شيئا") والمبالغة في تقدير الآخرين، يؤدي هذا إلى تنبؤات سلبية وتشوهات معرفية تشجع بشكل أكبر على الانسحاب والعواطف السلبية ("سأضجر الجميع"، "لن أنجح أبدا"، "هم يهتمون بي فقط شفقة")؛ هناك أيضا عدم تحمل حقيقي للعواطف القوية والإحباط، وهو ما يمكن أن يفسر سلوك التجنب في مواجهة جميع المواقف التي يمكن أن تولد القلق أو الحزن. (Debray & Nollet, 1995)

الوبائية

في الدراسة التي أجراها Torgersen et al (2001)، في عموم السكان النرويجيين، الشخصية التجنبية هي تشخيص المحور الثاني بأعلى معدل انتشار، بمعدل 5% وتم العثور على معدل أعلى (6.6%) في الدراسة السويدية التي أجراها Ekselius et al (2001)، في حين أن Grant et al (2004)، في الولايات المتحدة، حصل على تردد 2%.

وجدت دراستان أجريتا سابقا باستخدام معايير DSM-III و DSM-III-R معدلات أقل بكثير (حوالي 1%). علاوة على ذلك، يعد تشخيص الشخصية التجنبية أحد أكثر تشخيصات اضطرابات الشخصية شيوعا بين الحالات العيادية.

ويبدو أنه يؤثر على النساء بقدر تأثيره على الرجال، ويبدو أن عوامل الخطر الوحيدة التي تم تحديدها هي عوامل عائلية، تشير بعض العناصر أيضا إلى انخفاض شدة سمات التجنب مع تقدم العمر. (Reich, 2009)

يشمل الاعتلال المشترك للشخصية التجنبية القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية، هذه هي الشخصية المرضية التي ترتبط في أغلب الأحيان باضطرابات القلق، مع معدلات انتشار تتراوح بين 20 و25% بشكل عام (باستثناء الرهاب الاجتماعي حيث يمكن أن تكون هذه المعدلات أعلى بكثير كما ذكر سابقا).

وفي الاتجاه الآخر، فإن وجود الشخصية التجنبية يزيد من خطر الإصابة باضطراب القلق بحوالي ستة أضعاف وخطر الإصابة بالاضطراب الاكتئابي بمقدار ثلاث أضعاف توجد الشخصية التجنبية لدى 20 إلى 50% من الحالات التي تعاني من الاكتئاب.

العلاقة بين الشخصية التجنبية والشخصية الاعتمادية هي علاقة كلاسيكية ويمكن تفسيرها بحقيقة أن الأشخاص المتجنبيين مرتبطون جدا ويعتمدون على أصدقائهم القلائل. (Oldham & al, 1995)

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية التجنبية حسب DSM-5

- إنه نمط عام من الكف الاجتماعي، والشعور بعدم الرقي إلى المستوى، وفرط الحساسية تجاه الحكم السلبي للآخرين الذي يظهر في بداية مرحلة الرشد وموجودا في سياقات مختلفة، كما يتضح في 4 على الأقل من المظاهر التالية:
- يتجنب الشخص الأنشطة الاجتماعية المهنية التي تتطلب اتصال كبير بالآخرين خوفا من التعرض للانتقاد أو الرفض؛
- عدم الرغبة في التعامل مع الآخرين إلا إذا كان متأكدا من أنه محبوب؛

- يتحفظ في العلاقات الحميمة خوفا من التعرض للخجل والسخرية ؛
- مخاوف من التعرض للانتقاد أو الرفض في المواقف الاجتماعية؛
- ينفر من المواقف العلائقية الجديدة بسبب الشعور بأنه ليس جيدا بما فيه الكفاية؛
- يرى نفسه على أنه غير كفؤ اجتماعيا أو غير جذاب أو أقل شأنًا من الآخرين،
- يتردد بشكل خاص في تحمل المخاطر الشخصية أو الانخراط في أنشطة جديدة خوفا من الإحراج..

- هناك تداخل كبير بين اضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي المعمم، لدرجة أن التشخيصين قد يكونا طريقتين مختلفتين للنظر إلى نفس الحالات أو حالات مشابهة.

9. الشخصية الاعتمادية (Dependant personality disorder) Trouble de la personnalité dépendante

مقدمة-نبذة تاريخية

ظهر اضطراب الشخصية الاعتمادية لأول مرة في عام 1980 في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، يعرف اضطراب الشخصية على أساس وجود سمات شخصية صلبة وغير قادرة على التكيف ومسؤولة إما عن ضعف كبير في الأداء والتوظيف الاجتماعي أو المهني، أو عن معاناة ذاتية؛ تستمر مظاهر اضطرابات الشخصية هذه، والتي يمكن تحديدها عموماً خلال فترة المراهقة أو حتى قبل ذلك، طوال معظم فترة حياة البالغين، إلا أنها تصبح أقل وضوحاً في الجزء الثاني من الحياة أو عند كبار السن.

يجب أن يتم تشخيص اضطراب الشخصية فقط عندما تتوافق المظاهر المميزة عادة مع أداء الشخص على المدى الطويل دون أن تقتصر على الحلقات المرضية.

يتم تعريف اضطراب الشخصية الاعتمادية بشكل أساسي على أنه اضطراب في الشخصية يسمح فيه الفرد بشكل خاضع للآخرين بتحمل المسؤولية عن مجالات مهمة في حياته بسبب نقص الثقة بالنفس وعدم القدرة على العمل بشكل مستقل، ولتجنب الاعتماد على نفسه، فإنه يُخضع احتياجاته لاحتياجات الأشخاص الذين يعتمد عليهم، تفتقر هذه الشخصيات بشكل منهجي إلى الثقة بالنفس، وتميل إلى التقليل من قدراتهم وصفاتهم. (Bornstein, 1993)

المنشأ العيادي

في عام 1987 ظهرت النسخة المنقحة من (DSM-III-R) لم يعد تحديد الشخصية الاعتمادية من خلال المعايير الثلاثة الموحدة وإنما من خلال معايير متعددة، حيث يتم

التشخيص عند وجود خمس سمات من بين تسع؛ تتيح هذه المعايير تحديد الاعتماد بشكل أفضل وتجسيد قلق الانفصال بالإضافة إلى الخوف الاستباقي من الهجر والتخلي.

علاوة على ذلك، فإن القابلية والحساسية جزء من السمات التسع (المعيار 9)، في عام 1994، ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، والذي بالكاد عدل معايير الشخصية الاعتمادية، على الرغم من أنه أزال معيار القابلية والحساسية الذي كان يفنر إلى الخصوصية.

علاوة على ذلك، تمت إعادة كتابة بعض المعايير على وجه الخصوص لتجنب التكرار المذكور في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III-R) (المعياران 1 و 2، المعياران 7 و 8)، ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) وعلى وجه الخصوص المعيارين 3 و 4 اللذان يتعارضان مع الدراسات التي تظهر أن الأشخاص الاعتماديين يمكنهم التعبير عن عدم موافقتهم وبدء المشاريع. (Bornstein, 1998)

في عام 1992 ظهرت النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والاضطرابات السلوكية؛ وقد تأثر هذا التصنيف إلى حد كبير بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، لا سيما مع ظهور معايير التشخيص الإجرائية، في السابق في الإصدار التاسع، تمت الإشارة إلى الشخصية الاعتمادية بالشخصية الوهنية (WHO ، 1979).

يظهر اضطراب الشخصية الاعتمادية على أنه اضطراب شخصية محدد، يتميز باضطرابات شديدة في التكوين الطبيعي والميول السلوكية للفرد، وعادة ما يشمل عدة قطاعات من الشخصية ويصاحبه بشكل عام صعوبات شخصية واجتماعية كبيرة.

المنشأ المرضي

تتضمن مسببات المرضية للشخصية الاعتمادية ثلاثة عوامل:

على المستوى البيولوجي، أظهرت العديد من الدراسات الجينية التي تستخدم على وجه الخصوص طريقة التوائم أن الاعتمادية يتم تحديدها بصفة جزئية وراثيا.

في عام 1963، أظهر Gottesman في دراسة أجريت على التوائم أن وراثة الاعتمادية كانت أكبر في التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة.

في عام 1990، أظهر Torgersen من خلال دراسة أجريت على التوائم أن الشخصية الاعتمادية هي جزئيا وراثية.

في عام 1991، استخدم Reich طريقة تاريخ العائلة لدراسة اضطرابات الشخصية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) لدى أقارب الأشخاص الذين يمثلون شخصية اعتمادية ومقارنتهم بأقارب الأشخاص الخاضعين للمجموعة الضابطة؛ يمتاز أقارب الشخصيات الاعتمادية بتكرار أكبر بكثير لاضطرابات المحور الثاني وخاصة المجموعة ج (الشخصية التجنبية، الاعتمادية، القهرية، السلبية-العدوانية).

استكشف Jang et al (1996) التأثير الوراثي على سمات الشخصية في مجموعة مكونة من 483 زوجا من التوائم؛ باستخدام استبيان تم التحقق من صحته، وهو استبيان التقييم النفاضلي البعدي لمشاكل الشخصية، أظهر المؤلفون في العديد من السمات توافقا أعلى في التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة، ومن هذه السمات: الخوف من الانفصال، وعدم القدرة على تحمل الوحدة، والبحث عن التقرب من الآخرين، والخضوع، والحاجة إلى التوجيه.

استكشفت دراسة O'Neill & Kendler (1998)، التي شملت 2230 توأماً، الاعتمادية البين-شخصية التي تم قياسها بواسطة مقياس الاعتماد على العلاقات البين-شخصية l'inventaire de dépendance interpersonnelle (IDI) لـ Hirschfeld وأظهرت النتائج من ناحية ثبات الاعتمادية مع مرور الوقت ومن ناحية أخرى تأثير وراثي معتدل مرتبط بعوامل بيئية مهمة.

على مستوى التحليل النفسي، يتم تفسير الاعتمادية من خلال التغيرات التطورية للمرحلة الفمية، بوجود إحباطات أو إشباعات مهمة في هذه المرحلة التي من شأنها أن تسبب تثبيات فمية وعدم القدرة على اكتساب المستوى التطوري لهذه المرحلة.

بالنسبة لمؤلفي التحليل النفسي الكلاسيكي (الفرويدي)، فإن الأشخاص الذين لديهم تثبيات فمية سيظلون معتمدين على أشخاص آخرين وسيستمرّون في إظهار سلوكيات تعكس هذه الفترة (النشاط الفموي، وما إلى ذلك). (Abraham, 1966)

حسب Bornstein (1993)، ظهر اتجاهان من هذا المفهوم التحليلي النفسي الكلاسيكي، نظرية العلاقات الموضوعية ونظرية التعلق السلوكية.

تؤكد نظرية العلاقة الموضوعية على ظاهرة الانفصال والفردانية، التي اقترحتها Mahler وتطور مفهوم الذات، وتمثل هاتان النظريتان مراحل نمو مهمة خلال مرحلة الطفولة؛ ولم يعد التركيز ينصب فقط على العوامل البيولوجية للعلاقة بين الرضيع والأم، بل في الحقيقة أن هذه العلاقة تمثل النموذج الأولي لعلاقة الشخص المستقبلية مع الآخرين.

في هذا النموذج، يتم استيعاب الذات وتصور (التمثيل) الآخرين الذين تم استدخالهم في مرحلة الطفولة المبكرة وتلعب هذه الظواهر دوراً مركزياً في تنظيم الشخصية.

تجمع نظرية التعلق السلوكية بين عوامل من نظرية التحليل النفسي، ونظرية التطور، وعلم السلوك، وعلم النفس التجريبي، وعيادة الطب العقلي وطب الأطفال؛ تفسر هذه النظرية الفروق الفردية في العلاقة بين الطفل والأم وعواقبها على تنمية الشخصية اللاحقة.

قام Bowlby ثم Ainsworth بدعم الحاجة الأولية من الناحية النظرية من خلال التمييز بين التعلق والاعتمادية، يلقي نموذج الموقف الغريب الذي طورته Ainsworth الضوء على العلاقة بين التعلق والاعتمادية، إذ يسمح بروتوكول الموقف الغريب باستكشاف رد فعل الطفل عند انفصاله عن أمه لفترات قصيرة من الزمن.

يظهر الأطفال ذوو الارتباط الآمن قليل من التوتر أثناء الانفصال ويسعون بنشاط إلى القرب من الأم عند عودتها؛ ويعد هذا القرب تصليح لضيق الطفل، بينما الأطفال الذين يظهرون تعلق غير آمن يكونون أكثر قلقاً أثناء الانفصال وعودة الأم لا تساعد كثيراً في تخفيف القلق؛ وعندما تعود الأم، يكون البعض متناقضاً، يسعى للهروب من العناق، والبعض الآخر يتجنب الاتصال، تم تصنيف هذه المجموعات على أنها متعارضة وغير آمنة، وتجنبية وغير آمنة، وقد وجد أن هذا التصنيف يتنبأ بالتنشئة الاجتماعية، من المثير للاهتمام التأكيد على أن الأطفال المتجنبين غير الآمنين يمكن أن يكونوا مستقلين عند الاتصال بأشخاص آخرين.

يسمح هذا العمل من فهم أن جودة التعلق، وليس شدة العلاقة بين الأم والطفل، هي التي تسمح بالاستقلالية والتنشئة الاجتماعية للطفل وأن مفاهيم التعلق والاعتمادية تغطي كياناً نظرية مختلفة. ((Cité dans Pierrehumbert & al, 1986))

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي أن الاعتمادية هي سلوك يتم اكتسابه خلال مرحلة الطفولة عن طريق التوقف عن الاحتياجات (الجوع، وما إلى ذلك) بسبب مساعدة الأم.

ومن ثم يتم تعزيز السلوك الاعتمادي من خلال التعلم الاجتماعي، في البداية تقدم الأم إشباعات بيولوجية ونفسية للطفل ترتبط بالمتعة التي يعيشها الطفل والتي تصبح بمثابة معزز ثانوي، يتم تعميم معتقدات الطفل وتوقعاته فيما يتعلق بالأم على مقدمي الإشباع المحتملين الآخرين (المعلمين والأصدقاء وما إلى ذلك)، وهو ما يفسر البحث عن العلاقات الاعتمادية، ومن هذا المنظور، تعتبر الاعتمادية العاطفية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب.

يُنظر إلى الاعتمادية العاطفية على أنه أسلوب إسناد يرى الفرد بموجبه نفسه ضعيفاً وسلبياً وغير قادر على التأثير على مسار الأحداث في الاتجاه المناسب له (Debray and Nollet, 1995).

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية الاعتمادية حسب DSM-5

- يتعلق الأمر بحاجة عامة ومفرطة يجب الاهتمام بها وتؤدي إلى سلوك خاضع و"متشبث" وخوف من الانفصال، وهو موجود في بداية مرحلة الرشد وفي سياقات متنوعة، كما يتضح في 5 على الأقل من المظاهر التالية:
- يجد الشخص صعوبة في اتخاذ القرارات في الحياة اليومية دون تلقي طمأنينة أو نصيحة زائدة من الآخرين؛
- يحتاج أن يتحمل الآخرون المسؤولية في أهم مجالات حياته؛
- يجد صعوبة في التعبير عن الاختلاف مع الآخرين خوفاً من فقدان دعمهم أو استحسانهم. (دون الأخذ في الاعتبار الخوف الواقعي من العقوبات)؛
- يجد صعوبة في بدء المشاريع أو القيام بالأشياء بمفرده (بسبب عدم الثقة في حكم الفرد أو قدراته وليس بسبب نقص الحافز أو الطاقة)؛
- يسعى بشكل مفرط للحصول على دعم ومساندة الآخرين، إلى حد القيام بأشياء غير سارة عمدًا؛

- يشعر بعدم الارتياح أو العجز عندما يكون بمفرده بسبب الخوف المبالغ فيه من عدم القدرة على التأقلم؛
 - عندما تنتهي علاقة قريبة، يسعى بشكل عاجل إلى علاقة أخرى يمكنها توفير الرعاية والدعم الذي يحتاجه؛
 - منشغل بشكل غير واقعي بالخوف من أن يُترك ليتدبر أمره بنفسه.
- لوحظ أن اضطراب الشخصية الاعتمادية غالبا ما يتعايش مع مشكلات أخرى في الشخصية والمزاج يصعب تمييزها. تختلف درجة اعتبار السلوكيات التابعة تكيفية حسب العمر والفئة الاجتماعية والثقافية.

10. الشخصية الوسواسية القهرية (Obsessive-compulsive personality) Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

مقدمة- نبذة تاريخية

تتوافق الشخصية الوسواسية القهرية (POC) كما هي مدرجة في DSM-IV-TR مع الشخصية اللاإرادية *personnalité anankastique* في ICD-10، إنه اضطراب الشخصية الأكثر انتشارا وفقا للدراسات الوبائية في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، تجمع POC بين عدة أنواع من الشخصيات المرضية أو الطباع، التي تم وصفها سابقا، ولا سيما الشخصية الوهنية ل Janet، والطبع الشرجي ل Freud أو حتى الشخصية السيكوباتية اللاإرادية ل Schneider.

نادرا ما تكون السمات المحددة لهذه الكيانات معزولة في الواقع، وهذا ما برر تصنيفها منذ بداية الستينيات في طيف الوسواس، ثم الشخصية الوسواسية أو الوسواسية القهرية في دلائل التصنيفات الأحدث.

الخصائص الأساسية ل POC هي القيود المرتبطة بالصلابة والكمال على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة، إن غياب الهواجس الحقيقية يميزها عن اضطرابات الوسواس القهري ومع ذلك، فإن الروابط بين POC والوسواس القهري لا تزال موضع نقاش. (Torres & al, 2006)

المنشأ العيادي

تظهر الشخصية الوسواسية القهرية في بداية مرحلة الرشد، وتلاحظ في سياقات ثقافية مختلفة، فهي اجتياحية وتتداخل مع جميع مجالات الحياة والعلاقة؛ بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، فإن خصائصها الرئيسية هي

التحكم العقلي والبين-شخصي، والكمال، والانشغال بالنظام على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة.

السيطرة والكمال

يتم تحقيق التمكن من السيطرة من خلال الاهتمام المضني الذي يركز بشكل مفرط على التفاصيل الصغيرة، والمسائل الشكلية عندما يمكن بسهولة إغفال الهدف الحقيقي للنشاط، لقد ثبت تجريبيا أن الشخصيات (POC) تولي اهتماما أكبر للتفاصيل غير ذات الصلة، أكثر من اهتمامها بالمعلومات الشاملة، تتوافق الكمالية مع الرعاية والدقة والميل إلى التكرار والتحقق دون إكراه أو قهر حقيقي. (Yovel & al, 2005)

القيود وقلة المرونة

غالبا ما تكون الشخصية الوسواسية القهرية، ضميرية ودقيقة، إن الاستبطان الدائم الذي يدفعه يُخضعه لقيم أخلاقية مع إفراط في التقييد، ينتقد بشدة أخطائه أو أخطاء من حوله. هذا المستوى العالي من المطالب يجبره ومن حوله على اتباع قواعد أخلاقية صارمة للغاية دون السماح لأنفسهم بإمكانية التكيف مع الظروف.

في علاقته مع الآخرين، يظهر الخضوع للسلطة التي تتوافق مع قيمه الأخلاقية بينما يقاوم بعناد وأحيانا بقوة تلك التي لا يحترمها.

يأتي جمعه للأشياء من نفوره من التبذير، مما يمنعه من التخلص من الأشياء التي لا فائدة منها أو ليس لها قيمة مالية أو عاطفية؛ صلب وعنيد، يصعب عليه أن يتبنى وجهة نظر غير وجهة نظره، أو أن يتخذ قرارا أو يحل مشكلة إذا خرجت عن القواعد التي أملاها على نفسه، إن الافتقار إلى المرونة في الحياة اليومية ظاهرا. (Thomsen & al, 1994)

العاطفة

يتم التعبير عن العواطف والمشاعر فقط بطريقة محدودة ومنضبطة، وبالتالي فهي ليست عفوية وغالبا ما تكون غير كافية، كما يفضل اللجوء إلى التجريد الصارم، والتسامح مع التعبيرات العاطفية المنفتحة من الآخرين يكون محدود للغاية؛ تخشى الشخصية POC عواطفها وتحاول السيطرة عليها من خلال جميع الحيل المذكورة أعلاه، عندما تقشل في السيطرة على الموقف تظهر العواطف المدفونة حتى الآن.

في هذه الحالة، قد يكون هناك هياج حركي (تشنج عصبي، عصبية)، سخرية، كاوية أو اضطرابات طبيعية تتراوح من التهيج إلى نوبات الغضب المتفجرة، غالبا ما تكون ردود الأفعال هذه غير متناسبة وتؤدي إلى تدهور جودة العلاقات. (Thomsen & al, 1994)

المنشأ المرضي

في توجههم النظري، حاول كل من Janet و Freud تحديد التنظيم المرضي الكامن وراء الهواجس والأفعال القهرية، اقترح Janet مقارنة تركز على العجز، استنادا إلى ضعف التوتر النفسي (الوهن النفسي)، بينما سلط Freud الضوء على الضغط المفرط للدوافع اللاشعورية (الطبع الشرجي)؛ كلاهما يأخذ في الاعتبار الروابط المباشرة والتميزة بين الشخصية وأعراض الوسواس القهري، سوف يؤدي العمل النفسي الكمي لاحقا إلى التشكيك في الجانب المنهجي لهذه الروابط.

الوهن النفسي

وصف Janet الوهن النفسي بأنه سمة أساسية ودائمة مشتركة بين الهواجس والرهاب، وعرفه بأنه انخفاض في التوتر النفسي الذي يجبر الشخص على بذل جهد مفرط بشكل يومي.

هذا الأخير غير قادر على الوصول إلى مستوى عال بما فيه الكفاية من وظائف الواقع لصياغة أفكار فعالة وأفعال طوعية قادرة على تحويل البيئة، أما الشخص المصاب بالوهن النفسي فهو سيء ومرتبك ومتعب، يمكنه فقط أداء أعمال التبديل أو التكرار المنظمة جيداً.

يمكن اختزال تفكيره في اجترار الأفكار أو التفكير الذي لا نهاية له، إنه يعاني باستمرار من شعور بعدم الاكتمال مرتبط بالتصور المؤلم والمحرج لكونه غير كامل وغير متناسب مع الوضع الحالي، الشك والجهد المفرط المطلوب لاتخاذ القرارات يقلل من قدرة الشخص على التصرف وكذلك ثقته بنفسه، لذا فإن الوهن النفسي هو اضطراب العجز في بذل المجهود، يمكن أن يؤدي العجز الطاقوي في بعض الحالات، إلى إطلاق أنشطة منخفضة المستوى، وهو إهدار حقيقي للطاقة، في شكل حركات نفسية (الرهاب والأفعال القهرية) والإثارة اللفظية (الهاجس). (Delay & Pichot, 1962)

الطابع الشرجي

أكد Freud على القوى اللاشعورية والقمعية لأننا الأعلى التي تحرك الشخصية الهجاسية، وتستوعب هذه القوى بآلية الدفاع، التكوين العكسي، الذي يعارض بشكل منهجي أي نزوة شرجية مشحونة بالعدوان والكراهية، وهكذا فإن الطبع الشرجي، أو السادي-الشرجي بالنسبة لـ Abraham، يتم تنظيمها حول جدلية: الشبقية érotisme الشرجية (الميل إلى المتعة) والعدوانية السادية (الكفاح ضد الميول إلى المتعة)؛ تساعد هذه الازدواجية في تفسير التناقضات الواضحة التي لوحظت لدى الشخص الهجاسي الذي يمكن أن يكون أحياناً اقتصادياً ودقيقاً وعنيداً، وأحياناً بخيلاً أو متأخراً أو خاضعاً.

وفقاً لنظرية التحليل النفسي، تعكس الشبقية الشرجية التثبيت المفرط على متعة التبرز، ويتم التعبير عن ذلك من خلال سمات مباشرة مثل صعوبة التخلي عن الأشياء، والنزعة لتجميع الأشياء، والعناد، والاستبداد الصارم. أما السمات غير المباشرة، والعواقب المترتبة على

التكوين العكسي، فهي الإسراف التعويضي والاستسلام والخضوع، أما العدوانية السادية فهي ردة فعل على منع التمتع بالتبرز، ويتم التعبير عنها أيضا بسمات مباشرة مثل القذارة، والميل إلى الإهانات البذيئة، والسخرية، والتهكم، والرغبة في السلطة، والقسوة على الضعفاء، وعلى العكس من ذلك، فإن السمات غير المباشرة هي النظافة والأدب والخضوع والاحترام غير المشروط للسلطة. (Delay & Pichot, 1962)

الوبائية

تم تقدير معدل الانتشار العام لاضطراب POC بنسبة 1 إلى 2% خلال دراسة ECA مع زيادة تمثيل الرجال؛ ومع ذلك، فإن الدراسات الوبائية الكبيرة التي أجريت مؤخرا مثل NESARC تعطي رقم انتشار ل POC يبلغ 7.9% في عموم السكان و8.7% بين من يستشيرون في مصالح الطب العقلي، مع عدم وجود فرق بين الرجال والنساء.

وفقا لهذه الأرقام، بعد تتقيحها تصاعديا، يظهر اضطراب الشخصية هو الاضطراب الأكثر شيوعا في حين أنه هو الأقل تأثيرا على الأداء والتوظيف العام. (Grant & al, 2004)

قد تؤدي المجتمعات التي تعطي الأولوية لقيم العمل والإنتاجية إلى ظهور سلوكيات مشتركة مع مظاهر معينة ل POC هذه هي السمات التي تفضلها المعايير الثقافية، مما يسمح بمستوى جيد من التكيف الاجتماعي للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية هذا.

الأعراض والمعايير التشخيصية للشخصية الوسواسية-القهرية حسب DSM-5

○ إنه نمط عام من الانشغال بالنظام والكمال والسيطرة العقلية، على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة التي تكون موجودة بالفعل في بداية مرحلة الرشد، وموجودة في سياقات متنوعة، كما يتضح في 4 الأقل من المظاهر التالية:

- الانشغال بالتفاصيل أو القواعد أو قوائم الجرد أو التنظيم أو الخطط إلى درجة يغيب فيها الهدف الرئيسي للنشاط؛
- الكمالية التي تعيق إكمال المهام (على سبيل المثال، عدم القدرة على إكمال المشروع بسبب عدم تلبية المتطلبات الشخصية الصارمة)؛
- التقاضي المفرط في العمل والإنتاجية مع استبعاد أوقات الفراغ والصدقات (دون تفسير ذلك بضرورات اقتصادية واضحة)؛
- شديد الضمير ودقيق ومتشدد في مسائل الأخلاق أو القيم (دون أن يفسر ذلك بالانتماء الديني أو الثقافي)؛
- عدم القدرة على التخلص من الأشياء البالية أو عديمة الفائدة حتى لو لم تكن لها قيمة عاطفية؛
- عدم الرغبة في تفويض المهام أو العمل مع الآخرين ما لم يخضع الآخرون تماما لطريقته في القيام بالأشياء؛
- يبخل بالمال على نفسه وعلى غيره، يُنظر إلى الأموال على أنها شيء يجب اكتنازه لمواجهة الكوارث المستقبلية؛
- صلب وعنيد؛
- ينبغي التمييز بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري، وهما اضطرابان مختلفان.

- Abraham, K. (1912). Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In G. Mendel. *Œuvres complètes*, (1965), Vol, 1 : Rêve et mythe. 99-113. Payot.
- Abraham, K. (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux : les états maniaco-dépressifs et les étapes pré-génitales d'organisation de la libido. In G. Mendel. *Œuvres complètes*, (1966), Vol, 2. Développement de la libido. 255-313. Payot.
- Abraham, K. (1924). Contribution de l'érotisme oral à la formation du caractère. In : *Œuvres complètes*. Payot ; T II.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association ; Traduction française par J.D. Guelfi *et al.* Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd, texte révisé (Washington DC), Traduction française par J.D. Guelfi et al. Masson.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 158 : 1–52.
- American Psychiatric Association. (2004). Work group on Borderline Personality Disorder. Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. In : *Psychiatric disorders. Washington DC : Compendium* ; p. 754–833.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC
- Beck, A.T., & Freeman, A. A. (1990). cognitive therapy of personality disorders. The Guilford Press.

- Bernstein, D.P., Useda, D., Siever, L.J. (1993). Paranoid personality disorder : review of the litterature and recommandations for DSM-IV. *J Personal Disord*; 7 : 53–62.
- Bergeret, J. (1972). Les états limites et leurs aménagements. In *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. 7^e éd, 1998. 200-218. Masson.
- Bergeret, J. (1974). *Personnalité normale et pathologique*. Les structures mentales, le caractère, les symptômes. 3^e éd, 1996. Dunod.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. John Wiley & Sons.
- Chaine, F., & Guelfi, J.D. (1999). États limites. *Encyclo Méd Chir Psychiatrie*, Elsevier ; 37-395-A-10.
- Christophe, A. (2008). Troubles de personnalité. *La revue du praticien*. Vol 58 ; p. 551-556.
- CiOMPI, L. (1965). Hystérie et vieillesse. Étude catamnésique. In : *Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française*. 418–25. Masson.
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity*. Mosby ; 1941.
- Corruble, E., Ginestet, D., Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar depression : a review. *J Affect Disord*; 37 : 157–70.
- Costa, P.T., & Widiger, T. (1993). Personality disorders and the five-factors model of personality. *American Psychological Association*.
- Darcourt, G., Chaine, F., Guelfi, J.D. (2002). La personnalité borderline. In : A, Feline, J.D, Guelfi, P, Hardy. *Les troubles de la personnalité*. Flammarion Médecine-Sciences.
- Debray, Q., & Nollet, D. (1997). *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*. Masson.
- Delay, J., & Pichot, P. (1962). *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*. Masson.

Delay, J., Pichot, P., Perse, J. (1962). Personnalité obsessionnelle et caractère dit obsessionnel. Etude clinique et psychométrique. *Rev Psychol Appl*; 12 : 233–62.

Dubor, p. (1972). Structure psychotique. In J. Bergeret *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. 7^e éd, 1998. 172-177. Masson.

Ey, H. (1970). *Manuel de psychiatrie*. Masson.

Fanous, A.H., Neale, M.C., Gardner, C.O. (2007). Significant correlation in linkage signals from genome-wide scans of schizophrenia and schizotypy. *Mol Psychiatry*; 12 : 958–65.

Freud, S. (1970). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia paranoides. (le président Schreber) ». In *Cinq psychanalyses*. (M. Bonaparte et R. Loewenstein, trad, 4^e éd). 263-420. PUF. (Œuvre originale publiée en 1911).

Freud, S. (1999). Pour introduire le narcissisme. (J. Laplanche, trad, 12^e édition). In *La vie sexuelle*. 81-105. PUF. (Œuvre originale publiée en 1914).

Freud, S. (1968). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie*, (J. Laplanche et J-B. Pontalis, trad.). 145-171. Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1917).

Freud, S. (1978). Névrose et psychose. In *Névrose, psychose et perversion*, (D. Guérineau, trad, 3^e éd). 286-288. PUF. (Œuvre originale publiée en 1924).

Freud, S. (1938). Les différentes instances de la personnalité. In *Les nouvelles conférences de la psychanalyse*, (A. Berman, trad.). 78-107. Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1932).

Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*; 65 : 948–58.

Guelfi, J.D. (2002). La personnalité : théories et modèles généraux de description. In A. Féline, J.D. Guelfi, P. Hardy. *Les troubles de la personnalité*. Médecine-Sciences Flammarion.

Guelfi, J.D. (2013). Le concept de personnalité, du normal au pathologique. In: J.D. Guelfi & P. Hardy. *Les personnalités pathologiques*. 3-12. Lavoisier.

Guelfi, J.D. (2014) Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité. *L'Évolution Psychiatrique*. 79(1):55–67.

Guelfi, J.D., Cailhol, L., Robin, M., Lamas, C. (2011). États limites et personnalité borderline. *EMC Psychiatrie*, Elsevier; 37.395-A-10.

Gunderson, J., Ronningstam, E., Bodkin, A. (1990). The Diagnostic Interview for Narcissistic Patients. *Arch Gen Psychiatry* ; 47 : 676–80.

Gunderson, J.G., & Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*; 148 : 947–75.

Hardy, P., & Septier, M. (2013). Modèles descriptifs et classifications des troubles de la personnalité en psychiatrie. In j.D. Guelfi, P. Hardy. *Les personnalités pathologiques*. 47-57. Lavoisier.

Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality Individ Differ*; 1 : 111–17.

Hare, R.D. (1996). Psychopathy : A clinical construct whose time has come. *Crim Justice Behav*; 23 : 25–54.

Haynal, A. (1985). *Le Narcissisme. L'amour de soi*. Sand Tchou.

Israel, L. (2001). *L'hystérie, le sexe et le médecin*. Masson.

Jang, K.L., Livesley, W.J., Vernon, P.A., Jackson, D.N. (1996). Heritability of personality disorder traits : a twin study. *Acta Psychiatr*; 94 : 438–44.

Kagan, J. (2000). *La part de l'inné*. Bayard.

Kendler, K.S., McGuire, M., Gruenberg, A.M. (1993). The Roscommon family study, III : Schizophrenia-related personality disorders in relatives. *Arch Gen Psychiatry*; 50 : 781–8.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Privat.

Kernberg, O. (2009). Narcissistic Personality Disorders, part. I. *Psych Ann*; 39 : 105–67.

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal, S.S, Kety. *The transmission of schizophrenia*. Pergamon Press ; p. 345–62.

Klein, M. (1934). Contributions à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse*. 1968. 311-396. Payot.

Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Dans *Essais de psychanalyse*. 1968. Payot.

Kohut, H. (1975). *Le Soi : La psychanalyse des transferts narcissiques*. PUF.

Lebovici, S. (1985). L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. *Confront Psychiat*; 25 : 99–119.

Lemperière, T. (1968). La personnalité hystérique. *Confront Psychiat*; 1 : 53–66.

Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Elsevier Masson.

Livesley, W.J., West, M., Tanney, A. (1985). Historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. *Am J Psychiatry*; 142 : 1344–7.

- Loas G, Guelfi JD, Barrois C, Gruselle G. (1991). Les facteurs prédisposants des personnalités dépendantes. *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc*; 39 : 361–7.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Heun, R. (1994). Personality disorders among the relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*; 20 : 481–93.
- Meehl, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol*; 17 : 827–38.
- Morey, L.C., & Zanarini, M.C. (2000). Borderline personality : traits and disorder. *J Abnorm Psychol*; 109 : 733–7.
- Oldham, J., Skodol, A., Kellman, H. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*; 152 : 571–8.
- O'Neill, F.A., & Kendler, K.S. (1998). Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. *Br J Psychiatry*; 172 : 154–8.
- Organisation Mondiale de La Santé. (1992). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. CIM-10 Genève; Trad. française C.B. Pull. Masson.
- Patrick, C.J., Fowles, D.C., Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy : developmental origins of disinhibition, boldness and meanness. *Dev Psychopathol* ; 21 : 913–38.
- Pham, T.H., & Coté, G. (2000). Psychopathie : théorie et recherche. *Psychologie, Septentrion*, presses universitaires.
- Pierrehumbert, B., Iannotti, R.J, Cummings, E.M., Zan-Waxler, C. (1986). Attachement maternel et dépendance, quelques apports de la psychologie expérimentale. *Neuropsychiatrie Enfance*; 34 : 409–20.
- Pincus, A., & Lukowitsky, M. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*; 6 : 421–46.
- Pull, C.B., & Pull, M.C. (2002). Conceptions typologiques des troubles de la personnalité : critères diagnostiques et instruments d'évaluation. In A, Féline,

J.D, Guelfi, P, Hardy P. *Les troubles de la personnalité*. 81–108. Médecine-Sciences Flammarion;

Racamier, P.C. (1978). Les paradoxes des schizophrènes. *RFP* n°5-6 : 877-969

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry*; 110 : 406–16.

Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Curr Psychiatry Rep*; 11 : 89–93.

Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). Psychiatric Disorders in America. *The ECA Study*. Free Press.

Ronningstam, E., & Gunderson, J. (1990). Identifying Criteria for Narcissistic Personality Disorder. *Am J Psychiatry*; 147 : 918–22.

Sabran, V., & Féline, A. (2002). La personnalité narcissique. In A, Féline, J.D, A, Guelfi, P. Hardy. *Les Troubles de la personnalité*. 245–56. Médecine-Sciences Flammarion.

Saoud, M., & Dumas, P. (1999). Modèles de vulnérabilité à la schizophrénie. In J, Daléry, T, d'Amato. *La schizophrénie - recherches actuelles et perspectives*. 81–99. Masson.

Siever, L.J., Friedman, L., Moskowitz, J. (1994). Eye movement impairment and schizotypal psychopathology. *Am J Psychiatry*; 151 : 1209–15.

Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S. (2010). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorders over two years. *Psychol Med*; 35 : 443–51.

Thomsen, PH., & Jensen, J. (1994). Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability. A case-register study. *Acta Psychiatr Scand*; 90 : 19–24.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*; 58 : 590–6.

Torres, A.R., Moran, P., Bebbington, P. (2006). Obsessive-compulsive disorder and personality disorder : evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 41 : 862–7.

Wang, J., Miyazato, H., Hokama, H. (2004). Correlation between P50 suppression and psychometric schizotypy among non-clinical Japanese subjects. *Int J Psychophysiol*; 52 : 147–57.

Widlöcher, D. (1979). Les états-limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. *Perspectives Psychiatriques*; 70 : 7–11.

Widlöcher, D. (1994). La relation narcissique, chap. 14. In : *Traité de Psychopathologie*. PUF. p. 421–38.

Yovel, I., Revelle, W., Mineka, S. (2005). Who sees trees before forest ? The obsessive-compulsive style of visual attention. *Psychol Sci*; 16 : 123–9.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 155 : 1733–9.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*; 39 : 296–302.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology : 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 160 : 274–83.