

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieure  
Et de La Recherche Scientifique  
Université - BATNA -01- Hadj Lakhdar  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Conseil scientifique



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة باتنة -01- الحاج لخضر  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
المجلس العلمي

باتنة في: 26 نونبر 2025

رقم: B.S.A. م. ع. ك. ع. ا. ج. ب 2025/1

مستخرج من محضر المجلس العلمي  
رقم: 2025/05

بناء على المصادقة في محضر اللجنة العلمية لقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا في اجتماعها رقم

2025/03 المنعقد بتاريخ 2025/11/13 صادق المجلس العلمي في اجتماعه رقم 2025/05 المنعقد بتاريخ

2025/11/20 على اعتماد المطبوعة البيداغوجية والموسومة بـ "مدخل إلى علم النفس المرضي" الموجه لطلبة

ليسانس سنة 2 علم النفس، للدكتورة اية بولحبال من قسم علم النفس بجامعة اليزي.

رئيس المجلس العلمي للكلية

فاتح بويط  
رئيس المجلس العلمي للكلية  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
جامعة باتنة

سلم له (1) هذا المستخرج بناء على طلبه (1) لاستعماله فيما يسمح به القانون.



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس  
المركز الجامعي إيليزي



مطبوعة بيداغوجية في مقياس

مدخل إلى علم النفس المرضي

محاضرات مقدمة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس

اعداد: د. بولحبال آية

السنة الجامعية: 2025/2024



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس  
المركز الجامعي إيليزي



مطبوعة بيداغوجية في مقياس

مدخل إلى علم النفس المرضي

محاضرات مقدمة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس

اعداد: د. بولحبال آية

السنة الجامعية: 2025/2024



الصفحة	المحتوى
-	قائمة المحتويات
-	قائمة الأشكال
-	قائمة الجداول
3	مقدمة
<b>السداسي الثالث</b>	
<b>المحاضرة الأولى: مدخل عام لعلم النفس المرضي</b>	
4	1- تعريف علم النفس المرضي
5	2- لمحة تاريخية لتطور علم النفس المرضي
6	3- أهداف علم النفس المرضي
6	4- العلوم المتصلة بعلم النفس المرضي
9	5- المرجعية النظرية لعلم النفس المرضي
<b>المحاضرة الثانية: السواء والمرض "اللاسواء، الشذوذ"</b>	
13	1- تعريف السواء والمرض
16	2- معايير السواء والمرض
<b>المحاضرة الثالثة: السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 1</b>	
<b>"المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي"</b>	
20	1- السيمولوجيا أو الأعراضية
21	2- الاتيولوجيا أو السببية



21	3- النزوغرافيا
21	4- النزولوجيا
21	5- التشخيص
<b>المحاضرة الرابعة: السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 2</b> <b>"ماهية التصنيف"</b>	
23	1- مفهوم التصنيف
24	2- التطور التاريخي لتصنيف الاضطرابات النفسية
25	3- الأسس التي يقوم عليها التصنيف
25	4- أهمية التصنيف
26	5- مآخذ التصنيف
<b>المحاضرة الخامسة: السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 3</b> <b>"التصنيفات الكلاسيكية والتصنيفات النفسومرضية"</b>	
27	1- لمحة تاريخية حول تصنيف الاضطرابات النفسية
29	2- التصنيفات الكلاسيكية
30	3- التصنيفات النفسومرضية
<b>المحاضرة السادسة: السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 4</b> <b>"التصنيف العرضي 1"</b>	
32	1- مفهوم التصنيف العرضي
32	2- تصنيف منظمة الصحة العالمية
34	3- الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية



### المحاضرة السابعة: السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 5

#### "التصنيف العرضي 2"

38	1- تصنيف نظام التشخيص السيكدينامي الاجرائي OPD
39	2- الدليل التشخيصي الالسيكودينامي PDM
<b>المحاضرة الثامنة: مفهوم البنية في علم النفس المرضي</b>	
40	1- مفهوم البنية عند بارجوري
41	2- مفهوم البنية عند فرويد
42	3- مراحل تكوين بنية الشخصية
43	4- مكونات بنية الشخصية
<b>المحاضرة التاسعة: الغرائز، النزوات، الصراع النفسي</b>	
46	1- الغريزة
47	2- النزوة
50	3- الصراع
<b>المحاضرة العاشرة: الميكانيزمات الدفاعية</b>	
52	1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية
53	2- وظائف الميكانيزمات الدفاعية
53	3- أنواع الميكانيزمات الدفاعية
<b>المحاضرة الحادية عشر: الأقطاب الثلاثة للبنية: العصابية، الذهانية، والحدية</b>	
56	1- البنية العصبية
57	2- البنية الذهانية



58	3- البنية الحدية
<b>السداسي الرابع</b>	
<b>المحاضرة الأولى: التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 1</b>	
<b>"النظرية السلوكية"</b>	
62	1-لمحة حول النظرية السلوكية
63	2-الفروض الأساسية للنظرية السلوكية
64	3-المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية
65	4-نظرية الاشراف الكلاسيكي "بافلوف"
66	5-نظرية الاشراف الاجرائي "سكينر"
<b>المحاضرة الثانية: التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 2</b>	
<b>"النظرية المعرفية"</b>	
68	1-لمحة حول النظرية المعرفية
68	2-النظرية المعرفية عند أرون بيك
71	3-النظرية المعرفية عند ألبرت اليس
<b>المحاضرة الثالثة: التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 3</b>	
<b>"النظرية الجشططية"</b>	
76	1-لمحة حول النظرية الجشططية
77	2-مبادئ نظرية الجشططت
77	3-نظرية المجال والصحة النفسية
<b>المحاضرة الرابعة: التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 4</b>	



<b>"النظرية الإنسانية"</b>	
80	1-لمحة حول النظرية الإنسانية
80	2-مبادئ النظرية الإنسانية
81	3-نظرية كارل روجرز
84	4-نظرية الحاجات لابراهيم ماسلو
<b>المحاضرة الخامسة: الوحدات المرضية الكبرى في التصنيفات العالمية</b>	
88	1-الذهان
93	2-العصاب
<b>المحاضرة السادسة: اضطرابات النمو العصبية</b>	
96	1-تعريف اضطرابات النمو العصبية
97	2-أنواع اضطرابات النمو العصبية
100	3-تشخيص اضطرابات النمو العصبية
<b>المحاضرة السابعة: الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى</b>	
102	1-الفصام
107	2-البارانويا
<b>المحاضرة الثامنة: اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة</b>	
111	1-اضطراب ثنائي القطب
116	2-الاضطرابات ذات الصلة باضطراب ثنائي القطب
<b>المحاضرة التاسعة: الاضطرابات الاكتئابية</b>	
121	1-تعريف الاكتئاب



122	2- أعراض الاكتئاب
123	3- أسباب الاكتئاب
123	4- معايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية والأشكال العيادية حسب DSM5
125	5- التفسيرات النظرية للاكتئاب
<b>المحاضرة العاشرة: اضطراب القلق</b>	
127	1- تعريف القلق
128	2- أنواع القلق
129	3- تصنيف اضطرابات القلق حسب DSM5
130	4- أسباب القلق
131	5- أعراض القلق
131	6- التفسيرات النظرية للقلق
<b>المحاضرة الحادية عشر: اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة</b>	
133	1- تعريف الوسواس القهري
134	2- أسباب الوسواس القهري
134	3- أعراض الوسواس القهري
134	4- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب DSM5
136	5- الخصائص الاكلينيكية لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به
139	6- التفسيرات النظرية للوسواس القهري
<b>المحاضرة الثانية عشر: الاضطرابات المتعلقة بالصدمة</b>	
141	1- تعريف كرب ما بعد الصدمة



142	2- أنواع الصدمة النفسية
143	3- أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة
144	4- معايير تشخيص كرب ما بعد الصدمة حسب DSM5
145	5- الكرب الحاد
145	6- المعايير التشخيصية لاضطراب الكرب الحاد طبقا للدليل DSM5
<b>المحاضرة الثالثة عشر: الاضطرابات الجسدية والاضطرابات ذات الصلة</b>	
147	1- تعريف الاضطرابات الجسدية
148	2- خصائص الاضطرابات الجسدية
148	3- أسباب الاضطرابات الجسدية "العرض الجسدي"
149	4- تصنيف الاضطرابات المرتبطة بالعرض الجسدي حسب DSM5
151	5- معايير تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالعرض الجسدي حسب DSM5
<b>المحاضرة الرابعة عشر: الاضطرابات المتعلقة بالمادة والاضطرابات الادمانية</b>	
152	1- الإدمان والمفاهيم المرتبطة به
153	2- تصنيف الاضطرابات المتعلقة بالمادة حسب DSM5
153	3- معايير تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالمادة والاضطرابات الادمانية حسب DSM5
<b>المحاضرة الخامسة عشر: الاضطرابات الجنسية</b>	
155	1- تعريف الاضطرابات الجنسية
156	2- أسباب الاضطرابات الجنسية
157	3- تصنيف الاضطرابات الجنسية حسب DSM5



## قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
16	معايير السواء واللاسواء	1
57	الشكل البنائي العصابي	2
58	الشكل البنائي الذهاني	3
59	الشكل البنائي الحدي	4
130	الاختلافات بين DSM4 و DSM5 في تصنيف اضطرابات القلق	5
150	التحول الحاصل بين DSM4R و DSM5 للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية	6

## قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
29	تصنيف الاضطرابات النفسية حسب التصنيف الكلاسيكي	1
30	التصنيف البنيوي الثلاثي (العصاب، الشذوذ، الذهان)	2
31	بعض الأمثلة عن تصنيف كارل ابراهام	3
44	المكونات الأساسية للبنية الشخصية	4
124	معايير تشخيص الاضطرابات المزاجية	5
129	تصنيف اضطرابات القلق حسب DSM5	6
136	تشخيصات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به	7
149	عرض موجز للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية	8



الثالث	السداسي
أساسية	عنوان الوحدة
مدخل إلى علم النفس المرضي 1	المادة
5	الرصيد
2	المعامل
اكتساب المفاهيم الأساسية تمكن الطالب من التعامل اللاحق مع المقاييس التي تتطرق الى الاضطرابات النفسية.	أهداف التعليم
مواضيع علم النفس العام ومدارسه	المعارف المسبقة المطلوبة
1. اكتساب المفاهيم الأساسية حول علم النفس المرضي 2. اكتساب معلومات حول الاضطرابات النفسية من حيث الأعراض، الأسباب، التشخيص وسبل العلاج.	القدرات المكتسبة

الرابع	السداسي
أساسية	عنوان الوحدة
مدخل إلى علم النفس المرضي 2	المادة
5	الرصيد
2	المعامل
اكتساب المفاهيم الأساسية تمكن الطالب من التعامل اللاحق مع المقاييس التي تتطرق الى الاضطرابات النفسية.	أهداف التعليم
مواضيع علم النفس العام ومدارسه	المعارف المسبقة المطلوبة
1. اكتساب المفاهيم الأساسية حول علم النفس المرضي 2. اكتساب معلومات حول الاضطرابات النفسية من حيث المفهوم، التشخيص والتفسير. 3- التعرف على الوحدات المرضية الكبرى.	القدرات المكتسبة

يعد علم النفس المرضي أحد الأسس الرئيسية في التكوين الأكاديمي للمختصين في مجالات الصحة النفسية، حيث يهتم بدراسة السلوك غير السوي أو المضطرب، وتشخيص الاضطرابات النفسية وتحليلها وفهمها ضمن إطار علمي ومنهجي متكامل، ولا يتوقف هذا المجال فقط عند رصد الأعراض، بل يهدف إلى استكشاف العوامل المتشابكة والمعقدة التي تسهم في ظهور وتطور الاضطرابات، تشمل هذه العوامل أبعادا بيولوجية، وراثية، نفسية، اجتماعية وثقافية.

ارتبط مفهوم السلوك غير السوي بالإنسان منذ القدم، حيث استقبل في البداية بتفسيرات غيبية أو خرافية، كالربط بالمس الشيطاني أو العقاب الإلهي، ومع التقدم الفكري والعلمي، لا سيما خلال القرنين التاسع عشر والعشرين، بدأ علم النفس المرضي يتبلور كفرع معرفي مستقل قائم على أسس البحث العلمي ونظريات علم النفس الحديثة.

ولعبت مساهمات شخصيات رائدة مثل إميل كرايبيلن، سيغموند فرويد، بافلوف وآرون بيك دورا مهما في تأسيس هذا العلم ووضع تصورات تفسيرية وعلاجية متنوعة للاضطرابات النفسية، يمتاز هذا المجال بتعدد أبعاده، حيث لا يمكن عزله عن السياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي المحيط بالفرد، ولهذا السبب يتطلب تعلم هذا التخصص من الطالب الجمع بين الفهم النظري العميق والتطبيق العملي المكثف، كما يحتم على المتعلم أن يربط بين المفاهيم النظرية والممارسات المهنية الواقعية، سواء في التشخيص، إعداد خطط العلاج، أو حتى التدخلات الوقائية.

تأتي هذه المطبوعة البيداغوجية استجابة لحاجة علمية وتعليمية تهدف إلى توجيه الطلبة في مجال علم النفس المرضي، إذ تقدم محتوى منظما يغطي المبادئ الأساسية لهذا العلم، بدءا من إعطاء نظرة حول علم النفس المرضي، التصنيفات الدولية المعتمدة، مروراً بالتفسيرات النظرية للاضطرابات النفسية، وصولاً إلى أهم الاضطرابات النفسية التي تبرز في العصر الحديث.

## السداسي الثالث

## المحاضرة الأولى

### مدخل عام لعلم النفس المرضي

علم النفس المرضي والمعروف بـ Psychopathology، هو فرع من علم النفس يركز على دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية من مختلف جوانبها، بما في ذلك أسبابها، أعراضها، تطورها، وطرق علاجها.

يعتبر هذا المجال محوريا لفهم السلوك البشري غير السوي أو المختل بهدف تعزيز الصحة النفسية للأفراد والمجتمع، حيث نشأ علم النفس المرضي استجابة للحاجة إلى تحليل وفهم الفروق النفسية الخارجة عن النطاق الطبيعي، والتي تعيق قدرة الإنسان على التكيف مع ذاته أو بيئته المحيطة، يشمل هذا المجال طيفا واسعا من الاضطرابات، مثل الاكتئاب، القلق، الفصام، اضطرابات الشخصية وغيرها.

ويستند في دراسته إلى مناهج متعددة تشمل الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية، ما يجعله علما شاملا يعالج الظواهر النفسية بمنظور متكامل، يهدف هذا العلم أيضا إلى التمييز بين الحالات الطبيعية والاضطرابات المرضية باستخدام معايير علمية دقيقة تعتمد على عوامل كالتردد، الشدة، وتأثير الاضطراب على الأداء اليومي للفرد، كما يعد الأساس النظري الذي تستند إليه ممارسات العلاج النفسي والتدخلات الإكلينيكية الفعالة.

وبالتالي يشكل علم النفس المرضي أحد الركائز الأساسية لفهم العقل البشري. ولا يتوقف دوره عند تشخيص الاضطرابات فحسب، بل يسعى أيضاً إلى الوقاية منها والعمل على تحقيق

### 1- تعريف علم النفس المرضي:

يعرف علم النفس المرضي أو كما يعرف بعلم النفس الشواذ بأنه أحد مجالات علم النفس الذي يهتم بدراسة انماط السلوك والانفعالات والافكار غير العادية أو الطبيعية والتي قد تكون مفهومة أو غير مفهومة بوصفها أحداث ودلائل على الاضطراب النفسي.

في حين عرفه سعد 1994 بأنه ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يهتم بدراسة كل أشكال الاضطرابات النفسية والعقلية، ويهدف الى التعرف على أسباب اضطرابات سلوك الشخصية وتصنيفها مع محاولة وضع أسس لعلاجها كي يكون الفرد قادرا على حل المشكلات الاجتماعية والشخصية. ويدرس هذا العلم كافة الظواهر الشاذة من السلوك، أي تلك التي تتحرف عن المعايير الموضوعية اجتماعيا لسلوك معين مثل التخلف العقلي والاجرام والفصام والاكتئاب.. الخ. (صالح، 2014، ص28)

من جهة أخرى، يرى بيديني (2009) أن علم النفس المرضي يشكل الجانب النظري لعلم النفس السريري، الذي يعرفه على أنه فرع من فروع علم النفس يعنى بدراسة، وتقييم، وفهم، وتشخيص، ومساعدة، ومعالجة الأفراد الذين يعانون من مشكلات أو اضطرابات نفسية، بغض النظر عن مصدرها أو شدتها. يبرز هذا التصور أهمية التكامل بين المعرفة النظرية حول الظواهر النفسية المرضية، كما يدرسها علم النفس المرضي، وبين التطبيق العملي والتدخل الذي يتم ضمن علم النفس السريري.

بمعنى آخر يقوم علم النفس المرضي بتوفير الأساس العلمي لفهم الأنماط غير السوية من السلوك أو التفكير أو المشاعر، بينما يعمل علم النفس السريري على تحويل هذا الفهم النظري إلى تدخلات عملية تساعد الأفراد على تجاوز معاناتهم النفسية وتحسين جودة حياتهم. ( Bonnet & Fernandez, 2017, P15)

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

يعنى علم النفس المرضي بدراسة جميع أنواع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية وتؤثر على قدرته على التكيف، سواء كانت هذه الاضطرابات وجدانية (مثل الاكتئاب والقلق)، أو عقلية (مثل الفصام واضطرابات التفكير)، أو سلوكية (مثل اضطرابات السلوك)، أو حتى نفسوجسدية.

وتكمن خطورة هذه الاضطرابات في أنها قد تؤدي إلى فقدان الفرد علاقته المتوازنة مع محيطه، إما جزئياً من خلال صعوبات محددة في التفاعل أو العمل، أو كلياً في الحالات الشديدة التي قد تؤدي إلى الانعزال أو فقدان القدرة على أداء الوظائف الأساسية في الحياة اليومية.

ومن هنا، يُعتبر علم النفس المرضي مجالاً حيوياً لفهم جذور هذه الاضطرابات وتشخيصها في مراحلها المختلفة، كخطوة أولى نحو التدخل العلاجي والوقائي، في سبيل إعادة التوازن النفسي والاجتماعي للفرد. (Nevid, Rathus, & Greene, 2009, P10)

### 1- لمحة تاريخية لتطور علم النفس المرضي:

حاول الناس منذ آلاف السنين تفسير الاضطرابات النفسية والتحكم بها. وتظهر هذه التفسيرات عبر ثلاثة نماذج رئيسة حاولت فهم السلوك المرضي وهي في نفس الوقت مراحل تطور علم النفس المرضي، والتي تتمثل فيمايلي:

## 1- مرحلة التفسيرات الخارقة:

تعزو التفسيرات الخارقة الاضطراب النفسي إلى قوى خارج جسد الإنسان. وطبقا لهذا النموذج فإن سبب السلوك الشاذ هو تأثير تلبس الشياطين والأرواح الميتة، والقمر والكواكب، والنجوم. وتشير الدراسات الأثرية في العصر القديم "الحجري" إن الإنسان القديم كان يستعمل عمليات وهي عمليات تستعمل منشار لفتح الجمجمة أو ثقبها لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات العقلية من أجل التخلص من الأرواح الشريرة التي تسكن عقل الضحية وبالمقابل نجد الصينيون والمصريون القدماء والعبريون اعتقدوا بأن هناك شياطين وأرواح شريرة، وأن هناك أدعية خاصة لطرد هذه الأرواح.

في حين كانوا اليونانيين في الوقت نفسه يعتقدون أن الاضطرابات النفسية تحدث بسبب اضطراب الامزجة الأربعة، والتي تؤدي إلى جفاف أو تصريف السوائل من الدماغ.

وقد استمرت هذه المعتقدات مع الإنسان وخاصة في العصور المظلمة، إذ أعتقد الكثير من الأوروبيون أن سبب المرض النفسي هو قوة السحر والشياطين والأرواح. وكانوا يحاولون التخلص من قوة هذه الأرواح الشريرة من خلال تطهير جسد المريض بالطقوس الدينية، وإذا فشلوا في طرد هذه الأرواح من خلال هذه الطقوس كانوا يستعملون الضرب والحجز وأنواع أخرى من التعذيب التي تجعل الجسد غير صالح لسكن الشياطين والعمارة أو الساحرات. وقد استمرت هذه الاعتقادات لغاية القرن الخامس عشر بعد الميلاد. رغم ذلك ما زالت هذه المعتقدات مستمرة بقوة لحد الآن من قبل العديد من الثقافات والطوائف الدينية، والتي تعد الشياطين والجن والسحر أحد المسببات الرئيسية لحدوث الاضطراب النفسي.

## 2- مرحلة التفسير الحيوي (البيولوجي):

سبب السلوك المرضي هو العوامل البيولوجية المرضية في جسم الإنسان فقط من دون الأسباب النفسية وترجع جذور هذه المرحلة إلى الطبيب اليوناني ابوقراط الذي يعد أب الطب الغربي، وكان يعتقد ابوقراط وزملاءه بين 350 - 450 قبل الميلاد أن الاضطراب النفسي يمكن أن يعالج مثل أي مرض آخر. وكان يعتقد أن الدماغ يتضمن مجموعة من الوظائف المعقدة مثل الوعي والانفعالات والذكاء والحكمة وإن الاضطرابات التي تتضمن هذه الوظائف تكون واقعة في الدماغ.

وقد تبنت أفكار ابوقراط وزملاءه لاحقا من قبل الطبيب اليوناني جالينوس ويعد جالينوس (130-200 قبل الميلاد) ذروة العلم الروماني، وقد وسع جالينوس هذه الأفكار، وطور مدرسة قوية ومؤثرة تنطلق من الأفكار البيولوجية في تفسير الاضطراب النفسي، وكان جالينوس توفيقياً أي شخصاً لا يدعو إلى نظرية واحدة ولا يرفض نظرية مفردة، وإنما يتخير ويجمع وينسق بين أحسن ما تراكم من المعرفة.

كما ينقل عن جالينوس انه رأى أن العضو أو الجزء المتأثر بالمرض قد لا يكون بالضرورة ذلك الجزء الذي يستقر فيه المرض واستمرت هذه المدرسة لغاية القرن الثامن عشر.

### 3- مرحلة التفسير النفسي (عصر التنوير):

بحلول نهاية القرن السابع عشر ودخول عصر التنوير تغيرت نظرة المجتمع إلى الجنون وأصبح يُنظر إليه على أنه ظاهرة نفسية عضوية ليس لها علاقة بالروح أو المسؤولية الأخلاقية. فبعد ما اتسم أسلوب رعاية المرضى في مصحات الأمراض العقلية بالقسوة وكان يتم معاملة المرضى على أنهم حيوانات وحشية، أصبحت هذه المعاملة مع اقتراب نهاية القرن الثامن عشر إنسانية، وظهرت تدريجياً حركة العلاج الأخلاقي.

ونتيجة ازدهار حركة التصنيع وزيادة النمو السكاني إلى زيادة هائلة في أعداد وأحجام مصحات الأمراض العقلية في كل الدول الغربية في القرن التاسع عشر، تم وضع العديد من نظم التصنيف المختلفة والمصطلحات التشخيصية من قبل جهات مختلفة، كما تم ابتكار مصطلح الطب النفسي، ومع ذلك فإن كبار الأطباء كانوا ما زالوا يعرفون باسم أطباء علاج المجانين.

إلا أن القرن العشرين هو أفضل الفترات التي شهدت حركة العلاج النفسي، حيث شهد مطلع القرن العشرين قدوم التحليل النفسي، الذي أحتل مكانة كبيرة في علم نفس الشواذ، إلى جانب نظام تصنيف "كريبلين". واصبح يشار إلى "نزلاء" مصحات الأمراض العقلية بكثرة باسم "المرضى"، كما أصبح يطلق على المصحات العقلية اسم مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية فضلا عن ذلك ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية حركة الصحة النفسية وكان هدفها الوقاية من الاضطرابات النفسية وأصبح علم نفس الشواذ والخدمة الاجتماعية مجالات يتخصص فيها أشخاص ويعملون بها.

وكذلك شهدت الحرب العالمية الأولى زيادة هائلة في أعداد الحالات التي أصبحت تعرف باسم "صدمة القنابل" واصبحت حينها الحاجة شديدة الى هذا الفرع من علم النفس. في حين شهدت الحرب العالمية الثانية وضع دليل نفسي من أجل تصنيف الاضطرابات النفسية والذي أدى إلى وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية إلى جانب النظم القائمة لجمع الإحصاءات وبيانات المستشفى، وقد حذا التصنيف الدولي للأمراض التابع لمنظمة الصحة العالمية حذو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

يجب التنويه أن خلال هذه المرحلة ظهرت بعض المدارس العلاجية نذكر منها:

✓ مدرسة نانسي: أحد الأطباء الفرنسيين اسمه ليبو، الذي يرجع له الفضل مع زميله بريد في إنشاء العلاج النفسي وقد ساعدا في الكشف عن معظم اسرار الهستيريا.

✓ مدرسة سالبتريير: كان شاركوت (1825 - 1893) مديرا لمدرسة سالبتريير التي عرف عنها تأكيدها للتفسيرات العضوية للهستيريا والتنويم المغناطيسي، وتعد هذه المدرسة أول مركز للدراسات الجامعية العليا في مجال تعليم الطب العقلي بصفة رسمية، وكذلك تمكن شاركوت من طرد التفكير الخرافي القائم على التطير الذي تميز به الاتجاه الشيطاني وذلك حين قدم تفسيراً سيكولوجياً لظاهرة المس، وذهب شاركوت إلى أن العلامات التي تفسر خطأ على أنها دليل على الإصابة بالمس من الجن هي في حقيقتها أعراض للهستيريا، كما أكد من ناحية أخرى إيمانه بأن الهستيريا تعود إلى اضطرابات عضوية وأن ظواهر التنويم المغناطيسي هي نفسها أعراض لاختلالات عضوية (سوين). (الصالح، 2014، ص 29-33)

2- أهداف علم النفس المرضي: يهدف علم النفس المرضي إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي تتمثل فيمايلي:

- ✓ التعرف على أنواع السلوك الشاذ وتحديد له لدى الفرد.
- ✓ التعرف على الأسباب التي تكمن وراء السلوك الشاذ ومحاولة التخفيف منها.
- ✓ تصنيف السلوكيات الشاذة من أجل سهولة التعرف عليها ، وعلى الأعراض المسببة لها.
- ✓ محاولة معرفة كيفية تطور هذا السلوك، وما هي العوامل ذات الصلة به مثل شخصية الفرد وطبيعة مزاجه...الخ.
- ✓ محاولة إيجاد الوسائل العلاجية النفسية التي يمكن من خلالها التخلص أو التخفيف من حدة هذه الاضطرابات. (الصالح، 2014، ص 28)

3- العلوم المتصلة بعلم نفس المرضي: يتصل علم النفس المرضي بكثير من العلوم، ويشكل معها تراكماً معرفياً تستخدمه الإنسانية في تفسير متطلبات الإنسان وتحليلها ومواجهتها، ومن بعض هذه العلوم هي:

4-1- علم النفس الاكلينيكي **Clinical Psychology**: يمكن القول إن علم نفس الشواذ يشكل الخلفية النظرية لعمل علم النفس السريري الذي هو أحد المجالات التطبيقية لعلم النفس الذي يسعى الى

تقييم، وفهم، ومعالجة الحالات النفسية في الممارسة والتطبيقات الاكلينيكية. وعلى الرغم من ذلك فإن علماء النفس السريري لا يفضلون استعمال مصطلح شاذ في ممارساتهم السريرية.

**4-2- علم النفس المرضى البثولوجي:** وهو المجال الآخر المشابه لعلم نفس المرضى، وهو العلم الذي يهتم بدراسة العمليات المرضية النفسية، وبتعبير آخر يطلق عليه أحيانا بالطب النفسي.

**4-3- علم الأعصاب Neurology:** وهو العلم الذي يهتم بدراسة الجهاز العصبي وعملياته يخص والأمراض التي تصيبه فتسبب الاضطراب النفسي وما يخص جراحته.

**4-4- علم النفس الإرشادي Counseling Psychology:** وتتركز اهتماماته على تقديم المساعدة في مسائل التوافق والتربية وحل الخلافات الزوجية والمهنية، في أطار تدعيم نمو سليم، وتقديم وقاية وخدمات نفسية مناسبة.

**4-5- العلاج النفسي Psycho Therapy:** ويعنى بشكل اساس بمعالجة الاضطرابات النفسية مستعملا تقنيات نظرية متعددة هدفها التخفيف من أعراض الاضطرابات النفسية ومحاولة تجنبها.

**4-6- علم نفس الشخصية Personality Psychology:** ويهدف إلى البحث في دور الخصائص الشخصية المستقرة والثابتة في نفسيتنا، إذ يهتم هذا العلم في العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية، والبحث عن السمات والأنماط النفسية، والتفكير، والدافعية والانفعالات في الأفراد

**4-7- علم النفس الفسيولوجي Physiological psychology:** وهو العلم الذي يبحث في وظيفة الجهاز العصبي للإنسان، وكيف تؤثر الغدد الصماء على الجوانب المتنوعة لسلوكنا، والتأثيرات الخاصة المباشرة وغير المباشرة للهرمونات في السلوك. لذا يبحث هذا العلم في العلاقة بين السلوك والعمليات الفسيولوجية والبيولوجية للجسم.

**4-8- علم الصحة النفسية Mental Hygiene:** وهو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي والمشكلات والاضطرابات النفسية والوقاية منها وعلاجها. (الصالح، 2014، ص35-36)

#### 4- المرجعية النظرية لعلم النفس المرضى:

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

### 5-1- المقاربة البيولوجية لعلم النفس المرضى: تقدم النظريات البيولوجية تفسيراً قائماً على الأسس

العضوية والفسولوجية لفهم أسباب الاضطرابات النفسية. ويمكن تلخيص هذا التوجه كما يلي:

عادة ما ترجع النظريات البيولوجية في علم النفس المرضى أعراض الاضطرابات النفسية إلى تشوهات في البنية العضوية للجهاز العصبي، أو إلى اختلالات في الكيمياء الحيوية والفيزيولوجيا العصبية، وترى هذه النظريات أن الأعراض النفسية والسلوكية غير السوية ليست إلا انعكاساً لمشكلات عضوية داخل الجسم، خاصة في الدماغ.

فقد يكون الخل نتيجة لـ:

- **اختلالات جينية:** تؤثر على نمو أو وظيفة الدماغ.
- **أمراض عضوية:** تصيب الجهاز العصبي المركزي.
- **إصابات دماغية:** ناتجة عن الحوادث أو الالتهابات أو السكتات الدماغية.
- **تلف في مناطق معينة من الدماغ:** مثل الفص الجبهي أو الجهاز الحوفي، مما يؤدي إلى تغييرات في المزاج أو السلوك أو الإدراك.

كما ترجع العديد من هذه النظريات المرض النفسي إلى اختلالات في الناقلات العصبية مثل السيروتونين، الدوبامين، النورأدرينالين، أو إلى خلل في مستقبلات هذه الناقلات، مما يؤثر على توازن العمليات العصبية داخل الدماغ فعلى سبيل المثال: يربط انخفاض السيروتونين بالاكتئاب والقلق.

### 5-2- المقاربة الوراثة لعلم النفس المرضى: تشير النظريات الوراثة إلى أن هناك قابلية وراثية

للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث يُفترض وجود خلل جيني موروث يكون مسؤولاً عن ظهور هذه الاضطرابات. وترى هذه النظريات أن الإصابة لا تعود عادةً إلى جين واحد فقط، بل إلى تراكم عدة جينات مختلة (معيبة)، مما يزيد من خطر الإصابة، ورغم التقدم الكبير في علم الوراثة الجزيئية، إلا أن الأبحاث لا تزال جارية للكشف عن جينات بعينها ترتبط بشكل مباشر بأنواع محددة من الاضطرابات النفسية.

### 5-3- المقاربة السلوكية لعلم النفس المرضى: تعد النظريات السلوكية من أبرز الاتجاهات التي

تناولت تفسير الاضطرابات النفسية من منظور علمي تجريبي، وتتميز برفضها للمفاهيم الدينامية واللاشعورية التي تبناها التحليل النفسي، وتركز بدلاً من ذلك على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس.

وتفسر هذه النظريات السلوك المضطرب باعتباره سلوكا متعلما، يكتسبه الفرد من خلال تفاعله مع بيئته، وفقا لمبادئ الإشراف الكلاسيكي (كما عند بافلوف)، أو الإشراف الإجرائي (كما عند سكينر)، أو من خلال النمذجة والملاحظة (كما في نظرية التعلم الاجتماعي عند بندورا).

**4-5- المقاربة المعرفية لعلم النفس المرضي:** تعد النظريات المعرفية من الاتجاهات الحديثة نسبياً في تفسير الاضطراب النفسي، وهي تُركّز على الوظائف المعرفية للفرد، مثل الإدراك، التفكير، التفسير، الانتباه، الذاكرة، ونظام المعتقدات، باعتبارها عناصر أساسية في تشكيل السلوك والانفعال، فالوظائف المعرفية تؤثر على السلوكيات وانفعالات الفرد والتي تتفاعل مع المواقف المحدثة لها، كما أنها في تفاعل متبادل التأثير.

**5-5- المقاربة التحليلية لعلم النفس المرضي:** تركز النظريات الديناميكية لعلم النفس المرضي على الصراعات اللاشعورية التي يعيشها الفرد، والتي تؤدي إلى القلق والسلوك غير المتكيف، وتفترض هذه النظريات أن هذه الصراعات تنشأ من تصادم بين رغبات "الهو" الغريزية، وبين الضوابط التي تفرضها "الأنا" و"الأنا الأعلى".

حسب فرويد، يلجأ الفرد إلى استخدام آليات الدفاع النفسي مثل الكبت، الإنكار، الإسقاط وغيرها، من أجل التخفيف من القلق الناتج عن هذه الصراعات الداخلية. ولكن حين تزداد حدة هذه الصراعات، أو تصبح آليات الدفاع غير فعالة أو مفرطة، تظهر الأعراض المرضية النفسية.

ويرى فرويد أيضاً أن تطور الفرد عبر المراحل النفسية الجنسية يلعب دوراً محورياً في بناء الشخصية. فإذا حدث تثبيت في مرحلة معينة بسبب صدمة أو إشباع مفرط أو حرمان، فقد يؤدي ذلك إلى اضطرابات نفسية لاحقة في مراحل متقدمة من الحياة.

ونجد علماء النظريات الديناميكية الأكثر حداثة يركزون بشكل أقل على دور الرغبات اللاشعورية وأكثر على تطوير مفهوم الذات للفرد في سياق العلاقات الشخصية فهم يرون دوراً أكبر للبيئة في تشكيل الشخصية ولديهم أمل أكبر في التغيير خلال مرحلة البلوغ أكثر من فرويد.

**6-5- المقاربة الإنسانية لعلم النفس المرضي:** تشير النظريات الإنسانية إلى أن كل إنسان يمتلك دافعاً فطرياً لتحقيق إمكاناته الكامنة، وهو ما يعرف بتحقيق الذات، وترى هذه النظريات أن الاضطراب النفسي ينشأ عندما يضطر الفرد إلى التخلي عن ذاته الحقيقية ومحاولة التوافق مع توقعات الآخرين ومعايير المجتمع، مما يؤدي إلى حالة من الاغتراب أو الانفصال عن الذات، وإلى صراعات داخلية تمنع النمو النفسي الطبيعي.

**5-7- المقاربة النسقية الاسرية:** ترى نظريات ومعالجات النظم الأسرية أن الأسرة تشكل نظاما ديناميكيا معقدا من العلاقات بين أفرادها، تحكمه قواعد وأنماط تواصل وتسلسل هرمي يوجه سلوك كل عضو داخل الأسرة، وعندما يظهر أحد الأفراد اضطرابا نفسيا أو سلوكا غير سوي، فإن منظري هذا الاتجاه لا يرون المشكلة في الشخص نفسه، بل يعتبرونه عرضا لمشكلة أوسع في النظام الأسري ككل.

وفق هذا التصور، ينظر إلى الاضطراب النفسي على أنه: إشارة لخلل في التفاعلات العائلية أو نتيجة لأدوار مختلفة يجبر أحد الأفراد على القيام بها، أو بسبب جمود في قواعد الأسرة أو عدم وضوحها.

وتجمع مناهج الموجة الثالثة عموما بين الأساليب والنظريات من الأساليب المعرفية والسلوكية والممارسات المستمدة من التأمل الذهن البوذي لمساعدة الناس على قبول الأفكار والعواطف المؤلمة وتنظيمها بشكل أكثر صحة.

**5-8- المقاربة الثقافية الاجتماعية لعلم النفس المرضي:** تسلط النظريات الاجتماعية والثقافية الضوء على أهمية البيئة الاجتماعية والثقافية في نشوء وتفسير الاضطرابات النفسية، وتقدم منظورا مختلفا عن المقاربات الأخرى، من خلال التركيز على العوامل الخارجية التي تؤثر في الصحة النفسية.

إذ تشير النظريات الاجتماعية والثقافية إلى أن الاضطرابات النفسية لا تحدث في فراغ، بل تتأثر تأثرا كبيرا بالضغوطات الاجتماعية والاقتصادية مثل الفقر، البطالة، انعدام الأمن المعيشي، التمييز العنصري أو الجنسي أو الديني، والاضطرابات المجتمعية كالنزاعات، الحروب، الهجرة القسرية، وانهار شبكات الدعم الاجتماعي، وتظهر هذه النظريات أن هذه العوامل يمكن أن تشكل أرضية خصبة لظهور الاضطرابات النفسية، فالثقافات لها قواعد ضمنية وصریحة فيما يتعلق بأنواع السلوك غير الطبيعي التي تسمح بها. (Nolen-Hoeksema, 2019, p56)

**5-9- المقاربة الانفعالية لعلم النفس المرضي:** تهتم هذه النظرية بدراسة الجوانب الانفعالية والعاطفية للفرد وتأثيرها على الصحة النفسية والجسدية، وبالتالي فإن كل من الانفعالات والوظائف المعرفية والفيزيولوجية هي في تفاعل دائم ومستمر.

**5-10- المقاربة الحيادية أو التصنيفية لعلم النفس المرضي:** وتشير إلى المقاربة اللانظرية والتي تحدث عنها "لينيسكو"، تعتمد على تصنيف الاضطرابات تحت نظام نظري متعدد أو حيادية، مثل الدليل الاحصائي والتشخيصي للجمعية الأمريكية للطب العقلي، أو التصنيف العالمي للأمراض للمنظمة العالمية للصحة. (بن دربال، 2020، ص12)

## المحاضرة الثانية

### السواء والمرض (اللاسواء، الشذوذ)

يعتبر مفهوما السواء والمرض النفسي من الركائز الأساسية في علم النفس المرضي، حيث يستخدمان لتمييز الحالة النفسية "الطبيعية" عن تلك التي تعد مضطربة أو غير تكيفية، غير أن التمييز بينهما ليس دائما واضحا أو بسيطا، بل يخضع لمجموعة من المعايير النفسية، الاجتماعية، الثقافية والطبية التي تتفاعل فيما بينها لتحديد ما يعد سلوكا سويا وما يعد غير سوي.

#### 1- تعريف السواء والمرض (اللاسواء، الشذوذ):

##### 1-1- تعريف السواء:

تحديد مفهوم السواء هو أكثر صعوبة من تعريف الشذوذ، ولكن معظم علماء النفس يتفقون على أن معظم صفات السواء تشير إلى التكامل الطبيعي (الصحة الجيدة) وهذه الصفات لا تقدم فروقات واضحة بين الأصحاء والمرضى العقليين وبدلا من ذلك فإنها تمثل الصفات التي يمتلكها الشخص العادي. (حسين، 2013، ص16)

وهو مفهوم يمشي إلى حد بعيد مع مصطلح الصحة النفسية فيمكن تعريفه على أنه: "الخلو من الاضطرابات والامراض والمشكلات النفسية". (بن دربال، 2020، ص15)

يعرف عبد السلام زهران السواء على أنه القدرة على توافق الفرد مع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها.

والسلوك السوي هو السلوك العادي أي المؤلف والغالب على حياة غالبية الناس.

والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعاليا واجتماعياً. (زهران، 2005، ص10-11)

#### 1-2- تعريف المرض (اللاسواء، الشذوذ):

يشير مفهوم اللاسواء أو ما يعرف بالشذوذ إلى المغايرة والاختلاف عن الشيء العادي أو الشيء المعتاد ولذا فهو يطلق على الاضطراب او الانحراف عن المتوسط العام أو المجموع العام. فالشذوذ يمثل الندرة بينما يقابله السواء ويمثل الكثرة. (الأمانة، 2014، ص36)

والشذوذ حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحمايته وحماية المجتمع منه.

ويمكن تعريفه بأنه سلوك غير تكيفي، ويمكن أن يعبر عن الفرد من خلال ضعف القدرة على التعايش ومواجهة الضغوط البيئية، وإلى مشكلات ينشغل بها في أساسيات حياته اليومية.

في حين يعرف الشخص الشاذ أو اللاسوي بأنه الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا، كما ويعرفه عالم النفس White بأنه الشخص الذي تضطرب حياته بحيث يجد نفسه قلق، ومرتبك، وغير سعيد، ومعطل في مجتمعه بحيث يصبح غير قادر على الإيفاء بمتطلبات الحياة وظروفها.

ومن علامات السلوك الشاذ كما حددها الباحثين هي كالاتي:

1998 Ward & Lambros وحدداها في خمسة خصائص، هي:

- ✓ عدم القدرة على التعلم الذي لا يمكن تفسيره بأسباب عقلية أو صحية.
- ✓ عدم القدرة على إقامة علاقات أو دعم العلاقات الاجتماعية الهامة مع الأقران والمعلمين.
- ✓ أنواع غير ملائمة من السلوك في المواقف الطبيعية.
- ✓ مزاج واسع وعام من الاكتئاب والحزن.
- ✓ الميل الى تطوير أعراض جسدية أو أعراض مرتبطة بالخوف مع المشكلات الشخصية والاجتماعية.

في حين حدد القمش والمعايطة، هذا السلوك بـ:

تكرار السلوك Frequency: ويقصد بذلك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة.

مدة حدوث السلوك Duration: ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

شدة السلوك Magnitude: ويقصد به التطرف في شدة السلوك غير المرغوب فيه.

كما حدده باتل اعتمادا على دراساته وملاحظاته السريرية التي أجراها على المضطربين سلوكيا وانفعاليا، وصنف السلوك الشاذ إلى:

اضطرابات تعليمية، مثل عسر القراءة الذي يظهر في عدم قدرة المتعلم على القراءة

✓ فرط النشاط الذي يظهر في الحركة الزائدة.

- ✓ اضطرابات سلوكية، وتظهر في إساءة التصرف في المواقف الاجتماعية.
  - ✓ اضطرابات انفعالية، وتظهر في الخوف الحاد أو مشاعر الاكتئاب.
  - ✓ اضطرابات اجتماعية، وتظهر في عدم رغبة الفرد في التفاعل مع الأقران والانسحاب الاجتماعي.
  - ✓ اضطرابات جسمية، مثل التبول اللاإرادي أو الشلل أو العمى.. وغيرها.
  - ✓ اضطرابات معرفية، وتظهر في ضعف القدرة على التركيز وتشوه التفكير وإدراك الواقع.
- (صالح، 2014، ص 25-27)

### 1-3- تعريف الاضطراب النفسي:

من الصعب أن تحدد الاضطراب النفسي أو السلوك اللاسوي بشكل قاطع، وللتغلب على تلك الصعوبة عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الإصدار الرابع DSM-4 الاضطراب النفسي بأنه نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة أو قصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. ويؤكد الدليل من خلال عرضه لامكانية الاستدلال سواء بالملاحظة أو بالقياس على وجود القصور أو العجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطراب لا يقتصر فقط على علاقة الفرد في المجتمع. وتتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية على ثلاث أمور لتعريف الاضطراب النفسي وهي:

- وجود ألم عضوي أو نفسي واضح.
- أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.
- لا يكفي تعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع. (السيد، 2010، ص 40)

ويعد أفضل تعريف له هو الذي يحتوي على خصائص متعددة، والذي طرحه الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس في مايو 2013، والمعروف "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة وهو يشتمل على عدد من الخصائص أو السمات الأساسية لمفهوم الاضطراب العقلي وهي:

- الاضطراب يحدث داخل الفرد.

- يشمل الاضطراب صعوبات إكلينيكية ملحوظة في التفكير، والمشاعر، والسلوك.
- يحتوي كذلك على اختلالات في العمليات التي تدعم الوظيفة العقلية.
- لا تمثل استجابة ثقافية مقبولة لحدث ما مثال على ذلك، وفاة شخص عزيز.
- ليس بالضرورة ناتج أولي عن الانحراف الاجتماعي أو الصراع مع المجتمع. (بن دربال، 2020، ص16)

## 2- معايير السواء واللاسواء:

يستلزم الاعتماد على معايير السواء واللاسواء في علم النفس المرضي لتحديد مفهوم الصحة النفسية وتحديد المظاهر التي تعبر عنها تحديداً دقيقاً، ومن بين أهم هذه المعايير نذكر مايلي:

✓ **المعيار الذاتي:** حيث يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوي واللاسوي.

✓ **المعيار الاجتماعي:** حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسوي أو اللاسوي، فالسوي هو المتوافق اجتماعياً واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً

✓ **المعيار الإحصائي:** حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص.

✓ **المعيار المثالي:** حيث يعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه، واللاسوي هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال. (الزهران، 2005، ص11)



شكل (1): معايير السواء واللاسواء

بالإضافة إلى هذه المعايير نجد من يرى أن السواء واللاسواء يتحددان من خلال المعايير التالية:

➤ بالنسبة للسواء:

### 1- الإدراك الحسي بالواقع:

يكون الأشخاص الأسوياء واقعيين في الإدراك الحسي في ردود أفعالهم للواقع وقدراتهم في تفسير ما يجري في العالم من حولهم؛ فهم لا يخطئون في إدراك ما يفعله الآخرون وما يقولونه ولا يفرطون في تقييم قابلياتهم كما أنهم لا يقللون من تقييمها ويتهربون من الواجبات الصعبة.

### 2- القابلية على ممارسة السيطرة أو الاختيارية على السلوك:

إن الأشخاص الأسوياء يشعرون بثقة تامة بمقدرتهم على السيطرة على قابلياتهم أحيانا يعملون أو يتصرفون بتهور ولكنهم قادرين على كبح جماح غرائزهم الجنسية والعنوانية عند الضرورة ولكن قرارهم بالتصرف هكذا يكون طوعيا بدلا من كونه نتيجة لدوافع غير مسيطر عليها.

### 3- تقدير الذات والقبول:

الأشخاص المتزنون جيدا لديهم بعض التقدير لأهمية أنفسهم ويشعرون بأنهم مقبولون لدى من حولهم ويشعرون بالراحة مع الآخرين وأنهم قادرين على الاستجابة التلقائية في المواقف الطبيعية وبالوقت نفسه هم لا يشعرون بأنهم ملزمون بإخضاع أفكارهم للمجموعة، فإن مشاعر عدم التقدير والقبول والإهمال تنتشر بين الناس غير الأسوياء.

### 4- القدرة على تكوين علاقات عاطفية:

الأشخاص الأسوياء قادرين على تكوين علاقة حميمة مقنعة مع أناس آخرين، إنهم حساسون تجاه مشاعر الآخرين ولا يفرضون مطالب مفرطة على الآخرين وليلبوا حاجياتهم الخاصة، إذ غالبا ما يكون الناس غير الأسوياء مهتمين بحماية أمنهم ويصبحون مركزين على ذاتهم ومنشغلين بمشاعرهم، فإنهم يبحثون عن العاطفة ولكنهم غير قادرين على تبادل تلك العاطفة، بعض الأحيان يخافون من العاطفة الحميمة لأنها كانت لهم فيما سبق مدمرة.

### 5- الإنتاجية:

الأفراد المتزنون هم الذين يستطيعون توجيه قنوات قدراتهم نحو الفعاليات المنتجة فهم متحمسون للحياة ولا يحتاجون لتوجيه أنفسهم نحو تلبية متطلبات اليوم، وأن قلة الطاقة المزمنة والتعرض المفرط

للتعب هي غالبا علامات التوتر النفسي الناتج عن المشكلات غير المحلولة. (حسين، 2013، ص 17-18)

➤ أما بالنسبة لمعايير اللاسواء: في تتمثل فيمايلي:

### 1- المعيار الأول: الانحراف عن المعايير الطبيعية الإحصائية:

كلمة غير سوي تعني بعيدا عن السلوك السوي، فكثير من الصفات مثل الطول، الوزن، الذكاء تشمل مدى من القيم عندما يقاس بها المجموع فإن معظم الناس يقعون ضمن القيم المتوسطة للطول بينما هنالك قليل من الأفراد يكونون طوال القامة أو قصار القامة بصورة غير طبيعية وبهذا فإن تعريف واحد للشذوذ مبني على التردد الإحصائي.

فالسلوك غير السوي يكون منحرفا عن المعيار الطبيعي، وطبقا لهذا التعريف فإن الشخص السعيد جدا والذكي جدا يكون غير سوي، وهكذا عند تعريفنا للسلوك غير السوي يجب الأخذ بنظر الاعتبار أكثر من تردد إحصائي.

### 2- المعيار الثاني: الانحراف عن القيم الاجتماعية الطبيعية:

لكل مجتمع مقاييس معينة وأعراف للسلوك المقبول والسلوك غير المقبول وإن السلوك المنحرف بشكل ملحوظ هو الذي يسير بعيدا عن هذه القيم و يعتبر غير سوي ولكن ليس دائما.

وعلى أية حال فقد تظهر عدة مشكلات عندما يكون الانحراف عن الأعراف الاجتماعية ويستخدم مقياسا لتعريف السلوك غير السوي أو الشاذ، فإن السلوك الذي يعتبر طبيعيا في مجتمع قد يعتبر غير طبيعي في مجتمع آخر فعلى سبيل المثال إن بعض الأفراد في الثقافات الأفريقية يعتبرون من الشائع سماع أصوات عندما لا يكون هناك أحد يتكلم أو رؤية خيالات عندما لا يكون هنالك شيء في الواقع، ولكن هذا النوع من السلوك يعتبر غير سوي في اغلب المجتمعات، وهنالك مشكلة أخرى فإن مفهوم الشذوذ قد يتغير بمرور الوقت في نفس المجتمع فمعظم الأمريكيين يعتبرون تدخين الماريجوانا والوقوف نصف عار على الشاطئ غير اعتيادي قبل أربعين عاما ولكن مثل هذه السلوكيات اليوم تعتبر تغييرا في أنماط الحياة بدلا من اعتبارها إشارات للسلوك الغير السوي.

### 3- المعيار الثالث: سوء تكيف السلوك:

بدلا من تعريف السلوك غير السوي بمصطلحات الانحراف عن القيم الإحصائية أو الاجتماعية، فإن الكثير من علماء الاجتماع يعتقدون أن المعيار الأكثر أهمية هو كيفية تأثير السلوك في صحة الإنسان

أو المجتمع، ووفقا لهذه الفكرة فإن السلوك يكون غير سوي إذا كان سيئ التكيف أو إذا كانت له تأثيرات عكسية في الفرد أو المجتمع، فبعض أنواع السلوك المنحرف يؤثر في تكيف الفرد مثلا شخص يخاف جدا من الأماكن المزدحمة بحيث لا يستطيع ركوب الباص للذهاب إلى العمل أو شخص يدمن على تناول الكحول ولا يستطيع الاحتفاظ بعمل وهناك أشكال أخرى من السلوك غير المتكيف مثلا شخص بالغ لديه نوبات عنيفة عدوانية أو شخص مصاب بجنون الاضطهاد لذلك إذا استخدمنا مصطلح سوء التكيف فإن كل هذه الأفعال تكون غير طبيعية طبقا لذلك.

#### 4- المعيار الرابع: اضطراب الشخصية:

المعيار الرابع يعرف الشذوذ استنادا إلى المشاعر الموضوعية للفرد في حالة التوتر بدلا من سلوك الفرد، معظم الأشخاص يشخصون بكونهم مرضى عقليا عندما يشعرون بالبؤس والقلق والكآبة أو التهيج، والكثير منهم يعانون من القلق وفقدان الشهية وكثير من الآلام والأوجاع وبعض الأحيان يكون التوتر الشخصي العلامة الوحيدة على الشذوذ إذ لا يوجد واحد من هذه التعريفات يصف بصورة كاملة أو يفسر تفسيراً مقنعا للسلوك الشاذ، وفي معظم الحالات يؤخذ بنظر الاعتبار في تشخيص الشذوذ جميع المعايير الأربعة وهي: التردد الإحصائي والانحراف الاجتماعي وسوء تكيف السلوك واضطراب الشخصية. (حسين، 2013، ص 14-16)

## المحاضرة الثالثة

### السميولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 1

#### "المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي"

يعد علم النفس المرضي فرعاً أساسياً من فروع علم النفس، يعنى بفهم الظواهر النفسية غير السوية وتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية، حيث يقوم على مجموعة من المفاهيم والأبعاد المتميزة فمن خلال تحديد الأعراض والبحث عن سببيتها، وصفها وتصنيفها نصل إلى تشخيص سليم.

وتتمثل هذه المفاهيم فيمايلي:

**1- السميولوجية أو الأعراضية:** يعتبر البحث عن الأعراضية أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية، وقد اقترح مصطلح سميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية من طرف Saussure حتى يميز بينه وبين السيميائية في علم اللغات يركز على البحث عن الإشارات التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات والأعراض في الحالات الباتولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم.

ويتم خلال الفحص السميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتياً وما يتظاهر خارجياً، لمعاشه بمعنى سلوكه، يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض وإدماج الإشارات والأعراض في إجراء دينامي، مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها في ألمها، معاشها النفسي ومعاشها الذاتي.

يشير العرض Symptôme إلى الإنتاج العفوي المستثار عند المريض، يعبر عن الجانب الملاحظ من الاضطراب والإشارات Signes إلى الظواهر الواضحة (العرض) التي تمكننا من معرفة ما هو كامن.

وهناك من الباحثين من يميز بين العرض symptôme والإشارة signifier حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي الملموس لحالة مرضية أو باتولوجية. أما العرض فتشير إلى الشكاوي الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفحوص. وهو ما أكد عليه مؤلفوا (DSM) اللذين يرون بأن "العرض يحدد في الشكاوي الذاتية ويشمل الإشارات الموضوعية لحالة باتولوجية".

أما فرويد، فيرى بأن العرض يتضمن بعداً لا شعورياً وهو ترجمة للصراع النفسي، ولا يمكن له أن يكون لوحده إشارة لنمط البنية أو التنظيم النفسي للفرد.

أما زملة الأعراض أو التناذر Syndrome فتشير إلى مجموع الإشارات و الأعراض المتلازمة التي تسير جنباً إلى جنب، و يشكل تلازمها و اقترانها مع بعضها البعض تظاهرة مرضية خاصة قائمة بذاتها. ولغموض أسباب المؤدية للاضطرابات النفسية والعقلية حيث تشترك مجموعة أسباب مجهولة . مع السبب المباشر، نتحدث عن أنواع الاضطرابات النفسية والعقلية ولاسيما عند تصنيفها وتبويبها من حيث صورها الإكلينيكية على أنها تلازمات مع ضرورة إعادة النظر فيها بصفة دورية يرجع لاختلاف كل حالة مرضية عن الأخرى. فالحالات المرضية هي مجرد صور إكلينيكية مختلفة وأنماط معينة للاستجابة. (حافري،2016، ص15-16)

**2-الاتيولوجيا أو السببية Etiologies:** يبحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض، أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب "متى ظهر؟ والظروف التي أحاطت به "وبالخصوص البحث عن قصة الفرد النفس نشوئية "كيف ينتظم؟ كيف يتصرف؟ و كيف يطور اضطراب ما؟.

وبمعنى آخر سنحاول بناء تمثيل لما قد يكون أصل المرض، الى جانب البحث عن العلاقة السببية بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية والأعراض، هذا من شأنه أن يسمح لنا بالفهم المعقد لاصل الاضطراب. (Akman,2011,p52)

**3-النزوغرافيا La nosographie:** وصف امبريقي للأعراض التي تؤدي إلى الاضطرابات لأجل تصنيفها من خلال خصائصها الوصفية جنسها ، فنتها، ترتيبها، فهو عبارة عن تسجيل للأعراض في منظمة الفهم العام للاضطرابات النفس مرضية. (بنامسيلي،2020)

**4-النزولوجيا La nosologie:** أي علم التصنيف أو التبويب ويشير إلى نظام تصنيف الإشارات الباتولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها، حيث يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب والتغيرات الباتولوجية التي تميز المرض، وللإشارة فإن الأعراض يمكنها أن تبعث لعدة وحدات نفسومرضية، ويمكن لعرض واحد أن ينتمي للعديد من الجداول العيادية. (حافري،2016، ص16)

**5- التشخيص Le diagnostic:** التشخيص أساساً عبارة عن فرضية، ولكن ليست تأكيد نهائي في أي حال من الأحوال، وليست إصاق بطاقة "étiquetage" لا رجعة فيها، فالتشخيص يبقى مفتوحاً للمناقشة وإعادة طرح التساؤلات إن استدعى الأمر، أو حتى نفي ما تم طرحه عندما تستجد أمور في الفرد المشخص، ويمكن للأخصائي أن يؤكد أو ينفي فرضيته التشخيصية من خلال طرح عدد من الاسئلة:

- كيف يدير المريض قلقه؟

- كيف يوظف المريض آلياته الدفاعية؟

- كيف يستجيب المريض للصراعات ضد رغباته؟

- كيف يدير المريض علاقته بالآخرين وعلاقته مع الواقع؟

فطبيعة القلق، نمط العلاقة الموضوعية، الميكانيزمات الدفاعية الأساسية، طريقة التعبير الاعتيادية عن الأعراض، كلها تشكل الخطوات اللازمة لوضع فرضية التشخيص والمرتبطة بنوعية التوظيف العقلي، فالتشخيص إذا كما يرى Schneider 2002 يهتم بالكيف؟ Comment "وليس بماذا؟" Quoi.

(حافري، 2016، ص 16-17)

## المحاضرة الرابعة

### السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 2

#### "ماهية التصنيف"

التصنيف في علم النفس المرضي يمثل خطوة جوهرية في فهم وتنظيم الظواهر النفسية المرضية، ويهدف إلى تنظيم الاضطرابات النفسية والعقلية ضمن فئات أو جداول سريرية متميزة، مع الاستناد إلى معايير علمية موحدة، وتكمن أهميته في كونه يوفر إطاراً مرجعياً يسهل عمليات التشخيص، العلاج، والبحث العلمي، إلى جانب ضمان لغة مشتركة وموحدة بين المتخصصين في المجالين النفسي والطبي .

لا تقتصر عملية تصنيف الاضطرابات النفسية على مجرد جمع الأعراض فحسب، بل تستلزم أيضاً فهماً عميقاً للبنى النفسية والآليات المرضية التي تؤدي إلى ظهور تلك الأعراض، لذلك يرتبط التصنيف مباشرة بمجال السيمولوجيا والنزولوجيا، حيث يتم تحديد الأعراض وتحليلها.

#### 1- مفهوم التصنيف:

التصنيف هو عملية التقليل من تعقد الظواهر بترتيبها في فئات طبقاً لبعض المعايير الموضوعية لهدف واحد أو أكثر، فالأشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين تجعل متساوية فإنها تجمع في فئات، كما يستجاب لها من حيث انتمائها إلى الفئات على الأصح لا من حيث تفردها بذاتها، وبناء على ذلك فإن التصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم، يستخدم كلما بذلت محاولات للسيطرة على البيئة، وهو أساس اللغة، فكل الأسماء تقوم بتعريف الفئات وهو سمة للمراحل الأولية في كل علم، والتي يقوم خلالها الباحثون بمحاولة ترتيب بياناتهم عن طريق تصنيف ملاحظاتهم. (كولز، 2011، ص 63)

ومن ناحية أخرى فإن علم تصنيف الأمراض هو نوع معين من التصنيف، إنه تصنيف الوحدات المرضية في الطب، أما دراسة المبادئ العامة للتصنيف فهي العلم الذي يبحث في التصنيف أو (علم التصنيف)، والتصنيف في أبسط صورة يعمل كنظام لحفظ الأوزان وترتيبها، فهو مجموعة تحكومية من البحوث والبطاقات التي تبيح التعامل مع البيانات والحقائق براحة وبسهولة وكما أشار (جيبيلينيك) فإن هذا النظام هو نتيجة الفهم العميق بل أنه يعد مصدراً لفهم أعمق إن وحدة التحليل في الطب النفسي وعلم النفس المرضي يمكن أن تكون إما السلوك أو الأمراض أو الناس، فعلماء النفس والمتخصصون فيه يطالبون بدراسة السلوك، في حين يهتم الأطباء النفسيون باعتبارهم متخصصين في الطب بالأمراض.

(العبيدي، 2013، ص 26)

فالتصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعة من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام وفئات وفقا لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلا، والتصنيف في علم الصحة النفسية هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعه من الاضطرابات النفسية ووضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها مما يسمح لنا بمزيد من الفهم والتصنيف هو مجرد وضع كنية أو اسم للمرض الذي نشعر بوجوده سريريا بالرغم من عدم معرفتنا بأسبابه أنه خطوة أولى من أجل فهم الاضطرابات وبحث أسبابها ووضع خطة لعلاجها، لذلك فإن أعراض التصنيف هي:

1- اختزال الأوصاف السلوكية.

2- توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات وتيسير التواصل بين الإكلينيكين في البحوث والممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية، ويقصد تحسين فهم المرض.

3- أنه عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة.

4- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث يؤدي معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض. (صالح، 2014، ص 109-110)

5- تيسير جمع وتخزين المعلومات الإكلينكية واستعادتها مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة بأعراض معينة أو غيرها وهو ما يسهم في تيسير مهمة التشخيص والتنبؤ والعلاج.

6- توفير مفاهيم أساسية لصياغة نظريات مائة للسيكوباتولوجية. (عبد الوهاب محمود، 2016، ص 86)

## 2- التطور التاريخي لتصنيف الاضطرابات النفسية:

بدء الاهتمام بالأمراض العقلية ومحاولات تصنيفها منذ بدء الحضارة وتظهر بعض الفئات مثل الهوس والملاخوليا في كل التصنيفات تقريبا بدءاً من هيبوقراط، فقد أدخل هيبوقراط " 377 - 460 قبل الميلاد" مفهوم المرض السيكياتري واقترح بعض التصنيفات ومنها اضطرابات عقلية حادة يصاحبها أو لا يصاحبها خوف، اضطرابات مزمنة دون حمى (ملاخوليا)، هيستريا انحراف الملبس

وقبل سيدنهام 1624 - 1663 كان يعتقد أن كل الاضطرابات العقلية تنشأ من عملية باثولوجية مفردة، ولكن سيدنهام كان يعتقد أن هناك اضطرابات عديدة لكل منها مسار معين، وقدم الطبيب الفرنسي بينيل 1745 - 1826 تصنيفا للاضطرابات العقلية إلى هوس ملاخوليا، خرف، وعته، وقبل القرن

العشرين كانت كل التصنيفات تقتصر على الجنون المرض العقلي الوحيد المعروف حينئذ، وكانت هذه التصنيفات يقوم بها أطباء وفلاسفة وليسوا متخصصين في الاضطرابات العقلية وحوالي منتصف القرن العاشر بدأت تقام مؤسسات الرعاية مرضى العقول مما سمح بقدر من ملاحظة مسار المرض.

وتعددت نظم التصنيف إلى الحد الذي دعا إلى ضرورة الاتفاق على نظام موحد. وقد عهد إلى موريل عام 1885 الإشراف على هذه المهمة، والتي انتهت إلى إقرار نظام تصنيفي من 11 فئة، وقد توجت محاولات التصنيف في القرن التاسع عشر بأعمال كريبلين (1885 - 1926) والتي أصبحت أساساً لنظم التصنيف التالية، فقد اهتم بمسار المرض وبالأعراض الثابتة المميزة في هذا المسار واقترح فئات منها: جنون الهوس - الاكتئاب، كما أدخل مفهوم الخرف المبكر وميز بينه وبين البارنويا، واستخدم مفاهيم العصاب السيكلوجي الأصل والشخصية السيكلوباتية .

وبعد فترة غير بليير Bleuler مصطلح الخرف المبكر إلى الفصام نظراً لأنه يمثل انقساماً بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية للمريض. أما في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد تطورت نظم التصنيف إلى أن توصلت الجمعية السيكلاترية الأمريكية عام 1917 إلى نظام قائم على أساس نظام كريبلين وحتى مراجعته عام 1934. (عبد الوهاب محمود، 2016، ص 85-86)

### 3- الأسس التي يقوم عليها التصنيف:

لكي يكون لعملية التصنيف أي جدوى تذكر ينبغي ما يلي:

✓ ألا تقوم هذه العملية على مجرد تأملات نظرية، وإنما يجب أن تستند على حقائق موضوعية كما يجب تعريفها إجرائياً.

✓ ينبغي أن يمد التصنيف الأخصائي الإكلينيكي بمعلومات تتعلق بالموقف الإكلينيكي، كما يكون لهذه المعلومات فائدة تنبؤية.

✓ ينبغي أن يكون التصنيف خاصاً بالاختلال نفسه، وليس بالأشخاص الذين يعانون من هذه الاختلالات، كأن نقول هذا عصابي وذلك ذهاني... الخ. ذلك لأن عملية إصاق المسميات هي عملية مهنية، فالفرد كائن له تفرده وكيانه الخاص الذي لا يمكن أن يساوي ما ظهر عليه من اضطراب. (عبد الوهاب محمود، 2016، ص 87)

### 4- أهمية التصنيف:

قام جيفري وزملائه بتوضيح أهمية التصنيف في مجال علم النفس المرضي، ويرى بأنها:

- ✓ تسمح بترتيب وتبويب مواضيع الدراسة.
- ✓ نظرا لتعدد التوجهات النظرية في علم النفس واختلافها في نظرتها لسيكولوجية المرض، فإن التصنيف يعمل على توحيد المصطلحات في ظل هذا الاختلاف.
- ✓ تسهيل جمع المعلومات الإكلينيكية ومنه تسهيل عملية التشخيص، العلاج والتنبؤ.
- ✓ تسمح بمقارنة النتائج وتحديد أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاثنين بوضع التشخيص الفارقي.
- ✓ تسهيل التواصل بين العاملين في الميدان. (Nevid, Rathus, & Greene, 2009, p51)

#### 5- مآخذ التصنيف:

- بالرغم من أهمية التصنيف، إلا أن هناك بعض المآخذ يلخصها جيفري و زملائه بأنه:
- ✓ لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض والأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فهو لا يعكس تعقد وفردانية الشخص.
- ✓ قد يؤدي استخدام التصنيف إلى تغيير نمط حياة المريض والحكم على كل سلوكياته السوية وغير السوية وتحت إثر هذا التصنيف وبالتالي يمنع ذلك إمكانية الحديث عن شفاء المريض.
- ✓ تكون عملية التنبؤ للسلوك على أساس التصنيف التشخيصي وليس على أساس السلوك الملحوظ للمريض.
- ✓ يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من تأكيده على نقاط القوة وهو ما يؤثر سلبا على علاقات المريض بالآخرين.
- ✓ يؤدي استخدام الاسم التصنيفي للوهم الخادع لفهم المريض مما يبعد المختص عن التعرف على معاناة المريض الحقيقية. (حافري، 2016، ص18)

## المحاضرة الخامسة

### السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضى 3

#### "التصنيفات الكلاسيكية، التصنيفات النفسومرضية"

يعد تصنيف الاضطرابات النفسية من الركائز الأساسية في علم النفس والطب النفسي، إذ يشكل إطاراً منهجياً لفهم الأعراض النفسية وتحديد طبيعتها ومسارها، ويهدف هذا التصنيف إلى تنظيم المشكلات النفسية والسلوكية في فئات واضحة تسهم في تسهيل عملية التشخيص، وتوجيه العلاج، وتطوير البحوث العلمية.

ويعود الاهتمام بتصنيف الاضطرابات النفسية إلى العصور القديمة، لكنه تطور بشكل ملحوظ مع التقدم في المعرفة النفسية والطبية، وبلغ ذروته في العصر الحديث مع إصدار دلائل تشخيصية معتمدة دولياً مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتصنيف الدولي للأمراض (ICD) الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

يعتمد تصنيف الاضطرابات النفسية على مجموعة من المعايير السريرية التي تشمل الأعراض، مدتها، شدتها، وأثرها في أداء الفرد اليومي، ويعد هذا التصنيف أداة حيوية لاستخدام الأطباء والمعالجين النفسيين في العمل السريري، لكنه لا يخلو من التحديات والانتقادات، خصوصاً فيما يتعلق بالفروق الثقافية، والتداخل بين الاضطرابات، ووصم المرضى ومع ذلك، يظل التصنيف حجر الزاوية في سعي الإنسان لفهم تعقيدات النفس البشرية والتعامل مع اضطراباتها بطرق علمية وإنسانية.

وعلى العموم سنركز في هذه المحاضرة على ما يعرف بالتصنيفات الكلاسيكية والتصنيفات النفسومرضية، لكن قبل ذلك سنتطرق إلى لمحة مختصرة حول تصنيف الاضطرابات النفسية.

#### 1- لمحة حول تصنيف الاضطرابات النفسية:

ظهرت على مر التاريخ تصنيفات عدة للاضطرابات النفسية، وهذه التصنيفات هي:

#### 1-1- التصنيف الداخلي - الخارجي:

تختلف الاضطرابات النفسية وفق الأسس التي يقوم عليها التصنيف من حيث كون الأعراض داخلية أو خارجية، أما الأعراض الداخلية المنشأ فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية

مثل الخوف وأما الأعراض الخارجية المنشأ وهي التي تكون ظاهرة وواضحة فمنها فرط العرق أثناء القلق أو التصلب الحركي في الفصام.

### 1-2- تصنيف عضوي المنشأ - نفسي المنشأ:

ويقصد بعضوي المنشأ بتلك الاضطرابات التي تحدث نتيجة تغيرات فسيولوجية في الاجهزة الجسمية وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل داخلية مثل التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي كأورام الدماغ. وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل خارجية مثل العدوى أو التسمم مثل عدوى الزهري في الشلل الجنوني العام، والكحول في مرض كورسكوف، أو صدمية مثل ضربة على الرأس، وقد يصاحب الأعراض العضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسي، وهذه ما نجده في الأمراض الجسمية في الوقت نفسه، ومثال ذلك الاكتئاب. أما الاضطرابات النفسية المنشأ فهي تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعد علامات على محاولة المريض في جهاده ضد مشكلاته.

### 1-3- الاضطرابات العصابية - والذهانية:

حاول علماء النفس والأطباء النفسيين ايجاد تصنيف أكثر دقة ووضوحاً من السابق، وعلى هذا الاساس صنفوا الاضطرابات النفسية على وفق التحديد الكمي لدرجة الاضطراب ومدى وضوحه ودرجة شدته وتضم الاضطرابات النفسية الخفيفة طائفة واسعة من الاضطرابات التي خضعت تسمياتها العالمية إلى تغيرات كثيرة تبعاً لتطور المعرفة حول هذه الاضطرابات، وهي تضم ما يعرف بالعصابات واضطرابات السلوك والشخصية وأنماط مختلفة من السلوك اللااجتماعي، ولما كانت أعراض هذه الاضطرابات تظهر بدرجات لا تبعد كثيراً عن ما يمكن أن يظهر كذلك في حياة الأسوياء، فإنها لا تصنف على أنها شذوذ أو اضطراب إلا إذا بلغت درجة تتطلب المساعدة النفسية والاجتماعية، أو تلحق الضرر بالنظام الاجتماعي والقيم الاجتماعية، أما الاضطرابات النفسية الشديدة فتشتمل على أعراض لا يمكن ملاحظتها عادة في مجال خبرات الأسوياء من الناس، وتقود إلى تداع شديد في التواصل والتفاعل الاجتماعيين، ويطلق على هذه المجموعة عادة اسم الذهانات، أو طائفة الاضطرابات الذهانية، أو الذهانات الداخلية المنشأ، وهي تشتمل على أشكال الفصام المختلفة، والذهانات الوجدانية الدورية أو غير الدورية، أو ما يطلق عليه عامة الناس صفة الجنون، وعلى العموم أن هذا التصنيف ما هو إلا أحد الأوجه السابقة من التصنيفات. (صالح، 2014، ص 110-112)

2- التصنيفات الكلاسيكية:

وهي التصنيفات الألمانية والفرنسية، حيث يعتمد هذا التصنيف على معيارين هما: علم الأعراض، وعلم الأسباب، بمعنى يركز على الإشارات والدلائل والأعراض المرضية لضبط الجداول الاكلينيكية وعلى الأسباب المؤدية أو المولدة لهذه الأمراض، والجدول التالي يلخص لنا مجمل الاضطرابات النفسية المدرجة تحت هذا التصنيف.

جدول (01): تصنيف الاضطرابات النفسية حسب التصنيف الكلاسيكي

أنواع الاضطراب	خصائص الاضطراب	فئات الاضطراب
الهستيريا، عصاب الوسواس، عصاب القلق، عصاب الفوبيا	الشخص واعي بمرضه لا يظهر اضطرابات كبيرة مع الهوية وفي علاقته مع الواقع	العصابات
الفصام، الهذيان المزمنة، الهذيان الحادة، ذهان الهوس الاكتئابي	المريض غير واعي بمرضه علاقته مع الآخرين والواقع مضطربة لا يملك القدرة على الحكم السليم قد يكون هناك اضطراب في الهوية	الذهانات
الاكتئاب العصبي، الاكتئاب التفاعلي، الاكتئاب الارتكاسي (مرتبطة بحالة معينة)	يتميز هذا الشخص بالحزن، البطؤ، وفقدان الرغبة في الحياة	الحالات الاكتئابية غير الذهانية
يتم ترتيبها وفقا للجدول الاتيولوجية بمعنى حسب العامل المسبب للمرض مثل الزهايمر	يوجد تشوه متدرج ولا رجعي للوظائف العقلية يكون ذا منشأ عضوي	العتة
مختلف اشكال الوهن والضعف العقلي التي ترتبط بعضها باضطرابات الوراثة كمتلازمة داون	توقف نمو الذكاء	الوهن أو الضعف العقلي
الا مان على الحمول، المخدرات،	كل التظاهرات المرضية المعبر عنها من خلال السلوك والتصرفات	اضطرابات السلوك

فقدان الشهية، الشره المرضي، السيكوباتية، الشذوذ أو الانحرافات الجنسية، اضطرابات الشخصية،	الظاهرة	
التنازلات الخاطئية، اضطرابات بسبب الأورام الدماغية، مرتبطة بإدمان الكحول، التهابات دماغية، الأمراض العصبية	السبب عضوي هو الذي ينتج اضطرابات ذات تظاهرات نفسية	اضطرابات عقلية ترتبط بسبب إصابة عضوية
بعض أنواع الربو، اضطرابات الجلد، القرحة المعدية، ضغط الدم، بعض اضطرابات القلب	هي اضطرابان جسدية تتدخل فيها العوامل النفسية في نشأتها وتطورها	الاضطرابات السيكوسوماتية

(Combaluzier,2009,P31)

### 3- التصنيفات النفس مرضية:

يوجد العديد منها وهي ذات منحى تحليلي، ويعتبر أولى التصنيفات كان يميز بين العصابات الذهانات والشذوذات ويعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخفاء، فنحن في سجل في العصابات، وإن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، وإن رفض فهو إذا في سجل الذهانات. ( Combaluzier,2009, p33)

والجدول التالي يوضح ذلك:

#### الجدول (02): التصنيف البنوي الثلاثي (العصاب، الشذوذ، والأذهان)

البنية	موقف الفرد من الاوديب وقلق الخفاء	النتيجة النفسية
العصاب	يقبل الفرد وجود مركب أوديب ويشعر بقلق الخفاء	صراعات لاواعية، تعالج بالكبت، تظهر في أعراض كالهستيريا أو الوسواس أو الفوبيا
الشذوذ	ينكر الفرد مركب أوديب وقلق الخفاء	ينكر الفرد مركب أوديب وقلق الخفاء
الذهان	يرفض مركب أوديب كلياً (لا يمثل الرمز الأبوي)	انهيار في البنية الرمزية، وظهور أعراض مثل الهذيان أو الانفصال عن الواقع

من اعداد الباحثة

أما كارل أبراهام فقد قدم تصنيفاً نمائياً ينتظم حول تكامل مراحل النمو والمراحل الفرعية، حيث تظهر الباتولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو ويرتكز على التثبيتات والنكوصات (Combaluzier,2009,P33)، وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

الجدول (03): بعض الأمثلة عن تصنيف كارل أبراهام

الاضطراب	المرحلة النمائية	التحليل
الفصام	التثبيت في المرحلة الفمية	عدم تطور العلاقة مع الموضوع (الأخر)، الاعتماد على ميكانيزمات بدائية جداً.
البارانويا	التثبيت في المرحلة الأولى من الشرجية	سيطرة ميكانيزمات الإسقاط، علاقة عدائية مع الآخر.
عصاب الوسواس القهري	نكوص إلى المرحلة الثانية من الشرجية	مع وجود أوديب منظم، يظهر الصراع بين الطهارة والقذارة، والسيطرة والذنب.

من اعداد الباحثة

وكانت منطلقات أبراهام كدفعة لباحثين آخرين للحديث عن البنية، مثل كارنبرغ من المدرسة الأمريكية الذي أضفى توضيحات حول البنية الحدية، ومن المدرسة الفرنسية أعمال بارجوري حول البنيات.

فكل بنية تنتظم حول نوعية القلق، الآليات الدفاعية، العلاقة بالموضوع، وتحت كل بنية تندرج بنيات فرعية، فعصاب الهستيريا، عصاب الوسواس وعصاب الفوبيا بالرغم من انتمائها للعصابات، إلا أن التمييز بينها يرتكز على الميكانيزمات التي تحل محل الكبت أمام التمثيلات المزعجة، وكذا على درجة نكوص الأنا أمام شدة الصراع. (Combaluzier,2009,P33)

## المحاضرة السادسة

### السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 4

#### "التصنيف العرضي 1"

يعتبر التصنيف العرضي نظام تصنيف يعتمد على تجميع وتحديد الاضطرابات النفسية استنادا إلى الأعراض السريرية الظاهرة، وليس على الأسباب أو البنية النفسية العميقة، ويستخدم هذا النوع من التصنيف بشكل واسع في الممارسات الطبية والنفسية المعاصرة، خصوصا في الأطر العلاجية القصيرة أو الموجهة نحو الأدوية والعلاج السلوكي.

ومن بين أنواع التصنيف العرضي نجد التصنيف الدولي للأمراض الذي يصدر عن منظمة الصحة العالمية (HWO)، فهو أحد أهم المراجع الطبية العالمية لتصنيف الأمراض، سواء كانت جسدية أو نفسية، ويستخدم في أكثر من 100 دولة، بما في ذلك في النظم الصحية والتعليم والبحث.

وفي المقابل نجد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي هو أيضا يصنف تحت التصنيف العرضي والذي يصدر من قبل الاتحاد الأمريكي للطب النفسي (APA)، ويستخدم على نطاق واسع، كمرجع رئيسي لتشخيص وفهم وعلاج الاضطرابات النفسية.

#### 1- مفهوم التصنيف العرضي:

وكما يظهر من اسمه، فإن هذا التصنيف يركز على الأعراضية فهي موضوعية ولا تستند إلى نظرية محددة التصنيفات اللانظرية، ويعتبر التصنيف الدولي للأمراض CIM والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من أهم التصنيفات العالمية في هذا المضمار، إضافة إلى ما يتم حاليا الأخذ به من تصنيفات لتشخيص الاضطرابات العقلية تتمثل في PDM، OPD، CFTMEA. (حافري، 2016، ص20)

#### 2- تصنيف منظمة الصحة العالمية:

يطلق عليه اسم التصنيف الدولي للأمراض ويشار إليه باسم "CIM" أو "ICD" باللغة الإنجليزية، هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، يتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل رمز يتكون من أحد الحروف الهجائية اللاتينية وعدد من رقمين مثلا A23، فكل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف برمز فريد وينشر هذا الدليل بشكل دوري كل 10 سنوات، لم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1936، عندما صدرت القائمة الخامسة (ICD.5)

التي أدرجت الأمراض العقلية ضمن أمراض الجهاز العصبي، وقد ذكر منها وقتئذ أربع مجموعات فقط (النقص العقلي، الفصام، زهان الهوس والاكتئاب، كل الأمراض العقلية الأخرى).

وصدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (1947) والتي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية الفصل الخامس F متضمنة أسباب المرض والوفاة، أما القائمة السابعة (ICD.7) عام 1955 لم تضيف جديدا بخصوص الأمراض العقلية والنفسية، وبمساعدة منظمة الصحة العالمية (WHO) صدرت القائمة الثامنة (ICD.8) عام 1965، حيث تضمنت وصف الأعراض والتشخيص الفارق وعلاج الاضطرابات العقلية، وتوالت القوائم حيث شملت إضافات وتصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة (ICD.10) عام 1992.

يتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية والسلوكية من المراجعة العاشرة (ICD.10) على عشر مجموعات رئيسية وتشمل كل مجموعة تصنيفات فرعية معينة.

- (F00-F09): الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك الاضطرابات الأعراضية.
- (F10-F19): الاضطرابات العقلية والسلوكية نتيجة استخدام مواد نفسانية المفعول.
- (F20-F29): الفصام والاضطرابات فصامية النمط والاضطرابات التوهمية.
- (F30-F39): اضطرابات المزاج - الاضطرابات الوجدانية (العاطفية).
- (F40-F48): الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والاضطرابات جسدية الصور.
- (F50-F59) المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطرابات وظيفية وعوامل بدنية.
- (F60-F69): اضطرابات في شخصية وسلوكيات البالغ.
- (F70-F79): التخلف العقلي.
- (F80-F89): اضطرابات التطور النفسي.
- (F90-F98): اضطرابات سلوكية وعاطفية (انفعالية) تكون غالبا بدايتها في الطفولة أو المراهقة.
- (F99): الاضطرابات العقلية غير المحددة.

لقد أصدرت منظمة الصحة الدولية النسخة الحادية عشر (ICD.11) في 18 جوان 2018 والتي سوف تعرض على مجلس الصحة الدولي في ماي 2019 للموافقة من قبل الدول الأعضاء ثم تدخل حيز التنفيذ في 01 جانفي 2022. (وادة، وتواتي، 2021)

### 3- الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM):

وهو دليل تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية، ويعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص الاكتئاب والفصام واضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات، ويستعمل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في جميع أنحاء العالم من قبل الأطباء والباحثين، فضلا عن شركات التأمين وشركات الادوية وصانعي السياسات (صالح، 2014، ص126)، وقد قدم الدليل لأول مرة عام 1952 ولكنه كان متعارضا مع النسخة السادسة من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-6) 1948، ونظرا لأن الانسجام والتناغم كان يعد أمرا مفيدا ونافعا في تسهيل التواصل الدولي، لذا فقد قامت خدمة الصحة العامة بإرسال مندوبين أمريكيين للعمل مع اللجان الدولية في إعداد تنقيح للقسم الخاص بالأمراض العقلية من النسخة الثامنة للتصنيف الدولي للأمراض، وحين طبعت هذه النسخة الثامنة من التصنيف في عام 1965 عهدت الرابطة النفسية الأمريكية إلى لجنتها الخاصة بالمصطلحات والإحصاءات بمهمة إعداد دليل تشخيصي جديد خاص بالرابطة، والذي قد يكون منسجما متناغما هذه النسخة الثامنة مع من التصنيف الدولي للأمراض، وكان الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM2) نتيجة عمل هذه اللجنة، بحيث أصبح مجموعة المصطلحات الرسمية الخاصة بأطباء النفس الأمريكيين وذلك في الاول من يولييه عام 1968.

وقد عدلت الطبعة الثامنة من التصنيف الدولي للأمراض في خمس طرق من أجل الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني (DSM2) فقد غير تنظيم التشخيصات المدونة وتسلسلها، كما اقترح عدم استعمال تشخيصات معينة بحيث ينبغي ألا تستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية، ذلك فقد تم إدخال تسعة وثلاثين تشخيصا جديدا، أحيانا بتقسيم التشخيصات الموجودة الى أقسام أصغر، كما تم تغيير أسماء بعض الفئات، وأعطيت أرقام الرموز التشخيصية أرقاما اضافية وقد كان من بين الاختلافات الرئيسية بين هاتين المجموعتين من الرموز والمصطلحات ازالة مصطلح الاستجابة أو الرجوع من كثير من العبارات والبطاقات التشخيصية حتى يمكن تجنب أي مضامين مثيرة للجدل والخلاف فيما يتعلق اما بطبيعة اضطراب ما أو سببه، وبالتالي فقد كان هذا المفارق علامة مميزة لاتجاه أصبح محلا لتركيز انتقاد كبير أثناء التنقيح الثاني، ولقد نظم الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM2) الاضطرابات العقلية في عشر فئات رئيسية.

وفى سبتمبر من عام 1973 تم تشكيل حملة لتطوير طبعة ثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي لرابطة الطب النفسي الامريكية (DSM3)، وقد كان هدف هذه الحملة تطوير نظام تصنيفي يمكنه أن يظهر المعرفة الحالية بالاضطرابات العقلية، كما يمكنه بصورة ثانوية فقط أن يضمن التناغم والانسجام مع الفصل المتعلق بالاضطرابات العقلية من التصنيف الدولي للأمراض، وقد حدد جدول العمل موعد طباعة الدليل الثالث (DSM3) في يناير من عام 1979 لكي يتزامن مع تقديم تعديل اكلينيكي للطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض، ولكن لم يتم إقراره بصفة رسمية حتى الأول من يناير 1980.

وقد اختلف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM3) اختلافا جذريا عن سابقه، إذ قامت العديد من الدراسات التي أشرفت عليها منظمة الصحة العالمية بالتوصية بإعطاء رموز للمعلومات التشخيصية على عديد من المحاور المستقلة، وقد تم إنجاز ذلك بالنسبة للتخلف العقلي في الولايات المتحدة الامريكية، كما لاقى تأييدا كبيرا في أوروبا خصوصا فيما يتعلق بتصنيف الطب النفسي لاضطرابات الطفولة وقد قدم الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM3) فيما بعد طريقة متعددة المحاور التشخيص في الطب النفسي للراشدين مصحوبة بتقرير واضح عن قواعده وأصوله في التصنيف وعن استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة، وقد تم اخضاعه كذلك لاختبار ميداني مكثف سابق لاعتماده وإقراره بصورة رسمية.

وقد أقرت الطريقة المتعددة المحاور لضمان التسجيل في الممارسة الاكلينيكية لكل المعلومات التي اعتبرتتها الحملة وثيقة الصلة، فقد استخدمت خمسة محاور بحيث استخدم الأول والثاني منها لتسجيل الاضطرابات العقلية، وخصص المحور الأول الزمالات الاكلينيكية، أما المحور الثاني فقد خصص لاضطرابات الشخصية لدى الراشدين ولاضطرابات معينة في النمو إذا كان المريض طفلا أو مراهقا، كذلك فقد خصص المحور الثالث لأي اضطراب بدني، أما المحور الرابع فإنه يسمح للمشخص بتسجيل نوع أى ضغط نفسى اجتماعى وحدته، وقد خصص المحور الخامس لحكم المشخص على أعلى مستويات الأداء التكيفي للمريض خلال السنة السابقة. (كولز، 2011، ص79-81)

بعدها أصدرت الطبعة الرابعة DSM4 في 1994 ووزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ. اختفت تسمية عصاب الفوبيا وعصاب القلق على حساب القلق والحصر ومصطلح "عصاب الهستيريا التحويلية" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل واختفت كلمة هستيريا تماما كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية (حافري، 2012، ص21)، وتحتوى هذه الطبعة على الفئات المرضية التالية:

- ✓ اضطرابات أول ما يتم تشخيصها عادة في سن الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة
- ✓ الهذيان والعتة واضطرابات النساوة واضطرابات استعرافية أخرى
- ✓ الاضطرابات العقلية الناجمة عن حالة طبية عامة
- ✓ الاضطرابات المتعلقة بالمواد
- ✓ الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى
- ✓ اضطرابات المزاج
- ✓ اضطرابات القلق
- ✓ الاضطرابات الجسدية الشكل
- ✓ الاضطرابات التفارقية
- ✓ الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية
- ✓ اضطرابات الأكل
- ✓ اضطرابات النوم
- ✓ اضطرابات السيطرة على الدافع غير المصنفة في مكان آخر
- ✓ اضطرابات التأقلم
- ✓ اضطرابات الشخصية (جمعية الطب النفسي الأمريكي، 2004، ص2)

وتمت مراجعته وصدر عنه DSM4 المراجع سنة 2000، و في 2013 أصدر DSM5 ويعتبر آخر دليل إحصائي حاليا (مع العلم انه لم تعد تستعمل الأعداد الرومانية)، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤولة عن نوع من الأمراض في هذا الدليل، حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه الاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله، يليه معايير التشخيص وقائمة منظمة لرموز وفئات خاصة بكل مرض، يلي ذلك وصف لنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ثم بعد ذلك يقدم المحكات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يتمكن من الحكم عليه ما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية معينة أم لا، ثم يقدم شرح مصغر لكل اضطراب وبعدها محور يخص إدماج القياس وبعض النماذج كالنموذج الثقافي، ونجد في آخر الدليل المراجعات والاختلافات بين DSM4 المراجع وDSM5

إضافة إلى معجم خاص بالأمراض الخاصة بثقافات معينة وكذا قائمة الرموز الخاصة بـ DSM5 وما يتوافق مع (10-CIM) ويشمل الدليل التشخيصي الخامس على 297 فئة تشخيصية، يتوفر على 5 محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات العقلية المحور الأول خاص بالاضطرابات الإكلينيكية، المحور الثاني باضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، المحور الثالث بأمراض الطب العام، المحور الرابع خاص بالمشكلات النفسية الاجتماعية البيئية، والمحور الخامس خاص بالتقييم الشامل للأداء الوظيفي والذي يسمح للطبيب أن يحكم على المستوى الشامل لأداء الوظيفي عند الشخص، وهذه المعلومات مفيدة في التخطيط للمعالجة وقياس أثرها، وكذلك في توقع النتيجة. (حافري، 2012، ص 21-22)

➤ أهم اختلافات الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية عن الطبعة الرابعة:

- ✓ إلغاء بعض فئات الفصام
- ✓ إضافة فئات جديدة لاضطرابات التعلم
- ✓ إلغاء فئة الإدمان والاعتماد على العقاقير ووضع فئة الإدمان والاضطرابات المصاحبة
- ✓ وضع فئة السلوك الإدماني وعلى رأسها المقامرة
- ✓ استحداث مقياس للكشف عن الميول الانتحارية للمعرضين للخطر المتمثلين في الاندفاعيين ومدمني الكحول من المراهقين
- ✓ وضع اضطرابات التوحد كاضطراب واحد وهو (اضطراب طيف التوحد) (الفريخ، 2024، صفحة واب)

المحاضرة السابعة

السيمولوجيا والتصنيف في علم النفس المرضي 5

"التصنيف العرضي 2"

في مجال الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، لم تعد النماذج التشخيصية التي تعتمد فقط على الأعراض السطحية تفي بالغرض لفهم التعقيدات النفسية العميقة للفرد، وبناء على ذلك ظهر توجه نحو ابتكار أدوات تشخيصية تعكس الفهم الديناميكي للشخصية وآليات الأداء النفسي مما أدى إلى بروز نظامان تشخيصيان متميزان هما: نظام التشخيص السيكودينامي الإجرائي (OPD) والدليل التشخيصي السيكودينامي (PDM).

يعد كل من OPD و PDM محاولة منهجية لتعزيز الأنظمة التقليدية مثل DSM و ICD من خلال إدخال البعد السيكوديناميكي في عملية التشخيص، إذ يهدفان بذلك إلى تسليط الضوء على التكوين النفسي للأفراد، الصراعات اللاواعية، أنماط التعلق، آليات الدفاع، ومراحل تطور النمو النفس.

1- تصنيف نظام التشخيص السيكودينامي الإجرائي OPD:

هو نظام تشخيصي نفسي تم تطويره في ألمانيا سنة 1996، على يد مجموعة من الباحثين والمعالجين النفسانيين ذوي التوجه التحليلي والسيكودينامي، وقد جاء OPD كرد نقدي على الأنظمة التشخيصية السائدة مثل DSM و CIM التي: تعتمد على تصنيف تناذري (أي تجميع أعراض تحت مسمى تشخيصي واحد)، وعدم اهتمامها بفردانية الأشخاص، وضعف مصداقيتها بخصوص الخطط العلاجية.

يرتكز هذا التصنيف على خمس محاور متكاملة، يتم استكشافها من خلال مقابلات نصف موجهة مع المريض، حيث يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه والتأثير الأولي للعلاج (كيف يعيش المريض مرضه؟ ما هو مدى معاناته الذاتية؟ كيف يرى إمكانية العلاج؟)، أما المحور الثاني فهو مخصص للمسائل العلائقية (كيف يدخل المريض في علاقات؟ كيف يتفاعل مع الآخر؟ ما هي أنماط التكرار العلائقي؟)، التي حين نجد أن محور الثالث يهتم بالصراعات النفسية الداخلية (ما هي الصراعات الدينامية اللاواعية (كالاعتماد مقابل الاستقلال، الهوية مقابل الذوبان...؟)، ويهتم المحور الرابع بالبنية العقلية للمريض (تقييم مدى نضج الأنا، السيطرة على الدوافع، التنظيم الداخلي للعواطف.)، أما المحور الخامس والأخير فيهتم بتشخيص الأعراض والتناذرات التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض CIM-10. (Von der tann,2008,P19)

## 2- الدليل التشخيصي السيكودينامي PDM:

أصدر باللغة الانجليزية فقط ولم تتم لحد الآن ترجمته باللغة الفرنسية، وهو ثمرة عمل بين مجموعة مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي، يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص يصف مستويات العميقة والسطحية الشخصية الفرد، توظيفه العاطفي والاجتماعي ومظاهر الأعراضية، يغطي هذا التصنيف كل الشرائح العمرية ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية والاجتماعية.

كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبة DSM وفي CIM في تبويب الأعراض، يعتمد تصنيف PDM على الدراسات الحالية في علم الأعصاب وتقييم نتائجها ويستعمل مقارنة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص وكيفية المشاركة في السيروورة العلاجية.

ويتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة وكذا توظيف الشخصية المضطربة، في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو، وفي القسم الأخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت في DSM-4 بإدماج لكل تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي والمتمثلة في التجارب الشخصية والذاتية للفرد وأعراضه. (حافري، 2016، ص 22-23)

## المحاضرة الثامنة

### مفهوم البنية في علم النفس المرضي

يعتبر مفهوم البنية في علم النفس المرضي من المفاهيم الجوهرية، خاصة ضمن المقاربات النظرية العميقة مثل التحليل النفسي، يعكس هذا المفهوم التنظيم الداخلي الثابت نسبيا للوظائف النفسية لدى الفرد، مما يسهم في تشكيل نمط تفكيره واستجابته للضغوط والصراعات النفسية.

في سياق علم النفس المرضي، لا يتم النظر إلى الاضطرابات النفسية باعتبارها مجرد أعراض سطحية أو منفصلة، بل تفهم ضمن إطار بنية مرضية أعمق، هذه البنية تمثل نمطا محددًا من التنظيم النفسي، يؤثر بدوره في الطريقة التي يدرك بها الفرد الواقع، ويعالج انفعالاته، ويتفاعل مع الآخرين، كما تؤثر في بنيته الدفاعية ومستوى تكامل ذاته.

من هنا يشير الحديث عن البنية في علم النفس المرضي إلى نظام نفسي متماسك نسبيا يختلف من شخص لآخر، يمثل هذا النظام الأساس لفهم الأعراض النفسية وتشخيصها ووضع.

#### 1- مفهوم البنية عند بارجوري:

يعرف "جون. بارجوري - J.Bergert البنية النفسية بقوله: "البنية هي تنظيم ثابت ونهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية "

وقد ربط " بارجوري "مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء واللاسواء، مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا وينتكس، ودون أن يناقش بالضرورة وضعه السوي السابق، بشرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي، لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة، كما يرى أن تشخيص السواء يتطلب فحصا للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة، فمفهوم السواء لديه "يتعلق بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط سواء كانت عصابية أو ذهانية، في حين تتناسب المرضية انقطاعا ضمن نفس الخط البنيوي. (ميسوم، 2017)

لذا يركز بارجوري على مفهوم الانتكاس الذي يصفه بأنه "انقطاعا في التوازن الأصلي الذي تم بناؤه بين الاستثمارات النرجسية والموضوعية"، وهو انقطاع لا يحدث إلا ضمن إعداد نفسي خاص، وعلى أرضية بنيوية مستقرة، من هذا المنطلق، لا تظهر الأعراض النفسية بشكل عشوائي، بل تمثل نتيجة لفشل آليات التوازن والتعويض داخل بنية نفسية قائمة، سواء كانت عصابية أو ذهانية.

فاستقرار البنية النفسية - حسب هذا التصور - يمكن الفرد من الحفاظ على توازن داخلي نسبي عبر آليات تسوية متكيفة مع خط تطور البنية. لكن عندما يتعذر الحفاظ على هذا التوازن، بسبب ضغط داخلي أو خارجي، ودون وجود آليات دفاعية فعالة أو مرنة، يحدث الانتكاس. وهنا تظهر الأعراض في شكل انهيار جزئي أو شامل داخل نفس البنية، لا بالخروج عنها، بل بالانكشاف العميق لحدودها.

بالتالي، فإن الانتكاس لا يعني تغير البنية، بل تفعيلها بشكل مرضي عندما تعجز عن احتواء الصراع النفسي. وهذا يفسر كيف أن شخصاً ذا بنية عصابية قد ينتكس داخل العصاب (مثلاً عبر نوبات هستيرية أو وسواسية)، بينما شخص ذو بنية ذهانية ينتكس ضمن بنية الذهان (مثل ظهور فصام أو جنون ارتيابي). (Bergeret,1996,P37)

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

- ✓ طبيعة القلق الكامن
- ✓ وضع العلاقة بالموضوع
- ✓ آليات الدفاع الرئيسية
- ✓ الطريقة المعتادة للتعبير عن الأعراض. (بن دربال، 2020، ص21)

## 2- مفهوم البنية عند فرويد:

لقد حاول "سيجموند فرويد" S Freud - إعطاء مفهوم للبنية من خلال قوله " إذا سقط بلور من الكريستال، فإنه لا ينكسر 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. (ميسوم، 2017)

فالشخصية أيضاً تعتبر كقطعة البلور لأنها تتكون حسب خطوط أساسية ترسم هذه البنية، ولا تكون مرضية أو سوية، إلا إذا وقع الفرد في المرض النفسي، نميز بين نمطين من البنية العصابية والذهانية، عندما تتكسر الشخصية البنية العصابية تعطي العصاب والبنية الذهانية تعطي الذهان والشخصية الحدية تنتظم بين البنيتين. (بوغندوسة، 2017، ص14)

### 3- مراحل تكوين بنية الشخصية:

يتطرق "ج. بارجوري" إلى مراحل تكوين البنية، ونلخصها فيما يلي:

**3-1- 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 مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، سيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول " فريد " .

**3-2- المرحلة الثانية:** يتطور الليبيدو ويتقدم في سيرورته، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية والأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات يسمح بتكوين تدريجي للشخصية وهنا يتطور الليبيدو ويتقدم مما تبعاً لـ:

- العلاقات مع الوالدين، وخصوصاً الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط. تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصددمات، وتقمصات إيجابية.
- تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية.
- تنتظم تدريجياً نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فتنتج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار وتلاحم والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد.

**3-3- 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... إلخ)، 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 سيطرت الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين البنيتين ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البينية، وتضم الأمراض السيكوسوماتية، والأمراض السيكوباتية والانحرافات، وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة للتغيير، وليس كبنية ثابتة لأنها ممكن أن تتطور إلى مسار الذهان أو العصاب. (ميموني، 2005، ص 57)

#### 4- مكونات بنية الشخصية:

تحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات:

#### 4-1- مستوى نكوص الليبدو والأنا (التثبيت):

✓ البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا، فهولا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.

✓ البنية العصابية: يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل ما هو في العصاب الاستحوادي، وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.

✓ التنظيم البيني: يرجع النكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تمايز لكنه مازال اتكاليا وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

#### 4-2- نوع القلق:

✓ البنية الذهانية: هو قلق التجزء، والتفكك، واليأس، والتلاشي، والموت، لأن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.

✓ البنية العصابية: مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الإخفاء هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ ويعاش في الحاضر، وهو مركز على ماضي شهواني.

✓ التنظيم البيني: هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيال.

#### 4-3- العلاقة بالموضوع :

✓ البنية الذهانية: نجد علاقة نرجسية كاملة، لأنها مدمجة في نرجسية الأم، وتؤدي إلى التوحد، والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد من خلال الهذيان والهلوسة، فهي إذن علاقة أحادية حيث يعتقد أنه وأمه شخص واحد.

✓ البنية العصابية: علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل - أم - أب".

✓ التنظيم البيني: علاقة ثنائية اتكالية: "طفل - أم" وليست اندماجية.

#### 4-4- طبعة الصراع:

✓ البنية الذهانية: يكون الصراع بين الهو والواقع، ولا يكون بين الأنا والواقع، لأن أنا الذهاني غير موجود أو بدائي، ولا يقوى على دور الوسيط بين الواقع والهو الذي يرفض سيطرته.

✓ البنية العصابية: يكون الصراع جنسي بين الأنا الأعلى والدوافع "رغبات ونزوات"، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الإخفاء.

✓ التنظيم البيني: يكون الصراع بين مثال الأنا والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، أما الأوديب لم يلعب دوره المنظم، ويبقى ذو طابع نرجسي مع قلق فقدان الموضوع والتهديد بالانهيار.

#### 4-5- الآليات الدفاعية الأساسية:

✓ البنية الذهانية: الإنكار أو تجاهل الواقع مع ازدواج الأنا.

✓ البنية العصابية: هنا الآليات متطورة أهمها الكبت والتحويل.

✓ التنظيم البيني: ازدواج الصورة الهوامية، مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزئين:

- الأول: تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيف صحيح.

- الثاني: تقدير مثالي للواقع، وفي نفس الوقت نفي له.

فازدواج الصورة الهوامية لا يعني تجزأ للواقع، بل هو نوع من الدفاع ضد تهديد التجزأ، وفي هذا

الشأن يقول "فرويد": "لكي لا يتجزأ الأنا فإنه يعوج ويتشوه دون أن ينكسر. (ميسوم، 2017)

ويشرح "بارجوري في الجدول التالي المكونات الأساسية لبنية الشخصية:

#### جدول (4): المكونات الأساسية لبنية الشخصية

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى نكوص الليبيدو
البنيات العصابية	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	من الإخفاء	الكبت، العزل، التكوين العكسي	تناسلي	المرحلة الأوديبية
البنيات	الهو	الهو مع	من التفكك،	نفي الواقع،	اندماجي	المرحلة الفمية

علم النفس المرضي "السداسي الثالث" \_\_\_\_\_ د. بولحبال آية

الذهانبة	الواقع	الموت، الفناء	ازدواج الأنا		
البنبات الحدبة	مبال الأنا	مبال الأنا مع الهو والواقع	الآوف من فقدان الموضوع	ازدواج الصورة الهوامبة، الانشطار	اتكالي
المرحلة الشرجة					

(مبسوم، 2017)

## المحاضرة التاسعة

### الغرائز، النزوات، والصراع النفسي

الإنسان كائن معقد تتداخل في تكوينه قوى داخلية متباينة تتصارع بين العقل والعاطفة، وبين الرغبة والواجب، وبين الغرائز الفطرية والضوابط الاجتماعية، تمثل الغرائز الدوافع البيولوجية الأساسية التي تهدف إلى ضمان البقاء والتكاثر، مثل غريزة الجوع، الجنس، والعدوان، وهي قوى طبيعية غير مكتسبة، بجانب هذه الغرائز تظهر النزوات بوصفها رغبات آنية وعابرة، غالبا ما تأتي بشكل مندفع وتفترق للمنطق أو الوعي الكامل، مما يجعلها أكثر تقلبا وأقل سيطرة من قبل الفرد على نفسه.

وسط هذا التعقيد الداخلي ينشأ مفهوم الصراع النفسي، وهو حالة من التوتر تتجم عن تصادم الرغبات الغريزية أو النزوية مع القيم الأخلاقية والاجتماعية المفروضة من قبل الواقع أو الضمير (المتمثل في الأنا الأعلى)، حيث تتاولت النظريات النفسية خاصة تلك المنبثقة من التحليل النفسي الفرويدي، هذا الصراع بشمولية موضحة دور الكبت وآليات الدفاع النفسي في تخفيف هذا التوتر، وكيف قد يؤدي اضطراب هذه الديناميكيات إلى ظهور أعراض نفسية إذا بلغ الصراع مستويات شديدة.

إن الإحاطة بالعلاقة بين الغرائز، النزوات، والصراع النفسي تمثل مفتاحا لفهم أعماق السلوك الإنساني، وتسهم في تفسير العديد من الظواهر النفسية التي قد تبدو بعيدة عن المنطق أو متناقضة عند النظر إليها للوهلة الأولى.

### 1- الغريزة:

بصفة عامة، تشير إلى ذلك الميل الفطري واللاشعوري لدى الكائن الحي، والذي يدفعه إلى سلوك معين بشكل نمطي وثابت استجابة لموقف أو لمثير معين، دون الحاجة إلى التعلم أو الخبرة السابقة، ويشترط لاعتبار سلوك ما غريزيا أن يظهر بنفس الشكل تقريبا عند جميع أفراد النوع، ما يعكس طابعه الفطري والوراثي.

تعد الحيوانات من أبرز الأمثلة على السلوك الغريزي، إذ نلاحظ مثلا كيف تقوم الطيور ببناء أعشاشها وفق نمط محدد، وتغذية صغارها وحمايتهم بنفس الطريقة، دون أن تتلقى تدريبا أو توجيها مسبقا، هذا النمط من السلوك ينفذ تلقائيا، وغالبا ما يكون مرتبطا ببقاء النوع واستمراريته، ما يعزز فرضية أنه مبرمج بيولوجيا في الجهاز العصبي للكائن الحي.

واعتبر سيغموند فرويد أن الغرائز تمثل اللبنة الأساسية للسلوك الإنساني، وتشكل القوة المحركة الرئيسية في نظريته النفسية، وقد رأى أن السلوك البشري يحفز برغبة داخلية في تقليل التوتر الناتج عن عدم إشباع الحاجات الغريزية، فعلى سبيل المثال، يلجأ الإنسان إلى تناول الطعام عند الشعور بالجوع، لأن الإحساس بالجوع غير المشبع يولد حالة من التوتر الداخلي تدفعه إلى السلوك الذي يحقق الإشباع. ويميز فرويد بين نوعين رئيسيين من الغرائز هما: غريزة الحياة (إيروس) التي تشمل دوافع البقاء والتكاثر والحب، وغريزة الموت (ثاناتوس) التي تمثل القوى التدميرية والسلوكيات العدوانية والنزوع نحو الفناء.

وفي المقابل، ينظر عالم النفس ويليام ماكدوغال إلى الغرائز من منظور مختلف، إذ يعرفها ببساطة على أنها "تصرفات وراثية" موروثية، تظهر على شكل أنماط سلوكية فطرية تتكرر بين أفراد النوع الواحد في استجاباتهم لمثيرات معينة، دون الحاجة إلى تعلم مسبق. ويؤكد ماكدوغال أن لكل غريزة دافعا داخليا يدفع الكائن الحي إلى الاستجابة بطريقة محددة وموحدة.

يستمر الجدل القائم في علم النفس حول الدور الذي تلعبه الغرائز في توجيه السلوك البشري، إذ أن التوازن بين ما هو فطري وما هو مكتسب لا يزال يمثل مجالا خصبا للبحث والنقاش، وفي هذا السياق من الضروري التمييز بين الاستخدام العلمي الدقيق لمصطلح "الغريزة" وبين استخدامه الشائع في الحياة اليومية، ففي المحادثات غير الرسمية، غالبا ما يستخدم مصطلح "الغريزة" للإشارة إلى التصرفات التلقائية أو الطبيعية، كما في قول البعض أن "لدى لاعب البيسبول غريزة القتال" أو "غريزة القيادة". غير أن هذا الاستخدام لا يرقى إلى المعايير العلمية الصارمة لتعريف الغريزة، التي تشترط أن يكون السلوك فطريا، موروثا، عالميا داخل النوع، ويظهر دون تعليم أو تدريب. (Bonniere Strichland,2001,P332)

أما اصطلاحا فنقصد بالغريزة: أن الغريزة عند الانسان هي ما لديه من استعدادات فطرية تدفعه للقيام بسلوك خاص إذا ما أدرك نفسه في موقف أو مجال معين. (بن دريال، 2020، ص 27)

## 2- النزوة:

يعتبر سيغموند فرويد أول من أدخل مصطلح "نزوة" (Pulsion) إلى حقل علم النفس، وذلك بترجمته للمصطلح الألماني "Trieb"، في محاولة منه للتمييز المفاهيمي بينه وبين مصطلح "غريزة" (Instinct) " ففي حين تستخدم "الغريزة" للإشارة إلى سلوك فطري موروث، موجه نحو هدف محدد، وثابت لدى جميع أفراد النوع، فإن "النزوة" عند فرويد تحمل طابعا ديناميكيا داخليا أكثر تعقيدا، يشير إلى قوة نفسية قاهرة ولا شعورية تدفع الإنسان نحو إشباع معين دون أن يكون هذا الإشباع أو هدفه دائما واضحا أو ثابتا.

ويؤكد فرويد أن النزوة تتميز بطابعها الاندفاعي، وتعبّر عن توتر داخلي يحتاج إلى تصريف، لكنها ليست مرتبطة بسلوك نمطي أو محدد بيولوجيًا كما هو الحال في الغريزة الحيوانية. ومن هذا المنطلق، فإن استخدام مصطلح "نزوة" يُظهر التوجه النفسي العميق لفرويد في فهم دوافع الإنسان، بعيدا عن النظرة البيولوجية الصرفة.

في المقابل، يقع العديد من المفكرين في خطأ استخدام المصطلحين بشكل مترادف، في حين أن فرويد يصر على التمييز بينهما بوضوح، نظرا لما يحمله كل مصطلح من دلالة مختلفة من حيث الأصل، والآلية، والغاية.

وتعرف النزوة بأنها إنها عملية ديناميكية تتمثل في اندفاعية (شحنة طاغوية، وعامل حركي) تنزع بالفرد نحو هدف معين تتبع النزوة تبعا لفرويد من إثارة جسدية (حالة توتر)، ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوي، ويمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضلها". (لابلانث، وبونتليس، 1997، ص 531-532)

#### ➤ مكونات النزوة:

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

✓ **الهدف:** للنزوة هدف معين وطويل المدى ويرتبط مع مواضيع أخرى ومختلفة والهدف الأساسي للنزوة هو إشباع حاجياتها ورغباتها، قصد توازن الجانب الطاقوي والاقتصادي.

✓ **الإشباع:** وذلك من خلال اخماد الاثارة وتخفيض الطاقة النفسية بعد ارتفاعها من خلال الرغبات والحاجيات قصد استقرار الجانب الطاقوي والاقتصادي.

✓ **الموضوع:** الذي هو وسيلة تحقيق الإشباع ويكون متنوع ومختلف فالموضوع يمكن أن يكون داخليا كما يمكن أن يكون خارجي، كما يمكن أن يكون واقعي أو هوامي.

✓ **العضو:** وهو المصدر أو الجهاز الذي تصدر منه النزوة. (بن دربال، 2020، ص 28)

#### ➤ نظرية فرويد حول النزوات:

تعتبر النزوة من المفاهيم التي تناولها فرويد في ثنائياته النظرية، فشملت النظرية الأولى على نزوات الأنا والنزوات الجنسية، ثم قام فرويد بالتعديل من هذه النظرية، ونتج عنها النظرية الثانية فشملت نزوات الحياة ونزوات الموت.

وتدل نزوات الأنا في إطار نظرية النزوات الأولى التي صاغها فرويد بين (1910-1915) على نمط نوعي من النزوات التي تضع طاقتها في خدمة الأنا خلال الصراع الدفاعي، وهي تدرج ضمن نزوات نزوات حفظ الذات وتتعارض مع النزوات الجنسية، ثم و في في تقديمه لفكرة النرجسية ادخل فرويد تعديلا وهو انه بمقدور النزوات الجنسية أن تصب طاقتها على موضوع خارجي (لبيدو الموضوع) أو على الأنا (لبيدو الأنا أو اللبيدو النرجسي)، فجاء التعارض بين لبيدو الأنا ولبيدو الموضوع كي يزيل التعارض ما بين نزوات الأنا والنزوات الجنسية في فكر فرويد فرويد وأدرجت النزوتين تحت نزوات الحياة وفي نظريته الثانية صرح فرويد أنه في مقابل نزوات الحياة الحياة تأتي نزوات الموت، فبينما تنزع نزوات الحياة أو الأيروس Eros إلى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام وإلى الحفاظ عليها، فان نزوات الموت أو التانتوس Tanatos تنزع إلى الاختزال الكامل للتوترات والرجوع بالكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية، وهو ما أشار إليه فرويد بـ "ما فوق مبدأ اللذة" في كتابه الصادر في 1920 وأن نزوة الحياة ما هي إلا طريق ملتف نحو نزوة الموت.

تتوجه نزوات الموت في بادئ الأمر نحو الداخل و تنزع نحو التدمير الذاتي، ثم تتوجه فيما بعد ثانويا نحو الخارج وتتجلى عندها على شكل نزوة العدوان أو نزوة التدمير بالإضافة إلى ذلك أشار فرويد إلى نزوة السطو و النزوة الجزئية التي تختص بالمناطق المولدة للغلظة (الفمية، الشرجية والقضيبيية)، تنشط هذه النزوات الجزئية في البداية مستقلة عن بعضها البعض في الطفولة، ثم تنزع للاتحاد في مختلف التنظيمات اللبيديية فتتشكل النزوة الجنسية الموحدة التناسلية في الحالات السوية في سن البلوغ، وهو ما دعى فرويد للقول بأن الطفل شاذ متعدد الأشكال. (حافري، 2016، ص30-31)

### ➤ بين الغريزة والنزوة:

من خلال ما تم عرضه بخصوص الغريزة والنزوة، يتضح الفرق بين المفهومين، فبينما ترتبط الغريزة بالحاجة، فإن النزوة ترتبط بالرغبة أكثر ويمكن أن تدمج الحاجة، تتصف الغريزة بالثبات من حيث الهدف وطريقة تفريغ التوتر والموضوع الذي يحقق التفريغ بينما تتمتع النزوة بالمرونة من حيث طرق الإشباع والمواضيع المستهدفة هدف الغريزة يكون أساسيا، أما النزوة فيكون لها أهدافا أساسية وقد يكون لها أهداف

ثانوية، الغريزة تشبع بطريقة واقعية وإلا أودت بالمآل الحيوي للفرد، أما النزوة فتشمل الإشباع الواقعي و/أو الهوامي. (حافري، 2016، ص31)

### 3- الصراع النفسي:

#### 3-1- مفهوم الصراع:

يعتبر الصراع من العوامل الديناميكية الأساسية في تكيف الفرد وهو يعني وجود تعارض بين دافعين يلحان على الإشباع ولا يمكن اشباعهما في وقت واحد، والصراعات في حياة الافراد كثيرة ولكن هذه الصراعات ليست على درجة واحدة من شدة ضغطها على الفرد، وهذا يتوقف على أهمية الدوافع المتعارضة من جهة وقدرة الفرد على اتخاذ القرارات من جهة ثانية، فعلى سبيل المثال قد يحصل أن يطلب من الطلبة أداء الامتحان بموضوعين في يوم واحد وعندئذ قد يقع الطالب المهدد بالرسوب في الموضوعين في صراع لأن الوقت لا يكفي لضمان النجاح، ولا يستطيع اتخاذ القرار بسهولة في تفضيل أحدهما على الآخر أو النجاح بأحدهما دون الآخر، فإذا كان النجاح في هذا الامتحان تتوقف عليه نتائج حساسة في حياة الطالب الدراسية، فإن الصراع كان شديداً جداً، اما اذا كانت النتائج المترتبة على ذلك ليست حاسمة فان الصراع يكون أخف وطأة على الفرد. (بن دريال، 2020، ص38)

ويعتبر التحليل النفسي أن الصراع هو من شروط تكوين الإنسان وذلك من منظورات متعددة صراع بين الرغبة والدفاع صراع بين الأنظمة أو المركبات، صراع بين النزوات، وأخيرا الصراع الأوديبى. (لابلاننش، وبونتليس، 1997، 304)

إن فرويد هو أول من أشار إلى وجود الصراع الأساسي، وقد أقام نظريته في الصراع على أساس غريزي، ونستطيع شرح وجهة نظره باختصار فيما يلي: إن مكونات "الهو" الغريزية تسعى دائماً للتعبير عن نفسها، في الوقت الذي تقف "الأنا" لهذه النزعات بالمرصاد دفاعاً عن الشخصية وعملاً على تكيفها مع الأوضاع الاجتماعية المتعارف عليها ويترتب على اختلاف وتعارض وظيفة كل منهما وجود صراع داخلي في أعماق النفس اللاشعورية صراع بين قوة مانعة تحول دون هذه العناصر الغريزية اللاشعورية وبين التعبير عنها، إن هذه القوة المانعة الممثلة في (الأنا) تقف على الدوام لتقهر مثل هذه النزعات الغريزية المتمثلة في "الهو" ومن ثم تعيش في قلق دائم. (فهمي، 1995، ص197)

3-2-2- أنواع الصراع لدى فرويد:

3-2-1- الصراع بين الأنا والهو:

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

3-2-2- الصراع بين الأنا والأنا الأعلى:

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

3-2-3- الصراع بين الهو والأنا الأعلى:

إن دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد تكون غالبا مما لا يمكن التوفيق بينها وبين الدوافع البيولوجية للهو. ففي مرحلة الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته البيولوجية بطريقة بسيطة ومباشرة، لا يقيدتها اعتبارات الوقت أو المكان أو الطريقة كما هو حال التبول والتبرز، ثم إن الطفل نتيجة لأساليب التربية التي تعلمها، نجده ينمي دوافع نفسية تنظم طريقة التعبير عنها، وهنا يبدأ الصراع بين الرغبة في التعبير بالأساليب المباشرة التي تحقق اللذة للطفل وبين الدوافع النفسية التي تحددها وتوجهها وما يكتسبه الطفل من التعلم، إن الصراع هنا يحدث بين مبدئين مبدأ اللذة ويمثل الدوافع البيولوجية لزلهو ومبدأ الواقع وهو يمثل الدوافع النفسية التي تعبر عن النظام والخضوع للعرف والتقاليد والقواعد الردعية. (فهمي، 1995، ص195-

## المحاضرة العاشرة

### الميكانيزمات الدفاعية

يمر الإنسان خلال مراحل حياته بتجارب متنوعة تمثل تحديات وضغوطا نفسية تتبع أحيانا من صراعات داخله أو من عوامل خارجية تفوق قدرته على التعامل الواعي معها، وللحفاظ على التوازن النفسي في مواجهة هذا الضغط يلجأ العقل دون وعي إلى ما يعرف بالآليات الدفاعية وهي الاستجابات النفسية التلقائية والتي تهدف إلى حماية الذات من القلق، الألم النفسي، أو التهديدات التي قد تهدد استقرار الفرد الداخلي

تجذر مفهوم الآليات الدفاعية في نظرية التحليل النفسي التي أسسها سيغموند فرويد، إذ كان أول من استخدم مصطلح "الدفاع" عام 1894 في مقاله حول "الدفاع النفسي العصابي"، وفي عام 1896 وسع فهمه لهذا المفهوم في مقال آخر بعنوان "ملاحظات جديدة حول الدفاع النفسي العصابي"، حيث أكد أن الدفاع يشكل لبنة أساسية في تكوين الآليات النفسية المرتبطة بالعصاب، لاحقا قام العديد من تلاميذه بتطوير هذا المفهوم وأبرزهم أنا فرويد التي لعبت دورا جوهريا في تصنيف هذه الآليات وتوسيع مدى فهمها.

تتعدد أنواع الآليات الدفاعية بين ما يعتبر ناضجا مثل التسامي والتعقل، وما يعد غير ناضج أو بدائي مثل الإنكار والإسقاط والتكوين العكسي، دراسة هذه الآليات تعد محورا هاما لفهم أنماط السلوك الإنساني، خاصة تلك التي تبدو غير منطقية أو غامضة، كما تسهم هذه الدراسات في الكشف عن الجذور النفسية لبعض الاضطرابات، حيث إن الآليات الدفاعية رغم دورها الوقائي المؤقت قد تصبح مصدرا لمشكلات في التكيف أو انحرافات مرضية في السلوك إذا أفرط في استخدامها خاصة مع الاعتماد على الآليات غير الناضجة.

### 1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية:

تعرف ميكانيزمات الدفاع بأنها استعدادات استجابية ثابتة نسبيا تساعد على تحريف الواقع حينما تكون موارد الشخص ومهاراته أو دافعيته غير كافية لحل الصراعات الداخلية أو السيطرة على التهديدات.

وهذا يعني أن ميكانيزمات الدفاع عبارة عن ردود أفعال لاشعورية دافعية ولا إرادية تعمل بطريقة أوتوماتيكية أو لا إرادية حينما تكون التهديدات المدركة مؤلمة أكثر من اللازم لدرجة لا يمكن مواجهتها شعوريا ، وهذه الدفاعات يتم التعبير عنها في صورة استجابات جامدة زائدة عن الحد أو غير ملائمة مثل

الى تظهر فى الخضوع أو التواضع المبالغ فيه أو العطف أو الشفقة الزائدة عن الحد أو العداوة التي لا يمكن تمييزه. (ايليفيتش، وجليس، دس، ص 6-7)

أما أنا فرويد فترى بأنها نشاط خاص بالأنا يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة.

وحسب لابلايش وبونتاليس: فهي تشير إلى الأنماط المختلفة التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها كثورة للأنا ضد التمثيلات والعواطف غير محتملة، حيث تنتوع الآليات السائدة تبعاً لنمط الإصابة موضع البحث، وتبعاً للمرحلة التكوينية موضوع الدراسة، وتبعاً لدرجة الإرضان الدفاعي للصراع. (Lapanche, ) (& Pantalis, 1967, P234)

## 2- وظائف ميكانيزمات الدفاع:

- ✓ تزييف الواقع.
- ✓ السيطرة الوهمية على التهديد.
- ✓ تقليل أو تخفيف حدة القلق.
- ✓ تعزيز تقدير الفرد لذاته. (ايليفيتش، وجليس، دس، ص 15)

## 3- أنواع ميكانيزمات الدفاع:

### 3-1- النكوص:

يدل مفهوم النكوص فى التحليل النفسى على عدد من الظواهر النفسية تتميز جميعها بتقهقر النشاط النفسى إلى مرحلة سابقة من مراحل تطور الليبيدو، وهذا الرجوع إلى الوراء قد ينحصر فى العودة إلى موضوع الإشباع التي تتميز به مرحلة سابقة أو الرجوع إلى حال مبكر من أحوال الأنا (وهو ما يحدث فى الأمراض الذهانية، فالنكوص زمنى بهذه المثابة، وثمة نوع آخر من النكوص يسميه فرويد بالنكوص المحلى (topical) ويقصد به عودة الإثارة فى الجهاز النفسى من القلب الشعور إلى اللاشعور (كما هو فى الحلم مثلاً)

ويتضمن النكوص وجود نقط فى تطور الفرد ثبت عندها الإشباع الغريزي (نقط التثبيت) يعود إليها الفرد كلما أصبح الإشباع محالاً فى المستوى الأعلى الذي بلغه، كذلك يتضمن النكوص وجود حرمان من الإشباع فى الوقت الحاضر هو المسئول عن إرتداد الليبيدو إلى مراحل السابقة التي توفر إشباعاً نكوصياً. (سيجموند، 2000، ص 163)

### 3-2- الإسقاط:

تحت هذا النمط الدفاعي يتم إطلاق صفة النية السلبية على سلوكيات وأفعال الآخرين دون وجود دليل صريح أو واضح ثم تستخدم هذه الصفة لتبرير الأفكار العدوانية والسلوك والمشاعر نحو الآخرين ، وهذه الصفة السلبية غير ذات جدوى. (إيلفيتش، وجليسر، دس، ص16)

### 3-3- الإبدال أو التحويل:

ويطلق عليه أيضا مططح الازاحة، وهي عبارة عن آلية دفاعية لا شعورية يتم فيها نقل موضوع العاطفة أو التخيلات من موضوعها الأول إلى موضوع آخر، وذلك استكمالاً لعملية الكبت ضد البمواد غير المرغوب فيها التي تهدد بالظهور إلى مستوى الشعور، حيث يجد الفرد متنفساً لهذه العاطفة أو التخيلات في الموضوع الجديد. . (بلان، والزعبي، 2012، ص56)

### 3-4- التحول العكسي:

تحت هذا الأسلوب الدفاعي تتدرج الاستجابة للتهديدات الداخلية أو الخارجية التي تقلل إلى أقصى درجة من حدة التهديدات المدركة، وهذا يعني أن هذا الأسلوب الدفاعي يتم من خلاله تكوين سمة شخصية أو ميل أو دافع مضاد لسمة أو ميل أو دافع غير مرغوب فيه يوجد دفينا في الشخصية، وتتم هذه العملية بشكل لا شعوري، حيث يحدث تغير جوهري لهذه السمة أو الميل أو الدافع فينقلب إلى الضد تماماً في شعور الشخص، وهذا يعني أن شعور الفرد يكون مضاداً تماماً لما هو موجود في اللاشعور، ويندرج تحت هذا الأسلوب الدفاعي الإنكار، والكبت والسلبية، والتكوين العكسي (إيلفيتش، وجليسر، دس، ص19)

### 3-5- التبرير:

هو أسلوب دفاعي هروبي يلجأ إليه الفرد السوء واللاسوي، يتضح عند قيام الفرد بسلوك لا يقترن بالنجاح ومحاولته لتعليل الفشل بغية حماية ذاته من النقد، كما يلجأ إلى هذا الأسلوب أيضا في بعض الأحيان عند قيامه بأفعال لا يرتضيها المجتمع، ويكون ذلك تجنباً للاعتراف بالاسباب الحقيقية الدافعة للفشل أو ارتكاب الفعل غير المرغوب فيه من قبل المجتمع.

وعليه فالتبرير عملية لا شعورية يقنع بها الفرد نفسه بأن سلوكه لم يخرج عما ارتضاه لنفسه من قيم ومعايير. (المطيري، 2005، ص129-130)

**3-6- التسامي:**

تتم هذه الآلية من خلال تحويل الدوافع والرغبات المهددة للذات كالعدوان مثلاً إلى طاقة إبداعية أو فنية مقبولة ومرغوبة في المجتمع، وتكون محط تقدير واعجاب من محيط الفرد الذي يلجأ للتسامي كبديل عن الدوافع الأولية غير المرغوبة من قوانين البيئة أو المحيط الاجتماعي الذي ينتمي إليه. (بلان، والزعبي، 2012، ص57)

**3-7- التعويض:**

هو حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد عندما يعاني من بعض مشاعر النقص والقصور والحرمان في إحدى النواحي، وذلك من أجل التغلب على الشعور بالدونية والوصول إلى الشعور بالتقدير وتخفيف التوتر.

**3-8- التقمص:**

هو استجابة مرتبطة بحالة من قصور الذات يحاول الفرد من خلالها أن ينسب لنفسه أفضل الصفات، أي أنه يشبه إلى حد كبير التقليد وإن كان يختلف عنه في بعض الجوانب، ويتضمن شعور الفرد بأنه قد أصبح نفي الشخصية التي يتقمصها. (المطيري، 2005، ص132-133)

## المحاضرة الحادية عشر

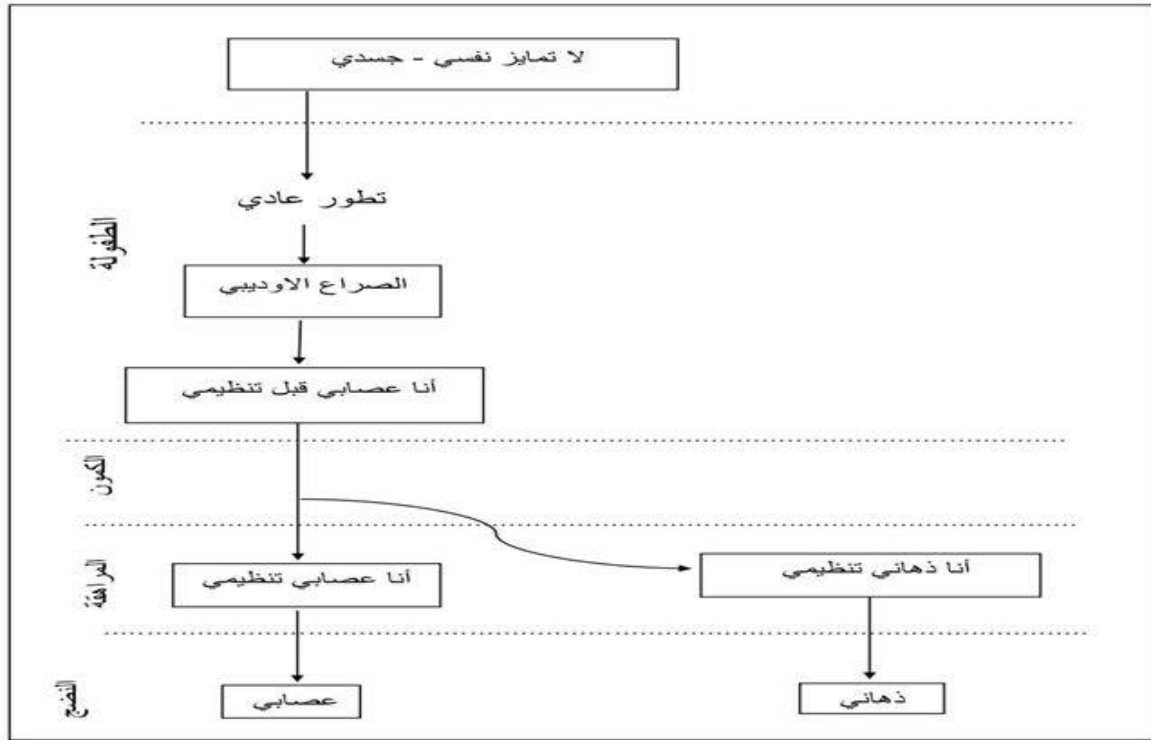
### الأقطاب الثلاثة للبنية: العصابية، الذهانية، والحدية

يعتبر فهم البنيات النفسية أحد المحاور الأساسية في مجالي علم النفس المرضي والتحليل النفسي، حيث تهدف هذه المقاربة إلى تصنيف الأفراد بناء على كيفية تعاملهم مع الصراعات النفسية، مستوى القلق، وتفاعلهم مع الواقع، ومن بين أبرز التصنيفات نجد ثلاث بنيات نفسية رئيسية: البنية العصابية، البنية الذهانية، والبنية الحدية، لا ينظر إلى هذه البنيات على أنها مجرد أعراض سطحية، بل كأنماط تنظيم نفسي عميقة وثابتة تؤثر على الإدراك، المشاعر، العلاقات، وآليات الدفاع.

يسهم هذا التصنيف في إضفاء فهم أعمق لآليات تكون الاضطرابات النفسية، مما يساعد المعالجين على اختيار الخطط العلاجية الأنسب لكل نمط بنوي، سواء كان ذلك من خلال العلاج النفسي الديناميكي، التدخل الدوائي، أو الدعم الاجتماعي.

### 1- البنية العصابية:

عند الولادة يكون المولود الجديد في مرحلة الأتمايز النفسي الجسدي، ثم يمر بتطور عادي في مرحلة الطفولة الأولى، ولكن الخلل يحدث في المرحلة القضيبية، إذ لا يستطيع الطفل حل الصراع الأوديبي، كما أن الفترة المسؤولة عن هذه البنية عند الذكر حسب "بارجوري" تعود إلى نهاية المرحلة الشرجية (القبض أو الاحتباس)، ونتيجة للصراع الأوديبي وتغيراته؛ تحدث تثبيبات قوية أو نكوصات جد مهمة، الأنا سيكون قبل تنظيمي بطريقة ثابتة ونهائية، وذلك حسب نظام علائقي ودفاعي للشكل العصابي، أي يمكن أن يكون للفرد استعداد عصابي لكن لم يتم بعد، والشكل التالي يوضح أكثر التطور البنائي العصابي.



## الشكل (2): الشكل البنائي العصابي

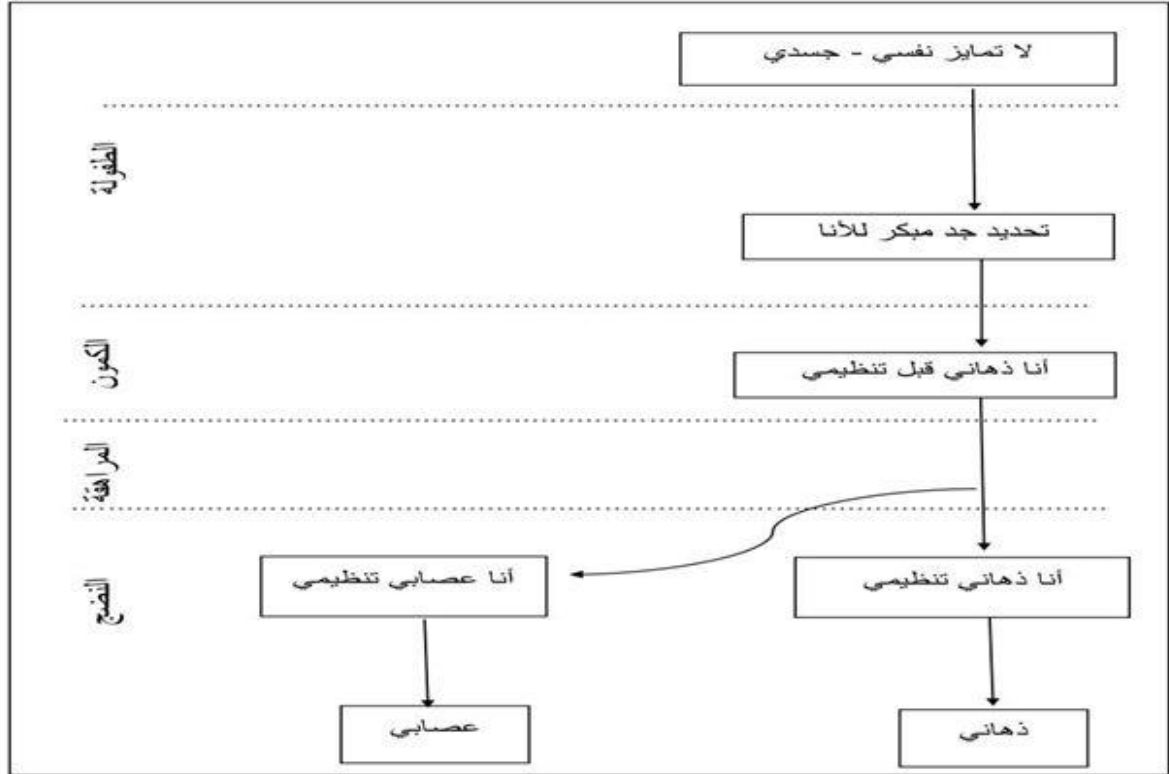
في هذه اللحظة الصراعات الداخلية والخارجية تبدو أكثر حدة، والأنا وصل تقريبا إلى إفساد العلاقة الإيجابية، كما أنه لجأ إلى استعمال أنظمة دفاعية علائقية أكثر اتكالية، والتي تجاوزت التوفير البسيط لـ (الغرائز، الأنا الأعلى)، وهذا التنظيم لا يستطيع التغيير بعد ذلك إذا تعرض صاحب هذا الخط للمرض، وبالتالي لا يمكن أن يشكل إلا واحدة من هذه العصابات المعتادة: هستيريا القلق أو التحول، أو العصاب الوسواسي. (ميسوم، 2017)

## 2- البنية الذهانية:

يشير "بارجوري" أن الباحثين المعاصرين يرون أن البنية الذهانية موسومة عند نقطة الانطلاق بمجموعة من الإحباطات المبكرة، والتي تعود في الأصل إلى العلاقة بالأم، فالأنا تعرض إلى تشبيلات أساسية ونكوصات مهمة، وتكون ما قبل تنظيمية على هذا المستوى وبصفة ذهانية، ويحدث هذا أثناء المرحلة الفمية، أو أثناء الجزء الأول من المرحلة الشرجية، وصيغة هذا التنظيم تتعرض لصمت متطور أثناء مرحلة الكمون، فيحدث توقف للتطور البنيوي.

وقدوم مرحلة المراهقة يفجر ويخرج كل الاضطرابات والتشوهات البنيوية، فتحدث تغيرات واضطرابات معتبرة، والتي تعرف على المستوى البنيوي،

وفي هذه اللحظة الكل يصبح محل تساؤل، والفرد يملك حفا قليلا أن محور تطور أناه (أي الأنا الذي يمثله)، ويترك الخط الذهاني الذي لم يكن مثبت بالكامل، والذي سوف يجمد تطوره القادم في إطار البنية العصابية، وفي هذه اللحظة الأخيرة يمكن في حالة المرض إعطاء ميلاد عصاب كلاسيكي من النوع الهستيرى أو القهري، والشكل التالي يوضح تطور البنية الذهانية.



الشكل (3): الشكل البنائي الذهاني

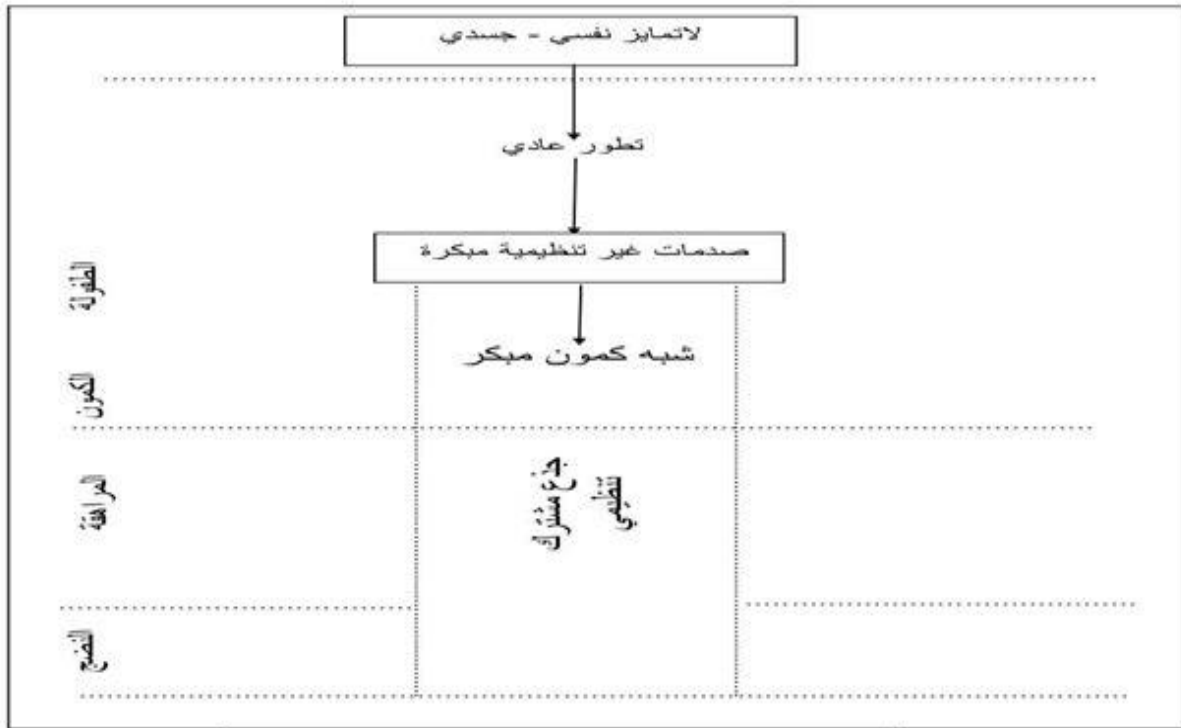
وخلال مرحلة المراهقة وفي أغلب الحالات يكمل الأنا الذهاني قبل تنظيمي ببساطة تطوره في صميم الخط الذهاني، والذي كان موجودا فيه من قبل، وملتما بطريقة كافية، وسينتظم بطريقة نهائية تحت شكل البنية الذهانية حقيقية ومستقرة، وإذا وقع الفرد تحت المرض أي (انكسر الكريستال) بسبب حادث داخلي أو خارجي، يمكن أن نرى بروز الذهان بعدة أشكال حقيقية، ولكن بدون احتمال مرضي آخر. (ميسوم، 2017)

### 3- التنظيم الحدي:

يقع التنظيم الحدي ما بين البنية العصابية والبنية الذهانية، إذ يؤكد "بارجوري" أن الأنا يكون متجاوزا وبدون عوائق، في حين تحدث إحباطات السن الأولى تثبيطات ما قبل ذهانية ملتصقة ومؤسفة، وأثناء الاستعداد للتطور الأوديبى العادي، يتعرض الفرد لصدمات نفسية مهمة، وتأخذ هذه الصدمة طابع

عاطفي وجداني، بحيث تكون مسؤولة عن إحداث هياج أو ثورة غريزية، والتي تظهر على شكل أنا غير منتظم وغير ناضج على مستوى التجهيز والتكيف، والدفاعات، ونأخذ مثال على ذلك، في حالة الإغواء الجنسي من طرف راشد، فإن الطفل يكون مشبع في هذه اللحظة وبشكل جد مبكر، وجد عنيف، وجد مكثف بعلاقته بالمعطيات الأوديبيية، وهذا التأثير أو الهياج التناسلي المبكر يشكل صدمة عاطفية حقيقية، وتلعب هذه الصدمة دور المفسدات الأولى للتنظيم وللتطور النفسي للفرد، فهي تبقى عالقة ومتوقفة في حقل التطور الليبيدي.

وهذا التطور يشاهد في الحال، وأحيانا لمدة جد طويلة، فيدخل الفرد في شبه كمون جد مبكر، وجد مستمر من الكمون العادي، ويشكل شبه الكمون المبكر تأثير كبير، ويكون المسؤول على سيرورة المراحل اللاحقة، خصوصا مرحلة الثوران والغليان العاطفي والوجداني المعروفة في المراهقة، إضافة إلى عدم النضج العاطفي فيتشكل ما يسمى بـ "الجذع التنظيمي المشترك للحالات الحدودية، والشكل التالي يوضح أكثر التشكل التنظيمي الحدي.



الشكل (4): الشكل البنائي الحدي

ولا يمكن اعتبار هذا الجذع المشترك كبنية حقيقية، بمعنى البنية الذهانية أو العصابية، فبأخذ المعايير العيادية للتثبيت، والصلابة في الأنواع، والخصوصية النهائية لأي تنظيم؛ فالحالات الحدودية تقع في وضعية منتظمة، ولكنها ليست مثبتة بنيويا، فهي عبارة عن جهد بسيط نسبيا غير مستقر، ومكلف

## علم النفس المرضي "السداسي الثالث" \_\_\_\_\_ د. بولحبال آية

بالنسبة للأنما، والذي يقع بين خطين كبيرين للبنيات الحقيقية، الأول (الخط الذهاني)، والذي يكون متجاوز، أما الثاني (الخط العصابي)، فلا يمكن أن يصاب من حيث التطور الغريزي ونضج الأنما. (ميسوم، 2017)

## السداسي الرابع

## المحاضرة الأولى

### التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 1

#### "النظرية السلوكية"

تعتبر النظرية السلوكية من أبرز الاتجاهات التي أثرت بعمق في تطور علم النفس الحديث، خاصة في ميدان علم النفس المرضي. نشأت هذه النظرية في أوائل القرن العشرين كرد فعل على الأساليب النفسية التي ركزت على العمليات اللاواعية، مثل التحليل النفسي.

وقد دعت المدرسة السلوكية إلى دراسة السلوك البشري من زاوية علمية وتجريبية قائمة على الملاحظة والقياس، مع رفض التفسيرات الغامضة التي لا يمكن التحقق منها عملياً، من هذا المنطلق تنظر النظرية السلوكية إلى الاضطرابات النفسية باعتبارها أنماطاً سلوكية مكتسبة، وليست نتيجة صراعات نفسية داخلية أو أعطال في بنية العقل، وإنما بسبب تعرض الفرد لتجارب بيئية غير مناسبة وتعلم خاطئ لبعض السلوكيات.

هذا التوجه منح النظرية السلوكية أهمية كبيرة في مجال علم النفس المرضي بفضل بساطتها وموضوعيتها وفعاليتها تطبيقاتها العملية، الأمر الذي جعلها أساساً يعتمد عليه في علاج العديد من الاضطرابات مثل القلق، الوسواس القهري، والرهاب.

#### 1- لمحة حول النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني فطري منعكس "فعل"، وهو ما يطلق عليه (مثير- استجابة)، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ودون اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر. (ملحم، 2001، ص44).

وتؤكد النظرية السلوكية على أن كلا من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم، وأن السلوك يتحدد بواسطة البيئة التي يعيش فيها الشخص ويكتسب منها سمات سلوكية معينة، وعلى سبيل المثال نجد أن هناك عواملاً تحدد ما إذا كان الشخص سوف يصبح مجرماً أو رجل دين، وهذه العوامل هي خبرات التعلم التي يكتسبها الفرد من البيئة، والسلوك المضطرب يظهر من عمليتي تعلم أساسيتين هما: الإشراف الكلاسيكي والإشراف الإجرائي.

والجدير بالذكر هنا أن النظرية السلوكية تركز في تفسيرها للسلوك المضطرب على الكيفية التي تم بها تعلم هذا السلوك المضطرب، ولا تركز على السبب. (فايد، 2004، ص. 43-44).

وعليه نجد أن النظرية السلوكية ركزت على النواحي التالية:

- 1- السلوك هو وحدة الدراسة النفسية، حيث يجب اختزال كافة النشاط البشري في سلوك أو أداء.
- 2- التأكيد على دور الخبرة والعوامل البيئية أكثر من العوامل الوراثية في السلوك.
- 3- يجب التخلي عن منهج الاستبطان في دراسة الظواهر النفسية، وإفساح الطريق المناهج التجريب والتياس العلمي.
- 4- يجب أن يركز علماء النفس على وصف السلوك وتفسيره والتنبؤ به وضبطه.
- 5- ضرورة بحث سلوك الحيوانات البسيطة للمساعدة في فهم سلوك الكائنات المعقدة.
- 6- ضرورة الاهتمام بنواتج السلوك أكثر من الاهتمام بالعمليات الداخلية.
- 7- النظر إلى السلوك على أنه عبارة عن ارتباطات تتشكل بين مثيرات واستجابات معينة. (الزغلول، الهنداوي، 2014، 37-38)

وعلى كل تفسر النظرية السلوكية الاضطرابات السلوكية وفق ما يلي:

- 1 - الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم سلبي ولهذا لا يجب اعتباره مرضاً.
- 2 - التركيز على خبرات الفرد وتاريخه.
- 3 - أصحاب النظرية السلوكية، عند التعامل مع الاضطراب السلوكي لا يعطون حكماً على الأشخاص وإنما يوصون بالعلاج فقط.
- 4 - يفترض أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي تسببه عوامل بيئية، ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب سلوكياً ليس مسؤولاً عن هذا الاضطراب (الريماوي وآخرون، 2004، ص 45).

## 2- الفروض الأساسية للنظرية السلوكية:

- 1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، سواء أكان السلوك سويماً أو مضطرباً.

2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السنوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.

3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي يؤدي إليها، وحدث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المصغريب.

4- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعا لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

6- يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً. (فاروق مصطفى، 2011، ص 85)

### 3- المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية:

✓ الشخصية: هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الأفراد.

✓ السلوك المتعلم: بمعنى ان كل السلوكيات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو شذوذها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة.

✓ الدافع: طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك، وقد يكون لدافع أولية (الجوع) أو ثانوية متعلماً (الخوف).

✓ المثير والاستجابة: وتقول النظرية بأنه لا بد لكل من مثير استجابة مناسبة له، فإذا كانت العلاقة بين المثير والاستجابة سليمة كان السلوك سلبياً، وإذا كانت العلاقة بينهما غير سوية كان السلوك غير سوي.

✓ التعزيز: وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبيت، وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي، أو قد يكون تعزيراً ثانوية مثل زوال الخوف ويؤدي انتعزير إلى تدعيم السلوك، وبدفع الإنسان تتكرر ذلك السلوك.

✓ التعميم: نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة.

✓ **الانطفاء:** وهو إيقاف التعزيز عن سلوك ما، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى تلاشي واختفاء ذلك السلوك وهو أيضاً ضعف من محمود السلوك المستعلم إذا لم يتم تعزيزه، أو إذا أرتبط شوطياً بالعقاب بندل الثواب.

✓ **العادة:** وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثير معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثها بنفس الشكل ولفترة زمنية طويلة.

وما توصلت إليه النظرية السلوكية، أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقفل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية ولكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ ويشكل مرضي. (فاروق مصطفى، 2011، ص 85-86)

#### 4- رواد النظرية السلوكية:

من أهم رواد النظرية السلوكية بعد مؤسسها جون واطسون نذكر:

1- ايفان بافلوف

2- إدوارد ثورنديك Edward L. Thorndike

1- كلارك هول Clark Leonard Hull

2- إدوارد تولمان Edward Tolman

3- بوروس فردريك سكينر B. F. Skinner (نجاتي، دس، ص 15)

#### 5- نظرية الاشراف الكلاسيكي "بافلوف":

بني هذه النظرية على ارتباط سيلان اللعاب للأبقار في مزرعة كان يعمل بها مع رؤيتها للراعي فكان يسميه باللعاب النفسي.

تنبه بافلوف لهذه الظاهرة وقام بتصميم تجربة وضع الكلب في المعمل لدراسة العلاقة الموجودة بين: المثير غير الشرطي والمتمثل في الطعام، والمثير الشرطي المتمثل في صوت الجرس، والاستجابة غير الشرطية المتمثلة في افراز اللعاب.

فوجد بافلوف أن المثير الشرطي صوت الجرس، يحدث استجابة شرطية إفراز اللعاب إذا اقترن بالمثير غير الشرطي الطعام . (النور، 2007، ص 100)

➤ مبادئ نظرية الاشتراط الكلاسيكي:

1- **الاكتساب:** يطلق الاكتساب على عملية اقتران المثير الشرطي "صوت الجرس" مع المثير غير الشرطي "الطعام" التي تكرر حدوثها إلى أن تظهر استجابة شرطية.

2- **التعزيز:** وهو مبدأ أساسي في نظرية بافلوف وهو "الطعام" في هذه النظرية.

3- **التعميم:** يعني الاستجابة للمثيرات المشابهة للمثير الشرطي.

4- **التمييز:** ويعني قدرة الكائن العضوي على إدراك الفروق بين المثير الشرطي والمثيرات الأخرى المشابهة

5- **الانطفاء:** ويشير إلى عملية اختفاء الاستجابة الشرطية بعد اختفاء المثير غير الشرطي لفترة طويلة. (النور، 2007، ص 102)

6- **نظرية الإشراف الإجرائي "سكينر":**

ما يميز نظرية سكينر في التعلم تركيزها على السلوك الإجرائي، وما يتبعه من مثيرات معززة تعمل على تقوية أو إضعاف العلاقة بين السلوك الإجرائي (الاستجابة/ الاستجابات) والمعززات سواء كانت إيجابية أم سلبية. وعلى ذلك يمكن صياغة قانون الإشراف الإجرائي وفق هذه النظرية كما يلي:

- يقوي احتمال ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بالمعززات الإيجابية، في حين يضعف ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بأي شكل من أشكال العقاب

- إن المثير في تجارب سكينر غير واضح (غير محدد سابقاً) ولم تتبع الاستجابة المثير، بل إن الاستجابة كانت عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة وسمي السلوك في تجارب سكينر بالسلوك الإجرائي وأصبحت نظريته تعرف بالاشراط الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في السلوك، وخاصة في المواقف التربوية. (فاروق مصطفى، 2011، ص 83)

وهكذا نرى أن اهتمام "سكينر" ينصب على الاستجابات نفسها، التي تصدر عن الفرد وليس على المثيرات القائمة في الموقف السلوكي، على اعتبار أن العمليات السلوكية تتكون من مجموعة استجابات

إجرائية، لا يرتبط كل منها بمثير محدد يعد هو المسؤول عن صدورها، كما يحدث في السلوك الاستجابي الذي تحدث عنه بافلوف. (عبد المجيد، 2004، ص114)

➤ المفاهيم المستخدمة في تفسيرات سكونر:

- **السلوك الاستجابي:** وهو السلوك الناتج عن وجود مثيرات محددة في الموقف السلوكي وتحدث الاستجابة بمجرد ظهور المثير مباشرة ومن هنا فالسلوك الاستجابي يتكون من الارتباطات بين المثيرات والاستجابات التي يطلق عليها الانعكاسات.

- **السلوك الإجرائي:** هو عبارة عن كل ما يصدر عن الكائن الحي في العالم الخارجي، وهو لا يرتبط بمثير محدد مسبقاً كما يحدث في السلوك الاستجابي، وليس هناك مثير معين يعمل على استدعاء الاستجابة الإجرائية.

- **الانطفاء:** هو تضائل أو اختفاء الاستجابة الشرطية نتيجة عدم تعزيزها بالمثير الطبيعي أو المثير غير الشرطي.

- **السلوك:** هو نشاط الكائن الحي القابل للملاحظة والاستنتاج وهو مركب يتضمن جوانب معرفية وحركية وانفعالية.

- **التعزيز:** تقديم أو إزالة شيء من الموقف يعمل على استمرار الاستجابة الصحيحة المرغوب تعلمها. وللتعزيز نوعان هما:

✓ **التعزيز المستمر:** حيث يحدث التعزيز فور كل استجابة إجرائية ويستخدم هذا النوع من التعزيز في المراحل الأولى من تدريب الكائن الحي على المهارة المطلوب تعلمها وهو أسهل أنواع التعزيز.

✓ **التعزيز المتقطع:** ويقدم في مرحلة لاحقة للمرحلة الأولى حيث يقدم التعزيز البعض الاستجابات الإجرائية دون غيرها.

- **العقاب:** تقديم أو إزالة شيء من الموقف يعمل على حذف أداء استجابة غير مرغوب فيها. (نجاتي، دس، ص25-26)

## المحاضرة الثانية

### التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 2

#### "النظرية المعرفية"

تعتبر النظرية المعرفية واحدة من أبرز الاتجاهات الحديثة في علم النفس المرضي، حيث ظهرت استجابة لنقص التفسيرات السلوكية التي ركزت بشكل رئيسي على السلوك الظاهر دون الاهتمام بالعمليات العقلية الداخلية، إذ جاءت هذه النظرية لتبرز أن طريقة تفكير الإنسان وتفسيره للأحداث تلعب دوراً جوهرياً في ظهور واستمرار الاضطرابات النفسية، مما أضاف بعداً أعمق لفهم السلوك الإنساني.

من هذا المنطلق لا تعزى الاضطرابات النفسية فقط إلى تجارب خارجية أو سلوكيات مكتسبة، وإنما ينظر إليها كنتيجة لطرائق تفكير مشوهة، أو تبني أفكار ومعتقدات غير عقلانية، أو سيطرة أنماط ذهنية تلقائية وسلبية على الفرد على سبيل المثال: الشخص الذي يفسر إخفاقاته على أنها دليل دائم على نقص قيمته الذاتية، يكون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.

#### 1- لمحة حول النظرية المعرفية:

جاءت هذه النظرية كرد فعل على النظرية السلوكية التي أهملت دور المعرفة والعمليات العقلية في السلوك، وهم بذلك يعتقدون أن سيكولوجية المثير والاستجابة لا تصلح لدراسة السلوك المعقد، وأن السلوكيين تجاهلوا أن الإنسان يمكن أن يفكر ويخطط ويتخذ القرار ويضع الأهداف بناء على ما يمكن أن يتذكره. ولهذا فإن السلوك عند المعرفيين هو نشاط قصدي يتمثل في تنفيذ خطة هدف معينة.

وتبلورت نظرة هذه المدرسة مع التطورات التي طرأت في علم النفس المعاصر والتي تكمن في الاهتمام الحاصل لفريق من علماء النفس تباينت اتجاهاتهم واهتماماتهم في الوقت الذي جمعهم نظرية واحدة أطلقوا عليها "علم النفس المعرفي". (سلام، 2017، ص 39-40)

ويبرهن علماء النفس المعرفيون على أننا لسنا مجرد كائنات نقوم بالاستقبال السلبي للمنبهات، فإن العقل يقوم بتجهيز المعلومات التي يتلقاها بطريقة فعالة ويحولها إلى أشكال جديدة. (عبد الخالق، 2000، ص 79).

حيث يفترض أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي يرجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، فالاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية، وإذا كان السلوكيون يعتقدون أن السلوك

المضطرب يتم تعلمه عن طريق الإشراف والتدعيم فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد أوضح "باندورا Bandura" أهمية العوامل المعرفية (أفكار الناس ومعتقداتهم) في تنظيم السلوك العدواني، فقد يميل بعض الأشخاص القائمين بالعدوان إلى تبرير استخدامهم للعدوان كأن يقول أن الضحية ظالمة أساسا أو أنها هي التي دفعت بي لارتكاب السلوك العدواني (لوم الضحية). (عبد القوي، 1995، ص.54)

وللنظرية المعرفية العديد من الرواد من أهمهم أرون بيك والبرت اليس، وسنفضل في هذه المحاضرة التناول النظري لكل منهما

## 2- النظرية المعرفية عند أرون بيك:

### 2-1- نظرة بيك للمرض النفسي:

ينطلق بيك في نظريته للمرض النفسي على فكرة مفادها أن النماذج المعرفية السلبية تدعم من طريق الأخطاء والمعتقدات المنطقية والخاطئة، مثل "لا أستطيع عمل أي شيء صائب"، أو عن طريق الأفكار التي تقلل إلى أدنى حد قيمة إنجازات الفرد مثل "أي فرد يمكن أن يفعل ذلك"، وتؤدي مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى تقدير ذات منخفض وكتابة وقلق. (فايد، 2005، ص.88)

ومنه نجد أن أرون بيك ينطلق في تفسيره من افتراضات أساسية تتمثل فيما يلي:

1- الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلفة وظيفيا، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.

2- هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك فهي تتفاعل مع بعضها بعضا، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع الحالات الثلاثة معا.

3- إن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.

4- إن الأبنية المعرفية للفرد الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلفة وظيفيا.

5- إن المعارف المختلفة وظيفيا قد تبدو غير منطقية للاخرين ، ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.

- 6- التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل .  
تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوباً هاماً لحدوث تغيير في انفعالاته وسلوكه .
- 7- التحريفات المعرفية يتم استثارها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- 8- المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- 9- إن المخططات غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- 10- إن المخططات المعرفية المختلفة وظيفياً هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
- 11- إن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغييرات جوهرية في الانفعالات والسلوك.  
(حسين ،2007، ص164)

وعليه يرى بيك أن الأفراد المضطربون سلوكياً لديهم صيغ معرفية سلبية، تتصف بما يلي:

- ✓ استدلال تعسفي أو خاطئ أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
- ✓ تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
- ✓ المبالغة في التعميم.
- ✓ التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.

✓ لوم الذات (فايد،2005، ص88)

2-2- المفاهيم الأساسية عند أرون بيك:

2-2-1- الأفكار الأوتوماتيكية أو الالية: هي مصطلح أطلقه "بيك" على الأفكار والصور الذهنية

التي تظهر بشكل لا ارادي خلال تدفق الوعي الشخصي.(محمد عيد :30،2008)

2-2-2- المخططات/المعتقدات: هي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة

المعلومات من المحيط وفهم التجارب

الحياتية، ويعتقد انها تسبب مختلف التشوهات التي تصيب مزاج المكتئبين.

ويعتمد مدى تأثير المخططات في الفرد على:

- درجة ثبات هذه المخططات.
  - مدى ما يراه الفرد أساسيا أمانته وسعادته.
  - ما تعلمه سابقا في مواجهة مخططاته.
  - البداية المبكرة التي انبثقت فيهل المخططات واندمجت في الذات.
  - قوة تعزيزها ومن قبل من.
  - هناك نوعان من المخططات سلبية "غير تكيفية" ايجابية "تكيفية"، وما يمكن أن يكون مخططا تكيفيا في وضع ما ربما يكون غير تكيفي في حالة أخرى. (بلان، 2015، ص368)
- 2-2-3- أخطاء التفكير حسب "بيك": تعرف اخطاء التفكير بانها تشويهات معرفية أو انها تفكير ملتوي، وتحديد الافكار الآلية واطفاء التفكير المتضمنة داخلها.

### 3- المعرفة عند ألبرت اليس:

لقد قدم ألبرت أليس 1977 نظرية في السلوك والشخصية أطلق عليها مصطلح نظرية "ABC نظرية العلاج العقلاني الانفعالي"، إذ يدل كل حرف من الحروف على معنى معين.

فالحرف A يعني "Activating Experience Event"، أي "الخبرة المنشطة" مثل: وفاة، رسوب، والخبرة المنشطة أو الحادثة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب السلوكي.

أما بالنسبة ل B فيعني "Belif System" أي "نظام المعتقدات" حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء المعتقدات الفرد، ونظام المعتقدات قد يكون عقلانيا "rational" "rB" هذه الأحداث واردة ومحتمل حدوثها في الحياة، أو غير عقلاني "irrational" "iB" هذه الأحداث غير واردة وغير متوقعة، فإذا تضمن نظام المعتقدات معتقدات غير عقلانية تتعلق بالخبرة المنشطة أو الحادثة أدى ذلك إلى نتيجة انفعالية. (سري، 2000، 172)

في حين C يعني "Consequence" أي النتيجة "استجابة انفعالية" والنتيجة قد تكون عقلانية "rC" "rational" " " صبر، رضا، اصلاح " أو غير عقلانية "irrational" "iC" "حزن، توتر، قلق". (زهران، 2005، 369)

وتعد نظرية " أليس Ellis " من الإسهامات القيمة ذات التوجه المعرفي والتي اهتمت بنشأة وأسباب الاضطرابات السلوكية، حيث تتلخص وجهة نظره في النقاط التالية:

- ✓ يرى أن هناك تشابكا بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر.
- ✓ إن أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة (عكس السلوك اللاعقلاني).
- ✓ إن التفكير اللاعقلاني هو نمط متحيز في التفكير ذو طبيعة ذاتية وغير منطقية.
- ✓ ينشأ التفكير غير العقلاني نتيجة للعديد من أساليب التعلم في الصغر.
- ✓ إن استمرار حالة الاضطراب السلوكي نتيجة لحديث الذات ، ومن خلال إدراكات الفرد للظروف والأحداث التي تحيط به والاتجاهات نحوها.
- ✓ إن أي فرد لديه مجموعة من الأفكار غير العقلانية تم تحديدها في مجموعة من الأفكار وهذه الأفكار هي المسؤولة عن الاضطراب السلوكي.

ولقد حدد أليس في كتابه "العقل والانفعال في العلاج النفسي" إحدى عشرة فكرة اعتبرها أفكارا لاعقلانية، هي المسؤولة عن الاضطرابات النفسية، وتؤدي إلى إحداث تشويش في التفكير لدى الفرد، وعدم التوافق مع الذات ومع الآخرين، إن هذه الأفكار موجودة لدى نسبة معينة من الناس في كل المجتمعات، فهي موجودة لدى الأطفال، المراهقين والبالغين الكبار، ويكون وراء هذه الأفكار مصادر مختلفة. (بوعزة، 2015، 24)

تتمثل هذه الأفكار فيما يلي:

**1- طلب الاستحسان "Demand of Approval":** وتتمثل في العبارة "من الضروري أن يكون الفرد محبوبا من كل الأفراد وبالذات ذوي المكانة المهمة في المجتمع" هذه الفكرة غير عقلانية، لأنها تعبر عن الرغبة لا يمكن للفرد تحقيقها وذلك أن ما يرضي الآخرين قد لا يرغبه هو نفسه، وما يرغب أن يفعله قد لا يرضي الآخرين، وقد يرضي بعضا ولا يرضي البعض الآخر، وهو ما يجعله في المحصلة يخسر احترامه لذاته واستحسانه لها.

**2- ابتغاء الكمال الشخصي "Personal perfection":** وتتمثل في عبارة "يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا بدرجة عالية تصل إلى مستوى الكمال"، هذه الفكرة تشعر الفرد بالإحباط وخيبة

الأمل وضعف الثقة بالنفس وتدني قيمة الذات، لأن هناك اختلاف بين الأفراد فيما يتمتعون به من قدرات وكفاءات، وكل فرد من المفترض أن يحاول الإنجاز حسب قدراته. (الحجري، 2013، 67-68)

3- اللوم القاسي للذات والآخرين "Blame Proneness": وتتمثل في عبارة "بعض الناس أشار وخبثاء لذلك يجب أن يعاقبوا ويلاموا بشدة على سلوكهم الشرير أو الخبيث" هذه الفكرة لاعقلانية لأن الأعمال الخاطئة التي ترتكب قد تعود إلى الجهل أو الاضطراب الانفعالي وكل إنسان عرضة للخطأ، والعقاب لا يؤدي إلى تعديل السلوك والشخص العادي والسوي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين إذا أبدوا له عيوبه، بل أنه يحاول أن يصحح سلوكه إذا كان خطأ.

4- توقع المصائب والكوارث "Castrophizing": وتتمثل في عبارة "إنها لكارثة أو مأساة عندما لا تحدث الأشياء كما نرغب لها أن تحدث أو عندما تحدث على نحو لا نتوقعه" هذه الفكرة غير عقلانية لأن التعرض للإحباط أمر عادي ومتوقع، ومن غير المنطقي أن يقابل الإحباط بالشعور بالحزن الشديد والدائم لأسباب منها: أن الأشياء لا تختلف عما هي عليه في الواقع، أن الشعور بالهم والحزن لن يغير الواقع، إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء موقف فالشيء الوحيد المعقول هو قبوله. (الزهراني، 2010، 42-43)

5- اللامبالاة الانفعالية "Emotional Irresponsibility": والتي تتمثل في العبارة "المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد التحكم فيها" هذه الفكرة غير عقلانية لأنه في الواقع بينما نجد القوى والأحداث الخارجية من الممكن أن تكون بدنيا مؤذية وضارة للفرد ولكنها قد تكون عادة ذات طبيعة نفسية، ولا يمكن أن تكون ضارة إلا إذا سمح الفرد لنفسه أن يتأثر بها نتيجة لاستجابته واتجاهاته.

6- القلق الزائد "Anxious Over Concern": ويتمثل في العبارة "هناك أشياء خطيرة ومخيفة تبعث على الارتياح والضييق وعلى الفرد أن يتوقعها دائما ويكون على أهبة الاستعداد للتعامل معها ومواجهتها عند وقوعها" هذه الفكرة غير منطقية لأن القلق من شأنه أن يمنع التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع شيء خطر، غالبا ما يشوش على التعامل الفعال مع الحادث الخطير عند وقوعه، يؤدي إلى تضخيم احتمالية حدوث حادث خطير، يجعل كثيرا من الأحداث المخيفة تبدو أكبر بكثير من واقعها. (بغورة، 2014، 85-86)

7- **تجنب المشكلات "Problems Avoidance"**: ويتمثل في العبارة "من السهل أن نقادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية على أن نواجهها" هي فكرة غير منطقية لأن تجنب القيام بواجب ما يكون غالبا أصعب وأكثر إيلاما من القيام به ويؤدي فيما بعد إلى مشكلات ومشاعر عدم الرضا، بما في ذلك مشاعر عدم الثقة بالنفس، كذلك فإن الحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة.

8- **الاعتمادية "Dependency"**: وتتمثل في عبارة "ينبغي على الفرد أن يكون مستندا على الآخرين وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه" بينما نعتمد جميعا على الآخرين بدرجة ما، فإنه لا يوجد سبب يجعلنا نريد من هذا الاعتماد إلى درجة قصوى، لأن ذلك يؤدي إلى فقدان الاستقلال الذاتي والفردية والتعبير عن الذات، والاعتماد على الآخرين يسبب اعتمادية أكبر واخفاقا في التعليم وعدم الأمن حيث يكون الفرد تحت رحمة أولئك الذين يعتمد عليهم. (خدير، بن كنون، 2012، 33-34)

9- **الشعور بالعجز وأهمية خيبات الماضي "Helplessness"**: وتتمثل في العبارة "الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها" هذه الفكرة غير عقلانية لأن السلوك الذي كان في وقت ما يبدو ضروريا في ظروف معينة قد لا يكون ضروريا في الوقت الحالي، والحلول الماضية للمشكلات السابقة قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات الحالية، والمؤثرات الماضية قد لا تؤدي إلى تجنب تحديد السلوك كنوع من الهرب أو التبرير، وعلى الرغم من صعوبة تغير ما سبق تعلمه إلا أن ذلك ليس مستحيلا.

10- **الانزعاج لمتاعب الآخرين "Upset For People's Problem"**: وتتمثل في العبارة "ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات" هي فكرة لاعقلانية لأن شعور الفرد بالحزن والتعاسة لمصاعب وأحزان الغير لن يساعدهم على حلها أو التغلب عليها، كما أن ذلك سيؤدي به إلى إهمال مشاكله الخاصة والتقصير في أداء واجباته وهذا يكون مصدرا جديدا للانزعاج.

11- **إبتغاء الحلول الكاملة "Perfect Solutions"**: ويتمثل في العبارة "هناك دائما حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة" هذه الفكرة غير منطقية لأنه لا يوجد حل صحيح وكامل لأي مشكلة، كذلك المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد

يؤدي إلى القلق أو الخوف، بالإضافة إلى الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول أضعف  
مما يمكن أن تكون. (حجازي، 2013، 49-50)

### المحاضرة الثالثة

#### التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 3

##### "النظرية الجشططية"

تعد النظرية الجشططية واحدة من الاتجاهات البارزة في علم النفس، وقد نشأت في ألمانيا بداية القرن العشرين كرد فعل على منهج التجزئة في دراسة السلوك الإنساني، وتستند هذه النظرية إلى مبدأ رئيسي يتمثل في أن "الكل أكبر من مجموع أجزائه"، بمعنى أن التجربة النفسية لا يمكن فهمها عبر تحليل مكوناتها الفردية فقط، بل يتعين النظر إليها كمنظومة متكاملة، امتد تأثير هذه النظرية ليشمل مجال علم النفس المرضي، حيث قدمت تفسيراً لظهور الاضطرابات النفسية من خلال مشكلات في تنظيم الإدراك أو اضطراب في تكامل التجارب النفسية.

#### 1- لمحة حول النظرية نظرية الجشططت:

يعتبر كل من كهلر، وكوفكا، وفرتهايمر من أبرز رواد النظرية الجشططية الأوائل مع مطلع القرن العشرين. ويرى هؤلاء العلماء أن تعلم السلوك يحدث نتيجة للإدراك الكلي للموقف، وليس نتيجة لإدراك أجزاء المواقف منفصلة.

وتقوم هذه النظرية على الأفكار التالية:

#### ✓ الكل أو الجشططت:

يرى علماء هذه المدرسة أن تعاملنا مع الأشياء من حولنا يخضع بالدرجة الأولى للإدراك الكلي والكيليات تتكون من مجموعة من العناصر اتحدت مع بعضها البعض أو انتظمت بشكل معين بحيث فقدت خصائصها الفردية الأصلية، وأصبح هناك خصائص جديدة للجشططت بكيته.

#### ✓ قانون الإدراك في الجشططت:

وهو عملية تنظيم المدخلات في خبرات لها معنى والإدراك في هذه المدرسة له قوانين متعددة تحكمه.

#### ✓ الاستبصار:

وهو طريق التعلم والمعرفة عند الجشططيين، فهم الذين وضعوا قواعد وأسس التعلم بالاستبصار. وهو التعلم القائم على إدراك الفرد لعناصر الموقف التعليمي والعلاقات الرابطة بين هذه العناصر.

فالمعرفة الناتجة عن عملية الاستبصار يتوقع منها أن تساعد الفرد على التوافق مع ما يعرفه، وكذلك بالنسبة للإنسان فإنه لا يعرف نفسه أو ذاته إلا عن طريق الاستبصار لتنظيم الذي يضبط حركاتها وسلوكياتها، وبالتالي يكون قادراً على التوافق الداخلي مع ذاته، والتوافق الخارجي مع البيئة الطبيعية أو الاجتماعية والروحية، وبالتالي التمتع بالصحة النفسية. (المطيري، 2005، ص 64)

## 2- مبادئ نظرية الجشطلت:

لقد توصلت نظرية الجشطلت للعديد من المبادئ وقد استمدوها من جوانب مختلفة، ولعل أهم هذه المبادئ النظرية ما يلي:

- ✓ مبدأ الإغلاق: القائل أن الجشطلت غير مكتمل ويسعى إلى الاكتمال.
- ✓ مبدأ السلوك الكلي: الذي يعتبر الكل أكبر من مجموعة أجزاء.
- ✓ مبدأ السياق البيئي للشخص: والذي يؤكد أن السلوك الإنساني لا يفهم إلا من خلال البيئة المحيطة به.
- ✓ مبدأ الشكل والأرضية: والذي يرى بأن الشكل هو العنصر يكون محط الانتباه في إدراك الشخص، أما الأرضية ما يأتي خلف الشكل، فالإنسان يختبر العالم حسب هذا الشكل. (عبد الرحمن، 2018، ص 36-37)

## 3- نظرية المجال والصحة النفسية:

عتبر العالم النفساني كيرت ليفين مؤسس نظرية المجال التي استمدت فكرتها من المدرسة الجشطلتية، التي نشأت مع مطلع هذا القرن في ألمانيا على يد كوفكا، وكهлер، وغيرهما، وازدهرت في فترة قصيرة في أمريكا، ورغم قصر مدة ازدهارها فقد قدمت مجموعة الأفكار والنظريات وساهمت في إثراء التراث السيكلوجي بوجه عام.

وفي هذه النظرية أشار كيرت ليفين إلى أن السلوك هو وظيفة المجال الذي يوجد في الوقت الذي يحدث فيه السلوك، ونتيجة لقوى ديناميكية محرّكة، يبدأ التحليل الكلي يتميز الأجزاء المكونة ويعرف المحال بأنه جمع الواقع الموجود معاً، والتي تدرك بأنها بعضها على البعض الآخر.

ولكل فرد مجاله الحيوي الذي يتكون من مكونات ثلاثة وهي:

- ✓ الشخص: وهو مجموعة من الخلايا المركزية المحيطة.

✓ **البيئة النفسية:** وهي المنطقة الفاصلة بين الشخص وعالمه الخارجي، ومن خلالها تنفذ المثيرات الخارجية القادمة من العالم الخارجي، لتتلون بلون خاص بالفرد ذاته، قبل أن تصل الخلايا إلى الخلايا المكلفة بالتعامل معها.

✓ **العالم الخارجي:** وهو كل ما يحيط بالفرد، ونعني بذلك البيئة الطبيعية مثل الأرض، المناخ العمران الآلات والمخترعات والبيئة الاجتماعية الثقافية مثل الناس بعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم.

### ➤ الصحة والمرض عند نظرية المجال:

يعتمد تحقيق الصحة النفسية عند الفرد على أداء الوظائف التي يفرضها عليه المجال الحيوي عنده والمتمثلة في تلقي المثيرات والاستجابات الناجحة لها.

أما الإنسان المريض فهو الذي يعاني اضطراباً ما في الوظيفة الناتجة عن خلل ما، إما في الجدران الفاصلة أو في إحدى مكونات المجال الحيوي، فالفرد غير القادر على أداء الاستجابة الناجمة عن المثيرات المنبعثة من العالم الخارجي لا يمكنه أن يتوافق مع ذلك العالم، وبالتالي لا يمكنه التمتع بالهدوء النفسي. (المطيري، 2005، ص 64)

### ➤ استنتاج:

من خلال طرحنا السابق لنظريات الجشطلت نجدها تفسر الاضطرابات النفسية من منظور إدراكي - وجودي، حيث ترى أن الخلل النفسي لا ينبع من صراعات لاواعية (كما في التحليل النفسي) أو من سلوكيات متعلمة (كما في النظرية السلوكية)، بل من فشل الفرد في إدراك ذاته وواقعه بشكل متكامل، وافتقاره إلى الوعي الكامل بتجاربه الحاضرة.

وفقاً لهذا التصور، تنشأ الاضطرابات النفسية نتيجة لعدة عوامل مترابطة، أهمها:

- **عدم إغلاق الصور النفسية غير المكتملة:** حين يمر الفرد بتجارب مؤلمة أو غير مكتملة (مثل مشاعر الغضب، الفقد، أو الذنب)، ولا يعالجها أو يواجهها بوعي، تبقى هذه التجارب "مفتوحة" في وعيه أو لاوعيه، مما يخلق توتراً نفسياً مستمراً، ويؤثر على توازنه الداخلي.

- **انفصال الفرد عن الحاضر:** تعتقد الجشطلت أن الكثير من الاضطرابات تنشأ عندما يفصل الإنسان عن "الآن وهنا"، أي حين يبقى أسير الماضي أو غارقاً في القلق من المستقبل، مما يجعله غير قادر على التفاعل مع واقعه بشكل واع ومتكامل.

- التجزئة النفسية وفقدان التكامل: يرى المنظور الجشطالتي أن الشخص المضطرب يعاني من تجزئة داخلية، حيث تتفصل مشاعره عن أفعاله، أو يتناقض فكره مع سلوكه، مما يؤدي إلى الإرباك والقلق والصراع الداخلي.

- غياب المسؤولية الشخصية: من علامات الاضطراب النفسي حسب الجشطلت هروب الفرد من تحمّل مسؤولية قراراته وسلوكياته، وإلقاء اللوم على الآخرين أو الظروف، وهو ما يُعيق النمو النفسي ويعزز حالة العجز.

## المحاضرة الرابعة

### التناولات النظرية في تفسير الاضطرابات النفسية 4

#### "النظرية الانسانية"

النظرية الإنسانية تعد واحدة من الاتجاهات الأساسية في علم النفس المعاصر، وقد برزت خلال خمسينيات القرن العشرين كرد فعل على الطبيعة الحتمية والمبسطة لكل من التحليل النفسي، الذي يركز على اللاوعي والغرائز، والنظرية السلوكية التي تختزل الإنسان في سلوكه الظاهر فقط، حيث جاءت هذه النظرية لتعيد التركيز على الجوانب الذاتية والوجودية للإنسان، مع التأكيد على قيم جوهرية مثل الحرية، الإرادة، النمو الشخصي وتحقيق الذات.

في سياق علم النفس المرضي، ترى النظرية الإنسانية أن الاضطرابات النفسية ليست مجرد أمراض يجب التخلص منها، بل هي إشارات لمعاناة داخلية تتبع من انقطاع الإنسان عن ذاته الحقيقية أو من بيئة تعوق تطوره الطبيعي، وبعيدا عن تصنيف الإنسان على أنه "مريض" أو "مختل"، تركز هذه النظرية على دراسة العوامل النفسية التي تحول بين الفرد وبين قدرته على التعبير عن إمكانياته الفطرية.

#### 1- لمحة حول النظرية الإنسانية:

تشكل النظرية الإنسانية القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكية وهو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة ورؤى مشتركة، والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدا بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني عندما اخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكانياته من أبرز روادها: كارل روجرز، وإبراهام ماسلوا. (ابريعم، دس، ص8)

#### 2- مبادئ النظرية الانسانية:

- التجربة الشعورية للفرد أي التجربة التي يعيشها الفرد ويستطيع وصفها يجب أن تكون المصدر الأساسي للمعلومات.
- الإنسان وحدة متكاملة لا ينبغي تقسيمه إلى أجزاء فالكل كلما يقول الإنسانون أكبر من مجموع أجزائه ثم إن كل جزء لا يمكن معرفته معرفة دقيقة في موقعه في الكل وهي علاقته مع بقية الأجزاء.

- رغم أن الوجود الإنساني له حدود تقيده ولا يستطيع الإنسان تجاوزها إلا أن هناك قدرا لا يمكن تجاهله من الحرية والاستقلالية يستطيع أن يستفيد منها في إيجاد معنى لوجوده.
- الطبيعة الإنسانية غير قابلة للتعرف القاطع النهائي ولذلك فإن تعميماتنا حول الإنسان ليس لها الأساس العلمي.
- الإنسان مدفوع بطبعه لعمل الخير وليس شرا كما يراه وليس حياديا كما يراه السلوكيين.
- لدى كل فرد دافع رئيسي للنمو والإبداع إذا لم تقف أمامه العوائق فإنه يستطيع تحقيق ذاته. (محمد، 2004، ص37)
- إن الوجود الإنساني هو الحقيقة الوحيدة في الكون والفرد الإنسان هو أهم قضية في الحياة.
- وجود الإنسان يسبق ماهيته، وهو الذي تحققها بحرية.
- إن الحرية تمثل القضية الأساسية في حياة الإنسان والإنسان له الحق في تحديد القيم الحياتية لنفسه، الحرية عند الوجوديين أعظم صديق للإنسان.
- العالم المادي لا معنى له دون وجود الإنسان.
- تحرير الإنسان من قيود الأعراف الاجتماعية والعقائد الدينية وكل ما يقيد حريته أمر واجب.
- إن حياة الإنسان تنتهي بالموت، فبالموت يتوقف الإنسان عن تحقيق ما يريد.
- الإنسان عقل وجسم ووعي يتفاعل مع معطيات الحياة لتحقيق ماهيته وشخصيته الإنسانية. (عطية، 2008، ص139)

### 3- نظرية كارل روجرز:

#### 3-1- مسلمات النظرية:

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

- ✓ **الخبرة:** يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه أو من داخله وهذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق السرور والتوافق النفسي لديه وبعضها غير سار لأنها لا تتسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ولا مع القيم الاجتماعية وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا و عدم التوافق.

- ✓ **الفرد:** يرى روجرز إن لدى كل فرد دافعا قويا لتحقيق ذاته، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصا الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومسؤولين
- ✓ **السلوك:** السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معا من أجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع، ومعظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فإنه لن يرضى عن السلوك ويلجأ إلى إنكار ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.
- ✓ **المجال الظاهرياتي:** وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو سواء كان إدراكه صحيحا أو خاطئا، والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات هو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالاشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد.

### 3-2- فرضيات نظرية:

قدم روجرز مجموعة من الافتراضات تمثل مجتمعة نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك، حيث تحاول هذه النظرية تفسير الظواهر المعروفة السابقة وكذلك الحقائق الخاصة بالشخصية والسلوك، وتتضمن هذه الافتراضات ما يلي:

- 1- إن كل فرد يوجد في عالم من الخبرات المتغير هو مركزه، وأن هذا العالم المتغير هو المجال الظاهري، وإن هذا العالم في معظمه لا شعوري وجزءا صغيرا منه هو الذي يدركه الفرد شعوريا، غير أن هذه الخبرات اللاشعورية يمكن أن تصبح شعوريا عند الحاجة، حيث أنها توجد في اللاشعور هذا العالم الخاص من الخبرة لا يمكن أن يعرفه إلا الفرد نفسه وإن المعالج يمكنه التعرف على هذا العالم إلا من خلال الفرد نفسه ولكن قد لا يكون الفرد لديه القدرة على هذه المعرفة ويقوم المعالج هنا بدور المساعد لتنمية هذه القدرة لدى العميل، وبناءا على ذلك فيكون الشخص أفضل مصدر للمعلومات عن خبراته وعما يوجد في عالمه الخاص.
- 2- يستجيب الفرد للمجال الظاهري ككل منظم بمعنى إن الفرد يستجيب للمجال بطريقة جشطالتيية أي يفرض فكرة تجزئة المجال.
- 3- نزعة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الفرد الذي يعيش الخبرة فالفرد نظام واحد ديناميكي يعد الباعث الواحد فيه تفسيرا كافيا للسلوك بأكمله.

4- سلوك الفرد في أساسه محاولة موجهه نحو هدف، و الهدف هو إشباع الحاجات التي يخيئها الفرد في مجاله كما يدركه.

5- كل سلوك موجه يصدر عن الفرد يصاحبه انفعال يسهل له مهمته، وتختلف شدة الانفعال طبقا لما يحمله الموقف من أهميته بالنسبة للفرد.

6- إن أفضل محاولة لفهم السلوك تكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه والذي يفصح عنه في اتجاهاته.

7- تتمايز الذات من المجال الإدراكي الكلي والذات هي مجموع الخبرات التي تنسب جميعها إلى سيئ واحد هو الأنا.

8- نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومع آراء الآخرين المستمرة تجاه الفرد يتكون مفهوم الذات هو نمط تصوري منظم، مرن ولكن متسق من ادراكات وعلاقات إلى (أنا) أو ضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفهومات

9- تشكل القيم المرتبطة بالخبرة المباشرة بالبيئة والقيم التي يستخدمها الفرد عن الآخرين جزءا من بناء الذات.

10- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى:

- صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات.
- يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات.
- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية.

بمعنى إن الإدراك انتقائي ويتحدد هذا الانتقاء بمحك أساسي هو مدى اتساق الخبرة مع صورة الذات لدى الفرد في أثناء عملية الإدراك.

11- اتساق الذات، تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته.

12- قد يصدر سلوك عن خبرات و حاجات عضوية لم تصل إلى مستوى التعبير الرمزي، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات.

13- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الفرد عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور.

14- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للفرد بأن تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسعة مع مفهوم الذات.

15- تدرك الخبرات التي لا تتسق ومفهوم الذات كتهديد، وتقيم الذات دفاعاتها ضد الخبرات المهددة عن طريق إنكارها على الشعور.

16- في ظل ظروف معينة يمكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثيل الخبرات إلي لا تتسق مع مفهوم الذات وجعلها متضمنة في بناء الذات.

17- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين و أكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين.

18- ولكي يتحقق للفرد توافق متكامل وصحي لا بد له إن يقيم خبراته باستمرار حتى يحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم. (فهيم علي، 2010، ص144-147)

### 3-3- نظرة كارل روجرز للاضطراب النفسي:

يرى روجرز أن سلوك الفرد ينبع من الرغبة في تحقيق الذات من خلال تحقيق قدراته وتطويرها وبناء علاقات اجتماعية سوية، ويتحقق ذلك من خلال عملية التقييم المتواصل للخبرات الانسانية، فالخبرات التي تدرك على أنها تعزز الذات تقيم على أنها جيدة فتعزز، بينما الخبرات التي تدرك على أنها لا تعزز الذات فإنها تقيم على أنها رديئة وبالتالي يتم تجنبها.

ويشير روجرز في تفسيره للسلوك اللاسوي لدى الفرد إلى اضطراب في نمو الذات لديه بسبب إدراكاته الخاطئة لطبيعة العلاقة مع الآخرين، فعندما يدرك الفرد ذاته فإنه يتطور لديه بشكل تلقائي الحاجة التي أسماها روجرز الاحترام الايجابي بمعنى الحصول على التعاطف الوجداني والاستحسان من الناس المهمين.

فالفرد الذي يعاق نموه نحو تحقيق ذاته ينشأ لديه ما يسميه روجرز التنافر أو عدم التطابق بين مفهوم الذات وبعض التجارب، وهذه الخبرات التي تتنافر مع الذات تشكل مصدر تهديد ونوع من أنواع القلق، مما يتطلب من الفرد أن يتحصن ضده، وليس هناك طريقة للوصول إلي ذلك غير إنكار أو تحريف جوانب إدراك الفرد لبعض خبراته وممارسة الحيل الدفاعية، وهذه جميعها تمنع الفرد من أن يعيش ويمارس خبراته بحرية وتكون النتيجة الإصابة بالاضطرابات النفسية. (حسين صالح، 2009، ص131)

### 4- نظرية الحاجات لابراهيم ماسلو:

قام عالم النفس الأمريكي إبراهيم ماسلو بصياغة نظرية فريدة ومتميزة في علم النفس ركز فيها بشكل أساسي على الجوانب الدافعية للشخصية الإنسانية، حيث قدم ماسلو نظريته في الدافعية الإنسانية حاول فيها أن يصيغ نسقاً مترابطاً يفسر من خلاله طبيعة الدوافع أو الحاجات التي تحرك السلوك الإنساني وتشكله.

وأخذت هذه النظرية عدة تسميات، نظرية الدافعية الإنسانية، نظرية سلم الحاجات ونظرية التدرج الهرمي، حيث تعتبر من أقدم النظريات التي سعت لتفسير حاجات الفرد. (جنان، 2016، ص74)

في هذه النظرية يفترض ماسلو أن الحاجات أو الدوافع الإنسانية تنتظم في تدرج أو نظام نظام متصاعد من حيث الأولوية أو شدة التأثير، فعندما تشبع الحاجات الأكثر أولوية أو الأعظم قوة وإلحاحاً فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمي تبرز وتطلب الإشباع هي الأخرى وعندما تشبع نكون قد صعدنا درجة أعلى على سلم الدوافع... وهكذا حتى نصل إلى قمته، وقد بنى ماسلو نظريته انطلاقاً من فرضيتين أساسيتين:

- تنشط الحاجات المختلفة في أوقات مختلفة، وتبقى الحاجات غير المشبعة هي التي تؤثر على سلوك الإنسان.
- ترتب الحاجات بشكل ثابت على شكل سلم وحسب أهميتها، فسلوك الفرد ينشط بوجود نقص، أو حاجة توجه الفرد لتخفيف التوتر الذي يسببه النقص، وبالتالي فالتوتر يقود الفرد إلى القيام بسلوك يتوقع أن يشبع الحاجة. (جنان، 2016، ص76)

هذه الحاجات والدوافع وفقاً لأولوياتها في النظام المتصاعد كما وصفه ماسلو هي كما يلي:

✓ **الحاجات الفيزيولوجية:** وتتمثل في الحاجات التي لا يستطيع الإنسان الاستغناء عن إشباعها للمحافظة على استمراره على قيد الحياة كالغذاء والهواء والمسكن، والراحة، وهي حاجات مرتبطة بالبقاء وتشبع لدى معظم الناس بدرجات متفاوتة، ويرى ماسلو أن الحصول على إشباعها يؤدي إلى تحرير الفرد من سيطرة حاجاته الفيزيولوجية، وإتاحة الفرصة الكافية لظهور الحاجات ذات المستوى الأعلى.

✓ **حاجات الأمن والسلامة:** تشير هذه الحاجات إلى رغبة الفرد في العيش بسلام وطمأنينة بعيداً عن أعراض القلق والاضطراب والخوف، ومع حاجته الدائمة للحماية من الأخطار الجسمية والصحية والبدنية، حيث يشعر الفرد بقدر من الاطمئنان، ولا يتوقف الأمن عند الحدود المادية فحسب بل حتى الأمن النفسي والعلائقي من خلال علاقات متزنة مع الأفراد وزملاء العمل.

✓ **الحاجات الاجتماعية:** هي حاجات يرضيها ويشبعها شعور الفرد بأن له قيمة اجتماعية، وهي حاجة تجعل الفرد أن يكون موضع القبول والتقدير والاحترام لدى الآخرين، وأن تكون له المكانة الاجتماعية المناسبة، ويكون في مأمن من استهزاء اجمتمع ونبذه وعدم قبوله. هذا وقد عبر عنها

بحاجات الحب والانتماء من خلال الارتباط بأفراد آخرين، والقبول من جانب الآخرين وإشباع هذه الحاجات يشعر الفرد بالامتنان، وعدم إشباعها يتسبب في ظهور أعراض سوء التكيف.

✓ **الحاجة إلى التقدير والاحترام:** تظهر هذه الحاجة من خلال رغبة الفرد في الشعور بالأهمية والمكانة البارزة في السلم التنظيمي أو بين الأقران، وبقدرته على تحمل المسؤولية والتنفيذ والإنجاز، بالإضافة إلى العمل على تنمية الذات باكتساب مهارات وإضافة معلومات حيث يعزز ذلك لدى الفرد الشعور باحترام ذاته ومن طرف المحيطين به.

✓ **الحاجة إلى تحقيق الذات:** تعتبر أعلى مستوى في الهرم، وهي الحاجة إلى أن يحقق المرء ذاته، وذلك بالاستفادة القصوى من القدرات والمهارات للتطور واستخدام أساليب إبداعية لتحقيق الدور الاجتماعي للتقدم والنمو. (جنان، 2016، ص 77-80)

#### 4-1- نظرة ماسلو للاضطراب النفسي:

يتقاطع تفسير ماسلو للسلوك الإنساني مع روجرز في النظر إلى أن تحقيق الذات عملية مهمة جدا في تحديد طبيعة سلوكه سواء كان سويا أو مضطربا فهي عملية نمو مستمر لا تنتهي إلا بنهاية حياة الفرد.

لذلك فإن تحقيق الذات لدى الطفل يمر من خلال إشباع حاجاتهم تبعا لتدرجها الهرمي في ظل ظروف ملائمة لتحقيق هذه الإشباعات ميزتها الدفاء والقبول، فالأطفال ينتقلون من مستوى إلى مستوى آخر في هرم الحاجات إلى أن يصلوا مرحلة الرشد، عندها يكونون قد بلغوا النقطة التي سينطلقون منها نحو تحقيق الذات.

أما إذا كانت بيئة الأطفال تفتقر إلى الحب وغير مستقرة وذات مطالب تفرضها عليهم، عندها سيظلون عندما يبلغون مرحلة الرشد منشغلين بتحقيق الحاجات الدنيا وغير قادرين على تكريس أنفسهم لتحقيق الحاجات العليا وبالذات الحاجة إلى تحقيق الذات، فعلى سبيل المثال أن الحاجة غير المشبعة للحب ستحرمنا من تطوير الشعور بتقدير الذات. وعندما يكون تقدير الذات منخفضا فإن هذا سيجعلنا نقبل بأعمال أو وظائف عادية، وبكلمة موجزة إن عدم تحقيق الذات هي من وجهة نظر ماسلو ما يطلق عليه السلوك الشاذ.

ويجب الإشارة هنا إلى أن هذه النظرة التي تقدم بها ماسلو تشكل إضافة فريدة في العلاج النفسي، فما يشغل بال ماسلو ليس السلوك الشاذ بحد ذاته، وإنما فشل الفرد في التقدم نحو تحقيق ذاته، لهذا فإنه يرى بأن علم النفس يجب أن لا يحصر نفسه في معالجة الاضطرابات إنما في أن يساعد الفرد أيضا على أن

يعيش حياة مبدعة، فالفرد المضطرب نفسيًا طبقًا لما سلو هو ذلك الذي حرم أو حرم نفسه من الوصول إلى إشباع حاجاته الأساسية، فيشعر بالتهديد وانعدام الأمن والاحترام القليل للذات وما دامت هذه الحاجات لا تتحقق إلا من خلال الاتصال بالآخرين، فإن العلاج النفسي ينبغي أن يقوم على الاتصالات الشخصية الاجتماعية الإنسانية. (حسين صالح، 2009، ص 131)

## المحاضرة الخامسة

### الوحدات المرضية الكبرى في التصنيفات العالمية "الذهان، العصاب"

تعد الوحدات المرضية الكبرى، مثل الذهان والعصاب من الركائز الأساسية في التصنيفات النفسية العالمية، كالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

تتميز هذه الفئات بأهميتها في تفسير طبيعة الاضطرابات النفسية، نظرا لما تعكسه من أشكال متنوعة للخلل في التفكير، والعاطفة، والسلوك، فالذهان يمثل أحد أشكال الاضطرابات العقلية الحادة، حيث يتسم بفقدان الاتصال بالواقع وظهور أعراض مثل الهلاوس والهذيان واضطرابات التفكير والانفعالا، إذ يعكس اختلالا عميقا في الجوانب النفسية والعصبية للفرد، وغالبا ما يتطلب أساليب علاجية مكثفة للتعامل معه،

أما العصاب فيشير إلى اضطرابات نفسية أقل شدة بالمقارنة مع الذهان، فيه يحتفظ الفرد بدرجة من التواصل مع الواقع لكنه قد يواجه مشكلات مزمنة مثل القلق، الاكتئاب، الوسواس، أو حالات الرهاب، غالبا ما يكون الشخص المصاب بالعصاب واعيا بمشكلته ويتمتع بقدر من البصيرة حول حالته.

ورغم التحولات التي طرأت على استخدام مفهومي الذهان والعصاب في التصنيفات الحديثة، لا تزال لهما أهميتهما السريرية والنظرية الكبيرة، إذ يسهمان في فهم آليات الأمراض النفسية وطرق التعامل العلاجي معها.

### أولاً- الذهان:

#### 1- تعريف الذهان:

يعرف الذهان وفقا لموسوعة علم النفس، بأنه أحد التصنيفات الرئيسية للاضطرابات العقلية، ويتم بحدوث تغير جذري في الشخصية، إلى جانب اضطراب أو تدهور في الإدراك الواقعي، كما يعد الذهان عرضا شائعا في العديد من الاضطرابات النفسية، من بينها اضطرابات المزاج، واضطرابات الشخصية، والفصام، والاضطراب الهذيان، كما قد ينجم عن تعاطي المواد المخدرة أو الكحول.

إضافة إلى ذلك، يعتبر الذهان السمة الأساسية في عدد من الاضطرابات الذهانية مثل الاضطراب الذهاني الحاد، والاضطراب الذهاني المزمن، والذهان الناتج عن حالات طبية عامة، أو عن استخدام مواد

كيميائية أو مخدرة، وتشير هذه الخصائص إلى أن الذهان ليس اضطرابا منفردا، بل إطارا شاملا لمجموعة من الأعراض التي تعكس اختلالا عميقا في علاقة الفرد بالواقع. (Bonnie Strickland,2001,P523)

يعرفه وكفيلد على أنه قصور أو إختلال وظيفي مؤذي أو ضار ويعرف أيضا على أنه خطر أو عجز يصعب التنبؤ به ويعد هذان التعريفان في رأيه أكثر تحديدا أو تطابقا مع تعريفات الدليل التشخيصي والاحصائي الاصدار الرابع. (صالح، وزروالي، وهنداوي، 2023، ص43)

كما يعرف زهران الذهان على أنه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي للجنون من حيث احتمالية إيذاء المريض لنفسه أو غيره أو عجزه عن الرعاية الذاتية. ويلاحظ في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويبه، والاضطراب الانفعالي الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك. (الزهران، 2005، ص527)

## 2- أسباب الذهان:

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

- ✓ الاستعداد الوراثي.
- ✓ إصابة الدماغ التي تؤدي إلى تلف خلاياه.
- ✓ يظهر عند الحالات التي لديها اضطرابات عصبية كالصرع.
- ✓ ينتج عن الاضطرابات العقلية المختلفة.
- ✓ التسممات الدوائية والمواد السامة، والإكثار من العقاقير والأدوية والمنشطات.
- ✓ تناول الكحوليات أو المخدرات لفترة طويلة أو التسمم بها.
- ✓ التسمم عن طريق المعادن والمواد الكيميائية.
- ✓ الضغوط النفسية المتكرر ولمدة زمنية طويلة، والأزمات والمشاكل والصدمات النفسية والاجتماعية.
- ✓ الحوادث الوعائية والصدمات الدماغية، والأورام والأمراض العضوية الدماغية.
- ✓ عوامل العدوة الفيروسي والبكتيري.
- ✓ حالات الحزن والحداد والاكتئاب الحادة والعميقة.

✓ الاختلال على مستوى النواقل العصبية والهرمونات خاصة الدوبامين والسيروتونين. (بن دربال، 2010، ص55-56)

### 3- الأعراض الإكلينيكية للذهان:

#### 3-1- على مستوى الإدراك:

✓ الهالوس: وهو إدراك بدون موضوع مدرك واقعي وحقيقي ملموس، وتتعدد الهالوس حسب الحواس، فهناك البصرية منه (رؤية أشياء ... أشخاص)، والسمعية (سماع أصوات)، واللمسية والحرارة والشمية والدوقية، والهالوس الداخلية (إحساسات داخلية لأشياء في الجسد) وهالوس نفسية (سماع أصوات داخل الرأس، في الحلق أو المعدة).

✓ الخداع "الهذانات": وهو تشويه للموضوع المدرك مع وجود موضوع حقيقي ولموس إلا أنه تم تشويبه معرفيا، مثل تشويه صورة ظل ستار النافذة إلى وحش أو التحريفات السمعية كتحريف بعض الكلمات أنها شتم أو أنها رموز كونية.

✓ سوء التوجه في الزمان والمكان: كثيرون من مرضى الذهان سيء التوجه أي أنهم لا يعرفون الوقت أو المكان أو الأشخاص. فيقال إن الشخص سيء التوجه بالنسبة للزمان إذا كان لا يعرف التاريخ بالتقريب، ويقال إنه سيء التوجه بالنسبة للمكان إذا كان لا يعرف أين هو . وفي بعض الحالات يكون سوء التوجه دليلا على التفكك أو الخلط، ولكنه في حالات أخرى قد ينشأ عن الخبل. (بن دربال، 2020، ص56-57)

#### 3-2- على مستوى الذاكرة:

✓ تشوهات معرفية على مستوى الذاكرة تحريف الذكريات وتوجيهها فقط إلى ما هو سلبي دون ما هو إيجابي مثل ما يحدث في اضطراب الاكتئاب. (بن دربال، 2020، ص57)

#### 3-3- على مستوى التفكير:

✓ تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا، واضطراب التفكير، بوضوح فقد يصبح ذاتيا وحرفيا وخياليا وغير مترابط، ويضطرب سياق التفكير وتذبذب الأفكار أو تأخرها والمداومة والعرقلة والخلط والتشتت وعدم الترابط ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الأوهام مثل أوهام العظمة أو الإضطهاد أو الإثم...، ويظهر اضطراب الفهم بشدة وعادة ما يكون التفاهم مع المريض صعبا واضطراب الذاكرة والتداعي وتظهر أخطاء الذاكرة كثيرا واضطراب الإدراك ووجود الخداع والهالوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والجنسية، ويلاحظ اضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته فقد يكون سريعا أو بطيئا واضطراب كفه بالنقصان أو الزيادة واضطراب ،محتواه حيث يصبح في

بعض الأحيان لغة جديدة خاصة ، ويشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها مع انفصال كامل عن الواقع وعدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون معه وقد يرفضه. (بن دربال، 2020، ص57)

### 3-4- على المستوى الانفعالي والمزاجي:

يعاني المريض العقلي من اضطرابات حادة في الجانب الانفعالي والمزاجي، حيث تظهر الانفعالات بصورة غير متزنة، وتفترق إلى التناسب مع المواقف، مما يؤدي إلى فقدان الاتساق والثبات الانفعالي، وتتمثل هذه الاضطرابات في مظاهر متعددة منها:

✓ الإفراط في مشاعر التشاؤم واليأس والقنوط، والتي قد تصل في بعض الحالات إلى التفكير الانتحاري أو السلوك الانتحاري الفعلي.

✓ كما قد يظهر المريض في حالات من البهجة والفرح المفرط دون وجود مبرر واقعي، وهو ما يثير استغراب المحيطين به.

✓ كذلك قد يتسم سلوك المريض بالاندفاع الانفعالي والثوران لأسباب تافهة، مصحوبا بتقلبات وجدانية متكررة بين مشاعر الانشراح والانقباض.

✓ وفي حالات أخرى، يبدو المريض فاقدا للاستجابة الانفعالية تماما، حيث لا يظهر أي تفاعل عاطفي مع مواقف تستدعي مشاعر الغضب أو الخوف أو الفرح أو الحزن، نتيجة لتبديل وجداني واضح، وعدم قدرته على تنظيم انفعالاته بسبب الاضطراب الداخلي والمشاعر المتوترة وغير المستقرة التي تسيطر عليه. (Bonnet & Fernandez, 2017, P122)

### 3-5- على مستوى اللغة:

تعتبر اللغة عن الجوانب الفكرية والانفعالية لدى المرضى العقلين، حيث تتفاوت سرعة تدفقها بين التسارع، التباطؤ، أو الانقطاع، وذلك تبعاً لمجرى التفكير، كما تعكس اللغة المحتوى المشوّه لتفكير الذهانين، فتظهر في كلامهم الشفهي والكتابي أنماطاً من الهذيان والهلاوس، علاوة على ذلك، يلاحظ اختلال في التنظيم اللغوي وتناقض في التعبير، إلى جانب غموض في اختيار المفردات، بما في ذلك استخدام كلمات مؤلفة ذاتيا لا تتوافق مع القواعد اللغوية السليمة.

تعد هذه الأعراض اللغوية من العلامات الإكلينيكية العامة للمرض العقلي، مع الإشارة إلى أن أعراض الذهان الوظيفي تكون أبسط نسبيا مقارنة بالذهان العضوي، مما يجعل العلاج أكثر سهولة وفعالية في المراحل المبكرة قبل تطور المرض إلى صورة شديدة وخطيرة. ( Bonnet & Fernandez, 2017, P122)

#### 4- أنواع الذهان:

يمكن تصنيف الذهان إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

**4-1- الذهان المزمن:** يتميز هذا النوع بانتظام الهذيان التي تأخذ شكلا وموضوعا موحدا، مع تطور بطيء ومستقر للحالة، ويتسم الذهان المزمن بكونه مزمنًا ودائمًا، ويكون احتمال الانتكاسة مرتفعًا جدًا حتى مع تلقي العلاج المناسب.

**4-2- الذهان الحاد:** يعرف بحدة الاضطراب وعدم انتظام الهذيان، بالإضافة إلى سرعة تطور الأعراض المصحوبة بحالات انفعالية شديدة قد تصل إلى الهيجان، ويستمر الذهان الحاد لفترة تتراوح بين بضعة أسابيع إلى عدة أشهر، ويكون احتمال الانتكاسة فيه منخفضًا عند تلقي العلاج، لكنه قد يتطور إلى أشكال أخرى من الذهان، أو يتحول إلى نمط دوري أو مختلط كما هو الحال في الذهان الهوسي الاكتئابي.

**4-3- الذهان غير المنتظم:** يتصف هذا النوع بحالة من الإزمان (عدم انتظام الزمن) مع تباين وعدم استمرار في الهذيان، حيث لا تتخذ موضوعا واحدا محددًا، يلاحظ هذا النوع بشكل خاص في الأشكال الفصامية للذهان.

كما يمكن تقسيم الذهان من حيث الأسباب إلى:

✓ **الذهان الوظيفي:** الذي يعزى إلى خلل في وظائف الجهاز العصبي دون وجود تغيرات عضوية واضحة.

✓ **الذهان العضوي:** الناتج عن اضطرابات عضوية مثل الإصابات الدماغية (ككسر الجمجمة أو الصدمات الدماغية)، أو اضطرابات وعائية، أو التهابات، أو أورام، أو عدوى بكتيرية أو فيروسية، أو ضمور في الخلايا العصبية. (Porot,1996,P575-578)

#### 5- الأشكال العيادية للذهان:

✓ الفصام

✓ البارانويا "الذهان الضاللي"

✓ ذهان الهوس الاكتئابي

#### 6- التفسيرات النظرية للذهان:

### 6-1- النظرية التحليلية:

وفقا لفرويد يعتبر الذهان نتيجة لصراعات غير واعية بين الدوافع الغريزية والقيم والمعايير الاجتماعية (صراعات غير محلولة في اللاوعي) والتي تؤثر على وظائف الذهن والسلوك، حيث أن الأفكار والعواطف المكبوتة قد يتم نقلها من اللاوعي إلى الوعي بطرق غير مفهومة وغير متناسقة. (صالح، وزروالي، وهنداوي، 2023، ص47)

### 6-2- النظرية المعرفية:

وفقا للمقاربة المعرفية فالأعراض الذهانية تنشأ نتيجة لاختلالات في معالجة المعلومات في الدماغ أي اختلال في تحليل وتفسير المعلومات المرسل، حيث يمكن أن يؤدي هذا الإختلال إلى إنحراف التفسيرات غير الصحيحة، وعليه يعتبر الذهان نتيجة لاضطرابات في المعالجة المعرفية مثل: الانتباه، التذكر، التفكير، التفسير، وتعتمد هذه العمليات على المعلومات المخزنة في الذاكرة والتجارب السابقة والمعرفة المكتسبة. (صالح، وزروالي، وهنداوي، 2023، ص47)

### 6-3- النظرية السلوكية:

وفقا لهذه المقاربة يعتبر الذهان نتيجة لتفاعل بين العوامل البيئية والسلوك الفردي، حيث يمكن تفسيره بواسطة آليات تعليمية واستجابات الفرد للبيئة المحيطة التي تتعارض مع الواقع الخارجي، فيمكن القول بأن الذهان هو نتيجة لتشوهات واختلالات في العمليات العقلية والسلوكية حيث يمكن أن يؤدي هذا التشوه إلى تحليل غير صحيح للمحفزات الخارجية واستجابات غير عادية وغير واقعية. (صالح، وزروالي، وهنداوي، 2023، ص48)

### ثانيا - العصاب:

#### 1- تعريف العصاب:

يعرفه عبد السلام زهران على انه اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهاني وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص أقل سعادة ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان أعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر، أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية. (الزهران، 2005، ص480)

ويعرفه لابلانث وبونتاليس انه إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الأعراض تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص ويشكل تسوية بين الرغبة والدافع. (لابلانث، وبونتاليس، 1997، ص329)

كما يعرفه بيار داکو انه مرض نفسي دون سبب تشريحي، معروف، كما انه مرض وظيفي من دون ضرر عضوي. (داكو، 2002، ص6)

## 2- أسباب العصاب:

- ✓ مشكلات الحياة منذ الطفولة وعبر المراهقة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب الوالدين والطفل، والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات.
- ✓ الصراع بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة والإحباط والكبت والتوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة .
- ✓ البيئة المنزلية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب وكذلك فإن الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب. (الذهران، 2005، ص481-482)

## 3- أعراض العصاب:

- ✓ القلق الظاهر أو الخفي والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة الطفلية في مواقف الإحباط، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.
- ✓ اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.
- ✓ الجمود والسلوك التكراري وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعوري.
- ✓ التمركز حول الذات والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.
- ✓ بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ. (البناء، 2006، ص86)

#### 4- سمات الشخصية العصابية:

تتسم الشخصية العصابية بعدد من الخصائص أهمها:

نقص النضج وعدم الكفاية والضعف وعدم تحمل الضغط وبخس الذات والقلق والخوف والتوتر والتهييج والإعياء والتمركز حول الذات والأنانية وضعف الثقة في الذات واضطراب العلاقات الاجتماعية والجمود ونقص البصيرة ووجود المشكلات وعدم الرضا وعدم السعادة والحساسية النفسية (وخاصة في مواقف النقد والإحباط، فنجد عنده الحبة، قبة والقط، جمل والهمسة صيحة، ووخز الإبرة طعنة خنجر) .

والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها إلى سوء التوافق النفسي مما يؤثر تأثيرا سيئا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملا، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة .

وعلى الرغم من هذا فإن السلوك العام للمريض - وإن كان مضطربا- فإنه يظل في حدود العادي، أو تكون غرابته معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون مع المعالج. (زهران، 2005، ص481)

## المحاضرة السادسة

### اضطرابات النمو العصبية

تعتبر اضطرابات النمو العصبية من أبرز القضايا التي يتناولها علم النفس المرضي، وذلك لما لها من تأثيرات عميقة تظهر مبكراً على الجوانب العقلية، السلوكية والاجتماعية للفرد، وتشير هذه الاضطرابات إلى مجموعة من الحالات الناجمة عن خلل أو تأخر في نمو الجهاز العصبي المركزي، حيث تبرز أعراضها عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، وغالباً قبل دخول المدرسة، وقد ترافق الفرد طيلة حياته.

تشمل هذه الاضطرابات نطاقاً واسعاً من الحالات مثل اضطراب طيف التوحد، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، الإعاقة الذهنية، اضطرابات التعلم، واضطرابات التواصل، جميعها تؤثر بدرجات متفاوتة على القدرات المعرفية، العاطفية، والتكيفية لدى الفرد.

ومع التطورات المستمرة في مجالات علم الأعصاب، علم الوراثة، والتقنيات العلاجية، أصبحت هذه الاضطرابات مفهومة بشكل أعمق، هذا التقدم العلمي أتاح إمكانيات واعدة للتشخيص المبكر والتدخل العلاجي المعتمد على الأدلة العلمية.

وبالتالي تمثل دراسة اضطرابات النمو العصبية جانباً محورياً لفهم تعقيد السلوك الإنساني واستيعاب التفاعل بين المؤثرات البيولوجية والنفسية والبيئية في تشكيل الشخصية والصحة النفسية.

### 1- تعريف الاضطرابات النمو العصبية:

يشير النمو العصبي إلى مجموع الميكانيزمات التي توجه الآلية التي ينمو بها الدماغ وتقود الوظائف العصبية، ويتعلق الأمر بسيرورة دينامية تتأثر بعوامل بيولوجية، جينية، سوسيو- ثقافية، بيئية، تنطلق مبكراً منذ ما قبل الولادة وتستمر إلى مرحلة النضج.

ويعمل هذا النضج المتدفق الذي يعدل كل يوم قدرات الطفل بسرعات متفاوتة حسب خصوصية كل شخص، لكنه يخضع للمراحل نفسها التي تمر بانسيابية في حالة النمو العادي، لكن أي عطل يطرأ على هذه السيرورة العصبية النمائية ينتج عنه اضطراب عصبي نمائي تقابله صعوبات مختلفة في واحدة أو أكثر في الوظائف العصبية. (العزوزي، 2024)

فاضطرابات النمو العصبية تشير إلى مجموعة من الظروف التي تترافق مع بداية مرحلة النمو، وتظهر عادة بشكل مبكر مع بداية النمو، وغالباً ما تبدأ لدى الطفل قبل دخوله مرحلة الدراسة الأساسية،

وتتصف بقصور في التطور، مما يتسبب في تدهور الأداء الشخصي والاجتماعي والاكاديمي والوظيفي، ويتراوح نطاق العجز في النمو من قصور محدود يتمثل في العجز عن التعلم أو السيطرة على الوظائف الجسدية إلى اعاقات شاملة في الذكاء والمهارات الاجتماعية، وغالبا ما تحدث العصبية النمائية مترافقة مع أعراض أخرى، فعلى سبيل المثال: الأطفال المصابون بالتوحد يعانون من اعاقات عقلية (اضطراب التطور العقلي)، وكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون أيضا من صعوبات تعلم محددة. (عوده محمد، وشعيب فقيري، 2016، ص15)

## 2- أنواع اضطرابات النمو العصبية:

### 2-1- اضطراب التوحد:

وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منعقداً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص. (الشرقاوي، 2018، ص18)

### 2-2- الإعاقة الذهنية:

الإعاقة الذهنية حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والاضطرابات النمائية تشير إلى أوجه قصور أساسية في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرة العقلية يكون مصحوبا بقصور في المهارات التكيفية وذلك في اثنين على الأقل من مجالات التواصل والعناية بالذات والمهارات الاجتماعية والأداء الأكاديمي، والمهارات العملية، وقضاء وقت الفراغ، والإفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والعمل فضلا عن السلوك الاستقلالي. وبذلك يصبح هناك ثلاثة شروط للإعاقة العقلية أو الفكرية أقرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وهذه الشروط أو المحكات هي:

✓ أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي 70 أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال حيث تقل نسبة الذكاء عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين على الأقل.

✓ قصور في السلوك التكيفي للطفل أي فيما يتعلق بكفاءته في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم في نفس عمره الزمني وفي جماعته الثقافية وذلك في اثنين على الأقل من مجالات التواصل الاستفادة من إمكانات المجتمع وموارده، والتوجيه الذاتي والمهارات الأكاديمية الوظيفية والعمل، والفراغ، والصحة، والسلامة.

✓ أن يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن 18 سنة. (عبد الله محمد، 2011، ص59)

### 2-3- صعوبات التعلم:

إن التعريف المتداول لصعوبات التعلم هو التعريف الذي تبنته اللجنة الاستشارية الوطنية للأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية وهذا التعريف ينص على مايلي الأطفال ذوو صعوبات التعلم هم أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. وهذا الاضطراب قد يتضح في ضعف القدرة على الاستماع أو التفكير، أو التكلم أو القراءة، أو التهجئة، أو الحساب. ويشمل هذا الاضطراب حالات مثل الإعاقات الإدراكية والتلف الدماغى، والخلل الدماغى البسيط، وعسر الكلام، والحبسة الكلامية النمائية. وهو لا يشمل الأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ترجع أساساً إلى الإعاقات البصرية أو أ السمعية أو الحركية، أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي، أو الحرمان البيئي أو الاقتصادي أو الثقافي. ولعل أهم جانب في هذا التعريف هو ما تنص عليه الجملة الأخيرة التي تبين الحالات التي ليست صعوبات تعليمية، علاوة على ذلك، فبالرغم من أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يبدو لديهم ضعف انتباه ونشاط زائد فليس صحيحاً أن جميع الأطفال الذين لديهم نشاط زائد يعانون من صعوبات تعليمية.

ويقترح كيرك وجولوفر (Kirk & Gallagher, 1989) اعتماد ثلاثة معايير لتعريف الصعوبات

التعليمية وهي:

✓ معيار التباين: ويعني وجود فرق ملحوظ بين القابلية والتحصيل

✓ معيار الاستثناء: ويعني استثناء الإعاقات الأخرى المعروفة كسبب للمشكلات التعليمية التي

يعاني منها الطالب.

✓ معيار التربية الخاصة: ويعني أن المشكلات والصعوبات التي يعاني منها الطالب كبيرة ومعقدة ولا يتوقع أن يتم علاجها بدون برامج تربوية خاصة.

ويتم التمييز بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية ، فصعوبات التعلم النمائية تتعلق باضطراب أو خلل في العمليات الأساسية اللازمة للتعلم الأكاديمي مثل الانتباه، والتذكر، والإدراك، والتفكير واللغة، والعمليات الإدراكية - الحركية، أما صعوبات التعلم الأكاديمية فهي ترتبط بتعلم مهارات القراءة والحساب والكتابة والتهجئة. (الخطيب، والحديدي، 2009، ص79)

#### 2-4- اضطرابات التواصل:

✓ يمكن تعريف اضطرابات التواصل بأنها اضطراب ملحوظ في الاستخدام الطبيعي للنطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي، أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية، الأمر الذي يؤدي إلى حاجة الفرد إلى برامج تربوية خاصة، وتعتمد شدة اضطراب التواصل على عدة عوامل منها:

✓ موقع التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام واللغة.

✓ درجة التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام واللغة.

✓ وجود أو عدم وجود اضطرابات متعددة في الكلام واللغة.

✓ العوامل المسببة لاضطراب الكلام واللغة.

تميز الرابطة الامريكية للكلام واللغة والسمع بين نوعين من اضطرابات التواصل الأول: هو اضطراب الكلام وهو عبارة عن خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين.

أما الثاني فهو اضطراب اللغة وهو عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية أو المكتوبة للغة والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة التالية أو إحداها وفي شكل اللغة (مثل القواعد والتراكيب أو محتوى اللغة أي المعاني أو وظيفة اللغة وهو الاستخدام الاجتماعي للغة. (كوافة، وعبد العزيز، 2012، ص175-176)

## 2-5- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

عرفه مصطفى فوزي خليل على أنه نشاط جسدي حركي لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه بل يقضي اغلب وقته في الحركة المستمرة وغالبا ما تكون لأسباب نفسية.

أما أسامة فاروق مصطفى فيعرفه بأنه اضطراب يرجع إلى مجموعة من المشكلات السلوكية التي تميل إلى ان تحدث معا، وهذه المشكلات هي النشاط الزائد أو فرط النشاط الحركي والاندفاعية ، والتصرف دون تقدير للعواقب والقابلية لتشتت الانتباه أو عدم الانتباه للمثيرات المناسبة. وقد أشار الى أن أنماط السلوك هذه تعكس أحكاما حول المستويات المناسبة للنشاط وضبط السلوك ، وبالتالي فإن تحديد النشاط الزائد يرتبط بتوقع معرفة ما هو السلوك المناسب نهائيا أو عمريا وذلك في مواقف معينة .

أما التعريف الطبي فهو يشير إلى أن اضطراب فرط الحركة وقصور الانتباه جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ المسؤولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك. (العايب، وحوادشي،2022)

## 3- تشخيص اضطرابات النمو العصبية:

إن استخدام المحددات "Specifies" في تشخيص الإضطرابات النمائية العصبية يتربي الوصف الإكلينيكي المتعلق بالأشخاص المصابين من حيث الأعراض الآتية، بالإضافة إلى المحددات التي تصف المظاهر الإكلينيكية مثل العمر عند بداية ظهور الأعراض أو معدلات شدة الأعراض، فقد تحتوي الاضطرابات النمائية العصبية أيضا على محددات مرتبطة بظروف حالات طبية أو جينية وراثية معروفة أو عوامل بيئية وتعطي هذه المحددات فرصة للأطباء في توثيق الأعراض التي ربما قد تكون لعبت دورا في اسباب الاضطراب، بالإضافة إلى العوامل التي قد تلعب دورا في فهم الدورة الزمنية الطبية الاضطراب، ومن الأمثلة على ذلك الاضطرابات الجينية الوراثية مثل متلازمة اكس "Trail X" والتصلب الدرني، ومتلازمة ريت "Ret Syndrome"، والحالات الطبية مثل الصرع "Epilepsy"، والعوامل البيئية بما في ذلك انخفاض الوزن الشديد عند الوالدة و التعرض الكحولي الجنيني " Teal Alcohol Exposure " (حتى في حالة عدم وجود علامة مميزة لمتلازمة الكحول الجنينية).

ويمكن القول إن عملية التشخيص في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية 5 -TORM تتم وفق ثلاثة مستويات أو ما يمكن أن نطلق عليه التشخيص متعدد المستويات وهذه المستويات الثلاثة هي:

✓ المعايير التشخيصية: والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمنين والاستثناء.

✓ التحديث: وهي شروط تحديد وجود الأصفر بنات الأخرى المصاحبة.

✓ مستوى الشدة: وهي المحكات التي من خلاله تستطيع تحديد مدى شدة الاضطراب. (عوده محمد، و شعيب فقيري، 2016، ص18-19)

## المحاضرة السابعة

### الفصام والاضرابات الذهانية الأخرى

تعتبر الاضطرابات الذهانية من أبرز وأعقد المشكلات النفسية التي تصيب الإنسان، حيث تؤثر بشكل عميق على إدراكه للواقع وتنعكس على أنماط تفكيره، سلوكه، وانفعالاته، ويتصدر الفصام قائمة هذه الاضطرابات، كونه واحدا من أكثرها شهرة وتأثيرا على الأفراد والمجتمعات، ويتميز هذا الاضطراب بأعراض ذهانية رئيسية تشمل الهلوسات، الأوهام، اضطراب التفكير، مع تراجع ملحوظ في القدرات الاجتماعية والمعرفية.

إلى جانب الفصام يظهر اضطراب البارنويا الذي يتمثل في نمط تفكير يسوده الشك المفرط وسوء تأويل نوايا الآخرين.

تكمن أهمية دراسة هذه الاضطرابات الذهانية وعلى رأسها الفصام في تأثيراتها التي لا تنحصر بالمرضى فقط، بل تمتد لتطال أسرته وبيئته والمجتمع ككل، ويستدعي ذلك اهتماما خاصا من قبل المختصين في مجال الصحة النفسية وصناع السياسات الصحية إضافة إلى المجتمع بهدف توفير الدعم الملائم، تحقيق الدمج الاجتماعي، والحد من الوصمة المرتبطة بالأمراض.

#### أولا- الفصام:

#### 1- تعريف الفصام:

الفصام مرض ذهاني يؤدي إلى نقص انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي. ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك، والمرضى يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر.

والمعنى الحرفي للمصطلح الإنجليزي هو انفصام العقل.

ويعرف الفصام أحيانا باسم انفصام الشخصية أى تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها. فقد يصبح التفكير والانفعال كل في واد.

والفصام يعني أيضا تفكك الذات.

ويختلف الفصام أو انفصام الشخصية عن ازدواج الشخصية الذي يعتبر أحد أشكال التفكك.

وكان الفصام فيما مضى يعرف باسم الخبل المبكر أو خبل الشباب أو جنون المراهقة.  
(الزهران، 2005، ص 533)

## 2- أعراض الفصام:

**2-1- اضطراب التفكير:** ويشمل اضطراب التفكير خلافاً بوجه عام في التعبير عن الأفكار ومجرى التفكير ومحتواه والتحكم فيه وتضييق حدود انتباه المريض فيتركز حول حياته الداخلية ويضعف ترابط الأفكار، ويظهر خلط بين الأسباب والمسببات. ويتقدم المرض تكثر الهذيان وبخاصة هذيان الاضطهاد والعظمة والجنس.

**2-2- اضطراب السلوك:** وأهم مظاهره الانسحاب والانعزال والبعد عن الواقع وقد الاهتمام بالذات وبالأسرة، مع الإهمال في العمل، وعدم التجاوب مع الغير مما يجعل التقرب إليه صعباً، وكثرة التفكير فيما يقوله الناس عنه، ونقص التفاعل مع البيئة بوجه عام فضلاً عن عدد من مظاهر السلوك الغريب.

**2-3- اضطراب الإرادة:** ويعني السلبية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات مع نوبات من التشبث بالرأي والعناد وقد يأخذ شكل الانعزال والانسحاب من العلاقات الوجدانية، وعدم الرغبة في مغادرة المنزل، بل قد يبقى الفصامي بحجرته غير مكترث بأفراد أسرته، ويتطور المرض يتحول ذلك إلى بلادة انفعالية.

**2-4- الأعراض التخشبية:** اضطراب في القدرة الحركية للفرد ومنها السبات والذهول والغيبوبة والسلبية والمداومة على وضع معين، والاستمرار في وضع جسمي خاص، التقليد والطاعة العمياء، إصدار حركات نمطية بشكل متكرر. (العبيدي، 2013، ص 433-434)

**2-5- الهلوسات:** الهلوسات السمعية والهلوسات البصرية والهلوسات الشمية والهلوسات اللمسية والهلوسات الذوقية، والهلوسات الجنسية، وهذه بالنسبة للمريض حقيقة ويستجيب لها سلوكياً.

**2-6- الهذاء:** مثل هذاء الاضطهاد وهذاء العظمة وهذاء توهم المرض وهذاء المرجع وهذاء الإشارة أو التأويل والتلميح وهذاء الأهمية، وهذاء تغير الشخص وفقدان الشعور بالشخصية وشعور المريض بأن إحساساته وأفكاره ورغباته غريبة عنه.

**2-7- اضطراب الانفعال:** مثل التذبذب والتناقض الانفعالي، والتبديل الانفعالي وعدم التجاوب الانفعالي وعدم القدرة على الاتصال الانفعالي بالآخرين وسطحية الانفعال، والخمول والنمطية، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة، والانحراف الانفعالي، وشدة الانفعال والفرع والهباج لأقل مثير والانفجارات الانفعالية اللا إرادية، والمبالغة في الانفعال والاكنتاب والانسحاب والسلبية والنكوص

المرضى، وفقدان الإحساس بالعواطف الراقية كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية.  
(الزهران، 2005، ص 537)

من جهة أخرى يمكن تقسيم أعراض الفصام إلى 3 مجموعات وهي:

✓ **الأعراض الإيجابية:** والتي تتمثل في الهلوس والضلالات

✓ **الأعراض السلبية:** والتي تتمثل في انعدام الإرادة، فقدان التعبير اللفظي، انعدام اللذة، قلة التأثر العاطفي، غياب الاختلاط الاجتماعي.

✓ **الأعراض غير المنتظمة:** وتتمثل في الكلام غير المنتظم والسلوك غير المنتظم

### 3- أسباب الفصام:

ينتج مرض الفصام عن تضافر عدة عوامل وتفاعلها معاً، ونقصد العوامل الوراثية والفيزيولوجية والكيميائية والنفسية والاجتماعية. ونعرض فيما يلي لأهم العوامل التي يرجح أن تكون سبباً محتملاً للفصام، ويتفاعل مع غيره من العوامل:

### 3-1- العوامل الوراثية:

اتفق (جوتسان و كالمان وروزيتان) أن للعوامل الوراثية آثار ظاهرة في الإصابة بالفصام، وإن كان هناك أطفال لديهم استعداد لهذا المرض، إلا أنه لا يظهر لديهم ما لم يتعرضوا لصعاب مثل الأمراض الجسمية الحادة، أو صراعات عنيفة أو مواقف متأزمة.

وينتشر مرض الفصام بين أسرة الفصامى بمعدل أعلى من نظيره في المجموع العام للسكان، كما لوحظ أن انتشار هذا المرض بين التوائم الصنوية أعلى منه لدى غير الصنوية، وهذا دليل على أهمية عامل الوراثة.

كما تجدر الإشارة إلى أن الفصام بوصفه مرضاً ذهنياً لا يورث، بل أن ما يورث هو الاستعداد والتهيؤ والقابلية. وكل ذلك لا ينفي أهمية العوامل الأخرى.

### 3-2- العوامل الكيميائية الحيوية:

تم دراسة عدد كبير من المواد والتفاعلات بوصفها سبباً محتملاً للفصام مثل: الناقلات العصبية والأدرينالين الأنورفين الدوبامين، السيروتونين البروستاجلاندين، الجلوتين، الأنزيمات المهلوسات التاراكسين، فضلاً عن دور كل من المناعة والفيروسات

### 3-3- العوامل الغذائية والهرمونية:

وهذه العوامل تدرس كمية النيتروجين في الجسم، وهرمون الكورتيزون، كما ظهر أن معدلات الفصام تزداد بزيادة اضطراب الهرمونات كما في حالات البلوغ وسن اليأس وبعد الولادة.

### 3-4- اضطرابات الجهاز العصبي:

ظهر أن بعض الأمراض العضوية التي تحدث في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض مرض الفصام كزهري الجهاز العصبي والحمى الشوكية وبعض أورام المخ)، مع وجود اضطراب في رسم المخ لدى الفصاميين، فضلاً عن ضمور في الخلايا العصبية، وبعض التغيرات في نسيج المخ لدى بعض المرضى.

كما افترض بعض الباحثين وجود اضطراب في التمثيل الغذائي للبروتينات أو اضطراب المناعة الذاتية.

### 3-5- دور الشخصية قبل المرض:

افترض بعض العلماء وجود شخصية معينة قبل المرض تمهد للإصابة بمرض الفصام وأهمها الشخصية الشبيهة بالفصامية والمضطربة، والتي تتسم بسلوك مغرب، وبالانطواء والانزواء والخجل وفرط الحساسية والخيال والهدوء وصعوبة التعبير عن الانفعالات والتبذل.

### 3-6- العوامل النفسية:

أهم هذه العوامل اختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية وضعف الأبناء واضطراب العلاقة بالمحيطين بالفرد، ويجب ألا ننكر عوامل الانعصاب والكره والمشقة والضغط في التأثير على الاستعداد الوراثي لدى الفرد. (العبيدي، 2013، ص435-437)

### 4- تصنيف الفصام:

يصنف الفصام حسب الأعراض إلى عدة أشكال نذكر منها مايلي:

### 4-5- الفصام البسيط: أهم خصائصه أن بدايته تدريجية غير حادة وسيهره بطيء والانفصال

عن الواقع تدريجي والهوسات والأوهام نادرة وقد لا توجد بالمرة، والسلوك الغريب قليل نسبياً .

وأهم أعراضه: نقص النشاط والنمطية الحركية واللازمات الحركية، وعدم القدرة على التركيز والسلطة الفكرية، وهذاء التأثير والتأثر واضطراب التوجيه ونقص الاتصال الاجتماعي وانعدام المسؤولية،

وقلة الميول والاهتمامات ونقص مستوى الطموح، والانطواء والانسحاب، وسوء التوافق الاجتماعي والتبدل الانفعالي، والخمول الانفعالي واللامبالاة وفقد الدافعية، وفقدان التعلق الانفعالي بالآخرين، والاستغراق في أحلام اليقظة وفقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي وسوء التوافق الجنسي أو العمل في الدعارة، وعدم القدرة على القيام ببعض الأعمال البسيطة الرتيبة وتحت رقابة مستمرة، والبطالة أو عدم الاستقرار في العمل التشرذم والتناقض السلوكي، ويبدو المريض في حالة حلم دائم. (الزهران، 2005، ص538)

**4-6- الفصام المبكر "الطفلي":** ويظهر عادة في بدء مرحلة المراهقة وبطريقة غير واضحة تخدع المتصلين بالمريض، ويصاحب هذا النوع من الفصام الشعور بالانقباض والاستجابة الوجدانية السطحية غير الملائمة للموقف. وكثيراً ما يضحك المريض بنوع من البلاهة وبدون أي سبب، ويبدو أن ذلك راجع إلى أن انفعالات المريض تتحول من الشعور إلى اللاشعور، فتتصل بالهذيان المكبوتة. وعليه يمكن اعتبار الاضطراب الوجداني نوعاً من تحويل العاطفة لا فقدانها كما قد يبدو.

ويتميز المريض بهذا النوع من الفصام بعدم ترابط الكلام أو تناسقه ورعونة الاتجاه... كما تظهر الهلوسات السمعية والبصرية التي تمثل إسقاط النزعات غير المقبولة. وتكثر الهذيان غير المنتظمة وبخاصة هذيان الشعور بالمرض، فقد يعتقد المريض أن ظهره انقسم نصفين أو أن أحداً يسحب دمه، أو أنه فقد نحه أو أحد ذراعيه، إلى غير ذلك .

وعموماً يتميز سلوك المريض بالطفلية من حيث التبرز والتبول وطريقة الأكل، وتظهر الانسحابية الشديدة، ويتمثل انفصام الشخصية بأجلى معانيه. (العبيدي، 2013، ص439)

**4-7- الفصام الحركي:** وأهم خصائصه أنه يبدأ في سن متأخرة عن الفصام البسيط والمبكر، بين سن 20-45 سنة، وتوجد فيه أعراض حركية واضحة إما بالنقص أو بالزيادة. والفصام الحركي شكلان:

✓ **التصلب:** وأهم أعراضه الوضع التصلبي التخشبي والتصلب الشخصي أو الوضع التمثالي أو وضع الصليب أو وضع الجنين أو وضع الميت، وهذه الأوضاع تدوم طويلاً وبدون تعب وعدم الحركة، وفقدان النشاط، والذهول، وتكرار الكلام وترديه والنمطية، والانسحاب والسلبية والصمت والطاعة الآلية العمياء، والسلوك الحركي القهري، وفقد الشهية ورفض الطعام وعدم القدرة على ضبط النفس جنسياً أو من ناحية التبول أو التبرز .

✓ **الهباج:** وأهم أعراضه الهياج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار والأرق والإعياء وفقد الوزن، وعدم التوافق بين المزاج والتفكير، وسرعة الكلام، وردود الأفعال الغريبة للهلوسات،

والاتجاهات الشاذة الغريبة، والعدوان والتصنع أو التكلف في الكلام والمشى والحركات، ومحاولة الانتحار أو قتل الغير، والانهماك في النشاط الجنسي المكشوف.

4-8- الفصام الهذائي (البارانوي): أهم خصائصه أنه يبدأ عادة متأخرا بعد سن 30 سنة، ويتصف بالتفكير والسلوك الذاتى المقفل، والأوهام وأفكار المرجع أو الإشارة والتأثير، وتكون الهذيان غير منسقة وسريعة التغير، ويكون السلوك بصفة عامة ليس من السهل التنبؤ به. والفصام الهذائي شكلان:

✓ **الاضطهاد:** وأهم أعراضه أفكار الاضطهاد والشك، والميول الاتهامية والعزلة الشديدة، واعتقاد المريض أن الآخرين يتآمرون عليه ويكيدون له، وعدم الرضا، والحقد، ومحاولة الانتحار، والسلوك المضاد للمجتمع، والاعتقاد أن هناك من ينومه مغنطيسيا ويؤثر عليه .

✓ **العظمة:** وأهم أعراضه أفكار العظمة، واعتقاد المريض بأنه موهوب بقدرات عقلية عالية فريدة أو أنه يشغل منصبا كبيرا، والتطرف وأوهام القوة والقدرة على كل شيء، والتناقض السلوكي. (الزهران، 2005، ص 538-540)

ثانيا - البارانويا:

### 1- تعريف البارانويا "الهذاء":

مصطلح البارانويا في البحث عن جذور مصطلح البارانويا، يتم الرجوع إلى الأصل اللاتيني المكون له، وهو "Para" التي تعني "ضد" و "Nous" وتعني "العقل"، وكان أبقراط الطبيب الإغريقي يستعمل هذا المصطلح للدلالة على مجموعة من الاضطرابات العقلية التي كانت تشمل الصرع، المانيا، السوداء والبارانويا. وتوقف استعمال هذا المفهوم قرون عديدة إلى أن أعيد إحيائه في الطب النفسي في بداية القرن 19، إما كما هو أو بالاستعاضة عنه بمفاهيم أخرى تحمل نفس المعنى وكانت التسميات تختلف باختلاف الأولويات المعطاة فقد للأعراض.

حصر كالبيوم البارانويا في الحالات المرضية التي يتوفر صاحبها على نظام من هذيانات الاضطهاد والعظمة وتغيب فيها الهلاوس، وأدخل ضمن البارانويا ما يسمى بالبارافرنيا معتبرا إياها كحالات متوسطة الشدة من البارانويا، وتتميز بوجود الهذيانات والهلاوس. (شمعاوي، 2018)

ويشير الهذاء (البارانويا) إلى حالة مرضية ذهانية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت، أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود

هلوسات في حالة الهذاء النقي أى أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نبيا وعلى اتصال لا بأس به ،بالواقع ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام والهذيانات.

ويعرف الهذاء أحيانا باسم رد فعل الهذاء، وأطلق عليه البعض اسم الجنون العظمة وجنون الاضطهاد. (الزهران،2005، ص543)

من جهة أخرى تشير البارنويا إلى أسلوب أو شكل مضطرب من التفكير، يسيطر عليه نوع شديد وغير منطقي أو غير عقلاني ودائم من الشك وعدم الثقة بالناس، ونزعة دائمة نحو تفسير أفعال الآخرين على أنها تهديد مقصود أو مهين، ولأن هناك توقعات تعميميا أن الآخرين ضدهم، أو أنهم يحاولون بشكل ما استغلالهم، فإن الأشخاص المصابين بالزور البارنويا يميلون دائما إلى يكونوا محترمين وكتومين وحذرين، ويبحثون بشكل مستمر عن أدلة أو معلومات تشير إلى وجود نوايا سيئة ضدهم لدى المقربين إليهم وعدم إخلاصهم لهم، وهم يعمدون إلى توكيد هذه التوقعات بكل سهولة، ذلك أن حساسيتهم المفرطة تجعلهم يفسرون أو يقبلون الاستخفاف البسيط أي إهانة كبيرة. والأفعال التافهة إلى أحداث كبيرة، مؤذية ومقصودة وستدور بالنتيجة رحي أحداث مؤلمة مصحوبة في الوقت نفسه بتوقعات لخيانة أو غدر أو عداء، غالبا ما تستثير في الآخرين ردود أفعال تؤكد توقعاتهم وتبرر ما كانوا يحملونه من شك وعداء نحو الآخرين

في ضوء الوصف أعلاه، وهو ما يتفق عليه معظم الباحثين، فإنه يمكن تأشير مسألتين مهمتين في البارنويا هما:

✓ إنها حالة تتصف بعمليات فكرية مضطربة.

✓ وأنه يترتب على هذه العمليات الفكرية المضطربة، أو ينتج بسببها، تصرفات في السلوك، تؤثر في توافق الفرد مع المحيط الذي يعيش فيه. (حسين صالح،2015، ص280-281)

## 2- أسباب البارنويا:

✓ الصراع النفسى بين رغبات الفرد في إشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا، والإحباط والفشل والإخفاق فى معظم مجالات التوافق الاجتماعي والانفعالي في الحياة والذل والشعور بالنقص وجرح الأنا، والاعتماد الزائد على حيل الدفاع، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء. ومن أهم حيل الدفاع هنا: الإنكار، والتبرير،

والتعويض، والكبت، والإسقاط (مثل إسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على "مضطهديهم".

✓ اضطراب الجو الأسرى وسيادة التسلطية والكف والنقص وكفاية عملية التنشئة الاجتماعية والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات.

✓ تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة.

✓ خبرات الحياة الصادمة، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية. اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها.

✓ المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي، والعنوسة، وتأخر الزواج والحرمان الجنسي. وتعزى مدرسة التحليل النفسي الهذاء إلى أنه نتيجة للجنسية المثلية المكبوتة والمسقط، والشعور بالإثم. (وليم يني، 2019)

وقد افترض سيجموند فرويد حدوث النموذج الآتي في الهذاء:

- أنا أحبه (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن الجنسية المثلية اللاشعورية).
- يحدث تكوين عكسي فيتحول إلى "أنا أكرهه" (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن العدوان).
- حيلة الدفاع الإسقاط تحول ب إلى "هو يكرهني ويضطهمني". (الزهران، 2005، ص 545)

### 3- أعراض البارنويا:

هناك أعراض عامة للبارنويا أهمها:

الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تغطي على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيانات ومحاولة إقناع الآخرين بها وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها. ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد (مثل الزواج أو الدين أو النشاط السياسي)، وأوهام التأثير والتأثر حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم إرادته وأوهام جسمية في شكل أفكار غريبة وشاذة عن جسمه، كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الإعلام تشير إليه، والتمركز الشديد حول الذات، وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحتة مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها، وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك الجانح مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح في البصيرة. (وليم يني، 2019)

#### 4- الأشكال العيادية للبارانويا:

**4-1- هذاء العظمة أو توهم العظمة:** حيث يعتقد المريض أنه شخص عظيم أو حاكم أو زعيم وقائد أو بطل أو مخترع أو نبي... إلخ، ويؤمن بأهميته وتفوقه وامتيازته وعظمتها وخطورته ورفعته وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالي والمباهاة والمفاخرة وتبنى أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها، ويلاحظ عليه أيضا تقلب المزاج وحدة الطبع والمناوأة والاستياء والغضب والعدوان والإخلال بنظام العمل، وقد يصل الحال إلى البطالة.

**4-2- هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد:** حيث يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسيء الناس معاملته وأن الآخرين يحاولون ويخططون لإيذائه وتحطيمه وأنهم يكيدون له كيدا ويأتمرون به ليقتلوه فيضعون له السم في الطعام) ويشعر بالنقص وعدم القيمة وينعزل ويملؤه الخوف، وقد يعتقد أن المخابرات تتجسس عليه وأن الشرطة تتبعه، وقد يفسر الحركات البريئة للآخرين على أنها موجهة ضده، وقد يلمؤه الشك مثل الشك في علاقات جنسية للزوج والغيرة والغضب والاستياء والغل والحقد والكراهية والعداء المضطهديه وأعدائه المزعومين والميل للانتقام والشعور بالضيق والحزن، وقد يصل الحال إلى الاكتئاب والتفكير في الانتحار.

**4-3- الهذاء الجنسي:** حيث يعتقد المريض أن أحد أفراد الجنس الآخر في مركز غنى وشهرة يحبه ويرسل له رسائل سرية عن طريق الراديو وعلى المسرح وفي السينما والتلفزيون وفي الجرائد والمجلات ويكتب له خطابات غرامية مطولة، وقد يظهر في شكل الشك في الخيانة الزوجية، وقد يظهر في شكل الهوس الجنسي والجنسية المثلية .

**4-4- هذاء المشاكسة:** حيث يصر المريض على الحقوق والمطالبة بها ويحب المشاكل والشكاوى القانونية والقضايا والعدا والخصام ومحاولة تخطي الآخرين.

**4-5- هذاء الغيرة:** وهو يختلف عن الغيرة العادية في أن الغيرة هنا تكون شديدة عميقة متأصلة صعب فهمها ولا أساس لها.

**4-6- الهذاء المختلط:** وهذا يضم عددا من الأشكال السابقة في نفس الوقت.  
(الزهران، 2005، ص546)

## المحاضرة الثامنة

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات صلة

اضطراب ثنائي القطب يصنف كواحد من الاضطرابات النفسية المزمنة والمعقدة التي تؤثر بشكل كبير على المزاج والسلوك والقدرة على القيام بالأنشطة اليومية، إذ يتميز هذا الاضطراب بالتناوب غير المألوف بين نوبات الهوس أو الهوس الخفيف، التي يتسم فيها الشخص بالنشاط المفرط والثقة العالية والمزاج المرتفع، ونوبات الاكتئاب التي تتميز بمشاعر الحزن العميق، وفقدان الشغف، وانخفاض مستويات الطاقة، هذه التقلبات الحادة وغير المتوقعة في المزاج تشكل جوهر اضطراب ثنائي القطب.

إلى جانب هذا الاضطراب، هناك حالات أخرى ضمن نطاق اضطرابات المزاج، مثل اضطراب المزاج الدوري، والذي يتضمن تقلبات مزاجية أقل شدة لكنها مستمرة، ومع مرور الوقت قد تسبب هذه الحالات ضعفا واضحا في الأداء اليومي والاجتماعي، كما توجد أنواع أخرى من الاضطرابات ذات صلة، تسلط الضوء على تعقيد هذا الطيف من الأمراض النفسية.

إن فهم هذه الاضطرابات يعد أمرا بالغ الأهمية نظرا لتأثيرها الكبير على جودة حياة الأفراد، وعلاقتهم بالآخرين، وقدرتهم على العمل والتعلم، ورغم التحديات التي ترافق هذه الحالات، إلا أن التطورات الحديثة في الطب النفسي والعلاجات السلوكية قد وفرت مجموعة واسعة من الخيارات العلاجية التي تساعد في استقرار المزاج وتحسين جودة الحياة بشكل عام.

#### أولا- اضطراب ثنائي القطب:

#### 1- تعريف اضطراب ثنائي القطب:

يعرف اضطراب ثنائي القطب: بأنه اضطراب وجداني يتميز بتعرض المريض لنوبات متعاقبة من الفرح والابتهاج والانتشاح والهوس والحركة الزائدة والحيوية، ومن ثم نوبات من الحزن واليأس والاكتئاب والانسحاب من المجتمع أو الإصابة بوحدة من هذه النوبات فقط، لذا يتراوح اضطراب ثنائي القطب بين الاكتئاب، والهوس. (صالح،2014، ص441)

#### ➤ القطب الأول "الاكتئاب":

يمتاز الاكتئاب في الثنائي القطب من النوع الذهاني فيشعر المصاب من خلاله بالقنوط المسيطر، والبطء الشديد في العمليات الجسمية ومشاعر التائم، على أن هذه الخصائص يصاحبها في أكثر الأحيان طائفة متنوعة من الأعراض الثانوية من قبيل فقدان الشهية، والأرق والبكاء المتكرر، أي الصورة العامة

تقترب من حالات الحداد المعروفة، لكننا في الاكتئاب هذه أنه لم تقع حادثة وفاة مباشرة أو قريبة بين أفراد الأسرة والأصدقاء، ويمتد الاكتئاب في ثنائي القطب إلى فترات أطول بكثير من فترات الحداد العادية وعند نشأة الاكتئاب نجد أن البلادة الجسمية قد انضافت الى البلادة العقلية، وأن المريض قد أصبح عاجزا عن أن يهتم بأي نشاط أو عن أن يمضي في حياته، وكلما زادت مشاعر اليأس في هذا الاكتئاب، نمت الهذات لدى المريض بأنه عديم النفع، وهذه الهذات تمثل مشاعر التأييم والخطيئة التي تقاومت وتجاوزت كل الحدود.

ولأن المريض يعتقد أنه قد ارتكب من الآثام ما لا يمكن التكفير عنه، تراه ينتهي إلى الشعور بأن التعاسة هي نوع من العقاب على ما ارتكب من ذلك، ومن ثم إن المريض يقيم على اعتقاده هذا على الرغم من الحجج والبراهين التي يتقدم بها إليه من يحبهم من الأهل والأصدقاء الذين يحاولون إقناعه بأن مثل هذه المعتقدات لا أساس لها من الصحة، وأخيرا تؤدي هذات انعدام الجدوى في كثير من الاحيان الى التفكير في الانتحار، إذ الانتحار هو ذلك التصرف البائس الأخير الذي يبدو في نظر المريض بمثابة الحل الوحيد لعذابه الذي لا ينتهي. (كاشدان، 1984، ص 95-96)

#### ➤ القطب الثاني "الهوس":

يشير المعنى النفسي للهوس الى الاختلال العقلي أو الأثرة كما يعني الولع والشغف الجنوني. على سبيل المثال ينتاب بعض الأفراد الهوس بالسيارات المسرعة أي يصاب الفرد بولع بقيادة السيارات بسرعة جنونية. (صالح، 2014، ص 444)

ويعد الهوس الوجه المناقض للاكتئاب فبدلا من أن يكون المريض قانطا تراه منتشيا ومطمئنا قابلا للاستتارة، وبدلا من أن يشعر بالإجهاد البدني والانهاك تراه مليئا بالحيوية والطاقة والمرضى الذين يعانون من الهوس يظلون في حالة دائمة من الضحك، وإطلاق النكات، وارتجال الخطب في كل أنواع الموضوعات غير المعتادة. وعلى الرغم من هذا المظهر السعيد المنشرح فأن مريض الهوس أبعد ما يكون عن السعادة أو الرضا فيكشف الفحص الدقيق عن أن فرط النشاط يخفي وراءه الكثير من مشاعر التوتر. فالنشاط الهوسي المتمثل بالضحك وغيره ليس من رغبة المريض بل أنه مجبر الى القيام بذلك. وقد يندفع المرضى الهوسيين إلى مستوى من حمى المرح والنشاط الى درجة الانهماك والانهايار (كاشيدان، 1984، ص 97)

## 2- أعراض اضطراب ثنائي القطب:

### 2-1- أعراض نوبة الاكتئاب:

يعاني الشخص في النوبات الاكتئابية باختلاف شدتها من انخفاض في المزاج وانخفاض في الطاقة، وقلة في النشاط، وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود.

وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة، وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب أو فقدان القيمة حتى في الحالات خفيفة الشدة.

ويبدو المستقبل مظلماً وتشيع الأفكار والأفعال الانتحارية، ويتبدل المزاج المنخفض قليلاً من يوم إلى آخر، ولا يستجيب للظروف المحيطة، وقد يصاحبه ما يسمى بالأعراض الجسدية مثل: فقدان الاهتمام والأحاسيس المبهجة والاستيقاظ في الصباح عدة ساعات قبل الموعد المعتاد، ويسوء الاكتئاب في الصباح مع بطء نفسحركي شديد ونزق وفقدان الشهية وفقدان الوزن والرغبة الجنسية.

وقد يظهر تبدل مميز أثناء اليوم لشدة المرض صباحاً، وكما هو الحال في نوبات الهوس تعكس الصورة السريرية اختلافات فردية كثيرة، وقد تأخذ أشكالاً غير نمطية خاصة في فترة المراهقة.

وقد يكون القلق والألم النفسي والتوتر الحركي أكثر وضوحاً في بعض الحالات من الاكتئاب، كذلك قد يكون تغير المزاج مقنعاً بسمات إضافية مثل: النزق والتناول المفرط للكحول، أو السلوك هستيري الشكل أو تفاقم أعراض رهاب سابقة أو وساوس أو انشغالات بتوهم المرض ويتم تحديد النوبة الاكتئابية خفيفة أو متوسطة الشدة أو شديدة تبعا لعدد وشدة الأعراض.

وقد تكون بعض الأعراض المذكورة شديدة، وقد تكتسب سمات مميزة يعتبرها الكثيرون ذات دلالة سريرية خاصة، أمثلة هذه الأعراض الجسدية:

✓ فقدان الاهتمام أو فقدان الاستمتاع بالنشاطات عن ما هو عليه في العادة.

✓ انعدام الاستجابة للأحداث المحيطة اختلافاً عن العادة.

✓ الاستيقاظ في الصباح ساعتين أو أكثر قبل الوقت المعتاد.

✓ يكون الاكتئاب أسوأ في الصباح.

- ✓ وجود دليل موضوعي على بطء أو توتر نفسحركي أكيد (كان يكون محل ملاحظة أو تعليق أشخاص آخرين).
- ✓ فقدان شهية بالغ.
- ✓ فقدان وزن (يعرف غالباً بفقدان 5% من وزن الجسم في الشهر السابق).
- ✓ فقدان بالغ في الرغبة الجنسية غالباً. (عكاشة، وعكاشة، 2010، ص398-399)

## 2-2- أعراض نوبة الهوس:

تصنف النوبة الهوسية اعتماداً على شدتها، وعلى العموم تتميز النوبة الهوسية بفترة مزاج مرتفع التي يمكن أن تأخذ شكل الغبطة على سبيل المثال عندما يفرح شخص ما على إثر مناسبة معينة بشكل مجنون، كأن يقوم باحتضان الآخرين، أو رمي الأوراق إلى الأعلى، أو توزيع الأموال والنقود على الآخرين... وغيرها.

ونتيجة للنشاط المفرط تتعدم أو تقل الحاجة للنوم مثل النوم لساعات قليلة أو عدم النوم لأيام عدة من الأعراض الأخرى أيضاً أن المصابين يتحدثون بسرعة كبيرة، وتتسارع أفكارهم، وينخفض معدل تركيزهم وانتباههم فمن السهولة صرف انتباه المصابين بالهوس كما تنخفض لديهم عمليات الاستنتاج والحكم على الأشياء، وقد يظهرون الكثير من التصرفات والسلوكيات الشاذة. وقد يمر بعض الأشخاص بنوبة الهوس في حالة قلق أو عصبية حادة (تصل إلى درجة الغضب الشديد) في حين يختبر الآخرون حالة من الغبطة والشعور بالعظمة.

## ➤ علامات النوبة الهوسية:

- ✓ المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة، والتفاؤل المفرط والتحمس الزائد، والثقة الزائدة في النفس والشجاعة والخيلاء والشعور بالقدرة وكثرة المشاريع غير العملية والشعور بالنشاط والخفة والبهجة والرضا عن النفس مع الشعور بحسن الحال، أو حتى الشعور بالعظمة.
- ✓ السرعة والتعجل في كل العمليات العقلية، وصرف الانتباه وتحوله بسرعة شديدة، وميل نحو القيام بنشاط ينقصه التحكم والضبط، حتى أن الأمور التي بدأها المريض يتحول عنها بسرعة دون أن يتمها، أي يبدأ في عدة مشروعات دون استعداد.

- ✓ التعرض لأفكار هذائية تبين عن امتياز المريض وعظمته، وإلقاء المريض للنكت وضحكه الكثير.
- ✓ هروب وطيّران الأفكار وسطحية التفكير والسلطة الفكرية. وتشتيت الانتباه وعدم القدرة على التركيز والانتقال السريع بين الموضوعات ومقاطعة الآخرين بمجرد ورود أفكار جديدة، والأوهام
- ✓ وأفكار العظمة وتوهم الغنى والقوة والأهمية والغرور الزائد والهوسات أحياناً، وسرعة الكلام وعلوه (وأحياناً الكلام المسرحي).
- ✓ النشاط النفسي الحركي الزائد وعدم الاستقرار وزيادة التوتر وعدم المثابرة على العمل وسرعة الإنجاز مع ضعف الإنتاج والفوضى في العمل.
- ✓ النشاط الاجتماعي والانطلاق الزائد والإسراف والكرم المفرط. والتبرج الزائد والتزين المفرط واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وعدم مراعاة مشاعر الآخرين.
- ✓ سرعة الاستتارة والتهور والسلوك التخريبي أحياناً، والإرهاق والإنهاك ونقص الوزن والشراهة والإدمان (في بعض الحالات).
- ✓ والأرق واضطراب النوم بصفة عامة.
- ✓ إسراع ضربات القلب وفرط العرق والإنهاك واحمرار الوجه واهتزاز الأطراف واضطراب الإخراج واضطراب الحيض.
- ✓ النشاط الجنسي الزائد والاستعراض الجنسي والعري والكتابات الغرامية. (صالح، 2014، ص444-446)

### 3- أسباب اضطراب ثنائي القطب:

- 3-1 - العوامل الحيوية: يعتقد أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً للانهيار في اتجاه زهان الهوس والاكنتاب. ومن ناحية البنية أو التركيب الجسمي يبدو أن أفراد النمط المكتنز أو البدين أكثر عرضة من غيرهم لردود الأفعال العاطفية، ويربط البعض بين زهان الهوس والاكنتاب وبين اضطرابات الغدد (وخاصة الكظرية والجنينية)، ويربط البعض كذلك بين زهان الهوس والاكنتاب وبين اضطرابات

الجهاز العصبي مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي)، ويرى البعض أن هناك علاقة بين ذهن الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن في الجسم.

**3-2- الأسباب النفسية:** من أهمها اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين واضطراب العلاقات الاجتماعية بصفة عامة، والضغط البيئية والانفعالية والعوامل الضاغطة في الحياة بصفة عامة وصعوبة التوافق معها، والاضطراب الانفعالي للوالدين أثناء طفولة المريض، وفقدان موضوع الحب وفشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج، وحدث اضطرابات انفعالية كثيرة في تاريخ المريض، والسلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم، ونقص المكانة الاجتماعية. (الزهران، 2005، ص552)

### ثانياً - الاضطرابات ذات الصلة باضطراب ثنائي القطب:

صنف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار 5 الاضطرابات ذات الصلة باضطراب ثنائي القطب إلى 7 أنواع وهي كالتالي:

#### 1- اضطراب ثنائي القطب 1:

يتطلب تشخيص هذا الاضطراب وجود نوبة هوس واحدة على الأقل في تاريخ المريض، ويمكن أن يسبق هذه النوبة أو يتلوها نوبة تحت الهوس أو نوبة من الاكتئاب الكبير.

#### وتحدد نوبة الهوس (الزهو، ارتفاع المزاج) على الشكل التالي:

1- ارتفاع في المزاج، أو مزاج متهيج، وزيادة في النشاطات الموجهة نحو هدف أو زيادة في الطاقة، لمدة أسبوع على الأقل.

2- 3 أعراض مما يلي أو 4 إذا كان المزاج متهيجا:

✓ مشاعر عظمة.

✓ نقص الحاجة إلى النوم (ينام 3 ساعات فقط).

✓ الكلام الزائد.

✓ طيران الأفكار أو تسارعها.

✓ تغير الانتباه بسهولة.

- ✓ ازدياد النشاطات الموجهة نحو هدف (اجتماعياً - في العمل - في الجنس)، أو الهيجان (نشاطات عشوائية غير موجهة نحو هدف).
  - ✓ التورط في نشاطات تؤدي إلى عواقب أليمة (مرح صاخب وشرب كحول مفرط، سلوك جنسي طائش، صفقات تجارية حمقاء).
  - ✓ **ونوبة تحت الهوس تحدد:** بأنها لمدة 4 أيام فقط وليست لمدة أسبوع أو أكثر، وأما باقي الأعراض فهي نفسها، ولا يوجد أعراض ذهانية، ولا يوجد تدهور واضح في الأداء العملي أو الاجتماعي.
  - ✓ **وتحدد نوبة الاكتئاب الكبير على الشكل التالي:**
  - ✓ وجود 5 أعراض أو أكثر مما يلي لمدة أسبوعين على الأقل، وواحد منها إما مزاج اكتئابي، أو فقدان المتعة والاهتمام:
  - ✓ مزاج اكتئابي معظم اليوم وتقريباً كل يوم، وفقاً لشكوى المريض أو ما يلاحظ عليه.
  - ✓ نقص شديد في الاهتمام، أو فقدان المتعة في جميع أو معظم النشاطات الاعتيادية، كل يوم أو معظم الأيام، وفقاً لشكوى المريض أو ما يلاحظ عليه.
  - ✓ نقص في الوزن أو زيادته (5% من وزن الجسم خلال شهر)، أو نقص أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.
  - ✓ الأرق أو زيادة النوم، كل يوم تقريباً.
  - ✓ التهيج النفسي الحركي، أو البطء، كل يوم تقريباً (كما يلاحظ على المريض).
  - ✓ الارهاق أو فقدان الطاقة، كل يوم تقريباً.
  - ✓ مشاعر انعدام القيمة، أو مشاعر ذنب غير مناسبة أو مبالغ فيها.
  - ✓ نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو صعوبة اتخاذ القرارات، كل يوم تقريباً.
  - ✓ أفكار متكررة حول الموت أفكار انتحارية، أو محاولة انتحار.
- وبعد أن يتم تشخيص وجود نوبة الهوس (وهذا يكفي لتشخيص ثنائي القطب I كما ذكر سابقاً يضاف إلى التشخيص 4 محددات لتوضيح وصف الحالة بشكل أفضل، وهذه المحددات هي:

- **شدة الأعراض:** وهي تنطبق على نوبة الهوس أو الاكتئاب الكبير وهي إما خفيفة أو متوسطة أو شديدة، وفقاً لكمية الأعراض الموجودة في النوبة الحالية أو آخر نوبة.

(ومثلاً عندما تتضمن نوبة الاكتئاب 5 أعراض فقط من 9 فإن الحالة خفيفة، وعندما تتضمن 7 أعراض فقط فهي متوسطة، وإذا تضمنت 9 أعراض فهي شديدة وكذلك الحال في عدد الأعراض في نوبة الهوس).

- أعراض ذهانية.

- في حالة هجوع جزئي.

- في حالة هجوع تام. (المالح، 2018)

## 2- اضطراب ثنائي القطب 2:

- يختلط تشخيصه عادة من النواحي العيادية مع اضطراب الاكتئاب الكبير، ويعتمد التشخيص على وجود نوبات اكتئاب كبير + نوبة تحت الهوس.

- وتستمر نوبة تحت الهوس 4 أيام فقط ولا يوجد فيها أعراض ذهانية، إذا وجدت يكون التشخيص ثنائي القطب 1.

- الأعراض الذهانية في نوبات الاكتئاب أقل من ثنائي القطب 1

- نوبات الاكتئاب أكثر تكراراً من ثنائي القطب 1، ومن اضطراب الاكتئاب الكبير، وأطول مدة، وأكثر إزمناً، وأكثر عند المرأة.

- النوبة الأولى تظهر كنوبة اكتئاب عادة.

- يمكن أن يسبق ظهوره اضطرابات الطعام، القلق، استعمال المواد الإدمانية، مما يعقد الوصول إلى التشخيص.

عدد نوبات تحت الهوس فيه أقل من ثنائي القطب 1. (المالح، 2018)

3- **اضطراب المزاجية الدورية:** وهو نوبات عديدة من ارتفاع المزاج أو هبوطه خلال سنتين، لا

تصل في شدتها إلى نوبة تحت الهوس أو نوبة اكتئاب كبير، ولا يبقى معتدلاً أكثر من شهرين

وهو يسبب معاناة وتدهوراً اجتماعياً أو مهنيّاً أو حياتياً. (المالح، 2018)

#### 4- المواد (الإدمانية) / الأدوية التي تسبب ثنائي القطب والاضطراب المرتبط به:

- ظهور أعراض اضطرابات المزاج (هوسية أو اكتئابية) أثناء تناول المواد أو الأدوية، أو بعد انسحابها مباشرة (أيام، وليس وقت طويل، شهر مثلاً).
- هذه المواد متنوعة مثل: الكحول، فينسيكليدين، مهلوسات أخرى، منومات ومهدئات، أمفيتامين وغيره من المنشطات، كوكائين، غيره.
- ويجب تحديد ظهور الأعراض أنه حدث خلال استعمال المواد، أو بعد انسحابها.
- المواد النموذجية التي تسبب أعراض اضطرابات المزاج هي: المنشطات، فينسيكليدين، ستيرويديتات مرتبطة بكمية الجرعة، الأعراض المزاجية الناتجة عن مضادات الاكتئاب أو العلاج بالصدمة الكهربائية ECT، لا تشخص هنا إذا استمرت لمدة أكثر من تأثيرها الفيزيولوجي، بل تشخص اضطراب ثنائي القطب. (المالغ، 2018)

#### 5- ثنائي القطب واضطراب مرتبط به ناتج عن حالة طبية:

- ظهور أعراض ارتفاع في المزاج مع ازدياد في النشاط يسيطر على الصورة العيادية، مع وجود دليل من القصة المرضية أو الفحص الجسمي أو التحاليل الطبية على أن الأعراض ناتجة عن التأثير الفيزيولوجي المرضي لمرض طبي آخر، وهذه الأعراض لا تحدث فقط خلال أعراض اختلاط الذهن، وهي تسبب معاناة واضحة أو تدهور في الأداء الاجتماعي أو العملي أو الحياتي.
- تحدد على أنها مع ملامح هوسية، أو مع نوبة شبيهة بالهوس أو شبيهة بتحت الهوس، أو مع ملامح مختلطة.
- الأمراض الطبية الأساسية المسببة (القائمة طويلة): داء كوشينغ، والتصلب اللويحي المتعدد MS، الذئبة الحمامية المتعممة SLE الجلطة الدماغية، إصابات الدماغ الرضية.
- تتحسن الأعراض وتزول مع علاج الحالة الطبية عادة، ولا سيما مع علاج الأعراض المزاجية.
- وفي بعض الحالات وهذا ليس مؤكداً يمكن للأعراض المزاجية الاكتئابية أو الهوسية أن تتكرر مع إصابة الدماغ الثابتة، وغيرها من أمراض الجملة العصبية المركزية. (المالغ، 2018)

6- اضطراب ثنائي القطب واضطراب مرتبط به محدد آخر:

يطلق هذا التشخيص في الحالات التي لا تنطبق عليها معايير التشخيص لأي من اضطرابات ثنائي القطب المذكورة سابقاً، مثل الحالات التالية:

- ✓ حالات تحت الهوس القصيرة (2-3 يوم) مع نوبات اكتئاب كبير.
- ✓ حالات تحت الهوس أعراضها قليلة مع نوبات اكتئاب كبير.
- ✓ حالات تحت الهوس دون تاريخ لنوبات اكتئاب كبير.
- ✓ حالات اضطراب المزاجية الدورية لمدة أقل من سنتين. (المالح، 2018)

7- اضطراب ثنائي القطب واضطراب مرتبط به غير محدد:

يطلق هذا التشخيص في الحالات التي لا يوجد فيها معلومات كافية لتحديد الاضطراب بشكل أفضل (عيادة الطوارئ مثلاً). (المالح، 2018)

## المحاضرة التاسعة

### الاضطرابات الاكتئابية

تعتبر الاضطرابات الاكتئابية من أكثر المشكلات النفسية انتشارا وتأثيرا على حياة الأفراد في العصر الحديث، حيث تمتد تداعياتها لتشمل الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وحتى المهنية، وتتمثل هذه الحالات في مشاعر مستمرة من الحزن وفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة اليومية، إضافة إلى أعراض أخرى مثل اضطرابات النوم والأكل، الإرهاق، الشعور بالذنب أو انعدام القيمة، صعوبة التركيز، وقد تصل أحيانا إلى أفكار انتحارية في الحالات الشديدة.

تتداخل العديد من العوامل في ظهور الاضطرابات الاكتئابية تشمل العوامل الوراثية، الاضطرابات الكيميائية في الدماغ، الضغوط المعيشية، التجارب الصادمة، وكذلك الأمراض الجسدية المزمنة، وتشير الأبحاث الحديثة إلى الارتباط الوثيق بين الصحة النفسية والجسدية، مما يبرز أهمية تقديم الدعم النفسي وتوفير العلاج الملائم للمصابين بهذه الحالات.

على الرغم من أن الاضطرابات الاكتئابية تعد أحد الأسباب الأساسية لعبء المرض عالميا، إلا أنها قابلة للعلاج في معظم الحالات من خلال استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب، والخضوع للعلاج النفسي، وتبني نمط حياة صحي مدعوم بالدعم الاجتماعي، لذلك فإن تعزيز الوعي حول ماهية الاكتئاب ومظاهره يعد خطوة جوهرية لمواجهة الوصمة الاجتماعية المرتبطة به وتحقيق تحسين ملموس في جودة حياة المصابين.

#### 1- تعريف الاكتئاب:

عرف كامبل الاكتئاب بأنه زملة اكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلمة، وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور الإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي الحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص.

كما عرفته منظمة الصحة العالمية WHO في التصنيف العاشر ICD 10 هو: انحطاط في المريض وفقر اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخريين، وتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته،

وثقته بنفسه، معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإنهاك أو انعدام القوة والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المنقطع ثم انعدام الشهية.

وعرفه اهيرت سوبيراج بأنه انقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء والهبوط في الوظائف الفيزيولوجية، وقد يصاحبه بعض الإرجاع العقلي المرضي، وقد يكون أحد طوارئ ذهان الهوس الاكتئابي. (سعدي، وقنيفة، 2020)

## 2- أعراض الاكتئاب:

وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب فالإكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية وهي:

✓ **أعراض المزاج:** وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم تقريبا ولا تقل عن أسبوعين.

✓ **الأعراض الدافعية:** وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف. فالناس المكبوتين غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

✓ **الأعراض البدنية:** وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي.

✓ **الأعراض المعرفية:** وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائما واتخاذ القرار وكيفية تقييمهم لأنفسهم.

ويلاحظ من عرض الفئات الأربع السابقة لأعراض الاكتئاب أنها أغفلت جانب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب وهذا ما تم معالجته بواسطة سترونجمان الذي نظر للاكتئاب على أنه متضمنا خمس مجموعات من الخصائص هي:

- مزاج حزين وفتور الشعور.

- مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها

- رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.

- فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية

- تغير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل وأحيانا في شكل استثارة.

وتجدر الإشارة إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الضمير ويجيء مع البعض الآخر مختلطا مع شكاوى جسمانية وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الحدود بينها ، ويعبر البعض عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس، وربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد وقد تنتوع هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى. (علي، 2010، ص 205-206)

### 3- أسباب الاكتئاب:

يرجع بعض علماء النفس الاكتئاب إلى عوامل بيئية اسرية اجتماعية ومهنية اقتصادية، غير أن أهم الأسباب النفسية تكون هي الغالبة في حدوثه ومنها:

✓ التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو خسارة مالية... الخ.

✓ الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية، فقدان المكانة الاجتماعية وخيبة الأمل والكبت وكذا عدم التطابق بين مقهومي الذات الواقعية والذات مثالية. (الوافي، 1999، ص 58-59)

✓ الصراعات اللاشعورية.

✓ الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.

✓ الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات.

✓ التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال .... الخ). (السيد فهمي، 2010، ص 209-210)

### 4- معايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية والأشكال العيادية حسب DSM5:

#### 4-1- بالنسبة لمعايير التشخيص:

✓ المزاج الحزين وفقدان المتعة في الأنشطة المعتادة

✓ قلة النوم أو الإفراط فيه

- ✓ إعاقة أو تثاقل في الجهاز النفسي الحركي
- ✓ فقدان الوزن أو تغير الشهية
- ✓ الشعور بالتفاهة أو الذنب الشديد
- ✓ صعوبة في التركيز أو التفكير أو اتخاذ القرار
- ✓ تكرار التفكير في الموت أو الانتحار
- ✓ وتظهر الأعراض يوميا تقريبا لمعظم اليوم ولمدة لا تقل عن أسبوعين
- ✓ الاعراض مميزة وتصبح أكثر حدة وترتفع من مجرد استجابة مؤقتة لتصبح خطيرة. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص256)

4-2- أما بالنسبة للأشكال العيادية للاضطرابات الاكتئابية: والتي أصبحت تسمى في DSM5 باضطرابات المزاج في تتضمن الأشكال الموضحة في الجدول التالي:

**جدول (5): معايير تشخيص الاضطرابات المزاجية**

تشخيص DSM5	التغيرات الأساسية	الخصائص الأساسية
الاضطراب الاكتئابي الرئيس	تتباين التشخيصات تبعا للأعراض المرتبطة بالحزن	خمسة أعراض اكتئابية أو أكثر بما في ذلك المزاج الحزين وفقدان الرغبة في الفرح لمدة أسبوعين
الاكتئابي المزمن "عسر المزاج"	تم دمج الاضطراب الاكتئابي المزمن وعسر المزاج في هذه التشخيصات الجديدة	تكرر المزاج، وظهور عرضي على الأقل من أعراض الاكتئاب لنصف المدة على الأقل خلال عامين
الاضطراب المزعج قبل الحيض	نقلت من ملحق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع.	أعراض اكتئابية أو جسدية قبل أسبوع من الحيض
تقلب المزاج التخريبي	فئة جديدة تضمنها الدليل التشخيصي والإحصائي	تغيرات مزاجية حادة واهتياج ومزاج سلبي مزمن لمدة عام

على الأقل وتظهر قبل سن العاشرة	للاضطرابات العقلية - الإصدار الخامس	
نوبة واحدة على الأقل من الهوس خلال فترة الحياة	تزداد الأنشطة أو الطاقة بصورة بالغة مبا في ذلك أعراض الهوس	الاضطراب ثنائي القطبي I
نوبة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف خلال فترة الحياة	تزداد الأنشطة أو الطاقة بصورة بالغة مبا في ذلك أعراض الهوس الخفيف	الاضطراب ثنائي القطبي II
تغيرات مزاجية متعاقبة من الانخفاض إلى الارتفاع خلال عامي على الأقل بدون ظهور أي أعراض للهوس الخفيف أو نوبات اكتئابية	معايري أكثر تحديدا	اضطراب دورية المزاج

المصدر: (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص253)

#### 5- التفسيرات النظرية للاكتئاب:

#### 5-1- نظرية التحليل النفسي:

تفسر هذه النظرية الكآبة على أنها رد فعل للفقدان مهما كانت صورته أو طبيعته (الرفض من قبل الحبيب، وفقدان المركز، وفقدان الدعم المعنوي من قبل مجموعة من الأصدقاء) ويستجيب الشخص بصورة مكثفة لأنه الموقف الحالي يسترجع كل مخاوف الفقدان القديم في الطفولة مثلا فقدان حب الأم وحب الأب أي حاجات لم يتم إشباعها في أيام الطفولة (الحاجة إلى الحب والرعاية) ويسبب هذا الحرمان إلى ارتداد الشخص إلى حالته الطفولية العاجزة والمعتمدة على الآخرين، لذا فإن سلوك الأشخاص المكتئبين يمثل صرخة من أجل الحب وعرض مشاعر اليأس والرغبة في الحب والأمان، ورد فعل للخسارة الذي يظهر بمظاهر الغضب نحو الشخص الذي هجره.

إن فرضية التحليل النفسي تبين أن الأشخاص الذين لديهم ميل أو استعداد للكآبة هم الأشخاص الذين تعلموا أن يكتبوا مشاعرهم العدائية العنيفة لأنهم كانوا يخشون من ابتعاد الأشخاص الذين يساندونهم، وعندما تحدث مشكلة ما فإنهم يلقون اللوم على أنفسهم.

لذا فإن نظرية التحليل النفسي في تفسيرها للاكتئاب تركز أو تؤكد على الخسارة والإتكالية والاعتماد الزائد على الآخرين وعلى الأسباب الداخلية وشعور الغضب وقد أكد كثير من الباحثين في تقديم إيضاحات منطقية لبعض السلوكيات التي يظهرها الأشخاص الذين يشعرون بالكآبة. (حسين، 2013، ص43-44)

### 5-2- النظرية السلوكية:

تؤكد نظريات التعلم إن قلة التشجيع يؤدي دورا أساسيا في ظهور أعراض الكآبة، إن خمول الشخص الذي لديه استعداد للإصابة بالاكتئاب وشعور الحزن يعزى إلى النسبة القليلة من التشجيع الإسنادي الإيجابي أو نسبة عالية من التجارب الفاشلة هنالك العديد من الأحداث التي تثير الكآبة مثل موت العزيز وفقدان الوظيفة أو تدهور الصحة وقلة الإسناد والتشجيع الذي كان معتادا عليه فهؤلاء يفتقدون إلى المهارات الاجتماعية ويحاولون الحصول على الإسناد الاجتماعي أو التشجيع بأية صورة للتغلب على الأحداث المؤلمة عبر التعاطف والاهتمام الذي يتلقوه من أقاربهم و أصدقائهم وهذا الاهتمام قد يعمل على التأثير في السلوك الذي قد يكون مرضيا مثل (البكاء والتذمر وانتقاد النفس والحديث عن الانتحار) فمثل هذا الشخص يرفض الابتسام أو الانسراح، فإن سلوك الشخص المكتئب قد يجعل الأشخاص يبتعدون عنه لذا سيؤدي إلى زيادة كبيرة في قلة الإسناد والدعم وتزيد عزلة الشخص المكتئب وحزنه. (حسين، 2013، ص44-45)

### 5-3- النظرية المعرفية:

النظرية المعرفية في الكآبة لا تركز فقط على ما يفعله الأشخاص ولكن أيضا على طريقة رؤيتهم لأنفسهم وللعالم، إحدى النظريات المعرفية المهمة التي طورها ايرون بيك (Aaron Beck) تركز على تجارب العلاج النفسي المركزة على مرضى الاكتئاب.

فقد تفاجأ بيك (Beck) بالكيفية المنسقة التي يقيم بها المرضى الأحداث والتي تظهر برؤيا سلبية ونظرة ناقدة للذات وهم يتوقعون الفشل بدل النجاح ويميلون إلى تضخيم الأمور ويقللون من أهمية نجاحهم عند تقويم أداءهم، فعندما تسوء الأمور فإنهم يميلون إلى لوم أنفسهم وليس الظروف. (حسين، 2013، ص45)

## المحاضرة العاشرة

### اضطراب القلق

يعتبر اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في العصر الحديث وهو يمثل استجابة طبيعية أمام الضغوط اليومية، إلا أن المشكلة تظهر عندما يصبح هذا القلق مفرطا، مستمرا، وغير متناسب مع المواقف التي يواجهها الفرد، فيعاني الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب من توتر داخلي شديد يصاحبه غالبا أعراض جسدية مثل تسارع دقات القلب، صعوبة التنفس، التعرق الزائد، واضطرابات في النوم.

ومع تسارع وتيرة الحياة وتزايد الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، باتت الظروف التي يعيشها الإنسان المعاصر بيئة خصبة لتعزيز مشاعر القلق، وعلى الرغم من أن القلق الطبيعي يمكن أن يكون محفزا للإنجاز والاستعداد، إلا أن اضطرابه قد يصبح عائقا حقيقيا يؤثر على القدرة على التركيز، ويقلل من جودة الحياة بشكل عام بما في ذلك العلاقات الشخصية.

لذا من الضروري فهم هذا الاضطراب من خلال استكشاف أسبابه النفسية والبيولوجية والاجتماعية، والتعرف على أنواعه المختلفة مثل اضطراب القلق العام، اضطراب الهلع، والرهاب الاجتماعي، كما أن التشخيص المبكر والعلاج المناسب يلعبان دورا هاما في تحسين حالة المصابين والتخفيف من معاناتهم بطريقة فعالة.

### 1- تعريف القلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ويمكن تعريفه بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة الخ. (السيد فهمي، 2010، ص188)

هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون إن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية كازدياد في عدد ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم الغثيان، فقدان الشهية ثم ازدياد معدل التنفس، الشعور بالاختناق، عدم القدرة على النوم، وقد يصاحب القلق توتر عضلي وازدياد في النشاط الحركي و إحساس بتعب

عضلي بجانب شعور عام بعدم القدرة على التفكير، التنظيم، وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به الفرد من عمل. (ابوفاخرة، 2021)

وقد عرف الباحثان شيفر ومليمان القلق بأنه حالة من عدم الارتياح والهم المتعلق بحوادث المستقبل ويتضمن شعور بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم ما أو مشكلة وشيكة متوقعة الحدوث.

وعرفه رولان دورون وفرانسوار باور في موسوعة علم النفس بأنه انفعال يتولد عن استباق معين لخطر منتشر من الصعب توقعه والسيطرة عليه، ويتوافق مع هذا الانفعال تغيرات فسيولوجية وهرمونية مميزة له، كما ويرتبط غالباً بسلوك البقاء، أو الانسحاب، أو تصرفات التجنب.

وعرفه عبد الخالق بأنه خوف غامض مزمن دون مبرر، موضوعي، مجهول المصدر، مصحوب بالتوتر الداخلي وعدم القدرة على الاسترخاء والاستقرار مع توافر أعراض نفسية وجسمية متنوعة ودائمة إلى حد كبير، كصعوبة التركيز، والشعور بعدم الأمن والاستغراق في أحلام اليقظة. (الاسي، 2014، ص49)

## 2- أنواع القلق:

2-1- القلق الموضوعي العادي: ويكون مصدره خارجاً وموجوداً فعلاً، وقد يطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق السوي، ويؤكد أحمد وهران على أن هذا القلق يحدث في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل: القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو في امتحان، أو بالصحة أو انتظار نبأ هام...إلخ.

2-1- القلق العصابي: فهو داخلي المصدر وأسبابه لأشعورية مكبوتة غير معروفة وليس له مبرر يعوق التوافق والإنتاج والسلوك العادي.

2-3- القلق الثانوي: هو الذي يكون عرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى.

2-4- القلق العام: هو الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجده غامضاً وعماماً، أرجعته هورني إلى الشعور بالعجز وبالعداوة والعزلة. (الوافي، 1999، ص48-49)

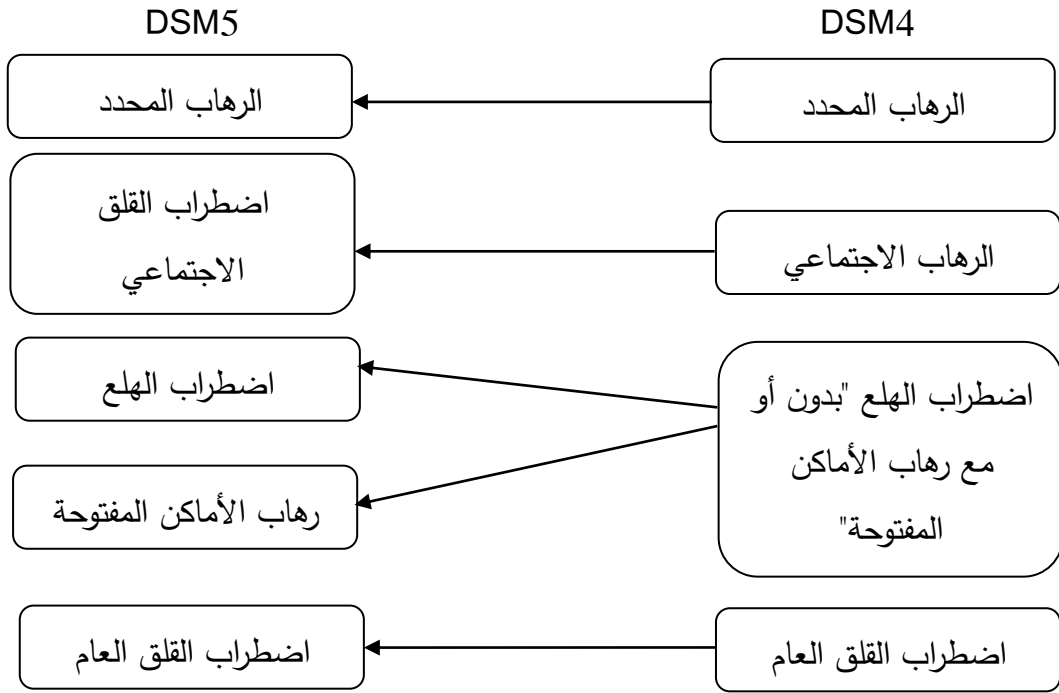
3- تصنيف اضطرابات القلق حسب DSM5:

الجدول (6): تصنيف اضطرابات القلق حسب DSM5

الاضطراب	الوصف	التغيرات المهمة في DSM5
الرهاب المحدد	خوف من الأشياء أو المواقف لا يتناسب مع أي خطر واقعي	- تحديد الفترة الزمنية التشخيصية للراشدين - لا يحتاج الأفراد لى ادراك الخوف بأنه غير واقعي
اضطراب القلق الاجتماعي	الخوف من الأفراد الذين لم يعتد عليهم الفرد أو التدقيق والفحص في المواقف الاجتماعية	- تغير المسمى من المخاوف الاجتماعية - تحديد الفترة الزمنية للراشدين
اضطراب الهلع	الشعور بالقلق من تكرار نوبات الهلع	
رهاب الأماكن المفتوحة	هو خوف من التواجد في أماكن لا يمكن الهروب أو المساعدة فيها إذا ما أصيب الفرد بأعراض القلق	- اضطراب جديد سابقا نوع فرعي من اضطراب الهلع
اضطراب القلق العام	حالة من القلق لا يمكن السيطرة عليها تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل	- معايير أكثر تحديدا للأطفال

المصدر: (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص348)

والشكل التالي يوضح الاختلاف بين DSM4 و DSM5:



شكل (5): الاختلافات بين DSM4 و DSM5 في تصنيف اضطرابات القلق (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 347)

#### 4- أسباب القلق: تتعدد أسباب القلق ومن أهمها:

- ✓ الاستعداد الوراثي في بعض الحالات وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- ✓ الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام)، والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والمخاوف الشديدة في فترة الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لأهداف الحياة وأحيانا يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، ومن الأسباب النفسية الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيًا.
- ✓ مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح البشرية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة والوالدان العصا بيان أو المنفصلان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.

✓ مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.

✓ التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة والإرهاق الجسمي والتعب والمرض وظروف الحرب.

✓ عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. (السيد فهي، 2010، ص190-191)

#### 5- أعراض القلق:

5-1- الأعراض الجسمية: تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، سرعة النبض والخفقان، ارتفاع ضغط الدم، الشعور بالضييق في الصدر، إرهاق الحواس، اضطرابات النوم والتنفس، والتعب.

5-2- الأعراض النفسية: فتتمثل في التوتر العام، عدم الاستقرار والشعور بعدم الراحة، الحساسية النفسية الزائدة، الارتباك، التردد في اتخاذ القرار، الانشغال بأخطاء الماضي، ضعف القدرة على التركيز، شرود الذهن، ضعف القدرة على العمل والإنتاج، سوء التوافق الاجتماعي، السلوك غير المضبوط والمتزن مع التردد الشاذ والتشكك. (الوافي، 1999، ص49-50)

#### 6- التفسيرات النظرية للقلق:

##### 6-1- نظرية التحليل النفسي:

تؤكد نظرية التحليل النفسي على أن المحددات الرئيسية للقلق هي: الصراعات الداخلية والدوافع اللاشعورية، ويميز فرويد بين نوعين من القلق هما القلق الذاتي الذي يكون بسبب منطقي للمواقف المؤذية وبين القلق العصابي وهو رد فعل غير منطقي للخطر الحقيقي.

وقد بين فرويد أن القلق العصابي ينشأ من الصراعات اللاشعورية داخل الفرد بين الدوافع أو الغرائز غير المسيطر عليها الجنسية، والعدوان وبين الضوابط المفروضة عليه من قبل الأنا و الأنا العليا وعندما تصبح هذه الغرائز قريبة من الوعي أو الشعور ينشأ القلق الذي يكون إشارة إلى الخطر المحتمل.

لقد وسع المحللون النفسانيون أسباب القلق العصابي ليشمل إحساس الفرد بأنه عاجز وغير قادر على التوافق وبكونه مهملاً ومتروكاً ويفترض بأن تكون هذه المشاعر لا شعورية. (حسين، 2013، ص30-31)

### 6-2- النظرية السلوكية:

علماء النفس الذين يعملون ضمن إطار نظريات التعلم ينظرون إلى القلق على أنه يبدأ بواسطة حدث خارجي وليس صراعات داخلية والقلق العام يحدث عندما يشعر بأنه غير قادر على التوافق مع أحداث الحياة اليومية وأنه مدرك بالنتيجة فالرهاب ينظر إليه على أنه استجابة تم تعلمها أما بطريقة مباشرة (كشخص يخاف الكلاب بعد أن تعرض إلى عضه من أحدها) أو بصورة غير مباشرة عند ملاحظة استجابة الآخرين. (حسين، 2013، ص32)

### 6-3- النظرية المعرفية:

التفسير المعرفي لاضطرابات القلق يركز على الطريقة التي يفكر بها الناس القلقون حول المشكلات والمواقف والأخطار المحتملة، فالأفراد الذين يعانون من القلق يميلون إلى وضع تقييم غير واقعي للمواقف المعينة وبخاصة التي تكون فيها إمكانية الخطر بعيدة فهم يبالغون في تقييم احتمالية الأذى ودرجته، فهذا النوع من التفكير يجعل الفرد مفرط الحذر ودائماً يبحث عن إشارات الخطر، فالضجة أو الضوضاء في المنزل تفسر على أنها حريق قد حدث وصوت توقف السيارة المفاجئ في الشارع يفسر على أن شخص ما في خطر وهذا يؤدي إلى تعبئة الجسم تجاه هذه المواقف مثل استجابة القتال أو الهرب والاستجابة الفسلجية مثل ارتعاش اليد وخفقان القلب والتوتر العضلي موجودة في كثير من الأوقات. (حسين، 2013، ص33)

## المحاضرة الحادية عشر

### اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

يعتبر اضطراب الوسواس القهري (OCD) من الاضطرابات النفسية المعقدة التي تتسم بظهور أفكار وسواسية متكررة مزعجة تدفع المصاب إلى تنفيذ سلوكيات قهرية بشكل متكرر بهدف تخفيف التوتر أو القلق الناجم عن تلك الوسواس، هذه السلوكيات لا تعتبر مصدرا للمتعة بالنسبة للشخص، بل يشعر غالبا بأنه مجبر على القيام بها رغم إرادته، مما يؤدي إلى معاناة نفسية كبيرة وتأثيرات سلبية على أدائه اليومي وعلاقاته الاجتماعية.

يصنف اضطراب الوسواس القهري ضمن مجموعة أوسع تعرف بـ"الاضطرابات الوسواسية القهرية والاضطرابات المرتبطة بها"، وفق ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5).

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بوجود أفكار متكررة أو سلوكيات نمطية يصعب التحكم بها، وعادة ما تكون مرتبطة بمشاعر من القلق، التوتر، أو الخجل الشديد، ورغم التباين في مظاهر هذه الاضطرابات إلا أنها تشترك في خصائص نفسية وسلوكية أساسية تجعل من دراستها وفهمها بشكل مشترك ضرورة هامة للمتخصصين والباحثين في مجال الصحة النفسية.

#### 1- تعريف الوسواس القهري:

اضطراب الوسواس القهري أو ما يعرف عادة بـ"OCD"، هو اضطراب نفسي شائع، يتميز بوجود وسواس و/ أو القهر، فيؤثر على نوعية الحياة، هذه الوسواس والأفعال القهرية هي إلزامية وجبرية تؤدي إلى إضاعة كبيرة لوقت وجهد المريض. (Martinroche, 2020, p16)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والأخصائي الخامس الوسواس القهري بأنه أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقترحة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد، قلقا ويحاول الشخص تجاهل أو قمعها أو تحييدها بفكرة أو فعل قهري.

ويعرف الوسواس القهري أيضا على أنه أفعال يضطر المريض لفعلها ليقفل من إحساسه بعدم الراحة والضيق والتوتر وزيادة إلحاح الأفكار التسلطية، ولكنها لا تعطيه الراحة إلا لوقت قصير

كما نجد عرف زهران عرفه بأن الوسواس هو فكر متسلط والقهر هو سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعيه وتبصره بغرابته. (المتولي، 2019)

## 2- أسباب الوسواس القهري:

تشتمل أسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري على:

- ✓ الأمراض المعدية الخطيرة المزمنة
- ✓ الحوادث والخبرات والصدمات النفسية المؤلمة العنيفة
- ✓ الصراع بين الدوافع وتأنيب الضمير
- ✓ الرغبات اللاشعورية المتصارعة التي تلقى الإشباع والتعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي
- ✓ الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد بالحرمان وعدم الثقة في النفس والكبت
- ✓ التربية والتنشئة الاجتماعية الخاطئة والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة الأولى. (الوافي، 1999، ص54)

## 3- أعراض الوسواس القهري:

- ✓ الأفكار المتسلطة والتي قد تكون فلسفية، جنسية، أو أدبية.
- ✓ الأفكار التشاؤمية وتوقع الشر والحوادث.
- ✓ الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر والمبالغ فيه من الأعمال والتردد والمراجعة الكثيرة.
- ✓ النظام والنظافة المفرط فيها مع الأناقة الزائدة.
- ✓ سوء التوافق الذاتي والاجتماعي واضطراب في مفهوم الذات. (الوافي، 1999، ص53)

## 4- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب DSM5:

قبل التطرق إلى المعايير التشخيصية، لابد من الإشارة إلى أنه في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يعتبر القلق هو العنصر الأساسي في تشخيص الوسواس القهري، والذي يربط العلاقة بين الوسواس

والأفعال القهرية، أما في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، فلا يعتبر تشخيص القلق لدى مرضي الوسواس القهري ضرورياً، لذا فقد تم إلغاء اضطراب الوسواس القهري من فئة اضطرابات القلق، وقد صنف في فئة تشخيصية أخرى، تحت مسمى الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة، وذلك نظراً لارتباط هذه الاضطرابات مع بعضها من حيث مدى الصادقات التشخيصية. (المتولي، 2019)

ومن أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد لاضطراب الوسواس القهري لا بد من توفير مجموعة من المحكات التشخيصية في الجوانب المختلفة سواء الجانب السلوكي أو المعرفي أو الانفعالي أو الاجتماعي التي تعتبر مؤشراً رئيسياً لتشخيص هذا الاضطراب، ومحكات التشخيص في ضوء الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية "DSM-5" ومن أهم هذه المحكات ما يلي:

#### ✓ الوسواس القهري: يتم تعريفها بما يلي:

- أفكار متكررة ومستمرة واندفاعات أو تخیلات يخبرها الفرد في أغلب الأوقات أثناء الاضطراب وتبدو مقحمة وغير مناسبة وتسبب القلق والضيق والألم النفسي الواضح.
- الأفكار والاندفاعات أو التخیلات لا تسبب أي إزعاج أو انشغال زائد عن الحد بمشكلات الحياة اليومية.
- محاولة الشخص المستمرة لتجاهل وقمع هذه الأفكار والاندفاعات والتخیلات أو أبطالها (تحييدها) ببعض الأفكار أو الأفعال والتصرفات الأخرى.
- يعرف الشخص أن هذه الأفكار والاندفاعات والتخیلات من نتاج عقله هو وليست مفروضة عليه من الخارج كما في اقتحام الأفكار.

#### ✓ الأفعال القهرية: يمكن تعريفها بما يلي:

- سلوكيات متكررة ظاهرة مثل: (غسيل الأيدي - الترتيب - الفحص) أو تصرفات عقلية مثل: (العد- ترديد كلمات في صمت) ويشعر الشخص بأنه مدفوع ومنقاد لأدائها بشكل متكرر وفقاً لقواعد صارمة.
- تهدف هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إلى الوقاية أو منع حدوث أو خفض الألم والأسى النفسي أو منع حادث أو موقف مفرع وأن هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحبيده أو أنها زائدة على الحد وغير معقولة.

- ✓ أثناء استمرار الاضطراب فإن الشخص يدرك أن الوسواس والأفعال القهرية زائدة على الحد أو أنها غير عقلانية وغير منطقية.
- ✓ الوسواس والأفعال القهرية التي تسبب ضيقاً وكرها واضحين تعد مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة في اليوم أو تتدخل كثيراً أو تؤثر في النظام اليومي العادي والوظائف المهنية الأكاديمية) أو النشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين.
- ✓ إذا وجد اختلال آخر من اختلالات المحور الأول فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية تكون غير محصورة فيه (مثل ذلك: الانشغال بالطعام في وجود اضطراب الأكل، هوس نتف الشعر في وجود اضطراب النتف القهري للشعر الانشغال بالمظهر الخارجي في وجود اضطراب صورة الجسم المشوه، الانشغال بالعقاقير والأدوية في وجود اضطرابات استخدام المواد المخدرة والانشغال بالإصابة بالأمراض الخطيرة في وجود توهم المرض والانشغال بالرغبات الجنسية أو التخييلات الجنسية في وجود اضطراب الشذوذ الجنسي أو اجترار الشعور بالذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي).
- ✓ لا يرجع اضطراب الوسواس القهري إلى تأثيرات فيسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة مثل إساءة استخدام العقار أو العلاج الدوائي أو نتيجة لحالة طبية عامة. (حنور، 2016)

#### 5- الخصائص الاكلينيكية لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به:

الجدول (7): تشخيصات الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به

تشخيصات الدليل الخامس DSM5	الخصائص الرئيسية	مكانته في الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR
اضطراب الوسواس القهري	أفكار أو إلحاحات وسواس متكررة واقتحامية لا يمكن السيطرة عليها. سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة يشعر الفرد بأنه مجبر على أدائها أفعال قهرية.	فصل اضطرابات القلق
اضطراب تشوه الجسم	انشغال شديد بالتدقق	فصل الاضطرابات المرتبطة

بالأعراض الجسدية	الخيالي لمظهر الفرد . سلوكيات أو أفعال تكرارية متكاثرة بخصوص الجسد مثل فحص المظهر وسعي لإعادة الطأمينية.	
تشخيص جديد في الدليل الخامس DSM 5	اقتناء عدد متزايد من الأشياء . عدم القدرة على المشاركة مع تلك الأشياء .	اضطراب الاكتناز

المصدر: (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص399)

طبقا لما ذكر فإن الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به تشترك جميعا في نوعية من الأفكار التكرارية، علاوة على إلحاحات لا يمكن مقاومتها على نحو متكرر في سلوك أو أداء عقلي ما، فالأفكار والسلوك يأخذان شكلا مختلفا خلال الحالات الثلاث. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص400)

#### ➤ اضطراب تشوه الجسم:

المصابون بهذا الاضطراب ينهمكون في عيب واحد أو أكثر من العيوب الخيالية أو العيوب المبالغ فيها في مظهرهم، رغم أن هؤلاء الأفراد قد يكونون ذوى مظهر جذاب للآخرين إلا أنهم ينظرون لأنفسهم كأن مظهرهم قبيح أو فظيع وتميل السيدات إلى التركيز على البشرة بينما الرجال يميلون أكثر للتركيز على الطول أو طول القضيب أو شعر الجسم.

ومثل المصابين باضطراب الوسواس القهري، فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يجدون صعوبة في وقف التفكير في خصائصهم، وفي المتوسط فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يفكرون في مظهرهم لمدة 3 إلى 8 ساعات يوميا، ومثل المصابين كذلك بالوسواس القهري، فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يجدون أنفسهم مكرهين على الانخراط في سلوكيات محددة، ولدى مرضى اضطراب تشوه الجسم فإن من أكثر السلوكيات المكروهة تشمل فحص المظهر في المرآة، ومقارنة المظهر بمظهر الآخرين من الأفراد، وسؤال الآخرين بتكرار التأكيد على المظهر أو استخدام خطط لتغيير المظهر أو تمويه أجزاء الجسم غير المحبوبة التبرج، إكساب البشرة لونا أسمر، ممارسة التمارين تغيير الملابس، ووضع الماكياج. وبينما يقضى كثيرون ساعات يوميا في تفحص مظهرهم فإن البعض يحاول تقادي تذكر

العيوب التي يتخيلونها بتقادي المرايا أو الأسطح العاكسة أو الأضواء الساطعة وبينما أغلبنا يفعل أشياء للشعور بالرضا عن مظهرنا، فإن المصابين باضطراب تشوه الجسم يقضون وقتا هائلا وطاقة في هذه المساعي. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص402)

#### ➤ المعايير التشخيصية اضطراب تشوه الجسم طبقا للدليل الخامس - 5 - DSM :

- ✓ الانهماك في عيب أو أكثر من العيوب الخيالية في المظهر .
- ✓ يقوم الفرد بأداء سلوكيات أو أفعال عقلية متكررة مثل التفتيش في المرآة أو السعي لإعادة التأكيد أو التبرج المفرط استجابة لاهتمامات بالمظهر .
- ✓ الانهماك غير مقيد بالاهتمام بالوزن أو بدانة الجسم. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص402)

#### ➤ اضطراب الاكتناز :

إن الاكتناز لم يعترف به كتشخيص حتى ظهور الدليل الخامس - DSM5، وفي الدليل الرابع المعدل TR-IV-DSM وصف الاكتناز كعرض يمكن أن يصاحب اضطراب الوسواس القهري، ورغم أن الاكتناز يتزامن اضطرابيا مع الوسواس القهري إلا أنه يمكن أن يحدث أيضا بين الأفراد الذين ليست لديهم أعراض الوسواس القهري.

فبالنسبة للمصابين باضطراب الاكتناز فإن الحاجة للكسب والافتناء هو جزء فقط من المشكلة، والمشكلة الأكبر أن المرضى يكرهون الابتعاد عن أشياءهم حتى عندما يعجز الآخرون عن رؤية أي قيمة ضخمة في تلك الأشياء. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص405-407)

#### ➤ المعايير التشخيصية اضطراب الاكتناز طبقا للدليل الخامس - 5 - DSM :

- ✓ إصرار أو صعوبة إهمال أو الانفصال عن المقتنيات بغض النظر عن قيمتها الحقيقية
- ✓ حاجة خيالية للحفاظ على الأشياء.
- ✓ حزن مرتبط بالتخلص من المقتنيات.
- ✓ ينتج عن الأعراض تجميع عدد ضخم من المقتنيات تترك مساحات المعيشة الفاعلة لدرجة أنه تحدث مساومة لاستخدامها بصورة مستهدفة ما لم يتدخل الآخرين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص406)

6- التفسيرات النظرية للوسواس القهري:

6-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب هذه النظرية أن اضطراب الوسواس القهري يحدث نتيجة لارتفاع سريع في الدوافع اللاشعورية التي لا يقبلها الوعي الشعوري للشخص، ويحدث نتيجة لسبب مفجر للإصابة في حياة الشخص التي قد تحتوي على عناصر صراحتات طفولة قديمة كما أن ظهور الأعراض يكون نتيجة لنكوص الشخصية لمرحلة سابقة، وتفسر الدورة الوسواسية القهرية، وخاصة الطقوس القهرية كاستراتيجيات دفاع مصممة لتجنب المرور بالصراعات والدوافع اللاشعورية غير المرغوبة، فينتج عنها الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير، مثلاً محاولات المريض اللاشعورية لعقاب ذاته فيكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة للضمير، فيمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزاً لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو خبرة مكبوتة. (المتولي، 2019)

6-2- النظرية السلوكية:

ترى أن السلوك المرضي يتم تعلمه من خلال البيئة، ويحدث الوسواس القهري عن آليات التعلم مثل: الاشارات الكلاسيكي كالمثيرات المقترنة بخبرة صادمة يمكن أن تتخذ صفات الصدمة نفسها، كذلك آلية التجنب والهروب، فالإنسان لا يحب الخبرات التي تتميز بالقلق ويتجنبها، فالسلوك القهري يهدف إلى تجنب القلق الذي تسببه الأفكار المتطفلة، وكذلك ما يسمى بالتعزيز الاجتماعي، ويلعب التعزيز من الآخرين دوراً مهماً في نشأة أو بقاء اضطراب الوسواس القهري، وأن التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة الأمرة الناهية والقسوة والعقاب والتدريب الخاطئ المتشدد على النظافة والإخراج في الطفولة كلها أسباب بيئية تتفاعل مع الطرق السلوكية الخاطئة التي يتعلمها الطفل نتيجة الإحباط المستمر في المجتمع مما يسبب الوسواس القهري. (المتولي، 2019)

6-3- النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن المصابين بالوسواس يفسرون الإشارات البيئية بطريقة تديم سلوكهم القهري، وأوضح كل من شير وزملاؤه أن مرضي الوسواس يعانون من سمة العجز في قياس دقة تحققهم من الأشياء، وذلك عند عرض عدة كلمات ثم سؤالهم عن أنها موجودة أم لا.

ويذكر آرون بيك ان المحتوى الفكري للوسواس يتعلق بصفة عامة بخطر بعيد يظهر في هيئة شك أو حيلة، فالمريض قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (أطفاً) فرن الغاز على سبيل المثال أو أنه

سيتمكن من أداء عمل ما كما ينبغي، أما الطقوس القهرية فتكون من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق العمل، مثال غسيل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يزيل كل الأوساخ من بعض أجزاء جسمه. (المتولي، 2019)

## المحاضرة الثانية عشر

### الاضطرابات المتعلقة بالصدمة

تعد الاضطرابات المرتبطة بالصدمة واحدة من أبرز أنواع المشكلات النفسية التي تنشأ نتيجة التعرض لأحداث مروعة أو تهدد الحياة، وتندرج هذه الاضطرابات تحت تصنيف خاص في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) بعنوان: الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والضغوط النفسية.

تظهر هذه الاضطرابات على شكل استجابات نفسية وسلوكية شديدة، تنجم عن مواجهة حدث صادم أو سلسلة من الأحداث المؤلمة، مثل الحروب، الكوارث الطبيعية، الحوادث الخطيرة، الاعتداءات الجسدية أو الجنسية، أو حتى مشاهدة مشاهد عنيفة، تختلف ردود الفعل بين الأفراد تجاه هذه المواقف فبينما يتمكن البعض من تجاوزها بشكل طبيعي، يعاني آخرون من أعراض نفسية طويلة الأمد تتطلب تدخلا علاجيا متخصصا للتغلب عليها.

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

أولا لابد من تعريف الحادث الصادم والصدمة النفسية ومن ثم كرب ما بعد الصدمة، ومن بين التعاريف يمكن ذكر:

الحادث الصادم هو حدث حاد ومفاجئ، ومربك، وشديد الوقع على الفرد الذي تعرض له، سواء كان هذا الحدث من فعل الإنسان كالحروب، أو من فعل الطبيعة كالزلازل والأعاصير، مما يهدد أمن الفرد ويسبب له الخوف والقلق والانسحاب والتجنب ويؤدي إلى الإخلال بتوازنه النفسي والاجتماعي والبدني، أما الصدمة النفسية تتسم بأنها تعد قوة وحادة وتفجر الكيان الإنساني وتهدد حياته فتهاجم الإنسان وتخرق الجهاز الدفاعي لديه وتفوق قوتها قوة الجهاز النفسي الذي يؤخذ على حين غرة فلا يتوفر لديه الوقت الكافي لتوظيف آلياته الدفاعية للتصدي لها، بحيث أنها تكون فجائية وعنيفة ويستقبلها الفرد برعب وكأنها لقاء مع الموت.

أما الجمعية الأمريكية للطب العقلي فتحدد بدقة في تعريفها للصدمة الظروف التي تنتجها ويعبر عن هذه الأخيرة في الاختلال في التوازن الانفعالي لدى الفرد أو عجز في السيطرة على انفعالاته، وترى أن الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدثا يتضمن تهديدا فعليا بالموت أو

الجروح الخطرة أو تهديد بفقدان السلامة الجسدية أو بخطر أحد الأقارب، الأصدقاء، أو بتدمير سكن، أو باكتشاف جثة وتكون استجابته بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم. (عبد الصمد، وأحمان، 2019)

يعرف الدليل التشخيصي ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية (WHO) كرب ما بعد الصدمة بأنه استجابة متأثرة بحادثة أو موقف ضاغط ويكون ذو طبيعة تهديديه أو كارثة تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً من قبيل: كارثة من صنع الإنسان أو معركة أو حادثة خطيرة أو مشاهدة موت آخر أو مشاهدة حادثة عنف أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب أو جريمة أخرى. (حنور، 2009)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة بأنه الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز. (سالم منصور، 2021)

ويعرف آرون بيك عام 2000 كرب ما بعد الصدمة بأنه من الحالات التي تحدث فيها استجابة لصدمة بالغة الشدة تتخطى الخبرات المعتادة في حياة البشر هولا وجسامة كالحوادث المفجعة والكوارث الطبيعية وويلات الحروب والاغتصاب والاختطاف والأسر والتعذيب...إلخ، وهو أقرب إلى المتلازمة منها إلى الاضطراب، إذ تضم مجموعة من الأعراض المتباينة وتشمل ما يلي:

- أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية سواء في اليقظة أم في الأحلام.
  - أعراض تبدل الاستجابة للعالم الخارجي والتجنب الرهابي لجميع أشكال المنبهات المرتبطة من قريب أو بعيد بالصدمة.
  - أعراض زيادة الاستثارة مثل الأرق والغضب والتوجس وضعف التركيز...إلخ.
- (خلفي، 2013، ص35)

2- أنواع الصدمة النفسية: ذكر ثابت سنة 2012، أن للصدمة النفسية نوعين هما:

2-1- الصدمة المركبة (المتكررة) : وهي نوع من الأحداث الصادمة التي تحدث بشكل مستمر في حياة الشخص كما هو الحال في مناطق الصراعات والحروب والاحتلال، وعادة ما يصاب الشخص الذي

يتعرض لمثل هذه الأحداث بالتبليد الاجتماعي بمعنى إنكار الحدث كأحد استراتيجيات التأقلم ضد هذا الخطر المستمر والتكيف مع هذا الحدث أمر طبيعي لأن الإنسان يكتسب الخبرة من خلال التجارب الحياتية والمواقف المختلفة.

**2-2- الصدمة المفردة ( غير المتكررة ):** وهي عبارة عن حدث صادم واحد في حياة الإنسان غير المتوقع والسريع والخطير والذي يترك آثار سيئة وتبقى ذكريات هذا الحدث لفترة زمنية طويلة ويستطيع الشخص استرجاع هذه الذكريات والصور لهذا الحدث الصادم حتى بعد عدة سنوات. (بن داخش علي محزري، 2021)

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

**3-1- أعراض الذكريات (التكرار):** تقتحم الذكريات وعي الفرد المصدوم دون قصد منه، وقد يعاني من هي مشاعر الذنب فيغرق في دائرة مغلقة من الأفكار القسرية التي تتمثل بالتذكر واللوم وتأنيب الذات والتي أشد عذاباً من الحدث الصادم نفسه، وقد تمتد آثارها إلى الأحلام حيث تتكرر فيها مشاهد للحدث الصادم، وقد تصل إلى حد أن يقوم الفرد المصدوم وبشكل مفاجئ بالتصرف والسلوك، وكأنه يعيش الحدث الصادم من جديد وبأدق التفاصيل.

**3-2- أعراض التجنب:** يشعر الأفراد الناجون من الصدمات بخدر وانفصال عاطفي عن الآخرين، وقد يكون لديهم صعوبة الشعور بالغضب والحب، في محاولة منهم لتجنب التعامل مع مشاعرهم، و يشكل التجنب أحد الأعراض الأكثر ديمومة والمستعصية على التدخلات العلاجية، ويتجلى بكبت الأفكار وسلوكيات الصدمة وتجنبها من أجل حماية الذات، وقد تتجلى بحالات الانسحاب الاجتماعي وعدم الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية بعد الحدث الصادم.

**3-3- أعراض فرط الإثارة:** كثيرا ما تصنف اضطرابات ما بعد الصدمة ضمن اضطرابات القلق باعتبار ترافق القلق مع مجموعة من التغيرات الجسدية مثل زيادة ضربات القلب، والتوتر، والتعرق المفرط، وعدم القدرة على النوم، ومن خلال تكرار الذكريات والأفكار والمشاعر، ويتشكل لدى الفرد فرط إثارة داخلية، قد تعود إلى ردود فعل الخوف وفرط الانتباه أو اليقظة وإلى استجابات جسدية كالارتعاش المستمر. (علي بدر، 2016، ص23)

#### 4- معايير تشخيص كرب ما بعد الصدمة حسب DSM5:

تعرض الفرد لموت حقيقي أو تهديد حقيقي بالموت أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بطريقة أو أكثر ممايلي: التعرض للحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث شخصيا أو العلم بأن الوفاة من جراء العنف أو الوفاة في الحادث أو التهديد بالموت قد حدث عن قرب أو التعرض بصورة متكررة أو التعرض الشديد لتفاصيل بغیضة للحدث أو الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.

#### أحد الأعراض المتداخلة التالية على الأقل:

- ذكريات تطفلية مؤلمة مكرمة للصدمة أو لدى الأطفال لعب متكرر يخص موضوعات الصدمة.
- أحلام مفرزة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث .
- تفاعلات مفككة مثل استرجاع الأحداث حيث يشعر أو يفعل الفرد وكأن الصدمة أو الصدمات تتكرر أو لدى الأطفال - إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب
- نشاط فسيولوجي مكثف أو مطول مفرع استجابة لمفكرات عن الصدمة أو الصدمات.

#### عرض واحد على الأقل من أعراض التجنب أو التهرب التالية:

- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات
  - التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات
- #### تغييران على الأقل من التغييرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج:
- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات
  - معتقدات أو توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العامل.
  - لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة أو الصدمات
  - حالة انفعالية سلبية مستمرة أو لدى الأطفال أصغر من 7 سنوات مزيد من العواطف السلبية المتكررة .
  - اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.
  - شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين أو في الأطفال أقل من 7 سنوات بتراجع اجتماعي.

- عدم قدرة مستمرة على مواجهة الانفعالات الإيجابية

تغريان على الأقل في الإثارة ورد الفعل:

- سلوك هياجي أو عدواني

- يقظة مفرطة

- ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها

- مشاكل في التركيز.

- اضطراب في النوم

تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهرا على الأقل

بين الأطفال أقل من 7 سنوات تتطلب الأعراض معايير أ، ب، ج، هـ، و، ولكن واحداً فقط من الأعراض سواء من ج أو د. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص420-421)

#### 5-الكرب الحاد:

إضافة إلى كرب ما بعد الصدمة تتضمن قائمة DSM تشخيص اضطراب الكرب الحاد ويشخص عند حدوث الأعراض بعد الصدمة بثلاثة أيام وشهر، وأعراض الكرب الحاد تشبه إلى حد ما أعراض كرب ما بعد الصدمة ولكن مدتها أقصر، وقد حددت قائمة DSM4 المعدلة ضرورة ظهور أعراض فصامية لأن ذلك ليس صحيحاً تجريبياً ولا يوازي معايير كرب ما بعد الصدمة، وهذا المعيار لا تتضمنه معايير DSM 5 لاضطراب الكرب الحاد، وفي مجمل الأمر فإن معايير الكرب الحاد قد تغيرت حتى تتشابه أكثر مع كرب ما بعد الصدمة. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص424)

#### 6-المعايير التشخيصية لاضطراب الكرب الحاد طبقاً للدليل DSM5:

التعرض للموت الحقيقي أو لخطر الموت أو التعرض لإصابة خطيرة أو للانتهاك الجنسي بطريقة أو أكثر ممايلي:

✓ مواجهة الحادث شخصياً أو مشاهدة الحدث، العلم بأن الموت العنيف أو الموت العارض أو التهديد بالموت بالقرب من آخر أو مواجهة تعرض متكرر أو شديد لتفاصيل منفرة عن الحادث أو الأحداث وليس من خلال التعرض لوسائل الإعلام.

- ✓ بدء ظهور 8 أعراض أو تزداد سوءا على الأقل ممايلي منذ وقوع الصدمة وتستمر من 3 إلى 31 يوما
- ✓ ذكريات متكررة قهرية تطفلية للحادث الصادم أو لدى الأطفال لعب متكرر يتضمن جوانب للحادث الصادم.
- ✓ أحلام متكررة مؤلمة مرتبطة بالحادث الصادم.
- ✓ تفاعلات منفرة مثل صور الماضي حيث يشعر الفرد أو يفعل وكأن الحادث الصادم يتكرر أو في الأطفال إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب.
- ✓ حزن أو ألم نفساني مكثف أو طويل أو تفاعل فسيولوجي عند التعرض لمفكرات عن الحادث الصادم.
- ✓ عدم قدرة متواصلة في مواجهة الأحداث الإيجابية.
- ✓ إحساس متغير بحقيقة أحد المحيطين أو الفرد نفسه رؤية المرء من منظور شخص آخر في حالة ذهول.
- ✓ عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الحادث الصادم.
- ✓ التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات.
- ✓ التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.
- ✓ اضطراب النوم.
- ✓ فرط اليقظة.
- ✓ السلوك الاهتياجي أو العدوانى.
- ✓ الاستجابة المبالغ فيها أو الفجائية.
- ✓ الاهتزاز أو انعدام الراحة.
- ✓ مشكلات مع التركيز. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص423-424)

## المحاضرة الثالثة عشر

### الاضطرابات الجسدية والاضطرابات ذات الصلة

تعتبر الاضطرابات الجسدية والمرتبطة بها من الموضوعات التي تكتسب اهتماما متزايدا في مجال الطب النفسي والطب العام، نظرا لتأثيراتها المعقدة والمتشابكة على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد، تتمثل هذه الاضطرابات في ظهور أعراض جسدية حقيقية قد تفتقر إلى تفسير طبي واضح أو تكون مبالغاً فيها مقارنة بالتحليلات والنتائج الطبية المتاحة، مما يؤدي إلى معاناة مستمرة وعرقلة القدرة على أداء الأنشطة اليومية.

يتم تصنيف هذه الاضطرابات وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تحت مسمى اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة، وتشمل مجموعة متنوعة من الحالات مثل اضطراب الأعراض الجسدية، واضطراب القلق من المرض، واضطراب التمارض، بالإضافة إلى حالات أخرى.

تبرز هذه الاضطرابات العلاقة الوثيقة بين الجسد والنفس، وتوضح كيف يمكن أن تنعكس الضغوط النفسية أو الصراعات الداخلية في صورة أعراض جسدية ملموسة، بناءً على ذلك فإن التعامل مع هذه الحالات لا يقتصر فقط على تشخيص الأعراض الظاهرة، بل يتطلب اتباع نهج شامل يأخذ في الاعتبار العوامل النفسية والاجتماعية بالتوازي مع التقييم الطبي.

### 1- تعريف الاضطرابات الجسدية:

تعرف الاضطرابات الجسدية الشكل على أنها مجموعة من الأعراض والشكاوى غير العادية تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماماً وهي علامات يدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء والأجهزة في جس المريض ولكنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية.

ويعرف أيضاً على أنها اضطرابات عضوية يؤدي فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً قوياً أساسياً وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، ويعاني المريض عادة من القلق والاكتئاب يل وأحياناً ما يهدد القلق حياته. (عبد المطلب، 2024)

وترى منظمة الصحة العالمية أن الخاصية الأساسية للاضطرابات جسدية الشكل هي الشكاوى المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية، بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جيمي لهذه الأعراض.

في حين تعرفها الجمعية الامريكية للطب النفسي العقلي بأنها نمط من الشكاوي الجسمية المتعددة والمتكررة، تكون أعراضها واضحة سريريا قبل سن الثلاثين، ولا يمكن تفسيرها على أنها ناتجة عن عوامل مرضية جسمية. (حسين، صالح، 2015، ص367)

## 2- خصائص الاضطرابات الجسدية:

- ✓ إن الأحداث والعوامل النفسية هي المحدثة للاضطرابات العضوية.
- ✓ إن الأمراض العضوية الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية تتطلب علاجاً طبياً للأعراض المصاحبة.
- ✓ أن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسدية ما دام السبب النفسي قائم.
- ✓ إن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الاضطراب الهستيرى.
- ✓ إن الضغوط والأحداث تحدث خلالاً عصبياً كهربائياً وخلالاً هرمونياً من شأنه أن يؤدي إلى تعبير وظيفي في العضو وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر. (صالح، 2014، ص313)

## 3- أسباب الاضطرابات الجسدية "العرض الجسدي":

قد تتجم الأعراض الجسدية عن زيادة الوعي ببعض الأحاسيس الجسدية جنباً إلى جنب مع الميل إلى تفسير هذه الأحاسيس على أنها مؤشر على مرض طبي، إن مسببات اضطراب العرض الجسدي غير واضحة ومع ذلك فقد حددت الدراسات أن عوامل الخطر للأعراض الجسدية المزمنة والحادة تشمل إهمال الأطفال، والاعتداء الجنسي، نمط الحياة الفوضوي، بالإضافة إلى ذلك ارتبط اضطراب العرض الجسدي باضطرابات الشخصية.

ويرى كل من Lerigh & Streltzer 2015 أن هناك العديد من العوامل قراء الاستعداد لاضطراب العرض الجسدي مثل إساءة معاملة الأطفال وتطور العصابية المزاجية، الضغوط، والوصع الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي المنخفض "وبالتالي انخفاض مهارات التوافق"، التأثيرات الثقافية على سبيل المثال: الضيق العاطفي الذي يتم التعبير عنه على أنه انزعاج أو ألم جسدي".

وتشير الأبحاث الحديثة إلى أن الاستعداد الوراثي، والتعرض للضغوطات والصدمات المبكرة، أو التعلق غير الآمن، أو النشأة في بيئات شخصية غير مثالية على سبيل المثال: عندما يكون احد الوالدين مكتئبا، أو الأعراف الثقافية التي تقيد التعبير الانفعالي يمكن أن تعوق التنمية الاجتماعية الانفعالية، وتؤثر جميعها على تطور الجهاز العصبي والجهاز المناعي، ويمكن أن تسهم هذه العوامل في صعوبة التمييز بين الإشارات الجسدية والانفعالية من الجسم، ومشاكل التنظيم الانفعالي والاجهاد الجسدي، قد تؤدي هذه العوائق التي تحول دون النمو الصحي إلى استعداد الشخص لخبرة الاضطراب الجسدي والاجهاد الانفعالي في المقام الأول. (على السعيد عيسي، 2024)

#### 4- تصنيف الاضطرابات المرتبطة بالعرض الجسدي حسب DSM5:

إن الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس يشتمل على ثلاث فئات للاضطرابات المرتبطة بالأعراض جسدية الشكل وهي:

✓ اضطراب العرض الجسدي: والذي يشتمل على المشقة الشديدة أو الطاقة المبذولة نحو الأعراض الجسدية.

✓ اضطراب القلق المرضي: يحتوى على المخاوف من الإصابة بمرض طبي شديد في ظل غياب الأعراض الجسدية.

✓ اضطراب التحول: ويتضمن الأعراض العصبية التي لا تجد تفسيراً طبيياً.

والجدول التالي يوضح ذلك:

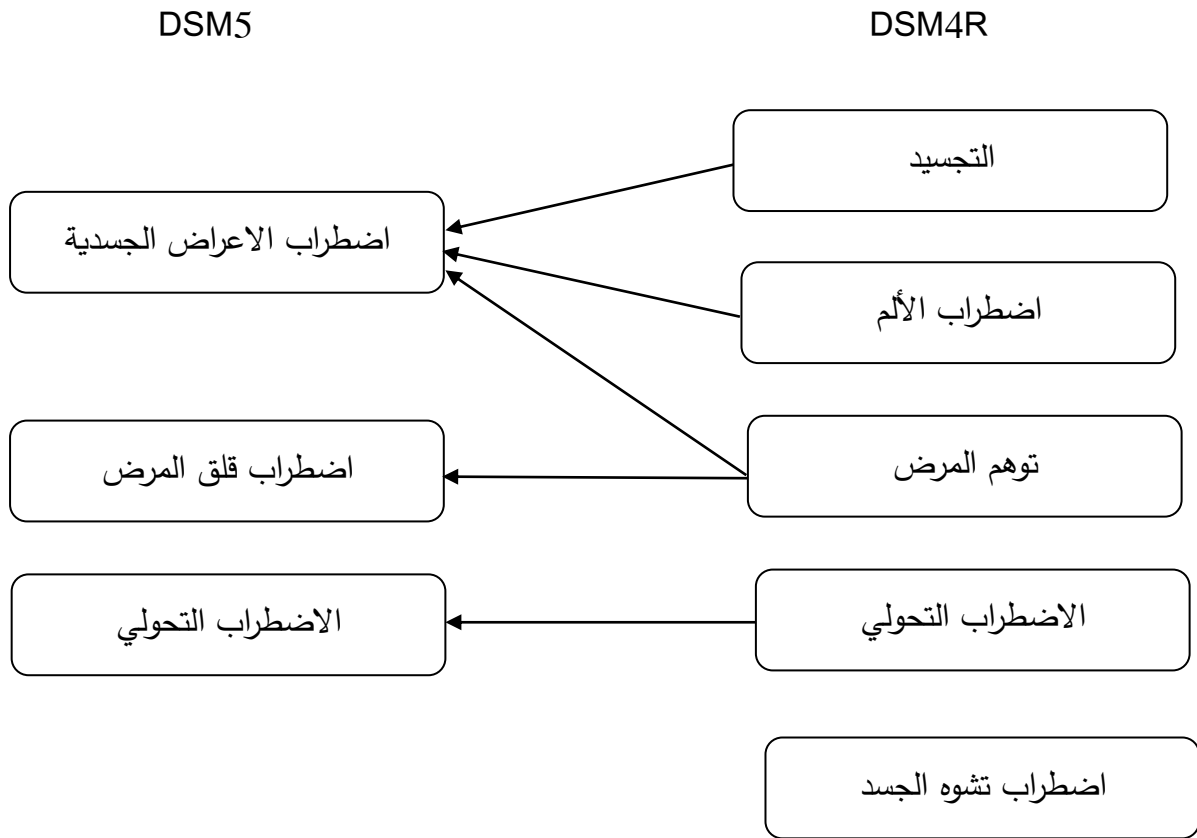
#### جدول (8): عرض موجز للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

التغيرات المفاحية في DSM5	التوصيف	التشخيصات طبقاً لـ DSM5
لا يوجد للأعراض تفسيرات طبية واضحة. الألم جزء من الأعراض، وليس تشخيصاً منفصلاً.	الأفكار أو المشاعر أو السلوكيات الزائدة المرتبطة بالأعراض الجسدية	اضطراب الاعراض الجسمية
تشخيص جديد	المخاوف الشديدة من الإصابة بمرض خطير بالرغم من غياب الأعراض الجسمية الجوهرية	اضطراب قلق المرض

إزالة المعيار التشخيصي بإثبات الطبيب بأن أعراض المريض غير مفتعلة. إزالة المعيار التشخيصي بظهور الاستهداف للعوامل النفسية. يؤكد أهمية الفحوصات العصبية.	الأعراض العصبية التي لا يمكن تفسيرها بأمراض طبية أو سلوك جزائي للثقافة	الاضطراب التحولي
--	--	------------------

(كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 467-468)

والشكل التالي يوضح الاختلافات بين DSM4R و DSM5:



شكل (6): التحول الحاصل بين DSM4R و DSM5 للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

(كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 469)

لقد تم دمج التجسيد، اضطراب الألم، وتوهم المرض الموجودة في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل في فئة واحدة وهي اضطراب الأعراض الجسدية، كما هناك بعض الأفراد الذين يعانون من توهم المرض يندرجون تحت فئة اضطراب قلق المرض، أما اضطراب تشوه الجسد فقد تم نقله ليصبح ضمن الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري في DSM5.

5- معايير تشخيص الاضطرابات المرتبطة بالعرض الجسدي حسب DSM5:

5-1- معايير تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية:

- ✓ وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تتداخل مع الحياة اليومية.
- ✓ القلق أو الانشغال الزائد أو اهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسدية.
- ✓ تستمر هذه الأعراض على الأقل ستة أشهر، وتتنوع الأعراض الجسدية بشكل جوهري.
- ✓ تحديد إذا كان الألم سائداً أو المهيم. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص469)

5-2- معايير تشخيص اضطراب قلق المرض:

- ✓ الانشغال والقلق الشديد الشديد من كونه مصاب أو سيصاب بمرض خطير.
- ✓ زيادة سلوك المرض مثل فحص علامات المرض، طلب إعادة الاطمئنان أو سلوك عدم التوافق التجنبي مثل تجنب الرعاية الطبية أو أقارب المرضى...إلخ.
- ✓ لا توجد أعراض جسدية ملحوظة.
- ✓ لا يتم تفسير في ضوء اضطرابات نفسية أخرى.
- ✓ يستمر الانشغال على الأقل ستة أشهر. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص471)

5-3- معايير تشخيص الاضطراب التحولي:

- ✓ ظهور واحد أو أكثر من الأعراض التي تؤثر على الوظائف الحركية أو الحسية وتوحي بوجود مرض عصبي أو عضوي.
- ✓ لا يوجد مرض عضوي يفسر ظهور هذه الأعراض.
- ✓ تتسبب الأعراض في كرب شديد أو خلل في أداء الفرد أو تستدعي تقييم الحالة طبياً. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص472)

## المحاضرة الرابعة عشر

### الاضطرابات المتعلقة بالمادة والاضطرابات الادمانية

الاضطرابات المرتبطة باستخدام المواد والإدمان تعد واحدة من أبرز التحديات التي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية على مستوى العالم، بسبب تأثيراتها العميقة على الجوانب النفسية والاجتماعية والجسدية للأفراد، وتصنف هذه الاضطرابات ضمن فئة مخصصة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تحت مسمى "الاضطرابات المرتبطة باستخدام المواد والإدمان"

تتميز هذه الاضطرابات بالاستهلاك المفرط أو غير المنضبط لمواد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، مثل الكحول والمواد الأفيونية والقنب والكوكايين والمنبهات والمهدئات والنيكوتين، كما تشمل أيضاً أنماطاً سلوكية إدمانية لا تتعلق مباشرة بمواد كيميائية كإدمان القمار.

#### 1- الإدمان والمفاهيم المرتبطة به:

**1-1- الإدمان:** لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان أو الاعتماد عليه بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ، ومن نتائجها خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة، وتشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية المرغوبة. ولتجنب الآثار المهددة والمؤلمة التي تنتج من عدم توافره وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة والأنواع التي تحدث ادمانا هي الكحوليات والأفيون والحشيش والعقاقير والحبوب. (عبد المنعم مهدي، 2015)

**1-2- التعاطي:** ويعني استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين.

وهو حالة نفسية وأحياناً عضوية تحدث عند الإنسان نتيجة التفاعل بينه وبين العقار، وتتميز هذه الحالة بردود أفعال تؤكد وجود رغبة قوية لديه لتعاطي العقار بطريقة مستمرة ليشعر بآثار العقار النفسية وليبعد عن نفسه الضيق والخوف. (غول، 2020، ص4)

**1-3- التحمل:** يشير إلى حالتين الأولى تناول جرعات كبيرة من المادة لتؤدي التأثير المرغوب أما الثانية فهي أن تصبح تأثيرات المادة قليلة بشكل واضح إذا تم تناول الكمية المعتادة.

1-4- الانسحاب: يشير إلى الآثار الجسمية والنفسية التي تظهر عندما يتوقف الفرد عن تعاطي المادى أو يقلل من الكمية التي يتم تعاطيها، وتشمل أعراض انسحاب المادة آلام العضلات، ارتعاش، تعرق، التقيؤ، الاسهال، وأرق. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص566)

## 2- تصنيف الاضطرابات المتعلقة بالمادة حسب DSM-5:

صنف DSM-5 الاضطرابات المتصلة باستخدام المادة إلى فئتين رئيسيتين هما:

### 2-1- الاضطرابات المتعلقة باستخدام المواد: والتي تضم الاضطرابات التالية:

✓ الاضطرابات المتعلقة بالكحول.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالكافيين.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالحشيش.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات.

✓ الاضطرابات المتعلقة المستنشقات.

✓ الاضطرابات المتعلقة الأفيون.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات.

✓ الاضطرابات المتعلقة بالتبغ.

✓ الاضطرابات المتعلقة بمواد أخرى.

### 2-2- الاضطرابات غير المتعلقة بالمادة: والتي تضم اضطراب المقامرة. (الحمادي، دس، ص18-

20)

### 3- معايير تشخيص الاضطرابات المتعلقة بمادة والاضطرابات الإدمانية حسب DSM5:

قبل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، كان ينقسم الاستخدام المرضي

للمواد إلى فئتين اثنتين: سوء استخدام المواد والاعتماد على المواد.

أما حالياً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس نجده قد دمج هذين الفئتين في فئة اضطراب استخدام المواد وهذا راجع للأسباب التالية:

- انخفاض ثبات فئة سوء استخدام المواد
- أغلب الأفراد الذين يخضعون لفئة سوء استخدام خاصة الكحول يعتقدون أنهم لم يصلوا إلى مرحلة الاعتماد أو الإدمان
- أشارت تحليلات الدليل التشخيصي والإحصائي أنها تقدم فئة واحدة فقط وليس اثنتين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص564)

#### ➤ المعايير التشخيصية لاضطراب استخدام المادة:

نمط مشكلات الاستخدام التي تسبب خللاً وظيفياً، لا بد من عاملين أو أكثر خلال سنة:

- ✓ الفشل في الوفاء بالالتزامات.
- ✓ تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية.
- ✓ تكرار مشكلات العلاقات.
- ✓ الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام.
- ✓ التحمل.
- ✓ الانسحاب.
- ✓ تناول المادة لمدة أطول أو بكمية أكبر من المعتاد.
- ✓ عدم فعالية محاولات التقليل أو التحكم في الاستخدام .
- ✓ إهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.
- ✓ التوقف أو التقليل من ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية أو التقليل منها.
- ✓ اللهفة أو الرغبة القوية في استخدام المواد. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص

## المحاضرة الخامسة عشر

### الاضطرابات الجنسية

الاضطرابات الجنسية تعتبر من القضايا النفسية والطبية المعقدة التي تؤثر بشكل مباشر على جودة حياة الفرد وعلاقاته الاجتماعية والزوجية، وهي تشير إلى حالات يعاني فيها الشخص من مشكلات مستمرة أو متكررة تتعلق بالرغبة الجنسية، أو الإثارة، أو الوصول إلى النشوة، أو الشعور بالألم أثناء العلاقة الحميمة، إذ تختلف هذه الاضطرابات من حيث طبيعتها وأسبابها بين الرجال والنساء، وغالبا ما تكون نتيجة لعوامل نفسية، بيولوجية، هرمونية، أو اجتماعية.

#### 1- تعريف الاضطرابات الجنسية:

تعرف الانحرافات الجنسية بأنها ممارسات سلوكية جنسية شاذة لا تتفق مع المعايير الاجتماعية والاخلاقية في طرائق إشباع الغريزة الجنسية مثل التلصص واللواط والحيوانية والممارسة مع الاطفال.

تعرفه ICD 1999 بأنه نشاط جنسي مرضي يوجه نحو أشخاص ليسوا من الجنس الآخر، أو ممارسة أفعال ليس لها علاقة بعملية الجماع، أو ممارسة الجماع تحت ظروف شاذة غير طبيعية.

أما APA 2000 فتشير أن المصطلح يستعمل لوصف حالة النشوة الجنسية للأشياء أو الحالات التي لا تكون جزءا من المنبهات الجنسية العادية والتي قد تسبب مشاكل نفسية للشخص المتعلق بها.

في حين يعرفها Miller 2003 بأنها اضطراب في عملية الارضاء والإشباع الجنسي عبر مجموعة من الممارسات الجنسية غير الطبيعية مثل إذلال الآخرين والتلصص عليهم أو الجماع مع الحيوان وغيرها .

ويعرفها كل من Moser & Kleinplatz 2005 بأنها توجيه الإثارة الجنسية نحو اجزاء جسم الانسان بصورة غير طبيعية أو عبر اذلال الشريك أو توجيهها نحو الاطفال أو الاشخاص دون رضاهم، وبذلك هي ليست جزءا من المثريات الجنسية الطبيعية ولا تتسجم وفق المعايير الاخلاقية والاجتماعية.

من جهة أخرى يرى Hewitt 2005 أن الانحرافات الجنسية هي حالة مرضية غير طبيعية تنجم عن الممارسات التي لا يكون هدفها الإشباع الجنسي بين طرفين مختلفين في الجنس أو

اجبار الطرف الآخر على اشباع رغبته الجنسية (كالاعتصاب) أو الممارسة مع الاطفال والحيوانات، أو عن طريق اشياء الجنس الآخر.

لذا يمكن القول أن من خصائص الانحراف الجنسي:

- ✓ أنه توجه نفسي غير طبيعي.
  - ✓ أنه ممارسة منحرفة تظهر بصورة نشاط تناسلي لا يتفق مع الثقافة أو الأعراف العامة لمجتمعه أو دولته .
  - ✓ قد لا توجه نحو الجنس الآخر بل أشياء لا صل لها بالموضوع الجنسي كالحوانات.
- (صالح،2014، ص529-530)

## 2- أسباب الاضطرابات الجنسية:

تشير البحوث والدراسات في هذا المجال إلى أن أسباب الانحرافات الجنسية متشابكة ومتعددة، فلم يتمكن العلماء حتى الآن من تحديد سبب عضوي ذو علاقة بهذه الانحرافات، إلا أنهم من خلال دراسات البيئة والتعل الشرطي للعادات السيئة تمكنوا نوعا ما من تحديد بعض الأسباب وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الخامس وذلك على النحو التالي:

**2-1- الاضطرابات الجنسية الناتجة عن أعطاب طبيعية "بيولوجية":** كخلل الجهاز العصبي الذاتي أو خلل الجهاز التناسلي، أو اختلال افرازات الغدد والبلوغ الجنسي أو تأخر البلوغ أو العقم ونقص الخصائص الجنسية الثانوية أو البلوغ الجنسي.

**2-2- عوامل عصبية بيولوجية:** هناك احتمال أن الاندروجينات "هرمونات مثل: التستستيرون" يؤدي دورا في الانحرافات.

**2-3- العوامل العضوية:** كأمراض المعدية والأمراض العقلية وموانع الاتصال الطبيعي والإصابات والعاهات والتسوّهات الخلقية...إلخ.

**2-4- الأسباب النفسية:** مثل الصراع بين الدوافع والغرائز، وبين المعايير الخلقية والقيم الاجتماعية، وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي، والإحباط الجنسي ومخاوف الجنس، النكوص الانفعالي والتكيف، الخبرات السيئة والعادات غير الصحيحة، عدم الشعور باللذة والسعادة مما يدفع الفرد للجنس كمصدر الحصول على اللذة المفقودة، الكحول والانفعال السلبي.

**2-5- الأسباب البيئية:** والحضارية والثقافية والمرضية واضطراب التنشئة الاجتماعية في الاسرة والمجتمع والصحة السيئة وسوء الأحوال الاقتصادية ووفرة المثيرات الجنسية...إلخ.

ويضا تعتبر الأسباب الدقيقة للاضطرابات الجنسية أمرا معقدا ومتعدد العوامل، ولا يمكن تحديد سبب واحد ينطبق على جميع الحالات.

إن الاضطرابات الجنسية غالبا ما تكون نتيجة تفاعل متشابك بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومن الأسباب الشائعة للاضطرابات الجنسية يمكن ذكرها فيما يلي:

- **العوامل النفسية والعاطفية:** مثل: القلق، الاكتئاب، التوتر، ضغوط الحياة، ومشاكل العلاقات الشخصية.

- **العوامل البيولوجية:** مثل: الأمراض المزمنة، التغيرات الهرمونية، أمراض الجهاز العصبي، وأمراض القلب والأوعية الدموية.

- **العوامل الاجتماعية والثقافية:** مثل: الضغوط الاجتماعية، التربية الجنسية، والتأثيرات الثقافية على الفاهيم الجنسية.

- **الخبرات السابقة السلبية:** مثل: التعرض للإساءة الجنسية أو الاجهاد الجنسي.

- **الأدوية والمخدرات:** بعض الأدوية والمخدرات قد تؤثر على الوظائف الجنسية.

- **الاضطرابات التناسلية العضوية:** مثل: مشاكل هرمونية أو تشوهات عضوية قد تسبب صعوبات جنسية. (سالمي، 2023، ص 404-405)

### 3- تصنيف الاضطرابات الجنسية حسب DSM5:

#### 3-1- فئة الاختلالات الوظيفية الجنسية: تضم كل من:

✓ اضطرابات الاهتمام، الاثارة، الرغبة الجنسية: والتي بدورها تنقسم إلى:

- اضطراب الاهتمام / الإثارة الجنسية عند المرأة.

- اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجل.

- اضطراب الانتصاب.

✓ اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجامع: والتي تنقسم إلى:

- اضطرابات الأورجازم نشوة أو رعشة الجامع عند المرأة.

- سرعة القذف القذف المبكر.

- تأخري القذف.

✓ اضطرابات الألم الجنسي: والتي تنقسم إلى:

- ألم الحوض.

- اضطراب الايلاج.

3-2- فئة اضطرابات الانحرافات الجنسية: والتي تتضمن الاضطرابات التالية:

✓ اضطراب الفتشية.

✓ اضطراب الأزياء الجنسية.

✓ اضطراب عشق الأطفال.

✓ اضطراب الاستعراء.

✓ اضطراب التلصص.

✓ اضطراب التحرش الجنسي.

✓ اضطرابات المازوخية الجنسية.

✓ اضطرابات السادية الجنسية.

✓ اضطراب انحراف جنسي محدد مثل شبق البراز أو جماع الميت. (كرينج، نيل، جونسون،

ودافيسون، 2016، ص 706)

❖ اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجال: يشير إلى قصور أو غياب الخيالات والراغبة الجنسية.

➤ معايير تشخيص اضطراب قصور الرغبة الجنسية عند الرجال حسب DSM5:

✓ قلة أو انعدام الخيالات والرغبات الجنسية كما تم تقييمها من خلال الطبيب لمدة على الأقل 6

شهور. (كرينج، نيل، جونسون، ودايفيسون، 2016، ص 717-718)

❖ اضطراب الانتصاب: الفشل في بلوغ أو الحفاظ بالانتصاب خلال تأدية النشاط الجنسي.

➤ معايير تشخيص اضطراب الانتصاب حسب DSM5:

حدوث على الأقل 75% خلال المناسبات الجنسية لمدة 6 شهور:

- ✓ العجز عن بلوغ الانتصاب.
- ✓ أو العجز عن الحفاظ على الانتصاب لحين الانتهاء من النشاط الجنسي .
- ✓ أو انخفاض ملحوظ في قوة الانتصاب مع الإدخال أو المتعة. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 718)
- ❖ اضطراب الاهتمام/الإثارة الجنسية عند المرأة: يشير إلى العجز المستمر في الاهتمام الجنسي، انعدام الخيالات والرغبة الجنسية، الإثارة البيولوجية، أو الإثارة الذاتية. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 718)

➤ معايير تشخيص اضطراب الاهتمام/الإثارة الجنسية عند المرأة حسب DSM5:

نقص أو غياب معدل ثلاثة على الأقل من ستة معايير لمدة 6 أشهر فأكثر:

- ✓ الاهتمام بالنشاط الجنسي.
- ✓ التخيلات أو الأفكار الجنسية.
- ✓ بدء النشاط الجنسي والاستجابة لبدء محاولة الشريك.
- ✓ الإثارة/المتعة الجنسية خلال 75% من اللقاءات الجنسية.
- ✓ حدوث الاهتمام/ الإثارة الجنسية لأي منبهات داخلية أو خارجية جنسية.
- ✓ الاحساسات التناسلية أو غير التناسلية أثناء 75% من اللقاءات الجنسية. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 720)
- ❖ اضطراب الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة: يشير إلى الغياب الدائم أو الانخفاض الشديد لدروة العملية الجنسية بعد الإثارة الجنسية.

➤ معايير تشخيص اضطراب الأورجازم نشوة أو رعشة الجماع عند المرأة حسب DSM5:

✓ حدوث الأعراض على الأقل بنسبة 75% خلال اللقاءات الجنسية في 6 أشهر:

✓ ملاحظة تأخر أو عدم كفاءة أو غياب الأورجازم.

✓ ملاحظة الانخفاض الشديد للاحاساسات الأورجازم. (كرينج، نيل، جونسون،

ودافيسون، 2016، ص 722)

❖ اضطراب القذف السريع: يعرف بأنه حدوث القذف بشكل سريع للغاية.

➤ معايير تشخيص اضطراب القذف السريع حسب DSM5:

✓ الميل للقذف أثناء النشاط الجنسي مع الشريك في غضون دقيقة من بدء النشاط الجنسي،

ويحدث على الأقل بنسبة 75% خلال اللقاءات الجنسية في 6 أشهر. (كرينج، نيل،

جونسون، وداڤيسون، 2016، ص 722)

❖ اضطراب تأخير القذف: ويشير إلى الصعوبة المستمرة في حدوث القذف.

➤ معايير اضطراب تأخير القذف حسب DSM5:

✓ التأخر الملحوظ أو غياب الأورجازم على الأقل بنسبة 75% خلال اللقاءات الجنسية لمدة 6

أشهر. (كرينج، نيل، جونسون، وداڤيسون، 2016، ص 723)

❖ اضطراب الألم الحوض التناسلي/اضطراب الايلاج: هو الشعور المتكرر والمستمر بالألم أثناء

عملية الجماع.

➤ معايير تشخيص اضطراب الألم الحوض التناسلي/ اضطراب الايلاج حسب DSM5:

الصعوبات المتكررة أو المستمرة على الأقل 6 أشهر لواحد على الأقل من الأعراض التالية:

✓ العجز عن الايلاج المهبل أثناء الجماع.

✓ ملاحظة ألم في الفرجية المهبلية أو التناسلية أثناء الايلاج المهبل أو محاولات الجماع.

✓ الخوف أو القلق الملحوظ من الألم أو الايلاج.

✓ ملاحظة توتر في العضلات التناسلية أثناء محاولة الايلاج المهبل. (كرينج، نيل، جونسون،

ودافيسون، 2016، ص 723)

❖ **اضطراب الفتيشية:** يعرف بأنه الاعتماد على الأشياء غير الحية أو أجزاء غير الأعضاء التناسلية كمصدر للإثارة الجنسية.

➤ **معايير تشخيص اضطراب الفتيشية حسب DSM5:**

✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد أو متكرر، أو سلوكيات التي تنكزي على استخدام الأشياء غير الحية أو أجزاء من الجسم غير التناسلية لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

✓ أن يتسبب في المشقة الملحوظة أو خلل في الوظيفة.

✓ ألا تقتصر الأشياء المثيرة جنسيا على ملابس الجنس الآخر أو على الأدوات التي تم تصميمها للإثارة العضو التناسلي عن طريق اللمس، مثل أداة الهزازة. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 741)

❖ **اضطراب عشق الأطفال:** يشير إلى استخدام الطفل لاشباع الرغبات الجنسية للبالغ أو المراهق، ويشمل تعرض لطفل لاي نشاط جنسي كلامسته أو حمله على ملامسة المعتدى عليه أو حتى تعريضه لأفلام وصور اباحية. (احمد عمر، 2019، ص 26)

➤ **معايير تشخيص اضطراب عشق الأطفال حسب DSM5:**

✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد و متكرر، أو سلوكيات التي تنطوي على استخدام الاتصال الجنسي مع الأطفال غير البالغين لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

✓ تكون الإثارة الجنسية نحو الأطفال أقوى بكثير مقارنة بدرجتها اتجاه الراشدين.

✓ أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخبالات المثيرة جنسيا في البمشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين.

✓ أن يكون الفرد على الأقل عمره 18 سنة وأكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 743)

❖ **اضطراب التلصص:** يشتمل اضطراب التلصص على الرغبة المتكررة والملحة للحصول على الاشباع الجنسي من خلال مشاهدة الآخرين وهم عراة أو هم يمارسون الجنس.

➤ **معايير تشخيص اضطراب تلصص حسب DSM5:**

✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد و متكرر، أو سلوكيات التي تنطوي على ملاقبة الآخرين المطمئنين في النشاط الجنسي لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

✓ أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 749)

❖ **اضطراب الاستعراء:** هو الرغبة الشديدة والملحة في الحصول على الاشباع الجنسي عن طريق عرض العضو التناسلي للفرد على أحد الأفراد الغرباء، والذي لا يكون راغبا في ذلك، وأحيانا ما يكون هذا الفرد الغريب طفلا، وهو يبدأ عادة في مرحلة المراهقة.

➤ **معايير تشخيص اضطراب الاستعراء حسب DSM5:**

✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر، أو سلوكيات تنطوي على إظهار العضو التناسلي لشخص غريب لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

✓ أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 750)

❖ **اضطراب التحرش الجنسي:** ينطوي اضطراب التحرش الجنسي على اللس الجنسي والموجه لفرد غير متوقع لذلك، وربما يقوم الفاعل أو القائم بهذا الفعل بحك وفرك عضوه الذكري في فخذى إحدى السيدات أو في أردافها.

➤ **معايير تشخيص اضطراب التحرش الجنسي حسب DSM5:**

توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر، أو سلوكيات تنطوي على لمس أو الاحتكاك بفرد غير متوقع لمدة لا تقل عن 6 أشهر.

أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 751)

❖ **اضطرابات السادية والمازوخية الجنسية:** يعرف اضطراب السادية الجنسية بأنه الرغبة الشديدة في الحصول على أو زيادة الاشباع الجنسي عن طريق انزال الألم أو المعاناة النفسية مثل: الازلال.

أما اضطراب المازوخية الجنسية فيعرف بأنه الرغبة الشديدة والملحة في الحصول على أو زيادة الاشباع الجنسي من خلال التعرض للتعذيب والألم والازلال.

➤ معايير تشخيص اضطراب السادية حسب DSM5:

- ✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر، أو سلوكيات تنطوي على المعاناة النفسية أو الجسدية على الآخرين لمدة لا تقل عن 6 أشهر.
- ✓ أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين.

➤ معايير تشخيص اضطراب المازوخية حسب DSM5:

- ✓ توجد خيالات مثيرة جنسيا بشكل شديد ومتكرر، أو سلوكيات تنطوي على التعرض للتعذيب والألم والإذلال لمدة لا تقل عن 6 أشهر.
- ✓ أن تتسبب هذه السلوكيات أو الخيالات المثيرة جنسيا في المشقة الملحوظة أو مشكلات تفاعل الفرد مع الآخرين. (كرينج، نيل، جونسون، ودافيسون، 2016، ص 751-752)

يعتبر علم النفس المرضي الحجر الأساسي لفهم الاضطرابات النفسية ومعالجتها، إذ يقدم إطارا نظريا وعمليا يساعد المختصين في مجال الصحة النفسية على التدخل العلمي بشكل فعال، ومع تزايد الضغوطات النفسية في العالم اليوم تزداد أهمية تطوير هذا المجال من خلال تعزيز التعليم الأكاديمي وتحسين الممارسات المهنية، بهدف المساهمة في بناء مجتمع أكثر وعيا واستقرارا نفسيا.

ابريعم، سامية.(د س). ابرز نظريات علم النفس المرضي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، مقال منشور في الموقع الالكتروني التالي:

<https://theses-algerie.com/5440968822598051/autre/universite-8-mai-1945---guelma/%D8%A3%D8%A8%D8%B1%D8%B2-%D9%86%D8%B8%D8%B1%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D8%B9%D9%84%D9%85-%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%B3-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%B6%D9%8A>

تم استرجاعه يوم 2024/1/5 على الساعة 10.00

ابوفاخرة، ياسمين جميل حافض.(2021). القلق وعلاقته بالطموح لدى طلبة المرحلة الثانوية، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، المجلد 27، ص ص 240-274.

أحمد عمر، محمد آدم.(2019). الأسباب الاجتماعية والنفسية للاعتداء الجنسي عند الأطفال- دراسة ميدانية على بعض المترددين على شرطة حماية الأسرة والطفل بقسم أمدمان-، رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع والانثربولوجيا والخدمة الاجتماعية، جامعة النيلين.

الإسي، هدير عز الدين صلاح.(2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام "دراسة إكلينيكية"، رسالة ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

الأمارة، أسعد الشريف.(2014). علم النفس الشواذ، ط1، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

ايلفييتش، وجليسر.(د س). قائمة ميكانيزمات الدفاع، ترجمة: الدسوقي، مجدي محمد، جامعة المنوفية.

بغورة، نور الدين.(2014). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها باستخدام الحوار في الوسط الجامعي لدى الطلبة والفروق فيهما تبعا لبعض المتغيرات، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر .

بلان، كمال يوسف، والزعبي، أحمد محمد.(2012). الصحة النفسية، منشورات جامعة دمشق.

- بلان، وكمال يوسف.(2015). نظريات الارشاد العالج النفسي، عمان، الأردن: دار العصار العلمي للنشر والتوزيع.
- بن داحش علي محرزى، جبران.(2021). اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بقلق المستقبل لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدارس الحد الجنوبي-دراسة بحثية بمنطقة جازان، المجلة العلمية لكلية التربية، المجلد 37، العدد 7، ص ص 131-165.
- بن دربال، مليكة.(2020). مطبوعة بيداغوجية في علم النفس المرضي، موجهة لطلبة سنة الثانية علم النفس العيادي، جامعة مولاي الطاهر، سعيدة، الجزائر.
- البناء، أنور حمودة.(2006). الأمراض النفسية والعقلية، ط1، دار الفكر العربي.
- بنامسيلي، ليلي.(2020). تصنيف الاضطرابات العقلية، مجلة الحقائق للدراسات الانسانية والاجتماعية، المجلد 5، العدد 19، ص ص 194-205.
- بوعزة، ربة.(2015). علاقة الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل بتقدير الذات لدى طلبة علم النفس وعلوم التربية بجامعة ورقلة "دراسة ميدانية بجامعة قصاري مرباح ورقلة"، رسالة ماستر، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة ورقلة، الجزائر.
- بوغندوسة، سهام.(2017). مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي، موجهة لطلبة السنة الثانية علم النفس، جامعة 20 اوت 1955.
- جمعية الطب النفسي الامريكية.(2004). المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للامراض العقلية-4، ترجمة حسون تيسير.
- جنان، شريفة.(2016). عقود العمل ودورها في اشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو-دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الخدماتية والتربوية بمدينة بسكرة، أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس عمل وتنظيم، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- حافري، زهية غنية.(2016). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، موجهة لطلبة سنة الثانية ليسانس علم النفس، جامعة سطيف 2، الجزائر.

حجازي، علاء علي (2013). القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

الحجري، محمد بن راشد بن سعيد. (2013). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى العاملين في الوظائف الدينية بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، قسم التربية والدراسات الإنسانية، جامعة نزوي، سلطنة عمان.

حسين صالح، قاسم. (2009). الوجدان في اضطرابات النفس والعقل وسيكولوجية الشواذ، العدد 16،

حسين صالح، قاسم. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية-نظرياتها، أسبابها وطرق علاجها-، ط 1، عمان، الأردن: دار دجلة للنشر والتوزيع.

حسين، حسين فالح. (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي، ط1، عمان، الأردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

حسين، طه عبد العظيم. (2007): العالج النفسي المعرفي، ط1، مصر: دار الوفاء.

الحمادي، أنور. (د س). معايير DSM-5.

حنور، قطب عبده خليل. (2009). اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بالكتابة والوسواس القهري واضطرابات النوم لدى طلاب الجامعة المعرضون للصدمة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 19، العدد 65، ص ص 257-292.

حنور، قطب عبده خليل. (2016). فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، المجلة التربوية، العدد 46، ص ص 219-299.

خدير، سميرة، بن كنون، مسعودة. (2012). التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى الأزواج والزوجات "دراسة ميدانية استكشافية لدى عينة من الأزواج والزوجات ببلديتي الزاوية العابدية وتماسين-تقرت-"، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مباح، ورقلة، الجزائر.

الخطيب، جمال محمد، والحديدي، منى صبحي.(2009). مدخل إلى التربية الخاصة، ط 1، عمان، الأردن: دار الفكر.

خلفي، حبد الحليم.(2013). علاقة كل من كرب نا بعد الصدمة والوحدة النفسية بالأعراض النفسية-الجسدية لدى عينة ن مرضى الايدز، أطروحة دكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر.

داكو، بيار.(2002). العصاب والامراض الذهانية، ترجمة: لسكندر، رعد، وبيكون، اركان، القاهرة، مصر: مكتبة التراث الإسلامي.

الريماوي، محمد، وآخرون.(2004). علم النفس العام. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.

الزغلول، عماد عبد الرحيم، والهنداوي، علي فاتح.(2014). مدخل إلى علم النفس. ط8. الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

الزهران، حامد عبد السلام.(2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة، مصر: عالم الكتب.

الزهراني، حسن بن علي بن محمد. (2010). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

سالم منصور، صالح مصباح.(2012). اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 7، العدد 3، ص ص 225-250.

سالمي، حمزة.(2023). أنواع الاضطرابات الاجنسية الوقوف على جميع أنواع الاضطرابات بما فيها اشتهاه الأطفال، اشتهاه الأموات، اشتهاه الحيوانات، مقال منشور في كتاب مؤتمر الاضطرابات النفسية بين المفهوم والتشخيص والعلاج.

سري، اجلال محمد.(2000). علم النفس العلاجي، ط2، القاهرة، مصر: عالم الكتاب .

سعدي، روفية، وقنيفة، نورة.(2020). الاكتئاب والاقدام على الانتحار لدى المراهقين، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد 5، العدد 2، ص ص 14-34.

سلام، هدى.(2017). محاضرات مدخل إلى علم النفس، جامعة سطيف 2.

- سيجموند، فرويد.(2000). الموجز في التحليل النفسي، ترجمة: علي، سامي محمود، والقفاش، عبد السلام، مهرجان القراءة للجميع.
- السيد فهمي، علي.(2010). علم النفس المرضي "دراسات ونماذج لحالات ذات اضطرابات نفسية وعلاجها"، الإسكندرية، مصر: دار الجامعة الجديدة.
- السيد، فهمي علي.(2010). علم النفس المرضي-نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها، الإسكندرية، مصر: دار الجامعة الجديدة.
- الشرقاوي، محمود عبد الرحمن عيسى.(2018). التوحد ووسائل علاجه، ط 1، دسوق، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
- شمعاوي، سميرة.(2018). المقاربات النفسية للشخصية البارانونية، المجلة العربية نفسانيات، العدد 57، ص ص97-113.
- صالح، علي عبد الرحيم.(2014). علم النفس الشواذ، ط1، عمان: الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العايب، عبد القادر، وحوداشي، زينب.(2022). اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، مجلة أصيل للدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية، العدد 2، ص ص47-57.
- عبد الخالق، أحمد محمد.(2000). أسس علم النفس، ط 3، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن، خالد رشدي مصطفى.(2018). فعالية برنامج ارشادي جمعي جشطالتي في خفض قلق المستقبل لدى الأستام في المراكز الايوائية، رسالة ماجستير، تخصص ارشاد نفسي تربوي، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- عبد الصمد، صورية، واحمان، لبنى.(2019). كرب ما بعد الصدمة لدى ضحايا حوادث الطرقات، مجلة الباحث للدراسات الاكاديمية، المجلد 6، العدد 3، ص ص97-110.
- عبد القادر عبد المطلب، عبد المطلب.(2024). مستوى الاضطرابات الجسدية الشكل لدى طلبة جامعة الكويت بعد جائحة كوفيد-19 وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة الدراسات التربوية والنفسية، المجلد 18، العدد 2، ص ص153-170.



عبد القوي، سامي.(1995). علم النفس الفزيولوجي، ط2، القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.

عبد الله محمد، عادل.(2011). مقدمة في التربية الخاصة، ط 1، القاهرة، مصر: دار الراشد.

عبد المجيد، محمد إبراهيم.(2004). علم النفس التربوي، السعودية: دار النشر الدولي.

عبد المنعم مهدي، كريمة.(2015). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، العدد 15، ص ص 3-106.

عبد الوهاب محمود، نهاد.(2016). علم النفس الاكلينيكي بين النظرية والتطبيق، ط1، دسوق: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

العبيدي، محمد جاسم.(2013). علم النفس الاكلينيكي، ط3، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

العزوزي، يوسف.(2024). الاضطرابات النمائية العصبية ومقارباتها، مقال منشور على الموقع الالكتروني التالي:

<https://ajialpress.com/2024/08/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%85%D8%A7%D8%A6%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B5%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D9%88-%D9%85%D9%82%D8%A7%D8%B1%D8%A8%D8%A7/> تم الاسترجاع يوم 14 -

2025-06 على الساعة 19:30

عكاشة، احمد، وعطاشة طارق.(2010). الطب النفسي المعاصر، الطبعة 15، مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

على السعيد عيسي، دينا.(2023). السايبركونديريا وعلاقتها باضطراب العرض الجسدي والمعتقدات اللاعقلانية عن الصحة لدى طلبة الجامعة-دراسة سيكومترية اكلينيكية-، المجلة التربوية، العدد 119، ج2، ص ص 309-379.

- علي بدر، ايمان.(2016). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات "دراسة ميدانية لدى عينة من أبناء شهداء محافظة طرطوس في مرحلة المراهقة"، رسالة ماجستير في الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة تشرين، سوريا.
- عوده محمد، محمد، وشعيب فقيري، ناهد.(2016). الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية، القاهرة، مصر: مكتبة انجلو المصرية.
- غول، لخضر.(2020). محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع، مطبوعة موجهة لطلبة السنة الثالثة علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.
- فاروق مصطفى، أسامة.(2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والطباعة.
- فايد، حسين.(2004). علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، ط1، القاهرة، مصر: مؤسسة حورس الدولية، ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فايد، حسين. (2005). العلاج النفسي-أصوله، تطبيقاته، أخلاقياته-، ط1، مصر: ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- الفریح، رياض.(2024). الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف العالمي/ الدولي للأمراض، مقال منشور على الموقع الالكتروني التالي:
- <https://acesaudi.org/%D8%A7%D9%84%D8%AF%D9%84%D9%8A%D9%84-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B4%D8%AE%D9%8A%D8%B5%D9%8A-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A6%D9%8A-%D9%84%D9%84%D8%A3%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%B6-%D8%A7%D9%84/> (تم الاسترجاع يوم 15 أكتوبر 2025 على الساعة 14.00)
- فهيم علي، السيد.(2010). علم النفس المرضي "دراسات ونماذج لحالات ذات اضطرابات نفسية وعلاجها"، الإسكندرية، مصر: دار الجامعة الجديدة.
- فهيم، مصطفى.(1995). الصحة النفسية-دراسات في سيكولوجية التكيف، القاهرة، مصر: مكتبة الخاتجي.

كاشدان، شيلدون.(1984). علم نفس الشواذ، ترجمة: سلامة أحمد عبد العزيز، بيروت، لبنان: دار الشروق.

صالح، سلسبيل، وزروالي، جيهان، وهنداوي، صوفيا شلبية.(2023). فعالية مقياس الشخصية لـ DSM-5 في تشخيص الاضطرابات الذهانية لدى عينة سريرية-دراسة ميدانية بمستشفى الامراض العقلية أبو بكر الرازي عنابة، مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.

كرينج، أ.م.، نيل، ج.م.، جونسون، س.ل.، ودافيسون، ج.س.(2016): علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، ترجمة: الحويلة، أمثال هادي، وعياد، فاطمة سلامة، والرشيد، ملك جاسم، والشويخ، هناء، والحمدان، نادية عبد الله، ط 2، القاهرة، مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

كوافحة، تيسير مفلح، وعبد العزيز، عمر فواز.(2012). مقدمة في التربية الخاصة، ط 5، عمان، الأردن: دار المسيرة.

كولز، إ.م.(2011). مدخل إلى علم النفس المرضي الاكلينيكي، ترجمة الدماطي عبد الغفار عبد الحكيم، حامد حماد ماجدة، حسن علي حسن، الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.

لابلانث، جان، وبونتليس، ج.ب.(1987). معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة: حجازي مصطفى، ط 3، بيروت، لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

المالح، حسان.(2018). الاضطراب ثنائي القطر والاضطرابات ذات الصلة في الدليل الأمريكي التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسانية، المجلة العربية نفسانيات، العدد59، ص ص 34-39.

المتولي، طارق أحمد عبد السلام محمود.(2019). اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، المجلد 6، العدد 2، ص ص 81-98.

محمد عيد، مصطفى.(2008). العالج المعرفي السلوكي المختصر، ط1، عمان، الأردن: ايتراك للنشر والتوزيع.

المطيري، معصومة سهيل.(2005). الصحة النفسية -مفهومها-اضطراباتها-، ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

المطيري، معصومة سهيل.(2005). الصحة النفسية -مفهومها-اضطراباتها-، ط1، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

ملحم، سامي.(2001). سيكولوجية التعلم والتعليم. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.

ميسوم، ليلي.(2017). البنية النفسية بين السواء والمرض، مجلة حوليات جامعة قالمة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 11، العدد 4، ص ص465-484.

ميموني، بدرة معتصم.(2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط2، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

نجاتي، غني خالد.(دس). محاضرات علم النفس السلوكي، جامعة الشام الخاصة.

النور، أحمد يعقوب.(2008)علم النفس التربوي، الأردن: دار الجنادرية للنشر والتوزيع.

وادة، فتحي، وتواتي، عيسى إبراهيم.(2012). التشخيص والتصنيف في علم النفس المرضي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 7، العدد 3، ص ص249-265.

الوافي، عبد الرحمن.(1999). الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

وليم يني، مدحت.(2019). خصائص رسوم المضطربين بالبارانويا لدى عينة من الجنسين في مرحلة المراهقة، مجلة جمعية أمسيا، المجلد 5، العدد 20، ص ص121-136.

Akman, L.(2011). Introduction à la psychopathologie. Cours licence, Suisse, Bibliothèque Cantonale Universitaire BCU.

Bergeret, J.(1996). A personalidade normal e patológica, 3E, Paris: Dunod.

Bonnet,A. & Fernandez, L.(2017). 23 grandes notions de Psychopathologie, 2e édition, Paris: Dunod.

Bonnie, Strickland, B..(2001). Gale Encyclopedia of Psychology, Second Edition. Gale.

Combaluzier,S.(2009). Introduction à la psychopathologie de l'adulte, cours 1ère et 2ème année de deug, France: Université Rouen.

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2016). *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders* (13th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.



Laplanche, J., & Patalis, B.(1967). Vocabulaire de La Psychanalyse, Paris: Presses universitaires de France.

Martinroch, C.(2020). Les troubles obsessionnels compulsifs physiopathologie et prise en charge thérapeutique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. France: Université Clermont Auvergne.

Nevid, J. Rathus, S. & Greene, B.(2009). Psychopathologie, 7ème édition, France: Pearson education.

Nevid, J. Rathus, S. & Greene, B.(2009). Psychopathologie, 7ème édition, France: Pearson education.

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

Porot, A.. (1996). Manuel Alphabétique de la Psychiatrie, 7 éd, Paris: Presse Universitaires De France.

Von der tann, M. (2008): Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and treatment planning, Canada, Hogrefe & Huber Publishers.