

جامعة محمد بوضياف _ المسيلة_

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



محاضرات في مقياس اضطرابات الشخصية

عند الراشد

مطبوعة بيداغوجية لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

إعداد الأستاذة:

أسماء براهيم

السنة الجامعية: 2020-2021

الدكتورة: إبراهيمي أسماء

مقياس: اضطرابات الشخصية عند الراشد

المستوى: السنة الثالثة عيادي

الدرس الأول:

التذكير بالمفاهيم الكبرى في علم النفس المرضي

مقدمة:

لم تتل أي ظاهرة معرفية من الاهتمام والدراسة قدر ما ناله مفهوم البنية في القرن الحالي، حيث أصبح هذا المفهوم يحتل مكان الدراسة في مختلف الدراسات الإنسانية الحديثة سواء كانت هذه الدراسات نفسية أو اجتماعية أو لغوية .

مما يشير إلى أن مفهوم البنية لم يعد يقتصر على الدراسات اللغوية وتشعباتها وإنما امتد ليشمل مختلف العلوم الإنسانية دون استثناء .

البنية:

1- مفهوم البنية:

لغة: يذكر ابن منظور: " أن كلمة بنية تشق من الفعل بنى، والذي يدل على معنى التشييد والعمارة والكيفية التي يكون عليها البناء ¹ .

وفي النحو تتأسس ثنائية المعنى والمبنى على الطريقة التي تتبنى بها وحدات اللغة العربية، والتحويلات التي تحدث فيها، فالزيادة في المبنى زيادة في المعنى، وكل تحول في البنية يؤدي لتحول في الدلالة .

اصطلاحاً: يرى جون بياجيه أن البنية هي: نسق من التحويلات يحتوي على قوانين خاصة، وهذا النسق يظل قائماً ويزداد بفضل الدور الذي تقوم به هذه التحويلات، ودون أن يكون من شأن التحويلات أن تخرج عن حدود ذلك النسق ² .

¹ ابن منظور جمال الدين أو الفضل محمد بن مكرم، لسان العرب، دار المعارف، لبنان، 1119م، ص79.

² وحسن علي، مصطلح البنية، موقع الثقافة الإلكترونية، 2007م، ص02.

-ويعتبر البعض بأن: موضوع البنيوية هو كل هذه الأشياء المحسوسة أو المتصورة أو المدركة، وأن التصور البنيوي للأشياء هو الذي يمنح البنيوية طابعها الشمولي ..بمعنى استغراقها لتلك الأشياء تصورياً .

-البنية هي نوع من التركيب الخاص بالكائنات أو الأجسام، ونوع التركيب هو الذي يعطي نوع البنية¹.

-كما تعرف البنية عند الجشطالتيية بأنها: " مجموع لا يتجزأ مدرك كلياً من طرف الفرد، ولس للجزء معنى إلا بالكل .

مفهوم البنية في علم النفس المرضي:

يعرف جون بياجيه: البنية النفسية بأنها تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتا سيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية².

-كما أن فرويد حاول إعطاء مفهومه البنية من خلال قوله: " إذا سقط بلور من الكريستال فإنه لا يتكسر بأي حال من الأحوال، بل حسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصة بكل جسم، وهذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور، أو يوضع تحت جهاز خاص، وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج"³.

وقد ربط بارجوري مفهومه البنية في إطار على النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء واللاسواء، مركزاً على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح

¹ بدرة معتصم ميموني، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005، ص57.

² بدرة معتصم ميموني، نفس المرجع، ص57.

³ بدرة معتصم ميموني، مرجع سابق، ص 57.

في أي لحظة لا سويًا وينتسكس، ودون أن يناقش بالضرورة وضعه السوي السابق، بشرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي، لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة¹.

كما يرى أن تشخيص السواء يتطلب فحصاً للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة، فمفهومه السواء لديه يتعلق بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط، سواء كانت عصابية أو ذهانية، في حين تناسب المرضية انقطاعاً ضمن نفس الخط البنيوي .

ويتفق بارجوري مع فرضية دياتكين القائلة: " بأن مفهومه السواء يجب أن يكون مستقلاً عن مفهومه البنية، لذلك فإن الفرد بإمكانه أن يكون سويًا دون أن يبلغ المستوى الأوديبي، يجب أن تصنف ضمن مستوى أعلى من التنظيم البنيوي الذهاني"².

-إذ يعمل بارجوري بمفهومه الطبع، الذي يشكل حسب "الصدى العلائقي الغير مرضي للبنية"، والذي يفترض أن: " أي تنظيم بنيوي للشخصية يمكن أن يتجلى في الحياة العلائقية، سواء على شكل عناصر للطبع في حالة التكيف السوي، أو على شكل أعراض في حالة اللاتكيف والمرضى ".

2-تكوين بنية الشخصية:

مراحل تكوين بنية الشخصية حسب بارجوري هي:

-المرحلة الأولى: تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسي جسدي، ولكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجياً مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج، والعناية، والعلاقة

¹ عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي، ج1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008م، ص37.

² عبد الرحمان سي موسى ومحمود بن خليفة، نفس المرجع، ص38.

مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول فريد

-**المرحلة الثانية:** يتطور الليبدو ويتقدم في سيرورته، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية، والأنا يتطور ويستعين بالآليك الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية، وهنا يتطور الليبدو ويتقدم تبعاً ل:

-العلاقة مع الوالدين، وخصوصاً الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط.

-تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصددمات وتقمصات إيجابية .

-تبدأ ميكانزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية .

- تنتظم تدريجياً نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فتنجح منظمة داخلية ذات خطوط إنشطار وتلاحم، والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد .

المرحلة الثالثة: مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي ما دام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي أو صراعات قوية...الخ)، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخاً في البنية، وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها.

-فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا والنزوات، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرة الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين البنيتين، ما يعرف بالتنظيمات الحديدية أو البينية، وتضمن الأمراض السيكوسوماتية والسيكوباتية والانحرافات .

وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة لتغيير، وليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور إلى مسار الذهان أو العصاب¹.

3- مكونات البنية النفسية:

تقتض وجهه النظر هذه تمايزا في الجهاز النفسي إلى عدد من الأنظمة تتميز بخصائص مختلفة، وأركان تتوزع تبعاً لنظام خاص بالنسبة لبعضها البعض، فهي أنظمة منفصلة ومتصلة ومستقلة ذاتياً، تعمل في تناغم وتعاون، أي أن هناك تداخل كبير في عمل هذه الأنظمة، فكل نظام له أسلوبه ومبادئ تحكمه، يعمل من خلاله على معالجة الحوادث والإحساسات التي يتعرض لها، فيؤثر على الطاقة التي تعبر من خلاله، ونميز في هذا الإطار موقعتين:

1- تتعلق الأولى بأنظمة: اللاشعور-مما قبل الشعور -الشعور.

2-والثانية تتعلق بالأركان التالية: الهو -الأنا-الأنا الأعلى .

3-1-الموقعية الأولى:

أ-الشعور: الشعور هو منطقة الوعي الكامل، والاتصال بالعالم الخارجي والجزء السطحي فقط من الجهاز النفسي².

ب-ما قبل الشعور: يرى مارتي: " أن ما قبل الشعور نظام جوهري في الجهاز التنفسي، نوعيته تتوقف على ثلاثة عناصر أساسية وهي كما يلي:

-أولاً: سمك ما قبل الشعور الذي يتميز بمدى اتساع شبكة التصورات ومجمل الطبقات المكونة لها وعلى نوعية وكمية هذه التصورات .

¹ بدرة معتصم ميموني، مرجع سابق، ص38.

² كمال أحمد سمير، سيكولوجية الشخصية، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، 2003م، ص38.

ثانيا: مدى نفوذ سيره المتمثلة في حركية التصورات داخل هذه الشبكة .

ثالثا: مدى توفر التصورات في كل وقت " ¹ .

ج-الاشعور: تؤكد نظرية التحليل النفسي مبدأ الحتمية في الحوادث وترى أن يعني الحوادث لا تظهر لنا أسبابها لتعقيدها وعجز الفرد عن وعي أسبابها الموجود في الفعالية اللاشعورية، والفعالية اللاشعورية جزء من الفعالية النفسية التي تأخذ مجراها عند السوي وغير السوي، من الأفراد ولكن دون أن يعيها أو يشعرها، من هنا يأتي مفهوم اللاشعور عند فرويد، الذي تقع فيه حالات نفسية كثيرة لا يعيها صاحبها ولا تكون مجال الشعور مباشرة .

يشير التحليل النفسي إلى الفعالية النفسية اللاشعورية لا تسير وفق المنطق أو الزمان أو المكان، أو الشك أو مبادئ الأخلاق، ويلاحظ فيها الأضداد والمناقضات أما الفعاليات الشعورية فهي عقلانية لا منطقية، ثم إن عملية اللاشعور تخدم عرض إطلاق القوى الجنسية دون اعتبار ما ينجم عن ذلك من تأثير الفرد وتكوينه إن المبدأ الذي يحكمها هو مبدأ اللذة البحث عن اللذة وتحقيقها مباشرة ونحن نعلم أن هناك ما يقف في طريق تحقيق اللذة ويؤخرها أو يؤجلها بتأثيري من الواقع، ويتدخل من الفاعلية النفسية الشعورية ومن هنا يكون الصراع والصدام بين ما يدفع إلى تلبية غرض اللذة وما يدعوا إلى متع ذلك أو تأجيله².

3-2-الموقعية الثانية:

¹ موسى عبد الرحمان وزقار رضوان، الصدمة والحداد عند الطفل و المراهق، جمعية علم النفس، الجزائر، 2002، ص13.

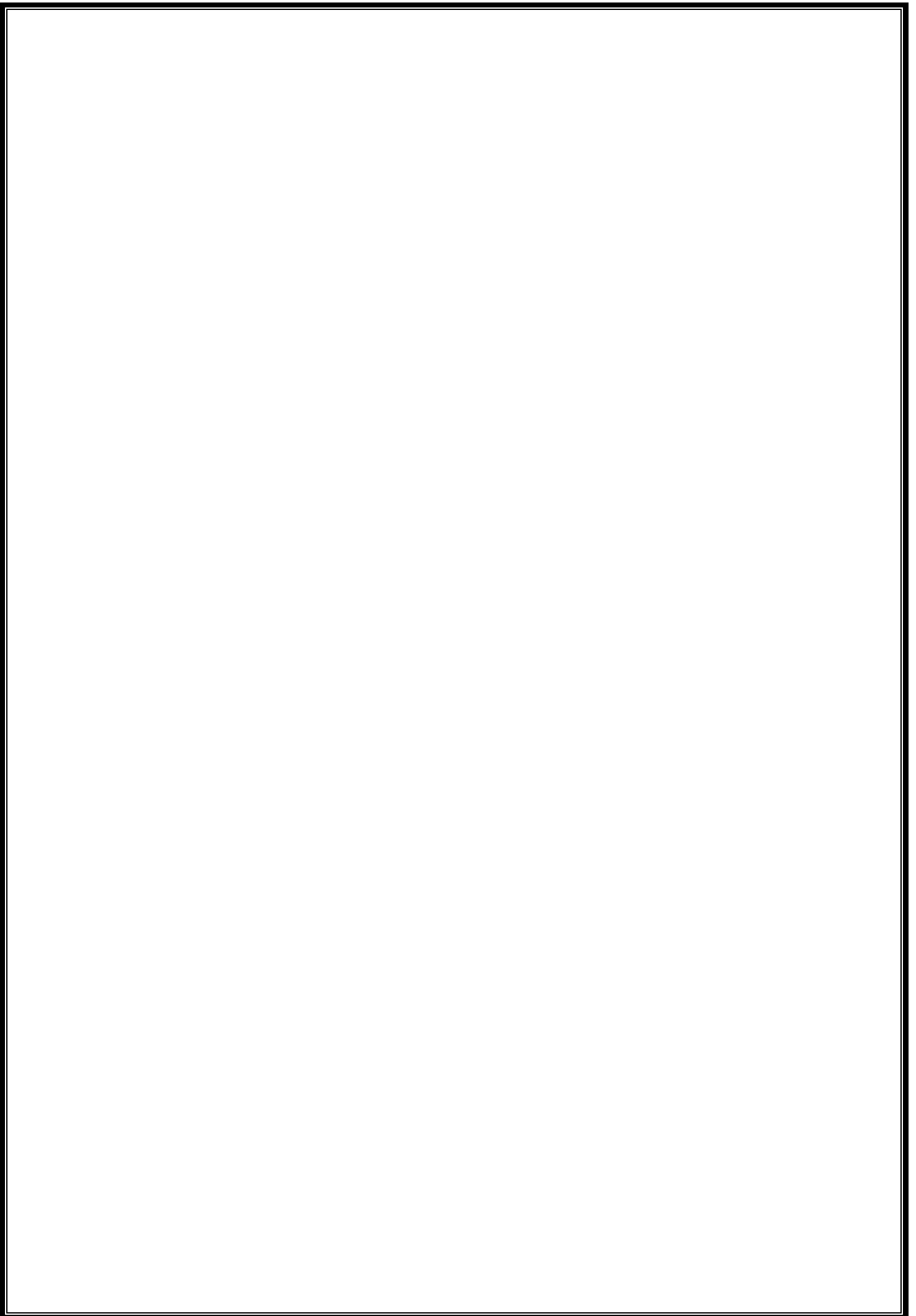
² الحجار محمد حمدي، المدخل إلى علم النفس المرضي، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، 1998، ص44-45.

أ-الهو: إنه أحد الأركان الثلاثة التي ميزها فرويد في نظريته الثانية عن الجهاز النفسي، يكون الهو القطب الشخصية النزوي، وتكون محتوياتها التي تشكل التعبير النفسي للنزوات لا واعية، وهي وراثية فطرية في جزء منها، ومكبوتة مكتسبة في الجزء الآخر¹.

ب-الآنا: يعمل الآنا وفق مبدأ ومهمته الأساسية تتمثل في " المحافظة على الشخصية وحمايتها من الأخطار وإشباع متطلباتها بشكل لا يتعارض مع الواقع وظروفه ويتكفل الآنا بالدفاع عنها وضمان توافقها مع البيئة وحل الصراع بين الكائن الحي والواقع وبين الحاجات المتعارضة للكائن الحي².

¹ لابلاش جان وبونتاليس، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة حجازي مصطفى، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، 1985م، ص570.

² مدثر سليم أحمد، الصحة النفسية، المكتب العلمي للكمبيوتر، الإسكندرية، 2003م، ص74-75.



المحاضرة الثانية 02

ميكانيزمات الدفاع النفسي / العرض والمرض

➤ ميكانيزمات الدفاع النفسي

مقدمة:

يعد مفهوم الميكانيزمات من أهم المفاهيم التي توصل إليها فرويد والتي تؤدي إلى فهم الانسان للإنسان وطبق لما ذكره فرويد 1959 فإن ميكانيزمات الدفاع تتضمن جميع الأساليب الفنية التي تستعملها الأنا في الصراعات التي قد تؤدي إلى العصاب ومن المفترض أنها تعمل على مستوى اللاشعور من خلال ملاحظة الأعراض النفسية الجسمية أو من خلال وجود سلوك مخالف أو غير مناسب كما أن هذه الدفاعات أيضا تقلل القلق وتعيد أو تعلي من احساس الفرد بالرفاهية أو السعادة.

ولقد وصفها فرويد على أنها الأساليب التي تشتغلها الأنا في الصراعات التي تؤدي إلى الاضطراب العصبي.

وطبقا لنظرية التحليل النفسي فإن النماذج الأصلية البيولوجية للدفاعات السيكلوجية تعمل في الطفولة ومع النمو تتحول إلى دفاعات سيكلوجية، تحدث تأثير قوي لكي تتوصل إلى الحقيقة وفهم الواقع فالدفاعات تنتقي ما تتذكره وتحدد كيفية تفسيرنا لما ندركه.

تعريف آليات الدفاع النفسي:

تعريف فرويد: الميكانيزمات الدفاعية هي حيل أو آليات يستخدمها الأنا ليحتال بها على الخبرات الغير سارة والموضوعات التي يأتي منها الألم فينكرها أو يزورها أو يحرفها ولا يتعامل معها مباشرة بالطرق المنطقية وهذه الحيل يأتي بها الأنا تلقائيا كلما استشعر العجز ودون أن يدري ويقال لذلك أنها لا شعورية أو تعمل لا شعوريا (فيصل عباس، 1996، ص35).

تعريف زهران: هي محاولات لإبقاء على التوازن النفسي من أن يصاب بأي اختلال وهي آليات عادية يتخذها كل الناس سواء أصحاء أو مرضى والفرق بينهما هو تمكن ونجاح الأول وإخفاق الثاني، أي وجودها بصورة معتدلة عند الأول وبصورة مفرطة عند الثاني (علي، 2004، ص 36).

تعريف فراج عثمان لبيب: هي أنماط مختلفة من العمليات التي لا تستهدف حل الأزمة النفسية بقدر ما تهدف إلى الخلاص من مشاعر التوتر والقلق والوصول إلى قدر من الراحة المؤقتة، وهي أساليب لا واعية تسعى لحماية الذات من التهديدات الداخلية والخارجية معا (فيصل عباس زهران، 1990، ص 28).

- الميكانيزمات الدفاعية إذن هي استجابات لا شعورية يستخدمها الناس في عملية توافقهم وذلك بإخفاء القلق عن إدراكهم وعن الآخرين.
- لقد ناقش " Annaa Freud " ميكانيزمات الدفاع مناقشة دعمتها بالأدلة والاستنتاجات أشارت فيها إلى الميكانيزمات الدفاعية في الشخصية وإذا كانت الدول تلجأ إلى الدفاع عن أمنها إذا أحست بالخطر والتقليد فإن الفرد بصورة مماثلة لا يلجأ للميكانيزمات الدفاعية إلا إذا أحس بالخطر بالخطر والتهديد.

خصائص العامة لميكانيزمات الدفاع:

- ❖ آليات الدفاع هي أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها وتتنوع الآليات السائدة تبعا لنمط الإصابة أو الاضطراب وتبعا للمرحلة التكوينية للمصاب وكذلك لدرجة إرسان الصراع الدفاعي.
- ❖ للمرحلة التكوينية للمصاب إن ميكانيزمات الدفاع عند الآنأ هي وسائل غير منفعة لمواجهة القلق ذلك لأنها تشوه الواقع أو تخفيه أو تنكره وتمنع النمو النفسي تقيد الطاقة النفسية التي قد تستخدم في وجوه أكثر فاعلية لنشاط الآنأ، وحين يغدو الدفاع بالغ النفوذ فإنه يسيطر على الآنأ ويعوق مرونته وقابليته للتكيف وأخير إذا فشلت وجوه الدفاع لم يعد للآنأ ما يعتمد عليه فيكتسحه القلق والنتيجة انهيار نفسي.
- ❖ فلم إذا توجد وجوه الدفاع ما دامت مؤذية من جوانب عديدة؟ السبب هو أن وجوهها هو أمر لأن للنمو، إن الآنأ الطفولي أضعف من أن يؤلف وينسق بين جميع المطالب المطلوبة منه فالآنأ يتخذ وجوه الدفاع عنده بمثابة إجراءات وقائية، فإذا لم يستطع الآنأ تخفيف التوتر بالوسائل العقلية لأن بأجراءات من قبيل إنكار الخطر (الكبت) وإخراج الخطر (إسقاطه) وإخفاء الخطر (تكوين رد الفعل) النكوص (التراجع).
- ❖ يستخدمها جميع الأشخاص لا شعوريا في مواقف مختلفة سواء عند الأسوياء أو المرضى لا يمكن اعتبارها سمة مميزة للأمراض النفسية.
- ❖ وسائل الدفاع مبرهنة علميا و لا خلاف حولها وهي إحدى اقسام جهاز المناعة النفسي.
- ❖ تشير نتائج الدراسات الطولية الواسع لعلم نفس الآنأ إلى أن وسائل الدفاع تنمو وتتغير خلال مجرى الحياة إلى أشكال أكثر إبداعية وحكمة على عكس ما تصوره فرويد أنهما تتشكل خلال السنوات الخمس الأول من الحياة وتبقى ثابتة مدى الحياة.

تصنيف ميكانيزمات الدفاع:

❖ ميزت " Anna Freud " في كتابها الأناوميكانيزمات الدفاع بين 4 أنواع من آليات الدفاع:

- آليات تنشأ من الصراع بين الغرائز .

- آليات تنشأ من قوة الغرائز .

- آليات دفاع تنشأ من الخوف من العالم الخارجي .

- آليات دفاع تنشأ من الشعور بالذنب .

❖ وهناك من العلماء من يقسمها إلى آليات دفاع بدائية ومتطورة بسيطة أو مركبة ناضجة وغير ناضجة، وقد قسم " جورج فيلانتي George Filant " آليات الدفاع الأكثر أهمية إلى أربع مجموعات:

• ميكانيزمات الدفاعية الذهانية:

- تمثل الحل الأبسط لصراع نفسي، إذ يتم إنكار الواقع أو نفيه ، فالأم تنتظر عند النافذة عودة ابنها المتوفي، تقوم بعملية " إنكار للواقع أو تسوية الواقع الخارجي كي يتلاءم مع ضرورة داخلية نفسية فهو أكثر تكلفة من مجرد الإنكار البسيط للحقائق .

- أما الأشكال البدائية من وسائل الدفاع فهي نوع من برامج الطوارئ للنفس يكون في الطفولة المبكرة جاهزا للتدخل بشكل مباشر ويؤثر بسرعة لحماية الأنا من أي تشوش طارئ مفاجئ. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 250)

• وسائل الدفاع العصابية: هي وسائل لا تقوم كثيرا على خداع الذات الشديد وتشويش الواقع ولا تهدف إلى حلول من كل شيء أو لا شيء وإنما تجد إلى حلول وسط بين التوقعات ومتطلبات العالم الخارجي والضرورة الداخلية، لهذا لا تبدو الآليات الدفاعية العصابية أقل شذوذا وأقل مرضية من الوسائل (الآليات) الأخرى، فالعصابيين لا يهربون من الواقع بل يحاولون تنسيق أفكارهم ومشاعرهم الداخلية بشكل لا يعيق فيه هذه

الأفكار حياتهم اليومية بشكل كبير وتعد الإزاحة من كلاسيكيات ميكانيزمات الدفاع هذه تم ففيها تم إزاحة رغبة دافع غير مقبول يعلق الأنا ويثير دائما صراعات معذبة جديدة إلى موضوع يبدو غير مؤذ. كما أ، العقلنة أو التبرير هي محاولة للسيطرة على المشاعر المهددة بطريقة مقبولة إذا يتم من فصل المشاعر عن الأفكار التابعة لها وبالتالي يمكن قمع ألم الحزن. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 252)

• وسائل الدفاع غير الناضجة:

- هي من الوسائل الأكثر دهاءا، ويتم استخدامها لمواجهة الصراعات التي تستثمر لفترة طويلة جدا، وتبدو غير قابلة للحل، وغالبا ما تبدو وسائل الدفاع غير الناضجة غريبة ومثيرة للتعجب بشكل غير عادي للمراقب الخارجي، وهي عندما تبدأ بالسيطرة على الحياة النفسية لإنسان ما فإنها غالبا ما تتحول إلى جزء أساسي من سمات الشخصية، حيث تغلب على هذه الشخصية الصفات البارانونية أو الفصامية.

• وسائل الدفاع الناضجة:

- هي من الآليات الدفاعية المتطورة جدا تشبه العمليات الكيميائية التي كانت سائدة في القرون الوسطى، فمن التبن يتم التوهم بإمكانية الحصول على الذهب والتبن هنا هو الخبرات المزعجة والمؤلمة والذهب هو الاستراتيجية الناجحة للتعامل مع الحقائق العشوائية والمؤلمة. والنضج يعني القدرة على التعبير عن المشاعر حتى السلبية دون الضرر بالذات، ويبين كثيرا وسائل دفاع الأنا. (سامر جميل رضوان، 2007، ص

<p>العصاب (Névrose) الإحصاء (castration) ↓ الأنا والدوافع Les pulsions du ca—moi ↓ تناسلية (Génitale) (1+2=3) ↓ الكبت (Refoulement) العزل (isolation) إلغاء (annulation) الإزاحة (déplacement) السامي (sublimation) التبرير (Rationaliation) التقمص (Identification)</p>	<p>التنظيم الحدي (etat—limite) ضياع الموضوع، فقدان (Abandon، perte) ↓ مثال الأنا مع الهو Cac----Idéal du ↓ moi</p>	<p>Psychose الذهان (morcellement) تقسيم القلق Neati station إبادة الموت mort ↓</p>	<p>القلق (Angoisse)</p>
		<p>الهو مع الواقع Ca-----réalité</p>	<p>الصراع (conflit)</p>
	<p>انكالي (Anachitique) (1+2=2) ↓</p>	<p>اندماجي (fusionnelle) (1=2+1)</p>	<p>العلاقة بالموضوع Relation dobjet</p>
	<p>Clivage de lobjet (انقسام ضياع الموضوع) -الانكار dénégation) - الإسقاط (projection)</p>	<p>Clivage du moi (انشطار الأنا) -الانكار (déli) -الإسقاط (projection) -نفي الواقع</p>	<p>آليات الدفاع Mécanisme de eléfence</p>

	المثالية (Idéalisation)		
--	----------------------------	--	--

مخطط بين المقارنة بين البنات الأساسية وأهم الآليات الدفاعية في كل بنية

Nérose العصاب	Etat – Limite التنظيم الحدي	Psychose الذهان
------------------	--------------------------------	--------------------

- تعريف أهم الآليات الدفاعية:

1- الكبت: آلية دفاعية يلجأ إليها الأنا لطرد الدوافع والذكريات والأفكار المؤلمة وإجبارها

على التراجع إلى اللاشعور، فماهيته تتمثل في عملية الإقصاء من الشعور والإبعاد عنه حيث يعرفه:

برجوري: على أنه عملية فعالة تعمل على إبقاء التصورات غير المقبولة خارج الشعور. يمكن للكبت أن يعرف كسيرورة نشطة موجهة للحفاظ خارج الشعور التصورات غير المقبولة، ونميز ثلاث مستويات لهذا الميكانيزم الدفاعي.

- الكبت الأصلي وهو لا ينص على الثروة بحد ذاتها بل على إثارتها وعلى تصوراتها التي لا تنفذ إلى الوعي والتي تظل التورة مثبتة عليها.

- وهكذا تنشأ نواة أولى لا شعورية تلعب دور القطب الجاذب تجاه العناصر التي ستكبت لاحقاً، وهكذا سيكون الكبت الفعلي حيث يقوم على حركة مزدوجة وجذب من طرف تثبيبات الكبت الأولى ودفع من طرف الهيئات المانعة.

- المستوى الثالث هو عودة المكبوت على شكل أعراض أحلام وهفوات، أي افراز سيرورات الكبت مخرج وظيفي ومفيد " أحلام والهفوات ".

2- الإسقاط: يدل الإسقاط على العملية التي يطرد بها الشخص من ذاته لبعض الصفات والمشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي ينكرها أو يرفضها في نفسه كي يوضعها في الآخر سواء كان هذا الأخير شخص أو شيئاً آخر. في مفهوم النزوة الفرويدي فإن العضوية تخضع تبعاً لفرويد لنوعين من الاثارات المولدة للتوتر:

- النوع الأول من الإثارات التي يمكنه التهرب منها أو حماية نفسه منها.
- النوع الثاني يتكون من الإثارات التي لا يمكنه التهرب منها أو حماية نفسه منها ولا يوجد أي جهاز حماية أو صد بلا اثارات في مواجهتها في البداية ذلك هو المحك الأول للتمييز الداخلي عن الخارج.
- يرى فرويد أن الإسقاط إدراك داخلي مكبوح بعد تعرض محتواه إلى تشويه يصل إلى الوعي على شكل إدراك تابع من العالم الخارجي، فمكانيزم الإسقاط يعود لنظام اللاشعور وهو يحكم انتقاله من اللاشعور إلى الشعور يصبح مشوهاً حتى لا يتم منعه من البروز.
- إن الإسقاط سياق دفاعي يحكمه مبدأ اللذة والذي بواسطته يدفع الآن نحو العالم الخارجي رغبات وأفكار لا شعورية تكون شاقة إذا نفذت للشعور، مثلما يحدث في الاختبارات الإسقاطية، وذلك حتى لا يشعر الأنا أنها تنتمي إليه مما يسبب له توتراً اتجاه هذا الوجدان على اعتبار أن العضوية تفصل الإحساس بالتهديد من أشياء ذات مصدر خارجي.

3- النكوص: آلية دفاعية تقوم على الرجوع المنظم والمؤقت لأنماط تعبيرية سابقة للفكر للسلوك والعلاقات الموضوعية مقابل خطر داخلي أو خارجي مثير للقلق. يقصد بالنكوص عملية نفسية تتضمن معنى المسار أو النمو بالمعنى الزماني يفترض تتابعياً تكوينياً، بدل على عودة الشخص إلى مراحل سبق له أن تجاوزها في نموه، مثل

المراحل الليبيدية وعلاقات الموضوع وبالتالي العودة إلى التكوينات سابقة وأكثر قدما أما بالمعنى الشكلي فيعني النكوص التراجع إلى أساليب من التعبير والتصرف ذات مستوى أدنى من ناحية التعقيد والانباء والتمايز.

- تكلم فرويد عن نكوص التروات ونكوص الآنا والآنا الأعلى وتعتبرها سياقات طبيعية تنتج عن مرونة الشخص الذي هو طريق هو في طريق النضج، فتخدم هذه النكوصات الدفاع والتكيف في نفس الوقت وهي في كلاهما تساعد على الحفاظ على الحالة الطبيعية.

- يعتبر النكوص حيلة لتبرير الفشل في التكيف، فعندما يواجه الإنسان صراعا نفسيا حادا لم يسبق له معاشة ولا طاقة له عليه، فإنه يتراجع إلى أدوار سابقة من عمره كأن يردد من شخص راشد غالي فرد صغير فيتصرف وفق تلك المرحلة من الخوف والدلال، الحاجة إلى والتعلق بالآخرين.

4- الإنكار: وسيلة يلجأ إليها الشخص الذي يبوح بإحدى أفكاره، ورغباته أو مشاعره التي كانت مكبوتة في اللحظة ولكن يستمر في نفس الوقت في الدفاع عن نفسه من خلال إنكار تبعيتها له، عرف بيرون PERRON:

أن الإنكار يترجح بداية الاعتراف وقول شيء ما كان حتى اللحظة مكبوتا.

- يجدر التمييز بين الإنكار والنفي، وهذا الأخير عن إلغاء حيث يتعلق النفي باستبعاد أو حذف تصور مزعج، ليس بالمحي (الإلغاء) أو بالرفض (الإنكار) ولكن بنفي الواقع وحتى التصورات المرتبطة به أي رفض إدراك واقعة تفرض نفسها في العالم الخارجي.

5- العزل: تتلخص في عزل أحد الأفكار أو التصرفات وصولا إلى قطع روابطه ببعض الأفكار الأخرى ومن عمليات العزل حالات التوقف في مجرى التفكير أو الصيغ أو

الطقوس وكل الإجراءات التي تتيح على وجه الإجماع لإقامة هوة في التسلسل الزمني الأفكار والأفعال يتلخص العزل في فصل روابط تداعيات فكرة أو فعل ما يسبقها وما يتلوها في الزمن على وجه التخصيص وعليه يحمل مصطلح العزل معنيين.

- استبعاد الوجدان المرتبط بتصور (فكرة، ذكرى ...) صراعي بينما التصور المقصود يبقى شعوري.

- انفعال، اصطناعي بين فكرتين أو سلوكيين هما في الأصل متصلين وارتباطهما أو علاقتهما لا يمكن الاعتراف بها دون قلق لدى الشخص.

6-العقلنة: عملية أين يحاول الفرد من خلالها إعطاء صياغة منطقية لصراعاته وانفعالاته بهدف السيطرة عليها، أي تغليب التفكير المجرد على بروز الانفعالات و الهوامات والاعتراف بها حيث أن التعرف فيحدث القلق تصفها أنا فرويد بأنها عملية يحاول الأنا من خلالها السيطرة على النزوات من خلال ربطها بالأفكار ويمكن التعامل الواعي معها، فلا يعترض الفرد إلى مشكلاته إلا بأسلوب عقلائي.

العرض والمرض

كان أول وأهم ما حققه الطب النفسي بجميع الأعراض الخاصة بكل مرض نفسي أو عقلي تمهيدا لتسمية الأمراض وتصنيفها ووصف كل مرض منها بمجموعة أعراض .

وكان من الواضح منذ البدء أيضا أن العرض ليس هو المرض ولا هو سبب المرض وإنما هو مظهره الخارجي وعلامته الدالة سطحياً .

ولهذا يصح القول بأن العرض هو ظاهر المرض لإبطانه وإشارة وجوده لا نوعه أو حقيقته .

وفي هذا الصدد جاء بحثنا هذا بعنوان العرض والمرض. متضمنا تعريفاتهما وأهدافهما وتصنيفاتهما وأهم الفروق بينهما .

تعريف العرض: SYMPTOMS

لغة: يقصد به في الطب " ما يحسه المريض من الظواهر الدالة على المرض . [ج. أعراض]⁶.

اصطلاحاً: العرض هو إشارة المرض أو علامته الدالة عليه وهو نذير عدم الصحة أو لسوء التوافق وينظر إليه الطب الحديث على أنه مجرد ناقوس الخطر والإشارة الحمراء المؤدية للمرض⁷.

كما أنه تختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافا كبيرا فقد تكون شديدة وقد تكون مخيفة لدرجة أنه يصعب تمييزها.

*لماذا يظهر العرض ؟ لأن نفسية الإنسان لا تستطيع العمل .

الأستاذة : إبراهيمي أسماء

مقياس اضطرابات الشخصية عند الراشد

* ما هو أصل الأعراض: يمكن أن يكون أصلها في الموارد اللاشعورية التي تسيطر على المستوى الشعوري للشخصية .

زملة الأعراض Syndrome :

مصطلح يقصد به ظهور الأعراض في مجموعة أو زملة بعينها ويغلب استخدام المصطلح في الطب النفسي حيث تتزامن أعراض بعينها أو علامات مرضية معاً⁸.

وهذه المجموعة هي التي تحدد المرض ونفرد بين مرض آخر .

رمزية الأعراض:

يعتبر العرض رمز يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي، وقد يكون للعرض معنى رمزي ذو أهمية أكبر من مظهره⁹.

فظاهرة العدوان عند الطفل قد تكون تعبيراً عن حاجة لتأكيد الذات مثلاً فالعرض يكون وسيلة لصيانة قيمة الذات وطريقة للتوافق النفسي كما أنه رد فعل

أهداف الأعراض:

لكل عرض هدف أو مجموعة من الأهداف نذكر منها: ¹⁰

الأهداف الأولية: وهي الأهداف الذاتية التي يكون في تحقيقها منها ما يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى

منها: السيطرة على القلق- حل الصراع- تحقيق أو تدعيم كتب وكف الدوافع

الأهداف الثانوية: وهي الأهداف الخارجية التي يكون في تحقيقها مغنم وأرباح بهدف تحقيق التغلب على العقبات البيئية والاجتماعية والاقتصادية وتهيئة جو أكثر ملائمة لحالة الفرد النفسية منها:

استدرار العطف واستلفات الانتباه واستجلاب اهتمام الآخرين الهروب من المآزق والمواقف العسرة التحكم في بعض الأشخاص والسيطرة عليهم وإرغامهم على الالتفات حوله والالتصاق به وإشباع حاجاته وتلبية مطالبه وتحقيق رغباته .

تصنيف الأعراض:

الأعراض متداخلة وبشكل كبير وذلك لأن الجهاز النفسي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة.

وهذا وتختلف الأسس التي تصنف وفقها الأعراض وأهم هذه التصنيفات ما يلي: ¹¹

1-الأعراض الداخلية: لا تلاحظ مباشرة وإنما تظهر من خلال تعبيراتها السلوكية مثل "الخوف"

2-الأعراض الخارجية: وتكون ظاهرة وواضحة مثل: فرط إفراز العرق أثناء القلق أو التعمد في حالة العصاب .

بالإضافة إلى بعض الأعراض الأخرى: ¹²

3-الأعراض عضوية المنشأ: وهي التي تصدر عن عوامل عضوية، أي نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية، أو أي اضطراب آخر. وتكون هذه التغيرات إما داخلية نتيجة تخلف تكويني أو تغير في تركيب المخ: كتغيرات الأوعية الدموية في تصلب الشرايين المخ أو نمو

الأستاذة : إبراهيمي أسماء

مقياس اضطرابات الشخصية عند الراشد

جديد في المخ على شكل ورم" وإما خارجية كاستجابة لعوامل خارجية كانتقال المرض infection أو التسمم .

4-الأعراض نفسية المنشأ: فهي عموماً تغيرات عن اللاشعور وقلماً يكون المريض على وعي بها أو بأسبابها أو دلالتها إلا أنه يشعر بأن هناك متاعب وأعراضه هذه هي سلاح واهم الأعراض النفسية هي: ¹³

5-أعراض نفسية جسمية: وتشمل الاضطرابات في الجهاز الدوري-الجهاز التنفسي-الجهاز الهضمي-الجهاز الغدي، الجهاز البولي.

أنواع الاضطرابات: ونذكر: ¹⁴

1-الاضطرابات النفسية والجسمية:

الذهانية -العصابية-اضطرابات الوعي-اضطرابات الاكل والنوم الجنسية-اضطرابات الشخصية -الاضطرابات النفسجسمية.

2-الاضطرابات النمائية والمعرفية:

العقلية-الحسية-اضطراب العمليات المعرفية-اضطرابات التواصل.

3-الاضطرابات النفسية في مراحل العمر:

اضطرابات الطفولة والمراهقة الاضطرابات النفسية للمسنين .

4-الاضطرابات الغذائية:

القهر-الشراهة والسمنة، الشذوذ الغذائي (أكل البراز)

نظرة تاريخية:

المعرفة المبكرة للمرض في الشخص ومعرفة مكنه وتحديدده بدقة يكفل علاجه بكفاءة أكبر، ولذلك يجب ألا نكتفي بهذا ولكن لابد من الممارسة العلاجية الفعالة بسرعة وفي الواقع أنه قديماً كانت توجد مجرد فكرة عامة عن المرض ولكن لم توجد تخصصات مرضية أو أسباب للمرض، ولكن الآن في الآونة الأخيرة أصبح المرض معروفاً وأصبح كل ممارس للطب يعرف أسبابه وأعراضه، وغير هذا أو ذاك أصبحت هناك نتيجة للعلاج غير الموت وانتشرت هذه النتائج في حدود القرن السابع عشر، بسبب مفهوم المرض إلى العالم توماس سيد نهام 1624، وكان له الفضل لسبب لأنه عرف المرض فقط بل اكتشف العديد من الأمراض مثل مرض المفاصل وعدة أنواع من الحمى " تعرف بالحمى القرمزية، وقد تقدم كذلك في إنجازه العلمي لعلم الأمراض غير أنه كان يظن هذا المرض بصفة معقدة على مستوى كبير، وكذلك يعاب عليه أنه كان يعمم نفس الأعراض لمرض معين على جميع الأفراد، ولم يكن توماس سينهام هو العالم الطبي الوحيد بل وجد غيره من العلماء. وهو عالم إيطالي " لويس باستور وهو أحد تلاميذ سينهام، وهو يعتبر العالم الذي اكتشف أساس الأمراض كلها " الميكروبات الدقيقة، صاحب نظرية الأمراض الجرثومية، ويعد باستير جاء علماء آخرون كان لهم الفضل في الإشارة إلى الأمراض العقلية من بينهم بنفل وكربيلين وقد توجهوا نحو أن المرض لابد له سبب ومن أهم أسبابه البيئة، وقد كان ليشمل الفضل في تحرير أماكن علاج الاضطراب العقلي والعصبي من السلاسل والقيود في المصحات ¹⁵.

وفي منتصف القرن التاسع عشر اهتم كل من شارلز وفرنسوا بتشبيه الحمى بالآلة أي آلة متحرك يرأسه العقل، وفي 1880 درس بول بروكا عقول الأشخاص التي تعاني من مرض سفناسيا " صعوبة في النطق وكذلك لابد من الإشارة إلى كل من ريتشارد فون وكرافت وقد

أثبت أن الاضطراب العصبي قد يسبب السغسل " الزهري " وقد أكمل الطريق العالم أميل كرابلن فدرس الدواء وتأثيره الكمي " .¹⁶

ومنذ أن تقدم علم الصحة الطبي في القرن العشرين ثبت مفهوم نشاط المرض وبعد ذلك مع كوهين الذي اهتم بالتقدم الطبي الحديث اتضح الكثير عن المرض أكثر من الأفراد المصابة بالمرض، وقادنا مفهوم المرض إلى شل المرين الغائب عن المسؤولية وأصبح لكل مرض تدريبه وتمرينه وتجاربه وأخذ الجرعات المعنية وقد عرف القرن العشرين بين العلماء بالقرن الحسابي والنشاط الطبي ولكن في النهاية يقول العلماء بأنه على الرغم من التقدم العلمي الذي وصلنا إليه إلا أنه لا يمكن معرفة سبب الأمراض العقلية حتى الأدوية لم تصل إلى ذلك المستوى للشفاء .

المرض: نظرة تاريخية

الطب السريري وهو نوع حديث من أنواع الطب تعني فحص المرض ومعالجتهم وتشخيص حالتهم على مشهد من الطلاب الدارسين وهذا العلم الطبي الحديث لن يتقدم أو ينمو بدون الإدراك السريع للمرض، ومعرفة المرض ومفهومه فالمعرفة المبكرة للمرض في الشخص ومعرفة مكانه وتحديده بدقة، يكفل علاجه بكفاءة أكبر، ولذلك يجب ألا تكتفي بهذا ولكن لابد من الممارسة العلاجية الفعالة بسرعة كذلك تدريب الطلاب على هذا .

وفي الواقع انه قديماً كانت توجد مجرد فكرة عامة عن المرض ولكن لم توجد تخصصات مرضية، أو أسباب للمرض ولكن:

الآن في هذه الآونة الأخيرة أصبح المرض معروف وأصبح كل ممارس للطب يعرف أسباب هذا المرض سواء الأسباب الشخصية أو الأسباب المرضية وأصبحت هناك جرعات دوائية علاجية ومجموعة جرعات تعطي للمريض أثناء علاجه ليست لإخفاء المرض تماماً ولكنها

تكسب الجسم بعض المناعة ضد هذا المرض لتقوية جهاز المريض المناعي حتى يصبح قادرا على مواجهة المرض.

وغير هذا أو ذاك أصبحت هناك نتيجة للعلاج غير الموت فقد أصبحت هناك نتيجة تنتظر وتتوقع وهذه الأشياء سواء أسباب المرض أو جرعات العلاج أو النتيجة لم تكن منتشرة من قبل بل انتشرت في حدود القرن السابع عشر .

توجد هناك مجموعة من العلماء هذه المجموعة كان لها مفهومها الخاص عن المرض وقد عرف كل عالم المرض حسب مفهومه ومعتقداته وعلى أسس علمية بحتة ومن هؤلاء العلماء ينسب المفهوم الجديد للمرض إلى العالم الإنجليزي توماس سينهام وقد حدث هذا في عام 1624 إلى 1689 وكان معترفاً بهذا المفهوم لأنه لم يتقدم أي عالم بأي مفهوم آخر أثناء هذه الفترة وهذا العالم الجليل كان له الفضل الكبير على الطب والأطباء إلى الآن، حيث أنه لم يعرف المرض فقط بل اكتشف العديد من الأمراض مثل مرض المفاصل واكتشف أنواع من الحمى تعرف باسم " الحمى القرمزية "

وقد قدم العالم توماس سينهام ضمن أبحاثه وصفاً جيداً لعلم الأمراض لم يكن من الممكن غض النظر عنه بدون بحثه .

ولم يكن توماس سينهام هو العالم الطبي الوحيد بل وجد غيره من العلماء التي تفخر بهم الأرض ومن هؤلاء من اتبع توماس وهو عالم إيطالي اسمه لويس باستير وبعده بينيل وكربيلين اهتم بالاضطرابات العقلية وبول بروكا وغيرهم الكثير .

المرض والمريض:

منذ أن تقدم علم الصحة في القرن العشرين، فقد ثبت مفهوم النشاط المرض وبعد ذلك أوضح كوهين الذي اهتم بالتقدم الطبي الحديث عن المرض أكثر من الناس المصابة بالمرض .

وقد قادنا معنى المرض إلى شكل المريض الغائب عن المسؤولية (أي فاقد الوعي) وطرق علاجه فإن المريض غير القادر على تحمل المسؤولية لا يكون قادر وبالتالي عليه أن يشكو أو يوضح لنا ولهيئة التمريض عن آلامه ولكن هناك طرق لعلاجه لمعرفة كيف نعرف الحالة وبدون مساعدة منه فكل (فقدان للوعي) يمكن أن يكون وراءه مرض معين فمرض السكو عندما يفقدون الوعي يتغير لون الجلد لديهم إلى اللون الأزرق أما الصفراء فإن مرضاها عندما يغيبون عن الوعي يتحول لون الجلد لديهم إلى اللون الأصفر وهكذا

دواليك

وكل مرض له تدريبه وتمر بينه وتجاربه وأخذ جرعاته الدوائية المعينة في تطابق واحد متعاقب إذا لم يحدث شيء ليوقفها وقد اكتشف كعامل أساسي يمكن أن يسهم في مقاومة العوامل التي تعوق الشفاء .

ويجب أن يوضع المريض تحت المراقبة الدائمة والمستمرة حتى نلاحظ التغيرات التي يمكن أن تحدث فيمكن أن تكون معتقدين بنوع مرض معين ولكن بتواجد المريض فترة داخل المستشفى فقد يحدث تطور للمرض إلى أن يصبح مرض آخر فإذا لم نلاحظ تطور المرض فلن نستطيع الإسهام في شفاء المريض .

ثانيا: المريض

يأتي المرض من كل الأعمار والأشكال والألوان والمستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية وأيضاً المزاج والطباع، ولا يوجد شخصين متشابهين تماماً ففي عام 1978 تقدم أكثر من 35 مليون شخص ذوي عقول سليمة عبر المدينة إلى المستشفيات وبالرغم من أن كل شخص له شخصيته ومشاكله وظروفه الخاصة به، فإن كل شخص يشترك في بعض الجوانب مع الأشخاص الآخرين، وبالرغم من الاختلافات أو المتشابهات فإن كل المرض لهم من الحقوق والواجبات التي يجب أن تقابل بالعناية العلاجية حتى يتم التأكد من تقدمهم نحو الشفاء والراحة، ولكن المسؤوليات تأتي مع الحقوق والمسؤولية الأساسية للمريض هي مشاركته في شفاء نفسه.

احتياجات المريض:

عندما يدخل المريض إلى المستشفى يكون في بداية الأمر قلقاً، ويحتاج إلى بعض الاحتياجات الأساسية والتي تركز فيما يلي:

1- احتياجات بيولوجية:

وتتمثل في الحاجة إلى الطعام، الدفء، الحماية.

2- احتياجات طبية ناتجة عن المرض

وتتمثل في العلاج الطبي

3- احتياجات نفسية:

أ- الحاجة إلى الأمن

ب- الحاجة إلى الحنان

ج- الحاجة إلى الحرية والاستقلال

د- الحاجة إلى المبادأة أدى إلى الخطوة الأولى

وهنا نتناول بالشرح الاحتياجات النفسية وهي كالآتي:

1- الحاجة إلى الأمان: والحاجة إلى الأمان متصلة بحاجة المريض البيولوجية للحماية إذ أن المريض يصح عاجزا نتيجة لأعراض جسدية (بدنية) تحتاج إلى حماية مادية كذلك ويشمل الأمان: التحرر من القلق من أي شيء كالقلق على أسرية أثناء مرضه وكذلك القلق على عمله ومستقبله وللشعور بالأمان يقوم المريض بالمستشفى بتكوين مجموعات تتكون من بعض المرض الآخرين ولكي يصبح المريض مقبولاً في هذه المجموعة ومتقبلاً لها ومنها لابد من:

- أن يكون المريض قادرا على تقديم مساهمة أو مشاركة فعالة فيها .

- أن يكون الأفراد الآخرين بحاجة إلى سماع نصائحه وقبولها إذا كانت منطقية، وبذلك يكون بداية شعور المريض بالأمان .

2- الحاجة إلى الحنان والعطف:

يحتاج المريض في المستشفى إلى الحنان والعطف وإن كان حتى الآن هناك بعض المرض لكونهم في مواقع يصعب فيها إعطاء ذلك الحنان والعطف لهم فمثلاً:

-الشخص العادي عادة ما ينفر من المرض بأمراض جلدية خاصة إذا كانت معدية .

-المريض المشوه أو الذي به بتر ناتج عن حادثة أو جراحة ليس هو المريض الذي تقضى معه الممرضة وقتاً طويلاً

-بعض المرض الذين يعانون من أمراض عقلية يتصرفون بطريقة عدوانية تدفع بالشخص العادي إلى الابتعاد عنه .

3- الحاجة إلى الحرية والاستقلال:

يفضل الأفراد دائماً أن يصبحوا موضع مسؤولية لتكون لهم حرية التصوف والاستقلال بأفكارهم وشخصيتهم وفي المستشفى عندما يجد المرض أن عليهم التنازل عن سيطرتهم على كل شيء والانصياع إلى ممرضة صغيرة في السن، صغيرة بدرجة تشعرهم بأنها في عمر أولادهم أو أحفادهم، نجد أن المرض يختلف رد فعلهم كذلك، فمعظم المرض يتقبلون الأمر ويضبطون انفعالاتهم، بينما قد يصاب الآخرون بالإحباط ويتمثل حينذاك في نقض في المطالب، والاحتياجات .

وهنا على الممرضة المساعدة لجعل هذه المرحلة سهلة بسيطة على المريض، وذلك بمعاملة المريض إلى الراشد كأنه مريض راشد وتسمح به بدرجة من الاستقلال والاعتماد على نفس .

4- الحاجة إلى المبادأة (أداء الخطوة الأولى)

يلاحظ أن المريض في المستشفى دائماً ما يطلب مناقشة مرضه ليست فقط من قبل الفضول ولكن لمعرفة طبيعة مرضه، وما سوف يتم بخصوص علاجه وخطوات ذلك العلاج وكذلك تكلفته والأمل في شفائه مما يعاني منه وما إلى ذلك من أمور ويحتاج المريض إلى إجابات لأسئلته بدون ان يخدع أو يقال له أنك لن تفهم هذه الأمور

هذه هي أبرز الحاجات التي تغشى سلوك المريض عند دخوله إلى المستشفى وتسبب له قلقاً زائداً ولأن المريض هو أول اهتمامات الممرضة وأن واجبها يتركز في التقليل من آلامه فإن عليها واجب آخر هو إشباع تلك الحاجات سواء أكانت بيولوجية أو ناتجة عن المرض أو نفسية حتى تضيف حدة هذه القلق وتكون هذه أولى خطوات العلاج الطبي له من الحاجات النفسية للمريض كذلك .

الحاجة للقبول:

من الاحتياجات الحيوية للمريض حاجاته إلى أن يكون مقبولاً من الناس كما هو مقبول كإنسان له حقوق ومهما كان مظهره الخارجي أو حالة مرضه أو مستواه الاجتماعي الاقتصادي أو نمط شخصيته وسلوكه فإن الخطوة الأولى للعلاج لدى أي مرض هو شعوره بأنه مقبول فالحالة الوحيدة التي يستطيع فيها الطبيب المعالج أن يستمر في علاج المريض بنجاح هو أن يقبل المريض كما هو

-الحاجة لتأكيد الذات:

بالإضافة إلى شعور المريض أنه مقبول لدى الجميع كما هو فهو يحتاج إلى شعوره بتأكيد ذاته فلا بد أن يعرف بوضوح أنه قد أقبل للمستشفى بنفسه وأن الذين يقومون جراحته طبيباً يؤمنون بقيمته كإنسان وتواجه عملية إقناع المرضى بأهميتهم كأشخاص مصاعب كما تتطلب كثير من الوقت ولكنها عملية تستحق الجهد المبذول ويلاحظ أن عدم فهم بعض الناس أو تأخر فهمهم بأهميتهم وقيمتهم يؤدي إلى تأخر خطوات العلاج .

-الحاجة للإيمان بفكرة معينة:

يعد الإيمان بفكرة معينة من الاحتياجات الأساسية للمرض بالمستشفيات، فإن إيمان المريض بفكرة معينة هي حلقة الوصل بين الموضوعية الباردة والتعاطف، وهنا يجب أن يكون هناك قدر من التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب، قدر من التأثر والتأثير المتبادل جوهر العلاقة الاجتماعية المهنية مما يسهل عليه العلاج وهنا يجب التأكيد على شخصية المريض وقدرته على التوافق، كما يجب تشجيعه على عدم الاستسلام للشعور بالانعزال والوحدة واليأس.

الحاجة إلى الرعاية الإنسانية:

تعتبر الحاجة إلى الرعاية الإنسانية من الحاجات الأساسية للمريض وتشمل الرعاية الإنسانية، الذوق الاحترام المجاملة، الحفاظ على كرامة المريض، ويلاحظ أن بعض المواقف التي قد تبدو بسيطة قد يكون لها الأثر الكبير السلبي على رسالة المستشفى أو دورها كما أنها تؤثر على موقف المريض تجاه الرعاية الطبية، وكذلك تجاه القائمون عليها ولذلك يحتاج كل مريض لهذه الرعاية تماماً كما يحتاج إلى الرعاية الطبية من الأطباء والممرضات والمساعدين في عملية العلاج .

من الضحك أو الفرح أو البكاء بدون سبب ومتناقض مع الموقف فالشخص الذي يضحك في عزاء أو حادث ألم قد يكون مصاب بهذا المرض

العرض النفسي :

هي حالة عابرة يمر بها الشخص ولا تستمر معه وتكون وقتية ويعود السبب فيه إما لاحتلال بسيط في أحد مكونات الجهاز العصبي ويستقر بعد ذلك مثال : ممرنا في بعض الأحيان بلحظات حزن أو الرغبة في البكاء بدون ما نعرف السبب فهذا لا يدل على أننا مصابين بمرض الهوس أو الاكتئاب فالمسألة هنا وقتية ويعدها نمارس حياتنا بكل سعادة واتزان ونتفاعل مع المواقف بكل توافق واستقرار ولا يمكن لأي شخص أن يشخص نفسه تتبعاً لما يقرأه أو يشاهده وإنما يحتاج إلى متخصصين لذلك حتى الأخصائي النفسي والطبيب النفسي الصادق والمخلص في عمله لا يستطيع تشخيص كثير من الحالات المرضية في أول جلسة يجلسها مع المريض ولكن قد تستمر عدة جلسات للتشخيص فقط قبل العلاج ويستخدم فيها عدة طرق مثل المقاييس النفسية والفحوصات وغيرها مما يساعده في التشخيص الدقيق .

الأمراض النفسية والعقلية الشائعة:

الأستاذة : إبراهيمي أسماء

مقياس اضطرابات الشخصية عند الراشد

وهذا التصنيف الكلاسيكي يوضح الأمراض التي تندرج تحت كل وحدة مرضية وتتمثل أهمها في التصنيفات الألمانية والتصنيف الفرنسي .

المرض	مجموعة الأمراض
الهستريا، عصاب الوسلاس، عصاب القلق، عصاب النوبيا	العصابات
الفصامات(الأشكال البارنوية الهيفيرنسية، الكنانوية) الهذيانات المزمنة، تماسنان الهوس الاكتئابي النفخات الهذائية الحاد	النماستات
الاكتئاب العصابي والاكتئاب التفاعلي	الحالات الاكتئابية
يتم ترتيبها وفقا للجداول الأتولوجية مرض الزهايمر مرض Pick	العنة Démence
مختلف أشكال الوهن والتي يرتبها بعضها باضطرابات وراثية	الوهن Déluilites
الادمان على الكحول، الادمان على المخدرات، فقدان الشهية، والشهه المرضي، السيكوباتية، الشذوذ أو الانحرافات واضطرابات الشخصية .	اضطرابات السلوك
التناذرات الخلطية، اضطرابات مرتبطة بالأوراس الدماغية، التهابات عصابية، الأمراض العصبية	اضطرابات عقلية ترتبط بإصابة عضوية
ربوسو، اضطرابات جلدية، القرحة العضوية، ضغط الدم .	اضطرابات سيكوسوماتية

ويوجد التصنيفات النفسو مرضية ذات منحى تحليلي

الأستاذة : إبراهيمي أسماء

مقياس اضطرابات الشخصية عند الراشد

تصنيف منظمة الصحة العالمية وتصنيف نظام التشخيص السيكودينامي، والدليل التشخيص السيكودينامي.

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية.

التصنيفات الفرנקفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق .

توعية الناس بأهمية العلاج النفسي وعدم الحرج منه.

تدريب كوادر الرعاية الصحية الأولية على التعرف على مثل هذه الحالات بصورة مبكرة

توفير عيادات وأقسام للطب النفسي في مستشفيات الجمهورية

المرحلة الثالثة:

تهدف هذه المرحلة إلى إعادة تأهيل المرض النفسي لكي يصبحوا قادرين على الحياة في المجتمع والعمل فيه ومع تحولهم إلى أفراد عاجزين ويستلزم ذلك توفير مراكز تدريب مهني للتأهيل.

الوقاية من الأمراض النفسية:

1-مرحلة الوقاية الأولية:

وفي هذه الحالة تهدف إلى منع المرض النفسي من أساسه وتشمل هذه المرحلة من الوقاية الخطوات التالية:

-توعية المجتمع والأسرة بدور العامل الوراثي في نقل الأمراض العقلية وضرورة تجنب الزواج

الفرق بين المرض النفسي والعرض النفسي:

يخلط الكثير من الأشخاص بين المرض النفسي والعرض النفسي وعندما يشاهدون شخصاً مريضاً نفسياً لديه أعراض واضحة لمرضه فيقومون بمقارنة بما لدى المريض ما يشعرون به وربما هناك بعض الحالات تكون لديهم مشابه للحالات التي أصيب بها المريض النفسي أو أنهم يقومون بالقراءة في بعض الكتب النفسية والتي تهتم بتصنيف الأمراض النفسية والذي من المفترض عدم قراءتها لغير المتخصصين) وعندما يقرأ فيه عن مرض معين يشعر بأنه مصاب بهذا المرض لقرب الأعراض منه ويسبب له ذلك إحباطاً وأحياناً يركز على الأعراض حتى يصبح مريضاً بهذا المرض .

رغم أنه كان صحيحاً معافاً كما أنني أرى البعض يقوم بطرح مواضيع عن تصنيف الأمراض النفسية في كثير من المنتديات وكأن الموضوع موضوع ثقافي ولا يعلم أنه قد يؤدي إلى تدهور حياة بعض الآخرين بدون قصد ولخطورة الأمر أردنا أن نوضح الفرق بين المرض النفسي والعرض النفسي لوقاية الكثير من الأشخاص من الواقع في شراك المرض النفسي .

المرض النفسي:

بمعنى بسيط وبعيد عن المصطلحات العلمية هي حالة يصاب بها الشخص وتستمر معه فترات طويلة إذا لم يتم علاجها كما أنها تنغص حياته ولا يستطيع معها العيش بسعادة مثل حالة الاكتئاب فهي حالة حزن متفاوتة ومستمرة تنقص على الشخص حياته وطبقاً يختلف هذا الشعور وباختلاف المرض ودرجته فمثلاً مرض الهوس هو بمعنى بسيط هو نوبات .

الاختلاف بين الأمراض النفسية والعقلية والخلقية

الأمراض العقلية تتميز بخلاف الأمراض النفسية باختلال بليغ في القوى العقلية والتفكير واضطراب ملحوظاً في الحياة الانفعالية وعجز شديد عن فيما النفس وقد تتميز بهلوسة سمعية أو بصرية أو كليهما .

والفرق الأساسي بين المريض العقلي والنفسي هو أن المريض العقلي لا يدرك المشكلة ولا يتمتع ببصره تجعله يدرك ذلك على عكس المريض النفسي كما أن المريض النفسي يظهر تغيراً كبيراً في سلوكه أو شخصيته ويكون على طبيعته وينصرف بطريقة شبه عادية أما المريض العقلي فيعيش حياة منطوية والتغير المفاجئ في السلوك البعد عن عالم الواقع .

أما الاضطراب في الخلق فأصحابها يمتازون إلى حد كبير بالفجاجة والوجدانية أي السلوك الطفلي مع ضعف في القدرة على الحكم على الأمور وتقدير العواقب ولا يبدو المريض بها عاجزاً عن التوافق مع المجتمع أو مع نفسه، سلوكه انتفاعي متكرر، سرعة الغضب، عدم الاتزان في العاطفة والوجدان .

وهذه الأمراض تعد نوع خاص من الأمراض النفسية لكنها تختلف عنها في أعراضها، تتفق معها من حيث الأسباب وتتميز عنها بأنها تغزو شخصية الفرد وتطغى عليها في صورة مشاعر واندفاعات اضطرابية تظهر في المجتمعات الصناعية التي تعاني من عدم الاستقرار نتيجة الحروب والصراعات .

الوقاية من الأمراض النفسية

1-مرحلة الوقاية الأولية:

وفي هذه الحالة بهدف إلى منع المرض النفسي من أساسه وتشمل هذه المرحلة من الوقاية الخطوات التالية:

-توعية المجتمع والأسرة بدور العامل الوراثي في نقل الأمراض العقلية وضرورة تجنب الزواج من الأقارب المصابين بهذا المرض .

-التوعية بأهمية العمل والولادة وأن تكون تحت الإشراف الصحي لوقاية الطفل من الإصابى بالأمراض العصبية والنفسية في المستقبل .

-التوعية بأهمية التغذية الصحية للأطفال لنمو الدماغ

-اكتشاف حالات الحماية الدماغية مبكرا وعلاجها

-تحصين الأطفال ضد الأمراض المعدية المعروفة

-توعية الأسرة بوسائل حماية أطفالهم من الحوادث المنزلية وحوادث المرور .

-توعية الأسرة بالطرق السليمة لتربية أطفالهم

المرحلة الثانية من الوقاية:

وتهدف هذه المرحلة إلى اكتشاف الحالات النفسية في وقت مبكر وعلاجها حتى تمنع

تحولها إلى الحالة المزمنة التي يصعب علاجها ويتم ذلك عن طريق:

-توعية الناس بأهمية العلاج النفسي وعدم الحرج منه

الأستاذة : إبراهيمي أسماء

مقياس اضطرابات الشخصية عند الراشد

-تدريب كوادر الرعاية الصحية الأولية على التعرف على مثل هذه الحالات بصورة مبكرة

-توفير عيادات وأقسام للطب النفسي في مستشفيات الجمهورية

المرحلة الثالثة:

تهدف في هذه المرحلة إلى إعادة تأهيل المرض النفسي لكي يصبحوا قادرين على الحياة في المجتمع والعمل فيه ومع تحولهم إلى أفراد عاجزين ويستلزم ذلك توفير مراكز تدريب مهني للتأهيل.

قائمة المراجع:

1. خليل توفيق موسى: الإرشاد معجم معاصر، عربي/عربي، ط1، دار الإرشاد للنشر، حمص، سوريا، 2001.
2. كمال الدسوقي: الطب العقلي والنفسي: علم الأمراض النفسية، التصنيفات والأعراض المرضية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
3. فرج عبد القادر طه وآخرون : معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
4. حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، مصر، 2005.
5. أحمد محمد الزعبي: الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، ط1، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2003.
6. سامي محمد ملحم: علم النفس الشوا، ط1، الرضوان للنشر والتوزيع، جامعة عمان، العربية، عمان، الأردن، 2013.
7. مجدي أحمد محمد عبد الله: علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2006م.
8. حافري زهية، مطبوعة الدعم البيداغوجي، مقياس علم النفس المرضي، جامعة سطيف، قسم علم النفس، الجزائر، 2015-2016.
9. أوميلي حميد، محاضرات علم النفس المرضي للطفل والمراهق، جامعة محمد لمين دباغي، قسم علم النفس، سطيف "الجزائر"، 2016-2017.
10. الكامل في الطب النفسي العام وطب نفس الاطفال، للأطباء العاملين في الرعاية الصحية، تأليف نخبة من مؤسسي وأستاذة الطب النفسي " اليمن"، 2009م

المحاضرة الثالثة:

اضطراب الشخصية الفصامية النمطية:

١-تعريف اضطراب الفصام:

ينتمي اضطراب الفصام إلى الاضطرابات الذهانية:

في علم النفس: يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي:

الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والإدراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها ومن هنا أيضاً اشتق اسم المرض حيث يشير إلى أن جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها .

في الطب النفسي: الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييرا عميقاً من أنماط تفكيرهم وشعورهم وسلوكهم تجاه العالم حيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتية لا تشتق مع الواقع (جيمس، فيليب، ١٩٩٥، ص ١٢).

٢-تعريف اضطراب الشخصية الفصامية: (العزلة وتجنب الآخرين)

اضطراب الشخصية الفصامي النوع بالإنجليزية Schizotypal personality disorder أو اضطراب الشخصية الفصامي هو اضطراب في الشخصية يتميز بشدة القلق الاجتماعي واضطراب الفكر وأفكار جنون العظمة وتبدد

الواقع والذهان العابر بجانب معتقدات غريبة في كثير من الأحيان يشعر الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب بالانزعاج الشديد من بقاء العلاقات الوثيقة مع الآخرين وذلك لأنهم بشكل أساسي يعتقدون أن الآخرين يحملون أفكار سلبية تجاههم ولذلك يتجنب المصابون باضطراب الشخصية الفصامية، قد يتفاعلون بشكل غريب أثناء المحادثات ولا يستجيبون أو يتحدثون إلى أنفسهم وكثيرا ما يفسر المصابون المواقف على أنها غريبة أولها معنى غير معتاد وتفسير الخوارق والمعتقدات الخرافية أمر شائع لهم ومثل هؤلاء المصابون في كثير من الأحيان يتلمسون العناية الطبية لعلاج القلق أو الاكتئاب بدلا من اضطراب الشخصية ذاته ويحدث هنا الاضطراب في حوالي ٣ % من عامة السكان وهو أكثر شيوعاً عند الذكور من الإناث .

٣- مقارنة بين اضطراب الشخصية الفصامية واضطراب الفصام:

يمكن الخلط بين اضطراب الشخصية الفصامية والفصام بسهولة فالأول مرض عقلي شديد يفقد فيه الأشخاص اتصالهم بالواقع (ذهان) مع أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الفصامية قد يعانون نوبات ذهانية قصيرة مقترنة بالضلالات أو الهلوس، فإن النوبات لا تتكرر أو تطول أو تكون شديدة مثل حالها في الفصام وثمة فارق رئيسي آخر بين الحالتين وهو أنه عادة ما يمكن نوعية الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الفصامية بالاختلاف بين أفكارهم المشوهة والواقع أما المصابون بالفصام فلا يمكنهم عادة الابتعاد عن ظلالاتهم وعلى الرغم من الاختلافات يمكن للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الفصامية الاستفادة من العلاجات المماثلة لتلك المستخدمة لعلاج الفصام يعتبر اضطراب الشخصية الفصامية أحيانا جزءا من الطيف نفسه الذي يضم الفصام حيث يعد الأول أقل شدة (حسن، ٢٠٠٤، ص ٨٥) .

٤- أنواع اضطراب الشخصية الفصامية: (المرجع نفسه)

اقترح تيودور ميون نوعين من اضطراب الشخصية الفصامي وقد يظهر أي فرد مصاب باضطراب الشخصية الفصامي أي من المعلومات التالية:

النوع الفرعي	الوصف	سمات شخصية
فصامي مبتدل	مبالغة تكوينية لنمط الاتصال السلبي ويشمل صفات الشخصية التجنيد، الاكتئابية، الاعتمادية	شعور بالغرابة وعدم الوجود، ممل بشكل علني، بطيء غير معبر كاحل، غير مبال، غير حساس، محجوب، غامض، عارض الأفكار.
فصامي جبان	مبالغة تكوينية لنمط الفصامي النشط ويشمل صفات إنطوائية وسلبية عدوانية	متخوف، مراقب، مشبوهة، شكاك، متقلص، فاقد الحساسية الزائدة، غريب عن ذاته غيره، محجوب عمداً، عكس أو تحية الأفكار الخاصة.

٥- أسباب الإصابة باضطراب الشخصية الفصامية:

١- تدخين الأم أثناء الحمل

٢- النشأة في بيئة اجتماعية واقتصادية متدنية خلال مرحلة الطفولة المبكرة .

٣- تناول المخدرات أثناء فترة المراهقة

٤- وجود تاريخ عائلي للإصابة باضطراب الشخصية الفصامية.

ولعل من أهم الأسباب الوراثية حيث يفهم اضطراب الشخصية الفصامي على نطاق واسع بأنه جزء من اضطراب طيف الفصام " وتعتبر معدلات اضطراب الشخصية الفصامي أعلى بكثير من الأشخاص الذين لديهم أقارب يعانون من الفصام عن الأشخاص الذين لديهم أقارب يعانون من الأمراض العقلية الأخرى أو

الأشخاص الذين ليس لهم أقرباء مصابون بأمراض عقلية يمكن اعتبار اضطراب الشخصية الفصامي " نمط ظاهري موسع " يساعد علماء الوراثة في تتبع نقل الجينات العائلية أو الوراثة المتورطة في الفصام ولكن هناك أيضاً إتصال وراثي بين اضطراب الشخصية الفصامي واضطرابات المزاج والاكتئاب على وجه الخصوص.

يتميز اضطراب الشخصية الفصامي بشيوع ضعف الانتباه بدرجات متفاوتة، الأمر الذي يمكن أن يكون بمثابة علامة بيولوجية لقابلية الإصابة بالاضطراب .

والسبب هو أن الفرد الذي لديه صعوبات في المواقف الاجتماعية المعقدة والتي تكون فيها التلميحات الشخصية والتواصل الفعال ضرورية للحصول على تفاعل اجتماعي جيد، وهذا قد يؤدي بالفرد في نهاية المطاف إلى الانسحاب من معظم التفاعلات الاجتماعية، مما يؤدي إلى انعدام المخالطة الاجتماعية .

٦- أعراض اضطراب الشخصية الفصامية:

- أن تكون منعزلاً وألا يوجد لديك أصدقاء مقربون خارج العائلة المقربة.
- التفسير الخاطئ للأحداث، كأن تشعر بان أمرا ما هو في الواقع غير ضار أو عنيف له معنى شخصي مباشر.
- الأفكار أو المعتقدات أو السلوكيات الشاذة أو غريبة الأطوار .
- ارتداء الملابس بطريقة غريبة كأن يكون المظهر أشعث أو ارتداء ملابس ذات ألوان غريبة التنسيق (عكاشة، ١٩٩٦، ص ١٠٥).
- الاعتقاد في القوى الخارقة مثل التخاطر الذهني أو الخرافات .
- التصورات غير المعتادة كالشعور بوجود شخص غائب أو الإصابة بالأوهام .

-القلق الاجتماعي الدائم والزائد .

-أسلوب الكلام الغريب مثل طريقة الكلام الغامضة أو غير المعتادة أو الثثرة بطريقة غريبة في أثناء المحادثات .

-أفكار إرتيائية أو زورانية وشكوك مستمرة بخصوص وفاء الآخرين

-عواطف مسطحة أو ردود أفعال عاطفية محدودة أو غير ملائمة .

٧-ظروف ظهور أعراض اضطراب الشخصية الفصامية:

-تبدأ اضطرابات الشخصية في بداية سن البلوغ على أقصى تقدير

-قد تظهر بعض هذه الميول بشكل ملحوظ أول ما تظهر في مرحلة الطفولة .

-كما تظهر بعض الميول والاضطرابات في ثنايا مجموعة من المواقف الاجتماعية والشخصية .

قد تتسبب في حدوث مشاكل في أداء المهام الوظيفية أو الحياة الاجتماعية أو في جوانب أخرى من الحياة ومع ذلك فقد تبلي بلاء حسناً في عملك إذا كنت تعمل وحدك أطول وقت ممكن.

إذا كنت مصاباً باضطراب الشخصية الفصامية فقد لا تعرف كيفية كسب الأصدقاء والمعارف، أو قد تشعر بقلق شديد إزاء الآخرين لدرجة تمنعك من المحاولة وبالتالي تتخلى عنهم ببساطة وترجع إلى العزلة (زهرا، ١٩٩٧، ص٥٣) .

٨-الاعتلال المشترك: عادة ما يحدث اضطراب الشخصية الفصامي مصاحباً لاضطراب الاكتئاب الرئيسي، اكتئاب الرهاب الاجتماعي العام علاوة على ذلك ففي بعض الأحيان يمكن لاضطراب الشخصية الفصامي أن يحدث مصاحباً الوسواس

القهري والذي يبدو أن وجوده يؤثر على نتائج العلاج بشكل سلبي كذلك فمن اضطرابات الشخصية الفصامي هو الشخصية الانطوائية، جنون العظمة الانطوائية، الشريط الحدودي.

٩-تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية:

قد يلجأ الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الفصامية إلى طلب المساعدة من طبيبهم المعتاد بسبب الأعراض التي يتعرضون لها مثل القلق والاكتئاب أو نوبات الغضب المفاجئة أو لعلاج مشاكل تعاني المخدرات

وبعض القيام بفحص جسدي ليساعد في استبعاد أي حالات طبية أخرى، قد يقوم الطبيب بإحالتك إلى طبيب نفسي لعمل تقييم أشمل وأدق وعادة ما يكون تشخيص اضطراب الشخصية الفصامية معتمد على ما يلي:

-شرح مفصل للأمراض.

-التاريخ الطبي والشخصي .

-الأعراض الموجودة في الدليل التشخيصي الأخصائي للاضطرابات العقلية، المنشور من قبل الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين(جيمس، فيليب، ١٩٩٦، ص١٠)

١٠-علاج اضطراب الشخصية الفصامية:

العلاج الدوائي: ويخضع فيه المريض للفحص الطبي لتشخيص مدى الحالة ليصف الطبيب المختص الأدوية اللازمة والجرعات المناسبة منها وقد يصف الأطباء مضادات الذهان أو مضاد للاكتئاب، أو عقار مضاد للقلق .

العلاج النفسي: قد يساعد العلاج النفسي للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الفصامية في البدء بالثقة في الآخرين من خلال بناء علاقة ثقة مع المعالج النفسي .

يشمل العلاج النفسي ما يلي:

العلاج السلوكي المعرفي: ويشتمل على تحديد وتغيير أنماط التفكير المشوهة وتعلم مهارات اجتماعية محددة وتعديل السلوكيات .

العلاج الداعم: وهو يتمثل في تقديم التشجيع وتعزيز المهارات التكيفية مع الظروف والبيئة .

العلاج الأسري: ويشمل على مساعدة أفراد الأسرة مما قد يساعد على تقليل القلق والتوتر وتحسين الثقة في المنزل (المرجع السابق)

١١- المضاعفات (خواطر الإصابة باضطراب الشخصية الفصامية:

الأشخاص الذين يعانون اضطراب الشخصية الفصامية لديهم معدل أكبر للإصابة بما يلي:

-الاكتئاب

-القلق

-مشاكل العمل والمدرسة والعلاقات والمشاكل الاجتماعية

-اضطرابات شخصية أخرى .

-مشكلات متعلقة بالكحول أو الأدوية

-محاولات الانتحار

-نوبات ذهانية مؤقتة التي عادة ما تنتج عن التوتر

-انفصام في الشخصية

عوامل الخطر:

قد يزيد خطر إصابتك باضطراب الشخصية الفصامية إذا كان لديك قريب مصاباً بالانفصام أو اضطراب نفسي آخر (المرجع السابق) .

اضطراب الشخصية شبه فصامية:

التعريف: اضطراب الشخصية الفصامية ويعرف اختصاراً بالشخصية شبه الفصامية هو أمر اضطرابات الشخصية والذي يتميز بانعدام الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية، والتوجه نحو نمط حياة يتسم بالانفرادية والدينية والبرود العاطفي واللامبالاة وقد يكون الأفراد المصابون بهذا الاضطراب فير قادرين على تكوين علاقات حميمة مع الآخرين، كما يظهر عليهم أنهم يعيشون في ذواتهم وفي عالمهم الخيالي الداخلي بشكل حصري .

اضطراب الشخصية شبه الفصامي ليس هو نفسه انفصام الشخصية أو اضطراب الشخصية الفصامي النوع ولكن هناك بعض الأدلة على بعض الروابط والمخاطر الجينية المشتركة فيما بين اضطراب الشخصية شبه الفصامي وغيرها من اضطرابات الشخصية شبه الفصامي وغيرها من اضطرابات الشخصية الفئة أو الفصام وهكذا يبين أن اضطراب الشخصية شبه الفصامي هو ضمن حليف اضطراب الفصام .

العلامات والأعراض: الشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية شبه الفصامي غالباً ما يكون الشخص معزول بارد او غير مبال حماسي صحوية تفاعلية بينه وبين

غيره ومعظم الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية شبه الفصامي لديهم صعوبة في إقامة علاقات شخصية أو حتى التعبير عن مشاعرهم بشكل ذو معنى وقد يأخذ المصاب موقف سلبياً في مواجهة الأوضاع الغير مقبولة .

شبه الفصامي السري: يظهر العديد من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية شبه الفصامي شخصية تفاعلية جذابة تتناقض مع السمات الملحوظة التي أكدها الدليل التشخيص والإحصائي (DSM-5) والتصنيف الدولي للأمراض في تعريف الشخصية اضطراب الشخصية شبه الفصامية، وقد صنف كلاين هؤلاء الأفراد بأنهم " انخرابيون بشكل سري " فقد يقدمون أنفسهم على أنهم متاحون اجتماعياً ومهتمون ومشاركون في التفاعل لكنهم لا يزالون منسجمون عاطفياً ومعزولون داخلهم ضمن الألم الداخلي الخاص بهم .

خيال شبه الفصامي: الاعتماد المرضي على التخيل والأشغال بالخبرة الداخلية غالباً ما يكون جزءاً من الانسحاب شبه الفصامي عن العالم . وهكذا يصبح الخيال عنصر أساسياً من عناصر الذات أثناء الاغتراب على الرغم من أن التخيل في الفرد شبه الفصامي هو أمر أكثر تعقيداً بكثير من مجرد كونه وسيلة لتسهيل الانسحاب .

الأسباب: تشير بعض الدلائل إلى أن اضطرابات الشخصية في المجموعة أنتقاسم العوامل والمخاطر الجينية والبيئية وهناك انتشار متزايد للاضطراب الشخصية شبه الفصامي لدى أقارب الأشخاص المصابين بالفصام واضطراب الشخصية الفصامي النوع وتوحي الدراسات عن التوأم على الصفات الشخصية لاضطراب شبه الفصامي واضطراب الشخصية الفصامي النوع، وتوحي الدراسات من التوأم على الصفات الشخصية لاضطراب شبه الفصامي واضطراب الشخصية شبه الفصامي (مثل الاجتماعية المنخفضة والحميمية المنخفضة) بانها صفات موروثية وإلى جانب هذه الأولى غير المباشرة فإن التقديرات للوراثة المباشرة تتراوح من ٥٠-٥٩ بجانب رأي "

سولاووف "، اللذان عملا بحثا سريريا وأعمال سريرية مع أطفال ومراهقين يعانون من أعراض شبه فصامية بأن " الشخصية شبه الفصامية لها أساس تكويني أسري وربما جيني " كما أن العلاقة بين اضطراب الشخصية شبه الفصامي ونقص الوزن قد تشير أيضاً إلى تدخل العوامل البيولوجية.

وبشكل عام فإن سوء التغذية قبل الولادة والولادة المبكرة وانخفاض وزن المولود هي عوامل خطر لكون الطفل سيعاني من الاضطرابات النفسية ويمكن أن تسهم في تطوير اضطراب الشخصية الإنعزالية وكذلك فإن اولئك الذين عانوا من إصابات الدماغ قد يكونوا أيضاً خطر تطوير صفات تعكس اضطراب الشخصية شبه الفصامي .

التشخيص:

معايير التصنيف الدولي للأمراض: ادرج تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية التابع للتصنيف الدولي أمراض اضطرابات بالشخصية شبه الفصامي تحت رقم (F60-1)

يتصف الاضطراب بما لا يقل عن أربعة معايير التالية

- ١- البرود العاطفي، الانفصال وتبدل الشعور
- ٢-محدودية القدرة في التعبير عن المشاعر الإيجابية أو السلبية تجاه الآخرين
- ٣-التفضيل المستمر للأنشطة الانفرادية
- ٤- عدد قليل إن وجد من الأصدقاء المقربين أو العلاقات الشخصية وعدم الرغبة في ذلك
- ٥-اللامبالاة للثناء أو النقد

٦-القليل من الاهتمام بممارسة الحنين مع شخص آخر

٧-الحصول على السرور من عدد قليل من الأنشطة

٨-اللامبالاة بالمعايير والاتفاقيات الاجتماعية

٩-الانشغال بالخيال والتأمل

العلاج:

١-الأدوية: لا يوجد أدوية مباشرة لعلاج اضطراب الشخصية الشبه فصامية ولكن بعض الأدوية قد تقلل من أعراضها وكذلك علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لها وتعكس أعراض اضطراب الشخصية الشبه فصامية الأعراض السلبية للفصام مثل: انعدام التلذذ ، تبدل المشاعر وانخفاض الطاقة ويعتقد أن اضطراب الشخصية شبه الفصامي هو جزءا من " طيف الفصامي " من الاضطرابات والذي يتضمن أيضاً اضطرابات الشخصية الفصامية النوع وجنون العظمة ويمكن ان تستفيد من الأدوية المستخدمة في الفصام، وشكل أساسي فقد تم استخدام جرعات منخفضة من مضادات الذهان غير التقليدية مثل ريسيريديون أو لا تزاين .

المحاضرة الرابعة:

الشخصية البارنوية:

١- تعريف البارنويا:

هو مصطلح مشتق من كلمة اغريقية مؤلفة من شطرين para وتعني جانب، Noia وتعني العقل، أو المنطق وهي أحد الأمراض التي تصيب الإنسان في أواسط عمره، وأهم ما يميزه أن المريض به يعاني من معتقدات ومشاعر لا أساس لها تسيطر على تفكيره، بحيث يستحيل عليه الفكك منها. ومن أهم صور هذه الاعتقادات، اعتقاد أنه مضطهد من أحد الناس أو بعضهم و اعتقاده أنه أحد العظماء أو الشخصيات التاريخية الهامة و يتكيف سلوكه في ضوء هذه المعتقدات الخاطئة وقد يقوده ذلك إلى ارتكاب الجريمة للتخلص مما خيل له أنه ،،،،،، أو انتفاضة لحالة العظمة التي يحيط بها نفسه. (أبو عفيفة، دس، ص ٢٠٣).

وهي حالة نادرة إلى حد ما تتميز بوجود خلالات دون هلاوس أو تدهور في الشخصية، وتتميز هذه بقوتها وترتيبها وتنسيقها ويميل بعض أطباء النفس إلى تشخيص هتلر تحت هذا الاسم. (عكاشة، دس، ٣٤٧).

٢- أنواع البارنويا:

أ- بارنويا الاضطهاد: وهي شعور المريض بأن كل المحيطين به يظهره لأسباب عرقية أو دينية أو غيرها من الأسباب التي يخرعها ويصدقها.

ب- بارنويا العظمة: وأكثر من يصاب به المشاهير الذين يعانون من مشكلات في تكوين شخصيتهم أو من يعترضون بالفعل إلى أدى الآخرين ومضايقتهم فيجعلهم هذا يتمادون في التخيل أنهم عظماء أو أصحاب قوى خارقة.

ت- بارنويات وهم المرض: في هذا النوع من البارنويا يتخيل الذي يعاني منه أنه مريض وأنه يشعر بالآلام في منطقة أو مناطق متفرقة من جسمه أو أنه مصاب بداء عضال، وبالرغم أن الكشف والتحليل يظهر أن سليم معافى فإن حالة مريض البارنويا تزداد سوءا يوما بعد يوم حتى يمكن أن تؤدي إلى الوفاة.

ث- البارانويا السوداوية: ويشعر مريض هذا النوع بعقدة الذنب الدائمة حيث يعتقد أن كل ما يحدث من كوارث بسببه يشكل أو بآخر ويشعر أنه مسؤول عن نتائجها فيطارده الشعور الدائم بالذنب وأنه يستحق العقاب الذي يمكن أن يصل في بعض الأحيان إلى الانتحار (<https://annabaa.org>).

٣- أعراضه البارانويا:

- الظن الغير مبرر بالتعرض للأذى أو الاحتيال أو الاستغلال.
- الشكوك غير الثابتة في ولاء الاصدقاء والزملاء وخلصهم وجدارتهم بالثقة.
- عدم الثقة في الآخرين والشك فيهم.
- الميل إلى قراءة معان خفية في تصرفات الآخرين العادية.
- حمل الضغينة بدون داع.
- ردود فعل غاضبة تجاه هجمات متوهمة على الشخصية أو الشخصية أو السمعية.
- شك غير ثابت في اخلاص الشريك^١

٤- أسباب البارانويا:

أ- عوامل وراثية: يوجد أكثر من فرد واحد قد يشاركون في المعاناة من واحد فقد يعاني فردان يعيشان سويا معيشة متلاحقة من واحد بعينه وفي مثل هذه الحالة قد يظهر أعراض الذهان الزائف في أحدهما بينما يكون الذهان الحقيقي عند الآخر ومما يزيد هذا الفرض أنه عندما ينقل صاحب الذهان الزائف بعيدا عن زميله المريض حقيقة أن الأول سرعان ما يتمتع بالشقاء بينما يظل الآخر مريضا، وتحدث مثل هذه الحالات في حالة^٢ الشقيقتين اللتين تعيشان معا أو حالة الزوج ولزوجة أو حالة الأم والطفل وبقية أفراد الأسرة وعلى وجه الخصوص الابن والأب وفي غالبية هذه الحالات يكون أحد أفراد الأسرة متسلطا أو مسيطر بينما يكون الطرف الآخر وليس من الضروري أن تنتقل هذه الأعراض بين كل زوجين فقط.... بل قد تنتقل بين أفراد كثيرين.

ب- عوامل جسمية: تمت دراسة العوامل البيولوجية في نشأة البارانويا اذ يفسرها العلماء إلى أن الشخص المصاب بالبارانويا يحمل في تركيبته جسمه إلى التحول وأيضا بوجود

مسيبات مثل تأثير الجروح الرأسية أو عدم انتظام افرازات الغدد العماء أو أي مرض دماغي وجسمي لكن لحد الآن لا توجد أدلة على ذلك في وجود هذه المسببات.

ج- **عوامل نفسية واجتماعية:** تعتبر أكثر أهمية في نشأة البارانويا فبعض هذه العوامل النفسية يرجع إلى الطفولة البارزة أو إلى السن المتقدمة ومن بين هذه العوامل نوع العلاقة بين الطفل والوالدين فمن هؤلاء المرضى من كان منعزلا أو منسجما أو لا يبدي اهتماما عاطفيا بمن حوله وكان شكاكا مرتابا معاندا وساخطا وليس لهم كأطفال مع غيرهم ولم يتمتعوا بظروف جيدة في عملية التنشأة الاجتماعية تلك العملية التي يمتص الانسان من خلالها قيم ومثله ومعاييره ونظمه وقواعده وعاداته وتقاليده، انهم يحسون بمعنى الحرمان من الحب والعطف والدفء والحنان والعلاقات العاطفية مع الآخرين ولا شك في أن هذه المشاعر تلون مشاعره نحو الناس لذلك ينعزل أو ينسحب من معترك الحياة الاجتماعية (المرجع السابق، ص ٨٦) ويدخلها باتجاه معاد ومتسلط مما يجعل الآخرين يبتعدون عنه وسبب الخطأ في عملية التطبيع الاجتماعي فإنه يعجز عن فهم دوافع الآخرين ووجهات نظرهم، ويقوده هذا إلى الشك والتفسير الخاطئ لسلوكهم.

عامل الطفولة: لقد لوحظ عاملان لهما علاقة بالإصابة لهذا المرض أولهما وجود علاقة سيئة جدا بين الأم والطفل في السنتين الأوليين من عمره وثانيهما وجود صراع يحدث بين سن ٣-٥ سنوات يدور حول اتجاه الطفل نحو الوالد من الجنس الآخر أي إذا كان الطفل ذكرا كان هذا الصراع مع الأم وإذا كان الطفل أنثى كان الصراع مع الأم، وتدعي النظريات التحليلية التي تتبع تأثير فرويد إلى أن هناك انقلابا للوضع الطبيعي لعقدة أوديب ولقد وضع فرويد تفسيره المبكر للبارانويا بإرجاعها للجنسية المثلية الكامنة وعند افتقاد أثر نمو المرض في الحالات التي يرجع فيها المرض إلى الطفولة فلقد لوحظ أن الشخص الذي سوف يصاب بالمرض يعاني من صعوبات كثيرة في علاقاته مع الآخرين وسرعان ما ينتهي إلى أنه مركز ملاحظات الآخرين وتصرفاتهم وتسيطر عليه أفكار مؤداها أن الجميع يلاحظون ما يفعله ويتحدثون عنه وأنهم ينتقدونه، وفي سن الطفولة يستخدم هؤلاء المرضى آليات الدفاع الخاصة بالأفكار والاسقاط وفي حياتهم اللاحقة وعندما يتعرضون للضغط ينكسون إلى هذه الآليات الدفاعية ومن ثم يبدون غير ناضجين إلا أنهم يكتبون مشاعرهم و دوافعهم ولكن أيضا مشاعر العدوان والعداوة.

سمات ومميزات الشخصية البارانونيا:

- يتميز صاحب هذه الشخصية بحساسية مفرطة نحو الحاق الهزائم والرفض وعدم مغفرة الإهانات وجرح المشاعر.
- يحمل في داخله ميل إلى بشكل مستمر والشك والميل إلى التقليل من قدرات الآخرين حتى المقربين منه.
- سوء تفسير الأفعال المحايدة أو المحببة للآخرين على أنها عدوانية تقصده أو يريد أن يفتك به الآخرين أو يقتلوه.
- يكون لديه احساس بالقتال ضد الناس مع التشبث بالحقوق الشخصية والطمع في الاكتساب ويتصف أنه هو من صنع الحياة والمجد للناس.
- يدعي صاحب هذا الشخصية دائما أن أفكاره وحديثه نظريات تتعدى الواقع إلى عالم المستقبل من الاختراعات لا حصر لها وأن الناس الآخرين أغبياء .
- أصحاب هذا الشخصية باعتقاداتهم أنهم جذايين مؤثرين كم درجات عالية وأنهم مهمون لدرجة كبيرة لا يتصورها أحد من بني البشر.
- يفسر الشخص المصاب بجنون العظمة أن " الكحة " أو " السعال " التي تبدو من أحد الحاضرين معه ماهي إلا رسالة معناها أن شيئا ما سيحدث قريبا منه.
- إذا كان في مكان قيادي أو مراكز ذو نفوذ فإنه يفتك بالناس ويقودهم إلى التهلكة والموت والحروب دون أي وازع للضمير.
- لا يمكن اقناعه بشيء مثلا أو يكلم أحدها في وجود فهذا يعني أنه يتكلم عنه وإذا وجد زوجته تتكلم في الهاتف فإنه يخطفه منها ليس المتحدث معا رجل أو امرأة بل إنه أحيانا ليفاجئ زوجته ويرى ماذا تفعل وهو دائم الشجار معها إذا ابتسمت لفلان أو تحدثت معه أو تناقشت مع البائع في السوق.
- هذا النوع من الشخصيات يصبح غير مرغوب به مع مرور الزمن. (غباري، أو شعيرة، ٢٠٠٥، ص ٦٢-٦٤).

علاج البارانويا:

- ١- **العلاج المعرفي:** عن طريق تفريغ المريض بالمتلجات التي ترتبط بالاعتقادات الخاطئة مثل سلوكيات الناس أو أجهزة الإعلام وغيرها بأن يذاكر للمريض أن هذه الأجهزة هي الأجهزة عامة ولا يوجد شخص له، ويجب أن يتعلم المريض إيقاف التفكير في هذه الاتجاهات والانشغال بأنشطة أخرى كما يتم تدريب المريض على أن يقول لنفسه كلمة " خلل " defect " عندما يشاهد أحد العناصر التي يعتقد بأنها تخاطبه مثال " عندما يعتقد أن حديث أحد الأفراد بجانبه إنما هو حديث موجه إليه فإنه يقول لنفسه " خلل "
- ٢- **وقف التحليلات المفرطة:** يجب تدريب المريض على وقف التحليلات المفرطة لمواقف مثل فكرة اشتراك عدة افراد في السلوك العدائي نحوه لأن الناس أهدافهم متباينة ولا يتفقون في صف واحد معاً، وكذا يجب تعليم المريض أساليب التوافق مع المجتمع المحلي عند القيام بسلوكيات تتعارض مع معاييرهم.
- ٣- **تقوية المكونات الداخلية:** يجب تقوية الأفكار الخاصة بالفرد في مواجهة أي أفكار خاطئة يعتقد أن الآخرون يطلبونها منه، وهذا للأفكار يحميه من الانجراف نحو التغيير الخاطيء لأراء الآخرين ويمكن علاج البارانويا طبيا باستعمال العلاج بالصدمات الكهربائية والغاية تخفيف من حدة قلق المريض ومحاولة العمل على تخليصه من الأوهام المسيطرة عليه وجعله أكثر طوعية، إلا أنه لا أصل في شفائه تماماً. (موسى، ٢٠١٧، ص ١٢٦ -

المحاضرة الخامسة:

١- الاضطراب ثنائي القطب:

٢- تعريف اضطراب ثنائي القطب:

٣- هو اضطراب مزمن يتميز بتقلبات غير طبيعية في المزاج تتراوح بين اكتئاب والهوس الشعور بالفرح الشديد أو النشوة .

٤- تختلف التقلبات المزاج بحيث تكون أكثر جدية على ما قد يختبره الشخص العادي في حياته اليومية في مرحلة الاكتئاب فقد اهتماماً بنشاطات ويملك الفرد مشاعر الحزن والتعب، أما في مرحلة الهوس يملك مشاعر من السعادة الفائضة وزيادة في الطاقة ونقص في حاجة النوم تحدث هذه التقلبات في المزاج عدة مرات في السنة تستمر لفترة معينة تترافق هذه التقلبات مع فترات من الاستقرار في المزاج .

٥- أعراض اضطراب ثنائي القطب حسب DSMS:

٦-١- التوتر المصحوب بالقلق: الشعور بالانفعال أو التوتر أو الضجر أو صعوبة التركيز نتيجة القلق أو الخوف من أمراً مروعاً قد يحدث أو الشعور بالعجز عند ضبط النفس

٧-٢- السمات المختلطة: تحقيق معايير الخاصة بنوبة الموس أدونوبة الهوس الخفيف مع بعض أعراض نوبة الاكتئاب الرئيسي أو كلها في نفس الوقت .

٨-٣- السمات السوداوية: فقدان المتعة في ظل النشاطات أو معظمها وعدم الشعور بتحسن كبير حتى عند حدوث أمر جيد .

٩-٤- سمات اللانمطية: المعاناة من أعراض غير نمطية بالنسبة لنوبة الاكتئاب الرئيسي، من التحسن الكبير في المزاج عند حدوث أمر جيداً

- ١٠-٥- **الجمود العضلي**: عدم التفاعل مع البيئة أو حسب الجسم في طبيعة غير اعتيادية أو الامتناع عن التكلم أو تقليد كلام شخص آخر أو حركته .
- ١١-٦- **النمط الموسمي**: نمط دائم من نوبات هوس أو هوس الخفيف أو اكتئاب رئيسي تتغير بتغير فصول السنة .
- ١٢-٧- **تغير المزاج السريع**: المرور بأربع نوبات أو أكثر من التقلبات المزاجية في العام الواحد مع الهدوء الكامل أو جزئي لأعراض ما بين نوبات الهوس الخفيف أو الاكتئاب الرئيسي .
- ١٣-٨- **الذهان**: نوبة شديدة من الهوس أو الاكتئاب تؤدي إلى الانفصال عن الواقع وتتضمن أعراضاً تتمثل في اعتقادات خاطئة ولكنها قوية أو هام فضلاً عن السماع أو رؤية أشياء ليست موجودة هلوسات (حقي، ١٩٩٥، ص ٨٢) .
- ١٤- **أعراض من الناحية العاطفية**:
- ١٥- *شعور لا ينتهي بالتعاسة
- ١٦- *فقدان الاهتمام بالأشياء
- ١٧- *عدم القابلية للاستمتاع بالأشياء الشعور بعدم الاستقرار بدنياً مع تحفيز دائم
- ١٨- *فقدان الثقة بالنفس
- ١٩- *الشعور باليأس وعدم الجدوى وفقدان القابلية عن فعل الأشياء
- ٢٠- *توتر عصبي أكثر من الحد الطبيعي
- ٢١- من ناحية التفكير:
- ٢٢- *عدم القابلية على اتخاذ القرارات البسيطة
- ٢٣- *عدم التركيز
- ٢٤- من ناحية البدنية:
- ٢٥- *فقدان الشهية وفقدان الوزن
- ٢٦- *اضطراب النوم

٢٧- *النهوض مبكراً عن المعتاد

٢٨- *الشعور بالتعب

٢٩- *فقدان الرغبة الجنسية

٣٠- من ناحية السلوك:

٣١- *عدم القابلية للبدء بالأعمال أو إنهاؤها

٣٢- *كثرة البكاء أو لشعور بالرغبة بالبكاء وعدم القدرة على ذلك

٣٣- *الابتعاد عن الاتصال بالناس (صالح، ٢٠١٥، ص ١٨٤).

٣٤- أنواع اضطرابات ثنائي القطب:

٣٥- يمكن تقسيم مرض الهوس الاكتئابي الاضطراب ثنائي القطب إلى نوعين أساسيين:

٣٦- اضطراب ثنائي من نوع ٠١:

٣٧- إذا عانى المصاب في الماضي على امتداد فترة واحدة على الأقل من ظاهرة الهوس، سواء كانت تشمل أولاً تشمل فترة سابقة من الاكتئاب

٣٨- اضطراب ثنائي القطب من نوع ٠٢:

٣٩- إذا عانى المصاب في الماضي على امتداد فترة واحدة على الأقل من ظاهرة الاكتئاب وعلى امتداد فترة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف تشبه في أعراضها نوبة الهوس العادية ولكن أعراضها نوبة تكون أكثر اعتدالاً تستمر لبضعة أيام فحسب وليست على درجة عالية من الخطورة عند الإصابة بنوبة الهوس الاكتئابي قد يشعر المريض بابتهاج بقلق معين وبتغيرات في أدائه اليومي لكنه يبقى قادراً إجمالاً على الاستمرار في حياته بشكل طبيعي دون الحاجة إلى الرقود في المستشفى، وفي الهوس الاكتئابي من ٢ تكون فترات الاكتئاب أطول منها في الهوس الخفيف بشكل ملحوظ.

٤٠- دوسرية المزاج دوري Cyclothymia

٤١- هي نوع معتدل من الاضطراب ثنائي القطب، ويشمل ترنج المزاج وتبدله بوتيرة وسرعة كبيرتين، إلا أن لحظات القمة ولحظات الحضيض ليست خطيرة كما في الاضطراب ثنائي القطب في ذروتها (رضوان ٢٠٠٤، ١٦٠-١٦١) .

٤٢- أسباب اضطراب ثنائي القطب

٤٣- الاختلافات البيولوجية: الشخص المصاب بالاضطراب ثنائي القطب تظهر لديه بعض التغيرات في خلايا المخ على الرغم من أهم هذه التغيرات لن يتم الجزم بوجودها، كما ان عدم الاتزان في كيمياء المخ قد تلعب دورا كبيرا في الإصابة بمثل هذا الاضطراب وفي كافة الاضطرابات المتعلقة بالتغيرات المزاجية .

٤٤- الهرمونات: عدم اتزان في جسد الفرد قد يكون لها دورا في الإصابة بنفس الاضطراب.

٤٥- العوامل الوراثية: إن الوراثة تلعب الدور الأعظم في مختلف الاضطرابات والعلل التي تصيب الإنسان، وما زال العلماء في حالة بحث الجين المسؤول على اضطراب ثنائي القطب.

٤٦- العوامل البيئية: إن للبيئة دورا في إصابة الإنسان بالهوس الاكتئابي ويتمثل ذلك فيما يواجهه من ضغوط وإساءة وغيرها من الخبرات الشعورية التي تؤدي نفسيته والتي تسهم بشكل ما أو بأخر في إصابته بالتقلبات المزاجية التي تخرج عن نطاق السيطرة لتتحول إلى اضطراب نفسي متمثل في اضطراب ثنائي القطب .

٤٧- تشخيص اضطراب ثنائي القطب:

٤٨- ١- النوع الأول:

٤٩- أ- توفر محاكاة تشخيص نوبة هوس واحدة على الأقل

٥٠- ب- حدوث نوبات الاكتئابية والهوس لا يمكن إرجاعه إلى اضطراب الفصام الوجداني أو الفصام أو الاضطراب يشبه الفصامي أو الاضطراب التوهمي أو طيف فصام واضطراب مميز أو غير مميز أو أي اضطراب ذهاني آخر.

٥١- حدد إذ كان النوبة الأحداث الهوس أو هوس خفيف أو اكتئاب .

٥٢- حدد إذ كانت الشدة خفيف أو متوسط أو شديد حدد إذا كانت مع أو بدون أعراض ذهانية، حدد إذا كان في حالة من التحسن جزئي أو تحسن كلي أو غير مميز .

٥٣- * حدد إذا كانت مصحوبة بقلق وضيق أو ملامح مختلطة أو سريعة الدورات أو أعراض سوداوية أو ملامح نمطية وما إذا كانت الحالة المزاجية تتسق مع ملامح الذهانية أم لا

٥٤- ٢- النوع الثاني:

٥٥- ٢- تشخيص الاضطراب كثنائي القطب يكون من الضروري توفر محاكاة التالية لنوبة تحت الهوس الخفيفة حالية أو سابقة ونوبة على الأقل من اكتئاب أساسي حالية أو سابقة

٥٦- ب- لم يحدث للمريض نوبة هوس .

٥٧- ج- أن تكون أعراض الاكتئاب أو الهوس الخفيف المتكررة تسبب ضيقاً مرضياً واضحاً أو خلافاً في التوظيف

٥٨- النوبة الهوسية:

٥٩- أ- فترة محددة يكون فيها المزاج وبصورة شاذة ومتواصلة مرتفعاً ومتضخماً أو مستشار مع توجه غير طبيعي نحو الأهداف في الأنشطة أو الطاقة سيتم لمدة أسبوع على الأقل ويستمر طوال اليوم .

٦٠- ب- أثناء فترة اضطراب المزاج يستمر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية أربعة أعراض إذا كان المزاج مستشار فقط وكانت هذه الأعراض موجودة بشكل واضح مع تغيير ملحوظ في السلوكيات المعتادة:

٦١- ١- تضخم تقدير الذات أو الشعور بالعظمة

٦٢- ٢- انخفاض الحاجة إلى النوم الشعور بالراحة بعد نوم ٣ ساعات فقط .

٦٣- ٣- إثارة أكثر من المعتاد أو ضغط للاستمرار في الكلام

٦٤- ٤- تطاير الأفكار أو خبرة شخصية تتسابق في الأفكار

٦٥- النوبة الاكتئابية الأساسية:

٦٦- وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين والتي تمثل تغيرات عن الأداء الوظيفي السابق.

٦٧- ١- مزاج منخفض معظم اليوم وكل يوم تقريبا ويعبر عنه إما ذاتيا أو بما يلاحظه آخرون

٦٨- ٢- تضائل واضح في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم وكل أيام تقريبا

٦٩- ٣- فقدان الوزن بشكل كبير بدون إتباع حمية غذائية أو كسب وزن بشكل مبالغ فيه .

٧٠- ٤- أرق أو إفراط في النوم

٧١- ٥- تعب وفقد طاقة

٧٢- ٦- هياج أو بطئ نفسي حركي .

٧٣- ٧- إحساس بانعدام القيمة أو الشعور مفرد أو غير مناسب بالذنب

٧٤- ٨- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز

٧٥- ٩- أفكار متكررة عن الموت (عنو، ص ١١٠) .

٧٦- الوقاية من اضطراب ثنائي القطب:

٧٧- ليست هناك أية طريقة آمنة ومثبة يمكن بواسطتها الوقاية من الإصابة باضطراب ثنائي القطب إلا أن العلاج الفوري الذي يقدم فور ظهور الأعراض الأولية لهذه المشكلة النفسية أو غيرها من شأنه أن يساعد في منع تدهور الهوس الاكتئابي وتفاقمه ويمكن العلاج الوقائي طويل الأمد أن يساعد أيضاً في منع تحول النوبة ثنائية القطب المعتدلة إلى نوبة هوس أو اكتئاب حادة وخطيرة .

المحاضرة السادسة:

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

مفهوم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

يرى أحمد عكاشة: " أن السيكوباتية أو السلوك المعادي للمجتمع ظاهرة تسود عالم اليوم وتعد نذيرا خطيرا لا ينبغي تجاهلها أو الإقلال من دلالتها.

عرفها الحاج فايز محمد: بأنها حالات مرضية تظهر كاضطراب في السلوك يكون مضادا للمعايير الاجتماعية، وقد تلازم الفرد منذ نشأته أو تبدأ في سن مبكرة ويحدث هذا الاضطراب في فترات منقطعة أو بصفة مستمرة .

وذكر مبيض مأمون: " أن معظم أصحاب هذه الشخصية المنحرفة تكون قد ظهرت عندهم بوادر الانحراف والعدوانية في طفولتهم المبكرة من خلال سلوكهم في المنزل والمدرسة والحي.

-هناك من عرفها أنها شخصية معتلة نفسيا وتتسم بعدم النضج الانفعالي لنشأتها في بيوت باردة انفعاليا

-وقد ورد تعريف الشخصية المعادية للمجتمع في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل كما يلي: " هي طراز شامل من الاستعانة بحقوق الآخرين وانتهاكاً يحدث منذ سن الخامسة عشر " .

تعريف الحنفي: (١٩٨٧):

الشخص السيكوباتي هو الشخص المريض أو المضطرب في علاقاته الشخصية المتبادلة مع فقدان الحساسية الاجتماعية، وهو الشخص الذي لا يمكن

تصنيفه بضعيف عقدي أو عصابي أو ذهاني ولكن عجزه يمكن في النمو الخلفي والأخلاقي، وعجز إتباع القوانين الاجتماعية المقبولة مع المجتمع الذي يعيش فيه .

أعراض اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

إن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يعد بمثابة نمط شائع للخروج على القوانين وعدم الامتثال لها وعدم مراعاة حقوق الآخرين ويتضح ذلك في الأعراض التالية:

-الفشل في الانصياع للمعايير الاجتماعية فيما يتعلق بالخضوع للقانون مثل تدمير ممتلكات الغير وإزعاج الآخرين والتجاسر بالسرقة واحتمان حمى غير قانونية

-سهولة الاستشارة والعدوانية كما يتضح في دخول الفرد في مشاجرات عديدة أو هجومية على الآخرين .

-تكرار عدم الوفاء بالالتزامات المالية مثل عدم الالتزام بالدين

-اللامسؤولية كما يتضح من عدم استمرار الفرد في أي عمل

-الفضل في التخطيط المسبق أو الاندفاعية

-الشعور عدم الإحساس بالندم إذا ما أساء معاملة شخص ما.

-العدوان على الحيوانات

-يستخدم سلاحاً يمتن أن يسبب للغير ألماً جسيماً بالغاً ويتمثل هذا السلاح في سكين أو زجاجة مكسورة أو عصا غليظة .

-السرقة في خفية-تدمير الممتلكات تتعمده إشعال الحرائق

-غالبا ما يلجأ إلى الكذب للحصول على منافع شخصية

-تذبذب في العلاقات الاجتماعية

-القدرة على التنويه

-رفض السلطة الموجودة

أنواع الشخصية المضادة للمجتمع:

١-السيئو باتي العدواني: وتتمثل هذه الفئة في المجموعة التي تدمن وتكثر من الشجار، إضافة لأصحاب الميول المادية وأغلب معتادي الإجرام

٢-السيكوباتي الناشز غير المتوافق: ويضم المرتكبين للجنح والناشزين على المجتمع الذين يسببون مشاكل عائلية واجتماعية والاتكاليين الذين يعيشون بالقوة والعنف عالية على أمهاتهم وأبائهم وأقاربهم ومجتمعهم .

٣-السيكوباتي المتجول: يتصف أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على التحكم في رغباتهم لاسيما رغبة الانتقال من مكان لآخر دون سبب واضح ودون هروب من سلطة القانون لأنهم في الغالب ليس لديهم توجه للإجرام .

٤-السيكو باتي المتعصب: وهذا قد يكون من المصابين بالبرانويا ويشمل هذا النوع المصلحين أصحاب النشاط الديني المتشدد وهؤلاء يميلون للكفاية الذاتية وهم متشوقون للعظمة ويتصفون بسرعة الغضب وليس لديهم روح المرح

٥-السيكوباتي المتعب القلق: ويصعب عليهم فهم الآخرين وليس لديهم إدراك لمشاعر الآخرين أو رحمة بهم ويتميزون بالاهتمام بذواتهم ومواقفهم عموماً غير اجتماعيين

٦-السيكوباتي عديمي الشعور: وهذا الشخص يقترب أعمالا لا عدوانية فيها عنف ضد أشخاص آخرين أو جماعات دون القدرة على التحكم في اندفاعاتهم ودون الإحساس بالخطأ أو الشعور بالذنب .

٧-السيكوباتي الانفجاري: وهو شبيه بعديمي الإحساس من المجرمين ويوجد لدى هذا النوع حالات الغضب الانفجاري وقد يتخذ السلوك العدواني نحو نفسه فتنتحر .

٨-السيكوباتي المكتئب: هو الفرد الذي لايقدر نفسه وينظر للمستقبل نظرة تشاؤمية وكل شيء يذكره بالخطر.

٩-السيكو باتي المريض بالكذب: وهو الذي يردد القصص الخيالية التي تخرج عند الحقيقة المعقولة بهدف الارتياح النفسي وخفض توتره الداخلي امثال منتهكو العرض وكاتبوا العرائض والتقارير الكاذبة .

١٠-السيكوباتي المتقلب العاجز: ويصفه أحمد عكاشة بأنه:" هو أشبه بالشخصية العاجزة ولا يستطيع المثابرة على عمل واحد أكثر عدة أشهر ويتخلل هذه لأشهر مشاجرات وتوترات بسبب نظام العمل مع عدم الاهتمام بنتائج ذلك السلوك، ومتعدد الزيجات والأطفال دون تحمل المسؤولية، وأصحاب هذه الشخصية قد ينخرطون في الأمان أو الشذوذ المبني أو الجرائم البسيطة ويصبحون من المترددين على العيادات الطبية .

١١-السيكوباتي العدواني المنقلب الانفعالي: هو أقل الفئات شيوعاً فهو مضاد للمجتمع بصورة أكثر ضرراً، ويندفع هذا النوع لارتكاب الجريمة والقتل والاعتداء على الغير دون أسباب جوهريه فيكون متبلدا انفعاليا فينكر وينسى ولاءه لأصدقائه في سبيل مصلحته الشخصية .

***النظريات المفسدة للشخصية السيكوباتية:**

١- النظرية التحليلية:

أرجعت " أنافريد " سييترولاكاش " ١٩٣٦ " الانحراف السيكوباتي إلى النهائي مع المعتدي الذي يعتبر من دفاعات الأنا الطفيلية في تعاملها مع المواضيع الخارجية المقلقة فبواسطة التماهي مع المعتدي وتقمص صفاته وتقليد سلوكه العدواني يتحول الفرد من هدف للتهديد إلى فرد قادر على التهديد وبذلك يتخلص من مصدر القلق والتهديد وهو طور مهم في عملية نمو الأنا الأعلى

*أما وينيكوت ١٩٥٦ يفسر الأعمال المضادة للمجتمع أنها ناتجة عن فقر تعاطفي مبكر لعدم استمرارية الموضوع في التواجد باستمرار فالطفل في هذه المرحلة يعيش تذبذب في العناية من طرف الأم وأي غياب لها يؤدي إلى عدم الإحساس .

٢- النظرية الوراثة:

أنشط المدارس الفكرية التي تبنت هذا الاتجاه هي المدرسة الإيطالية بقيادة " سيراز لميروزو " الذي حاول ربط الإجرام بالمرض العقلي والاعتقاد على الملامح الخارجية والشكل المورفولوجي، وأكد أن الانحراف يورث بيولوجيا مثل كل الخصائص البيولوجية الأخرى، وبالرغم من النقد الذي تعرضت له هذه النظرية إلا أن الكثير من الباحثين لا يزالون يعتقدون أن العوامل الوراثية والفيزيولوجية قد تشكل بطريقة معينة أو تتداخل في الأسباب المرضية للشخصية المعادية للمجتمع.

٣- النظرية الفيزيولوجية:

ذكر سعد جلال ١٩٦٦ بينت كثير من الملاحظات على الأطفال البالغين أن يعقب أي إصابة في المخ نتيجة حادثة أو مرض تغيرات سلوكية، إذ يصبح الفرد عدوانيا في سلوكه وسريع الانفعال وتظهر عليه غالباً نزعات الانحراف السيكوباتي.

ونظراً لتشابه هذه الأعراض مع السلوك المعادي للمجتمع، افترض البعض وجود مرض أو ضرر وشذوذ في مع الشخص العادي للمجتمع، غير أن فحص ردود الأفعال للأشخاص السيكوباتيين كانت كلها سلبية، لذلك فإن الضرر لكون في جزء من المخ لا يؤثر على الأفعال المنعكسة العادية، بل يؤثر في الضبط الانفعالي والعمليات العملية العليا .

النظرية التعليم الاجتماعي:

يرى صالح قاسم حسين (٢٠٠٨) أنه: " ينطوي تحت هذه النظرية عدد واسع من الباحثين الذين يتباينون في توكيدهم على عدد من العوامل المسببة للسلوك المعادي للمجتمع ويمكن التقاط أربع نقاط أساسية تؤسس لهذا الاتجاه وهي:

أولاً: أن السلوك المعادي للمجتمع تمثل محاولات غير مقبولة لتكيف الفرد مع بيئته هذا يعني أن أصحاب هذا التوجه يميلون إلى أن ينظروا إلى السلوك المعادي للمجتمع كما لو كان انعكاساً لتعلم ناقص أو ضعيف أو غير مناسب، مفضلين ذلك على أن يكون ناتجاً من ضعف وراثي أو عرض ناجم عن خلل وظيفي في الشخصية .

ثانياً: أنهم يعدون السلوك العادي للمجتمع مكتسب من خلال:

*الخبرة المباشرة

*التعلم البديلي أي اكتساب غير مباشر للمعلومات من قبيل ملاحظة سلوك الآخرين).

*التعلم الرمزي

*العمليات الاستدلالية

ثالثا: أن الفرد يكون أكثر ميلا للسلوك المعادية للمجتمع في حالتين:

-عندما تكون بدائل الاستجابة أمامه قليلة

-عندما يتوقع حصول مكافئة على السلوك الذي سيقوم به

رابعا: أن أساليب العلاج للسلوك المعادي للمجتمع تكون في:

-تعلم مهارات مقبولة اجتماعية

-العمل على تصحيح الأنماط الفكرية التي تشجع الأداء المعادي للمجتمع.

وتفيد الدراسات المستندة إلى هذا الاتجاه أن السلوك المضاد للمجتمع أكثر حدوثا

-حياة أسرية تفتقد الأمان والاستقرار

-صراع وعداء مستمرين الزوجين

-نظام أسري غير مستقر في التعامل مع الأطفال

-وجود فرد في الأسرة يميل إلى العقد ويشكل نموذجا للطفل

-الصرامة والقسوة البدنية في التعامل مع الطفل .

النظرية السلوكية:

ذكر قاسم صالح (٢٠٠٨) فيما يخص هذا الاتجاه: "يؤكد علماء هذا الاتجاه

على أن للبيئة دور هام في ظهور السلوك للمجتمع أو السيكوباتي، لاسيما الأحداث

المتعلقة بالتعزيز والعقوبة، فالسلوك المعادي للمجتمع بالنسبة لهم هو سلوك إجرائي

بمعنى أنه يستديم بالتغيرات الحاصلة في البيئة التي تعزز هذا النوع من السلوك كما

يرى السلوكيون أن السلوك المعادي للمجتمع يتم تعلمه بنفس طريقة أنماط السلوك الأخرى، وتحديدًا من خلال التشكيل والتعزيز المباشر.

تفترض نتائج البحوث السلوكية أن السمة الأساسية الثابتة عبر المواقف في اضطرابات الشخصية هي الخداع أو التضليل العقلي، وناقشوا هذه الاضطرابات على أنها استجابات من سوء تكيف إما استجابة محددة من سوء تكيف إما استجابة لتبعية محدد أو نتيجة لتعزيز محدد، وهم يفسرونه بالتالي على أساس أنها نتائج لتعزيزات.

أسباب اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:

اضطراب الجهاز العصبي: إصابة صغيرة في الدماغ قد تكون وراء المزاج السيء لهؤلاء الأطفال وذلك بعد مراقبة الأطفال الذين يعانون اضطراب فرط الحركة وتقص الانتباه حين وجدت الدراسات أن ٦٠ % من هؤلاء الأطفال سيعانون اضطرابات سلوكية في مراهقتهم كما ازداد احتمال إصابتهم باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

العامل الوراثي: توجد غالبًا اضطرابات شخصية معادية للمجتمع عند أباء المصابين حيث أن الدراسات التي أجريت على التوائم وعلى أطفال التبني أبدت فرضية الدور الوراثي في هذا الاضطراب .

العوامل الاجتماعية: مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتدني تفكك الروابط الأسرية.

العوامل النفسية: مثل تعزيز الوالدين اللاواعي للسلوك المعادي للمجتمع لدى الطفل خلال مرحلة نموه الحرمان من الأم في السنوات الخمس الأولى من الحياة كما أن

تعامل الأم الذي يتسم بعدم ضبط النفس ونقص العاطفة والتهور قد يعد من العوامل المسببة .

*معايير تشخيص الشخصية المعادية للمجتمع:

وجود نمط ثابت من عدم الاكتراث وخرق القواعد وانتهاك حقوق الآخرين، يحدث بداية من السنة ١٨ من العمر ويتحدث بثلاث أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

١-الفشل في الامتثال للمعايير الاجتماعية، والاتيان بالأفعال الإجرامية .

٢-الميل إلى المخادعة بتكرار الكذب أو الظهور بمظهر الرجل الطيب والمثالي بهدف تضليل الآخرين .

٣-الاندفاعية والتهور وعدم الاهتمام بتأمين نفسه أو الآخرين .

٤-عدم الاستقرار والعدوانية التي تحدد بتكرار العدوان البدني أو التهجم بالاعتداء على الآخرين .

٥-التحرر من المسؤولية وفشله المتكرر في الاستمرار في عمل واحد وتحقيق دخل مادي ثابت وشرعي .

٦-غياب الشعور بالذنب أو الندم وتكرار آيذاء الآخرين والسطو عليهم

٧-يكون عمر الشخص ١٨ سنة على الأقل ووجود اضطرابات سلوكية لها تاريخ مرضي فيما قبل ١٥ سنة .

٨-لا يحدث الاضطراب أثناء حدوث الهوس .

علاج الشخصية المعادية للمجتمع:

الشخصية المعادية للمجتمع تصعب علاجها فأصحابها لا يعتقدون أنهم مرضى ولا يحضرون للعلاج من تلقاء أنفسهم، وعلاجات العقاب وفشلت ولا تأتي بنتائج، لهذا السبب اختلف العلماء في علاج الشخصية السكوباتية ومن بين العلاجات التي استعملت .

١-العلاج النفسي:

يهدف هذا العلاج إلى محاولة تصحيح سلوك السيكوباتي، وتعديل مفهوم الذات لديه، وحل الصراعات، وإزالة مصادر التوتر والقلق وإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية، وقد يتخذ هذا العلاج الأسلوب الفردي أو الجماعي ويعتمد النجاح فيه على إيجاد علاقة نفسية شخصية بين المعالج والسيكوباتي

كما يرى " كليكي " أن التحليل النفسي فشل في العلاج وذلك لعدم وجود رغبة عند المرض في الشفاء وعدم وجود استبصار .

٢-للعلاج السلوكي: يعتمد هذا العلاج على طريقتين هما:

أ-إزالة الروابط السلبية: يعتبر أنصار هذا العلاج ان الاضطرابات بمثابة أشكال سلوكية تتكون إما كروابط سلبية بين المتغير والاستجابة أي ردة فعل نتيجة تعلم غير كافي لذا فالمعالج يحاول إزالة الروابط الخاطئة القائمة بين المثير والاستجابة وردة الفعل، عن طريق خلق روابط جديدة بين المثير والاستجابة

ب-خلق روابط جديدة وتعزيز السلوك المرغوب فيه: يمكن تحقيقها من خلال إيجاد ما يعزز الاستجابة المرغوب فيها وتقييم فعاليتها، فإن كانت هذه الاستجابة الجديدة فعالة فيجب تعزيزها عند المضطرب وتتم هذه العملية عن طريق تقنيات وهي:

١- **التعزيز الإيجابي** : ويعتبر في هذه التقنية أن إثابة الفرد وتشجيعه مادياً ومعنوياً على إثبات سلوك ما مرغوب فيه، يدفع به إلى تكرار ومن ثم تثبيته .

٢- **التعزيز السالب**: ويقوم على أساس تعريض الفرد المضطرب لمثير غير سار مقدماً وأبعاده مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة .

٣- **التنفير** : إعادة تشريط الاستجابة اللاتوافقية بمثيرات سلبية منفرة وتكرير هذه العملية وذلك وصولاً إلى فعل منعكس شرطي جديد، وهو الكراهية والنفور من تلك الاستجابة وبحيث تصبح مصدراً للألم بدلاً من الشعور باللذة .

٣- **العلاج البيئي الاجتماعي**: يعتبر من أهم أنواع العلاجات نظراً لما تطبعه العوامل البيئية والاجتماعية من دور في نشأة هذه الاضطرابات، بهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل العوامل البيئية الاجتماعية التي قد تساعد في نشوء الأسرة والمدرسة وكذلك توفير أماكن لقضاء وقت الفراغ وإشراكه في الأنشطة الاجتماعية.

٤- **العلاج الدوائي**: يفضل العالم " سلفرمان " علاج هذه الحالات بالعقاقير وخاصة زمرة المسكنات القاعدية، وقد تبين له بعد تخطيط المخ كهربائياً أن السكوباتية قريبة من الصرع وأشار في نهاية تجارية أن النتائج تكون بالجمع بين العقاقير والعلاج النفسي.

٥- **العلاج الديني**: وذلك بإعادة تربية المنحرف بإعادة صياغة محتويات أناه الأعلى وضميره الأخلاقي ونقطة البداية في هذا العلاج تتمثل في مناقشة العقائد الإيمانية تمهيداً لتقويتها في نفسه لتكون بالتالي ينبوع سلوكه، فإذا نجحنا في بث العقيدة الإيمانية في نفسه نعلمه كيف يكبح دوافع الهوى .

الخاتمة:

من خلال ما قدمناه في هذا البحث نخلص إلى أن الشخصية المعادية للمجتمع هي شخصية إنسان تحب نفسه فقط ويكره المجتمع وله سلوك انحرافي وإجرامي، ما دام تخدم أغراضه الخاصة، ولا يشعر بأي ذنب في إسائته للمجتمع، إذن فالشخصية المعادية للمجتمع سمات خاصة ينبغي التعرف عليها لمعالجتها للوقاية من التورط في النشاط المعادي للمجتمع .

المحاضرة السابعة:

تعريف اضطراب الشخصية الحدية:

عبد الستار إبراهيم: نمط عام من عدم الاستقرار في العلاقات بين الأشخاص وفي الصورة الذاتية والمزاجية والتحكم في الاندفاعية.

مصطفى شكيب: انها تذبذب وتقلب في المزاج والنظرة إلى الذات والعلاقات بين الأشخاص هي السمات الرئيسية في هذا الاضطراب.

منظمة الصحة العالمية DIM1: تشير إلى العديد من عدم الاستقرار الانفعالي كما نجد أن صورة الشخص عن نفسه أهدافه ميوله الداخلية بما فيها الجنسية كثيرا ما تكون غير واضحة أو منضبطة، وكذلك فإن الاستعداد لدخول طرفا في علاقات عنيفة وغير مستقرة قد يؤدي إلى أزمات عاطفية متكررة وقد تصاحبه جهود مكثفة لتجنب الأبعاد وسلسلة في التهديدات والانتحار و إيذاء النفس

DSM4: طراز ثابت من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين وفي صورة الذات وفي العواطف والاندفاعية الواضحة، حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في مجموعة متنوعة من السياقات.

أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

وفقا لما جاء في (الدليل التشخيصي الرابع DSM4) فإن أعراض اضطراب الشخصية الحدية:

- ١- محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل.
- ٢- طراز من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال بين أقصى المثال الكمالي وأقصى من القدر من التخبيس.

٣- الاندفاعية في المجالين على الأقل من المجالات التي تحمل امكانية الحاق الأذى في الذات مثل: الانفاق ، الجنس ، سوء الاستخدام للمواد ، السياقة المتهورة ، الافراط في الطعام.

٤- اضطراب الهوية وعدم الاستقرار واضح وثابت في صورة الذات. سلوك انتحاري متكرر واللحاحات وتهديدات أو سلوك مشوه للذات.

٥- احساسات مزمنة بالفراغ.

٦- عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن إعادة تنشيط واضح للمزاج مثل عسر مزاج نوبي أو استثارة أو قلق....

٧- الغضب الشديد أو غيره المناسب أو صعوبة في لجم الغضب مثل تظاهرات متكررة للغضب ، غضب ثابت شجارات متكررة.

٨- تفكير زوراني مرتبط بالشدة أو أعراض انشطارية.

مظاهر الشخصية الحدية:

ذكر (مأمون صالح) أن صاحب الشخصية الحدية يمتاز بالخصائص:

١- عدم الاستقرار

٢- لديه احساس بالفراغ والملل

٣- لديه صورة عن نفسه أنه المسيء

٤- لا يتحكم بنفسه عندما لا يعطى الاهتمام

٥- تكون العلاقة مع الآخرين غير مستقرة وحادة وتتميز بتغيرات متطرفة من

المثالية الزائدة إلى الانحطاط مع عدم ثبات انفعال الشخص عندما يكون

الغضب أحيانا غير مناسب للموقف حيث يفقد السيطرة على نفسه بسرعة

ويدخل في مشاحنات وشجارات ويكون مندفاعا في تصرفاته خاصة في

الأنشطة التي تكون مدمرة للنفس كالإدمان.

٦- قيادة السيارة بتهور.

٧- كما يمثل اضطراب الشخصية الحدية في المظاهر التالية وهذا وفقا لما

جاء به (مصطفى شكيب):

١- انفعال شديد في العلاقات وعدم الاستقرار مع الآخرين.

٢- تتبدل من المثالية المبالغ فيها إلى أنماط سلوكية غير مستقرة.

٣- صورة ذاتية سيئة قد يقوم المضطرب إلى تكيف علاقات شخصية مع

الآخرين وإن تخللها النزاعات كما تتأرجح الشخصية الحدية من تعظيم

الأشخاص والحط من قدرتهم.

٤- اضطراب واضح ومستمر في صورة الشخص مثل صورة الذات

والتوجه الجنسي

(الأهداف المستقبلية ، نوع الأصدقاء ، القيم والمبادئ ، الأحاسيس

المزمنة بالفراغ والضجر).

العوامل المسببة للشخصية الحدية:

كما هو الحال مع اضطرابات الصحة العقلية الأخرى، فإن أسباب

اضطراب الشخصية الحدية غير مفهومة تماما، بالإضافة إلى العوامل

البيئية مثل تاريخ إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم. قد يرتبط اضطراب

الشخصية الحدية بما يلي:

• **الجينات الوراثية:** تشير بعض دراسات التوائم دراسات التوائم والأسر إلى

أن اضطرابات الشخصية قد تكون مورثة أو مرتبطة بقوة باضطرابات

الصحة العقلية الأخرى بين أفراد الأسرة.

• **الاضطرابات الدماغية:** أظهرت بعض الأبحاث تغييرات في مناطق معينة

من الدماغ تتعلق بتنظيم العاطفة والاندفاعية والعدوانية، بالإضافة إلى ذلك

قد لا تعمل بعض المواد الكيميائية في المخ التي تساعد على تنظيم الحالة المزاجية مثل السيروتونين بشكل صحيح.

● **الطفولة الضاغطة:** يذكر العديد من المصابين بهذا الاضطراب تعرضهم لإساءة جنسية أو جسدية أو للتجاهل في طفولتهم، بعض الأشخاص فقدوا أحد الوالدين أو أحد مقدمي الرعاية المقربين أو أبعدهوا عنه في صغرهم. أو عانى أحد والديهم أو أحد مقدمي الرعاية من إدمان المواد المخدرة أو من مشاكل أخرى متعلقة بالصحة العقلية بينما تعرض آخرون لمشاكل عدوانية ومن علاقات أسرية مضطربة.

● **التعقيد الذاتي:** إن أثر دور التعقيد الذاتي من حيث صورة الذات المهتزة وغير المستقرة يعتمد عند المصابين باضطراب الشخصية الحدي على السؤال فيما إن كان الأفراد ينظرون إلى أنفسهم على ضوء الميزات أو الخصائص التي يتمنون أن تكون لديهم.

مضاعفات الشخصية الحدية:

يمكن أن يتسبب اضطراب الشخصية الحدي في الأضرار بمناطق عديدة في الحياة يمكن أن يؤثر سلباً على العلاقات الحميمة والوظائف المدرسية والأنشطة الاجتماعية والصور الذاتية وعموماً قد يتسبب في:

- تغييرات أو خسائر وظيفية متكررة.
- عدم استكمال التعليم.
- العديد من المشكلات القانونية مثل قضاء عقوبة في السجن.
- العلاقات المليئة بالنزاعات أو الإجهاد الزوجي أو الطلاق.
- إيذاء النفس ، مثل القطع أو الحرق وتكرار الدخول إلى المستشفيات.
- الاشتراك في العلاقات المؤذية.

- حالات الحمل غير المخطط لها والأمراض المنقولة جنسيا وحوادث السيارات والمعارك الجسدية بسبب السلوك المتهور.
- محاولة الانتحار أو الانتحار فعلا.
- ومع كل هذا قد يعاني اضطرابات الصحة العقلية.
- الاكتئاب.
- الإفراط في تناول الكحول.
- اضطرابات القلق.
- اضطرابات الأكل.
- اضطرابات نقص الانتباه مع فرط النشاط.

التشخيص:

- يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية في ما يلي:
 - مقابلات مفصلة مع طبيبك أو مقدم رعاية الصحة العقلية.
 - التقييم النفسي الذي قد يتضمن ملئ الاستبيانات.
 - التاريخ والفحص الطبيان.
 - مراجعة العلامات والأعراض لديك.
- عادة ما يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى البالغين وليس المراهقين والأطفال وذلك لأن علامات وأعراض الشخصية الحدية التي لا تظهر على الشخص قد تختفي بينما يكبر الأطفال ويصبحون أكثر نضجا.

المحاضرة الثامنة:

اضطراب الشخصية الوسواسية:

مفهوم الشخصية الوسواسية:

نمط ثابت من الخبرة والسلوك الذي ينحرف بشكل ملحوظ عن توقعات الثقافة التي ينتمي إليها الفرد ويتصف بالشمول (الانتشار)، يبدأ في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر ويؤدي إلى الكرب أو الضعف النفسي.

الشخصية الوسواسية القهرية من الاضطرابات ذات الانتشار الواسع بين أفراد المجتمع ولكنه لا توجد إحصائيات دقيقة حول حجم انتشاره أن الشخصية الوسواسية القهرية تجد صعوبة في التعايش والتوافق مع الآخرين سواء في التفكير أو في الإحساس أو في السلوك وهي شخصية تتصف بعدم المرونة وهي غير قادرة على إعطاء استجابات مناسبة لمتطلبات الحياة المتغيرة (مرسي، ١٩٩٧).

سمات الشخصية الوسواسية القهرية:

يظهر على الشخص المصاب بعصاب الوسواس المتسلطة أو الأفعال القسرية مظاهر بارزة في بعض سمات الشخصية فلهذه غالباً شعور بعدم الطمأنينة والشعور بعدم الكفاءة في علاقاته مع الآخرين ويغلب أن يكون كثير العناية بالتفاصيل وألا يقبل بسهولة الانحراف عن مخطط معروف أو مقبول لصلة ذلك بشعوره بعدم الطمأنينة .

يسعى المصاب وراء صداقات الآخرين ولكنه كثيراً ما يزعجهم بعنايهه وبقواعده الكثيرة الصارمة ويغلب عليه الشك والحذر والتوجس وضعف القدرة في اتخاذ القرارات والتأرجح والتردد .

وقد نرى الانحراف فيه على شكل مثالية عالية تبدو واضحة في ملاطفة المتطرف على الآخرين ولكنه يكون مقصرا في بعض واجباته أهله وأولاده وقد يجهد نفسه في العمل دون جزاء (محمد، ١٩٩٨) .

أسباب اضطراب الشخصية الوسواسية:

سبب اضطراب الشخصية الوسواسية غير معروف ولكن يعتقد أن تنطوي على مزيج من العوامل الوراثية والبيئية باعتبار النظرية الوراثية فإن الشخص الذي لديه شكل من أشكال الجين DRD3 ربما يتطور عنده اضطراب الشخصية الوسواسية ولاسيما كان من الذكور ولكن المتتاليات الوراثية قد تظل كامنة حتى تفعل وكذلك الأحداث وصددمات التي يتلقها الطفل في طفولته مثل الاعتداء الجنسي أو العاطفي وغيرها من الصدمات (الشخانة، ٢٠٠٢).

أعراض حسب الدليل التشخيصي DSM4:

من خلال توافر أربعة على الأقل من المظاهر التالية:

- ١-الانشغال بالتفاصيل أو القوانين أو اللوائح أو الترتيب أو التنظيم أو الجداول (مخططات العمل) إلى حد يضيع معه الموضوع الرئيس للعمل الذي يقوم به .
- ٢-إظهار كمالية تتدخل في اتمام الشخص لواجباته مثال: (يعجز عن إنهاء مشروع ما لأنه لا يتم تلبية معايير الدققة جدا)
- ٣-التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى درجة التخلي عن أوقات الراحة والصدقات ولا يفسر ذلك بالحاجة الاقتصادية الواضحة) .
- ٤-ذو ضمير حي يقظ ودقيق ومتشدد فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم .

٥- يعجز عن التخلي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة حتى وإن لم تكن تحمل أية قيمة عاطفية .

٦- لا يرغب في تفويض أمر المهمات أو العمل للآخرين ما لم يخضعوا تماماً لطريقته في تنفيذ الأشياء .

٧- يتبنى نمطاً بخيلاً في الانفاق نحو نفسه ونحو الآخرين، فالمال ينظر إليه كشيء ينبغي تكديسه من أجل كوارث المستقبل .

٨- يبدي تصلباً وعناداً ودائماً يظهر عدم المرونة غير المبررة في مواقفه (عبد الرحمان، ٢٠٠٨).

الفرق بين اضطراب الشخصية الوسواسية والوسواس القهري:

هناك خطأ شائع عند الناس بين اضطراب الشخصية الوسواسية والوسواس القهري، وغالباً ما تستخدم كلمة وسواس لوصف الشخص الدقيق والمنظم الذي يسعى إلى أداة الأعمال على أكمل وجه، وعلى الرغم من أن النظام والدقة من الصفات الجيدة التي تؤدي إلى نتائج ناجحة إلا أنها ممكن في بعض الأحيان تتقلب بشكل عكسي إذ وصلت إلى حد الهوس الكمالي والوسواس القهري المرض تتوقف معه الحياة ويؤدي إلى عطب فيها وعدم قدرة المريض على التأقلم مع أفكاره أما المصاب باضطراب الشخصية الوسواسية فهو عبارة عن خلل في التفكير ولا يعاني من منغص لحياته يجعلها تتوقف عليها ولا يستطيع التأقلم معها(مرجع سابق) .

هناك أدلة ومؤشرات كثيرة على الشخصية الهستيرية تنتشر إلى الأفراد الذين يوجد لديهم استعداد للإضطراب الهستيري هذا الاستعداد ينتج عن تفاعل عوامل وراثية وبيئية وهناك عدد من الخصائص تتسم بها تلك الشخصية من أهمها درجة مرتفعة من العصابية والدرجة المرتفعة بعد الحيل اللاشعورية وحب الظهور والقابلية

للإيحاء وسرعة الاستهواء والتحرش بالدافع الجنسي والقدرة على الهروب من الشخصية الأصلية (محمد، ٢٠٠٤، ٢١٠-٢١١).

حيث تشبه كثيرا شخصية الأطفال إذا ما أمنت النظر في تلك الشخصية لوجدتها أشبه ما تكون بالسلوك الصادر عن الطفل الكبير (ألفت حقي، ١٩٩٨).

المحاضرة التاسعة:

اضطراب الشخصية الخوفية:

تعريف الخوف والخوف المرضي:

***تعريف الخوف:** هو إحدى الغرائز التي خلقت مع الإنسان ليتجنب المواقف التي قد تهدد أمنه أو حياته ويعرف الخوف على أنه " شعور عادي بالقلق يحس به في وجود للخطر أو بمجرد التفكير فيه " وسمي بالجزع أو متلازمة المقاتلة لأنه قلق له خصائص حفظ بقاء العضوية .

أما الخوف المرضي (الفوبيا-الرهاب) فهو من الأمراض النفسية (العصابية) ولفظ فوبيا مشتق من مقطع في اليونانية " Phobos " يعني الخوف فهو شعور لا عقلاني بالخوف عندما يواجه الشخص بشيء أو نشاط أو موقف عام مما يؤدي به إلى تفادي هذا الشيء الذي يخشاه ويدعى بمصطلحات مختلفة منها " الفوبيا والخوف والرهاب .

*أما القاموس الطبي الحديث فيعرف الخوف المرضي أنه " الخوف القلبي الذي يشعر به بعض المرض في وجود موضوع أو موقف لا يوحى بحظر حقيقي هذا القلق يختفي دائماً عند غياب ذلك الموضوع أو الموقف كما أن المريض يعترف بتفاهة خوفه لكن لا يستطيع تجاوزه (الحجار، محمد، ١٩٨٩).

أسباب الإصابة بالمخاوف المرضية:

ليس هناك في الوسط الطبي النفسي تحديد واضح لأسباب المرض فبعض الأطباء النفسانيين يعطي فرضية كون المرض نابعاً من داخل الفرد أي مشاعر خوف داخلية من ممارسات محرمة وممنوعة مثل الجنس ومشاعر الخوف الداخلية

هذه يتم نقلها وتحويلها إلى أشياء خارجة تصبح مصدر الخطر للمريض وبالتالي فإن رؤية هذه الأشياء الخارجية تؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والذعر الداخلية الكامنة في الإنسان .

وهناك فرضيات أخرى مثل فرضية الصدمة والأذى وحسب هذه الفرضية فإن تعرض المريض لخير أو حادثة مؤلمة وقاسية مع مصدر الهلع والخوف يؤدي إلى مشاعر الخوف دفينة التي خزنها في ذاكرة الفرد ومشاعره وبالتالي رؤية الشيء أو المكان الذي سبب الأخبار الأليمة والقاسية يشير مشاعر الخوف الدفينة هذه .

ولقد فسر بعض الأطباء الخوف المرضي على أنه مرض ناتج عن اضطراب النواقل العصبية حيث لوحظ في هذه الشريحة من المجتمع زيادة نسبة إفراز مادتي epinephrine و norepinephrine أكثر من الأشخاص الطبيعيين .

*وفسر آخرون المخاوف المرضية على أنها تعود لعوامل الوراثة ملاحظين أن أقارب المريض بالخوف أو الرهاب من الدرجة الأولى هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض لتصل النسبة إلى ثلاثة أضعاف الأشخاص الطبيعيين (خير الزراد، فيصل، ١٩٨٤) .

بعض أهم النظريات المفسرة لأسباب اكتساب المخاوف المرضية

أ-نظرية واسطن Watson: لقد أشار واسطن إلى أن الكثير من المخاوف المرضية والمخاوف العادية إن لم نقل جميعها، تأخذ أصولها من سيرورة الاشتراط البافلوفي والتعميم. وهذا يعني أنه عندما يحدث ترابط بين مثير طبيعي (وجود حيوان ما) وبين استجابة الاجتناب يحدث تثبيت للاستجابة الشرطية حيث كلما وجد ذلك الحيوان أمام الفرد تجنبه لأنه يثير عنده استجابة الشرطية حيث كلما وجد ذلك الحيوان أمام الفرد تجنبه لأنه يثير عنده استجابة قلقية وقد يلجأ نفس الشخص إلى اجتناب كل

الحيوانات التي تشبه الحيوان الأصلي وهذا ما يسمى بسيرورة التعميم أي يحدث تعميم المثير الأصلي على مثيرات أخرى متشابهة.

ب-نظرية راشمان Rachman: يوضح راشمان كيفية اكتساب المخاوف المرضية مشيراً إلى ضرورة تواجد إحدى الآليات الثلاثة الآتية لذلك:

١-وجود إشارات كلاسيكي مفسر للمخاوف المرضية الصدمية

٢-وجود خبرة مشاهدة ينتقل فيها الخوف عن طريق التعلم الاجتماعي، إذ قد يلاحظ شخص ما رد فعل قلبي من شخص آخر فتجعل الاستجابة القلقية الشخص الأول يستجيب بنفس الطريقة (استجابة قلقية) أمام نفس الموقف أو موقف مشابه فيتم تعلم اجتماعي للخوف في هذه الحالة عن طريق المشاهدة .

٣-وقد يكتسب الخوف المرضي بعد انتقال معلومات أو تعليمات من المجتمع إلى الفرد فالخوف المرضي من التعالين أو العناكب أو القطط قد ينتقل عبر التنشئة الأسرية أو الفلكلور الشعبي إذ غالباً ما تكون هذه الحيوانات رموزاً شعبية باختلاف الثقافات (Berecz، ١٩٦٥).

ج-نظرية سليقمان Seligman: لقد افترض سليقمان " أن بعض المخاوف المرضية عند الإنسان كانت لها دلالة بيولوجية متصلة بحياة البشر واجتتابهم للخطر، فحسب هذا العالم " تستطيع المخاوف المرضية أن تكون تعلماً مهيناً.

د-نظرية إيزنك EysenckM أشار إيزنك إلى مصطلح التهئية الجينية وعلاقتها باكتساب المخاوف المرضية واعتبرها عاملاً حاول قياسه بعد أن بلوره على شكل مصطلح " العصابية " وأكد أن درجة مرتفعة على مقياس العصابية تدل على تهئية واضحة لكن للمرور من العصابية إلى العصاب يجب توفر قلق ما (Eysenck، ١٩٨١).

أشار " أيزنك " أيضاً إلى تأثير المحيط على السلوكات ويؤكد ما اعتقده بعض النفسانيين أن الأشكال غير نموذجية الأساسية للسلوك العصابي نجدها أيضاً في الحالات الحصرية والمخاوف المرضية وأيضاً في السلوكات الوسواسية القهرية، وكل هذه الأعراض تظهر تحت زملة تعرف بمصطلح الاضطرابات المزاجية(Eysenck، ١٩٨١).

تصنيف الخوف المرضي أو الفوبيا:

تدخل اضطرابات الرهاب المختلفة في تصنيف اضطرابات القلق وتتسم السمات المميزة لاضطرابات الرهاب بأنها موقفية أي لا يظهر الخوف إلا في مواقف معينة من أشياء معينة ويكون الرهاب مصحوباً باضطراب الهلع (أو الجزع) أو من دونه

النوع الأول: وهو الرهاب البسيط أو ما يسمى بالخوف المرضي النوعي أو المحدد وهو الخوف من اجسام أو مواقف معينة مثل الخوف من الحيوانات أو الفراغات المتقاربة أو المرتفعات .

النوع الثاني: هو رهاب الخلاء وهو الخوف من الأماكن العامة المفتوحة من الحافلات العامة ومراكز التسوق المكتظة والتي يصعب الهروب منها مما يجعل المريض يصبح تدريجياً حبيس المنزل .

النوع الثالث: هو الرهاب الاجتماعي وهنا يخاف المريض من ان يظهر دون المستوى الاجتماعي أو الفكري أو أن يشعر بالإحراج في المواقف الاجتماع مثل التحدث أمام الآخرين أو أمام جماعة من الناس .

المحاكات التشخيصية للمخاوف المرضية المحددة حسب DSM4:

الخوف كحالة مزاجية نفسية يظهر في كثير من الأمراض النفسية إلا أنه يكون العرض الأساسي في عاب الفوبيا (الخوف المرضي) وهنا لا بد أن نفرق بين عصاب الفوبيا الخوف المرضي وبين عرض الخوف الذي يكون جزءاً من مرض نفسي آخر .

نجد في تشخيص الدليل الإحصائي الرابع للطب النفسي DSM-4 أنه يصنف ضمن المخاوف المرضية أي الرهابات إلا الخوف الذي يتميز بالصفات التالية:

أ-خوف مثابر أو متواصل وواضح مبالغ فيه وغير منطقي يحدث بسبب وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (الطيران أو المرتفعات أو الحيوانات أو الحقن أو رؤية الدم .

ب-التعرض للمثيرات الباعثة على الخوف المرضي مما يولد عادة، وبشكل متباين استجابة قلق مباشر والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئها موقف لنوبة هلع .

الفرد يعرف أن الخوف مبالغ فيه أو أنه غير معقول

المواقف التي تثير المخاوف المرضية يمكن تجنبها أو تحملها مع الإحساس بالأسى النفسي والقلق الشديد

التجنب أو التوقعات المقلقة في المواقف المخيفة يعطل بدرجة دالة المهام الروتينية العادية للفرد والمهام الوظيفية والأكاديمية والأنشطة الاجتماعية أو العلاقات مع الآخرين أو حدوث أسى نفسي يدور حول ما يثغر به .

مخاوف مرضية:

في الأفراد الأقل من ١٨ سنة تستمر هذه الأعراض مدة ٦ أشهر على الأقل
تشخص المخاوف المرضية البسيطة أو المحددة عادة عندما يلاحظ غياب الأعراض
نفسية أخرى على العكس من رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي، وإذا وصل
الإقناع بالمرض إلى شدة اليقين الضلالي عندئذ يستخدم تشخيص اضطراب
ضلالي(عكاشة، ٢٠٠٣) .

أعراض الشخصية الخوافية:

١١- كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف من النساء الأعماق الأماكن الواسعة،
الأماكن المغلقة الأماكن المرتفعة ، النور، الظلام، البرق، الماء، النار، الدم،
الجراثيم، الحشرات، الحيوانات، الثعابين، التلوث، الغرباء.

١٢- القلق والتوتر.

١٣- صفق الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الشعور بالأمن والتردد وإضاعة
الوقت يعمل ألف حساب لكل أمر والحين وتوقع الشر، وشدة الحرص والانسحاب
والانفراد والهروب أو التهاون والاستهتار والاندفاع وسوء السلوك .

١٤- الإجهاد والصداع والإغماء وخفقان القلب، وتصيب العرق والتقيؤ وآلام الظهر،
والارتجاف واضطراب الكلام .

١٥- الأفكار الوسواسية والسلوك القهري.

١٦- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي (مثل الامتناع عن الأكل في
المطاعم أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل) (بدر أحمد،
١٩٨٦).

مختلف العلاجات للشخصية الخوافية:

العلاج النفسي المعرفي: ويستخدم العلاج النفسي السطحي والعلاج النفسي المعرفي حيث يعتمد على تخفيف معاناة المريض بوسائل نفسية عن طريق الحديث المباشر بين المريض والمعالج النفسي وذلك بهدف الوصول إلى : مساندة المريض النصيحة الطمأنينة ، الشرح والتفسير للدوافع النفسية المسببة للخوف التشجيع على كيفية التخلص منها، المشاركة، التنفيس عن انفعالات المريض .

***العلاج الدوائي:** أغلب أنواع الخوف المرضي تعالج بدون عقاقير لكن في بعضها تستعمل الأدوية (العقاقير الطبية)، ويكون استعمال الدواء لتخفيف حدة الخوف عند المريض وذلك لكي يهل في الاستفادة من علاج بالوسائل السلوكية والنفسية حيث أن بعض الحالات يكون لديها الخوف عالياً لدرجة أنها لا تستطيع تتبع حصص علاجية فالعقاقير تتكون مهدفة تسمح للعمل أن يتتبع علاجه بأقل توتر ممكن.

***العلاج السلوكي:** يهدف العلاج السلوكي إلى جعل المثير يضيع قيمته القلقية ، يهدف إلى تعليم المريض شكلاً جديداً للسلوك ويساعده على مواجهة المواقف الخوافية ويلجأ هذا العلاج للتأثير على مكونات الخوف حيث لا يعتبر هذا الأخير ظاهرة أحادية بل مفهوماً مركباً من ثلاث مكونات على الأقل تتشكل ثنائياً وتتمثل في:

-السلوك الاجتبابي الصريح (الهروب، فقدان، الوعي...)

-المظاهر الفيزيولوجية (سرعة خفقان القلب، إصفرار الوجه..)

-الاستجابات الشفهية الذاتية (الكلمات، الألفاظ، الصادرة عن المريض في الموقف الخوافي..الخ)

وحسب "Fisher" فإننا لا نخلف فقط بفكرنا بل نخاف أيضاً بقلبنا وأعصابنا وكيفما يكون سبب الخوف أو القلق فالأثر ينطبع على الخلايا والأنسجة وحتى على أعضاء الجسم (خير الزراد، فيصل ١٩٨٤) .

الخاتمة:

من خلال ما سبق فإننا نلاحظ أن المصابين بالخوف يتخذون كل الوسائل لتجنب المواقف التي يخافونها وقد يكون هناك عدم تناسب إلى درجة كبيرة بين ما يبدو من الطبيعة التافهة الشيء المثير للخوف وبين الاستجابة الانفعالية الشديدة للغاية التي يحدثها إن هذا التفاوت يجعل من العب على الشخص العادي أن يفهم الشخص الذي يعاني الخوف أو أن يتعاطف معه إن نتيجة ذلك أن كثيرا من الأشخاص الذين يعانون الخوف يشعرون بالخلل ويقومون بإخفاء خوفهم مما يجعل من الصعب عليهم أن يتعلموا كيف يتغلبون على مشكلاتهم .

وكذلك يمكننا أن نستنتج أن للخوف أهدافاً ومكاسب ثانوية فقد يعبر عن رغبة لاشعورية عند المريض في أن يعتمد على الآخرين أن يعثوا به حين يجذب انتباههم ويلتقون حوله وقد يهدف إلى التحكم في الأشخاص المحيطين به والهروب من مواقف مقبضة، وقد يكون للخوف أغراضاً غير مباشرة مثل الطفل الذي يخاف من الوحدة وقد يكون هدفه أن تكون أمه بجانبه شريطة التشخيص الدقيق وتعاون المريض والعلاج السليم .

الصفات العامة للشخصية الهستيرية:

١- العاطفية الزائدة والقابلية الشديدة للإيحاء والمسايرة وحب المجاملة والمواساة والحساسية الشديدة وسرعة الخجل وعدم النضج الانفعالي والتذبذب وعدم النضج النفسي الجنسي وتقلب المزاج وسطحية المشاعر .

٢- التمرکز حول الذات والأنايية ولفت الأنظار واستدرار العطف والاعتزاز بالنفس وحب الظهور والاستعراض وفي بعض الأحيان الانبساط الاجتماعي وحب الاختلاط وعدم الاستقرار وكذلك الاعتماد على الآخرين .

٣- المبالغة والتحويل والاستغراق في الخيال والسلوك يكون أقرب إلى التمثيل وتتكلف والاندفاع وعدم النضج

٤- الاعتماد على الكبت كدفاع أساس والاستقراء لتكثيف الانفعالات وتحويلها إلى أعراض .

تعريف اضطراب الشخصية الهستيرية:

يقول بفول سنة ١٩٩٥ أن الأفراد الذين يشكون من اضطراب الشخصية الهستيرية يميلون إلى أن يكونوا متباهين ومتمركزين حول ذاتهم ويشعرون بالضيق إذا لم يكونوا محور اهتمام يلجؤون إلى الإغراء بمظهرهم الخارجي يبحثون دوماً عن التطمين من الوسط ويميلون إلى الاندفاعية ويجدون صعوبات في تأجيل أي لذة .

وتعرف الشخصية الهستيرية على أنها حاجة الفرد الملحة لأن يكون موضع اهتمام الآخرين، واعتقاده بجاذبيته البدنية والجنسية وسرعة ظهور التغييرات الانفعالية على وجهه وقدرته على التمثيل والاستعراض والمبالغة والتحويل (حسين، ٢٠٠٠، ص١٤٤).

كما أن الشخصية الهستيرية تتميز بعدم التحكم في الانفعال وضبطه ونظراً للتغيير السريع للحالة الانفعالية لدى الفرد الهستيري فأحيانا ما تتنابه شحنة انفعالية قوية من سرور وابتهاج ونشوة وسرعان ما تتقلب إلى حزن وغضب (دومي، ٢٠١٣، ص٣٤).

الأعراض المرضية للشخصية الهستيرية:

وجد علماء النفس أن الشخصية الهستيرية تستجيب في أحيان كثيرة بسهولة إلى الضغوط النفسية الحياتية والشدائد في مسار الحياة والإجهاد والقلق التي تعرض له أو حينما تواجه أزمة نفسية تتسبب المرض، أو صدمات مفاجئة تؤدي إلى الحالة المرضية ومن أهم الأعراض التي تظهر عليها.

١- الاضطراب التحولي: CONVERSION DISORDER

أي يتحول القلق والإجهاد والأزمة النفسية إلى صراع نفسي بعد أن تم كبته إلى حالة عضوية أو جسمية واضحة يكون له معناه بشكل رمزي ويحدث ذلك بطريقة لا شعورية أي أن الشخص يتعرض للحالة المرضية وألامه ومعاناته، ويحاول الشخص لهيستيري الذي تحول إلى المرض أن يربط بين حالته المرضية وأعراضها وظروفه البيئية التي أدت إلى حالته .

٢- الاضطراب الانشقاقي: DISSOCIATIVE DISORDER

وبها تتفصل شخصية الفرد الهستيري في حالة إصابته بمرض تتفصل شخصية الفرد الهستيري في حالة إصابته بمرض الهستيريا إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه أو أنه يفقد أحياناً ذاكرته ويعتبر ذلك سبيلاً للهروب من مواقف نسبية مؤلمة أو بواسطتها يحاول أن يجذب انتباه الأهل ورعايتهم الخاصة به .

ويذكر لنا أطباء النفس أن الشكل الهستيري في حالة الحرب يحدث عندما لا يكون الجندي أو ضابط مقنعاً بجذور الحرب والقتال ويبدأ عنده الصراع الداخلي بين عدم الرغبة في المشاركة في المعركة .

وبين الرغبة في الهروب ويصبح خائناً، وتزداد الأزمة والشدة وينشأ الصراع الذي لم يد الحل وينهي إلى الشكل الهستيريري الذي يدخله إلى المستشفى للعلاج ويحميه ولو مؤقتاً من هذا الصراع .

ويشيع انتشار الاضطراب الهستيريري بين الفتيات والشباب الذين يتعرضون إلى مواقف ضاغطة لا تجد حلاً لهذا الصراع .

وهناك العديد من الأعراض الهستيريرية غير المرضية ولكنها تأخذ شكل العادات التي يصعب على المصاب بها التخلص منها ومن تلك الأعراض حركة بعض العضلات الفجائية وتسمى (اللازمة TICs) وتسبب بعض الأحيان الإحراج للشخص ومن أمثلتها رجفة في عضلات الوجه لا يستطيع المرء السيطرة عليها، ارتعاش في جفون العين الفجائي والمستمر حركة الرقبة أو الرأس الفجائية والمستمرة حركة الرجلين أو ضبط ربطه العنق باستمرار أو حركة الفم غير الاعتيادية مع حركة الفكين أو اللعب بالشارب أو المحاولة المستمرة لتعديل الملابس قبل الجلوس وأثناء الحديث وبعده (محمود ٢٠٠٧).

الأسباب التفسيرية للشخصية الهستيريرية :

١-العوامل الوراثية:تلعب الوراثة دوراً ضليلاً للغاية بينما تلعب البيئة الدور الأكبر خصائص هذه الشخصية أكثر وضوحاً في المرأة منها في الرجل وتظهر علامتها عادة في وقت مبكر من حداثة الفرد أو في سنوات المراهقة مما يدل على أهمية العامل التكويني في تقديم الاستعداد إلى هذا الاتجاه في الشخصية كما يلاحظ توفر شخصية مماثلة في أحد الأبوين أو الأقارب، وهذا يشير إلى أهمية العامل الوراثي أيضاً (كمال، ١٩٨٣، ص ٨٣).

٢-العوامل الاجتماعية: يلعب الصراع بين الغرائز والمعايير الاجتماعية والإحباط وخيبة الأمل في تحقيق هدف أو الفشل في الحب والزواج والغيرة والحرمان أو عدم الأمان والاثانية وعدم نضج الشخصية أو عدم الأمان والأثانية وعدم نضج الشخصية أو عدم القدرة على رسم خطة الحياة وأخطاء رعاية الوالدين مثل التدايل المفرط والحماية الزائدة أو الضغوط الاجتماعية والمشكلات الأساسية والتوتر النفسي والهموم .

٣-العوامل النفسية: يعد مفهوم الصراع واحد من أهم المفاهيم في نظرية فرويد بل إنه مسلمة من المسلمات الأساسية في النظرية وبأخذ الصراع أشكالاً متعددة تشمل الصراع بين بناءات الشخصية الأساسية (الهو، الأنا، والأنا الأعلى، هذا الصراع يمتد ليشمل الصراع بين الغرائز ومتطلبات الواقع وبين الجنس والعدوان ثم بين الصراع بين المشاعر كالصراع بين الحب وكره أو الغيرة لأحد الوالدين والتي تعتبر امتداد للصراع بين الجنس والعدوان .

ومن أهم صور الصراع صراع الرغبات والغرائز مع الواقع والقيم، مما يؤدي إلى ظهور ميكانيزمات الدفاع يعتبر ميكانيزم الكبت هو الميكانيزم الأساسي ويعني التحول الخبرات والرغبات المكبوتة من أجل الخروج إلى حيز الوعي مما يعني صراعاً مضاداً وظهور مزيد من ميكانيزمات الدفاع الإضافية أو التعويضات لضمان بقاء هذه الخبرات والرغبات بعيدة عن خير الوعي، ويكون عملها كنفسيّاً مشوهاً لتحقيق نوع من التوازن وخفض القلق المرتبط بصراع الرغبات من أجل الظهور ومنه (النكوص، الإبدال، التسامي، الإسقاط) فرويد في التحليل النفسي .

قائمة المراجع:

- ١- ابن منظور، جمال الدين، لسان العرب، لبنان، دار المعارف .
- ٢- أحمد مدثر سليم (٢٠٠٣) الصحة النفسية، الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر .
- ٣- أبو عفيفة طلال (دس)، الإجرام والعقاب ، الجندي للنشر .
- ٤- الجبالي حمزة(دس)، مبادئ علم النفس وأساليب التشخيص وعلاج المرض النفسي
- ٥- الحجار محمد(١٩٨٩)، الطب السلوكي المعاصر، ط١، دار الملايين .
- ٦- الخطيب عماد وآخرون (دس) دليل المصطلحات الطبية، الأردن، دار البارودي .
- ٧- الزراد فيصل محمد خير (٢٠٠٤)، مشكلات الشباب في الصحة النفسية، بيروت، لبنان، دار النفائس
- ٨- الزعبي أحمد محمد(٢٠٠٣)، الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، ط١، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع
- ٩- الشخانة أحمد عيد(٢٠٠٢)، دليل المعالج النفسي، ط١، بيروت، دار النشر بيروت.
- ١٠- العيسوي عبد الرحمان (٢٠٠٠)، البارانويا، ٢٨٦ يونيو، دار الفيصل الثقافية .
- ١١- أوميلي حميد(٢٠١٦)، محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق، الجزائر، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف .

١٢- جان لابلانث، بونتاليس (١٩٨٥)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، ط١، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات .

١٣- جيمس بولد، فيليب هارفي (١٩٩٥) الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام، العدد ٢٤، العدد ٢٤، بيروت، مركز الدراسات النفسية والنفس جسدية .

١٤- حاضري زهية، (٢٠١٥)، مطبوعة الدعم البيداغوجي، مقياس علم النفس المرضي، الجزائر، جامعة محمد لمين دباغين سطيف .

١٥- حسين صالح قاسم (٢٠٠٨) الأمراض النفسية والعلاج النفسي والانحرافات السلوكية، عمان، دار دجلة.

١٦- حقي الفت (١٩٩٥)، الاضطراب النفسي، ج١، مركز الإسكندرية للكتاب .

١٧- دسوقي كمال (دس) ، الطب العقلي والنفسي وعلم الأمراض النفسية التطبيقات والأعراض المرضي، بيروت، دار النهضة العربية.

١٨- زهران حامد عبد السلام (٢٠٠٨)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٤، مصر، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .

١٩- سعد جلال (١٩٦٦)، أسس علم النفس الجنائي، الإسكندرية، دار المطبوعات الجامعية الجديدة.

٢٠- سلامة بهاء الدين (١٩٩٧)، الصحة والتربية الصحية، القاهرة، دار الفكر العربي .

٢١- سيجموند فرويد (دس)، الموجز في التحليل النفسي، ترجمة سامي محمود علي وسامي القناش، الهيئة المصرية.

- ٢٢- عبد الرحمان ومحمود حكنة سي موسى (٢٠١٠)، علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي، ج ١، ط ٢، الجزائر، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية .
- ٢٣- سي موسى عبد الرحمان زقار رضوان (٢٠٠٢)، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، الجزائر، جمعية علم النفس .
- ٢٤- سمير أحمد كمال (٢٠٠٣)، سيكولوجية الشخصية، القاهرة، مركز الإسكندرية للكتاب .
- ٢٥- شكيب مصطفى (٢٠٠٧)، الأنواع العشرة لاضطرابات الشخصية، بيروت، دار المنظمة العربية .
- ٢٦- عكاشة أحمد (١٩٨٠)، علم النفس الفيزيولوجي، ط ٥، القاهرة، دار المعارف .
- ٢٧- عكاشة أحمد (١٩٩٦)، الموجز في التحليل النفسي،
- ٢٨- صالح مأمون (٢٠٠٨)، الشخصية بناؤها تكوينها أنماطها، اضطراباتها، ط ١، الجزائر، طاهر مولاي السعيد .
- ٢٩- طه فرج عبد القادر وآخرون (دس)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت، دار النهضة العربية.
- ٣٠- عبد الستار إبراهيم، عمر عبد الله (٢٠٠٨)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط ١، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٣١- عبد الله مجدي محمد (٢٠٠٦)، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، مصر، دار المعرفة الجامعية.

٣٢- عبد الرحمان إبراهيم (٢٠٠٨)، اضطرابات الشخصية شبكة العلوم النفسية العربية، العدد ٠٤ .

٣٣- عمر نادية محمود السيد (٢٠٠٣)، علم الاجتماع الطبي المفهوم ومجالاته، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .

٣٤- علي كمال (١٩٨٣)، النفس انفعالاتها وأمراضها، علاجها، ط٢، دار وسط

٣٥- عنو عزيزة (٢٠١٧) محاضرات في الفحص النفسي العيادي، الجزائر، دار الخلدونية للنشر.

٣٦- عودة محمود وآخرون (١٩٩٤)، الصحة النفسية في علم النفس والإسلام، الكويت، دار القلم

٣٧- ثماري أحمد ثائر أبو شهيرة خالد محمد، (٢٠١٥) سيكولوجية الشخصية، ط١، مكتبة المجتمع العربي .

٣٨- فرويد أنا (١٩٥٤) الأننا وميكانيزمات الدفاع، ترجمة صلاح مخيمر وعبد مبخائيل، القاهرة، مصر .

٣٩- فيصل عباس (١٩٩٦)، الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها، دار الفكر العربي للطباعة والنشر

٤٠- مبيض مأمون (١٩٩٥)، المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك أسباب الأمراض، العلاج، ط١، بيروت، المكتب الإسلامي .

٤١- محمد الحاج فايز (١٩٨٣) مقياس الانحراف السيكوياتي في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، دمشق، مطبعة خالد بن الوليد

٤٢- محمد عادل عبد الله (١٩٩٩)، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة، دار النشر والتوزيع، القاهرة.

٤٣- محمد مياسا (١٩٩٨)، الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية وقاية وعلاج، ط١، بيروت، دار الجبل .

٤٤- ملحم سامي محمد (٢٠١٣)، علم النفس الشواذ، ط١، الأردن، الرضوان للنشر والتوزيع .

٤٥- موسى خليل توفيق (٢٠٠١)، الإرشاد معجم معاصر، عربي /عربي، ط١، سوريا، دار الإرشاد للنشر، حمص.

٤٦- موسى عبد الناصر (٢٠١٧)، مرض الوسواس القهري، ط١.

٤٧- ميموني بدرة معتصم (٢٠٠٥)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط٢، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون .

٤٨- نخبة من مؤسسي وأستاذة الطب النفسي (٢٠٠٩)، الكامل في الطب النفسي العام وطب نفس الأطفال للأطباء العاملين في الرعاية الصحية، اليمن .

٤٩ -<https://m.annabaa.org>

٥٠ -<https://www.wikipedia.com>

٥١- حسن علي مصلح (٢٠٠٧)، البنية، موقع الثقافة الإلكترونية