

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة سطيف 2



كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا

مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس:
علم النفس المرضي

موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس

اعداد الدكتورة: حافري زهية غنية

السنة الجامعية 2015/2016

34	ثانيا :القلق
34	1- تعريف القلق
34	2- تصنيف القلق:
34	3- أعراض القلق
35	4- أسباب القلق
35	5- النظريات المفسرة للقلق :
36	ثالثا. الميكانيزمات الدفاعية
36	1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية:
37	2- أنواع الميكانيزمات الدفاعية :
39	المحاضرة السابعة: الباثولوجية في حقل علم النفس المرضي
39	أولا :العصاب
39	1- المنظور التاريخي للعصاب
39	2- تعريف العصاب:
41	3- تصنيف العصاب
42	4- انتشار الحالات العصابية:
42	5- خصائص العصاب
43	6- أسباب العصاب:
44	7- النظريات النفسية المفسرة للعصاب:
44	7-1 التفسير السيكدينامي
46	7-2 نشوء و تطور البنية العصابية حسب النظرية البنائية:
47	7-3- النشوء العصابي حسب النموذج السلوكي المعرفي :
48	7-4- تناول الموضوعي للعصاب:
48	8- الإشارات الإكلينيكية للعصاب:
49	9- تشخيص العصاب
50	10- مآل العصاب:
50	11- علاج العصاب:
51	المحاضرة الثامنة :الاضطرابات العصابية.....
51	أولا :عصاب القلق
51	1- تعريف عصاب القلق:
51	2- أعراض عصاب القلق:
51	3- علاج عصاب القلق
52	ثانيا :عصاب الهستيريا
52	1- تعريف الهستيريا:
52	2- السببية النفسومرضية لعصاب الهستيريا:
53	3- أعراض عصاب الهستيريا
54	4- مميزات الشخصية الهستيرية
54	5- تشخيص عصاب الهستيريا
55	6- التشخيص الفارقي
55	7-العلاج:
56	المحاضرة التاسعة:عصاب الفوبيا
56	1- تعريف الفوبيا
56	2- أسباب الفوبيا
56	3- تشخيص الفوبيا
58	4- أنواع الفوبيا:
62	5- الأشكال الإكلينيكية للفوبيا

62	6-علاج الفوبيا:
63	المحاضرة العاشرة: الذهان
63	1- تعريف الذهان
63	2- تصنيف الذهان
63	3- مدى انتشار الذهان
64	4- خصائص الشخصية الذهانية:
64	5- أسباب الذهان
65	6- النظريات المفسرة للذهان
65	6-1- النظريات الوراثية :
65	6-2- النظريات النورولوجية و البيوكيميائية :
65	6-3- النظريات النفسية :
66	6-4- الذهان في تناول المعرفي
67	6-5- تناول الموضوعي للذهان
67	7- أعراض الذهان:
68	8- مآل الذهان الوظيفي
68	المحاضرة الحادية عشر: الاضطرابات الذهانية
68	1- لمحة حول الذهانات الحادة
68	2- لمحة حول الذهانات المزمنة
70	3- مختلف الاضطرابات الذهانية الحادة و المزمنة
70	3-1- الذهانات الحادة:
71	3-2- الذهانات المزمنة:
74	3-3- الذهان الهوسي- الاكتئابي: اضطرابات ثنائية القطب
75	3-4- الاضطرابات الذهانية المزمنة الثانوية:
76	المحاضرة الثانية عشر: الحالات الحدية
76	1- تعريف الحالات الحدية أو البينية
77	2- الخصائص المميزة للحالات الحدية:
79	3- أصل التشكل الباتولوجي في للحالات الحدية :
79	4- خصوصية تصور بارجوري Bergeret للحالات الحدية:
80	5- الوصف الإكلينيكي للحالات الحدية:
81	6- الأمراض النفسية الناجمة عن البنية الحدية
82	المحاضرة الثالثة عشر: الاكتئاب
82	1- نبذة تاريخية عن الاكتئاب
82	2- تعريف الاكتئاب :
82	3- ابيدمولوجية الاكتئاب:
83	4- أسباب الاكتئاب :
84	5- النظريات المفسرة للاضطراب :
84	5-1- النظرية البيولوجية:
84	5-2- نظرية التحليل النفسي:
84	5-3- النظرية المعرفية:
84	6- تصنيف الاكتئاب:
85	7- تشخيص الاكتئاب:
87	8- تصنيف الاكتئاب حسب DSM-5
87	9- التشخيص الفارقي:
89	المراجع
92	الملاحق

مقدمة:

تعتبر ظاهرة انتشار الاضطرابات النفسية و السلوكية من الظواهر البارزة بقوة في حياتنا اليومية والاجتماعية، و يعتبر علم النفس المرضي إحدى الفروع الذي يهتم بدراسة هذه الظواهر. فهو احد فروع علم النفس النظرية التي تعتمد عليها الفروع التطبيقية، يطلق على علم النفس المرضي اسم علم النفس الشواذ أيضا. فهو علم يهتم بالشق المرضي للظاهرة النفسية و يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي. يهتم بطبيعة تطور كل أشكال الاضطرابات النفسية من حيث تصنيفها، تحديد أسبابها وتشخيص وكيفية علاجها والوقاية منها. وهي النقاط التي سعيينا لإبرازها من خلال هذه المطبوعة.

جاءت هذه المطبوعة وفقا لما جاء في المقرر الرسمي لمقياس علم النفس المرضي، و هي موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس ل.م.د تخصص علم النفس. بها 13 محاضرة تغطي محاور المقياس سعيينا من خلالها تحقيق الأهداف المرتبطة بالمقياس. و تتمثل الكفاءة المستهدفة من المقياس في أن يبني الطالب الدارس لهذا المقياس رصيذا معلوماتيا حول أساسيات علم النفس المرضي.

اما الكفاءة المنتظرة من دراسة المقياس فهي:

- أن يميز الطالب بين معايير السواء و اللاسواء في مجال علم النفس المرضي؛
- أن يميز المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي؛
- يتعرف الطالب على المقاربات المرجعية و الأطر النظرية التي ساهمت في تفسير حقل الباتولوجيا و ظهور الأعراضية و الاضطرابات النفسية.
- أن يتعرف الطالب على مختلف طرق التصنيف في علم النفس المرضي.
- أن يتعرف الطالب على أهم طرق البحث في علم النفس المرضي
- التمييز بين الاضطرابات النفسية الكبرى و الاضطرابات النفسية الصغرى.
- أن يتعرف على خصوصية النوزوغرافية للحالات الحدية
- أن يشخص مختلف الاضطرابات النفسية داخل الوحدات الكبرى و الصغرى.

المحاضرة الأولى: مدخل عام لعلم النفس المرضي

يعتبر علم النفس المرضي احد فروع علم النفس النظرية التي تعتمد عليها الفروع التطبيقية تساهم في تشخيص المرض، و قد تم استنباط هذا الفرع من الملاحظات الإكلينيكية. يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي. يهتم بطبيعة وتطور كل أشكال الاضطرابات النفسية من حيث تصنيفها، تحديد أسبابها وكيفية علاجها والوقاية منها.

1- تاريخ علم النفس المرضي:

عرف الاضطراب النفسي والعقلي منذ قديم الزمان، و ظهرت عدة محاولات لفهم وتأمل أعراضها والتعرف على أسبابها. إذ كانت تنسب في البداية للتملك من قبل الأرواح الشريرة أو الشياطين التي لها القدرة على أن تلج إلى جسد الإنسان فتسبب له اضطرابات عقلية و نفسية. و بعدها أصبح ينظر إليهم باعتبارهم سحرة يودعون في السجون و يتعرضون للتعذيب والاضطهاد. و توالى هذه التفسيرات عبر التاريخ في مختلف الحضارات حتى نادى الطبيب الفرنسي فيليب بينيل Pinel سنة 1793 بضرورة البحث عن أسباب الأمراض العقلية في البنى البيولوجية والفيسيولوجية للمريض، و ليس في القوى الغيبية الميتافيزيقية.

استعمل مصطلح علم النفس المرضي (psychopathologie) بداية في ألمانيا سنة 1878 عن طريق طريق ايمنجوس Emminghaus و جنزريك Janzarik. غير أنه كان يُوازن بالطب العقلي الإكلينيكي، و ظهر علم النفس المرضي فيما بعد كفرع قائم بذاته في بداية القرن العشرين بفرنسا أين اخذ علم النفس النفسي حينها منحى علميا، عزل عن المرض العقلي و ابتعد بالتالي عن منهج الطبي الفلسفي. و قام ريبو T. Ribot من خلال استناده على علم النفس العلمي بابتكار "المنهج الباثولوجي" « la méthode pathologique » الذي سعى لفهم علم النفس السواء من خلال دراسة اللاسواء، فنتج عنه "Psychologie pathologique" كفرع من فروع علم النفس العلمي. و تم بعدها التخلي عن هذا المصطلح لصالح مصطلح علم النفس المرضي «psychopathologie» تجنباً للغموض الذي كان يلف علم نفس الباثولوجيا «psychologie du pathologique»، و باثولوجية علم النفس pathologie du psychologique، علم النفس السواء و المرضي «psychologie du normal et du pathologique». رغبة في الالتفاف حول رؤية موحدة تتمثل فيما جاء به Ribot. وكان إصدار كتاب «Psychopathologie générale» لـ Jaspers بألمانيا سنة 1913 وكتاب فرويد «Psychopathologie de la vie quotidienne» كدفعة قوية لبروز علم النفس المرضي كما هو في وقتنا الحالي. (Bonnet et Fernandez, 2012, pp:5,8)

و انفصل علم النفس المرضي كفرع خاص بعيد عن الطب العقلي بالرغم من تقارب ميادين نشاط ومواضيع بحث هذا الأخير بعلم النفس المرضي. و تحددت أهداف وميادين ومنهجية علم النفس المرضي شيئاً فشيئاً بفضل الجهود المتواصلة للمختصين. (Braconnier 2006)

2- تعريف علم النفس المرضي:

علم النفس المرضي psychopathologie من اليونانية psukhê أي النفس و pathos أي المرض، أما Logos فتعني الدراسة أو المعرفة. و حرفيا تعني دراسة أمراض النفس. و يفضل المختصون كما يذهب إليه (Nicolas et Richelle, 2004) استعمال مفهوم "اضطراب" بدل "مرض" بسبب الحدود الغامضة بين السواء و اللاسواء، و يضيف بأن علم النفس المرضي يعرف من خلال موضوع دراسته: أي الاضطرابات العقلية و الباتولوجية. و أن المفهوم يشير إضافة لذلك إلى مجمل النظريات التي تطرح تفسيراً و فهماً لهذه الاضطرابات بالكشف عن الميكانيزمات الأساسية و السببية المؤدية إليها و تحديد ما من شأنه التقليل من الألم الناتج. و ينبه الباحثين إلى ضرورة عدم الخلط بينه وبين مصطلح psychopathie الذي يشير إلى اضطراب الشخصية ضد اجتماعية.

و يعرفه Bergeret (2003) بأنه دراسة الجانب النفسي و اضطراباته، يهدف إلى تشخيص و تصنيف الاضطرابات النفسية و أسبابها و صراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف. و بالتالي فإن علم النفس المرضي يُعرّف على أنه العلم الذي يهتم بالجانب المرضي للظاهرة النفسية و ذلك بدراسة التطور النفسي للفرد و اضطراباته بهدف تصنيف و تشخيص الاضطرابات النفسية منها و العقلية.

يهتم علم النفس المرضي بجميع أنواع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية سواء هذه الاضطرابات كانت وجدانية، عقلية، سلوكية أو نفسوجسدية، فتؤدي لفقدان الفرد إلى العلاقة المتوازنة بمحيطه جزئياً أو كلياً. (jeffrey et al, 2009, p.10)

و تشير (Akman, 2011, p.2)، بأن تناول علم النفس المرضي إنما يتم من خلال ثلاث مواضيع:

- الدراسة؛ من خلال تحليل الاضطراب.
- الوصف؛ بإعطاء تمثيل للاضطرابات و التطرق لإشاراتها الإكلينيكية.
- التفسير؛ بطرح التفسير على مستويات مختلفة، كفرضيات حول كيفية حدوث الاضطراب و الأبعاد التي تستند إليها، فهي بالتالي بحث عن أصل الاضطراب من منظور السببية المعقدة في خط مستمر.

3- المقاربات المرجعية في علم النفس المرضي

يوجد العديد من النماذج لفهم الأعراضية في علم النفس المرضي. و تعتبر النظريات المفسرة لهذا الأخير ضرورية و لا يمكن الاستغناء عنها في توجيه النشاط العيادي و العلاجي و مساندة التكفل العلاجي. و يعتبر فهم التوظيف النفسي من الأمور المعقدة كونه يعتمد على عوامل متباينة و متداخلة فيما بينها؛ تتمثل في العوامل الجسدية، العصبية، النفسية، الثقافية و الاجتماعية... الخ

و يقترح (2012) 14 serban Ionescu مقارنة لتفسير حقل الباثولوجيا، و تعتبر جميعها مهمة حسب رأيه و يجب الأخذ بها جميعها في مجال علم النفس المرضي، و تتمثل في :

1- **علم النفس المرضي البيولوجي Psychopathologie biologique**: يختص بالأسباب الفسيولوجية المحتملة للاضطرابات العقلية، كنقص حمض "acide 5-hydroxyindolacétique" في حالات الانتحار.

2- **علم النفس المرض التحليلي La psychopathologie psychanalytique**: تهتم هذه النظرية بالواقع النفسي من رغبات و هومات، كما تستند إلى الصراعات النفسية لفهم الاضطرابات النفسية و تعطي أهمية للدفاعات النفسية. و تهتم بأكثر تدقيق بالجانب السايكودينامي للفرد (الموقعي، الدينامي، الاقتصادي) بالإضافة إلى الجانب الجنسي و التاريخ الطفولي للفرد.

3- **علم النفس المرض السلوكي La psychopathologie behaviouriste**: تتمثل خصوصية هذه المقاربة في اهتمامها بالسلوكات الملاحظة كاستجابات للمثيرات التي يتلقاها الفرد من محيطه دون إسناد الأهمية للواقع النفسي الداخلي للفرد. و يرون بأن السلوكات المرضية و السوية تكتسب حسب القوانين العامة للتعلم، تركز على نموذج الإشرط الكلاسيكي لبافلوف والاشترط الإجرائي لسكينر. و تركز على المتغيرات البيئية التي تعمل على إشرط السلوكات.

و تعتبر النظرية السلوكية الاجتماعية من أحدث نماذج النظريات في هذا التناول. ظهرت في الستينات مع staats، أين تظهر السلوكات الباثولوجية في مقابل غياب السلوكات المرغوبة من جهة، و توفر سلوكات ضارة في المجتمع من جهة أخرى.

4- **علم النفس المرضي المعرفي La psychopathologie cognitiviste**: يشير التناول المعرفي إلى ما يتوفر من معالجة معرفية عند الإنسان و هي تعتمد على وجود خلل أو اضطراب في معالجة المعلومات، تركز على السيرورات المعرفية المرتبطة بالاضطرابات العقلية.

و حسب هذه المقاربة، فإنه توجد ثلاث أنواع من البنيات المعرفية و التي تتدخل أثناء هذه المعالجة.

*المخططات المعرفية Les schémas cognitifs: و تشير للمعتقدات الموجودة في الذاكرة طويلة المدى المدى لا يمكن رؤيتها، تصفي المعلومات باختيار بعض المظاهر من التجربة المعاشة فهي عبارة عن مبادئ و قواعد غير قابلة للتغيير و هو ما يسمى بالمسلمات الصامتة (des postulats silencieux) عبارة عن عقود شخصية تظهر في شكل صورة نهائية غير قابلة للمراجعة، إجبارية تقريبا اضهاديا. فمرور المخططات المعرفية (البنيات العميقة) إلى الحوادث المعرفية (البنيات السطحية) يكون عن طريق وسائط و هي السياقات المعرفية.

*السياقات المعرفية Les processus cognitifs: هي قواعد منطقية لتحويل المعلومات.

*الحوادث المعرفية Les événements cognitifs : تظهر على شكل أفكار آلية، عبارة عن حوار داخلي، صور ذهنية و تعبير لفظي ذاتي.

و خلال العلاج يتعلم الفرد تغيير السياقات المعرفية و المخططات المعرفية أولا، لأن تعديل العادات السلوكية المعرفية تعتمد على المخططات. فبتغيير الأفكار والمعتقدات يمكن أن تتغير الانفعالات و السلوكات المضطربة و المرضية تبعا لذلك.

5- علم النفس المرضي النمو La psychopathologie développementale: لا يقصد به علم النفس النمو، يهتم بدراسة الروابط بين الشخصية و الباتولوجيا.

6- علم النفس المرضي البيئي النسقي La psychologie écosystémique: يهتم بالشبكات الاجتماعية، بالتمييز بين الشبكات من النمط العصابي و الذهاني.

7- علم النفس المرضي الاثنولوجي L'ethnopsychopathologie: يهتم بدراسة الروابط بين الثقافة والاضطرابات النفسية. يهتم من جهة بالاضطرابات التي تبدو خاصة بثقافة معينة مع التشكيك في فكرة عالمية الاضطرابات النفسية، و من جهة أخرى يهتم بالأمراض التي تسببها ثقافة ما و تحرض على ظهورها.

8- علم النفس المرضي الطباع La psychopathologie éthologique: عملت على تكييف أساليب البحث المستمدة من ملاحظة عالم الحيوانات على الجانب النفسي للإنسان. و يرجع لها الفضل الأساسي في تطوير نظرية التعلق لبولبي Bowlby.

9- المقاربة الوجودية L'approche existentialiste: ترى بأن المريض مطالب باكتشاف كيانه الخاص بمساعدة طبيبه المعالج، من خلال تحديد الآليات التي يمكن أن تشوه مفهوم هويته و فك أعراضه تدريجيا لأجل أن يتحرر من المرض.

10- علم النفس المرضي التجريبي La psychopathologie expérimentale: تعتمد على ما قام به بافلوف من تجارب على الحيوانات، و لكن بطريقة أكثر ارتقاء و بالتوجه المباشر للإنسان و ملاحظة الفروق بين الأسوياء و المرضى منهم. و بالاستناد على المنهج التجريبي يتم قياس زمن ردود أفعالهم.

11- علم النفس المرضي الظاهري La psychopathologie phénoménologique: يسعى لمعرفة " تجربة الجنون" من خلال الأفراد الذين اختبروه، ليصبحوا بالتالي مصادرا أساسيا لاستقاء المعلومات.

12- علم النفس المرضي البنيوي La psychopathologie structuraliste: تعتمد على الشخصية و البعد البنيوي للفرد. فالفرد ذو البنية العصابية يصاب بالعصابات إن تعرض للازمات أو الرضات النفسية، و ذو البنية الذهانية بالفصامات. يركز هذا المنحى على العلاقة بين أركان الجهاز النفسي للفرد و على العلاقة بالموضوع ، نوعية القلق، نوعية الصراع و الآليات الدفاعية الأساسية المستعملة.

13- علم النفس المرضي الاجتماعي La psychopathologie sociale: يهدف هذا المنحى للتعرف على المظاهر المرضية في المجتمع. و كانت انطلاقة من خلال ما تمت ملاحظته من ظهور مكثف لبعض الاضطرابات النفسية في البيئات المحرومة كظاهرة الانتحار مثلا.

14- المقاربة (اللانظرية) L'approche athéorique: يقصد بها تصنيفات DSM، و مصطلح اللانظرية غير واضح حسب Ionescu، ويفضل بدلا من ذلك مصطلح متعدد النظريات "polythéorique" أو المحاييد بين مختلف النظريات.

4- طرق البحث في علم النفس المرضي:

يعتمد البحث في علم النفس المرضي على استخدام المنهج العلمي للوصول إلى حقائق يمكن البرهنة عليها، ما يستدعي جهدا علميا يبرز في الطرق التي يتم إتباعها. و يجب أن يتوفر البحث على خصائص تعمل على تدعيم الحقائق العلمية: الموضوعية، التنظيم، القابلية للإعادة، الإمبريقية و التعميم. و قد حاول الباحثون النفسانيون الكشف عن القوانين أو المبادئ العامة المرتبطة بالأداء النفسي الشاذ باستعمال الطرق العلمية في أعمالهم. وعلى الباحث أن يتبع أربع مراحل رئيسية في ذلك: صياغة إشكالية البحث، بناء الفرضيات، التحقق من الفرضية أو دحضها، مع السعي لإظهار دقة الاستنتاجات المتوصل إليها. و يُطالب علماء النفس خصوصا إضافة لذلك بإتباع المبادئ الأخلاقية المهنية في أبحاثهم. (jeffrey & al, 2009, p.14) و يعتمد الاكلينيكيون أساساً على ثلاثة طرق من الفحص وهي : دراسة الحالة، الطريقة الارتباطية، الطريقة التجريبية.

1- دراسة الحالة:

عبارة عن بحث معمق و وصف مفصل وتفسيري في الغالب لشخص واحد. تصف خلفية الشخص وظروفه الحالية وأعراضه، كما أنها قد تصف أيضاً تطبيق ونتائج علاج معين، وقد تفحص كيفية تطور وتفاقم مشاكل الشخص.(فايد، 2004، ص.60) تستعمل لجمع البيانات حسب ما تستدعيه الحالة و تدل على الوضع القائم للحالة؛ ماضيها و حاضرها و التنبؤ بمستقبلها. (jeffrey & al, 2009, p.21) و قد قام (فايد، 2004، ص.ص.65-66) بتلخيص قيمة دراسة الحالة في كونها تصلح كمصدر للأفكار عن السلوك وتفسح الطريقة لاكتشاف السببية. و بأنها تقدم مساندة قريبة للنظرية. و على النقيض، فقد تصلح لتحدي مزاعم نظرية أخرى. و يضيف بأنها قد تصلح كمصدر أفكار للتقنيات العلاجية الجديدة أو كأتمثلة لتطبيقات فريدة لتقنيات موجودة. و أنها تقدم فرصاً لدراسة مشاكل غير عادية لا تحدث بما يكفي للسماح بمزيد من الملاحظات والمقارنات العامة و لسنوات عديدة.

و ينوه الباحث من جهة أخرى بأنه و بالرغم من أن دراسة الحالة تكون نافعة في نواح كثيرة، إلا أن لها لها بعض القيود: فمعظم الدراسات لا تقدم دليلاً موضوعياً بأن اختلال العمل قد نتج في الحقيقة عن طريق

طريق الأحداث التي يرى فيها المعالج أو العميل بأنها مسؤولة عن الاضطراب النفسي، و بالتالي لا يمكن تعميم نتائجها. كما أن المستخدمون لدراسة الحالة ينحازون بشكل شخصي للنتائج تتدخل فيها ذاتية الباحث. الباحث. و عليه و بالرغم من توفير دراسة الحالة لمادة غنية، إلا أنها محدودة بسبب صعوبة الحصول الحصول على نتائج دقيقة، و نقص الموضوعية.

2- الطريقة الارتباطية:

يسعى المختص من خلال الدراسة الارتباطية لكشف العلاقات بين المتغيرات التي يمكنها أن تساعد في التنبؤ بالسلوكيات التي قد تصدر عنه مستقبلاً. فقد تكشف هذه الدراسات عن الأسباب الكامنة وراء السلوك إلا أنها لا يمكنها إظهار أدلة مباشرة بين السبب والنتيجة. و تعتبر الدراسات الطولية دراسة ارتباطية على عينة من الأشخاص يتم دراستهم على مدة زمنية طويلة، قد تمتد في بعض الأحيان لعقود من الزمن. (jeffrey et al, 2009, p.16) و قد يكون اتجاه الارتباط ايجابياً طردياً، أو سلبياً عكسياً. و يتم حساب اتجاه ومدى الارتباط رقمياً بمعامل الارتباط. و يمكن اعتبار مميزات الطريقة الارتباطية أفضل من تلك الخاصة بدراسة الحالة. فهي أفضل لتعميم النتائج كونها تعرض صدقاً خارجياً عن دراسة الحالة. (فايد، 2004، ص.ص. 68- 76)

3- الطريقة التجريبية:

تعرف التجربة بأنها إجراء بحثي يعالج بها موقف ما. و هي عبارة عن تغير متعمد و مضبوط للشروط المحددة لواقعة أو ظاهرة معينة لأجل ملاحظة تأثير المعالجة الناتجة في الظاهرة و تفسيرها. يسعى الباحث من خلال المنهج التجريبي إلى الكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات المختلفة التي تتفاعل في الموقف التجريبي. يتم فيها عادة المقارنة بين الآثار المتوقعة من الخبرات بين مجموعتين: التجريبية (التي أدخل عليها المتغير التجريبي) والضابطة (التي لم يدخل عليها هذا المتغير). و قد يتم التصميم التجريبي بطريقة المجموعة الواحدة بمقارنة النتائج القبلية و البعدية. أو بطريقة المجموعات المتكافئة و طريقة التوائم. مع كل ذلك يجب مراعاة التحكم في المتغيرات وعزل المتغيرات الطفيلية، مع اختيار عشوائي للعينة. فتقييم متانة التجربة يتم من خلال بناءها التجريبي و من حيث صلاحيتها الداخلية والخارجية و القدرة على الضبط التجريبي و التحكم في المتغيرات. و يرى (jeffrey et al, 2009, p.17) بأن الدراسة التجريبية لحالة واحدة تسهم في مساعدة الباحثين على التغلب على بعض القيود المفروضة على منهج دراسة الحالة. و أن الاستناد للتصميم شبه التجريبي في مجال العلوم الإنسانية و الاجتماعية يكون أكثر موضوعية، كون المتغيرات الشخصية و النفسية هي من الأمور التي يصعب التحكم بها.

➤ إضافة إلى ذلك يرى الباحث (Ibid, p.19) بأهمية إجراء الدراسات الوابائية كطريقة للبحث في مجال علم النفس المرضي كونها تدرس وتيرة حدوث السلوك المرضي في سياقات متنوعة و مجتمعات مختلفة. و يضيف بأن لكل طريقة بحث ميزاتها و عيوبها. و يبقى على الباحث أن يوظف من جهة؛ الطريقة

المناسبة مع كل موقف و مع كل حالة. و من جهة أخرى أن يوظفها توظيفاً علمياً سليماً بشكل واضح ودقيق و بموضوعية و دون تحيز لأجل الحصول على نتائج سليمة و صادقة قدر الإمكان.

المحاضرة الثانية: السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي

مقدمة:

تصنف فروع علم النفس إلى فروع نظرية و أخرى تطبيقية، ففي الفروع النظرية يسعى الباحثون إلى الوصول للمبادئ و القوانين التي تحكم السلوك و تفسيره، بينما تهدف الفروع التطبيقية للاستفادة من هذه المبادئ و القوانين وتوظيفها.

و يعتبر علم النفس المرضي أحد ميادين علم النفس النظرية، موضوعه هو الظاهرة المرضية، يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي ويدرس الاضطرابات النفسية والعقلية والأشخاص الذين يصدر عنهم هذا السلوك المرضي. كما يدرس الاضطرابات النفسية والعقلية والأشخاص الذين يصدر عنهم هذا السلوك المرضي ويهتم هذا العلم أيضاً بدراسة اضطرابات الخلق أي الانحرافات السلوكية أو السلوك اللاأخلاقي والموجه ضد المجتمع. (المليجي، 2000، ص5) يهتم بطبيعة و تطور كل أشكال الاضطرابات النفسية من حيث تصنيفها و تحديد أسبابها و كيفية علاجها و الوقاية منها. (Janssen, 2015, p.5)

و قد انصب عدد من الباحثين على جدلية السواء/ المرضي. نذكر ، Minkowski, Goldstein, Klein, A.Freud, Jung, Boutonier, Diatkine, Chiland, Bourdier, , S.Freud

و يطلق على علم النفس المرضي أيضاً اسم علم نفس الشواذ أو اللاسواء. فماذا يقصد بالشذوذ أو اللاسواء؟ و ما هي المحكات و المعايير التي تحدد ماهية السواء والمرضي؟

1- السواء و اللاسواء: من بين التحديات الرئيسية التي تواجه العاملين بمجال الأمراض النفسية هو كيفية تحديد السلوك السوي و السلوك اللاسوي أو المرضي. و يشير السواء إلى حالة من التكامل الوظيفي و القدرة على توافق الفرد مع نفسه و مع بيئته و الشعور بالسعادة. أما اللاسواء فهو الانحراف عما هو عادي عادي وعدم التوافق الشخصي و الانفعالي و الاجتماعي. (عبد الرزاق غريب و آخرون، 2008، ص11) (ص11) و يطلق السلوك اللاسوي على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة

جماعة معينين، لكن لا يعني أنه مرضي بل هو يخالف المعتاد، فغير العادي ليس مرضيا بالضرورة، و لا لا المعتاد سويا دوما. (ميموني، 2001، ص.35) و هناك عادة طريقتين يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء:

- على أساس جدلية الأضداد و تعريف الشيء بما يناقضه كالخير/ الشر، الأبيض/ الأسود... و من هذا المنظور فإن السلوك السوي هو ما هو غير سوي.

- وصف مكوناتها الأساسية: و قد وضع الباحثون عددا من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي و منها محددة للشخص السوي. و قد أجملها (Marcelli et Cohen, 2009, p.p. 9-10) في القدرة العامة على المواءمة والتكيف، القدرة على الإشباع الذاتي والكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية والقدرة الذهنية، وضبط الانفعالات والدوافع و الاتجاهات السوية نحو الذات والمجتمع، الإنتاجية والاستقلال والتكامل.

و هو ما لخصه (فايد، 2004)، (2008) Reicherts، Buss في Janssen (2015) فيما يلي:

- **الفعالية:** فالشخص السوي يصدر عنه سلوك فعال و سلوك موجه نحو المشكلات و له أهداف محددة.

- **الكفاءة:** فالشخص السوي يعرف إن كانت محاولاته غير فعالة و لا يمكنه بلوغ أهدافه، فهو بالتالي يتقبل نفسه و يتسامح مع أخطاءه الشخصية دون مساس بتكامل شخصيته و يتقبل الإحباط و ضياع الأهداف و يعيد توجيه طاقاته و يكون قادرا على الابتكار في حياته. و في ذلك يقول J.Nuttin " الدينامية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط " أي أن تكون للفرد أهدافا و غايات يشخص نحوها. (ميموني، 2001، ص.36)

- **الملائمة:** تصرفات الشخص السوي ملائمة لادراكاته و متناسبة مع الواقع. و بالرغم من تعرضه لمشاعر سلبية فهي ترتبط ارتباطا مناسباً بالمواقف و الظروف التي تعرض لها و لا تؤثر فيه تأثيرا ضارا. و كذا القدرة على التحكم في التقلبات الوجدانية و المزاجية.

- **المرونة:** و تشير لقدرة الشخص السوي على التكيف و التوافق مع مواقف و ظروف الحياة المتغيرة بتعديل استجاباته وفق ما تستلزمه هذه التغيرات. و أن تكون له مقدرة عالية على التصرف باتساق في مختلف المواقف من دون تصلب أو جمود.

- **القدرة على الاستفادة من الخبرة و التجارب السابقة:** تشير لقدرة الشخص السوي على تعديل الأخطاء و جوانب القصور النفسي و العقلي و الاجتماعي.

- **القدرة على التواصل الاجتماعي:** تتميز العلاقات الاجتماعية للشخص السوي بالاقتراب و الاستقلال في الوقت ذاته و تكوين علاقات شخصية و اجتماعية فعالة غير مستهجنة من طرف الآخر.

- **تقدير الذات و التوافق معها:** يتصف الشخص السوي بتقدير ايجابي للذات دون إفراط أو تفريط و وجود إحساس متميز بالهوية و الذاتية.

و يحدد (2009) Jeffrey, Spencer, Beverly المعايير التي يمكن من خلالها تحديد اللاسوي أو المرضي في النقاط التالية:

1- الإدراك السيء و التأويل المشوه للواقع

2- القيام بسلوكات خطيرة مهدمة تضر بالذات أو بالآخرين

3- الشعور بالألم و عدم الراحة وتقرير الفرد عن نفسه أنه مريض ويحتاج إلى علاج (غير أن ذلك لا يصح على الحالات الذهانية).

أما **المرض النفسي**، فيعرفه (عبد الرزاق غريب وآخرون، 2008، ص.9) بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ يبدوا في صورة أمراض نفسية و جسمية و يؤثر في سلوك الفرد و يعيق توافقه النفسي و ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. و أن المرض النفسي أنواع و درجات فقد يكون خفيف أو شديد يستعصى علاجه.

و للإشارة، فإن المرض النفسي ليس هو السلوك المرضي. فبينما يظهر هذا الأخير بطريقة عابرة، فإنه في الحالة المرضية تظهر الأعراض بمدة وحدة أشد، و قد تطول أو تقصر. فالسلوك الهستيري ليس التحويل الهستيري مثلاً، كما أن السلوكات الفوبية ليست هي عصاب الفوبيا.

و عموماً يتم تعريف المرض النفسي في ضوء واحد أو أكثر من المحددات التالية : - الحدود غير المتكررة للسلوك، - انتهاك المعايير، - التعاسة الشخصية، - العجز مع وجود القلق، - عدم التوقع.

2- معايير و محكات السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي: يستلزم الاعتماد على محكات

السواء و اللاسواء في علم النفس المرضي لتحديد مفهوم الصحة النفسية و تحديد المظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية السليمة تحديداً واضحاً، و من بين أهم المعايير التي تُعتمد لتحديد السوي والمرضي نذكر:

2-1- المعيار الإحصائي : إحصائياً الشذوذ هو ما ينحرف كمياً عن المتوسط حسب منحنى قوس Gauss أو المنحنى الجرسى (التوزيع الاعتدالي)، و اللاسوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان. لكن الخروج عن المعتدل لا يشير بالضرورة إلى اللاسواء، كما أن تسجيل الاعتدالية و عدم الانحراف عن الوسط و أن يكون الفرد مثل "الجميع" كما تقول (Bonnet et Fernandez, 2012, p.18) لا يشير بالضرورة لكون الفرد سوياً. فالقياس الموضوعي يختلف عن القياس النفسي النسبي.

2-2- المعيار الاجتماعي الثقافي: يشير التوافق مع ما يتوفر في المجتمع للاسواء، حيث يتخذ من القيم والنظم الاجتماعية و الثقافية أساساً للحكم، وعلى هذا الأساس يعتبر كل ما لا يتفق مع ما يتوقعه المجتمع من أساليب سلوكية غير سوي. فما تعتبره بعض المجتمعات سواء ينظر إليه في مجتمع آخر على أنه نوع من الشذوذ، و ما يعتبر عادياً في ثقافة قد لا يعتبر عادياً في ثقافة أخرى. و عليه ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار السلوك ذاته في إطاره الاجتماعي الثقافي. (Scialom, 2006, p.7)

2-3- المعيار الذاتي: ما يؤخذ من قرارات أن الفرد يتخذ من ذاته إطاراً مرجعياً، و كذا نظرة الأفراد كإطار مرجعي يرجع إليه في الحكم على السلوك بالاسواء أو عدمه من خلال انسجامه مع أفكارهم أو آراءهم الذاتية. ففيه الاعتماد على الحكم الشخصي على ما يألّفه الفرد و الآخرون و يقبلونه و يتلاءم مع ما يرغبون به من وجهة نظرهم الشخصية. غير أن ذلك يغلق الباب عملياً أمام كل بحث علمي بسبب عدم القدرة على التعميم وإقامة القوانين. (Ibid)

و ترى (2001) Grebot et Orgiazzi Billon-Gallad بضرورة إضافة معيار المثالية و التي تتخذ كمحك لتحديد السواء، إضافة إلى معيار السواء الوظيفي للفرد مع ذاته و قدرته على الاسترداد بعد تعرضه لبعض المنغصات ما يشير إلى وجود استمرارية في توظيف جهازه النفسي.

3- التحليل النفسي و إشكالية العادي - المرضي

أوضح (2008) Reicherts آراء المحللين حول السواء و المرضي، و أشار إلى أن فرويد حصر مصطلح المرضي في اتجاه واحد؛ إلا وهي العصابات. إذ يرى بأن ما يميز العادي عن المرضي يتمحور حول اختفاء عقدة الأويب أو عدم اختفائها و يضيف بأنه يصعب تحديد الخط الفاصل بين ما هو عادي وغير عادي. فرويد يركز على 3 مسلمات في مجال علم النفس المرضي؛ وهي أن الأمراض النفسية للراشد تجد جذورها في الصعوبات التي يختبرها على مستوى النمو لجنسية الطفولة. و أن كبت النزوات الجنسية و العدوانية هي ما يشكل العرض. كما أن الطريقة المعاشة في مرحلة تنظيم الشخصية (الأويب) ترتبط أساس بالظروف المحيطة.

- اما بالنسبة ليونج Jung، فإن العادي لديه يرتبط باتحاد الانبساطية و الانطوائية، و يرتبط المرض بخروج الفرد من إطار الإمتالية للمحيط.

- يرى دياكتين Diatkine بأن معالم الشذوذ (اللاسواء) في كون الفرد تعيسا و لا يشعر بكونه سعيدا.

- يعتبر شيلاند Chiland سلاسة و مرونة المرور من توظيف يرتبط بالواقع إلى توظيف جيد على المستوى الهوامي هو بمثابة معيار للسواء.

-أما Bourdier فيرى بضرورة الأخذ بعين الاعتبار سن و جنس الفرد في دراسة المظاهر الإكلينيكية لأجل الحكم على السواء أو اللاسواء.

- أما Bergeret (2003) فانه يرى بضرورة تمييز البنيات الحقيقية القوية الثابتة و النهائية من جهة ، و التنظيمات البينية الأقل تحديدا (الحالات الحدية) من جهة أخرى. فمفهوم السواء يختص برأيه بحالة التكيف الوظيفي الجيد في إطار بنية ثابتة، عصابية كانت أو ذهانية. في حين يرتبط المرض بفقدان التوازن داخل نفس الإطار البنيوي.

كما أشار بارجوري إلى السواء المرضي "La normalité pathologique" وهي شخصيات "شبه عادية" ليس لديهم بنية متزنة و ثابتة في حين أنهم يظهرون أسوياء أو بالأحرى "مفرطي السواء". فهم لا يمكن اعتبارهم أسوياء، فالمتظاهرين بالسواء يخفون استثمارات طاقوية جد مكلفة على مستوى الاستثمار المضاد.

و يؤكد الباحث أن السواء هو في المقام الأول أن لا ينشغل "بما يفعله الآخرون؟" ولكن ببساطة أن يسعى طوال حياته دون قلق أو خجل لأن يتلاءم على نحو أفضل مع صراعات غيره و صراعاته الخاصة دون تنازل عن إمكاناته الإبداعية أو حاجاته الخاصة. كما يعتبر بارجوري في (2008) Ionescu , Blanchet أن الفرد الذي يكون "بصحة جيدة" هو ذلك الفرد الذي لم يواجه صعوبات تتجاوز مؤهلاته العاطفية الوجدانية، كفاءته التكيفية ومؤهلاته الدفاعية. و هو ما أشار إليه (1966) Canguilhem بمفهوم المعيارية

Normativité، فبالنسبة له فإن الفرد السليم هو ذلك الفرد الذي يمكنه أن يمرض و يتعافى، فرد يمكنه أن يقدم معايير جديدة للتوظيف في سياقات مختلفة. و هو بالتالي يشير إلى أن الصحة لا تعني غياب المرض أو نقص في الأعراضية، لكن امتلاك القدرة على التغير و التكيف مع الوضعيات الجديدة.

وفي الأخير: فإن هذه المعايير أو المحكات هي حلول جزئية لتحديد السواء و اللاسواء، إذ وجدنا أن كل معيار يركز على جانب و يهمل بقية الجوانب، ومن هنا تبرز الحاجة إلى منظور تكاملي تتم فيه الاستفادة من مميزات كل المعايير. فالسواء و اللاسواء مفهومان لا يمكن أن يفهم احدهما بالرجوع للآخر فقط، ثم أن الفرق بينهما في الدرجة و ليس في النوع، فكل الأشخاص يمكن ترتيبهم على سلسلة ممتدة بين السواء و اللاسواء و بين الصحة و المرض النفسي، و يتفق المختصون في المجال بأن الحدود بين العادي و المرضي تبقى غامضة. (De Oliveira et Bioy , 2013, p.6)، فالسواء و اللاسواء مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة، في الأزمنة المختلفة و في الثقافات المختلفة. (عبد الرزاق غريب و آخرون، 2008، ص.11)

المحاضرة الثالثة: السيميولوجيا و التصنيف في علم النفس المرضي

يعتمد علم النفس المرضي على عدة مفاهيم و أبعاد متميزة من خلال تحديد الأعراضية و البحث عن سببيتها، وصفها و تصنيفها لأجل تشخيص سليم.

1- المفاهيم المرتبطة بعلم النفس المرضي:

قبل عرض مختلف التصنيفات، سنقوم بطرح بعض المفاهيم و التي تعتبر ضرورية في مجال علم النفس المرضي حسب ما أوضحه (Gasser, 2006, p.p.4-5), (Akman, 2011, p.p.51-52)

1-1- السيميولوجية أو الأعراضية La sémiologie: يعتبر البحث عن الأعراضية أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية. و قد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية من طرف de Saussure حتى يميز بينه و بين السيميائية sémiotique في علم اللغات. يركز على البحث عن الإشارات "signes" التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات و الأعراض في الحالات الباثولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم. و يتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتيا و ما يتظاهر خارجيا لمعاشه، بمعنى سلوكه. يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض و إدماج الإشارات و الأعراض في إجراء دينامي. مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها، في ألمها، معاشها النفسي و معاشها الذاتي.

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

و هناك من الباحثين من يميز بين العرض symptôme و الإشارة signe، حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي الملموس لحالة مرضية أو باتولوجية. أما العرض فتشير إلى الشكاوي الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفعوس. و هو ما أكد عليه مؤلفوا (DSM) اللذين يرون بأن "العرض يحدد في الشكاوي الذاتية و يشمل الإشارات الموضوعية لحالة باتولوجية".

أما فرويد، فيرى بأن العرض يتضمن بعدا لا شعوريا. وهو ترجمة للصراع النفسي، و لا 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 جنبا إلى جنب، و يشكل تلازمها و اقترانها مع بعضها البعض تظاهرة مرضية خاصة قائمة بذاتها. ولغموض أسباب المؤدية للاضطرابات النفسية و العقلية 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 و أنماط معينة للاستجابة.

1-2- الايتولوجيا أو السببية Etiologie: يبحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض، أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب (متى ظهر؟ و الظروف التي أحاطت به) و بالخصوص البحث عن قصة الفرد النفس تشوئية (كيف ينتظم؟ كيف يتصرف؟ و كيف يطور اضطراب ما؟). وكان فرويد قد أشار إلى أن العرض ذو علاقة وطيدة مع مجمل الشخصية الواعية للفرد، و لكن اللاواعية منها بالخصوص.

1-3- النزوغرافيا La nosographie: وصف امبريقي للأعراض التي تؤدي إلى الاضطرابات لأجل تصنيفها من خلال خصائصها الوصفية (جنسها، فئتها، ترتيبها، فئتها). فهو عبارة عن تسجيل للأعراض في منظمة الفهم العام للاضطرابات النفسومرضية.

1-4- النزولوجيا La nosologie: و تسمى أيضا taxonomie أي علم التصنيف أو التبويب و يشير إلى نظام تصنيف الإشارات الباتولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها classification. يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب و التغيرات الباتولوجية التي تميز المرض. و للإشارة؛ فإن الأعراض يمكنها أن تبعث لعدة وحدات نفسومرضية، و يمكن لعرض واحد أن ينتمي للعديد من الجداول العيادية.

1-5- التشخيص Le diagnostic: التشخيص أساسا عبارة عن فرضية. و لكن ليست تأكيد نهائي في أي أي حال من الأحوال، و ليست إصاق بطاقة "étiquetage" لا رجعة فيها. فالتشخيص يبقى مفتوحا

للمناقشة و إعادة طرح التساؤلات إن استدعى الأمر، أو حتى نفي ما تم طرحه عندما تستجد أمور في الفرد المشخص. و يمكن للأخصائي أن يؤكد أو ينفي فرضيته التشخيصية من خلال طرح عدد من الأسئلة:

- 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 و المرتبط بنوعية التوظيف العقلي. فالتشخيص إذا كما يرى (Schneider et al, 2002) يهتم بالكيف؟ "Comment" وليس بماذا؟ "Quoi"

2- التصنيف في علم النفس المرضي: بينما يشير التشخيص لسيرورة اخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية محددة وفقا لمجموعة من المعايير المحددة، فإن التصنيف يشير إلى الترتيب في فئات نوزولوجية في علاقتها ببعضها البعض. و قد قامت العديد من المحاولات في فرنسا و ألمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية، توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعي لتوحيد هذه التصنيفات. و كلاسيكيا توجد مقاربتين وصفيتين: السيميولوجيا التحليلية (عصابات، ذهانات، شذوذات لبنائية) و السيميولوجيا «اللانظرية» مثل تصنيفات CIM، DSM. و هو ما سنتطرق إليه بالتفصيل لاحقا.

2-1- تاريخ تصنيف الاضطرابات النفسية:

ذكر هيبقراط العديد من التصنيفات كذلك الاضطراب العقلية التي تعقب الولادة و الخلط العقلي الذي قد يظهر عقب النزيف الشديد. ثم جاء بنيل "Pinel" بمحاولاته الشهيرة في المستشفى العقلي بفرنسا حيث صنف الاضطرابات النفسية إلى أربعة أصناف: الهوس، المالنخوليا، العته والخبيل أو ما يسمى حاليا بالتخلف العقلي. و ابتداء من منتصف القرن 19 ظهرت العديد من التصنيفات العقلية؛ نجد في فرنسا تصنيف «Morel & Griesinger» سنة 1860 للذهانات و العصابات على أساس الأعراضية الإكلينيكية الإكلينيكية و تطورها في الزمن منذ ظهورها ووصولها إلى مرحلتها الأخيرة. أما في ألمانيا، فكان "Kraepelin" سنة 1906 ينظر إلى الأمراض العقلية على أنها وحدات عضوية يمكن أن تصنف على أساس من معرفة الأسباب، المسار، النتيجة أو المآل. (Garabé, 2012, p.6) ثم و في نهاية القرن 19 قام المكتب الدولي للإحصاء بباريس بنشر التصنيف العالمي للأمراض كان يقوم بمراجعته كل عشر سنوات. سنوات. ثم تدخل المكتب الصحي في عصبة الأمم المتحدة بجينيف لمتابعة التصنيف في فترة بما بين الحربين العالميتين. و بعد الحرب العالمية الثانية قامت منظمة OMS في 1948 بتقديم في تصنيفها العالمي للأمراض CIM-6 في فصلها الخامس (F) تصنيفا خصص للاضطرابات العقلية. و قامت بعدها بعدها الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA في 1952 بنشر أول دليل للاضطرابات العقلية. (DSM I) (Garabé, 2012, p.2-3)

2-2- أهمية التصنيف: قام جيفري وزملائه (Jeffrey & all, 2009, p.51) بتوضيح أهمية التصنيف

في مجال علم النفس المرضي، ويرى بأنها:

1. تسمح بترتيب و تبويب مواضيع الدراسة.
2. نظرا لتعدد التوجهات النظرية في علم النفس واختلافها في نظرتها لسيكولوجية المرض، فإن التصنيف يعمل على توحيد المصطلحات في ظل هذا الاختلاف.
3. تسهيل جمع المعلومات الإكلينيكية و منه تسهيل عملية التشخيص، العلاج والتنبؤ.
4. تسمح بمقارنة النتائج و تحديد أوجه التشابه والاختلافات الهامة بين المرضى السيكاترين بوضع التشخيص الفارقي.
5. تسهيل التواصل بين العاملين في الميدان.

2-3- مآخذ التصنيف:

بالرغم من أهمية التصنيف، إلا أن هناك بعض المآخذ يلخصها جيفري و زملائه بأنه:

- 1- لا يمكن للتصنيف أن يضم مجمل البيانات الخاصة بالمريض والأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فهو لا يعكس تعقد و فردانية الشخص.
- 2- 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.
- 3- تكون عملية التنبؤ للسلوك على أساس التصنيف التشخيصي وليس على أساس السلوك الملحوظ للمريض.
- 4- يركز التشخيص بالتأكيد على جوانب الضعف أكثر من تأكيده على نقاط القوة و هو ما يؤثر سلبا على علاقات المريض بالآخرين.
- 5- يؤدي استخدام الاسم التصنيفي للوهم الخادع لفهم المريض مما يبعد المختص عن التعرف على معاناة المريض الحقيقية. (Ibid, P.52)

3-3- طرق التصنيف في علم النفس المرضي:

يوجد نوعين من التصنيفات: التصنيفات المؤسسة على تنظيم الإشارات و الأعراض في تناذرات المرض «تصنيف تناذري» (classifications syndromiques) و من جهة أخرى التصنيف السيکوباتولوجي و الذي في تجميعه للوحدات المرضية يكون اقل ارتكازا على الاضطرابات المشتركة و اقل منه بالارتكاز على الميكانيزمات المشتركة التي تنظم الاضطراب.

و عليه؛ فإنه في التصنيفات التحليلية فإن الهستيريا و العصاب الوسواسي تنتميان لنفس فئة عصابات النقلة كونها مدعمة بنفس ميكانيزمات الكبت والإشكالية الاوديبيية وقلق الخصاء. نفس الاضطرابات والتي أطلقت عليها تسميات الاضطرابات الجسدية والاضطرابات الوسواسية القهرية ترتب على التوالي حسب DSM IV في الاضطرابات جسدية الشكل وفي الاضطرابات الحصرية. (Combaluzier, 2009, p.31)

3-3-1- التصنيفات الكلاسيكية: تتمثل أهمها في التصنيفات الألمانية و التصنيف الفرنسي.

الجدول (01): يوضح الأمراض التي تندرج تحت كل وحدة مرضية.

المرض	مجموعة الأمراض
الهستيريا، عصاب الوسواس، عصاب القلق، عصاب الفوبيا	العصابيات
الفصامات (الأشكال البارانونية، الهيبفيرينية، الكتاتونية...)، الهذيانات المزمنة (الهذيانات البارانونية المنظمة، الهذيانات الهلوسية و البرافرينية) ذهانات الهوس الاكتئابي، النفخات الهذائية الحاد.	الذهانات
الاكتئاب العصابي، الاكتئاب التفاعلي.	الحالات الاكتئابية غي ذهانية
يتم ترتيبها وفقا للجدول الاتيولوجية: مرض الزهايمر، مرض Pick	العتة Démence
مختلف أشكال الوهن و التي يرتبط بعضها باضطرابات وراثية (trisomie 21)	الوهن Débilités
الإدمان على الكحول، الإدمان على المخدرات، فقدان الشهية anorexie و الشره المرضي boulimie، السيكوباتية، الشذوذ أو الانحرافات، اضطرابات الشخصية.	اضطرابات السلوك
التناذرات الخاطئية، اضطرابات مرتبطة بالأورام الدماغية، بالإدمان على الكحول، التهابات الدماغية، الأمراض العصبية.	اضطرابات عقلية ترتبط بإصابة عضوية
الربو، اضطرابات جلدية، القرحة المعدية، ضغط الدم...	الاضطرابات السيكوسوماتية

المصدر: (Combaluzier, 2009, p.31)

و للإشارة، فإن هذه المجموعات المرضية تستند على النزولوجية و تشمل أيضا المظاهر الايتيوباتوجينية (السببية المولدة للمرض). و عليه فإن أصل العصاب يكون نفسيا، أما الذهانات فهي نفسية و عضوية...

3-3-2- التصنيفات النفسومرضية: يوجد العديد منها، و هي ذات منحى تحليلي، ويعتبر أولى التصنيفات، كان يميز بين العصابيات، الذهانات و الشذوذات. و يعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخفاء، فنحن في سجل في العصابيات. و إن تم إنكاره فنحن في سجل الشذوذ، و إن رفض فهو إذا في سجل الذهانات.

أما كارل ابراهام K. Abraham فقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو والمراحل الفرعية. حيث تظهر الباتولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو و يرتكز علة التثبيتات و النكوصات. فالفصام يرجع للتثبيت في المرحلة الفمية، البارانونيا في المرحلة الأولى من الشرجية، و في عصاب الوسواس يحدث نكوص للمرحلة الثانية من الشرجية مع أوديب منظم... و كانت منطلقات أبراهام كدفعة لباحثين آخرين للحديث عن البنية، مثل كارنبورغ Kernberg من المدرسة الأمريكية الذي أضفى توضيحات حول البنية الحدية. و من المدرسة الفرنسية، أعمال بارجوري حول البنيات. (Combaluzier, 2009, p.33)

فكل بنية تنتظم حول نوعية القلق، الآليات الدفاعية، نوعية القلق، العلاقة بالموضوع. و تحت كل بنية بنية تندرج بنيات فرعية. فعصاب الهستيريا، عصاب الوسواس و عصاب الفوبيا بالرغم من انتمائها للعصابيات، إلا أن التمييز بينها يرتكز على الميكانيزمات التي تحل محل الكبت أمام التمثيلات المزعجة، و كذا على درجة نكوص الأنا أمام شدة الصراع.

3-3-3- التصنيف العرضي: و كما يظهر من اسمه، فإن هذا التصنيف يركز على الأعراضية. فهي موضوعية و لا تستند إلى نظرية محددة "التصنيفات اللانظرية". و يعتبر التصنيف الدولي للأمراض CIM و التصنيف 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

أولاً: تصنيف منظمة الصحة العالمية: يطلق عليه اسم التصنيف الدولي للأمراض Classification International des Maladies و يشار إليه بـ « CIM » أو « ICD » باللغة الإنجليزية. نشر CIM-6 في 1949، وكان أول التصنيفات الشاملة للاضطرابات العقلية في فصلها الخامس (F). تمت مراجعته في عدد من المرات حتى انتهى بإصدار المراجعة التاسعة (CIM-9) في 1957، نشرته منظمة الصحة العالمية في 1977، استبدل بعدها بالإصدار العاشر CIM-10؛ حيث بدأت الأعمال عليه في 1983 و قامت الجمعية الأمريكية للصحة (World Health Assembly (WHA) بمراجعته في 1990، لكن استعمالها الفعلي من طرف الدول الأعضاء بمنظمة OMS بدأ سنة 1994. يسمح هذا النظام للتصنيف بوضع التشخيص و الإجراءات، و يقوم بعرض 155000 رمز للأمراض و الاضطرابات المختلفة. و يفيد يفيد التقرير الاستقصائي لمنظمة OMS و الدول الأعضاء بأنه لا يوجد إجماع حول تعريف الاضطراب/المرض العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناءً على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني والقانوني حسب مختلف المجتمعات و في سياقات مختلفة. إذ تقوم المنظمة بمناقشات مكثفة حول ما ينبغي إدراجه في إطار مفهوم الاضطراب العقلي كونها قضية معقدة ومثيرة للجدل و يختلف التضمين حسب كل مجتمع. (WHO a)

و يشمل الفصل الخامس الخاص بـ "الاضطرابات العقلية والسلوكية" في CIM-10، عشر مجموعات رئيسية مع العلم أنه توجد في كل مجموعة العديد من التصنيفات الفرعية المحددة. (Ibid)

(F00-F09): الاضطرابات العقلية العضوية، بما في ذلك العرضية.

(F10-F19): الاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة بتعاطي مواد ذات تأثير نفسي.

(F20-F29): الفصام والاضطرابات السكيزوفرنية و الاضطرابات الهذائية.

(F30-F39): اضطرابات المزاج (الوجدان).

(F40-F48): الاضطرابات العصابية و الاضطرابات المرتبطة بالإجهاد والاضطرابات جسدية الشكل.

(F50-F59): التناذر السلوكي المرتبط بالاختلالات الفسيولوجية والعوامل البدنية.

(F60-F69): اضطرابات الشخصية والسلوك عند الراشد.

(F70-F79): التخلف العقلي

(F80-F89): اضطرابات التطور النفسي

(F90-F98): الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تظهر عادة في بداية مرحلة الطفولة و المراهقة

(F99): الاضطرابات العقلية، غير المحددة.

و بعد إصدارات نسخة ألفا و بيتا لدليل CIM-11 و اللتان قدمتا في 2011 و 2012 على التوالي للجمهور، و ستقدم النسخة الموحدة لجمعية (WHA) لأجل تسويقها رسميا بداية شهر ماي/ 2018. (WHO b)

ثانيا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : من إصدار الجمعية الأمريكية للطب العقلي (American Psychiatric Association) وقد صدرت حتى الآن 7 مراجعات لهذا الدليل. كان في البداية مخصصا للراشدين و لم يهتم كثيرا بفئة الأطفال و المراهقين.

يهدف الدليل إلى حل صعوبات التشخيص و يقوم على 4 مبادئ تتمثل في عدم الاعتماد على نظرية محددة فبالتالي يمتاز بالموضوعية، يستخدم مفهوم الاضطراب بدلا من المرض. وهو نظام متعدد المحاور ومتعدد الخصائص. المعايير موحدة و تعتبر ضرورية لوضع التشخيص. (jeffrey et al, 2009, p.53) ظهرت الطبعة الأولى 1952 باسم DSMI والطبعة الثانية 1968 باسم DSMII والطبعة الثالثة DSMIII في 1980 حيث سجل فيه بعض الاختلافات عن سابقتها بتقديم نظام متعدد المحاور بمقاربة وصفية حيادية (دون توجه علاجي محدد) و أدمج فيه وصف للاضطرابات الخاصة بالطفل، و قد اختفى مصطلح العصاب في هذا الدليل. ثم اصدر DSM-III-R في 1987 و بعدها أصدرت الطبعة الرابعة DSM-IV في 1994 و وزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية...الخ. و اختفت تسمية عصاب الفوبيا و عصاب القلق على حساب القلق و الحصر و مصطلح " عصاب الهستيريا التحويلية" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل « trouble somatoforme » و اختفت اختفت كلمة هستيريا تماما. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية. تمت مراجعته و صدر عنه DSMVI TR سنة 2000، و في 2013 اصدر DSM5 و يعتبر آخر دليل إحصائي حاليا (مع العلم انه لم تعد تستعمل الأعداد الرومانية)، و هو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الأمراض في هذا الدليل، حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه و الاحتياطات الواجب إتباعها في استعماله، يليه معايير التشخيص و قائمة 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. و بعدها محور يخص إدماج القياس و بعض النماذج كالنموذج الثقافي. و نجد في آخر الدليل المراجعات و الاختلافات بين DSM-IV-TR و DSM5 إضافة إلى معجم خاص بالأمراض الخاصة بثقافات معينة، و كذا قائمة الرموز الخاصة بـ DSM5 و ما يتوافق مع (CIM-10). و يشمل 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 و التخلف العقلي، المحور الثالث أمراض الطب العام، و المحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية و البيئية، و المحور الأخير التقييم العام للتوظيف.

ثالثا: التصنيف الفرنكوفوني للاضطرابات العقلية للطفل و المراهق (Classification CFTMEA francophone des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) نشر أول مرة سنة 1988 ، و خصص للطفل و المراهق، و يأخذ بعين الاعتبار باتولوجية المولودين الصغار، و يعتبر تصنيف متعدد المحاور مثله مثل DSM ، حيث يشمل المحور الأول على الفئات الإكلينيكية، أما المحور الثاني فيهتم بالباتولوجيا الجسدية و الوضعيات الأسرية المشتركة. يقدم في تصنيفه ما يتفق مع CIM-10، و يعتمد على فكر علم النفس المرضي المستوحى من التحليل النفسي، بدأ العمل فيه منذ 1987 من طرف فريق عمل من المختصين برئاسة Misès ، تمت مراجعته في العديد من المرات، و ظهرت الطبعة الأولى في 2001، أما الطبعة الثانية ففي 2012. (Misès et al , 2012, p.12)

للاطلاع أكثر: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblo_bd/cftmea/default.html

رابعا: تصنيف نظام التشخيص السيكدينامي الإجرائي (Operationalized OPD Psychodynamic Diagnostic)

نتاج عمل لمجموعة من الباحثين بإشراف Cierpka et Schneider ، تم اصدر OPD في 1996، و جاء كرد فعل لتصنيفات DSM و CIM التي تعتمد على التناذرات. حيث قام عدد من المعالجين النفسانيين ذوي التوجه السيكدينامي و التحليلي بالتشكيك بالأنظمة النزولوجية (تصنيف) و النزوغرافية (توصيف)، بسبب ضعف مصداقيتها بخصوص التخطيطات العلاجية و عدم اهتمامها بفردانية الأشخاص. و يرتكز الإجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف موجهة. و يدمج 5 محاور تشخيصية. يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش المريض مرضه و التأثير الأولي للعلاج، و يكرس المحور الثاني للمسائل العلائقية، المحور الثالث بالصراعات داخل/بين شخصية. يهتم المحور الرابع بمرجعية بمرجعية التشخيص البنية العقلية للمريض. أما المحور الخامس فيهتم بتشخيص الأعراض و التناذرات التي التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي للأمراض CIM-10. (Von der Tann, 2008, p. 19)

خامسا: الدليل التشخيصي السيكدينامي PDM Psychodynamic Diagnostic Manual

أصدر باللغة الانجليزية فقط و لم تتم لحد الآن ترجمته باللغة الفرنسية، و هو ثمرة عمل بين مجموعة مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي. يعتبر إطارا مرجعيا للتشخيص، يصف مستويات العميقة و السطحية لشخصية الفرد، توظيفه العاطفي و الاجتماعي و مظاهر الأعراضية. يغطي هذا التصنيف كل الشرائح العمرية، ابتداء من الرضيع مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية و الاجتماعية. كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبة DSM و في CIM في تبويب الأعراض. يعتمد

تصنيف PDM على الدراسات الحالية في علم الأعصاب و تقييم نتائجها و يستعمل مقارنة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص و كيفية المشاركة في السيرة العلاجية.

و يتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة و كذا توظيف الشخصية المضطربة. في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو. و في القسم الأخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت في DSM IV بإدماج لكل تصنيف منها الإسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي و المتمثلة في التجارب الشخصية و الذاتية للفرد و أعراضه. (Russell &Cohn, 2012, P.71)

« و في الأخير نقول : بأن الكثير من الجهد بذل خلال الخمسة وعشرين قرنا من التصنيفات النفسية، بدأت بهيبوقراط إلى DSM 5 و CIM 11 حاليا. و يمكن القول أن تطور التصنيف قد بدأ بمحاولات فردية عشوائية حتى انتهى بإصدار الدليل العالمي للأمراض والدليل التشخيصي الإحصائي في صورتها الحالية. حيث يتم تحريرها بالاستناد إلى مجموعة من الباحثين في مختلف المناطق بالعالم، بإدراج الابعاد الثقافية مع تخصيص وحدات ترتبط بثقافات دون غيرها من الثقافات. وحتى لا يتصف التصنيف بالجمود، انتبه الباحثين إلى أهمية إدراج الجانب الدينامي للفرد في التصنيفات الحديثة، لأن كل حالة هي حالة فريدة من نوعها.

المحاضرة الرابعة: المفاهيم القاعدية في علم النفس المرضي

لأجل فهم الأعراض النفسية و حقل الباتولوجية في علم النفس، فإنه من الضروري التعمق في بعض المفاهيم القاعدية التي تشكل لب مجال علم النفس المرضي: البنية؛ النزوة، القلق، الصراع و الميكانيزمات الدفاعية. تسلسل يرى فيه بارجوري من الأساسيات لفهم الصحة و المرض و طريقة التعبير عن الأعراض. فما هي البنية، كيف تتشكل؟ ما هو دور النزوة، الصراع و القلق في تشكلها؟ ما هي الميكانيزمات الدفاعية التي يتم توظيفها في كل مرحلة من المراحل ؟

أولا- البنية: LA STRUCTURE

أدرج بارجوري مسألة السواء و اللاسواء في إطار علم النفس المرضي التحليلي مفهوم "البنية". فبعدما كان فرويد يعطي الأهمية الكبرى لمراحل النمو الجنسي الثلاث (الفمي، الشرجي، القضيب)، فإن بارجوري في إطار التصنيف السيكوباتولوجي اسند أهمية كبرى للعلاقة بالموضوع و مفاهيم الذات و النزوة. و ينوه بأن ماضي البنية هو مراحل النمو (النرجسية، الاتكالية و الثلاثية الاوديبيية) أما مستقبلها فهي الطبع أو المرض.

1- مفهوم البنية في علم النفس المرضي:

يعرف بارجوري البنية النفسية على أنها ذلك التنظيم الثابت و النهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية. و ربط بارجوري في (سي موسى و بن خليفة، 2008، ص.37) مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء و اللاسواء، مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا وينتكس شرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي، لأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة. و يشير بأن 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 عصبية أو ذهانية، في حين تناسب المرضية انقطاعا ضمن نفس الخط البنيوي".

و كان فرويد قد أشار إلى البنية من خلال ظهور الاضطراب النفسي تبعا للتصدعات و يقول في ذلك. "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". (معتصم ميموني، 2005، ص.57) غير أن بارجوري كما جاء في (سي موسى و بن خليفة، 2008: ص.ص. 38-39) يرى بأن السواء يجب أن يكون مستقلا عن مفهوم البنية، ذلك أن الفرد بإمكانه أن يكون سويا دون أن يبلغ المستوى الأوديبي، يجب أن تصنف ضمن مستوى أعلى من التنظيم البنيوي الذهاني. فالهوة لا تكون بين الأسوياء من جهة والمرضى (العصابيين والذهانيين) من جهة أخرى، بل تكون بين العصبيين والأسوياء في كفة واحدة من جهة، ومجموعة (غير الأسوياء) التي تضم بقية الأفراد في كفة من جهة أخرى، وهي التي وصفت بالذهانيين وما قبل الذهانيين على اختلاف أنماطهم، بما فيها الحالات الحدية، والطبعية، والانحرافية. و على هذا الأساس فقد قابل بين ما سماه البنيات الحقيقية (العصابية والذهانية)، مع أو بدون هيئة مرضية، وبين التنظيمات البسيطة الهشة التي تصارع ضد الاكتئاب، وذلك بواسطة الحيل الطباعية أو السيكوباتية المتنوعة والمسمّاة "شبه السوية". و يعتبر أن استقرار البنية يحدد تطورا خطيا لتنظيم نفسي إما عصابي أو ذهاني، ويكون معوضا بنجاح عن طريق التسوية في إطار نفس الخط، وإذا لم يسعفه التماسك بين تلك الاستثمارات النرجسية و الموضوعية، ينتكس الفرد في إطار ذلك الخط العصابي أو الذهاني.

و يعمل بارجوري بمفهوم الطبع، الذي يشكل حسبه "الصدى العلائقي غير مرضي للبنية"، والذي يفترض أن أي تنظيم بنيوي للشخصية يمكن أن يتجلى في الحياة العلائقية، سواء على شكل عناصر للطبع في حالة التكيف السوي، أو على شكل أعراض في حالة اللاتكيف والمرض. كما يعمل أيضا بمفهوم سمات الطبع ليبين أنه في: "حالة وجود نقص في البنية القاعدية، لا يبدو الطبع في حد ذاته مجهزا لإنجاز مهمته العلائقية بطريقة متكيفة، لذا يلجأ الأنا إلى سمات الطبع كوسيلة نجاة من الاضطرابات، فهي تمثل إذن عمليات طبيعية إضافية، والتي تظهر سواء في عناصر دفاعية (سمات طبع بنيوية)، أو في عناصر نكوصية (سمات طبع نزوية)، وعليه فإننا نجد سمات الطبع تساهم في الإجراءات الوظيفية، سواء لبنية ما مندرجة في حالة السواء، أو لبنية أخرى نجدها في حالة معروفة على أنها مرضية.

2- تكوين بنية الشخصية:

تتمثل مراحل تكوين البنية حسب بارجوري كما جاءت في (ميموني معتصم، 2005: ص. 57) كالتالي:

- **المرحلة الأولى:** تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة تمايز نفسي جسدي، لكن سرعان ما يبدأ في التمايز تدريجيا مع خروجه من الهو، وهذا تحت تأثير النضج، والعناية، والعلاقة مع الأم، وهنا إذا كانت الظروف الداخلية والخارجية مضطربة، فسيحدث تسجيل خطوط ضعف في هذه الفترة ونقطة تثبيت كما يقول "فرويد".

- **المرحلة الثانية:** يتطور البيدو 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 مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية، وهنا يتطور البيدو ويتقدم تبعا:

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

- **المرحلة الثالثة:** مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي، وما 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 شرخا 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، السيكوباتية والانحرافات.

وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة للتغير، وليس كبنية ثابتة لأنها يمكن أن تطور إلى مسار الذهان أو العصاب.

3- مكونات بنية الشخصية:

تحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب بارجوري في خمسة أبعاد، على أساسها يكون التشخيص، تلخصها (ميموني معتصم، 2005، ص.58) فيما يلي:

1- مستوى نكوص الليبدو والأنا (التطور)

- البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.
- البنية العصابية: يرجع نكوص الليبدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل: ما هو في (العصاب الاستحواذي)، وإلى المرحلة الأوديبيّة أو القضيبية، الأنا تمايز كلية مع تمايز الموضوع.
- التنظيم البيني: يرجع نكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وقضيبية الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تمايز لكن مازال اتكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

2- نوع القلق:

- البنية الذهانية: هو قلق التجزئة، والتفكك، واليأس، والتلاشي، والموت، لن الأنا تفكك وانشطر بعدما كانت وحدة الأنا متماسكة.
- البنية العصابية: مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الخفاء هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ و يعيش في الحاضر، وهو مركز على ماضي شهواني.
- التنظيم البيني: هو قلق ضياع الموضوع (الأم) والانهيال.

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 إتكالية: "طفل-أم" وليست علاقة اندماجية.

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.

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 جزأين:
- الأول: تقدير وفهم صحيح للواقع، ويعني ذلك تكيف صحيح.
- الثاني: تقدير مثالي للواقع، وفي نفس الوقت نفي له.

الجدول (02) : مقارنة بين المكونات الأساسية لبنية الشخصية

نوع البنية	البعد المسيطر على التنظيم	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	ميكانيزمات الدفاع الأساسية	العلاقة بالموضوع	مستوى نكوص الليبدو والأنا
البنيات العصابية	الأنا الأعلى	الأنا الأعلى مع الهو	من الإخصاء	الكبت، والعزل والتكوين العكسي	تناسلي	المرحلة الأوديبية
البنيات الذهانية	الهو	الهو مع الواقع	من التفكك، الموت، الفناء	نفي الواقع. ازدواج الأنا	إندماجي	المرحلة الفمية
التنظيم الحدية	مثال الأنا	مثال الأنا مع الهو والواقع	من فقدان الموضوع	ازدواج الصورة الهوامية، والإنشطار	اتكالي	المرحلة الشرجية

المصدر: (Bergeret 2003, p.)

و في الأخير: فإن فهم تشكل البنية يسهم بدرجة كبيرة في فهم ما يندرج ضمنه من اضطرابات نفسية في كل بنية من البنيات، الذهانية و العصابية و كذا التنظيم الحدي. كما توضح مكونات بنية الشخصية بأبعادها الخمس: مستوى نكوص الليبدو والأنا، نوع القلق، العلاقة بالموضوع، طبيعة الصراع، الآليات الدفاعية المستعملة على فهم التنظيم النفسية للفرد، و كذا وضع التصنيف و التشخيص الصحيحين للاضطرابات النفسية عند تفجر البنية.

المحاضرة الخامسة: المفاهيم القاعدية في علم النفس المرضي

ثانيا- النزوة LA PULSION

تعتبر النزوة من المفاهيم الأساسية التي تناولها فرويد في إطار نظرية التحليل النفسي. إذ قام فرويد بتمييزها عن فكرة الغريزة التقليدية. كون النزوة هو ما يحدد الاتجاه للعمليات السيكلولوجية.

1- تعريف الغريزة: الغريزة "Instinct" هي سجيّة، فطرة، جمعها غرائز. و في قاموس oxford هي الميل الفطري الذي يدفع الكائن الحي، إلى العمل في اتجاه معين تحت ضغط حاجاته الحيوية. هذا النمط من العمل يخدم تأقلم الكائن على ظروفه وبيئته. فهي نمط ثابت من السلوك عند النوع الحيواني. أما في الإنسان، فبالرغم من أن الغريزة هي أساس التصرف، فإن التصرف يكون أكثر مرونة واختلافاً. (Oxford, 2015) و تعرف في علوم النفس على أنها صورة من صور النشاط النفسي، و طراز من السلوك، يعتمد على الفطرة والوراثة البيولوجية. وعرفها فرويد بأنها «تقليدياً، صميمة سلوكية موروثية، خاصة بنوع حيواني معين، لا تتباين إلا قليلاً من فرد إلى آخر ضمن نفس النوع. و تجري تبعا لمسار زمني يندر تعرضه للانقلابات، تبدو وكأنها تجيب على غائية معينة.» (لابلاننش و بونتاليس، 1997، ص. 382)

ففي حين يحدد ماكدوقال McDougall عدد الغرائز بثمانية عشر غريزة، فإن كلفن هال يرى بأنها تبلغ من الكثرة مبلغ الحاجات البدنية. أما فرويد فيرى بأن البحث البيولوجي هو الذي يحدد مسألة الغرائز و يفصل فيها. (هال، 1970، ص. 68) و تعتبر غريزة البقاء، غريزة حب التملك، الغريزة الوالدية، غريزة الأمومة، الغريزة الجنسية، الغريزة العدوانية من اهم الغرائز المشتركة بين الأفراد. و غريزة التدين من أبرز الغرائز في نفس الإنسان، و قد أشارت الآيات القرآنية و جاءت الأحاديث النبوية للقول بأن كل مولود يولد على الفطرة.

2- الغريزة بين علم النفس و العلوم العصبية:

نالت الغريزة حضاها من الاهتمام في مجال العلوم النفسية، و ذهب وليام ماكدوقال إلى أن الغريزة هي المحرك الأساسي للسلوك الإنساني. كما أشار فرويد إلى وجود عدد من الغرائز و التي تتدرج ضمن غرائز حفظ الذات و الغرائز الجنسية، أين كان المفهوم يتجه أكثر نحو ترجمة الغريزة بدلا من النزوة التي ظهرت في الفكر الفرويدي، إذ يشير إلى أن الغريزة هي قدر من الطاقة النفسية تنزع بالمتعضي إلى اشباعها أين تعتبر الحاجة البدنية أو الدافع هي المنابع الرئيسية للطاقة النفسية. فدافع الغريزة هي قوتها و فتوتها و يحدد ذلك كمية لطاقة التي تملكها، فالجزع الشديد يفرض على العمليات النفسية دافعا أعظم من الجوع الضعيف. (مرجع سابق، ص.ص. 42-44).

و تعتبر الغرائز الجنسية من اكبر محركات السلوك الحيواني و الإنساني، لذا اهتمت الدراسات في مجال العلوم العصبية بالبحث عن وجود دائرة عصبية خاصة لما هو فطري غريزي و التي تتحكم في التصرفات الحركية. و قد أجريت عدد من الدراسات على الثدييات لإثبات الحيوانات و توصل الباحثون إلى أن ردود الفعل لتقوس العمود الفقري القطني لديهم على انه تسلسل حركي للسلوك الجنسي. و انتبه الباحثون بالباحثون بعد ذلك إلى أن هناك عوامل بيولوجية معينة تشكل الدافع الجنسي يتم تغييره أو تعديله خلال المراحل التطورية. حيث 90% من الجينات المستقبلية للفرونوم حدث له تشوه. و انفصل بذلك النشاط الجنسي الغريزي عن الدورة الهرمونية، و لم يصبح لردود الفعل التقوس الظهري من أهمية، و بدلا من ذلك

ذلك أعطيت الأهمية الكبرى لنظام المكافأة و النظام المعرفي. و أصبحت دينامية الغريزية الجنسية ترتبط بالمناطق الشبكية و ما يستثيرها. (Agmo.2007, p. 231)

3- تعريف النزوة:

اقترح فرويد المصطلح الألماني «trieb» و الذي ترجمه «pulsion» بالفرنسية لأجل التمييز بين الطاقة النفسية المرتبطة بالجانب الحيوي للفرد، و بين الطاقة النفسية الخاصة بمجموع الرغبات؛ هذه الأخيرة التي تستند لمبدأ اللذة و مبدأ الواقع و مبدأ الثبات (مبدأ النيرفانا). (Morel, 1995, p.38) على أساس أن الطاقة النزوية كما ترى الباحثة تظهر على شكل استثارة تؤدي لإنتاج التوترات أي الرغبة؛ حيث إشباع هذه الرغبة يعمل على تفريغ الطاقة النفسية ومنه تخفيض التوترات و الوصول إلى العتبة الأساسية (seuil de base) و بالتالي استعادة التوازن الهيموستازي للفرد [...] و يخضع الفرد إلى نوعين من الاستثارات؛ استثارة خارجية ترتبط بالعوامل و الظروف، و استثارة داخلية المنشأ، تدعى بالنزوات. (Ibid, p.p.40-43)

و تعرف النزوة في إطار التحليل النفسي بأنها عملية دينامية تتمثل في اندفاع (شحنة طاقوية و عامل حركية) تنزع بالمتعضي نحو هدف معين. و تتبع النزوة حسب فرويد من إشارة جسدية (حالة التوتر) و يتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوي، و يمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضله.. (لابلاش و بونتاليس، 1997، ص. 531) يرتبط مصير النزوة بمفهوم الاستثمار، فميزة النزوة أنها حركية و ليست ثابتة، بل هي متغيرة متجددة و متكررة، تزيد و تنقص. فهي بالتالي تستثمر في مواضيع معينة ما، تسحب استثمارها منه ثم تعاد و تستثمر في مواضيع أخرى. (Morel, 1995, p.44)

4- مكونات النزوة:

بالرجوع للتعريف الفرويدي، فإن للنزوة ثلاث مكونات: المصدر، الهدف و الموضوع. قام Jeammet بإضافة مكون رابع و الذي لا يمكن للنزوة أن تظهر إلى به، ألا و هو الإندفاع و ما يرتبط بها من طاقة.

* - **الاندفاع La poussée**: إن الطاقة المستخدمة في انجاز عمل الشخصية مستمدة كلها من الغرائز. فتظهر الاندفاع كعامل كمي (اقتصادي)، فكون النزوة هي التمثيلة النفسية للإثارات النابعة من داخل الجسم لتصل إلى النفس هو ما يدفع بالنفس لإقامة الترابط، فمفهوم النزوة يقع بين حدي النفسي و الجسدي. (Jeammet & al, 1996,p.45)

* - **المصدر أو المنبع La source**: تشكل أصل النزوة إن كان على المستوى الموقعي الطبوغرافي أو على مستوى السببي. فعلى المستوى الطبوغرافي تشير إلى مكان ميلاد النزوة: أين؟ في أي منطقة من الجسم، و من أي ساحة نفسية تأخذ منبعها. (Morel, 1995, p.51) فالنزوة تأخذ قطبا نفسيا و آخر جسديا كما تمت الإشارة إليه، فهي بالتالي تأخذ منبعها من الاثنين. كالنزوة الفمية التي تنبع من منطقة الفم

الفم باستثارة نفسية داخلية. غير أن بعض النزوات لا يمكن إدراكها جسدياً، فهي تأخذ طابعاً نفسياً أساسياً. أساسياً. فقد تكون الرغبة عقلية، عاطفية... و هنا يتدخل البعد السببي في منبع النزوة و ترتبط بالعوامل المفجرة أو المحرصة لها.

و عليه فإن منبع النزوة كما ترى مورال Morel، يمكنه أن يكون جسدياً أو نفسياً أو الاثنين معاً، داخلي خارجي أو الاثنين معاً. فالجوع مثلاً كادراك عضوي يتظاهر جسدياً من خلال استثارة لمنطقة غلمية، يفجرها عوامل داخلية أو خارجية.

* - **الهدف Le but**: يتمثل هدف النزوة إلى إشباع الحاجة أو الرغبة و زوال التوتر، و كما تمت الإشارة إليه، فإن النزوة تُصعد من الطاقة النفسية، و هدفها هو تخفيض الطاقة و الوصول إلى الحالة السابقة و حالة الثبات و اختفاء النزوة، بمعنى "موت النزوة". و قد يكون لنفس النزوة هدفاً أساسياً و أهداف ثانوية.

* - **الموضوع L'objet**: و تشير إلى الموضوع الذي تتحقق به هدف النزوة فهو الوسيلة التي تستثمر فيها النزوة لتحقيق هدفها و تصل إلى نهايتها. و يعتبر الموضوع المكون الأكثر مرونة، الأكثر تنوعاً و تغيراً. فيمكن للموضوع أن يكون شخصاً، أو عنصراً خارجياً و/ أو داخلياً، مجرداً أو ملموساً، هوامياً أو واقعياً.

و يصعب في مجال الرغبة التمييز بين الهدف و الموضوع. فالعطش كحاجة حيوية تدفعنا لشرب أي سائل لأجل إشباع الحاجة العضوية (الهدف) و هنا الموضوع لا يهم. أما في حالة اقتران العطش كرغبة، فإن اختيار شراب محدد (موضوع) يقترن بإشباع الرغبة (هدف). (Ibid, p.p.52-55)

5- نظرية فرويد حول النزوات:

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

و تدل 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، و هي تدرج ضمن نزوات نزوات حفظ الذات و تتعارض مع النزوات الجنسية. (لابلانث و بونتاليس، 1997، ص. 517). ثم و في في تقديمه لفكرة النرجسية ادخل فرويد تعديلاً و هو انه بمقدور النزوات الجنسية أن تصب طاقتها على موضوع خارجي (ليبدو الموضوع) أو على الأنا (ليبدو الأنا أو الليبدو النرجسي)، فجاء التعارض بين ليبدو الأنا و ليبدو الموضوع كي يزيل التعارض ما بين نزوات الأنا و النزوات الجنسية في فكر فرويد فرويد و أدرجت النزوتين تحت نزوات الحياة. و في 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 و إلى الحفاظ عليها، فإن نزوات الموت أو التناطوس «Tanatos» تنزع إلى الاختزال

الاختزال الكامل للتوترات و الرجوع بالكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية. و هو ما أشار إليه فرويد بـ "ما فوق مبدأ اللذة" في كتابه الصادر في 1920. و أن 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 و تتجلى عندها على شكل نزوة العدوان أو نزوة التدمير. و بالإضافة إلى ذلك أشار فرويد إلى نزوة السطو و النزوة الجزئية التي تختص بالمناطق المولدة للغلظة (الفمية، الشرجية و القضيبيية)، تنشط هذه النزوات الجزئية في البداية مستقلة عن بعضها البعض في الطفولة، ثم تنزع للاتحاد في مختلف التنظيمات الليبيدية فتتشكل النزوة الجنسية الموحدة التناسلية في الحالات السوية في سن البلوغ. و هو ما دعى فرويد للقول بأن الطفل شاذ متعدد الأشكال. (مرجع سابق، ص.ص. 516-541)

6- بين الغريزة و النزوة:

من خلال ما تم عرضه بخصوص الغريزة و النزوة، يتضح الفرق بين المفهومين؛ فبينما ترتبط الغريزة بالحاجة، فإن النزوة ترتبط بالرغبة أكثر و يمكن أن تدمج الحاجة. تتصف الغريزة بالثبات من حيث الهدف و طريقة تفريغ التوتر و الموضوع الذي يحقق التفريغ، بينما تتمتع النزوة بالمرونة من حيث طرق الإشباع و المواضيع المستهدفة. هدف الغريزة يكون أساسيا، أما النزوة فيكون لها أهدافا أساسية و قد يكون لها أهداف ثانوية. الغريزة تشبع بطريقة واقعية و إلا أودت بالمال الحيوي للفرد، أما النزوة فتشمل الإشباع الواقعي و/أو الهوامي.

7- بين الرغبة و النزوة:

تمثل الرغبة احد قطبي الصراع الدفاعي في المفهوم الدينامي الفرويدي، حيث تنزع الرغبة اللاواعية إلى أن تتحقق من خلال استرجاع الإشارات المرتبطة بتجارب الإشباع الأولى تبعا لقوانين العملية الأولية، و لقد بين التحليل النفسي كيف تتواجد الرغبة في الأعراض على شكل تسوية على غرار نموذج الحلم. (مرجع سابق، ص. 260) و تعتبر الرغبة كما تنوه به Morel محرك النزوة بما تنشئه من طاقة و تأثيره من توتر. و لا يمكن للرغبة أن تنقطع مثلها مثل الغريزة، فالشخص الذي لا يمتلك الرغبة شخص مكتئب تملكته نزوة الموت قد يصل في بعض الحالات إلى الانتحار، فموت الرغبة يؤدي إلى رغبة الموت.

8- الهوامات و الرغبات:

الهوام "fantasme" عبارة عن سيناريو خيالي يكون الشخص فيه حاضرا وهو يصور بطريقة تتفاوت في درجة تحويلها بفعل العمليات الدفاعية لتحقيق رغبة ما وتكون هذه الرغبة لاواعية في نهاية المطاف. أخذ فرويد هذا المصطلح من الكلمة الألمانية "phantasie" ومعناها باللغة الفرنسية ضيق على سابقتها الألمانية، فهو يقصد في دلالاته على تكوين خيالي خاص من نوع ما و لا يدل على عالم التخيلات والنشاط التخيلي بوجه عام. (لابلانز و بونتاليس، 1997، ص. 573)

تري مورال Morel بأنه إنتاج خيالي و ليس فكرة تأملية عقلانية، أحلام اليقظة يكون الفرد فيه حاضرا و نشطا، يراقب إنتاجه الهوامي الذي يرسم بشكل مشوه قليلا بسبب الأنساق الدفاعية التي تهدف لتحقيق رغبات لا واعية و إحداث الإشباعات "كحل" ممكن للاحباطات، عن طريق التحقيق الهلاسي للارغبة. ففي الهوام يكون الفرد هو المؤلف، المخرج، الممثل، و المشاهد في الوقت ذاته، لكن دون أن يتحكم في المحتويات الإنتاجية. كما أن الفرد لا يقرر أو يحدد هواماته، كونها تتجلى بطريقة عفوية لا يتم استدعائها، فالهوام ينشط في حالة الاسترخاء و نقص الرقابة و التفطن، لتسمح بتفتح عالم لا واقعي و هوامي أمام الفرد. (Morel, 1995, p.p. 178-179). فالهوام كما يقول Bergeret (2003) لديه قيمة دفاعية و حمائية إلى الحد الذي يسمح بالتححر-أقلها مؤقتا- من إقحام واقع تطفلي. و كان فرويد قد أشار إلى أن الهوامات كتكوينات تسوية، بنيتها متشابهة مع بنية الحلم، إلا أن الهوامات أو أحلام اليقظة تستخدم من قبل الإرصان الثانوي الذي يشكل إحدى طرفيه، و يرتبط بالرغبة اللاواعية الأكثر عمقا للأحلام من الطرف الآخر. و يشير فرويد إلى أن الهوام واعي ولا واعي، و يعتبر كنقطة مفضلة لعملية "العبور" بين مختلف الأنظمة النفسية: أي الكبت أو عودة المكبوت... فتقترب جدا من الوعي دون أن تتعرض لأي إزعاج طالما لم تحظ بتوظيف مفرط. و يضيف بان صلة وثيقة تربط بين الهوام و الرغبة و تتمثل في هوام الرغبة. فالرغبة تجد مصدرها و نموذجها في تجربة الإشباع من خلال ما اختبره بداية في هلوسة الرغبة. إلا أن لابلانش و بونتاليس يريان بان العلاقة بين الهوام و الرغبة أكثر تعقيدا، و لا يمكن اختزاله إلى مجرد غاية مقصودة من قبل الشخص الراغب. (لابلانش و بونتاليس، 1997، ص.ص. 575-577)

المحاضرة السادسة: المفاهيم القاعدية في علم النفس المرضي

ثالثا- الصراع النفسي، القلق و الميكانيزمات الدفاعية

CONFLIT PSYCHIQUE, ANGOISSE ET MECANISMES DE DEFENSES

تعتبر مفاهيم الصراع، القلق، الميكانيزمات الدفاعية من أهم المفاهيم في علم النفس المرضي، و هو ما اعتمد عليه عدد من الباحثين التحليلين بصفة خاصة لتفسير الاضطرابات النفسية. فالكيفية التي تعالج بها الصراعات و الطريقة التي يفرغ بها القلق، وما يتم توظيفه من دفاعات هو ما يؤدي إلى الصحة أو المرض.

1- الصراع النفسي

يعتبر الصراع من العوامل الديناميكية الأساسية المحركة للفرد، عبارة عن حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معا أو عدة دوافع متعارضة تلح عليه لإحداث الإشباع. حيث إشباع أحد الدافعين يكون على حساب الدافع الآخر، لذا فإن الصراع ينطوي دوما على الإحباط و القلق. وقد يكون الصراع شعوريا كليا أو جزئيا، و لا شعوريا .

1- تعريف الصراع

يعرف الصراع على انه النزاع القائم بين رغبات الفرد، دوافعه وغرائزه الأساسية وبين مبادئه ومثله الشخصية، الخلقية و الاجتماعية. هي حالة يختبرها الفرد عندما لا يستطيع تحقيق رغبتين متعارضتين. (الخالدي، 2006، ص. 51). و يقول (لابلانث و بونتاليس، 1997، ص. 304) بأننا نتحدث عن الصراع في التحليل النفسي حين تتجابه عند شخص ما متطلبات داخلية متعارضة. و قد يكون الصراع صريحا (بين رغبة و مطلب أخلاقي مثلا، أو بين شعورين متناقضين) أو كامنا حيث يمكن أن يظهر بشكل ملتو في الصراع الصريح أو يتجلى خصوصا في تكوين الأعراض، و في اضطرابات السلوك و اضطرابات الطبع... الخ. و يعتبر التحليل النفسي أن الصراع هو من شروط تكون الإنسان وذلك من منظورات متعددة: صراع بين الرغبة و الدفاع، صراع بين الأنظمة أو الأركان، صراع بين النزوات، و أخيرا الصراع الأوديبي حيث لا تتجابه الرغبات المتعارضة فيما بينها فقط، إنما تجابه التحريم أيضا.

2- تحليل الصراع النفسي: تدخل أركان الجهاز النفسي الثلاث (الهو، الانا، الانا الأعلى) في حالة من التعارض، كون لكل من هذه الأركان غاية و هدف يسعى لتحقيقه، غير أن اختلاف الأهداف يؤدي إلى ظهور الصراع النفسي مع ما يستتبعه من توترات، ألم، شعور بالضيق و فقدان التوازن. و يفهم تحليل ذلك

ذلك بما يثار على مستوى أركان الجهاز النفسي. ففرد يرغب في القيام بشيء ما (تعبير الهو)، غير أن الواقع لا يسمح بتحقيق ما يرغبه هذا الفرد (الأنا) لأن مبادئه الأخلاقية تمنع عنه إشباع هذه الرغبة (أنا أعلى).

فمطالبه "الهو" بحاجات ما أو رغبة ما (الجوع، أو رغبة عاطفية أو جنسية) فيه انتاج للطاقة النفسية تشير إلى نزوة الحفاظ على الذات أن ارتبطت بالحاجة، أو نزوة جنسية أن ارتبطت بالرغبة. تدفع الطاقة المنتجة إلى تحريض التوتر لدى الفرد تنتظر منه تحقيق الإشباع. غير أن إشباع هذه الرغبات لا يكون مباحا دائما إما لأسباب واقعية "الأنا" أو لأسباب أخلاقية أو ثقافية "الأنا الأعلى". و يحدث احتدام و صراع، يؤدي لإحداث خلل في التوازن أن لم تتمكن الأنا من خلال لعبها دور الوسيط على حل هذا النزاع. (Morel, 1995, p.p.107-108) و لا يمكن للأنا أن تحل هذا الصراع و تعالجه إلا أن كانت تملك ما يكفي من شحنات طاقوية لصد الشحنات المضادة "لأنا الأعلى" و الشحنات الانفعالية "الهو". فمواجهة شحنة انفعالية بشحنة مضادة هو ما يطلق عليه "الصراع النفسي". و لان رغبات الفرد متجددة، فإن ذلك يجعل ركن "الأنا" في عمل مستمر، عليه أن يستجيب للمتطلبات المتنازعة بين ثلاثة من السادة: الهو، الأنا الأعلى و الواقع، فهو بالتالي العنصر المشترك في جميع الصراعات. (هال، 1970، ص. 61)

3- أنواع الصراع : أشار الباحثون إلى وجود ثلاثة أنواع من المواقف التي يتعرض فيها الفرد إلى حالات من الصراع، و هو ما لخصه (زهران، 1988) في:

1 صراع الإقدام- الإحجام: في صراع الإقدام والإحجام نجد أن هناك دافعين متعارضين ، أحدهما يدفعنا لأن نعمل شيء ، بينما يدفعنا الآخر إلى تجنب عمله .

2 صراع الإقدام- الإقدام: قد يكون لدى الفرد رغبتان أو أكثر و تتعارض أحدهما مع الأخرى ، و يعني إرضاء إحدى هذه الرغبات التضحية بالرغبات الأخرى فيقع الشخص في صراع أيهما يختار وبأيهما يضحى.

3 صراع الإحجام- الإحجام : يحدث هذا الصراع لدى الفرد حين يكون أمام أمرين كلاهما منبوذ، يرافقه

قلق وخوف، كثيرا ما يقف هذا النوع من الصراع خلف العديد من حالات السلوكات اللا اجتماعية.

الصراع اللا شعوري :

إن الكثير من حالات الصراع التي يختبرها الفرد هي شعورية، غير أن البعض منها يبقى في مستوى اللا شعور، و بالرغم من أن البعض من الصراعات قد تبدو شعورية، إلى أنها تتطوي في طياتها و أعماقها أعماقها عناصر لا شعورية عملت على استثارتها و تغذيتها، ترجع لأسباب كامنة لا يعيها الفرد. و يمكن للصراع اللا شعوري حسب فرويد أن يأخذ أشكالا متعددة داخل البناء النفسي الوظيفي للشخصية و يلعب دورا دورا أساسيا في ديناميتها. و يشير التحليل النفسي إلى وجود عدد لا يحصى من الصراعات اللا شعورية بقدر بقدر ما يكون هناك من شحنات انفعالية و شحنات مضادة متعارضة، و قد ادرجا فرويد تحت طائفتين: صراعات بين "الهو" و "الأنا"؛ وصراعات بين "الأنا" و "الأنا الأعلى"، وليس هناك صراع بين "الهو" و بين بين "الأنا الأعلى"، ذلك أن أي تعارض بين مطالب "الهو" ومطالب "الأنا الأعلى" يجر معه "الأنا" ضمينا. و

و قد يتعدّد الصراع أكثر إن انضم "الأنا الأعلى" إلى صف "الهو" ضد "الأنا"، أو إلى صف "الأنا" ضد "الهو". و نتيجة الصراعات هذه، هو ما يشكل الأمر الحاسم في نمو الشخصية و ديناميّتها. (هال، 1970، ص. 61)

و لأجل تحقيق التوافق بين أركان الجهاز النفسي، فإن الأنا تتحايل و تلجأ لاستعمال المعالجة الكلية أو الجزئية لهذه الصراعات؛ ما يسمى بالآليات الدفاعية. و على قدر توفر هذه الدفاعات وفعاليتها، تمكنت الأنا من حل الصراع. في حين يؤدي عدم فعالية الدفاعات إلى عدم حله. (Morel, 1995, p. 109)

2- القلق

يعتبر القلق من المفاهيم الفرويدية الأساسية، و قد أولى التحليليون اهتماما كبيرا لهذا المفهوم باعتباره بابا لدخول الاضطرابات النفسية، و تشير طريقة الأنا لمعالجة هذا القلق بالأهمية بما كان لفهم التوظيف النفسي للفرد وطريقة تفريغه لهذا القلق إيجابيا كان أو سلبيا. كما ساهمت المدرسة السلوكية والمعرفية لفهمه.

2-1- تعريف القلق: تعددت التعاريف حول القلق ترجع الى تعدد التوجهات النظرية. و يعرفه "فيصل خير الزراد (2000) بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد، ومن هذه الإحساسات الجسمية الشعور بفراغ في فم المعدة أو الضيق في التنفس أو الشعور بضربات القلب، والصداع والشعور بالدوار بالإعياء و كثرة الحركة أحيانا القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية.

2-2- تصنيف القلق: ذكر (هال، 1970، ص. 76-82) ما جاء في نظرية التحليل النفسي حول أنواع القلق، و التي أشار إليها فرويد بالقلق الموضوعي، العصابي، و الأخلاقي.

- **القلق الموضوعي:** يطلق عليه أسم القلق الواقعي يحدث في مقابل مواقف واقعية موضوعية قائمة في البيئة تثير القلق. فهو تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن خطر قادم في الخارج

- **القلق العصابي:** قلق داخلي غامض وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير مبررة، تختلف شدته و عمقه من شخص لآخر، لا يعرف لها الفرد أسبابها الكامنة، يتظاهر بارتباطه بمواضيع خارجية يزاح عليها. و يرى فرويد بأن القلق العصابي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، ينشأ بسبب عجز الأنا على حل الصراع بين "الهو" و "الأنا الأعلى".

- **القلق الخلقي:** مصدر القلق يكون داخليا إذ يمارس في صورة شعور بالذنب في "الأنا"، ينشأ من إحباط دافع "الأنا الأعلى" ناتج عن ارتكاب الفرد أو تفكيره أعمال مخالفة للضمير الأخلاقي.

- **القلق العام:** وهو القلق الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامض و عائِم.

- القلق الثانوي: يأتي كعرض ثانوي يرتبط بأعراض اضطرابات نفسية أخرى.

2-3- أعراض القلق: تنقسم أعراض القلق في أبسط صورها إلى:

1- أعراض عضوية جسدية: ترجع للزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السمبثاوي و البراسمبثاوي، فيرتفع ضغط الدم و الشعور بالانقباض في الصدر، سرعة خفقان القلب، ضيق في التنفس، زيادة نسبة السكر في الدم فيحدث شحوب الجلد وزيادة إفراز العرق و جفاف الحلق، آلام في المعدة، الصداع و بعض الآلام الجسدية الأخرى، و تشمل أيضا بعض العلامات الخارجية الظاهرة كشحوب الجلد، الارتعاش، اتساع حدقة العين و جحوظها، و قد تظهر لدى الفرد اضطرابات النوم وضعف الشهية للطعام...

2- أعراض نفسية: عدد من الأعراض النفسية التي تترتب عن القلق، و تتمثل في مشاعر الضيق و الخوف الشديد أو الفزع، صعوبة التركيز و الانتباه، التوتر و توقع الأسوأ، الحساسية المفرطة و سرعة الإثارة، عدم الشعور بالأمن و الاستقرار، الرغبة في الهروب عند مواجهة مواقف الحياة اليومية

3- أعراض اجتماعية: عدم القدرة على التواصل الاجتماعي و على تكوين علاقات اجتماعية، عدم التكيف في المواقف الاجتماعية وعدم الفعالية في محيط العمل أو الأسرة، شعور بالرفض و النبذ من طرف الآخرين.

2-4- أسباب القلق: يدرجها الخالدي (2006) و الزهران (2001) في:

الاستعداد الوراثي التي قد تختلط بالعوامل البيئية. الاستعداد النفسي و الضعف النفسي العام، الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي، الأزمات والصدمات النفسية التي تنشط ذكريات الصراع في الماضي، الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه و الافتقار للأمن، الشعور بالعجز والنقص. مواقف الحياة الضاغطة ومطالب المدينة المتغيرة، اضطراب الجو الأسري و عدوى القلق. التعرض للحوادث الصادمة خاصة في مراحل الطفولة. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. الكمال والمثالية الذي يتوقعه المحيطين من الفرد.

2-5- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية، واختلفت باختلاف التوجهات النظرية للعلماء، فبينما يرى بعض علماء أن القلق يرجع إلى عوامل وراثية، أسباب خارجية سلوكية متعلمة، فإن البعض الآخر يرى بأنه راجع لكبت الرغبات في اللاشعور .

1- نظرية التحليل النفسي: يعتبر فرويد من بين المرجعيات الأساسية لهذه النظرية، فقد اهتم بدراسة ظاهرة القلق من خلال ملاحظاته العيادية على الحالات العصابية التي كان يعالجها، و ميّز فرويد بين نوعين من القلق؛ القلق الموضوعي والقلق العصابي. وكما هو معلوم، فإن فرويد يمتاز بثنائياته في تفسيراته، و مرّ تفسير القلق لديه بمرحلتين: (لابلانث و بونتاليس، 1997، ص.ص. 412-413)

- نظرية فرويد الأولى في القلق (1916-1917): فسر القلق على أساس منع الرغبة الجنسية من الإشباع، فتتحول الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي "الليبدو" إلى قلق.
- نظرية فرويد الثانية (1936): فقد عدل فرويد من نظريته الأولى وأكد أن جميع المخاوف المرضية في أساسها هي رغبة جنسية تم كبتها.

لاحظ فرويد أن القلق عبارة عن خوف غامض يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطر خارجي معروف، ولذلك ميز فرويد بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي. هذا الأخير ينشأ عند الفرد دون أن يعرف له سبباً محدداً وهو يتسم بالغموض. وكان فرويد قد أشار في أول الأمر أن القلق ينشأ عن كبت الرغبات الجنسية في اللاشعور على أساس علاقة القلق بالحرمان الجنسي، المخاوف المرضية، والهستيريا، والعصاب القهري. لكنه عدل عن ذلك في نظريته الثانية و طور فرويد خلال هذه النظرية بعضاً من آرائه المرتبطة بالقلق، وذلك من خلال تعديل مفهوم العلاقة بين القلق الموضوعي والقلق العصابي، وقد استطاع أن يجد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالة خطر، فالقلق الموضوعي رد فعل لخطر خارجي معروف، أما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي. و بأن الأنا هو منشأ القلق بما تحركه من كمونات عقلية لمواجهة الغمر النزوي. وبهذا التصور عدل فرويد فيه عن رأيه و تبين له من خلال دراسة القلق العصابي بأن القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس.

2- النظرية السلوكية: لا يهتم السلوكيون بالصراعات الداخلية، بل على عملية التعلم، على أن القلق يرجع إلى تعلم خاطئ كما أن توفر النموذج يعمل على تعزيز هذا القلق. ويركز السلوكيين الأوائل على الاقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، و تكتسب الاستجابة للقلق من المثير الشرطي، فالقلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم، ومن ثم يمكن خفضه عن طريق التشريط المضاد.

3- النظرية المعرفية: يعتبر النموذج المعرفي أن الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لظهور القلق، يرجع إلى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة. وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري حسب بيك في :

1. أفكار متكررة عن الخطر ترتبط بإدراكات سلبية تتشكل عنها أفكار تدور حول حدوث وقائع مؤذية.
2. نقص القدرة على صد الأفكار المخيفة: غالباً ما يعترف المريض بلا معقولية هذه الأفكار لكنه لا يمكن صدها و يحول العجز في قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم.
3. تعميم المثير، فيتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق و يدرك كل صوت أو موقف... بوصفه خطراً .

3- الميكانيزمات الدفاعية

تشكل الميكانيزمات الدفاعية الركن اللاشعوري للأنا؛ لذا فهي تسمى أيضاً بدفاعات الأنا. و بالرغم من من سمعتها السيئة، إلا أنها تعمل على تجنب الفرد التوترات الناتجة عن الصراعات النفسية و حماية الأنا من الغمر النزوي. ترتب حسب مدى فاعليتها، مراحل ظهورها و مستوى نضجها. فمنها دفاعات بدائية، و

و أخرى أكثر نضجا. إلا أن الحكم على الميكانيزمات لا يرتبط بكمها و بنوعيتها أكثر منه بفعاليتها. إذ يستدل على عدم فعاليتها من خلال صلابتها، لجوء الفرد إلى ميكانيزم واحد و وحيد فقط في كل مواقف، أو استعمالها بطريق غير متكيفة مع الواقع الداخلي أو الخارجي للفرد. و فيه يقول بارجوري بأن الفرد ليس ليس مريضا كونه يمتلك دفاعات، لكن التوظيف السيء لها، صلابتها و عدم ترابطها هو ما يشكل خلافا. (Morel, 1995, p.114)

3-1- تعريف الميكانيزمات الدفاعية: ظهرت كلمة دفاع لأول مرة عام 1894 في دراسة فرويد و هي أقدم ممثل عن وجهة النظر الدينامية في نظرية التحليل النفسي. و "أنا فرويد" هي من طورت فكرتها. فكرتها. تعرفها بأنها نشاط خاص بالأنا يعمل على حماية الفرد من التهديدات الحادة. (Bergeret, 2000, p.108)

و تشير إلى ثورة الأنا على التمثيلات و العواطف المؤلمة أو غير المحتملة. و هي أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها، تتنوع الآليات السائدة تبعا لنمط الإصابة موضع البحث و تبعا للمرحلة التكوينية موضوع الدراسة و تبعا لدرجة الإرضان الدفاعي للصراع. (لابلاننش و بونتاليس، 1997، ص. 132).

3-2- أنواع الميكانيزمات الدفاعية:

هناك آليات دفاعية خاصة بالذهاني و أخرى بالعصابي و أخرى بالحدي. ترتب حسب مدى فاعليتها و مراحل ظهورها و مستوى نضجها. نذكر منها ما جاء في (Morel, 1995) و (Ionescu (2012

-الكبت Le refoulement: عملية يقوم الفرد من خلالها صد أو الاحتفاظ في اللاشعور تمثيلات نفسية ذات منبع نزوي. فالكبت يرسل كل التصورات و الخبرات المثيرة للقلق على مستوى الأنا إلى ساحة اللاشعور. و يعتبر الكبت أهم الميكانيزمات الدفاعية تتبع باقي الدفاعات بسبب فشل الكبت أو عودة المكبوت. و ما يكبت في حقيقة الامر هي طاقة النزوة التي يعمل الجهاز النفسي على تصريفها و إيجاد مخارج لها، هذه الأخيرة قد تكون طبيعية (الأحلام، الهوامات، زلات اللسان...) و هو ما يشير لعودى المكبوت، أو بطريقة طبيعية من خلال العلاجات النفسية و استبطان الذات، أو بطريقة سلبية من خلال الجسنة، الاضطرابات السلوكية أو العقلية.

- الانكار Le déni: محاولة الشخص حماية نفسه من حقيقة واقعية مؤلمة و ذلك برفضها لاشعوريا. وهو من أول الميكانيزمات الدفاعية التي تتأصل في الشخصية منذ المراحل المبكرة، و يستمر الميل للرفض في الفترات الحياتية اللاحقة. يعد الرفض رد فعل شائع في المواقف الضاغطة و المجعدة و لكنه يؤدي كما عرفنا إلى تشويه الواقع و لهذا فإن استخدام هذه الآلية بطريقة اعتيادية يعد مظهرا لسوء التكيف بوجه عام.

- **الانشطار Le clivage:** تحت تأثير قلق مهدد من أول الآليات الدفاعية التي يستعملها الرضيع، تحدث عملية الفصل و تقسيم الأنا (انشطار الأنا) أو الموضوع (انشطار الموضوع). فينشطر الأنا و الموضوع إلى جيد و سيء، يتعايش الجزأين دون أن يتعارفا و دون تشكيل تسوية بينهما.
- **ازدواج الأنا Le dédoublement du moi:** يعمل ضد قلق التجزئة والموت. وهو يطابق المرحلة التي تكون فيها العلاقة البدائية مع الأم غير كافية لتجنب أنا الطفل تنظيمته البدائية الهشة. تنظيمة يصعب على الأنا التشكل فيها بطريقة مستقلة.
- **الإسقاط La projection:** العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات، المشاعر و الرغبات و حتى بعض الموضوعات التي يتكرر لها أو يرفضها في نفسه كي يوضعها في الآخر، سواء أكان هذا الآخر شخصا أم شيئا. و دور الإسقاط هو إزاحة الخطر النزوي من الداخل نحو الخارج ثم يأتي دور الإزاحة و أخيرا اجتياف الموضوع.
- **الاجتياف Introjection:** و هو من بين مكتشفات فرنزي من خلاله يصنع الجهاز النفسي سلسلة من الهوامات الداخلية اللاشعورية المنظمة و كذا تكوين صور عقلية يتعامل معها الفرد على أنها موجودة. و هو دفاع ضد لا إشباع سببه غياب الموضوع، يجتاف الموضوع الغائب و يتعامل معه على أنه موجود بداخله و بالتالي يحدث إشباع لرغبة داخلية .
- **التماهي Identification:** عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص أو صفات شخص آخر و يتحول كليا أو جزئيا تبعا لنموذجه تتكون الشخصية و تتمايز من خلال سلسلة من التماهيات. و يرى بارجوري بأنه ليس آلية دفاعية بل وظيفة عاطفية و علائقية ضرورية لنمو الشخصية و يمكن أن تستعمل لغرض دفاعي.
- **التماهي الإسقاطي Identification projectif:** وصف من طرف ميلاني كلاين في المرحلة شبه الفصامية كهوام إسقاط الطفل داخل جسم الأم (اللائنا) للتحكم فيه، امتلاكه، و بالمثل تدميره بغية التحكم في المواضيع السيئة.
- **الإزاحة Le déplacement:** كل الأفكار و المشاعر التي يتجنبها الفرد تحول إلى أشخاص، أشياء أو وضعيات أخرى كي تكون اقل إحراجا له. فهو عبارة عن ميكانيزم يتميز به العصاب الفوبي.
- **التكثيف La condensation:** و يظهر في العرض العصابي و الذي يلخص عدد من السلاسل الترابطية في تمثيلة واحدة.
- **العزل L'isolation:** يتم إقصاء العاطفة المرتبطة بتمثيلة (ذكريات، أفكار...) صراعية، حيث تبقى التمثيلة على مستوى الوعي، فالتصور العقلي يعزل عن سياقه العاطفي الانفعالي، و تعزل الأفكار عن أثارها الانفعالية، و هو ميكانيزم يلجأ إليه العصاب القهري بقوة.

- **الإلغاء L'annulation**: يسمح للعصابي بإلغاء حدث ما، حركة أو شعور يحمل صراعات في طبياته. حيث يقوم الفرد بإلغاء ما قام به أو ما قاله، فبعض التصورات المزعجة و الحرجة المعبر عنها عن طريق سلوكيات أو مواقف تلغى تماما، فالموقف الثاني يلغي الموقف السابق الذي كان محرجا.
- **التكوين الضدي La formation réactionnelle**: القيام بسلوك معاكس للرغبة الداخلية فيطور عرض عكسي لمكافحة حركة نزوية مكبوتة (لطف مبالغ لمعاكسة عدوانية عنيفة، النظام المبالغ فيه مقابل ميل الفرد للتخريب، الحماية المفرطة لطفل كان غير مرغوب فيه للتقليل من مشاعر الذنب..)
- **النكوص La régression**: تظاهرات نكوصية في وجه القلق إلى نقاط التثبيت كانت تشكل في مرحلة عمرية سابقة مرحلة من الإشباع. و النكوص ثلاثة أشكال: شكلي، موقعي و زمني.
- ★ إضافة إلى العديد من الآليات الدفاعية الأخرى كاللجوء إلى أحلام اليقظة، التفكك، الانسحاب اللامبالي، التسامي، الارتداد نحو الذات، التبرير، الاستدھان أو التعقلن، الغيرية، النشاط....

المحاضرة السابعة: الباتولوجية في علم النفس المرضي

قسمت الاضطرابات النفسية إلى اضطرابات كبرى و اضطرابات صغرى. تدخل الاضطرابات الكبرى تحت اسم الذهانات psychoses و الاضطرابات الصغرى تحت اسم العصابات névroses. تشير الحالات الحدية إلى تنظيمة خاصة للشخصية تقع بين حدي الذهان و العصاب. فبينما تظهر المؤشرات العامة للاضطرابات الكبرى حادة و متطرفة، فانها في الاضطرابات الصغرى هي اقل شدة و حدة.

أولا: العصاب LA NEVROSE

يشير مصطلح العصاب في الطب العقلي و علم النفس المرضي إلى الاضطرابات النفسية دون إصابة عضوية واضحة، يكون الفرد واعيا بمعاناته النفسية و لا ينقطع عن الواقع.

1- المنظور التاريخي للعصاب:

يرتبط تاريخ مفهوم العصاب بالتحليل النفسي الذي حدد إطاره النوزوغرافي و أطره العلاجية و أوضح إطاره النظري حول سببته المولدة للمرض (étiopathogénique). و قد ظهر مصطلح العصاب أول مرة على يد الطبيب الاسكتلندي وليام كيلين William Cullen في 1769، و كان يطلق هذه التسمية على حالات مرض الأعصاب، إذ كان Cullen يرى بوجود علاقة بين الاضطراب النفسي و الجهاز العصبي. (Papet & al, 2012, p.2)

تتكون كلمة عصاب (Névrose) من شقين، مشتقة من اليونانية « neuron » أي الأعصاب، و التابعة « ose:ôsis » التي تشير إلى الأمراض غير الانتهازية. ثم قام فيليب بينال Philippe Pinel الذي يدعم رأي كيلين بإدراج المفهوم بالفرنسية و يرى بأنها إضافة لكونها اضطرابات عصبية فهي اضطرابات مزاجية ترجع إلى عدم توازن المزاج مثلما ما جاء به هيبيوقراط. ثم قام Bread في 1869 بعزل

بغزل النوراستينيا، و أدرج Charcot في 1880 الهستيريا. وابتداء من 1893 غيرت أعمال سيقموند فرويد Sigmund Freud جذريا مفهوم العصاب في سببته، على انه اضطراب نفسي (هستيريا، فوبيا، وسواس قهري...) أسبابها صراعات نفسية تجد جذورها في المرحلة الطفولية لأسباب جنسية مكبوتة. (Beauchesne et Gibello 1991) في حين يسند المحللين الحاليين أسباب العصاب لوجود تثبيطات في المرحلة العصابية كما ذهب إليه بارجوري (2003) Bergert. ويفضل (2007) René Roussillon استعمال تعبير أكثر مرونة مشيرا بذلك لقطب التنظيم العصابي «pôle d'organisation névrotique»

2- تعريف العصاب:

يعرف العصاب كلاسيكيا حسب (2002) Pedinielli et Bertagne كاضطرابات نفسية، لا تتضمن في طياتها أي أسباب عضوية واضحة، و لا تخل بعلاقة الفرد مع الواقع و شعوره بهويته. و يكون الشعور بهذه الأعراض من قبل المرضى كظواهر غير مرغوب فيها و لا تتلاءم مع ما يشكلونه من أفكار حول أنفسهم. و تعرف (2012) Papet & al العصاب على انه اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي و الذهاني؛ فهو يفوق الحالات العادية و لا يصل إلى الحالة الذهانية. حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي اقل استقرارا و سعادة و يمثل المظهر الخارجي للصراع و التوترات النفسية. و العصاب ليس هو الأعصاب، فهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيزيولوجي في الجهاز العصبي، بل اضطراب وظيفي، انفعالي، نفسي المنشأ في شخصية الفرد يدل على وجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية ويعتبر الصراع الذي يتظاهر في الأعراض العصابية أساس العصاب. يعرفه لابلاش و بونتاليس، (1997، ص. 329) بأنه " إصابة نفسية المنشأ تكون الأعراض فيها تعبيرا رمزيا عن صراع نفسي يجد جذوره في التاريخ الطفلي للشخص، ويشكل تسوية بين الرغبة والدفاع. " ففي الهستيريا، يرمز للصراع في الجسد، في العصاب الوسواسي في الفكر، أما في الفوبيا فهو موجود في الواقع الخارجي. (Combaluzier, 2009, p.89)

و أشار لابلاش و بونتاليس (1997) إلى أن فرويد قد أجمل العصابات النفسية Psychonévroses في Psychonévroses الوسواسي névroses obsessionnelle، الهستيريا hystérie و عصاب الفوبيا névrose phobique. إضافة إلى توجيه اهتمامه للعصابات الراهنة Névroses actuelles في 1898 للدلالة على عصاب القلق والإعياء (النوراستينيا). ثم اقترح لاحقا إدراج الهيبيكوندرية في 1914. ويتعلق الأمر في الأعصاب الراهنة بأعصاب جنسية المنشأ لكنها ليست نفسية الاثولوجية بل جسدية، و لا يتعين البحث عن أصل الأعصاب الراهنة في الصراعات الطفلية بل في الحاضر. و عرف Ménéchal في (2012, p.2) Papet & al العصاب على انه مرض الشخصية، يتميز بصراعات بين نفسية، تحوّل علاقة الشخص بمحيطه الاجتماعي من خلال ما يظهر من أعراض خاصة ذات العلاقة بتظاهرات القلق لديه.

يركز التعريف على 4 عناصر مركزية توجد في جميع العصابات:

- (1)- مفهوم مرض الشخصية: فهو اضطراب نفسي اقل خطورة من الذهان
- (2)- بعد الصراع الداخلي الذي يميز التوظيف النفسي للعصابي، فنوعية العرض تعبر عن قلق خاص، فالعصاب يدل عن وجود وضعية مستمرة من الصراع تخل بتوازن الفرد و تشكل مصدرا لمعاناته. فهو عبارة عن حل للتعامل مع الصعوبات التي يواجهها الفرد في علاقته مع العالم الخارجي.
- (3)- و تظهر آثار الصراع من خلال الأعراضية.
- (4)- القلق

قامت Papet و زملائها بتحديد معنى العصاب من خلال عدد من النقاط، تتمثل في: أنها اضطرابات نفسية، و لا تحمل في طياتها أسبابا عضوية واضحة و إن ساهمت العوامل البيولوجية في ظهورها (عامل الهشاشة)، شعور الشخص بأنه مرفوض (trouble égodystonique) تؤدي إلى معاناة نفسية يكون المريض واعيا بها (الاعتراف بالخاصية الممرضة)، مع وجود اضطرابات، لكن هذه الاضطرابات لا تزعزع معالم هوية الفرد. (Ibid).

فمصطلح العصاب الذي طغى عليه التيار التحليلي و صبح بتعاريفه، قد أعيد النظر فيه في التصنيفات الدولية (DSM IV et CIM 10) بنقديهم مقارنة موضوعية لا-نظرية «a-théorique» مع الاهتمام بالأعراضية. و ينوه (Combaluzier, 2009, p.79) على أن العصاب عبارة عن فئة من الأمراض العقلية التي يتضمن في تعريفه و في معاييرها التي تحدد مختلف الاضطرابات؛ مظهرها نفسومرضي سببي و تفسيري. وعلى عكس فئات أخرى من الاضطرابات، فإن الاضطرابات العصابية لا يمكن فهمها من جانبها الوصفي و الموضوعي فقط.

3- تصنيف العصاب: صنف فرويد العصابات كما جاء في لابلاش و بونتاليس (1997) إلى :

- 1- عصابات حقيقية (راهنة) تشمل عصاب القلق و النوراستانيا، و تنتج عن عدم الإشباع الجنسي في الحاضر أو إشباع جنسي غير ملائم.
 - 2- عصابات نفسية دفاعية وتشمل الهستيريا، عصاب الفوبيا، عصاب الوسواس القهري، ناتجة عن صراع لاشعوري يرجع إلى مرحلة الطفولة وتكون الأعراض كتعبير رمزي بين الرغبة والدفاع.
- و قد أحدثت التعريفات المقدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM قطيعة واضحة مع التصنيفات المقدمة من طرف علم النفس المرضي التحليلي. و أصبح التركيز موجه أكثر نحو العلاج، الوصف و الأعراضية. و قد تم إدراج الفوبيا و الوسواس في الاضطرابات الحصرية، مع اختفاء مفاهيم المرض و ردود الفعل التي تم استبدالها بالاختلال و الاضطراب. (Fernandez, 2012, p.4)

جدول (03) : يوضح الفرق بين التصنيف الفرويدي و تصنيف دليل DSM

التصنيف الفرويدي (Fénichel, 1945)		تصنيف DSM	
أعصابة راهنة في علاقتها مع حدث حالي راهن	أعصابة نقلة في علاقتها مع الدفاعات ضد القلق	اضطرابات حصرية (حالة عصابية أو فوبية) و التي تحتوي على:	أعصابة جسدية الشكل تحتوي على:
عصاب بعد صدمي	عصاب الهستيريا	اضطرابات الهلع مع أو بدون	الخوف من التشوه الجسدي.

اضطراب التحويل أو عصاب الهستيريا من النمط التحويلي. هيبوكندرية أو العصاب الهيبوكندري. جسدية. اضطرابات جسدية الشكل: مؤلمة، غير متميزة، غير محددة.	رهاب الخلاء. رهاب الخلاء بدون اضطرابات الهلع. فوبيا (رهاب) اجتماعية. اضطرابات وسواسية قهرية. حالات الشدة التالية للصدمة ESPT حصر معمم. اضطرابات الحصر غير محددة	أو الهستيريا التحويلية. عصاب الفوبيا أو هستيريا القلق. عصاب وسواسي	عصاب مرتبط بالمشاكل الجنسية: • عصاب القلق • النوراستينيا • الهيبوكندرية
--	---	--	---

المصدر: (Fernandez, 2012, p.4)

4- انتشار الحالات العصابية:

تعتبر الاضطرابات العصابية أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا و يمس العصاب كافة الطبقات الاجتماعية و الثقافية. و يشير الباحثين في العديد من الكتابات إلى أن 70% من الأشخاص تظهر لديهم سلوكيات عصابية، و إن كان 5 % منهم فقط يعانون من اضطرابات حادة. (Godefroid, 2008, p.809) و تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي 15% من السكان مصابين بأحد أشكال العصابات في البلدان الصناعية واستنادا للإحصائيات العالمية فإن عدد النساء العصابات في جميع أنحاء العالم أكثر عددًا من الرجال العصابيين. وهناك الكثير من الناس لديهم اضطرابات عصابية ترافقهم طوال حياتهم لكن رغم ذلك لا يفكرون في استشارة الطبيب النفسي. (Geopsy.com,2012)

5- خصائص العصاب: تتسم الشخصية العصابية بعدة خصائص لخصتها (Chabert 2013) في :

- وجود الم نفسي يظهر على شكل قلق مكثف.
- وجود أعراضية تشير للقلق المباشر، كما قد تشير للسيروسة المستخدمة لتطوير الصراع و صد القلق.
- وجود ميكانيزمات دفاعية يمكن الكشف عنها في مقارنة دينامية للعصاب (كسيروسة لأشعورية)
- وعي الشخص بمرضه و بأعراضه الباتولوجية و التي يسعى لإخفائها عن المحيطين.
- الاعتراف بواقعه الخارجي و عدم الخلط بين ما هو واقع خارجي و واقع داخلي.
- عدم تحمل الضغوطات بحيث يكون الشخص هش وحساس.
- المبالغة في ردود الفعل السلوكية و عدم النضج الانفعالي و الاستجابات الطفلية في مواقف الإحباط، فتظهر لديه اضطرابات انفعالية واضحة، تتخذ أشكالاً متعددة منها: سرعة الغضب والاهتياج، الغيرة الشديدة والخجل الزائد..
- تأنيب مكثف للذات ما يضعف آلياته الدفاعية و يخل بجهازه النفسي.
- ضعف الثقة بالنفس، فشخصية العصابي تتسم بالاستسلام للآخرين و عدم الخصوصية .
- تصدع في بعض العلاقات بين شخصية و الاجتماعية.
- الخوف و الشعور بعدم الأمن و زيادة الحساسية النفسية خاصة في حالات الإحباط.

- عدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل و نقص الانجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى لتحقيق أهداف الحياة. - اضطرابات الفهم و التفكير بدرجات بسيطة مع عدم التركيز و الانتباه.

★ و رغم ذلك فان سلوك العصابي يبقى في حدود العادي:

- فبخصوص سلوكه العام نجده يساير الجماعة و يقوم بمحاولات مستمرة لممارسة الدور الاجتماعي و الاتصال مع أفراد المجتمع، إلا أن هذه المحاولات غالبا ما تكون مصحوبة بمشاعر القلق والضعف والتوتر. و يهتم بنفسه و يظل في حدود الإنسان السوي، يحافظ على علاقته بالعالم الخارجي غير انه لا يتكيف معه تماما. يهتم بنفسه و ببيئته، فيهتم العصابي بمظهره العام و يكون مستبصرا بحالته وبمرضه ويسعى إلى طلب العلاج و يتعاون مع المعالج، نادرا ما يكون سلوكه ضارا به و بالآخرين.

- أما بخصوص وظائفه لعقلية: فليس فيها خلل و تأخر واضح، تفكيره و حكمه على الأمور سليم و إدراكه يكون سليما نحو العالم الخارجي و لا توجد لديه الهالوس و الهذيانات ، وكلامه متماسك و منطقي.

- لديه تكامل في الشخصية، فالأنا متطور نسبيا ويستعمل آليات دفاعية أكثر فعالية (الكبت، إزاحة، تحويل...) و بالرغم من سوء التوافق النفسي، إلا أن الاختلال يكون جزئي و في جانب معين من جوانب شخصيته دون المساس بترابطها فهي لا تتصدع تماما فتظل صلة المريض بالواقع سليمة من الناحية الشكلية فيحافظ على مظهرها، أي يعيش العصابي في إطار الواقع ويحس به ولكن نفسه تعيش بسجن داخلي يشعر فيه بانقباض داخلي وضيق مؤلم ضاغط.

6- أسباب العصاب:

إن النظريات التي اهتمت بتفسير العصاب كثيرة، و في بعض الأحيان تكون متناقضة. و إجمالاً تتمثل أهمها في: النظرية السلوكية، البيولوجية، الاجتماعية... و تعتبر العوامل الوراثية نادرة جداً. أما العوامل العضوية و العصبية فليس لها دور واضح. و أهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ تشجع العوامل البيئية في ظهوره. و تبقى النظرية التحليلية من أكثر النظريات تناولاً لتفسير أسباب العصاب.

أ- عامل الوراثة:

تلعب الوراثة دوراً في توفير القابلية للعصاب (مزاج خاص، حساسية خاصة...)، مع العلم أن ليس العصاب هو ما يورث، بل حساسية للإصابة به و التي يقوم المحيط بتدعيمها و ظروفه الخاصة التي يختبرها و الصراعات التي تثار بسبب القيم والقوانين الاجتماعية الثقافية. و يركز أيزنك على أن الانطوائى ذو نسبة أو درجة مرتفعة من التوتر يشكلون النسبة العظمى المعرضة للعصاب مثل: حالات القلق، الوسواس، الرهاب... أي ما يسمى اضطرابات الطبع والانفعال، أما المتفتح ذو درجة مرتفعة من التوتر فيصاب عموماً بالهستيريا والاعتلال النفسي والسيكوباتية. (ميموني، 2011، ص.96).

و توصل Kendler (2001) إلى أن 15% من المرضى العصابين لديهم آباء يعانون من اضطرابات حصرية من الدرجة الأولى، كما أن الخطر يتزايد أكثر لدى التوائم.

ب- عوامل خارجية (البيئة)

تلعب البيئة دورا معتبرا في توليد و تعزيز الاضطرابات العصابية و تشير الدراسات إلى العديد من العوامل لخصت (Papet & al, 2012, p.7). أهمها في:

- مشكلات الحياة منذ الطفولة و عبر المراهقة و أثناء الرشد و خاصة المشكلات و الصدمات التي اختبرها الفرد في طفولته، حيث تلعب الصراعات و الإحباطات و التوترات الداخلية و ضعف دفاعات الفرد لصدها دورا هاما في ظهور العصاب.

- التربية غير السليمة و العناية الشاذة (إفراط أو تفريط)

- ظروف السياق الاجتماعي الصعب كتفكك الأسرة و اضطرابها، ظروف العمل،

- دور التفاعلات المبكرة طفل/ أم على غرار ما ذهب إليه (Spitz, Bowlby, Winnicott)، فضعف الحماية الأمومية للطفل من المثيرات سواء كانت داخلية (القلق، الألم) أو خارجية. ضعف القدرة التحملية للمثيرات القوية، غياب الإحساس بالأمان و الاستقرار و غياب الثوابت المتينة التي تدفع بالطفل إلى ردود أفعال سلبية أو شاذة (العصابية)، كما تؤدي الحماية المفرطة بدورها إلى نفس النتائج.

- بعض الأمراض الجسمية المزمنة التي قد تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات العصابية. فهي تزعزع ثقة الفرد بنفسه و تنقص من قيمته و تقديره لذاته ما يؤدي في بعض الحالات إلى اضطرابات عصابية إذا صادف ظروفًا محيطية غير ملائمة كاضطراب العلاقات و عدم تفهم أو تقبل المحيط لمرضه و لشخصه. (خياط، 2014، ص. 10)

و على كل، فقد أجمل **Franck** الأسباب المولدة للمرض أو الأسباب الباتوجينية «Etiopathogénie» في ثلاث عوامل:

- عوامل الهشاشة و التي تجعل من الفرد حاملا للإستعدادية للوقوع في الباتولوجية. وقد تكون عوامل بيولوجية، أسرية، أو ترتبط بالشخصية.

- عوامل مفجرة و التي تعزز وتشجع الدخول في المرض. كالصدمات الجسدية أو النفسية.

- عوامل الحفاظ على استمرار المرض و التي تعارض و تقاوم عملية الشفاء. و المتمثلة في عوامل الحفاظ المعرفية، السلوكية، إضافة إلى عوامل الحفاظ التي تحقق مكاسب ثانوية للعصابي.

7- النظريات النفسية المفسرة للعصاب:

7-1- التفسير السيكو دينامي: يرجع أصحاب هذه المدرسة العصاب لمشكلات الحياة والى الصدمات الصدمات النفسية التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب إغراء الراشدين أو اضطراب العلاقات بين الوالدين وبينهما وبين الطفل. و لخص عبد الرحمن الوافي (2006) تفسيرات المحللين لظهور العصاب العصاب فيما يلي:

* يرى يونغ أن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع وان الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب.

* و ذهب أدلر إلى أن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في إدراك و تفسير بيئته واتخاذ أسلوب حياة لا يحقق هدف ويصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص وركز اهتمامه في البحث في خبرات الطفولة خاصة الاضطرابات الأسرية.

* و اعتبر هورموني القلق أساس العصاب و أن العصابي شخص جامد غير مرن في سلوكه، ويسقط قلقه على العلم الخارجي، و يشير إلى أن العملية العصابية عملية عكسية تنتج ضد النمو الطبيعي للشخص".

* و أشار رانك إلى أن الشخصية العصابية وقفت في نموها عند دور الشخص العصابي الذي يعيش في حرب مع نفسه ومع المجتمع.

* في حين اعتقد فروم أن العصاب يشكل أحد مظاهر الفشل الأخلاقي و أعطى أهمية لأثر مشاكل الإنسان المعاصر وقوة وسيطرة المادة على الشعور بالراحة وعلى التوافق مع الحياة الاجتماعية.

* أما فرويد كما جاء في (Papet & al, 2012, p.3) فقد استمد طرحه النظري من خبرته في علاجه لمرضى عصابيين ويؤكد في نظريته على أهمية تاريخ حياة الفرد و خاصة نموه الحسحركي و أثر الغرائز الجنسية و العدوانية. و أرجع العصاب إلى خبرات الطفولة الأولى ونشاط اللبيدو، واعتبر القلق لب العصاب ومحوره وان عقدة أوديب نواته ومنشأه. حيث يرى بأن كثيرا من أنماط السلوك البشري تكون غير منطقية و تعزى لأسباب لاشعورية. فالعصاب يرجع أصلا حسب فرويد إلى الفشل في حل عقدة الأوديب، و الإشكالية العصابية تعود إلى التثبيت في المرحلة الجنسية الثالثة، أي المرحلة القضيبية الأوديبيية أين يتعرف الطفل على الفروق الجنسية، قلق الخفاء و صعوبات التقمص. تختلف التقمصات حسب:

1- منطقة التثبيت: ففي عصاب الوسواس القهري يحدث التثبيت في المرحلة الشرجية، و في المرحلة القضيبية بالنسبة للفوبيا و الهستيريا.

2- الآليات الدفاعية المستعملة: التكوين العكسي في الوسواس القهري مثلا و الإزاحة في الفوبيا.

و تعتبر الصراعات في أثناء مراحل نمو الطفل ضرورية كما يرى (Pelsser, 2000) ، و لا يمكن تجنبها و هو ما يؤدي لظهور الأعراض و التي تدخل في مراحل نمو الطفل، لكن أغلبية هذه الأعراض تكون عكوسة و غالبا ما تختفي مع تطور سن الطفل. و يرجع عصاب الطفل حسب الباحث للتماهي بإحدى الوالدين؛ فالراشد هو من يحرض القلق لدى الطفل و الطفل هو من يصنع الراشد. و قد تشكل الأعراض في الطفولة مهذا و أولى الإشارات لتنظيمه باتولوجية للشخصية. و على العموم فان المحللين النفسانيين يرون أن العصاب يظهر في صورة رمزية على شكل اعرض و تمثل هذه الأخيرة تسوية و حل وسط بين الرغبة و تحقيقها، إذ يحاول الأنا حل الصراع النفسي القائم بين هو و الأنا الأعلى.

و في مخطط توضيحي قام Guelfi وزملائه كما جاء في Azorin (2005) باختصار الخطوات التي يتشكل خلالها العصاب حسب التصور التحليلي:

- **صدمة جنسية:** يشوش النمو الطبيعي بصدمة جنسية، قد ترجع الصدمة إلى أسباب خارجية، و لكن في أغلب الأحيان هي ترتبط بالأسباب الداخلية ترتبط بفيض الغزو النزوي الجنسي للأنثى.
- **التثبيت:** تستتبع الصدمة حين حدوثها تثبيتاً في مرحلة التطور التي يتواجد بها الفرد.
- **النكوص:** الصراع المرتبط بالصدمة الأولية تشكل تثبيتاً طفلياً و تشكل نقطة تثبيت يتم إعادة تنشيطها عن طريق الإحباطات.
- **الميكانيزمات الدفاعية:** بدلا من أن يقوم الأنثى بدوره في التكيف مع الواقع، فإنه في مقابل هذا الإحباط يتولد الكثير من التوتر و يصبح مصدرا للقلق ، ما يؤدي لتحريك عدد من الدفاعات: الكبت، العزل...
- **الأعراض:** التسوية بين النزوة و الميكانيزمات الدفاعية هو ما يؤدي إلى تشكل العرض.

7-2- نشوء و تطور البنية العصابية حسب النظرية البنائية:

للإشارة، فإن بارجوري (Bergert, 2003) بالإضافة إلى اهتمامه بمراحل النمو؛ يعطي أهمية كبرى للعلاقة بالموضوع، و الذي على أساسه تنشأ البنات الثلاث (الذهانية، الحدية و الأوديبية العصابية). فالمولود يولد عبارة عن كتلة بيولوجية و لا يميز بينه و بين المواضيع الخارجية التي تعتبر امتدادا لذاته. و في البداية الجنسية الطفولية تكون غير مميزة و غير منظمة؛ تدعى بمرحلة اللاتمايز الجسد-النفسي، ثم يمر بتطور عادي خلال مرحلتين الطفولة والتي تقابل (المرحلة الفمية والشرجية) فالنمو في المرحلة الأولى الأولى يكون عادي دون التعرض لإحباطات شديدة. و الشيء ذاته في مرحلة الثانية (الشرجية الأولى)، فيحدث تطور قبل أوديبى عادي إلى أن يظهر الصراع الأوديبى (نهاية المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية) القضائية) حيث لا توجد تثبيطات قبل تناسلية معتبرة، أما التثبيت في الشرجية الثانوية يجلب نمط وسواسي للشخصية، فيتولد العصاب بتشكيل أنا عصابي قبل منظمة خلال الطفولة الأولى غير أن الأعراض يمكنها أن تتأخر في الظهور أي يمكن أن يكون للفرد استعداد عصابي لكن لم يتم بعد. الأنا سيكون قبل تنظيمي بطريقة ثابتة وذلك حسب نظام علائقي ودفاعي للشكل العصابي إن حدث تثبيت أو نكوص لهاتين المرحلتين المرحلتين (نهاية المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية). ثم يمر بفترة الكمون إذ لا يحدث شيء لأن اللبيدو يكمن ويتوقف التطور البنائي. ثم تأتي مرحلة المراهقة ويتم استعادة التطور و انتظام أنا عصابي منظم وبعطي بنية عصابية نهائية ما لم يتعرض المراهق في هذه المرحلة إلى صدمات نفسية هامة (إحباط ضخم، صراعات قوية...) و إلا ينكص فيها إلى تشكل أنا ذهاني تنظيمي، وفي هذه اللحظة الصراعات الداخلية والخارجية تبدو أكثر حدة. (Fernandez, 2012, p.6)

وهذا التنظيم يشكل بنية الفرد أين يتبلور في مرحلة النضج، وبالتالي لا يمكن أن يشكل في حالة عدم التكيف إلا واحدة من العصابات المعتادة فتظهر: الهستيريا التحويلية أو التفككية، عصاب الوسواس القهري، الفوبيا... الخ.

يرى (Bergert, 2003) بأن البنية العصابية تتميز بتنظيم الأنا تبعاً لكيفية حل صراع الأوديب، نوع القلق، العلاقة بالموضوع، الصراع، ميكانيزمات الدفاع. فالمكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصيات العصابية تتميز بكون مستوى نكوص اللبيدو والأنا (التثبيت) يكون في المرحلة القضيبية "الأوديوية". نوع القلق: قلق الخشاء أو قلق حضور الموضوع. نوع العلاقة بالموضوع تناسلية. طبيعة الصراع جنسي بين الأنا الأعلى والدوافع مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلق الخشاء و يشكل الأنا الأعلى البعد المسيطر في الشخصية. فالأنا العصابي يتشكل حول التناسلي و الأوديب، و الصراع الجنسي للعصاب يتموضع على هذين المستويين و على النزوات من خلال ظهور عقدة الأوديب، فتحل لدى الطفل من خلال التقمصات الابوية، و إذا لم تحل هذه عقدة الأوديب في مراحل الطفولة و حدث لها انفجار، فإن مرحلة المراهقة قد تشكل مرحلة للاستدراك حيث تعود و تظهر أقول عقدة الأوديب على السطح قد تصحح و قد لا تصحح، فتظهر الاضطرابات و الشذوذات الجنسية. (هال، 1970، ص.132)

و تكون الدفاعات لدى العصابي من النوع المراوغ تهدف لحماية الأنا من خلال تفاوضها مع باقي أركان الجهاز النفسي للفرد مع جسده و مع الواقع الخارجي. و يغزو كبت التمثيلات النزوية باقي الدفاعات، وتحكم السيرورات الثانوية تسيير الجهاز النفسي، و يكون لها دوراً فعالاً فيتولد عنه احترام مفهوم الواقع الذي يميز العصابي. و تتمثل أهم الدفاعات التي يلجأ إليها الفرد العصابي في الكبت المكثف، الإزاحة، التكثيف، التحويل، التكوين الضدي، الإلغاء، العزل...

7-3- النشوء العصابي حسب النموذج السلوكي المعرفي:

انطلاقاً مما تقدم به بافلوف Pavlov و واتسون Watson، و إضافة إلى ما جاءت به نظرية التعلم لفولب Wolpe و لازاريس Lazarus، فإن دماغ الفرد تتم نمذجته كالعلة السوداء يستجيب للمثيرات باستجابات تشكل مصدر لذة للفرد و تجنبه الألم من خلال عمليات الإشرط الاستجابي و الإشرط العملي و من خلال التعزيز الإيجابي و التعزيز السلبي. كما يرتبط النموذج المعرفي بالمعالجة المعلومات و الأفكار الآلية التي تتبادر للذهن. (Papet & al, 2012, p.6)

و العصاب عبارة عن نمط من أنماط السلوك تعلمه الفرد بطريقة الشرطي بتكرار وتعزيز خبرات معينة خلال مراحل حياته، يتم تعزيزه بواسطة الثواب، و إطفاءه بواسطة العقاب، إضافة إلى توفر النموذج الذي يعزز هذه السلوكيات من خلال النمذجة أو تقليد ومحاكاة النموذج. و تعتبر الرهابات (الفوبيا) مثلاً كاستجابات متعلمة لمثيرات مسببة للخوف والتي لا تختفي في العادة وإنما تستمر لأنها ترتبط بمثيرات مسببة للخوف (إشرط إجرائي) و بهذا تتوفر الشروط التي تحافظ على استجابة الخوف كسلوك فوبي. غير أن السلوكيون الجدد يرون أن هناك مثيرات لا تؤدي بالضرورة إلى نفس الاستجابات بسبب ما يتوسط بين المثير و الاستجابة التي تختلف حسب الفوارق الفردية و الحالة التي يكون عليها الفرد، فالشخصية العميقة تدخل في الاستجابة للمنبهات. و ينصب اهتمام السلوكيين حول استمرارية الاضطراب أكثر من اهتمامهم بظهوره، و الذي يتم تفسيره عادة عن طريق النموذج البيو-نفسو-اجتماعي "bio-psycho-social": أي من خلال

الهشاشة الوراثية أو المزاجية، تجارب عاطفية وتربوية مبكرة، و حوادث الحياة السابقة. و لا يمكن للتكفل العلاجي أن ينجح إلا إذا تم تقصي الأسباب و العوامل المؤدية إلى الحفاظ على الأعراض و إزالتها. فالتكفل العلاجي للرهابات مثلا؛ يتم بتعلم استراتيجيات المواجهة التدريجية للمواقف المرعبة من خلال المقاربة السلوكية لتعديل السلوكات، و لكن أيضا عن طريق إعادة تعديل المعتقدات بمقاربة معرفية لتعديل نوع المعالجة للأفكار. لان استمرار العرض يتم بسبب استمرار العوامل المسببة و الراجعة لاستراتيجيات الحماية غير الملائمة و نظام اعتقاد غير ملائم هو الآخر. (André, 2007, p. 918)

7-5- التناول الموضوعي للعصاب: اختفى مصطلح العصاب في DSM-III الذي تولى عن المفهوم المستعمل من طرف DSM-II و وزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ في DSM-IV . و اختفت تسمية عصاب الفوبيا و عصاب القلق على حساب القلق و الحصر، و مصطلح "عصاب الهستيريا" استبدل بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل « troubles somatoformes » و اختفت كلمة هستيريا. كما حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية. (André, 2007, p. 913)

الجدول (04) : مقارنة بين النزولوجيا الفرويدية و النزولوجية الحديثة

«اضطرابات» التصنيفات الدولية الحديثة	«العصاب» النيزولوجيا الفرويدية
اضطراب الهلع القلق العام	عصاب القلق
شخصية هستيرية اضطرابات جسدية الشكل	عصاب الهستيريا
اضطرابات الوسواس القهري (TOC) شخصية قهرية	عصاب وسواسي
فوبيا محددة	عصاب الفوبيا
فوبيا اجتماعية	

مصدر: (André, 2007, p. 913)

8- الإشارات الإكلينيكية للعصاب:

يشمل العصاب أشكال مختلفة و يجمع بينها أعراض مشتركة، و لكون العصاب قريب من السواء فان ذلك يصعب من تحديد الإشارات الإكلينيكية، و تتمثل الأعراض العامة للعصابات في القلق، التظاهرات الجسدية، اضطرابات الفكر، و توفر سمات شخصية معينة. (Combaluzier, 2009, p.79) و يضيف الباحث بأن القلق هو ما يتصدر الجداول العيادية للعصاب و يمكنه أن يأخذ اشكالا مختلفة؛ موضوعية (خوف، شعور بالتهديد، شعور بعدم الواقعية، تفكك الشخصية)، سلوكية (اهتياج حركي، تجنب، سلوكات ضد فوبية، طقوسات و سلوكات قهرية لتجنب القلق...) جسدية (آلام أو ضيق في الجهاز الدوراني،

التنفسي، الهضمي، التناسلي، البولي، عصبوعضلي)، حيث وجود القلق الدائم و المستمر في العصاب هو ما يشكل و ينظم مجمل الشخصية.

و على كل يمكن إجمالها في 06 علائم تشترك في الجداول العيادية للعصابات كما لخصتها ليديا فيرنوندا (Fernandez, 2012, p.p.4-5)

1- اضطراب العلاقات الاجتماعية و الشخصية.

2- الظهور المفاجئ و غير المتوقع لفترات من القلق قد تزيد أو تنقص حسب الفرد و تظهر من خلال ثلاث مكونات:

أ- المكون العاطفي الجسماني كالأضطرابات الاعاشية و العصبية الحيوية (قلة النوم، فقدان الشهية، تسارع ضربات القلب، تعرق، الرجفة...)

ب- المكون المعرفي بما يتبادر من أفكار طفيلية و سيناريوهات مفاجئة (سأجن، سأموت...)

ج- المكون السلوكي و يعبر عن الكيفية التي يستجيب بها إزاء المواقف التي تواجهه (كف، هروب، تجنب، سلوكات وسواسية، طقوس تكرارية، البحث عن الأمان...)

3- تطوير أعراض خاصة حسب شخصيته و بناءه النفسي و الضغوطات التي تواجهه في علاقته مع البيئة المحيطة. و فيه يرى Combaluzier (2009) أن بعض الأعراض تمس الجسد المعاش و المحسوس أكثر من الجسد البيولوجي و التي تترجم من خلال تظاهرات جسدية للقلق، و لكن أيضا من خلال اضطرابات أخرى كالجسدية و التي تمس مختلف الاضطرابات الجسدية، العجز الحركي أو الحسي كالشلل أو فقدان الحس، انشغالات هيبوكوندرية، انشغالات ترتبط بالمظهر و خاصة تلك التي ترتبط بالعيوب الهوائية « dysmorphobie »

4- شعور ذاتي بعدم الراحة يجعل العصابي مع بعض الوضعيات الاجتماعية تقوده في بعض الأحيان إلى مواقف لا تفسر في سياق عالمه الخارجي.

5- الوعي بوجود صراعات داخلية و الإحساس بمعاناته ما يجعل منه شخصية هشة.

6- الوعي بوجود مشاكل جنسية (الكف في الرغبة الجنسية مثلا تؤدي لاضطرابات القذف عند الرجل، و البرودة الجنسية عند المرأة، كما أن اللجوء للخيال الزائد بتصوير سيناريوهات يشرك فيها أفراد غير الشريك الشريك تشير لاضطرابات عصابية).

9- تشخيص العصاب:

يبقى مفهوم التشخيص في العصاب موضوع نقاش في علم النفس المرضي، و يمكن وضع تشخيص له بالاستناد على ثلاث عناصر:

(1)- المشاكل المتكررة والمهددة لعلاقته مع الآخرين.

(2)- وجود أعراض جسدية أو نفسية تكون مبهمة في طبيعتها والتي لا يمكن للعصابي تجاوزها.

(3)- اضطرابات جنسية.

و هي عناصر يتم تأكيدها من خلال ما يلاحظه العيادي في أثناء المقابلة: إذ يمكنه استنتاج نوعية علاقته بالآخرين و صعوباتها، كما أن وصف المريض لأعراضه توضح القلق المرتبط بها. كما تحدد الحساسية التي يتم بها التطرق للاضطرابات الجنسية طابعها العصابي. إدراك المريض لمعاناته و اعترافه بها، إضافة لاعترافه بالطابع الفردي و الخاص للأعراض. و لا يتم تشخيص العصاب إلا من قبل طبيب عقلي أو مختص نفسي؛ نظرا لأهمية عناصر النقلة المضادة التي يثيرها. (Fernandez, 2012, p.6)

و يحذر Pedinielli et Bertagne (2002) من أن عددا من الأعراض العصابية يمكنها أن تظهر في اضطرابات أخرى و لكن ما يميز هذه الاضطرابات عن العصاب، هو أن العصابي لديه ارتباط خاص باضطرابه. فالقوبيا الغذائية مثلا يمكنها أن تتواجد في الجدول العيادي للفصامي و تكون مدعمة بأفكار هذيانية ترتبط بالإحساس بعدم الواقعية أو باقتناعه بوجود العرض. أما عند العصابي فيكون متضايقا بهذه القوبيا و يعبر عن قلقه و خوفه من ازدياد وزنه مثلا.

و يرى (Beauchesne et Gibello 1991) بضرورة التفريق بين ما هو عصاب *névrose* و حالات عصابية *Etats névrotiques*. فالعصاب هو أكثر من وجود عرض أو مجموعة من الأعراض في مرحلة معينة أو لمدة زمنية محددة، بل هو أسلوب مستقر و راسخ في توظيف الفرد.

10- مآل العصاب:

يعتبر مآل العصاب أفضل بكثير من مآل الذهان أو الاضطرابات العضوية المنشأ، فمعظم الأمراض النفسية قابلة للعلاج والتحسين مع العلاج المناسب ، وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا حين يحدث تغيير في حياة المريض. (Papet & al, 2012, p.23)

11- علاج العصاب:

كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي و التحسن و الشفاء مع العلاج المناسب، و كثيرا من حالات العصاب تشفى تلقائيا حين يحدث تغيير في حياة المريض و يجب أن يهدف علاج العصاب إلى شفاء الفرد من العصاب أولا، وإعادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الأمد واهم طرق علاجه هي العلاج النفسي كعلاج كعلاج فعال سواء باللجوء للعلاج النفسي المركز حول العميل، العلاج السلوكي، التحليل النفسي، العلاج النفسي الجماعي والعلاج الاجتماعي وعلاج النقل البيئي. و هذا العلاج يلعب فيه المريض دورا إيجابيا حيث حيث يتدرب على تبديل الأفكار السلبية بأخرى إيجابية وفقا لتعليمات المعالج النفسي، و في الحالات القصوى اللجوء إلى استخدام الصدمات (الأنسولين والكهرباء) و إلى العلاج الطبي بالأدوية (خاصة المهدئات). و تعتبر البنزوديازيبين *Les benzodiazépines* من أهم الأدوية التي يتم وصفها في الحالات الحالات الحصرية الحادة والتي تستدعي تكفلا سريعا كهجمات الهلع مثلا. ويتم وصف مضادات الاكتئاب *Les antidépresseurs* أيضا. يستمر اخذ الأدوية غالبا بين 6 إلى 12 شهرا، وقد يستمر إلى ابعد من ذلك في الحالات المستعصية و كذا في حالات عصاب الوسواس القهري *TOC*. كما يرفق تناول الأدوية دعوة المريض لبذل الجهود لمواجهة الوضعيات الممرضة وتغيير نمط حياته. (André, 2007, p.p. 918-919)

المحاضرة الثامنة: الاضطرابات العصابية

تدرج ضمن العصابات : عصاب القلق la névrose d'angoisse، عصاب الهستيريا La névrose hystérique، العصاب الوسواسي la névrose obsessionnelle، عصاب الفوبيا la névrose phobique، ، العصاب الراهن la névrose actuelle، النوراستينيا la neurasthénie، عصاب النقلة névrose de transfert، العصاب النرجسي névrose narcissique

أولاً: عصاب القلق: LA NEVROSE D'ANGOISSE (NA)

1- تعريف عصاب القلق: يشير عصاب القلق إلى حالة مزمنة من الخوف الغامض، و ما يميز هذا العصاب هو القلق، صعوبات النضج الطفلي و الشعور بالإحباط مع الخوف من الهجر أو الانفصال يسيرها يسيرها الشعور بانعدام الأمن و في بعض الحالات عصاب الهجر. و تعتبر الأمراض الجسدية و الإحباطات الجسدية و التوترات الليبيدية و الشعور بالذنب مصادر مفجرة لهذا القلق. (Fernandez, 2012, p.9)

2- أعراض عصاب القلق:

و يحتوي عصاب القلق في وصفه الكلاسيكي على نوبات القلق، والتي تحدث دون سبب مفجر واضح و لا يعرف المريض أسبابه ولا يرتبط بموقف معين و فيه ترى Fernandez (2012) اجتماع عدة مؤشرات مؤشرات تشتمل على تظاهرات نفسية، سلوكية وجسدية.

- **في المجال النفسي:** يشعر المريض بالتوتر بشكل دائم و الخوف الشديد قد تصل إلى حالة الذعر، الخوف الدائم و قابلية الإثارة والشعور بالانقباض، التوتر وعدم الهدوء مدفوعين بمخاوف منتشرة ويتوقعون أشياء غير قابلة للتحديد...، مع خطر هجمة انتحارية في بعض الحالات.

- و تتمثل في الجانب السلوكي في التهيج أو النشاط الحركي أو العكس من ذلك التخاذل.

- **في المجال الجسدي:** فيمكنها أن تمس جميع الوظائف الفيزيولوجية، تظهر من خلال عدم انتظام التنفس و صعوبات شريانية قلبية، سرعة خفقان القلب، الاختناق، تشنجات و مغص في الجهاز العصبي، ارتفاع ضغط العضلات...

و تشير الباحثة إلى أن المسار التطوري لعصاب القلق يصل إلى ظهور حالات اكتئابية، تناول الكحول و المخدرات و التبعية للمهدئات. و إلى تكوين تنظيمة هيبوكندرية أو رهابات الخلاء عند البعض. و التطور إلى شكل عصابي أكثر تنظيما يظهر من خلال التعبير عن مصدر القلق (كما هو الحال في العصاب الفوبي)، أو الانتقال لاستعمال آليات دفاعية أكثر إحصانا (العصاب الهستيري أو الوسواسي).

3- علاج عصاب القلق: يجمع بين العلاج الكيميائي (البنزوديازيبين ومضادات الاكتئاب لمنع انتكاسة هجوم الذعر)، الاسترخاء و تقنيات سلوكية في حالة اقترانها بالفوبيات كالخوف من الأماكن المكشوفة.

ثانيا: عصاب الهستيريا (LA NEVROSE HYSTERIQUE (NH)

تعتبر الهستيريا من أقدم الأمراض النفسية، و نال شهرة كبيرة في القرن التاسع عشر الذي كان يسند لها أسباب تعود لضعف في الجهاز العصبي تهيج الفرد لاكتساب الأعراض الهستيرية بالايحاء، ثم قام فرويد بتنظيمها في إطار بسببية نفسية، أين تظهر الأعراض كتعبير رمزي لصراعات جنسية. (مجدي احمد، 2006، ص. 148) و كما تمت الإشارة إليه، فانه لا توجد حاليا ما يسمى بالهستيريا في DSM ، حيث أصبح يدرج تحت الاضطرابات جسدية الشكل. و أصبحت النوبات الكبرى التي تحدث عنها شاركو نادرة اليوم واستبدلت بتظاهرات موازية و التي تأخذ بعين الاعتبار تطور الطب و تطور الحياة بشكل عام. (Fernandez, 2012, p.10)

1- تعريف الهستيريا:

اشتقت كلمة هستيريا من اللفظ الإغريقي Hystera أي الرحم لان الفكرة التي كانت شائعة أن هذا المرض يصيب النساء بسبب انقباضات عضلية في الرحم. (محمد جاسم، 2004، ص. 368) و يعرفها (الخلدي، 2006، ص. 228) على أنها مرض عصابي يتميز بظهور أعراض مرضية بطريقة لاشعورية

و يكون للدافع في هذه الحالة هو الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد كحمية له من الألم النفسي الشديد. و الاضطراب الهستيرى عبارة عن اضطرابات حسية متنوعة لا تستند إلى أي أسس جسمية. (مجدي احمد، 2006، ص.148)

2- السببية النفسومرضية لعصاب الهستيريا:

يشير (Bergeret, 2003) بان التثبيت في الهستيريا يحدث في المرحلة الثالثة و بأنها نتيجة الصراع بين الرغبة و الأنا الأعلى، و من الناحية الموقعية، فإن البنية الهستيرية لا تشمل نكوص للانا، و لكن نكوص موقعي بسيط لليبدو دون نكوص دينامي أو زمني مع استعمال مكثف لميكانيزم الكبت. و يرجع سبب عصاب الهستيريا حسب Guelfi وزملائه في (Azorin, 2005, p.4) إلى التثبيت في المرحلة الأولى من الصراع الأوديبي، حيث توقف الصدمة التطور وتمنع الخروج من الأوديبي. و لأجل مكافحة القلق المرتبط بالصراع الأوديبي، فإن الأنا يلجأ إلى الكبت. و يحدث تسوية بين النزوة و الدفاعات:

- في اضطرابات الشخصية؛ فإن رغبة الإغواء الممنوعة تتحول إلى دعوة شديدة للعواطف. الهوامات الأوديبيية اللاشعورية تتظاهر عن طريق حياة خيالية مكثفة و تعبيرات عاطفية مبالغ فيها.
- في التحويل؛ التمثيلة العقلية مرتبطة بانفعال حاد يكون ممنوعا من طرف الأنا الأعلى. فهي مكبوتة في اللاشعور و شحنتها العاطفية تتحول إلى أعراض جسدية.

3- أعراض عصاب الهستيريا:

تأخذ الأعراض أشكالا كثيرة، وتظهر أعراض عصاب الهستيريا في فئتين من الأعراض؛ جسدية و نفسية:

1- الأعراض الجسدية أو التحويلية: لا تكون الأعراض عضوية حقيقية بل وظيفية عكوسة، و يتحول القلق و الصراع المكبوت إلى مرض عضوي أو جسمي، و المريض لا يفهم المعنى الكامل لأعراضه العضوية و ما يعانيه من آلام. (الخالدي، 2006، ص.228) تفسر هذه الأعراض حسب النظرية التحليلية على أنها إسقاط للسطح عن طريق الجسد للهوامات اللاشعورية الجنسية الطفولية و الصراع الأوديبي. (Fernandez, 2012, p.10)، و يرى (Bergeret, 2003) بأن الصراع النفسي يتحول إلى عرض جسمي دون قلق ظاهري، إذ يعبر العرض عن النزوات المكبوتة، و بأنها لغة اللاشعور و تفتح المجال لفوائد ثانوية تخفف من القلق.

و تلخص فيرنونداز هذه الأعراض في أعراض حسية، حركية و جسمية.

و قد أصبحت اضطرابات الحركة تظهر على شكل "نوبات عصبية". و تظهر الارتعاشات و ارتجاف الأطراف، الفواق، سعال تشنجي، عسر البلع، و بعض أشكال الوهن أو الضعف العضلي، اضطرابات في

وضعية الوقوف و المشي، تخشب، شلل كاذب، تشنج العضلات الصارة، تشنج عضلي، اضطرابات حسية (فرط الحساسية أو آلام مختلفة، آلام بطنية حوضية، صداع، آلام التبول، عسر الطمث، الاضطرابات الهضمية-المعوية، القلبية التنفسية، و التناسلية.

2- **الأعراض النفسية:** وفيه الأعراض التناوبية، و الأعراض التفككية و التي ترجع لتلف مفاجئ لوظائف تكامل الوعي، و نميز:

- فقدان الذاكرة نفسي المنشأ (كالعجز عن تذكر أحداث شخصية مهمة) غالبا ما يكون فقدان انتقائي بثرات أين تكون ميكانيزماته مماثلة لفقدان الذاكرة الطفولي مع ضعف في التركيز و التثبيط الفكري.

- هروب نفسي المنشأ؛ رحيل مفاجئ من البيت أو العمل مع استحالة تذكر الماضي، و في بعض الأحيان تبني هوية جديدة.

- تعدد الشخصيات؛ تعايش شخصيتان متميزتان أو أكثر عند الشخص ذاته، حيث كل منها تهيمن في أوقات معينة.

- استمرار السرمنة أي السير اثناء النوم "somnambulisme" في سن البلوغ.

- بعض أشكال تبدد الشخصية.

و تظهر اعراض العصاب الهستيرى عادة في سن المراهقة أو في بداية سن الرشد. و المقولة بأن الإناث أكثر إصابة من الذكور غير صحيحة و لم يتم إثباتها. فبينما تتعرض الإناث أكثر إلى الإحساس بالكرة الحلقومية، فإن الأعراض لدى الذكور تختص بالمجال الفكري و الجنسي وصولا إلى اضطرابات السيرة (الكحول، الإدمان، الانحراف...) و إلى تظاهرات مرضية تفجرها حوادث العمل أو السير. و بعض بعض أشكال الهستيريا تتطور مع السن لتتجه نحو تنظيمه هيبوكوندرية و أيضا نحو هشاشة عضوية من النمط السيکوسوماتي. و يبقى الخطر الاكتئابي وارد أمام وضعيات غياب الأمن العاطفي المستمر.

(Fernandez, 2012, p.10-11)

4- مميزات الشخصية الهستيرية:

من الضروري التمييز بين الردود الفعلية الهستيرية و بين الشخصية الهستيرية. و أوضح (الخالدي، 2006، ص. 241) مميزات الشخصية الهستيرية في النقاط التالية:

- يتميز الشخص الهستيري بالطفلية، تجنب المسؤولية، الثرثرة، المغالاة في التعبير عن انفعالاته، عدم الثبات الانفعالي.

- الرغبة في جلب انتباه الآخرين والرغبة لأن يكون محور الاهتمام، و يسعى لاستثارة الجنس المخالف.

- سهل الاستهواء و قابلية الإيحاء ما يهيئه لامتناس انفعالات الآخرين لشدة حساسيته.

- عدم النضج الانفعالي و التذبذب في السلوك و التغير في الوجدان، فيتحول من الاهتمام إلى الإهمال، و تقلب الشعور بالمرح و الارتياح إلى شعور بالانقباض و الانزعاج.

- انبساطية و كثرة تشكيل العلاقات الاجتماعية التي تتسم بالسطحية.

- انعدام قدرته في التحكم الذاتي و ضبط النفس، إضافة لانحطاط شعوره بقيمته الشخصية.

يضيف (Azorin, 2005, p.3)

- حساسية مفرطة للتكريم gratifications و للإحباطات، و الميل إلى تمجيد الأشخاص من حوله أو على العكس من ذلك خفض قيمتهم بشكل صارخ.
- التمسرح أو الهستيرية «théâtralisme ou histrionisme».
- حياة خيالية مكثفة و نشاط هوائي غني مع ميل كبير لأحلام اليقظة.

5- تشخيص عصاب الهستيريا:

يحتاج تشخيص الهستيريا كما جاء في (J.Gasman et all, 2003, pp284-285) إلى :

- ✓ استبعاد جميع المسببات العضوية الممكنة.
- ✓ وجود سوابق مرضية .
- ✓ وجود عامل مفجر (ضيق عاطفي وجداني. حداد. تعب...)
- ✓ صعوبة في الاسترجاع من طرف المريض لحياته (نسيان انتقائي، ذكريات خاطئة...)
- ✓ قيمة رمزية للأعراض في مقابل القصة.
- ✓ مظهر يختلف عن الأعراض الموجودة (إنكار، غياب القلق) مع تمسرح متناقض.
- ✓ قابلية كبيرة للإيحاء.
- ✓ وجود مكاسب ثانوية اجتماعية و عاطفية (جلب الاهتمام، وضعية مريض)
- ✓ وجود بعض اضطرابات السلوك (اضطراب الحياة الجنسية و الأكل)

6- التشخيص الفارقي: يثير العصاب الهستيري مسألة التشخيص الفارقي مع العديد من الشكاوى

- الجسدية. و في مقابل الأعراض التحويلية يجب إقصاء ما يلي كما جاء في (Azorin, 2005, p.4) :
- أمراضية عضوية من غير الأمراض العصبية؛ مثل فرط شبه الدرقية hyperparathyroïdie، أمراض المناعة الذاتية lupus érythémateux disséminé، إصابة تكاثر جزيئات porphyries في الدم.

- الباتولوجية العصبية، كالصرع، التناثر المتصالب.
- التظاهر المرضي (و الذي يكون شعوريا).
- اضطرابات عقلية أخرى من مثل الحالات الحصرية أو الاكتئابية.
- اضطراب شخصية من نوع آخر (عصاب القلق...)
- الهيبوكوندرية و الاضطرابات السيكوسوماتية

7- العلاج: يعتمد علاج عصاب الهستيريا على القواعد الأساسية لتجنب إفراط تناول الدوائي أو اللجوء

للجوء لاستخدام علاجات بالتعبير عن طريق الجسم. و تسمح العلاجات الجسدية كالاسترخاء بالتحسن الدائم الدائم خاصة أن حدث تعديل للميكانيزمات الدفاعية المستعملة. و غالبا ما يعرقل العلاج التحليلي بسبب

المقاومة في النقلة و بسبب الهشاشة النرجسية المسؤولة و التي قد تؤول إلى خطر اكتئابي يصعب التعامل معه. (Fernandez, 2012, p. 11) و على كل يمكن إدراج علاج عصاب الهستيريا في:

1- العلاج النفسي: الكشف عن العوامل التي ساعدت على ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها باستخدام التحليل النفسي، ويلعب الإيحاء والإقناع دورا هاما في علاج ومساعدة المريض على استعادة الثقة بنفسه. و يصلح العلاج النفسي المعرفي في حالة الرغبة لمهاجمة الأعراضية، و العلاج النفسي التحليلي في حالة الرغبة في مهاجمة السببية.

2- العلاج الاجتماعي والبيئي: يستخدم في تعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض.

3- الإرشاد النفسي: للوالدين والمرافقين كالزوج والزوجة وينصح بعدم التركيز والاهتمام أثناء النوبات لأنه يعتقد المريض أن النوبات تجذب الانتباه إليه.

4- العلاج الطبي: وذلك باستخدام الدواء الوهمي النفسي، واستخدام التنبيه الكهربائي. فالأدوية الكيميائية لا تأتي بنتائج مفيدة في مجال الهستيريا، بل تستعمل لمهاجمة الأعراض فقط. (Azorin, 2005)

المحاضرة التاسعة - ثالثا: عصاب الفوبيا: (NP) LA NEVROSE PHOBIQUE

1- تعريف الفوبيا:

مصطلح فوبيا مشتق من الكلمة اليونانية Phobos وتعني الخوف أو الرعب، عبارة عن حالة انفعالية داخلية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف ويسلك فيها سلوك يبعده عن مصدر الضرر والمخاوف الشاذة. (Meillet & Ernout, 2001) و تعرفها (Fernandez, 2012, p.10) بأنها الخوف المرضي من شيء معين أو فعل معين لا يخيف في العادة عند أغلب الناس، فهو خواف لا يعرف الفرد له سببا أو مبررا موضوعيا كما لا يستطيع ضبطه والسيطرة عليه بالإرادة وهو يثير عند الفرد القلق في بعض المواقف مع علمه بأنه لا يثير الخوف إلا أنه يشعر بالخوف عندما يتعرض لمثير من المثيرات، فالخواف العصابي متسلط ومستمر ومتكرر وهو خوف لاعقلاني يدفع الفرد إلى سلوك خاص يهدف إلى تجنب شيء ، موقف أو نشاط معين ويأخذ مظهرها انفعاليا شديدا. و الفوبيا ليست هي عصاب الفوبيا، فقد تظهر في جداول عيادية أخرى. (Papet et al, 2012, p.13)

2- أسباب الفوبيا:

- 1- تتكون المخاوف عند الفرد في حالة تعرضه إلى مواقف مخيفة في طفولته و تكبت في لا شعوره.
- 2- الصراعات الأسرية التي تثير اللاشعور وتدفع الفرد للبحث عن مهرب في صراعاته باللجوء إلى الخوف العصابي أو المرضي يطمئن اللاشعور عنده، تساعد في التكيف مع الظروف الصعبة التي لا يستطيع مواجهتها ولكنه يتكيف معها باتجاه انحرافه إلى الخوف.
- 3- الفشل المبكر في حل المشكلات.
- 4- خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد وانتقال عدوى الخوف من المحيط.
- 5- تتركز النظرية التحليلية على نكوص النزوات الجزئية المستثمرة في أثناء تعلم الطفل. و تركز النظرية السلوكية على عجز الفرد على تجاوز تعلم خاطئ. وتعترف النظريتين بالمكاسب الثانوية. (Ibid)

3- تشخيص الفوبيا:

لتشخيص الخوف يجب التفريق بين الخوف العادي والخوف المرضي. و لتشخيص الفوبيا لابد من توفر المخاوف، السلوكيات الفوبية و مجموعة من السمات الشخصية كما تذهب إليه (Ibid, p.11)

3-1- الأعراضية الفوبية la sémiologie: تتميز الفوبيا بالخصائص التالية

- أ- الخوف الشديد نتيجة لشيء أو وضعية محددة غير خطيرة و لا مخيفة في الواقع و لكنها كذلك بالنسبة للشخص المريض.
 - ب- يزول الخوف بمجرد زوال أو اختفاء الموضوع الفوبوجيني objet phobogène
 - ج- وجود العرض الثاني يؤدي لظهور سلوكيات فوبية كالسلوكيات التجنبية و سلوكيات البحث عن الأمن مثلا كمواضيع أو أشياء مطمئنة.
 - د- اعتراف المريض بالخاصية غير المنطقية لمخاوفه.
 - هـ- يؤكد الفرد على عدم قدرته للتحكم في هذا الخوف.
- و تتمثل أعراض الفوبيا في
- 1- الإغماء والشعور بالإعياء وخفقات القلب وزيادة إفرازات العرق والغثيان.
 - 2- الإحساس بالدوار و الخوف من فقدان السيطرة و التحكم في النفس.
 - 3- الرعشة والهلع والفرع.
 - 4- القلق والتوتر، ويعمل ألف حساب لكل أمر.
 - 5- ضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن، والجبن، والتردد واضاعة الوقت.

3-2- السلوكيات الفوبية Les conduites phobique: عادة ما تتمثل السلوكيات الفوبية في:

- سلوكات التجنب *conduites d'évitements* و فيه تجنب موضوع الخوف كتجنب ركوب الطائرة لمن يعاني من هذه الفوبيا.

- سلوكات البحث عن الأمان *conduites de rassurances* تتمثل في اشياء أو اشخاص مضادين للفوبيا (*les contras phobiques*) و التي تسمح للشخص بمواجهة وضعي الخوف و هو ما يؤدي لظهور نوع من التبعية عند هذا الشخص الفوبي.

-بالإضافة لهذا السلوكين قد تظهر سلوكات اللجوء للإدمان على بعض المواد المخدرة (الكحول أو المهلوسات) كطريقة للتخفيف من أعراض القلق المصاحبة للفوبيا.

3-3- السمات الشخصية *les caractéristiques personnelles*:

يمتاز الشخص الفوبي ببعض المميزات الشخصية تتمثل في وضعيات الحذر المستمر و يكره الوضعيات الغامضة و الجديدة كونه لا يسهل عليه ضبطها و التحكم بها. و قد يتصرف الفوبي بطريقتين أما بالسلبية (الهروب إلى الوراء) أو بالطريقة النشطة (الهروب إلى الأمام).

- أما السلبية فيستجيب فيها بالكف و يتجنب كل الاتصالات مع الآخرين، و قد تكون هذه السلبية شاملة (عدم الاتصال بالآخرين في حالة الفوبيا الاجتماعية) أو جزئية (الخجل المفرط من الجنس الآخر).

فردود فعل الشخص الفوبي تكون محدودة و لديه ميل للانعزال و الانطواء، ما يتسبب لديه في معاش محبط.

- و تتمثل الطريقة النشطة بسلوك التحدي، كالاندماج في الدراسة و تحدي الصعوبات و منه التفوق فيها لتعويض النقص و المواقف الفوبية المخجلة (التسامي و الإعلاء).

4- أنواع الفوبيا:

تنقسم الفوبيا حسب التصنيفات الحديثة إلى 3 أنواع: الفوبيا البسيطة، فوبيا الوضعيات و فوبيا الاجتماعية.

4-1- الفوبيا البسيطة *les phobies simples*:

هو الخوف من وضعية واحدة أو شيء واحد فقط، يبدأ ظهور هذه الفوبيا بين 8 و 11 سنة، و يصعب التنبؤ بانتشار هذه الفوبيا و تقدر بـ 8% في المجتمع العام. و الفوبيا البسيطة الأكثر انتشارا هي:

- فوبيا الحيوانات (الفراشات، القطط، الكلاب...). فوبيا الدم. نشاطات الرعاية الطبية. الخوف من المرتفعات، الأماكن المقفلة مثل الكهوف، المصاعد (*claustrophobie*) ، فوبيا السفر جوا (الطائرة) أو بحرا (الباهرة). الرعد. الخوف من مواضيع جامدة كالسكاكين ، المقص...

الفوبية البسيطة لا ترافقها نوبات القلق أو الحالات الحصرية أو بأفكار وسواسية. و تعتبر حالات العجز في هذا النوع من الفوبيا جد محدودة. (Papet et al, 2012, p.13)

4-2- فوبيا الوضعيات Agoraphobie:

تظهر بين 16-35 سنة. تنتشر عند النساء أكثر منه عند الرجال و تسود لديهم بنسبة 80%. تمس نسبة انتشارها بين 8 و 20% من الأفراد في المجتمع العام. و تعرف بالخوف المرضي من الخلاء و الأماكن الشاسعة أو المكشوفة كالطريق و الشوارع، المراكز التجارية، دور السينما، المسرح، وسائل النقل الجماعية... و هو ما يحدد نشاطات الأغورافوبي و يحد من طموحاته و مشاريعه.

ويعتبر قلق الانفصال الذي يختبره الفرد في طفولته و الخوف من الظلام كعوامل تجعل الفرد حاملا للاستعدادية لظهور الاضطراب. و عادة ما يتعرض الفرد في السنة التي تظهر فيها هذه الفوبيا إلى عوامل معززة لتفجيرها؛ كفقدان عزيز، انفصال، إصابة مرضية، صدمة عاطفية... (Ibid, p.11)

و عندما يكون الفرد في مقابل الوضعيات المثيرة لهذه الفوبيا، فإن الفرد الاغورافوبي يصاب بخوف حاد أو هجمات الهلع **Attaque de panique (AP)** التي تشير إلى نوبات حادة من القلق، تأتي بطريقة مباغتة و يبلغ الحصر أقصى حدوده في غضون 10 دقائق، ثم تتطور في خلال الثلاثين دقيقة. و يؤدي تكرار هجمات الهلع AP لتشكل اضطراب الهلع (TP) **trouble panique**، و يمكن لاضطرابات الهلع أن تتطور في غضون أشهر قليلة إلى فوبيا الوضعيات. (Franck, 2013, p.p.31-36)

4-3- فوبيا اجتماعية phobie sociale:

سن ظهور الفوبيا الاجتماعية يكون بين 15 و 21 سنة. نسبة انتشارها تتباين بين 2 إلى 16%. و غالبا ما يتأخر المريض في طلب المساعدة، أي بعد 7 إلى 20 سنة من الإصابة. تشير إلى الخوف من التواجد في وضعيات يكون فيها الشخص عرضة لأنظار الآخرين و الخوف من القيام بأي فعل أمامهم. تظهر ضمنها الخوف من التحدث أمام الناس، الخوف من المواقف المذلة أو المحرجة خوفا من أحكام الناس عليه أو تقييمه بطريقة سلبية، الخوف من استعمال المراحيض كونه يعرف أن أشخاص آخرين يعرفون بدخوله إليها، الخوف من احمرار وجهه،.... فهو يتقاضي كل وضعية تجعله في مقابل الناس حتى لا لا يتم انتقاده، فيلجأ لاستعمال كل ميكانيزمات التجنب للوضعيات غير المرغوبة. (Papet & al, 2012, p.12)

□ بالإضافة إلى هذه التصنيفات الكبرى من الفوبيا، نجد أنواع أخرى ذكرت (Lamberet 2010) أهمها:

- **الفوبيا الاندفاعية phobie d'impulsion**: الخوف المرضي من عدم القدرة في التحكم في الذات أمام أمام وضعيات محددة كالإقدام على الانتحار عند الوقوف في الشرفة مثلا (Phobie d'impulsion suicidaire) أو القتل (Phobie d'impulsion homicide) عندما يمسك بمادة حادة بيده، و لكن ما يميزه هو عدم المرور إلى الفعل. و يشير استمرار هذه المخاوف المرضية بعد زوال الوضعيات المثيرة

المثيرة إلى مخاوف قهرية تتدرج ضمن الجدول العيادي للعصاب القهري les obsessions impulsives ، و قد تصاحب في بعض الأحيان الحالات الذهانية أو دورات اكتئابية.

- **رهاب المرض nosophobia**: و هو الخوف من الأمراض الخطيرة كالسرطان، الايدز والخوف المرضي من الإصابة بالعدوى، قد تؤدي هذه المخاوف إلى تطوير طقوس و سلوكيات و تنتقل بالتالي للجدول العيادي للوسواس القهري، و إن بقيت المخاوف دون مرافقة للسلوكيات القهرية فهي تبقى فوبيا.

- **الفوبيا الحدية (البنية) phobie limite**: تدعى بالبنية كونها توجد بين الفصام و الوسواس القهري، لا تظهر فيها أعراض الفوبيا واضحة، تعريفها لا ينطبق مع الفوبيا، و قد تخفي أعراضها ذات المظهر الفوبي الفوبي عرضا حقيقية لحالة ذهانية. من بين هذه الفوبيات نجد ما يسمى برهاب خلل البنية ou la dysmorphophobie dysmorphophobie أي الخوف من التشوه الجسدي، الوجه خاصة. فالديسمورفوبي ليس فوبيا بآتم معنى الكلمة بل فكرة محددة وخوف مرضي مسيطر على الفرد، تكون دوما مصاحبة في حالات الفصام بمشاعر تفكك الشخصية وأفكار هذيانية. (Tignol et al, 2012)

5- الأشكال الإكلينيكية للفوبيا: يمكن للأعراض الفوبية أن تظهر:

- 1- مجتمعة مع عصابات أخرى: في عصاب الهستيريا، العصاب الوسواسي، عصاب القلق.
- 2- مجتمعة مع باتولوجية غير عصابية: قد تلاحظ الأعراض الفوبية في أثناء تطور الذهان أو الميلاخوليا.

6- **علاج الفوبيا**: يرتبط العلاج في اغلب الحالات على الجمع بين العلاج الكيميائي و التكفل النفسي، و غالبا ما يفضل استعمال مقارنة سلوكية في بداية العلاج و تكون متبوعة بعلاج مستوحى من التحليل النفسي. (Papet & al, 2013, p.14)

- العلاج النفسي بالتحليل النفسي للكشف عن الدوافع المكبوتة والأسباب الحقيقية و فهم الفوبيا عن طريق محتواها الرمزي. ويتم حاليا الاعتماد على العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي psychothérapies (PIP) d'inspiration psychanalytique (نفس مبادئ التحليل النفسي و مدة زمنية مختصرة).

- 1- العلاج السلوكي سواء كان العلاج بالغمر أو نزع الحساسية التدريجي.
- 2- العلاج الافتراضي و الذي جاءت نتائجه مبهرة في مجال علاجات الفوبيا.

رابعا: عصاب الوسواس LA NEVROSE OBSESSIONNELLE (NO)

يتميز عصاب الوسواس بظهور الأعراض الوسواسية أو القهرية تكون غالبا متضاعفة و بخاصية ممتدة ممتدة في غياب الأعراض النفسمرضية من طبيعة أخرى. و قد اختفت تسمية عصاب الوسواس في التصنيفات العالمية الحديثة لصالح اضطرابات الوسواس القهري Trouble obsessionnelle-compulsives (TOC) من جهة؛ والشخصية الوسواسية القهرية من جهة أخرى. (Papet & al, 2012, p.15)

1- تعريف الوسواس-القهرية

الوسواس L'obsession: من اللاتينية "Obsessio" أي فعل الحصر، فالفكر يحصر عن طريق الأفكار. ينطوي الوسواس على تسلط فكرة، صور أو تمثيلة سخيفة لا معنى لها تلازم وتصاحب الفرد وتكون خارجة عن إرادته تأتي بصورة دورية عند شخص بكامل وعيه، تمثل خاصية يكرهها الفرد تؤدي إلى توليد الصراع يسعى الفرد للتغلب عليها و مقاومته و لا يستطيع التخلص منه مهما بذل من جهد ومهما حاول إقناع نفسه بالعقل والمنطق. (Fernandez, 2012, p.11)

القهري La compulsion: من الكلمة "Compulsif" أي ما يفرض، تشير إلى رغبة يتعذر التحكم بها، تظهر في أفعال سخيفة أو محرجة على الرغم من المجهودات المبذولة لمقاومتها. فهي سلوكيات نمطية و طقوس تهدف للتخفيف من القلق الناتج عن الوسواس. (Ibid)

2- أعراضية عصاب الوسواس القهري: للحديث عن عصاب الوسواس القهري؛ يجب التأكيد على مظهرين أساسيين: الوسواس والقهري، عند شخصية وسواسية. (Papet & al, 2012, p.p.15-16)

2-1- مجال الأفكار؛ الوسواس: أفكار، عواطف، صور تأتي بشكل تطفلي في الفكر، تفرض نفسها بطريقة متكررة و لا إرادية على فكر الفرد، و تغمر المقاومة الحصرية نشاطه العقلي. من جهة يجب التمييز محتوى الأفكار بين الأفكار المرضية و السوية، و من جهة أخرى مدة و تواتر هذه الأفكار. و يمكن تمييز ثلاثة أنواع كبرى من المظاهر الوسواسية:

أ- الوسواس الفكرية: تتمثل في اجترار أفكار توصف كجنون الشك، و هي الوسواس الأكثر تواترا. قد ترتبط بالظواهر الميتافيزيقية كالشكوك الدينية، الحياة، الموت... ، قد ترتبط بأفكار ملموسة كالحروف، الأرقام، و الخوف من ارتكاب أخطاء حسابية مثلا...، كما قد ترتبط أيضا بسلوك المريض ذاته من خلال التحليل الذاتي المستمر الذي يقوم به الفرد حول سلوكه.

ب- الوسواس الفوبية: تقترب من الفوبيا، لكن المخاوف تستمر بغياب الموضوع الفوبي. ففي الفوبيا ظهور المخاوف تختص مواضيع واقعية. بينما في الوسواس الفوبي، فإن المخاوف تظهر بمجرد التفكير في موضوع ما أو وضعية ما. و الأشكال أكثر تواترا هي الخوف من الأوساخ، الميكروبات، الخوف من العدوى... ما يؤدي إلى ظهور سلوكيات تجنبية.

ج- الوسواس الاندفاعية: الخوف من القيام بأفعال لا عقلانية، سخيفة أو ضارة بالذات أو بالغير بالخصوص. عبارة عن وسواس يقاومها الفرد بشدة، و يبقى العبور إلى الفعل نادر جدا.

2-2- مجال الفعل؛ القهر و الطقوس: تفرض نفسها، يضطر الوسواسي للقيام بها لأجل الخفض من درجة القلق و يسعى للتحكم بها عن طريق طقوس؛ هذه الأخيرة قد تكون خارجية ظاهرة أو داخلية ذهنية. تكون مستمرة دون توقف بطريقة آلية، تعاود الوسواس ظهورها مباشرة بعد السلوك فهي لها صبغة إجبارية. و الأنماط أكثر تكرار هي طقوس النظافة كغسل اليدين مثلا، غلق الباب، أو قارورة الغاز...

2-3- الشخصية الكامنة: تظهر الأعراض عادة عند أفراد يقدمون اضطرابات في الشخصية، و التي لا ترتبط بالضرورة بالشخصيات العصابية المضطربة. و المتمثلة في الشخصية السيكاستينية، الشخصية الوسواسية القهرية، الطبع الشرجي، الشخصية القسرية anankastique.

و على العموم يمكن إجمال سمات الشخصية الوسواسية في: الصلابة و العناد و عدم المرونة ليس سهل الإقناع، حب الروتين و الحاجة إلى النظام و القوانين ، الدقة و الإتقان و البحث عن الكمالية، التعلق بالتفاصيل، الإنتاجية واهتمام كبير بالعمل على حساب الترفيه و التسلية و إقامة علاقات اجتماعية، المثابرة، الرغبة في إخضاع الآخرين لآراءه، الانفعالية، الاقتصاد و البخل و الاحتفاظ بالأشياء المستعملة.

3- انتشار المرض و تطوره: ينتشر اضطراب TOC بين 2-3% من المجتمع العام. يظهر الاضطراب عادة لدى شريحة الأطفال و المراهقين (65% قبل 25 سنة، و تظهر 31% من الوسواس و القهر بين 10- 15 سنة). تكون البداية تدريجية و عادة يتوجه المرضى إلى المعالج بعد مدة طويلة من الإصابة ليس لأجل الأعراض الوسواس القهرية و إنما لأجل التخلص من أعراض القلق و الأعراض الاكتئابية المصاحبة. يبدأ المرض في الطفولة و يتطور أثناء حياة الفرد و سن الرشد، بدايته حادة يُصعب من تشخيص الاضطراب. تشجع الحوادث الحياتية ظهور الاضطراب، كما تساهم الهشاشة الجينية والعوامل والعوامل البيئية استفحاله، و تعتبر الفئات السوسيو مهنية الجيدة أكثر الفئات إصابة. و اخطر مضاعفات هذا هذا الاضطراب هو ترافقه مع اضطرابات حصرية أخرى و مع الاكتئاب، مع اضطرابات السيرة الغريزية. الغريزية. كما قد تتطور بعض الحالات إلى الإدمان على الكحول أو المخدرات. و قد رافق ظهور الاضطراب تتأخر Gilles de la Tourette عند 35-50% من الحالات (Papet & al, 2012, p.p.15-18)

4- التفسيرات النظرية للوسواس القهرية: و فيه تقول Papet و زملائها (Ibid,p.18) بأن:

- **النظريات التحليلية** تركز على النكوص للمرحلة الشرجية السادية، فالأعراض عبارة عن تسوية بين الهو والأنا الأعلى و الصراع بين الرغبة و المنع، علاقة تناقض وجداني مع الموضوع، دفاعات بدائية (تكوين ضدي، الإلغاء...).

- و ترى **المدرسة السلوكية** بأن الوسواس القهري سببه اشراط كلاسيكي للحصر الراجع للحوادث الحياتية، أما في الإشراف الإجرائي فأن تعلم التخفيض السريع للقلق يعتبر كمعزز إيجابي للحفاظ على الوسواس و الأفعال القهرية. و ترجعه المدرسة المعرفية إلى خلل في اعتقادات المريض وفي مخططاته المعرفية.

5- تشخيص الوسواس القهري: إضافة لما تم تناوله بخصوص اعراضية الوسواس القهري، فإن تناول الموضوعي DSM5، يركز على ضرورة توفر هذه المحكات بخصوص الوسواس و الأفعال القهرية.

أولاً: محكات تشخيص اضطراب الوسواس: أ- يجب أن تتوفر النقاط التالية

- 1- اقتحام أفكار و اندفاعات أو صور ذهنية متكررة و مستمرة و تسبب له القلق و الشعور بالكرب و الضغوط، بحيث لا تتمحور هذه الأفكار حول مشكلات حياتية حقيقية.
 - 2- محاولة الشخص تجاهل أو إيقاف هذه الأفكار أو الاندفاعات و الصور
 - 3- ادراك الفرد بأن الأفكار، الاندفاعات أو الصور الذهنية هي نتاج عقله و ليست مقحمة عليه من الخارج.
- ب- بشرط أن تعوق هذه الوسواس أنشطة هامة في مجالات حياة الفرد الوسوسة (أكثر من ساعة في اليوم).

ثانيا: محكات تشخيص اضطراب الأفعال القهرية: يجب أن تتوفر النقاط الثلاث التالية:

- 1- سلوكيات متكررة أو أفعال متكررة يدفع الفرد إلى تأدية استجابة لوسواس أو إتباعا لقواعد قام بإحداثها يتوجب عليه أن يطبقها.
 - 2- تهدف هذه السلوكيات إلى منع وقوع كرب أو مصيبة له أو لأحد أقربائه.
 - 3- يدرك الفرد أن الأفعال القهرية غير مغفولة و غير واقعية.
 - 4- هذه السلوكيات تعوق حياة الشخص الطبيعية و أدائه في مختلف المجالات المعتادة.
- هناك حالات لا يدرك فيها الفرد بان لديه وسواس قهرية، و يحتمل أن يكون الشخص بذكاء اقل من المتوسط، أو أن الوسواس قد يكون مقدمة للذهان. (DSM5, p.71)

6- علاج الوسواس القهري:

- 1- في الحالات الخطيرة، تعتبر العلاجات الدوائية من الأولويات لأجل تقليص القلق أو مهاجمة الوسواس (مضادات القلق، مضادات الاكتئاب، أو المهدئات العصبية في حالة الطقوس المتفشية).
- 2- التحليل النفسي: النقلة في العلاج التحليلي يخبط بسبب الوسواس و الدفاع ضد التغيير و صلابة الدفاعات. يستدعي هذا العلاج العديد من السنوات قد تصل إلى 20 سنة و غالبا ما تكون فعاليتها ضعيفة.
- 3- علاج الدعم النفسي و تعديل العوامل الاجتماعية و إزالة الصعوبات البيئية التي تزيد من التوتر.
- 4- العلاج السلوكي المعرفي: يعمل على إخفاء العرض بإطفاء السلوكات القهرية بتقنية إزالة الحساسية المنتظم أو بطريقة المواجهة. و يهدف العلاج المعرفي لإعادة النظر في الأفكار اللاعقلانية و استبدالها بأخرى أكثر منطقية لتعديل الوسواس الفكرية. (Fernandez, 2012, p.p.11-12)

المحاضرة العاشرة: الذهان

أولاً : للذهان LA PSYCHOSE

1- تعريف الذهان: بالفرنسية psychosis كلمة مشتقة من اليونانية psyche أي النفس أو الروح، و osis التي تعني الشذوذ. استعمل المصطلح أول مرة من طرف الطبيب النمساوي Ernst von Feuchtersleben في 1845 و يشير الذهان للحالات النفسية المتميزة بتلف عميق للوعي (اضطراب حاد في الهوية) و في علاقته بالواقع. فهو اضطراب عقلي خطير و خلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرب و يعيق نشاطه الاجتماعي. ويشاهد في الذهان الانفصال التام عن الواقع وتشويهه غير أن هناك حالات أين يبقى فيها الذهاني في اتصال مع الواقع الخارجي لكنه اتصال مضطرب، و على العموم فإن الاضطرابات الذهانية يمكنها أن تظهر بطرق مختلفة حسب مختلف الحالات. (Besançon, 1993, p.161) بالإضافة إلى أن الذهاني يكون غير مدرك لعواقب تصرفاته، و لا يدرك بأنه مريض و لا يعترف به لذا يرفض التغيير و أخذ الدواء والعلاج. فالذهان اضطراب عقلي ينسحب فيه فيه المرء، بطريقة ما من عالم الواقع وينشئ عالمه الخاص به « Néo réalité » على حد تعبير بارجوري.

2- تصنيف الذهان: يصنف الذهان كما جاء في (الخالدي، 2006، ص.ص. 306-308) إلى :

1- الذهان العضوي: أسبابه عضوية يتعلق بحدوث تلف في الجهاز العصبي و وظائفه كذهان الشيخوخة الراجع لاضمحلال الجهاز العصبي، و لتغيرات كيميائية، والذهان الناجم عن اضطراب الغدد الصماء أو الإصابة بالأورام المخية، عدوى المخ (مرض الزهري)، .

2- الذهان الوظيفي: أي نفسي المنشأ وهو مرض عقلي لا يرجع إلي سبب عضوي و إنما لأسباب نفسية تكون بمثابة عوامل مفجرة لمن يحمل الاستعدادية في بناءه النفسي.

• أما في التصنيفات الدولية، فقد أدرج الذهان في خانة الذهان و الحالات الذهانية في (CIM 10) فنجد: ذهان الهوس الاكتئابي، الفصامات المزمنة، الهذيان المزمنة، الذهان الناتجة عن تناول الكحول. أما في DSM فتدرج الاضطرابات الفصامية، الاضطرابات البارنوية، و اضطرابات لا نجد لها تصنيفا في دليل آخر. (Fernandez, 2012, p.13)

3- مدى انتشار الذهان:

تعتبر الإصابات الذهانية محدودة بنسبة 3% ، حيث أن انتشاره يكون اقل من العصابات، والذهان يحدث عموما في منتصف العمر وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض الأمراض العقلية هو 44 سنة، غير أن بداية الفصام تظهر مبكرة في مرحلة المراهقة، في حين يظهر ذهان ذهان الشيخوخة متأخرا في مرحلة الشيخوخة، و حسب الدراسات الابداعية، فإن الذهان يصيب فئة الذكور أكثر من الإناث، وهو أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية العليا.

4- خصائص الشخصية الذهانية:

يتميز أصحاب الأمراض الذهانية كما أوضحها (الدوسراي، 2006) بتفكك في الشخصية إذ تنتشوه وتفقد وتفقد تكاملها، ويحدث تغير جذري عما كان عليه سابقا، تتحطم دفعاته النفسية وتضعف عمليات الكبت والمقاومة ويضطرب الأنا ويتقبل الدوافع البدائية المكبوتة دون نقد كالدوافع الجنسية أو العدوانية التي تنطلق تنطلق انطلاقا خاليا من الضبط فتظهر على حقيقتها للعيان، ففيه بروز تام للهو دون مقاومة و ضبط للانا الأعلى، فيظهر الهو المسيطر على الجهاز النفسي و غياب استعمال الآليات الدفاعية. ويلاحظ النكوص الشديد بأشكاله الثلاث (الموقعي، الزمني، الشكلي) الذي قد يصل إلى المستوى الطفلي أو البدائي، يظهر الانسحاب من العلاقات الاجتماعية، و يبدو السلوك العام للمريض غريبا، شاذا، بدائيا و مضطربا بشكل واضح ، عدم مسايرة المعايير الاجتماعية، عدم شعور المريض بمرضه وعدم اعترافه به ولا يرغب في تغير حالته و لا يكون متعاوناً ولا يهتم المريض بنفسه ولا بيئته ويتدهور مظهره العام .

5- أسباب الذهان:

تظهر بعض الإشارات الذهانية أن سبب الذهان يرجع لمزيج من العوامل البيولوجية و البيئية و التي تكون أساس الهشاشة لتطوير الاضطراب الذهاني خلال المراهقة وبداية سن الرشد. و غالبا ما تظهر هذه الأعراض كاستجابة لحالة من الاجهاد النفسي، أو للإفراط في تناول المخدرات أو تغيير إطار المجال الحياتي عند أشخاص خلال الحلقة الأولى من الذهان (épisode psychotique) و تشير إلى المرحلة الأولى التي تظهر فيها الأعراض الذهانية لدى شخص ما. (Besson, 2004, p.13) و يرى هذا الأخير بضرورة إجراء فحوصات طبية معمقة وشاملة لأجل استبعاد احتمالية الإصابة الجسدية و إجراء تشخيص دقيق قدر الإمكان من خلال الفحوص المخبرية و إجراء تقييم شامل من طرف الطبيب العقلي. و على كل يمكن إدراج أسباب الذهان في:

- العامل الوراثي كأرضية استعدادية إذا توفرت العوامل البيئية المسببة للذهان.
- العوامل العصبية التسممية و الالتهابات المخية ...
- المشكلات الانفعالية والصدمات النفسية المبكرة .
- تناول بعض المواد كالمخدرات أو الكحول، تناول الامفيتامينات غير المشروعة و المهلوسات (ecstasy)
- عدم قدرة الفرد على تقبل و تجاوز الصراعات النفسية و الإحباطات والتوترات النفسية.
- اضطراب العلاقات المهنية و الاجتماعية.
- العوامل البيئية و الاجهاد الاجتماعي أو الفيزيولوجي الذي من شأنه تسريع ظهور الاضطراب.
- أساليب النشأة الاجتماعية الخاطئة السائدة في الأسرة و انعدام الأمن .
- الحماية المفرطة ما لا يدع للفرد إمكانية لاكتساب مهارات و استراتيجيات لمواجهة مشاكل الحياة.

6- النظريات المفسرة للذهان

تعددت النظريات المفسرة لنشأة الاضطرابات الذهانية (العقلية)، و تأتي العوامل الوراثية، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، العوامل النفسية، العلاقات الاسرية،... كعوامل مشجعة على ظهور الاضطراب، و فيما يلي تفصيل ذلك:

6-1- النظريات الوراثية:

تشير نتائج الدراسات الأسرية و الدراسات التي أقيمت على توائم حقيقية و كذا دراسات التبني التي صممت لاختبار الفرض الوراثي بأن الذهان ذات أساس وراثي فالعوامل الوراثية تجعل الفرد حاملا للاستعدادية للوقوع في المرض. فبعض أنماط الأمراض الذهانية يمكنها أن تكون وراثية كـ بعض أشكال الفصام. كما أن الأقارب البيولوجيون لهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الفصامية مقارنة بعامة الناس. (Ibid) و تعتبر درجة القرابة الوراثية للمريض الفصامي كمنبئ قوي لخطر تعرض احد أقربائه للإصابة بالاضطرابات الذهانية خاصة العضوية منها. و أفادت دراسة التوائم أن نسبة الإصابة لدى التوائم الحقيقية تصل إلى 40%، كما أن الإصابة تكون بنسبة أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس. (محمد عبد ، 2006، ص.130)

6-2- النظريات النورولوجية و البيوكيميائية:

ترتبط أسباب الذهان العضوي عادة في اضطرابات التمثيل الغذائي (الايض)، نقص الفيتامينات و أمراض الغدد الصماء، و نقص الأوكسجين في الدم. (الخالدي، 2006، ص.306). كما تتحدد كما جاء في (محمد عبد ، 2006، ص.130) بوظائف خلايا المخ كأورام المخ، عدم التوازن في سوائل الجسم والايونات. كما يؤدي ترسب الدهون على جدران الشرايين الدماغية إلى اضطراب وظائف خلايا الدماغ. و أثبتت دراسات بأن ضمور في الدماغ واتساع بطيناته بالخصوص البطين الثالث يؤدي إلى الأعراض المزمنة لمرض الفصام. كما أن تشوها في المخ و بالخصوص في النظام الكيميائي للنواقل العصبية المرتبطة المرتبطة بالدوبامين والنورادرينالين تؤثر على مسار التذبذبات الكهربائية ما يؤدي لظهور الاضطرابات، و أن الفصام يقترب بالنشاط الزائد لأجزاء المخ التي تستخدم الدوبامين كناقل عصبي. و أظهرت العقاقير المضادة للذهان فعاليتها في مقاومة الأعراض الفصامية من خلال التقليل من هذا نشاط. إضافة لظهور العلاقة بين بعض الإنزيمات ومجموع الأحماض الدهنية في ظهور بعض أنواع الاضطرابات الذهانية. (Besson, 2004,16)

6-3- النظريات النفسية:

6-3-1- الذهان حسب مدرسة التحليل النفسي:

يعتبر Emil Kraepelin مؤسس الطب العقلي الحديث. و قام بتحديد الإطار النرويجي للذهانات المزمنة و ميز بين وحدتين مرضيتين: الذهان الهوسية-الاكتئابية و العته المبكر. و قام فرويد في 1894 باستعادة المفهوم بما يحمله من معاني الهذيان و الهلوس.

و حسب وجهة النظر التحليلية، فإن اعراض الذهان بما فيها الهذيان هي محاولات بناء علاقة مع الواقع، و هذه العلاقة الجديدة التي يتبناها الفرد مرضية و لكنها ضرورية للشخص و تتم بطريقة لا شعورية. و كان كان فرويد يرى بأن الاضطرابات الذهانية كالفصام مثلا عبارة صورة من صور النكوص فأنا الذهاني لا تكون قوية بالدرجة التي تسمح بالتعامل بنجاح مع متطلبات الهو أو الأنا الأعلى، فيحدث نكوص للمرحلة الفمية المبكرة ، أي مرحلة التجزئة و المرحلة التلاحمية التي لم تتوحد فيها الذات بعد، و كل ما هو خارجي خارجي يعتبره امتداد لذاته، ما يؤدي لعدم اعترافه بالواقع. (Roudinesco et Plon, 2011, p.1255)

6-3-2- الذهان في التفسير السيكيوياتونوشيوي:

في هذا النموذج من التفسير، فإن الأمراض العقلية غير العضوية ترجع إلى البنية الذهانية و تطورها. تطورها. فهي ذات العلاقة بمراحل نمو الفرد التي تحدث فيها أزمات نفسية بين الذات، النزوة و الموضوع. الموضوع. فيوقف النمو بسبب الإحباط الامومي و يحصل التثبيت في المرحلة الفمية أو المرحلة الأولى من من الشرجية. يكون الأنا غير منظم و لم يصل بعد إلى المرحلة الموضوعية و لا يصل إلى البعد الجنسي، و إن اختبرها فهي لا تنتظم كما هو الحال عند العصابي. و يتطرق Bergeret إلى مرحلة تكوين البنية الذهانية و يرى بأنها تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفسجسدي. يكون مستوى نكوص الليبيدو الليبيدو و الأنا إلى المرحلة فمية؛ أي مرحلة اللاتمايز أو التمايز البدائي، نوع القلق هو قلق التجزئة و/ أو الانفجار، العلاقة بالموضوع تكون امتزاجية، التحامية مع الأم، أين يكون ثدي الأم كامتداد له، الأب يكون مغيب جسديا و نفسيا. أما طبيعة الصراع فتكون في الهو مع الواقع، و تتمثل الآليات الدفاعية الأساسية في إنكار الواقع، التماهي الاسقاطي، ازدواجية الانا، الانشطار(انشطار الأنا و انشطار الموضوع) ، الإسقاط. و في مرحلة النكوص، يحدث توقف للتطور البنيوي. ثم و في مرحلة المراهقة؛ فإنه كما هو الحال لدى اغلب الحالات فإن الانا ما قبل منظم على نحو ذهاني يستمر في تطوره ضمن الخط الذهاني التي يتواجد بها. ثم ينتظم بطريقة نهائية على شكل بنية ذهانية حقيقية و ثابتة، غير أن المراهق قد تتوفر لديه فرصة لأن يتطور نموه نحو الخط العصابي إن وجد ما يدعمه. و إلا فإن تنظيمه النهائي يكون على شكل بنية ذهانية. (Fernandez, 2012, p.13)

6-4- الذهان في تناول المعرفي:

تكون اعتقادات الذهانيين مبنية على أساس مخططات معرفية مضطربة و خاطئة، و يكون محتوى هذه المخططات مستوحى من المجال العلائقي المضطرب. تكون معتقداتهم بأن العالم لم يكن و لم يخلق من اجلهم و أنهم وحيدون لا يملكون أي مكان في هذا العالم، يشعرون بالتهديد و الاضطهاد. و أضاف Krapline بأن الذهانيون يعانون من عجز وظيفة الانتباه. و على العموم، فقد وجهت العديد من الانتقادات لتفسير المدرسة المعرفية للذهانات و ظهرت عدة ثغرات في تفسيراتهم كما ذهب إليه (jeffrey & al, 2009, p. 204)

6-5- تناول الموضوعي للذهان:

يتحدث التصنيف العالمي عن الاضطرابات الذهانية بوصفها كمجموعة من الأعراض، تتنوع حسب الاضطراب و الأعراضية، و على العموم فان الاضطرابات الذهانية ترتبط بوجود الهذات و الهالوس التي يمكنها أن تظهر في ظروف مختلفة. و يمكن تمييز الهذات الحادة و الهذات المزمنة.

7- أعراض الذهان:

يظهر الذهان من خلال بعض التعديلات المعقدة عامة في المزاج و على مستوى الفكر و السلوكات يلخصها (Besson, 2004, p.p.7-9) في:

- **الأعراض المعجلة** تشمل: التغيرات في المزاج و في عادات النوم و الشهية للأكل، فقدان الطاقة أو الدافعية، انعزال، صعوبات في التركيز، فقدان الذاكرة، و مشاكل في المدرسة أو العمل.
- **الأعراض الخاصة:** تشوش في الإدراك و الهالوس سمعية أو بصرية...، اعتقادات و أحكام غريبة و غير مبررة؛ هذات. كما يظهر تفكيره مضطرب يظهر فيه الارتباك و الغموض، و سلوكات عجيبة و شاذة.

إضافة إلى أعراض أخرى كما أشارت إليه (Fernandez) 2012 تتمثل في:

- اضطراب النشاط الحركي: فتظهر لديه زيادة في النشاط والهيلاج وعدم الاستقرار أو على العكس من ذلك تقريط في الإنتاج الحركي.
- إنتاج لغوي مضطرب من ناحية الكم أو المحتوى يظهر فيه عدم اتساق حديثه و عدم ترابطه و تسلسله. و استعمال لغة جديدة خاصة به راجعة للنكوص إلى مراحل اللغة الطفلية المبكرة.
- اضطراب القدرات العقلية اضطرابا واضح كالإدراك ، الفهم و التفكير و عدم الترابط بين الأفكار و غياب المنطق عامة.
- سوء التوافق النفسي و الاجتماعي والمهني.
- الانعزال و عدم الرغبة في التواصل الاجتماعي.
- نقص الإرادة وعدم القدرة على اتخاذ القرارات و تحمل المسؤوليات.
- فقدان الوعي بالمكان والزمان وعجزه عن رعايته لذاته و وجود احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره.
- الفتور الوجداني و عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات. العواطف المتناقضة. عدم اتساق الأفكار مع الانفعالات. فإما أن تظهر برودة شديدة في الانفعالات (التخدر الانفعالي) أو على العكس من ذلك كما في حالات ذهان الهوس و الاكتئاب
- يظهر لديه تفكك في الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.
- ظهور الهالوس و الهذات كأعراض أساسية في الهذات. يشير الهذات أو الهذات إلى اختلاق قصص لا أساس لها من المنطق، أما الهالوس فهي إدراك أشياء لا وجود لها وتظهر على عدة أشكال فنجد فيها الهالوس السمعية، الشمية، بصرية، لمسية، تذوقية.
- عدم اعتراف المريض بمرضه (Ausognosie)

8- مآل الذهان الوظيفي:

يظهر الذهان عامة عند الرجال في سن ما بين 15 إلى 30 سنة و عند النساء من 18 إلى 35 سنة. مع الإشارة إلى أن 4 إلى 5% من الشباب سيعيشون حلقة ذهانية في مرحلة ما من حياتهم، غير أن أكثرهم يؤولون إلى الشفاء التام. بصفة عامة، فإن مآل الذهان الوظيفي أفضل من مآل الذهان العضوي خاصة أن تم التكفل المبكر بالحالات التي تظهر عليها الأعراض حيث يظهر التحسن أو الشفاء قد تصل نسبتها إلى أكثر من 85% من المرضى. و يعتبر التعاون الذي يبديه المريض و تعاون الأهل في العملية العلاجية من العوامل المساعدة على العلاج، مع التأكيد على متابعة الحالة بصفة دورية ومستمرة من طرف الاختصاصيين. (Besson, 2004, p.15)

المحاضرة الحادية عشر : الاضطرابات الذهانية

تنقسم الذهانات إلى ذهانات حادة و أخرى مزمنة، و تدرجت كل واحدة منها مجموعة من الاضطرابات الذهانية. و تفصيل ذلك ما يأتي:

1- الذهانات الحادة les psychoses aiguës

تمتاز بالظهور مباغت و المفاجئ، و حلها يكون سريعا نوعا ما، مع رجوع إلى التوظيف النفسي السابق الذي يفترض إلا يكون ذهاني (فهي تظهر بسرعة و تختفي بسرعة). و يمكن للعوامل النفسية الوراثية (الانفعالات، الصدمات النفسية) أو العضوية (الانتانات، الإدمان...) أن تعمل على نفخات ذهانية bouffée délirante، خلط عقلي، أو أن تؤدي إلى حالات من الهوس أو من الملونخوليا العابرة. و قد تكون بعض حالات الذهانات الحادة كمؤشر أولي وحالة منبهة بظهور صريح لاضطرابات ذهانية مزمنة لاحقا. و نمر بالتالي من إطار الذهانات الحادة إلى الذهانات المزمنة أين تحاك المراحل بسيرورات بسيرورات حادة باستمرار.

و لا تفترض الذهانات الحادة وجود تنظيمات ذهانية لشخصية الفرد . (Besançon, 1993, p.162)

2- الذهانات المزمنة les psychoses chroniques

تمثل ازمان مرتبط بتنظيم ذهاني مسبق للشخصية. و تكون اضطرابات الهوية في هذه الحالة حادة، عميقة و دائم. تشير إلى وجود خلل كبير في المراحل المبكرة للنمو النفسي الوجداني للفرد. و عليه، فإن الأشخاص الذين لديهم خلل عميق في سيرورة هويتهم و بناءهم النفسي بتنظيم قبل تناسلي يكونون عاجلا أو آجلا عرضة للغمر النزوي مع عدم القدرة على المواجهة متطلبات الواقع. ما يؤدي إلى الذهاني، يكون شاهدا على الدخول في الذهان المزمع مع اضطرابات خطيرة و تشكيل هذيان لواقع جديد .

و في الجدول الموالي تلخيص لتصنيف الذهانات حسب التناول الموضوعي:

I. الذهانات الحادة: PSYCHOSES AIGUËS

- هجمات هذيانية متعددة الأشكال، أو ذهانات هذائية حادة. Psychoses délirantes aiguës
- خلط عقلي. confusion mentale
- هوس. manie
- ملونخوليا mélancolie

II. الذهانات المزمنة: PSYCHOSES CHRONIQUES

1- الفصام schizophrénie

- الأشكال البسيطة. Forme simple

- الشكل الهيبفريني. Forme hébéphrénique
- الشكل الهيبفري-كاتاتوني Forme hébéphréno-catatonique
- الشكل الباراني forme paranoïde
- الشكل الفصامو-عصابي. Forme schizo-névrotique
- الشكل الفصامو-وجداني. Forme schizo-affective
- الفصام الهيبفريني héboïdophrénie
- 2- **الذهانات الهذائية المزمنة** psychoses délirantes chroniques
- ★ **ذهان هذائي مزمن منتظم أو الباراني** (la psychoses délirantes chroniques systématisées paranoïa)
- هذيان اضطهادي delire de perscution
- هذات عاطفية délires passionnels
- هذات ادعائية délires de revendication
- هذات الغيرة délires de jalousie
- هذات هوسية جنسية délires érotomaniaque
- هذات التأويل délires d'interpretation
- هذيان حسي للعلاقة delire sensitif de relation
- ★ **ذهان هذائي مزمن غير منتظم** psychoses délirantes chroniques non systématisées
- **ذهان هلوسي مزمن** la psychose hallucinatoire chronique
- **هذانات الوهم، البارافرينيا أو هذانات التخيل.** Les paraphrénies
- 3- **الذهانات الوجدانية أو الذهان الهوسي-الاكتنابي**
- psychoses affectives ou psychoses maniaco-dépressives (PMD)
- 4- **الاضطرابات الذهانية المزمنة الثانوية المرتبطة بالاختلالات العضوية.** (خرف الشيخوخة، فصام الكحول...)
- troubles psychotiques chroniques secondaires

3- مختلف الاضطرابات الذهانية الحادة و المزمنة:

3-1- **الذهانات الحادة:** تتميز الذهانات الحادة بمدتها، و التي يجب أن تكون اقل من 6 أشهر، و

أيضا بوجود عناصر هذائية مرفقة باضطرابات سلوكية. إشارات مزاجية و معرفية. و تمثل استعجالا طبيا يستدعي في أغلب الحالات إيداع المريض بمستشفى الأمراض العقلية. إن ظهر مال المرض جيدا نوعا ما، يختلف مال الذهان الحاد على المدى الطويل. و يندرج ضمن الطعانات الحادة مايلي.

1- **الهجمات الهذائية متعددة الأشكال (B.D.P)، أو ذهانات هذائية حادة (P.D.A) :** عبارة عن حالة

عابرة يمتاز بالظهور المفاجئ لهذانات حادة و بمظهر مثير، و هو متعدد الأشكال في مواضيعه و آلياته

آلياته مع خلل بنائي في الوعي و يظهر تنوع كبير عند نفس المريض. يرافق هذه الهذيان انفصال للشخصية دون أن يفقد المريض ارتباطه بالواقع. و يظهر عادة عند فئة 20-30 سنة.

يتم التعافي من هذه الهجمات بسرعة (تدوم الهجمة أيام أو أسابيع قليلة)، و قد تكون منبئة لظهور ذهان مزمن فصامية خاصة (15% من الحالات) أو إلى ذهان الهوس الاكتئابي (45% من الحالات)، في حين يتعافى (40% من الحالات). (Besançon, 1993, p.167)

2- ذهانات النفاس psychoses puerpérales: عبارة عن ذهان هذائي حاد يظهر بعد الولادة لدى المرأة مباشرة، أو قد يمتد ظهوره إلى عدد من الأسابيع بعد الولادة، كما قد يظهر عند الفطام. و غالبا ما يسبق هذا الذهان حالة من الحصر مع اعراضية بمظهر عصابي (فوبية أو وسواسية) و خلط عقلي بشدة متفاوتة. ترتبط الأفكار الهذائية بالولادة (لم تلد بعد) أو بالمولود (موت الطفل، تشوّه أو أن المولود ليس ابنها). يكون المزاج متقلب بطريقة خطيرة و يتجه نحو الميلونخوليا، قلق عارم و اللامبالاة نحو المولود و رفضه، و إن حدث إرغام للاهتمام بطفلها، فإن العلاقة تكون بطريقة اوتوماتيكية. نسبة نجاح العلاج في هذه الحالات مرتفعة (عند أغلبية الحالات). يمكن أن تحدث انتكاسات في حالة الحمل الجديد، غير أن ذلك لا يشكل قاعدة لدى كل الحالات. و كما هو الحال بالنسبة لكل الذهانات الهذائية الحادة، فإن ذهان النفاس يمكنه أن يؤول إلى الفصام أو إلى ذهان الهوس الاكتئابي. (Besançon, 1993, p.p.168-169)

3- الخلط العقلي: تظهر بحدة و غالبا ما تكون عابرة. تمتاز بتغيم في الوعي، و هذيان حلمي، غالبا ما تكون البداية بظهور الأرق، صداع، اضطراب المزاج و الطبع، و تناذر انفصام الشخصية. ثم يأتي الخلط العقلي بحدوث اعتلال في الوعي بداية، ثم فقدان التوجه الزماني-المكاني، اضطرابات الذاكرة، اضطرابات الانتباه و كل الوظائف العقلية (التحليل، التركيب، الحكم)، يكون الهذيان من النمط الهلوسي بمظهر حلمي (صور مخيفة و شنيعة، أو في حالات شاذة جنسية شهوانية أو روحانية). يتعافى المريض بسرعة نوعا ما لدى أغلبية الحالات إن لم ترافق امراضية مزمنة (خرف). و قد تؤدي إلى الموت في الحالات الحادة، أو في حالات الاشكال الاعراضية لاصابة خطيرة. (Ibid, p. 171)

4- الهوس الحاد: عبارة عن جدول عيادي تظهر فيه الإثارة النفسية و الحركية لدى المريض مع حماسة في المزاج، و غالبا ما تكون البداية مباغتة، لكن قد تسبقها مرحلة اكتئابية أو على العكس من ذلك مرحلة من الإثارة الانفعالية، يشعر الفرد بغمر لأحاسيس الراحة و مزاج متفتح و فرح، نشوة و تمركز نحو الذات، لكن سرعان ما تنقلب إلى عدوانية. اثارته النفسية تترجم على المستوى السلوكي بتعدد المشاريع، استثارة حركية كبيرة زنتاول مفرط للمنشاطات (الشاي، القهوة، التبغ، الكحول...)، نشاط جنسي جامح و أرق شديد.

يظهر الهوس الحاد إما على شكل هوس خفيف (hypomanie) ، أو هوس هذائي بوجود أفكار هذيانية أو هلوسية، هياج هوسي (fureur maniaque) ، هوس خلطي، حالات مختلطة يتشابه فيها الهوس و الميلونخوليا، أو هوس غير نمطي (manie atypique)

يتعافى الفرد جيدا و بسرعة بفضل التكتلات العلاجية الحديثة. غير أن أغلبية حالات الهوس تندرج في إطار ذهانات الهوس الاكتئابي أو الفصامات لاسيما الفصام الاكتئابي (schizophrénie dysthymique) كما قد تنتهي الحالة الهوسية بالانقلاب إلى الضد بمزاج اكتئابي خاصة في حالات (PMD). و في الأخير قد تختفي حالة الهوس و تظهر بدلا عنها اضطرابات التفكير و يأخذ المآل مجرى ذهان فصامي. (Besançon, 1993, p.173)

تظهر الحالات الهوسية عند تطور ذهانات الهوس الاكتئابي في تناوبها مع نوبات الميلونخوليا، كما قد تظهر تظهر في بداية أو أثناء تطور الفصام. كما تأتي بعض الهجمات الهذيانة متعددة الأشكال مصبوغة بحالة هوسية. و قد ترافق هذه الأخيرة الاضطرابات العابرة عند المسنين (اضطرابات الشريانية الدماغية مثلا)، و يمكنها أن تشير إلى الدخول في خرف الشيخوخة. و يمكن لعدد من الإصابات المرتبطة بتناول المواد السامة (مخدرات، كحول، أدوية)، الأمراض المعدية، الصدمات، الأورام، الأمراض الغددية أن ترافقها اضطرابات من النمط الهوسي.

يستدعي علاج حالات الهوس إلى الاستشفاء لأجل حمايته أو حماية الآخر مما يمكن أن ينجم من سلوكيات قد تشكل خطرا عليه أو على غيره (عنف، تبديد الأموال، فضائح، فسوق...) إذ يساعد عزل المريض و توفير نوع من الهدوء له بإعادة تقويم سلوكياته المنفتحة. و لا يمكن للتكفل النفسي أن ينجح إلى بعد خروج المريض من الحالة الهوسية إذ يصبح تناول الدوائي (أملاح الليثيوم) ضروري قبل ذلك.

5- الميلونخوليا: هي حالات ذهانية حادة تتميز باكتئاب شديد أين يهيمن الكف الحركي و النفسي، ألم أخلاقي حاد، قلق شديد، أفكار الموت مع خطر مرتفع للانتحار. (Ibid, p.p. 173-174)

2-3- الذهانات المزمنة:

1- الفصام: مرض عقلي حاد و مزمن، يصنف ضمن الاضطرابات الذهانية، و يرجع تسمية الفصام في الأصل إلى " اوجين بلوير " Eugen Bleuler سنة 1908. أصل المصطلح « schizophrénie » من اليونانية و يتكون من مقطعين: (schizein) تعني الانقسام و (phrèn) العقل. يظهر الفصام عادة في بداية سن الرشد و تمس 1% من المجتمع. و يعتبر الفصام حالة مرضية متعددة الأسباب تتفاقم فيها العوامل الوراثية والكيميائية، والنفسية والاجتماعية. وقد تظهر مجتمعة. (الخالدي، مرجع سابق، ص. 362)

و كباقي الذهانات، فإن الفصام يتظاهر بفقدان الصلة بالواقع الخارجي و عدم الاعتراف بمرضه anosognosie ما يصعب من تقبل المريض لتشخيص مرضه و علاجه. و تعتبر الهلاوس و الهذيانات من الأعراض الأساسية له. و عادة ما يشعر الفصامي انه مراقب من طرف قوة خارجية، و بأنه لا يتحكم في أفكاره و بأنه مستهدف بمؤامرة تحاك ضده. وغالبا ما يرافق ذلك اختلال عميق في الوظائف المعرفية فيتأثر تفكيره الذي يصبح غير سليم و تبريره غير منطقي، معتقداته خاطئة و كلامه مشوش دون رابط. كما

كما يعاني من اضطرابات اجتماعية، فقدان الاهتمام بالنظافة الذاتية و عدم الضبط الانفعالي و عدم القدرة على تسطير الأهداف أو انجازها.

1-1 تناذر أعراض الفصام الأساسية: يمكن إدراجها تحت:

أ- تناذر التفكك النفسي و التي تترجم بفقدان القدرة على ربط الافكار بعضها ببعض، و عدم الانسجام في سياق الفكر:

- discordance: عدم التماثل بين القول و رد الفعل؛ فيضحك عند حديثه عن شيء حزين مثلا ،

- ambivalence : التناقض داخليا و خارجيا ،

- bizzarerie: الإحساس بالغربة و عدم القدرة على فهم طريقة ادراكهم للعالم من حولهم ،

- impenetrabilité: الغموض و اللااختراقية بحيث لا يمكننا الدخول في طريقة استدلالهم أو المنطق الذي يتعاملون به، و لا يمكننا التنبؤ بما سيقومون به،

- indifférence affective : اللامبالاة العاطفية،

- attitude de negativisme: موقف السلبية ليس كرفض ارادي مرغوب، بل لا يهتم بالتواصل.

ب- الذاتية أو التوحد: التوقع حول الذات، فقدان التواصل مع العالم الخارجي، سحب الاستثمار الليبيدي الموضوعي: في المقابل زيادة في الاستثمار العاطفي.

ج- الكاتاتونيا: يعبر عنها على مستوى الموقف البدني، غالبا ما يظهر كف حركي و الذي يمكنه أن يجمد أو يحجر الفرد (كالتمثال). اضطراب في القوة العضلية، الاحتفاظ بالوضعيات التي تملأ عليه، و إن قام بالحركة فستكون برتابة (steréotypie: حركات يعيدها بدون توقف)، كما قد تأتي على شكل رتابة لفظية تظهر بشكل غير متوقع، ليست كاستجابات أو ردود فعلية، بل كالفاظ مخزنة فقط.

د- الهذاء البارانوني: يتميز بعد انسجامه و بالضبابية، هذيان يمكن للعديد من المواضيع أن تتقاطع فيه.

يتطور الفصام في الغالب بين 15 - 25 سنة، المرحلة التي يتطور فيها السلوك الاجتماعي للفرد، و يظهر بنسبة 40% عند الرجال و 23% عند النساء قبل بلوغهم 19 سنة. (Cullen et al, 2008) و تعتبر الاضطرابات المعرفية أولى الأعراض التي تظهر منبهة بظهور الفصام. و قد يبدأ الاضطراب بإحدى الأصناف الأربعة التالية:

- بداية تدريجية : يبدأ الاضطراب بوتيرة بطيئة، ينسحب المراهق أو الشاب عن محيطه العاطفي، يحدث الانعزال، و تدني في النتائج الدراسية، دون أن تعي الأسرة ما يحدث مع ابنها.

- بداية شبه عصابية: يبدأ تقريبا مثل اضطراب عصابي و لكن بأعراض غير نمطية، و يتشكل لديه انطباع بالغربة.

- بداية حادة: أعراضية مثيرة، غالبا ما تأتي على شكل هجمات هذيانية، و يمكنها أن تتميز باكتئاب غير نمطي، و يمكنها أن تبدأ بحالات من التهيج و العدوانية...

- بداية أحادية العرض: ظهور عرض غير متوقع، غالبا ما يظهر المرور إلى الفعل (كقتل الأم مثلا)، حيث كشف هذا الفعل عن الذهان.

و من أهم أشكال الفصام نجد:

- الفصام البسيط: يبدأ بصورة تدريجية، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة، ولا يعاني من الهلوس والضلالات، وعرضه الرئيسي، انزواء المريض وابتعاده عن المواقف الاجتماعية والعمل.

- الفصام الهيفيريني: جنون الشباب، ينطبق عند فصامين يظهر لديهم تناذر الذاتية (التوحد) و التفكك. الفصام الهيفيري-كاتاتون: إضافة للتفكك و التوحد نجد لديهم أيضا الكاتاتونيا (التخشب).

- الفصام البارانوي: تظهر فيه الهذات و تفكك

للإشارة: المريض الواحد قد تتغير لديه أشكال الفصام طوال حياته، و يتغير الجدول العيادي له تبعا لذلك.

1-2- علاج الفصام : تعالج الفصامات عن طريق تناول الأدوية المضادة للذهان (neuroleptiques)، و يمكن في الحالات القصوى حجز المريض في المستشفى، يبقى أن بعض إشكال التكفل النفسي و البحث عن طرق وأساليب التأهيل المختلفة و تقديم الدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية التي يلقاها المريض كفيلة بان تحدث تحسن ملحوظ لدى المرضى الفصامي.

2- الذهانات الهذائية المزمنة: و نجد فيه

أ- ذهان هذائي مزمن منتظم: الهذاء البرانوي أو البرانوي، يظهر متأخرا، أول عرض بعد 40 سنة، هذات تتمحور حول نفس الفكرة أو الموضوع الهذائي، لا تظهر فيه الهلوس، العرض الرئيسي لها هو الشك و الريبة و بناء الشخصية لدى المصاب بالبارانويا مازال متماسكا و منظما نسبيا ، كما أن اتصاله بالواقع مازال جيدا فيما عدا ما يبدو لديه من هذات محبوكة التنظيم . و تتسم هذات المريض بالمنطق و لكنه منطق لا يقوم على أساس صحيح حتى انه إذا كانت المقدمات الأساسية مقبولة فان جميع التفكير المبني عليها يكون معقولا. و لكن المقدمات الأساسية تكون عادة هذائية ذات طبيعة اضطهادية و مصحوبة بأفكار العظمة أحيانا.

و رغم أن الشخصية تبدو متماسكة نسبيا، فان تنظيم الشخصية قد يضطرب في حالات اخرى حتى تفقد الشخصية تكاملها ، و قد يتفاقم الاضطراب و يزداد عنفا كما في حالات الفصام البارانويدي .

و أكثر الذهانات البرانوية انتشارا نجد:

- **الهذيان الاضطهادي:** يشعر الفرد بأنه مضطهد من خلال ما يسنده من تأويلات خاطئة كأن يعتقد المريض أن أحد الناس ينوي قتله و يدير له مكيدة و تكون استجابته لهذه الشكوك بالعدوانية نحو المضطهد، أو باستجابات تدميرية نحو الذات كالانتحار، و من كثرة شعوره بالاضطهاد يصبح هو بدوره مضطهدا لمحيطه (مضطهد/ مضطهد).

- **توهم العظمة:** يعتقد أنه عظيم، مبدع، و له قوة خارقة. وان العالم يدور حوله .

- هذيان الغيرة: يتوهم بخيانة الآخر.

- توهم المرض: يتوهم أنه مصاب بمرض عضال غير قابل للشفاء بالرغم من سلامته.

- هذيان التأويل: بان أقوال الآخرين تستهدفه و ذلك للنيل منه و تشويه صورته أمام الآخرين .

- هذات هوسية جنسية: توهم هذائي بأنه محبوب، كان يعتقد المريض أن أحد أفراد الجنس الآخر في مركز غني يحبه و يرسل له رسائل سرية عن طريق الراديو و على المسرح وفي السينما و التلفزيون وفي الجرائد والمجلات. ويكتب له خطابات غرامية مطولة .وقد يظهر في شكل الشك في الخيانة الزوجية وقد يظهر في شكل الهوس الجنسي .

- هذات ادعائية: يصير المريض عل الحقوق والمطالبة بها ويحب المشاكل والشكاوي القانونية والقضايا والعناد والخصام ومحاولة تخطي الآخرين قد يتحول إلى سلوك عدواني شعر بالرفض.

ب- ذهان هذائي مزمن غير منتظم: أما أن تظهر مرفوقة بتطور العجز أو عدم تطوره

- في حالة تطور العجز؛ لا يظهر ارتباط للأفكار في الهذيان، و كأنه حدث تعديل في المهارات الفكرية، و نجد ضمن ذلك الهذيان البارانوي أين يكون الهذيان غير منسجم و الذي يظهر في الفصام.

- في حالة عدم تطور العجز؛ أين تظهر الهذيان دون فقدان للمهارات الفكرية. و يندرج ضمنه نوعين من الفصامات: الفصامات الهلوسية المزمنة و البرافرينيا.

3-3- الذهان الهوسي - الاكتابي: (اضطرابات ثنائية القطب (troubles bipolaires):

حسب (Pedinielli et Gimenez (2003 فإن مفهوم الذهان هنا لا يرجع للبنية و لكن إلى حدة الحلقة الاكتئابية التي تتقاطع أو لا بفترات من تراجع المرض و الرجوع إلى الحالة العادية. و على كل فان المريض يحافظ على ترابط الأفكار، إذ يظهر لدى الشخص الواحد اضطرابات ذهانية حادة ثم التحرر من الاضطراب، و يظهر مرحلة من الإثارة (الهوس: manie) و مرحلة اكتئابية (ملينخوليا: mélancolie) ، و يمكن أن نميز الشكل ثنائي القطب (تناوب الهوس- الميلونخوليا) أو الشكل أحادي القطب (تتابع هوسي أو ميلونخولي)

أ- الهوس: حالة من الإثارة بمدة زمنية محددة (بين 1-3 أسابيع)، يتمثل في اضطراب للمزاج يظهر فيه الغبطة الابتهاج و النشوة (euphorie)، اضطراب نفسي-حركي و فيه تظهر الإثارة و عدم الاتزان، اضطرابات نفسية تظهر فيه الإثارة و تسارع مسار التفكير (tachypsychie)، الأرق و الغياب التام للشعور بالتعب.

ب- الميلونخوليا: يتمثل في اضطراب المزاج يظهر فيه اكتئاب حاد، حزن شديد و خطر جسيم للقيام بالانتحار، اضطرابات نفسية- حركية تتمثل في الجمود و الصمت، اضطرابات نفسية (bradypsychie) و فيه: الكف، الرغبة في الموت، أفكار هذيانية، شعور بالذنب، إحساس بالدناءة و الحقارة، الإحساس بالعضالية أو عدم القابلية للشفاء، و إحساس عارم بالانهيار .

ج- الهوس الاكتئابي: تتناوب فيها النوعين السابقين على شكل نوبات هوسية اكتئابية قد تختلف عند الشخص الواحد بين مرحلة و أخرى، فقد تظهر في بعض الأحيان بنوبات منتظمة أو غير منتظمة فتغلب إحدى الحالتين على الأخرى.

4- الاضطرابات الذهانية المزمنة الثانوية: ترتبط بالاختلالات العضوية.(خرف الشيخوخة، فصام الكحول...)

المحاضرة الثانية عشر : الحالات الحدية

يبحث مفهوم الحالة البينية « état limite » (Borderline) إلى مفاهيم الحدود بين السوي و المرضى، المرضى، بين العصاب و الذهان، أو بين نزوغرافيا الطب العقلي والتحليل النفسي. و تشير إلى تنظيم خاصة للشخصية لديها خصوصيتها النوزوغرافية. و مازالت وجهة نظر السيكدينامية قائما ليومنا هذا بما في ذلك أعمال Kerenberg. كما أن المعايير التشخيصية الأكثر استعمالا هي معايير Gunderson إضافة لمعايير التصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM IV و التصنيف الدولي للأمراض CIM 10

1- لمحة تاريخية للبنية الحدية:

أدى التقارب بين اتجاهين؛ الاتجاه العقلي و اتجاه العلاج التحليلي في النصف الأول من القرن العشرين إلى بروز تصور نوزوغرافي جديد: إلا وهو الحالات الحدية. ظهر مصطلح الحدية borderline لأول مرة في الأدب الطبي سنة 1884 مع Hugues في الولايات للإشارة إلى الأعراض الجسدية التي تظهر في الإصابات النفسية. و لم يتم استخدام المصطلح حتى 1940. و اعتبرت الحالات الحدية في البداية ذات ذات طابع فصامي، لكن الباحثين اصطدموا بعد انتمائها لها. و حاليا أصبحت السيكدوباتية، الكذب القهري، البارانويا الحسية وبعض الشخصيات الشاذة تدرج ضمن طيف الحالات الحدية الكبرى. كما أدى استغراب بعض المحللين الأمريكيين حول بعض المرضى بمظهر عصابي قاموا بتطوير "ذهان النقلة" psychose " psychose de transfert " في أثناء حصص التحليل النفسي لطرح مفهوم الحالات الحدية. و قد كان لوصف Stern في 1936، و أضفى مفهوم الذات الخاطئة "faux-self" الذي جاء به Winnicott توضيحا لمصطلح. دعمت بعدها أعمال Eisenstein بين 1949 و 1951 حول التعويض العابر عند الفصامي الفرضيات التي طرحت حول الحالات الحدية. توالى بعدها العديد من الأبحاث حتى جاءت أعمال Kohut و بالخصوص أعمال Kernberg في 1969 و Bergeret في 1970 و التي كانت لها الفضل في الكشف عن الحالات الحدي، إن كان على مستوى الكشف الإكلينيكي أو النفسومرضي. النفسومرضي. و عمل Green و Widlöcher على الاستمرار و التعمق أكثر في حقل الحالات الحدية.فتناول المصطلح تطور بفضل المجهودات و التصورات ذات الاتجاه العقلي ثم المنظور التحليلي و وصولا إلى الاتجاه السيكدينامي (Rannou-Dubas & Gohier, 2002).

2- تعريف الحالات الحدية أو البينية

الحالات الحدية أو البينية هي فئة مرضية تقع بين العصاب والذهان، تشكل حد فاصل بين الاضطراب النفسي الخفيف والاضطراب النفسي الحاد. و التنظيم الحدي غير مستقر إلا أنه أكثر تطوراً من البنية الذهانية لأن الأنا لديه متطور مقارنة بالذهاني فالتنظيم الحدي قد تجاوز انفجار الأنا و يسير وفق التبعية الإتكالية للموضوع المستدخل كموضوع مثالي. (Rannou-Dubas & Gohier, 2002)

يمثل هذا المصطلح مركز تتجمع حوله كل إختلالات ذات البناء النفسي غير المنتظم غير المتماسك، و هو مصطلح يتناسب جيداً مع مفهوم " الحيز البيني " أو الانتقال الذي أقترحه وينكوت Winnicott. و قد ساهمت أعماله في فهم تشكلات البنية المسماة " التنظيمات الحدية " (سي موسى ، 2010 ، ص.3). و يشير إلى التآرجح السيكولوجي يتمثل في عدم استقرار صورة الذات (راشد/ طفل، سعيد/ حزين، قد ينجح/ قد يفشل). (عمارجية ، 2010 ، ص.20)

كان فرويد قد ميز بين العصاب والذهان. ثم و في وقت لاحق، انتبه الأطباء إلى أن عدداً من مرضاهم يقدمون الاضطرابات لا تنتمي للسجل العصابي ولا الذهاني. بل في الحدود بين العصاب والذهان. و استند التمييز بين العصاب/الذهان أساساً على العلاقة مع الموضوع، مع الواقع. ففي العصاب، فإن الأنا يصارع ضد الهو، يفر من الواقع لكنه يعترف به ضمناً. أما في الذهان، فإن الأنا تكون في صراع ضد الواقع، تنكره، و تعيد تشكيله بطريقة الخاصة ما يؤدي لظهور الهالوس والأوهام... الخ. أما بالنسبة للبيني، فإن الحدود بين الأنا و الواقع تكون غامضة. فليس هناك حدود واضحة بينه وبين العالم الخارجي، و لا بين الداخل والخارج. لا ينفي الواقع بالكامل، و لكن الأنا يحدث لها تقلبات و تشوه حتى تتكيف مع هذا الواقع، فألانا يضحى بنفسه و بوحدته الخاصة، قد يصل إلى تمزقه، تصدعه و تجزئته. لذا فغالبا ما يظهر قلق التجزئة بكثرة في المجال النفسي للفرد البيني.

و هذا التشويه هو ما يؤدي إلى إنتاج عرضي و توظيف خاص جداً؛ تتميز في اضطراب الهوية، اضطراب الفكر، العلاقة، اضطراب في الفضاء و الزمان. و تتميز أيضاً بالانشطار و شعور سائد بالذنب. (Rannou-Dubas & Gohier, 2002)

3- الخصائص المميزة للحالات الحدية: أوضح (Rannou-Dubas & Gohier, 2002) خصائص الفرد الحدي في نقطتين أساسيتين، تتمثل في أن:

- 1- الحالات الحدية تتميز أساساً و بالدرجة الأولى؛ بفقدان السيطرة على انفعالاته و التي يعبر عنها "بالفيضان الانفعالي" بأنهم معنى الكلمة بحيث يكون خاضعاً لها.
- 2 - و لأن الحدي جد حساس لما يأتيه من الخارج، فإن الخاصية الأساسية الثانية له تتمثل في:
 - عدم التوازن سواء كان في علاقته مع الآخر (كونه يسعى للتكيف مع مزاج الآخر، و مزاجه الخاص الذي لا يمكنه التحكم به)، في صورة الذات (والتي ترتبط بما يحليه المحيطين له)، و في التعبير عن عواطفه (كأن يكون منفتح و جد معبر في بعض الأوقات و منطوي في أوقات أخرى)

- يحتاج الحدي للآخر و في الوقت ذاته يخشاه. فهو من جهة يبحث عن المساعدة و المساندة و عن الدعم الخارجي لأجل ملء فراغاته و التخفيف من قلق الهجر لديه و خوفه من الفراغ. و بسبب نفاذية حدوده من جهة أخرى، فهو يخاف من الاختراق أو أن يتعرض للتهديد في تكامله و وحدته.
- يعيش في عالم منضبط إن صح التعبير، فإما أن يكون العالم اسودا أو ابيضاً، غير انه يمكن أن ينتقل ويتأرجح من طرف لأخر بسرعة كبيرة.
- في علاقاته الاجتماعية، العاطفية يكون الآخر مثالي و ممدد لمدة من الزمن، ثم يرى الخطأ و عدم الكمالية و يحدث زوال الوهم، فلما أن تتعمق مثاليته للموضوع أكثر فأكثر إن وجد ما يغذيها، أو تتأرجح نحو الرفض و فقدان القيمة و التحقير التام له.
- غالباً ما تؤدي هشاشة الاحتواء النفسي للعبور إلى الفعل، قد تكون عنيفة و عدوانية نحو الذات أو الآخر.

4- أصل التشكل الباتولوجي في للحالات الحدية:

لأجل تفسير "خلل البناء" ، فغالبا ما يرجع الباحثين المعالجة البدنية و النفسية للطفل، الإهمال الوالدي، صراعات والدية، فقدان و الانفصال في مراحل مبكرة. غير أن عددا من المنظرين Wilfred Bion, Winnicott, Didier Anzieu, Donald اللذين عكفوا على البحث عن خصوصية هذه الباتولوجيا أضافوا بعض التفسيرات باعتمادهم في تنظيرهم على ما طرحه فرويد في 1914 حول النرجسية الأولى: من إحساس بالكمال، الغبطة و السلطة المطلقة "toute-puissance" للرضيع أين يشعر الطفل نفسه كمركز للعالم، عالم خلق من أجل لتلبية رغباته. فالسلطة تعتبر كخطوة ضرورية يجب أن يختبرها الرضيع الرضيع حتى يتمكن لاحقا من الانفصال.

- يرى Winnicott بأن الأم أن لا تكون جيدة كفاية بما يكفي و لا تتأقلم مع رضيعها بما يكفي. فمن الإفراط أو التفريط، فإن الرضيع لن يتمكن من اختبار حالة السلطة المطلقة، فإنه سيصاب بقلق شديد جدا، يستهلك الكثير من الوقت و الطاقة و الجهد فيما بعد حتى لا يعاود معاشة هذه الوضعية. فالاعتماد المطلق للطفل على أم تتقبل هذا الاعتماد و الاتكالية هو ما يشكل أساس النمو المنسجم للطفل، و لكن و في وقت لاحق يصبح اهتمام الأم بطفلها اقل كمالية و لا تتماشى مع إيقاع الطفل تماما، ما يسمح للطفل بالاستقلالية و زوال الوهم. إلا أن ذلك لا يستطيعه الطفل إلا إذا اختبر الطفل "السلطة المطلقة"، ما يساهم في تشكيل قاعدة نفسية قوية.

- أما Bion فيرى بأن قدرة الأم على تبسيط الإشارات الغامضة (عناصر bêta) التي يتلقاها الطفل من الخارج و من الداخل و ترجمتها بحيث تصبح سهلة و مفهومة بالنسبة للطفل (عناصر alpha) يمكنه أن يتقاسمها مع أمه الكفاءة وجدانيا فيتماهى بها. فالتماهي الاسقاطي الذي يحدث مزجا بين الهويتين؛ الطفل و الأم هو ما يسمح بتطوير جهاز الفكر لدى الطفل، بجهاز نفسي مرصن، فالطفل يقوم باستدخال المحتوى و الحاوي و عناصر Alpha و منه تشكيل سد قليل النفاذية بين ما قبل الشعور - الشعور و اللاشعور، سد يسمح بالكبت و منه القدرة على الفكر.

- يعطي **Anzieu** أهمية للأنـا-جلد "Moi-peau" على اعتبار أن الجلد مكون من غشائين: غلاف المثريات و غلاف المعنى. هذا الأخير يقوم الطفل باستدخاله من خلال ما تقدمه الأم من معنى، ثم و في وقت لاحق يحدث انفصال بين هذين الغلافين (أي الأم/ طفل). و يكون للأنـا-الجلد ثلاث وظائف أساسية هي الاحتواء، الحماية، التصفية و الحفاظ على الآثار. و ما يحدث عند الحدي هو تشوه في بناء الأنـا-الجلد. فيحدث تجمع المساحتين بدلا من أن تتفرقا ما يؤدي إلى عدم التمييز بين ما يأتي من الداخل و ما يأتي من الخارج، فعدم الانفصال بين الاثنين يؤدي إلى الغمر الانفعالي الذي لا يمكن احتوائه أو على العكس غياب ظاهر للانفعالات الناتج عن الانشطار المكثف خوفا من الغرق التام، و الشعور عميق بالفراغ بالفراغ الداخلي. و يسعى الفرد في هذه الحالة لملى هذا الفراغ بحضور خيالي لموضوعات خيالية من ايديولوجيات عقيمة، حب افلاطوني مستحيل،... ما يفسر مشاكل الإدمان عامة لديه.

5- خصوصية تصور بارجوري Bergeret للحالات الحدية:

بالنسبة لبارجوري، فهو يرى بان الحالات الحدية يجب أن لا تفهم كبنية، و لكن لا بنية حالة بين حدود العصاب و الذهان. نمط من التوظيف الأساسي للشخصية و الذي يدعوه بالاقتصاد الحدي. بسبب رفض الجنسية، فإن الوالدين يعتبران متكافئين احدهما للآخر، أو يتم تمييزهما على احدهما جيد و الآخر سيء، احدهما مسيطر و الآخر خاضع. ميزة تصور بارجوري انه ادمج مفهوم الصدمة المبكرة في النشوء النفسي للحالات الحدية. حيث الصدمات عبارة عن صدمات حقيقية و ليست هوائية تكون آثارها مخلة بالتنظيم. وخلل التنظيم هذا هو ما يثير تنظيم دفاعي يشكل "شبه كمون ممتد" و لا يمكن اعتبارها كمرحل كمون عادية، لكن تخطيط aménagement هش يعمل على الحد من آثار خلل تنظيم الذي أحدثته الصدمة. و يمكن لهذا التخطيط أن يتطور اما نحو اضطراب سيكوسوماتي أو نحو الاكتئاب، الفصام أو العصاب، لكنها لا يمكنها أن تتطور نحو الفصام أو البارنويا. و يعتبر الحالات الحدية (مرض في النرجسية) ناتج عن صدمة معتبرة و مخيلة (قد تتمثل في مشهد بدائي مرعب)، تتلقاها الأنـا قبل أن يصل إلى المرحلة الاوديبية و هي كرد فعل من أجل مقاومة فقدان الموضوع و التهديد الاكتئابي، حيث يتشوه الأنـا دون أن ينفجر أو يتفكك، بل ينشطر إلى قطاع تكيفي و قطاع اعتمادي. (سي موسى، 2010، ص.6).

أما بالنسبة لمكونات بنية الشخصية، يضيف Bergeret (2003) بأنه في المرحلة الاتكالية من (2-3 سنوات) يتم الانتقال من حب الذات إلى حب الأم المثالي الأفلاطوني و العلاقة بالموضوع تخرج من الاندماجية و تصبح علاقة ثنائية اتكالية " طفل/ أم ". مستوى نكوص الليبدو و الأنـا يرجع إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى و الثانية، حيث لم تلعب قضية الأديب دورها التنظيمي بعد، يحدث تمايز للأنـا لكن يبقى في اتكالية على الأم، و تلعب الصدمة النفسية دورها من حيث تحديدها للتكامل النرجسي ما يؤدي إلى التبعية للموضوع و الاتكالية عليه مع حب مثالي أفلاطوني للموضوع (الأم).
نوع القلق هو قلق ضياع الموضوع و الانهيار أو قلق الانفصال عن الأم .

يكون الصراع بين مثال الأنا و الهو، الأوديب لم يبلغ مستوى التناسلي و لم يلعب دوره المنظم و يبقى ذو طابع نرجسي.

أما بخصوص الدفاعات المستعملة لدى الحدي فهي كما ينوه به (Chaine & Guelfi , 1999, p.6) على عكس العصابي الذي يستعمل، لأجل صد الغمر النزوي، دفاعات من المستوى الجيد من الكبت، فإن الحدي يلجأ لاستعمال دفاعات بدائية هي اقرب للتوظيف الفصامي الذي ينتظم حول الانشطار. و تتمثل دفاعاته عموما في ازدواج الصورة الهوامية كدفاع ضد تهديد التجزئة (الأنا هنا لا يتجزأ بل يتشوه دون أن ينكسر) مع تقسيم الحقل العلائقي إلى جزأين؛ جزء يقدر الواقع مع فهم صحيح له يتكيف معه. و جزء فيه تقدير مثالي للواقع و في الوقت ذاته نفي له. و فيما يلي تفصيل لدفاعات الحدي:

الانشطار: للإشارة فإن كان انشطار الفصامي يهدف لتهدة القلق بتجزئة وحده الذات والموضوع، فإن انشطار الحدي تسمح بالحفاظ الاصطناعي للانفصال بين تمثيلات ذات الموضوع المستدخل و الجيد تماما أو السيئ تماما و المرتبط بالرفض النزوي الليبيدي و العدوانية. فهو بالتالي يحافظ على الأنا الهش للفرد الحدي ضد انتشار القلق، وأيضا تجنيبه المواجهة بالتناقض الوجداني و الألم الاكتيبي.

المثالية البدائية Idéalisation primitive: مثالية و تجميد ترتبط بالمواضيع الخارجية كما على الأنا، يهدف هذا الدفاع لحماية الاثنين من عدوانية الفرد و تجميل ميزاتهم، و بالتالي قطعهم عن الواقع.

التماهي الإسقاطي Identification projective: تسمح للفرد بالطرد خارج ذاته الصور السيئة للذات و للموضوع، حتى تمنعهم من تهديد ما هو جيد.

السلطة المطلقة و خفض القيمة Omnipotence et dévalorisation: تأتي بطبيعة الحال تبعا للدفاعات المذكورة أعلاه. في حركة لحماية أنه المثالي من هجمات الموضوع السيئ، فإن هذا الأنا العظيم يسعى للتحكم في الموضوع المثالي بالخضوع له، و بمجرد توقف هذا الأخير عن الحماية و الرعاية، يصبح موضوعا بدون قيمة و يرفضه بالخصوص أن لم يكن هناك تعلق به.

الرفض Déni: في ارتباطه بالانشطار، يسمح الرفض بالحفاظ خارج مجال الوعي تمثيلات متناقضة، غير متلائمة مع الحالة النفسية التي تعترى الفرد في ذلك الوقت.

6- الوصف الإكلينيكي للحالات الحدية: يمكن أن يظهر لدى هؤلاء المرضى أي عرض عقلي. و تتمثل اعراضيتهم كما ذكرها (Chaine & Guelfi , 1999, p.p.4-5) في:

1- القلق: يكون منتشر و عائما، يتميز بسهولة غزو المريض. و بالنسبة لبارجوري، فإنه يوازيه بقلق فقدان الموضوع (الهجر)، يتعلق بفقدان المعنى المعطى للحياة أو الشعور بانعدام التناسق الداخلي حسب تعبير "Widlocher" و يعبر القلق عن عجز الفرد على الربط بطريقة فعالة في دفاعاته و التحكم بها.

2- أعراض بمظاهر عصابية: تكون غير مستقرة و متقلبة عبر الزمن، ترتبط بطريقة متغيرة 4/1 منها تكون تكون ذات مظهر فوبي خاصة تلك المرتبطة بالجسم و بنظرة الأشخاص لهم، الخوف من الحديث أمام الآخرين...، 4 / 1 من الأعراض ذات مظهر وسواسي، 4/1 منها تأتي بمظهر هستيري قد تأتي على الشكل

الشكل التحويلي غير نمطي، هروب تفككي، فقدان الذاكرة... و 4/1 المتبقي من الأعراض تأخذ المظهر الهيبوكندري.

3- اضطرابات المزاج: 40-50% من الحالات الحدية يعانون من التناذر الاكتابي. و يعتبرها عدد من الباحثين أنها العنصر المركزي لنمط التنظيم البنائي للفرد الحدي، وهو ما يؤكد عليه بارجوري بقوة. يتعلق الأمر غالبا بحالة اكتئابية دون بطء سيكوحركي و دون تأنيب للضمير. و في مقابل ذلك هناك فقدان الأمل، العجز العام، الشعور بالفراغ خاصة، وكذا شعور بالغضب و العدوانية.

4- اضطرابات السلوك من النمط الاندفاعي: يمس مجمل حياة الفرد: غياب الاستقرار العاطفي، المهني... يظهرون عجزا في الترميز، و العبور إلى الفعل كجزء لا يتجزأ من النموذج العلائقي لديهم، تشير لهشاشة لهشاشة الأنا، و التناوب بين التبعية/الاكتفاء الذاتي، التمجيد/خفض القيمة، الاندماج/الهروب، مطالب مكتفة/قلق الهجر. و يعتبر التلاعب العدواني بالآخر هو ما يميز نموذجهم العلائقي. يمتازون بسلوكات العبور إلى الفعل، سلوكات التبعية و الخضوع، و سلوكات ضد اجتماعية...

5- الحالات العقلية الحادة: تأتي على شكل إنفكاكات تظهر بشدة في أوقات القلق الشديد و يمكنها أن تكتسب طابع اضطرابات الشعور ذو المظهر الغموضي. و يتعلق الأمر كذلك بحلقات وجيزة من الأمراض العقلية مع موضوعات هذيانية غالبا ذات نمط اضطهادي.

- غالبا ما تعبر هذه الحالات عن رغبة جامحة لطلب المساعدة الطارئة، يكون فيها الشفاء سريعا.

- قد تأتي من نمط المحاولات الانتحارية.

-من نمط هجمات الذعر و الهلع،

- تجارب هذيانية عابرة تستجيب للاستشفاء: بارانويا غير هلاسي، أفكار غريبة.

7-الأمراض النفسية الناجمة عن البنية الحدية: تنقسم كما جاءت في (عمارجية، 2015، ص.43):

1-الاكتئاب: عبارة عن حزن مرضي مع بطء في التفكير، في الحركات و عدم حب الذات، و هناك عدة أنواع للاكتئاب من مجرد ضجر بسيط إلى التعاسة الشاملة و من بطء التفكير إلى تثبيت تام و من عدم حب الذات إلى الشعور بالذنب الهذائي، أي من اكتئاب عصابي إلى الميلانخوليا.

2- الاكتئاب البيئي: هو حزن مرضي مع بطء في التفكير، في الحركات و عدم حب الذات، نتيجة لسبب داخلي بنائي (قلق، فقدان الموضوع للتنظيم البيئي) و ليس خارجي، انفجاري أي فقدان الموضوع جمالي.

3- الميلانخوليا: يصاب الملونخولي بالخمول، جالس لا يتحرك، الرأس منحني، وجهه مصفر و حزين، نظره ثابت، غير قادر على أي جهد عقلي، كلامه قليل، حزن عميق، لا يشعر بالتشجيعات الخارجية، يتألم في صمت، بدون عاطفة، له أفكار تعيسة و الشعور بالذنب، لا يأمل في المستقبل و يكره نفسه.

4- **اكتئاب عصابي (الاستجابي):** متجاوز النسبة المعقولة و لكن يفهم لأنه مرتبط بأحداث و صراعات يعيشها المريض فعليا (احباطات، طموحات في خيبة، حداد، حالة ترك، إرهاق، فشل) أي عكس الميلانخوليا الميلانخوليا التي تظهر بدون أسباب خارجية تفهم.

5- **الهوس:** فرح و هوس مرضي، فيه سرعة الوظائف النفسية و الحركات أي الشخصية بكل أوجهها في نشاط كثيف، الشعور بالنشوة و السهولة، يتكلم و ينتقل كثيرا من موضوع إلى آخر، يصرف النقود كثيرا، لباسه مبعثر و له سهولة في إقامة العلاقات فلا يتعب و لا يخلج.

6- **الإدمان على المخدرات:** يحاول المدمن الهرب من الضغوطات المقلقة التي تثيرها صعوبات الحياة اليومية، كما أنه يبحث عن ملذات جديدة، ويخلف استهلاك المخدرات تبعية نفسية لأجل الهروب من كل المعانات و البحث عن الانفعالات السهلة و السريعة، التبعية الجسمية و عبودية نحو المخدرات، هذه الأخيرة التي تشوه الوظائف السليمة للفرد.

المحاضرة الثالثة عشر : الاكتئاب

1- نبذة تاريخية عن الاكتئاب:

منذ سنة 2600 قبل الميلاد تحدث الفراعنة عن أعراض الرغبة في الموت والكسل والنوم الزائد، الزائد، أما في القرن الثامن قبل الميلاد جاء ذكر أعراض الاكتئاب في إلياذة هوميروس. (المدني و إسماعيل، 2010)، وفي عام 450 قبل الميلاد وصف أبوقراط أعراض الاكتئاب بمصطلح الميلانوخوليا، و هو أول من درس هذه الأعراض ونظمها وحاول تفسيرها بالرجوع إلى نظرية الأخلاط الأربعة (الدم، التراب، البلغم، الصفراء) وحسب هذه النظرية فان يرجع الاكتئاب إلى خلل في إفراز المادة السوداوية، واستمر استخدام مصطلح الميلانوخوليا لوصف الاكتئاب حتى نهاية القرن التاسع عشر حيث ميز كريبلين (1856-1926) الهوس الاكتئابي حتى يفرق بينها وبين الخرف المبكر (الفصام حاليا). (Thakkar, 2006, p. 5-6)

2- تعريف الاكتئاب:

يعرف بيك Beck (1988) الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب في التفكير حيث تتوالى أعراض الاكتئاب وفقا لأنماط المعرفية السالبة الفعالة، فعندما يكون تقدير الأحداث (التقدير المعرفي) مضطربا تكون المشاعر المصاحبة له غير ملائمة أو مبالغ فيها. (كحلة، دس، ص. 11).

أما إيدلبرج Edelberg، فيعرفه على انه عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وزيادة العدوان اتجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب (منقول عن قنون، 2007).

و يرى روبينز Robbins (1993) أن الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتسم بفقدان القدرة على التقييم وضعف الهمة والشعور بالاستياء ونقص تقدير الذات والشعور بالذنب كما يتسم بالتشاؤم والحط من قدر الذات. (منقول عن واكلي، 2013)

3- ابيدولوجية الاكتئاب:

تختلف نسبة انتشار أعراض الاكتئاب من مجتمع دراسة إلى آخر، و بحسب المعايير التشخيصية المستخدمة، ففي 10 دراسات من سنة 1957 إلى 1992، هناك من 1 على عشرة إلى 1 على 3 عانوا من أعراض اكتئابية. (Julha, 2008, p. 25)، في الولايات المتحدة الأمريكية 7% يعانون من الاكتئاب الأساسي باختلاف السن، حيث أن نسبة الانتشار تتضاعف ثلاث مرات عند الفئة العمرية ما بين 18 و 29 عن الفئة العمرية 60 سنة فما فوق، و بمعدل من 1،5 إلى 3 يظهر الاكتئاب عند الإناث في المراهقة أكثر من الذكور. (DSM-5, 2013, p.165)، وبالعودة إلى منظمة الصحة العالمية فإن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض تأثيرا على الصحة بالمقارنة مع أمراض مزمنة كمرض السكر ومرض ومرض الربو مثلا، كما انه يتوقع أن يحتل بقدم سنة 2020 المرتبة الثانية في الأمراض المسببة للوفيات. (Julha, 2008, p.p. 18-25)

4-أسباب الاكتئاب: هناك عدت أسباب لاكتئاب نذكر منها:

4-1- الأسباب النفسية : وتتمثل كما جاء في (قنون، 2007):

- التوتر الانفعالي والخبرات المؤلمة والحزينة مثل الموت...
- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية و فقدان (فقد وظيفة، فقد علاقة، فقد ثروة أو مكانة اجتماعية...)

- طبيعة الشخصية حيث تبين دراسات التقصي عن شخصية مرضى الاكتئاب قبل تعرضهم للمرض أنهم كانوا من النوع الاجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح والتفاؤل والنشاط وحب الحياة، إلى المزاج العكسي من الكسل والتشاؤم والحزن، ويتميز هؤلاء بطيبة القلب وخفة الظل، ولكنهم لا يتحملون التعرض للمشكلات، ولديهم نظرة دونية عن ذواتهم، ولا نظرة تشاؤمية عن الأحداث.
 - الخبرات الأليمة أو الصدمات النفسية التي تحدث أثناء فترة الطفولة المبكرة.
 - الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه وجود عائق ما يحول دون تحقيقه.
- #### 4-2- الأسباب العضوية: نذكر منها ما يلي:

- اضطراب الشوارد: تسيطر مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من الشوارد على كمون العمل والراحة للخلايا العصبية والعضلية، ولهذه الشوارد أيضا تأثير على استقلاب مواد النقل العصبية. و قد أثبت دراسة كوين وجماعته وجود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم في حالة الاكتئاب، أي زيادة الصوديوم داخل الخلايا واستواءه عند الشفاء، أما البوتاسيوم فتتخفض نسبته داخل الخلايا نتيجة لزيادة الصوديوم.

- الدورة الشهرية: تزداد الأعراض الاكتئابية أثناء الدورة الشهرية للمرأة ، وأثناء فترة ما قبل الدورة وهذه الفترة يصاحبها تغيرات في الهرمونات الجنسية، كذلك تبدأ الأعراض الاكتئابية وتشتد في مرحلة سن اليأس بسبب توقف نشاط الغدد الجنسية خاصة من حيث إفراز هرمون الفوليكتوتروفيين وإفراز هرمون الإستراديول الذي يلعب دورا كبيرا في تنظيم الدورة الشهرية، كما تظهر أعراض الاكتئاب بعد الولادة أحيانا .
- إفرازات الهرمونات: زيادة إفراز هرموني الكورتيزول والكورتيزون اللذان يلعبان دورا هاما في عمليتي البناء والهدم وزيادة نسبة السكر في الدم، وارتفاع ضغط الدم فتضعف مناعة الفرد.
- أمراض الغدة الدرقية: قد تتسبب أمراض الغدة الدرقية واضطرابات أخرى في الغدد لإفراز هرمونات الاكتئاب.
- تعاطي أدوية: بإمكان الأدوية المختلفة كموانع الحمل أن تسبب الاكتئاب.
- الوراثة: تبين أن الاكتئاب ينتقل بالوراثة عبر الأجيال عن طريق الجينات حيث يزيد حدوث المرض بين الأقارب وفي بعض العائلات، وهناك بعض الناس لديهم استعداد للإصابة بالاكتئاب وبميل تكوينهم النفسي إلى الحزن والعزلة والكآبة حتى قبل أن تظهر لديهم أعراض المرض . (قنون، 2007).

5- النظريات المفسرة للاضطراب:

5-1- النظرية البيولوجية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لخلل في التنظيم الهرموني والكيميائي و الفسيولوجية و يعزى العديد من الأطباء سبب الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بالدرجة الأولى إلى ظاهرة بيولوجية أو فسيولوجية أو وراثية و أحيانا تتفاعل هذه العوامل الثلاثة معا.

5-2- نظرية التحليل النفسي:

ترجع نظرية التحليل النفسي الإصابة بالاكتئاب إلى الخبرات الصدمية أثناء الطفولة كالانفصال عن أحد الوالدين أو فقدته قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، و من ثم إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوطا مشابهة لضغوط الطفولة، فإنه ينهار و تظهر عليه أعراض الاكتئاب. فالإكتئاب بحسب هذه النظرية هو نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو رمزي، و ينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات و يهددها و يشكل هذا التهديد خبرة مؤلمة اكتئابية، و يتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصحوبا بخبرة اكتئابية تكون غالبا لا شعورية، و سببها الرغبة في استعادة الحب و التأييد و الدعم الأبوي المفقود، أما الأصول الأولى لهذه المشكلة فترجع جذورها إلى مراحل النمو الأولى. (واکلي، مرجع سابق).

5-3- النظرية المعرفية:

يبحث أصحاب النظرية المعرفية عن علاقة الأفكار السلبية بالأعراض والانفعالات و السلوكات والعوامل التي تؤدي إلى الأفكار السلبية والتي ترتبط بالطفولة المبكرة وتأثيرها على نمو وتطور المعتقدات المعنقات والمواقف. (Moore, & Garland, 2003, p.21) ظهور الاكتئاب واستمراره يعود إلى التنشيط التنشيط واجترار واستجابات غير مساعدة، و أفكار سلبية حول الذات، والمستقبل، والعالم. (Wells, 2009, p.200)

6- تصنيف الاكتئاب:

يصنف الاكتئاب على انه اضطراب في المزاج، وصنف الاكتئاب في الدراسات القديمة بالاعتماد على على عدت معايير، فمثلا تم تصنيف الاكتئاب الداخلي المنشأ (Endogene) في مقابل الاكتئاب الخارجي المنشأ (exogene). الاكتئاب العصبي (Nevrotique) في مقابل الاكتئاب الذهاني (Psychotique). الاكتئاب التهيجي (Agitée) في مقابل الاكتئاب الكامن (Retarded) و الاكتئاب الذاتي (Autonome) في مقابل الاكتئاب التفاعلي الإستجابي (Réactif)، وبسبب صعوبة التشخيصات تولى الباحثون عن هذه التصنيفات، (واكلي، 2013، ص. 46).

يصنف الاكتئاب في الطبعة الرابعة DSM-1 ضمن فئة الاضطرابات المزاجية، والتي تعرف على أنها انفعالات مسيطرة تمتد من الحزن إلى الهوس وما بينهما بدرجات متفاوتة، وتتصف بظهور مشاعر اكتئاب وهوس غير سوية تصحبها سمات ذهانية في بعض الحالات الشديدة وتنقسم إلى اضطرابات ثنائية القطب وأخرى اكتئابية (غانم، 2006، ص. 106). غير انه تم فصل الاضطرابات الاكتئابية عن الاضطرابات المزاجية في الطبعة الخامسة منه DSM-5.

7- تشخيص الاكتئاب: المحكات التشخيصية للاضطرابات الاكتئابية حسب DSM4، منقول عن (واكلي، 2013)

أولاً- اضطراب الاكتئاب الحسيم (الأساسي):

أ - تواجد خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية تكون متواجدة معا لمدة أسبوعين على الأقل مع وجود تغير في التوظيف السابق، أحدا الأعراض يجب أن تكون إما - مزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو السعادة.

ملاحظة: لا يتضمن هنا الأعراض التي من الواضح أنها ترجع إلى حالات طبية عامة أو ضلالات أو هلاوس غير متسقة مع المزاج.

1-مزاج مكتئب معظم أوقات اليوم، كل يوم تقريبا، كما يذكر المريض، أي يقرر أنه يشعر بالحزن (أو ملاحظة الآخرين له) مثل أن يوصف بأنه سريع البكاء.

ملاحظة : في حالة الأطفال و المراهقين قد يكون في شدة القابلية للاستثارة المزاج أكثر من كونه حزن .

- 2- اختفاء ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة و (في معظم أوقات اليوم ،أو كل يوم تقريبا) كما يخبره المريض عن ذاته أو ملاحظات الآخرين.
- 3-نقص كبير في الوزن بدون اتباع نظام غذائي لهذا الغرض أو زيادة في الوزن (مثل تغير في نسبة تزايد عن % 5 من وزن الجسم في مدة شهر , (أو نقص في الشهية للطعام كل يوم تقريبا.
- ملحوظة:** في الأطفال يكون في صورة الفشل للوصول بالوزن للمعدل الطبيعي.
- 4-أرق أو زيادة في النوم كل يوم تقريبا.
- 5-هياج أو تأخر نفسي حركي(كل يوم تقريبا) يجب أن يكون ذلك ملحوظ من طرف الآخرين ليس فقط ملاحظة الفرد لذاته و مشاعره بالملل أو البطء الحركي
- 6-تعب و فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
- 7- مشاعر عدم القيمة أو شعور متزايد(غير متناسب بالذنب) قد يصل إلى حد الضلالات (كل يوم تقريبا)و ليس مجرد توبيخ للذات أو شعور بالذنب بسبب المرض.
- 8-اختفاء القدرة على التفكير أو التركيز , عدم القدرة على اتخاذ قرار(كل يوم تقريبا) إما تقرير الفرد عن ذاته أو ملاحظة الآخرين له.
- 9-أفكار متكررة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت ,) أفكار انتحارية متكررة بدون خطط محددة , أو محاولات انتحارية أو خطط محددة لتنفيذ الانتحار.
- ب - أن لا تكون المحكات كافية لتشخيص نوبة مختلطة.
- ج - أن تسبب الأعراض ضيقا ذا دلالة اكلينيكية أو خلل في المجالات الاجتماعية و المهنية أو المجالات المهمة الأخرى من التوظيف
- د - ألا تكون الأعراض (ترجع بشكل مباشر للآثار الفسيولوجية للمواد) مثل تعاطي العقاقير أو الأدوية (أو ترجع إلى حالة طبية عامة) مثل نقص هرمون الغدة الدرقية.
- هـ - ألا يكون من الأفضل تفسير الأعراض على أنها حالة من الحداد على موت عزيز أي بعد فقدان شخص عزيز أي إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد عن شهرين أو أن تتسم بخلل وظيفي ملحوظ، مع انشغال المرضى بأفكار عدم القيمة أو الأفكار الانتحارية أو أعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي.

ثانيا- الاضطراب الاكتئابي المزمن

- و هو اضطراب الوجدان المزمن و يتطلب هذا الاضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم و على مدى معظم الأيام و ذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين. أما بالنسبة للأطفال و المراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الانفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل.
- و إلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية:
- 1-ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الأكل.
 - 2-الأرق أو الإفراط في النوم.

3-انخفاض مستوى الطاقة و الحيوية مع سرعة الشعور بالتعب.

4-انخفاض تقدير الذات.

5-ضعف القدرة على التركيز و وجود صعوبة في اتخاذ القرارات.

6- الشعور باليأس.

- كما أنه خلال فترة الاضطراب و التي تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال و المراهقين أنه يجب ألا تختفي تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين.

- ألا تحدث نوبة اكتئابية شديدة خلال فترة العامين أو العام الواحد تلك .

- ألا ترجع تلك الأعراض إلى اضطراب اكتئابي شديد أو أي نوبة هوسية، أو اضطراب ذهاني، أو إلى آثار فسيولوجية مباشرة لمدة معينة أو حالة طبية عامة. تؤدي هذه الأعراض إلى حدوث الضيق النفسي، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعيا أو مهنيا أو في أي مجال هام آخر.

و يعرف هذا الاضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادي و العشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بداية متأخرة.

ثالثا- الاكتئاب غير محدد

يضم الاكتئاب غير المحدد كل الاضطرابات الاكتئابية التي لا تتوفر فيها معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم أو اضطراب الاكتئاب المزمن أو اضطراب التكيف مع مزاج اكتئاب، و يستخدم التصنيف لكل المرضى الذين يظهرون بعض أعراض الاكتئاب و لكنهم لم يحققوا معايير التشخيصات المعروفة ، أن أعراضهم قد تكون أقل شدة أو تأخذ مدة زمنية أقل، تتضمن هذه الفئة أيضا السيدات اللاتي يعانين من الاكتئاب المصاحب للدورة الشهرية، و كذلك الأشخاص المصابون بالفصام المصحوب باكتئاب و أيضا تتضمن هذه الفئة من يعانون من الاكتئاب بدون سبب ظاهري واضح و لكنه جد خطير إلى الدرجة التي يجعله يتداخل مع قدرتهم على القيام بوظائفهم.

8- تصنيف الاكتئاب حسب DSM-5

يصنف الاكتئاب إلى (اضطراب خلل المزاج المتقطع، اضطراب اكتئابي جسيم، اضطراب الاكتئاب الاكتئاب المزمن، ديسفوريا ما قبل الطمث، اضطراب اكتئاب ناتج عن تعاطي الأدوية، اضطراب اكتئابي ناجم عن وضعيات طبية أخرى، اضطراب اكتئابي نوعي آخر، اضطراب اكتئابي غير نوعي). (DSM-5, 2013, p.155)

9- التشخيص الفارقي:

يصعب التشخيص الفارقي مع العديد من الاضطرابات نوبات الهوس مع مزاج متهيج أو نوبة مختلطة، اضطراب المزاج الناتج عن حالات طبية، اكتئاب ناتج عن التعاطي أو الأدوية، فرط النشاط الحركي، اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب. (Ibid, p. 167- 168)

الأمراضية المصاحبة: قد يتواجد الاكتئاب مع اضطرابات أخرى مثل اضطراب الهلع، اضطراب الوسواس القهري، الانوريكسيا، البوليميا، اضطراب الشخصية البيني. (Ibid, p. 168)

المراجع باللغة العربية:

أولا - المعاجم:

1. لابلائش، جان & بونتاليس، جان (1985): معجم مصطلحات التحليل النفسي (ط 1). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر.

ثانيا- الكتب:

2. الخالدي، أديب. محمد. (2006): علم النفس الإكلينيكي (المرضى). عمان: دار وائل للنشر للتوزيع.
3. زهران، حامد عبدالسلام (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3. مكتبة العبيكان. الرياض.
4. سي موسى عبد الرحمن، علم النفس المرضي التحليلي و الاسقاطي، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، ط2، 2010.
5. غانم. م. ح. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية: الوبنيات، التعريف، محكات التشخيص، الاسباب، العلاج، المآل والمسار). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
6. فايد، حسين. (2004): علم النفس المرضي السيكوباتولوجي. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر و التوزيع.
7. مجدي احمد، محمد عبد الله. (2006): علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء و الاضطراب. مصر: دار المعرفة الجامعية.
8. ميموني معتصم، بدره. (2011): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق (ط3). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
9. هال، كالفن. (1970): أصول علم النفس الفرويدي. لبنان: دار النهضة العربية.
10. كحلة، أ. (د،س): العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي للمرضى الاكتئاب. القاهرة: ايتراك لنشر والطباعة والتوزيع.

11. المدني، اسماعيل. (2010): *الطب النفسي*. الجزائر: إصدار مطبعة الرحمة.

ثالثا- أطروحات الدكتوراه و الماجستير

12. قنون. خميسة (2007). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية. مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة.

13. واكلي ايت مجبر. بديعة. (2013). استراتيجية المواجهة لدى المكتئبين. رسالة دكتوراه ، جامعة سطيف.

رابعا: الدروس

14. خياط، خالد. (2014): *محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق*. الجزائر: جامعة بسكرة.

15. عمارجية، نصر الدين. (2010): *محاضرات في سيكولوجية النمو و نظريات الشخصية*. الجزائر: جامعة سطيف.

خامسا- مواقع الانترنت:

16. الدوسري. عماد بن يوسف (2006)، *الذهان، موقع الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة*.

<http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=ShowConsultation&id=5126>

زيارة يوم 14 / 04 / 2014.

17. عبد الرزاق غريب زينب و آخرون (2008)، *حقيبة تدريبية أكاديمية- الصحة النفسية- مركز*

التنمية الأسرية، السعودية، جامعة الملك فيصل. <http://dr-banderlotaibi.com/>

زيارة يوم 18 / 02 / 2014.

المراجع باللغة الأجنبية:

1er: DICTIONNAIRES

18. MEILLET, Antoine & Ernout, Alfred. (2001) : *Dictionnaire étymologique de la langue latine*. France : Klincksieck édition.

19. ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. (2011): *Dictionnaire de la psychanalyse*, France : Fayard.

2éme: LIVRES:

20. AGMO, Anders. (2007): *Functional and Dysfunctional Sexual Behavior: A Synthesis of Neuroscience and Comparative Psychology*. England: Academic Press .

21. -American psychiatric association (2005): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM 4 TR*, France : Masson.

22. American Psychiatric Association. (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. 5th ed , USA: American Psychiatric Publishing.*

23. BEAUCHESNE, Herve & Gibello, Bernard. (1991): *Traité de psychopathologie infantile*. France : Puf.

24. BERGERET, Jean. (2003) : *La personnalité normale et pathologique* (3^e édition). France : Dunod.

25. BERGERET, Jean et coll. (2008) : *Abrégé de psychologie pathologique* (10^e édition). Paris : Masson.

26. BESANÇON, Guy. (1993) : *Manuel de psychopathologie: les psychoses*. France : Dunod.

27. BONNET, Agnès & FERNANDEZ ,Lydia. (2012): *Psychopathologie*. France: Dunod.
28. BRACONNIER, Alain. (2006) : *Introduction à la psychopathologie*. France: Masson.
29. –CHABERT, Catherine. (2013) : *Les névroses- Traité de psychopathologie de l'adulte* (tome 1). France : Dunod.
30. Cullen, KR. Kumra, S. Regan, J & al.(2008): *Atypical Antipsychotics for Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders* . England: Psychiatric Times .
31. ESTELLON,Vincent. (2014) : *les états limites* (3e édition). France: PUF.
32. GIBELLO, Bernard & Beauchesne,Hervé. (1991): *Traité de psychopathologie infantile*.France : PUF.
33. GODEFROID, Jo. (2008) :*Psychologie: Science humaine et science cognitive* (2^e édition). Bruxelles : De Boeck.
34. GREBOT, Élisabeth & ORGIAZZI BILLON-GALLAND, Isabelle. (2001) : *Les bases de la psychopathologie : éléments historiques, notionnels et théoriques*.France : Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
35. IONESCU,Serban. (2012) : *Les mécanismes de défense*. France : Armand Colin.
36. -IONESCU, Serban. (2015) : *Quatorze approches de psychopathologie (4e édition)*. France : Armand Colin.
37. JEFFREY, S. Nevid, SPENCER A. Rhatus & BEVERLY A. Greene (2009) : *Psychopathologie* (7^{ème} éd). France: Pearson Education.
38. Juhla, P. (2008): *Depression, Anxiety, Psychiatric comorbidity and dimension of temperament and personality*. USA:Publications of The national public health institutes.
39. MARCELLI, Daniel & COHEN, David. (2009) : *Enfance et psychopathologie (7e éd)*. France :Elsevier Masson.
40. MENECHAL, Jean. (1999) : *Qu'est-ce que la névrose ?* France : Dunod.
41. MISES, R & autres. (2012) : *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: correspondances et transcodage CIM 10*. France: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique.
42. Morre, R.G & Garland. A. (2003): *Cognitive Therapy for Chronic and persistent Depression*. England: John Wiley & Sons Ltd.
43. NICOLAS, S & RICHELLE, M. (2004) : *Introduction à la psychologie : histoire et méthodes*. France : PUF.
44. PEDINIELLI, J-L. GIMENEZ, G. (2003) : *Les psychoses de l'adulte*. France : Nathan.
45. PEDINIELLI, Jean Louis & BERTAGNE Pascale (2002) : *Les névroses*. France : Nathan,
46. PELSSER, Robert. (2000) : *Manuel de psychopathologie, enfant et adolescent*, France : Gaetan Morin.
47. ROUSSILLON, René & Coll. (2007) :*Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. France, Masson.
48. SERBAN,Ionescu & BLANCHET, Alain.(2008) :*PsychologieClinique, Psychopathologie, Psychothérapie*.France: Puf .
49. Thakkar, V.(2006): *Dépression and Bipolar Disorder*. Englamd: Chelesa House Publishing.
50. Wells, A. (2009): *Metacognitive therapy for Anxiety and Depression*. USA: The Guilford Press.

3^{ème}:COURS

51. AKMAN,Leyla.(2011): *Introduction à la psychopathologie*. cours licence «psychopathologie».Suisse :Bibliothèque Cantonale Universitaire BCU .
52. AZORIN ,Jean Michel. (2005) : *Maladies et Grands Syndromes: Névrose*. cours n° 13 DCEM 3. France: Faculté de Médecine de Marseille.
53. COMBALUZIER, Serge. (2009) : *Introduction à la Psychopathologie de l'adulte*. cours 1^{ère} et 2^{ème} année de deug. France:Université de Rouen.

54. FERNANDEZ, Lydia. (2012) : *Névroses et psychoses*. cours de psychopathologie 1ère et 2ème année de deug. France: Université de Picardie.
55. –FRANCK, Nicolas. (2013) : *Névroses, cours de psychopathologie*. France: Centre Hospitalier psychiatrique Le Vinatier.
56. GASSER, Jacques. (2006) : *Psychopathologie et classification*. Cours de psychiatrie légale. Suisse: Faculté de droit et des sciences criminelles.
57. JANSSEN, Christophe. (2015) : *Psychopathologie et psychologie clinique*. cours master 1. Belgique: université catholique de louvain UCL.
58. OLIVEIRA, Pierre & De BIOY, Antoine (2013) : *Cours de psychopathologie* . Licence. France: Université de Dijon.
59. **PAPET**, Nathalie & autres. (2012) : *les névroses. cours de psychopathologie master*. France: université de poitiers.
60. REICHERTS, Michaël. (2008): *Introduction à la Psychologie clinique, Psychopathologie et psychothérapie*. Etudes de Bachelor of Science in Psychology. Suisse: Université de Fribourg.
61. SCIALOM, Phillipe . (2006) : *Cours de psychologie*. 2eme année. France: ISRP.
62. RUSSELL, Jesse & COHN, Ronald . (2012) : *Psychodynamic Diagnostic Manual*. USA: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
63. VON DER TANN, Matthias. (2008) : *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and treatment planning*. Canada : Hogrefe & Huber Publishers.

4eme: REVUES:

64. - ANDRE ,Christophe . (2007) : *Névrose, santé et soins*, La revue du praticien, vol 57, pp : 913-919
65. Chaîne, F & Guel, J. (1999): *États Limites*. Encycl Méd Chir Psychiatrie. vol 37. Paris: Elsevier. p.p.1-10.
66. GARRABE, Jean. (2014) : *Nosographie et classifications dans l'histoire de la psychiatrie*. l' Evolution Psychiatrique. vol 79 n°1. France :Elsevier Masson. p.p. 5-9.
67. GARRABE, Jean. (2012) : *Approche historique des classifications en psychiatrie*. Annales Médico- Psychologiques Revue Psychiatrique. France: Masson. p.p.1-9.
68. KENDLER Kenneth, S. (2001) : *A psychiatric dialogue on the mind-body problem* . American Journal of Psychiatry. vol 158 n°7. USA: American Psychiatrique Association Publishing . p.p. 989-1000.
69. TIGNOL, J & others. (2012) : *Body Dysmorphic Disorder*. la presse médicale n°41. France: Elsevier Mason.

5eme: CITES INTERNET:

70. BESSON, Jacques .(2004) : *What is Psychosis? EPPIC (Early Psychosis Prevention & Intervention Centre)*. Australie : www.eppic.org.au (consulté le 12/11/2015).
71. GEOPSY.com (2012) : *psychiatrie adulte, psychologie interculturelle et psychothérapie*. www.geopsy.com/patho_generale
72. LAMBERET, Aurelie. (2010) : *Listes de phobies réelles... ou pas*. psychoweb. <http://www.psychoweb.fr/news/insolite/575-listes-de-phobies-reelles-.ou-pas.html> consulté le 11/08/2015.
73. Oxford dictionaries (2008): *instinct*. <http://oxforddictionaries.com/definition/english/instinct?> (consulté le 24/10/2015).
74. RANNOU-DUBAS.K & GOHIER.B (2002): *Les états limites : aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états*, Angers, service de psychiatrie et de psychologie médicale "Psychiatrie Angevine". <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>

75. WHO (2015a) :*International Classification of Diseases (ICD)*.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> (consulté le 22/12/2015).
76. WHO (2015b) :*Classifications : ICD Revision Timelines*.
<http://www.who.int/classifications/icd/revision/timeline/en> (consulté le 25/12/2015).