



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

سنة ثانية ليسانس علم النفس

محاضرات "مدخل إلى علم النفس المرضي"

د. عبد القادر بهتان (أستاذ محاضر "أ")

السنة الجامعية 2020-2021

جامعة 8 ماي 1945 قالمة
ميدان العلوم الاجتماعية
فرع علم النفس

سلسلة دروس منقّحة وفق عرض التكوين
في "مدخل إلى علم النفس المرضي"
موجهة لطلبة التدرج للطور الأول:
الثانية ليسانس علم النفس

إعداد: د. عبد القادر بَهْتان

2021

الفهرس

| | |
|---------|---|
| 6..... | المحورالأول: لمحة تاريخية عن علم النفس المرضي |
| 7..... | 1.لمحة تاريخية عن تاريخ الطب العقلي وعلم النفس المرضي |
| 9..... | 2.تصنيفات الاضطرابات النفسية و العقلية لبعض أعلام الطب |
| 14..... | 3. علم النفس المرضي حديثا |
| 16..... | 4. مصطلح علم النفس المرضي في علم النفس العيادي |
| 16..... | 1. المرض النفسي |
| 17..... | 2. علامات المرض النفسي |
| 17..... | 3. الفوارق المميّزة بين الأمراض النفسية و الأمراض العقلية |
| 19..... | المحور الثاني: سيمولوجيا سيكاترية |
| 20..... | 1.السيمولوجيا السيكاترية |
| 20..... | 1. تعريف |
| 20..... | 2. السيمولوجيا السيكاترية |
| 22..... | 2. السواء واللاسواء |
| 21..... | 1. تعريف |
| 21..... | 2. معايير السواء والمرض |
| 23..... | 3. تعريف العادي و المرضي |
| 25..... | المحور الثالث : التشخيص وسياقاته |
| 26..... | 1. التشخيص |
| 26..... | 3. العوامل المؤثرة في سياق التشخيص |
| 27..... | 2. أمثلة عن السياقات التي تؤدي إلى التشخيص |
| 27..... | 1. مقارنة المعالج |
| 27..... | 2. مقارنة تشخيصية متعددة الأوجه |
| 29..... | المحور الرابع : تصنيف الاضطرابات العقلية |
| 30..... | 1. الدليل الاحصائي لأعراض الأمراض العقلية(DSM) |
| 32..... | 2. الفصام |
| 37..... | 3. الذهان الهوسي الإكتنابي <i>Psychose-Maniaco-Dépressive</i> |
| 37..... | 1. تعريف |
| 37..... | 2. النوبة الهوسية |
| 38..... | 3. الأشكال الإكلينيكية |
| 40..... | 4. أشكال السودوية |
| 41..... | 5. العلاج : علاج اضطرابات المزاج |
| 43..... | 4. الهستيريا والهستيريا التحولية |
| 48..... | 5. العصاب الوسواسي |
| 48..... | 6. الوسواس |
| 49..... | 7. أشكال الوسواس |
| 49..... | 8. القهر |
| 49..... | 9. الأسباب المرضية |
| 50..... | 6. عصاب الفوبيا |
| 50..... | 1.الهلع |
| 50..... | 2. أصناف اضطرابات القلق |
| 51..... | 3. أسباب اضطرابات القلق |

الفهرس

| | |
|----|--|
| 52 | المحور الخامس: المقاربة التحليلية وبعض المقاربات الأخرى لتفسير الاضطرابات النفسية..... |
| 53 | I. المقاربة النفسية التحليلية لأسباب المرض..... |
| 55 | II. العرض <i>Le symptôme</i> |
| 57 | III. البنية <i>La structure</i> |
| 62 | IV. ميكانزمات الدفاع <i>Les mécanismes de défenses</i> |
| 71 | IV. المقاربتين السلوكية والحيوانية..... |
| 72 | V. المقاربة النسقية..... |
| 74 | VII. المقاربة الإثنونفسومرضية..... |
| 74 | 1. تعريف..... |
| 74 | 2. مصطلحات أساسية للمقاربة الإثنوسيكاترية..... |
| 76 | المحور السادس: إضطرابات الشخصية..... |
| 77 | I. إضطرابات الشخصية..... |
| 77 | 1. تعريف..... |
| 77 | 2. السمات الأساسية للشخصية..... |
| 78 | 3. أنماط اضطرابات الشخصية..... |
| 78 | 4. أسباب اضطراب الشخصية..... |
| 79 | III. العلاقة بين المرض النفسي واضطراب الشخصية..... |
| 79 | 1. علاج اضطرابات الشخصية..... |
| 80 | 2. توصيات للمساعدة الذاتية..... |
| 81 | III. ملخص لاضطرابات الشخصية..... |
| 81 | 1. ملخص لاضطرابات الشخصية حسب (DSM-V)..... |
| 81 | 2. ملخص لاضطرابات الشخصية حسب تصنيف (CIM-10) منظمة الصحة العالمية (OMS/WHO)..... |
| 82 | مصطلحات..... |
| 85 | المحور السابع: تمارين..... |
| 86 | 1. تمرين 1..... |
| 87 | 2. تمرين 2..... |
| 87 | 3. تمرين 3..... |
| 87 | 4. تمرين 4..... |
| 88 | 5. تمرين 5..... |
| 88 | 6. تمرين 6..... |
| 88 | 7. تمرين 7..... |
| 89 | 8. تمرين 8..... |
| 89 | 9. تمرين 9..... |
| 89 | 10. تمرين 10..... |
| 90 | 11. تمرين 11..... |
| 90 | 12. تمرين 12..... |
| 90 | 13. تمرين 13..... |
| 91 | إجابات..... |
| 92 | 1. جواب التمرين 1..... |
| 92 | 2. جواب التمرين 2..... |
| 93 | 3. جواب التمرين 3..... |

الفهرس

| | | |
|----------|----|----------------------|
| 93..... | 4 | جواب التمرين 4 |
| 95..... | 5 | جواب التمرين 5 |
| 96..... | 6 | جواب التمرين 6 |
| 98..... | 7 | جواب التمرين 7 |
| 99..... | 8 | جواب التمرين 8 |
| 100..... | 9 | جواب التمرين 9 |
| 102..... | 10 | جواب التمرين 10 |
| 103..... | 11 | جواب التمرين 11 |
| 104..... | 12 | جواب التمرين 12 |
| 105..... | 13 | جواب التمرين 13 |
| 107..... | | قائمة المراجع |
| 108..... | | ملحــــــــــــــــق |
| 109..... | 1 | خطة الدرس - Syllabus |

المحور الأول: لمحة تاريخية عن علم النفس المرضي

I. لمحة تاريخية عن تاريخ الطب العقلي وعلم النفس المرضي

منذ العهد اللاتينو يوناني لم يكن يوجد علاج مميز للأمراض تسمى اليوم بالاضطرابات العقلية. فكل السلوكات المرضية وتفسيراتها كانت توعد إلى أمور ما وراء الطبيعة. أو مثل ما كان يتصور أفلاطون. بل أكثر من ذلك، لم يميّز بين ما هو مرض جسدي و عقلي. فقد كان للدّين تأثير كبير على تفسير الأمراض. فثقافة الخطيئة التي كانت تؤدي بالفرد المصاب إلى التكفير على ذنوبه، وفضلا عن ذلك تخليص المجتمع من سخط المعبود. بالرغم من بدايات ظهور ديار الرحمة منذ ق3.

نهايات العصر الوسيط تأثر العالم الغربي بالطب العربي (ابن سينا¹ وغيره)، وعلى هذا الأساس ومنذ ق11 بدأ تطوير الطب. بالنسبة لـ "أرسطو": "العته الطبيعي لا علاقة له مع ما هو محرّم". و بالرغم من ظهور الجامعات في فرنسا (Montpellier 1220)، كانت العلاجات جد محدودة.² كون المجتمع من تكفل بالمجانين وليس المستشفيات. بل إنّ للجنون كانت له مكانة خاصة (حفل المجانين، فكاهايات مجنونة للملك). حتى ق16 كان يعالج الجنون بالشعوذة.³ بالمقابل رداءة المستشفيات.

كانت بدايات دراسة الجنون كمرض طبيعي في ق17، في المستشفيات (1656: مستشفى باريس) نجد مثلا Lazare Rivière درس الصرع، Robert Burton تشرح الإكتئاب 1621، و Sydenham الهيستيريا.

تميّز ق18 بتطور الطب، وظهرت تصنيفات من قبيل مصطلح العصاب (Cullen, 1776)، وكثرت العلاجات العقلية من خلال الارتكاز على نظريات المزاج.

بداية ق19 تطور التنويم المغناطيسي من خلال التنويم الحيواني لـ Mesmer 1734-1815، و نظرية النوع لـ Lavater وعلم الجمجمة⁴ (Gall 1758-1828). كما تطو الاهتمام بالمجانين على مستوى المستشفيات. وهذا تزامنا مع ظهور الحركة الانسانية في انجلترا خصوصا. لقد تولّد الطب العقلي من نهاية ق18 إلى بداية ق19. وقد صادف ثورة 1789، وبروز الحرّيات. وتطورت التصنيفات العقلية للمرض العقلي. وظهر مصطلحي طبيب عقلي Psychiatre 1802 و Psychiatrie 1846

الأفعال السيكلوجية مرتبطة مع الفيزيولوجيا و ليس مع الأحاسيس. و بالمقابل علاقات الماديات بالأخلاق

1 تم تحريف اسمه بعد الترجمة إلى Avicenne

2 كانت ترسل دفعات من الطلبة الأوروبيين للدراسة في الجامعات العربية العريقة آنذاك، سيما إلى بجاية وغيرها.

3 أو بالأحرى حتى وقتنا الحالي. أين كان العرب وأين أصبحوا. بالمناسبة سلوكات الشعوذة والطلاسم أصبحت منتشرة حتى في الدول الغربية في وقتنا الحالي.

في ق 20 ظهر مصطلح الفصام مع "بلولر" (1911) Bleuler، ومصطلح التوتر النفسي (مساعد الطبيب "شاركو")، و امتدت علاقات العلوم مع علم النفس مع ظهور التيار النفسومرضي مع تلامذة فرويد (أدler ويونج) على مدى عشرين سنة (1900-1920)، ومع "ياسبرز" (1913) Jaspers، و مع البولوني "مينكوفسكي" (1885-1972) E. Minkowski، فضلا عن ظهور علم النفس الفيزيولوجي : (اكتشاف الرسم الالكتروني الدماغي⁵، 1929 من قبل "برجر" (Berger) سيما علاج المرض العقلي بصدمات الأنسولين مع "ساكال" (1932) Manfred Sakel)، و الصعق الكهربائي (1938) Cerletti & Bini).

بعد الحرب العالمية تعددت العلاجات وامتدت إلى فلسفة العلاج، والعلاج التحليلي مع "لاكان" (1901-1981)، العلاج العائلي مع ظهور العلاج بالنماذج النسقية، و العلاجات السلوكية و المعرفية، والأدوية النفسية 1951، مضادات الإكتئاب 1957، والحركة ضد السيكاترية مع "لانج" و"كوبر" Laing & Cooper.

5 EEG : électro-encéphalogramme

II. تصنيفات الاضطرابات النفسية و العقلية لبعض أعلام الطب

التصنيف مختلف عن الترتيب، هو أوسع منه. حيث اعتمد في معرفة الأمراض عبر الزمن من خلال تحديد العناصر المميزة لكل أصناف الأمراض. اهتم العديد من الباحثين والأطباء في تحديد الأمراض العقلية والنفسية.

1. فيليب بينال " (1826-1745) PINEL Philippe:

رئيس أطباء مستشفى "السابيتريار" La Salpêtrière 1795. لديه العديد من المؤلفات.⁶ وهو أول من تكلم عن الهوس، والسودوية والعتة.⁷ وجعل العلاج عن طريق النظافة والتغذية والعلاج النفسي. فقد درس مصطلح الهوس الأحادي،⁸ و دافع عن العلاج النفسي والعزل.

| تقديم | التصنيف | الأسباب | العلاج |
|---|--|---|---|
| - مؤسس الطب النفسي الفرنسي | - استبدال كلمة جنون folie بكلمة خبل vésanie | - مادية و نفسية. | - العلاج النفسي |
| - مبتكر العلاج الأخلاقي | التصنيف الأول: يركز على العته مثله مثل الهذيان التصنيف الثاني: يوجد أربع أنواع من العته: | - التأخر: وراثي أو بيئي. - الإصابة ليست مخية مباشرة. | - يمكن التواصل مع المعتوه. - اللين و العطف في الكلام لتوطيد علاقة الثقة. |
| - مؤسسة العزل | (1) إكتئاب بسيط: هذيان بسيط يركز على موضوع واحد. | - الإصابة الإعاشية هي | - الإستقبال الحسن : محاولة الإصغاء. |
| - الهوس هو مركز الجنون | (2) الهوس: هذيان عام يسجل على الأقل حالة هيجان. (3) العته: أفكار غير مترابطة فيما بينها أو مع المواضيع الخارجية. إضطراب التفكير و نسيان تام للذكريات السابقة. | نتج مشاكل انفعالية. | - إقناع المريض بنصائح الطبيب. - العزل: يتم عزل المرضى العقليين ووضعهم بعيدا بعد تصنيفهم. |
| - 1826-1795 طبيب رئيس في "السابيتريار". | (4) البلاهة: أ. أعمق من العته. ب- أغلب البلهاء لا يتكلمون. ج- نمطية حركية (حركات أوتوماتيكية). | | |

6 Nosographie philosophique 1798; Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale 1801

7 La manie, mélancolie & de démence

8 Monomanie

2. "إسكيرول إتيان" (1840-1772) ESQUIROL Jean Etienne :

لقد أبرز أهمية الجانب الإكلينيكي في التشريح المرضي، و وصف العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية؛ وضع تصنيفات عقلية، وصف أنماط التفكير الوسواسي في عام 1838م، وصنّفها في أشكال الهوس العقلي الأحادي. (Cooper ; Frances ; Sacks, 1986, p. 353)، و وضع تصنيفا عقليا للاضطراب، وعلاجا يعتمد على البعد النفسي للهذيان، العلاج النفسي، وطوّر دور العزل.

| تقديم | التصنيف | الأسباب | العلاج |
|--|---|----------------------|---------------------------------|
| - تلميذ بينال Pinel. | - يميّز الهوامات والأفكار الوهمية : اعتقاد مدرك | - الهوامات هي | - الإهتزاز النفسي: كسر العلاقة |
| - مراقب مصلحة بينال (1811) | لدى الشخص، و الإحساس بوجود موضوع | أصل التأخر | فيما بين الأفكار وتهديم ثباتها. |
| - 1812 طبيب | خارجي لكن غير موجود حقيقة. | العقلي. | - العلاج النفسي مطبق لكن |
| - 1825 طبيب رئيس. | - لبيبمانيا (سودوية مزمنة: ناذرة) Lypémanie : | - لا يوجد فرق بين | سلطة الطبيب على المريض |
| - نشر نظريته (1805): | هذيان اكتئابي قد يؤدي إلى الإنتحار. | الجنون والهوام أقوى. | |
| " تعتبر الوجدانات كأسباب وأعراض، و وسائل للشفاء من التخلف العقلي." | 1- الهوس Manie: هذيان عام | من حيث الطبيعة | - الاستحمام بالماء البارد جدًا. |
| | 2- الهيسيتيريا الهوسي الأحادي: هذيان جزئي | ولكن من حيث | |
| | محدود في فكرة واحدة. | الكمية. | |
| | 3- عدم اكتمال النمو العقلي: بلاهة، غباء | | |
| | 4- عته: ضعف نفسي. | | |

3. شاركو (1893-1825) CHARCOT

| تقديم | التصنيف | الأسباب |
|--------------------------------------|--|--|
| - طبيب سنة 1856 وفي سنة 1862، | - يمكن ملاحظة الهيسيتيريا لدى النساء أكثر منه | - إستعدادات لدى بعض الأفراد (وراثية) لكن الأسباب |
| رئيس مصلحة في "لاسلبيتريار". | لدى الرجال. | المحدّدة (جسمية، المحيط... لا تسرع حالة الهيسيتيري |
| - سبب الهيسيتيريا ليس تلف مخي بل | - النسمة (L'aura) : علامات في بداية الأزمة (الأم | إلى المرض نفسه. |
| إعاقة وظيفية. | مبيضية...) | - ضعف في الجهاز العصبي. |
| - درّس في "لاسلبيتريار" أين استخدم | - المرحلة الهيسيتيرية (épileptoïde): حركات عامة | - الصدمة سبب ثانوي. |
| التنويم المغناطيسي ليس كوسيلة علاجية | مع تشنجات. | - تفاعل العقل والجسم. |
| بل كطريقة تجريبية. | - مرحلة التمسرح (clownesque): حركات | - هناك تركيبة نفسية في الهيسيتيريا لكن "شاركو" كان |
| - خلق و تفكيك إعاقات تجريبية مشابهة | بهلوانية أو غير منطقية. هي مرحلة الحركات | يأمل دائما في وجود سبب عضوي. |
| للإعاقات الهيسيتيرية. | المتكررة. | |
| - تأثير العقل على الجسد. | - المرحلة النهائية (résolutive): بمثابة حل | |
| | ختامي للأزمة عن طريق أزمة البكاء أو الضحك. | |

4. كراپلين (1856-1926) KRAEPELIN: قدّم وصفاً دقيقاً للأعراض مع نماذج من الحالات التي تُعدّ ممثلة

للاضطراب النفسي.

| العلاج | الأسباب | التصنيف | تقديم |
|----------------------------------|------------------------------------|---|--|
| - في حالة العلاج ينتج تشاؤم كبير | التمييز بين الأمراض داخلية وخارجية | - ثمان طبقات متتالية حول كتابه 'رسالة علم النفس'، أول طبعة كانت في 1883 | - طبيب عقلي ألماني مؤسس التوصيف المرضي |
| - هذه الأمراض غير قابلة للعلاج | المنشأ: -العتة المبكر للعلاج | - العته المبكر والذهان الهوسي الإكتنابي ⁹ (1899) | الحديث 1886 |
| - ينصح بالعزل للأمراض | الذهان الهوسي | -الذهان الهوسي الإكتنابي له ثلاث حالات: الحالات الهوسية والإكتنابية السودوية | -يصبح أستاذ بروفيسور في جامعة ميونيخ و يدير لمدة 20 سنة العيادة السيكاترية |
| داخلية المنشأ. <i>Endogenèse</i> | الإكتنابي من منشأ داخلي. | والحالات المختلطة (عناصر اكتنابية مجتمعة مع عناصر هوسية). | الجامعية لهذه المدينة. |
| | | - العته المبكر يغطي مختلف الحالات المرضية المتميزة بضعف نفسي تطوري يؤدي إلى ضعف فكري (العتة). ويتميّز كذلك باضطرابات في الذاكرة و اللغة المنطق. | |
| | | أشكال العته: يضع ثلاثة أشكال إكلينيكية للعتة: | |
| | | 1- الشكل الزوري <i>paranoïde</i> : هلاوس حركية و نفسية. | |
| | | 2- الشكل الكتاتوني: إنخفاض في العفوية الحركية، جمود إنفعالي | |
| | | 3- الشكل الهيبيفريني: ذهان ما بعد النضج يتميّز بسلبية و بطفلية. | |
| | | -أكد بأنّ المرض لا يتحدد إلا في حالته النهائية. | |
| | | - يعتبر الذهانات داخلية المنشأ تنتهي عموماً إلى التدهور الكلي. | |

5. فرويد (1856-1939) FREUD Sigmund

مولده كان في " فرايرغ" المعروفة اليوم بـ "سلوفاكيا"، ترعرع في "فيانا" عاصمة النمسا. هاجر من "فيانا" إلى عاصمة إنجلترا (لوندر) سنة 1938 وتوفي فيها (1939). بدايات منشوراته على الأسماك (الخلايا الغدية 1877، ثم العصبية 1902)، انتقل إلى التنويم المغناطيسي (1883-1893)، ثم الكوكابين (1883)، "الأفازيا" (1891)، الإعاقات الطفلية من أصل عصبي (1891). ثم بداياته مع "الدّراسات حول الهيبستيريا (1895)، والبقية من منشوراته المعروفة في التحلي النفسي (اللاشعور، الحلم، الجهاز النفسي،...)". لقد رفض تأسيس نظرية عامة لنفسية الفرد قائمة على معطيات كمية. فهجر علم الأعصاب الفيزيولوجي، واهتم بالظواهر النفسية في حقل التجربة الذاتية، الذي أنتج ما يعرف اليوم بالتحليل النفسي، سيما عندما ولدت مفاهيم حول كتاب القرن تفسير الحلم، فضلا عن مفاهيم أخرى مثل لغة اللاشعور، النرجسية، قلق الخصاء،... الخ. (Quinodoz, 2013)

| العلاج | الأسباب | التصنيف | تقديم |
|--|--|------------------|--|
| - التنويم المغناطيسي مع الهيبستيريين ثم استخدام التداوي الحر (<i>association libre</i>). | الذي حدث جنسي الذي يمس نضجه، ولا يتم تفعيل هذا الحدث إلا بحدث صدمي آخر من خلاله يبرز و | اللاشعور والصدمة | أقحم علم النفس التحليلي، اللاشعور والصدمة الجنسية، والجهاز النفسي، ونظرية الحلم... |
| | | | مفهوم الكبت يطبق فقط على التصور، بينما مفهوم |

التصور مرتبط بالعاطفة. يظهر العرض. - بدأ تحليل النفس وبعد ذلك أصبح "العياء العصبي" (1880) Neurasthénie: عاطفة تعب، يمرر ميكانيزم الكبت الصدمات أو التحليل النفسي قائما بذاته. عياؤها من أصل عصبي. والأصل من اضطراب جنسي. الرغبات إلى سطح الشعور على شكل رمزي (عرض، حلم، زلات). عصاب القلق علاماته القلق وشكاوي سوماتية (سرعة ضربات القلب، وخصوصا الشعور بالدوران). يرجع سببه (النظرية الأولى أ عصاب القلق مادي) إلى تكس تراكبي للتنبه الجنسي غير المشبع (عدم اكتمال الممارسة). النظرية الثانية يؤكد على سببية الخوف من الانفصال وفقدان الموضوع. أي من أصل نفسي.

6. "بلولر" (1857-1939) Eugen BLEULER

| العلاج | الأسباب | التصنيف | تقديم |
|--------|---------|---|---|
| | | - استخدام مصطلح " فصام <i>schizophrénie</i> " بدل "العتة المبكر ثم الطب العقلي في مستشفى "الدو" (<i>démence précoce</i> الذي استخدمه "كرابلين" - الإزدواجية هي إحدى الأعراض الأساسية للفصام. | - طبيب عقلي سويسري، درس الطب في زوريخ - ثم الطب العقلي في مستشفى "الدو" (<i>Waldau</i>) في "بيرن" (<i>Berne</i>). |
| | | - في العتة المبكر ليست القدرات الفكرية لوحدها تبقى سليمة بل كذلك المصاب يحتفظ بمخزون داخلي غني. | - أكمل دراسته في باريس مع شاركو Charcot و مانيان Magnan ثم عاد للعمل في Zurich |
| | | - لا يتميز الفصام بفقدان النشاطات النفسية و لكن يتميز بضعف انسجام النشاطات النفسية : التفكك العقلي. | - في مستشفى سنة 1898. |
| | | - إنفصام وحدة النفس منتجة علاقة سياق تجميحي وفقدان التفكير المنطقي (على مستوى اللغة مثلا نلاحظ ظهور كلام غريب و جديد). | - اهتم بالتحليل النفسي وأدخل مصطلح "الإزدواجية" مباشرة استخدمها فرويد. |

7. بيار جانيه (1859-1947) JANET P.

أول من قام بمساهمة علمية في الوسواس والقلق، كما قدّم مفهوم العياء النفسي *Psychasthénie* سنة 1903 والذي شمل الوسواس والمخاوف المرضية وبعض الاضطرابات العصابية.

بالإعتماد على دروس "علم النفس المرضي" للبروفيسور "بارتيليمي" (Barthelemy, 2006) قمنا بتلخيص أهم المعابر التاريخية لتطور علم النفس المرضي وتصنيفات الأمراض العقلية لأهم المساهمين (بيار جانيه، فيليب بينال، إسكيرول إتيان، شاركو، كرابلين، فرويد، بلولر) في الدول الغربية. في هذا السياق لا توجد بحوثا تؤكّد بدايات هذا الاختصاص (علم النفس الرضي) في الدول العربية. بالرغم من ذلك نؤكّد بأنّ الاهتمام والتكفل بـ"المصاب بالجنون" كان أكثر تطورا في العالم العربي الاسلامي.¹⁰ بالمقابل يمكن القول أيضا، قد يشير موضوع التصنيفات (التي وصلت إلينا) إلى من أوجد المصطلح. وللإشارة فإنّ

10 في الوقت الذي كان يعالج المصاب باضطراب عقلي في البلاد العربية، كان يحرق حيا في الدول الأوروبية لا شيء إلا لأنه كان يعتقد بأنّه من الواجب تسليط عليه عقاب نتيجة الخطيئة.

المحور الأول: لمحة تاريخية عن علم النفس المرضي _____ السداسي الرابع _____ د. بهتان عبد القادر
هذا الاختصاص تطوّر في الدول الغربية (خصوصاً على الصعيد الدوائي¹¹) على قواعد المعارف العربية
القديمة حول الانسان كجسم فيزيقي حي، أو نفس، أو محب للعلاقة.

11 في القرن الواحد والعشرين (2013)، تؤكد الدراسات في تخصص الهندسة الوراثية épigénétique بأنّ 15 بالمائة من الصبغيات في جسم الانسان تتحول بتأثير الأفعال السلوكية من قبيل الاندماج الاجتماعي، الراحة النفسية... الخ وهي المسؤولة عن تحديد مصير الـ 85 بالمائة المتبقية. هذا يسوقنا للقول بأنّ العلاجات الدوائية مألها يعاد النظر فيها من خلال هذا الاكتشاف.

III. علم النفس المرضي حديثاً

استخدم مصطلح *علم النفس المرضي التجريبي* لأول مرة في سنة 1903 من طرف العالم بافلوف Pavlov، في ملتقى دولي في مدريد. في هذه المناسبة، بافلوف ركّز على أهمية علم النفس المرضي و التجريب على الحيوان. لقد عرفت مدرسة بافلوف تطوراً كبيراً في ميدان طرائق البحث التجريبي. بدأت الدراسة التجريبية للعصابات مع *Yerofeeva & Shenger-Krestovnikova*، و في سنة 1912 بدأت الدراسات في هذا المجال تتزايد. (Lieury, 2000)

أما المقاربة التي تدرس الظواهر النفسومرضية، من أصل فلسفي ألماني. وقد أدّت هذه المقاربة إلى ظهور خطوتين أساسيتين:

1. أتى بها "جاسبرز" (1913) *Karl Jaspers*، ترجمت إلى اللغة الفرنسية في سنة 1928، بعنوان "علم النفس المرضي". وتتميز بالوصف، قريبة من علم النفس الإمبريقي الوصفي للظواهر. في هذه الحالة، علم النفس المرضي اهتم خصوصاً بدراسة معاش المرضى (معنوياتهم و الكشف عن الدلالات المرضية).

2. ظهرت في أعمال "بينسفانجر" *Ludwig Binswanger* (1957، 1987) حول الفصام (*schizophrénie*)، الهلوسة (*manie*) والسودوية (*mélancolie*). خلصت دراسات "بينسفانجر" إلى طريقة علاجية (*Daseinsanalyse*) أو "موقف ينطلق من الفهم الكامل للإنسان في وضعية ما"،. (اتحاد الكتاب العرب، 2001، ص. 487)

كانت بداية علم النفس مع العالم الألماني "فوندت" (1879) *Wundt* كمؤسس لأولى المخابر التجريبية. و أنّ علم النفس المرضي بحكم أنّه مفترق الطريق بن علم النفس والطب، نشأ مع تطور الاهتمام بالمرضى العقليين، فأصبح يهتم بدراسة أنواع الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية وأعراضها المميّزة، وكيفية تشخيصها. (طه وآخرون، 1993، ص. 540). ومن أهدافه:

- الدراسة العلمية للاضطرابات النفسية والعقلية وانحرافات السلوك.
- وضع معايير للتمييز بين السواء واللاسواء، فضلاً عن التصنيف في الفئات المرضية.
- الكشف عن الأسباب السيكولوجية (النفسية، الجسمية، العلائقية) والثقافية... إلخ.
- صعوبة الانسجام والتكيف والتوافق، فقد يتعرّض فرد مثلاً إلى نقص الكفاءة والقدرة على تدكّر المعلومات وعدم التركيز. (حسن غانم، 2006، ص. 102).

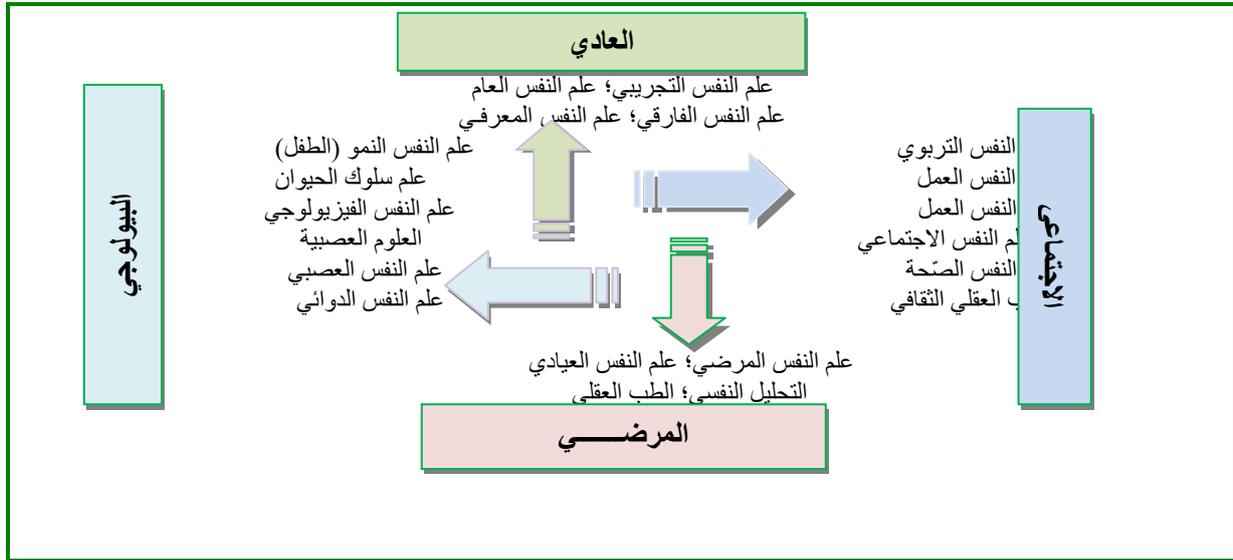
يعتمد علم النفس المرضي بدرجة كبيرة على المقابلة، الملاحظة والاختبارات النفسية، والتي تعتبر في مجملها القالب الأساسي الذي من خلاله نفهم دراسة الحالة. ويقوم بوصف الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية وأعراضها الاكلينيكية، ويُعلّل أسبابها وعواملها وديناميكيتها وسبل علاجها.

يمكن التعبير عن المرض النفسي بأنه مجموع الإضطرابات، وظيفية كانت أو بنيوية في شخص الفرد. يظهر على صورة أعراض نفسية أو جسمية مؤثرة في سلوك الشخص فيعيق توافقه النفسي على مستوى الممارسة الحياتية اليومية أو مع المجتمع الذي يعيش فيه.

المرض النفسي أنواع و درجات : يوجد فرق بين المرض النفسي و السلوك المرضي كون هذا الأخير سلوك عابر يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي. فقد يشاهد سلوك الهستيريا لدى شخص سوي و هذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو بمرض الهوس. فالأمراض النفسية و الصّحة النفسية راجعين إلى أنواع الأمراض و إلى درجة الأمراض النفسية.

يوجد علم النفس المرضي في مفترق الطرق بين علم النفس العيادي والطب السيكتري. موضوع دراسته اضطرابات السلوك والشخصية. وهذا من خلال تحديده وتعريفها ومعالجتها قدر الإمكان. وتمتد إلى دراسة سببية المرض بالرجوع إلى تاريخ المرض والعلامات المرضية. محاولة الإجابة على عدد من الأسئلة حول أسباب المرض، مثل: من سبب في إيقاظ أعراض المرض؟ (ربّما خلل عاطفي) ولماذا أصبح ذهانيا؟ (ربّما أسباب عائلية، اجتماعية، وراثية، بيولوجية، نفسية، ..). (Lieury, 2000, p. 00)

رسم بياني 1: بانوراما القطاعات الكبرى لعلم النفس



ترجمة: (بهتان، 2019)، المصدر (Lieury, 2000, p. 12)

IV. مصطلح علم النفس المرضي في علم النفس العيادي

يسمى "مينكوفسكي" علم الأمراض السيكولوجية" كونه يتماشى مع المقاربة الكيفية. يعبر عنه بمجموع المعارف التي تحاول وصف، وفهم، وتفسير ظهور مرض على مستوى الدينامية السيكولوجية للفرد. في هذا السياق، كل ما هو سيكولوجي يمكن أن يصاب بالمرض. ومن ثم يمكن تحديد الأسباب المرضية. فالأمر مختلف عن علم الأمراض السيكاترية التي تهتم بالعلامات المرضية للمرض العقلي. لكننا نتحدث عن مقاربة أوسع تدرج التحليل بكيفية شمولية، والحركات النفسية القبلية الخالية من الأعراض، وعن المعاناة النفسية بدل المرض النفسي.

مما سبق، يمكن القول بأن علم الأمراض النفسية في علم النفس العيادي قد يعبر عن تظاهرات الاضطراب ودلالاته بالنسبة إلى الدينامية النفسية للفرد أكثر من أجزاء نظرية حول موضوع معطى تصف وتحلل السياقات العقلية المرضية والسوية حتى. (Bioy & Fouques, 2016, p. 38)

1. المرض النفسي

المرض النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية، يبدو في صورة أعراض جسمية ونفسية شتى، منها القلق، الوسواس، الأفكار المتسلطة، المخاوف الشاذة، اضطرابات جسمية و حركية وحسية متعددة. من حيث الأسباب، فالمرض النفسي اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لا شعورية في مرحلة الطفولة إضافة إلى العوامل البيئية المتشابكة والمتراطة. ويمكن تلخيص هذه المسببات في العوامل الجينية (من 4-30%)، والعوامل البيئية، وطبيعة الشخصية حيث يلعب ضعف الذات والصراعات النفسية في ظهور اضطرابات سيكاترية بسبب السلوكات اللاسوية، والعوامل الفيزيولوجية (سن اليأس،..). والاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات السيكاترية العضوية المنشأ (مرض الزهايمر، الصرع،...)، و المواد المخدرة والعقاقير الدوائية. (حمدي الحجار، 1998، ص ص. 18-19)

من ناحية الهدف، هو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات و تستهدف حلاً لأزمة نفسية و هو محاولة تجنب القلق أو إيقافه.

من ناحية الأبعاد، المرض النفسي ليس مقتصرًا على النواحي السلوكية والعصابية وإنما يضم عدداً واسعاً من اضطرابات الشخصية (إنحرافات جنسية، أمراض جسمية،... إلخ). (عوض، 2018، ص. 27)

كل هذه المسببات تفقد القدرة للخروج من الإحباط النفسي المستمر والدائم والذي يؤثر على توازن الفرد وصحة تفكيره وحيوته النفسية. (عبد الله عمارة، 2013، ص. 3)

2. علامات المرض النفسي

- سوء التوافق : هو محور المرض النفسي أو بدايته. و كون الأمراض النفسية عديدة و متشابكة التصنيف، إلا أنّ الصفات العامة للأمراض تصنّف كمايلي :

1.2. اضطرابات جسمية أولية: عبارة عن انعكاسات لسوء التوافق النفسي مثل : الصداع،

ضيق التنفس، دوار، اضطرابات في النبض، آلام مبهمة، سوء الهضم.. الخ

2.2. الهيجان و سرعة الإستثارة

3.2. اضطرابات النوم

4.2. وساوس، قلق يفوق القلق الطبيعي تجاه الجسم و وظائفه.

5.2. اتخاذ أو تبني أنماط معيّنة من السلوك الشاذ

6.2. شك و حذر من ملاحظات و نظر الآخرين

7.2. أوهام لا مبرّر لها

8.2. شكوى من استمرار الأمراض الجسمية دون سبب عضوي واضح

9.2. عدم الشعور بالرضا و التوافق و التكيف مع الآخرين

10.2. عدم الشعور بالأمن و الإنسجام و الإطمئنان الذاتي

11.2. الإنحراف عن المعايير الثقافية و الإجتماعية السائدة الذي يؤدي إلى الشذوذ أو إلى

الإنحراف و الجريمة.

ملاحظة : الأعراض لا توجد بالضرورة مجتمعة جميعها في المرض النفسي الواحد بل قد يوجد بعضها منها فقط.

3. الفوارق المميّزة بين الأمراض النفسية و الأمراض العقلية

هناك خلط كبير بين مفهومي الأمراض النفسية و الأمراض العقلية، الذي نتج عنه امتداد تصور المرض النفسي مثله مثل المرض العقلي و خصوصا لدى السواد الأعظم. ممّا نتج عنه خوف الجماهير و رعبهم من الذهاب إلى العيادات النفسية بهدف الإسترشاد أو التكفل النفسي. الزائر لها يكون محلّ الأنظار و النقد على نحو جنون، إختلال عقلي،... إلخ و تزداد هذه النظرة حدة و شدة في المجتمعات المتخلفة خصوصا. فلا بد من إعادة النظر في هذه الفوارق بدءا من ثقافة المختص. وحتى يمكننا تمييز المرض النفسي عن المرض العقلي لا بد من النظر في النقاط التالية:

1.3. الأمراض النفسية (العصابية) مصدرها نفسي، غير عضوية و غير جسمية، ترتبط باضطرابات مزاجية و قابلة للعودة لحالة الإتزان، أما الأمراض العقلية (الذهانية) تنشأ عن خلل عضوي فيزيولوجي أو

عصبي دماغي و يصاحبها (الأمراض العقلية) اضطرابات جسمية (هضمية مثلاً) ووظائفية، و علاجها يكون طويلاً. في المرض النفسي تكون الجوانب الجسمية سليمة و نادراً ما تصاب.

2.3. الأمراض النفسية (العصابية) هي عموماً ذات مصدر بيئي و/أو إجتماعي و نادراً ما تكون وراثية، أمّا أصل الأمراض العقلية عموماً يكون وراثياً و جينياً و نادراً ما تكون بيئية. يستحسن عزل أصحابها.

3.3. الأمراض النفسية تتناول عادة جانباً واحداً للشخصية ولا يصاحبها عموماً أية اضطرابات فيزيولوجية، بينما الأمراض العقلية تؤثر في مجموع الشخصية وتولد تغييراً أوسع بمحيطه أو بالجسم.

4.3. المصاب بالأمراض النفسية (العصابية) يكون متصلاً بالواقع بالرغم من الإضطرابات الملاحظة، بينما في الأمراض العقلية يكون المريض منفصلاً عن الواقع، و يكون منشطاً و مجزئاً في عالم خاص به (بارانويا، إدعاء النبوة، التحجر بفكرة واحدة...).

5.3. المريض النفسي واع لحالته، يقبل و يطلب العلاج. بينما المريض عقلياً يكون غير واع لحالته، لا يشعر بالتغيرات التي هي من حوله، فهو لا يعترف بأنّه مريض و يعارض بشدّة العلاج و المساعدة.

6.3. المريض نفسياً يكون معرّضاً للمسؤولية القانونية كونه مندمج إجتماعياً، عكس المريض عقلياً.

7.3. في حالات نادرة، قد تكون بعض الأمراض النفسية (العصابية) ناشئة عن مصدر عقلي، و الأمراض العقلية نابعة عن مصدر نفسي. التشخيص المبكر يسمح بالعلاج المبكر قبل استفحالها.

المحور الثاني: سيمولوجيا سيكاترية

I. السيميولوجيا السيكاثرية

1. تعريف

Séméiologie : هي العلم الذي يدرس الأعراض الطبيعية التي من خلالها تعرف الأمراض.
Sémiologie : هي العلم الذي يدرس سيرورة الرموز (اللغة، الرمز، العلامة، الإشارة) على مستوى الحياة الاجتماعية. (السيميولوجيا جزء من علم النفس العام). و يوجد هذان المصطلحان في علم النفس المرضي وفي الطب العقلي.

- العلامة: هو تظاهرة موضوعية لحالة مرضية (DSM).

- في السيميولوجيا المرضية يمكن أن نركز على دراسة السلوكات، والسياق الدلالي للأعراض (من خلال إستدكار الفرد)، والمظاهر العلائقية، والسياق أو الإنفعالية.

2. السيميولوجيا السيكاثرية

تدرج السيميولوجيا السيكاثرية على الترتيب عشرة نماذج من الإضطرابات. إنها (مثلا) تميز بين اضطرابات التفكير و اضطرابات الحكم. (Lemperière & Féline, 1977).

1. اضطرابات الهيئة الخارجية و التعبير

1.1- اضطرابات الهندام و علاقته مع السن و الجنس

2.1- اضطرابات الإشارة

3.1- اضطرابات نفسية حركية (هيجان، اندفاعية، دهشة، لزمات، .. الخ

4.1- اضطرابات اللغة

1.4.1- على مستوى عصبي مركزي (أفازيا)

2.4.1- ديناميات الكلام الشفهي و الكتابي (اندفاعية كلامية، حوار هواسي، تأتأة، هذيان، ...)

5.1- على مستوى القواعد اللغوية

6.1- في الوظيفة الدلالية للغة

2. الاضطرابات النزوية السلوكية

1.2- اضطرابات الإخراج و التبول

2.2- اضطرابات النوم (أرق، كوابيس، الهوس الليلي..)

3.2- اضطرابات التغذية (sitiophobia رهاب الأكل، الشرهية، anorexie فقدان الشهية، ...)

4.2- الإضطرابات الجنسية (العجز الجنسي، البرود الجنسي، الفيثيشية،... الخ)

3. اضطرابات السلوكات الاجتماعية (الانتحار، الهروب، السرقة المرضية، الإجرام...)

4. اضطرابات الإنتباه

- 1.4- اضطرابات التوجيه المكاني
- 2.4- اضطرابات الإنتباه الشعوري
- 3.4- نقص الإنتباه (خلط، إنعاش..)
- 4.4- زيادة شدة الإنتباه
5. اضطراب الشعور بالذات
- 1.5- اضطرابات الشكل و الإحساس
- 2.5- إنفصام الشخصية
- 6- اضطرابات المزاج (اللامبالاة، مزاج متقلب، كآبة،...)
- 7- اضطرابات الإدراك (خروج عن الواقع، تغيرات كمية للإدراك، synesthésies حس متزامن، مدركات خاطئة، هواسات حسية، هواسات نفسية)
- 8- اضطرابات الذاكرة (فقدان الذاكرة،...)
- 9- اضطرابات التفكير (اضطرابات الإستمرارية في التفكير، اضطرابات الريتم، الوسوس، الفوبيا، أفكار هذيانية (العظمة، الإضطهاد، الغيرة،...))
- 10- اضطرابات الحكم (عدم النضج، عدم ترابط الأفكار، الصمم، الخروج عن الواقع، تفسير مهمم، أخطاء في الحكم...).

II. السواء واللاسواء

1. تعريف

حسب منظمة الصحة العالمية الصّحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض والعجز". (عوض، 2015، ص. 13)

وتشير منظمة الصحة العالمية أنّ حوالي (160) مليون فردا في أوروبا مصابون بأمراض الكآبة والقلق والاكتئاب، وطالبت المنظمة في دراسة لها بضرورة السعي للقضاء على مسببات هذه الأمراض النفسية المرشحة التي تكون السبب الأوّل للوفاة عام 2020. (Bergeret et al., 2012, p. 46)

السواء *La normalité*: هو القدرة على توافق الفرد مع بيئته و الشعور بالسعادة و تحديد أهداف. والشخص السوي يتطابق سلوكه مع سلوك أغلبية الناس سواء في التفكير، المشاعر أو النشاط.... و يكون سعيداً و متوافقاً نفسياً، إجتماعياً و انفعالياً.

السواء دراسة الميكانيزمات العامة للسلوك. يمثّل هذا القطب الجانب الأكبر في الدّراسات النفسية العامة. هذه الأخيرة، تأخذ بعين الاعتبار أهمية الدراسات الفارقية (الفروقات الجينية بين الطفولة والشيوخة،...)

اللاسواء *L'anormalité*: هو عدم القدرة على توافق وتكيف وانسجام الفرد مع بيئته و عدم الشعور بالسعادة و تحديد أهداف. و الشخص غير السوي لا يتطابق سلوكه مع سلوك أغلبية الناس سواء في التفكير، المشاعر أو النشاط.... و لا يكون سعيداً و متوافقاً نفسياً، إجتماعياً و انفعالياً. (Bloch, 1997) عكس السواء، اللاسواء أو المرض يمثّل الاضطرابات النفسية. علم النفس العيادي يهتم بدراسة اللاسواء. يخالف عن المقاربات التجريبية. لأنّ معالجة اللاسواء لا يعتبر الفرد رقماً مجدولاً، ولا نقطة على منحني، ولا عنصر في معدّل. لا بد على الفاحص النفسي الاعتماد على معارفه العلمية وتجاربه الحياتية، معرفة ثقافة البيئة التي ينتمي إلى الفرد لفهمه. ولا يعني هذا أنّ النظرة التحليلية وحدها تكفي لفهم الفرد. اعتبار الأمراض النفسية نتيجة كبت النزوات الجنسية تحديداً، الجدير بالذكر الاهتمام بالضغوط الحياتية التي هي كذلك تسبب الأمراض. وليس الأخذ بدراسة الحالة لأهميتها في الدراسات العيادية لا يعني التطرق إلى فحوصات عيادية أخرى (الفحص بالأشعة، فحص الدم،...). (Lieuury, 2000, pp. 10–12)

وبالرغم من ذلك يبقى التحليل النفسي النواة في الدّراسات الانسانية والاجتماعية.

2. معايير السواء والمرض

يشير البعض إلى أنّ معايير السواء قد تمس: الإدراك الحسي بالواقع، والقابلية على ممارسة السيطرة أو الاختيارية على السلوك، وتقدير الذات والقبول، والقدرة على تكوين علاقات عاطفية، والإنتاجية. فغالبا علامات التوتر النفسي الناتج عن المشكلات غير المعلولة. (فلاح حسين، 2015، ص. 15)

ويمكن إرجاع مرجعية السواء و اللاسواء بانسبة إلى جملة معايير، هي:

أ. المعيار الذاتي: يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوية.

ب. المعيار الإجتماعي: المرجع هو المعايير الإجتماعية.

ت. المعيار الإحصائي: اللاسوي هي الإنحراف عن المتوسط.

ث. المعيار المثالي: لا يمكن تطبيقه إلا نادراً (اللاسوية هي الإنحراف عن المثال الأعلى).

عند الطفل، يستلزم الأخذ بعين الإعتبار عدم نضجه، طور النمو بما يحتويه من صراعات لحل العقد...

3. تعريف العادي والمرضي

1.3 "كونغيلهايم" *Conguilheim*: قدرة الفرد على خلق المعايير الجديدة. و هو كل ما نكتشفه أو نجده عند أغلبية الحالات و ينطبق مع معدل أو قياس معيّن. عرّف المرض النفسي بتخفيض نسبة التسامح و التساهل مع المحيط. و الإنسان السوي هو الذي يبقى متكيفاً مع محيطه.

2.3 فرويد *Freud*: أول من انتقد "كونغيلهايم". قال: "لا يمكننا تقييم العادي و المرضي كمياً"، بمعنى ليس حتمياً مجموع أعراض تعطينا مرض. "كل شخص عرف خلال حياته صراعات عصابية و حاول حل هذه الصراعات باستعمال نفس ميكانيزمات الدّفاع التي توجد في العصاب". منشورات فرويد ارتكزت خاصة على على عقدة أوديب و العصاب وبيّنت عدم وجود مسافة كبيرة بين الإنسان العادي و العصابي فيما يخص بنيتهم العميقة. تكلم عن الذهاني و العصابي. و الشخصية المعروفة بالسوية تسنطع الدخول في أي لحظة في نوبة مرضية عصابية أو ذهانية.

3.3 "ميلاني كلاين" *M. Klein*: الحكم على كل ما هو مرضي ليس بالتعرف عن وجود عصاب أم لا، و لكن الإقرار بعصاب الذي يخلق مشاكل هامة لمستقبل الطفل.

4.3 أنا فرويد *A. Freud*: تكلمت عن ثلاثة أنواع من الصّراعات. (داخلية، خارجية، مستدخلة).

1.4.3 الصّراعات الداخلية تحدث بين الهو والأنا، و لها علاقة مع ممثل نزوي لمتطلبات خارجية. أما

2.4.3 الصراعات المستدخلة فتكون بين الأنا والأنا الأعلى نتيجة استدخال المحرّمات الخارجية. و أخيراً

3.4.3 الصراعات الخارجية تكون بين نزوات الطفل و المتطلبات الخارجية (خصوصاً في المرحلة

الفمية).

للتحكم في هذه الصّراعات يجب التعرف على مايلي :

- مراحل النمو
- مفهوم التطور و النمو¹² هل فيها نكوص، تثبيت، مشكل، ...
- سلطة الإعلاء (تعويض شيء بشيء آخر)¹³
- قدرة السيطرة على القلق¹⁴
- التوازن بين الميولات النكوصية و التقدمية.¹⁵ (Bloch, 1997)

12 Notion de progression

13 Pouvoir de sublimation

14 La capacité a maitriser l'angoisse

15 L'équilibre entre les tendances régressives & progressives

المحور الثالث : التشخيص وسياقاته

I. التشخيص

1. سياق التشخيص

لم تكن له أهمية من قبل، بل في نهاية السبعينيات تزايد الإهتمام بالتشخيص. وحسب "هيرمان" (1985) Herman فإنه يرتبط بثلاثة عوامل :

- أ. عرف تطور التشخيص في ميدان العلاجات (نفسية، دوائي، سلوكي..).
- ب. توفر وسائل الإعلام الآلي لمعالجة المعطيات.
- ت. إستخدام السلالمة والإختبارات و التقنيات النفسومترية للتقييم الكمي للأعراض.

2. مراحل التشخيص

السياق الفعلي للتشخيص يكتسي صفة التسلسل، و هذا ما يكسبه صفة التعقيد في التدقيق في المعطيات و هذه الأخيرة تتطلب أربع مراحل: (1987, Hubert)

- أ. إنطباع أول لاشعوري يوجه مبدئياً الفرضيات الأولية.
- ب. تحديد إستراتيجيات و طرائق البحث تجاه الإشكالية المطروحة.
- ج. تطوير المعلومات المحصلة لبناء تفسير للمشكل المطروح و بالتالي وضع تنبؤات و اتخاذ قرارات.
- د. وضع الحوصلة النهائية على شكل تقرير أو مداخلة خلال مقابلة.

3. العوامل المؤثرة في سياق التشخيص

يؤكد "هوبير" (1987) Hubert بأن سياق التشخيص (العملية التشخيصية) يتأثر بثلاثة عوامل :

- أ. السياق: يتشكل التشخيص من خلال السياق الذي يجري فيه (مؤسسة، أسئلة، المختص،...).
- ب. المرجع النظري للمختص: بطبيعة الحال لن يفحص مريض بنفس الكيفية من قبل مختصين أو أكثر.

ج. طريقة المقاربة: طريقة تحصيل المعطيات و تجميعها و حوصلتها.

في النموذج الأول (تقليدي) يدعى عيادي، و يهدف إلى رؤية الفرد في كليته و في فردانيته. أما السياقات المعرفية فتسمح بضبط إجمالي للتعاطف وللحدس. والنموذج الإكلينيكي الآخر، هو نموذج التصنيف الإنتقائي أي قياس الظواهر. يعتمد جانب منه على مناقشة المعطيات والنتائج على التفكير العقلاني. وجانب آخر يعتمد على فهم الفرد من خلال شبكة قواعد عامة تقارن مع بقية الأفراد. ويتمثل جانب القياس في تحديد الظواهر الكمية للظواهر العيادية. (Ghiglione & Richard, 1999)

II. أمثلة عن السياقات التي تؤدي إلى التشخيص

1. مقارنة المعالج

يؤكد "ديفرو" (1997) *Devereux* ندرة الدراسات التي تخص طرائق التشخيص العلاجي. تكلم عن السياق الثقافي من خلاله يكتسب صفة الشخص السوي، هذا السياق يعرض ثلاث مراحل: أ. الإستنتاج الذي يؤكد على فردانية الذات. يتعلّق الأمر بالمعرفة الذاتية و المعرفة الموضوعية. فمن الأهمية بمكان معرفة ما إذا كان المريض يعلم عن شيء يخصه و بأنّ هذا الأخير ليس على ما يرام، أو إذا ما يجب معرفته من الآخر. يؤكد "ديفرو" على أنّ الطريقة الكلاسيكية للتمييز بين عصابي و ذهاني تفرض هذه المعرفة لدى المريض.

ب. بعض السلوكيات الخاصّة بالمريض يتم الكشف عنها فقط من قبل المعالج، أو من قبل شخص آخر (رئيس قبيلة، رجل دين، ..)، يأتي هذا الكشف في الحقيقة من فحص المعالج و خبرته و الذي يمثل مرحلة من السياق التشخيصي.

ج. المعاينة بأنّ ما يمس الشخص، في ذاته و في شخصيته: عندما يذهب المريض نفسياً إلى المعالج وليس إلى المحكمة أو إلى مكان آخر، هذا في حدّ ذاته معرفة أولية تساهم في فهم التشخيص. هذا من خصائص سياقات التشخيص. بالنسبة لـ "ديفرو": "تموضع الشخص بالنسبة لمعلم أو لمعيار (شخص مجنون كون سلوكياته مثل المجانين) تسمح بمعرفة النماذج التي تؤثر بصفة مصيرية التشكيلات العرضية للمريض". لكن عندما تصبح نماذج الإضطراب النفسي معروفة من قبل كل طبقات المجتمع، "ديفرو" يعطي حجّتين لذلك:

- التشخيص الذاتي (معرفة الذات المريضة له طابع مؤلم).
- صعوبة التشخيص في المجتمعات التقليدية (مزج بين ما هو ديني و سيكاتري). (Ghiglione & Richard, 1999)

2. مقارنة تشخيصية متعدّدة الأوجه

يحاول العيادي تشخيص "بنية" نفسومرضية من خلال الإعتماد على دليل التشخيص الطبي (DSM). أي الإعتماد على جداول إكلينيكية لتحقيق التشخيص الفارقي.

1.3 أهم التوجهات التشخيصية

أ. السياق الإجتماعو-ثقافي و التشخيص النفسومرضي

ب. يشير "ليس" (1979) *Lesse* بأنّ التنازرات المحدّدة داخل ثقافة مثل "نفسوجسدية" أو "مشاكل سلوكية" يمكنها حجب ما يسمى "بالإكتئاب" في ثقافات أخرى.

ج. توجه إكلينيكي كلاسيكي : يدرس الفرد في كليته ووحده

د. السياق المعرفي : التركيز على العاطفة و الحدس

هـ. إكلينيكي حديث: البحث على نتائج من خلال التركيز على الإستنتاج المنطقي من خلال النظريات،

و فهم الفرد من خلال قوانين عامة، و إجراء المقارنات الجزئية، وكذلك التركيز على القياسات

والجانب الكمي للظواهر الإكلينيكية. (Ghiglione & Richard, 1999)

المحور الرابع : تصنيف الاضطرابات العقلية

I. الدليل الإحصائي لأعراض الأمراض العقلية¹⁶ (DSM)

يشير التصنيف الأمريكي للأمراض العقلية (DSM) إلى مصطلح "الإضطرابات العقلية" و ليس إلى "الأمراض العقلية". حيث يعرف "الإضطراب العقلي" كتناذر أو هو مجموع سلوكيات نفسية ذو دلالة عيادية، أما مفهوم "مرض" فيتبعه سبب مرضي خاص. هذا الدليل فعّال في ميدان علم النفس الإكلينيكي أو التجريبي. إنّه يقدّم وصف للإضطرابات العقلية ونتائج لمجموعة هامة من من المعطيات الإمبريقية. هدفه الرئيسي يتمثل في وضع تصنيف ووصف كأداة مساعدة في تشخيص الأمراض العقلية المنتشرة. بالموازاة مع الدليل الإحصائي للأمراض العقلية، يوجد التصنيف الدولي للأمراض.¹⁷ (CIM). سنركّز على الأوّل.

4. هدف وجوده

الدليل للأعراض المرضية العقلية (DSM-) هو عبارة عن ترتيب غير مضمّن لكن يبدو مهما لعدة أسباب:

- يعتمد عليه كل من الطالب في ميدان علم النفس و في الطب العقلي.
 - يعتمد كدليل في التشخيص.
 - قاسم مشترك بين الإكلينيكين و الباحثين و بين مختلف التوجهات النفسية و بين مختلف الدول.
- اشتهر في العالم تصنيفين أساسيين، هما التصنيف الأمريكي صادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA)، والتصنيف الصادر عن منظمة الصحة العالمية (CIM-11).
- الدليل العاشر (CIM-10. 1992) لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، أين تمّت عشر مراجعات للاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. (منظمة الصحة العالمية، 1995)
- ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي الأول DSM-I للاضطرابات النفسية عام 1952م، احتوى هذا الدليل سبعة (7) تصنيفات لاضطرابات العُصاب (Névrose).
- صدرت الطبعة الثانية من هذا الدليل عام 1968م DSM-II، واعتمدت هذه الطبعة على تصنيف كرايبيلين Kraepelin، بعد أن خضع للعديد من التعديلات والتي شملت تسعة فئات فرعية للعُصاب.

صدرت الطبعة الثالثة عام 1980م DSM-III

16 DSM- Manuel diagnostique & statistique des troubles mentaux, selon APA

17 Classification internationale des maladies. Selon OMS

صدر الدليل الرابع عام 1994م DSM-IV، مثلاً احتوى على فئات مرضية من قبيل: اضطرابات الهلع؛ الخوف من الأماكن الواسعة؛ مخاوف محدّدة؛ المخاوف الاجتماعية؛ اضطراب الوسواس القهري؛ اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ اضطراب الضغوط الحادّة؛ اضطراب القلق العامّ؛ اضطراب القلق الناتج عن حالة طبيّة معينة؛ اضطراب القلق الناتج عن تعاطي موادّ معينة. وقد صدرت تعديلات على الطبعة آخرها في سنة 2000 (DSM-VI-R).

صدر الدليل الخامس DSM-V سنة 2013. هو كذلك حذف تصنيفات وأضاف أخرى. مثلاً في هذه الطبعة أصبح التوحد يدعى طيف التوحد، وحذفت الاضطرابات الجنسية، سيما الجنسية المثلية ولو تعدت توصف باضطراب، تم إضافة اضطرابات السلوك. ففي كلّ المراجعات كانت تُحذف فئات مرضية وتضاف فئات فرعية أخرى.

2. الرموز التشخيصية

في الدليل الرابع مثلاً للأعراض المرضية العقلية (DSM-IV) الرمز مشكل من أحرف و أرقام (من 2 إلى 4) ثم يليه إسم المرض، وهذا يوافق التصنيف في قائمة التصنيف الأوروبية CIM-10 حيث الرمز هنا يكون حرفي عددي (alphanumérique) من قبيل حرف متبوع برقمين إلى أربعة أرقام. يجب التنبيه إلى تصنيف الدليلين و الخصائص التشخيصية و التعريفات تكون مختلفة أحياناً إلى حدّ بعيد. إذن تصنيفات CIM-10 تكون أحياناً تقريبية. (Ghiglione & Richard, 1999)

يوجد التصنيف و التصنيف التحتي أو الجزئي و هذا يسمح بتحديد التشخيص و خصوصياته. مثلاً: الفصام [295.10] F20.1x

II. الفصام

1. تعريف

تعبر كلمة فصام عن مجموعة من الأمراض الذهانية تربطها علامة أساسية وهي التشتت (تشتت الأنا)، يصيب هذا التشتت الميادين الخاصة بالحياة النفسية والعقلية، الذكاء والفكر والعاطفة، الحياة العلائقية و الواقع أيضا.

يعبر الفصامي عن آلام نفسية قوية وتظهر عن طريق أعراض متنوعة ومختلفة كفقدان العلاقة مع الأنا (*Dépersonnalisation*) جزء من الأنا يصبح غريبا و يظهر الهذيان و الإنطواء و الخلوية (انطواء قوي جدا)

2. آلية الجانب النفسي الحركي

تكلم "مورال" (1960) Morel عن مجموعة من الجنون دون سبب عضوي معين عند أشخاص ظهرت عندهم بلاهة في سن مبكر.

وضع "بوم" (1874) Carl BAUM مفهوم التخشبية "*Catatonie*" (تجميد كل نشاط عقلي و حركي) أما "كرابلين" (1899) Emil KRAEPLIN اقترح اسم الجنون المبكر لكل الحالات المرضية التي تتميز بإصابة عميقة في الحياة العاطفية وفي الإرادة و يتميز أيضا في ضعف الشخصية و ضعف تدريجي وتطوري. كما شخّص "كرابلين" ثلاثة أشكال للفصام: العضامي، التخشي، والهيبيفريني.¹⁸

- تكلم "بلولر" (1911) عن الاضطرابات الخاصة بتنسيق الأفكار والعاطفة، عن فقدان العلاقة مع الواقع، و الهروب في الحياة الخيالية والخلوية، يتكلم أيضا على التشتت وتفكك الشخصية، كل هذه في أعراض الفصام. ويرجع من بعد كل أطباء العقل إلى نموذج "بلولر" للفصام.

- يعرف "هاي" Henri HEY الفصام كذهان مزمن يصيب الشخصية بصفة عميقة يظهر على شكل انقطاع العلاقة مع الناس، والهروب نحو الفكر الخلوي (يعيش الخلوي في عمق خيالي). أما العامل الوراثي، يظهر الفصام بكثرة عند الأشخاص الذين لهم سوابق عائلية فصامية.

3. الدراسة الإكلينيكية

1.3. التشتت *Morcellement*: هو العرض الأساسي ومنه أتت كلمة فصام بمعنى قطع المخ والفكر. يصيب هذا التشتت والتفكك ميادين الحياة العقلية والعلائقية، يظهر انهيار وحشي وتطوري للعلاقة من الشخص والعالم الخارجي على شكل علاقة الغرابة وعدم الانسجام.

أ- فقدان العلاقة مع الأنا: هي فقدان الشعور مع الأنا الموجود بالشخصية وبالفرديّة، يصيب هذا الشعور الكمال الجسسي و كلية الهوية، الشعور بالأنا النفسي مع ظهور الإحساس بالغرابة واضطراب

18 *Hébéphrénie, Catatonie, Paranoïde*

كامل للعالم الخارجي، يكون هذا الاضطراب مرتبطا بقلق حاد و قلق الانفصال واللاوجود و قلق التجزئة المشتتة و يدعى هذا الشعور بـ *Néantisation*، يظهر عند الفصامي علامات غريبة كالتأمل الطويل للأشخاص أو لأشياء معينة خاصة اليدين والوجه، هذا ما يرجعنا إلى فحص مرحلة المرأة. يظهر أيضا الشك في تنسيق الجسم، الشعور بتغيير الشكل وفساد و انحلال الجسم.

ب- إضطرابات الفكر: لا يوجد خلل عقلي عند الفصامي، على الأقل في البداية تبقى الإمكانيات العقلية قوية في بعض الميادين، لكن تفقد الفصامي القدرة الوظيفية لاستعمال المعلومات المكتسبة بسبب فشل تنسيق الأفكار، يفقد التفكير المنطقي الإستنتاجي و أهميته وتوازنه ويصبح غير منسق، يفقد أيضا سير أفكاره ويبقى مرتكزا على فكرة واحدة طفلية تعرقل التنسيق العادي للفكر.

- في كثير من الأحيان أثناء الكلام عن موضوع معين يسكت الفصامي دون سبب ظاهر هذا ما يسمى بالشد الفصامي *Barage schi* ويرجع من بعد المريض إلى نفس الموضوع وكأنه لم ينقطع عن الكلام، أحيانا يقول أنه نسي الفكرة السابقة، يصبح تفكك الكلام كاملا وعاما عندما تظهر تعبيرات خيالية وهذيانية.

ج- اضطرابات اللغة: إن اضطراب اللغة الشفوية و الكتابية يعبر عن اضطراب سير الفكر، تظهر حالات صمت متبوعة بحركات فجائية و اندفاعية شفوية هدفها هو قطع العلاقة مع الواقع و تسهيل الانطواء على النفس.

يوجد في لغة الفصامي تعبير خاص به، أحيانا تكون كلمة واحدة فقط راجعة إلى اللغة أما الأخرى من اختراعه، لكن للفصامي محتوى رمزي مهم جدا، يوجد اضطراب فهم النحو والصرف، يكون الكلام الرمزي أحيانا عادي جدا و أوقات أخرى فقير و هذا حسب الحالات.

د- إضطرابات العاطفة: تتميز الحياة العاطفية للفصامي بالتناقض الوجداني (إزدواج الأنا). يعبر الفصامي عن كل نزوة عاطفية و فكرة ما في نفس الوقت عن الرغبة في الإغراء و العدوانية، الرغبة في الإنسجام و الانفصال النهائي.

تتميز الحياة الجنسية بالتفكك، تبقى أساسيا ذاتية و إستمنائية، مرتكزة على لذة تناسلية و جنسية بدون إهتمام عاطفي، تظهر الرغبات الجنسية الممنوعة عند المريض كالاستمناء، الجنسية المثلية و الشبقية المثلية الشرجية.

هـ- إضطرابات نفسية حركية: عدم انسجام النمو الحركي النفسي و يسمى *Catatonie*.

يجمع أعراضا عديدة، كالتردد في الحركة، عدم تجديد السلوكات، ظهور إبتسامات و الضحك دون سبب، ظهور حركات آلية و لزمات *TICS*، إعادة حركة واحدة طوال النهار، التأرجح و الهيجان... الخ

2.3. الهذيان

أ- الخلوية الفصامية : يعرفها "مينكوفسكي" (1999) بفقدان العلاقة مع الواقع* ، هي محاولة هروب ناجحة، الميكانيزمات الأساسية هي الإنكار للواقع و الإسقاط، إنشطار الأنا¹⁹ سحب العلاقات الموضوعية الخطيرة و إصلاح نرجسي وإلغاء القلق.

ب- المظاهر الهذيانية : يُظهر الهذيان الجانب الآلي للفكر، تصبح الفكرة مقطوعة معرقلة مشوهة تعاد كالصدى، تتبع آلبة الحياة النفسية بهلاوس نفسية، إحساسية، هلاوس سمعية، هلاوس شفهية، شمعية، بصرية وحتى لمسية، إحساس غريب كالتيار الكهربائي، ألم سريع، يمس الأعضاء التناسلية والبطن.

مواضيع الهذيان متنوعة خاصة المواضيع الإضطهادية جنون العظمة، مواضيع توهمية ودينية (هذيان غير منظم).

يظهر الهذيان البارانوي الفصام، ويظهر عدم وجود بنية وروابط منطقية من مختلف المواضيع، مواضيع غير منطقية غريبة غير محددة.

4. أشكال الفصام

أ- الفصام البسيط : يتميز بحركة بطيئة ومخادعة، حركة تفكك، يتميز أيضا بغرابة في السلوك، لامبالاة عاطفية أمام انفصال، عدم وجود استثمارات عاطفية.

ب- البارانوي : *Schizoparanoide*، حركة تطويرية تظهر تفكك عميق للشخصية وعملية هذيانية مستقرة، تأتي وتظهر بعد تجارب عديدة.

الهذيان يكون حاد، تفشل علاقة الأنا مع العالم الخارجي، الهذيان البارانوي المزمن يكون خاص بالفصام. مواضيع الهذيان تكون خاصة حول الاضطهاد، التعبير الجسدي، الأمتلاك والغيرة.

ج- *Hébéphrénie* : هي أخطر وأعمق شكل للمسار التشتتي، يتميز بهذيان فقير وأحيانا غير موجود. التفكك يصيب الفكر والذكاء واللغة والعاطفة، تتطور هذه الحالة حتى اللاوجود الكامل. أحيانا لا يوجد علاج بهذا الشكل، والمصاب يمكث في مستشفى الأمراض العقلية.

د- *Catatonie Hébéphrénie* : تتميز بفراغ حاد مع ظهور علامات كتاتونية، يصيب التفكك الجانب النفسي الحركي، تظهر سلوكيات رفض ومعارضة (رفض الأكل، ارتداء ملابس...). تجسيد الحركات وقولية ونكوص إلى وضعية جنينية.

هـ- الأشكال شبه عصابية : موجودة حاليا بصفة متكاثرة وتكون مشاكل في التشخيص فيها وبين الحالات البينية وبين حالات عصابية خطيرة ويسمىها بعض العلماء الأطباء فصام كامل أو أشكال وحشية للفصام : توجد في هذه الأشكال أعراض فصامية بدائية كاضطراب سير الفكر، اضطراب محتوى الفكر،

اضطراب الرمز، انخفاض الإنتباه واليقظة، وأعراض ثانوية تسيطر فيها الحصر واضطرابات عصابية متنوعة.

في هذه الأشكال أهم اضطراب هو الإضطراب العاطفي، لا يوجد تناقض وجدان فقط بل سلوكيات عاطفية متعددة، تظهر المريض أحيانا بارد وجامد غير مبالي وأوقات أخرى جد عدواني، تظهر أحيانا حساسية مفرطة. و مزعج دون حدود و يفرح، يظهر لهذه السلوكيات حصر متفرق، تظهر عند بعض المرضى أحلام اليقظة، يندهش ويتساءل عن عدم تحقيق هوماته ورغباته.

و- الأشكال الوسواسية: يقطع المريض المفاوضات مع طلبات الواقع، يركز على أفكار هذيانية تظهر في فكره مثلا: يصلي طول النهار لكي لا يسرق الشيطان أفكاره.

ز- شبه هستيرية: يستعمل المريض ميكانيزمات نفسية كالحالات الثانوية، كأنها إزدواج الأنا، اضطرابات الطبع والميل إلى الخرافات، يعبر المريض عن الإشكالية الأوديبية دون منع أو دون كبت أو مراقبة.

ح- أشكال أخرى: ذات أعراض:

- فوبية مثل: الخوف من اللمس، الخوف من الإحمرار أمام الناس، الخوف من الأمراض، الخوف من المجهول، يظهر سلوكيات التجنب والهروب لكنه يستطيع السيطرة على القلق. ظهور الأعراض الذهانية يعبر عن وجود مقاومة ضمن قلق التشتت (التجزئة).

ط- الفصام العاطفي الذي يظهر على شكل أعراض اكتئابية وهوسية دورية تشبه الذهان الإكتئابي الهوسية PMD تظهر فيها مراحل تشتت حادة بعبارة هذيانية أو كتاتونية مع علامات هوسية اكتئابية. أثناء مراحل الإكتئاب ينتحر العديد من المصابين.

ي- فصامية مضادة للمجتمع *Heboidophrenie*: تظهر هنا طباع سيكوباتية، إضطرابات الطبع معارضة سلوكيات غير إجتماعية، عدوانية و إنحراف، سرقة و تشرد مع فقر في الأفكار و خلوية، تظهر أيضا بعض العلامات الهذيانية والكتاتونية، تظهر محاولات انتحارية، تعاطي الخمر و المخدرات.

5. العلاج

يرتكز العلاج على طرائق كيميائية، و نفسية و إجتماعية. هدف العلاج الكيميائي هو تغيير الأعراض وتحطيمها للأعراض المرتبطة بشخصية المريض و حكايته الخاصة.

يهدف العلاج إلى تفسير العلاقة النفسية مع تخفيف الأعراض الخاصة بعلاقة الفصامي بمحيطة وأقاربه، يجب الأخذ بعين الإعتبار الأثر المرضي لبعض التنظيمات العائلية و بعض الوضعيات الإجتماعية.

علاج الفصامي يتطلب الإهتمام بكل هذه العوامل، يجب شرح هذا العلاج للمريض و إلى أقاربه، يشرح تدخل الطبيب النفسي و مكانته في العلاج.

- العلاج الكيميائي يخفف الأعراض الذهانية الأساسية و يحتوي خاصة على *NEUROLEPTIQUES*
- العلاج النفسي تكميلي يهدف إلى تغيير البنية الذهانية، علاج تحليلي تشخيصي، علاج نفسي مكثف، علاج نفسي جماعي *PSYCHODRAME* كل هذه الطرائق لن تنجح في التطبيق (الفصامي لن يستجيب).
- الطرائق تختلف من فصامي ذو أعراض جادة، هذيانات حصرية ومزاجية، والفصامي العميق كالبهيفرينيا مع عوامل تشتتية خطيرة.

أ. علاج الفصام الحاد

يكون موجها للمريض الذي بدأ عنده المرض يتطور تدريجيا، العلاج الكيميائي في البداية يركز على مواجهة الأعراض و خلط الأدوية لتنشيط المريض.

- تعالج الأشكال التي تسيطر فيها الهذيان الحصري والاضطرابات العاطفية بأدوية معينة مثل *Largractik* ...

- تعالج الأشكال الهذيانية البارانونية خاصة إذا ظهرت فيها هلاوس بـ *Haldol*.

- تعالج الأشكال الكتاتونية بأدوية تخفف الكف و التثبيط بأدوية مثل: *Majeptil / Terfluzine / Puportil*.

يهتم العلاج النفسي الخفيف بالمشاكل الحالية للمريض، تشارك العائلة في هذا الموضوع عندما تخفف الأعراض. عندما يصبح المريض قادرا على التكلم تخفف الأدوية، لكن أحيانا المراحل اكتئابية تؤدي إلى الإنتحار. يتجنب الإنتحار بإعطاء المصاب أدوية ضد الإكتئاب.

الملاحظ، في كامل أوروبا تقريبا، يعتمدون خصوصا في علاج أعراض الفصام على دواء يدعى: *Subitex*

- في نهاية الإستشفاء يجب إتمام العلاج النفسي كاملا وإتمام العلاج الكيميائي لمدة معينة حتى ولو ظهر تحسن في الحالة. أما إذا استقرت الأعراض يجب الإستمرار في العلاج الكيميائي والنفسي لمدة طويلة.

III. الذهان الهوسي الإكتنابي²⁰

1. تعريف

الهوس السوداوية ظهر في القرون القديمة، لكن العلاقة التي تربط بينهما في مرض واحد اكتشفت في النصف الثاني من القرن 19م.

جمع "كراپلين" (1899) Kraepelin الأمراض الذهانية المزدوجة والدورية في مرض واحد هو "الجنون الهوسي الإكتنابي"، ونقول عنه أنه مرض خلقي ووراثي. وقسم ليونارد (1959) Leonard هذا المرض إلى قسمين:

- ذهان ذوقطين: يتخصص بنوبات هوسية ونوبات سودوية عند نفس المريض.²¹

- ذهان ذوقطب واحد: يتخصص بنوبات ذات نوعية واحدة (السودوية).

يظهر الهوس الاكتنابي المرض الوحيد المشخص في أمراض اضطرابات المزاج، يعرف هذا المرض بظهور اضطرابات دورية (ترجع كل مرة، أحيانا مقسمة وأحيانا يسيطر الجانب الهوسي كي تعاود الرجوع) على المزاج على شكل نوبات هوسية و نوبات سوداوية و على شكل نوبات اكتنابية و نوبات هوسية ثم يرجع المريض إلى حالته الطبيعية من النوبتين.

2. النوبة الهوسية

- الهوس الحاد: هو حالة إثارة تتميز بحماس مفرط للمزاج تسرع في الميادين النفسية، هروب الأفكار نشاط مفرط غير منظم، اضطرابات بعض الوظائف البيولوجية الحيوية وخاصة اضطرابات النوم.

أ- بداية الاضطرابات وبداية النوبة: في نصف الحالات تتبع النوبة النرجسية مرحلة اكتنابية

أو نوبة سوداوية حرة، أثناء العلاج تظهر حالة كالاستثمار العاطفي المفرط والإثارة القوية.

ظهور النوبة الهوسية يكون وحشيا و تطوريا، في البداية يشعر المريض بإثارة قوية وسهولة في كل الأشياء، يشعر برغبة كبيرة في الكلام و التدخل في كل الميادين، يظهر هيجان عند المريض قوي جدا ينام قليلا ويسقط في العجز لإجراء أعمال لم ينهها، وهذا الهيجان يتعمم من بعد و ينتشر حتى في الحياة الجنسية.

فيما يخص الهيئة و الهندام، يرتدي المصاب لباسا غير عادي، يتميز أيضا بمصاريف دون لزوم، هيجان نزوي تظاهر في الشارع أمام الناس، يجب إدخاله بسرعة إلى المستشفى.

ب- مرحلة الهيجان الهوسي: تظهر الأعراض بسهولة، وجه متحرك نشيط عينين لماعتين ملابس غير

منظمة، حركات متعددة، لا يجلس الهوسي في مكان واحد، ولكن يمشي وينتقل باستمرار، الحركة المفرطة، يلمس كل الأشياء (الكلام المفرط Logorie)، أو تغييرها من مكانها.

20 Psychose-Maniaco-Dépressive

21 Psychose Maniacodépressive (PMD)

ج. اضطراب المزاج والحياة النزوية : إثارة المزاج هي أهم علامة في النوبة الهوسية يحس المريض كل الأحاسيس بقوة ولذة غير عادية، يشعر بتحسّن بدني كبير، لا يخاف شيء (إحساس خاطئ، يحس أنه قادر على حل كل المشاكل، وهي دفاع تظهر بظهور النوبة الاكتئابية و السودوية أين يعبر عن فشله وفقدان الثقة بالنفس) يشعر بأنه قادر على كل شيء، يمحي كل العراقيل والمشاكل بسهولة، لكن يتغير بسرعة المزاج، وتظهر نفحات من القلق²² والخوف ويمر من البكاء إلى الضحك فجأة مع استرخاء للرقابة القانونية والاجتماعية وتظهر إثارة الشبقية وبحث مفرط للذة.

د. اضطرابات الفكر : يتميز الفكر الهوسي بعدم النظام والتسرّع وعدم الإنتاج، السير العقلي سريع جدا، الخيال يكون متفجرا، الأفكار والتمثلات متكاثرة لكن هروب الأفكار هو أساس تميز هذه الفكرة الهوسية التي تظهر ثرية وثمانية، تظهر الصور والذكريات بدون نظام و تشمل الكلمات، (خيال ثري جدا و لكن يعبر عن هروب الأفكار) تصبح ثرثرة دون نهاية²³ يمر المريض فيها من فكرة إلى أخرى دون انتظام. يلعب بالكلمات، يحفظ أبيات شعرية و"حدوثات" بطريقة آلية. وهذا لإشباع رغبته، يظهر اختراع خرافي شبه هذيان، والمواضيع مواضيع عظيمة دينية أو بشرية يغير المريض الواقع، يصبح أحسن من قبل بنفخ قيمته الاجتماعية (وظيفته بسيطة يعطيها قيمة كبيرة) يختار طرائق لتغيير العالم وتحسينه، يعتبر هذا هذيان شفهي أزيد من اضطراب عميق للشخصية.

أحيانا يضحك الهوسي من تخيلاته (ليست حقيقية) ولن يشاركها في كلها، أحيانا يتبع النوبة الهوسية بتجارب هذيانية وهلوسية حقيقية.

هـ. اضطرابات الحركة : هيجان الهوسي منتشر ومتفرق يشتري عدة حاجات، يكتب العديد من الرسائل (للمنظمات، الوزارة..) يتحرك يلمس الأشياء. وراء كل هذه الأشياء هدف معين عند الهوسي وهو اللعب. يحب التنكر ولعب الأدوار يغير هذا السلوك نوع من تغيير العالم الخارجي حسب رغبته.

و.الأعراض الجسدية : اضطرابات النوم موجودة دائما لكن لن تؤثر على قوة المريض وتنتهي مع اهتلاك النوبة. تظهر عند الهوسي رغبة مفرطة في الأكل والشرب.

3. الأشكال الإكلينيكية

أ- النوبة شبه الهوسية : هي شكل بسيط للنوبة الهوسية تظهر أقل من النوبة الكبيرة تشبه أحيانا نوبة هوسية أو نوبة محققة عن طريق الأدوية تظهر الأعراض الاكتئابية إثارة عقلية ثرثرة، ذاكرة قوية، خيال ممتاز، نشاط مفرط وغير مراقب، قرارات سريعة، عدوانية شفهية فقط دون جلد أو ضرب، لكن يأخذ طرائق أخرى كاتهامات أو شكايات في المحكمة.

22 Les bouffés d'angoisse

23 Logorie

كل هذه السلوكيات تؤثر على الحياة النفسية والمهنية للمريض.

ب- الحالات المختلطة : أثناء النوبة تختلط الأعراض الهوسية والأعراض السودوية لكنها قليلة جدا، تظهر خاصة عند المرأة على شكل الأعراض التالية :

أ. مزاج ومواضيع مرتبطة بالكف النفسي والحركي.

ب. سودوية وهيجان مع هروب الأفكار

ج. مواضيع اكتئابية حصر وإثارة عقلية، حركة مفرطة.

د. تغير المزاج والمرور من المرح إلى فقدان الأمل والغضب.

هـ. مواضيع عظيمة والشعور بالذنب.

و. نفحات من القلق مع الخوف من الموت والخوف من عذاب جهنم.

هذه الحالات تكون متبوعة بأوقات فرح، متبوعة أيضا بهذيان، مواضيع هذا الهذيان مواضيع اضطهاد مواضيع عظيمة مهمة بشرية (القيامة).

ج- النوبة الهستيرية : هي حالة اكتئاب تتميز بألم نفسي عميق، تثبيط عقلي نفسي وحركي، اضطرابات الوظائف البيولوجية (النوم فقدان الشهية، ظهور الميل إلى الانتحار).

1- بداية المرض : بداية الأعراض هي الامتناع عن النوم، الأكل، ظهور تعب مفرط، تتبع شعور عدم القدرة والعجز، وفقدان قيمة النفس، الخبرة، عدم اهتمام المحبط بالعمل بالأوقات، أفكار انتحارية. ظهور وفاة في العائلة أو مشاكل عادية تسهل النوبة السوداوية.

* مرور الحالة : تظهر المريض دون حركة في حالة حوار قوي، ساجد خاضع، حركات بطيئة مؤلمة تبقى ساعات متعددة في تفكير عميق لا يتكلم كثيرا عكس الهوسية.

2- التثبيط والبطء : التثبيط العقلي يضم تفكير بطيء وفقير جدا يصبح الانتباه مستحيلا واسترجاع الذكريات صعب جدا، يظهر أيضا تثبيط للإرادة تعم الحيرة والشعور بالعجز، إنكار المرض وتصبح خطيرة جدا يظهر إهمال في الملابس والنظافة وتلاشي في كل الحركات العادية اليومية، يظهر أيضا تثبيط في العاطفة مع تخدير عاطفي يؤسف المريض ولا يشعر بأي إحساس تجاه أقاربه.

3- الألم النفسي : يفقد المصاب الرغبة في الحياة، يتغلب عليه حزن عميق، الملل اليأس، حزن مستقر ومستقر عن الظروف الخارجية، يستقر المصاب بفرغ في الرأس، عياء كبير، الشعور بالاختناق، تقلص احشائي. يفقد السودوي قيمة النفس، يشعر بالفشل والذنب وعبارته الأصلية كالتالي : لا توجد حل لمشاكلي... لن يستطيع أي إنسان مساعدتي.

4- الرغبة في الموت ومحاولة الإنتحار: فكرة الموت تسيطر على المصاب، يرغب فيه يفضل الموت على البقاء والألم النفسي، يعبر عن رفض العيش، يرفض الأكل، السلوكيات الانتحارية تكون متعددة، 15 % من السودويين يموتون بالانتحار.

5- الأعراض السوماتية (الجسدية): اضطرابات النوم تكون مستمرة ذات إيقاع متغير، توجد أيضا اضطرابات هضمية مع فقدان الشهية انقباض وانخفاض في الليبيدو.

4. أشكال السودوية

أ- السودوية البسيطة: تختفي وحدها أو بعد علاج كيميائي مطول، كالعلاج عن طريق Lithium.
ب- السودوية الدهشية *Stuporeuse*: كأنه حائر أمام أمر معين، دهشة جمود صمم، يوجد ألم نفسي وراء كل الدهشة والذهول.

ج- السودوية الهيجانية: هيجان مستقر، تأمل في نفس المواضيع... الخ.

د- السودوية الهيدانية: رجوع للألام على شكل هذيان ذو مواضيع متعددة.

هـ- الإكتئاب المقنّع *Dépression Masquéé*: يظهر في أعراض جسدية. يعبر المريض عن حالته الاكتئابية بعبارات جسدية، يعبر عن ضيق توعك يشعر به في الدائرة الهضمية يتمثل في الانقباض، فقدان الشهية القبض وثقل باطني *Constipation*. في الدائرة التنفسية يعبر عن طريق اختناق، نوبات تنفسية ارتفاع خفقان القلب... الخ.

التشخيص: تشخيص النوبة السودوية الصريحة يكون سهلا، يمكن تجنب الأخطاء مع الأشكال الأخرى، يجب عدم الخلط بين الحصر الفصامي والاكتئاب في التشخيص التفريقي. يتبع بقلق جسدي فزيولوجي (اختناق، ارتفاع ضغط في القلق) وقلق نفسي حصري لحصول حادث مؤلم.

- عند الإكتئاب يوجد فقدان وإهمال للمصالح الخاصة، فقدان الإنتاج وتقليل قيمة النفس..
- عند الحصري توجد حكاية عصابية قديمة، كف معين، شك وحيرة أكثر من الحزن وجهة نظر بعض النفسانيين حسب *Freud Abraham* "فقدان الخوف يعتبر وضعية اكتئابية أساسية".

- فقدان الهو يعتبر كوضعية اكتئابية إذا كان الشخص محروما من موضعه بعد انفصال أو إذا كان يشعر بهذا الحرمان (فقدان خيالي) (جرح نرجسي) أو إذا كان عاجزا عن الحب كالسودوي (هذا الأخير لا يشعر بأي إحساس تجاه أقرابه) فقدان الحب ينشط ويحي وضعيات قديمة.
وضعية هجر وانفصال خاصة في المرحلة الفمية التي تتميز بصراعات ذات تناقض وجداني كبير.

توجد في الشعور الوجداني عدوانية حرة راجعة إلى فقدان حقيقي أو خيالي لموضوع الحب لكن تقلب هذه العدوانية نحو الغير، لكن بطريقة مخفية، ويصبح اتهام ذاتي تحطيمي.

- طباع الذنب عند السودوي و إنكار الواقع، يبين المستوى البدائي للصراع اللاشعوري عند الإكتنابي الذي لن يحقق احترام نفسه، ولن يحقق تكوين صورة حسنة مستقرة بنفسه عند الآخرين، لكن اختيار الموضوع يكون نرجسيا مع علاقة عاطفية متناقضة قريبة من الربط الإندماجي مع الأم. (Kernberg, 1997a)

س- متى يحترم الاكتنابي نفسه ؟

ج- فقط " إذا كوّن علاقة مع موضوع مثالي " كل فقدان علاقة، كل وضعية هجر تعاش بطريقة سلبية وتؤدي إلى عدم احترام النفس والشعور بالنقص وظهور الأفكار الانتحارية.

5. العلاج : علاج اضطرابات المزاج

1.5. علاج النوبة الهوسية : يكون الاستشفاء ضروري في حالة النوبة الهوسية يبدأ العلاج كيميائيا، بكميات كبيرة ومعتبرة لتقلل من النوبة ويجب أن يحى المريض من اضطرابات الحركة أخرى كتندر *Syndrome De Perkinson* (الارتعاش) يحب استعمال *Haldol*، يظهر التحسن بعد وضعه أيام يزول الهيجان والهديان، يتبع العلاج لمدة عدة أشهر لتجنب رجوع المرض وتحويله إلى اكتئاب.

2.5. العلاج عن طريق *Lithium* : أقتح من طرف RATE سنة 1948 وأعطى نتائج إيجابية لـ 70 80 % من المصابين لكنه لن يفيد النوبات الهوسية العويصة والأشكال الهيدانية الصعبة التي تعالج فقط عن طريق *Neuroleptiques* أحسن علاج كيميائي حالي للنوبة الهوسية هو التنسيق بين أملاح *Lithium* و *Neuroleptiques* هذا الخليط يسيطر على النوبات الصحية.

1.2.5. علاج الحالة الاكتئابية : يكون الاستشفاء ضروري لكل الحالات التي تقوم أولا حالة السوداوية صعبة.

- كل الإكتنابيون الذين يظهرون ميل للانتحار.
- الإكتنابيون الذين تظهر عندهم اضطرابات خطيرة ومستمرة في النوم وفقدان الشهية واضطرابات الحالة العامة.
- المكتئبون المسنون خطرون خاصة إذا هجروا من طرف أبنائهم.
- الإكتنابيون الذين تستمر حالتهم رغم عدة محاولات للعلاج، نعالج دون استشفاء النوبة السودوية الحقيقية يجب تفريغ المريض من كل مسؤوليته وإحاطته عاطفيا يجب استشفاء المرضى دون أهالي.

أ- العلاج بالصعق الكهربائي *Sismothérapie* : يبقى العلاج الوحيد المفضل ضد الاكتئاب منذ 1950 بنتيجة فورية، ويستعمل من 6-12 حصة كهربائية بمعدل ثلاث حصص في الأسبوع، ويمكن حصة في الأسبوع كافية، لاضطرابات الذاكرة و السوداوي الذي يفقد الذاكرة. فالسوداوية الحصرية أو الهيدانية

ذات رغبة انتحارية، وتخصص أيضا للسوداوية الدهشية المفرطة، تخصص كذلك للأشكال التي لا تزول بعد العلاج الكيميائي.

ب- **العلاج الكيميائي:** يستعمل مباشرة *Antidépresseur* وتسمى أيضا *EMAO* (*Anafranine..*) في حالات الاكتئاب الفصامي، هنا لون العلاج الكيميائي ضروري أثناء نوبات الاكتئاب عند الفصامي لن يستعمل الأدوية المضادة للاكتئاب بل نستعملها لوحدها، لكي لا تنشط لحصر الهذيان نربطها بالنوع الثاني *Antidépresseur Neuroleptique*.

ج- **العلاج النفسي:** ضروري العلاج النفسي التحليلي، والعلاج الجماعي وحصص الاسترخاء. في حالة استرخاء تحليلي يجب الاهتمام بالنقاط التالية :

- احترام نرجسية المريض لمساعدته في العلاج.
- احترام الروابط العلائقية الموجودة، يجب الهدوء والثقة أمام خوفه وارتبائه.
- يجب تحطيم الانشطارات القوية ومنحه صورة مستمرة حسنة. و يجب تخفيض الشعور بفقدان القيمة. (Aboud, 1998)

IV. الهستيريا والهستيريا التحويلية

1. تعريف الهستيريا

الهستيريا من إهتمامات التحليل النفسي. فمنذ هيبوقراط (*Hippocrate*) كان العصاب يعتبر مرضا يمس كثيرا النساء اللواتي لم يكن لهن أولاد. تُولد هذا الإعتقاد بخصوص الهستيريا و جاء مصطلح هستيريا من كلمة " *utérus* ". و قد تأثر فرويد (1856-1939: محلل نفسي نمساوي) بأعمال شاركو (1825-1893: طبيب أعصاب فرنسي) حول الهستيريا و انهمر بالنتائج التي توصل إليها (التنويم المغناطيسي و التداعي الحر)، كذلك ميّز بين الهستيريا و التحويل الهستيريا. الميزة الأساسية للهستيريا تتمثل في الأعراض و في إفراطها.

2. التطور التاريخي

من مرض الرحم إلى المس بالجنون بالقرون الوسطى تطور تعريف الهستيريا، في القرن 17 حيث وصف *Sydenham* المركز المخي للاضطراب وأعطى وصفا إكلينيكيًا دقيقًا للهستيريا. ارجع "شاركو" من بعد للهستيريا مكانتها وطبّق الطريقة العضوية الإكلينيكية لدراسة أعراضها و أثبت الأصل العضوي للإصابة. إنها ناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي. "شاركو" هو الذي وضع الفرق بين الهستيريا والصرع. ليس للهستيريا اضطراب عضوي.

"بيبنسكي" *Bibinski* فصنّف الأمراض التي تأتي بعد إصابة عصبية وميّزها عن الهستيريا التي عرفها، مثل عرض إيجائي (تلعب دور النوبة في البداية وفي الأخير تتحقق).

"جاني بيار": يعرف الهستيريا كضعف للضغط النفسي يدعم من طرف الصدمات الانفعالية والذكريات المؤلمة، كما شرح عملية الإيحاء والعلاج عن طريق التنويم المغناطيسي. أعراض الهستيريا جسدية تظهر في ضعف قدرة التركيب النفسي وتضييق ميدان الشعور بالذات، و هذا يؤدي إلى تفكك كامل للشخصية.

"فرويد": درس مع "شاركو"، اكتشف بأنّ قوة الإيحاء هي قوة داخلية تابعة للاشعور و ليست بقوة خارجية. أظهر أيضا السبب النفسي للهستيريا حيث تم اكتشاف مفاهيم اللاشعور، الصرع الهرم، الكبت، التقمص والتحويل الجسدي.

اكتشاف الكبت أيضا ساعد على توضيح وفهم التحويل الذي يعرقل الفكرة غير المقبولة في النزوة الجنسية وتحويل الإثارة المرتبطة بها إلى شكل معنوي، وهي العبارة الجسدية.

يعتبر "فرويد" أن للصراع النفسي اللاشعوري أهمية أساسية في سبب الهستيريا أو العرض والهستيريا هو حبل وسيط مجموعتين من التمثيلات المضادة، أي بين الرغبة والممنوع بين اللذة والواقع.

اكتشاف الجنسية الطفيلية سمحت لـ "فرويد" بوجود الصرع النزوي الهستيري، هذا يعني عدم قدرة المصاب على حل عقدة "أوديب"، وتجنب قلق الإخفاء للذكر والتغلب على الجرح النرجسي للبتنت. إذن العَرَض الهستيري هو تحقيق متكرر للرجبة، رمز الإخفاء يصبح عرضاً تحويلياً (التحويل الجنسي).

3. الهستيريا التحويلية

كانت الهستيريا التحويلية تختلط مع الصرع. الأزمات المتكررة لدى الهستيري معروفة للتعبير عن مفهوم الجنون (إستثارة، هيجان، توتر حاد). صوت الهستيري متميز. بتأثير إنفعال، غضب أو خوف ترتفع حدة الصوت بشكل يجلب الإنتباه.

أعراض الهستيريا تبدو على نحو إستثنائي بحيث نلاحظ إضطرابات مختلفة لاسيما إعاقات، كف بصري، كف سمعي، الخ). في الحقيقة هذه الإصابات ليست عضوية كونها لا تمس الأعضاء مباشرة فهي وظيفية. في هذا الصدد تكلم فرويد عن التحويل: "النزوة الممنوعة تتحوّل إلى عرض". و بالتالي الجسد هو الذي يتحمل في بداية الأمر هذه الأعراض المسرحية. فالبعد الهستيري يكمن في العَرَض التهريجي بهدف جلب الإنتباه و لفت النظر و استهواء الآخر.

النسيان ميزة أخرى. حيث نلاحظ على الهستيري فقدان الذاكرة بصفة متكررة. هذه الميزة مرتبطة بصفة عامة مع الإشكالية الجنسية. الجنسية غير موجودة أو بالأحرى عندما يوجد الفعل الجنسي يتكرس في النسيان و الكبت. ميكانيزم الدّفاع عند الهستيري هو النسيان و الكبت.

الهستيري يضع في الواجهة الصراع الأوديبى و لاسيما ما هو محرّم على المستوى الهوامي.

4. هستيريا القلق

قصة الطفل "هانس" Hans تمثل هذا النوع من الهستيريا. عكس الهستيريا التحويلية، حيث الليبدو يتحوّل إلى أعراض، أما هستيريا القلق فتتحرّر في شكل قلق. الدّفاع ضد الرجبة الممنوعة يكون من طبيعة أخرى. الكبت الذي يقسم المزاج²⁴ عن التّصوّر يفشل جزئياً عند القلق العائم. الدّفاع المستخدم و الظاهر هو ميكانيزم الإزاحة.

عرّف فرويد الفوبيا كونها العَرَض الأساسي في هستيريا القلق. "هانس" لا يريد الخروج إلى الشارع لأنّه يخاف من الأحصنة (رهاب الأحصنة). خوفه من هذه الأخيرة يشكل رهاباً حقيقياً. يخاف أن يعط من قبل الأحصنة. خلال تحليل فرويد، تبين بأنّ رمزية الحصان لدى الطفل هو الأب (نموذج تجميعي) مثله مثل الهستيريا التحويلية، و هذا ما تفسّره الإشكالية الأوديبية و الجنسية. (Ghiglione & Richard, 1999)

24 الوجدان هو التعبير عن الشعور الذي تتم ملاحظته، ويمكن أن يختلف عن ما يصفه الشخص، و يكون التعبير مطابقاً للمشاعر الداخلية أو مغايراً لها، كما يوصف أحياناً بالتبذل أو الضيق أو السطحية أو التقلب. والاضطرابات الوجدانية من الحالات النفسية التي يكون علامتها الرئيسية الاكتئاب أو مرض الهوس و الاكتئاب بالإضافة إلى التقلبات المزاجية الأخرى.

1.4. الأعراض الجسدية (وظيفية)

1.1.4 نوبة "شاركو": هي نوبة كبيرة، نوبة هيجان مسرحي *Mise en scène* يكون فيها الرمزي الجنسي موجود ويظهر على عدة أشكال، من الترويض *Somnambulisme* النهاري إلى تقليد نوبة الصرع.

- العرض الذي يميز الهستيريا عن الصرع: هو عدم وجود التبول وعض اللسان في النوبة الهستيرية.
- النوبة الهستيرية تكون مرتبطة مباشرة بحدث أو صدمة (الهستيري لا يضر نفسه ويؤذيها) ويتبع بإغماء.

- أحيانا تكون النوبة خطيرة تفقد المصاب جزء من الوعي هذا ما يسهل ظهور التفرجات العدوانية والجنسية، أما الهوامات فهي تظهر على شكل خوف كبير، عنف... الخ.
- توجد أيضا بعض الحالات الهستيرية الجماعية.

2.1.4. الظواهر المستقرة الدائمة: الأحداث الجسدية الدائمة تظهر خاصة في أعضاء العلاقة، أي الأعضاء الحسية الحركية، تصاب وظيفته هاته الأعضاء أما الأعضاء تبقى سليمة.

أ. - صعوبة الوقوف والمشي: (*Astasie & Abasie*): في عدم القدرة على الوقوف والمشي، يستقر بضعة أسابيع وأحيانا بضعة أشهر، تسبقها نوبات من القلق، فشل في الرجلين، آلام في الرأس، الشعور بعدم الإطمئنان وأحيانا يظهر خواف خاصة الخوف من الخروج ومن الأماكن العمومية *Agoraphobie*.

ب. الشلل والتشنج: يظهر هذا العرض دون إصابة عضوية أو إصابة المراكز العصبية، هذه الأعراض تظهر في كثير من الأحيان في الجانب الأيسر، تخص التشنجات أحيانا عضوا وفي أوقات أخرى أصبع واحد فقط أو عضلاته.

ج. شلل الأعضاء بعد الإصابة رمز شكلي معنوي، مظهر الإصابة له معنى، يظهر حركات غير عادية، لزمات Tics، الإصابات الحسية تكون أحيانا مرتبطة بإصابات حركية.

د. آلام الرأس *Algies*: تظهر عند حوالي 70% من الحالات تكون قوية جدا وتحرم المصاب من العمل، القراءة، سماع أي صوت.

هـ. الإصابات البصرية: تكون متعددة ومتكررة وتظهر على شكل ضباب بصري، يظهر الصمم بعد صدمة انفعالية.

و. إصابة الجهاز النطقي: يظهر خاصة عند المرأة، يظهر امتناع عن الكلام إلا بصوت منخفض وأحيانا بكم كامل بعد صدمة قوية.

5. العرض في الهستيريا

يلعب التقليد دورا مهما في ظهور الأعراض وخاصة في الهستيريا الجماعية مثلا: الرقصات الجماعية، الحفلات. يتكلم الطبيب "بيبنسكي" عند دور الإيحاء الذي يستطيع أن يخلق عرضا هستيريا. موقع العرض يرتبط بمراحل متعددة، منطقية أو عضو ضعيف المقاومة يصاب بسهولة، أما فيما يخص الإختيار اللاشعوري للعرض يظهر على شكل تقمص لشخصية الأبوين.

تعتبر آلام الرأس في الهستيريا تكرارا للآلام الطفولية و إحياء صراعات تلك الفترة *Anamnèse* مثل الحب نحو الوالدين، تهديد بالاضطهاد الجرح النفسي، الشعور بالذنب المرتبط بالاستمناء... الخ.

- الأعراض النفسية والطابع الهستيرى : الإغراء والشراهة العاطفية تفسر أول عرض للهستيريا التحويلية، الرغبة في جلب النظر والانتباه، تبعية عاطفية، عدم التمسك الانفعالي، الغزل، التحدي...
- الهروب وفقدان الذاكرة : أحيانا يهرب الهستيرى من الواقع وفي أوقات أخرى يجد حلاً أذكى من الهروب وهو فقدان الذاكرة، فيما يخص مراحل وأحداث مهمة بالنسبة له، وفي الأخير يختار أحسن وضعية وهي الهروب عن طريق الإغماء.

فيما يخص الطابع الهستيرى : يوجد للهستيرى حركة مندرجة، من ناحية الإغراء ومن ناحية أخرى كالهروب، هذا ما يظهر تناقض وجداني جسدي ونفسي.

للهستيرى أيضا صراعات خرافية²⁵ (علاقات جنسية خيالية..)، يظهر أيضا في الشخصية الهستيرية محاولات انتحارية مزيفة (تحاول دائما التمسرح).

يعيش الهستيرى حياة مزدوجة، ويشعر بازدواج (قسم واقعي وآخر خيالي)، العرض المشهور عند الهستيرى هو اللامبالاة الهستيرية التي يتظاهر بها.²⁶

● عند طريق التحويل الجسدي يختلس الهستيرى القلق (يعطيه وجها آخر) يلاحظ أيضا أن الهستيرى يهتم برشاقة جسمه هذا ما يظهر الجانب المرضي و الرغبة في وجود جمهور أمامه.

- النسيان و فقدان الذاكرة عند الهستيرى يعبران عن دفاع ضد التذكر الدائم المرتبط بهومات المواضيع الجنسية، حسب فرويد يقول "إن النزوات الجنسية التي لم يعبر عنها المريض تنقسم من جهته بفرق عن التمثيلات التي تكبت في اللاشعور (يكون هنا الكبت ناجحا لان فقدان الذاكرة كاملا) أما التمثيلات الباقية فإنها تحول إلى عكسها مثلا: اللامبالاة ≠ الاهتمام المفرط. الرغبة الجنسية ≠ الاشمئزاز والبرودة الجنسية.

25 *Metomaniaque*

26 *La belle influence des hystériques*

● ومن جهة أخرى يفرق عن طاقتها التي تنعزل عن التمثيل ويتحول في الميدان الجسدي إلى أعراض جسدية، في التحويل الجسدي طابع رمزي للسلوكات النفسية ويظهر بأن التمثيلات الجنسية تهر الطاقة الجنسية ويتكلم عن طريق الأعراض.

● إشكالية الهستيريا إشكالية حقيقية وصعبة لأن رغبته ليست فقط ممنوعة لكنها لن تتحقق أبدا لأن زنا المحارم محرم (من الكبائر).

● المشكلة الفمية عند الهستيريا تعطينا تعليمات أخرى، الشراهة العاطفية تعبر عن عدم الانسجام النفسي. مثلا: التقيد بعد عملية الاشمزاز سلوك آخر بارز في الشخصية الهستيرية هو الحمل الخيالي تدعي بأنها حامل وهذا يعني حمل من القضيب الخيالي، هذا ما دفع فرويد للقول: "الهستيريا من اختصاص المرأة".

6. تشخيص الهستيريا

يجب الحذر والاهتمام قبل طرح تشخيص الهستيريا خاصة الهستيريا التكوينية. فالأخطاء كثيرة وتؤدي إلى عواقب كبيرة، هذه بعض القواعد التي تسهل تعريف الهستيريا.

- يجب التعرف على الهيئة الخاصة للأعراض، عضوياتهم، تحركهم، جانبهم المرضي قبل التشخيص.
- يجب أن يكون الفحص الجسدي والعصبي كاملا لأن بعض الإصابات العضوية تعطي ظاهرا من النوع الهستيريا، يجب القيام بعدة اختبارات مثل: EEG اختبارات الشخصية TAT. Rorschach...

7. الأمراض التي تسبب الهستيريا وتؤدي إلى خلط الشخصية

- الإصابات العضوية للجهاز العصبي مثلا: التصلب اللويحي.²⁷

الهستيريا تظهر أزيد عند الأعراض الحركية، تظهر أزيد عند الرجال أما المرأة فتصاب بجدول إكلينيكي عديد ومتنوع.

- الهستيريا عند الرجال النسبة قليلة جدا (توجد عند المراهقين خصوصا) وعند سن اليأس، وتظهر عند وفاة أحد الأقرباء، زفاف بنت هو ما يسبب المرض الهستيريا. والاكتئاب عرض يظهر بحسب السن، سيما لدى المسن مرافقة مع آلام الرأس. (Aboud, 1998)

V. العصاب الوسواسي

تمهيد

عزل كل من فرويد (1894) و"جاني" (1903) هذه التسمية ليميزها عن الشخصية الوسواسية (مجموع الخصائص الوسواسية ولكن ليست نوعية) وعن البنية الوسواسية (طريقة تنظيم السياقات النفسية وليست بالضرورة علامات العصاب الوسواسي متحللة). في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية اختزل العصاب الوسواسي إلى اضطراب وسواسي قهري (TOC) وإلى الشخصية الوسواسية القهرية. ويتميز العصاب الوسواسي أساسا بوساوس وقهر، يمكنه يرتبط مع تناذر اكتئابي، ومع هجمات خوف وأيضا مع فوبيا اجتماعية. (Delbrouck, 2007, p. 160)

لقد أشار "أبراهام كارل"²⁸ إلى الخصائص المشتركة بين السودوية والعصاب الوسواسي (الدور الرئيسي لمفهوم ازدواجية الحياة النزوية، المؤسسة على توازن غير مستقر بين الحب والحقد (الكره)، والجنسية المثلية أو غير المثلية. (Delbrouck, 2007, p. 179)

من الناحية التحليلية، الأمر والقهر، والتدقيق في الأشياء والتشبث في الأفكار، كلها تشكل السمات الثلاثة للعصاب الوسواسي. تحديدا هو مرتبط بالنكوص الشرجي. هذا المرض يرتكز أساسا على الوسواس. يظهر الوسواسي إرادة هامة للكمال من خلال المراقبة المستمرة و الدقيقة. يرغب التأكد من التحكم الشامل في الأشياء على أغلب المستويات (كمال دراسي، مهني، فكري، رياضي،...). غير راض إطلاقا عن درجة الكمال التي وصل إليها. إنه يؤكد على بعض البرودة و اللامبالاة العاطفية. هذه السمة لها علاقة مع "العزل" (ميكانيزم دفاعي لعصاب الوسواس). يخاف من الخيال ومن الطارئ غير المتوقع.

6. الوسواس

هي أفكار ومشاعر وصور عقلية لا يمكن للفرد مقاومتها. ومن خصائص الوسواس:

أ. إقرار الفرد بالمرض؛

ب. يقاوم الفرد ضدّ الفكرة (مصحوبة بقلق)؛

ج. اعتراف الفرد بضعف نشاطه النفسي؛

د. تعارض الأفكار الوسواسية مع تفكيره الشعوري.

28 Karl ABRAHAM (1877-1925)

7. أشكال الوسواس

- أ. فكرية: الفرد مسكون بأفكار أو بكلمات أو بتمثلات؛
- ب. فوبية: الفرد مسكون بالخوف من موضوع أو من وضعية مخيفة. مع وجود الخوف، لا تظهر الفوبيا إلا بحضور الموضوع المخيف؛
- ج. اندفاعية: (فوبيات اندفاعية): الخوف من القيام بفعل غريب، إجرامي، الاعتداء على مقدّس.
- د. مواضيع متنوعة: الدّين، القانون والنظام، القياس، النقاء، الحماية ضدّ الأخطار الخارجية، الوقت،... الخ.

8. القهر

القيام بفعل غريب وسخيف ومحرج، يفرض نفسه على الفرد بطريقة لا يمكن مقاومته. الأمر لا يتعلّق بالوسواس لأنّه في القهر لا يمكن الامتناع عن القيام بالفعل حتى وإن كافح تجنب تحقيقه (الشراء، التأكد،...). الأمر غي مشابه بالاندفاع، لأنّ في هذه الأخيرة لا يوجد النية ولا الكفاح. ينجز الفعل بطريقة عنيفة وقمعية. على العموم، نميّز:

- أ. الطقس (تابع ثابت للأفعال التي يعتبرها الفرد غريبة أو قاهرة، لكن يشعر بالإكراه لتنفيذها).
- ب. التأكّد (فعل يهدف إلى مراقبة ما أنجزه: حساب، غلق حنفية الماء أو الغاز،...). (Delbrouck, 2007, pp. 160-161)

9. الأسباب المرضية

بالنسبة للتحليل النفسي، ميكانيزمات الإزاحة، العزل، الإلغاء الرجعي، والتشكيل التفاعلي كل تؤكّد على دفاع الأنا ضدّ النزوات السادية الشرجية (الرغبة في الاتساخ). بالنسبة لـ فرويد يرجع عدم حل الصراع الأوديبي لدى الوسواسي إلى الكره والحقد ضدّ المنافس، وبسبب عدم التحمل يكبت. فالتشكيل التفاعلي يحوّل الكره إلى موضوع مضاد (التدقيق، التنظيم، الخضوع، الخ).

الشك والازدواجية، مثل عدم القرار كلها علامات لمعاناة الشخصية الوسواسية، والتي تفسّر سيطرة التفكير على الفعل. فنكوص الفعل إلى التفكير قد يتجدر في الكبت الفضول الجنسي (بدائي). يكتسي الاغراء التفكير ويصبح القوة (تفكير ماهر)، مثل التفكير الطقسي حول العدّ قبل لضاءة أضواء السير على الطريق وربطه مثلاً بتفكير حول عدم الإصابة بالعدوى. كذلك طقوس الغسل والنظافة ضدّ الأوساخ (تشكيل تفاعلي). (Delbrouck, 2007, p. 162)

VI. عصاب الفوبيا

تمهيد

عصاب الفوبيا قريب جد من عصاب الهستيريا. فالأعراض فوبية سواء قلق مباشر و حتي بسبب موضوع حقيقي أو وضعية ليست خطيرة حقيقة. في الغالب الموضوع المسبب للفوبيا يكون خارجيا، ويمكن أن يكون داخلي المنشأ، مثل التخيل وهنا نتحدث عن الوسواس الفوبي. يكون المصاب عى دراية بما يحدث له من اضطراب عدم التكيف مع الوضع (برق، ظلام، مرتفعات، جمهرة، فضاء مغلق، دم،...). من العلامات المرافقة نجد القلق بالدرجة الأولى. ويوجد العديد من الفوبيات. بحيث يصنّفها دليل تشخيص الأمراض العقلية في اضطرابات القلق.²⁹

- فوبيات نوعية: الخوف من الحيوانات، الطائرة، العناكب، الخ
- فوبيات اجتماعية: الخوف من نظر الآخرين، أحكام الغير
- فوبيا الأماكن الواسعة: و المصاعد الكهربائية والنقل الجماعي. (Delbrouck, 2007, p. 163)

1. الهلع

يمكن لاضطرابات القلق الظهور بدرجات كبيرة (هلع، أزمة قلق). الهلع هو مجموع الظواهر الفيزيقية (سرعة ضربات القلب، التعرق... الخ) يفسره المصاب بكيفية متجاوزة للأحداث (بطريقة خاطئة). يصاحب العلامات الفيزيولوجية علامات سلوكية من قبيل التثبيط، نشاط عقيم، تعبير انفعالي شديد. فتكرار هجومات الخوف (الهلع) تشكّل الاضطراب. يتميز بحدوث شديد وغير متنبأ من غير أن يواجه الفرد خطرا حقيقيا أو إلى وضعية خاصة. وقد يؤدي أحيانا إلى تعبيرات فوبية، غالبا يسبب فوبيا الأماكن الواسعة.³⁰

2. أصناف اضطرابات القلق

لقد صنّف الدليل الاحصائي للأمراض العقلية (DSM-V) اضطرابات القلق في العناصر التالية:

1. قلق الانفصال
2. البكم الانتقائي
3. الفوبيات النوعية
4. القلق الناتج عن الخوف الاجتماعي
5. اضطراب الهلع
6. فوبيا الأماكن الشاسعة

29 Les troubles anxieux.

30 ما يميزه عن الفوبيا العادية.

7. القلق الناتج عن الخوف المعمم.³¹
8. اضطرابات القلق المنبثقة عن العقاقير الدوائية
9. اضطرابات القلق المنبثقة عن عدوى طبية أخرى
10. اضطرابات القلق النوعية
11. اضطرابات القلق غير النوعية.

ملاحظة: توجد اضطرابات قلق نابغة عن الاضطرابات الوسواسية القهرية، وأخرى نابغة عن حالة الضغط الحاد واللواحق الصدمية.

وعن كيفية تولد الفوبيا، يمكن أن تنتج عن الظروف الاشرطية. مثلا الخوف من الماء، الذي قد يلصق بالفرد عندما تقرر ظروف الخوف أو الرعب مع استحمام الطفل مثلا. (Delbrouck, 2007, p. 164)

3. أسباب اضطرابات القلق

بالنسبة لفرويد، عرّض الفوبيا عبارة عن محاولة التصدي لقلق الخصاء. فالقلق ينشئ كبت الليبيدو. وجزء من القلق يزاح ويثبت على موضوع خارجي يسمح بتجنب الموضوع المخيف، وبالتالي تجنب القلق. مكان التعبير عن الصراع ليس التفكير وليس الجسم بل المكان.

بالنسبة للعلاجات النفسية السلوكية المعرفية تعرف الفوبيا على أنّها تعلّم يثار من خلال تجربة مبدئية مكسورة ولو أنّه قد توجد مثيرات أخرى سابقة ممكن هيأت الوضعية للفوبيا وعزّزت سلوك التجنب. فالأمر متعلّق بالأساس باضطراب سلوكي مكتسب. (Delbrouck, 2007, p. 165)

تري النظرية المعرفية بأنّ الترسيمات المعرفية مثل المعتقدات غير العقلانية (الخوف من الجنون، الخوف من فقدان السيطرة على الذات...) من شأنها تعزّز تظاهرات القلق. أسباب متعدّدة العوامل نفسية، بيئية (قليلة)، ونابغة عن السياق (صدمات، ..) وفيزيولوجية (ضغط مستمر نابع عن وضعية معيّنة)، وراثية (توأم)، شخصية (قلق الانفصال، سلبية، اضطرابات توكيد الذات...).

(Delbrouck, 2007, p. 167)

31 القلق الناتج عن الخوف المعمم (TAG : *trouble de l'anxiété généralisée*): هو اضطراب شائع (5-10%) ويتم تشخيصه بوجود أعراض ودوامها أكثر من ستة (6) أشهر. يرتبط القلق بالخوف والشعور بالتهديد غير النوعي والمنتشر (عكس الخوف). هذا المعاش المهتد يحتوي طبعاً شديداً مع تراكمات سلبية (يؤدي بالفرد إلى حساسية شديدة). إحدى العلامات الأساسية تكمن في الاجترار لا يمكن مراقبته لعدد مواضعه (الصحة، العائلة...). الخوف العائم يؤدي إلى اعاقات مختلفة وأحياناً تكون شديدة، غالباً ما تكون مرتبطة باضطرابات وظيفية مزمنة (أرق، آلام عضلية، آلام هضمية...). من الامراض المصاحبة نجد الاكتئاب. (Delbrouck, 2007, p. 166)

المحور الخامس:

المقاربة التحليلية وبعض المقاربات الأخرى لتفسير الاضطرابات النفسية

I. أسباب المرض حسب المقاربة النفسية التحليلية

يوجد نموذج بيونفسوساجتماعي.

1. الأسباب النفسية: من أصل نفسي وظيفي دون تلف للبنية. مثال: العصاب.³² يحدث العصاب نتيجة عدم إشباع الليبيدو، و من طرائق إشباعه النكوص. عندما لا يقبل الأنا النكوصات نجد الصراع ينفصل عن الأنا، يتم هذا الانفصال و يدعم عن طريق تثبيت الليبيدو الذي كان يقاومه عن طريق الكبت في اللاشعور. و يتم تكثيف هذا المكبوت ثم إزاحته ليزيح تمثيلاته من موضوع إلى مواضيع أخرى.³³ يبقى المكبوت المعبر عن الليبيدو في اللاشعور ليواجه قوة الأنا، يقترح عليه الخروج في شكل "عرض". الإشباع الناتج عن العرض (حل للصراع) من طبيعة غريبة (معاناة) كون الفرد يشكو هذه المعاناة. حسب "فرويد" أصل العرض من الطفولة (تثبيتاتها): "أسباب العصاب: مواطن تثبيت الليبيدو + أحداث صدمية"

← مثل الحلم و الأفعال غير التامة، العرض له معنى و يتصل بالحياة النفسية للمريض.

← يؤكّد فرويد تعقيد الأسباب النفسو مرضية (مواطن فطرية..). أنظر كتابيه اللذين أكدّ فيهما أيضا الإمكانات اللامتناهية للبيولوجيا.³⁴

ترتكز نظرية العصاب التحليلية على الأعراض الناتجة عن رغبات مكبوتة تبعا للمتطلبات الأخلاقية والاجتماعية، فضلا عن ضعف دفاعات الأنا، وبالتالي فشل حل عقدة أوديب.

2. الأسباب العضوية

من خلال دراسة Post & al (1980) تأثير الوراثة على الفصام و كذلك على الإكتئاب، يؤكدون بأن نسبة 78% من السائل الدماغي (LCR) يحتوي على حمض³⁵ (hydroxyindlacétique 5-HIDA).

الإستنتاج النهائي: نقص هرمون السيروتونين ← الإكتئاب (دون دلالة سببية مباشرة).

3. الأسباب الاجتماعية

ما يحدث من تغيرات نفسية، يحدث تحت تأثير العوامل الاجتماعية، أو بالأحرى تحت تأثير حدث (جمع: الأحداث).

تطور و نمو المعارف فيما يخص الأسباب إجتماعية المنشأ أخذ موضوع الحدث القسط الأكبر. عدّة دراسات في هذا الشأن، من بينها دراسة (Chanoit 1985)؛ تأثير العوامل الخارجية على الصّحة العقلية، دراسة (H. Selye 1974) حول الضغوط الخارجية على الصّحة.

32 « L'hérédité & l'étiologie des névroses », Freud, 1896.

33 التكثيف و الإزاحة ميكانيزمي الحلم

34 « Introduction à la psychanalyse », « Au-delà du principe de plaisir »

35 أبيض السيروتونين

تكلّم فرويد عن الحدث في كتابه « L'homme au loups » (1918). نتساءل عن الهوام (*Fantasme*) مثال "عقدة أوديب". الهدف من هذه الترسيمات (*schémas*)، هو ترتيب و تصنيف الإنطباعات الحياتية.

تشير كذلك المدرسة التحليلية إلى ما يسمى بالفعل العقلي³⁶ كحدث داخلي (Laplanche & Pontalis, 1967) أو خارجي (الحدث العقلي فعل و ليس سلوك، مدى تأثير الأحداث اليومية على الإكتئاب). لكن الأحداث اليومية و مدى تأثيرها على الفصام لا زال غير واضح، كما يؤكّده "روديار" (1981) Rodière و ما يؤكّده "براون و بيرلي" (1968) Brown & Birely أنّ الأحداث اليومية يمكنها أن تسرّع بداية الفصام. دراسة "الخاني و آخرون" (1986) بالعربية السعودية على 48 فصامي و 62 ليس لديهم تشخيص سيكاتري و مجموعة أخرى ضابطة من المجتمع العام. أظهرت هذه الدراسة بأنّه من الصعوبة عدم تقبل العوامل الخارجية في ظهور الفصام.

II. العَرَض 37

تمهيد

الطب العقلي و التحليل النفسي متكاملان. الطب العقلي يهتم بالوساوس (سببها الوراثة) و التحليل النفسي يعطي أهمية للحدث النفسي و يبحث عن ميكانيزم العَرَض و عن أسبابه النوعية. لقد ظهر مصطلح العَرَض في 1538 حسب معجم "روبرت صغير الحجم".³⁸

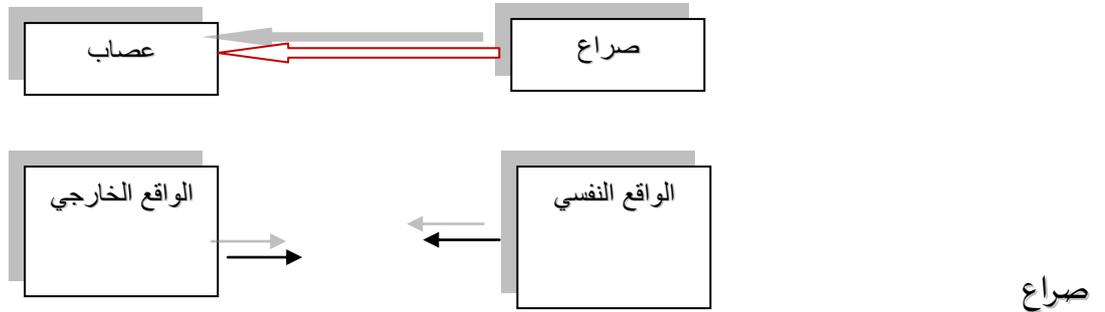
1. معنى الأعراض

نميّز بين الأعراض النوعية و الأعراض الفردية. هذه الأخيرة تعدّ أكثر إنتشاراً، و هي التي توجّهنا و ترشدنا في التشخيص. وجودها يعني وجود عوامل مشتركة بين الأفراد.

مثال: الوسواس القهري يتميّز بالتكرار و الإكراه و بإيقاع واحد، مهما اختلف نوع الوسواس نجد الوسواسيين كلّهم منعزلين.

وجود خواف المناطق الواسعة أو كما يسميها فرويد هيسستيريا القلق. يصعب في كليهما توحيد العوامل و العلامات، بمعنى معرفة معنى الأعراض (فكل شخص على حدى).

← عندما يشتد العرض، يدّعم المريض مجهوداته النفسية لضمان تنفيذها على أن يصارعها، في هذه الحالة، الطاقة النفسية للمريض تنخفض و هذا ما يؤثر على وظيفته الإجتماعية.



← واقع نفسي داخلي دون صراع لا يؤدي إلى عرض عصابي. العرض العصابي عندما يبحث الليبيدو عن إشباع بواسطة موانع أخرى.

← الصراع المرضي هو صراع بين ميولات الأنا و الصراعات الجنسية.

← الحرمان يفرض تعويضا فعليا للموضوع المفقود، مع الأخذ بعين الإعتبار متطلبات الواقع (سوابق و/أو مواضع مهجورة). مع العلم أنّ النكوص يؤلّد الإشباع دون إنتاج عصاب. الليبيدو ينفصل عن الأنا

³⁷ Le symptôme

³⁸ Le petit Robert

لأنه وجد معارضة قوية من قبل هذا الأخير لإيجاد حل في النكوص و التثبيتات السابقة التي كبتها الأنا. (فرويد، 1916). الليبيدو يستمد قوته من هذه المكبوتات اللاشعورية المكثفة والمزاحة. بمعنى، الليبيدو يستثمر في موضوع لاشعوري مكبوت فيقوم الأنا بزيادة فعل يعرض على الليبيدو الظهور بمظهر يقبله الأنا. وبالتالي يظهر العَرَض، ضمنياً يحتوي على معنيين متضادين.

← الخبرات الطفلية لا تحتوي فقط على خبرات واقعية بل خبرات خيالية أيضاً.

2. تشكيل العَرَض

العرض العصابي هو سياق خاص بحالة نفسية. "تشكيل العَرَض" يغطي عودة المكبوت على شكل تشكيلات بديلة أو توافق أو تشكيلات ردة فعل". (Laplanche & Pontalis).

3. عودة المكبوت

العناصر المكبوتة لم تمسح و لم تذهب في فراغ. هي تركبات لاشعورية متنوعة و العرض هو نوع من هذه التركبات. لكي تندرج في الشعور إلا عن طريق العَرَض، و المكبوت يتحمل بفعل الدِّفاع تحولات و تشوّهات عميقة. لكن القوتين المصارعتين (الرغبة و الدِّفاع) قبل ظهور العَرَض يصبحان متوافقان بعد ظهوره. يعتبر العَرَض العصابي تشكيل بديل لإشباع نزوي لم يتحقق.³⁹

← التشكيل البديل هذا له قبول مضاعف:

إقتصادي: كونه جلب إشباعاً بديلاً لرغبة لاشعورية، لكن بقوة و شدة منخفضة.

رمزي: بديل رمزي يكون مرجعية و تمثيل للعَرَض. كما سبق الذكر، التكتيف و الإزاحة يلعبان دوراً مهماً في

هذا الترميز. (Ghiglione & Richard, 1999, pp. 223–280)

³⁹ Inhibition, symptôme & angoisse ; Freud (1926)

III. البنية 40

1. تعريف

البنية تفاعل عناصر بين بعضها البعض (لا تقتصر على تجميع عناصر). في مثال فرويد: لو نرمي إناء زجاج ينكسر تبعاً للخطوط الهشة الموجودة في الزجاج. كذلك الأمر فيما يخص البنية النفسية المتكوّنة من العوامل الوراثية و خاصة العلاقة الموجودة بين الطفل و أسرته التي تكوّن الخطوط الإنشطارية، و هي كل نشاط تثبتت، نكوص و الليبيدو التي تكوّن شخصية الفرد. مثلاً: تكوّن خطوطاً هيسترية في المرحلة الفمية، لا ننمي عصاب و إنّما ذهان. و لكن، حمل بنية مرضية معيّنة لسيت حتمية لتنمية مرض.

الذي نفهمه من البنية، الشخصية التي تتم فصل في المرحلة القضيبية، لأنّ هناك تشكيل الأنا الأعلى. العصابي عند فرويد هو من انفصل عن المرحلة القضيبية بصدمة جنسية، إلا أنّ الصدمة التي تكلم عنها ليس بالضرورة وقعت للطفل، فقد تكون هوامية.

البنية نهائية: يظهر عصاب عند الموضوع ذو البنية العصبية، و ذهان عند الموضوع ذو البنية الذهانية. إذا عولج في الوقت المناسب العصابي أو الذهاني، لكن تبقى البنية العصبية أو الذهاني، على الترتيب، معوّضة.

لا يمكن المرور من بنية إلى أخرى، لكن الأنا ينظم حسب النموذج الأول أو الثاني.

◀ حالة "إيما" Emma: الخواف من المحلات

يعنى عليها عند دخول المحلات. عندما كانت صغيرة، الحاجب يمس جسدها عند دخول المحل. كانت تعيشه كعدوان جنسي. عندما كبرت عاكسها شاب عند دخولها المحل. أصبحت تعيش الحدث (من أصل المكبوت) كصدمة جنسية هوامية. أي أزاحت الحدث إلى باقي المحلات.

2. البنية عبر مراحل النمو الفرويدية

- المرحلة الفمية: فمية أولى (مبكرة): ذهان هوسي إكتنابي PMD، فمية متأخرة: ذهان (بارانويا)
- المرحلة الشرجية: شرجية أولى: بنية فصامية، شرجية متأخرة: تنظيم بدائي و ب وسواسي (تثبيت)
- المرحلة القضيبية: تنظيم بدائي و أولي للبنية العصبية.
- المرحلة الجنسية: بنية هيسترية
- المراهقة: تقوم الأنا بكل التعويضات ولا يمكنها سوى إظهار واحد من العصابات، عصاب وسواسي أو قهري.

> الفرق بين البنيات الثلاث: قارن "Bergeret (2012)" بين البنيات الثلاث حسب نقاط خمس:

| نوعية العلاقة الموضوعية | القلق | صراع الماهيات | الميكانيزم | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|------------------|
| ذوبانية | التجزئة | الهو/الأنا | إنشطار الأنا أو النكران | الذهان |
| جينية | الإخفاء الخوف من فقدان الموضوع | الهو/الأنا الأعلى | الكبت | العصاب |
| إنشطار الأنا، مضاعفة التقمصات، تبعية، خضوعية anaclitique | فقدان الموضوع/إكتئاب | المعارضة مع مثالية الأنا | إنشطار و ازدواجية التمثلات الموضوعية (<i>imagos</i>) | النقاط الحدية |

المصدر (Bergeret , 2012)

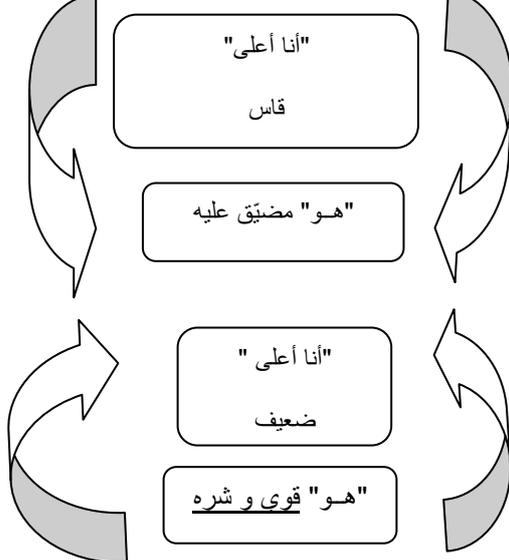
3. طبيعة القلق المصاحب للبنية

الشيء المعبر عن البنية العصابية و البنية الذهانية هو نوعية القلق.

- البنية العصابية: القلق السائد هو قلق الإخفاء (الشعور بالخطأ) و يكون ناتجا عن عقدة رمز السلطة الأبوية. الأم تتجاوز هذا القلق عندما تلد ذكورا.

- البنية الذهانية: القلق السائد هو قلق التجزئة، يكون مرتبطا في وحدة الذات. فلكي يبني الطفل صورة موحدة عن ذاته لا بد أن تكون له صورة موحدة عن أمه. أم الذهاني متناقضة، حينها يستحيل على الطفل تكوين صورة موحدة عن ذاته، و تجعله في قلق دائم (صورة مجزأة لذاته، أنظر إلى المرأة المكسرة). و لا تتركه يسير علاقة الحب.

البنية العصابية كذلك، تأخذ بعين الإعتبار البنية الأوديبية (حتى و لو أنّ النكوص إلى مراحل النمو قرب



الجنينية متكرر)، صلابة الأنا الأعلى

و الصراع ما بين الرغبة و الدفاع (للأنا).

البنية النفسية تذكر عكسيا فراغ في العلاقة

و قبول الواقع (أنا) و المتطلبات الأخلاقية (أنا أعلى).

الهو يضيق عليه من قبل الأنا الأعلى، الكبت

هو الذي يسير العلاقة

المبدأ: "كل شيء ممنوع"

4. البنية الذهانية: الهو يسيطر على أنا أعلى ضعيف.

المبدأ: "كل شيء مباح"

5. دفاعات العرض

المرضي النفسي هو ميكانيزم دفاعي لم يقم بدوره و اختار عرضاً مرضياً لتجاوز القلق. نلاحظ نكران الواقع عند الذهاني، و النكران هو خطاب على مستوى الهذيان البنيوي و الهذيان يظهر لنا الخيال حقيقة.

- فيما يخص القلق، فهو يرتبط بالكبت، يؤدي إلى تحويل الليبيدو بواسطة تعويض للممثل النزوي. لا يمكنه أن يكون نزوة دائمة، لا يمكن فصله عن الحالة الهوامية للفرد.

في حالات كل من العصاب، الذهان، الحالات الحدية، يكون القلق رمزياً أكثر منه واقعياً و يمكنه أن يستعير أي نوع من الممثلات، فيبقى دون سبب واقعي (الخواف). و التصرفات الخوافية يمكنها أن تتقارب مع:

- أعراض العصاب الوسواسي، الخوف المفرط من الأوساخ...

- تظاهرات الهستيريا: مثال خواف الإحمرار، ...

- حالات إكتئابية: (حالات حدية) الخوف من الوحدة أو الغرباء

- ذهان صريح: خواف الأماكن الشاسعة أو المفتوحة.

1.5. العصاب

يرتكز على كبت دائم و صلب، و الذهان: يعتمد على خطأ و ضعف الكبت. من هذا نرى أنه ثمة علاقة مع البنية النفسية للفرد. إننا نتكلم عن البنية العصابية و البنية الذهانية. تم تصنيفهما من خلال مرحلة الموقعية الثانية للجهاز النفسي. الماهيات الثلاث "الهو، الأنا و الأنا الأعلى" هي أصل الصراع الدائم لأن أهدافها تختلف. من هذا المنطلق، الفرد هو فريسة الصراع الداخلي و منه يتمثل التوازن النفسي في القدرة على تسيير و تعديل هذه الصراعات.

أما الماهيات النفسية بفعل العامل التاريخي هي بالضرورة فردية. تتوقف على التربية، المحيط العاطفي، الثقافي و المادي. كل فرد يمتلك إذن، بنية نفسية خاصة به، تحتوي على هو، أنا و أنا أعلى، كلما كان مؤكداً كلما كان قويا.

خلال دراسة التبادلات فيما بين الماهيات، نرى طبيعة صراعاتهما: لا سيما الأنا، وسيط بين الهو، الواقع والأنا الأعلى. صلابة الأنا إذن هي محدّدة. لكن قوة و حدّة الماهيات الأخرى تدخل كذلك في نفس المسار الصراع.

﴿ يمكن أن يكون الأنا الأعلى جد قاس و قد يطفئ الهو. لحد الآن، الفرد لا يسمح له إلا بالقليل من اللذة. إنّه يخضع لأخلاق غير متسامحة و التي تواجهه و تحكم هاته الطموحات (الكثير من الوسواس، عفة مضخمة...).

﴿ من جهة أخرى يمكن للفرد أن يعرف "الهو"، شره و غير متشبع و الذي يتزايد من حيث شراسته (مادية، عاطفية، جنسية) على حساب كل اعتبار.

خصوصية الفردية للبنية النفسية تفسّر بأنّ كل فرد يكون وحيدا في شخصه. الكل مثل التشكيلة الليبيدية و سمات الطبع الناتجة، وحدة الشخصية تكون مرتبطة بالتاريخ الفردي للشخص، لردود فعل الشخص للأحداث و للوضعيات الحياتية.

علم النفس لا يدافع إذن عن فكرة، أنّ كل الناس من شكل طيني واحد. في هذا الصدد، لا تعط حجما محددًا للهو، للأنا، للأنا الأعلى و للشعور و اللاشعور. إنّها تعترف بالمقابل، بالتغير و بالفردية لهذه الماهيات. بيد إنها تضع حدوداً، نظريا، تسمح بالتحكم في السبب الأصلي للمرض العقلي.

1.5. المرض العقلي

البنية العصبية و الذهانية ترأسان الأمراض العقلية. نميّز بصفة إجمالية عصابات الذهانات. بيد أنّ، هناك من الاضطرابات لا يمكن تصنيفها في بنية أو أخرى، بمعنى ليست من طبيعة عصبية أو ذهانية (حالات حدية، شذوذ،...).

على كل حال، التمييز بين بنيتين نوعيتين تسمح بوضوح نسبي فيما يخص تعقيد و تغير الاضطرابات النفسية. نواجه في هذه الجدلية، عصاب وذهان، لأنّ كلما كان الشكل و العمق مرضي كلما كانت الفروقات أساسية.

➡ المرض العقلي لا يتلخص فقط في مفهوم البنية

ما يجب أخذه هو الفرق الأساسي ما بين النمطين اللذان يبرزان من خلال نوعية الصراعات الداخلية، و على أساس السلوكيات الظاهرة للفرد.

- الذهان، "كل شيء مباح" تضر بجتمعة الفرد. بالطبع، الحدود و الموانع لم يعط لها إهتمام، تم قمعها. الذهاني يمكن أن يظهر مهددا للآخرين.

- العصابي، يمكن أن يعيش مرضه، دون تمرير خطر، بمعنى، إنّهُ متكيف. الفرق مرتبطة بالكبت. بما أنّ العصابي يكبت رغباته غير المرغوبة من قبل الأنا الأعلى، يطبق رقابة لا شعورية حتما، لكن رقابة عل نزواته الجنسية أو العدوانية.

الذهاني، يمكن أن يمر إلى الفعل، حيث العصابي يستخدم مجموعة من الدّفاعات (الكبت خصوصا و التشكيل التفاعلي، التشكيل التبادلي...) التي تجنّب هذه الصراعات. بالإضافة، الذهان يسجل أيضاً

فروقاته في هذا الصدد. مصطلح "جنون"، في مظهره العام، يقوم في اللغة المشتركة، مقام المرجع للبنية الذهانية. تكمن خطورة الذهاني في التهديد الفعلي للمجتمع من خلال المرور إلى الفعل، و لذلك وجب له الحجز. إلا أنّ العصاب الوسواسي، على سبيل المثال، إذا لم تكن إصابته خطيرة، يمكنه البقاء في المجتمع. أو بالأحرى له مسؤوليات عائلية و اجتماعية. و بالرغم من ظهوره عن طريق سلوكيات غريبة و غير معتادة يمكنه العيش في المجتمع.

6. العلاقة مع الواقع

الإشكالية الرئيسية في علم النفس المرضي من منظور عيادي تكمن في العلاقة مع الواقع. هذه العلاقة مع الواقع تكون موحدة جزئياً. للحفاظ على الذاتية تكون مشقّة. كذلك قواعد، قوانين، مبادئ أساسية جماعية تنظم الحياة في المجتمع. طبعا مع الأخذ بعين الإعتبار فضاءً من الحرية في هذا التعريف. "المجتمع لا يفرض على الأفراد التفكير الشيء نفسه أو تفعيل الأمور بنفس الكيفية. إنّها تترك سماعات فيما يخص الفروقات شريطة ألا تكون هذه الأخيرة كبيرة حيث تصبح مهدّدة للتوازن العام". الحياة داخل الجماعة تفرض إذن إحترام هذا التشفير. مثلاً الهندام له أسسه. لا يسمح التجوال عاري الجسد (*exhibitionniste*). و القيام بذلك يكون السلوك غير سوي.

IV. ميكانيزمات الدفاع⁴¹

الميكانيزمات أو الحيل الدفاعية عبارة عن أنواع من السلوكات اللاشعورية التي تهدف الى تخفيف حدة الصراع، والتوتر النفسي، والقلق التي تنشأ من استمرار حالة الاحباط بسبب عدم إشباع الرغبات. الحيل الدفاعية شائعة بصفة لا شعورية لدى الأشخاص. والتركيز على ميكانيزم واحد يعني المرض النفسي، وسوء التوافق، وتتميز الحيل الدفاعية بما يلي:

- تعمل لا شعوريا بحيث لا يتفطن الفرد اليها

- خروج المكبوت في شكل رمزي، أي تزور وتحرف الواقع المعاش

حسب "لابلانز وبونطاليس" (1973) Pontalis & Laplanche توجد أنواع مختلفة من العمليات التي تتحدد من خلالها ميكانيزمات الدفاع.

حسب ما أشارت إليه م. كلاين عدد ميكانيزمات الدفاع عشرة (الكبت و النكوص و الإنطواء على الذات و الانقلاب على النقيض و التشكيل التفاعلي و العزل و الإلغاء و الإسقاط و الإستدخال و التسامي). ثم أضافت المثالية و التقمص بالمعتدي و الإنكار بالهوام. و تؤكد بأن الميكانيزمات الأكثر بدائية تكمن في: إنشطار الموضوع و مراقبة الموضوع و إنكار الواقع النفسي و التقمص الإسقاطي.

بالنسبة لـ "يونسكو" (Ionescu & al (2003) ذكر العديد منها (29) ميكانيزما. لكننا نعتد بما جاء به المدرسة التحليلية في بدايتها.

ظهر مصطلح دفاع في 1894 في دراسة فرويد حول "العصابات النفسية للدفاع"⁴² و كذلك ظهر في "أسباب الهستيريا و ملاحظات أخرى حول العصابات النفسية للدفاع"، الدفاع بمعنى ثورة الأنا، استبدل فيما بعد بالكبت. و في إحدى كتاباته (1926) "تثبيت، عرض وقلق" رجع إلى مصطلح الدفاع ضد العصاب. كما تكلمت "ميلاني كلاين" (Mélanie Klein, 1936) عن الدفاع في كتابها "الأنا و ميكانيزمات الدفاع".

إن أصل الدفاع ليس مرضي بل إنه مرتبط بالصحة و بالسوية و يدل على التوافق النفسي كما ذكر، إلا أن المرض واللاسوية سببهما يكمن في نقاط كما حددها "بيرجوري" (Bergeret, 2003): يحدث المرض عندما تكون الدفاعات إعتيادية و غير فعالة وقاسية و غير متوافقة مع الواقع الداخلي و الخارجي للفرد و من نوع واحد. والدفاعات كما أحصاها (1972، 1986) عشرين (20). في دليل التشخيص الطبي السيكاتري

⁴¹ Les mécanismes de défenses

⁴² Les psychonévroses de défense

(DSMIV, 1994, 1996) عددها ثلاثين(30) إضافة إلى استراتيجيات الكوبينغ (*coping*) وميكانيزمات التحرير،⁴³ ناهيك عما لحقه من بحوث. ولهذا نوّكد بأنّ عدد ميكانيزمات الدّفاع غير نهائي بصفة مؤكّدة.

ذكر فرويد عدة ميكانيزمات نفسية لا شعورية أساسية، كلها تنبثق عن الكبت: النكوص، الاسقاط؛ التكوين العكسي، التسامي، الانكار؛ التبرير، التعويض، النقل، التقمص.

1. الكبت *Refoulement*

أبو الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية، وهو من الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يلجأ إليها الفرد للتخفيف مما المعاناة النفسية. واستمرار التركيز على ميكانزم واحد ووحيد فقط ينعكس على شخصية الشخص وتعامله مع الآخرين. والكبت يستنفذ قدرا كبيرا من طاقة الفرد المتاحة.

بالنسبة ل فرويد الكبت آلية لا شعورية وهو من اول واهم وسائل الأنا في الدفاع والأفكار والصراعات والذكريات المثيرة للقلق من حيز الشعور والادراك. وحينما يتم الكبت فإنّ المادة المعزولة لا تدخل نطاق الشعور على الرغم من انها تؤثر في السلوك وتعد بعض انماط فقدان الذاكرة دليلا على وجود الكبت.

مثلا، النسيان لدى الطالب خلال الامتحان، هي احدى علامات الكبت، ويرى فرويد ان عملية نسيان الاسماء والمعلومات ونسيان الافراد والاماكن المثيرة للقلق(كنسيان اسم المحب المنافس مثلا) يعزى هذا كله الى الكبت، وحتى الاحلام ما هي إلا مكبوتات تمثل رغبات لا شعورية مثيرة للقلق.

إنّ الرفض في اللاوعي للتمثّلات التي تظل نشطة وغير قابلة للوصول إلى الوعي. ومن الضروري التمييز بين القمع والنسيان. في الواقع، يمكن أن يكون كل إنسان ضحية الذاكرة التي لا تقمع. يوضح فرويد (1898) أن القمع يتميز بمجموعة من العمليات التي تساهم في ضعف الذاكرة. يعتقد "فيدلوخر" (1972) Widlöcher أن القمع هو في الواقع مجرد نسيان كاذب مقصود وانتقائي. هنا لا يعني المصطلح المتعمد أن القمع واعٍ، أو بالأحرى هو مسألة تجنب إدراك قد يكون مؤلماً. يعود المكبوت على شكل هفوات أو أخطاء في الذاكرة أو نسيان الأسماء.

وقد سبق وأن لاحظ "فيدلوخر" (1971) بأنّ القمع يتميز بشكل من أشكال التجنب. فكل شيء يحدث كما لو أن الفرد لم يعد يستطيع رؤية أي شيء. (Bergeret & al., 2012)

من جهة أخرى، يرتبط القمع ارتباطاً وثيقاً بالاستثمار المضاد. وأن أصل الأمراض هو عودة المكبوت. ومن العواقب المختلفة للقمع هي الهستيريا، والتسكين، وعدم الانتباه، والانسداد اللفظي، وهفوات الذاكرة، وما إلى ذلك. (Ionescu & al., 2003, p. 121)

⁴³ Mécanismes de déguisement

2. النكوص *Régession*

النكوص عبارة عن تقهقر النشاط النفسي الى مرحلة سابقة من مراحل تطور اللبيدو. وهذا التقهقر قد ينحصر في العودة الى موضوع الاشباع التي تتميز به مرحلة سابقة. فقد يتوقف النمو السوي للشخصية اي ان يصبح الشخص مثبتا على احدى هذه المراحل المبكرة لان الانتقال الى المرحلة التالية يكون مشحونا بالحصر والقلق. بالنسبة لـ "فرويد" مرجع النكوص هو الحرمان، مثل عودة الفرد في سن ناضجة الى مرحلة عشق الذات وممارسة العادة السرية، أو وضع الابهام في الفم للذة لم يجدها في العلاقات الأخرى. وهو سلوك طفلي. التبول اللاارادي يعبر أيضا عن النكوص. كلها اعراض تعبر عن مكبوتات لم تحل بعد.

وقد يذهب النكوص إلى أبعد مرحلة (الشرجية) فنرى الذين يعانون من الامراض العقلية (الذهانية)، حيث تظهر سلوكياتهم غير السوية مصاحبة للتبول والتبرز في سن متقدمة.

يشكل النكوص عموما عودة إلى أنماط السلوك أو التفكير السابقة. أي يستدعي الانسحاب، خطوة إلى الوراء تعارض التقدم إلى الأمام. أو كما نراه "نحن" يمنع الإعلاء.

عندما يقول طفل يبلغ من العمر سبع سنوات انفصل والديه: إنه كان يحلم بالعودة إلى الماضي عندما كان والديه لا يزالان معًا. مع العلم أنّ النكوص يمكن أن يعمل مع آليات أخرى.

يمكن أن يكون النكوص مسببا للمرض. بمعنى أنه يؤدي إلى تثبيت، أو حتى إلى الإنحراف. (Ionescu & al., 2003, p. 122)

3. الإسقاط *Projection*

هي حيلة لاشعورية من حيل دفاع الانا يسقط من خلالها الشخص ميولاته ومشاعره السلبية على الآخرين. هذه الميولات أفكار مستمدة من خبرته، يرفض الاعتراف بها لما تسببه من الم وما تثيره من مشاعر الذنب. ويقول فرويد: "إنّ ما يواجه الفرد هو مدركاته التي تأتيه من الخارج او من الداخل، اما ما يأتيه من الخارج فأمره هين وبسيط اذ يستطيع الفرد ان يغير او يتفادى ما لا يروق له فيما يأتيه من الخارج، أما مدركاته الداخلية من دوافع غريزية لا ترحم، فلا يستطيع تجنبها، لذلك يسقط الفرد دون شعور منه، دوافعه الداخلية وانفعالاته غير المرغوب فيها الى الخارج حتى يستطيع إحياءها بأكثر الوسائل يسراً".

مثال: أنا اكرهك، وفي الأصل انقلاب أنا مكروه من الغير، هو يكرهني، ولا يحبني تستبدل لاشعوريا بـ أنا لا أحبك. هنا التخفيف من الذنب بصفة لاشعورية. أي إسقاط هذه النزعات العدوانية الى الغير.

العملية التي يطرد بها الفرد الأفكار الخارجية، يرفض أن تكون ملكه وينسبها إلى الآخر. يتميز الإسقاط بانفجار الأحاسيس غير السارة لتخفيف الضرر على الأنا. إنها الآلية الأكثر استخدامًا في التحقيق في الشخصية وفي الاختبارات الإسقاطية.

مثال: أفاد "ديكور" (1989) Decourt هذا المثال للإسقاط: فتاة تعود إلى المنزل من المدرسة حيث شاركت في نشاط ركوب المهر. عندما يسألها والدها ما إذا كانت على حصان، تخبره الفتاة الصغيرة بالنفي لأنها كانت خائفة. في الأسبوع التالي، عندما تكرر هذا النشاط، سألتها الأب مرة أخرى عما إذا كانت على حصان. هنا تخبره الفتاة أن المهور هذه المرة كانت تخاف منها. مع التأكيد على أنّ الإسقاط يشارك في العديد من آليات الدفاع مثل القمع أو حتى الإزاحة والتحول والحلم.

علم النفس المرضي يتغذى على الإسقاط (سامي علي، 1970). وستولد اضطرابات مختلفة تباعا لزيادة أو نقص في الإسقاط: الذهان، جنون العظمة، الغيرة الوهمية، الهوس الجنسي، الكراهية، الحب، إلخ. تتعلق بالإسقاط. (Ionescu & al., 2003, p. 123)

4. التقمص Identification

التقمص ميكانيزم دفاعي لا شعوري يختلف عن التقليد (شعوري). عبارة عن تمثيل الطفل لسمات والديه، ويوجد نوع آخر من التوحد وهو التوحد بالمعتدي، وهو من ميكانيزمات الانا الدفاعية، ويفيد كما تقول (انا فرويد) ان يسيطر الفرد على مخاوفه من الشخص او الموضوع المعتدى عليه بتوحد به، وفيه يتحول الشخص المهتد إلى شخص مهتد.

إنه استيعاب جانب أو سمة للأخر مما يؤدي بالفرد إلى إحداث تحول في النموذج الذي يتقمصه. يتيح لك التعرف على شخص آخر؛ الاتصال بجارك. هذا ليس تقليدًا بسيطًا. يتم لعب كل شيء على مستوى اللاوعي. يوضح "فيدلوشر" (1991) أنّ هذا هو في الواقع سلسلة من الاعتمادات. يمكن أن يكون تقمص الهوية مرتبطاً بآلية الإزاحة والاستدخال. يمكن أيضاً دمجها مع الانعكاس في النقيض. (Ionescu & al., 2003, p. 124)

5. التقمص الإسقاطي

الآلية التي يتخيل فيها الفرد إدخال مشاعره غير المرغوب فيها داخل الآخر بينما يسعى للتلاعب بالآخر. توضح كلاين (1946) أنّ التقمص الإسقاطي في خدمة التواصل. ويتألف من الاستيلاء على شيء أو شخص ليصبح امتداداً للذات. تظل قدرة إبراز الجوانب السلبية من الذات وإسقاطها على الآخرين مرتبطة بخيال القدرة المطلقة: التملك، والتطفل، والإغواء، والتلاعب، والإقناع، والتعاطف. يبقى التقمص الإسقاطي بالانشطار مرتبطاً بالاستدخال، والتقمص. (1912، Ferenczi) وتحديد الهوية.

6. تقمص هوية المعتدي

الفرد ضحية التهديد يتقمص مع المعتدي (Laplanche and Pontalis، 1967): من خلال استئناس العدوان، من خلال محاكاة المعتدي، من خلال تبني رموز معينة للقوة.

إنّ التقمص بـ "المعتدي" يجمع بين التقمص والتخارج والإسقاط، والانقلاب إلى النقيض. لاحظت "أنا فرويد" (1936) تراكم عدة آليات: التقديم، الإسقاط، الإنعكاس النقيض. (Ionescu & al., 2003, p. 125)

مثال: اعتداء الصهائية على العرب في إحدى جنباته سلوكات تعبر عن تقمص لشخصية المعتدي (النازيين). يسمى التقمص بالمعتدي. فالتقمص وسيلة للتخفيف من الخوف أو القلق. بالنسبة للطفل، التقمص مفيد لنمو وتطور الشخصية.

7. التشكيل التفاعلي *La formation réactionnelle*

يلجأ إليها الأنا بهدف اصطناع سلوك مغاير ومناقض يخفي رغبات لاشعورية غير مقبولة. من خلال التعبير بالعكس عن اتجاهاتهم. فالتكوين العكسي يساعد على تجنب القلق الناتج عن سمات غير مرغوبة في الشخصية.

تحويل الميول غير المقبولة إلى نقيضها. ويتعلق الأمر بتدمير ما كان موجودا واستبداله بشيء جديد مع منع القديم من الظهور مرة أخرى.

يمكن الخلط بين التشكيل التفاعلي والكبت، لأن الأمر متعلق باستبدال نزوة بأخرى أكثر قيمة. مثال: الأم التي تدعو على ابنها بالموت إلا أنه في حقيقة الأمر لا تريد أن يصيبه مكروه، ولا يعني التصنع، فالفرد في التصنع يشعر بالدافع المحظورة ويرغب مع سبق الإصرار في إخفائها. أوقد نجد التكوين العكسي غالبا في العصاب الوسواسي.⁴⁴ (Ionescu & al., 2003, p. 125)

8. الإنكار *Le déni*

ينكر بعض الناس بشكل لاشعوري وقائع وخبرات غير سارة في حياتهم، و يرفضون الاعتراف بوجودها. بهدف حماية أنفسهم. تقحم هذه العملية اللاشعورية خداع الذات. فحينما يُغفل الفرد بعض الوقائع، إنّما يتعامل مع تلك الوقائع بالهروب بدل مواجهتها. يختلف عن الكبت في انه لا يواجه الغريزة، بل يوجه الى وقائع مؤلمة في العالم الخارجي. وقد يعبر الاطفال غير المرغوب فيهم على أن آباءهم يحبونهم حباّ جمّا، وقد يرفض الطالب الطموح الاعتراف بوجود قصور في امكانياته.

فعل إنكار الواقع. يتشكل الرفض كدفاع. بالنسبة لـ "أنا فرويد"، فإن الإنكار يتعلق بما لم يحدث. تبين أنا فرويد (1936) أن الهدف من الإنكار ليس جعل التمثيل الذي لا يطاق يختفي، بل استبعاده. في حالة القمع، يتم محو هذا التمثيل تماما. (Ionescu & al., 2003, p. 127)

يميز الإنكار رفض الاعتراف بأفكار المرء أو مشاعره المسببة للصراع والقلق. يوجد فرق بين الإنكار (رفض الاعتراف بخصوصية المرء) والرفض (التصريح بأن الشيء أو الحدث غير واقعي). لكي يوجد إنكار،

يجب أن تكون الجملة ونفها مرتبطين بصراع غير واع. في هذا الصدد، يوضح فرويد (1925) أن النفي (أو الإنكار) هو شكل من أشكال استبدال القمع. يحدث عندما يدرك المريض قمعا للشعور، لكنه لا يقبل هذا الشعور.

9. انشطار(الأنا، الكائن)

فصل الأنا عن الكائن بحيث يتعايش الجزءان دون إرباك. تميل هذه الآلية إلى الاستجابة للحاجة إلى السيطرة على القلق من خلال إجراءين متعارضين: أحدهما يهدف إلى الرضا والآخر يأخذ الواقع كما هو. يبدو أنه أساس القمع. ومع ذلك، يمكن أن يؤدي الانشطار إلى تفكك الذات، وهو ما لا يفعله القمع. وغالبًا ما يرتبط الانقسام بالإنكار. (Ionescu & al., 2003, p. 127)

10. العقلنة

حيلة لا شعورية تقوم هذه العملية على ايجاد الاعذار المقبولة والمنطقية لتصرفات الفرد الذي لا يستطيع تحقيق اهدافه. يلجأ اليها الفرد للدفاع عن سلوك خاطئ او دوافع عدوانية او جنسية لاشعورية تعبر عن نفسها في زلة لسان او زلة قلم وهي تعني اختلاق اسباب غير الاسباب الاصلية ولكن يتضمن هذا السلوك خداع النفس لنفسها، والتبرير يختلف عن الكذب، ذلك ان الكذب هو خداع الناس اما التبرير فهو كذب على النفس وخداعها. والتبرير عملية لاشعورية ومن الممتع والمفيد للشخصية ملاحظته لدى غيرنا من اشخاص وان نكشف النقاب عنه في انفسنا، ويقول علماء النفس ان الاسراف في استخدام ميكانيزم التبرير قد يؤدي الى نشأة الهلاوس، وهي عبارة عن اعتقادات خاطئة تظهر لدى مرضى الذهان، فكثيرا ما يستخدمها هؤلاء المرضى بتبرير عيوبهم بانها ليست عيوب، واخطاءهم ليست اخطاء. ومن الامثلة الواقعية في حياتنا اليومية.

من الصعوبة بمكان التمييز بين العقلانية كدفاع عن سوء النية. لأن كلا من التبرير وسوء النية يستخدمان لحماية الظاهر. وتجدر الإشارة إلى أن العقلنة لا تحدث فقط على المستوى الفردي، بل أيضًا على المستوى الجماعي. مثل دور إيديولوجيا التعصب والعنصرية وما إلى ذلك. (Mucchielli, 1981)

بالنسبة إلى "موتشيلي" تبدو الأيديولوجيا كمبرر لوجهة نظر عالمية، بينما تتمكن من إزالة عدم التأكد وتجنب الحقائق المزعجة. ويشير "لابلانكش وبونتاليس" إلى أن العقلنة تسمح بوجود جميع أنواع الأيديولوجيات: الدين والسياسة وما إلى ذلك. هنا، وبالتالي يسبب الأنا الأعلى في تعزيز دفاعات الأنا. (Laplanche & Pontalis, 1967)

مثال: رجل قريب من التقاعد يرى نفسه حزينا، في اختبار القرية جعل نصبًا تذكاريًا للحرب. يوضح أن هذا النصب كان مطلوبًا من قبل الناس، وأنه إذا كان الأمر متروكًا له لكان قد صنع نافورة بدلاً من ذلك.

هنا تعبر النافورة عن رغبته في استعادة شبابه. من خلال مقارنة نصب تذكاري للموتى ونافورة، تمكن هذا الرجل من ترجمة التناقض الذي يشعر به. ومع ذلك، فهو يخفي هذه المعارضة بإعطاء سبب كاذب. التبرير له علاقة بالعزلة والتدريب على ردة الفعل، والإلغاء بأثر رجعي.

يغطي التبرير مجالاً واسعاً جداً من الأمراض: العصاب الوسواسي (Freud, 1909)، الفصام (Nunberg, 1935) الهذيان، جنون العظمة.

11. التفكير

اللجوء إلى التعميم في مواجهة حدث مؤلم للغاية. يسمح لك الفكر بالتحكم في مخاوفك. (Böhm, 1951) يسمى هذا عصاب الدماغ. وأحياناً يتم الخلط بين الفكر والعقلنة (Laplanche and Pontalis, 1967). كما أنه مرتبطة بالعزل. الفكر هو التعامل مع مشكلة بطريقة مجردة. يميز التوجيه استخدام المنطق لشرح ردود الفعل المختلفة.

12. الإلغاء الرجعي

نتوهم بأنه من الممكن إلغاء حدث ما بعمل آخر أكثر أهمية. يأتي الإلغاء بأثر رجعي في أشكال مختلفة: يضع المريض سلوكين مختلفين، والثاني يسمح بإلغاء الأول (Fenichel, 1945). قد يكون الأمر عبارة عن إجراءين متعارضين أو إجراء واحد يتكرر في حالة ذهنية أخرى، ويعيد المريض ذو التجربة غير السارة هذا الحدث من خلال عكس الأدوار. إنه نوع من عكس السلبية النشطة والتماهي مع المعتدي. هذا الإلغاء الرجعي يقوم على تناقض المشاعر تجاه الآخر. يمكن الخلط بين الإلغاء بأثر رجعي والرفض لأنه يساعد على منع الإعادة القسرية. على عكس الإنكار، فإن الإلغاء بأثر رجعي ليس سوى جزء من القصة. في حالة الإنكار، يلغي المريض حديثه. يتعلق الإلغاء بأثر رجعي برغبة أو حدث. بالنسبة لفرويد (1926) سيكون ذلك بمثابة قمع جزئي. (Ionescu & al., 2003, pp. 128-129)

13. الاعلاء والتسامي Sublimation

يعني الارتقاء بنزعات الفرد الغريزية العدوانية أو الجنسية الى اتجاه ايجابي ومقبول من الذات والآخرين، بحثا عن التوافق الداخلي والخارجي. أي يحول الفرد دوافعه ورغباته غير المقبولة الى مجالات مقبولة شخصيا واجتماعيا. هذا الميكانزم من أكثر العمليات النفسية انتشاراً.

مثال: الإنتاج الادبي أو الفني أو العلمي هو انعكاس لمظاهر التسامي من دوافع داخلية في النفس، أو التسامي بالدفعة العدوانية تجاه الآخرين تتحول الى العمل والتفوق في مختلف العلوم. يحدث نوع من اشباع لا شعوري للرغبة الجنسية المحرمة في شكل آخر (فن: رسم لوحات جميلة لجسم امرأة عارية)، وبالتالي تنجح الانا في التوفيق، وهو في الحقيقة نوع من تشويه وتحريف للواقع. بحيث يحدث تخفيف

لحدة التوتر النفسي المؤلم والقلق الذي ينشأ نتيجة لاستمرار وجود النزوات، بالنسبة لـ " فرويد " (1924):
"المنهات القوية الصادرة عن المصادر الجنسية المختلفة تنصرف وتستخدم في ميادين أخرى بحيث تؤدي الميول التي كانت خطيرة في البداية الى زيادة القدرات والنشاط النفسي."

أي إلغاء الرغبات الجنسية المرفوضة لتحل محلها أنشطة ذات القيمة الاجتماعية.

مثال : توني طفل ذكي للغاية ويستطيع التغلب على قلقه من خلال اكتشاف كيفية عمل الأشياء من حوله. بعد دخوله المستشفى بسبب التهاب الزائدة الدودية، يطلب "توني" من زواره إحضار منبهات قديمة أو مكسورة أو لم تعد تعمل. ويتمكن توني من إصلاحها تمامًا مثل الطبيب الذي شفاه. عندما بلغ، اختار أن يصبح فيزيائيًا. يرتبط التسامي بالقمع، والتدريب على ردة الفعل، والتفكير، والانفصال. يُظهر فرويد أن جرعة معينة من الرضا ضرورية وإلا فهي إحباط. (Ionescu & al., 2003, p. 129)

14. الإزاحة Déplacement

عملية لا شعورية تتمثل في إزاحة دافع معين أو انفعال ما من موضوعهما الأصلي إلى موضوع بديل، ويظهر بشكل واضح في الشخصية الوسواسية. من مميزات الشخصية الوسواسية الميل الى الانطواء والانشغال بالصراع الداخلي، والقهر، والدقة والتكرار الذي يحد من قدرة الفرد. بالنسبة للطفل، يؤثر تأثيرا كبيرا من خلال تحديد قدرته على التفاعل مع بيئته. و بالتالي يمنع غرائزه من التعبير المباشر. ومن صفات هذه الشخصية ايضا الميل إلى التفكير والمنطق والعقلانية. تعد حيلة الإزاحة إحدى الحيل الأساسية في "عصاب الفوبيا"، وهي تخدم غرض التحكم في القلق المرضي. بين فرويد في حالة الطفل "هانز الصغير" الذي كان يخاف خوفا مرضيا من عضه الحصان، ان خوفه انفعال منقول من شخص الوالد كما يتخيله الطفل لا شعورياً.

15. التعويض Compensation

حيلة دفاعية لا شعورية يحاول بها الشخص التغلب على شعوره بالنقص، سواء كان هذا النقص على مستوى الهومات أو على مستوى الشعور. الشعور بالعجز قد يحدث ميولات نحو تعويض ذلك النقص أو العجز وال فشل الى نجاح في موقف آخر بهدف التقليل من حدة التوتر الناتج عن حالة الاحباط. مثال (Behtane, 2020): حينما نشاهد ان الفشل في الدراسة ربما يعوضه بعض الأفراد في الكرم والجمعيات الخيرية لفائدة المدارس، بفضل هذا السلوك جراء معاش القلق إزاء الفشل الدراسي المعاش، من شأنه يمنح الشعور بالتعويض عن هذا الفشل. بالرغم من ذلك الاستمرار في التعويض من شأنه أيضا أن يولد الدافعية للبحث عن التوازن النفسي. في هذه الحالة يشبه الباحثون التعويض كالسراب. أي يحقق الإشباع، في النهاية يحتاج الشخص إلى حالة الإشباع الواقعية. الفرق بين الإشباعين من شأنه قد يزيد من شدة الدافعية.

يرى فرويد في حيلة التعويض عملية لا شعورية تهدف الى اخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها. قد يدفع الشعور بالنقص صاحبه الى التعويض لتقوية الشخصية والتأثير على الغير (مثل الساسة أو العسكريين). يقول (ألفرد أدلر): "قد يدفع الشعور بالنقص الى التعويض عنه كوسيلة لجلب الاهتمام من الاخرين او السيطرة على حياتهم من ناحية اخرى." وتكمن في تعويض عقدة النقص من خلال التفوق في جوانب أخرى. (Chabrol, 2005, pp. 31–42; Laplanche & Pontalis, 1967)

جدول 1: ملخص لأهم ميكانيزمات الدفاع

| ميكانيزم الدفاع | تعريف | مثال |
|-----------------|--|---|
| انشطار | انقسام الأنا أو الموضوع مع الاحتفاظ بالجزئين من غير رابط بينهما، بحيث تجنب الاحباط النفسي. | طفل شاب إما أن يتعلق بأمه ويعيش الاشباع من قبلها، أو الحرمان والرفض. |
| إنكار | رفض الفرد لوضعية ما قد تحدث له. وسيلة لرفض الواقع، أو جانب منه. | مفحوص يرفض اعتبار تعاطي الكحول سلوكا ليس بسوي وخطرا بالنسبة له وللآخرين. |
| تشكيل تفاعلي | استبدال أحد السلوكات بسلوك آخر مناقض، بحيث لا يمكنه مواجهته. هذا الميكانيزم من شأنه يقتصد الرجوع إلى الكبت. | أن تكون مهذبا بدرجة متجاوزة، يفقدك نزوة الاعتداء، وبالمقابل يدرك على أنه تهديدا للمجتمع وللذات. |
| تقمص | قريب من التخيل أو الواقع، بحيث يقترب الفرد مع موضوع نفسي ذو سمات تسمح بالمساهمة بتكوين هويته. | تقمص طفل بأبيه وببطله. |
| تخمين | هروب التفكير بصفة مجردة وعمومية، بحيث لا يعترف الفرد بانداماجه، وتحديد للبع العاطفي. | أب لا يسمع بل أصم لغضب ابنه: من وجهة نظر التحليل النفسي نقول: قتل الأب. |
| إسقاط | إسناد الفرد لموضوع ظاهر (أفكار، عاطفة، انفعال،...) ولا يعترف بهذا على المستوى الشعوري. | المحترف في الميدان الصّحي الذي سيقراً الكأبة لدى المفحوص عندما يتطرق إلى صعوبة ما، بحيث لا يوجد شيء سيساعد خارج هذا المعاش. |
| عقلنة | تكوين مصطنع لمنطق يسمح برهنة شيء ما، والذي من الممكن لا يكون مصدرا للقلق من غير أن يكون مصدرا للقلق.. | التأكيد على قراءة مجلة ليس لأنها تحمل مواضيع محرّضة، بل لأنها تطرق مواضيع أخرى علمية. |
| كبت | رفض لاشعوري للتمثلات الصراعية أو لأصل القلق. العناصر المكبوتة ليس لديها منذ إلى الشعور، بالرغم من أنها نشيطة. بمعنى المساهمة في الدينامية النفسية للفرد. | نسيان اسم زميل، أو شخص مقرب. |
| نكوص | بعد التعبير لدى الفرد يعني تنظيم نفسي، على الأقل وقتي ومنطقي وطويل، يجد نموذج التوظيف النفسوعاطفي السابق. | بعد صدمة انفعالية (اعتداء، أو آخر)، يجد الفرد نفسه في أمان إذا تعاطى مع موضوع نمودجي سابق. |

المصدر: (Bioy & Fouques, 2016, p. 36)

IV. المقاربتين السلوكية والحيوانية⁴⁵

لكي نفهم العرّض يوجد مفهومين، نحاول الموازنة بين السلوك السوي و السلوك غير السوي (المرضي). مثلا، (1974) Tinbergen يوازي بين مختلف أعراض التوحد (l'autisme) و سلوكات تغيير النظر أو غياب الإتصال البصري و الذي قد نلاحظه لدى الطفل العادي عندما يلاقي شخصا غريبا عنه.

الملاحظ لدى الحيوان أنه يعلم (يضع علامة) لحيّزه الجغرافي،⁴⁶ نفس الشيء الطفل يقوم بنفس السياق عندما يشعر بغزو لمجاله أو للحيّز الذي ينتهي إليه عند ازدياد أخ أو أخت له...

المدرسة السلوكية ترفض كل سبب داخلي *Endogène* كسبب قوي في ظهور سلوك ما، بل يرجع إلى التبادل مع البيئة (Skinner, 1971). كل سلوك يتم مراقبته من خلا نتائجه داخل الوسط الذي ينتهي إليه.

العلاج يركز على تعديل السلوك المرضي. "تخلّصوا من العرّض، حينها تتخلّصوا من العصاب" Eysenck, 1960.

من الانتقادات التي يمكن توجيهها للنظريتين التحليلية و السلوكية، أنه لا يمكن التخلص من العصاب بالتخلص من العرّض المستهدف، كونه سيخلف بعرض آخر، و لذا يجب التركيز على الجانب الباطني للنفس. حسب السلوكية، عزل العرّض في حدّ ذاته مثير للقلق. لذلك لا يتم عزل العرّض بصفة نهائية. (Ghiglione & Richard, 1999)

تجيب المدرسة التحليلية: العرّض البديل يمكن أن يكون في حدّ ذاته علاجا وفي أن واحد عرّض.

45 *L'approche comportementale & éthologique*

46 *Marquage du territoire*

V. المقاربة النسقية⁴⁷

1. النسق

انتقدت النظرية العصبو-فيزيولوجية النظرية السلوكية من حيث أنّ المثيرات تفعّل النشاط السيكولوجي. أي النفسي والفيزيولوجي والعلائقي التواصلي. لأنّ النشاط الكهربائي المخي مستقل وغير إرادي (النوم والحلم). فضلا عن التجارب الاستكشافية على المخ.

يعرّف النسق: "النسق عبارة عن مجموع عناصر متفاعلة بصفة دينامية ومنتظمة بناء على

الكل". (Von Bertalanffy, 2012)

كل نسق قادر على التحكم في الذات وعلى التواصل مع الذات والمحيط معا. (Lieury, 2000, p. 7)

2. وظيفة النسق

تؤكد النظرية العامة للأنساق على أن كل نسق حي لا بد أن يتميز بوظيفتين متقابلتين هما التكيف و التحويل. أي الميل إلى التوازن والقدرة على التحول. دور هذين الوظيفتين المحافظة على التوازن داخل النسق (توازن مؤقت) بحيث يضمنان إلى حد ما التطور و الإبداع. ففي حالة الأزمات يمكن أن تكون إيجابية (إعادة تنظيم) أو سلبية (زعزعة الاستقرار).

تستخدم النظرية النسقية مصطلح "أزمة" (أزمة مرضية)، و كل ما يتصل بها. فالأزمة المرضية عبارة عن نسق يحدث فشلا في التوازن معلنة بذلك المرور والتحول إلى وضعية جديدة: فالنسق أحدث فشلا.

3. الأزمات ثنائية القطب

في البداية يكون للأزمة المرضية مظهر إيجابي أثناء التغيير و الاختيارات و إعادة التنظيم واتخاذ القرارات التي تفرضها الأزمات، و كذلك مظهر سلبي يحدث لا توازن داخل النسق مثل: الصلابة وانسداد الاستعدادات التي تسهر على التنظيم الدائم للنسق.

فيما يتعلق بالمرض تتوقع المقاربة النسقية المرور من "لماذا؟" (أي الاستفهام حول العرض) إلى "لأجل" أو "بهدف". بمعنى التساؤل حول وظيفة المرض، مع التأكيد على أنّ الوظيفة تسمح و تطفى (أي فهم الوظيفة يسمح بمرض).

على مستوى العلاج، تدرج العلاجات المعرفية والنسقية على العموم في العلاجات القصيرة. فالعلاجات النسقية بصفتها علاجات جماعية تسمح بعلاج أفراد العائلة مكان تواجد المصدوم.

ترتكز أساساً على دراسة أسباب الأزمة من خلال أدوار عناصر النسق العائلي، وقد تندرج الكيفية في عدة طرائق. عل سبيل المثال تتم المقابلة مع العنصر المضطرب وغير المتوازن بحضور عناصر النسق الأخرى. بحيث يجلسون خلفه بحضور المختص النفسي (المتمرس في العلاج العائلي).

4. العَرَض

العرض محدّد في وضعية و في سياق معطى. يعتبر سلوكاً تواصلياً. و الأعراض المرضية يمكن أن تكون تشبيه للعلاقات البيئية، و من الواضح أنّ المعالج يكون مندمجاً في محيط شبكة المصاب العلائقية.

5. العرض السيكاتري

لكي يصبح عرضاً سيكاترياً، لا بد من توافر نقطتين: يجب أن يكون سلوك المريض عال في شدّته و وجهة نظر المعالج النسقي تجاه هذا العرض. أو بالأحرى تحويل العرض ووصفه.

6. تحويل العرض

هو انتقال المرض من شخص إلى آخر. مثال 1: الطفل الفوبي الذي يعبر بمشاكل مشابهة لمشكل أمّه الفوبية.

مثال 2: شفاء زوجة من حالة اكتئابية ليمرض زوجها.

7. وصف العَرَض

يوجد توجّه متناقض لدى المعالجون ذو التوجّه النسقي. يوجّهون المريض إلى زيادة الشدة في العَرَض. مثلاً : يترك الطفل الذي يصرخ ليصرخ أكثر و بحرية لكن في نفس القاعة الموجود بها. النتيجة هي التوقف الحتمي لهذا السلوك العَرَضِي. (Bloch, 1997)

VII. المقاربة الإثنونفسومرضية⁴⁸

1. تعريف

منهجية البحث الإثنوسيكاترية ابتكرت من قبل "طوبي ناتان" Tobie Nathan في الثمانينات، وهذا من خلال أعمال "جورج ديفرو" G. Devereux حول التكاملية بين مفاهيم الثقافة والنفس. لقد سميت في البداية منهجية الاثنو التحليلية النفسية. مع العلم أنّ تعريف المصطلح بقي غامضاً نوعاً ما. بالنسبة لـ "ديفرو" التكاملية عبارة عن منهجية أكثر منها ميدانية. في الوقت الراهن عبارة عن تيار بحث في علم النفس العيادي يرتكز أساساً على التحليل النفسي.

يعرّف "ديفرو" (Devereux, 1970, p.4) المقاربة الإثنونفسومرضية: "علم مستقل" يعمل على "تحديد ومقابلة مصطلح الثقافة مع المصطلح الثنائي سواء-لا سواء".

وعن مصطلح "الإثنوسيكاترية" المقترح من قبل "ناتان" الذي يختلف عن "السيكاترية الثقافية". هذه الأخيرة عبارة عن التكفل النفسي المحكم ثقافياً، أي الأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي للمفحوصين. هذا الموقف قد يسمح بالحفاظ على خصوصية الميادين الأنثروبولوجية و علم النفس المرضي. فالبعد الأنثروبولوجي لا يتدخل إلا لتوضيح التناقضات غير المحددة. (Marion, 2012, p. 163)

لكنّ العرض يكون في شكل تناقضات ثقافية، مرتبطة بالثقافة المعنية بالمحيط الذي ينتهي إليه المفحوص. (Bloch, 1997)

إنّ التقابل بين المقترحات النظرية الإثنو تحليلية، والسيكاترية المفسرة على الصعيد الثقافي، والسيكاترية ذات البعد الثقافي، هنا "ناتان" يعمق مفهوم "الاضطرابات الطقسية" المقترحة من قبل "ديفرو" (1970) من خلال فرضيات عيادية:

- أ. يمكن للثقافة التنبؤ بسيرورة الأزمة المرضية أو الاضطراب حتّى.
- ب. يمكنها (الثقافة) كذلك بناء حلول للأزمة
- ج. يمكنها جلب لعناصرها جملة من التفسيرات التي ستسمح بإسناد المعنى للإضطراب.
- د. حسب "ديفرو" (1970) Devereux توجد "نماذج سلوكية سيئة ومنحرفة" بإمكانها تعزيز بعض الخصائص الثقافية النوعية داخل الجماعات الاجتماعية. (Marion, 2012, p. 164)

2. مصطلحات أساسية للمقاربة الإثنوسيكاترية

من الوسط غير المرئي (الخرافي) برزت تفسيرات علاجية منسجمة مع النظرية العلاجية لاضطرابات المفحوص وتفسيراته الثقافية. على العموم. يظهر العلاج على أنّه تدريب دائم للتفاوض والتأثير أيضاً. يمكن ملاحظة مراحل علاجية حسب المقاربة الاثنوسيكاترية:

1.2. المرحلة الأولى

قام "ناتان" (1993) بوضع سيرورة علاجية نوعية للمغتربين ولعائلتهم من خلال عرض وبناء ترجمة سليمة للغة (الأجنبية). انطلق من خلال ثلاثة سياقات علاجية متداخلة فيما بينها، خلال سير المقابلة العيادية، يمكنها التتابع الواحدة تلو الأخرى خلال التبادل الحوارى والذي من شأنه يشكّل بناء عياديا. فكل السرد السببي للمفحوصين مؤسس على عزو الأهمم واضطراباتهم في محتوى ثقافي (غير بشري مثلا). يبدأ العلاج من المفحوص، تحديدا من الأسباب التي يسندها إلى اضطراباته. تسمح هذه المرحلة بتحديد نظريات المفحوص وعائلته حيث تكون الأسباب التي يعزوها لمأسية. وهذا ما يسميه "ناتان" بـ "خبرة المفحوص حول اضطراباته". هي طريقة عيادية جديدة وأصل المنهجية الإثنوسيكاترية يسميها "ناتان" بـ "نماذج التدخل النوعي تتماشى مع مجتمع المهاجرين".

يؤكد على أن "الاضطراب الإثني" يمكنه قلب مفهوم الفصام شريطة اقتراح هنا أيضا نماذج عيادية أخرى. "ديفرو" (1970) كتب في مقاله: "الفصام، والذهان الإثني أو الفصام من غير دموع"⁴⁹ "إنّ الفصام لا يشف، ليس بسبب عوامل عضوية، ولكن لأن أعراضه الأساسية تقريبا معززة ببعض القيم الأكثر مميزة، والأكثر قوة (بل أيضا أكثر جمودا وغير وظيفية) في حضارتنا".

6.4. المرحلة الثانية

حدّد "ناتان" في السياق العلاجي ما أسماه بـ "سياق ضدّ خبرة المفحوص" تشكيلاته (في أغلب الأحيان تفسيرات تعبيرية أو سلوكية).

3.2. المرحلة الثالثة

تتمثل في مسألة اقتراح العلاج أو ما أسماه بـ "الوصفة"، أو ما يدعوها البعض". بـ المقترح العلاجي"، (Marion, 2012, pp. 166–168). ونحبّد تسميته بـ "الوصفة العلاجية".

المحور السادس : إضطرابات الشخصية

I. اضطرابات الشخصية

1. تعريف

تعني الشخصية في معناها العام مجموع جملة خصائص الفرد الحسو-حركية (القدرات الرياضية والفنية)، والمعرفية (القدرات والاهتمامات الفكرية)، والانفعالية (الطبع والقلق والخوف)، والقدرات العلائقية والمجتمعية (التكيفية). وهناك من دفع بالطبع وربطه بالمورفولوجيا، ولو أنّ الطبع لا يتغير بتغيّر السن أو المورفولوجيا. لأنّ التاريخ والعقل هما المسيران اللذان يحدّدان الطبع ونمط الشخصية، وليس خطوط الطول والعرض للجسم. (Lieury, 2000)

الشخصية هي مجموعة الأفكار، والسلوكيات، والانفعالات، وأسلوب التعامل مع الآخرين، التي تميز كل شخص عن الآخر.

2. السمات الأساسية للشخصية

ترتكز المقاربة المتعدّدة الأبعاد للشخصية على المقاربة الفئوية. أي أنّ التصنيف يتم بحسب الفئات. إمّا "الكل أو اللاشيء". أي غياب أو وجود سمة من السمات. (حضور أو غياب مرحلة اكتئابية شديدة مثلا).

في المقاربة متعددة الأبعاد، السمات أو الأعراض تحدّد وفق مجموعة تراتبية من خلال التحاليل الاحصائية، التي تُوضع الفرد على توزيع مجتمع مرجعي. وضعيته بالنسبة إلى المجموعة تنحرف عن المتوسط في الاتجاهين.

ومن بين نماذج الشخصية حسب الأبعاد مايلي:

1.2. نموذج "كلونينجر": يؤسس في بعض جنباته على فرضيات جينية وعصبو-بيولوجية. لقد ميّز الطبع و التطلع:

- الطبع هي التركيبة الوراثية للشخصية. والتي تصف (تجنب الخطورة، البحث عن الجديد، التبعية للمكافأة، الاستمرارية)؛

- التطلع ينبثق عن الاكتساب، والتفاعلات مع المحيط، والتعليم. وصف "كلونينجر" سمات الطبع: المحدّد، تعاون، وتجارب أخرى.

2.2. نموذج الأبعاد الخمسة

ارتكز "ماك كروي و كوستا" (1987)، على نموذج "كانتل" (1970) للشخصية (يحتوي على (16) عاملا) وعلى التحليل العاملي، حيث توصلنا إلى نموذج خمس أبعاد للشخصية (للاشد والطفل): العصبية، الانفتاحية، الانفتاح، الغيرية، الطبع الشعوري. هذه السمات تعكس اضطرابات مشابهة لاضطرابات الدليل التشخيصي الطبعة الرابعة. (Bioy & Fouques, 2016, p. 192)

لقد ساهم الأدب في بدايات الحديث عن الشخصية من خلال العديد من الروايات الوطنية والعالمية (اللاز ل بن هدوقة، رجل الوهم، الغيور ل شيكسبير، الجشع ل موليار، العضامي والهيستيري في التحليل النفسي والطب العقلي،...). ومن أمثلة سمات دلائل سمات الشخصية، نجد دليل الشخصية ل "أيزنك" *Eysenck*، نظرية الأبعاد الخمسة للشخصية (*the big five*)

3.2. سمات الشخصية ل "أيزنك"

- أ. البعد الأول (الانفتاحية على الآخر): متحمس، اجتماعي، نشط
- ب. البعد الثاني (الأريحية): مؤتمن، قانوني، غيري، متواضع، لئب
- ج. البعد الثالث (شعوري): كفاء، منسق، منتظم
- د. البعد الرابع (العصابية): قلق، غضوب، مكتئب
- هـ. البعد الخامس: الانفتاح على المخيال: متخيل، جمالي، حساس، مثالي.

3. أنماط اضطرابات الشخصية

يوجد عدة أنماط لاضطرابات الشخصية، منها ما يلي:

- أ. الشخصية المرتابة: وتتميز بعدم الثقة في الآخرين، والتشكك بغير دليل واضح.
- ب. الشخصية الفصامية: وتتميز بالانطواء، وعدم وجود الرغبة في العلاقات الشخصية مع الناس.
- ج. الشخصية المعادية للمجتمع : وتتميز بعدم احترام حقوق الآخرين وابتزازهم، وارتكاب أفعال تخالف القانون.
- د. الشخصية الحدية: وتتميز بعدم ثبات العلاقات الشخصية، واضطراب الهوية والسلوك والمزاج.
- هـ. الشخصية الهستيرية: وتتميز بالبحث الدائم عن الاهتمام، والإثارة، ولفت الأنظار.
- و. الشخصية النرجسية: وتتميز بالغرور، والتعالي، والشعور بالأهمية ومحاولة الكسب ولو على حساب الآخرين.
- ز. الشخصية الاعتمادية : وتتميز بالاعتماد العاطفي، فلا تشعر بالأمان إلا في وجود علاقة مع شخص ما.
- ح. الشخصية الوسواسية: وتتميز بالدقة، والنظام، والنزعة للكمال والاهتمام بأدق التفاصيل.

4. أسباب اضطراب الشخصية

توجد اختلافات كثيرة في طبيعة الشخصية بين الأسوياء، ليس من السهل معرفة أسبابها. كما أنه ليس من السهل معرفة أسباب الانحراف الذي يحدث في الشخصيات المضطربة. أحيانا يمكن معرفة الأسباب بالملازمة التامة للحالة المطربة.

II. العلاقة بين المرض النفسي واضطراب الشخصية

قد وجدت البحوث العلمية في هذا الخصوص أن 35%-67% من الذين يعانون من اضطراب في الشخصية، يعانون كذلك من أمراض نفسية. وهذه النسبة أكبر بكثير من نسبة انتشار الأمراض النفسية في المجتمع الطبيعي.

نعم، ان اضطرابات الشخصية علاجها أسهل بكثير من علاج الأمراض النفسية، ويمتاز البعض ممن يعانون من اضطرابات الشخصية بالاستعداد للعلاج وتعديل سلوكهم.

اضطرابات أخرى تشبه اضطرابات الشخصية

قد لا نجد في كثير من الأحيان صعوبة في التمييز بين المرض النفسي واضطراب الشخصية، لأن المرض النفسي يسبقه فترة من السوء، بينما تبدأ المعاناة مع الشخصية المضطربة منذ سن مبكرة. لكن بعض الاضطرابات النفسية التي تحدث في سن الطفولة والرشد قد تتقاطع مع بعض اضطرابات الشخصية مثل: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، الإدمان، القلق، الاكتئاب، التخلف العقلي...

1. علاج اضطرابات الشخصية

قبل القيام بالعلاج يتم التأكد من أصل الإضطراب ويمكن القيام بمايلي :

- أ. القيام ببعض الفحوصات المخبرية و الطبية للتأكد من عدم وجود استخدام للمخدرات.
- ب. القيام باختبارات نفسية تدعم التشخيص الإكلينيكي.

2. مقاربات العلاج

أ. العلاج التحليلي: يهتم برؤية المريض للأحداث من حوله باعتبار أنها ربما تشكلت من خلال علاقاته الإنسانية في حياته المبكرة. ومن خلال استبصار المريض بالعلاقة بين خبراته المبكرة وواقعه، يمكن أن يحدث التغيير نحو الأفضل.

ب. العلاج المعرفي: ويهتم بتشوهات الإدراك التي تكونت نتيجة تبني أفكاراً غير عقلانية لمدة طويلة. ودون النظر في الأسباب تهدف هذه المدرسة العلاجية إلى مساعدة المريض في التعرف على هذه التشوهات وأفكار ومن ثم تعليمه الأسلوب الأمثل للتغيير.

ج. العلاج الدوائي : فإن دوره في علاج اضطرابات الشخصية محدود جداً. ولكنه يمكن أن يستهدف أعراضاً محددة أو اضطرابات نفسية أخرى قد يتزامن وجودها مع وجود اضطراب الشخصية في مرحلة ما.

إن اضطرابات الشخصية ليست اضطراباً واحداً. لذلك فإن المآل يختلف من اضطراب لآخر. ويعتمد مقدار التغيير الإيجابي على رغبة المريض في التغيير. كون التحسن في هذه اضطرابات الشخصية يستدعي الالتزام بجلسات علاجية دورية (أسبوعية تقريباً لمدة سنة على الأقل).

3. توصيات للمساعدة الذاتية

1. بالمعرفة والقراءة ما أمكن عن اضطراب الشخصية الذي تعاني منه تحديداً.
2. إذا حدث لك حالة نفسية تمنعك من العمل، أو الاختلاط، أو أنك فكرت في الانتحار فأنت بحاجة لمشورة طبية متخصصة.
3. إذا استبعدت وجود اضطراب نفسي حاد، فيمكنك القيام بالتالي:
 - أ. لا تستخدم أي عقار ممنوع، ولا دواء نفسي ما لم يكن مصروفاً لك من قبل طبيب.
 - ب. تعلم أن تحدد مشكلاتك، متجنباً الحيل الدفاعية مثل الإسقاط (اتهام الآخرين)، التبرير (البحث عن الأعذار لنفسك).
 - ج. تعلم أن تبحث عن تفسيرات بريئة ومعتدلة لتصرفات الآخرين قبل أن تتضايق، أو تأخذ منهم موقفاً سلبياً، أو تتجنبهم، أو تتعامل معهم بشكل هجومي.
 - د. تجنب أن تؤذي نفسك، أو تؤذي غيرك.

III. ملخص لاضطرابات الشخصية

1. ملخص لاضطرابات الشخصية حسب (DSM-V)

| | | | |
|--|---|--|------------|
| شخصية فصامية اعتقادات غريبة (حدسي، التأثير على الآخرين) سلوكات الحذر والقلق طابع فصامي كامن** | شخصية زوربية غالبا منفردا ليس لديه أصدقاء قليل الانفعال ناذرا ما يبدي اللذة | شخصية عضامية حذر واقع مشوه سلطوي موضع الاستخوان قلق وغضوب | المجموعة أ |
| شخصية حدية اندفاعي/ اكتنابي عدم استقرار المشاعر تجاه الآخرين بلادة، انشطار لا يمكن التنبؤ بسلوكاته | شخصية مضافة للمجتمع شخصية مع السلطة لا يحترم القواعد والقوانين اندفاعي/عدواني لا يبدي مشاعر الذنب | شخصية تمثيلية متمركز على الذات موقف سطحي يعتمد على المظهر الخارجي لجلب الانتباه | المجموعة ب |
| شخصية نرجسية الحاجة إلى الإعجاب و التقدير العالي استغلال الآخرين نقص التخاطر العاطفي | شخصية اعتمادية حاجة ماسة للإهتمام به الخوف من الانفصال والهجر تجنب اتخاذ القرار نقص الثقة | شخصية تجنبية صعوبة مع العلاقات الاجتماعية حذر الخوف من الحكم ضعف تقدير الذات | المجموعة ج |
| شخصية وسواسية قهرية دقيق جدا انتقاد شديد للذات صعوبة التسامح مع أخطائه لا يحب تفويض المهام | | | |

تلخيص وترجمة: بهتان (2020) ، المصدر (Arbiso, 2003)

2. ملخص لاضطرابات الشخصية حسب تصنيف (CIM-10) منظمة الصحة العالمية (OMS/WHO)

نماذج السلوكيات المتجذرة في الأعماق، تتمثل في ردود الفعل غير المرنة مع وضعيات شخصية واجتماعية من طبيعة متنوعة. تمثل هذه الاضطرابات انحرافات إما شاذة أو دالة على المدركات والأفكار والأحاسيس، وخصوصا علاقات مع الآخر بالنسبة لعلاقات أخرى بالنسبة لفرد متوسط من ثقافة معينة. مثل هذه السلوكيات تكون في الغالب مستقرة وتشمل ميادين مختلفة للسلوك وللتوظيف النفسي. يكونون في الغالب وليس دائما مرتبطين بمعاناة ذاتية، وإلى تلف التوظيف الاجتماعي من شدة مختلفة.

(Bioy & Fouques, 2016, p. 192)

مصطلحات

1. الهيستيريا : تترجم الأعراض الهيستيرية حلول التوافق، والتي تمنع مرور الرغبات المكبوتة إلى الشعور. لكنّها تسمح ببدائل لها بكيفية مقنّعة. فالهستيريا قبل كل شيء لغة، والعلاج التحليلي يعطي نتائج حيث يفشل العلاج الدوائي.
2. العصاب الوسواسي: عبارة عن ظهور فجائي، وغير إرادي للأفكار المرفوضة من قبل الشعور. يقوم الفرد بوضع استراتيجيات طقسية محاولا منه إلغائها والتخلص منها، لكن دون جدوى.
3. العصاب الفوبي: عبارة عن الخوف من مواضيع لا تخيف فعلا. ويظهر عليها قلق دون معنى. يتمركز على مواضيع خارجية. ويدركها الفرد على أنّها خطيرة، إلّا أنّها ليست كذلك. يتوقف القلق عندما يزول الموضوع الفوبي.
4. العصاب الصدمي: تكرار معايشة صدمة عنيفة مع خطورة معايشة خطر الموت. الأعراض الصدمية (لواحق الصدمة) تتقارب من أعراض الهستيريا، لكن المعاناة الجسمية تكون أكثر حدّة.
5. عصاب القلق: يتميّز عصاب القلق على أنّه متحرّر وعائم/ ومن غير موضوع. يظهر لدى الفرد قلق شبه دائم، ويتحول إلى أزمة قلق حاد. يكثر لدى النساء، ويترجم فشل الكبت وعدم تدخل دفاعات أخرى.
6. العلاجات النفسية للعصاب الصدمي: يستهدف العمل مع المريض على مجموع شخصيته: توظيف علائقي، إدراك الأحداث والآخرين، وإدراك ذاته. تسمح العلاجات بمساعدته على قبول مجال (سماح) معيّن من القلق، وتعزيز دفاعاته بهدف التكيف مع الواقع.
7. العلاج التحليلي: هو علاج ينصح به في الأمراض العصابية. يسمح للمريض من التملّص من التقمّصات التخيلية التي سبّبت له الاضطراب. بحيث توجهه نحو الاستقلالية، والأمن النفسي، والمسؤولية، ولاختيار نمط حياة يكون منسجما مع واقعه، والحصول على الراحة النفسية.
8. الهذيان الحادة: إنّها تمثّل مرحلة ذهانية حادة، وخلالها يصدّق الفرد واقع الهذيان الذي يسبّب في قطع تام مع العالم الخارجي، فضلا عن العزل. يستلزم في هذا الشأن إقامة في المستشفى.
9. الذهان : حالة مرضية يمس كامل الشخصية، وصنفه الطب السيكاتري في خانة الجنون. ويرجعه إلى نماذج تفسيرية متمركزة على العضو(تلف في نواقل عصبية) و/أو نفسية (انشطار فصامي). ولقد تمّ انتقاد نموذجه في السيتينات من قبل التيار ضدّ السيكاتري.
10. النظرية التحليلية للذهان : في إطار عقدة أوديب، سيما الخصاص، تعمل "وظيفة اسم الأب" كمحرّك لإدخال الطفل في السياق الرمزي. وإن لم يحدث الذهان. بعض العلاجات التحليلية تعمل على عزل الطفل عن أمّه، لأنّه يفترض بأنّها أصل الفعل الذهاني.

11. **الذهان الهوسي الاكتئابي:** هو مرض مزاجي، يُحدث للمريض اختلالات. أحيانا فرح كلي، وأحيانا اضطرابا متمثلاً في الأم.
12. **الذهانات الهوسية المزمنة:** عبارة عن ذهان يظهر على شكل هومات شمّية، وذوقية،... الخ، وتتطور لاحقاً نحو تنظيم نفسي هذيانى ومزمن.
13. **البارانويا:** عبارة عن ذهان مزمن، دون هومات. هي إصابة دماغية، تترجم هذيان كلي (الكبرياء، الغيرة، الطلب، الحب، التأويل)، ولا تسبب أي تلف عقلي.
14. **البار افرينيا:** عبارة عن تنظيم هذيانى مزمن. أي تتميز بكثرة الهذيانات وشدتها، وترجم في لغة معقدة (غير ظاهرة للعيان). يعيش الفرد حياة متناوبة بين عالم هوامي و عالم واقعي دون ملاحظة تغيّر على سلوكاته.
15. **الفصام:** يدل على مجموعة من الذهانات تشترك في ميكانيزم الإنشطار. إصابة عقلية، تسبب في هدم مختلف وظائف الفرد النفسية. تدمر شيئاً فشيئاً علاقته مع الواقع.
16. **الفصامات:** يغطي مصطلح "فصام" أشكالاً كثيرة من الأمراض تختلف في حدّة الفصام (فصام بسيط، فصام بارانوي، الكاتاتونيا، الهيبفيرينيا). ويتعلّق الأمر بعاطفة ذهانية أكثر تهديداً.
17. **العلاجات النفسية للفصام:** منطق الذهان يفرض على مختلف المعالجين قاعدة مشتركة بسيطة: لا يجب موافقة المريض لطلبه حول معرفة مطلقة أحدثت له الإنشطار. بل يتم العمل على إدماجه اجتماعياً أو على استقلالته.
18. **الحالات الحدّية:** فئة من المرضى يبدو أنّها خرجت عن التصنيف العادي للإضطرابات العقلية (الذهان والعصاب). حتّى وإن لم يكن الإتفاق مطلقاً حول وجود الحالات الحدّية كتصنيف قائم بذاته، فالخصائص الإكلينيكية والبنوية تحدّد مرضاً قائماً بذاته.
19. **الإكتئاب:** ليست بأزمة شائعة. تدخل الفرد في ألم أخلاقي شديد ولا يمكن التعبير عنه لفظياً (*ineffable*)، يسبب له الإنعزال. ويوجد عدة أنواع من الاكتئاب و بدرجات متفاوتة. الإكتئاب الحاد يؤدي إلى الانتحار.
20. **الشدوذ:** وضعية أوديبية خاصّة، بالنسبة للطفل الأم متفقة معه، والأب متفق ضمناً. هذا من شأنه يؤدي بالشاذ إلى إعادة معايشة هذا السيناريو في كل مناحي حياته: يعتدي على القانون بحضور شاهد ساكت.
21. **فقدان الشهية:** فاقد الشهية (غالبا فتاة) ترفض ربما شكلها الأنثوي، و/أو تعاني من أنها (كاملة) من جميع النواحي. مهما يكن بخصوص لذتها النوعية، ليس بالسهولة بمكان إخراجها مما هي فيه.

22. الكحولية: تترجم فقدان جزء من الاستقلالية باتجاه الكحول. أسبابه صعبة التحديد. توجد هذه

الظاهرة في مختلف الأمراض: إنه عرض تطوري يتم تحليله حالة بحالة.

23. الإدمان: يترجم حالة تبعة تامة إلى مادة مخدرة أو دوائية. بمعنى، لها تأثير على نفسية الفرد.

24. الشذوذ الجنسي: من بين الشذوذات الجنسية، النشاطات الجنسية التي لا تمارس من قبل أغلب

الناس العاديين. بعضها (جنسية على الأطفال، سادومازوشية،...) تسبب أضرارا للآخر، وبالمقابل

ترجع بأثار طبية وقانونية خطيرة.

الأدوية النفسية: اكتشاف الأدوية النفسية سيما⁵⁰ الأدوية العصبية، ومضادات الاكتئاب، والمهدئات،

أعطت للمريض المصاب بالأمراض العقلية إمكانية تغطية حياة شبه عادية، ومعرفة بعضا من

الاستقلالية. (Caralp, 1999, pp. 4–55)

المحور السابع:

تمارين

1. تمرين 1

س1: ضع حرف "ص" أمام الإجابة الصحيحة، وحرف "خ" أمام الإجابة الخاطئة (أكتب رقم الإجابة والحرف الموافق).

1. التعويض عملية شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات الشعورية التي لا يتقبلها الشعور بإضعاف اتجاهات مضادة لها.
2. التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها.
3. هستيريا القلق تتحرّر في شكل هستيريا تحويلية.
4. هستيريا القلق تتحرّر في شكل قلق.
5. الذهاني، لا يمر إلى الفعل، أمّا العصابي يمر إلى الفعل و يستخدم مجموعة من الدّفاعات (الكبت خصوصا و التشكيل التفاعلي،...) التي تجنّب هذه الصراعات.
6. الذهاني، يمكن أن يمر إلى الفعل، حيث العصابي يستخدم مجموعة من الدّفاعات (الكبت خصوصا و التشكيل التفاعلي، التشكيل التبادلي...) التي تجنّب هذه الصراعات.
7. المرض العقلي لا يتلّخص فقط في مفهوم البنية.
8. المرض العقلي لا يتلّخص فقط في مفهوم البنية.
9. بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا ضعيف، المبدأ: "كل شيء مباح"
10. بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا أعلى ضعيف، المبدأ: "كل شيء مباح"
10. بنية عصابية: الهو يضيّق عليه من قبل الأنا الأعلى، المبدأ: "كل شيء ممنوع" الكبت هو الذي يسير العلاقة
11. بنية عصابية: الهو يضيّق عليه من قبل الأنا الأعلى، المبدأ: "كل شيء ممنوع" الكبت هو الذي يسير العلاقة
12. يعتمد العصاب على خطأ و ضعف الكبت.
13. يعتمد الذهان على خطأ و ضعف الكبت
14. يرتكز الذهان على كبت مفرط و صلب.
15. يرتكز العصاب على كبت دائم و صلب

2. تمرين 2

س1: تكلم عن وجهات نظر الطب العقلي و التحليل النفسي فيما يتعلق بالعرض

س2:

- 1- التعويض عملية شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات الشعورية التي لا يتقبلها الشعور بإضعاف اتجاهات مضادة لها.
 - 2- هستيريا القلق تتحرر في شكل هستيريا تحويلية.
 - 3- الذهاني، لا يمر إلى الفعل، أما العصابي يمر إلى الفعل و يستخدم مجموعة من الدفاعات (الكبت خصوصا و التشكيل التفاعلي،...) التي تجنّبه هذه الصراعات.
 - 4- المرض العقلي لا يتلخص فقط في مفهوم البنية.
 - 5- بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا ضعيف، المبدأ: "كل شيء مباح"
 - 6- بنية عصابية: الهو يضيّق عليه من قبل الأنا الأعلى، المبدأ: "كل شيء ممنوع" الكبت هو الذي يسيّر العلاقة
 - 7- يعتمد العصاب على خطأ و ضعف الكبت.
 - 8- يرتكز الذهان على كبت دائم و صلب.
- س3: ما هي علامات المرض النفسي ؟

3. تمرين 3

س1: في يومنا الحالي ماذا نعني بالعصاب ؟

س2: ما ذا نعني باضطرابات القلق ؟

4. تمرين 4

س1. بالنسبة لفرويد، الطب العقلي و التحليل النفسي متكاملان، وضّح ذلك ؟

س2. ما هي وظائف التشخيص ؟

س3. ما الفرق بين تصنيفي كراپلين و بلولير ؟

س4: أجب بنعم أو لا مع التعليل في حالة الخطأ ؟

1. لم تدرج الأمراض العقلية في التصنيف العالمي للأمراض إلاّ منذ 1984.
2. التداعي الحر للفكر يكشف وجود صراع بين اتجاهين مختلفين.
3. في الإيحاء، يطلب من العميل المقاومة الشعورية للأفكار والتكلم عن كل ما يخطر في باله.
4. يحدث التوافق عند تعارض مطلبين داخليين متضادين.
5. منطق الحلم هو اللامنطق
6. يميّز الوسواس القهري التكرار، القهر.
7. البنية العصابية و الذهانية تترأسان الأمراض النفسية.
8. العصاب يرتكز على كبت دائم و صلب، الذهان يعتمد على خطأ و قوة الكبت، المبدأ: "كل شيء ممنوع"، الكبت هو الذي يسيّر.
9. بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا ضعيف. المبدأ: "كل شيء مباح"

10: البنية:

| العلاقة | القلق | الصراع | الميكانيزم | الماهية المسيطرة | الذهان |
|-----------------|----------------|--------|-------------------------|------------------|---------------|
| ذوبانية | التجزئة | / | الكبت | الهو | الذهان |
| جينية | مثالية الأنا | / | إنشطار | مثالية الأنا | النقاط الحدية |
| إنشطار، مضاعفة | فقدان | / | إنشطار الأنا أو النكران | الأنا الأعلى | العصاب |
| التقمصات، تبعية | الموضوع/إكتئاب | | | | |

5. تمرين 5

- س1. عرّف الصّحة النفسية ؟ 4ن
- س2. عرّف البنية ؟ 4ن
- س3. الفرق بين الذهان و العصاب ؟ 8ن
- س4: ماذا نعني بالتحليل العقلي للأمراض السيكاكترية؟ و اذكر على الأقل واحد من بين أعلامه؟ (في سطر). 4ن

6. تمرين 6

س1:

1. النظرية التحليلية للعصاب
2. الهيستيريا
3. العصاب الوسواسي
4. العصاب الفوبي
5. العصاب الصدمي
6. العلاجات النفسية للعصاب الصدمي
7. العلاج التحليلي
8. النظرية التحليلية للذهان
9. الهذيان الحادة
10. الذهان
11. الذهان الهوسي الاكثابي
12. الذهانات الهوسية المزممة
13. البارانويا
14. البارافرنيا
15. الفصام
16. الفصامات
17. العلاجات النفسية للفصام
18. الحالات الحدية
19. الإكتئاب
20. الشذوذ

7. تمرين 7

- س1: ما هو أهم ما جاء به، من ناحية تصنيف الأمراض النفسية والعقلية، كل من: "بينال"، و "إسكيروول"، و "شاركو"، و "كرايلين"، و "فرويد"، وبلولر"؟ (أذكر الأهم لكل واحد منهم).
- س2:

- البنية عبارة عن تجميع عناصر مع بعضها البعض
- يتميز الفصام بفقدان النشاطات العقلية

- العصاب : كل شيء مباح وأحياناً ممنوع ومتسلط
- العَرَض لا يغطي الشعور
- البنيات النفسية من الواجهة التحليلية تتلخص في عنصر الجهاز النفسي
- المرض النفسي هو اضطراب عقلي
- البنية غير نهائية
- العصابي واع لحالة الآخرين

س3: أذكر حالة "إمّا"؟ كيف تم تشخيص مرضها؟

س4: أشرح ميكانيزمي دفاع، واعط مثالا عن كل منهما؟

س5: ما هي خصائص الشخصية الوسواسية القهرية؟ أذكر أهمها؟

8. تمرين 8

س1: ما هي علامات المرض النفسي؟ (أذكر ست علامات فقط)

س2: ما هي وظائف التشخيص؟

س3: أجب بـ "صح" أو "خطأ" مع تصحيح الإجابة الخاطئة.

1. البنية عبارة عن تجميع عناصر مع بعضها البعض
2. يتميز الفصام بفقدان النشاطات العقلية
3. العصاب : كل شيء مباح وأحياناً ممنوع ومتسلط
4. العَرَض لا يغطي الشعور
5. البنيات النفسية من الواجهة التحليلية تتلخص في عنصر الجهاز النفسي
6. المرض النفسي هو اضطراب عقلي
7. البنية غير نهائية
8. العصابي واع لحالة الآخرين

س4: ما هو الفرق الأساس بين العصاب والذهان؟

9. تمرين 9

س1. عرّف الصّحة النفسية ؟

س2. عرّف ميكانيزمات الدّفاع ؟ أشرح ثلاثة أمثلة ؟

س3. ما معنى توافق الشخصية وفق ميكانيزمات الدّفاع ؟

س4. عرّف البنية ؟

س5. ما الفرق بين النزوة والغريزة ؟

س6. الفرق بين الذهان و العصاب ؟

10. تمرين 10

س1: ما الفرق بين المختص في علم النفس (النفساني) و المختص في الطب العقلي؟

- س2: حدّد الأسباب النفسية للمرض النفسي حسب المقاربة التحليلية ؟ أين يمكن أن نجد سياق التكثيف والإزاحة ؟
- س3: عرّف و استراتيجيات الكوبينغ و ماذا يميّزها عن ميكانيزمات الدّفاع ؟
- س4: اشرح سياق مقاربة المعالج التي تؤدي إلى التشخيص حسب *Devereux* ؟
- س5: ما هي أهم العلامات الإكلينيكية المميّزة للفصام ؟

11. تمرين 11

- س1: عرّف ميكانيزم التعويض ؟ ما هو تأثيره النفسي على حياة الأفراد ؟
- س2: ما الفرق بين المختص النفسي و الطبيب العقلي ؟
- س3: فسّر تشكيل العرض العصابي ؟

12. تمرين 12

- س1: ما هي علامات المرض النفسي ؟
- س2: ما هي وظائف التشخيص ؟
- س3: ما هي خصائص الشخصية الوسواسية القهرية؟ أذكر أهمها؟
- س4: : ما هو العلاج الملائم لاضطراب طيف التوحد في المجال التعليمي التعليمي؟

13. تمرين 13

- س1: ما هي مقاربتى الشخصية؟
- س2: ماهي المجموعات الثلاث للشخصية في دليل التشخيص الامريكي للاضطرابات العقلية؟
- س3: من وجهة نظر التحليل النفسي، ماذا نعني بمصطلح "حالة حدّية"؟

إجابات

1. جواب التمرين 1

1. التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها.
2. هستيريا القلق تتحرّر في شكل قلق.
3. الذهاني، يمكن أن يمر إلى الفعل، حيث العصابي يستخدم مجموعة من الدّفاعات (الكبت خصوصاً و التشكيل التفاعلي، التشكيل التبادلي...) التي تجنّب هذه الصراعات.
4. المرض العقلي لا يتلّخص فقط في مفهوم البنية.
5. بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا أعلى ضعيف، المبدأ: "كل شيء مباح"
6. بنية عصابية: الهو يضيق عليه من قبل الأنا الأعلى، المبدأ: "كل شيء ممنوع" الكبت هو الذي يسيّر العلاقة
7. الذهان يعتمد على خطأ و ضعف الكبت
العصاب ترتكز على كبت دائم و صلب

2. جواب التمرين 2

- ج1: تكلم عن وجهات نظر الطب العقلي و التحليل النفسي فيما يتعلّق بالعرض بالنسبة لفرويد، الطب العقلي و التحليل النفسي متكاملان.
- الطب العقلي يهتم بالوساوس و بوصفها. يعطي أسماءً للوساوس المختلفة". يدرس الوراثة "عامل سببي عام و منعزل" لوساوس الغيرة مثلاً.
- إنّه يركّز على الجانب الفيزيولوجي و العصبي في الجهاز العصبي المركزي.
- بينما علم النفس التحليلي فيهتم بميكانيزم العرض. يهتم بالمعنى لكل عرض، هذا الأخير الذي يرتبط بالحياة الحميمية للمريض يبحث عن أسباب أكثر خصوصية و "قريبة جداً"، و يضع مكانة هامة للحدث النفسي، يحاول بكيفية ذكية استرجاع وساوس المريضة. بمعنى يركّز على بناء البنية (الصراعات، ميكانيزمات الدّفاع...).
- ج2: - التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها.
- هستيريا القلق تتحرّر في شكل قلق.
- الذهاني، يمكن أن يمر إلى الفعل، حيث العصابي يستخدم مجموعة من الدّفاعات (الكبت خصوصاً و التشكيل التفاعلي، التشكيل التبادلي...) التي تجنّب هذه الصراعات.
- المرض العقلي لا يتلّخص فقط في مفهوم البنية.
- بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا أعلى ضعيف، المبدأ: "كل شيء مباح"
- بنية عصابية: الهو يضيق عليه من قبل الأنا الأعلى، المبدأ: "كل شيء ممنوع" الكبت هو الذي يسيّر العلاقة
- الذهان يعتمد على خطأ و ضعف الكبت
- العصاب ترتكز على كبت دائم و صلب

ج3: " سوء التوافق " هو محور المرض النفسي أو بدايته. و كون الأمراض النفسية عديدة و متشابكة التصنيف، إلا أنّ الصفات العامة للأمراض تصنّف كمايلي :

1. اضطرابات جسمية أولية، هي عبارة عن انعكاسات لسوء التوافق النفسي مثل : الصداع، ضيق التنفس، دوار، اضطرابات في النبض، آلام مبهمة، سوء الهضم.. الخ
 2. الهيجان و سرعة الإستثارة
 3. اضطرابات النوم
 4. وساوس، قلق يفوق القلق الطبيعي تجاه الجسم و وظائفه.
 5. اتخاذ أو تبني أنماط معيّنة من السلوك الشاذ
 6. شك و حذر من ملاحظات و نظر الآخرين
 7. أوهام لا مبرّر لها
 8. شكوى من استمرار الأمراض الجسمية دون سبب عضوي واضح
 9. عدم الشعور بالرضا و التوافق و التكيف مع الآخرين
 10. عدم الشعور بالأمن و الإنسجام و الإطمئنان الذاتي
- الإنحراف عن المعايير الثقافية و الإجتماعية السائدة الذي يؤدي إلى الشذوذ أو إلى الإنحراف و الجريمة.

3. جواب التمرين 3

ج1: مصطلح "عصاب" يمكن أن يؤدي معناه إلى:

- أعراض تدعى "عصابية": تعبيرات عن صراع شعوري بين الرغبة و الدّفاع للدّفاع ضدّ القلق الناتج عن الصراع.
- بنية شخصية تدعى "عصابية": أنا مبني يسمح بالتفاعل مع الواقع الاحتياطي، لكنه يحتوي على خصائص عصابية. بمعنى نابعة عن تقمصات غير كافية.

ج2: هو مصطلح غير نظري(دليل التشخيص). اضطرابات القلق شائعة، تركز على تشخيصات عرضية متعدّدة الأسباب و الظواهر(تظاهراته الجسمية والنفسية والسلوكية)، والتي تعبّر عن القلق النابع عن الخوف.

4. جواب التمرين 4

ج1: الطب العقلي و التحليل النفسي متكاملان :

فرويد في " مقدّمة في علم النفس التحليلي " (1916-1917/1972) يقدّم حالة سيّدة (53 سنة) تعاني من "وسواس الغيرة". هذه الحالة تساعد على فهم وضعية الطبيب العقلي و المحلّل النفسي تجاه العرّض، من هذا المنطلق، وضع توازنا ما بين التحليل النفسي و الطب العقلي. الطب العقلي يهتم بالوسواس، بينما علم النفس التحليلي فيهتم بميكانيزم العرّض. الطب العقلي يهتم بوصف الوسواس، حسب فرويد، في درسه السابع عشر من مقدّمة في التحليل النفسي، " الطب العقلي يعطي أسماء للوسواس المختلفة". يدرس الوراثة "عامل سببي عام و منعزل" لوسواس الغيرة. التحليل النفسي يبحث عن ميكانيزم العرّض، يبحث عن أسباب أكثر خصوصية و "قريبة جداً"، و يضع مكانة هامة للحدث النفسي، يحاول بكيفية ذكية استرجاع الوسواس المريضة.

بالنسبة لفرويد، الطب العقلي و التحليل النفسي متكاملان. لاسيما، التحليل النفسي كان سيصبح "على سبيل الطب العقلي تقريبا مثل ما هو عليه الشأن في علم الأنسجة و علم التشريح. هذا الأخير يدرس الأشكال الخارجية للأعضاء، الأول يدرس الأنسجة و الخلايا. يهتم التحليل النفسي بالمعنى لكل عرض، هذا الأخير يرتبط بالحياة الحميمية للمريض.

ج3: وظائف التشخيص هي :

1. وصف القرد و إشكاليته.
2. تحليل أسباب و تطور الإضطراب (أصله، تاريخه،...) في الغالب الأسباب متعددة العوامل.
3. تصنيف و إعطاء تشخيص تفريقي، بمعنى تحديد لماذا الفرد يعاني من هذا المرض و ليس من آخر.
4. وضع تنبؤ إكلينيكي (مستقبل تطور المرض) و احتياطي للحالة. و تقييم آثار التدخل العلاجي.

ج3: الفرق بين تصنيفي كراپلين و بلولير

☞ تصنيف كراپلين (1856-1926) : تكلم عن العته المبكر و الذهان الهوسي الإكتنابي (La psychose maniaco-dépressive) (1899) و عن العته المبكر. و أكد بأن المرض لا يتحدد إلا في حالته النهائية و بأنّ الذهانات داخلية المنشأ تنتهي على كل حال إلى إنحطاط كلي.

1. الذهان الهوسي الإكتنابي له ثلاث حالات : الحالات الهوسية و الإكتنابية السودوية و الحالات المختلطة (عناصر إكتنابية مجتمعة مع عناصر هوسية).

2. العته المبكر يغطي مختلف الحالات المرضية المتميّزة بضعف نفسي تطوري يؤدي إلى ضعف فكري (العته). و يتميّز كذلك باضطرابات في الذاكرة و اللغة المنطق.

يضع ثلاثة أشكال إكلينيكية للعته :

- الشكل الزوري paranoïde : هلاوس حركية و نفسية.

- الشكل الكتاتوني : إنخفاض في العفوية الحركية، جمود إنفعالي

- الشكل الهيببيريبي : ذهان ما بعد النضج يتميّز بسلبية و بطفلية.

☞ تصنيف بلولير (1857-1939) : استخدم مصطلح " فصام schizophrénie " بدل "العته المبكر démence précoce " الذي استخدمه "كراپلين Kraepelin".

- الإزدواجية هي إحدى الأعراض الأساسية للفصام.

- في العته المبكر تبقى القدرات الفكرية سليمة و كذلك يحتفظ المصاب بمخزون داخلي غني.

- لا يتميّز الفصام بفقدان النشاطات النفسية و لكن يتميّز بضعف إنسجام النشاطات النفسية (التفكك العقلي).

- إنفصام وحدة النفس تنتج سياق علائقي تجميعي و فقدان التفكير المنطقي (على مستوى اللغة مثلا نلاحظ ظهور كلامت غريبة و جديدة).

ج4: الإجابة بنعم أو خطأ

1. لم تدرج الأمراض العقلية في التصنيف العالمي للأمراض إلاّ منذ 1948.
2. التداعي الحر للفكر يكشف وجود صراع بين اتجاهين مختلفين.
3. في الإيحاء، يطلب من العميل التخلي عن المقاومة الشعورية للأفكار و التكلم عن كل ما يخطر في باله.
4. الصراع هو تعارض مطلبين داخليين متضادين.

5. منطوق الحلم هو اللامنطق
6. الوسواس القهري يتميز بالترار والإكراه وإيقاع واحد.
7. البنية العصبية و الذهانية ترأسان الأمراض العقلية.
8. العصاب يرتكز على كبت دائم و صلب، الذهان يعتمد على خطأ و ضعف الكبت: المبدأ: "كل شيء ممنوع"، الكبت هو الذي يسير.
9. بنية ذهانية: الهو يسيطر على أنا أعلى ضعيف. المبدأ: "كل شيء مباح".
10. عناصر البنية

| العلاقة | القلق | الصراع | الميكانيزم | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------|
| ذوبانية | التجزئة | الأنا/ الهو | إنشطار الأنا أو النكران | ذهان |
| جينية | الإخفاء الخوف من فقدان الموضوع | أوديبي: نزوة/منع الأنا/ الأنا الأعلى | الكبت | عصاب |
| إنشطار، مضاعفة التقمصات، تبعية | فقدان الموضوع/إكتئاب | الأنا/مثالية الأنا | إنشطار | نقاط حدية |

5. جواب التمرين 5

- ج1: إنَّ الإنسان الذي يتمتع بالصَّحة النفسية هو ذلك الشخص الذي يتمتَّع بصَّحة العقل و الجسم و ليس بغياب المرض فقط.
- يكون فيها الفرد أو الشخص متوافقاً نسبياً (جسماً، نفسياً، اجتماعياً) مع بيئته، و يشعر فيها بالسعادة مع نفسه و مع الآخرين، و قادراً على تحقيق ذاته، و استغلال قدراته و طاقاته إلى أقصى حد ممكن، و يكون سلوكه عادياً بحيث يعيش في سلام.
- ج2: هي تفاعل عناصر بين بعضها البعض و لا تقتصر على تجميع عناصر فقط. بالنسبة لفرويد: لو نرمي إناء بلور، سينكسر تبعاً للخطوط الهشة الموجودة فيه. كذلك الأمر فيما يخص البنية النفسية المتكوّنة من العوامل الوراثية و البيئية، خاصة العلاقة الموجودة بين الطفل و محيطه العائلي، التي تكوّن الخطوط الإنشطارية. و هي كل نشاط تثبتت، نكوص ليبيدي، إحباطي،... التي تكوّن شخصية الفرد. و لكن، حمل بنية مرضية معيّنة لسيت حتمية لتنمية مرض. الذي نفهمه من البنية، تتمفصل الشخصية في المرحلة القضيبية، لأنَّ هناك تشكيل الأنا الأعلى. و لا يمكن المرور من بنية إلى أخرى، لكن الأنا ينظّم حسب النموذج الأوّل (العصابي) أو الثاني (الذهاني).
- مثلاً: تكوّن خطوطاً هيسترية في المرحلة الفمية، لا ننمي عصاب و إنّما ذهان. فالعصابي عند فرويد هو من انفصل عن المرحلة القضيبية بصدمة جنسية، إلا أنّ الصدمة التي تكلم عنها ليس بالضرورة وقعت للطفل، فقد تكون هوائية.

ج3:

| الذهانات <i>Psychoses</i> | العصبات <i>Névroses</i> |
|--|--|
| - تنشأ عن خلل عضوي فيزيولوجي أو عصبي دماغي و يصاحبها (الأمراض العقلية) اضطرابات جسمية (هضمية مثلا) ووظائفية، و علاجها يكون طويلاً. | - مصدرها نفسي، غير عضوية و غير جسمية، ترتبط باضطرابات مزاجية و قابلة للعودة لحالة الإتزان |
| - أصل الأمراض العقلية عموماً يكون وراثياً و جينياً و نادراً ما تكون بيئية. يستحسن عزل أصحابها. | - تكون الجوانب الجسمية سليمة و نادراً ما تصاب. |
| - تؤثر كثيراً في مجموع الشخصية و تولد تغييراً أوسع بمحيطه أو بالجسم. | - ذات مصدر بيئي و/أو إجتماعي و نادراً ما تكون وراثية. |
| - منفصلة عن الواقع، و يكون المصاب منشطراً و مجزءاً في عالم خاص به (بارانويا، إدعاء النبوة، التحجر بفكرة واحدة...). | - تتناول عادة جانباً واحداً للشخصية و لا يصاحبها عموماً أية اضطرابات فيزيولوجية |
| - المريض عقلياً يكون غير واع لحالته، لا يشعر بالتغيرات التي تجري من حوله، فهو لا يعترف بأنه مريض و يعارض بشدة العلاج و المساعدة. | - متصلة بالواقع بالرغم من الإضطرابات الملاحظة |
| - المريض عقلياً لا يعرض لها. | - المريض نفسياً واع لحالته، يقبل و يطلب العلاج (الوسواس القهري مثلا) |
| - نابعة عن مصدر نفسي. التشخيص المبكر يسمح بالعلاج المبكر قبل استفحالها. | - المريض نفسياً يكون معرضاً للمسؤولية القانونية كونه مندمجاً إجتماعياً |
| - الصراع بين الهو و الأنا، قلق التجزئة، يرتكز على إنكار الواقع، تثبتت في المرحلة الفمية، العلاقة ذوبانية. | - بعض الأمراض النفسية (العصابية) ناشئة عن مصدر عقلي. |
| | - الصراع بين الهو و الأنا الأعلى، قلق الخفاء، يرتكز على الكبت، تثبتت في المرحلة القضيبية، العلاقة جنسية. |

ج4: هو دراسة القدرات و الظواهر العقلية للمريض السيكاتري، و من بين أعلامه Minkowski.

6. جواب التمرين 6

1. النظرية التحليلية للعصاب : تركز على الأعراض الناتجة عن رغبات مكبوتة تبعا للمتطلبات الأخلاقية والاجتماعية، فضلا عن ضعف دفاعات الأنا، وبالتالي فشل حل عقدة أوديب.
2. الهستيريا : ترجم الأعراض الهستيرية حلول التوافق، والتي تمنع مرور الرغبات المكبوتة إلى الشعور. لكنّها تسمح بدائل لها بكيفية مقنّعة. فالهستيريا قبل كل شيء لغة، والعلاج التحليلي أعطى نتائج حيث فشل العلاج الدوائي.
3. العصاب الوسواسي : الوسواس عبارة عن ظهور فجائي، وغير إرادي للأفكار المرفوضة من قبل الشعور. يقوم الفرد بوضع استراتيجيات طقسية محاولة منه تنحيها والتملص منها، لكن دون جدوى.
4. العصاب الفوبي : الفوبيا عبارة عن الخوف من مواضيع لا تخيف فعلا. ويظهر عليها قلق دون معنى. يتمركز على مواضيع خارجية. ويدركها الفرد على أنّها خطيرة، إلا أنّها ليست كذلك. يتوقف القلق عندما يزول الموضوع الفوبي.
5. العصاب الصدمي : تكرار معايشة صدمة عنيفة مع خطورة معايشة خطر الموت. الأعراض الصدمية (لواحق الصدمة) تتقارب من أعراض الهستيريا، لكن المعاناة الجسمية تكون أكثر حدّة.
6. العلاجات النفسية للعصاب الصدمي : يستهدف العمل مع المريض على مجموع شخصيته: توظيف علائقي، إدراك الأحداث والآخريين، وإدراك ذاته. تسمح العلاجات بمساعدته على قبول مجال (سماح) معيّن من القلق، وتعزيز دفاعاته بهدف التكيّف مع الواقع.

7. **العلاج التحليلي** : هو علاج ينصح به في الأمراض العصبية. يسمح للمريض من التملّص من التقمّصات التخيلية التي سبّبت له الاضطراب. بحيث توجهه نحو الاستقلالية، والأمن النفسي، والمسؤولية، ولاختيار نمط حياة يكون منسجما مع واقعه، والحصول على الراحة النفسية.
 8. **الهذيان الحادة** : إنّها تمثّل مرحلة ذهانية حادة، وخلالها يصدّق الفرد واقع الهذيان الذي يسبّب في قطع تام مع العالم الخارجي، فضلا عن العزل. يستلزم في هذا الشأن إقامة في المستشفى.
 9. **الذهان** : الذهان حالة مرضية يمس كامل الشخصية، وصنفه الطب السيكاتري في خانة الجنون. ويرجع الطب السيكاتري إلى نماذج تفسيرية متمركزة على العضو (تلف في نواقل عصبية) و/أو نفسية (انشطار فصامي). ولقد تمّ انتقاد نموذج في السيتينات من قبل التيار ضدّ السيكاترية.
 10. **النظرية التحليلية للذهان** : في إطار عقدة أوديب، سيما الخصاء، تعمل "وظيفة اسم الأب" كمحرّك لإدخال الطفل في السياق الرمزي. وإن لم يكن يحدث الذهان. وبعض العلاجات التحليلية الأخرى تعمل على عزل الطفل عن أمّه، لأنّه يفترض بأنّها أصل الفعل الذهاني.
 11. **الذهان الهوسي الاكتنابي** : هو مرض مزاجي، يُحدث للمريض اختلالات. أحيانا فرح كلي، وأحيانا اضطرابا متمثلا في الألم.
 12. **الذهانات الهوسية المزمّنة** : عبارة عن ذهان يظهر على شكل هومات شمّية، وذوقية،... الخ، وتتطور لاحقا نحو تنظيم نفسي هذيانى ومزمن.
 13. **البارانويا** : عبارة عن ذهان مزمن، دون هومات. هي إصابة دماغية، تترجم هذيان كلي (الكبرياء، الغيرة، الطلب، الحب، التأويل)، ولا تسبب أي تلف عقلي.
 14. **البارافرينيا** : عبارة عن تنظيم هذيانى مزمن. أي تتميز بكثرة الهذيانات وشدّتها، وترجم في لغة معقّدة (غير ظاهرة للعيان). يعيش الفرد حياة متناوبة بين عالم هوامي و عالم واقعي دون ملاحظة تغيّر على سلوكاته.
 15. **الفصام** : يدل على مجموعة من الذهانات تشترك في ميكانيزم الإنشطار. إصابة عقلية، تسبّب في هدم مختلف وظائف الفرد النفسية. تدمّر شيئا فشيئا علاقته مع الواقع.
 16. **الفصامات** : يغطي مصطلح "فصام" أشكالا كثيرة من الأمراض تختلف في حدّة الفصام (فصام بسيط، فصام بارانوي، الكاتاتونيا، الهيبيفرينيا). ويتعلّق الأمر بعاطفة ذهانية أكثر تهديدا.
 17. **العلاجات النفسية للفصام** : منطلق الذهان يفرض على مختلف المعالجين قاعدة مشتركة بسيطة: لا يجب موافقة المريض لطلبه حول معرفة مطلقة أحدثت له الإنشطار. بل يتم العمل على إدماجه اجتماعيا أو على استقلاليتته.
 18. **الحالات الحدّية** : فئة من المرضى يبدو أنّها خرجت عن التصنيف العادي للإضطرابات العقلية (الذهان والعصاب). حتّى وإن لم يكن الإتفاق مطلقا حول وجود الحالات الحدّية كتصنيف قائم بذاته، فالخصائص الإكلينيكية والبنوية تحدّد مرضا قائما بذاته.
 19. **الإكتئاب** : ليست بأزمة شائعة. تدخل الفرد في ألم أخلاقي شديد ولا يمكن التعبير عنه لفظيا (*ineffable*)، يسبب له الإنعزال. ويوجد عدة أنواع من الاكتئاب و بدرجات متفاوتة. الإكتئاب الحاد يؤدي إلى الانتحار.
- الشدوذ** : وضعية أوديبية خاصّة، بالنسبة للطفل الأم متفقة معه، والأب متفق ضمّنيا. هذا من شأنه يؤدي بالشاذ إلى إعادة معايشة هذا السيناريو في كل مناحي حياته: يعتدي على القانون بحضور شاهد ساكت.

7. جواب التمرين 7

ج1: من ناحية التصنيف المرضي، أهم ما جاء به كل من :

- "بينال" : استبدل كلمة جنون (العتة) بكلمة *Vésanie*، وأعطى لهذا التصنيف أربع أنواع من العته : اكتئاب بسيط، الهوس، العنه، البلاهة.

- "إسكبرول" : ميّز بين الهوامات والأفكار الوهمية. استبدل كلمة الاكتئاب بـ لييمانيا. وصنف الهوس، والهوس الأحادي، والبلاهة، والعتة.

- "شاركو" : صنف الهيستيريا وخصائصها.

- "كر ابلين" : صنف الذهان الهوسي الاكتئابي *PMD*، والعتة المبكر، والزوري، والهيبيفيري، والكتاتوني.

- "فرويد" : صنّف البنية (الذهانية والعصابية، والشذوذ)، والعقد النفسية (فشل عقدة أوديب، الخصاء)، ونمطية الدفاع تسبّب المرض النفسي، اضطرابات النرجسية، و اضطرابات التقمص، ورفض رمزية السلطة الأبوية، الهذيان، والحصر، والهيستيريا...

- "بلولر" : الفصام، الازدواجية، التشتت (*Spaltung*)

ج2:

خطأ. الأصح : البنية عبارة عن تفاعل عناصر وليس تجميع عناصر فقط.

خطأ. الأصح : يتميز الفصام بضعف انسجام وتناغم النشاطات النفسية.

خطأ. الأصح : في العصاب، كل شيء ممنوع. / أو في الذهان كل شيء مباح.

خطأ. الأصح : العرّض يغطي المكبوت.

خطأ. الأصح : البنيات النفسية (العصابية، والذهانية، والحديّة)، من الوجهة التحليلية، تتلخص في تحديد

التوظيف النفسي لماهيات الجهاز النفسي. وتتمثّل في العناصر التالية : الميكاميزم المسيطر، والماهية المسيطرة، وطبيعة القلق، وفي نوعية العلاقة الموضوعية.

خطأ. الأصح : المرض النفسي، هو سوء التوافق.

خطأ. الأصح : البنية نهائية.

خطأ. الأصح : العصابي على وعي بحالته و بالواقع المحيط به.

ج3: يغى عليها عند دخولها المحلات. التفسير : عندما كانت صغيرة، مس الحاجب جسمها عند دخولها محلّة. عايشت

الحدث كفعل جنسي، مما سبب لها صدمة جنسية. ظهور المكبوت ارتبط بخواف من دخول المحلّات.

ج4: الكبت : الكبت آلية دفاعية لا شعورية. وهو من وسائل الأنا البدائية في الدفاع ضدّ الأفكار المثيرة للقلق على سطح

الشعور. يقوم الكبت بإخفاء الموضوع المثير، ويبعده عن ساحة الشعور، وإن ظهر سيتجلى مرّمز بشكل يقبله الواقع.

وتعد بعض انماط النسيان وفقدان الذاكرة دليلا على وجود الكبت. مثلا : نسيان الطالب للمعلومات التي درسها جيدا

اثناء الامتحانات، هي احدى علامات الكبت. حلم بمواضيع نهائية، هي علامة من علامات الكبت.

الإزاحة : ميكانيزم دفاعي لا شعوري، يقوم بإزاحة موضوع معين أو انفعال ما من موضوعهما الاصيل الى موضوع بديل،

للتخفيف من القلق، أو من المعاناة، ويظهر بشكل واضح في الشخصية الفوبية، والوسواسية. مثال : حالة الطفل "هانز

". الخوف المرضي من عضه الحصان، دلالة خوفه هو انفعال مزاح من الأب كما تخيله بصفة لا شعورية.

ج5: الشخصية الوسواسية تختلف عن اضطراب الوسواس القهري. ولها أربع خصائص : الإهتمام بحديثات الأشياء والمواضيع والتدقيق فيها؛ الإهتمام المفرط يعرقل اكتمال المهام المنوط القيام بها؛ شعور أخلاقي شديد؛ عدم القدرة على التخلص من الأمور التافهة؛ المصاب متشدّد ومتشبت برأيه. (DSM-IV)

8. جواب التمرين 8

ج1: علامات المرض النفسي

" سوء التوافق " هو محور المرض النفسي أو بدايته. و كون الأمراض النفسية عديدة و متشابكة التصنيف، إلا أنّ الصفات العامة للأمراض تصنّف كمايلي :

11. اضطرابات جسمية أولية، الصداع، ضيق التنفس، دوار، اضطرابات في النبض، آلام مبهمة، سوء الهضم..الخ.
12. الهيجان و سرعة الإستثارة
13. إضطرابات النوم
14. وسوس، قلق يفوق القلق الطبيعي تجاه الجسم و وظائفه.
15. اتخاذ أو تبني أنماط معيّنة من السلوك الشاذ
16. شك و حذر من ملاحظات و نظر الآخرين
17. أوهام لا مبرّر لها
18. شكوى من استمرار الأمراض الجسمية دون سبب عضوي واضح
19. عدم الشعور بالرضا و التوافق و التكيف مع الآخرين
20. عدم الشعور بالأمن و الإنسجام و الإطمئنان الذاتي
21. الإنحراف عن المعايير الثقافية و الإجتماعية السائدة، الذي يؤدي إلى الشذوذ أو إلى الإنحراف و الجريمة.

ج2: وظائف التشخيص

1. وصف القرد و إشكاليته.
2. تحليل أسباب و تطور الإضطراب (أصله، تاريخه،...). في الغالب الأسباب متعدّدة العوامل.
3. تصنيف و إعطاء تشخيص تفريقي، بمعنى تحديد لماذا الفرد يعاني من هذا المرض و ليس من آخر.
4. وضع تنبؤ إكلينيكي (مستقبل تطور المرض) و احتياطي للحالة. و تقييم آثار التدخل العلاجي.

ج3: أجب بـ "صح" أو "خطأ" مع تصحيح الإجابة الخاطئة.

1. خطأ. الأصح : البنية عبارة عن تفاعل عناصر وليس تجميع عناصر فقط.
2. خطأ. الأصح : يتميّز الفصام بضعف انسجام و تناغم النشاطات النفسية.
3. خطأ. الأصح : في العصاب، كل شيء ممنوع./ أو في الذهان كل شيء مباح.
4. خطأ. الأصح : العرض يغطي المكبوت.
5. خطأ. الأصح : البنيات النفسية (العصبية، والذهانية، و(الحدية)، من الوجهة التحليلية، تتلخص في تحديد التوظيف النفسي لمهام الجهاز النفسي. وتتمثّل في العناصر التالية : الميكاميزم المسيطر، والماهية المسيطرة، وطبيعة القلق، وفي نوعية العلاقة الموضوعية.
6. خطأ. الأصح : المرض النفسي، هو سوء التوافق.

7. خطأ. الأصح: البنية نهائية.

8. خطأ. الأصح: العصابي على وعي بحالته و بالواقع المحيط به.

ج4: التواصل مع الواقع.

9. جواب التمرين 9

ج1: تكون دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد أو الشخص متو افقا نسبيا (شخصيا، اجتماعيا، نفسيا) مع بيئته، و يشعر فيها بالسعادة مع نفسه و مع الآخرين، فيكون قادرا على تحقيق ذاته، و استغلال قدراته و طاقاته إلى أقصى حد ممكن، و يكون سلوكه عاديا بحيث يعيش في سلام. إنَّ الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية هو ذلك الشخص الذي يتمتع بصحة العقل و الجسم و ليس غياب المرض فقط.

ج2: الحيل الدفاعية هي عبارة عن أنواع من السلوك أو التصرفات اللاشعورية التي ترمي إلى تخفيف حدة التوتر النفسي المؤلم وحالات الضيق التي تنشأ من استمرار حالة الإحباط مدة طويلة بسبب عجز الإنسان عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع دوافعه.

من تلك الحيل الدفاعية التي سنتناولها بالشرح:

الكبت: من الحيل الدفاعية اللاشعورية، يعدّ مركز الدفاعات التي يلجأ إليها الفرد للتخفيف مما يعانيه ويؤثر على توازنه النفسي الذي ينعكس على شخصيته وتعامله مع الآخرين في أسرته وفي عمله ومع أفراد المجتمع، ثم إنَّ الكبت عنيفا يستنفذ قدرا كبيرا من طاقة الفرد المتاحة.

النكوص: يدل مفهوم النكوص على عدد من الظواهر النفسية تتميز جميعها بتقهقر النشاط النفسي إلى مرحلة سابقة من مراحل تطور اللبيدو "الطاقة النفسية الجنسية" وهذا الرجوع إلى الوراء قد ينحصر في العودة إلى موضوع الإشباع التي تتميز به مرحلة سابقة. فقد يتوقف النمو السوي للشخصية أي أن يصبح الشخص مثبتا على احدى هذه المراحل المبكرة لان الانتقال إلى المرحلة التالية يكون مشحونا بالحصر والقلق. من أمثلة النكوص الصريح الطفل الذي تجاوز سن السادسة من عمره قد يأخذ في مص أصابعه ويكثر من العناد وعدم طاعة أوامر والديه، أو أن يأخذ في التبول اللاإرادي في الفراش.

الإسقاط: هي حيلة لاشعورية من حيل دفاع الأنا بمقتضاها ينسب الشخص إلى غيره ميولا وافكارا مستمدة من خبرته، يرفض الاعتراف بها لما تسببه من ألم وما تثيره من مشاعر الذنب. فالإسقاط هنا بمثابة أسلوب لاستبعاد العناصر النفسية المؤلمة عن حيز الشعور. من امثلة السلوك في الإسقاط حينما يشن البعض من الناس هجوما لا شعوريا يقصد به إصاق عيوبه على الآخرين مثال: فأنا اكره شخص ما ولكني اقول هو يكرهني، هنا اريد أن اخفف من إثمي.

ج3: الحيل الدفاعية شائعة ومألوفة عند جميع الناس وهم يلجأون إليها في كثير من المناسبات غير أن التعود عليها و الإسراف فيها و الإعتماد على نمط دفاعي واحد يدل على وجود حالة مستمرة من سوء التوافق، وعلى وجود خلل أو بداية اضطراب نفسي قد يقود صاحبه إلى مشاكل ومضاعفات سلبية، وتتميز الحيل الدفاعية بما يلي:

- إنها تزور وتحرف الواقع المعاش

- تعمل لا شعوريا بحيث لا يتفطن الفرد إليها

ج4: هي تفاعل عناصر بين بعضها البعض (لا تقتصر على تجميع عناصر). فرويد : لو نرمي إناء زجاج ينكسر تبعاً للخطوط الهشة الموجودة في الزجاج. كذلك الأمر فيما يخص البنية النفسية المتكوّنة من العوامل الوراثية و خاصة العلاقة الموجودة بين الطفل و أسرته التي تكوّن الخطوط الإنشطارية، و هي كل نشاط تثبتت، نكوص و الليبيدو التي تكوّن شخصية الفرد.

مثلاً: تكوّن خطوطاً هيدستيرية في المرحلة الفمية، لا نمي عصاب و إنّما ذهان. و لكن، حمل بنية مرضية معيّنة لسيت حتمية لتنمية مرض.

الذي نفهمه من البنية، الشخصية تتمفصل في المرحلة القضيبية، لأنّ هناك تشكيل الأنا الأعلى.

العصابي عند فرويد هو من انفصل عن المرحلة القضيبية بصدمة جنسية، إلا أنّ الصدمة التي تكلم عنها ليس بالضرورة وقعت للطفل، فقد تكون هوائية.

- البنية نهائية : يظهر عصاب عند الموضوع ذو البنية العصابية، و ذهان عند الموضوع ذو البنية الذهانية. إذا عولج في الوقت المناسب العصابي أو الذهاني، لكن تبقى البنية العصابية أو الذهاني، على الترتيب، معوّضة. لا يمكن المرور من بنية إلى أخرى، لكن الأنا ينظم حسب النموذج الأول أو الثاني.

ج5

| الغريزة <i>Instinct</i> | الزوة <i>Pulsion</i> |
|--|--|
| - مصطلح إنكليزي بمعنى موضوع وراثي جامد | - هوائية و عابرة |
| - حسب فرويد، Trieb الغريزة هي سلوك و نمط موروث لكل نوع من المخلوقات | - تتطلب قوة كبيرة |
| - لا يتم تعلمه أو اكتسابه، وللغريزة أبعاد نفسية وبيولوجية تجتمع معاً، وللغريزة خصائص رئيسية هي : المصدر والدافع والهدف والموضوع، ومن الغرائز: الجنس، والعدوان، وغريزة الموت والحياة. | - رمزية أكثر منها واقعية |
| - الغريزة محافظة لأنّ هدفها العودة بالشخص إلى الحالة السابقة و تحقيق الإشباع. | - مكتسبة |
| - متجدّدة، متقلّصة متكرّرة لأنّها تعاود الفرد باستمرار | - تغير الموضوع من غير مثير فعلي |
| - مستودعها "الهو" | - مجموعة من الدوافع و الصراعات و الحاجات |
| | - مكتسبة |
| | - غير محافظة و ليس لها بعد |

ج6

| الذهانات <i>Psychoses</i> | العصبات <i>Névroses</i> |
|---|--|
| - تنشأ عن خلل عضوي فيزيولوجي أو عصبي دماغي و يصاحبها (الأمراض العقلية) اضطرابات جسمية (هضمية مثلاً) ووظائفية، و علاجها يكون طويلاً. | - مصدرها نفسي، غير عضوية و غير جسمية، ترتبط باضطرابات مزاجية و قابلة للعودة لحالة الإتران |
| - أصل الأمراض العقلية عموماً يكون وراثياً و جينياً و نادراً ما تكون بيئية. يستحسن عزل أصحابها. | - تكون الجوانب الجسمية سليمة و نادراً ما تصاب. |
| - تؤثر كلياً على مجموع الشخصية و تولّد تغييراً أوسع بمحيطه أو بالجسم. | - ذات مصدر بيئي و/أو اجتماعي و نادراً ما تكون وراثية. |
| - منفصلة عن الواقع، و يكون المصاب منشطراً و مجزءاً في عالم خاص به (بارانويا، إدعاء النبوة، التحجر بفكرة واحدة...). | - تتناول عادة جانباً واحداً للشخصية و لا يصاحبها عموماً أية اضطرابات فيزيولوجية |
| - المريض عقلياً يكون غير واع لحالته، لا يشعر بالتغيرات التي تجري من حوله، فهو لا يعترف بأنّه مريض و يعارض بشدّة العلاج و المساعدة. | - متصلّة بالواقع بالرغم من الإضطرابات الملاحظة |
| - المريض عقلياً لا يعرض لها. | - المريض نفسياً واع لحالته، يقبل و يطلب العلاج (الوسواس القهري مثلاً) |
| - نابعة عن مصدر نفسي. التشخيص المبكر يسمح بالعلاج المبكر قبل استفحالها. | - المريض نفسياً يكون معرّضاً للمسؤولية القانونية كونه مندمجاً اجتماعياً |
| - الصراع بين الهو و الأنا، قلق التجزئة، يرتكز على إنكار الواقع، تثبتت في المرحلة الفمية، العلاقة ذوبانية. | - بعض الأمراض النفسية (العصابية) ناشئة عن مصدر عقلي. |
| | - الصراع بين الهو و الأنا الأعلى، قلق الخفاء، يرتكز على الكبت، تثبتت في المرحلة القضيبية، العلاقة جنسية. |

10. جواب التمرين 10

ج1: الفرق بين النفساني والطبيب العقلي

| النفساني | الطبيب العقلي |
|--|----------------------------|
| يدرس علوم إنسانية | يدرس علوم طبية |
| يتخصص بعد شهادة الليسانس | بعد شهادة الطب العام |
| يعتمد تشخيص بيئي نفسي | تشخيص طبي عضوي |
| وسائل: المقابلة، إختبارات نفسية و إسقاطية، الملاحظة... | التشخيص بالأدوية، الملاحظة |
| العلاج السيكو دينامي، سلوكي، معرفي، تحليلي،... | المقابلة،... |
| | خصوصا العلاج بالأدوية |

ج2: الأسباب النفسية للمرض النفسي حسب المقاربة التحليلية

الأسباب النفسية : من أصل نفسي وظيفي دون تلف للبنية. مثال : العصاب. «*l'hérédité & l'étiologie des névroses*», Freud, 1896.

يحدث العصاب نتيجة عدم إشباع الليبيدو، و من طرائق إشباعه النكوص. عندما لا يقبل الأنا النكوصات نجد الصراع ينفصل عن الأنا، يتم هذا الانفصال و يدعم عن طريق تثبيت الليبيدو الذي كان يقاومه عن طريق الكبت في اللاشعور. و يتم تكثيف هذا المكبوت ثم إزاحته ليزيح تمثيلات من موضوع إلى مواضيع أخرى.

يبقى المكبوت المعبر عن الليبيدو في اللاشعور ليواجه قوة الأنا، يقترح عليه الخروج في شكل "عرض". الإشباع الناتج عن العرض (حل للصراع) من طبيعة غريبة (معاناة) كون الفرد يشكو هذه المعاناة. حسب فرويد " أصل العرض من الطفولة (تثبيتاتها).

مثل : الحلم و الأفعال غير التامة، العرض له معنى و يتصل بالحياة النفسية للمريض. و يؤكّد فرويد تعقيد الأسباب النفسو مرضية (مواطن فطرية).

- نجد سياق التكتيف و الإزاحة في الحلم.

ج3: تعريف إستراتيجيات المواجهة

عرّف لازاروس Lazarus الكوينغ بأنه علاقة تبادلية بين الفرد و محيطه.

و تعتبر إستراتيجيات المواجهة كاستجابة للإجهاد و كميكانيزم للتكيف الذي يستعمله الفرد لمواجهة مختلف التهديدات الناتجة عن الوسط الخارجي أو عن الإنفعالات الداخلية. و تحتوي على استجابات مباشرة و التي تهدف إلى حذف و عزل أصل الخطر و أخرى غير مباشرة تؤدي إلى إدراك بسيط للخطر و إنكاره (تعاطي أدوية مثلا).

ما يميّز إستراتيجيات الكوينغ (فولكمان و لازاروس) هي ميكانيزمات شعورية أما ميكانيزمات الدفاع لا شعورية (فرويد).

ج4: سياق مقارنة المعالج التي تؤدي إلى التشخيص حسب Devereux

يؤكّد ديفرو (1997) ندرة الدراسات التي تخص طرائق التشخيص العلاجي. تكلم عن السياق الثقافي من خلاله يكتسب صفة الشخص السوي، هذا السياق يعرض ثلاث مراحل :

الإستنتاج الذي يؤكّد على فردانية الذات. يتعلّق الأمر بالمعرفة الذاتية و المعرفة الموضوعية. فمن الأهمية بمكان معرفة ما إذا كان المريض يعلم عن شيء يخصه و بأنّ هذا الأخير ليس على ما يرام، أو إذا ما يجب معرفته من الآخر. يؤكّد Devereux على أنّ الطريقة الكلاسيكية للتمييز بين عصابي و ذهاني تفرض هذه المعرفة لدى المريض.

بعض السلوكات الخاصّة بالمريض يتم الكشف عنها فقط من قبل المعالج، أو من قبل شخص آخر (رئيس قبيلة، رجل دين...)، يأتي هذا الكشف في الحقيقة من فحص المعالج و خبرته و الذي يمثّل مرحلة من السياق التشخيصي.

المعاينة بأنّ ما يمس الشخص، في ذاته و في شخصيته : عندما يذهب المريض نفسياً إلى المعالج و ليس إلى المحكمة أو إلى مكان آخر، هذا في حدّ ذاته معرفة أولية تساهم في فهم التشخيص. هذا من خصائص سياقات التشخيص. بالنسبة لـ "ديفرو": "تموضع الشخص بالنسبة لمعلم أو لمعيار (شخص مجنون كون سلوكاته مثل المجانين) تسمح بمعرفة النماذج التي تؤثر بصفة مصيرية التشكيلات العرضية للمريض". لكن عندما تصبح نماذج الإضطراب النفسي معروفة من قبل كل طبقات المجتمع، "ديفرو" يعطي حجّتين لذلك :

- التشخيص الذاتي (معرفة الذات المريضة له طابع مؤلم)، و صعوبة التشخيص في المجتمعات التقليدية (مزج بين ما هو ديني و سيكاتري).

ج5: أهم العلامات الإكلينيكية للفصام: التشتت و فقدان العلاقة مع الأنا و إضطرابات الفكر و اضطرابات اللغة و إضطرابات العاطفة و إضطرابات نفسية حركية.

11. جواب التمرين 11

ج1: ميكانيزم التعويض هو محاولة لا شعورية يهدف إلى الارتفاع المستوى الذي وضعه لنفسه، فإذا ما شعر الفرد بالعجز في موقف معين فهو يميل نحو تعويض ذلك العجز والفشل إلى نجاح وتفوق في موقف آخر حتى يقلل من حدة التوتر الناتج عن حالة الإحباط التي يتعرض لها. ويرى فرويد في حيلة التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى إخفاء الاتجاهات اللاشعورية التي لا يتقبلها الشعور بتقوية اتجاهات مضادة لها.

من الأمثلة الواقعية في حياتنا اليومية، تعويض عقدة النقص بالتفوق. حينما نشاهد الفشل في الدراسة ربما يعوّضه بعض الأفراد في النجاح في مواقف أخرى مثل التفوق المهني والعلمي وقد يبالغ البعض في التعويض عن عقدة النقص ليثبت تفوقه وتميّزه في الموقف الذي أخفق أو فشل فيه. قد يدفع الشعور بالنقص صاحبه إلى التعويض عنه كوسيلة لجلب اهتمام الآخرين أو السيطرة على حياتهم من ناحية أخرى.

إذا نظرنا إلى ما يفعله التعويض في حياة الفرد النفسية، فإننا نقول بأنّ حياة الفرد كلّها تعويض؛ هذا التعويض الذي يحقق الإشباع (المحقق) و في نفس الوقت يكون مختلفاً عن الإشباع المنتظر (الهوامي). الفرق بينهما يجعل الفرد يجدّد طاقته و يبعث فيه البحث المستمر و المتطلّع. هنا نقول بأنّ الحياة النفسية للفرد تتأثر بالتعويض الذي يعيشه كل واحد منّا. و من أمثلة ذلك، حالة الجوع. لإشباعها يتصور الفرد ما سيأكله، و إن لم يجد الطعام المنتظر (الهوامي)، سيأكل شيئاً آخر يحقق به الإشباع (محقق لكن غير منتظر). لكنّ هذا الإشباع ليس هو المنتظر على المستوى الهوامي و الذي يزوّد الفرد بطاقة البحث عن الموضوع و الهدف. أي التعويض هذا الذي يعيشه الفرد، يجعله يبحث دائماً عن تحقيق الإشباع بكيفية لاشعورية.

ج2:

- المختص النفسي والطبيب العقلي

وضع فرويد توازنا ما بين التحليل النفسي و الطب العقلي. الطب العقلي يهتم بالوساوس، بينما علم النفس التحليلي فيهتم بميكانيزم العرَض.

الطبيب العقلي يهتم بوصف الوسواس، حسب فرويد، في درسه السابع عشر من مقدّمة في التحليل النفسي، " الطب العقلي يعطي أسماءاً للوسواس المختلفة". يدرس الوراثة "كعامل سببي عام و منعزل" لوسواس ما.

المختص النفسي يبحث عن ميكانيزم العرَض، يبحث عن أسباب أكثر خصوصية و "قريبة جداً"، و يضع مكانة هامة للحدث النفسي، يحاول بكيفية ذكية استرجاع الوسواس المريضة.

المختص النفسي يرتبط بالحياة الحميمية للمريض و يهتم بالمعنى لكل عرض، و الطبيب العقلي يدرس الأشكال الخارجية للأعضاء. بالنسبة لفرويد، عمل كل من الطبيب العقلي و المختص النفسي متكاملان.

إضافة تكوين كل واحد منهما يختلف عن الآخر. المختص النفسي دراسته الجامعية في مجال العلوم الإجتماعية (ليسانس، ماجستير، بعدها دكتوراه) أمّا الطبيب العقلي يدرس في مجال العلوم الطبية ثمّ يتخصص بعد سبع سنوات في الطب السيكاتري.

يعتمد المختص النفسي في عمليات تشخيص الأمراض على المقابلة العيادية و الإختبارات النفسية، بينما الطبيب العقلي يركّز بشكل كبير على الأدوية العقلية فيلجأ إلى تزويد المفحوص بأدوية مضادة للهيجان أو للخمول ثمّ بعد زوال تلك المرحلة يعدّل الجرعة الدوائية شيئاً فشيئاً.

يركّز المختص النفسي أكثر على المريض، بينما الطبيب العقلي يركّز أكثر على المرض.

ج3: العرض العصابي هو سياق خاص بحالة نفسية. "تشكيل العرَض يغطي عودة المكبوت على شكل تشكيلات بديلة أو توافق أو تشكيلات ردة فعل". (Laplanche & Pontalis).

من جهة يكمن تفسيره في أنّ العناصر المكبوتة لم تمسح. هي تركات لأشعورية متنوعة، و العرَض هو نوع من هذه التركات. لكي تندرج في الشعور إلّا عن طريق العرَض، و يتحمل المكبوت بفعل الدّفاع تحولات و تشوّهات عميقة. لكن القوتين المتصارعتين (الرغبة و الدّفاع) قبل ظهور العرَض يصبحان متوافقان بعد ظهوره.

و من جهة أخرى، يعتبر العرَض العصابي تشكيل بديل لإشباع نزوي لم يتحقق. (Inhibition, symptôme & angoisse ; Freud, 1926)، التشكيل البديل هذا له قبول مضاعف؛ إقتصادي (كونه جلب إشباع بديل لرغبة لأشعورية لكن بقوة و شدّة منخفضة). و رمزي (بديل رمزي يكوّن مرجعية و تمثيل للعرَض من خلال ميكانيزمي التكتيف و الإزاحة كما في عملية الحلم).

12. جواب التمرين 12

ج1: علامات المرض النفسي هي:

" سوء التوافق " هو محور المرض النفسي أو بدايته. و كون الأمراض النفسية عديدة و متشابكة التصنيف، إلّا أنّ الصفات العامة للأمراض تصنّف كمايلي :

1. اضطرابات جسمية أولية، الصداع، ضيق التنفس، دوار، اضطرابات في النبض، آلام مهمة، سوء الهضم.. الخ.

2. الهيجان و سرعة الإستثارة

3. اضطرابات النوم
 4. وساوس، قلق يفوق القلق الطبيعي تجاه الجسم ووظائفه.
 5. اتخاذ أو تبني أنماط معينة من السلوك الشاذ
 6. شك و حذر من ملاحظات و نظر الآخرين
 7. أوهام لا مبرر لها
 8. شكوى من استمرار الأمراض الجسمية دون سبب عضوي واضح
 9. عدم الشعور بالرضا و التوافق و التكيف مع الآخرين
 10. عدم الشعور بالأمن و الإنسجام و الإطمئنان الذاتي
 11. الإنحراف عن المعايير الثقافية و الإجتماعية السائدة، الذي يؤدي إلى الشذوذ أو إلى الإنحراف و الجريمة.
- ج2: أهم علاجات طيف التوحد تتمركز بداية على ثلاثة أقطاب: الجانب الانفعالي، والاجتماعية، والتواصلية. ثم لينتقل إلى الإندماج التعليمي. هذا الأخير يختلف عن طريقة تعليم الأطفال العاديين، بحيث يتم تدريبه على الانتقال من العام إلى الجزء. سيما المقاربة السلوكية تتدخل من خلال التعلم بالوساطة عبر اللعب، الرسم، الحيوان،... والتعليم بالتركيز على مركز الذكاء التصنيفي.

13. جواب التمرين 13

- ج1: توجد المقاربة متعدّدة الأبعاد والتي تتعارض مع المقاربة الفئوية. في هذه الأخيرة يتم الترتيب بحسب الفئات، أي بحسب "الكل أو اللاشيء": وجود أو عدم وجود خصائص (مرحلة اكتنابية شادة مثلا).
- في المقاربة متعدّدة الأبعاد، الخصائص أو الأعراض تحدد على مجموعة تراتبية من خلال التحاليل الاحصائية، التي تموضع الفرد على توزيع مجتمع مرعي. وضعيتها بالنسبة إلى المجموعة تنحرف عن المتوسط في الاتجاهين.
- ج2: المجموع "أ": الشخصيات التي تدعى بـ "الغريبة" (العضامية، الزورية، ومن طبيعة فصامية. هذه الشخصيات تميل إلى تنمية الاضطرابات الذهانية.
- المجموعة "ب": الشخصيات التي تدعى بـ "الدرامية" (المضادة للمجتمع، الحدية، التمسرحية، والرجسية) تميل أكثر إلى اضطرابات تعاطي العقاقير المختلفة.
- المجموع "ج": الشخصيات التي تدعى "القلقة" (التجنّبية، التابعة، الوسواسية القهرية، التي تميل إلى تنمية الاكتئاب واضطرابات القلق).
- ج3: الأفراد الذين ينتمون إلى ما بين العصاب والذهان. وقد ينظر إليها كتنظيم نفسي نوعي. ولا تعتبر محطة غامضة بين البنيتين. بعض الباحثين حاول تفسير رهانات التنظيم الحدي لهذا النوع من الشخصيات. اقترح "أوطو كارنبرغ" (b1997) Otto Kernberg مصطلح "التنظيم الحدي" للتعريف بالطابع المنظم للاضطراب بالرغم من تعدّد مظهر الأعراض. بحيث يشير تحليل البنية إلى ضعف الأنا، وسيطرة السياقات البدائية، وميكانيزمات الدفاع البدائية أيضاً (الانشطار، الاسقاط، التقمص الاسقاطي، الإنكار، ..). بالنسبة لـ "جون بيرجوري" (2003) Bergeret | يعرف الحالات الحدية على أنّها غياب البنية (عكس العصابات والذهانات)، وتفسّر من خلال الصدمة الحقيقية والبدائية والتي ثبّطت النمو، ومنعت الوصول إلى الأوديب. القلق المميّز لها يتمثل في فقدان الموضوع، والعلاقات الموضوعية تكون من طبيعة

اكتئابية (بسبب انفصال الطفل عن أمه، فيصبح الآخر كدعم وكسند). أو بالأحرى هي عبارة عن مرض نرجسي حيث تبحث علاقة التبعية مع الآخر (تضخيم المثالية عندما ينجح، وتحقيرها عند الفشل) لإصلاح الفرد. بناءً على الدعم المستقبل من قبل الموضوع، يصبح المرور إلى الاكتئاب متكرر.

قائمة المراجع

إتحاد الكتاب العرب. (2001). *علم النفس في القرن العشرين*. (ج1). دمشق. سوريا
 حسن غانم م. (2006). *مقدمة لعلم النفس المرضي*. المكتبة المصرية. الإسكندرية.
 حمدي الحجار م. (1998). *المدخل إلى علم النفس المرضي*. دار النهضة العربية. بيروت.
 طه ف، وآخرون. (1993). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*. دار سعاد الصباح. القاهرة.
 عبد الله عماره، ر. (2013). *إصلاح الروح مع النفس*. مكتبة الثقافة الدينية. مصر.
 عوض أ. (2015). *الأمراض النفسية الشائعة-أسبابها وكيفية علاجها*. وكالة الصحافة العربية. مصر.
 عوض ح. (2018). *الأمراض النفسية: العدول الأول للإنسان العصري*. وكالة الصحافة العربية. مصر.
 فلاح حسين ح. (2015). *علم النفس المرضي والعلاج النفسي*. ط2. مركز ديونو لتعليم التفكير. الأردن.
 منظمة الصحة العالمية. (1995). *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD:10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية*. النسخة العربية. الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية والتشخيصية. المركز الإقليمي المتوسط. القاهرة.

Aboud, Z. (1998). *Cours de psychopathologie* (A. Bèhtane, Trad.) [Cours de Licence].
 Arbisio, C. (2003). *Le bilan psychologique avec l'enfant*. Dunod.
 Barthelemy, J.-M. (2006). *Cours de psychopathologie* [Cours de Master].
 Béhtane, A. (2020). *Annales de psychopathologies* [Cours de licence].
 Bergeret, J. (2003). *La personnalité normale et pathologique* (3^{ème} édit.). Dunod.
 Bergeret, J., Bécache, A., & Widlöcher, D. (2012). *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. Elsevier Masson.
 Bioy, A., & Fouques, D. (2016). *Psychologie clinique et psychopathologie* (3^{ème} édit.). Dunod.
 Bloch, H., ed. (1997). *Grand dictionnaire de psychologie*. Larousse.
 Caralp, E. (1999). *Ces maladies mentales nommées folies*. Milan.
 Chabrol, H. (2005). *Les mécanismes de défenses*. 3(82), 31–42.
<https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
 Delbrouck, M. (2007). *Psychopathologie: manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute* (3^{ème} édit.). De Boeck.
 Ghiglione, R., & Richard, J.-F. (1999). *Cours de psychologie. Bases, méthodes et épistémologie*. Dunod.
 Ionescu, S., Jacquet, M., & Lhote, C. (2003a). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique* (3^{ème} édit.). Nathan.
 Kernberg, O. (1997a). *La personnalité narcissique*. Dunod.
 Kernberg, O. (1997b). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.
 Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). *The language of psycho-analysis*.
<http://www.cppef.ca/wp-content/uploads/2014/04/SEMINAR-IV-TRAUMA.pdf>
 Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Puf.
 Lieury, A. (2000). *Psychologie générale: cours et exercices* (3^{ème} édit.). Dunod.
 Marion, C. (2012). Approche ethnopsychiatrique. In S. Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique: 4 approches théoriques* (3^{ème} édit., pp. 161–253). Dunod.
 Minkowski, E. (1999). *Traité de psychopathologie*. Institut Synthé-Labo.
 Mucchielli, A. (1981). *Les motivations* (3^{ème} édit.). Puf.
 Quinodoz, J.-M. (2013). *Lire Freud*. (5^{ème} édit.). Puf.
 Von Bertalanffy, L. (2012). *Théorie générale des systèmes* (J.-B. Chabrol, Trad.; 3^{ème} édit.). Dunod.

ملح

ق

1. خطة الدرس - Syllabus

وحدة التعليم :. أساسية المادة :. مدخل إلى علم النفس المرضي
الميدان / الشعبة :. علم النفس (الثانية ليسانس)
السداسي :. II السنة الجامعية :
الرصيد :. 5 المعامل :. 2
الحجم الساعي الأسبوعي الكلي :. 1.30 سا
محاضرات (عدد الساعات في الأسبوع) :. 1.30 سا
الأعمال الموجهة (عدد الساعات في الأسبوع) :.
الأعمال التطبيقية (عدد الساعات في الأسبوع) :.
لغة التدريس :. العربية + مصطلحات باللغات الأجنبية
الأستاذ المسؤول على المادة :. عبد القادر بهتان الرتبة : MCA "
المكتب :.
البريد الإلكتروني :. behtane.abdelkader@univ-guelma.dz
أوقات الإستشارة البيداغوجية :. خارج أوقات التدريس

الأهداف : مدخل إلى علم النفس المرضي يوجد في مفترق الطرق بين علم النفس العيادي والطب النفسي، يسمح للطالب بمعرفة الأحكام القاعدية في المقياس: التشخيصية، السلوكيات السوية واللاسوية، الصحة النفسية و المعرفة العامة للسيمولوجيا المستخدمة في الطب المرضي والسيكاتري، وأهم تصنيفات الأمراض النفسية والعقلية. هاته المعرفة تسمح للطالب بالإحاطة بأهمية الصحة النفسية و تمايزها عن مختلف الإضطرابات النفسية والعقلية.

برنامج المحاضرات:

1. لمحة تاريخية
2. تعريف علم النفس المرضي
3. طرائق البحث في علم النفس المرضي
4. معايير السواء
5. المفاهيم القاعدية في علم النفس المرضي: البنية، القلق، الصراع،
6. آليات الدفاع وكيفية عملها
7. وصف ودراسات الوحدات الكبرى في علم النفس المرضي.
8. العصاب، الذهان، الحالات الحدية، الحالات الاكتئابية
8. السيمولوجيا في علم النفس المرضي: العرض، التناذر، و تشخيص المرض العقلي.
9. التطور التاريخي لعلم النفس المرضي
10. التيارات في علم النفس المرضي: التيار السلوكي المعرفي، تيار الطب العقلي، التيار السيكدينامي،....

التقييم : مراقبة المعارف والترجيحات

| المرقبة | الترجيح |
|------------------------|---------|
| الامتحان النهائي. | %60 |
| الأعمال الموجهة | |
| الحضور والمشاركة. | %20 |
| الأعمال التطبيقية | |
| الامتحانات الفجائية | |
| مشاريع الدروس | |
| البحوث | %20 |
| الفروض المنزلية | |
| أخرى | |
| المجموع. | %100 |

بعض المراجع البيبليوغرافية

- إتحد الكتاب العرب. (2001). علم النفس في القرن العشرين. (ج1). دمشق، سوريا
حسن غانم م. (2006). مقدمة لعلم النفس المرضي. المكتبة المصرية. الإسكندرية.
حمدي الحجار م. (1998). المدخل إلى علم النفس المرضي. دار النهضة العربية. بيروت.
طه ف، وآخرون. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. دار سعاد الصباح. القاهرة.
عبد الله عماره، ر. (2013). إصلاح الروح مع النفس. مكتبة الثقافة الدينية. مصر.
عوض أ. (2015). الأمراض النفسية الشائعة-أسبابها وكيفية علاجها. وكالة الصحافة العربية. مصر.
عوض ح. (2018). الأمراض النفسية: العدول الأول للإنسان العصري. وكالة الصحافة العربية. مصر.
فلاح حسين ح. (2015). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. ط2. مركز دبيونو لتعليم التفكير. الأردن.
منظمة الصحة العالمية. (1995). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD:10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. النسخة العربية. الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية والتشخيصية. المركز الإقليمي المتوسط. القاهرة.
- Aboud, Z. (1998). *Cours de psychopathologie* (A. Bèhtane, Trad.) [Cours de Licence].
Arbisio, C. (2003). *Le bilan psychologique avec l'enfant*. Dunod.
Barthelemy, J.-M. (2006). *Cours de psychopathologie* [Cours de Master].
Bèhtane, A. (2020). *Annales de psychopathologies* [Cours de licence].
Bergeret, J. (2003). *La personnalité normale et pathologique* (3^{ème} édit.). Dunod.
Bergeret, J., Bécache, A., & Widlöcher, D. (2012). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Elsevier Masson.
Bioy, A., & Fouques, D. (2016). *Psychologie clinique et psychopathologie* (3^{ème} édit.). Dunod.
Bloch, H., ed. (1997). *Grand dictionnaire de psychologie*. Larousse.
Caralp, E. (1999). *Ces maladies mentales nommées folies*. Milan.
Chabrol, H. (2005). *Les mécanismes de défenses*. 3(82), 31–42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
Delbrouck, M. (2007). *Psychopathologie: manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute* (3^{ème} édit.). De Boeck.
Ghiglione, R., & Richard, J.-F. (1999). *Cours de psychologie. Bases, méthodes et épistémologie*. Dunod.
Ionescu, S., Jacquet, M., & Lhote, C. (2003a). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique* (3^{ème} édit.). Nathan.
Kernberg, O. (1997a). *La personnalité narcissique*. Dunod.
Kernberg, O. (1997b). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.
Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). The language of psycho-analysis. <http://www.cppef.ca/wp-content/uploads/2014/04/SEMINAR-IV-TRAUMA.pdf>
Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Puf.
Lieury, A. (2000). *Psychologie générale: cours et exercices* (3^{ème} édit.). Dunod.
Marion, C. (2012). Approche ethnopsychiatrique. In S. Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique: 4 approches théoriques* (3^{ème} édit., pp. 161–253). Dunod.
Minkowski, E. (1999). *Traité de psychopathologie*. Institut Synthé-Labo.
Mucchielli, A. (1981). *Les motivations* (3^{ème} édit.). Puf.
Quinodoz, J.-M. (2013). *Lire Freud*. (5^{ème} édit.) Puf.
Von Bertalanffy, L. (2012). *Théorie générale des systèmes* (J.-B. Chabrol, Trad.; 3^{ème} édit.). Dunod.