

الفصل الثاني :

مفهوم السيكوباتية والعصابية والذهانية

تمهيد.

- اولا: تاريخ الامراض النفسية والعقلية.
 - ثانيا: تعريف السيكوباتية.
 - ثالثا: أعراض وخصائص السيكوباتي.
 - رابعا: أنماط السيكوباتية.
 - خامسا: تصنيف السيكوباتي.
 - سادسا: مفهوم العصاب
 - سابعا: أنواع العصاب.
 - ثامنا: الأعراض العامة للعصاب.
 - تاسعا: أسباب العصاب.
 - عاشرا: تعريف الذهان
 - الحادي عشر: تصنيف الذهان.
 - الثاني عشر: الفرق بين السيكوباتية والعصاب والذهان.
 - الثالث عشر: قياس الشخصية العصابية والذهانية.
 - الرابع عشر: طرق علاج الاضطرابات النفسية.
- خلاصة:



تمهيد :

تتقسم الامراض النفسية عامة الى ثلاث مجموعات من الاضطرابات العصابية ويطلق عليها علميا الامراض النفسية والاضطرابات العقلية او الذهانبة وهذا التقسيم له مبرراته المستندة الى طبيعة الامراض من حيث خطورتها وعمق تأثيرها على شخصية المريض وحالات بينية لا تصنف ضمن المجموعتين السابقتين، وهناك افتراض علمي يقول: ان الفرد يمر اولا بحالة نفسية عصابية ثم تتبعها بعد ذلك حالة عقلية ذهانية اذا قدر له واستفحل المرض وتمكن منه الا ان هذا الافتراض لم يلق القبول لدى علماء النفس والطب النفس خاصة وهذه النظرية يطلق عليها: "نظرية الاستمراريه المرضية"، (continuoum theory) بمعنى انه تكون على هذه الصورة الصحة النفسية المرض العصابي المرض الذهاني.

ويعد المرض بكل أنواعه سواء كان نفسيا ام اجتماعيا فهو حالة خلل تصيب أجزاء من الجسم وتسبب لها تعطلاً في وظائفها المخصصة للعمل، وهذا المفهوم ينطبق تماماً على الحالة النفسية والعقلية لدى الإنسان، فالخلل في هذا النوع من الأمراض يستهدف العقل الإنساني ومسار عمله، فلا يوجد خلل أو تعطل كامل لدماغ الإنسان، وإنما يحصل خلل في جزء صغير من هذا المكوّن الرئيسي لدى الإنسان، وإذا ما اختل جزء منه، فان وظائفه الأخرى تبقى على حالة سوية من العمل، إلا في حالات التخلف العقلي الشديد والتي تقل فيه نسبة ذكاء الإنسان عن (30) على المقاييس المعمول بها مجال تصنيف نسب الذكاء وفي حالات التخلف العقلي، وهذه تصنيفات أخرى في علم النفس لحالات التخلف العقلي.

اولا: تاريخ الامراض النفسية والعقلية.

فبعد أن كانت الأمراض النفسية والعقلية شرا مستطيرا، وسيطرة من أرواح خبيثة، وعمل من أعمال الشيطان، وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها ، فكأنها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها وزالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة. (أحمد عكاشة، 1980ص47).

وبعد أن كان المرضى يحرقون أحياء في الشوارع ، نظرا لتلوثهم بهذه الأرواح الشريرة ، فكان ينظر إليهم أحيانا أنهم أناس مغضوب عليهم من الآلهة، أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناسا منبوذين ولهذا فكثيرا ما كانوا يقتلون تخلصا منهم ومن الشياطين التي تلبستهم، أما المحظوظين منهم ، ممن كانوا يكابدون حالات الجنون أخف وطأة ، فكانوا يحاطون بالرعاية ، ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الألبسة المزركشة، وتزين هاماتهم بأكاليل الغار





بعد كل ذلك تطور هذا الفرع من الطب تدريجيا، عندما جاء أبو قراط (Hippocrates) في القرن الخامس قبل الميلاد وقال : ليكن معلوما أن المخ يحتوي على مناطق محددة هي مواطن اللذة والانشراح ، والمرح ، والميل إلى اللهو ، من جهة ، ومن جهة أخرى ، فإنه يحتوي - في تلافيفه - على ما هناك من حزن، وأسى، وامتعاض، وأسف، وأنه بسبب ما يتعرض له الدماغ أحيانا من إعطاب، يقع بعض الناس فرائس في شرك الجنون ، والهذيان ، وما يتعرض له الإنسان من مؤثرات ومخاوف تؤرقه ليل نهار ، ومصدر كل ذلك هو ما يصيب الدماغ من خلل .

ومن ملاحظات أبوقراط (Hippocrates) قوله ، مثلا، إن أي عطب أو خلل يحصل بسبب صدمة معينة في أحد نصفي الدماغ ، يؤدي بدوره إلى حدوث تشنجات في الجانب الآخر من الجسم .

وقد قسم أبوقراط (Hippocrates) أنماط الجسم إلى أربعة هي :

- 1 - المزاج الدموي
- 2 - المزاج البلغمي
- 3 - المزاج الصفراوي
- 4 - المزاج السوداوي

وأضاف أبوقراط (Hippocrates) أن خصائص هذه الأمزجة ترتبط ارتباطا وثيقا بكل من البيئة الطبيعية - أي المناخ الجغرافي - وبتأثير العوامل الاجتماعية .

كان الاعتقاد السائد آنذاك أن الاضطرابات العقلية تصيب من يصاب بها بسبب مس من الشيطان يتخبطه، فيتلبسه في إهابة ، أو أنها تنشأ نتيجة تعرض المرء للسحر الأسود ، أو التعرض للأرواح الشريرة، وأن الشفاء من ذلك كله يكمن في وجوب تعذيب المرضى ، كما كان يظن المشعوذين واهمين .

ومن القرن الثالث حتى القرن الرابع عشر، وفي الشرق ، كان الطب يخطو نحو مزيد من الارتقاء، وأن كثيرا من العلماء الأوربيين قد نجوا مما كان يتهدد حياتهم من بلدانهم ، فلجأوا إلى بلدان حوض البحر المتوسط ، وبلاد فارس ، وفي بعض المحميات العربية الأخرى .

وفي القرن السادس عشر مثلا كانت هناك أفران قد أعدت خصيصا لغرض معالجة المرضى عقليا ، وفي تلك الأفران كان يؤتى بالمريض فيدس رأسه في ذلك الفرن الساخن ، مع بعض الكلمات يقال له قبيل ذلك الإجراء الخالي من المسحة الإنسانية : " في هذا الفرن ستشفى سريعا ، فيه يكمن شفاؤك ، وسرعان ما سيرتد إليك عقلك " . (أحمد عكاشة، 1980ص47).





وعندما بدأت النظرة الإنسانية ، والتطور في العلاج - في أوائل القرن التاسع عشر - وظهر في الأفق علماء وهبوا أنفسهم لخدمة وتقدم هذا العلم ، في أوروبا عامة، وفي فرنسا خاصة - في القرن التاسع عشر - تطورت الاتجاهات نحو من يعانون من المرض النفسي أو العقلي تطورا كبيرا، وذلك بفضل حملة جديدة حمل لواءها الطبيب الفرنسي " فيليب بينيل (Philippe Pinel)، ومن بعده تلميذه " أسكويرول " الذي رفع في الطب النفسي شعار : (أسعفهم بالعلاج ، لا بالصدقات المتبوعة بالإزعاج) ومنذ ذلك بدأ الناس ينظرون إليهم بأنهم أشخاص يحتاجون فعلا إلى علاج ، وعند ذلك تم تحويل السجنون التي كانوا فيها يحتجزون، إلى مستشفيات فيها يعالجون . (الدكتور أنور حمودة 2004 ص16)

كان إنشاء مستشفيات متخصصة بالطب النفسي أن ترتب عليها معرفة ضخمة مكنت المختصين من استنباط نتائج جد ناجحة، ففي عام (1822) كان الطبيب النفاساني بيل (Bill) قد وصف الشلل المستفحل لدى المريض وصفا دقيقا، وقام أسكويرول (Askierul) بأول محاولة لتصنيف الأمراض النفسية، وعرف خصائص أمراض الأوهام والهوسات ، وأكد على أهمية العلامات الجسمية الدالة على مدى تدهور الحالات العقلية ، وذكر تشخيصات طبية تحقق منها هو أيضا ، وأكد كل من ديادوفسكي والينسكي (Diadowski and Alinska) دور العوامل البيئية في تسريع نشوء الذهانات والتسبب في وجودها لدى بعض الأفراد.

وفي القرن التاسع عشر كانت هناك مثل تلك الممارسات المستفظة، سارية المفعول وسائدة ومنها مثلا ، صب الماء البارد فوق رأس المريض وجسمه، والفصد لإسالة الدم بغزارة، والتدوير بسرعة كبيرة في مكائن خاصة أعدت خصيصا لهذا الغرض، وبقي الحال كذلك إلى أن جاء الطبيب الألماني جريسنجر (1817 - 1868 Jerisinger) الذي كان يصر على وجوب توجيه العناية في الطب النفسي إلى النواحي الجسمية في حالة نشوء الأمراض العقلية ، ومن هنا جاءت فكرة الدمج بين الطب النفسي والطب العام . (الدكتور أنور حمودة 2004 ص22)

وفي نهاية القرن التاسع عشر طرأ تقدم ملحوظ في مجال البحوث الخاصة بفسلجة الجهاز العصبي وتشريحه ومعرفة وظائفه ، كل ذلك أفضى إلى اكتشاف الوظائف الحركية في أنحاء متفرقة من أنسجة الجسم ، وأدى إلى التعرف على الإنعكاسات الحاصلة في الجملة العصبية من الجسم ، الأمر الذي أدى إلى تقدم ظاهر في مجالات علم النفس عامة والطب النفسي خاصة .

وما إن شارف القرن التاسع عشر على نهايته حتى كان هناك أطباء في ميدان الطب النفسي أمثال بنسكي (1827 - 1902 Pellnski) من روسيا ، الذي قسم الأمراض العقلية إلى أمراض عصبية واضطرابات عقلية ، وكاندنسكي (1849 - 1889) الذي أدخل موضوع التحليل الفسيولوجي في تشخيص الاضطرابات العقلية ، وكورساكوف (1824 - 1900) الذي اكتشف بعض الأمراض





العقلية و النفسية كالذهان العصبي المتعدد ، وهذا النوع من الذهان ينجم عادة من تعاطي الكحول وإدمانها، حتى أن أصبح هذا المرض يعرف باسم ذهان كورساكوف (Korsakoff's psychosis).

وهناك إنجاز آخر تحقق على يدي كورساكوف (Korsakoff) ، ذلك هو التمييز بين نوعين من الضعف العقلي (الضعف العقلي الولادي، والضعف العقلي الطارئ الناجم عن أحداث البيئة بمختلف أعراضها وعوارضها) وميز بين (الضعف العقلي الولادي ، وبين ذهان الهوس الاكتنابي) .

كل هذه التطورات قد رسخت مكانتها الجهود التي قام بها الطبيب النفساني الألماني كريبلن (1856 - 1926 Kraepelin)، إذ أنه عزز ما كان هناك من تصنيفات للأمراض العقلية وأكد عليها وبين كيف يمكن التصدي لمعالجتها للتخفيف مما يتعرض لويلاتها كثير من الناس في أنحاء العالم .

ولعل أكبر إسهام في ميدان الطب النفسي هو ما قام به الطبيب النفساني الألماني المرموق بونهايغر (1868 - 1948 Bonhayevr) الذي أكد على العوامل الخارجية التي تبدو أعراضها على المريض في مستشفى منها ومما يكمن وراءها من عوامل داخلية، وإذا ما أهملت هذه الأعراض فإنها تتفاعل فيما بينها فتفضي إلى ما يضر بالصحة النفسية والجسمية للمريض، فتنشأ عن ذلك متلازمات (Syndroms) تحمل في طياتها أمراضا عقلية غير محددة ، تتخلل من جرائها قوى العقل، ولاسيما الجوانب اللاشعورية منه .

ومن الإسهامات البارزة في مجال الطب النفسي هو مبدأ بافلوف (1849 - 1936 Pavlov) المتعلق بالميكانيزمات الفسيولوجية التي تحصل على شكل نشاط فعال في الجهاز العصبي الأعلى، والذي ترتب على هذا المبدأ وجود علاقة مرضية مؤكدة بين الاضطرابات العقلية والاختلالات العصبية . (الدكتور أنور حمودة 2004 ص22)

ثانيا : تعريف السيكوباتي (Psychopathic).

1-السيكوباتية لغة :

تتكون كلمة سيكوباتي من مقطعين هما سيكو (psycho) ومعناها نفس وكلمة (path) ومعناها شخص مصاب بداء معين .

وتشير إلى انحراف الفرد عن السلوك السوي والانحراف في السلوك المضاد للمجتمع والخارج على قيمه ومعايير ومثله العليا وقواعده . وتعرف أيضاً بأنه المريض النفسي أو العليل ، أو اعتلال نفسي أو اضطراب عقلي يتسم بالنشاط المعادي للمجتمع .





2- إصطلاحاً:

تعرف بأنها الشخصية المعتلة نفسياً أي المريضة نفسياً وتتسم بعدم النضج الانفعالي لنشأتها في بيوت باردة انفعالياً أو لضعف بناء الشخصية , بسبب التدليل المفرط بحيث لا يتعلم الفرد من طفولته قمع رغباته فيثبت عند مستوى طفلي من التمرکز حول الذات أو لعدم توفر الأنماط الإجتماعية المقبولة وهى الشخصية الأنانية المخادعة التي تبحث عن المتعة واللذة والمنفعة على حساب الآخرين وهو عبد لأهوائه ورغباته ونزواته .. يخون اقرب الناس إليه ويضحى بأعز إنسان عنده في سبيل مصلحته .

كما إن شخصية السيكوباتيين شخصية مرضية **باثولوجي**(pathologique) أي يمكن تصنيفها على أنها شخصية مرضية مصابة بمرض نفسي وهو الإجرام . وأن ثمة أنواعا للشخصية السيكوباتية فمنهم منخفض الذكاء ومنهم شديد الذكاء وهو الذي يستطيع أن يناور ويتحايل على القوانين وقد يكون خبيثاً متمرداً.

ويرى **ادلر** أن العدوانية والسيطرة دائماً ما يكونا متلازمين، فالشخص العدوانى يتصف بحب السيطرة، والشخص الذي تسيطر عليه حب السيطرة يكون عدوانياً، وهنا يبرز تساؤل هام عن ما هو ميكانيزم الارتباط بين العدوانية وحب السيطرة ، هل العدوانية في الإنسان هي التي تدفعه لحب السيطرة أو العكس، حب السيطرة هو الذي يولد العدوانية، ان كلا من الاحتمالين جائز والاحتمالان معا جائز أيضا ألا أنه من السهل استنتاج أن الشخص المريض يحب السيطرة ويستخدم العدوانية كتكتيك للسيطرة. (عبد المنعم الحنفي، 1987. ص 165).

وتشكل حالات السيكوباتية فئة من فئات المجرمين ولكنها من أكثر الفئات تنوعاً واختلافاً، حيث وصفها العالم الفرنسي **بنبل** بأنها: "**جنون دون تشوش**" وتمثل هذه الحالة مجموعة من المرضى لا يفهم عليهم أي اضطراب في قدراتهم الفعلية ولكن سلوكهم يصل في سوء توافقه إلى ما يصل إليه سلوك كثير من الأشخاص المضطربين عقلياً، هؤلاء المرضى ليسوا بالذهانيين ولا هم عصابيون حقاً ،كما أنهم ليسوا من نوع مرض الاستجابات النفسجسمية على الإطلاق، وهم يتصفون بخصلة واحدة مشتركة فيما بينهم هي أنه يبدو عليهم اختلال الخلق، أي أنه يصدر عنهم من السلوك ما يمثل خرقاً للقانون الخلقى السائد في المجتمع .

ويعرف السيكوباتى ايضا بانه: هو ذلك الشخص المعتل نفسياً أي المريض نفسياً، و يتسم بعدم النضج الانفعالي لنشأته في بيوت باردة انفعاليا، و لضعف بناء الشخصية، بسبب التقليل المفرط بحيث لا يتعلم الفرد من طفولته قمع رغباته، فيثبت عند مستوى طفلي من التمرکز حول الذات، أو لعدم توفر الأنماط الاجتماعية المقبولة. (عبد المنعم الحنفي، 1987. ص 166).





هو ذلك الشخص الذي يظهر ذكاء جيدا إلا أنه يعاني من عجز في القدرة على تنشئة نفسه تنشئة اجتماعيا أو تطبيق نفسه تطبيقا اجتماعيا سويا، فتظهر عليه علامات الأنانية، و حبه لذاته، وعدم مراعاته لحقوق الآخرين، كما يمتاز بالنرجسية (Narcissisme) وبالنزاعات المضادة للمجتمع وبالرغبة في استغلال الآخرين و بابتزازهم، السيكوباتي هو الشخص المريض أو المضطرب في علاقاته الشخصية المتبادلة مع فقدان الحساسية الاجتماعية وهو الشخص الذي لا يمكن تصنيفه كضعيف عقدي أو عصابي أو دهاني و لكن عجزه يمكن في النمو الخلقي والأخلاقي، وعجز في إتباع القوانين الاجتماعية المقبولة من المجتمع الذي يعيش فيه. (عبد المنعم الحنفي، 1987. ص 166).

لابد لنا من القول قبل تعريف السيكوباتية أن ذلك ليس بالأمر اليسير، فقد عرض هذه المشكلة، وخاصة في السنوات الأخيرة، عدد غير قليل من الباحثين و منهم:

لقد عرف شيني (Cheney) إن الشخصية السيكوباتية تتميز بصفة خاصة بفجاجة الانفعال أو طفولته، مع قصور بالغ في الحكم و عجز عن الإفادة والتعلم من التجربة، وأصحابها عرضة لصنوف من السلوك الانفعالي لا يقيمون فيه وزنا للغير، كما أنهم عرضة لتقلبات انفعالية مع تأرجح سريع بين المرح والانضباط، كثيرا ما يبدو أنه لأسباب تافهة" ..

عرفها تورث (E.A.North) الشخصية السيكوباتية هي نموذج من الشخصية الذي يتفحص في سلوك ما يفصح سلوك خارج عن مكان صاحبه من الحياة(أو من الجماعة التي بينها)، و قد لا يكون في هذا السلوك ما يفصح عن الذهاب أو الجناح و لكن يقع في الحدود الفاصلة بين المرض العقلي والتوازن السوي" (صبري جرحي، 1999. ص 198).

عرفها بارتريج (Partridge) السيكوباتية بأنها: " قالب سلوكي مستمر فيه عادة الإسراف في المطالب، الخاصة والعامة، ويستجيب لعدم إرضاء تلك المطالب المباشرة وعلى وجه عاجل بالنزوع إلى اتخاذ طرق مميزة خاصة لسيادة الموقف تظهر في صورة انفجارات انفعالية أو ألوان شتى من الإفصاح عن عجم الكفاية، أو الهرب في صورة من الصور. " "

عرفها كازون بأنها: " نموذج من إرجاع الشخصية و حالة وظيفية يصاب فيها الفرد بعجز خطير في الفترة ضبط كثير من الدوافع البدائية المضادة للمجتمع في السلوك". (صبري جرحي، 1999. ص 199).

وتعد السيكوباتية أو السلوك المضاد للمجتمع ظاهرة تسود عالم اليوم وتعد نذيرا خطيرا لا ينبغي تجاهلها أو الإقلال من دلالتها، إذ أنه مع تزايد ما يواجه الفرد من إحباطات قد تقلب طاقاته العدوانية إلى الأفراد والجماعات، بما يمثل تهديدا خطيرا لكيان المجتمع على خطر التمزق والتفجير في الداخل،





إضافة إلى تلك الأساليب المتلوية التي يستخدمها الأفراد ذوي الشخصية السيكوباتية (عكاشة 1998 ص 241).

ويعد السلوك المضاد للمجتمع فئة من فئات الجناح أو امتدادا له، وقد وصف بينيل (Pineal) هذا السلوك بأنه حالة غير مألوفة لا يمكن وصفها تحت أي فئة تشخيصية من الاضطرابات النفسية والعقلية المعروفة، وفي عام 1981، قدم كوش (Koch) مصطلح الانحطاط السيكوباتي وأصبح شائعا خلال النصف الأول من القرن العشرين، وظل هذا التشخيص مستخدما في الطباعات المتتالية من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM.IV) مع اختلاف في التسمية حتى استقر أخيرا على اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. (سيد 2000 ص 189)

أن الشخصية المضادة للمجتمع عبارة عن نزعة مرضية أو شاذة لا يوضع المصاب بها في طائفة المصابين بالذهان العقلي أي المرض العقلي المرادف للجنون ولا تضعه في فئة المصابين بالعصاب النفسي أي المرض النفسي، وإنما تصنفه في فئة أصحاب الاضطرابات السلوكية (المطوع 2000 ص 221).

ومع ذلك فمعظم أصحاب هذه الشخصية المنحرفة تكون قد ظهرت عندهم بوادر الانحراف والعدوانية في طفولتهم المبكرة، من خلال سلوكهم في المنزل والمدرسة والحي (مبيض 1995 ص 168).

كما عرف فهمي 1967 الأشخاص السيكوباتيين بأنهم "الأفراد الذين تكون حالات الخلل في سلوكهم ومشاعرهم ظاهرة في تصرفاتهم وفي طريقتهم في التوفيق بين أنفسهم والبيئة. (فهمي 1967 ص 149)

من خلال التعاريف السابقة يعرف الباحث السيكوباتية بأنها اضطرابات سلوكية يعبر عنها صاحبها بمقاومة السلطة والثورة على الجماعة وعدم الاعتراف بمعايير وتقاليد وقيم المحيط الذي نعيش فيه، ويرى عكاشة 1998 أن هذه الشخصية تنتشر بين نزلاء السجون والعاطلين والمجرمين نظرا لأنها تتميز بالاندفاع إلى العدوان وعدم التعلم من التجربة وعدم استطاعة صاحبها مقاومة أي إغراء، وتحرضه على تقاليد المجتمع بل وعلى كل شيء، وقد تنجح هذه الشخصية أحيانا في أدوار قيادية نظرا لأنانيتها المفرطة وطموحها المحطم لكل القيم والعقبات والتقاليد والصدقات في سبيل الوصول إلى ما يريد (عكاشة 1998 ص 248)، ويضيف مبيض 1995 أن الشخصية السيكوباتية اضطرابا أكثر من كونها مرضا نفسيا محددًا، ويتضح هذا من خلال التصنيفات والمسميات التي ذكرت لهذه الشخصية سواء الشخصية اللإجتماعية أو العدوانية والغالب أن الشخصية اللإجتماعية لا تستعمل كتسمية للشخصية السيكوباتية عند منهم تحت السن الخامسة والعشرين. (مبيض 1995 ص 170)





وقد أشار كرافت (1966.Kraft) أن المظهرين الأساسيين للمميزين للشخصية السيكوباتية هما تبدل الوجدان، والاندفاع في السلوك دون روية، وهي الصورة ذاتها التي رسمها ماكورد (Makord) للشخص المضاد للمجتمع. (الشناوي و السيد ص 251).

ثالثاً: أعراض وخصائص السيكوباتي.

يمثل القلق حجر الزاوية في كل نوع من أنواع السلوك السيكوباتي، إذ أن وجوده يعني نذيراً بالخطر الذي يهدد أمن الفرد وسلامته النفسية وتقديره لذاته، كما يهدد إحساسه بالسعادة والرضا وهو أمر يصاحب الصراع، كما أن الشخص مرتبط بمصاحبات فيزيولوجية أو تغيرات فيزيولوجية ناتجة عن القلق تتضمن الجهاز السيمبثاوي، كما تتضمن اتساع الحدقة وازدياد العرق في الكفين وازدياد نبضات القلب والتنفس السريع. (صبري 1957 ص 161).

ورأى كروجر (Krojer) أن الشخصية السيكوباتية تشمل نوعيات الشخصية غير المتوافقة اجتماعياً ومهنياً، وقد تعاني اضطراباً خطيراً في المقومات الاجتماعية والخلقية على الرغم مما يبدو في الظاهر بأنها سوية ومقنعة، وقد تتصف الشخصية السيكوباتية بالإنفجارات الانفعالية الشديدة والفشل، وعدم القدرة على تحقيق مطالب الحياة، كما يفتقد الأفراد المصابون بهذا الاضطراب الإحساس بما هو خطأ لعدم امتلاكهم مقاييس خلقية، فهم يتحايلون للحصول على لذاتهم دون اعتبار للمشاعر الصحية، وهم كأطفال يميلون إلى الإشباع الفوري دون تأجيل. (عزيز 1991 ص 220).

وقد أشار دسوقي 1973 إلى مجموعة من الأعراض التي تظهر على الشخص السيكوباتي وهي كما يلي: (ص 169)

- ❖ **ضعف نمو الضمير:** ويحدث من خلال عدم القدرة على التفهم أو التقبل للقيم الخلقية، وخداع الغير بالعبارات الرنانة والتظاهر بالتمسك للقيم والمبادئ والعادات الاجتماعية والأخلاقية المثلى، بهدف تضليل أفراد المجتمع بأنه واحد منهم وهو يخفي البغض والكراهية لمبادئهم.
- ❖ **التمركز حول الذات:** فهو غير مسئول محبط وضعيف في ملكة الحكم، يميل للبحث عن الإثارة والانحراف الجنسي الشاذ دون مراعاة لحقوق الغير .
- ❖ **انعدام الشعور بالذنب:** الشعور بالذنب لا يعيشه في الحقيقة، فسلكه عدواني اتجاه الغير مع أدنى شعور بالإثم.





❖ العجز عن الاستفادة من الأخطاء: يميل إلى عدم التعلم من خبرات الحياة العادية أو من العقاب، فمهما يصبح ماهرا في استغلال الناس وتقادي العقاب فإنه يسلك كما لو كان غير مسئول عن عاقبة أفعاله.

❖ ارتباط اللذة بأهداف غير واقعية: فنراه لا يطيق صبرا على ملذات الحياة وملذات المستقبل أو الأهداف البعيدة المدى، ولا يقاوم الملل وكثير التغيير للعمل، والتغيير ملحوظ بين حالته الراهنة والأنا المثالية عنده.

❖ القدرة على التقمص: يؤثر في الآخرين ويوقعهم بشخصية جذابة وعجيبة بدون كلفة ويظهر روح المرح، والدعابة نموذج له والنزعة التفاؤلية والميل للتسلق الاجتماعي.

❖ رفض السلطة القائمة والنظام: كثيرا ما يبدي عداوة كبيرة اتجاه السلطة الرسمية، تتمثل في تصرفات اندفاعية إجرامية، وفي حياته غالبا ما يجد صعوبات تتصل بسلطات فرض النظام التربوي أو القانوني، وينجرف كثيرا في أفعال إجرامية، لكنه لا يصبح محترفا حريصا.

❖ علاقاته الاجتماعية ناقصة: فظ وساخر عادة غير متعاطف أو شاكرا، مع عدم تأنيب الضمير في تعامله مع الآخرين، لا أصدقاء حميمين أو ولاء لأحد أو جماعة، عاجز عن فهم حب الغير له وإعطائه. (صبري جرحي، 1995 ص 231).

❖ التبرير والإسقاط والكذب ونقص الاستبصار:

ينقصه الاستبصار في سلوكه ويتورط في الكذب ولو كان من الواضح أنه سينكشف في الحال، ولديه سرعة كبيرة في التبرير وإسقاط اللوم بالنسبة لسلوكه المفروض اجتماعيا.

❖ مثير ومحزن ومخيب لآمال الغير: عبء ثقيل غالبا على أسرته وأصدقائه ويخلق قدرا كبيرا من الشقاء للآخرين، كثيرا ما يعد بأن يتغير لكن قلما يتحقق وعده باستمرار غير قابل للإصلاح.

ويضيف محمد 2000 بعض الأعراض التي تظهر على الشخص السيكوباتي وهي كما يلي:

❖ الفشل في الانصياع للمعايير الاجتماعية: فالشخص السيكوباتي لا يخضع للقانون فتراه يقوم بأفعال مضادة للمجتمع تؤدي إلى إلقاء القبض عليه من جانب السلطة وقد يقوم بمعاودتها دون الخوف والانصياع لتلك السلطة وأنظمتها.





- ❖ سهولة الاستثارة العدوانية: كما يتضح من دخول الفرد في مشاجرات عديدة أو هجومية على الآخرين دون أن يكون ذلك من مقتضيات عمله أو الدفاع عن النفس أو الغير.
- ❖ تكرار عدم الوفاء بالالتزامات المالية: وذلك من خلال عدم الوفاء بالدين أو الدفع المنتظم كما تتطلبه إعالة من يعولهم، كما يتضح من عدم استمرار الفرد في أي عمل. (ص ص 246-247).

رابعاً: أنماط السيكوباتية.

هناك العديد من الأنماط والأشكال التي يظهر بها الشخص السيكوباتي والتي تصبح جزءاً من تكوينه الشخصي، وقد أبرز الدايري 1999 مجموعة من هذه الأنماط هي كما يلي:

1. **السيكوباتي العدوانية**: وهي المجموعة التي تتضمن كثيري الشجار، والسكيرين غير المستقرين وأصحاب الميول السيادية وأغلب معتادين الإجرام.
2. **السيكوباتي الناشز غير المتوافق**: ويضم المرتكبين للجرح، والناشزين عن المجتمع الذين يسببون مشكلات عائلية واجتماعية، وكذلك المتوكلين الذين يعيشون بالقوة والعنف عالة على عائلاتهم وأقاربهم ومجتمعهم.
3. **السيكوباتي الخارج**: وأفراد هذه الفئة يظهرون ضعفاً ظاهراً في الخلق، مع شعورهم بعدم الأمان في داخل نفوسهم ويظهرون في سلوكهم الغرابة المميزة.
4. **السيكوباتي المتجول**: يتصف أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على التحكم في رغباتهم لا سيما رغبة الانتقال من مكان إلى آخر، دون سبب واضح ودون هروب من سلطة القانون لأنهم في الغالب ليس لديهم رضا الإجرام.
5. **السيكوباتي 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.
6. **السيكوباتي المتعب القلق**: يصعب أن يفهم الناس، كما يصعب عليهم فهم الآخرين وليس لديهم إدراك لمشاعر الآخرين، أو رحمة بهم ويتميزون بالاهتمام بذواتهم فقط ومواقفهم عموماً غير اجتماعية.





7.السيكوباتي عديم الشعور: وهذا يقترب أعمالا عدوانية فيها عنف ضد أشخاص آخرين، أو جماعات دون القدرة على التحكم في اندفاعاتهم ودون الإحساس بالخطأ أو الشعور بالذنب.

8.السيكوباتي الانفجاري: وهو شبيه بعديم الإحساس من المجرمين ويوجد لدى هذا النوع حالات الغضب الانفجاري، وقد يشتد السلوك العدواني نحو نفسه فينتحر. (الداهري 1999 ص 274).

9.السيكوباتي المكتئب: الفرد في هذه الفئة لا يقدر نفسه وينظر للمستقبل نظرة متشائمة، وكل شيء في حياته يذكره بالخطر وكثيرا ما يفكر بالانتحار لكثرة همومه.

10.السيكوباتي صاحب النقص الخلقى: قادر على القيام بالأعمال العقلية، ولكنه لاستطيع ملائمة نفسه بمطالب المجتمع، ولا يعرف ما نسميه خطأ أو صواب، لأن سلوكه أناني لا يراعي حقوق الآخرين أو مشاعرهم أو مصالحهم.

11.السيكوباتي المريض بالكذب: وهو الذي يردد القصص الخيالية التي تخرج عن الحقيقة والمعقول بهدف الارتياح النفسي، وخفض توترها الداخلي، أمثال فاضحي الأعراض وكتابوا العرائض والتقارير الكاذبة. (الداهري 1999 ص 275).

خامسا: تصنيف السيكوباتي.

تعد مسألة التصنيف من الأركان الهامة غي البحث العلمي على وجه عام ة هي تبدو ذات أهمية خاصة في ميدان التطبيقي الطبي. فإن تصنيف المرض ينبئ بوضوح الفكرة عنه و يشير من ناحية أخرى إلى السبيل الصحيح في إنذاره وعلاجه، وهناك عدت تصنيفات اهمها ما يلي:

1- إن كربلين (Kreplin.E) قد صنف السيكوباتية في كتابة عن الطب النفسي عام 1915 كما يلي:

☒ سريعو التنبيه.

☒ المتقبلون.

☒ الاندفاعيون.

☒ الشذاذ.

☒ النصابون.

☒ أصداد المجتمع. (فيصل محمد خير الزراد، 1984. ص 230).

2- وهناك تصنيف بارترديج في كتابه المفهوم المتداول حول الشخصية السيكوباتية 1930 كما يلي:

☒ غير الأمين.

☒ المكتئبون.





- ☒ ضعاف الإرادة.
 - ☒ الواهنون. (الوهن = الكسل).
 - ☒ المشاغبون.
 - ☒ أشباه البرانويين.
 - ☒ المنفجرون: الاندفاعيون.
 - ☒ سريعو التنبيه.
 - ☒ العدوانيون
 - ☒ النصابون
 - ☒ المتشردون.
 - ☒ المنحرفون جنسيا. (فيصل محمد خير الزراد، 1984. ص 231).
- 3- أما كان (Kahn .E) هو تلميذ لكرارين، فقد صنف السيكوباتيين، على أساس المزاج و أساس القلق ثم تصنيفا عاما للشخصية ككل أما تصنيفه للمزاج فهو كما يلي:

- ☒ المنشرحون (الإسراح = المداح).
- ☒ سريعو التنبيه.
- ☒ المنفجرون.
- ☒ سريعو التهيج.
- ☒ ناقصو الحساسية:
- ☒ قليلو النشاط (البلغميون) .
- ☒ بطيئو الهمة متعاقسون. (التعاقس = تلك الشخصيات الافجاطية).
- ☒ يريدوا الإحساس و عديموه.
- ☒ شديدي القلق:
- ☒ المكتئبون.
- ☒ منقلبو الحساسية: (صبري جرحي، 1995 ص 299).

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| أ- التصنيف على أساس الخلق: | ب- التصنيف على أساس الشخصية ككل: |
| - المنطوون والنشيطون. | *.الشخصيات السوداوية. |
| - المتركون حول الذات. | *.الشخصيات الحساسة |
| - المنطرون الخاملون . | *.الشخصيات الحصرية الاجبارية. |
| - متكافؤو الميل. | *.الشخصيات الشاذة. |
| -الشخصيات الهترية . | *.الشخصيات الواهنة. |





4- تصنيف لستريکرا (Shecker) عام 1988 كما يلي:

- ✗ مجرمون.
- ✗ المتقبلون انفعاليا.
- ✗ غير الأكفاء.
- ✗ أشباه البرانويين.
- ✗ مدمنو المخدرات.
- ✗ النصابون.
- ✗ المصابون بجنون السرقة.
- ✗ المصابون بجنون إشعال الحرائق
- ✗ المنحلون خفيا. (فيصل محمد خير الزراد، 1984. ص 232).

5- تصنيف ليفين (levine) للسيکوباتية كما يلي:

- ✗ مدمنو الخمر.
- ✗ المنحرفون جنسيا.
- ✗ السيکوباتيون الهستيريون.
- ✗ السيکوباتيون العدوانيون.
- ✗ مدمنو المخدرات.
- ✗ السيکوباتيون المكفون أو الخجاوي.
- ✗ السيکوباتيون الذين يظهرون نماذج السلوك العصابي.
- ✗ المجرمون. (صيري جرحي، 1995 ص 300).

6- أما تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لعام 1985 فإنه كما يلي:

- ✗ السيکوباتية المصحوبة بجنسية مرضية كما هو معروف في الانحرافات الجنسية.
- ✗ السيکوباتية المصحوبة بانفعالية مرضية كما في التقلب الانفعالي و شبه الفصام.
- ✗ السيکوباتية المصحوبة باتجاهات لا اجتماعية أو لا خلقية مضادة للمجتمع. (فيصل محمد خير الزراد، 1984. ص 232).





سادسا : مفهوم العصاب (Neurosis).

يعتبر العصاب هو اضطراب وظيفي دينامي - انفعالي (وهو نفسي في المنشأ) ويتصف بأعراض عامة تؤدي إلى اضطراب في العلاقات الشخصية وحالة عدم كفاية وعدم سعادة.(عطوف 1981 ص 156).

كما يرى فروم (Eric Fromm) أن العصاب هو فشل وإخفاق أخلاقي في عملية التكيف، فالحالات العصابية إذن انعكاس لهذا النزاع الأخلاقي في نفسية الفرد، إن الإنسان الحديث في نظر فروم يعاني أكثر من أي إنسان في عصور التاريخ المزيد من القلق والارتباك والحيرة، فهناك سيطرة كاملة من الإنسان على المرافق المادية ولكن هناك عجزا كاملا داخل نفسه وفي مجتمعه، إن الإنسان المعاصر فاقد للرؤية الواضحة وهدفه هو الإفراج عن الطاقات الكامنة فيه لخيره وخير العالم من حوله. إن الحل يكمن في تركيب الخلق الصحيح في الشخصية الناضجة الموحدة المنتجة، ويتم ذلك في العيش في نطاق الفضيلة. أما الرذيلة فتتسبب من تشويه الذات وعدم مبالاة الإنسان بنفسه وازدرائه لها وتحقيره إياها. (عطوف 1981 ص 90).

إنّ العصابات هي اضطرابات وظيفية غير مصحوبة باختلال جوهري في إدراك الفرد للواقع كما هو الحال في الأمراض الذهانية، ويميز التحليل النفسي بين نوعين من الاعصبة : الأعصبة الفعلية مثل النيوروستانيا وعصاب القلق، والأعصبة النفسية وأهمها الهستيريا والعصاب الوسواسي. (نجاتي 2000 ص 140).

وقد بين فرويد (Freud) أن الأعراض المميزة للأعصبة النفسية لا تدل على مجرد اختلال وظيفي - كما هو الشأن عند جانبيه مثلا - بل إنها ذات معنى وان من الممكن فهم الأمراض العصابية على ضوء مفهوم "الدفاع" اللاشعوري باعتبارها وسائل متميزة يستعين بها الأنا لدرء خطر نفسي معين يقول فرويد في أول عرض له (1894) لفكرة الدفاع في مجال الأمراض النفسية: "كان المرضى الذين حللتهم يتمتعون بصحة نفسية جيدة حتى عرضت لحياتهم النفسية حالة لا تطاق، أي حتى واجه الأنا لديهم خبرة أو تصويرا أو عاطفة أثارت انفعالا من العنف ما جعل الشخص يقرر نسيانه لأنه فقد الثقة في قدرته على رفع التناقض بين التصور المؤلم والأنا لديه رفعا يتم عن طريق العمل الفكري". (نجاتي 2000 ص 140).

الأساسي من البحوث المنجزة على مستوى العصاب كان فرويد (Freud) قد قام به والذين تلوه في حقل التحليل النفسي، ولابد من القول إن نوعية الأعصاب السريرية تتزعزع إلى أن تمتزج بنظرية التحليل النفسي ذاتها، ذلك أن هذه النظرية قائمة برمتها على تحليل الصراع العصابي، فالتصنيف





الراهن منذئذ، لا يزال تابعا إلى حد واسع جدا لأعمال فرويد (Freud)، واكتسب مصطلح العصاب، منذ فرويد، شهرة تتجاوز إطار الأطباء السريريين تتجاوزا واسعا جدا. وبينما كان فرويد (Freud)، بالإضافة إلى ذلك، يدخر مصطلح العصابة لعدد من الآفات الواضحة والمتحددة، تسمع الآن كلاما على العصاب من كل نوع، وذلك لا على مستوى الجمهور الواسع فحسب، ولكن حتى في دوائر التحليل النفسي أو في دوائر أخرى، وهذا الشمول، شمول المصطلح أدى على الغالب إلى التباس بين العصاب، بوصفه اضطرابا محددًا، عصاب وسواسي- هستيريا - وبين بعض الأعراض التي يمكنها أن تكون ذهانية بقدر ما تكون عصابية، أو ينبغي لها على الأغلب أن تصنف على أنها مظاهر فئة "الحالات الحدية"- كعصاب الطبع على سبيل المثال، وهو ليس آفة تقتضي علاجًا، بل هو سلوك يقابل فترة خاصة من العلاج بالتحليل النفسي. (أسعد 1993 ص 218).

العصاب هو اضطراب نفسي يصحب بالقلق الناتج عن صراع نفسي داخلي. ومفهوم العصاب أخذ شهرة كبيرة في القرن العشرين بفضل دراسات فرويد (Freud) الذي أسس أغلب دراساته عليه وطور نظرية التحليل النفسي وصلاحيته، يعرف العصاب بأنه: "أعصاب نفسية المنشأ تكون الأمراض فيها تعبيرًا رمزيًا عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص، ويشكل التسوية بين الرغبة والدفاع. (حجازي 329 ص 1985).

يعتبر الصراع أساس العصاب، وهو ناتج عن عدم إشباع حاجيات لأسباب داخلية أو خارجية مما ينتج الإحباط. عندما يجد الفرد نفسه أمام دافعين متكافئين، ومتنافرين ولا يستطيع الاختيار بينهما يقع الصراع ثم إحباط فقلق وكبت، عندما يكون الصراع شعوري يجد الفرد حجة تسمح له باختيار جانب أو آخر، لكن عندما يكون هذا الصراع داخلي لاشعوري فهو يولد قلقًا مما يدفع الأنا إلى استعمال الآليات الدفاعية التي تعمل على كبت أو تحويل هذه النزوات، فإذا نجح الكبت فلا تظهر أعراض وإن فشل جزئيًا فتحاول الرغبات أن تفرض وجودها على الشعور بطريقة رمزية أي في الأعراض التي تعتبر كأحد أوجه "خروج المكبوت" من اللاشعور بطريقة تنكيرية لمخادعة الدفاع والمراقبة. (ميموني 2005 ص 92).

وقد عرفه أيزنك (Eysenk, 1964) بأنها: "الميل إلى خبرة الانفعالات السلبية، والقابلية للإحباء، والنزوع إلى القلق الدائم، والتقلبات المزاجية، وضعف القدرة على ضبط الانفعالات، وسهولة الاستثارة، والاندفاعية". (نصرة منصور عبد المجيد 2007، ص 66).





سابعا: أنواع العصاب.

استطاع علماء النفس الإكلينيكي تحديد وتشخيص ما يزيد على (20) نوعا من أنواع العصاب الذي يظهر على شكل استجابات ويمكن الإشارة إلى أبرزها بما يأتي :

- ✓ 1. استجابات القلق العصابي أو المرضي، ويتم الكشف عن أعراضها باختبار (تايلور).
- ✓ 2. الاستجابة التحويلية (الهستيريا).
- ✓ 3. الاستجابة الانحلالية أو التفكك.
- ✓ 4. الاستجابة الفوبية (الخوف الوهمي المرضي).
- ✓ 5. الاستجابة الو سواسية القهرية.
- ✓ 6. الاستجابة الاكتئابية العصابية.
- ✓ 7. استجابات الوهن والتعب (النورستانيا).
- ✓ 8. توهم المرض بدون سبب حقيقي.
- ✓ 9. عصاب الحرب.
- ✓ 10. عصاب الحادث.
- ✓ 11. عصاب الجنس.
- ✓ 12. عصاب السجن.
- ✓ 13. عصاب الشعور بالخطيئة والإثم.
- ✓ 14. عصاب عقاب الذات واللوم.
- ✓ 15. عصاب المعدة. (عطوف 1981 ص 156).





جدول رقم 01 يوضح أنواع العصاب.

الأنواع	الأعراض	العلاج
أ- الاكتئاب	- الخوف والضييق والتوتر . - الأرق وفقدان الشهية - نوبات بكاء مستمرة	- جلسات نفسية - مضادات الاكتئاب - علاج اجتماعي
ب- القلق	- الشعور بالتوتر العام - توقع الأذى والمصائب - ضعف القدرة على التركيز - الأرق واضطراب النوم	- جلسات نفسية - مضادات القلق - علاج اجتماعي { سلوكي - تمارين - استرخاء }
ج- الوسواس القهري	- الدقة والتنظيم إلى حد مفرط - أفكار وسواسية غريبة - أفعال متكررة بدون سبب ظاهر .	- أدوية تخفيض شدة التوتر . - العلاج النفسي . - جلسات كهربائية .

وكذلك تصنيف كوستا ومكري (Costa & McCrae, 1992) بأن العصابية تتضمن ستة مظاهر أو سمات نوعية مميزة، وهي :

- ✓ القلق (كالخوف، والشعور بالهم، وسرعة الاستثارة).
- ✓ الغضب (كالتوتر عند التعرض للاحتباطات).
- ✓ الاكتئاب (كالانقباض، والتشاؤم، والشعور بالضييق).
- ✓ الاندفاعية (كالعجز عن ضبط الاندفاعات أو التحكم فيها).
- ✓ العدائية (كالشعور بالعداء اتجاه الآخرين).
- ✓ سرعة الاستثارة (كضعف القدرة على تحمل الضغوط، والعجز، واليأس، وفقدان القدرة على اتخاذ قرارات صائبة). (نصرة منصور عبد المجيد 2007، ص 67).





ثامنا : الأعراض العامة للعصاب .

1-الأعراض الإكلينيكية:

يمكن تحديد الأعراض العامة للشخص العصابي بالمظاهر العشرة التالية :

- ✓ لفرد العصابي يعيش في إطار الواقع ويحس به، فهو على هذا، ولكن نفسه تعيش بسجن داخلي يشعر فيه الفرد بانقباض داخلي شديد، وضيق مؤلم ضاغط، لا يعرف خلالهما أسباب عصابه ولا يجد لها حلا، فهو مقيد بسلاسل تظهر على شكل توتر عصبي. ومع هذا فهو مستعد لقبول العلاج والتعاون مع الأخصائي النفسي على عكس الذهاني.
- ✓ الفرد العصابي يعاني قلقا ظاهرا أو خفيا، وشعورا بعدم الأمن، وزيادة الحساسية، والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة الصبانية (الطفلية) في مواقف الإحباط، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
- ✓ العصاب هو خلل في جزء من أجزاء الشخصية، وليس في مجموعها والعصابي أحيانا يمكنه مساعدة نفسه، أو إنه يطلب المساعدة بينما الذهاني يرفضها رفضا قاطعا.
- ✓ العصابي يعاني اضطرابا في تفكيره وبطأ في فهمه وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.
- ✓ العصابي يعاني نوبات تعكس قلقا وتوترا، كردود أفعال دائمة ومتناوبة الحدوث يصاحبها أحيانا اضطرابات هضمية وأحيانا اضطرابات فيزيولوجية مع ضغط شديد وانقباض على الأعصاب.
- ✓ يتصف سلوك العصابي عموما بالجمود والتكرار عمليا وذهنيا، وفي حالات أخرى يتصف بالطيش والتسرع ويقتصر فيه على حلول دفاعية، وحيل عقلية لاشعورية، هروبية كالإسقاط والنقل والإنسحاب والتقمص وغيرها...
- ✓ سرعة الملل، والضيق والضجر من معظم الأشياء حوله وقصر مدة الانتباه والتركيز.
- ✓ التمرکز حول الذات والأنانية الواضحة، يصاحبها اضطراب في العلاقات الاجتماعية.





- ✓ اضطرابات تعكس حالات صدام يصاحبها وجود فوبيات (Phobia) وهي تصورات وهمية ومخاوف لا أساس لها في عالم الواقع.
- ✓ سرعة الغضب أحيانا لأتفه الأسباب وضعف واضح في العنصر الإرادي للضبط العصبي، ومع ذلك فعلاجه عموما (نفساني) وقابل للشفاء، بينما الذهاني فعلاجه عموما طبي أولا ثم عقلي ونفساني ثانيا ويحتاج لوقت طويل وقد يكون في علاجه انتكاسات. (عطوف 1981 ص 157 158 159).

2- الأعراض الجسمية والسيكوباتولوجية للقلق العصابي:

يعاني المصاب بالقلق العصابي أعراضا (جسمية- فيزيولوجية) كبرودة الأطراف، وتصبب العرق، واحتمال اضطرابات معدية، وسرعة ضربات القلب، واضطراب في النوم، والصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات في التنفس.

أما الأعراض السيكوباتولوجية فتتمثل بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكنتاب، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة.

ويتميز الخوف في حالة القلق العصابي عن المخاوف المرضية، بأنه خوف عام غامض، غير متعلق بشيء معين في حين أنه في حالة المخاوف المرضية عادة يخاف المريض من شيء معين، كالخوف من الحيوانات أو الخوف من الأماكن المغلقة والمظلمة والخوف من الأماكن المرتفعة وغيرها من المخاوف. (عطوف 1981 ص 160).

تاسعا: أسباب العصاب.

1- الوراثة:

كل فرد يولد باستعدادات وراثية (مزاج خاص، حساسية خاصة) وحسب الدراسات تلعب الوراثة دورا في القابلية للعصاب. أي لا يورث العصاب بل حساسية يدعمها المحيط بظروفه الخاصة وبالصرعات التي تخلقها القيم والقوانين الاجتماعية الثقافية.

المحللون النفسانيون والسلوكيون يركزون على أهمية الوراثة. ويقول أيزنك أن الانطوائي ذو نسبة أو درجة مرتفعة من التوتر يشكلون النسبة العظمى المعرضة للعصاب مثل حالات القلق، الوسواس، الرهاب، الانهيار الرجعي... أي ما يسمى اضطرابات الطبع والانفعال أما المتفتح ذو درجة مرتفعة من التوتر يصاب عموما بالهستيريا، السيكوباتية، الإجرام. (أيزنك 1979 ص 89).





2-العوامل البيئية:

- المجتمع بعاداته وتقاليده ونوع التربية والعناية يؤثر على تكوين شخصية الطفل.
 - تفكك العائلة واضطرابها يؤثر على توازن الطفل ونموه ، يشير إلى ضعف الحماية الأمومية للطفل من المثيرات، هذه المثيرات يمكنها أن تكون داخلية (قلق، حيرة، ألم...) أو خارجية، عندما تتعدى مستوى تحمل الطفل فتدفع به إلى الانسحاب أو اللجوء إلى حماية مفرطة تؤدي إلى تكوين ما يسميه وينكيوت الذات الخاطئة، أو الذات المزيفة مما يجعله يتصرف حسب متطلبات المحيط لا حسب متطلباته.
 - عدم الأمن والاستقرار وغياب ثوابت متينة تضع الطفل في تهديد دائم وقلق متواصل وخوف من الحاضر والمستقبل مما يزعزع أسس شخصيته وثقته بمحيطه.
 - الصدمات المحركة للعصاب ليست هي السبب بل أيقظت الإحباط والقلق الداخلي.
- ويخلص إلى أن أساس الاضطراب النفسي هو غياب أو ضعف الثقة بالذات وبالمحيط وعدم الأمان. (وينيكوت 1969 ص 144).

عاشرا: تعريف الذهان (psychose).

1- لغة: الذهان بالإنجليزية: (Psychosis) هو مصطلح طبي نفسي للحالات العقلية التي يحدث فيها خلل ضمن إحدى مكونات عملية التفكير المنطقي (rational thought) والإدراك الحسي. الأشخاص الذين يعانون من الذهان قد يتعرضون لنوبات هلوسة (hallucinations) ، والتمسك بمعتقدات توهمية (delusional beliefs) مثلا توهمات رهابية (paranoid delusions) وقد يتمثلون بحالات من تغيير الشخصية مع مظاهر تفكير مفكك. تترافق هذه الحالات غالبا مع انعدام رؤية الطبيعة الاعتيادية لهذه التصرفات وصعوبات في التفاعل الاجتماعي مع الأشخاص الآخرين وخلل في أداء المهام اليومية. لذلك كثيرا ما توصف هذه الحالات بانها تدخل في نطاق " فقدان الاتصال مع الواقع." (محمد حمدي الحاج، 1998 ص54).

والكلمة بالانكليزية مشتقة من اللغة الاغريقية ومعناها الحالة الغير طبيعية للذهن، وهي تستعمل لتصف خلل في اتصال الإنسان بالواقع المحيط به. المصاب يعاني من احساس وهمية ومن افكار وهمية. وأحيانا يتصرف بشكل غريب وقلة تفاعله مع الناس حوله وقلة قدرته على العناية بنفسه والقيام بالاعمال اليومية. (<http://ar.wikipedia.org>).





2- اصطلاحاً:

وهو نوع من الأمراض العقلية الشديدة ينتج عن تغيرات كيميائية أو تلف في المخ. والمصاب به يتكلم ويتصرف بشكل غير طبيعي ووظائفه العقلية والجسدية تكون في حالة غير طبيعية واضطراب شديد بالإضافة إلى أنه يكون غير مدرك كلياً لعواقب تصرفاته ولا يدرك بأنه مريض لذا يرفض أخذ الدواء والعلاج.

لذهان هو اضطراب عقلي خطير وخال شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرباً ويعوق نشاطه الاجتماعي .

ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة " جنون " من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه .

الحادي عشر: تصنيف الذهان.

يصنف الذهان إلى قسمين رئيسيين:

1-الذهان العضوي : أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب وعوامل عضوية ويرتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه ، مثل ذهان الشيخوخة و الذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن اضطراب التغذية أو عن اضطراب الدورة الدموية .
(<http://www.jalaan.com/book/show.php1>).

2-الذهان الوظيفي : أي النفسي المنشأ ، وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي، واهم الأشكال الإكلينيكية للذهان الوظيفي هي : (الفصام، والهذاء البارانونيا، و الهوس، وذهان الهوس والاكتئاب) ، ومن بين المظاهر العامة للذهان نجد ما يلي:

أ- الفصام (شيزوفرينيا) ومن أعراضه ما يلي:

- 1- العزلة والانسحاب عن الناس .
- 2- سماع أصوات غريبة ورؤية أشياء غير موجودة في الواقع.
- 3- سلوك سلبي تجاه الأحداث وانعدام المسؤولية .
- 4- يهمل نفسه وملابسة ونظافته الشخصية
- 5- قلة التركيز . (محمد حمدي الحاج، 1998 ص62).





ب- التوهّمات: حالات اضطهادية:

ومن أعراضها:-

- 1- وساوس وهمية مرتبطة بشعور الفرد بالمخاوف والاضطهاد والظلم والحسد ممن حوله.
- 2- شعور الفرد بعدم فهم الآخرين له.
- 3- إحساس الفرد بأن الناس تتكلم عنه بالسوء.
- 4- المغالاة والغرور للمريض بحيث ينسب لنفسه شخصيات عظيمة مثل (أنا ملك عظيم).

ج- ذهان هوسي اكتئابي ومن أعراضه ما يلي:

- 1- حالات متعاقبة من الشعور بالحزن الشديد أو الفرح الشديد دون سبب مباشر.
- 2- حالات نشاط مستمرة غير عادية.
- 3- كثرة الكلام في مواضيع غير مترابطة.
- 4- أحيانا يشد في الصباح وينفعل ويزعق وقد يحطم الأشياء وقد يصبح عدواني.
- 5- يضحك كثيرا وبصوت عالي.
- 6- حالة ضيق شديد وانعزال عن الناس . (محمد حمدي الحاج، 1998 ص63).

الثاني عشر: الفرق بين السيكوباتية والعصاب والذهان.

يرى العلماء أن الذهان ما هو إلا شكل خطير من أشكال العصاب، وترى الغالبية أنهما يختلفان الدرجة وفي النوع ولكن في الواقع أن هناك حالات كثيرة يصعب الجزم فيها ما إن كانت عصاب أم ذهان، وحالات أخرى تبرز فيها الفروق من الناحية الوضعية والعلاجية وعلى نحو لا يخطئه التقدير، وكثيرا ما يواجه المعالج أثناء التشخيص في التفرقة صعوبة كبيرة خاصة في الحالات التي تقع في الحد الفاصل بين (العصاب والذهان الحدية)، بصورة عامة يمكن القول أن أهم الفروق المميزة بين العصاب والذهان والسيكوباتية هي:

1- العصاب (Neuosis) :

- الشخصية متماسكة ولا تتدهور مع تغير بسيط ان وجد في الشخصية .
- المريض مستبصر بحالته ويشعر بالمرض ويرغب في العلاج .
- الصلة بالواقع سليمة ولا يبتعد عن الواقع ويظل سلوكه ضمن الحدود الطبيعية .
- لا توجد ضلالات ولا هلاوس واضطراب بسيط في التفكير والعاطفة ان وجد .
- يدرك الزمان والمكان والأشخاص .





فالعصابيين اشخاص يتميزون بسهولة الانفعال وتعساء تسيطر عليهم بعض الاعراض المحددة كالخوف من بعض الموضوعات أو الخوف الشديد من المرض الجسمي مما يصبغ حياتهم دائماً بعدم الاستقرار والتهديد وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر لكنهم في العادة قادرين على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على انفسهم ويقال اننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابية في حياتنا اثر ازمه أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة.

2- الذهان (Psychosis) :

فهم طائفه اخرى يقال عليهم احيانا اسم المرض العقلي وهم باختصار طائفه من الناس التعساء ولكنهم خطرون وعديمو الفاعلية وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين اضطراباتهم حاسمه وخطرة وتمس التفكير او السلوك الاجتماعي أو المزاج أو كل هذه الاشياء.

- الشخصية تتغير وتتدهور وتفكك واضطرابات وتدهور في وظائف العقل.
- عدم الاستبصار بالمرض ويحضر الي المستشفى عن طريق الأهل.
- البعد عن الواقع ويفشل في التكيف مع المجتمع .
- وجود ضلالات وهلاوس ووجود اضطراب شديد في التفكير والعاطفة والمزاج والسلوك .
- يفقد معرفته للزمان والمكان والأشخاص في الحالات الذهانية المتدهورة . (محمد حمدي الحاج، 1998، ص24).

4- السيكوباتية: (Psychopathic)

- ذببية ظاهرية ومستوى جيد من الذكاء .
- غياب "التوتر" او اي من مظاهر العصاب
- عدم الموثوقية .
- انعدام الصدق والإخلاص .
- انعدام الندم والخجل .
- سلوك مضاد للمجتمع .
- قدرة ضعيفة على الحكم وعدم القدرة على التعلم من التجارب .
- تمركز مرضي حول الذات والعجز عن الشعور بالحب .
- انخفاض عام في معظم الاستجابات الوجدانية الرئيسية .
- فقر الاستبصار .
- ظهور سلوكيات غريبة سلوكيات غير قابلة للتعليل عند شرب الكحول او احياناً من دونها .
- غياب او ندرة محاولات الانتحار . (صبري 1957 ص 161).





جدول رقم 02 يمثل الفروق بين الشخصية السيكوباتية و العصابية و الذهانية.

السيكوبات	الذهان	العصاب
<p>قليلاً ما يصيب ، وينتشر بمعدل أكبر في المراحل العمرية التالية (المراهقة و البلوغ و الشيخوخة)</p>	<p>قليلاً ما يصيب الذهان، وينتشر بمعدل أكبر في المراحل العمرية التالية (المراهقة و البلوغ و الشيخوخة)</p>	<p>· يصيب العصاب الأفراد في مختلف مراحل العمر.</p>
<p>السلوك العام للسيكوباتي غير شاذ و هو في الحدود العادية § السلوك مضاد للمجتمع.</p>	<p>§ السلوك العام للذهاني و شاذاً و قد يكون بدائياً طفيفاً (تعري، و تبول، و تبرز لإرادي) و اندفاعياً هجومياً و فجائياً و متقلباً. § السلوك معاكساً تماماً للمعايير الاجتماعية، و ضاراً بالفرد و الآخرين نتيجة العجز في الضبط و التحكم الذاتي.</p>	<p>§ السلوك العام العصابي مضطرباً بدرجة بسيطة، أو طفيفة لكنه يظل في الحدود العادية و قد يشذ قليلاً. § السلوك مسايراً للمعايير الاجتماعية و غير ضار بالمريض و بالآخرين.</p>
<p>يحافظ على مظهره العام و نظافته الشخصية و اناقته. § لا توجد تغيرات انفعالية (وجدانية) كمية و كيفية، كالخوف و التوتر و القلق بسيط الدرجة.</p> <p>§ سلامة التفكير بدرجة § الكلام عادي و اللغة متماسكة و منطقية. § غياب الاوهام و العلامات الأخرى الدالة على التفكير اللاعقلاني</p> <p>استخدام الحيل الدفاعية بدهاء.</p> <p>§ غالباً ما تكون الشخصية غير مستبصرة بحالتها المرضية معترفة بها .</p> <p>انعدام الشعور بالذنب لانعدام الضمير الخلفي. مضاد للمجتمع.</p>	<p>· يتدهور المظهر العام و تهمل النظافة الشخصية بحسب حالة المريض</p> <p>· اضطرابات انفعالية كمية واضحة شديدة و تغيرات نوعية عديدة، كالفرع و الهوس و المخاوف و الذعر و الاكتئاب، و التبلد الانفعالي و اللامبالاة و عدم الاهتمام.</p> <p>· اضطرابات حادة في التفكير (خيال و ضلالات و تفكك و ضحالة و تشتت و وهم و هذيان)</p> <p>§ اضطرابات كلامية (تشتت و لا منطقية) و ربما ينعدم الكلام المفهوم، و تغيب اللغة المتدولة، و يتخذ المريض لغة خاصة به غير مفهومه.</p> <p>§ اضطرابات شديدة في المقدرة على الفهم.</p> <p>§ اضطرابات شديدة في الإدراك و خبرات حاسية زائفة كالهلاوس السمعية و البصرية و الشمية، الخداع، و المخاوف شديدة.</p> <p>§ تتغير الشخصية جذرياً كفيماً و كمياً و بشدة، فتتحل و تتفكك و تنتشوه و تفقد تكاملها.</p> <p>§ تفقد الشخصية صلتها بالواقع و بالبيئة و بالآخرين، و لا يعتمد عليها و لا يوثق فيها.</p>	<p>§ يحافظ المريض على مظهره العام و نظافته الشخصية.</p> <p>§ تغيرات انفعالية (وجدانية) كمية و كيفية طفيفة، كالخوف و التوتر و القلق بسيط الدرجة.</p> <p>§ سلامة التفكير و اضطرابه بدرجة بسيطة (وساوس و انشغالات و هموم و سرحان)</p> <p>§ الكلام عادي و اللغة متماسكة و منطقية.</p> <p>§ اضطرابات بسيطة في المقدرة على الفهم</p> <p>§ سلامة الإدراك.</p> <p>§ تتغير الشخصية جزئياً و بدرجة بسيطة لكنها تبقى متماسكة متكاملة إلى حد ما.</p> <p>§ تظل الشخصية موصولة بالواقع و فعالة جزئياً مع البيئة و مع الآخرين.</p> <p>§ تبقى الأنا (الذات) سليمة و قادرة على كبت و مقاومة المحتويات</p>





<p>انخفاض الاستجابة لعلاقات الشخصية العامة</p>	<p>§ اضطراب الأنا (الذات) وفقدان السيطرة على المحتويات اللاشعورية المكبوتة، وظهورها بشكل صريح لانفقاء الكبت والمقاومة.</p> <p>§ تحطيم الحيل الدفاعية تماماً.</p> <p>§ تصدع الشخصية وتفككها، وعدم استبصارها بحالتها المرضية رغم تدهورها، ومن ثم تبدو غير راغبة في العلاج أو التعاون بشأن تغييرها.</p> <p>§ يحتاج الذهاني إلى رعاية متخصصة داخل مصحات ومستشفيات وعلاجات طبية ونفسية.</p>	<p>اللاشعورية رغم تأثيرها غير المباشرة على السلوك.</p> <p>§ استخدام الحيل الدفاعية بمعدل عال.</p> <p>§ غالباً ما تكون الشخصية مستبصرة بحالتها المرضية معترفة بها، وغالباً ما ترغب في العلاج وتسعى إليه.</p> <p>§ يحتاج العصابي إلى رعاية خاصة، وغالباً ما تكون خارجية، تشمل النواحي النفسية والاجتماعية بدرجة أكبر.</p>
--	--	---

من اعداد الطالبة.

الثالث عشر: قياس الشخصية العصابية والذهانية.

تعد دراسة الشخصية ومقوماتها من المهام الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي لأنها تأتي في المرتبة التي تلي اختبارات الذكاء من حيث الضرورة والأهمية، والشخصية إنما هي كل متكامل من الصفات، ويحاول الاتجاه التحليلي عزل سمات الشخصية ودراستها على حده باستخدام الاستخبارات والاختبارات على إن النظرة الإجمالية الاتجاه التركيبي يحاول أن يدرس سلوك الإنسان في مواقف مختلفة، ومن هذه الطرق لقياس الشخصية ما يلي:

1- مقياس ود وورث (Wood Worth 1917) لانحرافات العصابية:

ويتكوم هذا الاختبار من مائة وستة عشر سؤالاً ينتهي كل سؤال بإجابة (نعم أو لا)، وقد تمكن ود وورث من عزل المضطربين انفعاليا عن غيرهم بحيث يعفون من الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وسمى هذا الاختبار، صحيفة البيانات الشخصية (Personal Data Sheet).

والبعض يعترض على هذا النوع من الاختبارات الذي تنتهي عباراته (بنعم أو لا) كاختبار منيسوتا المتعدد الأوجه بأن قيمتها التشخيصية قيمة ضئيلة. (قدري محمود حفني 1984 ص 180).

2- اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا) 1952

أعد هاريسون ج. غوف (Harrison.G. Gough) هذا الاختبار في عام 1952 ونشر هذا الاختبار للتطبيق العملي عام 1957، وأجريت المراجعة النهائية له عام 1969، ويستخدم هذا الاختبار مع الأسوياء من سن 12-70 عاماً، للكشف عن خصائص الشخصية.





ويتكون الاختبار من أربعمئة وثمانون بنداً، ويصحح آلياً بواسطة الكمبيوتر، وينفع تطبيق الاختبار على فئات الأحداث وذوى الميول اللا اجتماعية (السيكوباتيين).

3- اختبار الشخصية بيرنرويتز (1932 Bernreuter Personality Inventory)

وقد أعده عام 1932 رو برت برنرويتز وقام بتعريبه الدكتور محمد عثمان نجاتي ويتكون هذا المقياس من مائة وخمسة وعشرون سؤالاً تتطلب الإجابة عليها بنعم أو لا، أو علامة (؟) للتردد في الإجابة، والمقياس يقيس أربعة من سمات الشخصية هي: .

1-الميل العصابي. 2-الاكتفاء الذاتي.

3-الانطواء-الانبساط. 4-السيطرة-الخضوع.

5-الثقة بالنفس. 6-المشاركة الاجتماعية.

4-اختبار جيلفورد للشخصية:

قام كل من جوى جيلفورد (Joy .P. Guilford and Howard .G . Martin) ، بوضع بعض الاستبيانات التي تقيس متغيرات متعددة في الشخصية، وقد اختيرت هذه المتغيرات بناءً على دراسة عاملية، والقائمة الأولى تقيس العوامل التالية:

1-الانطواء الاجتماعي 2-الانطواء في التفكير.

3-الاكتئاب. 4-التقلبات الوجدانية.

أما القائمة الثانية فتحتوى على خمسة من السمات هي: .

1-النشاط المفرط. 2-حب السيطرة.

3-الذكورة فى الميول. 4-غياب الشعور فى النقص.

5-غياب العصبية والتوتر.

أما القائمة الثالثة فتحتوى على ثلاثة سمات تسمى (المجموعة البارانونية) وهى: .

1-الموضوعية-الذاتية. 2-التعاطف-التمرد.

3-التعاون-التنافر.





مؤلفه هو آرثر وايدر (A. Weider) وآخرون، ويهدف هذا الاختبار للتقييم الإكلينيكي والسيكوسوماتي لعدد من الأشخاص في مواقف متعددة ومختلفة.

والاختبار عبارة عن مائة وواحد سؤالاً (101) تشير إلى الأعراض النيروسيكولوجية، والسيكوسوماتية، وهو أداة تستطيع التمييز بين المصابين باضطرابات شخصية وسيكوسوماتية وبين الأسوياء وهي مقسمة على النحو التالي:.

1-سؤال تمهيدي.

2-من 2-19) تعبر عن انعدام التوافق كما يعبر عنه في مشاعر الخوف وعد الكفاية)

3-من 20-26) (الاستجابات الباثولوجية وعلى الأخص الاكتئاب)

4-من 27-33) (العصبية والقلق).

5-من 34-38) (الأعراض السيكوسوماتية).

6-من 39-46) (استجابات الذعر الباثولوجية)

7-من 47-61) (أعراض سيكوسوماتية أخرى).

8-من 62-68) (الوهن وتوهم المرض).

9-من 69-79) (الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء).

10-من 80-85) (الشك والحساسية المفرطة).

11-من 86-101) (السيكوباتية الشديدة).

6- اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (M.M.P.I)

يعرف بأنه "مقياس نفسي للشخصية يعتمد على التقرير الذاتي الذي يعطيه الفرد عن نفسه، حيث يجب على عباراته بوضع علامة تحت رقمها في ورقة الإجابة أمام "نعم" إن كانت العبارة تنطبق عليه، أو أمام "لا" إن كانت العبارة لا تنطبق عليه، أولاً يضع أية علامة على الإطلاق إذا لم يستطع أن يقرر ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا. (فرج عبد القادر طه 1998 ص 54)





ويعتبر الاختبار أشهر اختبارات الشخصية من نوع اختبارات التقرير الذاتي، فقد سجلت أنا ستازى فى طبعة 1976 من كتابها "القياس النفسى" أن أكثر من 3500 مرجع قد نشرت عن هذا الاختبار حتى وقت إعدادها لتلك الطبعة، وهذا يشير إلى مدى ذبوع هذا الاختبار وانتشاره فى العالم.

ولقد ألفه هاثاوى وماكينلى من جامعة مينسوتا ونشراه عام 1940، وترجمه لبيئتنا العربية عطية محمود هنا، ومحمد عماد الدين إسماعيل، ولويس كامل مليكه ونشروه فى الخمسينات.

وفى تقديمهم للاختبار يقولون "يشمل الاختبار 550 عبارة تغطى مدى واسعا من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة فى الشخصية، مثل الصحة العامة والنواحي الصحية الخاصة بما فيها أجهزة الجسم المختلفة، والعادات، والعائلة والزواج، والمهنة، والتعليم، والاتجاهات الجنسية، والاجتماعية، والدينية، والسياسية، والنزعات السادية والماسوكية، والهواجس، والهالوس، والمخاوف المرضية.

وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض والحالات الو سواسية والقهرية، وكذلك الروح المعنوية، وما يتصل بالذكورة والأنوثة، واتجاه المفحوص نحو الاختبار، وقد صنفت هذه العبارات فى أربعة مقاييس صدق يرمز لها بالرموز. (فرج عبد القادر طه 1998ص54)

8- مقياس الاكتئاب (Depression) :

استخرج هذا المقياس من استجابات المرضى المصابين بالاكتئاب والذين يعنون من حالات الجنون الدوري، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس للدلالة على انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس، والعجز عن النظر إلى الحياة نظرة متفائلة ولا إلى المستقبل.

وقد يكون الانقباض هو العجز الرئيسى عند المفحوص كما يكون مصاحبا أو نتيجة لاضطرابات أخرى فى الشخصية، وفى بعض الحالات قد يختفى الانقباض عن الملاحظة العارضة مع ارتفاع الدرجة على هذا المقياس، وهذا ما يعرف باسم الاكتئاب الباسم .

والدرجة المرتفعة على هذا المقياس لها دلالة مميزة للشخصية، لأن الشخص الذى يستجيب استجابة انقباضية للشدائد يتميز بنقص الثقة بالنفس ونزعة إلى القلق وضيق فى الاهتمامات والانطواء، ويرى البعض أن الانتحار يكون أمره مرجحا إذا كانت الدرجة على هذا المقياس مرتفعة نوعا ما مع أن المريض لا يسلك سلوكا انقباضيا. (محمود الزيدى، 1969 ص 45).





9-مقياس الهستيريا (Hysteria):

هذا الاختبار يقيس درجة تشابه الفرد مع المرضى الذين تظهر عليهم أعراض الهستيريا التحويلية ، وقد تأخذ هذه الأعراض صورة الشكوى لعامة أو المحددة مثل الشلل ،التقلصات الاضطرابات المعوية والأعراض القلبية، والأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرضون لنوبات مفاجئة من الضعف ،الإغماء وما يشبه نوبات الصرع.

وقد لا تظهر هذه الأعراض على بعض الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس غير أنهم يحتمل "في وقت الشدة والأزمات، أن تظهر عليهم بعض هذه الأعراض الهستيرية بوضوح، وحين تبدأ الاستجابة الهستيرية في الظهور يبرز في الصفحة النفسية المثلث العصابي(ارتفاع في درجات المقياسين(هـ س)،(هـ د) وانخفاض نسبي في المقياس(د) على هيئة مثلث قاعدته توهم المرض، والهستيريا، وقيمتها الاكتئاب. (لويس كامل مليكه1977، ص142).

10-مقياس الانحراف السيكوباتي (Psychopathic Deviation).

يقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بفئة السيكوباتيين، الذين يتميزون بنقص في الاستجابة الانفعالية العميقة وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرة وعدم المبالاة والمعايير الاجتماعية، ومع أن السيكوباتيين قد يكونوا خطرين على المجتمع وعلى أنفسهم إلا أنهم أذكاء جدا ومحبوبين ويظلون أحيانا لمدة طويلة بلا اكتشاف إلى أن يقعوا في مشاكل خطيرة، وتتحصر أخطر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب، السرقة، الإدمان على المخدرات أو الكحوليات والشذوذ الجنسي.

وإذ ارتفعت الدرجة على مقياس الهوس الخفيف(م أ)أزداد احتمال اصطدام الشخص ببيئته ويقل احتمال علاج الذين يحصلون على درجات مرتفعة في هذا المقياس ،ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالصراحة وكثرة الكلام والمخاطرة والإقبال على المجتمع وتعاطى الكحول. (مصطفى فهمي، 1967، ص45).

11-مقياس البر انويا (Paranoia).

استخرجت عبارات هذا المقياس من استجابات المرضى بالبار انويا الذين يتسمون بالتشكك والحساسية المفرطة وهواجس العظمة أو الاضطهاد بعضهم من فئة فصام البار انويا، والبعض الآخر من فئة الفصام الخالص(وهو قليل).





12- مقياس الفصام (Schizophrenia).

يكشف هذا المقياس عن درجة تشابه المفحوص باستجابات فئة الفصامين الذين يتميزون بالتفكير أو السلوك الخلطى الشاذ(السلوك الفصامي)،والذين يحصلون على درجات مرتفعة(75 درجة تائية)بتشابه سلوكهم مع سلوك الفصامين.

ولكن معظم الصفحات التي ترتفع فيها الدرجات على مقياس الفصام(س ك)على ارتفاع في عدد من المقاييس الأخرى ولذلك فلا بد من دراسة إكلينيكية لتمييز الحالة وتشخيصها، إلا أنه في فصام البار انويا ترتفع الدرجة ارتفاعا واضحا على كل من المقياسين الفصام والبار انويا(س ك ،ب أ)،وفى الفصام البسيط ترتفع الدرجة على المقياس(س ك)والمقياس (هـ س) توهم المرض.(مصطفى فهمي، 1967، ص45)

الرابع عشر: طرق علاج الاضطرابات النفسية.

1- العلاج النفسي التحليلي:

يستهدف الكشف عن الأمور العميقة للاضطراب، وعن الصراعات الأساسية الدفينة اللاشعورية المساهمة فيه، ومصادر هذه الصراعات والخروج بها إلى المستوى الشعوري، وتفسير طبيعتها ومعانيها الرمزية، وما يترتب عنها من ميكانيزمات دفاعية، وتأثير ذلك كله على عملية التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد. كما يهدف إلى تعريف الفرد المضطرب وزيادة وعيه واستبصاره بها ومساعدته على فهم ذاته بطريقة موضوعية، إضافة إلى تنمية قدرته على مواجهة مخاوفه وقلقه وصراعاته ومشكلاته بطرق أكثر نضجا وإيجابية وواقعية، ويتم ذلك كله من خلال عملية وثيقة بين الفرد المضطرب والمعالج قائمة على كل من التجاوب الانفعالي، والتنفيس الانفعالي والعقلي، والتشجيع والفهم والتفسير، والمساندة والتدعيم، والإيحاء. (العزة وآخر، 1999 ص 371).

2- العلاج النفسي السلوكي:

ويقوم على استخدام قوانين التعلم الشرطي الإستجابي والإجرائي، حيث ينظر السلوكيون إلى الاضطرابات العصبية على أنها سلوك متعلم عن طريق الملاحظة والتفكير والتدعيم، كما يرون أن علاجها يكون بالطريقة نفسها، ولكن عن طريق محو تعلم الاستجابات الغير التوافقية وإعادة تعلم استجابات توافقية جديدة ملائمة، وذلك بإتباع خطوات إجرائية معينة تتمثل في تحديد السلوك المضطرب أو اللاتوافقية، والعوامل المسؤولة عن حدوثه واستمراره، ومن ثمة تحديد الظروف الممكن تعديلها أو تغييرها، وعمل برنامج محدد لتعديل السلوك موضع الاهتمام ثم تعديل العلاقات القائمة بين هذا السلوك (الاستجابة غير التوافقية) وتلك المواقف التي تستثيره أو إعادة التشريط أو التعلم بحيث يتم اكتساب أنماط سلوكية جديدة مرغوبة وتعزيزها وتثبيتها. (نصار 1998 ص 142).





3- العلاج النفسي البيئي والاجتماعي:

يعد العلاج النفسي البيئي والاجتماعي من أهم أنواع علاج الاضطرابات نظرا لما تلعبه العوامل البيئية والاجتماعية من دور في نشأة هذا الاضطراب، ويركز هذا النوع على الأسرة كنسق طبيعي يعيش فيه افراد المضطرب ويتفاعل مع أعضائه وذلك بهدف تغيير أو تعديل نمط العلاقة والتفاعلات الاجتماعية والتأثيرات المتبادلة التي يحتمل أن يكون لها دور في الاضطرابات التنفسية وحتى يستشعر هذا الفرد قدرا أقل من الألم، وينمو في الاتجاه الأكثر نضجا وفاعلية وكفاءة من الناحيتين الشخصية والاجتماعية، والأكثر إمدادا له بالسعادة والصحة النفسية (زهران 2001 ص 339).

4- العلاج النفسي الإنساني:

يرى روجرز أن مفهوم الفرد عن ذاته يؤثر في سلوكياته المختلفة، ولذلك فإن هدف الإرشاد والعلاج في هذه النظرية هو مساعدة الفرد على تغيير اتجاهه نحو خبراته السلبية. كما يهدف العلاج عند روجرز إلى مساعدة الفرد على تحقيق ذاته وتخطي العقبات التي تعيق هذه العملية، أو مساعدته أيضا على إطلاق قوته الكامنة ومساعدته على مواجهة ذاته حيث أنه قادر على فهم الظروف التي تسبب له التعاسة في حياته وإن المعالج يستطيع مساعدة المضطرب على التغلب على مشكلاته إذا أقام معه علاقة قائمة على التقبل والدفء والفهم. (العزة وآخر 1999 ص 380).

ويشير كارل روجرز (Carl Rogers) إلا أن هناك شروط يجب على المعالج والمرشد التقيد بها حتى تتم عملية العلاج بشكل سليم ومنها ما يلي:

4-1-الاتصال السيكلوجي : ويعني روجرز بذلك أن يفهم المرشد خبرات المسترشد وينتبه إلى ما يقول من أفكار ومشاعر ويواجه أفكاره غير الصحيحة لإظهار التناقض فيها ويعكس ويلخص هذه المشاعر، إن الإرشاد لن يكون ناجحا بدون وجود اتصال بين المرشد والمسترشد (زهران 2001 ص 342).

4-2-الدافعية للتحسين: أن المسترشد غير منسجم مع ذاته ويرى روجرز بأن عدم توافق الفرد مع ذاته يرجع إلى محاولاته الفاشلة للتغلب على مشاكله الناتجة عن عدم الانسجام بين مفهومه عن ذاته وسلوكياته ويرى روجرز بأن المرشد كلما كانت عنده دافعية نحو التحسين كلما كان الإرشاد ناجحا.

4-3-الأصالة: يرى روجرز بأن المرشد لا بد أن يكون أصيلا في تعامله مع المسترشد وأن يعي خبراته، ويجب أن لا يكون مخادعا أو مجرد لاعب لدور ما. (الزيود 1998 ص 244).





4-4-الإحترام الإيجابي غير المشروط: أي أن يحترم المرشد المسترشد كإنسان له قيمة بغض النظر عن مشكلاته وأن لا يعنونه بألقاب، الأمر الذي لا يساعد على تقبل المسترشد للمرشد، ولن يتحدث بحرية ومصداقية إذا لم يجد ذلك الاحترام. (العزة وآخر 1999 ص 381).

4-5-التعاطف : ويعني روجرز بذلك قدرة المرشد على فهم المسترشد من خلال إطاره المرجعي أي عالمه الخاص به كما هو يدرك الأمور.

4-6-الموضوعية: أن يبتعد المرشد عن إصدار الأحكام القيمية الذاتية على أساس أنه فاشل أو ناجح، وأن يكون موضوعي في إصدار أحكامه المبنية على الوقائع. (زهران 2001 ص 343).

5- العلاج النفسي المعرفي:

ان الإنسان كائن عقلائي لديه القدرة على تجنب وإزالة التعاسة والاضطرابات العاطفية وذلك عن طريق تعلم التفكير المنطقي. ولهذا فإن مهمة المعالج هي مساعدة المسترشد على التخلص من الاتجاهات والأفكار اللامنطقية والاستعاضة عنها بأفكار منطقية وتعريفه بان الصعوبات التي يعاني منها هي نتيجة تفكيره اللامنطقي وتشوه إدراكه واكتسابه التفكير العقلاني، وإعادة تنظيم أفكاره ومدركاته، وذلك من أجل إزالة الصعوبات التي يعاني منها. (نصار 1998 ص 152).

ومن أهم الأساليب العلاجية المعرفية ما يلي:

5-1- نظرية العلاج العقلي العاطفي لألبرت أس (Albert Ellis):

يرى ألبرت أس (Albert Ellis) أن على المعالج أن يجعل المسترشد واعيا لأفكاره اللامنطقية وتفكيره الداخلي وأن يقوم على إقناعه بان تفكيره غير منطقي، وأن يوضح المسترشد بأن السبب في اضطرابه هو سلسلة الكلمات التي يقولها لنفسه عن طريق الكشف عن التفكير الداخلي الهادم للذات أو التفكير غير المنطقي في ماضي وحاضر المسترشد يقوم المرشد والمعالج بتغيير تفكير المسترشد الداخلي اللامنطقي وتعليمه كيف يتحدى، ويهاجم ويعيد ويستبدل كلماته الداخلية مرة أخرى حتى يصبح تفكيره الداخلي أكثر منطقية، والنظرية العقلية العاطفية تؤمن بان المسترشد لا يستطيع تغيير أفكاره بدون مساعدة ولا بد من مساعدته، من خلال مناقشة المعالج مع المسترشد الأفكار اللامنطقية بشكل عام وفلسفته للحياة، فهو لا يقتصر نقاشه على الأفكار الخاطئة المحددة التي يتبناها المسترشد بل يتجاوزها إلى الأفكار اللامنطقية العامة وذلك ليجنب المسترشد الوقوع فريسة لها ويعد هذا النوع من العلاج أكثر فائدة للإضرابات السلوكية مثل الجناح، السيكوباتية، والإدمان. (زهران 2001 ص 351).





إن ما يفعله المعالجون في عملية العلاج العقلي العاطفي هو تعليم المسترشد كيف يفكر بطريقة منطقية بحوادث الحياة وفلسفتها وبالتالي تغيير سلوكه وعواطفه، ويتم ذلك من خلال العديد من الأساليب والطرق المستخدمة في هذا العلاج والتي ذكرها وهي كما يلي:

أولاً: التنفيذ والإقناع والتعليم : ينفذ المعالج الأفكار اللاعقلانية المفجعة عند المسترشد ويساعد على جعل أفكاره عقلانية، ويشرح مستعينا بالأمثلة له كيف تسبب هذه الأفكار اللاعقلانية الاضطرابات الانفعالية بحيث يقنعه أن يهاجم اعتقاداته غير العقلانية والسلوكيات الشاذة، لذلك يزود المسترشد بالمعلومات التي تساعد على فهم اضطراباته الانفعالية والخطوات التي يستطيع إتباعها لتقليل الاضطراب.

ثانياً: الواجبات أو المهمات: يهتم العلاج بالمهمات لأنها تساعد المضطرب على أن يفكر ويشعر ويسلك بطريقة أكثر عقلانية. أن هذه المهمات تجعل المضطرب يضع نفسه في مواقف معينة تمكنه من وقف كبتها، مثل أن يجبر نفسه لعمل أشياء يخاف عملها، كأن يبدأ بتكوين علاقات مع الآخرين، فإن استطاع أن يفحص افتراضات هذه العلاقة وتوقعاتها المفجعة، فإنها تعد أول خطوة واقعية تكتشف له أنه لا يوجد ما يفجعه اتجاه ذلك.

ثالثاً: التقليد ولعب الدور : يعتبر الوضع الاجتماعي مناسباً بشكل خاص للعديد من أساليب تعديل السلوك والمعرفة، مثل إجراءات التدريب على القيام بالسلوك، والتدريب على توكيد الذات. إلا أن البعض قد يترددون في الكشف والإفصاح عن أنفسهم أمام المجموعة لخوفهم من النبذ والرفض. والمجموعة توفر لهؤلاء الأعضاء فرصة بأن يجازفوا بالكشف عن ذاتهم ويرو ما هي النتائج ويعتقد ليس أن لعب الدور الذي يستلزم إعادة تكوين البناء المعرفي حول المواقف التي يتم كشفها بالخبرة، يعتبر أكثر فعالية من لعب الدور الذي ليس به أي نوع من التحليل المعرفي وإعادة البناء المعرفي والتعلم الذي يحدث من خلال المحاكاة والتقليد مشابه للتعلم الذي يتم من خلال لعب الدور ويقول إليس عن العلاج الفعال يتضمن باستمرار التقليد والمحاكاة، فالقائد وأعضاء آخرين يمكنهم القيام بدور النماذج فمثلاً إذا أتيحت فرصة لعضو في المجموعة أن يحدد ويغير أساليب التفكير والمشاعر والسلوك التي تسبب انهزام الذات فإنه يستطيع أن يكون نموذجاً للمشاركين الآخرين.

رابعاً: الضبط الإجرائي للتفكير الوجداني: يشير إليس أن على المسترشدين أن يتعلموا كيف يتخلوا عن معتقداتهم اللاعقلانية وأن يغيروا سلوكياتهم غير المرغوبة من خلال تشجيعهم وتعزيزهم عند إنجاز مهماتهم الصعبة، ويظهر مستخدموا العلاج العقلي العاطفي للمسترشدين كيف يستخدموا أسلوب الإشراف الإجرائي في إنجاز الأشياء التي يعتبرونها صعبة أو التي يخافون من عملها.





خامسا: التدريب على استخدام المهارات: إن التدريب على مهارات ضبط الذات، تعني تدريب المسترشدين على المهارات الخاصة التي يرغبونها ويتقنون فيها، مثل مهارة توكيد الذات والمهارات الاجتماعية والدراسية. والافتراض هو أنه من خلال اكتسابهم المهارات التي كانوا يفتقرون إليها سابقا سيشعرون بالثقة بأنفسهم، وسيتعلمون بالخبرة تغييرات مهمة في طريقة تفكيرهم وشعورهم وسلوكهم ويقول إليس: "إن التغييرات تظهر ليس بسبب زيادة مهاراتهم فحسب بل أيضا من خلال إدراكهم لقدراتهم وتقديرهم لذاتهم حول كفاءتهم المكتسبة حديثا".

سادسا: التغذية الراجعة: تعتبر التغذية الراجعة جزءا أساسيا في العلاج المعرفي العاطفي ويحصل الأعضاء عليها من خلال المجموعة آخذين بعين الاعتبار إنجازاتهم غيرا لفعالة وتفكيرهم غير العقلاني والسلوكيات والجمل والأفكار التي تسبب تخريب الذات، وبالتالي عندما يستخدم الأعضاء التغذية الراجعة فإنهم يستطيعون ممارسة سلوكيات جديدة تقوم على افتراضات جديدة تبعث على الارتياح. كما تستخدم طريقة العلاج العقلي العاطفي أساليب تعليمية مساعدة تعتبر جزءا مهما من الجلسات الإرشادية والعلاجية مثل القراءات، مشاهدة الشرائح، الفيديو، الأفلام. (زهران 2001 ص 352)

5-2- نظرية العلاج السلوكي المعرفي عند ميكنبوم (Mekinbom):

انطلق ميكنبوم (Mekinbom) من الفرضية التي تقول بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعتم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة. إذ يرى ميكنبوم (Mekinbom) أن التحديث الداخلي يخلق الدفاعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته وتوجيه تفكيره للقيام بمهارات مطلوبة كما يرى ميكنبوم (Mekinbom) بأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج.

ويرى ميكنبوم (Mekinbom) أن الانفعال الفسيولوجي في حد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية ويرى ميكنبوم بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبنائه المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد كما يرى بأن عملية التغيير تتطلب بان يقوم الفرد بعملية امتصاص، أي أن يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم. وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بنائه المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه. ويرى ميكنبوم بأن البناء المعرفي (Cognitive Structur) يحدد طبيعة الحوار الداخلي، والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكنبوم بالدائرة الخيرة .





5-6- العلاج العقلي المعرفي عند بيك (Beck):

إن العلاج المعرفي عند بيك (Beck) في صورته الواسعة يشتمل على كل الطرق التي تزيل الألم النفسي، عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة والعلاج المعرفي هو تطبيق الطرق الشائعة في التفكير، والتي طورت في الحياة العادية، في العلاج وهو أكثر ملائمة لأولئك الذين لديهم طاقة للاستبطان والتروى والذين يمكنهم أن يفكروا بشكل مناسب في مجال حياتهم خارج مجال المشكلة، ويركز العلاج على مساعدة المريض في التغلب على النقط العمياء والإدراكات الخاطئة وخداعات الذات والأحكام الخاطئة، ولأن الاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج هي نتائج التفكير الخاطيء، فإنها تزول عندما يتم تصحيح التفكير. (زهران 2001 ص 369).

خلاصة:

فهنالك فرق كبير بين المرض العصابي والذهاني، فاعرض العصابي مثل: القلق النفسي والاكنتاب التفاعلي والوسواس القهري والمخاوف المرضية، كل هذه الانواع تختلف من حيث الكم من شخص سليم لأخر، لكن متى ما كانت هذه لم تتطور ولم تؤثر على حياة الانسان فهي امور طبيعية اما ان زادت عن حدودها فإنها تعد مرضا نفسيا، اما في الامراض الذهانية فان الاختلاف بين الحالات السليمة والحالات المرضية ليس من جهة الكم وانما من جهة الكيف، ان الامراض العقلية لا يمكن بحال اعتبارها اعراضا طبيعية، بل ان مجرد وجود هذه اعراض بداية المرض لدى الفرد فانه بحاجة الى العلاج والفرق الجوهرى بينهما هو درجة الاستبصار، اما السيكوباتية فهي مختلفة تماما عن الحالات السابقة فهي حالة متميزة عن غيرها من غيرها من الحالات فهي تخرج عن حدود السواء ما في ذلك من ريب فلا يمكن أن نصنف السيكوباتي كضعيف عقلي أو عصابي أو ذهاني ولكن لديه عجز في النمو الخلقي والأخلاقي وعجز في إتباع القوانين الاجتماعية المقبولة من المجتمع الذي يعيش فيه.

