



منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

علم الشذوذ النفسي

الدكتور
علي سعد

جامعة دمشق



المقدمة

لما علم النفس وتطبيقاته بين العلوم الرئيسة التي تغطيها الاستراتيجيات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتربوية في التخطيط لخاصة ومستقبل المجتمعات المتطورة .

وعندما دمج المفرد الأول من هذا القرن التفكير بالداخل كجذبات علم النفس في الأنشطة البشرية المتنوعة فكبرا انتاجيا يرس على التدخل الفعوي واضعاف ما ينطق عليه .

وعلم السلوك النفسي موضوع هذا الكتاب من أبرز فروع علم النفس . تطال أطروحاته أمثالي بنسب الذات ، ونظم الحسية النفسية ، والاجتماعية ، والانفعالية النفسية الإنسانية ، التي يلف المفوض كينونته ، وتوافق الأسرار صيرورتها .

لا يتوقف علم السلوك النفسي عند دراسة المستقرين وأنماط حياتهم السلوكية ، والثقافية ، وإنما يمتد ذلك ليشمل من بين ما يشمل الأسوياء (على ندرتهم في المطلق) من حيث حاجات وموئل ومواقف نموهم . وهو حين يكشف بتفانته العلمية التنامية المستحوذ الأسود ، الشعاعي والاجتماعي ، ويوسع المستقر عن الأمور النفسية والخلقية ، والثقافية ، والاسرية ، ويوسع تحت المجهر النفسي ونقاط الضعف ، ويواجهنا بخصائصنا الشمرية واللامرورية باعترافنا نرى فينا النفسي أو بالآخرى : لبنا الانفعالي الإنساني . حين يفعل كل هذا والكثير غيره يقدم خدمات عظيمة تساهم في رفع مستوى الوعي متعدد الأوجه ، القزم للحياة اليومية ، والصغيرة ، والكليات الإنتاجية .

تألم مساهمتنا المتواضعة في سبيل تدعيم الوعي النفسي الذي نتوخاه في مجتمعنا ،
ويعجزنا عدم وجود بالشكل الذي ينسجم مع قيمته لدى أكثر من موقع من مواقع
حياتنا المتقدمة بالأسرار ، ويشرح فيساب خدمات علم النفس في بيئتنا أسئلة
كثيرة نتمنى الإجابة منها بظهور العديد من المساهمات العجيبة النفسية كإطار نظري
لنؤسس تشاد وتمنى بالإنسان سلوكيا وانفعاليا لتتكامل مع سبل العناية الأخرى ،
وترفع من مكانة الإنسان غاية كل تنمية . والعبد الأكبر في ذلك يقف على عاتق
المتخصصين المؤمنين بإمكانات علم النفس وبصوره وبالعبادة إليه .

يصدق المؤلف بتبارة الملاحظات التي سيتكرم بها القارئ الناقد ، وبوضوحها
بالحسبان في طبعات أو كتب لاحقة وسيكون المؤلف نفسه في مقدمة المنتقدين ومن
أكثرهم شدة بحثا عن ذاك الكمال العلم .

دمشق - حزيران ١٩٦٢

الأستاذ

علي سامر سعد

جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الأول

الشذوذ من منظور تاريخي

— دينامية المفهوم —

جامعة دمشق
Damascus University



التشخيص من منظور تاريخي

يشترك التطور الاجتماعي آثاره على مختلف ميادين الحياة ووجوهها ، وتبدو آثاره هذه أكثر ما تبدو في حقول قوانين الضبط الثقافية والاجتماعية ، المكتوب منها (قوانين - دساتير - آداب وفنون) ، وغير المكتوب (أعراف - عادات - تقاليد - أمثال - الخ) ، حيث تتطور هذه القوانين ضمن سياق تاريخي متعدد بالزمان والمكان والحركة . وبشكل ينسجم في معظم الأحيان مع مسيرة الفعل الذاتي للتجذبات البشرية المعنية . يطرأ على هذه القوانين التمدل ، وربما التغير حسب مقتضيات عمليات التطور الاجتماعي وأدواته والتي تتطلب قوانين وأعراف ودساتير جديدة تلبي حاجات أفرادها وجماعاتها وبخاصة في مراحل تاريخية تشهد تغيرات نوعية في بنائها بفعل عوامل ذاتية داخلية ، أو موضوعية خارجية .

- تتمثل في السياق التاريخي الفلسفة بإبادة الفردية والاجتماعية والانسانية ، وتتمثل معها وجهات النظر المفسرة لقضايا الوجود ، ومكوناته المادية والروحية والفكرية ، ويصبح ما كان مجهولا بالامس معروفا وبدهيا اليوم ويحل مكان التفسير الباطني العجافل تفسير أكثر تقدما ووثوقية .

- في الميثاق التاريخي تطرح إشكالية القيمة وديناميكتها بما فيها موضوعها للتغير والتعديل . وبخلاف ما تذهب إليه الكثير من الآراء والفلسفات المثالية حصول ثبات القيمة في مواجهة الحركة المادية والاجتماعية ، فاننا نرى أن مقتل القيمة هو في انخراط هذه القيمة من مجالها الاجتماعي وعندها فوقه فاعلة فيه غير منفصلة . اتنا نشير من البداية الى أننا لا نمتد بالرأي الذي يشير الى سكون الأشياء المطلقة

تمت أية تسمية ، وبخاصة ما يتعلق بتفسير السلوك الانساني المتحرك المتفاعل مع مكونات محيطه ويشمل مفهومنا للسلوك : كيفية الحركة والقول والتفكير والطوح والنزوع والعلم والانفعال . الخ الذي يمكن أن يقوم بها الانسان بشكل شعوري ، أو لا شعوري مستخدما تفاعلا بين آلية بيولوجية أو وجدانية نفسية ، أو اجتماعية مادية أو روحية ، وآلية أخرى سواءا كان هذا التفاعل على صعيد المحيط الداخلي الذاتي للانسان أم المحيط الخارجي الموضوعي له .

وما ينطبق على سلوك الانسان في هذا الامار ينطبق على اتجاهات الانسان واعتقاداته وفلسفاته الخاصة والعامة ، اذا أنها على علاقة وثيقة ومتفاعلة مع مكونات السياق التاريخي وبخاصة الثقافية والمادية والروحية ، وتشكل في معظمها استجابات لحاجات ديناميكية متنوعة يعرضها ويستثيرها الواقع ويتدخل في مضامينها .

وهكذا فقد ارتبطت الآراء والاتجاهات التي فسرت الاضطرابات السلوكية والسلوك الشاذ عبر التاريخ، بمدى التطور الثقافي والعلمي العام والفلسفة الاجتماعية للخاصة ، واذا كان من المعروف والرائج الآن لدى الكثير من الكتاب في ميادين علم النفس - والاجتماع - والاداب والسياسة . الخ ومصفى عصرنا الراهن بعصر القلق والاضطراب والتوتر .

فان هذا لا يعني أن الاضطرابات السلوكية بدأت مع بداية هذا العصر الحديث ، وتطورت بفعل حضاراته . لقد بدأت الاضطرابات السلوكية مع بداية الانسان ومع بداية مسيرة البحث الابدية لتحقيق حاجات النمو ومتطلباته ، مع ما يرافق ذلك من احتمالات الاضطراب والقلق والتوتر والقلق على حياة مأسدة يومئذها المادي والنفسي إن هي عجزت عن تحقيق تكيف مناسب مع المواقف المواجهة .

وما يميز اضطرابات اليوم عن اضطرابات الاس حسب منطلقنا في البحث هو كبرها وتنوعها وأدوات البحث والتشخيص فيها أكثر من ما هي متوفرة ...

فالفصام هو الفصام قديماً وحديثاً ، والهستيريا هي الهستيريا ، والاكتئاب والهوس .. الى ما هنالك من اضطرابات . تشير كلها الى كينونة مرضية واحدة والى صيرورة مرضية متشابهة . وما اختلف بين الماضي والحاضر ينحصر بموامل الاضطرابات وقيمتها . فالعوامل وكشفها خاضعان لتطور علمي مضطرد . والقيمة خاضعة نوعي اجتماعي انساني متطور .

سنحاول في هذا الفصل رصد ما أوردته أبجديات علم النفس من آراء واتجاهات فسرت بموجبها السلوك الشاذ عبر التاريخ . وأمنيتنا هنا أن يستتبع القارئ الكريم العلاقة الواضحة بين الرأي الذي يفسر الظاهرة ، والامطار المرجعي الفلسفي الاجتماعي الذي عاصر ذلك الرأي . مع الإشارة الى أن بعض الآراء القديمة في الشذوذ توجد جنباً الى جنب مع الآراء الحديثة وفي المجتمعات الحديثة وكأنها هنا تمثل هي بذاتها شذوذاً خاصاً لقاعدة عامة مفهومة ومدركة .

التنبيس الشبهائني والاضطراب السلوكي / القوى ما فوق الطبيعية / :

لعل هذا الاتجاه في تفسير الشذوذ من أقدم الاتجاهات وأكثرها التصاقاً بالتنسيب الغيبي والجغرافي لظواهر الكون ، التي سادت في عصور ما قبل التاريخ وحتى المصور الوسطى ، ولدى حضارات عملاقة كحضارات ما بين النهرين مثل السومرية والبابلية والاشورية . والحضارة الفرعونية في مصر وكذلك الهندية والافريقية والرومانية .. الخ .

يفسر هذا الاتجاه الحالات اللاعقلانية وتناقض المصاب بها مع الطبيعة ومسح الارادة الضعيفة المتمثلة في الالهة آنذاك . بأنها حالات تقف وراءها ارواح شريرة ، أو قوى غيبية تمتلك المضطرب وتحل به .

لقد صنفت تلك الارواح وصنفت أدوارها ، فمنها الايجابي الخير الذي يسأل عن الافعال الطيبة عند الانسان ، ومنها الشرير التي يسأل عن الافعال الضارة . وأمام مسألة معقدة كهذه لم يكن من الممكن اتخاذ أي إجراء ضدها إلا بالادعية والصلوات

والترجي أن تغادر تلك الأرواح الجسم الذي سكنته وميبت بذلك لمة ، لا تقف مضارها على الشخص الذي حلت به ، بل تتغداه لتشمل بيئته الاسرية والاجتماعية، الامر الذي أوحى بأول محاولات العلاج النفسي في التاريخ، ولو كانت بطريقة لا تقل خرافية عن تفسير علة الاضطراب . حيث اتفق على ضرورة اخراج الارواح، وعندما لم تفلح الدعوات والصلوات وضمن تطور (علمي) مفهوم في اطار بيئة تؤمن بالقوى النفسية الخارجية ما فوق الطبيعة . . . وتؤمن بأن لكل شيء ، طبيعيا آكان حيونيا أم بشريا روحه الخاصة . فقد أدخل تطور جديد في مسيرة علاج الاضطرابات آنذاك تمثل بما كان يسمى التربنة (Terpaning) نسبة الى الاداة التي كانت تستخدم في فتح فوهة أو ثقب في جمجمة المضطرب ، بحجة إفساح المجال لخروج الروح الشريرة التي سكنت المريض . وقد عثر الأركيولوجيون والأتروبولوجيون على أدوات ما يمكن تسميته أول جراحة قسية وعثروا على جماجم كثيرة وفيها آثار الفتحات التي خربت منها الارواح المزعومة . .

وتجدر الإشارة الى أن بعض الحالات تشفى بفعل الأدوية والصلوات وذلك عن طريق الايحاء بخاصة اذا كانت الاسباب انفعالية وبيئية . لا بل فقد اعتقد أيضا بالشفاء عن طريق التربنة بعد الشعور على جماجم بدت وكأن فوهاتها التامت بمسد فتحتها . وعاش أصحابها لفترات من الوقت بعدها ، وقد اشير الى أن الفتحات هذه قد يكون لها أثر في تخفيف الضغط عن دماغ المريض .

وفي العصور المتأخرة اختلطت فكرة الجنون الذي يسببه التلبس الشيطاني بفكرة ممارسة السحر ، وهو ارتباط ظل موجودا حتى القرن السابع عشر على الأقل (١٩٨٧-١٥٢) واشتمل الكتاب الخاص الذي ظهر عام ١٦٨٤ باسم مطرقة السحرة وكتبه اثنان من الرهبان الدومينيكان بالإضافة الى ما اشتمل عليه من نصائح حول كيفية اكتشاف السحرة وأداتهم وعقابهم قدرا كبيرا من المعلومات حول السلوك المتعرف الذي كان معظمه سلوكا جنسيا قاضحا ، وهذا الشيء الأخير ليس مثيرا للدهشة فقد تمسك / كريمر وسيرلجر / مؤلفا الكتاب بفكرة أن الشيطان يعمل داخل الساحرة ويلبسها من خلال الاتصال الجنسي معها ، بحيث أن التحرير

أو المتق الكلي للروح الخالدة هو الأكثر أهمية من توفير الراحة للجسم المتلبس أو المريض ، فقد استخدم العقاب البدني في أشد صورة كالإغراق في الماء والاحراق بالنار من أجل جعل الجسم مأوى لا يطاق ومكانا للإقامة لا يحتمل بالنسبة للشيطان ، وقد استخدم هذا الأسلوب أيضا بالإضافة إلى الطقوس الروحية المعتمدة أساسا على الرقي والتمايز .

وعند دراسة الاضطرابات العقلية لدى الرجل البدائي ، فأننا كثيرا ما نواجهه بما يسمى (الشامان) ويسرر الشامان (٢-١٩٨٤-١٥٠) كطبيب ملهم عرضة لأن تستحوذ عليه الأرواح ، وأن تتكلم هذه الأرواح من خلاله وقد أوردت التقارير الاثنوبولوجية الجوانب الدرامية لما يقوم به الشامان ، وخلال ما يدعيه من ظهور الأرواح أثناء جلسات مشحونة انفعاليا .

وتكشف هذه الدراسات عن الدور القيادي اجتماعيا للشامان وكذلك وظيفة العلاج النفسي ، وعادة ما تعقد هذه الجلسات في حضور آخرين . وتزايد حدة اضطرابات الشامان ، وهي اضطرابات يعمل على حلها التخمين بشراسة ، وتناول أجزاء معينة من بعض نباتات الصبار وغير ذلك . وتكون هذه الجلسات مصحوبة بموسيقى إيقاعية وبغضاسة الطبول ، إلى أن يصل الشامان إلى حالة من فقدان جزئي للشمور ، مصحوبة بحركات غير طبيعية . ويكشف الشامان عن وجود الأرواح من خلال ما يشهده به ، وما يقوم به من حركات عنيفة . وخلال اشتراك مرضى العقل في هذه الطقوس ، فإنهم قد يمتدحون بخطاياهم أو يطلبون شفاءهم مما يعانونه ، وبغضاسة مما يمزى إلى الروح الشريرة . وعادة ما يعبر الشامان عن تحرير المريض من الروح الشريرة بأن يخرج الشامان من فيه هو شيئا مثل حصاة أو حشوة أو شمرة أو غير ذلك .

وكانت شخصية الشامان موضع نقاش . والفكرة عن الشامان أنه هو نفسه لم يكن ذهانياً (Psychoic) أو مصابا بالصرع كما كان يظن بذلك بعضهم مسبقا ، وإنما الشامان هو أساسا رجل عصابي (Neurotic) . وأنه كان يجد مخرجاً لانهجالاته خلال تلك الجلسات والتي تمثل محاولة لا شعورية لشفاء نفسه . على

أن تلك المجتمعات البدائية ، كانت تفترض أنه لكي يتخذ الانسان دور الشامان، كان عليه أن يتصف بالقدرة على استقبال الاحلام وغيرها من الظواهر السيكولوجية التي تحدثها العقاقير والنباتات الطبية . كما كان الامر يتطلب منه أن ينزل فترة عن المجتمع .

ولم تكن الفترة آنفة الذكر لتخلو من بعض الافكار والممارسات الخرافية، التي كانت تجرى في المعابد على يد الكهنة الاغريق والرومان ، الذين اعتقدوا بوجود الهة للشفاء ، ومن الخرافات التي أحاطت بأسباب المرض العقلي انه يتأثر بدوران أوجه القمر ومن هنا كان اشتقاق كلمة (الته) الانكليزية (Lunacy) من كلمة القمر (Luna) (٣ - ١٩٨٣ - ١٣) .

ويبدو من الممكن العثور على ما يشير الى اتجاه خرافي آخر مرتبط بقوى خارقة يشل امتداداً لاتجاه التلبس الشيطاني . كالاتجاه التأمري (٤ - ١٩٨٦ - ٣٤) الذي يذهب أصحابه الى التأكيد بأنه لا يوجد مرض عقلي في الواقع العقلي وان المرض موجود فقط في عين الناظر ، وبأن المريض هو ضحية الصاق تسمية المرض به ، وان هذا الالتصاق هو أشبه ما يكون بمؤامرة على الفرد لنعته بصفة المرض ، وان هذه المؤامرة متعددة الجوانب تشترك فيها الاسرة والمجتمع والباحث الاجتماعي والطبيب المختص وغيرهم من المنتفعين . ويقول ساذ في هذا الموضوع : « ان نستفسر ما بصفة المرض يجب لنا أن نتولى رعايته ، وان نتخذ قرارات تؤثر في حريته تحت ستار تقديم المون له » ، وبهذا فان المرض العقلي يلعب في الحياة دور السحر الذي ساد في الماضي . وطبقاً لهذا الاتجاه التأمري « فان المجتمع يستعمل القوة والخداع وتحت قناع من بلاغة الشفقة، ويسون من المتخصصين من الاطباء ، وبهذا يمكن تجريده أي فرد غير مرغوب فيه اجتماعياً من المقدرة على المقاومة والدفاع عن النفس وبصورة تبدو مرموقة ومشروعة » .

طبيعية الاضطرابات السلوكية / وجهة النظر الطبيعية :

مع تطور ميادين المعرفة الانسانية ووقتها تبلورت وجهات نظر جديدة حول

الاضطرابات السلوكية ، وبدأت مع أعمال إيقراط الارهاصات الفكرية العلمية الاولى التي تصدت في حينها للاراء التفسيرية الغيبية للاضطرابات .

رفض إيقراط النظرة التأملية والخرافية الفامضة وعدها عجزا واضحا ، وطالب بالنظر الى الاضطرابات السلوكية نظرة فيسيولوجية طبيعية ، بعد أن أشار الى العلاقة بين تلك الاضطرابات وطبيعة الدماغ لدى الانسان ، وذهب الى أبعد من ذلك عندما فسر حالات الاضطرابات الانفعالية والامزجة تفسيراً فيسيولوجياً ، وبذلك يكون قد وضع القاعدة الاساسية لتوجه جديد في فهم الاضطراب النفسي عرف بالاتجاه الطبيعي ، ويأتي افلاطون ليؤكد ما ذهب اليه إيقراط في تأكيده لدور المجمع في الحياة العقلية ، وليضيف رأيه بأن الروح تتكون من قسمين (روح خيرة) و (روح شريرة) الروح الاولى خالدة ومقدسة ومظاهرة ومركزها الدماغ ووظيفتها القيام بدور العقل ، والروح الثانية غير الخالدة وهي مصدر رغبات الفرد ونزعاته وشهواته ومقرها الصدر ، ويربط بين مرض العقل ومرض النفس حيث يحدث هذا الاخير بالنسبة لافلاطون ، نتيجة للصراع بين خصال الشخصية أو نتيجة للارهاق . كما أشار الى دور العقلانية في تجنب المرض ، في حين عد ارسطو القلب مركزاً لأعمال الانسان العاقلة .

الانجاز البارز والهام في هذا الاتجاه هو خروجه عن المألوف الغيبي في ذلك الحين من تفسيرات لقضايا الكون ومن بينها السلوك .

ولكن يبدو واضحاً أن المزل بين الخارج والداخل ، بين الذات والموضوع في الظاهرة السلوكية لا زال قائماً . ففي حين تركزت الآراء الغيبية على دور القوى الخارجية فوق الطبيعية بشكل مطلق في سلوك المصنوية ، يركز الاتجاه الطبيعي على الذات في سلوك هذه المصنوية سواء عن طريق الاخلاط والمصارات وتأثيرها في الدماغ ، أو عن طريق مراكز ديناميكية للارواح النشطة الخيرة والافعال العاقلة داخل المصنوية .

وكان على الانسانية أن تنتظر ردحا من الزمن ليظهر الاتجاه الذي يبرز تفاعل

محيطي الظاهرة السلوكية ، من الخارج والداخل وتوفيف ذلك في فهم الاضطرابات السلوكية .

وفي تقديم تاريخي يستعرض (١٨٦٥-١٩٨٥) الارهاصات الاولى لوجه النظر الطبيعية في تفسير الشذوذ ويعيدها الى منتصف القرن الاول قبل الميلاد حيث ظهر الطبيب اسكليبياديس Asclepades وهو متخصص في الأمراض العضوية ، حيث أشار الى أن سبب المرض العقلي يكمن في الاضطراب الالهامي الذي يصيب بعض الأفراد وهو لذلك كان ينصح بالرفاق المرحين ، وبسماع الموسيقى ، والترفيه عن النفس كوسائل علاجية ، وقد كان من أول الأطباء الذين رفضوا فكرة حجب المريض العقلي في غرفة مظلمة ، وكان ينصح بوضع مريض العقل داخل حجرات مضيئة تتوافر فيها الشروط الفيزيائية بصورة جيدة ، وذلك لأن الظلام يزيد من مخاوف المرض ، ومن مشاعر البؤس التي تسيطر عليهم ، وهذا ما يزيد من شدة أعراض (الجنون) لديهم . ثم ظهر طبيب اسمه سلسوس (Colous) كانت له بعض الآراء الثورية ، فهو كان يرى أن الطب العقلي لا يتم الشفاء فيه عن طريق الفلسفة ، فالفلسفة وسيلتها الكلمة ، والكلمة قليلة الفاعلية في الشفاء ، وقد هاجم معظم الأساليب المتبعة في علاج الأمراض العقلية ، وأهمها أسلوب العنف ، والضغط ، والشدة ، ونتيجة لذلك فقد خرج سلسوس بمفهوم جديد في علاج مريض العقل ، يقوم على تخليص العقل مما يسيطر عليه من ضغوط ومن توترات لا تحتلها النفس البشرية ، وفي نحو نهاية القرن الأول الميلادي كتب Soranus وهو متخصص في الطب عن الأصول الواجب اتباعها في علاج المرضى العقليين ، فقرر بأنه تجب معاملةهم برفق ، ودون قسوة ، وأن يوضعوا في حجرات صغيرة بعيدة عن الضوضاء ، وأن تكون هذه الحجرات في الطابق الأرضي منعاً للاقاء المرضى بأنفسهم من الطوابق العليا ، وقد استفاد سورانوس من آراء الطبيب (سلسوس) وفي تلك الفترة كان هناك اتجاه آخر في مجال الاهتمام بالمرض العقلي يشله كاليبوس أوريليانسوس (Caellus Aure Lianus) الذي تناول المرض العقلي من زاوية الانحرافات النفسية ، وعد الجن مصدراً للانحرافات العقلية يصيب الرجال والنساء على حد سواء ، وبعد ذلك كانت هناك بادرة قوية من أحد الأطباء واسمه جالن Galen كان قد

تأثير بآراء أبقراط ، وكان يسرى أن المسخ (وليس القلب) مكان الروح
 المعاقلة ، وقد توصل الى هذه النتيجة عن طريق تجارب أجراها على بعض الحيوانات
 الحية ، وجد فيها أنه حينما يضغط على القلب فإن الاوعية الدموية هي التي تتأثر
 فقط ، في حين أن الضغط على المخ ينتج عنه حركات لا شعورية ، كما يؤدي الى
 الشلل ، واعترف جالان بأهمية العلاقة بين الشخصية والصحة الجسمية ، ويسرى
 جريجوري زيلبورج Gregory Zillboorg وهو أحد مؤرخي الطب المعديين أن
 جالان لم يسهم بشيء جديد فيما يتعلق بالملاج ، وبالوصف الاكلينيكي للأمراض
 العقلية ، وإنما قام جالان بوصف المعرفة التي كانت سائدة في العصر الانريقي -
 الروماني ، فيما يتصل بمجال الطب العقلي ، وقد مات جالان عام (٢٠٠) بعد الميلاد ،
 وبعد هذه الفترة بدأت الفترة المظلمة في تاريخ الطب عامة ، والطب العقلي خاصة ،
 ففي الفترة الواقعة بين (٢٠٠ - ٨٠٠) م أي حتى منتصف القرن الثامن الميلادي كانت
 معاملة المرضى العقليين في أسوأ حالها ، وقد اتسمت هذه المعاملة بالرعب والقسوة
 وعدم التسامح ، وقد وصل ذلك الى درجة تدعو الى الحزن والاسى ، حيث كان يتم
 البحث عن مرضى العقل من أجل قتلهم وابدانهم بصورة جماعية ، ورجعهم بالحجارة
 حتى تسيل الدماء منهم ، فقد كان من المعتقد أن الشياطين والارواح الشريرة تسكن
 أبدانهم ، وقد كان المسؤول الاول عن هذه النكسة سيطرة كنيسة روما على عقول
 الناس ، وتمدنا بعض الارقام ببيانات مروعة ، فقد قتل في عهد الملك فرنسيس الاول
 ملك فرنسا ما يقرب من (١٠٠٠٠٠) من هؤلاء التمناء .

وبعد انتهاء القرن الثامن ظهرت بعض القوانين التي حرمت اضطهاد (المجانين)
 ومع ذلك فقد بقيت النظرة الى المجانين تنسم بالسخف ، والازدراء ، وعدم الشفقة
 والرحمة ، فلم يكن لهم مستشفيات أو معاهد خاصة ، تقوم على رعايتهم ، وبقي هؤلاء
 يوضعون داخل السجون ، وكثيرا ما يكونون عرضة لضحك الجمهور وتهكمه الذي
 كان يزور هذه السجون ، ولناخذ مثالا على ذلك في أواخر القرن الثامن عشر أنشئ
 في لندن مستشفى للأمراض العقلية يعرف باسم مستشفى بيتلسم الماسكي
 (Royal Bethleme Hospital) وقد كان بعضهم يشبه الذهاب الى هذه المستشفى
 بزيارة الى حديقة الحيوانات في الوقت الحاضر ، ومثال آخر ما حدث في مستشفى

يورك بلندن عام ١٨١٤ حيث اندلع حريق مسروع أثنى على جميع ما كان بداخله . ومات عدد كبير من المرضى العقلين واغتنى بعض منهم ، وبسد الحاج الحكومة والجمهور قام صموئيل تيوك بأجراء تحقيق شامل عن هذه الحادثة ضمنه التقرير التالي « .. لا توجد أية فوافذ للهواء داخل الغرف ، عدا غرف المرضى الاغنياء ، وقد حولت جميع غرف الرجال الى مهجع واحد ، كما أن هناك مهجعا آخر للنساء ، ولا توجد أية اجراءات للحماية من المطر ، أو الحرارة ، أو الحريق .. انك تجد في مكان واحد أكثر من (١٠٠) فرد ضعيف يحسروا معا دون أية رعاية ، ولنا بحاجة الى أن نمدد الاخطار والمساوىء الناجمة عن مثل هذا الحشر ، فخطر ايذاء المرضى بعضهم بعضا كان ظاهرة شائعة الحدوث . ولا يفوتنا أن نذكر مساوىء الخدمة ، والاهمال التام للترفيه ونظافة المكان ، أما الادوار العليا فقد كانت أسوأ حالا .. الخ » وقد أدى هذا التقرير الى اثاره احتجاج الشعب ، وتمسكت ائسر ذلك لجنة في عام ١٨١٥ برئاسة الطبيب جيمس بيرش شارب (James Birch Sharpe) تقدمت هذه اللجنة باقتراحات لتحسين الملاجىء التي ينزل فيها المرضى العقليون .

أما في فرنسا فقد كتب الطبيب النفسي (اسكيرول) (Esquirol) في تقرير له عن الظروف التي كانت سائدة في مستشفيات الامراض العقلية في فرنسا يقول : « لقد رأيتهم - أي المجانين عرايا ، أو تغطي أجسادهم بالملابس البالية الممزقة ، وينامون على أكوام من القش تقيهم من برودة ارض الغرفة الرطبة ، وقد كانوا مهرومين من الهواء النقي ، والماء النظيف ، .. انهم يمشون بلا اضاءة ، ومقيدون بالسلاسل ، ويجلسون في كهوف لا تعيش فيها الحيوانات ، ويعاملون معاملة المجرمين السياسيين ، وترى وجوههم شاحبة اللون ، حتى أن الحراس يقومون بعرضهم أمام الجمهور كما لو كانوا حيوانات نادرة وغريبة (٥ - ١١) » .

وكان من الطبيعي أن يتصدى لهذه المعاملة القاسية أولئك الذين يؤمنون بالنساية الانسان ، تحت أي ظرف أو أي شرط ، يؤمنون بأن الاعاقة ومهما كان شكلها أو طبيعتها لا يجب ان تنال من قيمة الانسان .

ويشهد تاريخ علم النفس المرضى الكثير من الأطباء أصحاب النزعات الانسانية والذين بدون شك تأثروا بالتطور العلمي الثقافي ، الذي ادت الى تمييزه تغيرات اجتماعية مشهود لها في عصر الاصلاح في اوروبا ، يأتي في مقدمة هؤلاء ، الطبيب الفرنسي فيليب بينسل (Philippe Pinel) الذي تولى ادارة مشفى بيسستر (Bicetre Hospital) للأمراض العقلية عام ١٧٩٣ وعرف بنزعة انسانية وقاد بنفسه عملية تحرير المرضى السجناء ، ففك القيود وعسم مفهوم المرض العقلي بدلا من مفهوم الجنون الذي كان سائدا ، ووسط دهشة المراقبين لعمل بينل فقد تحسنت أحوال المرضى وعرف الكثير منهم معنى السعادة التي حرم منها دونما شفقة ، وما لبثت هذه الافكار الانسانية أن امتدت الى كل انحاء اوروبا وأمريكا . بحيث تولت سيادة امريكية تسمى ديكس المناداة ببادي ، النظرة الانسانية للمرضى النفسيين .

وللحضارة العربية اسهاماتها المظيمة في تطوير اسس علم نفس الثسواذ والاضطرابات النفسية من خلال اجتهادات ونظريات بعض مفكرها . رأينا استعراض آراء بعضهم مبتدئين بهذه القصة التي يسردها ابن سينا في كتابه القانون في الطب ، والتي تشير الى محاولة تشخيصية مبكرة لمرض نفسي عرف لاحقا .

« أصيب رجل بمرض نفسي كانوا يسمونه مرض المانخوليا . وقد استبد به المرض الى درجة جعلته يعتقد انه قد أصبح بقرة . . ولذلك امتنع عن الطعام والشراب مع بني الانسان وأخذ الرجل يقلد الأبقار ويخور مثلها ، ويذهب السى الإقامة في حظائرها ويأكل من أكلها . . وزاد هزال المريض وشعب لونه فعرضه أهله على الأطباء ولكنهم عجزوا عن علاجه ووقفوا أمام حالته حائرين » .

وكان ابن سينا قد اشتهر في هذا الوقت وعرفه الناس طبيا ناجحا ذاع صيته في الآفاق وعرف عنه علاج الأمراض النفسية ، فلما عرض عليه هذا المريض وفحص حالته قال له : ما بالك أيها الرجل وما الذي حل بك . . قال المريض ليس بي شيء الا أنني أصبحت بقرة أخور مثلها وأكل ما تأكل وأفعل ما تفعل . فقال ابن سينا له اذا كنت حقا بقرة فأنني سأذيعك ، قال المريض : أفعل ما تشاء فأنني بقرة ، فأمر الطبيب ابن سينا وقد تظاهر بأنه الجزار ، واحضر سكيناً حادة ثم تقدم الى المريض

وبعد أن وضع السكين على عنق المريض رفعها قائلاً: ما بال هذه البقرة هزيلة
ضعيفة حتى أنها لا تصلح للذبح . فرد المريض ، أنها تصلح للذبح فأذبحني .
فقال ابن سينا كلا لا اذبحها حتى تمنى شحما ولحما وتسمن .

قال المريض : ماذا أفعل حتى أصير كذلك . قال ابن سينا : قم لتأكل كذا
وكذا وتشرب كذا وكذا . قال المريض : اوتذبحني بعد أن أسمن أجابه ابن سينا:
نعم ، اخذ المريض على نفسه عهدا ليفعل ما أمر به . فأقبل على الطعام يأكل ويشرب
كما يفعل الناس . فلم يلبث أن استعاد قوته البدنية وساعد ذلك على شفائه من
مرضه النفسي ثم زاره ابن سينا بعد فترة رآه سليم الجسم والعقل قال له :
مداعبا ما بال البقرة قد سمئت . قال الرجل نعم وأصبحت عاقلة (١٩٨٧-١٩٨٦) .

حقاً لقد كان ابن سينا طبيباً عالمًا وجراحاً وفلسافياً من الطراز الفريد ، ومن
الأوائل الذين أشاروا إلى العامل النفسي ودوره في أحداث المرض العقلي ، وبينوا
العلاقة بين الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية . كما قدم كشفًا كاملاً للعلاقة
بين الجهاز العصبي والأمراض النفسية والعقلية .

تحدث ابن سينا عن دور الوراثة ومؤثراتها ، ولكنه لم يصل دور البيئة وعارض
فكرة الصبر والعزل في السجون لمرضى العقول . كما طبق الكثير من أساليب
الملاجع واستخدام الأدوية والعقاقير وكذلك الحمامات والاسترخاء . ونادى بتغيير
بيئة المريض وتنظيم غذائه وفتح بذلك الباب أمام العلاج السلوكي ومفاهيمه .

أما ابن رشد (١١٢٦ - ١١٩٨) فقد كان عالمًا وطبيباً وفيلسوفاً احتسب
كتابَه الخالد (الكليات) أعظم نظرياته الطبية .

قام ابن رشد بتصنيف الأمراض وفرق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض
المزمنة ، وقال : « أن بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن » وبذلك التعميم أوضح
بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية ، وشدد على الأثر النفسي وعوامل
البيئة في تكوين المرض . اعترف ابن رشد بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض

العقلي ، ولكن الشك النقدي اللاذع الذي اشتهر به ووضعه سباقاً لمنهج الشك عند (ديكارت) ، وفكرته الموضوعية العقلية لتحليل الامور ، وفلسفته بعامة أمور جعلت معظم المؤرخين الغربيين أمثال آرنولد توينبي وكارليس وغيرهما يمدون (ابن رشد) عملاقا من المماثلة الذين وضعوا اسهامات ضخمة للمحضارة والنهضة الاوربية الحديثة وسبوه (المعلم الثاني) بعد أرسطو . نشر ابن رشد مبادئه السيكوفيزيولوجية في مئات المصحات العقلية التي انتشرت في اسبانيا (أندلس الامس) وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة دون الاكتفاء باللوب واحد . وقد ساقه عقله النقدي لرفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصا وعلاجاً ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته . واستفاد فيما يمد رواد النهضة الاوربية وبخاصة اسكيرويل وجال ، وايتارد ، وسبرز هايسم من أفكاره وأعماله « (٥ - ٢٩) »

أما مسكوية (٩٢٣ - ١٠٣٠) (١٩٨٦ - ٢١ - ٢٢) فقد قبل ثنائية الطبيعة الانسانية وغد النفس شيئا آخر مفارقا للجسد بجوهره وأحكامه وخواصه ، وهي التي تعرك البدن من خلال قواها الثلاث : القوة العاقلة والقوة الغضبية (أو السبعية) والقوة الشهوانية (أو البهيمية) . وذهب مسكوية الى أن الانسان يفتقره يسيل الى اللذات الجسمية ، ويشجعه رفاق السوء على الاقبال على تلك اللذات ويرى أيضا أن الانسان قد لا يقبل على اللذات بالفعل وانما يأتيها في نفسه بتذكرها من جديد ، فتغمر النفس ، ويسودها الاضطراب ، لان هذه الذكريات تتعلق بالقوة الغضبية والقوة الشهوانية وهي قوى ترتبط مباشرة بالجسم ولا منفعة منها الا اذا سادها العقل ، أو القوة العاقلة . ويشل مسكوية من يتذكر الشهوات في نفسه بمن يشرب بهائم جامعة ، ويصبح سباعاً ضاربة (مسكوية ، ١٩٥٩ ، ٢١٦) . واذا حدثت وتطلبت الطبيعة اثارها ، فعلى الانسان أن يأخذ منها بالقدر المعقول للضرورة الصالحة .

واللذات الجسمية سواء اقبل عليها الفرد بالفعل أم استرجعها في ذاكرته فانها تشيع في نفسه اضطراباً يؤثر في صحته النفسية ، وحينئذ يكون الانسان ظالماً لنفسه ، جائراً على ذاته كما يقول مسكوية .

ثم يتحدث مسكويه عن مصدر ثان من مصادر اضطراب النفس وهو غايات الفرد عندما تتعلق باللذات المادية واللذات الخارجية الاجتماعية والشروة والجاه والزينة والمواكب . فصاحب هذه الغايات انسان كثير الخوف ، قلق النفس ، مجهد البدن من كثرة جريه وراء ملذات زائلة ، أو على الاقل ممرضة للزوال في أية لحظة (مسكويه ، ١٩٥٩ ، ٢١١) ويضرب مسكويه مثالا لهذا الفرد بالفرد بالكثير من الملوك الذين يحوزون كل هذه النعم ومع ذلك فهم لا ينعمون بالسعادة الحقة التي هي السعادة النفسية الداخلية ، وانما هم دائما في هم وغم .

ولكي يحقق الفرد الصحة النفسية الجيدة وينعم بهدوء البال وراحته ، عليه أن يهذب غاياته وذلك باستبدال اللذات الجسمية والمادية بأخرى تتناسب وقسوة الانسان كونه كائنا عاقلا ، ومن أمثلة الغايات النبيلة : حب العلم والاقبال على الفضيلة . يقول مسكويه في ذلك : « وجب على من يريد حفظ صحته أن يركن الى غاية تتفق وطبيعته الخاصة ، أي طبيعة العقل والتفكير لان النفس متى تعطلت وعدمت الفكر والفروض وراء المعالي تبلدت وتبلت ، وانقطعت عنها مادة كل خير . وإذا ألقت الكسل وتبرمت بالرؤية واختارت العجلة ، قرب هلاكها لان في عطائها هذه انسياحا عن صورتها الخاصة ، ورجوعا منها الى مرتبة البهائم ، هذا هو الاتسكاس في الخلق . وهذا بعكس من يقبل على العلم ، فان ذهنه يتفتح ، ويستقيم نظره في أمور دنياء ، ويمكنه أن يبلغ كماله وسعادته » (مسكويه ١٩٥٩ - ٢٠٨) .

وبالإضافة الى حب العلم والاقبال عليه ، يتحدث مسكويه عن ضرورة تهذيب الملكات النفسية كشرط ثان لتحقيق الصحة النفسية . هذا التهذيب الذي يساعد الانسان على مقاومة عناصر البهيمية ، ويرقيه في مراتب السعادة . فسعادة الانسان هي في أن يبلغ كماله من حيث هو انسان فتصدر عنه الافعال بحسب الرؤية كما يقول مسكويه . وكمال الانسان في أن يتحلى بالمفة والشجاعة والحكمة والعدالة ، والتمسك بالشريعة والامل والثقة بالله والمشاركة في التدبير المدني بين الناس حتى يسعدوا سعادة مشتركة . ان هذه الاشارة اللطيفة الى دور الفرد في إسعاد الآخرين تجعل في ثناياها تطلعا الى تحقيق المجتمع العلماني الذي ينادي به بعض علماء علم النفس الحديث .

ولمسكويه سبق آخر في هذا الميدان وذلك في اشارته الى وجود امراض نفسية ناتجة عن أسباب نفسية * كما كان سباقا في تأكيده على أهمية استبصار الفرد لذاته وقدراته وامكانياته من خلال ما يقدم له من ارشاد ، وقد أطلق مسكويه (التهذيب) على ما نعرفه اليوم باسم علم النفس العلاجي وقسبه الى فرعين رئيسين : الاول (تهذيب الاخلاق) هدفه وقائي يتمثل في حفظ صحة النفس وابقائها سليمة ، والثاني (تطهير الاعراق) هدفه علاجي يتمثل في تخليص النفس مما يبتليها من اضطرابات حتى تعود الى صحتها * .

وقد حدد مسكويه الناس الذين يعدهم بحاجة الى تطهير الاعراق فقال (ان الناس بحكم طباعهم ثلاثة أنواع وهي : قوم خيرون بطبعهم يأتون الخير دائما ببعض سليقتهم ولا سبيل الى فسادهم فهم أصحاب الخير * وقوم طبعوا على الشر وهو ملازم لهم دائما أبدا فلا سبيل الى صلاح نفوسهم وهم أصحاب الشر * وقوم وسط بين هؤلاء وهؤلاء يميلون تارة الى الخير وتارة الى الشر حسب الظروف والتأثيرات التي يخضعون لها وهم المتوسطون * فطباعهم قلقة لا تثبت على حالة معينة هؤلاء الذين هم بحاجة الى العلاج النفسي بشقيه الوقائي والعلاجي * فان مالوا الى الخير لزمهم النوع الاول كي يحافظ على اتجاههم نحو الخير وان مالوا الى الشر لزمهم النوع الثاني لشفاء ما ينتج عن هذا الميل من أمراض نفسية (مسكويه ١٩٥٩ ص ٢٠٥) * .

واتخذ العالم الفزالي (١٠٥٩ - ١١١) (٧ - ٢٣ - ٢٤) بفكرة ثنائية البدن والنفس ، وعد البدن من عالم الارض والفساد والتحلل والفناء ، أما النفس فيجوهر روحاني من عالم الملكوت لا تتحلل ولا تنفنى بفناء البدن ، وهي التي تديره وتصرمه به وتسوسه بالقوة العاملة (الفزالي ١٩٦٧) * .

واختلف الفزالي عن أفلاطون في نظريته الاسلامية الى علاقة النفس بالبدن فقد كان أفلاطون متشاكما عندما عندما عد النفس غريبة عن البدن وسجينة فيه ومعذبة بحلولها فيه ، وسعادتها في التخلص منه والتطهر من أدواته بالموت * على العكس

من ذلك كان النزالي متفائلا ، فرفض فكرة حبس النفس في البدن لانها جواهر ، والجواهر لا يحل بسحل ولا يسكن في مكان . كما رفض فكرة تألم النفس من وجودها مع البدن ، لانها في حاجة اليه في رحلتها من الدنيا الى الآخرة . وشبه النزالي حاجة النفس الى البدن بحاجة المسافر الى المطية والزاد في سفره .

فالنفس مع البدن ليست في سجن تعذب وتسمى الى الانسكاك منه ولكنها معه في منزلة من منازل الهدى ، ترتقي فيها من الأدنى (الدنيا) الى الأعلى والأفضل (الآخرة) .

وفي ذلك قال النزالي : « فالبدن مركب الانسان في سفره ، ولا يمكن للمبد أن يصل الى غايته ما لم يسكن البدن ، ويجاور الدنيا ، لأن المنزل الأدنى لا بد من قطعه للوصول الى المنزل الأقصى » (المصدر نفسه) .

والبدن ليس دنيا ولا حقيقا بل هو مركب النفس الى الآخرة ، ولا بد من المحافظة عليه وحمايته ، حتى تبلغ النفس مبتغاها ، وتحقق غايتها . ومن هنا قلر النزالي الى الانسان ككل متكامل من روح ونفس وجسم وفبر سلوكه التوافقي على أساس « أنه يتألف من علم يدفعه (جانب معرفي) ، وميل قوي (وجداني) ، وقدرة على ذلك ، فيتم التسل (جانب حركي) » . (المصدر السابق) .

ويذكرنا أحد مؤرخي الطب الحديثين غرينوري زيلبورغ بالفصائص التي طبعت (الطب النفسي) عند العلماء المسلمين كالتالي : (٣٥٥) .

١ - لقد كان المسلمون والعرب أول من قام باكتشاف العامل النفسي والمصبي في الامراض العقلية والجسمية ، فهم بذلك أول من أسس ما نطلق عليه حاليا (الطب السيکوسوماتي) . وعارضوا السجبن والمزل لمرضى العقول وفتحوا لهم (المصحات) الخاصة بهم .

٢ - قاموا بتصنيف الأمراض قبل (كريبلن) وميزوا بين أنواعها ودرجاتها ،

١ - وأوضحوا علاقة الاضطراب الانفعالي بالمرض وهذا لم يظهر بوضوح حتى مطلع القرن العشرين ، وكذلك فكرة دراسة (تاريخ الحالة) التي كان أول من ابتكرها ابن سينا وابن رشد والكندي .

٣ - أقاموا مشات المصححات العقلية والنفسية واستخدموا المبرحة والأدوية والتأليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض ، وعالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض ، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الالسانية .

الاتجاه العضوي :

في منتصف القرن التاسع عشر اتجه المنظرون في الاضطرابات السلوكية بخاصة العقلية منها ، نحو حلولات لفهم عليّة الاضطرابات على أساس عضوي ، وكان الجو العلمي بها فيه من انجازات طبية تشريعية فيسيولوجية راقية مشجعا لتحرير مفهوم الاضطرابات السلوكية من الفكر الفلسفي واللاهوتي . فتركز الاهتمام على فهم العمليات الدماغية بحيث تميزت تلك الفترة باهتمامات بدنية محضة ، وأشير بوضوح الى أن الاضطرابات السلوكية ترجع الى مرض عضوي (١٨ - ١٩٨٤ - ٤٠) يتجلى في تلف في الانسجة أو اختلال كيميائي في المسخ وكل من هذين الأمرين إما أن يحدث نتيجة عيب وراثي ، أو اختلال في وظائف الغدد الصماء ، أو التلوث ، أو الجروح ، وعلى الرغم من أن الأساس العضوي لبعض الاضطرابات مثل الذهان الناتج عن ادمان الخمر ، والذهان الناتج عن الشيفوخة قد كشف عنه وعرف ، إلا أنه لا يزال غير معروف في كثير من الأمراض العقلية الرئيسية مثل الاكتئاب والفصام ... ان كان بالفعل أساس عضوي لهذه الأعراض . على أن كثيرا من أصحاب المذهب العضوي يرون أن هناك بالفعل أساسا عضويا ، ولكن الأدوات المتوفرة تفتقر الى الحساسية اللازمة التي تمكننا من الكشف عنه . وهم يؤمنون بأن الفحوص الكيميائية الدقيقة وتقنيات الجراحة المضبوطة سوف يتم التوصل اليها في النهاية ، الامر الذي سيسمح للعلماء من الكشف عن العوامل الجسدية المسؤولة عن المرض العقلي .

وقد كان الشخصان اللذان اشتد ارتباطهما بهذه الجهود هما فلهلم جريزنجير (Wilhelm Griesinger) واميلى كريپلين (Emil Kraepelin) (١٩٨٤ - ٤٠) .

أوضح ما يعرف به جريزنجير أنه سر من على نسبة وجهة النظر العضوية . ذلك أنه نشر في سنة ١٨٤٥ كتاباً بعنوان : باثولوجيا المرض العقلي وعلاجه The pathological and treatment of mental illness حدد فيه قضيته الأساسية على النحو التالي : « المرض العقلي مرض يصيب الجسم وعلى التحديد المخ ، ولذلك فهو لا يختلف في شيء عن سائر الأمراض الأخرى » . وهكذا دخل المرض العقلي في وجهة النظر السائدة عن المرض في القرن التاسع عشر / نظرية المرض الطبي / . وبسبب هذه النظرية نجد أن كل مرض مرتبط بنوع من الباثولوجيا يلحق بجهاز عضوي وبطائفة من الأعراض التي هي مجرد أمارات سطحية على اضطراب كامن . وكما أن الأعراض الجسمية تنشأ عن أمراض تصيب القلب أو الرئتين أو الكليتين أو غير ذلك من الأعضاء ، نجد أن الأعراض العقلية تنشأ عن مرض يصيب المخ . وهذا هو النموذج العضوي للمرض النفسي في صورته الأساسية الرئيسة .

وقد كان هذا النموذج العضوي — بالنسبة للعالم الذي كانت لا تزال تملؤه بقايا أنواع التطهير من النظرية الشيطانية ، بمثابة وجهة نظر مريحة ولو أنه كان يؤدي إلى حالة مقالقة من حيث العلاج . فإن لفظة العلاج في عنوان الكتاب السذي أصدره جريزنجير لم تكن أكثر من وعد أجوف ، ذلك أن الطب العقلي الألماني كان ينجح إلى النظر إلى أكثر الاضطرابات العقلية على أنها غير قابلة للعلاج .

وكذلك يعد كريپلين من أشهر الشخصيات التي أبدت الاتجاه العضوي ، شأنه في ذلك شأن جريزنجير ، بأن أمراض المخ غير قابلة للعلاج . ولكنه مع ذلك تمكن بجهوده من ابتداء تصنيف للأمراض . فقد جعل يدق بعناية في آلاف من دراسات الحالات لرسم خطة تصنيف عدها الناس أكثر أنظمة التصنيف حفظاً من قبول الناس في تاريخ الطب العقلي . وكان عمل كريپلين من كثرة التفاصيل والاكتمال

(خرجت الطبعة الأخيرة من مؤلفه في جزء يسير ، واحتوت على ألفين وخمسمائة صفحة) بحيث أنه أصبح الأساس في كل خطة تصنيف تستخدم الآن من قبل الكثيرين من علماء النفس وأطباء المرض العقلي .

وكان من بين الاضطرابات التي تم وضعها في تصنيف كريبلين اضطراب يسمى بالجنون المبكر Dementia praecox بسبب أنه كان يظن أن مظهره يرجع إلى المراهقة . والجنون المبكر (الذي يسمى اليوم انفصام) كان يعد اضطراباً غير قابل للشفاء يتخذ مجرى التدهور المتزايد الذي لا يعالج أبداً . والواقع أن الاضطراب كان يتم تشخيصه على أساس من تطور الحالة في المستقبل Prognosis أو ما ألسا الذي تنتهي إليه . فلو أن المريض شعبي لافتراضنا أن التشخيص المبكر كان خطأ ، وأنه ما كان يمكن أن يكون عنده الجنون المبكر من بداية الأمر .

على أن هذه النظرة إلى الجنون المبكر كانت متمشية إلى درجة كبيرة مع كثير من اكتشافات الطب العقلي عندئذ . وقد اتضح أن مجموعة أعراض كورساكوف Korsakoff's syndrome وهي اضطراب يتمثل في السلوك الغريب والخلط في التفكير ، تنتج عن تلف في المخ يحدثه إدمان الخمر . وجنسون الشلل العام (General paresis) الذي هو اضطراب يتميز بطائفة من الأعراض الشبيهة بالذهان والشلل ، أمكن تتبعه كذلك من خلال تشريح الجثة بعد الوفاة وورده إلى انحلال في أنسجة المخ . ولم يتبين بدرجة مقنعة إلا بعد ذلك أن جنون الشلل العام سببه الزهري . كذلك جنحت أمثال هذه النتائج التي تدعم التشخيص العضوي للمرض العقلي واستمراره .

الانتماءات السيكولوجية والاجتماعية :

وعلى الرغم من الاسهامات الهامة التي قدمتها الاتجاهات الطبيعية والمضوية ، فلقد بقي الغموض يلف الظاهرة السلوكية باستوائها وبشدوذها ، بماهيتها وصورتها ، ولم تستطع الأساليب المستخدمة على الرغم من السابقتها التي كانت تبدو هنا وهناك من أن تظال عمق المشكلة النفسية ، فاستمر البحث والاجتهاد ، وبدأ يوضح شيئاً فشيئاً

وفي احضان الاتجاهات السابقة ، اتجه ينظر الى الانسان كمضوية حية تتجاوز نتائج ردود أفعالها وأساليبها التكيفية ، بنيتها الفسيولوجية لتطرح اشارات استنهام حول ملاقة سيكولوجية تعمل جنباً الى جنب مع طبيعة هذه العضوية ، وبناظر لا يقل أهمية عن تأثير هذه الأخيرة . ومع هذا التفكير بدأ الجانب الاجتماعي من الحياة الإنسانية يفرض نفسه من خلال دور تلعبه البيئة الاجتماعية بمتغيراتها المختلفة لا يمكن تجاهله .

وهكذا بدأت الاتجاهات السيكولوجية والاجتماعية بالظهور ، وبدأ الطب النفسي وأوساطه العلمية على استعداد لتقبل وتلقي نظرية سيكولوجية كاملة ، لها محاورها واتجاهاتها المشتركة حيناً والمختلفة أحياناً أخرى .

وبرأينا تعدد محاولات مسمر (Mesmer) وبرهايم (Bernheim) وشاركو (Charcot) وجانييه (Janet) وبريتران (Bertrand) وبروير (Breuer) ويوجين بلولر (Bleuler) وكريبلين (Kraepelin) الارهاصات الاولى لفكر سيكولوجي قسادم .

فالطبيب النمساوي مسمر (١٧٨٠) وان بدا وكأنه طيبي النزعة عندما تقدم بطروحاته الضرية عن سائل خفي في الكون ، اسمه المغناطيسية الحيوية ، يؤدي الاختلال في تركيبه داخل الانسان الى الاضطرابات السلوكية والسلوك الشاذ . ونجد الانسان جسماً مضطرباً يشبه قضيب الحديد الا أن الفرق هو في اكتسابية هذه المغناطيسية لدى الانسان وارادتها ، حيث من الممكن انتقالها من شخص الى شخص ، وبخاصة في حالة التنويم المغناطيسي الذي يعود لمسمر وآرائه البدائية الفضل في وضع أسس لهذا العلم . الذي أثار المزيد من الجدل ولاقي الكثير من المعارضين . ومع ذلك فقد انتشرت المسمرية الى باريس وانحاء أوروبا كافة . وبقيت هكذا الى أن ضحكت عليها وعدت ضروباً من الشعوذة . ولكنها ومن خلال شفاء العديد من الحالات التي عولجت على أساسها وجهت الانتظار الى دور الايحاء والعامل النفسي في المعالجة . وشجعت للبحث عن أساس علمي للتنويم المغناطيسي وهذا

ما حصل على يد شاركو . الذي كان هو الآخر عضوي الاتجاه في تفسير الاضطرابات السلوكية ، وكان مؤمنا بالاساس البيولوجي المعنوي لمرضى الهستيريا على عكس بيرنهايم ، الذي يؤيد التفسير السيكولوجي لمرضى الهستيريا وقد أدى الخلاف بينهما الى اعتراف شاركو بالابعاد النفسية للاضطرابات السلوكية ، وبدأ بهما في تطبيق العلاج بالايحاء وعن طريق التنويم المغناطيسي في المشفى الباريسي الذي كان يديره آنذاك (سالبيرير) .

وكذلك فقد عارض بلولر الاتجاه العضوي لدى كريبلن على الرغم من شهرة كريبلن واسمته الإتيان ومساهماته التي لا تنسى بخاصة في اطار تصنيف الاضطرابات السلوكية . عارضه بلولر ووجه الاطلاق للمذهب النفسي في تفسير الاضطرابات .

عاصر فرويد (Freud) الاراء والافكار التي ذكرت وحصل مع شاركو وبروير واتخذ فيما بعد باتجاه فريد وامتيز لم يعرف من قبل (اذا نستثنينا صورا أولية في روايات وقصص وأساطير أدبية من التراث العالمي استفاد منها فرويد أيضا استفادة وموضعها ووظيفتها في سياق سيكولوجي مبدع) .

لقد أبدع فرويد مذهب التحليل النفسي الذي كان له آثار لم تقتصر على المسيرة التفسيرية والتشخيصية للاضطرابات السلوكية ، بل تعدتها لتشمل كل ميادين علم النفس وفروعه وتستخدم في مختلف العلوم الانسانية .

تغلب فرويد عن التنويم المغناطيسي وتبنى أسلوبا آخر هو (التداعي الحر) ووضع في ضوء مكتشفاته أسسا جديدة تولسي مفاهيم كاللاشعور ، وخيبرات الماضي ، والدوافع الجنسية ، والهو ، والاذا ، والاذا الاعلى ، ومختلف ميكانيزمات حل الصراع ، اهتماما كبيرا .

لقد قدم فرويد (١٩٨٣-١٩٤٣) نظاما جديدا في تفسير نشأة الامراض النفسية والعقلية ، وافترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن ترد الى وجسود صراعات داخلية لا شعورية ، وقوى تعمل داخل الشخصية الانسانية ، قوى يتصارع

بعضها مع بعضها الآخر ، ويؤدي صراعها إلى تكون الأعراض المرضية . ينظر فرويد إلى المرض النفسي على أنه نتاج لعدد من الصدمات النفسية التي تكوّن في الفترات الأولى المبكرة من حياة الفرد . بتعبير آخر ، أن الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية وصدمية مبكرة . وتصبح هذه الخبرات الاليمة لا شعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب مطالبها الجنسي .

تمكن فرويد من نقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسي من وجود خلل عضوي إلى وجود صراع قائم في الجهاز النفسي الداخلي للفرد ومن العلاج العضوي إلى التحليل النفسي تبع فرويد العديد من مشاهير علم النفس في العالم - أمثال يونغ - Adler - أرستن جونز - كارل أبراهام وغيرهم من المحدثين - حاول بعضهم كما سنرى في فصول الكتاب اللاحقة إدخال بعض التعديلات على فكرة فرويد وبقي كثيرون على مذهبه يقاومون أي تعديل .

عاصر التحليل النفسي اتجاهها سيكولوجيا مفاهيميا تماما له ولا يقل أهمية وانتشارا عنه ، أنه الاتجاه السلوكي في تفسير الاضطرابات .

ويعد بافلوف (Pavlov) (١٨٤٩-) (بداية القرن العشرين) أحد مؤسسي المدرسة السلوكية (Behaviorism) في علم النفس ، التي كان لها تأثير كبير في تفسير الأمراض النفسية وكيفية علاجها بأسلوب جديد وحديث . ولقد استطاع (واتسون) (Watson) أن يطبق نظريات بافلوف في الفعل المنعكس (Reflexe) لرصف اكتساب الأمراض النفسية وإزالتها .

وفي فترة قريبة برز كل من وولب (Wolpe) وسكينر (Skinner) وآيزنك (Eysenck) الذين استطاعوا أن يرسخوا مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك الشاذ وعلاجه .

وبشكل عام ، رأت المدرسة السلوكية الحديثة أن الأمراض النفسية كالغمة ، ما هي إلا استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة يتعلمها الفرد .

وبهذا المعنى أمكن الكثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه . فلم يعد ينظر للاضطراب النفسي على أنه نتاج للفراغ الجنسية أو للصراعات الداخلية ، بل على أنه سلوك مكتسب من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات المؤلمة بين مسبباتها المختلفة .

فموجب نظرية آيزنك ، تنشأ الأمراض النفسية من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ما هي إلا أنماط من السلوك يتعلمها الفرد لتخفف من آلام القلق الذي يعاني منه ، ويعزز هذا السلوك الخاطيء بأحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى قلقه أو مخاوفه ، مما يشبه المرض . وتقرر نظرية آيزنك أيضا (أن الأعراض العصابية إنما هي تشريعات افعالية وحركية ، وأن هذه الأعراض لا تكمن وراءها ولا تمثل مصدرا لقوتها أية مركبات تكونت في سن الطفولة . فالعرض في حد ذاته هو المرض واختفاء العرض يعني اختفاء المرض (١٠ - ١٩٦٩ - ١٦٥) .

وهذا يعني أن المرض النفسي يتكون من اكتساب الفرد لأفعال انعكاسية شرطية خاطئة ، ثم يسم هذا التعود الشرطي ، وبعد ذلك يعزز الانعكاس الشرطي مما يولد الأعراض العصابية كالمخاوف والقلق والتوتر ... وأن محاولة علاج المريض تكون بإعادة تعليمه الانعكاس الشرطي الصحيح وإطفاء الارتباط الشرطي المرضي .

وقد استطاعت المدرسة السلوكية ، المبينة على نظرية التعلم الحديثة ، أن تقدم تفسيرات معينة للأمراض النفسية وإزالتها عن طريق إعادة جواب من السلوك التكيفي بوسائل عديدة من العلاج .

أما بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية فقد يكون من غير اليسير الفصل بينها وبين الاتجاهات السيكولوجية حيث تتضمن هذه الأخيرة إشارات واضحة إلى دور المجتمع والبيئة ومتغيرات مثل الأسرة - والتربية والأخلاق والسياسة ... الخ من خلال التأكيد على دور تجارب الفرد الطفولية منها واللاحقة لمرحلة الطفولة . وكذلك التأكيد على أنماط التعلم وفي مقدمتها التعلم الاجتماعي ، ومع ذلك هناك من فسر الاضطرابات السلوكية ضمن فهم اجتماعي لآلية الظاهرة السلوكية في

حالات الصحة والتشذوذ ، وأكدوا على اجتماعية الانسان وعلى الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع النظام الاجتماعي القائم في حياته ، فالمرض لا يمرى لدى صراعات نفسية في العقل ولا لسبب مرض في العقل ، وانما يمرى لوقف الفرد من صلاته وتفاعلاته الاجتماعية (٤ - ٣٣) . والفرد في هذا النموذج ينظر اليه كوحدة ، غير أنها وحدة تتفاعل ، وبالتالي فهي تتكون طبقا للقوى المحيطة ، والمرض العقلي ينظر اليه أيضا كحالة تتكون من ردود فعل لمواقف اجتماعية مؤذية ومؤلمة ومشوشة للنفس ، كال فقدان بالوفاة ، وحالات الحرمان والعقور ، والتفكك العائلي والازدحام السكاني ، وتلوث البيئة وغيرها من العوامل الاجتماعية السلبية . وهذا المنظور فإن المرض يعد دلالة على الخلل الاجتماعي ، وبأن الاعراض المرضية تتبع هذا الخلل . ولعل مما يؤيد هذا المنظور للمرض هو ان أعراضه كثيرا ما تبدأ مرتبطة بمثل هذا الخلل الاجتماعي ، سواء أكان ذلك في حدود البيت أم في نطاق العمل أم في الحياة الاجتماعية بصورة عامة ، كما ان هذه الاعراض كثيرا ما تتلون بالمواقف الاجتماعية المرهقة . وطبقا لهذا النموذج الاجتماعي فإن المجتمع يتحمل المسؤولية الكاملة عن قيام الحسالة المرضية ، والمرض بذلك ليس ظاهرة فردية ، وانما مشروعا اجتماعيا لا يعني المريض نفسه فقط بل يعني أقاربه وأصدقائه وجيرانه وزملاءه والعاملين معه .

وهناك من ركز على البيئة الاسرية ، وعدها مقدمة الاسرة من أنماط تربية ومثل أخلاقية وأساليب حياة قاعدية أساسية لمبدأ التعصين النفسي الذي ترتكز عليه سلامة الافعال ، والاتجاهات وتنشأ في ضوءه قوة ضابطة لدوافع الفرد وموجهة لها . وهكذا فإن دور الأسرة يظهر بوضوح في الاضطرابات الضد اجتماعية حيث نستطيع الحديث فيها عن أسرة مريضة أو بيئة مريضة . تتقل أنماط السلوك الشاذ الى أبنائها كما تنقل اليهم المورثات ، لون العيون والشعر وطول القامة .

ولقد كان للتفسير الخيالي الميتافيزيائي مساهمات في تفسير السلوك الشاذ . ينظر هذا الاتجاه الذي سمي (الاتجاه السايكودالي) (٤ - ٣٣) : الى المرضي : على أنه رحلة ميتافيزيائية يتجه فيها الفرد نحو حالة من العقلانية العليا (السوبر عقل) ولهذا التفسير أمثلة قديمة وأخرى معاصرة . فمن الأمثلة المعاصرة

ما كان ينظر فيه لمرض (السيل) بأنه حالة خلاقة يقع فيها الفرد بسبب حساسيته المفرطة وثقافته الواسعة وعاطفته المرهقة ، وهو بسبب هذه المواهب عاجز عن العيش في عالم خشن وقاس وجاف . وقد دفعت هذه النظرة (الرومانطيقية) الى الربط بين السيل والابداع في حياة الكثيرين من الشعراء والمبدعين ، كما أن الكاتب توماس مان قد كرس هذه النظرية في روايته الشهيرة (الجبيل السحري) والتي حاز عليها جائزة نوبل في الآداب في الثلاثينات من هذا القرن . ومثل هذه النظرة الخارقة للسيل نجد بأن لانج يتبنى نظرة مماثلة لها بشأن مرض الشيزوفرينيا ، فهو يرى أيضا أن الإصابة بهذا المرض قد تنتهي بحالة أعظم من فرط الحساسية والتصور الشعوري ، وقد تكون عاملا يدفع نحو الابداع والتفوق . وفي حضارات قديمة مختلفة نظر الى المريض عقليا بأنه انسان غير طبيعي ، وبأنه خص بمواهب من المعرفة والصلات بما لم يحظ به غيره في مجتمعه ، ولهذا فقد كان محط احترام وتقدير أو خوف أو وجل ، وكثيرا ما أضيفت عليه صفات العراف أو المتنبئ أو الحكيم أو الولي ، كما فسرت أقواله بأنها (شططعات) أو (رحلات) الى عالم هو وراء ما يعرفه الناس .

والسؤال الذي يطرح نفسه بعد تناول عدد لا بأس به من الاتجاهات التاريخية لتفسير الشذوذ ، هو أو لم تكن هناك محاولات لدمج اتجاهين أو أكثر في فهم الظاهرة السلوكية كأن نقول على سبيل المثال اتجاها عضويا نفسيا ، أو اتجاها اجتماعيا نفسيا ، أو اتجاها يقوم على الجمع بين العضوي والنسبي والاجتماعي ؟

الاجابة هي أن بدايات لهذا التفكير قد ظهرت هنا وهناك ، ولكنها لم تتبلور في اطار نظريات شاملة ، الا بعد بدايات هذا القرن وبسبب أن فرض التطور الاجتماعي والحضاري والثقافي ظهور اتجاهات علمية جديدة ، لا بل علوم جديدة تفسر الظواهر المعقدة . وهذا ما سنتناوله في غير موقع في متن كتابنا هذا .

حسبنا ونحن نتهي ما استطعنا استعراضه حول مفهوم الشذوذ النفسي من منظور تاريخي ، أن نكون قد وجهنا الانظار كما رجونا في بداية الفصل ، الى العلاقة الجوهرية بين حركية الاطار الاجتماعي الثقافي والسياسي والحضاري ، وبين حركية فهم مفهوم الشذوذ والتعامل معه ، والى الأثر الذي يتركه كل من التأثير الاجتماعي

والتغير الحضاري على الاحكام الثقافية والقيمية في المجتمع ، حيث تزامن كل ردة في التقييم الثقافية ، ردة في اطلاق القيمة التي ينظر من خلالها الى الظاهرة وعلاقتها ..

ومن هنا يمكننا التأكيد على ارتباط مفهوم الشذوذ ماضيا وحاضرا ومستقبلا بمستوى تطور الوعي الثقافي والاجتماعي بكل ابعاده . وان فهمنا للشذوذ وللمضطربين سلوكيا ، يرتبط بالقيم السائدة في مجتمعنا قبولاً أم رفضاً ، مساعدة أم شفقة ، علاجاً حقيقياً أم ادعية وصلوات ، وبالتالي فالمسؤولية من وجهة نظرنا هي مسؤولية اجتماعية بالدرجة الاولى سواء في دراسة الشذوذ وفهمه ، أم بطبيعة الوسائل الوقائية والعلاجية والخدمات المستخدمة للتقليل من نسبة التضراره . ولكن هل يمكن الثور على خدمات نفسية متطورة في مجتمع متخلف ؟ الأسئل معادوم حسبنا نعتقد . وتؤكد أنه لا يوجد مجتمع متقدم وخدماته النفسية متخلفة .

التا نرى في قبول ظاهرة الشذوذ وبهئها وتجنيد الكثير من الطاقات لحل ما ينتج عنها ، مهمات انسانية ، واثباتية ، في آن واحد :

الانتمائية :

لقد افنوا نقره ونعترف به في علوم السلوك وبخاصة علوم الصحة النفسية والارشاد النفسي ، يشير الى أن الصحة النفسية الكاملة المتكاملة حطم غير مدرك في مستوى البشر ، وإن من خصائص الانسان الشعور بالنقص . وإن لكل منا شذوذ بمقدار يمكن قياسه ، والوقوف على درجة شدته في واحدة أو أكثر من سمات الشخصية ، وهكذا فإن كل انسان معرض لأن يكون موضوعاً من موضوعات علم الشذوذ النفسي في وقت ما من حياته .

الانتمائية :

لأن إعادة من شذ الى طبيعته وشمخصيته المتكاملة بمقدرة كافية ، يستعكس ايجابياً على النتائج الاجتماعية .

يبدأ الشذوذ مع الشعور او الاحساس بها يفقد الانسان شعوره بالحياة الانتمائية الفطرية ، وقد يتطور الى درجة فقدان معنى الوجود بإعادة المبركة والمراة .

الفصل الثاني

علم الشهود النفسي

مقدمة

المعلومات المتعلقة به

بين السوية والشهود

الأثر الرجعية لماير الشهود

Damascus University



علم الشذوذ النفسي

Abnormal Psychology

اولاً : مفهوم علم الشذوذ النفسي :

يتوقع منا القارئ وقد وضعنا عنواناً لكتابنا هذا / علم الشذوذ النفسي / ،
أننا حسنا استقلالية هذا العلم وأكدنا وجوده النوعي في أروقة علوم السلوك ،
كعلم له أسسه ومبادئه وفنانياته وتطبيقاته الخاصة به ، ورجالته الذين يتعبون
في محرابه .

لعل أمراً كهذا يثلج صدر العامل في ميدان الشذوذ النفسي ، إذ ما الذي يريده
أكثر من اعترافه باستقلاليته وموقعه ، في وقت انتشرت فيه / هستيريا التخصص / ،
وبدأ يدهشنا في كل يوم عالم جديد ، يدعو لعالم جديد ، ويعطى (بجائزة نوبل
جديدة) ، ويسعى لاكتساب الأنصار ، والغلبة لا تحتاج الى القانون العلمي في هذا
التنافس فحسب . والا لهات الامور وأقيم (العدل) وحسن التوزيع . وانما يتطلب
الامر أكثر من ذلك . .

وعلى الرغم من عملنا في ميادين السلوك الانساني ، وحماسنا الشديد لمهمة
المزيد من هذه الميادين ، واقترارنا في آن واحد بوجود الكثير من الظواهر البشرية
السوية والشاذة ، التي لا يزال الجدل محتدماً بشأن تفسيرها . . . ومع شعورنا بأن
اكتشافات الانسان في الميدان الطبيعي ، لا توازيها أبداً اكتشافاته على صعيد ذاته
واقتمالاته وشخصيته وجوهره .

على الرغم من كل ذلك فانا غير متحمسين كثيراً لاستقلال هذا العلم ، ليس

لأننا نقف بوجه علم يشر الكثيرون بولادته منذ زمن ، أو لأننا نعرض على كثرة المتخصصين خوفاً من إفساد المائدة - وإنما باختصار لأن البحث عن استقلالية علوم النفس وبخاصة التطبيقية منها، ضرب من المستحيل، ويشبه إلى حد بعيد الاستقلالية التي يروج لها كثيراً في ظل (النظام العالمي الجديد)، مع الاعتذار من بعض كتاب السياسة المتحسين لهذا البريق (بريق الديمقراطية الجديدة : والاستقلال بالمفهوم الجديد ، وحماية الحقوق على الطريقة العالمية الجديدة) المتحكم به عن بعد .

ونسرى في هذه الاستقلالية (استقلالية تابعة) لا بل أفضل القول (بالمستقل التابع) مع هذا التناقض الذي أرجم عليه لغوياً ومنطقياً ...

— هكذا نظر إلى استقلالية علم الشذوذ النفسي ، أنه تابع مهسا تظاهر بالاستقلال ومهسا حشد من المظاهرين المؤيدين لاستقلاله ... وما لسم تزوده فروع علم النفس الأخرى بنظرياته وأدواته فلن يكون بمقدوره التمتع باستقلاليته ... خاصة وأن عينات بحوثه تعاني من تخطئة في منطقتها الخاص ، ومسألة التعامل مع هذه العينات تحتاج إلى التضامن بين فروع علم النفس التطبيقية كافة . ولكن ... ألا توجد لهذا العلم موضوعات محددة تقع في مجال اهتماماته بشكل خاص ؟ اللغة هنا أكثر واقعية وأكثر تواضعاً ، وللإجابة ... دعونا نستعرض بعض الآراء في مفهوم علم الشذوذ النفسي .

علم الشذوذ النفسي Abnormal Psychology

هو ذلك الفرع من علم النفس ، الذي يهتم بدراسة كل أشكال الاضطرابات العقلية أو الشذوذ ، وهو يهدف إلى التعرف على أسباب اضطرابات السلوك الشخصية وتصنيفها ، مع محاولة وضع أسس لمعالجتها في الفرد لحل المشكلات الاجتماعية الناجمة عنها (١١-١٩٦٨ - ٦) .

ويشمل ميدان علم الشذوذ النفسي كما يذهب شاپيرو (Shapiro) (١٩٧٦) تلك الظواهر النفسية التي تتغلب التدخل ، وتتوافر فيها إحدى الخصائص التالية :

الالم والضيق بالنسبة للشخص أو للمقربين ؛ العجز ؛ والتعارض بين ثقافة العميل وثقافة مجتمعه ؛ والا واقعية .

يمكن النظر الى علم الشذوذ النفسي على انه العلم الذي يدرس دراسة علمية أشكال الشذوذ في السلوك والخبرة ، وتحديد مفاهيمها والعلاقات فيما بينها
(١٢ - ١٩٨٨ - ٢) .

علم نفس الشواذ :

هو ذلك الفرع أو الباب من فروع علم النفس وأبوابه ، الذي يعنى بدراسة الانحرافات الشاذة في العمليات العقلية ويبحث في السلوك الشاذ عن السوي . فالظواهر والرجاع الشاذة تؤلف موضوع بحثه ولا سيما تلك التي تنطوي على الصراع بين العقل والعاطفة (١٣ - ١٩٧٧ - ٢١٩) .

علم نفس الشواذ :

يبحث في نشأة الامراض النفسية ، والامراض العقلية ، وضعف العقل والاجرام واسبابها المختلفة ، مع محاولة وضع أسس لعلاجها (١٤ - ٢٧) .

أن علم النفس الشواذ فرع من فروع علم النفس يدرس شذوذ الظواهر العقلية والسلوكية ، بهدف التعرف على أسبابها وعلاجها (١٥ - ١٩٧٨ - ٣٠) .

أن الشاذ هو ما خرج عن المتوسط أو المألوف أو العادي بالنسبة لأي نموذج أو أية سمة خروجاً واضحاً . ولا ينطوي الشذوذ ضرورة على معنى الشر أو المرض فالشذوذ قد يكون الى الأعلى أو الى الأدنى فالمعقري مع كونه متفوقاً يعد شاذاً ، وكذلك الأبله والمجرم والمجنون كل منهم يعد شاذاً . وعلم نفس الشواذ يدرس أسباب المظاهر الشاذة في سلوك الانسان كالضعف العقلي واضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والعقلية كما يدرس العبقرية والتفوق العلمي (١٦ - ١٩٨٦ - ٢) . ويسهب البعض في تحديد مفهوم علم نفس الشواذ عندما يؤكد : يدرس علم نفس الشواذ الظواهر الشاذة من السلوك ، أي تلك التي تنحرف عن المعايير

الموضوعة اجتماعيا لسلوك معين وللشذوذ والسواء معايير مختلفة ، منها فكرة الخطر القسري تماما من الأمراض والاضطرابات ، ومنها التكيف المطلق الذي لا يوجد في الواقع لأنه يعني أن الفرد يكون خاليا تماما من الاضطرابات وأن جميع حاجاته مشبعة ، وجميع أعضائه تقوم بوظائفها على الوجه الأكمل وهذا أمر صعب المنال ، وكل ما يوجد من تكيف هو تكيف جزئي فقط ، كذلك من معايير التكيف أو السواء امتثال الفرد أو خضوعه لقيم المجتمع ومثلته ونظمه ومعاييره وأعرافه وعاداته وتقاليدته وقوانينه السائدة . وإذا اعترض عليها عد شاذا ، ولكن الحقيقة أن الفرد قد يكون في كثير من الأحيان على حق بينما تكون الجماعة على باطل (١٧-١٩٩٢-١٨) .

أما مفهومنا للشذوذ النفسي ، الذي سنأخذ به في هذا الكتاب فسيتركز على ما يلي :

- علم الشذوذ النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقية .
- يستند نظرياته واتجاهاته وأدواته وثقافته / حتى الآن / من علوم السلوك وبخاصة على النفس .
- يسعى للتعرف على سلوك الإنسان الشاذ ودراسته وفق معايير علمية تمتلك القدرة على الكشف الموضوعي للعمليات .
- يتعرف فلسفة الاضطرابات السلوكية وعلاقتها واعراضها وتصنيفاتها ، مع ما يتطلبه ذلك من تعرف ثقافات تشخيصية وبني معرفية .
- يقع ضمن مجالاته كل إجراء يقوم به الشخص أو الجماعة ، ويؤثر سلبا بدرجة ملحوظة في الكفايات المطلوبة شخصيا واجتماعيا وانسانيا . والإجراء السلبي قصده هنا يشمل ميادين الشعور والأحاسيس ، العقل والحركة ، التفكير والنزوع ، الجسد والافعال ، الفلسفة والمقيدة .
- باختصار يشمل كل أثر سلبي لا تكفي تعديله آليسة أو أكثر من آليات الشخصية في علاقاتها الذاتية أو الموضوعية .

أما فيما يتعلق بانضواء حالات ابداعية أو ابتكارية أو أفكار فريدة ضمن ميادين علم الشذوذ النفسي ، فاننا نرى في ذلك تجنباً ، (حتى ولو دفع المبدع حياته ثمناً لذكائه أو لمقرنته وضريبة لجهل مجتمعه) . وإذا ما وافقنا على هذا الاتجاه فيستكون موافقتنا على مضمّن ، ومشروطة بإضافة كلمة الايجابية على علم الشذوذ . فيصير « علم الشذوذ الايجابي » اعترافاً بفضل هؤلاء . والافضل برأينا هو أن نجعل من دراسة هؤلاء ميداناً من ميادين علم نفس المبدعين القتي الذي سيرحب بهم بما يليق بهم وعلى طريقته .

ثانياً : العلوم المتصلة بعلم الشذوذ النفسي :

يتصل علم الشذوذ النفسي بكثير من العلوم ، ويشكل معها تراكماً معرفياً تستخدمه الانسانية في تفسير متطلبات المحيط وتحليلها ومواجهتها ، وعلى سبيل المثال سنذكر بعضها :

علم النفس الاكلينيكي (Clinical Psychology)

فرع من علم النفس التطبيقي ، وبعضهم يسمونه دائماً من فروع علم الشذوذ ، تتركز موضوعاته حول التشخيص ، واستخدام أدوات القياس المناسبة للحصول على نتائج توظف في حالات إرشادية وعلاجية .

علم الاعصاب (Neurology)

الذي يهتم بدراسة الجهاز العصبي وعملياته وما يخص الجراحة العصبية .

علم النفس الطوبولوجي (Topological Psychology)

تتخصص اهتماماته في متابعة الشخصية ودراستها ضمن مجال حيوي جسيدي طوبولوجي .

العلاج النفسي (Psycho therapy)

يعني بشكل أساسي بمعالجة الاضطرابات النفسية مستخدماً تقنيات نظرية متعددة .

الإرشاد النفسي : (Counseling Psychology)

تتركز اهتماماته على تقديم المساعدة في مسائل التكيف والترفيه ، ومسائل الحياة المختلفة ، في إطار تدعيم نمو سليم وتقديم وقاية وخدمات نفسية مناسبة .

علم النفس التربوي : (Educational Psychology)

وتطبيقاته للمفاهيم السيكولوجية في ميادين التعلم المختلفة والتربية والتعليم في المدرسة والمنزل .

علم النفس الفيزيولوجي Psychophysiology

ودراسة الأسس الفيزيولوجية للسلوك ، وتبيان وظيفة الأجهزة الفيزيولوجية والعلاقة بين الجسد والسلوك .

علم النفس الصناعي (Industrial Psychology)

وميادين العمل والمهنة وكفايات الإنتاج ومتطلباته .

علم نفس الطفل Child Psychology

والاهتمام بمطالب النمو ومعايره لدى مراحل الطفولة .

علم النفس البيئي Environmental Psychology

ودراسة العلاقة الموضوعية الذاتية للإنسان ضمن إطار بيئي - فسيدي - اجتماعي تبادلي .

علم النفس الدوائي Pharmacopsychology

دراسة أنماط السلوك المرافقة لتناول العقاقير ، أو الناتجة عنها أو المواقف منها .

علم النفس الاجتماعي Social Psychology

ومسائل السلوك ضمن مشكلات اجتماعية ، وإدراكاتها .

علم نفس الفروق الفردية (Individual Psychology)

والتركيز على الفروق الكمية والنوعية بين الافراد والجماعات تبعاً لمتغيرات
المزاجية الثقافية والعنصرية .

كانت تلك بعض فروع علم النفس التي ترتبط ظرياً وصيدياً باهتماماتها
وتطبيقاتها وفكراتها بعلم الشذوذ النفسي كما يرتبط هو بها ، وغني عن القول
ان سلوك الانسان لا يتم في فراغ ولا ينشأ عن فراغ ، والما تكتسب مكتوباته
من جوانب الحياة المختلفة ، وتتوزع متغيراته على العلوم كافة . ومن هنا فان علم
الشذوذ النفسي يتصل بعلوم أخرى نذكر بعضها على سبيل المثال أيضاً لا الحصر
تاركين للقارئ كشف طبيعة هذه الصلة .

علم الاثربولوجيا Anthropology علم الاجتماع Sociology علم الاحصاء
Statistic علوم الاقتصاد Economic Science علوم الطب Medicine Science
علم السبريتكا Cybernetics المنطق Logic الفلسفة Philosophy علم الاجرام
Criminology القانون Law علم اللاهوت Theology علوم السياسة
Political Science

ثالثاً : بين السوية والشذوذ

الاطار المرجعية لتعريف معايير الشذوذ

شكل عدم وضوح الحدود بين درجات السوية ودرجات الشذوذ مشكلة ، تصدى لها الكثير من الانجاعات المهتمة بالسلوك الانساني ودراسته ، وأدت المبادئ والأسس والقواعد التي يستند اليها كل اتجاه في تحديد مفهوم السلوك الشاذ ، الى بروز عدد من المعايير ، يفتد كل منها باطار مرجعي يسمده السبيل الأوفر جنساً في اقناع الباحث عن معيار لاعتماده في تحديد ما شذ من السلوك .

سنحاول تناول أبرز هذه الأطار المتداولة في ميادين الشذوذ وعلوم السلوك .

١ - الإطار المرجعي الاجتماعية الثقافية الحضاري

Social Cultural frame of reference

يرى معتمدين هذا الاطار أن الشخصية الانسانية هي بالدرجة الأولى نتاج اجتماعي ثقافي حضاري ، معكوم ضمن سياق زمني ومكاني ، حيث أقر هذا السياق في مسيرة تطوره مجموعة من المعايير والاعراف والمعادن والتقاليد ، تحكم السلوك وتميز حدوده من مقبول الى مرفوض . وكل سلوك يتجاوز ما أقره المجتمع وثقافته يعد شاذاً وتعرض بحق صاحبه اجراءات معينة (تعديل وتنظيم هذه الاجراءات تحت تأثير النمو الفردي والاجتماعي) .

لا شك في أن قوانين الضبط الاجتماعي ضرورية ولازمة لتوجيه نمو الافراد والمجتمع بما يخدم مصلحة الاثنين معاً . ولكن المسألة ليست بهذه البساطة ، والمدينة الفاضلة أو المجتمع الافلاطوني المثالي لم يوجد بعد ، وعلى العكس من ذلك ، فقد

نجد الكثير من المجتمعات والثقافات تساهم فيما تفرضه من أساليب حياة وأنماط ثقافية ، في تعريف السلوك الشاذ وإيجاده لدى أفرادها ، ومن السهل التوقع بما ينتجه عصر القلق الذي نعيش ، وحياة التنافس غير العقلانية التي تحيط بنا وتحفزنا على القيام بكل شيء من أجل الفوز بمقعد متقدم في صفوف جيلنا لا تعرف سوى القليل من الرحمة ، مع ما يترتب على ذلك من تجاوز لحقوق الغير ولاعراف الجماعة ذاتها وبخاصة إذا كانت تلك الأعراف تشجع على ذلك .

إن المجتمع الذي لا يحقق لأفراده إمكانات النمو المتكامل وفرصه ، ولا يسمح من خلال قواعده ، (المكتوب منها وغير المكتوب) بتحقيق أفرادها لذواتهم ، لا يمكن الركون إليه كمحرك مؤسوق وكأطار لتفسير الشذوذ وتعديده . وأما الثقافة فهي مفهوم نسبي خاضع للتطور ، وفي كثير من الأحيان لا يرافق تطور الثقافة وتقدمها ، تطور في الانسجام الثقافية التي تقوم السلوك في المجتمع ، وما يجدر التنبيه إليه ، أن ما هو إيجابي ومقبول لدى جماعة ، قد يكون سلبياً ومرفوضاً لدى جماعة أخرى ، وما هو إرث مقدس لا تجوز مخالفته تحت أي ظرف لدى حضارة معينة ، هو محط نقد وضعه لدى ثقافة أخرى ومجتمع آخر .

وهكذا مع تقديرنا لكل المجتمعات ومعاييرها ومؤيديها كل في إطاره ، فإن ما نبهت عنه ، ونعني معياراً مؤثوقاً لتحديد الشذوذ لا نستطيع العثور عليه في بيئة ومجتمع متحركين متغيرين .

٢ - الإطار المرجعي الذاتي Subjective frame of reference

محرك السلوك الشاذ وفق هذا الاتجاه هو ما يقرره الشخص ، وما يطلقه من أحكام وقيم ، مستخدماً احساساته وإدراكاته الداخلية ، ومطبّقاً مفاهيمه وفلسفاته الخاصة ، مستمداً على تفويضاته الذاتية ، فالشعور بالضيق ، أو الهم ، أو القلق ، أو الاجباط ، أدلة على شذوذ السلوك دون إغارة أي اهتمام للبيئة ولطبيعة علاقاته ودرجة تكيفه معها (التكيف مع الوسط المحيط لا يعد دليلاً كافياً على حسن التكيف وفق هذا الاتجاه) .

لقد سبق وذكرنا بأنه لا يوجد انسان الا وخبر نوعا من الضيق أو الهم أو الاحباط في حالة أحوالات . والمسألة لا تكمن في أن يحبط الانسان وانما في أن يبقى محبطا ، ولا أن يقلق الانسان وانما أن يصبح القلق سمة لشخصيته ومميزا لها ، هذا من جهة . ومن جهة أخرى فإن مشاعرنا بالسعادة لا يمكن عدفا محكا للسوية ، وبالتالي لا يمكن عد غيابها محكا للشذوذ . فكم من سعادة واهية كاذبة ، وكم من شعور بالتعاسة لا يبرره الواقع . ان فهم الاحساسات خارج اطار النمط الشخصي والثقافي والاجتماعي ، لا يمدنا بمعرفة يمكن الاعتماد عليها ، فلانطوائي يتوقع على خبرته ويفهم العالم كله من حوله بوحى من حاجات انطوائيته ، فسا ينسجم معها يصبح مصدرا للسرور ، وعكسه مدعاة للتشاؤم والشقاء بغض النظر عن طبيعة الأشياء الحقيقية ، وهكذا هو الأمر في حالات كثيرة أخرى . ولعل المثل الواضح كل الوضوح لرفض الاعتماد على الخبرة الذاتية بإبعادها الانفعالية محكا للسلوك الشاذ ، هو ما نراه عند بعض المرضى النفسيين من مساعدة لا متناهية ، الى درجة تجعلهم يشفقون علينا (ويظيرون) خاطرنا لتقبل قسمتنا من الشقاء والتعاسة في هذه الحياة التي لا ندرك التكيف معها ١١٠٠

٢- الاطار المرجعي الكمي (الاحصائي) Statistical frame of reference

ادى النجاح الذي حققته فكرة التوزيع الاعتدالي والمثلة احصائيا بمنحنى غوس (Gauss) في ميدان الذكاء ، ومعالجة المعطيات الرقمية ، الى الدعوة لتعميم استخدامه من أجل الوقوف على مدى انتشار الظواهر الاخرى ، ومن بينها الظواهر النفسية .

وهكذا ظهر الاتجاه الاحصائي الكمي الذي يرى إمكان التعرف على السلوك الشاذ ، عبر توزيع يعتمد ثلاث كتل كمية ، يتركز أكبرها في الوسط ويتدرج كل من الكتلتين باتجاه التطرف ، لتصل الى أقصى تطرف لها على طرفي منحنى مفترض يتوزع حول كتلته الوسطى ما نسبته ٦٨ ٪ من الظاهرة المدروسة ويتوزع على كتلتيه المتطرفتين الباقي في نسب واحدة .

يفري هذا الامار كونه يعتمد لغة الارقام - لغة العصر الدالقة - محله ثقة
البكتيرين . وكما ذكرنا في بداية الفقرة فقد أكد لجاحه في طواهر يسكن أن يمثلها
الكم . ولكن في اطار السلوك الشاذ يصعب الركوز الى هذا المنهج وحده وذلك
لتعقد السلوك الشاذ وتميزه النوعي من جهة ، ولديناميكيته من جهة اخرى ، اضافة
الى أننا وفق هذا التوزيع نساوي بين حالات التطرف الايجابية وحالات التطرف
السلبية على طرفي المنحنى . وكأنا نجتمع بين المتخلف عن تمثل قيمة ما والمبالغ في
تمثل القيمة ذاتها ، وهذا ما كنا قد دعونا لتسميته في بداية هذا الفصل بالشذوذ
الايجابي - والشذوذ السلبي .

١ - الاطار المرجعي الانساني (الطبيعة الانسانية) Humanistic frame of reference

في هذا الامار دغلة لعوامل الانسان ، ورفعة لمكانته بين الكائنات الحية
ال اخرى ، ولذلك فاننا نساقي كبشر لنا مصالحنا في تأكيد ذواتنا تحت اية تسمية
وامام أي ظرف - نساقي لاعطاء الموافقة بسرعة ولكن على ماذا نوافق ؟

يذكر هذا الاتجاه بكمال خلق الانسان ، وانتظام طبيعته ومضونها الانساني
المخالص ، ويربط السوية بتحقيق انسانية الانسان ، ويشير الى الشذوذ بالفروج
على هذه الانسانية . هذا الكمال الذي جعل الانسان متفردا من حيث امتلاكه
للجهاز العصبي الارقى ، والعمليات العقلية والمعرفية ، واللغة والقدرة على التعلم
والترميز والقدرة على العيش ضمن جماعات مع ما يترتب على ذلك من تفاعل
اجتماعي بناء .

وهكذا فان أنصار هذا الاتجاه جسدوا لوضع النموذج انساني ، وربطوا
الاضطراب والسلوك الشاذ بعدم القدرة على تحقيق هذا النموذج ، المستمد
اساسا من بنية الانسان البيولوجية والانسانية .

لا بأس أن نتنصر لطبيعتنا الانسانية ، ونقدرها على قاعدة القبول العقلاني
للذات الانسانية التي تشكل بعد ذاتها محكا للرضى والتكيف السليم .

ولكن مسألة السلوك الشاذ أعقد من أن نفسرها وفق النموذج انساني يخفض هو ذاته للتطور ، ويتبعه في ذلك كل ما تنضوي عليه حياته من جوانب نفسية اجتماعية - أخلاقية - حضارية ... ولكن هل تتطور هذه الجوانب بشكل متوازن مع تطور الانسان الانموذج ؟

ألا يضطر الانسان ليعمل من احكامه عندما تفرض عليه ظروف المحافظة على النوع اجراءات معينة ؟

ألا يتطلب الدفاع عن النفس ضد أخطار الطبيعة المادية والبشرية وتحقيق حرية الانسان وانسانيته مطالب تتعارض مع خصائص الانموذج ؟

ان النموذج الانسان الذي يعد معكاً للشذوذ نتيجة طبيعته النورية لا يمسد على نفسه في عالم متوحش ، يفرضه انسان آخر لا يشبه الانموذج الا في الشكل . مرضى الانسانيات وطوبى لمن يحققها على أن يقر بها لنفسه وللآخرين في الوقت ذاته ، ولن يسعى لتمثيلها قولاً وسلوكاً . ولكن كما ذكرنا فإن اتفق المجتمع المعلي أو الدولي ، والظروف المحيطة بنمو الانسان وتطوره لا توحي وعلى المدى القريب بإمكانات العثور على معك للشذوذ لدى طبيعة انسانية يقال بها الكثير . يعمل من أجلها القليل ، والمسألة التي لم تجد حلاً بعد هي من يقرر معنى ومحتوى الانسانية بيننا نحن البشر متخصصين كنا أم غير متخصصين ...

٥ - الاطار المرجعي الباثولوجي Pathological frame of reference

يربط أنصار هذا الاتجاه ، وجود السلوك الشاذ بوجود اضطراب أو مرض ما لدى الشخص ، ويستدل من وجهة نظر هؤلاء على ذلك من خلال الاعراض . بحيث يصبح معك وجود الشذوذ هو وجود الاعراض .

لا يحتاج هذا التوجه في فهم الشذوذ لكثير من السناء للحكم عليه بأنه توجه صارم ، يتعامل مع الجانب النفسي الانفعالي بالطريقة ذاتها التي يتعامل بها مع البيئة الفيزيولوجية أو المسحة الجسدية ، وهذا أمر مجحف ، اذ قلما يوجد انسان لم

يسبغ عرضاً من الاعراض التي تنم عن سوء تكيف بدرجة ما خلال سيرة حياته ،
لا بل يمكن أن نذهب في التعميم أكثر من ذلك ، وكما فعلنا في الفصل الاول من
هذا الكتاب الى القول : إنه من النادر العثور على ذلك الشخص الذي لا يعاني من
عرض ما يشير الى عدم الرضى عن جانب من جوانب حياته المتعددة .

يعاني بنظرنا منطق الشخص بلا أعراض كمؤشر للسوية الكثير من الصعوبة
على صعيد الماطة ، والمعرفة ، والطموح .

٦ - نحو مشروع إطار تكاملي لتحديد السلوك الشاذ

Project for Integrated frame of reference

بعد استعراضنا الاطر المرجعية لمعايير السلوك الشاذ ، وتناولنا النقدي لها ،
تمكنت مهنتنا أكثر في محاولتنا تحديد إطار مرجعي يعطى بالقبول ويمكن الركون
إليه .

لن ندعي أننا عثرنا على ذلك الذي نبحث ويشكل أوثق ما سبق والماستعاول
ايجاد مخرج لنا لعلنا نوفق به ، يكمن في الدعوة لاستخدام ما سنسببه المنهج
التكاملي الذي ينطلق كما نرى ، من مسلمات نجعلها بما يلي :

١ - لا تسأل عن السلوك الشاذ أو تتعمق مسؤوليته آلية واحدة من آليات
الشخصية ، سواء في تفاعلها الوظيفي الداخلي داخل جسد الشخص ، أم في
إطار تفاعلها مع البيئة الموضوعية خارج الذات . وإنما المسؤولية هنا مسؤولية
ذات طابع تكاملي - تفاعلي بين آليات الشخصية مجتمعة من جهة ، ومثيراتها
من جهة مقابلة .

٢ - السلوك بعينه ذاته (ما هو سوي وما هو شاذ) تتاج علاقات تفاعلية بين
بيئة ذاتية واخرى موضوعية ، وبالتالي بشكل الاطاران الذاتي والموضوعي
بما ينطوي عليه حدي معادلة السلوك .

٣ - يخضع كل سلوك الى جانب شعوري والى آخر لا شعوري ، جانب عام وآخر خاص وخاص جداً ، والحكم على شذوذ ما ، يتطلب معرفة صريحة وواقعية بكل هذه الجوانب .

٤ - يتطلب تحديد الشذوذ اقراراً لفظياً من قبل الشخص أو أفراد الجماعة الذين يعيشون معه وتتوفر فيهم الثقة وحسن النية، أو العدالة اقراراً غير لفظي عن طريق الاعراض (تبرز هنا الفروق الفردية والادراكات المشتركة بشكل جلي) .

٥ - تتوافر في السلوك الشاذ دينامية عبر زمالية متكالية ، ومن ثم نمطية متحركة (قد تشمل أكثر من عرض وأكثر من سلوك) .

٦ - تشكل وسائل التشخيص ، وأدوات البحث المتطورة باستمرار في إطار دراسة السلوك الإنساني وفك أسرارهِ وعبر بحث علمي، سنداً قوياً يساعد على تحديد السلوك الشاذ ضمن الإطار التكاملي الذي ندعو اليه .

إن منهج التحليل العلمي الموضوعي، الذي يؤسس على المسلمات المذكورة، وينطلق من حالة فردية بصاحبها أو اصحابها الى الاغتراب عن واقعهم الشخصي والاجتماعي ، ويكشف درجة وحدة الشكوى على مستوى الشعور أو اللاشعور، وطبيعة الاعراض والعلّة الكامنة ، مستخدماً أدوات بحث علمي يتوفر فيها عاملاً لصدقي والثبات ، هو المنهج الذي ندعو لاعتماده وقبول نتائجه كأطار مرجعي لتفسير السلوك الشاذ .

الفصل الثالث

قصيدة المنهج في علم الشنود النفسي



فلسفة المنهج في علم السلوك النفسي

كان لانجازات علماء الطبيعية الذين اعتمدوا مناهج التجريب ، وعمسوا دور المخابر العلمية في مزيد من الفهم لظواهر الوجود الطبيعية ، بما فيها الظواهر السائدة في التجمعات ما تحت البشرية ، الاثر البارز في الدعوة الى استخدام مناهج التجريب في حقول النشاط الانساني ، الامر الذي أكتسح جدلا يتطور يوما بعد يوم ، بين أنصار استخدام التجريب على الانسان لفهم طبيعة سلوكه ، ومن يرفض التعامل مع الانسان بالطريقة الميكانيكية ذاتها التي يتم التعامل فيها مع الحيوان ، وحجته في ذلك ، هي أن آلية السلوك في الجماعات البشرية لا تقف عند بنية فيزيولوجية غرائزية نوعية فقط ، بل تتعدى ذلك لتشمل جوانب التفكير والافعال والعاطفة ، ومفاهيم كالارادة والوعي والفلسفة والانتماء ، ضمن عملية تعلم معقدة أشد التعقيد تخص الانسان دون غيره من الكائنات الحية وتبرز لديه بنية متميزة عقليا ولغويا ، وواقعية قابلة للتساوي يصعب فهم كينونتها وصيرورتها باستخدام المعايير الكمية الاحصائية كما هو عليه الأمر في التجريب .

تعيد كتب علم النفس بداية المنهج التجريبي العلمية وتطبيقاته العملية في ميادين السلوك البشري الى عام ١٨٧٩ - العام الذي انشأ فيه عالم النفس الشهير فولدت Wundt مخبره مطلقا بداية علم النفس التجريبي على أسس علمية ...

لم يسلم أنصار المنهج الاكليسيكي بالأمر ، بل نظروا بتحفظ شديد الى المنهج التجريبي المقلد ، ودعوا لاستخدام منهجهم الذي يقر قانون الفروق الفردية مع ما يترتب عليه من معرفة الغطالة المعنية ، وتاريخها وطبيعتها وبيئتها الثقافية الخاصة ، ويؤكد على الجانب الدينامي في الشخصية .

ينضوي الحوار بين أنصار كل من المنهجين ضمن الحوار القديم والجديد ، بين النزعتين الطبيعية والانسانية في علوم السلوك . ولعل لحظة سريعة على أطروحات كل من النزعتين تساعدنا على فهم قاعدة الخلاف بين المنهجين . (معتمدين على آراء الاستاذ لاجاش Lagache كما عرضت في (٩ - ١٤ - ١٨) .

٣. النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية في علم النفس :

في الوقت الذي توصل فيه الانسان الى علم طبيعة واحد ، وعلم كيمياء واحد ، بدأ يتحدث عن « علوم النفس » . فوجد علم النفس السلوكي ، وعلم الافعال المنعكسة وعلم النفس الدينامي ، والتحليل النفسي . تعدد « علوم » النفس هذا كان دليلا على تخلف الانسان في هذا المجال (١٨ - ١٩٧٩) . ولكن هذه « العلوم » على تعددها ، لم تكن تفرج من الناحيتين المذهبية والإبستمولوجية Epistémologie ، عن واحدة من نزعتين : نزعة سيكولوجية طبيعية (Naturalisme) ونزعة سيكولوجية إنسانية (Humanisme) ، هناك فريق من العلماء قد اختار في علم النفس النزعة الطبيعية التجريبية ، وهناك فريق آخر قد اختار النزعة الانسانية الإكلينيكية . لكن ما هو تصور الوقائع السيكولوجية عند كل من النزعتين الطبيعية والانسانية ؟

تميل النزعة الطبيعية الى استبعاد الشعور ، وتنظر الى الطبيعة النفسية باعتبارها جزءا من الطبيعة العامة ، وهي تريد أن تجعل من علم النفس ، علما يماثل العلوم الطبيعية الأخرى . وهي تعالج الوقائع السيكولوجية faits psychologiques بوصفها أشياء ، وتجد هذه « الشيئية » Chosisme أدق صورها وأكملها في السلوكية الواطسونية حيث موضوع علم النفس هو السلوك من حيث هو خارجي ومادي .

أما النزعة الانسانية فهي تسلم بأن الوقائع السيكولوجية هي حالات « شعورية » (عند سارتر) ، أو « تجارب حية » (عند شترن) ، أو « تعبيرات » (عند ياسبرز) تقرأ فيها التجارب الحية التي يعيشها الآخرون . ومن هنا فعلم

النفس الانساني لا يركز اهتمامه على السلوك المتاح للملاحظة ، وإنما على الكيان الحي ، بمعنى الوجود كما يعيشه الشخص (١٨ - ٢١) .

تتجابه النزعتان الطبيعية والانسانية فيما يتصل بالعلاقة ما بين « الكل » و « الأجزاء » :

فالنزعة الطبيعية تقرر بأسبقية الأجزاء والقوانين الجزئية . « فالفعل المنعكس الشرطي » ، مثلاً ، هو سلوك بسيط وأولي ، والعادة هي تسلسل أفعال منعكسة شرطية ، والشخصية هي حاصل جميع « عادات » . أما في النزعة الانسانية ، فنجد أن الكل سابق على الأجزاء ، إذ لا يمكن أن يعاد بناؤه ابتداءً من أجزائه . ولذلك فكل واقعة سيكولوجية لا يمكن إلا بطريقة مصطنعة أن تعزل عن جملة علاقات الكائن الحي بالبيئة ، أو بتعبير إنساني ، عن جملة علاقات الشخص بالعالم . فالشخصية وحدة كلية ، تكشف عن نشاط معقد ، ينبغي دراسته لفهم الحياة النفسية .

وتتجابه النزعتان الطبيعية والانسانية أيضا فيما يتصل بتصوير الجوهر المقوم للحياة النفسية :

فالنزعة الطبيعية ، بتشبهها بالمعطيات المادية المتاحة للملاحظة الموضوعية ، لا تسلم بجوهر مقوم غير عضوي . في حين أن النزعة الانسانية تولي اهتماماً كبيراً للكشف عن مجاهل « الطبقات العميقة » Couches profondes للجهاز النفسي Psychisme ، « اللا شعور » ، وسيكولوجية الأعماق » .

كما تتجابه النزعتان الطبيعية والانسانية فيما يتصل بموقعهما من « الغائية » و « القيم » Finalité et Valeurs :

فبينما يرفض علم النفس الطبيعي الغائية والقيم بسبب طلبهما الذاتي ، فإن علم النفس الانساني يلج على أهميتهما . فالتكيف adaptation هو المشكلة المركزية في علم الحياة وعلم النفس ، وعالم الكائن الحي هو دائماً عالم القيم .

أما فيما يتعلق بالهدف ، فإن علم النفس الطبيعي النزعة يقوم قوانين شبيهة بقوانين الطبيعة ، مصاغة في علاقات كمية ، تسمح بتفسير الظواهر ، بمعنى أنها تسمح بردها الى عدد قليل من العناصر المكونة الأولية ، والتي ترجع خصائصها الأساسية في « منحنى » كما هو الشأن مثلاً في قوانين التعلم Apprentissage .

بينما علم النفس الانساني يستند لا الى القوانين ، وإنما الى أنماط مثالية ، أو الى علاقات مثالية هي تركيبات واضحة المعالم تبين على الفهم ، أكثر مما تبين على التفسير . ولذلك فدراسة الشخصية تتطلب منهجاً ، لا كمية إحصائية ، بل كيفياً يستند الى الحدس Intuition والنزوق الفني . ومثل هذه الدراسة لا يمكن أن تفعل الجواب الجشمية التي تعبر بها الحياة عن نفسها (١٨ - ٢٢ - ٢٣) .

ويمكن أن نضع ضمن جماعة « علوم » النفس الطبيعية النزعة أتباع « فوندت » ، وأتباع « ريبو » Ribot وقد اتمتت مدرسة « فورتسبورغ » Wurzburg بالإستبطان التجريبي introspection expérimental . ونظير علم نفس « الجشتمات » أو « علم نفس الشكل » Psychologie de la forme الى الوحديات الكلية منتظمة البنية بمدى أولية ، والسلوكية Behaviorisme بأخذها بالمسئمة الوظيفية ، أي بفكرة أن كل سلوك يتخذ من خفض التوتر دلالة ، وإنما تنازل تنازلاً هاماً أمام النائية . ويبدو أن علم نفس الأفعال المنعكسة Reflexologie هو وحده الذي يأخذ بكل بنود النزعة الطبيعية .

أما فريق علم النفس الانساني فموقفه لم يكن أحسن حالاً ، فالفلسفة الظاهرية Personnalisme والشخصانية Phénoménologie والتعليل النفسي Psychanalyse تمثل كلها من فواح مختلفة اتجاهات انسانية ، لكن الظاهرية تعادي فكرة اللاشعور أو هي تنكرها بصورة شكلية .

وهكذا يضعف الالتباس ، ولكنه ما يزال قائماً ، وأن حرمة التعارض تجد ما يجعلها في تماثل المدارس والمذاهب . وفي الحقيقة أن النزعتين الطبيعية

والانسانية ذاتهما لا تمثلان غير مجرد اتجاه عام ، ولن يلبثا ، متى حاولنا أن نحدد لكل منهما موقفا نوعيا ، أن يشككنا كتصورين غير ثابتين وأحيانا متداخلين .

فالاختبار ما بين النزعتين الطبيعية والانسانية يمكن الا يصدر إلا عن دوافع شخصية . . فهذا الاختبار يجب ، في المستوى المصيق ، عن حاجات الشخص الوجدانية ، ومحاولاته في حل مشكلاته الخاصة .

ولكن اذا لم يكن الاتجاه الى النزعة الطبيعية أو الانسانية في حقيقة الامر ، غير مسألة شخصية ، فاننا لا نرى طريقا الى الخروج من هذا التعارض إلا عن طريق التحليل النفسي لعلم النفس وعلمائه . وبصورة عامة يشير « واطسون » الى أنه باستثناء السلوك الذي وضع في معارضة الشهور ، فإن قضايا الجانب الانساني هي بمثابة رد فعل تجاه قضايا الجانب الطبيعي : فمبدأ الوحدة الكلية يعارض الذرية السيكلولوجية ، والفهم يعارض التفسير ، واللاشعور يعارض الفيزيولوجي ، والوظيفة تعارض الميكانيكية . . وينبغي أن نتقبل بأننا لسنا أمام اتجاهات يستحيل تبديلها ، وبأن تعارض المبادئ ، وبأن التشابك ما بين النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية ، إنما يمثل لحظة من لحظات تاريخ الفكر ، ويمثل حركة دياكتيكية Dialectique لا تعدو في الواقع أن تكون غير جهد جماعي للعلماء عن الحقيقة .

وهكذا نجد أن التصور « الشيني » الصارم للسلوك قد تطور . فبعد أن كان هذا التصور جزئيا عند واطسون أصبح كليا عند « كاتور » Kantor و « تولمان » Tollman ، ويمتد في الوقت نفسه بدلالات معاشية للسلوك كما يشير لذلك « تليكان » Tilquin . فمبدأ الوحدة الكاملة يميل الى أن يصبح تصورا عاما تأخذ به كل اتجاهات علم النفس ، بل إن الاهتمام بالوحدة الكلية هو طابع مشترك ما بين علم النفس والاتجاه العام للفكر والعلم (١٨ - ٢٦) وهكذا نجد ضمن الأطار العام لتاريخ الأفكار ، من الأسباب القوية ما يدفع الى الاعتقاد بأن عالم النفس Psychologue هو في موقف منفتح ، في صراع بطريقه الى التجاوز ، وليس

في موقف منطقي ، كما كان يمكن أن تكون عليه الحال لو أن أمر الاختيار ما بين النزعة الانسانية والنزعة الطبيعية يرجع فقط الى حاجات ذاتية ، وتفضيلات شخصية ، وهذا ما تبينه طرائق علماء النفس في العمل . وأولى هذه الطرائق هي التي قام بها الامريكيون منذ زمن طويل تحت اسم « علم نفس الارائك » Psychologie de fauteuil . ويقول « تشيرشمان » و « آكوف » : إن « المقياس التجريبي » للشخصية تستعمل لإقامة بغير استبصار تمهيدي بأبعادها . ويشتمل علم نفس الارائك أيضا على علوم النفس غير التجريبية ، علم النفس الاكلينيكي Psychologie Clinique بالمعنى الواسع ، والتحليل النفسي ، الذي يتم بالفعل على أريكة (١٨ - ٢٨ - ٢٩) .

٣ - المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي (العيادي) :

يرى « لاجاش » (١٩٠٩ وما بعدها) أنه يمكن صياغة الاختلاف المميز للاتجاه الاكلينيكي عن الاتجاه التجريبي في الصورة التالية : فالمجرب Experimentaliste يخلق موقفاً ، ويضبط بطريقة مصطنعة كل عوامله ، فلا يغير منها في الآن غير عامل واحد ، حتى يتسنى له أن يدرس الاختلافات النسبية في الاستجابات ، مستقلاً من حساب الكلية . وأن التعبير « متى تساوت جميع الظروف » إنما يمثل تحفظاً لمطابق الطريقة التجريبية . أما الاكلينيكي Clinicien ، فهو إذ لا يستطيع استحداث الموقف ، ولا يستطيع على الاخص ضبطه ، بحيث يزل عنصراً من الظروف الشارطة له ، فإنه يذل جهده للاستعاضة عن ذلك بتحديد مكان العوامل التي تعينه ، ضمن جملة الظروف الشارطة . ومن هنا ضرورة البحث التقني الدقيق الشامل .

وهكذا فالمجرب والاكلينيكي يسلكان طريقين مختلفين لبلوغ الهدف نفسه : وهو ضبط الظروف الشارطة للسلوك . المجرب باستبعاد جملة الظروف الشارطة ، متناولاً على عدة « متغيرا مستقلا » Variable independante والاكلينيكي بإعادة الوحدة الكلية للظروف الشارطة .

ونستطيع أن نتصور كيف أن الاتجاه التجريبي يمكن أن يؤدي الى علم نفس

« ذري النزعة » أو « جزئي الطابع » ، بينما يؤدي الاتجاه Moléculaire
الأكلينيكي الى علم نفس كلي أو « كلي الطابع » Molaire . فالاتجاه التجريبي
يؤدي الى علاقات مطلقة لا تاريخية ، بينما يؤدي الاتجاه الأكلينيكي الى تاريخ
المعالة (١٨ - ٣٢-٣٣) .

ما هي خصائص كل من المنهج التجريبي والمنهج الأكلينيكي ؟

٢ - المنهج التجريبي La Méthode Experimentale

يرى أصحاب المنهج التجريبي أنه لكي نكشف عن العلاقات ، ما بين طبيعة
الكائن العضوي وبيئته وسلوكه ، فإنه يتمخض إخضاع جميع العوامل الهامة لضبط
دقيق . أي ينبغي أن تخضع كل هذه العوامل لتجريب المجرب بحيث يتخذ من كل
عامل منها بعد الآخر ، وبدوره ، متغيرا مستقلا .

إن السلوك يخضع لعدد من العوامل ، ويختصر المنهج التجريبي في تغيير كل
عامل من هذه العوامل على حدة مع إبقاء العوامل الأخرى ثابتة . ثم يتم تسجيل
النتائج المترتبة على هذا التغيير . وعند تصميم التجربة ، يحاول المجرب أن يقوم
بضبط الموقف التجريبي بطريقة تجعل من الممكن إقامة علاقات أو ارتباطات ذات
معنى بين الأسباب والنتائج .

١ - المتغيرات المستقلة :

« وهي المثيرات المفروضة عمدا على الكائن الحي أثناء التجربة » . وتتضمن
المتغيرات المستقلة Variables indépendantes كل تلك الجوانب من التجربة التي
يغيرها المجرب بصورة منتظمة . والمتغير المستقل لا تؤثر فيه أية عوامل ، بل هو
الذي يحدث التأثير خلال الموقف التجريبي . ولا يجوز أن يكون هناك أكثر من
متغير مستقل واحد في تجربة واحدة ، وذلك أن المجرب يريد أن يبين العوامل
المفردة لتسلوك شخص عليه أن يبين التأثيرات التي لترتب على عامل واحد . كسل
الكلب منومة . فلو افترضنا تغيير عاملين مثلا : فالذي يستطاع المجرب أن يبين إلى أي
عامل من العاملين ترجع الآثار الناتجة .

٢ - التغيرات التابعية :

« وهي النتائج الناجمة عن تأثير المتغير المستقل ، أي هي النتائج الناجمة عن المتغيرات المفروضة على الكائن موضع التجربة . فالمتغيرات التابعية Variables dépendantes هي مقاييس استجابة الكائن الحي . مثل درجة الاستجابة للمثير أو المنبه » . فإذا تغير شرط عن شروط الاقارة مع الإبقاء على بقية الشروط في حالة ثبات ، فإن المجرى يقوم بقياس الاستجابات التي تسببت عن التغير الذي أحدثه . وهذه الاستجابة هي التي تتبع وتتوقف على العامل الذي قام المجرى بتغييره (١٩ - ٤١ - ٤٢) .

ويواجه المجرى بعض الصعوبات الشائكة وبخاصة مشكلة ضبط المتغيرات الذاتية التي تتعلق بخصائص الإنسان . ولهذا تجد الطريقة التجريبية صعوبات كثيرة في تناولها السلوك الإنساني تناولا تجريبيا .

٣ - صعوبة التجريب على الإنسان :

لا شك أن السلوك الطبيعي عند الإنسان يختلف عن سلوكه التجريبي ، بأكثر مما يحدث عند الحيوان . ومن هنا تبرز صعوبات ، عديدة ، أهمها فيما يتعلق بالشخص والموقف .

١ - فيما يتعلق بالشخص : تبرز الصعوبات التي تتعلق بدوافع الفرد حين يكون موضوعا للتجريب وباتجاه الشخص أيضا إزاء التجربة . فمن الممكن أن تتدخل في التجربة دوافع عديدة ، شعورية أو لا شعورية من جانب الفرد ، وهذا كله ينعكس على النتائج .

٢ - فيما يتعلق بالموقف : يرى « لا جاش » أن سلوك الكائنات البشرية ، يمكن أن يكون موضوعا وأداة لأبحاث تجريبية . هناك الكثير من التقنيات التي تسمح بدراسة قطاعات محددة من السلوك عند الإنسان ، تحت ظروف شبيهة بظروف البحث التجريبي عند الحيوان ، وغالبا ما تكون النتائج واضحة ، ومن ذلك أن منحنى التعلم يتميز بالخصائص نفسها ، سواء تعلق الأمر بتعلم فأر المتاهة

أو بتعلم انسان لمقابل عديمة المنسى . وعندئذ يمكن لقوانين السلوك ، التي تثبت تجريبيا أن تستخدم لاقامة تأويل نظري ، وغير مباشر للسلوك العياني عند الانسان . أما الدراسة التجريبية المباشرة لهذا السلوك العياني عند الانسان ، فأمرها أشد عناء بكثير . ذلك الأمر يتعلق هنا بمواقف يستحيل أو يصعب جداً خلقها أو ضبطها بطريقة مصطنعة ، وذلك لأسباب أخلاقية أو تقنية . فسيكولوجية تجربة الحب ، والجريمة العاطفية ، والانتحار ، ليس لها أن تأمل من التجريب الا القليل (١٨ - ٣٠ - ٣١) .

وبالإضافة الى ذلك هناك سموبات أخرى وهي أن يكون للموقف التجريبي الدلالة نفسها عند جميع الافراد . فان دلالة الموقف إنما تتوقف الى حد كبير على شخصية الفرد الذي يعيش الموقف . ولقد أشار كثير من علماء النفس الى صعوبة تطبيق مفاهيم العلوم الفيزيائية على الانسان .

ب - المنهج الاكلينيكي : La Méthode Clinique

تستاز السيكولوجية الاكلينيكية بصفة منهجية ، وهي مراقبة السلوك من زاوية الخاصة ، الكشف بموضوعية عن تصرفات ومواقف وأوضاع كائن انساني معين برمته تجاه مشكلة ، ثم البحث عن معنى هذا الموقف وأساسه ومنشئه ، إظهار الصراع الذي أدى اليه والاشجاءات التي تهدف الى حل هذا الصراع . هذا الموقف اكلينيكي يؤدي بصورة مبدئية الى دراسة الحالات الفردية دراسة عميقة ، التي تشكل كل حالة منها شخصا بأكمله ، يقصد فهمه ، ومن ثم علاجه . ويستخدم المنهج الاكلينيكي اذن في دراسة حالة فردية . فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية من أجل تشخيص مظاهر الاحتلال والاضطرابات النفسية وعلاجها .

يستند المنهج الاكلينيكي الى مسلمات أساسية أهمها :

١ - التصور الدينامي للشخصية : لا يمكن النظر الى الشخصية على أنها

تنظيم ثابت للنواحي النفسية والجسدية التي تحدد سلوك الفرد ونموذج حياته فقط ، بل هي نتاج تفاعل دينامي للمكانات الداخلية - النفسية الأساسية مع العلاقات الانسانية في اطار اجتماعي معين . ومن هنا ينبغي النظر الى الشخصية والى المسالك التي تصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الاجهزة المختلفة ، أو نتاج الصراع المتفاعل ما بين القوى الذاتية من جهة ، والقوى الذاتية والموضوعية من جهة أخرى . فالدراسة السيكولوجية للشخصية ليست في الواقع ، غير دراسة لصراعاته . والكائن المتكيف هو الذي يستطيع أن ينهي صراعاته أو يزيل توتراته ويشبع حاجاته بما يتلاءم مع الواقع . أما الكائن غير المتكيف فهو الذي لا يلجأ الى حل التوترات فيلجأ الى الدفاع ضدها .

١- الشخصية كوحدة كلية : « الشخصية ليست جزءاً من الفرد قابلاً للعزل . بل هي كل يعمل ٠٠ » (٢٠-١٩٥٩) ومن هنا فإن الاعراض الخاصة بالمرض ليست في انزال عن الشخصية ، أو لا تنسب الى شخص معين يعيش في بيئة معينة . وقد ثبت التحليل النفسي أن « لكل عرض معنى وصلة وثيقة بحياة المريض النفسية » (٢١-١٩٨١-٢٣٩) ولذلك فليست للاعراض ، في المنهج الاكلينيكي من دلالة ، أو معنى إلا بالرجوع للوحدة في صلتها بالعالم . ومعنى هذا ان النظرية الاكلينيكية لا تقتصر على قطاع ، أو قطاعات سلوكية بعينها ، وانما تضع في اعتبارها الاستجابات كافة التي تصدر عن الفرد ، من حيث هو « كائن انساني عياني مشترك في موقف » . ومهمة المختص النفسي الاكلينيكي ، تنحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو هذا العرض symptôme ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعنى أنها تحدد دلالاته ووظيفته .

٢- الشخصية كوحدة كلية زمنية : ومعنى ذلك أن استجابات الشخصية ازاء موقف معين إنما تتضح في ضوء تاريخ حياة الفرد واتجاهه ازاء المستقبل . وهكذا تعد دراسة الحالة من الادوات الرئيسة التي تعين المختص النفسي على تشخيص حالة الفرد وفهمها وعلاقتها بالبيئة .

تشكل دراسة الحالات الفردية السمة الأساسية للمنهج الاكلينيكي * وأن المدة الفعلية للدراسة تختلف اختلافا كبيرا من حالة الى أخرى ، حسب نوعها ودرجتها وتأصلها في حياة المريض ، ويؤدي الموقف الاكلينيكي الى تحديد استعمال التقنيات المعدلة التي تقدم نتائج بشكل كمي * أو الى رفضها ويبدو الاتجاه العام ميالا عند السيكولوجيين الى اتخاذ الفرد كإطار مرجعي * هذا وقد يؤدي ، ببعض السيكولوجيين الى ضرورة تكيف التقنيات ، بصورة مستمرة بحيث تتناسب مع انمساكات الفرد ، ويرى بعضهم أن استعمال الروايز المقتنة يعد كتحفة أساسية في النقص الاكلينيكي ، لأنه يتيح توضيح المسألة الفردية المطروحة على المتخصص * وأن هذه اللحظة هي التي تميز بصورة أساسية معنى السيكولوجي *

كما يحرص الكثيرون من الاكلينيكين على المحافظة على وحدة الشخصية الانسانية ، وعلى استعمال الفرضيات الجامعة * فهم يهدفون الى فهم الانسان أكثر من تفسيره * فالعياة النفسية لا يمكن شرحها بكلمات منطقية * بالامكان فهمها فقط وملاحظتها ووصفها بكلمات عامة مستقاة من التجربة المعيشة * « ومن هذه الزاوية يبدو المنهج الاكلينيكي بنظر بعض السيكولوجيين آيلا الى معرفة انسانية تناقض المعرفة الطبيعية التي تستعمل كأساس للمنهج التجريبي » (٢٣-١٩٧٩ ٩٧-٩٩) وبعد بعض الاكلينيكين أن الموضوع الذي يطبقون عليه منهجهم ليس السيكولوجي بالذات (السيكولوجيا القائمة على الاستبطان) ، ولا الفرد الموضوع تهته الدراسة (السيكولوجيا التي تتميز بالمناهج المستقاة من علوم الطبيعة) بل هو الفرد المدروس في علاقاته ، وفي « وجوده » ، وفي حديثه مع السيكولوجي * فميدان تطبيق المنهج الاكلينيكي هو ، اذن ، ميدان « الذاتية المتداخلة » (٢٢-١٥٥) *

وينتهي « لا جاش » الى أن التمايز ما بين التجريبية والاكلينيكية ، ليس غير تعبير عن محاولة التلاؤم من جانب النفسانيين تجاه موضوعات مختلفة ، هي المسالك الجزئية في حالة ، والمسالك الكلية في الحالة الاخرى * وعليه فإنه يمكن القول

إن المنهجين يكمل أحدهما الآخر ، على نحو يحقق البحث المكتمل الملائم ، لعقل علم النفس (١٨ - ٥٢ - ٦٠) .

وما دام الامر كذلك ، فمن التعقل أن نبين فيما يمكن أن يقدمه الاكلينيكي والتجريبي من عون كل منهما للآخر .

٢ - ما تقدمه التجريبية الى الاكلينيكية :

١ - يوضح تصورات اكلينيكية الاصل وصقلها ، بالتجريب على الفروض التي انتهت اليها الاكلينيكية عبر أبحاثها الخاصة . فكف الميول المعارضية Incestueuses مثلا ، يمكن أن ينتهي الى كف كل ميل جنسي ، وعلى المكس من ذلك ، فإن التعلم الذي يتحقق خلال علاج التحليل النفسي ، يتيح التمييز بين المواقف التي يسمح فيها لإرضاء الميول الجنسية والمواقف التي يحرم فيها هذا الارضاء .

٢ - استخلاص قوانين يمكن تطبيقها في تغيير السلوك الانساني العيالي :

١ - «النموذج الحيواني» للتطبيع الاجتماعي Socialisation يسمح بتوضيح السمات الاساسية لعملية ، التطبيع عند الانسان ، وإن كانت هناك خصائص متميزة لعملية التطبيع عند الانسان .

٢ - كذلك الدراسة التجريبية للصراع عند العيسوان ، فمنعني التجنب والاقتراب ونقطة تقاطعها تشير الى اللحظة التي يصبح فيها السلوك نزاعيا ، هذا الى أن الميل للتجنب يتزايد بأسرع ما يتزايد الميل الى الاقتراب .

وهكذا فإن الاعداد التجريبية والمعارف التجريبية لا غنى عنهما للاكلينيكي .

٣ - ما تقدمه الاكلينيكية الى التجريبية :

١ - استمالة التجريب بشكل أعمى ، فالطريقة التجريبية تتضمن صياغة فروض

للمعمل . ومن أهم ما تفضلت به الأكليينكية هو الاستطلاع والتنقيب في مجالات البحث المختلفة ، وصياغة الفروض التي ستخضع للضبط التجريبي .

٢ - إن التجريب ينصب على قطاعات متعددة من السلوك ومن هنا ينبغي على الأكليينكية أن تفضلت بأقامة الوحدة الكلية للسلوك الانساني .

٣ - إن النظرية العامة للسلوك يستحيل عليها أن تستغني عن المعارف الإكليينكية الخاصة بالمسالك غير المتكيفة *inadaptées* .

ومكذا تستطيع التجريبية والإكليينكية ، ليس فحسب أن تلتقيا ، وإنما أن تتبادلا بانسونا أيضا (١٨ - ٦٥) . وأكثر ما يتضح ذلك التمازج هو في مجال المقاييس والاختبارات .

٤ - مجالات التعاون بين المنهجين الأكليينكي والتجريبي :

١ - لم ينبثق المقاييس جاهزة من مسخ عقري « لمختص القياس النفسي » : بل إنها النتيجة التي ينتهي إليها ، ويتطور عندها جهد شاق ، ليس فقط من القياس والإحصاء ، وإنما أيضا من الاستطلاع والمحاولة ، واختصار من الملاحظة الإكليينكية . ففكرة الاختبار هي من أصل إكليينكي ، كما تركز دلالة النتيجة العددية أيضا على الارتباطات ما بين طرائق الاستجابة للقياس ، والمعطيات الإكليينكية .

٢ - لن يخسر الإكليينكي شيئا ، إن هو حل فروضه عن طريق القياس ، أو أن هو استخدم المقاييس ليستثير مادة إكليينكية متجربة . فالقياس بالنسبة إلى إكليينكي ليس فقط أداة قياس وتحقيق ، وإنما هو أيضا منشط وكاشف للاستجابات .

٣ - يفضل السيكلولوجي « التحسس الموجه » على « التخطيط الصرف » . وتسمح له تجربته ، ليس فحسب القياسية وحدها ، بل والإكليينكية أيضا ،

أن يضع النسب التعليمات لهذا الاختبار أو ذلك . ويمكن القول إن كل ممارس نيكولوجي ، ينبغي أن يكون إكلينيكيًا أو يكون باحثًا ، وليس مجرد إنسان ميكانيكي أو آلي Robot .

٤ - أن الاستخدام الإكلينيكي - التجريبي clinico-expérimental للمقاييس المقننة Tests standardisés هي وسيلة مستخدمة منذ زمن طويل ، ويستهدف الاستخدام القياسي للمقاييس نتيجة موضوعية قابلة للقياس ، هي تساج السلوك ، ولكن المقياس يمكنه أيضاً أن يستخدم كموقف تجريبي ، وحينئذ تسجل الملاحظة الإكلينيكية ، الوحدة الكلية للاستجابات الخارجية والسيولوجية والسمورية ، كما تسجل ديناميكية تكيف الشخص للموقف الاجتماعي ، وللمهمة التجريبية المحددة له ، ولمسالكه الخاصة . ومقاييس الأداء Performance هي أكثر من المقاييس اللفظية Verbales صلاحية لمثل هذا الاستخدام الإكلينيكي - التجريبي تحقيقاً لأهداف تنصل بعلم النفس القسري .

٥ - إلى جانب هذا الاستخدام الإكلينيكي - التجريبي للمقاييس المقننة ، هنالك مقاييس يمكن تسميتها « إكلينيكية » حقاً ، إن ضبط الموقف ، وقياس النتائج غير مفقولة فيها ، وهي من هذه الناحية ، لا تزال أيضاً مقاييس . ولكن الإجابات هي من السمة والتعقيد إلى درجة أنه ، حتى حين يكون التسجيل الكامل ممكناً من الناحية النظرية ، وحتى حين يكون التفريق والتطور الإحصائيان دقيقين جداً ، فإن ملاحظة السلوك والنتائج وتأويلها يتعبدان إلى النظرة الإكلينيكية ، وإلى التصور الدينامي للسلوك . وأشهر نمط لهذه الاختبارات هو اختبار « الروشباخ » Rorschach .

واقترح كتب وورشباخ نفسه أن تأويل النتائج هو عمل مختلف جداً عن مجرد تقنية ميكانيكية يستطيعه سبي العمل .

وكذلك الحال بالنسبة إلى اختبار فهم الموضوع T.A.T. test d'Appréhension de thème ولكن إلى التحليل النفسي ، والقوم الدينامي للموضوع .

... إن الاختيار سواء أكان قياسياً أم إكلينيكياً ، لا يقدم لنا إلا معلومات جزئية . ويصح على عائق النظرية الإكلينيكية أن تضطلع بتحديد مكان هذه المعلومات من الكل وباستخلاص ما للأداء من دلالة ، تماماً كما اضطلعت هذه النزعة بتحديد التعليمات الخاصة بالاختبار .

وهكذا سواء تعلق الأمر بالبحث أو بالتطبيق ، فإن القياس النفسي الخالص يكون من المقوم إلى درجة تزيد على ما يكون عليه علم النفس الإكلينيكي الخالص من عدم التسليم . فكل بحث وكل تطبيق سيكولوجي عياني يستعني بالنظرة الإكلينيكية وبالنهج الإكلينيكي وبالعكس ، فإن علم النفس الإكلينيكي يزيد من أصليته يعني يسلم بالفائس وعلى هذا النحو فقط يستطيع الإكلينيكي ومختص القياس النفسي أن يلتقيا وأن يتعاونوا (١٨ - ٣٧ - ٤٤) .



الفصل الرابع

الموامل في الشنود النفسي

- المامل الورياني
- المامل البنيوي (التكويني)
- المامل النفسي
- المامل البني على التنظيم



العوامل في الشذوذ النفسي

ETIOLOGY

يصعب الحديث عن العامل الواحد في تفسير الظواهر السلوكية ، وينطبق ذلك على ما استوى من السلوك وما شذ منه ، وتعد مسألة الوثوقية في عليّة الاضطرابات مسألة نسبية دينامية تخضع للزمان والمكان ، كما تخضع للفروق الفردية والثقافية ، شأنها شأن معظم الظواهر النفسية ، وتكمن عند محاولة تصنيف العوامل اشكالية لا ينكرها أي من الباحثين في ميادين الشذوذ النفسي والعلاقات الانسانية وما تنطوي عليه . .

ميزت بعض المحاولات التصنيفية لعوامل الشذوذ بين :

أ - عوامل مهينة :

تمهد للاضطراب السلوكي وتشكل التربة الصالحة له ، حيث يبرز مثلاً عنها التاريخ النمائي للفرد تحت تأثير الوراثة من جهة والخبرات المرتبطة بأبعاد النمو الجسدية والانفعالية والاجتماعية . . من جهة أخرى .

ب - عوامل مساهمة أو مهيئة :

وهي العوامل التي تسرع في اظهار الاضطراب ، مستقلة ضعف التكوين والتحصين النفسي لدى الفرد . من أمثال الهزات الانفعالية المنيقة أو الصدمات المفاجئة التي ينوء تحتها من يملك أساساً قدرة ضعيفة على المواجهة .

بينما تميز محاولات أخرى بين :

١ - عوامل نفسية :

مرتبطة بالبنية النفسية وقوة الانا لدى الشخص وسدى سيطرته الارادية على ممارسة انضبط المطلوب في مواجهة اندفاعاته ولزواته وتوجيهها .

ب - عوامل بيولوجية :

تتحكم الوراثة فيها بالورقة الرئيسة ويفسر الاضطراب تبعا لها من الالف الى الياء .

ج - عوامل اجتماعية ثقافية :

تلمح فيها المعايير الثقافية لما هو سوي أو شاذ دور الصدارة . ويستدل أصحاب هذا الاتجاه على صدق مساعيهم بالفروق الثقافية التي تختلف من مجتمع الى آخر وأحيانا ، من جماعة الى أخرى ضمن المجتمع الواحد .

ومن السهل المنور على محاولات يقتصر تصنيفها للعوامل الى صنفين أو مجموعتين :

١ - عوامل داخلية :

ترتبط بالانسان وخبرته الخاصة وما تنبع عنها من بنية داخلية متميزة عن غيرها في أسلوب حياتها وطرائق تعاملها مع مشيراته مفترضة .

ب - عوامل خارجية :

تعود لمحيط الفرد وما ينطوي عليه من مواقف ضابطة وضاغطة .

سيتم في الكتاب الاعتماد مفهوم العامل عند دراسة علية الاضطرابات السلوكية ، ولذلك جاء هذا الفصل ممتونا بالعوامل في الشذوذ بدلا من أسباب الشذوذ ، تميزا لآلية الظاهرة السلوكية التي يقوم بها الانسان عن مثيلاتها في

التجمعات غير الانسانية - وكذلك عن مثيلاتها من الظواهر الطبيعية .. فاذا كان
 بالامكان الحديث عن سبب طبيعي - مادي أو فيزيولوجي - له تأثيره المباشرة
 التي يمكن التعامل معها على أساس السبب - والنتيجة في ظواهر يلعب فيها هذا
 النوع من الاسباب دورا يمكن التحقق منه تجريبيا ، فإن هذا الامر لا يصح على
 الظاهرة السلوكية عند الانسان التي يندر ان ينتجها سبب واحد .. وانما تنضاف
 على حدوثها مجموعة اسباب تتفاعل فيما بينها وتتجاوز في تفاعلها هذا حاصل الجبر
 الكمي لآثارها منفردة . من هنا نفضل الحديث عن المسلة الفاعلة في حدوث
 السلوك بلغة العوامل على أساس تكاملي ، علائقي ، دينامي يتعد عن مبدأ السبب
 والنتيجة غير المقصور استعماله في اطار ظاهرة السلوك . من منطلق أن السبب
 هنا لا يعطي نتيجة نفسها فيما لو أخضعت الظاهرة نفسها ولدى الشخص ذاته
 للسبب نفسه مرة أخرى اذا ما تغيرت حالته الانفعالية ، او مركزه الاجتماعي أو درجة
 ثقته بنفسه وتقويته لها ، أو سيطرة آناء بطريقة مختلفة ، أو درجة تكيفه الاجتماعي
 وتقدير الوسط الاجتماعي لها .. وغني عن القول إن فعلا نستخدمه ونحصل
 نتيجة على رد فعل معين لدى شخص معين ، لا يمكن أن يعم على شخص آخر
 الذي إذا ما عرضناه للفعل نفسه أعطى رد فعل آخر متميزا بدرجة وبشدته ، أقل أو
 أكثر ، تبعاً للفروق الفردية بين الأشخاص والجماعات ، أو يختلف على تفسيره
 (ونعني تفسير ما يأتي به رد الفعل السلوكي المفترض) المفسرون تبعاً للنظرية
 التي يؤمنون بها . فاذا كانوا من أنصار الوراثة فسروا الفعل وراثيا . واذا كانوا
 من أنصار البيئة فسروه تبعاً للمتغيرات البيئية . إلى ما هنالك ، استوقفنا واقع الحال
 هذا ودفعنا للالتباس ففضلنا الكتابة عن المداخل النظرية التي تصلح بنظرنا لأن تكون
 أساساً لفهم عوامل سلوك الظواهر السلوكية ، وحسبنا أن يستطيع القارئ
 استنتاج القدر الكافي من هذه العوامل ان لم يكن كلها بعد انتهائه من قراءة هذه
 المداخل قراءة متأنية فاحصة ناقدة .

١ - المداخل الوراثية : Hereditary approach

رغم غياب الأدلة القاطعة على إمكان انتقال الاضطراب السلوكي عن طريق
 الوحدات الكيميائية الدقيقة التي اصطلح على تسميتها بالمورثات . فإن العامل

الوراثي يعطى باهتمام الكثير من الاتجاهات الطبية والسيكولوجية . وكان مجال السلوك هو مجال لون العينين أو لون البشرة أو الطول ، التي تنتقل بيولوجياً من الآباء إلى الأبناء من طريق صفات وراثية نقية أو وسيدة المفعول والتي تميزها الحقائق العلمية المتداولة الآن (كمسماة وراثية) ، عن سمات خلقية ولادية توجد مع الطفل منذ ولادته . ولكنه لا يمكن الجزم بأسلمها الوراثي لوقوعها منذ لحظة التلقيح تحت تأثير البيئة الرحمية .

لقد شكلت كل من قوانين مندل في الوراثة ، وآراء ريبو في قوانين الوراثة النفسية ، وآراء أخرى مقيمة لدور الوراثة ، وآراء معارضة تؤيد دور البيئة . موضوعات لمحاورات ساخنة راجت بكل ما لديها من أدلة جاءت بها من دراسات على الأسرة والتوائم وأشكال للاضطرابات النفسية . (سنناقش الوراثة ونفسها رأي الكتاب فيها في فصول لاحقة) .

٢ - المدخل البيولوجي التكويني : Genetic approach

يتم التركيز وفق هذا المدخل على بنية الشخص ذاتها سيولوجياً مزاجياً كيميائياً وافرازات غدد ، كنظام معتد من بيوكيمياء الجسم ، يتضمن الخصائص الفطرية للفرد وما خبره في بيئته قبل الولادة وما أعقبها مباشرة .

يحتفظ الكائن الحي بنوع من التوازن الكيميائي الداخلي ، وهناك عملية معقدة تكمن وراء تحقيق هذا التوازن ، هذه العملية — الاتزان البدني ، أي الاتزان بين عناصر الكائن الحي المعقدة التي تحكم النمو والتكاثر وإصلاح الهيموجينيك أي الأنسجة ، أو أكسدة الطعام واحتراقه أي الميتابولزم أو عملية الأيض مجموع العمليات المتصلة ببناء البروتينات والمواد ، وبخاصة التغيرات الكيميائية في الخلايا النية التي توفر الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية ، والتي بها تشمل المواد الجديدة للتويض عن الماندثر منها ، وتتحكم في عملية التشيل هذه الاثرية ، من ذلك الهرمونات الفضية ومن ذلك أيضاً الفيتامينات والهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء . هذه الهرمونات ذات أهمية كبيرة في عملية النمو والتكاثر ، من

الممكن أن تؤثر في السلوك الشاذ كل من العوامل التالية : نقص الانزيمات ، ضعف
 الفيتامينات ، اختلال التوازن الهرموني (١٧ - ٨٧) ، ترتبط سلامة السلوك إلى
 حد بعيد بسلامة الجهاز العصبي في الإنسان ، هذه المادة الرقيقة التي من بين وظائفها
 استقبال المثيرات الخارجية عبر آلية حسية عصبية ، وإرسال ما يساعد على الرد
 السلوكي المناسب ، يشكل العطب فيها كلاماً أو جزءاً أذى مباشراً على آلية تكيف
 الإنسان ، ولقد أجريت محاولات كثيرة لتأسيس نظريات بذاتها تعتمد بشكل
 أساس على البنية بجوانبها العريضة والمزاجية ، وتلك التي تتعلق بافرزات الغدد
 الجسم ، ولعل أولى هذه المحاولات تعود إلى ما قبل الميلاد عندما حدد الطبيب
 اليوناني الشهير أبقراط أربعة عناصر رئيسة في البنية الجسدية : الدم ، الباطن ،
 المرارة الصفراء ، المرارة السوداء ، وربط بين الصحة الجسمية أو العقلية وتوازن
 هذه العناصر ، حيث تتوقف الأمزجة الأربعة على تظاير أحد هذه العناصر ، فحينما يغلب
 الدم ينتج النمط الدموي الذي يميز صاحبه بالنشاط وسهولة الاستشارة والتهور
 والهوس ، وحين يغلب عنصر البلغم تنتج شخصية كسولة خاملة منزلة ، وعندما
 يسود عنصر المرارة السوداء يصبح المزاج سوداوياً وتميز صاحبه اكتئابية واتجاه
 واضح نحو الانطوائية ، أما سيطرة الصفراء فتؤدي إلى فرط في الفعالية وسيطرة
 الانفعال وبخاصة الغضب .

وهكذا فإن عامل الشذوذ هنا بيوي يرتبط بسيادة أحد الاختلال داخل
 الجسم ، والسوية هي في توازن الاختلال هذه .

أما نظريات الانماط في أيامنا فقد ارتبطت إلى حد بعيد بنظرية الفرنسي
 لويس روستان Louis Rostan ١٨٢٨ الذي صنف الأشخاص في أنماط : هضمية ،
 وعقلية ، ونفسية ، ومخية ، وكذلك بنظرية الألماني كريتشمير الذي أوجد (حسب
 اعتقاده) ارتباطاً بين البنية والاضطرابات الذهانية ، حيث أشار إلى ارتباط العصام
 بالبنية الضعيفة للذين يعيشون منزولين ، وكذلك إلى ارتباط الذهانات الانفعالية
 بالبنية السمينة التي تميز أصحابها بالمزاج المتقلب .

وتظهر التطورات الحالية لنظريتي كل من روستان وكريتشمير على أفضل نحو

في مؤلفات وليام هـ. شلدون William H Sheldon (١٩٨٤-١٩٩٠) وعلى الرغم من أن شلدون وضع نظرية من أكثر نظريات الانماط تطوراً واجماً في ذلك إلى أكثر الأسس موضوعية لأغراض التصنيف ، إلا أنه بقي عرضة للنقد الذي يوجه إلى جميع نظريات الانماط . فهو يميز بين ثلاثة أنواع من الانماط الجسمية : النمط داخلي التركيب Endomorph (النمط الحشوي والبدني أو الهضمي) الذي يتميز بالاحشاء الهضمية الضخمة ، ونمو ضعيف نسبياً للتكوين الجسمي (العظم ، والمضلات والأنسجة الرابطة) . وأصطبب النمط التكويني الداخلي بدينون عادة ولكنهم قد يبدوون نعاكاً أحياناً ، وهم على قدر بسيط من الرزانة أو الوقار . والنمط الثاني هو النمط متوسط التركيب Mesomorph ، ويتميز بأن التكوين الجسمي هو الغالب (العضلي - الرياضي) ، وهو قوي منتصب القامة . والسيطرة فيه للعظم والمضلات والأنسجة الرابطة . وفي هذا النمط يكون الجسد ميكاً متسع المسام . والتكوين في النمط خارجي التركيب (الواهن - ضعيف الجسم - المضي) Ectomorph يكون هشاً طويلاً ، ويكون الصدر مسطحاً والأطراف طويلة نحيفة ، والمضلات ضئيلة - والمظام أسطوانية ، والقوام منحني والحركة تتميز بتقييد متردد .

ويقابل هذه الانماط الجسمية الثلاثة أنماط مزاجية ثلاثة وهي : المزاج الحشوي Viscerotonia ويمثل شخصية النمط داخلي التركيب ، والمزاج البدني (الجسمي) Somatotonla ويمثل شخصية النمط متوسط التركيب ، والمزاج (المضي) Cerebrotonia ويمثل شخصية النمط خارجي التركيب . والنمط الحشوي يميل إلى كثرة الطعام والاختلاط الاجتماعي ، ويحتاج إلى الحب والتشجيع ، وهو راض متسامح ، ويصبر عن انفعاله بحريية . والنمط البدني (الجسمي) مسيطر ، وطموح ، وعدواني ، يميل إلى الرياضة والمغامرة والتنافس ، ويحاول أن يحل المشكلات عن طريق الممسك . والنمط المضي متحفظ ، يميل إلى التفكير والسرية ، وردود انفعالاته قوية ، وهو يحب الوحدة ، شاعر بذاته ، مكشوف في تعبيره الاجتماعي .

ولقد حدد فرويد (١٩٣٣) (٢٤-١٩٨٤-٦٥) ثلاثة أنماط من الشخصية تقوم على « تثبيت الطاقة النفسية الجنسية أو الليبيدية عند مرحلة معينة من مراحل النيم ». فالنمط القوي يتميز بالاتجاهات السلبية والاكتالية تجاه الآخرين ، والتي يواصل فيها الفرد البحث عن السند لدى الآخرين ، ونتيجة لحدوث التثبيت خلال المرحلة القوية ، يكون النمط القوي إما متفائلاً ، غير فاضح ، يثق بالآخرين ، أو يكون متشاكاً شاكاً ساخراً من احتمالات الكسب المطلوب . والنمط الشرطي له أيضاً مرحلتان فرعيتان تتميز الأولى منهما بانفجارات العدوان ، والقذارة والمساكنة ، بينما تتميز الثانية بالعناد والنظام وشدة البخل ، أما النمط القضيبى فيتميز بعدم تشجيع المراهقة ، مع مراعات جنسية غيرية تصدر عن عقدة أوديب التي لم تحل . ومن الناحية السيكلوجية فإن المرحلة القضيبية (والنمط كذلك) يمكن أن تكون مرحلة عاصفة ، ومصعوبة بذذبات انفعالية حادة واهتمامات زائدة باختيار موضوع الحب .

لا تستلج هذه النظريات (على الرغم من توفر بعض الأدلة الواقعية التي يمكن أن تدعم مواقفها) أن تدعي المقدرة على ضبط المتغيرات في المجال الانساني ، وبالتالي تعدد تحديد دقيقاً غير قابل للطم ، العلاقة بين التكوين البنيوي في الشخص وأنماط السلوك التي يقوم بها ولا يمكنها الجزم بأن ما يملكه الشخص البدين ناتج عن بدايته وأن ما يملكه الشخص النحيل تحدده نفايته .

إن ادخال متغيرات الثقافة - والجنس - والعمر - والمكان - والاهتمام والاتجاه - والفلسفة في دراسة السلوك الانساني ، تجعل كما تعتقد أصحاب ومؤيدي الربط بين البنية والسلوك في موقف ضعيف ، وإن المتغيرات التي ذكرناها أكفاً يمكن أن تميل أو تمير من سلوك فرد ما بغض النظر عن حجم رأسه أو أطرافه أو طبيعة أحشائه . ولعل الاتجاه الاحدث في الربط بين البنية والسلوك هو ذلك الاتجاه الذي يمثل كل من يونج Jung وآيزنك Eysenck اللذان أسسا نظريتهما في الانماط على أسس نفسية ، وكذلك بافلوف Pavlov الذي أسس نظريته على أسس عصبية نفسية . (تفرج مساهمات هؤلاء عن إطار المدخل البنيوي الذي نحن بصدد الكتابة عنه ولكن لدعو القارئ لطالعة أعمالهم في كتب علم النفس) .

المدخل النفسي : (Psychological approach)

تعد الجوانب النفسية والافتعالية في الشخصية من أكثر الموضوعات اثارة للجدل ، على الرغم من اعتراف كل من يعمل في اطار علم النفس والسلوك الانساني أن أية معرفة سليمة للسلوك في كل حالاته لا يمكن أن تتسم دون معرفة كافية بالجانب النفسي فيه وبالمقابل فإن البحث عن علية أية ظاهرة سلوكية يحتاج الى أن يأخذ في الحسبان أثر العوامل النفسية والافتعالية في الظاهرة المعنية .

يتفق الجميع على هذه المنطلقات البديهية ، التي تؤكد على دور البنية النفسية في كل ما تنتجه الشخصية من أنماط سلوكية ، ولكن لشدة ما يختلف هذا الجمع عندما يبدأ الحديث عن آلية الفعل النفسي في الظاهرة السلوكية ، وطبيعة وبداية عمله وشدة آثاره ومتغيراته الكثيرة .

فاتباع التحليل النفسي يهتمون بالتاريخ النمائي للفرد وبخاصة في سنوات الطفولة الاولى ، ويمدون التعارب التي تحدث في هذه المرحلة بأخايد دائمة الوجود في نايأ شخصياتنا . وهكذا فتفسير الشذوذ يجد مادته في الصراعات النفسية اللاشعورية الناتجة عن الاندفاعات الفرائزية غير المشبعة . . يمثل فرويد هذا الاتجاه ويؤكد في تركته عالية الجودة والاثار (وعني ما تركه من كتابات) بأن فهم السلوك الشاذ بشكل صحيح تكمن في فهم ما يدور على ساحة نفسية شخصية ميتاسيكولوجية / Metapsicologico / لها احدائيات ثلاث : (٢٥ - ١٩٩٢) .

.. ديناميكية / Dinámico / : يؤكد فيها أن جوهر العمليات النفسية يعود للقوى المتبادلة التي تنتج أصلاً عن طبيعة الفرائز .

.. اقتصادية كمية / Económico / تؤكد وجود الصيغانات بمقادير ، وأن التثلات النفسية والاندفاعية تمتلك شحنة من الطاقة / Energia / تتميز بدنامية نشطة .

س. طوبغرافية / Topografico / تقسم الشخصية الى شعور Consiente
ما قبل الشعور / Pre-consciente / اللاشعور / Inconsciente .

استبدل بها فرويد ذاته اتجاهاً ينوي يفترض تقسيم الجهاز النفسي الى هو
/ Ego / وأنا / Yo / وأنا أعلى / Super-ego / .

تدور على هذه الساحة المفترضة أنشطة تقودها وتوجهها قوة غرائزية جنسية
حيوية (أسماها فرويد الليبدو / Libido / ، وافترض أنها تسعى لتحقيق أهداف
متنوعة من حيث الكم ممكنة القياس ، بالإضافة الى القانون الجبري الذي رآه
متحكماً في العمليات النفسية ، وكذلك وظائف مكونات الجهاز النفسي التي ذكرت
آتفا ، فالهو من حيث كونه مقرأاً للاندفاعات الغرائزية يسعى لتحقيقها وفق مبدأ
اللذة (Principio de placer) والانا الأعلى من حيث كونه مثلاً لقوانين
الضغط الاجتماعية لا يقل صرامة عن الهو من حيث مسيه لإخضاع الفرد منسداً
لشأته الى قيود أقرتها الجماعة خلال مسيرة حياتها . وبينهما الأنا الذي يعمل وفق
مبدأ الواقع (Principio de realidad) ويمثل مجموع الوظائف الهادفة الى
التنسيق بين الهو من جهة والانا الأعلى من جهة أخرى ، وبالنتيجة بين مبدأ اللذة
ومبدأ الواقع (لاشك في أنه عمل عسير) .

يحدد فرويد آلية السلوك الشاذ وفق عملية ينشط فيها عاملان بشكل متماثل:
العامل النفسي ، والعامل الخلقي ، يلعب الأنا في هذه الآلية دوراً حاسماً إذ على
مقدرته التنسيقية بين مطالب الجهاز النفسي وبين مطالب المحيط
الثقافي والاجتماعي . تتوقف سلامة السلوك وحسن التكيف . وإن فشل الأنا في
مهامه بقود الى الاضطرابات والمقعد النفسية . ويميد فرويد فشل الأنا الى ما يتعرض
له الفرد من كبت ، وتصريف غير كاف للطاقة الحيوية والجنسية ، الذي يؤدي
بدوره الى تثبيت أنماط أولية من السلوك يصعب على الفرد معها التكيف مع
مطالب الحياة .

أما أدلر / Adler / الذي انشق عن فرويد فيسكن تلخيص أفكاره الاسامية التي يفهم من خلالها تفسيره للسلوك النماذ وعليته بالآتي : (٢٥ - ١١)

— نظرة كلية للانسان الذي يتصف بتطبي الشعور بالدونية — والسعي لامتلاك القوة (السلطة) عبر البحث عن تعويض مرض .

ب الاعراض العصائية دفاعات في مواجهة متطلبات المحيط .

— اسلوب الحياة / Estilo de vida / خطة الحياة / Plan de vida / النائية / Lineas rectoras / مفاهيم تتشكل في السنوات الخمس الاولى من عمر الانسان ، وتبقى ثابتة طوال الحياة ، وما يمكن تعديله منها هو اساليب التعبير عنها .

— العماس لامتلاك القيمة ، والطموح بالقوة ، يدعيان النمو والانسانية بشكل عام .

— عقد النقص معممة على كل البشر وشاملة لكل جوانب الحياة وتشكل قوة التطور .

من اليسير اتهام ادلر بالمبالغة بعد قراءة هذا الملخص لأرائه في آلية السلوك، ولكننا وبالموضوعية الممكنة نشير الى جذارة آراءه كهذه . ونحن نشاركه الرأي في أن الانسان يعاني من نقص أزلي عند مواجهته للكمال ، وان ادلر لا يرى في ذلك عيباً أو شذوذاً وانما يرى في ذلك مضرراً وخافزاً للانسان على التقدم والتطور ، والتشغل بالكمال في الميادين الهامة من الحياة ميادين العمل والمجتمع والحب لاجتماع التكيف والسعادة .

إن ما ينتج الشذوذ بنظر ادلر يكمن في وضع الاهداف الوهمية واساليب الحياة غير الواقعية . للخروج من عقد النقص والدونية وليس عقد الدونية بعد ذاتها أو الاحساس بالنقص .

وأما يونغ / Jung / الذي وسع مفهوم الطاقة الليبيرية الذي أوجده فرويد ، بما أسماه مفهوم الطاقة النفسية وأعطاه الدور الأساس في أحداث تكييفات الشخص عبر آلية تشارك فيها بشكل نشط مفاهيم مقترضة مثل : (٢٦ - ١٩٨٥) .

... اللا شعور الجمعي / Inconsciente colectivo / والطراز البدائي Arguetipos المتميز عن لا شعور فرويد في احتوائه ليس لغبرات الفرد النمائية فحسب ، وإنما لغبرات السلالة البشرية ، بما فيها من أساطير وأفكار موغلة في القدم وإراث إنساني أتتجته البشرية منذ وجودها .

... مفاهيم التشخيص Concepto de Individuacion وأنماطه الشخصية المعروفة في ميسادين علم النفس كافة . ومفاهيم الأنيموس / Anima / والانيموس / Animus / والظل / Le sombra / .

لقد وجد يونغ الثنوذ على هامش سعي الإنسان لتحقيق ذاته ، وعد الرموز والأعلام متغيرات أساسية في تحقيق ذلك . واقترد في عده للسلوك الشاذ ظاهرة إيجابية تفتح الطريق أمام الشخصية لتطور جديد (إذا ما أدركت عوامله وتم تجاوزه) .

أوتورانك / Otto Rank / : عد الاتصال العضوي وحرمان الكائن الحي من لذة البقاء داخل الرحم المعروف / بصدمة الميلاد / Trauma de nacimiento الأساس لسلوك الشاذ وحسب رأيه فإن الكائن الحي يحتاج كل طفولته ليستطيع التخلص من صدمة الميلاد هذه .

لقد فسّر رانك عقدة أديب Complejo de Edipo على أنها رغبة أوديبية للمودة التي يشهدها الأم المغلفة حيث يمر ذلك بصورة رمزية ، ويسمى تفسيراً مماثلاً للأعلام عندما يندمى حالات مشاهة للحياة داخل الرحم ومؤشراً عند كل الناس أصحاء وغير أصحاء على وجود آثار صدمة الميلاد . (راجع ٢٧ - ١٩٦١) .

يشترط رانك للتطور السليم ، ولادة الأنا النفسي من الأنا الجسدي البيولوجي

وتحول الكائن الحي من مخلوق الى خالق في اطار نمو شخصي يحل محل الاعتماد على الأم .

أما أنصار الاتجاه الثقافي في التحليل النفسي والذي يمد كسل من هورني / K. Horney / سوليفان / Sullivan / فروم / Fromm / أبرز / أيسرز / المسائل .
له . يتجهون لفهم آلية السلوك الشاذ بشكل مختلف عن فرويد وادلر ويونغ وبخاصة حينما يؤكدون على ورقة التأكيدات الذاتية والاندفاعات التنافسية وما تنطوي عليه من أنماط سلوكية . بدلاً عن الورقة الجنسية . وحين يستبدلون مفهوم الصراع بين مكونات الجهاز النفسي الهو والآنا والإنا الأعلى لتفسير الشذوذ بمفهوم تحليل السلوك الشاذ بعد ذاته وحسب أشكاله . كما يرفضون إمكان ولادة الإنسان بطبيعية عدوانية قلقة ويتمثل جديدهم الأبرز في انماهم الأهمية الكبيرة للبيئة وللوسائل الثقافية وتميزهم النمو البشري بالحرية الهادفة . فالبيئة الثقافية هنا والنفسية مسؤولتان عن السلوك .

وراث ميلان كلاين / Melanie Klein (رابع ٢٨ - ١٩٨٥) إمكان وجود أنسا لدل طفل حديث الولادة بالقدر الذي يكفي للاعتماد على القساق ، ولاستخدام وسائل الدفاع الأولية ، وإقامة علاقات موضوعية على مستوى الخيال والواقع ، حيث أعطت للخيال دوراً دفاعياً في مواجهة الحقيقة الخارجية وحرماناتها من جهة ، وكذلك في مواجهة الحقيقة الداخلية وحرماناتها من جهة أخرى . لقد ربطت كلاين بين الخيال والفراش وأكدت وجود خيال خاص لكل اندفاع غرائزي . ورأت أن الأنا غير الناضج للطفل ، يتعرض منذ الولادة للقلق الناتج عن قطعية ولادية غرائزية الحياة - الموت - كما يتعرض الطفل للتصادم مع الحقيقة الخارجية عند سدمة الميلاد والتي يرافها قلق انطلقت عليه قلق صدمة الميلاد .

وفي اطار مفهوم العلاقات الموضوعية الذي يشكل أحد المفاهيم المركزية عند كلاين ، يقيم الأنا في وقت مبكر علاقاته مع موضوعين أطلقت عليهما :

الصدر المضطهد / الشرير - الحي / Pecho-malo /

المصدر المثالي / الفاضل - الجيد / Pecho bueno

يشكل المصدر / الشرير / تهديداً للأنف الطفل ويسبب شعوراً بالاضطهاد ، حيث ينتج ذلك تحول قسم من غريزة الموت القاتلة بقي في الأنف الى عدوان ضد المضطهدين .

وتقام العلاقة مع الموضوع المثالي على المبدأ نفسه ، فيسقط جزء من الليبدو بهدف الحصول على ارضاء ما للاندفاعات الفرائزية عند الأنف للمساهمة في المحافظة على الحياة .

وهكذا فالأنف يسمى دائماً لتصرف جزء من الليبدو وتحويله الى المضطهد . ويستخدم الباقي لاقامة علاقة ليبيدية مع الموضوع المثالي . أما الضياع المرتبطة بتلك العمليات فهو نتيجة للمساكنة في علاقته مع الموضوع المثالي ، بينما ينتج خيصال الاضطهاد المتعرب الواقعة للحرمان والألم .

وتفسر كلاين القلق على سبيل المثال بدخول موضوع الحرمان أو موضوعاته في الأنف والمائة للموضوع المثالي وكذلك للأنف .

تعد سيلان كلاين الحسد المبكر من العوامل الناشئة منذ الولادة وتعرفه بأنه انفعال هام جداً يمكن عنده أول عملية اخراج مباشرة لغريزة الموت ، والمكافأة التسي ينتجها المصدر يمكن أن تثير مشاعر الاعجاب والحب والامتنان وفي الوقت ذاته مشاعر الحسد ، هذه المشاعر تدخل في صراع عندما يبدأ الأنف بالتكامل ، وإن لم يكن الحسد متأصلاً متمسكاً فبالإمكان تعديله بمشاعر الامتنان ، العرفان .

وهكذا فالفرد ومنذ طفولته يجد نفسه بين موضوعين : موضوع مثالي وآخر شرير . . . ويحاول جاهداً أن يحب الموضوع المثالي ويرتبط به ، يحاول السيطرة عليه ، والاحتفاظ به والتوحد معه ، وفي الوقت ذاته يسقط دوافعه العدوانية على الموضوع الشرير ويشعر به كتهديد له ولوضوعه المثالي .

إذا أسفر تطور العلاقة عن شعور مفرط ومفضلة يشعر الطفل أكثر فأكثر بأن

موضوعه المثالي ودوافعه اللبسوية أقوى من الموضوع الشرير والاندفاعاته الخاصة ،
الامر الذي يمكن الطفل من التوحد كل مرة أكثر مع موضوعه المثالي ، ونتيجة
لذلك التوحد وكذلك لنمو أنا الطفل وتطوره يشعر بأن أناه يزداد قوة للدفاع عن
ذاته وعن موضوعه المثالي .

ان شعور الطفل بقوة أناه وفي الوقت نفسه بامتلاكه لموضوع مثالي قوي
يجعله أقل خشية من آثار الاندفاعات السيئة / الشريرة / ، وأكثر تحرراً منها ومن
استغلاتها . ويستطيع وقتها ومن موقع القوة التسامح مع غريزة الموت داخله وهي
لاستقرار عمليات التكامل حيث تبدأ مرحلة جديدة من مراحل النمو والعلاقات
الموضوعية .

لقد حذرت كلاين من الكبت المفرط لاستغلات الطفل الجنسية ، ودعت
للإجابة الدقيقة الناجمة عن أسئلته ، وعدم ممارسة أي تسلط عليه ، وأصرت على أن
مراعاة مفهوم تجنب الكبت وخفض التسلبية يمكنان من التأثير الإيجابي في النمو
العقلي والتخيلي والقدرة على اللعب والتمتع به وبالتالي تحقيق التطور القسّم
المنتظر .

ان عدم تحرير أشكال القلق البدائية الشعورية وغير الشعورية في الشخصية
يميق عملية النمو بشكل أكيد .

ويستعمل دونالد وينيكوت / D. Winnicott / : الذي نشره بعنوان :
« Transitional objects and transitional phenomene »

واكتشف به ما أطلق عليه الموضوع الانتقالي أحد أهم الاعمال في ميدان التجديد
في التحليل النفسي .

يتحدث وينيكوت عن ثلاثة موضوعات : (راجع ١٩٥٣-٣٩ و ١٩٩١-٣٠)

١ - الموضوع الذاتي Objeto Subjetivo

٢ - الموضوع المدرك موضوعيا Objeto Percibido

٣ - الموضوع الانتقالي Objeto transicional

— يعني الموضوع الذاتي في الملاحظات الاولى للاعتيادية الكاملة (اعتماد الطفل على المحيط) وفي الوقت الذي لا يميز فيه الأنا عن غير الأنا ، ومن أجل أن تكون هذا الموضوع يحتاج الى تجربة من تجارب الوهم

حيث الأم تفضل الحصول على توحيد مع الطفل عبر عملية تكون تسمح بها الحالة النفسية عند الأم في الايام الاولى لولادة الطفل ، وهذا ما يجعل الأم تشعر بأن الطفل قطعة منها والطفل بدوره يشعر بأن الصدر هو قطعة منه ، وللوصول لهذه الحالة يفترض حسب رأي وينيكوت وجود شرطين :

١ - ترك المبادرة الاولى للطفل (هو يحدد الحاجة) على الرغم من أن الطفل في بداية حياته لا يعرف بأنه وعبر توتره ينتج تبادلات خارجية مستقبلية وملتقطة من قبل أمه .

٢ - استجابة بيئية ايجابية (أما جيدة) لتأمين حاجات الطفل بشكل كامل .

وهكذا فكما أنه لاغنى عن تجربة الوهم لتشكيل الطفل للموضوع الذاتي ، فإن تجربة الفشل وخيبة الأمل / experiencia de decepción / هي الأخرى ضرورية لبنية الموضوع الخارجي ، وفي تجربة الفشل هذه تعطى أهمية خاصة لورقة المدون التي يبدأ بممارستها الطفل في مواجهة أمه ، وعلى الأم في الملاحظات الاولى امتلاك المقعدة على التسامح في مقاومة الهجمات الغرائزية الطفلية تلك بيئة وازان لأنه سيتبع هذه المرحلة التمييز الاول بين الأنا وغير الأنا ، والمقاومة المترتبة المناكسة من قبل الموضوع الامومي ستساعد الطفل في أكثر من اتجاه .

أ - تساعد الطفل على كشف حدوده (الدقيقة) .

ب - تساعد الطفل على معرفة الدفاعاته كأشياء قادمة من داخله .

ج - تسبغ له بتحويل قوة الحياة الى قوة عدوانية .

د - تساعد الطفل على تمييز الموضوع الذاتي الذي يشكل جزءا من حقيقة الداخلية ، عن حقيقة خارجية مؤلفة من موضوعات مشتركة ، موضوعات قد تكون له في وقت ولغيره في أوقات أخرى .

ولكن كيف يتم الانتقال من موضوعات داخلية أو حقيقة داخلية الى موضوعات خارجية أو حقيقة خارجية وبالعكس ؟

يجيب وينيكوت عن هذا السؤال بطرح نظريته حول الموضوع الانتقالي :

أسس وينيكوت نظريته هذه مستمدا علمي الملاحظات الدقيقة المتأنسة لأفعال وسلوكيات قام بها الطفل في لحظات مص الإبهام . حيث لاحظ بأن نشاط مص الإبهام يترافق مع نشاطات أخرى ، مثل تناول طرف الشرف (الغطاء) ووضعها في الفم مع قبضة اليد أو مص الرغب أو إصدار أصوات ، ولا حظ كذلك بأن العلاقة بين الطفل وهذه الموضوعات علاقة عامة تنجم عن علاقات أكثر خصوصية ومع موضوعات أكثر تعديدا - دب صغير - مغدة - لعبة خاصة - الخ .

ما هو الموضوع الانتقالي :

انه ليس بالموضوع الهذلي ، وإنما يشكل جزءا من العالم الخارجي ، أي له صفة مادية ، كما أنه ليس كأي موضوع عرضي من الحقيقة الخارجية ، انه موضوع فردي مختار من قبل الطفل ، انه الملكية الأولى وليس أنا .

استخدم وينيكوت مصطلحات الموضوعات الانتقالية والظواهرات الانتقالية للإشارة الى المنطقة الوسيطة من تجربة الطفل بين الإبهام واللعب الصغير (الموضوع

المحدد) بين اللذة الفمية والصلة الحقيقية مع الموضوع ، بين النشاطات الابداعية
الاولية واسقاط ما كان قد تكامل معه .

يتكون في نظرية وينيكوت مع كل موضوع مكان خاص ، فالموضوع الذاتي
يدشن مكانا للعالم الداخلي ، الأم كواقع مستقل عند الطفل تدشن المكان للحقيقة
المشتركة ، بينما يدشن الموضوع الانتقالي المكان للإبداع .

ما هو معنى الموضوع الانتقالي ؟

يحمل الموضوع الانتقالي ولكنه لا يكتب ولا ينسى ، يفقد معناه ولكن المكان
الذي كان قد دشنته يشغل من جديد باللعب - بالإبداع - بالعناصر المختلفة
المشكلة للمعضلة .

يقول وينيكوت : لا نناقش المنطقة الوسيطة من حيث عائلتيها الى الحقيقة
الداخلية أو الخارجية بل من حيث هي مشتركة بين الحقيقتين - تشكل الجزء الأكبر
من ملحوظات الطفل الذي يحتفظ بها على مدى حياته في تجاربه الخاصة في مجالات
الفن - الدين - التخيل - العمل العلمي الابداعي .

وأما رينيه سبيتز Rene spitz : الذي يمد من أكثر التحليليين النفسيين
شهرة في الولايات المتحدة الأمريكية . فقد ركز اهتمامه على الجوانب الاتصالية
ملاحظا وشارحا شخصية الطفل في الأيام الأولى من حياته وعلى العلاقات الموضوعية
التي تقام بين الطفل وأمه .

... ينطلق سبيتز في دراسة نمو الشخصية من الفروض الأساسية لتحليل
النفس ومبادئه . كمبدأ اللذة والواقع ومنظمات النفسية الشعور ما قبل الشعور -
الاشعور - ومبدأ القطبية والخصائص النوعية للطاقة النفسية ، مع النمو الليبيدوي
والمنطق الشبكية الى ما هنالك من مبادئ معروفة في مفردات مدرسة التحليل
النفسية .

بمعنى الآراء المؤقتة عند سيبينتر :

— يرفض امكان وجود أنا منذ الولادة ، لأن المرحلة الاولى من نمو الطفل تتصف بكونها مرحلة اللاأنا حيث يغيب في هذه المرحلة ، التفكير ، الاحساسات ، الادراكات ، الافعال الارادية ، وسائل الدفاع الاولى .

— عند حديثه عن النضج ، يمدد عملية متعددة ، يبدأ تسود الي التعبيرات المتعاقبة الحاصلة للعضوية (النوعية) ويربط هذه التعبيرات بما أسماه الفريق الخلقي للطفل الذي يتضمن العوامل الجنسية الموروثة — التأثيرات الرضعية في نمطية الولادة — ثم استمدادات العضوية وردود أفعالها في مواجهة حالات القلق .

— أما التطور فبإزاء من خلال أنماط السلوك والوظائف الناتجة عن العلاقات بين العضوية والمحيط في الدائل كما هو في الخارج .

— تفسر العلاقات الموضوعية بالمراحل التالية :

١. — المرحلة ما قبل الموضوعية Pre-Objetal :

— من ١ شهر الى ٣ أشهر

— لا توجد فرق بين الأنا وغير الأنا

— نرجسية أولية

— ابتسامات اجتماعية غير واعية/أول منظم للنفس

٢. — الموضوع الراكد Objetoprecursor :

— من ٣ أشهر — ٦ أشهر

— ظهور أولي (بدائي) للأنا

— بداية عملية الصراع وظهور المفاهيم وعلامات بداية عمليات الذاكرة.

— يبدأ مبدأ الواقع بالتأثير.

— في نهاية هذه المرحلة يظهر المنظم الثاني للنفس — هم الشهر الثامن

Augustia de 8º mes

٣. الموضوع الكامل Objeto propiamente dicho :

— من الشهر ٨ — ٩ الى السنة ونصف السنة .

— ظهور اللغة الذي ينتج عمليات التفكير ويعتقد مستواها .

— المنظم الثالث للنفس — ظهور علامة الرفض لا (Gesto No) .

وهكذا يحدد سيبير ثلاثة منظمات للشخصية :

المنظم الاول : اتسمات اجتماعية غير نوعية — تمتد أول اجابة اجتماعية من الطفل في مواجهة علامة مؤشر كلي يصدر عن صورة كائن حي مستقبل في حالة حركة .

المنظم الثاني : في الشهر الثامن (Augustia de octavo mes) تزداد معرفة العالم ويمكن التمييز عن الانفعالات بطريقة أكثر تعقيدا — يشعر الطفل بالهم في مواجهة أشخاص غير معروفين في غياب أمه أو شكل الشخصية التي تنوب عن الأم .

المنظم الثالث : ظهور علامة الرفض لا (No) — تظهر الايماءة الاولى لاتصال ذي معنى يسمح للطفل بالسيطرة على المحيط — تعلم المعنى واعادته بذاته .
(راجع ٣١ — ١٩٨٥) .

يبدأ لাকা انشأه العلمي الخاص عام ١٩٤٠ حيث كانت قد ترسخت في هذه الفترة نظرية فرويد وعممت مفاهيمها .

دعا لাকা للعودة الى فرويد ودراسة مفاهيمه بشكل صحيح بحسبة أن المحللين لم يدركوا المعنى الذي أعطاه فرويد للكثير من مفردات التحليل النفسي . الامر الذي أدى الى إفراغها من محتواها وتعريضها الى معطيات هيكلية يتم تداولها كمادة نفسية بعيدة كل البعد عن المتطلبات العلاجية ودعا لاعادة اضماء الطابع العلمي عليها انطلاقا من معطيات السنية بنوية رياضية .

فالمحلل بالنسبة للاكان (راجع ٣٣-١٩٩١ - ٣ و ٣٣-١٩٨٨ - ٩٢-٩٠) لا يملك الا أداة واحدة لكي يتعامل مع مرضاه ويستخرج من خلالها ، وهي اللغة ، انطلاقا من المبدأ الاساسي الذي اعتمدته فرويد بدعوة المريض لنقل ما يدور في فكره حسب قوانين التذاعي الحس ، فالتعامل مع لغوي فقط ، والتأويل كذلك ، وكل الافكار والتفيلات والمشاعر ، حتى الاساسيات البدنية ، هي تعابير لغوية والاعراض التي يراجع بشأنها المريض هي عند لغوية لأن حلها يأتي نتيجة للتأويلات التحليلية ، والشئ الهام في الموضوع هو أن المريض عندما يتكلم مع محله يقول أكثر مما يعرف وهذه المعرفة الاضافية تدخل فيس الادراك عبر البنية اللغوية التي تكونه ، أي من جراء سماعه يتكلم انطلاقا من سماع الآخر له (المحلل) ، وهنا يشير لাকা الى أن ديناميكية التحليل تقوم على أساس العلاقة مع الآخر الكبير الذي يتجسد بوجود المحلل .

توصل لাকা الى اعتبار اللاشعور (مركب كاللغة) وليس التحليل النفسي العملية لانتراج هذا اللاشعور من حين الكبت الى حين العمل عبر ديناميكية العلاقة المتصورة عن رغبات كانت في طبي الكتمان .

يعطي لাকা مفهوم الذات ومواقفة الأنا تصورا بنساء فيسه تجديد ، فالإنسان لا يستطيع أن يعطي معنى لوجوده الا عبر اللغة التي تعبر عنه والتي تتكونه فهو تركيبة لغوية يتوخى من خلالها التعريف عن ذاته بكل رغباتها .

لقد بذل جهدا للبحث في فلسفة الكلام وبحث عن ماذا يعني فعل التكلم سميا بين كلام عابر لا يعني شيئا للتكلم وبين كلام يعبر في مضمونه عن الذات بجوهرها وتوزع منه معان متعددة وهذا ما قاده الى استخدام مفاهيم السدال *Significante* والمطلوب *Significado* والاستعارة *Metaphora* والكناية *Metonymia* من علم الألسنية - وربط بين هذه المفاهيم وربط جملة يضع اليد على نظرية جديدة :

تفسير ظاهرة تشكل الأنا :

... الأنا بالنسبة للأنا ليس كما يتصور بمنهم عضوا يخلق مع الإنسان ، ينمو ، يتطور ، ثم ينضج لكي يصبح مميزا ومخاطبا للآخر ، بل هو نتيجة تصور يتكون عبر المراحل والصدف والاحداث التي يمر بها الطفل ، وليميز الطفل نفسه عن الآخرين عليه دخول عالم الرموز - انه كائن ينتقل من كونه لعضوا ويدا السبي انسان يشار اليه باسمه ومخاطبه الآخر ، ويفضل هذه المخاطبة وعبر الدلالات الرمزية التي يلفظها الطفل ويتم بموجبها الاعتراف به ينتقل من لقطة الصغر الى المد الاحادي للتماهي الاولى ، وهذا ما يفسره لاكان في مرحلة المرأة التسمي تسمد أساسية في تكون نواة الأنا .

مرحلة المرأة : *Periodo del espejo*

ربط لاكان تكون نواة الأنا بما أسماه مرحلة المرأة ويعني بها اللقضاء الاول ما بين الطفل والصورة التي تمكسها له المرأة ... حيث لهذا اللقاء الأثار الهامة في مسيرة نمو الطفل فالجسد معور الأنا ، وهذا الجسد لا يمكن ادراكه الا عبر التصور الذي تمكسه المرأة ورؤيته للآخرين أمثاله ، إذ أن نواة الانسا المخاطبة لا تتكون الا بعد مشاهدة الطفل لصورته في المرأة ... فهو يتماهي بها ، ويتكون هذا التماهي هو الاول الذي ينقله من حالة التجزئة الجسدية التي كان يفرق بها الى حالة الوحدة والكمال الصوري الجسدي .

والخطية هذه الصورة في أنها تسبق تدور وتضميد الجسدي ، فهو يعتقد حين اكتمال هذه الصورة التي يلتفتها سببا زمينيا وشكل هذا فاصلا بينه وبينه كائن

يتخبط بها واكتئال يصبر اليه - هذه الصورة المتمثلة أمامه تصبح الآن التي يتماهى بها .

تمزخيرة الطفل هذه في ثلاث مراحل (المرجع نفسه) تتزامن من بين السنة والشهر والستين ونصف السنة .

المرحلة الاولى :

تتميز باختلاط وجوده والاخر ، فهو لا يميز نفسه ، ولا يسرف حدودها ، يمشي في حالة اندماجية مع أمه التي تؤمن كل حاجاته البدنية ، ونظراته الى الاموال هي تصور ذهني لوجوده يرى نفسه من خلاله ، فاذا بكى طفل بكى معه ، واذا زجر أو قوصص يشمر بأن ذلك يظاله فينتابه خوف مفترض أن يكون من نصيب الاخر ، واذا حصل أن صادف صورته في المرأة يتعامل معها على أنها اخر خيالي ، يكرر بشكل آلي الحركات التي يشاهدها أو يقلد الاخر دون أن يميز بين نفسه وبينه في هذه المرحلة يسود تسلط الخيال على الواقع .

المرحلة الثانية :

مرحلة أساسية يتمكن الطفل فيها من التمييز بينه وبين الاخر ويكتشف أن الصورة التي يراها في المرأة ما هي الا صورته ، فيتماهى بها لكي تصبح النسوة الاولى للانا المخاطب ، ولكي يتحقق له ذلك لا بد من مرجع يعرفه عليها . ويسأل عن ماهية ما يرى ، ليأليه الجواب من المرجع الاقرب اليه بأن هذه الصورة هي صورتك أنت انها أنت ، وهذا هام جدا لانه ينقل الطفل من الداخل الى التقابل صورته في الخارج مما يمكنه من تحديد موقعه الفضائي لكي يصبح أنا مخاطب يستقله على الآخرين ويتعامل معه من باب طرف ثالث - كأن يستخدم ضمير الغائب عند الحديث عن نفسه - ولكن لا يلبث أن يتقدم خطوة باتجاه التعرف على ذاته فيشير بصراحة الى وجوده الكلي المتميز عن الآخر وينتقل من حالة العجز والتفتت الى حالة التكامل والوحدة الكلية .

المرحلة الثالثة :

مرحلة سيطرة الطفل وتحكمه بصورته واعتمادها محورا أوليا للتعبير عن ذاته - ولكن هذه المرحلة لا تتم إلا عبر التصور الخيالي ، أنها مرحلة يسيطر عليها الخيال من بدايتها والآن المتكونة تصبح مرهونة بهذا الخيال مسلوقة به لأنها حققت سبقا وانتصارا على واقع جسدي مفتت والفارق بين الحالتين يستمر في كل تعلماته المستقبلية لأنها تعزز أنا مثاليا ومتكاملا يصبو إلى تحقيقه انطلاقا من نقص يلزمه مدى الحياة .

يتحدث لاكان عن أهمية الرمز في تكوين الذات حيث يرى أن الذات لا تكون الرموز وإنما هي في الواقع وليدها .

باختصار لابد من الاعتراف بمبدع بذات مدرسته في غزو ملحوظ لبيانات العلاج في كل مناهج العالم . ومؤتمرات المدرسة اللاكانياية تلقى رواجاً وإقبالا يذكرنا ببدايات فرويد والظاهرة الفرويدية .

- تزودنا مبرقتسا لدينامية مفهوم الذات Self-concept الذي يصمد من المفاهيم المركزية في علم النفس ، وبخاصة لدى نظرية الذات لكارل روجرز (٣٤ - ١٩٧٥) ، بتفسير آخر وفق المدخل النفسي لآلية السلوك الشاذ ومصادر متابعه ومشكلاته ، فما هو مفهوم الذات وما هو دوره في الظاهرة السلوكية ؟

يولد الإنسان مزودا باستعدادات فطرية تتعلق بنوعه ، حملتها سلسلة من التطوريات التي هدلت بموجبتها نظاما من الحياة لتضلل التي تبات فيزيولوجية تنسجى ممكن هذا الإنسان من القيام بأدوار أو وظائف أولية تتعلق باستمراره كمضوية حية ، وأدوار ثقافية اجتماعية تتعلق باستمراره ككائن اجتماعي .

إن هذه الاستعدادات وتطوراتها النوعية (بيولوجية ، اجتماعية ، نفسية ، فلسفية ، روحية) المجتمعة لدى شخص والمدرسة من قبله ما هي إلا ما يسمى مفهوسوم الذات .

يعد مفهوم الذات المركز الذي تنطلق منه وتعود اليه تجارب الناس وأنماط
تكويناتهم المتعلمة والمكتسبة ، وتتجلى أهميته في كونه يشكل تعريفا نفسيا للشخص
أو مرآة عاكسة لمركباته الشخصية وقيمه الحياتية ، يقف وراء كل سلوك يقوم به
الفرد .

تبدأ الحاجة الى تشكل مفهوم للذات منذ الولادة ويتجلى ذلك بشكل واضح
في مراحل الانتقال التي يعيشها الفرد ، وبخاصة الانتقال من الطفولة الى المراهقة حيث
ينصب جل اهتمام المراهق في البحث عن الذات - البحث عن كيان نفسي ، عن
شخصية مستقلة ، عن فلسفة خاصة ، يبنى على أساسها مستويات مسن الطمسوح
والاهداف المستقبلية ، وما لا شك فيه أن المنهج التخصصي أو التربوي الذي يسيء
فهم هذه الدينامية ويتجاهل مطالبها سيكون من أبرز العوامل في اضطراب سلوك
صاحبها .

تتطلب عملية تحقيق الذات آلية تعمل على مستويين (٣٥ - ١٩٨٦) :
المستوى الذاتي ، والمستوى الاجتماعي .

فعلى المستوى الذاتي يترتب على كل شخص لتجنب الاضطراب وتحقيق
التكيفات المناسبة أن تتوافر فيه العوامل الذاتية التالية :

١ - ان يعرف ذاته :

من يترب عن شيء يفقد القدرة على التماثل معه ، فما هو حال من يترب عن
ذاته ؟ تعد معرفة الذات بما هي عليه من خصائص وقدرات معرفة واقعية الخطوة
الاولى في عملية تأكيد الذات وتحقيقها ، بينما تشكل المبالغة أو الخطأ في التعرف
على الذات خطوة باتجاه الشذوذ . ان نتيجة أعمال من لا يعرف ذاته لن تكون
مضمونة .

٢ - ان يتقبل ذاته :

لا يكفي أن يعرف الإنسان ذاته على أهمية ذلك ، وإنما عليه أن يتقبل ما عرف
مهما كان عليه الأمر ، وعدم التقبل الذاتي يؤدي إلى وضع أهداف للحياة ومستويات
لمسوح غير منسجمة مع الإمكانيات المتاحة زيادة أو نقصاناً ، وفي العاليتين خيبة أمل
وضعف ثقة ومساء تكيف +

٣- أن يقدر ذاته :

لا تكفي معرفة الذات على مبدأ الاطلاع الحسن أو أخذ العلم ، كما لا يكفي
تقبل الذات بمثابة لا حيلة في ذلك والأمر لله ، بل لابد من تقدير الذات واحترامها
واعطائها قيمة ايجابية والله يشمر معها بجدارة كافية لاجراز الرضى الذاتي .

٤- أن يعمل على تحقيق ذاته وتكثيرها .

وذلك من خلال سعيه لاستخدام ما عرفه عن ذاته وتقبله وقدره الاستخدام
الأمثل كما ونوعاً .

وهكذا فإن الاقتر على تحقيق ذاته وتجنب الاضطراب وابتعاد السدور
الاجتماعي المناسب له هو ذلك الشخص الذي يستطيع تحمل مسؤوليته الذاتية في
تحقيق ذاته . .

وعلى المستوى الاجتماعي يتطلب أمر تحقيق الذات آلية موازية اذ على المجتمع
أن يعرف ويقبل ويقدر ويسمح بتحقيق ذوات أفرادهم . . ان أي خلل يصيب هذه
الآلية سيكون عاملاً مهدداً لامن الفرد النفسي أو المادي ويفسح المجال لشذوذات
مختلفة الشدة . .

يرتبط مفهوم الذات ارتباطاً وثيقاً بما يعيشه الفرد من خبرة ويتوقف تأثره على
طبيعة هذه الخبرة ، فبالخبرة الايجابية هي تلك التي تتسجم مع مفهوم الذات ومع
المعايير الاجتماعية وهي التي تؤدي إلى الشعور بالامتنان والسعادة ، بينما تترك
الخبرة السالبة التي تنتج عن تعارض قوانين الضبط الميادية مع مفهوم الذات قننة

سالبة وتضع المجال أمام الشعور بالاحباط والهزيمة والتوتر ، وبالتالي الاضطراب في علاقات الشخص مع المجال الذي خبره .

إن الخبرة ذات القيمة الايجابية ترسخ السلوك السليم وتمزقه ، في حين تؤدي الخبرة السالبة في حياتنا الى عكس ذلك .

سنكتفي بما عرضناه من اتجاهات شهيرة في تحديد علية الاضطراب ونسوق المدخل النفسي ، مشيرين الى وجود الكثير من النظريات والاتجاهات الاخرى المعروفة ايضا في ميادين علم النفس التي تشارك في اعطاء الاهمية الكبيرة للجانب النفسي في تحديد أغق أنماطنا السلوكية . وللمحققة العلمية نقول انه لا توجد نظرية من نظريات علم النفس تفسر السلوك الشاذ تجاوزت العامل النفسي . وانما الامر يتعلق باعطاء أولوية لعامل على آخر وفق الاطار المرجعي النظري لأصحاب النظرية ذاتها .

وهذا ما سيكتشفه القارئ بجلء من دراسة المداخل دراسة تكاملية .

٤ - المدخل النفسي على التعلم Learning approach

لا يوجد في علم النفس موضوع أساسي أكثر أهمية في فهمنا للسلوك من موضوع التعلم . . . ومهما يكن الامر فان السلوك الانساني اما يعدده النشوء والارتقاء النوعي (أو ميل الانسان في سلوكه الى أن يلخص فيه عبر حياته تاريخ نشوء الانسان وتطوره) مثل المحافظة على النوع ، والسلوك الانعكاسي ، وأما أنه سلوك متعلم أي انه سلوك قابل للتعديل والتغيير ، والاختلافات الهائلة في سلوك البشر وهم الذين خلقوا على اسس قيسولوجية متشابهة ، ليست جميعها الا نتاج التعلم ، وبمباراة اخرى فإن هذه الاختلافات هي تمييزات توفرها امكانيات الافراد القيسولوجية . فنحن نتعلم أن نكون أفرادا من الجنس البشري اذ نتعلم كيف تؤدي دورنا في الحياة الاجتماعية ونتعلم البقاء والتكيف ونحسين حياتنا ، ونتعلم التفاعل مع الآخرين ونتعلم الاتجاهات والقيم ، بل أننا نتعلم كيف نتعلم .

ويوجد اليوم الكثيرون ممن يعتقدون بأن جميع أشكال الحياة متجانسة أو متقاربة أي تقوم على الاقتران (أو التقارب بين شيئين أو خبرتين أو أكثر في الزمان أو المكان) دون أن يفصل بينهما فاصل ، تشترك في ذلك الاشكال الأساسية مثل الفيروسات والبكتيريا والاشكال الأكثر تعقيدا مثل الطيور والثدييات ، والتسلسل الهرمي للحياة الحيوانية الذي يعطى بقبول أعظم هو ذلك التسلسل الذي يرتبط بالذكاء نسبيا ، أي بطاقة الكائنات التعليمية أو قدرة الأفراد على التكيف مع بيئتهم وقدرتهم على تكيف تلك البيئة مع حاجاتهم .

ومن الناحية العلمية فلا غنى لأي مجال من المجالات التطبيقية في علم النفس عن فهم نظرية التعلم فالتعلم النفسي على سبيل المثال هو في جوهره شكل من أشكال التعلم ، والواقع فإن كل نمو وتطور انساني إنما ينحصر في وظيفتين هما : (النمو والتطور الفسيولوجي) والتعلم (أو التطور النفسي) .

ومن الناحية العملية كذلك فإن كل شقاء أو سعادة انسانية يقوم كل منهما على فهم أفضل لقضية التعلم . وبشكلتنا العملية بالغة الأهمية مثل كيف نمنع العروب وكيف نكسب عيشنا هي في الأساس قضايا من قضايا التعلم .

لكل هذه الأسباب كان التعلم على أهميته البالغة لعلماء النفس المحترفين لانه الصخرة الصلبة التي ترتكز عليها نظريات علم النفس الأخرى وهو المفهوم الاساسي للاهمية الطبيعية البشرية المثبتة في : ماهي هذه الطبيعة ؟ وكيف تتطور ؟ وكيف تتغير ؟ (جاء ذلك في مقدمة كتاب نظريات التعلم ذائع الصيت) (٣٦ - ١٩٨٣ - ٩) .

أترك التعليق على ما سبق ذكره للقارئ مع احساسه أن المبالغة التي انطوى عليها النص تعلق على ذاتها بذاتها . .

إذا السلوك السوي مثلما الشاذ يتم تعلمه تعلما ويخضع لتقنيات واسطة عملية واحدة ، ولكن النتيجة فيما يتعلق بسعادة الانسان وثقافته مختلفة . . . فإن أحسن التعلم أصاب من التكيف خطأ ، وإن فشلت حصيلة السلوك .

تطورت نظريات التعلم وتطور معها الكثير من المفاهيم ، ولكن تبقى مبادئ التعلم العامة قاسما مشتركا تستخدمها معظم النظريات ، والتباين ان يحصل بين هذه النظريات غالبا ما يكون في ميادين تطبيق مبادئ التعلم وكيفية تأثيرها في تعلم أشكال السلوك .

مبادئ التعلم :

سنعرض مبادئ التعلم العامة بشكل مختصر وبما يخدم غرض الكتاب :

مبدأ الدوافع Motive

يستخدم مفهوم الدافع للإشارة إلى طاقة مفترضة تستطيع دفع الفرد نحو القيام بسلوك ما ، وتقسم إلى : دوافع فطرية أساسية أولية تتميز بوجودها لدى كل الأفراد ، ومن خصائصها أنها لا تتعدل ولا تتبدل ، ... وإنما يمكن تعديل أساسيات التعبير عنها ... فاعتمادها البيولوجية لا يجعلها كونهما ترتبط بالنوع وباستمراره ... دوافع الجوع ، والملبس ، والجنس ... تنطوي على نوع من الوضعية التي هي أساسية الفروابط الاجتماعية والانسانية .

... دوافع ثانوية متعلقة بكتسبها الفرد من خلال علاقته مع المحيط الاجتماعي وثقافته وفي إطار سمي هذا الفرد لتحقيق الحاجات المرتبطة بالدوافع الفطرية . . تتميز هذه الدوافع على عكس الدوافع الأساسية في أنها خاضعة للتطور الاجتماعي والعضائي وهي «إيمته» ، ولذلك فهي قابلة للتعديل والتغير والإنهاء . وتلعب متغيرات مثل الجنس ، والتربية ، والعمر ، والمجتمع ، والبيئة دورا أساسيا في تعديل مضامين هذه الدوافع وقوتها والأشكال السلوكية الناتجة عنها ، ومن هنا كانت هذه الدوافع متعلمة ، ويشكل كل من الخوف والقلق مثالا عليها . تقوم الدوافع بدور محوري في اتصالات الفرد وتعدد أفعاله اهتماماته لتسهيل عملية الإشباع الناتجة عن السلوك . . وعليه مدى توفيق الدوافع بتحقيق هذه المهمة متعددة الأثر في ثقافة طبيعة السلوك ومستويات الاستجابة المتدرجة بين السوية والشهوة .

تقوم الندالة ببهمة ارشاد وتوجيه سلوك الفرد خلال استجاباته للمواقف .
وتحدد متى وكيف تصدر الاستجابة كما تحدد أي نوع من الاستجابات يمكن صدوره .
والمثيرات الداخلية أو الخارجية يمكن أن تخدم كرمز أو علامة كما يمكن أن تعمل
كدافع وذلك حين تصبح محددة ومميزة للحصول على استجابات معينة ، وتفسير
المثيرات وتوقعها يمكن أن يعمل كرمز أو علامات . فالخوف أو القلق له خصائص
المثير القوي وهو بذلك يمكن أن يخدم كعلامة . وعندما يصدر الخوف كاستجابة
جديدة لموقف جديد فإنه قد يخدم كعلامة تهذب استجابات سبق تعلمها في مواقف
الخوف السابقة . ومن أمثلة ذلك الاستجابات اللفظية المعبرة عن الخوف كالصراخ
وانحباس الصوت والانحناء وضعو ذلك .

وقد يعمل الخوف كعلامة لتجنب عمل ما أو استجابة معينة يمكن أن تؤدي إلى
الألم أو العقاب وذلك حين يصبح مرتبطاً ببعض الرموز أو العلامات الناتجة عن
التفكير في العجز الممل المشار إليه وكثيراً ما يؤدي العقاب الفعال من أجل عمل معين
أو استجابة معينة إلى شعور الفرد بالخوف بمجرد التفكير أو البدء في ذلك العمل
مرة ثانية . وهكذا يؤدي الخوف إلى التوقف عن العمل أو إلى الانسحاب منه لكي
تتغير درجة الخوف وبذلك يصبح التوقف أو الانسحاب معززاً (٣٦-١٩٨١-٢٩٧) .

... الاستجابة Response

وهي ما يقود الرمز أو العلامة إليه ، وأحياناً تنظم الاستجابات في صورة هرمية
من حيث احتمال صدورها ، وتحتل الاستجابة دائمة الصدور درجة عالية في التنظيم
الهرمي ، وهي ترتبط بالمثيرات ارتباطاً قوياً ، وطبيعية هذا الارتباط السببي غير
معروفة . ويرجع التأثير في قوة الارتباطات بين المثيرات والاستجابات أو في مرتبة
الاستجابة في التنظيم الهرمي إلى التعلم . ويجب أن تسمح الاستجابة قبل أن يصبح
من الممكن ربطها بمثير معين . والاستجابات الجديدة والتي لم ترتبط بهند بشيء ما قد
تتحقق نتيجة للمحاولة والخطأ أو تحدث نتيجة للتقليد أو عن طريق التوجيه اللفظي .

وهذه كلها طرائق لتقديم الاستجابات التي يمكن تعزيزها . وفي عملية الاشراف تعد الاستجابة الى المثير الطبيعي استجابة سائدة ، وقد يكون الخوف استجابة فطرية لبعض المثيرات (٣٧ - ٢٩٨) .

... التعزيز أو المكافأة Reinforcement

وهو أي حدث يقوى الميل أو الاستعداد لتكرار الاستجابة . وتخفيف الألم أو القلق وتوقف المثيرات المؤلمة أو تخفيضها يعمل كمعزز وكذلك كتحافض لحدوث الدافع المثير . وهناك معززات أو مكافآت ثانوية أو متعلمة وذلك كالمال مثلا ، كما أن هناك معززات فطرية . وتعمل المعززات الثانوية بالطريقة نفسها التي تعمل بها الفطرية . وقد تعمل المعززات عملها في موقف معين بوعي من الكائن الحي وقد تعمل في بعض المواقف مباشرة ومن غير وعي بها منه .

وبالإضافة الى هذه المصطلحات الأربعة الخاصة بالتعلم والتي تعد العوامل الأساسية لهذه العملية فإن هناك بعض المظاهر الأخرى لهذه العملية ومنها : « الانطفاء » extinction ويحدث حين تتكرر الاستجابة المتعلقة من غير أن يستمر التعزيز فيضعف الميل والاستعداد للقيام بها ويتوقف حلوها لأنها قد انطقت . أما الاستجابات التي لم تكن هدفا للانطفاء فإنها تستمر دون اعاقه وذلك كالاستجابات التي عززت بطريقة الصدفة . وتنطفيء الاستجابات بنسب مختلفة ، فالاستجابات القوية تستمر وقتاً أطول من الضعيفة قبل أن يتم انطفائها . وتؤثر قوة الدافع في أثناء تعلم الاستجابة ، كما تؤثر قيمة المكافأة التي كوفئت بها تلك الاستجابة وكذلك قسوة الدافع خلال عملية الانطفاء . كل ذلك له تأثيره في نسبة الانطفاء ودرجته . ومع أن عملية الانطفاء قد تطول إلا أنه من الواضح أن كل العادات التي اكتسبت عن طريق التعلم قد تعرضت للانطفاء حين القلع وتوقف تعزيزها .

وقد تحدث الاستجابة فجأة بعد انطفائها بفترة زمنية وبعد أن ينقطع تعزيزها

ويسمى ذلك « بالاسترجاع التلقائي » ويدل على أن الاستجابة قد كُتبت فقط ولكنها لم تستأصل ، ولكن مع ذلك إذا استمر الانطفاء فإنها سوف تختفي تماما .

والتعزيز المصاحب لمثير معين لا يزيد فقط في قوة ذلك المثير وقدرته على استدعاء الاستجابة ولكنه يوسع دائرة وقوع تلك الاستجابة لتتبعه لمثيرات شبيهة لدرجة أن هذه المثيرات الشبيهة تستدعي الاستجابة نفسها ، وكلما قل شبه المثير أو الرمز الجديد بالمثير الأصلي قل احتمال حدوث الاستجابة . وانتشار الاستجابة أو حدوثها نتيجة لمثير آخر شبيه بالمثير الأصلي يسمى عملية التعميم generalization ، وتغير درجة ميل الاستجابة للوقوع يطلق عليه تدرج التعميم ، وليس هناك مثيران أو مواقف اثنان متطابقة تماما ، فإذا لم يكن هناك تعميم لن يكون من الممكن وقوع التعلم .

ومن جهة أخرى إذا كانت الاستجابة تصدر لأي مثير آخر لا يشبه المثير الأصلي فإن التعلم لن يحدث أيضا ، والمثيرات غير المتشابهة متمايزة ، والتمييز Discrimination بين الاستجابات يمكن تحقيقه بعدم التعزيز أو بالعقاب على الاستجابة للمثيرات التي تختلف بعض الاختلاف عن المثيرات المعززة .

ويكون التعزيز أكثر فاعلية كلما ازداد تزامنه مع الاستجابة ، ولذا فإن فاعلية التعزيز المتأخر أقل من فاعلية التعزيز المصاحب أو التعزيز في الحال . وهكذا يوجد تعزيز متدرج gradient of reinforcement . فالاستجابات التي تقع مباشرة قبل الاستجابة المعززة تعزز أيضا ولكن بدرجة أقل من الاستجابة المعززة . وتسمى التسميم والتعزيز أدنى إلى المبدأ الذي يقرر أن الاستجابات القريبة من نقطة التعزيز تسيل إلى أن تقع قبل وقتها الأصلي في سلسلة الاستجابات أي أنها تصبح توقعية متى كان ذلك ممكنا من الناحية الفيزيولوجية . فالاستجابات التوقعية إذن تجمع مسن الأنشطة غير النافعة ، والانحساب من المثير المؤلم متوقف يقع قبل لمس الشيء الذي يسبب الألم ، والاستعداد التوقعي anticipatory tendency غير اختياري وقد يؤدي إلى إعطاء أو إلى استجابات غير متوافقة كما قد يؤدي إلى استئصال متوافق للأعمال أو للاستجابات غير النافعة ، والتعزيز السلبي بعقاب الاستجابات التي لم

تسبق باستجابات توقعية مرغوبة قد يمنع استئصال هذه الاستجابات التوقعية المرغوبة وتبدو أهمية الخوف في السلوك حين ينظر اليه كواحدة من أهم الدوافع المتعلمة . فالخوف يتم تعلمه بسرعة وينتقل بسرعة الى المثيرات الجديدة وينمو في صورة دافع قوي ، وقد يصبح مساعدا على احداث صراع ما يؤدي بالتالي الى سلوك عصابي ، وحين يصبح الخوف مرتبطا بمواقف جديدة فانه يكون مصحوبا بكثير من ردود الافعال التي تعد مظاهر فطرية للخوف ، يعمل الخوف كرمز أو علامة لاستدعاء المثيرات المتعلمة في مواقف أكثر خوفاً . وحين تعاقب الاستجابات التي تخفف التوتر الناشئ عن الخوف فانه يتم تعلم الخوف ، وسوف يؤدي ذلك الخوف المتعلم الى تشجيع الاستجابات التي تمنع تخفيف توترات الخوف وبالتالي يؤدي الى الكف المؤدي بدوره الى الاعراض العصبية ، ويمثل الخوف جزءا كبيرا من الدوافع المتعلمة بواسطة المجتمع مثل الشعور بالذنب والخجل والكرامة والمسيرة الاجتماعية وحب المال والوة ونحو ذلك . ويبدو أن الخوف من فقد حب المنزل أو من الفشل أو الفقر خوف متعلم عن طريق البيئة أو المجتمع . وتخفيف الخوف يصعد ممززا لتعلم استجابات جديدة مثل استجابات الاحجام . وتقاوم المخاوف الانقضاء بشدة ، وبمسد انطفائها يبدو أحيانا أنها لم تنطفىء كلية . ويمكن كف الخوف كغيره من الاستجابات وذلك عن طريق الاستجابات المضادة .

وهناك دوافع اجتماعية أخرى متعلمة ولكن بعضها يحتل أهمية خاصة بالنسبة لنمو الشخصية وللملاج النفسي ، ومن بينها حب التجمع ، وتكوين العلاقات الاجتماعية الايجابية ، ومنها الاعتمادية ، والاستقلالية ، والمسيرة ، وعدم الغنوع وقبول العنان ، وبذل الحب ، والرغبة في الاستعصان من الآخرين والتشبث بالكرامة ، والمحافظة عليها ، وحسن المظهر ، والامانة ونحو ذلك . وتختلف الدوافع المتعلمة ومميزاتها باختلاف الثقافات والطوائف الاجتماعية . وينبغي أن يدرك المعالجون النفسيون ذلك (المرجع السابق - ٣٠٠) .

انموذجان من نظريات التعلم :

يحتاج عرض النظريات التي تعنى بتفسير السلوك الشاذ وفق الممثل المبني على

التعلم الى كتب تخصص لهذه الغاية ، ولعل تعدد هذه النظريات وازدياد مكائنها وتطبيقاتها العلمية والتربوية والاجتماعية والعلاجية دليل على ذلك ..

ولما كان ما يهمننا هنا هو تعرف آلية تعلم السلوك في مستويات السوية أو الشذوذ عبر التعرف على آلية عمل مبادئ التعلم التي سبق عرضها فاننا سنعرض نظريتين من نظريات التعلم تغطيان باعتقادنا ما نهتم به .. والنظريتان هما :

١ - نظرية التعلم الاجتماعي : التي تعنى بشكل أوضح في تفسير آلية السلوك السوية دون أن يمنع ذلك من استشفاف أفق الشذوذ في هذه الآلية .

٢ - نظرية التعزيز والارشاد النفسي . التي تقدم تفسيراً أكثر وضوحاً لآلية السلوك الشاذ وتطبق قوانين التعلم على نطاق واسع في تفسير الاضطرابات السلوكية وارشادها وعلاجها .

وغني عن القول ان اختيارنا هذا لا يمكن عمله بديلاً عن دراسة تقع على عاتق القارئ ، للنظريات الشهيرة التي درست وطلورت مفهوم التعلم : نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر :

thorndik. E. L	— نظرية الارتباط « ثورنديك » .
pavlo. I. V	— نظرية الاشتراط البسيط « بافلوف » .
Skinner. B. E	— نظرية الاشتراط الاجرائي « سكينر » .
Guthrie. E. R	— نظرية الاقتران « جثري » .
Hull. C. L	— نظرية الصافز « هل » .
Bandura. A.	— نظرية التعلم بالملاحظة « باندورا » .
Uebel	— نظرية التعلم الغرضي « أوزبل » .
Lewin. K	— نظرية المجال « ليفين » .
Piaget. J	— النظرية البنائية « بياجيه » .

نظرية التعلم الاجتماعي : Social Learning Theory

تبرز نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها جوليان روتنر Julian B. Rotter وزملاؤه وتلاميذه لتشير الى كيفية اكتساب السلوك وتعلمه في اطار اجتماعي مستفيدة قوانين التعلم وأسسها التي تنطبق وكما هو معروف على تعلم السلوك السوي والسلوك الشاذ . حيث يفضحان للآلية نفسها وللعملية نفسها . يحدد سلوك الانسان وفق نظرية التعلم الاجتماعي التي سنعرضها تبعا لـ (٢٣-١٩٨٤-١٠٨ وما بعدها) بأهدافه ، فالسلوك يتصف دائما بالاتجاهية والفرد يستجيب تبعا للسلوك الذي تعلم أنه سوف يؤدي الى اعظم اشباع في موقف معينه وكل فرد يربط تدريجيا بعض موضوعات الاهداف والظروف الداخلية المعينة باشباعا تغير متعلمة أو موروثة ، فالارضاع مثلا يشبع الطفل في أول الامر ، ثم يصبح وجود الام نفسها سببا للسرور وبعد ذلك قد يحاول الفرد أن يقوم بالامور التي تحببها الام ، وينتهي الامر اخيرا في غياب الام بأن يجد الفرد اشباعا في تحقيق الأعمال التي ارتبطت في الماضي بتجبيدها ، والدوافع السيكلوجية تميزا لها عن اشباعات الكائن الحي غير المتعلمة أو التي تقوم على أساس بيولوجي ، هي نتيجة الخبرة وليست نتيجة الفطرة .

وبالتدريج تنشأ لدى كل فرد مجموعة من الدوافع أو الحاجات المتمايزة تتراوح بين الدوافع أو الحاجات النوعية جدا والدوافع أو الحاجات العامة جدا . وكلما كانت أنماط السلوك أو الاهداف التي تتضمنها الحاجة نوعية ، امكن التنبؤ بقوة أحسن تضاءلت دقة التنبؤ بسلوك معين من سلوك آخر .

ومن وجهة النظر هذه يصبح للحاجة ثلاثة مكونات أساسية :

أحد هذه المكونات ، هو مجموعة السلوك الموجهة نحو أهداف نفسه (أو الى أهداف مشابهة أو أهداف ذات صلة) ومثال ذلك مجموعة السلوك التي يستخدمها الفرد ليحصل على رعاية الآخرين له . وهذا النوع من السلوك يطلق عليه امكانيات الحاجة . ويشير المصطلح الى قوة امكانيات الحاجات ، أي ترجيح عملها في مواقف معينة ومعددة .

والمكون الرئيس الثاني ، هو التوقعات بأن أنواعا معينة من السلوك سوف تؤدي إلى اشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد . فقد يحدث أن يكون الفرد قد تعلم طرائق كثيرة للحصول على رعاية الآخرين له كطفل ، ولكنه في الوقت الحاضر قد يكون توقعه بأنها سوف تؤدي إلى أية اشباعات ضئيلة . فالبكاء مثلا ، قد يؤدي إلى حصول الحاضرين على الرعاية والمساعدة ، ولكن طفل العاشرة أو الثانية عشرة قد يجد نفسه عندما يستخدم نفس الاسلوب منبوذا من والده كونه يتصرف كالكلمات . والمستوى المتوسط للتوقعات بأن أنواع السلوك التي تعلم الانسان أن يعتمد عليها لتحقيق اشباعات معينة سوف تؤدي بالفضل إلى هذه الاشباعات يطلق عليه حرية الحركة .

والمكون الثالث للحاجات ، هو القيمة (قيمة الحاجة) المرتبطة بالاهداف نفسها أي الدرجة التي يفضل بها فرد ما مجموعة من الاشباعات على مجموعة أخرى . فمثلا ، اذا أتت الفرصة نفسها للحصول على اشباعين ، فإن فردا ما يفضل أن يقوم بشيء يؤدي إلى اعجاب الآخرين به (الحاجة إلى الاعتراف) في حين يفضل فرد آخر أن يقوم بشيء يؤدي إلى حب الآخرين له (الحاجة إلى العصب والسلف) .

والقيمة التي تعطيها هذه النظرية لوقف الفرد السيكولوجي ، سواء في فهم السلوك أو التنبؤ به ، مظهر رئيس آخر لنظرية التعلم الاجتماعي . فعلى خلاف منهج البحث وفقا للسمات أو الملكات ، أو أي منهج يبحث آخر في الشخصية يؤكد بقوة على الحالات الداخلية ، فإن هذه النظرية ، بسبب اعتمادها على السمات الأساسية لنظرية التعلم ، تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة أن بعض الاشباعات أكثر احتمالا من غيرها في بعض المواقف . ولا توجد فروق فردية في قوة الحاجات المختلفة فقط ، وإنما تظهر أيضا في الطريقة التي يدرك بها الموقف نفسها . فرد فعل شخص ما للمواقف المختلفة يعتمد على خبرته السابقة التي تكون لذلك ، ناحية هامة للفروق الفردية . فالموقف السيكولوجي يسد الفسرد بأدلة لتوقعاته بأن سلوكه سوف يؤدي إلى النتائج المرغوب فيها .

وإذا ما وضع فرد ما قيمة عالية على بعض الاهداف مثل الرغبة في الاعتراف به ، أو في أن ينال الرعاية ، فإن توقعاته قد تكون منخفضة بالنسبة لتحقيق هذه الاهداف . إذ ربما يكو ذلك تعلم أن يتوقع العقاب أو الفشل أو النبذ عند ما يحاول أن يحقق هذه الرغبات (ومثل ذلك الطفل الذي يحصل باستمرار على درجة ضعيفة أو درجات رسوب في المدرسة) . وعندما يحدث ذلك فإن الشخص يتعلم عادة أنواعا أخرى من السلوك ليتفادى العقوبات نفسها . فهو أحيانا يحاول أن يحصل على الاشباع بطرائق غير واقعية مثل الاستغراق في أحلام اليقظة ، أو بالاساليب الرمزية التي تمثل له ، وليس لأحد غيره ، الحصول على الاشباع . وتجنب هذه الأنواع من السلوك أو القيام بأنواع غير واقعية من السلوك أمور متعلمة وتكون ما ينظر اليه عادة على أنه أمراض للسلوك غير السوي . فالسلوك السوي السوي ، من وجهة النظر هذه ، ليس مرضا أو اضطرابا أو انحرافا ، بل محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة ، أو للحصول على اشباعات معينة على مستوى شخصي واقعي .

وعلى سبيل التوضيح نورد هنا من الحاجات المريضة التي تتضمن معظم السلوك السيكولوجي المتعلم مع تمارينها . والواقع أن هذه المفاهيم متسعة بحيث لا تسمح لنا إلا بشيء قليل من التبسيط ، أما المفاهيم الضيقة فهي أفيد على وجه العموم . فمثلا ، أن حاجة الفرد إلى المركز وإلى أن يعترف به يمكن أن تعالج إلى مستويات أكثر خصوصية من النشاط الاجتماعي ، أو الأنشطة المهنية أو العقلية ، أو المهارات الجسمية والرياضية .

١ - الحاجة إلى الاعتراف والمكافأة : حاجة الفرد إلى أن يتفوق وأن يمد كفاء ، مثل الآخرين أو أفضل منهم في المدرسة ، أو العمل أو المهنة ، أو النشاط الرياضي ، أو المكانة الاجتماعية أو الجاذبية الجسمية ، أو اللبس ، أي الحاجة إلى أن يحصل الفرد على مكافأة عالية على مقياس تنافسي ذي قيمة اجتماعيا .

٢ - الحاجة إلى السيطرة : حاجة الفرد إلى التحكم في أعمال الآخرين ، بما في

ذلك الاسرة والاصدقاء ، وأن يكون الفرد في مركز القوة ، وأن يجتنب الآخسرون أفكاره ورغباته الخاصة .

٣ - الحاجة الى الاستقلال : حاجة الفرد الى أن يتخذ قراراته ، وأن يعتمد على نفسه ، وأن يطور المهارة اللازمة للحصول على الاشباع ، وأن يصل الى الاهداف دون مساعدة الآخرين .

٤ - الحاجة الى الاعتماد على الآخرين ورعايتهم : حاجة الفرد الى فرد آخسر أو أفراد آخرين يقفونه من الابطال ، ويوفرون له الحماية والامن ، ويساعدونه على الحصول على الاهداف الاخرى المرغوبة .

٥ - الحاجة الى الحب والعطف : حاجة الفرد الى تقبل الآخرين ومحبتهم ، وأن يعطى باحترامهم واتباعهم واهتمامهم واهتمامهم .

٦ - الحاجة الى الراحة الجسمية : حاجة الفرد الى الاشباعات الجسمية التي ترتبطت بالامن والعافية ، وتجنب الألم ، والرغبة في الملذات الجسمية .

وباختصار ، ان امكانات حدوث سلوك ما ، أو مجموعة ما من أنواع السلوك في موقف معين ، تعتمد على توقعات الفرد بأن السلوك سوف يؤدي الى هدف أو اشباع معين ، وعلى قيمة الاشباع بالنسبة له ، وعلى القوة النسبية لامكانات السلوك الاخرى في الموقف نفسه . ومن المفروض أن الفرد غالباً لا يكون مدركاً لاهداف (أو ماني) سلوكه وتوقعات تحقيق هذه الاهداف .

ومن الممكن أن نرى أن فهم السلوك الانساني في المواقف الاجتماعية المعقدة في منتهى الصعوبة ، فهو يحتاج الى دراسات عميقة ومعلومات غنية . وتنطوي نظرية التعلم الاجتماعي على أمر ذي أهمية خاصة بالنسبة لعملية تقويم الشخصية وهو أن موقف الاختبار نفسه ذو تأثير في السلوك ، وهو أمر ينبغي أن يوضع في الحسبان قبل القيام بالتنبؤ من الاختبار الى أنواع أخرى من المواقف .

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أنه لا ينبغي تقويم سلوك الفرد في التنبؤ فقط ، بل علينا أن تقويم توقعاته والقيم التي يضعها للأهداف المختلفة . ومن الهام أن نعرف كيف تتغير هذه التوقعات من موقف لآخر ، وكيف أن الحصول على مجموعة من الاشباعات يتعارض مع اشباعات أخرى . وأخيرا من الهام لأهداف العلاج النفسي في أحيان كثيرة ، أن نعرف كيف اكتسبت التوقعات والقيم لكسي نعرفه كيف نغيرها بأفضل الطرائق .

وفي نظرية التعلم الاجتماعي ليست الحاجات هي المؤثر الوحيد الهام في الفروق الفردية فقد يختلف الأفراد في اتجاهاتهم نحو الأفراد المختلفين (الاتجاهات الاجتماعية) ، وفي طرائق استجاباتهم للتدعيم القوي ، أو في توقعهم للتدعيم القوي (السلوك الانفعالي) وفي الطرائق التي يقتربون بها من مختلف المواقف المتشابهة من وجهة نظر حل المشكلات . وهذا المفهوم الأخير يطلق عليه التوقع المسم في نظرية التعلم الاجتماعي ، وقد أطلق هاري هارلو على مفهوم مشابه ، يتعلق فقط بالأعمال العقلية ، مهارات التعلم العالية ، ولكننا نواجه مرارا وتكرارا المشكلة نفسها ، سواء في المواقف الاجتماعية أو في الأعمال العقلية . فمدى اعتقاد الفرد أنه يستطيع أن يسيطر على ما يحدث له ، مثلا ، يمكن أن تشير اليه على أنه اعتقاد في السيطرة الداخلية على التدعيم . والاعتقاد بسيطرة الحظ ، أو القدر ، أو الآخرين الأقوياء عليه ، يمكن أن تشير اليه على أنه اعتقاد السيطرة الخارجية على التدعيم . مثل هذه التوقعات المعقدة قد تكون لها عواقب هامة في كيف يستجيب الفرد لأساليب العلاج المختلفة ، وكيف يستجيب الى فترات الضغط الممتدة ، وغير ذلك من السلوك الاجتماعي .

وثمة أدلة على أنه توجد فروق مهمة في الدرجة التي يثق فيها الإنسان في غيره وشعوره بأنه يمكنه الاعتماد عليهم في ذكر الحقيقة . فمثل هذه الفروق يمكن أن تؤثر في استجاباتهم نحو المدرسة ، والعلاج النفسي ، والزواج ، وتقريبا جميع أنواع التفاعل الاجتماعي .

تعد نظرية التعزيز والارشاد النفسي واحدة من أشهر النظريات في التعلم ، ولعلها المحاولة الاولى الناجحة التي جسرت للجمع بين مفاهيم من نظريات التحليل النفسي حول الشخصية وأخرى من نظريات التعلم ، ودعت الى عملية التكامل بينهما لفهم أفضل وعلاج أنجع للاضطرابات السلوكية . حيث يمكن الشور على أفكسار الرجلين الاولى فيما يتعلق بالمبادئ العامة في كتابهما (التعلم الاجتماعي والتقليد - ١٩٤١) بينما يشرحان استخدامات هذه المبادئ في كتابهما « الشخصية والعلاج النفسي في صور التعلم والتفكير والثقافة » عام ١٩٥٠ .

تركز هدف دولارد وميلارد حول تكوين نموذج نظري في التعلم الاجتماعي يقوم أساسا على المبادئ والاسس التي وضعها « هل » في نظريته . وتعد هذه المحاولة بمثابة اختبار تجريبي بالفعل لتكوين هذا النموذج النظري حيث تناولت كثيرا من الاسس التي يتم عليها بعد ذلك تفسير الكثير من مظاهر السلوك السوي وغير السوي ومن ذلك (٣٨ - ١٩٨٧ - ٣٤٧) عدد التعلم أساسيا بالنسبة للسلوك الانساني . وبدون عملية التعلم لا يستطيع الفرد أن يأخذ مكانه كمفرد فعال ومؤثر في المجتمع الانساني .

وكما أن اللغة سلوك متعلم ، فإن السلوك السوي وغير السوي كذلك و كليهما يخضع لعملية تعلم . حتى توافق الاشخاص بعضها الى بعضها الآخر داخل الأسرة وخارجها في المجتمع المحيط وما به من مؤسسات اجتماعية أخرى انما يحتاج لعملية تعلم ، ولذلك يتطلب تحليل السلوك الاجتماعي المعرفة الدقيقة بمبادئ التعلم والاسس التي يقوم عليها . وكان من رأي «دولارد وميلارد» أن ذلك ما يجعل فرع سيكولوجية التعلم ذا أهمية كبيرة بين فروع علم النفس . ولكن ذلك لا يتم بصورة جيدة الا في حالة مساعدة العلوم الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع والتي في ضوءها يحدث التعلم الانساني بالنسبة لكثير من أنماط السلوك الاجتماعي . والدليل على ذلك ما يلاحظ بوضوح في الاستجابات السلوكية

التنافسية والعدوانية في المجتمع . حيث تم هذه الاستجابات بمثابة ردود أفعال من أجل التقدم الاجتماعي . ويمكن أن تكون هذه الاستجابات ذات أثر فعال ومميز لسلوك الأفراد . كما يمكن أن تكون من ناحية أخرى مصدرا من مصادر العقاب ، ومن عوامل إضعاف السلوك . ويعتمد ذلك على طريقة ومستوى استجابة الأفراد الآخرين في المجتمع لهذه الانماط السلوكية المتعلمة . لذلك تعد الانماط الاجتماعية والثقافية الموجودة في المجتمع على درجة كبيرة من الأهمية في التنبؤ بدرجة فاعلية التعلم والحالة التي سيكون عليها . فهل ستكون هذه الانماط عاملا مساعدا في تكوين عادات سلوكية سوية مرغوبة أم سترتب على وجودها عادات سلوكية غير مرغوبة تظهر في شكل بعض الاضطرابات النفسية . (المرجع السابق) .

استخدم دولارد وميلر معرفتهما الواسعة لقوانين التعلم وما تنطوي عليه في فهم آلية مظاهر السلوك غير السوية وفسرا نشأة الصراع اللاشعوري الذي يعد سحرا الزاوية في الاضطراب السلوكي نتيجة عملية اكتساب وتعلم خاطيء لأساليب الحياة التي يستخدمها الفرد ليتكيف مع بيئته والتي كان قد تعلمها في سنوات طفولته الاولى من خلال نمط تربوي يساهم فيه الاهل والاشخاص المحيطون . يتكون الصراع لدى الطفل نتيجة التعارض بين استجابات اشباع الدوافع والاستجابات لمثيرات البيئة وما فيها من قيم أو عوامل ثقافية معينة تحول دون اشباع مثل هذه الدوافع ، مما قد يؤدي الى بعض مشاعر الخوف والغضب والشعور بالذنب . ولكي يتجنب الطفل هذا الصراع الناشئ عن تعارض بين هذه الاستجابات فإنه يلجأ الى الكبت علاجاً لهذا الموقف .

ويعد اتجاه الوالدين من اشباع الطفل لدوافعه الاولى من الاسباب الرئيسية التي قد تؤدي الى تكوين الصراع . فقد يترتب على عقاب الوالدين لطفلهما للعبث بأعضائه التناسلية ، أن يصبح الدافع الجنسي مثيرا للخوف ، مما يجعل الطفل يقع في حالة صراع بين شدة الدافع من ناحية ، والخوف من اشباعه من ناحية أخرى مما قد يؤدي الى حالة الصراع ، والتي تسمى في مثل هذا الموقف صراع الاقدام والاعجاب .

واستجابة الخوف هذه معرضة للتعميم حيث من الممكن أن تشمل المكسان الذي تم فيه العقاب ، وكذلك وسيلة العقاب وغير ذلك من المثيرات المشابهة للمثير الاصلي الذي كوّن استجابة الخوف والتي اقترنت بطروفي العقاب (٣٨-٣٥١-٣٥٣) هذا التلازم بين الصراع والكبت يؤدي في الغالب الى الاضطراب .

لا يبين ما عرضناه حتى الآن جديداً في طرح هذه النظرية ، حيث كانت قد تحدثت النظريات المنصوية تحت المدخل النفسي وبأسباب عن الاثر المتبادل بين الكبت والصراع وعن ما ينتج ذلك من سوء تكيفات تؤدي أمن الشخص النفسي والبدني .

ولكن اذا ما استعرضنا أطروحات دولارد وميلر حول كيفية تعلم العصاب ، وكيفية تعلم الأعراض ١١٠٠٠ نعم تعلم العصاب وتعلم الأعراض ، بل وتعلم الكبت أيضاً . . اذا ما استعرضنا ذلك وهذا ما سنفعله ، تأسيساً على ما ورد في (٣٧ - ٣٠٤ وما بعدها) فإن القارئ سيقع على جديد نظرية التميز والارشاد النفسي لدولارد وميلر .

يقرر دولارد وميلر سلفاً بأن العصاب الذي يحدث نتيجة للخبرة أكثر من ذلك الذي يحدث نتيجة للحاجات الفطرية أو نتيجة للإصابة العضوية . ولهذا فانه متعلم ، والتعلم محكوم بقوانين . فكيف يتم تعلم العصاب اذا .

السلوك العصابي مبني على صراع انفعالي لا شعوري متاصل في الطفولة المبكرة . . والصراعات العصابية متعلمة بوساطة الأبوين وبوساطة الاطفال أنفسهم ، فأصاليب التنشئة تنطوي على تناقضات وبالتالي على صراعات ، والآباء يختلفون من حيث التناقض وعدمه في تصرفاتهم وكذلك من حيث الفاعلية والايجابية في تدريب أبنائهم . والعملية معقدة ومحفوفة بالاطفاء . والصعوبات والقواعد العامة الملزمة لعملية التنشئة والظروف المناسبة للتأديب والتهذيب والتعليم معروفة بصورة جزئية فقط ، وهناك مشكلة نوع الطفل المراد تربيته أو نوع الشخصية المراد اعدادها ، ومع أن معرفتنا غير كافية الى الان الا أن فترة الطفولة المبكرة تعد هامة ، وينبغي ان

يحاول إعادة بناء الطفولة لكي تفهم حياة البلوغ والرشد ، والاطفال بطبيعتهم
 ضعاف أو عاجزون ، ومن ثم فهم تحت رحمة النماذج المتناقضة من الآباء والمعلمين
 والمدرسين . فالطفل الصغير غير ناضج وهو بالإضافة الى ذلك مشوش ومخلوع
 ويماني من الهلوس ، وباختصار توجد لديه مجموعة من الاعراض التي نعدها في
 الكبر أعراضاً للذهان ، وبدلاً من أن يامل بشيء من التسامح والتعفّف والتدريب
 التدريجي خلال الطفولة فإنه يعامل بالاساليب القمعية المتناقضة ويثقل كاهله
 بالمتطلبات الكثيرة ، ويتوقع منه أن يضبط دوافعه الملحة وأن يتعلم بسرعة ، ويواجه
 الطفل الصغير بمتطلبات التدريب على أربعة مواقف صعبة ، وتؤدي الاساليب التي
 يتم بها التدريب في تلك المواقف الى نمو استجابات معينة تستمر مدى الحياة ، فهذه
 التغذية قد يعالج بطريقة تؤدي اما الى الشاؤل أو الى البلادة وجنود العس ، الى
 الايمان والاطمئنان أو الى الخوف ، والى الاجتماعية أو الى قصور في الشعور الاجتماعي
 والى الخوف من العزلة أو الى نوع من الاجتماعية القهرية في المستقبل . والتدريب
 المبكر القاسي على النظافة وضبط الاخراج والذي يسير من غير معينات لفظية تثير
 انفعالات قوية من الغضب والمعارضة أو التحدي والعناد والخوف . وقد يؤدي الى
 القلق والضيق والشعور بالعقارة والشعور بالذنب . والتدريب الجنسي قد يؤدي
 الى صراعات تحدّثها المحرمات والوان القلق الجنسي والخوف من الجنس الآخر
 والصراعات المشتقة من الموقف الاوديبى . . وأخيراً فإن علاج استجابات الغضب لدى
 الطفل قد يثير صراعات قلق الغضب بسبب أن الخوف يرتبط بعلامات الغضب أو
 رموزه . والغضب لا مناص منه بسبب الاحباطات الكثيرة التي يتعرض لها الطفل
 خلال عملية التدريب ، وكنتيجة للفرة بين الاخوة والاخوات ، وبسبب العجز وعدم
 النضج العقلي الكافي لدى الطفل . وكبت الغضب قد تكون له آثار أكثر من مجرد
 كذب العدوان ، فقد تمتد هذه الآثار الى كف مشاعر الغضب ذاتها ومن ثم تؤدي الى
 كف شديد للشخصية . هذه الصراعات المبكرة تعدّ للطفل قبل أن يستطيع الكلام
 أي قبل أن يستطيع التعبير بكفاية ، وهي لذلك لا عنوان لها عنده أو لا يعرف لها
 اسماً وبالتالي فهي لا شعورية .

ولا يستطيع العقل التعبير عنها في المستقبل . ونحن لا نستطيع أن نتعلم من الفرد شيئا ما عن طبيعة هذه الصراعات اللهم الا القليل من خلال العلاج النفسي لبعض الحالات .

وكثيرا ما نعرفه في هذا الصدد ثم الحصول عليه من المصابين خلا العلاج النفسي . والناس العاديون هم الذين لم يعالوا من صراعات شديدة ، وبمضى الأفراد أقل قدرة على مواجهة الصراعات والتعامل معها من خلال العمليات العقلية العليا ، وبمضهم أكثر اعتمادا من غيرهم لمعانة ردود الافعال العصبية .

وكيف يتم تعلم الامراض ؟

الخوف Phobia : مضاف شخصية متعلمة أصولها الأساسية غير مفهومة حاليا . واستجابة الاحجام التي يلجأ اليها المريض تخفف الخوف وبالتالي فهي تمزقه بقوة . ويميل الخوف الى الاستمرار بسبب ان الاحجام عن المواقف التي تستثيره يعززه وذلك عن طريق تخفيف الخوف وبالتالي يصعب اطفائه أو استئصاله .

والقهار Compulsions : مثل الخوف أفعال تخفف القلق الذي لا يعرف أصله . ويميل القهار الى الاستمرار كذلك لانه يخفف القلق وقتيا . وأعراض القهري كذا هي استجابات متعلمة لتجنب الخوف أو لتخفيفه . والعوامل التي تحدد نوع الاستجابة المخصوصة أو نوع المرض المرضي مثل شلل ذراع بيته غير واضحة وان كانت اسباب الخوف كما في الحرب مثلا واضحة .

والنكوص Regression : (وقوع الاستجابة التي تعد التالية للمادة من حيث القوة والتي تعلمها الانسان كاستجابة قوية خلال الطفولة) . فحينما تعلق المادة السائلة عند الراسد بسبب صراع أو اطفاء وحينما تستبدل هذه المادة كاستجابة دائمة استجابة أخرى قوية عن طريق التعميم فان العملية تسمى حينئذ نقلا أو إبعادا افعالية **displacement** ويقع التبرير **Rationalization** حينما يشعر الفرد نتيجة للتنشئة الاجتماعية بضرورة وجود توضيح منطقي لسلوكه ، ولكنه لا يستطيع أن يتقبل التوضيح

الحقيقي لأن الحقيقة تثير لديه القلق أو الشغور بالذنب ، والهلوسات أو الهلوسة
Detusion يختلف كميًا فقط عن التبرير . فالإيضاحات المقبولة اجتماعيًا يصعب
إيجادها ولذا يلجأ الشخص إلى الهذيان أو الأفكار الضالّة ويمتدّد أو يقنع بها
ليخفف القلق القوي أو الشغور بالذنب الذي يمايه .

وتعدّ الهلوسة Hallucination نتيجة لتعميم مبالغ فيه لاستجابات إدراكية
ذات قوة دافعية كبيرة . وحينما تصبح العلامة الخارجية أو المثير الخارجي سببًا في
الاضطراب فإن نقل الانتباه إلى التصورات أو الخيالات (الهلوسة) قد يخفف من
الخوف .

والإسقاط Projection يحدث نتيجة لموامل كثيرة تقودنا إلى الظن بشأن
الآخرين لديهم دوافعنا ورغباتنا نفسها وحينما يقودنا ذلك خطأ إلى نسبة هذه
الدوافع إلى الآخرين فإن هذه العملية تسمى إسقاطًا .

ويمرّز الإسقاط بسبب تخفيفه للغلق حيث ينتقل اللوم ويوجه إلى شخص
آخر بدلًا من توجيهه إلى الذات .

وتشكيل رد الفعل Reaction-Formation هو أفكار أو عبارات أو سلوك
مناقض لرغبة الفرد ودوافعه الحقيقية التي يخشاها أو لا يرضاها لنفسه .

والإدمان Alcoholism يعدّ نتيجة لتعزير استخدام الكحول لتخفيف القلق
أو الخوف ، ومع أن كثيرًا من الأعراض تعدّ سلوكًا غير متوافق في المدى البعيد إلا
أنها تخفف من التعاسة ومن اليأس ، وتنتجها الآلية أو الوقتية مرغوبة ولذا فهي
تجد تعزيرًا وقتيًا .

والتأثير القوي لأي تعزير سريع أبلغ تأثيرًا من العقاب الذي هو أكثر قوة
ولكنه يأتي متأخرًا . وحينما يبدو أن هناك زيادة في المعاناة الحالية فإن توضيح

استمرار الاعراض قد يبرز مشكلة * ولكن الموقف يمكن أن يملأ نظرياً بطرائق مختلفة تتفق مع التفسير القائم على نظرية تخفيف التوتر عن طريق التمييز *

ومع أن أي توتر قوي يستثير الاعراض ويخفف التوتر يعزز هذه الاعراض * فان بعض التوترات يبدو فيها ذلك بصفة أظهر من غيرها * وربما كان الخوف أعم التوترات المثيرة للاعراض في هذا المقام * وكذلك الجنس والعدوانية ، والكفاح من أجل حياة أفضل ونحوها تعد من التوترات العامة القوية * وكبت الاستجابات اللفظية أو التعبير اللفظي عن هذه الدوافع أو التوترات يزيد من احتمال ظهورها في صورة أعراض سلوكية غير توافقية ، وقد يكون من الممكن إصدار استجابات سلوكية تؤدي إلى تخفيف التوتر مباشرة بصورة ملحوسة ولكن مثل هذه الاستجابات السلوكية الممنية قد يمنحها الصراع ، ولذا فإن التوتر يجب أن يخفف باستجابات سلوكية أخرى هي الاعراض المرضية * وهناك توتران قويان تسبب استجاباتهما متسلطة ولكنها متناقضة وهذا يؤدي إلى أن بعض الاستجابات الأقل تسلطاً قد تكون أكثر ملاءمة وأقرب إلى الحدوث * وتعد الاعراض المرضية غالباً من هذا النوع الأخير من الاستجابات التوافقية التي تعزز بقوة بسبب تخفيفها للتوترين القويين المتعارضين *

ومقاومة الاعراض للانطفاء قد ترجع إلى حقيقة أنها مفضلة بتميز دائم ومستمر ، ومحاولة إطفائها تجعل الفرد يشعر بأنه أسوأ حالاً ، فإذا ما عزز المرض المرضي بتخفيف التوتر لدرجة أن التعرض لهذا المرض ومقاومته قد تؤدي إلى زيادة التوتر فإنه من المتوقع أن يؤدي إطفاء الاعراض المرضية إلى تعلم أعراض جديدة ، ولهذا فإن العلاج الذي يهدف إلى إزالة أعراض معينة بأساليب التنويم أو العقاب البدني ونحوها سوف يستتبع ظهور أعراض جديدة كما هو معروف ، أما إزالة التوتر الذي يسبب المرض أو تخفيفه فإنه قد يؤدي إلى اختفاء ذلك المرض وبخاصة إذا كانت إزالة التوتر لا تتضمن إصدار استجابات مناقضة لذلك المرض ، فإذا عاد التوتر عاد المرض إلى الظهور مرة ثانية *

كيف يتم تعلم الكبت ؟

الاشياء المكتوبة أو اللاشعورية في داخل الفرد لا يمكن التعبير عنها لفظيا كما ذهب اليه فرويد ، فالتوترات والاستجابات التي لم تر النور أو لم يصرح بها أو يعبر عنها هي اللاشعورية ، ومظم الاشياء المكتوبة ترجع في أصلها الى الطفولة المبكرة أي الى فترة ما قبل اكتساب اللغة ، وفي مراحل الحياة التالية تبقى بعض مظاهر هذه الفترة المبكرة غير معبر عنها او غير معروفة .

والقمع هو احجام شعوري عن الافكار غير السارة أو غير المقبولة ، ولكن الكبت آلي ولا يخضع لضبط الرموز اللغوية ولا يمكن استدعاء محتواه . ويعزز الكبت بتخفيف التوتر ، وازالة الكبت تؤدي الى حدة التوتر ، وقد يكون توقف التفكير استجابة فطرية للتوتر الناشئ عن الخوف . فالاطفال على سبيل المثال يتعلمون الخوف من بعض الكلمات أو المبارات وقد يسم الخوف ليشمل المعاني والمدلولات التي تعبر عنها هذه الكلمات ، وقد تصبح المعاني نفسها مرتبطة بالخوف مباشرة وذلك كما في معاني الكلمات التي تسبق الافعال التي يقوم بها الطفل والتي يتبعها العقاب في الحال . وقد يؤدي العقاب المتأخر الى ربط الخوف بالمعاني والمدلولات وذلك حين يصحب العقاب بتوضيح السبب في ايقاعه على الطفل ، ويستطيع الآباء أحيانا توقع ما سيقوم الطفل به من الافعال ويوجهون اليه التعذيب والتهديد بينما هو يحدث نفسه فقط أو تراوده نفسه بتلك الافعال التي يهدد من أجلها . وبهذا يرتبط الخوف بالتفكير ، ويوصف الكبت في نتائج واستمرار بأحد أوصاف ثلاثة .

١ - فهو لا يعبر عنه لفظيا ، وقد لا يلحظ أو لا يدرك لماذا حدث وقد توضع له تسمية غير دقيقة لتدل عليه .

٢ - قد يتم كف التوتر باستجابات أقوى وأشد من الكبت وذلك كالخوف الذي يؤدي مثلا الى كف التوتر الجنسي وكالجوع الذي يؤدي الى كف الخوف

إذا كان أقوى منه كما مرت الإشارة إليه في تجربة ماري كوفر جوتز مسح
بيتر والارنب .

٣٠ في حالة توسط دوافع متعلمة فإن كلف الاستجابات المتوسطة والتي تقوم بدور
الرموز التي تستثير ما يقتضيه الدافع الأصلي من استجابات سوف يطفىء هذا
الدافع الأصلي ويستأصله ، ولهذا فإن إيقاف تفكير المصبل مثلاً في تعليقات
سخرية سمعها من شخص آخر يمكن أن يخفف الغضب وهذا نوع من الكبت
يتم فيه ظهور التوتر بقوة ولكنه لا يمر عنه بالانفاس ويمكن أن يؤدي إلى
أعراض سلوكية .

٣١ وقد ينظر إلى الكبت على أنه نتيجة لصراع الإقدام والإحجام وهو صراع
بين محاولة التفكير في موضوع معين ومحاولة تجنب هذا الموضوع لأن الغرض فيه
مشير للغفوف والالام .

والأنا الأعلى يعد إلى حد ما غير شعوري ، وقد يرجع ذلك إلى أن العناصر
الانتمالية للقيم العقلية قد تم تعلمها قبل نمو اللغة ، أو أن الاستجابات العقلية قد
تم تعلمها بقوة حتى أصبحت استجابات تصدر مباشرة على أثر الرموز غير اللفظية
وذلك كالعادات القوية التي قد تصدر من غير تفكير .

إن الكبت يستتبع قصوراً في العمليات العقلية والتي تنطوي على رموز لفظية
مشيرة للاستجابات وعدم القدرة على استخدام الرموز اللفظية للدلالة على الأشياء
المكبوتة يؤدي إلى تصميم مبدئي للمشيرات أو إلى تمييز غير مناسب بينهما ومن ثم
إلى ظاهرة النقل والابتنال displacement . وعدم القدرة على إطلاق الرموز أو
التسميات ذاتها على المواقف الشبيهة يؤدي إلى قلة التصميم (الشافوي) المتعلم .
وغياب الاستجابات اللفظية يضعف القدرة على الاستجابة إلى الأهداف أو المشيرات
البسيطة أو يقلل القدرة على التعامل مع المستقبل والتنبؤ به . وتأثير عملية التفكير
والتخطيط كما تتأثر القدرة على التعبير عن الذات وعلى الاتصال الفعال بالآخرين .

ويميل سلوك الراشد المكبوت الى الطفلية وبالتالي يتصف بعدم السوية اذا
قورن بسلوك الآخرين من الراشدين . وحقيقة ان الكبت محدد بياديين أو
بموضوعات معينة يجعل تأثيره ليس شاملا لجميع المظاهر السلوكية للمكبوت ، وقد
لا يستطيع المكبوت أن يؤدي وظائفه نهائيا .

وهذه التوقعات المشتقة من النظرية السلوكية قد دعمت بالمادة الاكلينيكية كما
أنها تتناسب مع وصف فرويد لنتائج الكبت ، وباختصار يعد المكبوت شخصاً تنصارع
في داخله الدوافع المختلفة مثل دوافع الجنس والعدوان والخوف الشديد ، واذا
حرمت هذه الدوافع من لاشباع فسوف تؤدي الى حالة من التوتر المزمن الذي يعبّر
عنه بالنعاسة والدوافع القوية تثير السلوك المؤدي الى الخوف والمكبوت الذي يعاني
من مثل هذه الدوافع القوية قد يستجيب لها بالإحجام عن هذا السلوك المخيف وبالتالي
يؤدي الإحجام الى عدم الاقتراب من الهدف وبذلك تخف حدة الخوف ويتم تعزيز
الإحجام . وتؤدي حالة الصراع أيضا الى القلق والخوف المصحوب بردود أفعال
جسمية غير مريحة ، وبالإضافة الى ذلك فإن الخوف يؤدي الى كبت الاستجابات
اللفظية وغيرها لدرجة أن التفكير والتعلقل قد يتوقفان ويحل محلها الغباء . وتؤدي
التوترات القوية الى ظهور الاعراض المرضية والى الخوف وتمز هذه لاعراض
بسبب تخفيفها لهذه التوترات ولهذه المخاوف .

الفصل الخامس

العوامل في الشذوذ النفسي

- المدخل الموروث
- المدخل البيئي
- المدخل الاجتماعي الثقافي



الفصل الخامس

المدخل للمعرفي Cognitive approach

يمثل هذا الاتجاه أتباع ما اصطلح على تسميته الثورة المعرفية ، التي راجت مساهماتها في العقود الثلاثة الأخيرة ، وبخاصة عقد الثمانينات ، ويمكن القول أنها دخلت عقد التسعينات بزخم أكبر وتحظى أعمال روادها أمثال : A-Elis اللين ١٩٨٠ Beck بيك ١٩٦٧ Bandura بالندورا ١٩٦٩ Mahoney ماهوني ١٩٧٤ Jung يونج ١٩٨٨ ، باهتمام أو مساهمة المشتغلين بتفسير الظواهر السلوكية وعلاج المضطرب منها (راجع ٣٩ و ٤٠ و ٤١ و ٤٢ و ٤٣) يتقصد هؤلاء بأن إصلاح واضعاً لا يمكن التماهل به قد حل بدور العقل ، بعدما كان وكما هو معروف يحتل مكانة مرموقة في معرفة كل ظواهر الوجود ، منذ أن بدأ الإنسان التفكير العلمي ، ويناقشون السلوكية بافتراضاتها ، آخذين عليها فحسباً للسلوك بطريقة ميكانيكية سطحية لا تتسجم مع طبيعة الإنسان المعقدة ، ولا يترون إمكان توقف النمو على عمليتي الثواب والعقاب . كما ينتقدون التحليل النفسي ونظريته إلى الإنسان كحيوان يدين بمذهب المتعة والتمتع ، ويدعون عوضاً عن ذلك اعتماد العقل بدلاً من الحس أساساً لتقرير الحقيقة ، كونه المصدر الموثوق لها ، إنطلاقاً من حقيقة نظرهم للإنسان كحيوان معسرفي قادر على فهم ذاته وفهم الواقع بصورة حيوية فاعلة .

يسد ألبرت اللين / A-Elis / تأخذ أبرز رواد ومطوري الاتجاه المعرفي في أيامنا ، ارتباط باسمه ما يعرف اليوم بـ / العلاج العقلي الانفعالي / الذي فرض

وجوده ، وغندا اتجاهاً معروفاً على مستوى المؤتمرات التخصصية العالمية ،
ومؤسسات العلاج النفسي .

تمثل جديد هذا الاتجاه في ربطه عمليتي الانفعال والتفكير ببعضهما الى بعض ،
حيث أكد هذه العلاقة بطريقة مبدعة ، وكان تطبيقه للارث الفلسفي القديم حصول
دور المعتقدات وأنماط التفكير في أحداث السلوك والتأثير في نتائجه ابتكاراً ساعد
على انتشار نظريته وتبنيها لدى الكثير من مراكز البحث ، والشخصيات المعنية
بدراسة السلوك .

ونظراً لأهمية هذا الاتجاه وحسوله ، ولتمثيله للمدخل المعرفي ، فقد رأينا
عرض متغيراته التي تنسجم مع غرضنا في هذا الكتاب .

تقوم الدعاكم النظرية لهذا الاتجاه كما يحددها اليز ١٩٧٧ (٤٤ ، ١٩٨٩ ،
١٢٠-١٢١) على الفرض القائل ، ان التفكير والانفعال الإنسانيين ليسا بعملياتين
متباينتين أو مختلفتين دائماً وإنما تتداخلان بصورة ذات دلالة ، وانهما — لكل
الافراض العملية يمدان من عدة نواح الشيء نفسه أساساً .

وكما هو الحال بالنسبة لعمليتي الحياة الأساسيتين الحس والتحرك ، فإن
بينهما علاقات متبادلة بصورة تكاملية ، ولا يمكن النظر إليهما في انفصال عن
بعضهما بصورة تامة ، وكما هو الحال بالنسبة للتفكير والعمليات الحس سحرية ،
فإننا يمكن أن نعرف الانفعال على أنه أسلوب معقد من السلوك يرتبط ارتباطاً
وثيقاً وبصورة تكاملية بعمليات الحس والاستجابات الأخرى .

إن إحدى مزايا توليد الانفعال هي التفكير وإن كثيراً مما يسميه الانفعال
ليس أكثر ولا أقل من شكل يمينه من الفكر يتم بالتحيز والحكم المسبق أو التقويم
المنطوق ، ولقد تجسدت حديثاً أدلة اميريقيه ونظرية لا يستهان بها تساند الافتراض
بأن الانفعال الإنساني هو في صميمه عملية اتجاهية ومعرفية . ان الكائنات البشرية

يعبر عنها تقدير للموقف ينطوي على حكم حسي وحكم فكري أو تأملي ، ويمد القرار النهائي
أقيامنا بأي فعل ، اختياراً يحقق الانفعال الاسمي أو يحول دونه ، وبالنسبة للإنسان
فإن اختيار فعل موجه إلى هدف هو أساساً رغبة عقلانية ، ويميل تجاه ما يتم تقديره
بصورة تأملية على أنه حسن (ممتع ، نافع ، أو قيم) وهذه الميول العقلانية للقيام
بأي فعل تنظم الشخصية الإنسانية تحت توجيه الصورة المثالية للذات .

ويبدو إذاً أن الانفعالات الإنسانية الموجبة مثل مشاعر الحب أو الابتهاج غالباً
ما ترتبط أو تنجم عن جعل تم استيفائها ، يصوغها المرء في صورة مماثلة أو مياينة
للعبارة « هذا حسن بالنسبة لي » ، وأن الانفعالات الإنسانية السالبة من قبيل
مشاعر الغضب أو الاكتئاب ترتبط بـ أو تنجم عن جعل يصوغها المرء في صورة
مماثلة أو مياينة للعبارة « هذا سيء بالنسبة لي » ويتم استخدام الكائن البشري
الراشد ، على مستوى شعوري أو لا شعوري بعينه لمثل هذه الجمل التقييمية فإن
الكثير من انفعاله لن يكون له وجود بكل بساطة .

اشتهر الاتجاه العقلي الإنفعالي وبخاصة مثله الأليز بفرضية الـ A-B-C
التي يفسر فيها دينامية الظاهرة السلوكية ، وبالتالي آلية تعامل الشخصية
مع المثيرات ، ورد فعلها السلوكي نحوها .

— عنى الأليز بالفرض (أ) الموامل الكامنة وراء المشكلة التي يمكن أن تكون
مثيراً من المثيرات على شكل حقيقة أو حدث أو اتجاه (نشاطات) .
— وعنى بالفرض (ب) الآراء والتصورات الذاتية التي يحملها الشخص تجاه
الفرض (أ) (نظام المعتقدات) .

أما (ج) فيعني له طبيعة رد الفعل (النتائج الانفعالية — السلوكية) . وفق
الرأي السائد فإن (ج) هي النتيجة المتوقعة لـ (أ) على (مبدأ مثير — استجابة) ،
ولكن الأليز يمد أن ما أفتتح (ج) لم يكن (أ) على الرغم من اقتران الموامل
الظاهرية ، ولكن ليس بصورة مباشرة . والـ (ب) الذي كما سبقنا الإشارة إليه
يمثل الآراء والتصورات الذاتية التي يحملها الشخص تجاه الفرض (أ) . وهكذا

فإن طبيعة معتقدات الشخص وتفكيره عن مشير ما أو موضوع ما تعهدد أفق استجاباته ، وإن فهم طبيعة الانفعال أو أي سلوك آخر بهدف تفسير أو علاج ظاهرة ما يتم عبر معرفة العلاقة بين كل الفروض الثلاثة (أيسنجر) (٣٩ - ١٩) .

وعلى الرغم من اكتشاف ألبيز من خلال خبرته ، للعديد من المفاهيم التي يؤسس عليها نظامه هذا ، فإنه يوافق على أن تلك المفاهيم ليست أصيلة وسبق أن استخدمها فلاسفة ، وعلماء اجتماع ، وعلماء نفس قديمين وحديثين بشكل ما .

للاتجاه العقائدي الانفعالي عدد من الافتراضات والتصورات ، التي تفسر الكون والإنسان وعوامل سعادة هذا الأخير ومشكلاته الانفعالية . يمكن أجمالها بما يلي (٤٥ - ٧٩) .

١ - الإنسان كائن عاقل وغير عاقل في الوقت ذاته . وهو فقط حينما يفكر ويصالح بطريقة عقلانية يحسن واقعيًا بالسعادة والكفاية .

٢ - الاضطرابات الانفعالية - النفسية ، وبشكل عام كل أشكال السلوك العصائبي هي نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي ، لا تنفصل وثلاث كسل من التفكير والانفعال عن بعضها . يرافق الانفعال التفكير ويمكن أن يكون مقبداً بتفكير غير عقلاني .

٣ - يمكن مصدر التفكير غير العقلاني في التعلم المبكر ، غشير العقلاني ، المكتسب من الوالدين والثقافة .

٤ - الكائن الانساني حيوان ناطق ، والتفكير لمرّة استخدام الرموز اللغوية فإذا كان الانفعال يرافق التفكير ، فإن أي اضطراب انفعالي يصاحبه سيؤدي وسيؤدي تفكيراً غير عقلاني . وهذا بالاضبط ما يميز المضطربين نفسياً الذين يحتفظون باضطرابهم وكذلك سلوكهم اللا منطقي ، من خلال الحوارات الذاتية الداخلية للآراء والتفكير غير العقلاني . « المبارات والاحكام التي تحدث أنفسنا بها بشكل مستمر هي عينا أو تكاد تكون أفكارنا وانفعالاتنا » . هذا التصريف الذاتي

المستمع هو السبب في بقاء الاضطراب واستمراره، وهو كذلك السبب في عجز
الفهم المبسط لعوامل الاضطرابات النفسية الذي يعتمد التحليل النفسي، عن الحد
من هذه الاضطرابات ومعالجتها *

٥ - لا يحدد استمرار اضطراب انفعالي (نتيجة الصوار الذاتي الانفعالي)
بالشروط الخارجية ، وانما بادراك الفرد والموقف الذي يتخذه تجاه الاحداث
الذي كان قد شكله من خلال تمثل الصورات الداخلية بشأته . وجدد الليز أصل هذه
الفكرة لدى ابيكتيتوس Epictetus الذي قال « لا يضطرب الانسان بسبب
الاشياء الخارجية وانما بسبب الافكار التي يكونها عن هذه الاشياء » وكذلك
وجد فكرة مشابهة لدى هاملت « لا يوجد شيء جيد أو سيء بذاته ، إذ تفكيرنا هو
الذي يجعلها على هذا النحو أو ذاك » *

٦ - الافكار والانفعالات السلبية المحيطة للذات يجب التخلص منها ، وذلك
بتنظيم افكار والادراكات من جديد بحيث ، يتم استبدال ما هو غير عقلاني وغير
منطقي - بأخر عقلاني ومنطقي *

استطاع الليز بعد خبرة عميقة ودراسات متنوعة ، حصر الكثير من الافكار
غير العقلانية وغير المنطقية التي كانت سببا في اضطراب سلوك أسعابها أو على الأقل
في الاساءة الى كفاياتهم الاتاجية :

- ويصر الليز ، أن المصابي ما هو إلا شخص تبنى أفكاراً غير عقلانية ،
وأحكاماً لا منطقية حاول التعامل مع الواقع من خلالها فحصد شقاء وتاسة
وضيف اتاج *

- وكانت الافكار التالية (٢٧ - ١٧٧ وما بعدها) راجع أيضا (٢٣ - ٢٤ و
٤٥ - ٨١) ، هي تلك التي حصرها ، وعدها شائعة في المجتمعات التي درسها
(درس المجتمعات القريبة ، ولكن هذه الافكار أو ما يوازيها موجودة في كسل
المجتمعات) :

١ - « من الجوهرى أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا في بيئته ومن قبل كل

المصطنع به « هذه الفكرة (زعم) ادعاء غير عقلاني لأنها تتعلق بهدف غير قابل للتحقيق ، والذي سيعاود تحقيقه سيفقد اتجاهه ويغدو أقل احساساً بالأمن وأقل تقديراً لذاته . ومن المستحسن أن نحب ، ولكن الشخص المنطقي لا يضعي بكل اهتماماته ورغباته من أجل الهدف ، وإنما يحاول أن يكون لطيفاً مبدعاً ومنتجاً ، وهذه الطريقة يمرر عن رغبته في أن يحب .

٢ - « ينبغي أن يكون الشخص ، على درجة عالية من الكفاية وأن يكون على يقين بأنه سيدبر بكل شيء » .

ذلك يدخل أيضاً في عداد الأمور صعبة التحقيق . ونضال الفرد بصورة متدفعة لتحقيق ذلك قد يؤدي إلى الأمراض الجسدية النفسية وإلى الشعور بالعجز وإلى فقد الثقة بالنفس وإلى الحرمان من الاستمتاع بالحياة الخاصة ، ويؤدي ذلك بالتالي إلى الشعور الدائم بالخوف من الفشل . أما الشخص العاقل فيجتهد في فعل الأفضل لذاته هو وليس من أجل أن ييأس الآخرين ويشوق عليهم . يسذل الجهد الذي يشعرون بالاستمتاع بذلك النشاط كناية في ذاته وليس من أجل تهيئته .

٣ - « بعض الناس شر وأذى وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والندالة وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ » .

هذه فكرة غير عقلانية لأنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ ، والأعمال الخاطئة أو غير الأخلاقية قد تكون نتيجة للغباء أو الجهل بخطئها أو نتيجة للاضطراب الانفعالي وكل إنسان عرضة للسقوط وعمل الأخطاء ، والعقاب والتوبيخ لا يؤدي بالضرورة إلى تحسين السلوك ، وإذا لم يؤدي العقاب واللوم إلى التقليل من الخطأ أو الغباء أو إلى زيادة الذكاء أو إلى حالة انفعالية أفضل فإن الاعتقاد بالفكرة السابقة لا أساس له أو لا مبرر له ، وغالباً ما يؤدي العقاب واللوم إلى سلوك أسوأ

أو الى اضطراب انفعالي أشد ، والشخص العاقل هو الذي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين . وإذا لومه الآخرين فإنه يحاول أن يصحح سلوكه اذا كان خطأ ، فإذا تأكد له أنه غير خاطئ فإنه يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم هم ، وإذا وجد الآخرين يخطئون فإنه يحاول أن يفهمهم ، وإذا أمكن فإنه يحاول أن يساعدهم على التوقف عن الخطأ وإذا رأى أن ذلك غير ممكن فإنه يحاول ألا يتعرض للأذى أو للإلصق بسببهم . وحينما يخطئ هو فإنه يعترف بخطئه ويتحمل تبعاته ولكنه لا يند ذلك كارثة ولا يؤدي به الى الشعور بعدم الأهمية .

٤ - « مأساة ان لا تفسر الامور مثلما وكيفما نريد » من الواضح ان الفكرة غير منطقية ، وعلينا قبول الاحباط كامر عادي .

والعزى بمعنى ولدة طويلة ردا على الاحباط يمكن تفنيده بـ :

٢ - أنه ليس هناك سبب لاختلاف الاشياء عما هي عليه في الواقع .

ب - أن الشعور بالهم والعزى لن يغير كثيرا من الموقف الحالي بل قد يزيده سوءا .

ج - أنه اذا كان من المستحيل فعل شيء ازاء الموقف فالشيء الوحيد المعقول هو أن نتقبله .

د - أن الاحباط لا يؤدي الى الاضطراب الانفعالي الا اذا صور الانسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضروريا لتحقيق السعادة والرضى .

وينبغي أن يتجنب الشخص العاقل المبالغة في تصوير الموقف غير السارة وأن يميل بدلا من ذلك على تصنيفها اذا أمكن وإذا لم يكن من الممكن تحسينها فإنه يتقبلها . وقد تؤدي المواقف المؤلمة الى الاضطراب ، ولكنها لا تصبح كوارث أو مصائب فادحة الا اذا تصورها الفرد على هذا النحو .

٥ - تعود التماسه لأسباب خارجية لا تملك القدرة على مراقبتها أو ضبطها بأية طريقة . صحيح أن القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عنوانا على الإنسان وتهديدا لأمنه إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك فالفرد يسبب الاضطراب الانفعالي لنفسه وذلك حين يضمن الأمور ويحول في تصور الأحداث وتأتاها كأنه يقول لنفسه مثلا ان كرهني فلان أو عاداني كان ذلك أمرا خطيرا مهددا لا أستطيع احتماله ، فاذا عرف الفرد أن اضطراباته وانفعالاته تكون نتيجة لأدراكاته وتقويمه للأمور وعصمه عليها ونتيجة لإفكاره وتصوراته الداخلية تجاهها فانه سوف يتعلم أنه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو تغييرها أو تجنب أفكارها الضارة . والشخص الذكي هو الذي يصرح أن التماسه تأتي غالبا من داخل النفس ، وأنه بينما تأتي الإثارة أو المضايقة من الخارج إلا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها وذلك باستعادة النظر فيها وتحديداتها والتعبير لفظيا عنها .

٦ - « الأشياء الخطيرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر ، ونبغي أن يتوقعها الفرد دائما وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهةها والتعامل معها » .

هذا الفرض غير صحيح لأن الهم والانشغال البالي والقلق يؤدي السى إلى استمرار كسيرة منها :

أ - أنه يحول دون التقويم الموضوعي للمكان وقوع الأحداث الخطيرة .

ب - يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية اذا وقعت .

ج - قد يؤدي الى وقوعها بالفعل .

د - قد يؤدي الى الهلالة في نتائجها .

هـ - لا يحول دون وقوعها اذا كانت لابد منها .

و - يجعل الأحداث تبدو أكبر من حجمها الحقيقي أو أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع . والشخص العاقل يدرك أن الاخطار الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق ، إذ أن ذلك لا يمنع وقوعها بل يزيد من شدة وقعها ، وقد يكون تأثير القلق أخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت ، ويدرك الشخص العاقل أيضا أن بعض الأشياء المثيرة للخوف ينبغي التسبب على ممارستها إذا لم تنطو على أضرار ولم تكن لها مضاعفات وذلك لكي يتخلص من الخوف من أشياء لا تخيف في الواقع .

٧ - « الأسهل تجنب الصعوبات والمسؤوليات بدلا من مواجهتها » .

هذا سبب غير منطقي لأن تجنب انجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات أكثر صعوبة ولاكثر إيلا للنفوس وإثارة للمتاب من انجازها . فالهرب من انجاز المطالب يؤدي الى ظهور مشكلات أخرى وإلى الشعور بعدم الرضى وقد يؤدي الى فقدان الثقة بالنفس ، والحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة ، والشخص العاقل هو الذي يؤدي ما يجب عليه أن يؤديه دون شكوى أو ألم ويتجنب في الوقت نفسه الأشياء المؤلمة غير الضرورية ، وعندما يجد نفسه مهمل لبعض المسؤوليات الضرورية فإنه يحلل الاسباب ويسأل في عملية تأديب ذاتي وهو يدرك أن الحياة المحافظة بالمسؤوليات وحل المشكلات هي الحياة الممتعة .

٨ - « يجب أن يعتمد الواحد على الآخر وأن يكون دائما الى جانبنا شخص أقوى نثق به ونعتمد عليه » .

هذا فرض غير معقول لأنه بينما نعتمد جميعا على بعضنا بعضا الى حد ما ، إلا أنه ليس هناك سبب للمبالغة في الاعتمادية لأنها تفسر وتؤدي الى فقد الحرية وتحقيق الذات كما أنها تقود الى مزيد من الاعتمادية وإلى الفشل في التعلم وفقد الإيمان بسبب أنه يصبح تحت رحمة من يمشد عليهم ، والشخص العاقل هو الذي

يكافح من أجل تحقيق الذات واستقلالها ، ولكنه لا يرفض المساعدة بل يبحث عنها أحيانا إذا احتاج إليها . وهو يدرك أن المجازفات عكس الرغم من أنها محفوفة بالفشل إلا أنها تستحق المحاولة كما أنه يرى أن الفشل في أمر ما ليس شيئا مدمرا .

٩ - « الفترات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك العاصر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها » .

وعلى النقيض من هذا الفرض فإن ما كان يمد سلوكا ضروريا في الماضي فيه ظروف معينة ليس من المحتم أن يكون ضروريا في العاصر . والحلول الماضية المشكلات السابقة قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات الحالية . والمؤثرات الماضية قد تؤدي إلى تجنب تغيير السلوك كنوع من الهرب أو التبرير . وعلى الرغم من صعوبة تغيير ما سبق تعلمه إلا أن ذلك ليس مستحيلا ، والشخص العاقل يدرك أن الماضي هام ولكنه يدرك أيضا أن العاصر يمكن تغييره عن طريق تحليل المؤثرات الماضية وإثارة التساؤلات حول بعض المعتقدات المؤلفة المكتسبة والتي تضطره إلى أن يسلك على هذا النحو في الوقت الحاضر .

١٠ - « ينبغي أن يحزن الفرد وينشغل لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات » هذا اعتقاد خاطئ . لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدرا لهم كغير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا فإن تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يحزننا . وعندما يصبح الفرد مهتما بسلوك الآخرين فإن هذا الاهتمام قد يؤدي إلى إهمال مشكلاتنا الخاصة ، والشخص العاقل هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤذيا له ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فانه يتقبل الموقف ويسل على تخفيفه بقدر المستطاع .

١١ - « هناك دائما حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة » هذا فرض غير معقول للأسباب التالية :

أ - لا وجود لحل كامل صحيح ووحيد لأي مشكلة .

ب - المعاملات المتخيلة بسبب القسمل في التوصل الى الحل الصحيح تعد غير واقعية ، ولكن الاصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي الى القلق أو الفخوف .

ج - الاصرار على الكمال قد يؤدي الى حاول أضعف مما يمكن أن تكون والمقل هو من يحاول أن يوجد حلاً لا كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ . مذكراً أنه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة .
مثل هذه الأفكار الخرافية تكاد تكون عامة ، وعندما يتم تقبلها وتسميتها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي الى اضطراب النفسي أو الى المصائب لأنه لا يمكن المشي معها بسلام ، فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكار مثل « يجب وينبغي ويحتم ونحو ذلك » من المعتقدات الخرافية التي سبقت الإشارة إليها والتي تؤدي الاعتقاد بها أحياناً الى أن يصبح الفرد مقهوراً وعدوانياً ودفاعياً وشاعراً بالذنب ويهدم الكفاية وبالتصور الذاتي ومهدم الضبط وعدم السيادة . ويمكن أن يصبح على العكس من ذلك تماماً إذا استطاع التخلص من هذه الأفكار الخرافية أو هذه الأنواع من التفكير غير المنطقي ، ولن يكون من السهل أن يقع فريسة سهلة للاضطراب الاتعمالي أو أن يستمر اضطرابه مدة طويلة غاي غرض هذه .

وعلى الرغم من أن الفرويديين يعدون على صواب فيما ذهبوا اليه من تأثير البهيرات المبكرة في النمو الاتعمالي في المستقبل إلا أن هذه البهيرات تعد في الواقع أسباباً ثانوية لا يستمر تأثيرها إذا لم يمتدق الفرد مثل هذه الأفكار الخرافية وغير المنطقية . فليست البهيرات المبكرة هي السبب الوحيد للاضطراب الاتعمالي ولكن اتجاهات الفسرد نحو هذه الاضطرابات هي التي تعظم وتضخم نتيجة مثل هذه الأفكار التي سبقت الإشارة إليها .

... في مقولة تتردد في عظيم النفس مضمونها :

ولد علم النفس عندما اكتشفت روحه ، ولكنه فقدتها عند اكتشاف وهيته
 وشعوره ، وفقد وعيه عند اكتشاف عقله ، وفقد عقله عند اكتشاف مفهوم ذاته .
 ونضيف : يبدو مع اتجاه المعرفيين حشي علم النفس بمقتضاته لعقله أن يفقد كل شيء ،
 فعاد اليه كونه الضمادة في ضبط نزوات النفس ومعرفة أوضاع الوجود . ولكن اللين
 بحساسه للعقل وعملياته في التفكير بخاصة ، وقع نفسه بما وقع فيه من انتقدهم
 والذين حسب رأيهم فهموا السلوك المعقد بوساطة ميكانيكية بسيطة ، وضمن وأن كنا
 نشارك بقوة في الدعوة الى إعادة العافية الى عقل البشرية المهتدد ، فالتنا تمنى أن
 يكون ذلك بالتكامل مع جوانب الشخصية الأخرى وأن لا نكتفي بالحدث حسن
 عمليات تفكير نعددها الأساس في أي سلوك . والا نعتقد بأن تنوير المعتقدات الفكرية
 يغير بهذه البساطة أنماط سلوكنا الشاذة .

ان ما يمكن تسميته قيادة ما وراء الستار ، أو قيادة الظل في الشخصية يتعدى
 في تكوينه المعتقدات الفكرية الصرفة ليشمل نظاماً تشابك فيها المادة والمعرفة والجنس
 والبيئة والبيولوجيا ومتغيرات لا تقف في مجال حواسنا لكنهما موجودة حولنا
 وتمارس تأثيرها فينا .

والخطر برأينا يكمن في تسليمنا أننا لا نستطيع فهم ما ذكرنا على أساس من
 معتقداتنا الفكرية نحن المتخصصين - الا اذا كنا واثقين من تلك المعتقدات ، وهذا
 أمر تصعب ضمانته لدى الجميع .

تسعدنا ونسب واحدة المودة الى العقل والمعرفة في محيط متجنون وجاهل
 في بعض جوانبه ، ولكنه يصعب علينا في الوقت ذاته هجر الأساس والاحلام
 والخيالات ، وحتى لا شعورنا (المسكين) . . . الاستئصال أكثر انشاقاً وفائسة
 كما نرى .

٦ . النمط البيئي : Environmental approach

داهم هاجس البيئة مراكز البحوث المتخصصة . وغلب الاهتمام بعلم البيئة
 ومكوناته سنة عصرية حديثة وحضرية لكل من يريد ضمان استمرار الحياة العقلانية

تترك مجالاً لتطور بشري آمن ، في محيط بيئي يحدد توازنه ، تنافس معصوم في
الاساءة الى مصدر غير الانسان ورفاهيته ، في الاساءة الى البيئة من خلال النظر اليها
عبر أنانية ضيقة تخدم مصلحة فرد أو شعب أو جيل على حساب أفراد وشعوب أو
أجيال قادمة .

ونعلم علم النفس في مقدمة العلوم المهمة بدراسة البيئة وتطوراتها لملاقمتها
التفاعلية مع الانسان موضوع دراسته .

وإذا كان علم النفس بشكل عام وعلم النفس البيئي بخاصة ، يدرسان قوانين
التأثير المتبادل بين الانسان ومحيطه ، فإن علم الشذوذ النفسي يركز اهتمامه على
دينامية هذه العلاقة ، وما تنتج من آثار سلبية تنعكس أنماطاً سلوكية لا تكيفية
قليلة الحدة أو شديدها .

تشمل البيئة كل المتغيرات المحيطة بالانسان والتي تؤثر فيه تأثيراً مباشراً أم
غير مباشر ، شعورياً أو لا شعورياً ، قبل الولادة أم بعدها ، سواء وجدت هذه
المتغيرات بشكل مادي طبيعي أو اجتماعي ثقافي أو ايديولوجي عقائدي أو فني .

ويدخل في إطار مصطلح البيئة بشكل اندماجي ، الجانب الصناعي من البيئة ،
أي ما صنعه الانسان من أدوات وما أدخله من تعديل على بيئته عبر تطوره .

يتميز كل جانب من جوانب البيئة (التي لا يمكن فصل بعضها عن بعض إلا
لغايات البحث العلمي) من خلال عناصر ضغط خاصة به ، إذ لا تخلو بيئة مهما كانت
من عناصر الضغط التي تمارس تأثيرها في الانسان (الذي يحاول بدوره التخفيف
منها أو التقليل من آثارها) هذه الحالة تسمى الضغط البيئي :

... يعد الضغط البيئي متغيراً ، متداخلاً ، بمعنى أنه رد فعل لمثيرات تشمل
عناصر سلوكية وعناصر إنفعالية وأخرى فسيولوجية ، بحيث أن أيّاً من هذه العناصر
لا يكون مسؤولاً وحده عن حدوث الضغط على الانسان ، وإنما كل هذه العناصر
مجتبعة ومتفاعلة متأثرة ، ومؤثرة هي التي توجد حالة الضغط عليه .

ومما يساعد على تكيف الفرد مع الضغوط البيئية ، درجة تعوده على المثيرات المناسبة لتلك الضغوط ، وهذا راجع الى أن تكرار تعرض الجهاز العصبي والنفسي للانسان لمثير بيئي معين ، يفقد هذا الجهاز حساسيته للاستجابة لذلك المثير : ومن هنا فإن فشل الانسان في التعود يقود الى استمرار الحساسية وبالتالي الى سوء التكيف .

... ويرتبط شدوذ السلوك بما اتفق على تسميته مصطلح الحمل البيئي ، الذي يقصد به مجموع المثيرات التي يتعرض لها فرد ما في مقابل قدرته على مواجهة تلك المثيرات ، أي أن الانسان عندما يواجه عددا من المثيرات لا يستطيع أن يتحملها مجتمعة ، فنقول ان هذا الانسان يتعرض لحمل بيئي زائد سواء أكان مصدر هذه المثيرات ، البيئة الاجتماعية أم البيئة الطبيعية ، ان مثل هذا الموقف موقف عجز الفرد عن تحمل المثيرات الزائدة عن طاقته يتضمن عددا من الافتراضات :

١ - لكل فرد قدرة محددة على التعامل مع بعض مثيرات البيئة المحيطة به في الوقت الواحد .

٢ - في حالة زيادة الحمل البيئي بالنسبة للفرد فانه تلقائيا يقوم بعملية الالتقاء ، حيث يحمل بعض المثيرات ويركز الانتباه على بعضها الآخر الذي يكون له صلة بموضوع اهتماماته .

٣ - تتناسب درجة اهتمام الفرد بمثير أو أكثر من مثيرات البيئة طرديا مع درجة تعقد المثير .

٤ - تتخلل درجة اهتمام الفرد بمثير أو أكثر من مثيرات البيئة فترات الراحة أو التغيرات التي تساعد على التركيز .

يتضح اثر كل من الضغط والحمل البيئيين في حياتنا المعاصرة وبخاصة في المدن المزدحمة ، حيث ينزل السكان عن بعضهم بعضا ، وينطوي أغلبهم على ذواتهم ،

ويرافق ذلك انفعالات خاصة ... وتنمو تحت تأثير هذا النمط من الحياة اتجاهات
تبتعد عن الحياة الاجتماعية وتعمق فردية الذات بالإضافة الى تأثير عوامل التلوث في
الهواء والماء والتفذية .

في حياة كهذه من السهل جدا اكتشاف سبب اهتمام الناس وانشغالهم
وارتباطهم بموضوعات كثيرة تضعف العلاقات الاجتماعية ، وتؤدي الى زيادة العمل
البيئي الذي ينوء تحته الانسان ، ويفقد قدرته على التكيف .

ومثلما يؤدي العمل البيئي الزائد وكثرة المثيرات التي يتعرض لها الانسان الى
الاضطراب ، يؤدي عكس ذلك او ما اصطلح على تسميته مفهوم قلة الاثارة . حيث
خلو الحياة من المثيرات او من تنوعها والمعاونة من تكرارها ورتابتها . بسبب هو
الآخر اضطرابات في السلوك ... وتكون بيئة كهذه تربة صالحة للقلق والتوتر .
فضلا عن تأثير قلة الاثارة على الحواس ذاتها والعمليات الادراكية المرتبطة بها ،
حيث تعبو قدرة الحواس تدريجيا في غياب استخداماتها وتعرضها لتحدي المثيرات .
ان ارتباط الفرد وانتمائه لبيئة معينة يرتبطان بدرجة توافر المثيرات التي تتحدى
عملية الادراك البيئي عنده ، بمعنى أن البيئة الاقل اثارة أقل جذبا لانتماء الفرد
اليها ، لأن الفرد دائما ينتمي لما يستفد أنه يقويه ويمززه .

ان ما يجذبنا الى مناطق الاصطياف والجبال والغابات يعود لما يتوافر فيها من
عناصر الاثارة والتنوع ، على عكس ما هو متوافر في المدن من حياة تعتمد نظاما
مكررة ، لا يغيّر فيها ، تؤدي غالبا الى غياب الاثارة وتقود الى الملل ، الذي يمدّه
الكثيرون سببا من أسباب انحراف الاحداث والتخريب . ان الاعتدال في
مستويات تعريض البيئة واثارتها لعملياتنا الحسية والوجدانية هو الذي يساهم في
محافظةنا على اتزاننا النفسي ، وعلى توازن علاقاتنا مع المحيط . فالانسان يمتلك
مقدرة خاصة ومتميزة على التكيف ، ولكنها ليست بدون حدود بل لها مستوى
أمثل يتحدد بإمكانات الفرد الواقعية للتعامل مع معروضات البيئة دونما شعور
بالحمل الزائد أو الضغط ، ودونما احساس بثبات الكون من حوله ، أو قلة الاثارة ،

مع الإشارة إلى أن مستوى تكيف الإنسان نفسه غير ثابت بل يفضع للتطور ، ويتأثر بمتغيرات متعددة ، كالزمن والنمو والمكان . وهكذا فإن ما لا نستطيع تحمله في موقف معين ضمن متغيرات معينة ، نتحمله في موقف آخر ، وفي ظروف أخرى ، ولكن تبقى المسألة مسألة اعتدال وتوازن بين حاجتنا وبين مستويات الأارة هذه الحاجات وتلبيةها بيئياً .

وينفرد ضمن المدخل البيئي مفهوم العلاقة الايثولوجية ، بأهمية خاصة وبالذات حيث يقصد به علاقة الإنسان وصلته بالموارد التي تحت يديه ومن حوله وبمعنى أعم علاقة الإنسان بالمكان الذي يعيش فيه ومفرته لوفائفه . فأهمية المكان تكمن في الوظيفة الاجتماعية التي تعطى له ، وفي الدور الذي تأخذه متغيراته . أن أي انقطاع يحدث في صلة الإنسان بالمكان الذي يعيش فيه تفتت تأثير التغير الاجتماعي أو النمو الشخصي ، أو أي عامل آخر ينتسج أذى واضطراباً في سلوك هذا الإنسان .

وبالمقابل فإن ادراك الفرد لوظائف المكان وتقبله له ينتج ارتياحاً ، والعكاسات ايجابية على سلوكه .

١٠٠ المدخل الاجتماعي - الثقافي : Sociat - Cultural approach

البيئة كما سبق وتمت الإشارة اليه وحدة متكاملة ، وهي ككل حقيقة تتجسد ، لها جوانبها المادية الطبيعية والاجتماعية والثقافية والنفسية . ولا يمكن فصل تأثير هذه الجوانب عن السلوك البشري فصلاً واضحاً بحدود يسكن الإشارة إلى مرجعية كل منها بسهولة .

ولكننا فعل ذلك (ونفني فصل المدخل الاجتماعي الثقافي عن المدخل البيئي) لأسباب أكاديمية تحليلية ، يأتي من بينها تسهيل مهمة القارئ ، في ادراك دور متغيرات البيئة بشكل تفصيلي . وهذا لا يعني بشكل من الاشكال أننا تغلينا عن فهمنا للبيئة الذي يدها نظاماً متكاملًا يؤلف وعناصره آثاراً مشتركة .

تفترض نظرية التفاعل الرمزي أن الطفل الانساني يكون لا ساليا عند مولده . والمجتمع والمحيطة الاجتماعي هما اللذان يحددان أي نمط من السلوك يكون اجتماعياً أو غير اجتماعي . فالطفل حينئذ الولادة لا يستطيع أن يبكي طوال الليل بقصد معاقبة والديه ، وكذلك لا يستطيع النوم طوال الليل ليرضيهم ، لأنه يكون عاجزاً عن إدراك هذه المعاني ، ولئلا هذا الطفل أيضاً (كأي كائن حي) دوافع لا تكون موجهة نحو غايات معينة ، إلا أن الطفل يكون لديه إمكان النمو الاجتماعي ومع الوقت والتدريب ينظم هذه الدوافع ويوجهها وجهات محددة ويسمي علماء الاجتماع هذه العملية التنشئة الاجتماعية (١٩٨٨-١٩٨٩) .

وهكذا فالتنشئة الاجتماعية تركز على كيفية اكتساب الإنسان للمظاهر السلوكية وطرائق التفكير والمشاعر الخاصة بهو الذات والمجتمع . أنها بالتحقيقة عملية تحويل الإنسان من كائن حيواني السلوك الى شخص ثقافي يدرك التصرف في جو اجتماعي حضاري .

إن أشكال التفاعل الاجتماعي من أدوار وأوضاع ومواقف اجتماعية يمشيها ويفهمها الشخص تتركز في أية وظيفة سيكولوجية يمكن أن يقوم بها . أنها تؤثر في كسل ما يتعلمه ، وفي كسل ما يدركه ، وفي أحكامه على البيئة وظواهر الوجود المحيطة ، تؤثر في اللغة التي بها يصف الأشياء ، وفي الطريقة التي يتوافق بها مع الحياة . أنها تؤثر في استجاباتنا الانفعالية وعن طريقها تتعلم التمايلات النفسية والعصب والتفرد والعدوان .

إننا نكتسب من خلال خبرتنا الاجتماعية بجانبها السلبي والايجابي معا سيرة المجتمع وأخلاقه الذي نعيش فيه .

... ينتقل الأسر التنشئة الاجتماعية الى أفراد المجتمع بواسطة عمليتين أو ميكانيزمين (١٩٨٤-٢٠٠٠-٢٠٠٣) هما :

١ - التثنية الاجتماعية من خلال عملية التعلم بالتدعيم :

يقرر هذا المبدأ أننا نتعلم أي شيء يؤدي بشكل مباشر إلى خفض التوتر أو الإلام أو إلى حدوث الاشباع ، حيث يكتسب الطفل الماثل قيم الأبناء والراشدين الآخرين وسلوكهم ، ممن لهم أهمية في حياته ، لأن هؤلاء الكبار يحاولون باستمرار إلى استخدام الثواب والعقاب في تشكيل سلوك أبنائهم واتجاهاتهم .

ولقد لقي الأساس النظري للتدعيم اهتماما وريدا تأييدا أكبر ، بين علماء النفس خلال النصف الماضي من القرن أو نحو ذلك ، أكثر مما لقي أي منهج آخر بديل في تفسير التعلم والنمو . فعندما يثاب حيوان على القيام باستجابات معينة ، يزداد ميله لمواصلة القيام بهذه الاستجابات مرة أخرى وفي السياق نفسه ، وبالمثل عندما يثاب شخص على قيامه بسلوك ما بإعطائه أشياء يحبها مثل النقود أو الثناء أو درجات أعلى ، فإن نزعة تزداد نحو القيام بأي شيء « أدنى إلى تحقيق هذا الجواء في المرة الأولى » . وعلى العكس ، فإن العقاب على السلوك غير المرغوب فيه ، كزيادة السرعة عند القيادة أو أحداث صوت مرتفع في المكتبة أو السرقة أو المراك وغيرها ، يميل إلى أحداث كره لمثل هذا السلوك في المستقبل . وكقاعدة عامة جدا ، فإن سلوكنا ينضج بالطبع لما إذا كنا نتوقع أو لا نتوقع أنه سوف يتبع بحالة إيجابية تخفض التوتر أو بحالة سلبية من الألم أو الضرر . وقد قدم ميلر Miller ودولارد Dollard منذ سنوات مضت (١٩٤١) واحدة من أوضح الصياغات لهذا المبدأ في كتابهما « التعلم الاجتماعي والتقليد » . ويمكن أن نضبط صورة حديثة عند أرونفريد Aronfreed (١٩٦٨) . ويلقى التدعيم في تشكيل السلوك تأييدا قويا اليوم لدى علماء النفس المهتمين بتعديل السلوك ، على نحو ما يتضح في وجهة النظر التي تتمثل في الكتاب الذي كتبه أولمان Ullman وكراسنر Krasner (١٩٦٩) عن السلوك الشاذ .

ومع ذلك ، فآثار التدعيم السلبي أو العقاب في إطفاء الاستجابات وقبحها ليست بسيطة أو واضحة حتى في الكائنات المعنوية البسيطة كالقتران والحمام ، وأنصار التدعيم الذين عالجوا مواقف معقدة لا يتبنون بآية وسيلة مفهومًا ذا اتجاه عقائلي

مفرد عن دوره في نمو الشخصية . فآثار التدعيم تتوقف بوضوح على الظروف التي يتم فيها وعلى الخليط المعقد من المتغيرات التي يتعرض لها الفرد في أي موقف جديد . ومع الأهمية الكبرى للتدعيم في توجيه سلوك الإنسان وفي نمو الشخصية ، فقد أصبح من الواضح أنه ، بسبب بقائه المبدأ الأساسي الوحيد لفترة طويلة ، قد بولغ في أهميته بشكل ملحوظ كأساس التعلم .

وأحد الأسئلة البعيدة عن قصور مبدأ التدعيم البسيط ، ما تلعبه في الجهود التي تبذل لتدريب الناس على ضبط العدوان . وتكون نتائج هذه الجهود أحسباً متعارضة مع ما هو متوقع . فمثلاً ، تتضمن مبادئ التعلم بالتدعيم أن الآباء الذين يعاقبون الطفل بقسوة وباستمرار على أفعاله العدوانية ، سوف ينتهي بهم الأمر إلى قمع السلوك غير المرغوب فيه . فالطفل يدعى باستمرار سلبياً على عدوانه ، وإيجابياً عند كبت . ومع ذلك ، فقد لوحظ أن الجانحين والمجرمين ، يحتمل أن يكون آباؤهم من النوع النابذ القاسي بدياً ، وأنهم قد خفضوا لكثير من الوان العقاب في ملذاتهم . فالمعاقب وحده لم يطفىء عدوانهم ، وانحرافهم ، بل العكس هو الصحيح تماماً . وقد اقترح شلدون Sheldon واليانور جليوك Eleanor Glueck (١٩٥٠) منذ فترة أن الجانحين لم يتأثروا بالعقاب لأنهم قد مروا بخبرات عقابية كثيرة جداً من آباؤهم النابذين لهم . وقد أمدتنا الدراسات التمهيلية الحديثة عن خلفيات أسر الجانحين ، والتي قام بها وليام William وجون ماكورد Joan Macord (١٩٥٦ و ١٩٥٨) ، بأدلة أخرى تشير إلى أن الجانح شديد العدوان كان من النوع المنبوذ بقسوة من والديه ، كما كان يتضرر بوحشية أحياناً كثيرة . وهذا الاحتفاظ بنمط المضايقات المتسم بالعدوان لدى أمثال هؤلاء الأولاد ، رغم العقاب المتكرر والقاسي ، يعول دون التطبيق الصارم والوحيد لوجهة نظر التعلم بالتدعيم ، وتفتح المجال أمام صور أخرى من التعلم (بالتقليد مثلاً) . وقد صاغ براون Brown هذه النقطة في العبارة التالية :

إن الآباء الذين يعاقبون أبناءهم نتيجة لعدوانهم ، إنما يهدفون إلى « قمع » هذا العدوان . أما أن هذا العلاج لا يؤدي إلى الهدف المقصود ، فإنه يوحى بأن

نظرية التعلم المتضمنة نظرية مفاعلة . فالضرب قد يثاب كحالة من السلوك التي كان من المفروض أن تقمع . ولما كان الأطفال أكثر استعدادا للتعلم بالتقليد أو المثال ، منهم بالتعلم بالقمع ، فأنهم سوف يتعلمون الضرب من الضرب . وهذا هو ما يحدث تقريبا . (١٩٦٥ - ٣٩٤ - ٣٩٥) .

ومن المحتمل كذلك أن تتوقف آثار العقاب إلى حد بعيد على مجموعة من العوامل الأخرى ، كاستمرار العقاب ، والاستقبال المباشر للجزاء عند حدوث سلوكه ملئم ، والاتجاه الذي يتقدم به (أي الحب أو الكراهية) ، ومفهوم الطفل عن إمكان أو عدم إمكان التحكم في حدوث الثواب أو العقاب عن طريق أفعاله (أقصد أنه لا شيء يستطيع أن يقوم به يمكن أن يؤدي إلى نتيجة مختلفة) ، وقيم أقرانه تجاه الأفعال الدنيا ، وما إذا كان الذي يعاقب ولدا أم بنتا ، وهكذا . . . أن تتبدى مشكلة نظام الطفولة وآثارها قد لا يدركها الشخص العادي ، ولكن الكثيرين من الكتاب في مجال نمو الطفل والذين استعرضوا نتائج البحوث قد أكدوه بقسوة (بيكر Becker ١٩٦٤) .

٢ - التنشئة الاجتماعية عن طريق التوحيد :

تستند الفكرة الأساسية لهذا الفرع من الميكانيزمات إلى أننا نقوم بأنماط من السلوك والقيم على أساس رؤيتنا لها في الآخرين وتقليدنا لهم أو الممثل على شاكلتهم . وقد استعملت مصطلحات عدة للإشارة إلى هذا النمط من العمليات كالتوحيد Identification والاستدخال Internalization والاستمساخ Introjection والتنشئة الاجتماعية Socialization . والاقتداء modeling .

ومن الهام أن نعرف أنه عندما تقلد سلوك شخص آخر أو قيمه ، فمن الممكن أن يتم ذلك بدرجات متفاوتة من احتواء الاتجاه Attitudinal Involvement . وقد اقترح عالم النفس الاجتماعي هيربرت كلمان Herbert Kelman (١٩٦١) درجات متعددة من هذا الاحتواء حيث يمثل الإذعان Compliance أضعف درجات الاحتواء ، والاستدخال أقوىها . فمنه يمكننا مثلا أن نعمل بمعنى لقيم الشخص

الأخر ، دون أن نكون قد أخذنا بالفعل هذه القيم بكونها قيمنا نحن . وقد يحدث هذا فقط من أجل الحصول على استجابة مقبولة من الشخص الآخر ، على نحو ما تفعل عندما لا توافق شخصيا على الاتجاه المعبر عنه ، أو عندما تضحك على نكتة دون أن تشعر أنها مضحكة . أما في « الاستدخال » ، فأننا نقبل تأثير الآخر وننغمده بمشابة رأينا ، لأن من المجزي حقا أن نفعل ذلك .

وعندما تحدث فرويد عن التوحيد ، كان يقصد القبول اللاشعوري لقيم الوالد . وأن تصبح هذه جزءا راسخا وعميقا في نظام القيم للشخص ذاته . ومصطلح التوحيد أو الاستدخال يتضمن عادة شيئا أكثر من الاكتساب الطفيف أو الاختشع بظهور السلوك . أنه - أكثر من ذلك - تقبل للسلوك ، كما لو كان خاصا بالفرد ، ويشم أحيانا دون وعرفه الفرد بذلك .

وهناك أربعة أنواع من مبدأ التوحيد تشير إلى الأسس النظرية المختلفة التي تقوم عليها هذه العملية :

١ - يقال أن التوحيد يتم على أساس « تشابه » الشخص وموضوع التوحيد . وعلى ذلك فحسب نظرية فرويد ، يمتص الطفل عادة قيم الأب (وبالعكس تمتص البنت قيم الأم) . وذلك بسبب التشابه الذي يدركه الطفل بأبيه . فكل إنسان ينظر إليه باعتباره ولدا سوف يضمحل في نهاية الأمر بدور الأب - كما أنه يدرك تشابهه الجنسي بأبيه كذكر (أعني أن له قضيبا) وليس كأنثى . وقد حاول فرويد بهذه الوسيلة أن يفسر ، ليس فقط الميكانيزم الكامن وراء تبني القيم الأخلاقية للأب ، ولكنه حاول أيضا أن يفسر في الوقت نفسه تحديد لمط الجنس Sex - Typing ، أعني فرقة الوالد لتبني دور ذكري ، وفرقة البنت لتبني دور أنثوي .

٢ - ينظر إلى التوحيد باعتباره يقوم على « الحسد » أو الرغبة في تملك أشياء حسنة في الحياة . والحقيقة أن الطفل يكون أكثر قدرة على التوحيد مع هؤلاء الراشدين الذين يرى أنهم يمتلكون أشياء حسنة في الحياة .

٢- ينظر الى التوحد باعتباره يستند الى « قوة التحكم » في الميثل النسي
الاشياء الحسنة في الحياة .

٤- يقوم التوحد على الحاجة الى « تعبيد التهديد » من جانب شخص قوي .
وهذه هي صورة التوحد التي أكدتها نظرية فرويد بدرجة أكبر ، وأشار اليها
الكتاب من أصحاب الاتجاه التحليلي النفسي من أمثال فرويد وبتلهايم
Bruno Bettelheim (١٩٦٠) « بالتوحد مع المعتدي » . ونحن نذكر أن الولد في
نظرية فرويد النفسية الجنسية ، يكتب حوافزه الجنسية (الاودية) نحو الأم ،
وعذوانه الموجه نحو الأب المنافس من أجل تجنب خطر الإخصاء . وهو عندما يفعل
ذلك ، يستغل قيم أبيه ، ويصبح مثله . وعملية التوحد مع المعتدي في نظرية
فرويد هي الأساس الهام لتكوين الأنا الأعلى أو الضمير .

وكما نرى فالتنشئة الاجتماعية المبكرة أحسن تعبير عن اتجاه المدخل الاجتماعي
الثقافي في تفسير الشذوذ السلوكي ، هي مجموعة عمليات تقوم بها هيئات ومؤسسات
وأشخاص هامون في حياة الفرد . وتتجلى هذه العمليات قيماً وأنماط سلوك
اجتماعية يقرها المجتمع وفق سياقه النمائي . تلخص حياته وتعبر عن هويته وعسن
أساليب تحقيقه لمطالب نمو أفراد وجماعاته . أما الأسرة فاتها تبرز في إطار عملية
التنشئة الاجتماعية من خلال دورها المركزي في نقل قيم المجتمع وأعرافه وترسيخها
لدى الناشئة ، التي تتولى مسؤولية تربيته وتأمين مطالب نموه قبل أية مؤسسة
اجتماعية أخرى .

وإذا ما اتفقنا مع تلك النظريات النسي تعطي الأهمية القصوى لسنوات
الطفولة ، وتعد ما يتعلمه الاطفال من أنماط سلوك وأنماط حياة ثابتة الى حد كبير
في سنوات العمر اللاحقة . وأن ما يتعدل معه هو أساليب التعبير تحت تأثير
التنشئة والتسامي الاجتماعيين ، إذا ما اتفقنا وهذا هو واقع الحال ، فإن أهمية
الأسرة تتقدم على ما عداها في سنوات الطفولة على الأقل . ولا نبالغ ان ذهبنا الى
القول ، أن وقاية الابناء من الاضطرابات السلوكية يتحمل مسؤوليتها الى حد كبير

سلوك أعضاء الأسرة ، وبخاصة سلوك الوالدين ، وعلى الكيفية التي يؤمن فيها
الوالدان مطالب نمو الأبناء ، المعيارية وفق الجنس والعمر والجانب النمائي
(بيولوجيا ، انماليا ، اجتماعيا ، حركيا) ، وعلى النمط التربوي الذي يتبعه ،
صارما ، شديدا ، متسامحا ، صاعبا ، سلطويا ، ديمقراطيا ، الخ . تتوقف مقاومة
الأبناء لضغوط الحياة ومطالبها ، وتحدد طريقة ، التربية الأسرية آفاسا في التصحيح
النفسى للطفل الذي يقيه من الشذوذ .

ومن هنا فضلنا الحديث في غير موقع من هذا الكتاب عن بيئة مضطربة - بيئة
أسرية مضطربة أكثر من الحديث عن المضطرب ذاته أو عن شخصيته المضطربة ،
فالبيئة الأسرية المقلقة ، والهمسية ، والتهريية ، والمتشككة والكحولية أو المدمنة ، الخ ،
بيئات للاضطراب النفسي والصاحصة لتأمين مطالب حاسمة مثل الأمن البشري
والاجتماعي والاقتصادي والنفسى ، وهي بيئات معرضة وصاعدة ، ودافعة للشذوذ
بكل أشكاله وبخاصة في حال توافر شروط خارج إطارها داعمة لتشككها من نظم
القيم مختلفة ، ومن نظم للاقتصاد غير عادلة ، ومن نظم اجتماعية أخلاقية - عرقية
منحازة . . .

وعلى الرغم من التأكيد الذي التزمنا به في الأفكار السابقة حول أهمية دور
التنشئة الاجتماعية ومكوناتها ، وفي مقدمة هذه المكونات ، الأسرة ، فإننا لا ننظر
إليها ، وأعني السى التنشئة الاجتماعية إلا في إطار محيطها الثقافي الذي يمتد
بالأساليب التربوية ويملي عليها أساليب الحياة التي عليها أن تنموا إلى أفراد هذا
المحيط وشخصياته .

وإذا كان مفهوم الثقافة يعني أشكال السلوك المتمدة كافة لدى مجتمع من
المجتمعات ، ومجسداً الأعراف والعادات والتقاليد والتراث الشعبي بأكمله مسج
امتداداته في الحاضر ، فإن التنشئة الاجتماعية تشمل في دائرة تأثير الثقافة

الاجتماعية وتتناثر فيها . وتتجلى آثار الثقافة في مخرجات التنشئة الاجتماعية وتطبيقاتها بطاقتها ويصحح مع ذلك القول أن الشخصية وردود أفعالها وأنماط سلوكها نتائج ثقافي بالمحصلة .

لقد وجدت الدراسات السيكولوجية ، التفاعل المتبادل بين الشخصية والثقافة مفسر فترة ليست قصيرة وخرجت دائماً بنتائج لمصلحة أكثر الثقافة في أشكال سلوك الأفراد ، وتشكل ذواتهم الفردية والاجتماعية والقومية . ولقد شجعت هذه النتائج الباحثين للسمي فعلى إيجاد علم خاص تكسرون اهتماماته منهجية الدراسة أنماط السلوك العائدة لثقافات مختلفة ومقارنتها ، ودراسة أوجه الشبه والاختلاف بينها . وسمي هذا العلم علم النفس الثقافي Transcultural psychology . وكان من الطبيعي أن يغطي هذا العلم ميدان الشذوذ النفسي ، ويدرس الأمراض النفسية ، تبعاً لبيئة المرض الثقافية والمضاربة وهذا ما كان حيث نثر اليوم وبسهولة على الكثير من الدراسات والبحوث في إطار العلاج النفسي الثقافي « Transcultural therapy » .

وتشكل الدراسات التي قام بها ، سنجر وأوبلر Singer and upler (٢٤-١٢٩) مثالاً من الأمثلة الهامة عن العلاقة بين الثقافة والأنماط المرضية حيث درست سميات الشخصية والأعراض على مرض الفصام من الأمريكان الأيرلنديين والأمريكان الإيطاليين ، والفصام هو أخطر وأكثر الأمراض انتشاراً .

فقد قام سنجر وأوبلر بالفحص الدقيق ، عن طريق الملاحظة ودراسة تاريخ الحياة واختبارات الشخصية ، لـ ٦٥ من الذكور مرضى بالفصام بأحد المستشفيات العقلية بمدينة نيويورك ممن تقع أعمارهم بين ١٨ - ٤٥ سنة . وكان نصف المرضى من الأمريكان الأيرلنديين ، ونصفهم الآخرين من الأمريكان الإيطاليين ، وكانوا جميعاً أمريكيين تراوح أقامتهم بين الجيل الأول والجيل الثالث . وكانت المجموعتان من الكاثوليك المتشابهين في التريسة والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ودخلوا

المستشفى تقريبا في الوقت نفسه ، وعلى ذلك فالشيء الهام الوحيد الذي يفتنقون فيه هو أن وطنهم الاصلي هو ايرلندا أو ايطاليا .

وكان اختيار المجموعات الايرلندية والايطالية من أجل المقارنة يستند الى معرفة واضحة بوجود فروق معينة بينهما في بناء الاسرة والقيم الشخصية ، وهي فروق قد تنعكس في الاسلوب المحدد الذي قد يصبر به أعراض المرض العقلي الفطير عن نفسها . فمثلا ، تقوم الام في الاسرة الايرلندية بدور مسيطر ومتحكم ، على حين يسيطر الأب في الاسرة الايطالية وتدفع له الام . أضف الى ذلك أنه في المحيط الايرلندي ، يخضع النشاط الجنسي لهدف الانجاب ، وتكون المغازلة الجنسية لطيفة وتمتد في الزمن ، كما يتأخر الزواج كثيرا وتشجع العزوبة ، وتسد المشاعر الجنسية أساسا كغطية وهي مصدر شعور بالذنب . وعلى العكس من ذلك ، فإن الجنس في المجتمع الايطالي جزء مقبل في الحياة ، وهم يميلون الى غرسه كجزء من توكيد الذكورة الصحية عند الفرد . وباختصار فإن الثقافة الايرلندية تؤكد بوضوح كبت وارجاء الاشباع الجنسي وسيطرة الام على الاسرة ، بينما في الثقافة الايطالية نجد التعبير الصريح عن المشاعر مع سيطرة الذكر على الاسرة ، بينما في الثقافة الايطالية نجد التعبير الصريح عن المشاعر مع سيطرة الذكر على الاسرة . وعلى أساس هذه الفروق الثقافية ، توقع سنجر وأوبلر وجود فروق ملحوظة في نمط الانفعال الظاهر الذي يصبر عنه المرضى بالنصام من الايرلنديين والايطاليين .

وقد وجدت بالفعل فروق ملحوظة في الأعراض المرضية تتسق والفروق في الثقافة . فالمرضى الايرلندي كان أكثر كبتا وتأثرا بالقلق والشعور بالذنب ، بينما كان المرضى الايطالي أكثر تعبيراً من الناحية الانفعالية . أضف الى ذلك أن الفصامي الايرلندي كان أكثر شعورا بالمدوان تجاه الصور الاسرية الاثوية ، ولكنه يتحكم فيه الى حد بعيد ، بينما يميل المرضى الايطالي الى أن يكون أكثر صراحة في التعبير عن عدوانه ، ويوجه هذا المدوان نحو الصور الوالدية الذكرية . وقد كان الادمان على الخمر من الأعراض الملاحظة بكثرة لدى الايرلنديين على حين كان نادرا للغاية لدى الايطاليين .

ومن هنا وأمثلة أخرى يتضح أن الشخصية وما تنطوي عليه وثيقة الارتباط بالمحتوى الثقافي الذي ينشأ فيه الفرد .

غير أن التقاليد الثقافية تعاني من تسارع كبير في عصرنا الحالي ، بسبب التقدم التكنولوجي الهائل مما يؤدي إلى اختلال التوازن بين الإنسان ومحيطه ، فالملاقة بين الطرفين فقدت استقرارها في عصر الثورة الإلكترونية (٢٧-١٩٩٢-٢٠٠٠) .

وبالفعل لا ينبغي أن تفوتنا الإشارة إلى أن الثقافة أيضا لا تشكل هذا الككل المتجانس ثابت التأثير ، بل هي دينامية متحركة ، وتنقسم إلى ثقافات فرعية تتبسط النمط الاقتصادي أو الطبقي أو الموقع من السلطة أو الاقليات الفرعية والقومية . مع أن ذلك لا يمنع استخدام وجهة النظر النظامية في شرح دينامية تأثير كل من العمل الثقافي بالمجتمع ، كنظام ثقافي عام وذلك المرتبط بأجزاء النظام الثقافي ، كنظام ثقافي خاص .

الفصل السادس

التصنيف والاعراض

في علم الشلوك النفسي

CLASSIFICATION AND SYMPTOMS



التصنيف والاعراض

س. التصنيف في علم التشريح النفسي Classification

يقول Schwartz 1991 : « عبرت منذ /٢٠/ عشرين عاما خلقت حسن قلبي
خيال الطبيعة ، التي لم تغلق لتتأقلم حاجات الانسان في عالم منظم ومرتب بشكل
حسن . لقد جعل تمقيد العالم الطبيعي الامر صعبا ليس فقط في اقامة علاقات
واضحة المعالم بين الظواهر ، وانما في ايجاد طرق بسيطة يمكن من خلالها تصنيف
هذه الظواهر »

ان الرغبة في اكتشاف نظام الطبيعة الاساس ، يتطلب ان يهتم المرء ويلتزم في
خيارات تتعلق بما يمكن الاجابة عما يطرح حوله من أسئلة « . والحقيقة هي أن
هناك العديد من الطرق التي يمكن من خلالها تصنيف العناصر المختارة ، وتحديد
وتعريفها واعادة تركيبها » ولكن نتائج طرق كهذه ، لا ترقى لتكون الحقيقة الوحيدة
الموثوقة « . وبالتالي فانه بالامكان صياغة مفاهيم وتصنيفات مختلفة كبداية لفهم
التساؤل نفسه » (٤٨-١٩٩١-٢٤٥٠) .

تختلف مجالات الموضوعات التي يتم تصنيف العالم الطبيعي على أساسها ،
وفقا لدرجة اختلاف ظواهرها وتنظيمها « . البعض منها وبواسطة الطبيعة ، تكون
أكثر ترابطا وقابلية للقياس من غيرها ، فالقوانين الفيزيائية في أكثر ميادينها عمقا
وعموما ، تتعلق بشكل كبير بالعمليات الاحتمالية ، ولكن تعد مكونات العالم
الفيزيائي اليومي أكثر انتظاما وقابلية للتنبؤ . وهنا يمكن استخدام نظريات في علم
الميكانيك والكهرباء بشكل واسع لكشف العلاقات الثانوية التي توجد في الطبيعة .
وعلى خلاف ذلك ، تعد أنظمة التفاعلات البشرية أنظمة ضعيفة بالاصل ، تقتصر الى
التربط المنظم والثابت بين عناصرها الاساسية (٤٩ - ١٩٩٠) .

في حقول المعرفة التي تتعلق بميادين الطبيعة الاقل انتظاما (العلوم السهلة)
يفضل المصنفون والنظريون ، لايجاد تصنيف قد لا تتوفر فيه الدقة الكاملة ، ولا
ينسجم انسجاما تاما مع خصائص الموضوعات غير المستقرة طبيعيا .

فعلًا فقد بذلت جهود رفيعة لترتيب مثل تلك العناصر الاحتمالية وتفسير الدقيقة ، تتظاهر بدرجة من الدقة والنظام بشكل مبالغ فيه في بعض الحالات » « يمد التصنيف وابتعاد أداة قياس موثوقة وصادقة في ميادين علم النفس المرضي ، قصصا خيالية رائعة وأفكارا مفروضة في مواقع غير «دقيقة أصلا» (٢٤٦-٤٨) »

ماذا يعني هذا القول الذي تذكره مجلة عالمية متخصصة في علم الشذوذ النفسي ؟

انه يعني طرح إشكالية التصنيف في علم الشذوذ النفسي ، على أعلى المستويات التخصصية ، والدعوة الى مزيد من البحث عن عوامل الصدق والثبات التي لم تول بعيدة المثال في نظم التصنيف الحالية .

٣ مفهوم التصنيف Classification concept

يمكن تحديد مصطلح التصنيف ، كإجراء لتركيب (بناء) مجموعات أو فئات وتحديد كيانات Entities واضطرابات أو أشخاص لها ، على أساس العلاقات والصفات المشتركة بينها (٢٤٦-٤٨) . ويستخدم التصنيف للإشارة الى عملية تجميع البيانات في أبواب مستقلة ، وتبويبها على أساس الخصائص أو الخصم . وفي المنطق يبدأ التصنيف بين الافراد حسب الصفات المشتركة بينهم التي تفهمهم الى فئات ، والخواص المختلفة التي تفرقهم ثم تصنف الفئات الى أنواع ، والانواع في أجناس ... هناك تصنيف مصطنع أو مقترح يقسم على اختيار تصنيفي لصفات معينة ، أما التصنيف الطبيعي ، فيرمي الى تجميع الافراد أو الاشياء على أساس التشابه الطبيعي بينها ، ومن أجل اكتشاف القالسون الذي يسري مقوله عليها (لالاند) .

يستخدم مصطلح التطابق Identification في الإشارة الى عملية تعيين كيانات غير محددة سابقا في فئاتها المناسبة ، في الحالات السريرية ، حيث تشتمل الكيانات هنا ، الصفات السريرية أو المرضي الذين يملكون هذه الصفات . يتقاطع كما هو واضح هذا المفهوم مع مفهوم التصنيف ولكنه أكثر تحديدا .

كما يستخدم مصطلح Taxonomy علم التصنيف في أنظمة التصنيف العلمية ، ويشير إلى تصنيف وترتيب الكائنات ، والاهتمامات العلمية ، في فئات طبيعية ، وفقا للمعالم والمفاهيم الأساس التي يشتركون بها ويشتمل هذا المصطلح ، منطق ومبادئ وطرائق أنظمة التصنيف فضلا عن القواعد التي تعتمد عليها .

أما مصطلح Nosology علم التصنيف المرضي ، فيستخدم في الميادين البريرية وتصنيف الظواهر النفسية المرضية (كالأعراض - والاضطرابات) حصرا ونكون أمام مصطلح Nomenclature عندما يتعلق الأمر بتحديد الأسماء ، أو الصفات المستخدمة في تحديد فئات التصنيف .

ويشتمل مصطلح Syndromal Taxa على مجموعة من الأعراض والاشارات السريرية ، يمثل جزء صغير ولكنه هام ، من البنية النفسية للشخص .

وهكذا فالتصنيف ، مهما كان غرضه ، يسعى للتعريف بما لم يكن قد عرف بعد ، من خلال البحث عن خصائص أو سمات أو أعراض مشتركة ، تتكرر حتى تصبح لازمة تميز الظاهرة المعنية عن غيرها من الظواهر . ويكون التصنيف في علم الشذوذ النفسي : محاولة هادفة للتعريف بالاضطرابات السلوكية ، وإطلاق الاسم المناسب لها ، تمييزا عن غيرها من الاضطرابات .

ولكن وكما لا تعني معرفتنا لاسم الفرد ونسبته ومكان اقامته ، معرفة لخصائصه وصفاته والظواهر الاضغالية ، أو هواياته ، فضلا عن اصباغاته وصراعاته ، فإن معرفتنا ، باسم الاضطراب ، لا تسمح لنا بمعرفة أبعاده وعلته ومنشأاته .

ومع ذلك فإننا نؤكد أهمية التصنيف ونثق مع رأي كاتل Cattel السذي يقنول :

« أن علم الاعراض يسبق بالضرورة العلم بأسبابها »

ومع رأي مارزولف Marzolf الذي يرى :

« أن بناء مجموعة الاعراض يتقدم اكتشاف العلل والاسباب ، فقبل أن يطلب منا البحث عن سبب خلل أو اضطراب وظيفي ، لابد أن يكون قد سبق لنا عزل هذا الخلل أو الاضطراب ، والتعرف عليه وتمييزه عن غيره مما يختلف معه في أعراضه » .
ويقول : هناك طريقتان . . . نعاول عن طريقهما ترتيب الظواهر العالم الطبيعي تمهيدا لتفسيرها . . . الأولى تصنيف الظواهر كأشياء ، أو كمكونات مستقلة ذات ارتباطات لا تتغير في خصائصها أو مميزاتها . وهذا النوع من الترتيب أو التفسير هو الذي نجده في تنظيم الاعراض في مركبات أو مجموعات متصاحبة كلما كان ذلك ممكنا . أما النوع الآخر فهو إقامة علاقات عليا ، وفي هذه الحالة ، نبحث أيضا عن علاقات لا تتغير ، لكن بين مقدمات ونتائج أو علل وعلولات . (٤٤ - ١٩٧٤ - ٤٤) .

ومهما كانت الثلبة ، للتصنيف الذي يبنى على أساس العلة ، أم لذلك الذي يبنى على أساس الاعراض ، فإن التصنيف بمفهومه العام يشمل الاسمين معا . وسيكون من الأفضل البحث عن التكامل بينهما ، فالكثير من الاضطرابات لا يمكن تحديد علتها بسهولة ، بينما يمكن التعرف عليها من أعراضها . وبالمقابل فإن الكثير من الاعراض متشابهة والحسم في عائلتها يتوقف على معرفة أسبابها . ولعل هذا الامر هو الذي جعل آيزنك يدعو للتعاين بين العلة والعرض في الاضطرابات العقلية ، ويقترح تقسم الطب العقلي من وجهة نظر عالم النفس الى قسمين : (٥٠ - ٤٨)

١ - يلبي تناول آثار الالتهابات والاورام وغيرها من الآفات والاصابات الجسمانية .

٢ - وسلوكي يسالج اضطرابات السلوك الناشئة عن عملية التعلم العادية ، حيث تقع أغلب اضطرابات العصاب تحت النوع الثاني ، وكذلك بعض أو أغلب الفصامين ومرضى الاكتئاب . . . كذهانات وظيفية . . . ويضيف آيزنك : فيما يتعلق بالتنوع الطبي من الحالات فإن التمرد الذي يقوم به علم النفس ثانوي ، قد يكونوا علماء النفس مفيدين في التشخيص ، بل وحتى فيما يتصل بالتنبؤ بسير المرض . . . كذلك فإن

الاختبارات النفسية وخصوصاً اختبارات اختلال الوظائف العصبية ، كثيراً ما تعطي تعديراً وقتياً لبداية الاختلال العصبي . وربما تساعد في تحديد موضعه . . غير أن تلك المساعدات وبمهما بلغت أهميتها فهي ثانوية في عمل طبيب الأعصاب والفيزيولوجي والجراح . فعلم النفس يعد بحق مساعداً أو تابعا ، لكن الموقف يتغير تماماً عندما تنتقل إلى المجموعة الكبيرة من اختلالات السلوك الوظيفية ، حيث لا يوجد اختلال أو آفة عصبية معروفة . هنا يصبح علم النفس العلم الأساس ، ويتعين على مناهج العلاج المعقولة أن تقوم على أساس حسن المعرفة الكاملة بالنظرية السيكولوجية الحديثة » .

إن عمليات التصنيف والدراسات في ميادينه وإن كانت لم تصل بعد إلى مايطمح اليه العاملون في ميادين علم الشذوذ النفسي والبيادي والصحة النفسية . . الخ ، فإنها تشكل مادة دراسية وبحثية علمية ضرورية جدا بالإضافة إلى أن التصنيف هو قاعدة التشخيص .

٣٣ أنظمة التصنيف Classification Systemes

كان من الطبيعي أن يقوم التراكم المعرفي حول أوصاف الاضطرابات السلوكية وأعراضها ، إلى محاولات تصنيفية على أسس علمية . وإذا كانت أنظمة التصنيف شائعة في أيامنا ، فإن الأمر لم يكن كذلك قبل بداية هذا القرن بكثير . وتشير أدبيات علوم السلوك إلى أن المحاولة الأولى في هذا الاتجاه ، تعود إلى عام ١٨٦٢ عندما اقترح كالبرم Kalbrum أول نظام للتصنيف ، مبني على الملاحظة وليس على النظرية . ولكن الكثير من الأدبيات المعنية تعد تصنيف الطبيب الألماني اميل كريبلن Emil kraepelin ١٨٩٢ ، البداية العلمية لأنظمة التصنيف هذه .

لقد قسم كريبلن ولأول مرة الاضطرابات إلى :

— اضطرابات عضوية داخلية المنشأ .

— اضطرابات وظيفية خارجية المنشأ .

ورأى في حالة الاضطرابات العضوية ارتباطا بسين المرض النفسي والمرض
الفيزيولوجي . بينما لم يؤيد هذا الارتباط في حالة الاضطرابات الوظيفية .

— وكان أحدث ما جاء به هذا التصنيف آنذاك هو فصله ولأول مرة ، تلك
الأمراض الخطيرة ذات السلوك المتدهور (المتة المبكر) الذي يعرف الآن بانقسام
من غيرها من الأمراض التي ربما كانت خطيرة وعرضية ، ولكنها لم تنتج خلاا وظيفيا
مستقطلا (الجنون الدوري) الذي يطلق عليه الآن (الاكتئاب الهوسي) .

وعلى الرغم من انقضاء السنوات المديدة على هذا التصنيف ، ووجود أنظمة
تصنيف متنوعة وحديثة ، فإنه لا يزال موجودا بشكل أو بآخر .

في عام ١٩١٣ قسم يامبرز الاضطرابات العقلية الى ثلاث مجموعات :

الاولى : نتج عن اصابات عضوية فيزيولوجية .

الثانية : لا تعود برأيه الى أسباب جسمية واضحة وإنما تعددها هو اسل
سيكولوجية أطلق عليها آتذ الذهانات .

الثالثة : وهي مجموعة الاضطرابات التي تخرج عن السياق الاجتماعي ويدخل
ضمنها المصاب ، اضطرابات الطبع ، اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع . . .
وهكذا فالاضطرابات بالنسبة ليامبرز اما عضوية ، واما وظيفية ، واما مكتسبة
تعودية (٥٠ - ٤٣) .

في عام ١٩١٧ طورت جمعية الطب النفسي الامريكية ، بالتعاون مع مكتب
الاحصاء الرسمي نظاما للمرض العقلي بهدف الحصول على احصاءات من المشافي ،
ولكن النظام لم يكن مفيدا جدا كتسمية تشخيصية (٥١ - ١٩٨٥ ، ٥٩١) .
مما جعل رابطة الطب النفسي الامريكية بالتعاون مع أكاديمية الطب في نيويورك ،
لاعداد اول مجموعة مصطلحات كاملة حول الاضطرابات العقلية (في الولايات

المتضمنة) ، حيث تم فعلا الوصول الى ما أطلق عليه مجموعة « المصطلحات المصنفة
القياسية للمرضى » ولكنها لم تستطع تغطية الحاجة الواقعية التي ينبغي على التصنيف
التامثل تغطيتها .

في عام ١٩٤٨ تأسست منظمة الصحة العالمية World Health Organization
التي طرقت المصطلحات المصنفة للاحصائي الدولي للأمراض والإصابات ومسببات
الموت :

Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injuries
and Causes of Death (ICD) وكانت المرة الأولى التي تفرد فيها هذه المنظمة
قسمًا خاصًا في دليلها عن الاضطرابات العقلية (القسم الخامس) علما أنها كانت
كأن قد بدأت إصدار سلسلة الـ (ICD) منذ عام ١٩٠٠ عندما نشرت (ICDI)
في باريس ومنحصرتها لتصنيف أسباب الموت .

لم تجر تعديلات تذكر على القسم المنفصل للاضطرابات العقلية في الدليل
المصنّف (ICD7) عام ١٩٥٥ . و « لم تغط تصنيفات منظمة الصحة العالمية
بتصنيف جميعات أطباء النفس العالمية » ولم تستخدم بشكل واسع ومرض «
(١٩٥٥ - ١٩٨٠) » الأمر الذي دفع المنظمة لتطوير دليلها ليرافق التطور
الكبير الذي أضافته في تصنيفاتها لأمراض الصحة العامة . فأعدت برامجا مضمنا
بالشعاع بهدف الوصول الى معرفة جديدة ومتطورة عن المرض العقلي ، من حيث
التصنيف والتشخيص وتحديد الأسباب . وبعد القسم المنفصل للاضطرابات
العقلية وما تضمنه ، في الدليل الثامن (ICD8) الذي صدر عام ١٩٩٥ دلت
يمكن التغييرات في تفكير المنظمة حول المرض العقلي . شمل هذا القسم فئات
الاضطرابات الرئيسية التالية :

- ١ - الذهان ، ٢ - العصاب ، ٣ - اضطرابات الشخصية وبعض الاضطرابات
العقلية غير الذهانية ، ٤ - التخلف العقلي . ولكل من هذه الفئات فئات فرعية
وأشكال تنميتها .

ولتحقيق استخدام موحد متجانس للوجيز الثامن ، عملت المنظمة - لتشكيل
مجموعات عمل متخصصة من بلدان مختلفة لدعم الوجيز بدليل مفسر (مسرد)
Clossary of Mental Disorder and Galde to Their Classification للاضطرابات
العقلية وتصنيفاتها واستخدام مصطلحاتها . وكان من أول أهداف عمل كهذا ،
الوصول قدر الامكان الى توحيد المفاهيم التشخيصية الرئيسة السائدة في العلاج
النفسي ، وتقليص الفجوة بين المتخصصين في مختلف الاقطار (٥٣ - ١٩٧٤) .

ومن أجل تطوير الدليل التاسع (ICD9 WHO) وضمت المنظمة برنامجا
مكثفا هدفته منه :

- الحصول على المعلومات الكافية حول المشكلات التي يعاني منها القسم
المخصص للاضطرابات العقلية في الدليل الثامن . من خلال تطبيق
المتخصصين له في دول العالم .

- اقتراح الحلول المناسبة لهذه المشكلات .

تمت الاستفادة من هذا البرنامج بشكل جيد وتبنت المنظمة الدليل التاسع
عام ١٩٧٥ ، وتم اعلانه بشكل رسمي عام ١٩٧٨ . كانت التعديلات التي أدخلت
على الدليل التاسع محسوبة ودقيقة ونتيجة اعتبارات علمية اثبتت عن سلسلة من
السيمينارات (Seminars) الدولية التي أقامتها منظمة الصحة العالمية بين عامي
١٩٦٥ - ١٩٧٢ (بلغت ثمانية سيمينارات) خصصت كلها لدراسات وثائق ومفترقات
واقترحت المتخصصين من ٤٠ / أربعين دولة ، حول أدلة المنظمة وسبل تطويرها
(٥٢ - ٤٠٢) .

وكان جديد الدليل التاسع الابرز هو ادخال (المسرد) Glossary في القسم
المخصص للاضطرابات العقلية في الدليل بشكل تكاملي . تضمن الدليل التاسع
فئات الاضطرابات الرئيسة التالية :

١ - الذهانات المضوية (ذهانات الشيفوخة وما قبل الشيفوخة المضوية ،
الذهانات الكحولية ، وذهانات المخدرات ، الخ) .

٢ - ذهانات أخرى (فصام - ذهانات انفصالية - حالات البارافرنيا - ذهانات
غير عضوية أخرى) .

٣ - الاضطرابات العصائية - اضطرابات الشخصية واضطرابات عقلية غير
عضوية أخرى (انحرافات جنسية - اضطرابات ضسد اجتماعية - اضطرابات
السلوك - استجابات الضغوط الحادة ، الخ) .

٤ - التخلف العقلي (وأشكاله) .

أعاد هذا التصنيف النظر بالعديد من الاضطرابات العقلية بشكل مختلف عن
التصنيف في الدليل الثامن . منها على سبيل المثال : الاضطرابات الانفعالية -
الاضطرابات العقلية المضوية - الاضطرابات الناتجة عن الكحول والمخدرات ،
الخ . في عام ١٩٧٨ تم تعديل الدليل التاسع ليبي أغراضا عيادية أطلق عليه
(ICD9 - CM - Clinical Modification) . وبلغ التعديل أوجه في دليل المنظمة الماسر
(ICD10) ١٩٩١ (انظر الملحق رقم ١) من هذا الكتاب .

لم تشمل جهود منظمة الصحة العالمية في تطوير أدلتها التصنيفية والتشخيصية
للاضطرابات السلوكية ، من انتقادات شديدة وجهتها لها منظمات الطب النفسي
وبخاصة الأمريكية منها .

لقد تم وعقب إصدار الدليل السادس (ICD6) تفويض جمعية الطب النفسي
الأمريكية American Psychiatric association بتعديل مجموعة المصطلحات
المصنفة القياسية وتطوير نسخة بديلة عن الـ ICD6 (لاستخدامها في الولايات
المتحدة الأمريكية) (٥١ - ٥٩١ - ٦١٣) .

بدأت الدراسات التجريبية عام ١٩٥٥ ليتسلف عنها عام ١٩٥٢ أول نظام
للـ (DSM) Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

الوجيز الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الذي سيغدو فيما بعد من أشهر أنظمة التصنيف في العالم ، أن لم يكن أشهرها .

اعتمد هذا الوجيز على التصنيف الثلاثي التقليدي للاضطرابات العقلية :
الذهان ، العصاب ، اضطرابات الشخصية .

استمرت الدراسات لتطوير هذا النظام ، حيث تم عام ١٩٦٨ إصدار الوجيز الثاني Dsm II وجاء (تصنيفه) للاضطرابات العقلية في فئاته الرئيسة على الشكل التالي :

- ١- التخلف العقلي .
- ٢- اضطرابات الدماغ العضوية .
- ٣- الذهانات العضوية الوظيفية .
- ٤- العصاب .
- ٥- اضطرابات الشخصية .
- ٦- الاضطرابات النفسية الفسيولوجية .
- ٧- أعراض خاصة .
- ٨- اضطرابات «قصيرة الاجل وعابرة» .
- ٩- اضطرابات السلوك في الطفولة والمراهقة .

وفي عام ١٩٧٨ ، كانت وكما سبقت الإشارة ، قد أصدرت منظمة الصحة العالمية ، الوجيز التاسع (ICD8) الذي أحدثت اشكالية كبيرة في أوساط جمعية الطب النفسي الأمريكية ، لتسوله على أشكال من الاضطرابات لم تكن ملحوظة في الولايات المتحدة . ففي حين (على سبيل المثال) شملت ICD8 على اضطراب

جنسي وظيفي واحد (العثة - البرودة الجنسية) ، كان قد تم في الولايات المتحدة تصنيف اضطرابات متعددة للوظيفة الجنسية . . وكذلك فانها شملت اضطرابات اخرى لم تكن معروفة في الولايات المتحدة مثل الفصام البسيط ، والبارافرنيا وادمان المخدرات (اعتمادية) .

ووفق تقسيم المشتغلين في ميادين الشذوذ النفسي ، فقد افترقت كل اقلية التصنيف التي ذكرت لمصادقية التشخيص التجريبي ، ولم تلتزم بأدييات وتقاليد علم القياس النفسي وبخاصة ما يتعلق بمفهوم الثبات Reliability والصدق Validity (١٩٨٩: ٥٤-٥٨ ، ٥٩-٥٨) .

ولذلك فقد ركزت جمعية الطب النفسي الامريكية ، اهتمامها ، وهي تحسب لادمار دليها الثالث Dsm III على المفاهيم القياسية الضرورية لتوفير المزيد من الصدق والثبات لتصنيفاتها ، فشكلت (١٤) أربع عشرة لجنة استشارية تألفت من باحثين وأشخاص آخرين بخبرات متنوعة وفي كافة الميادين الاساسية .

عملت هذه اللجان على توفير أفضل الشروط لدراساتها معتمدة على أدلة البحث ، ومادفة لحل القضايا التشخيصية المتنوعة . . من خلال التدقيق على اختيار المتخصصين وعلى العينات من المرضى ، وعلى اجراء الدراسات الاحصائية اللازمة .

صدر الوجيه Dsm III عام ١٩٨٠ ، وكانت طبيعته الواضحة المحددة مفيدة ليس في تحسين ثبات التشخيص ولكن أيضا في جعل المشكلات والقيود أكثر وضوحا .

شمل تصنيف الـ Dsm III عددا ضخما من الاضطرابات السلوكية والاعراض المميزة لها ، تتطابق في الكثير منها مع (ICD9) ولكنها تختلف عنها أيضا في بعض التمهيلات الرئيسة والفرعية اختلافا واضحا .

وكانت الفئات الرئيسة في التصنيف :

- ١٠ - التخلف العقلي
- ١١ - اضطرابات عقلية عضوية
- ١٢ - اضطرابات فصامية
- ١٣ - اضطرابات القلق
- ١٤ - الرهاب
- ١٥ - التسلسل القهري
- ١٦ - توهم المرض
- ١٧ - اضطرابات الشخصية
- ١٨ - عوامل نفسية مؤثرة في الشروط الفيزيائية (المادية)
- ١٩ - اضطرابات عابرة - (تزول بسرعة)
- ٢٠ - اضطرابات تظهر عادة في مرحلتين الطفولة والمراهقة
- ٢١ - اضطرابات الهوية (الذاتية)

بينت التجربة والتجربة أثناء تطبيق الرجينز الثالث Dam III أن العديد من المناهج لم تكن واضحة بشكل تام حسبما اعتقد (وبخاصة الامثلة) ، ولذلك فقد كتبت جمعية الطب النفسي الأمريكية عام ١٩٨٣ فريقاً لدراسة ما ينبغي ادخاله من تعديلات لتطوير الدليل الثالث ، وكانت نتيجة ذلك نسخة معدلة سميت Dam III R - Revision نشرت عام ١٩٨٧ - وكانت مستجيبة مع عملية تطوير Dam III الا في حالة استثنائية واحدة ، تتعلق بالاختصار فقط على مفهوم الصدق الوهمي ، في تجاربها مما جعلها غير مستوفية لشروط الثبات بشكل سليم .

تضمن الوجيه Dem III R فئات الاضطرابات التالية :

- ١ - اضطرابات مرحلة الطفولة والمراهقة .
Childhood and Adolescence Disorders
- ٢ - الاضطرابات العقلية العضوية .
Organic Mental Disorders
- ٣ - اضطرابات عقلية وسلوكية ناجمة عن سوء استخدام مواد نفسية الضعيفة ،
(كحول - ادوية) .
Mental and behavioural disorders due to Psychotropic substance use
- ٤ - الفصام .
Schizophrenia
- ٥ - البارانويا .
Paranoia
- ٦ - اضطرابات ذهانية غير مصنفة .
Psychotic Disorder Not Elsewhere Classified
- ٧ - اضطرابات انفعالية .
Affective Disorders
- ٨ - اضطرابات ناتجة عن القلق (عصاب القلق ، وعصاب الفوبيا) .
Anxiety Disorders
- ٩ - اضطرابات جسمية الشكل (توهم المرض ، ، ، ، وغيره) .
Somatoform Disorders
- ١٠ - اضطرابات تلافيفية (عصاب الهستيريا ، ، ، ، الخ) .
Dissociative Disorders
- ١١ - اضطرابات جنسية .
Psychosexual Disorders
- ١٢ - اضطرابات النوم .
Sleeping Disorders
- ١٣ - اضطرابات مصنعة (الحاجة الى لعب دور المريض) .
Factitious Disorders
- ١٤ - اضطرابات الضبط الذاتي للاندفاعات غير المصنفة في الفئات السابقة (السرقة القهرية - اشغال النار ، ، ،) .
Self control Disorders
- ١٥ - اضطرابات التكيف .
Adjustment Disorders

١٦- عوامل نفسية مؤثرة جسدياً *

Psychological factors Affecting Physical Condition

١٧- اضطرابات الشخصية *

Personality Disorders

جسد الوجدان Dam III-R وكما هو واضح الاتجاه نحو التخلي عن التصنيف التقليدي ، الذي يركز على ، مجموعات الاضطرابات الكبرى ، واستبدالها شيئاً فشيئاً بالمحديث ما أمكن عن فئات من الاضطرابات كانت سابقاً منتشرة في مجموعة ما من المجموعات الكبيرة . وكذلك في عرض بعض الاضطرابات التي كانت جزءاً من فئات فرعية في أنظمة التصنيف السابقة - بشكل منفرد .

اقتصرت في عرضنا لأنظمة التصنيف ، على بعضها ، وهي : وإن كانت الأكثر شهرة واستخدماً في ميادين علم النفس المرضي والشذوذ النفسي ، فالحال ليست الوحيدة وهناك محاولات أخرى لها تفرعها في تدعيم معرفتنا العلمية الشخصية ، وبخاصة في الدول التي ينشط فيها علم النفس وفروعه ولاسيما الدول الصناعية المتقدمة .

ولكن ما يمكن قوله بنقطة في مجال أنظمة التصنيف ، هو : حتى اليوم لا يوجد تصنيف للاضطرابات السلوكية باستطاعتها تلبية حاجة المتخصصين بشكل كامل . ولا زالت الرغوية في هذا السياق غير مدركة تماماً . ويفضل أن توضح هذه التصنيفات / حتى الآن / في أفضل الحالات ، أدوات مؤقتة للحصول على معرفة متقدمة .

والأمل يحاربنا في أن يتمكن الوجدان الرابع Dam IV لجمعية الطب النفسي الأمريكية ، الذي ينتظر أن ينشر هذا العام ١٩٩٣ أو في بداية العام القادم ، من إيجاد الحلول المناسبة لشروط الصلح والتماس ، وهي مهمة غاية في الصعوبة ، لا نستقد بإمكانية توفرها في المستقبل القريب ، ولكننا نتقصد أن الاستمرار في البحث العلمي ، وبخاصة في تلك الدول التي لم تهتم بعد بقضايا أنظمة التصنيف ، والعمل أكثر لأخصائهم نظم التصنيف للتغيرات الاجتماعية والثقافية وعلى مستوى عالمي ، يساعدان إلى حد بعيد في حل الكثير من مشكلات التصنيف التي يعاني منها

ولعل باستطاعة ما يعرفه اليوم بعلم النفس الثقافي وما يرتبط به من مفاهيم
أكاديمية تولي مهمة كهذه ، ودفع أنظمة التصنيف والتشخيص باتجاه آفاق
جديدة .

الاضرابات النفسية

Symptoms

تشير الاضطرابات دائما الى مشكلة نفسية على مستوى علاقات الفرد بذاته أو
بجميعه من درجة ما ، تنطلق من فشل القسوة وتخلقه عن مواجهة مواقف حياتية
معينة ، وتتشكل بالنتيجة أسلوب الشخص في الرد على صراعاته واحتياجاته بشكل ما
يصطنعه هذا الأسلوب من معانٍ ومظاهر ، منها ما هو واضح على مظهر الشخص ،
ومنها ما يجر منه رمزية عن طريق الحركة أو اللغة أو المعركة أو الاتصال ، ومنها ما هو
مزيج بين ذلك . وما لا جدال فيه هو أن الاضطراب ليست أمرا فاسدا وإنما أداة
ومحاولين للأشخاص ، أو لاستجابات ومشكلات نفسية ، وتكتسب مفرقتها الحقيقية
في تلك رموزها وتفسيرها ، ومن ثم تقضي ما يقف وراءها من مشكلات تكيفية .

تتفق مع فكرة تصنيف الاضطرابات طبقا لمنشأها الاجتماعي ، فهي إما مدفوعة
الأساس أو نفسية الأصل ، ولكننا نفضل الحديث عن الاضطرابات طبقا للجانب الذي
تسود فيه . وبذلك يكون لدينا :

١ - الاضطرابات النفسية :

يستند على الاضطرابات السلوكية من خلال ما تتركه من آثار على
مظهر الشخص العام ، فالملبس الذي لا يتوافق مع العمر ، أو مع الجنس والأفراح
والمبالغة في الأناقة والتجميل ، والاستخدام المبالغ فيه للسلوك ، مثلما الأفراح في
الاهمال والبورعيرية النمطية ، تشكل أدلة على وجود الاضطرابات لدى الشخص
المعني .

كما أن تباين الرغبة والتجاهل ، التي تظهر النيرت والتم والانشاء ، والمواد

الذي يعيق بالمعين ، والدمع الذي يلزمها ، والصوت الذي لا يكاد يسمع ،
والكتفين المنكوبين ، والحركات الجسدية الأخرى ، التي ترافسق الحديث أو
التواصل الفكري مع الآخرين ، أدلة أخرى تقترب أكثر بصاحبها من الاضطراب .
وقد تشارك عضلات الوجه والحواس وحركات جسدية معينة - بنشاط يعبر
بوضوح عن مزاجية انفعالية متقلبة . وقد يكون الأمر على عكس ذلك ، بحيث
يشير الهدوء والتشنج في حركات الوجه إلى جمود انفعالي ، يرمز إلى صعوبات
انفعالية ، وسلبية وشرد . وفي حالات أخرى تتناقض فيها حركات الوجه أو
اليدين التعبيرية مع موضوع الموقف نفسه . بالإضافة إلى حالات يتابع فيها
المضطرب شخصا آخر مقلدا حركاته وإشاراته . . .

٢ - أعراض اضطرابات اللغة :

القدرة على استيعاب اللغة والتكلم بها ، لا يأتي من خلال انتظام الكلمات
والرموز اللغوية ودلالاتها في جمل دالة على مظاهر الوجود فقط ، وإنما نتيجة
شبكة من التفاعلات الجسدية والعصبية والنفسية والعقلية والثقافية . . . وبالتالي
فإن أعراض اضطراب اللغة هي أعراض لهذه المتغيرات وتفاعلاتها كلاً أو جزءاً .
تأخذ أعراض اضطرابات اللغة واحدة أو أكثر من الأشكال التالية :

- الاجرافيا *agraphia* فقدان القدرة على الكتابة .
- الامكسيا *Alexia* فقدان القدرة على القراءة .
- الاميميا *Amimia* فقدان القدرة على محاكاة الإيماءات .
- الأارثريا *Anarthria* عدم القدرة على التلفظ بالكلام .
- الأفونيا *Aphonia* عدم القدرة على إحداث أصوات محددة .
- الأوتواجنوزيا *autoagnosia* عدم القدرة على التعرف على أجزاء الجسم ،
أو تعريفها .

— الاجنوزيا Agnosia عدم القدرة على تحديد الاحاسيس .

— التأتأة الحرفية : استبدال حرف بآخر عند النطق بالالفاظ بشكل دائم .

— التلعثم : اضطراب يحدث في حالات الانفعال والتوتر الشديدة ، توقف الشخص عن الحديث بشكل مفهوم .

— التمتمة : يضطرب فيها التسلسل المنطقي للكلام وقد تكون عرضية أو دائمة . وقد تكون التمتمة تشنجية بحيث يظهر الكلام بشكل العجاري .

وقد تظهر اضطرابات الكلام عن طريق للتورية Punting التي يتمسك فيها السمع بشكل كثيف وتردد الالفاظ بألية مكررة ، أو عن طريق كلام (السلطة) Word Salad وهي الفاظ وكلمات متناثرة وتماير غير منطقية دون أية رابطة . إننا أقرب الى الثرثرة خالية المعنى . وقد يختزل الكلام الى درجة تشوه قواعد النحو والصرف فيه ، وتختلف الكلمات بشكل لا يرتبط مع الواقع بأية صلة ، وتعرف المعاني بحيث لا تستخدم بما هو متفق عليه من حيث مدلولاتها .

ويعد التكرار النمطي للكلام من حيث البدايات المتشابهة ، أو النهايات المتشابهة وما يرتبط به من سهولة كلامية لا يبررها الواقع وتغلو من أية وظيفة موقفية ، أعراضاً واضحة لوجود الاضطراب . كما يعد الصمت قمة اضطرابات الكلام ، حيث تسجن انانية وتمتقل ، وتفتيب القدرة الارادية على الكلام . ويمكن التمييز بين الصمت المصطنع وبين الصمت الإرادي تبعاً لأمور سيكولوجية يدركها المتخصص .

٣ - أعراض الاضطرابات المعرفية العقلية :

تحدد المعرفة ، كنتائج لعمليات عقلية ومعرفية ، آفاق ومستويات تكييفاتنا في سياق حياتنا اليومية ، فمن طريق تمثل ومطابقة الواقع نعي ما يدور حولنا ، على قاعدة من الفهم تسمح لنا بالمركبة الفاعلة المنتجة في البيئة المحيطة . ويستند على الاضطرابات المعرفية من الاعراض التالية :

٢ - اعراض اضطرابات الادراك :

تتمركز الاعراض هنا على عملية اعطاء المعنى للمحسوسات والتعرف على ماهيتها وحيرونها ، وفق مقتضيات السلوك . ولقد اتفق على اسمائها بما يلي :

١ - الخداع الحسي Illusion :

حيث تدرك الظواهر بأساليب خاطئة وبمبالغة تبعد الواقع عن معناه الحقيقي .
فالجبل المتدلي يقدو ثعبانا ، وكأس الماء محيطا هائجا ، وعود الثقاب المشتعل حريقا فتاكاً . وقد ينتج الخداع الحسي أشتكالا أخرى من مثل الحساسية الشديدة للمثيرات ، وفقدان القدرة على تقدير درجتها في الواقع ، كالاستجابة لاصوات هادية بأصوات ما تتطلبه في الواقع (يصبح قرع الجرس أو دقات الساعة أصوات يصعب على المضطرب تحملها) . وقد يلتقط الشخص تحت تأثير الخداع الحسي معاني خائفة لأحداث أو كلمات تقال حوله ، وبخاصة عندما لا تكون مصنوعة كفاية ، فيتولى هو عملية تحليلها وتفسيرها .

٢ - الهلوس : Hallucinos :

إذا نتج الخداع الحسي عن ادراك خاطئ ، ولكنه بوجود واقعي ما . فإن في الهلوس ادراك كاذب من ألقه إلى يائه . انه ادراك وهمي لا يعتمد على مثيرات حسية خارجية . وهكذا فبيد ان هذه الهلوس هو الوهم والخيال وأدواتها الحواس عند الشخص وبالتالي فقد تأخذ شكلا من الاشكال التالية :

١ - هالوس سمعية : Auditory : كان يسمي المضطرب أصواتا متدرجة في الشدة يستجيب لها وفق درجة اضطرابه ، الى حد قد يرقص في مآسهم استجابة لموسيقا يسمعون من وهمي اضطرابه .

٢ - هالوس شمونية : Olfactory : كان يسمي رائحة لا تعكس واقع الحال ، وربما شم رائحة كريهة جدا في صالة لبيع الزهور الجميلة ، أو على العكس من ذلك شم رائحة جميلة في مكان مبعوثه الروائح الكريهة .

— أو فوهية Gustatory : فالطعم الحلو يصبح مرا ، والحامض يتحول
مالحاً وهكذا

— أما الهلاوس البصرية Visual فيتمرض فيها الشخص لرؤية أشكال
لا وجود لها في الواقع ، تنوع بتنوع حالة الاضطراب ودرجة شدته . فمن فتاة
جميلة فاقصة الى شيخ يهاجم المضطرب بين المجموع .

وتتضمن الهلاوس اللمسية Haptic ادراكات كاذبة تتركز حول الجسم
بشكل خاص ، كأن يشعر المريض بحيوانات تزحف على جلده أو بشر يداعبونه
في أماكن ممنوعة أو يعضونه . ولا يقف الأمر عند هذا الحد بل يصل الى
الاحساس بأنهم يقطعون أذنه ، أو يرمون أنفه الجميل .

وتعد الهلاوس الحسية العنصرية (Visceral) من أعقد أشكال الهلاوس ،
لانكاسها في حال تمكنها من المضطرب على نموه وتغذيته . حيث تتركز هنا حول
أعضاء الشخص التي يهددها الآخرون ، وبخاصة المسجون . أو الاعداء الذين
يتآمرون فيأخذون جهاز الهضم كله ليستخدمونه أو ليبدلوه . وفي هذه الحالة
لن يستطيع تناول الطعام ولهذا فهو يتوقف عنه منتظراً فرج الله وعودة جهازه اليه .
ولعل أعضاء المريض في هلاوس أخرى خير مكان آمن لإقامة العفاريات أو الشياطين ،
وتضاف الى الهلاوس هذه هلاوس ما قبل النوم حيث ولاسباب متعددة يرى
المضطرب أوهاما حسية بصرية عندما يلقى عينيه تتجلى وحسب حالته النفسية ،
أشكال بغيضة ، قبيحة ، حيوانات ، أودية أو أشجار تتحرك .

وقد تعاني عمليات الاحساس من اضطرابات تلمح الاذى وتؤدي في حالات
الى ما يسمى الحس الزائف ، وهو احساس مزيف وأشكاله : فقدان الاحساس
بأحد الأطراف دون وجود سبب لذلك ، وفقدان التحسس أو العجز عن ادراك
شكل موضوع كان معروفاً من قبل ، والتخدير وهو التغييب التام للحساسية .
كفقدان الحس في طرف من الأطراف . وكذلك الأبرام والزيادة الشاذة للاحساس .

بالحرارة أو البرودة أو اللمس • وحالات المحس المختلط Synesthesia حيث يدرك
مثير معين في مجال عضو محس معين من قبيل عضو محس آخر - تدرك الموسيقى على
أنها ألوانا ويدرك اللون على أنه صوتا • •

ب - اضطراب الحواس الخمس وإدراك التفكير :

يعتمد التفكير من أرقى أنماط السلوك الذي يقوم به الإنسان ، حيث يعكس
العلاقات والروابط بين الظواهر أو الأشياء أو الأحداث في وهي الإنسان • ويتألف
من مجموعة من العمليات العقلية التي يتم بها تشابه : المقارنة والتصنيف والتنظيم
والتمييز والتعميم والارتباط مرة أخرى بالمشعوسات والتنطيل والتفكيك والاستنباط
(الاستنباط ما ينطبق على الكل ينطبق على الجزء) والاستقراء (التوصل إلى نتيجة
عامة من ملاحظة حالات جزئية) •

يطال الاضطراب هذه العمليات وتبدو الاعراض في أية مرحلة منها وقد تأخذ
الاشكال التالية :

- اضطرابات التفكير : من تسرع في تعاقب الأفكار ، وانتقال غير
منظم وغير وظيفي من الخيال والتصورات إلى الذكريات ، والمحاكمات السرد
إلى درجة هروب الأفكار وتعقب المريض لها دون جدوى •

- وقد يكون الأمر على العكس من ذلك فيصاب التفكير بالجمود ، ويشعر
المضطرب بالتراخي الذهني ، حيث يقل وجود الأفكار لديه ، ويفقد المبادرة للحديث ،
وحتمى إجاباته تكون متقتضية إذا ما طلب منه أن يجيب •

- التفكير الخيالي : يعجز عن إدراكه يميز الإنسان عن التمييز بين الواقع والخيال ،
فيبدو التفكير مختلفا وتسلط عليه الأفكار الخيالية •

ويتعرض التفكير إلى اضطرابات في سياقها حيث يظهر التفكير اللغوي :
يفقد المضطرب القدرة على التمييز بين الأفكار أو الموضوعات الهامة والتافهة منها •

... التفكير غير المنطقي : يفقد الترابط المنطقي في تفكير كهذا ، ويشوش السياق الفكري بأكمله ، حيث يفقد المضطرب التنسيق فيتوقف فجأة ويماول أن يكمل ... وهكذا .

... هشمو الأفكار : حين يربط المضطرب بين أفكار وأحداث غير مترابطة .

... التفكير الوهمي أو الوسواسي : يتميز بتكرار الأفكار ذاتها بشكل رتيب وقهري مع معرفة تامة ذلك وملل المستمع منه . كما يضطرب محتوى التفكير ويظهر ذلك من خلال التفكير غير الواقعي الذي يذهب بصاحبه شيئا فشيئا بعيدا عن الحقائق . وما يميز الجانب المرضي في هذا التفكير هو استخدامه بشكل نمطي واعتماده وسيلة في حل المشكلات .

وقد يضطرب مفسهون التفكير من خلال فصم التفكير عن الأفعال وعدمه التوافق بينهما ضمن السلوك الواحد .

... الأفكار الهذلية : تنسم الأفكار الهذلية بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها ولا يمكن أن يطالها النقد أو المعاكمة أو الاثبات فهي (بداهة داخلية) تعبر عن اضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد . تؤثر الأفكار الهذلية بعمق في الفرد وتوجيه سلوكه وكل أفعاله . تكون الأفكار الهذلية شخصية فلا يشارك المريض فيها أفراد آخرون من الانتماء العرقي والثقافي الاجتماعي نفسه ومن العصر نفسه والعصر نفسه والمعتقدات نفسها . بحيث لا يمكن عد بعض المعتقدات التقليدية والخرافية والناجمة عن الجهل أو الوسط الثقافي هذيات (كالاعتقاد بالسحر) بينما قد تكون هذلية فعلا في ظروف أخرى .

تكون الهذيات دائمة أو عابرة ، وحيدة أو متعددة ، ثابتة أو متبدلة ، وتفسر بكونها تنجم عن آليات اسقاطية لاشمورية تعبر الشخص من أحاسيس وعواطف مرعبة . فينسبها الى أشخاص آخرين .

يمكن تقسيم الأفكار الهديانة ، الى مجموعات ثلاث (٥٥ - ١٩٨٦ - ٧٣)
٧٥) :

١ - الأفكار التفسيرية الهديانية :

١ - هذيان التحقق : يعتقد المريض أن أشخاصا يراقبونه ويلاحظونه قصصه
قتله أو الاساءة اليه ويشكو من أضرار واعتداءات تلحق به وبأهله وأسرته ،
وأنهم أهل أس مسيحية دعواه بتلقيه تهديدات وشتائم كما يقوم بتأويل خاطيء لبعض
الوقائع والملاحظات .

٢ - هذيان التأثير : يعتقد المريض بوجود قوى خارجية تؤثر في أغسكاره
وأحكامه أو أقواله أو أفعاله أو إرادته ويمزو ذلك الى التنويم المغناطيسي أو توارث
الخواطر أو قوى شيطانية أو الهيبة .

٣ - هذيان العلاقة : هذيان تأويلي يعتقد فيه المريض بأن كل ما يحدث حوله
يتعلق به ، فالتناس يتحدثون عنه ويسخرون منه ويتخامزون عليه ويضربون به
منه مما يدفعه الى تجنب الأماكن العامة والحرب من الاختلاط بالناس .

٤ - هذيان التسمم : حيث تؤيد لدى المريض قناعة راسخة بوجود من يريد
أن يسمم له السم لذلك يرفض تناول الطعام والأدوية ويراقب الآخرين خوفاً أن
يقوموا بتسميمه ويشترى ويعد لهامة بنفسه . . . الخ .

٥ - هذيان الاساءة المادية : يحصل المريض القناعة بأن من حوله يفرمون
بإختلاس أمواله وسرقة ثيابه وأثاثه . وأن بعضهم يتلقى مرتبه ويتركه في جيبه
عوز وفقر . . . الخ .

٦ - هذيان السحر : يعتقد الشخص أنه ضحية سحر أو تعاويذ سحرية ،
وأنه قريب سحراً أو فقد قوته أو إرادته أو أن الهيبة مسجورة مضيق في بيته
. . . الخ .

٧ - هذيان الاتهام : يجعل المريض قناعة خاطئة بأن من حوله من أشخاص يتهمونهم بارتكاب جرائم ومخالفات ويعتقدون بأنه لص ومنصرف وفاسد أخلاقيا إلا أنه لا يستطيع إثبات براءته ، وخاصة لو جود من يقوم بتزيف الحقائق .

٨ - هذيان الغيرة : هذيان عاطفي يجعل المريض يعتقد بخيانة زوجته ، ويبنى على أساس وقائع قاصرة لا معنى لها وبنينا متناقضا يجد فيه دليلا خاطئا لا يقبل الشك على الخيانة الزوجية .

ب - هذيانات المعتقدات :

١ - هذيان الاختراع : يكون المريض مقتنعا بأنه توصل إلى كشف هام واختراع سيقير مصير البشرية أو أنه تمكن من صياغة نظرية اجتماعية ستحقق الرخاء والسعادة وتحل كل مشكلات المجتمع . الخ ويسمى في هذه الحالة هذيان الإصلاح .

٢ - هذيان الانتماء : يعتقد المريض بأنه لا ينتمي إلى الأسرة التي يعيش فيها بل هو ابنها بالتبني بينما والداه الحقيقيان هما من كبار الاغنياء أو من عظماء الناس ومن النبلاء أو الملوك . الخ

٣ - هذيان الثروة : يدعي المريض بأنه يملك ثروات هائلة وأراضي شاسعة وقصورا فخمة ومناجم ذهب ويمد بتقديم مساعدات وهدايا إلى أفراد محيطه . الخ

٤ - هذيان الهوس الشهواني : هذيان عاطفي يعتقد فيه المريض خطأ بوجود شخص موله بحبه سواء أكان هذا الشخص خفيا أم متواجدا بمحيطه ، فيكتب الرسائل الزامية وينسحب عن عشقه ويفسر كل حركات ومسكنات هذا الشخص بأنها علامات ودلائل على حبه ، وقد يعتقد المريض بوجود عدة عشاق له .

٥ - هذيان التعاطف والخيلاء : يجعل هنا هذيان المظلمة إلى اقصاد فيقتنع

المريض بأن كل أموال العالم ملكه وكل أطفال الأرض ابنساؤه وأنه كتب كل
السموات وكل الكتب وأنه يسكنه تحقيق المعجزات والتحكم بالكون .. الخ :

ج - الانكار الهلواني الصغارية (اليهودية ، السلفية) :

١ - هذان الصغار والاثام الذاتي والذنب والخطيئة : يكون المريض مقتنعا
بتفاهة قيمته الذاتية فيعتقد بأنه غير جدير بالحياة ولا بأي شيء يقدم له من طعام
أو شراب أو لباس ، بل يظن أنه ثقل على الآخرين وأنه يعتدي على حقوقهم وأن
وجوده خطر على العالم ويرى أن ماضيه حافل بالضحايا والجرائم والمصرات ، وأنه
أساء إلى أقربائه وإلى سعادة الآخرين وأنه لا يستحق إلا الألم والعذاب والعقاب
ويقتنع أن هذا العقاب حتمي وآت لا ريب فيه .

٢ - الهذيان المراقية : يعتقد المريض جازما بأنه يعاني من مرض خطير
(كالسرطان ، أو السيليليس) وأن الداء يسرح في كل جسده ولم يبق له إلا القليل
من الزمن للحياة فدمه يتجمد ومعضلاته تنفخ بينما تسري الجراثيم في كل أنحاء
جسده أو تنسد أمعائه ويميز عن الأكل والافراز .

ومن الأنواع الوحشية لهذه الهذيان - هذان الانكار حيث يؤكد المريض
بأنه فقد أحشائه وأن دمه تبخر وتوقف قلبه عن النبضان والعضت عظامه بل وأنه
لم يعد موجودا إطلاقا وأحيانا يمتد هذان الانكار إلى العالم الخارجي بحيث يدعي
المريض أن الشمس قد اختلفت وأن العالم بطريق الفناء وأن الأرض انهارت
... الخ .

ج - أمراض الصغار الهذيان المعاكمة :

المعاكمة وظيفة عقلية تسمح بتكوين المعطيات الحسية والمقلية وبالربط والمقارنة
بين العناصر المرفقة والبالائق المنطقية التي تنظمها . تنبني المعاكمة على تجربة
الشخص المتكاملة وقيم ومعتقدات محيطه ويأخذ اضطرابها الأشكال الآتية :

١ - تسرع المحاكمة : يبدو ذلك لدى الهوسي ومتناول الكحول حيث تسهل لديهم المحاكمة وتكون سريعة وتبدو منطقية ومنجاسة الا أنها في الحقيقة تكون سطحية ولا تتناول الموضوعات المعقدة والمجردة .

٢ - تدني المحاكمة : آ - قد يكون عابرا ومتراجعا ، مثلما يحدث في التخليط الذهني حيث يشاء الفكر التجريدي وتتدنى قدرات التمييز والاختيار بين المعطيات المختلفة . وغالبا ما يكون المريض مدركا لاضطراب أفكاره وتباينها مع أقواله وأفعاله ويبدل جهدا فاشلا للسيطرة على سياقه الذهني .

ب - وقد يكون متدرجا نهائيا وشاملا : فتظهر اضطرابات المحاكمة باكرا وتشاهد بخاصة في الفصام حيث يشاهد : لا انسجام فكري ولا منطقية وهذر .

٣ - شذوذات المحاكمة : نشاهدها بخاصة في الحالات الهذلية التي تتميز بمعتقدات وقناعات شاذة ولا تخضع لسياق منطقي واقعي ، بل ان المريض يعترف بالواقع ودلالات الأحداث حسب آلياته النفسية المرضية .

آ - العقلنة المرضية : يشاهد لدى الفصامي الذي يتبع عقلنة منهجية باردة شبه منطقية وتكون محاكمته متناسقة ومتمايزة ، الا أنها مفردة التجريد غائصة ومنغلقة .

ب - معجبة المنطق : حيث يفقد الترابط المنطقي ويقدم المريض بمحاكمات مبنية على استنتاجات خاطئة غالبا ما تكون خالية من المعنى وضعيفة ، مثلا : لقد فشلت في دراستي لأنني كنت أفرط في تناول الحليب ، أو أنني موجود بالمستشفى لأن والدي يعمل محاميا .

ج - التأويل : يبحث الانسان طبيعيا عن تأويل الظواهر والاحداث التي تتم حوله ويسعى الى تفسيرها وربطها بظواهر واحداث أخرى ويكون ذلك مبنيا على تجربته ومعارفه .

أما في علم نفس الشذوذ فتطلق تسمية التأويل على حكم واستنتاج خاطئين ينطلقان من ادراك سليم . فالهذيان يركب ما يجمعه من معطيات ادراكية حسب استعداداته المرضية الهذلية ويدخلها في منظومة متناسقة قد تبدو منطقية لأول وهلة الا أنه سرعان ما تظهر ثمراتها وفجواتها سواء في الاحداث ذاتها أو نسبة للبيان النفسي للمريض وأسلوبه في المحاكاة . لكن قناعة المريض لا تنزع حتى عندما يواجه بهجج دامغة تشكك في استنتاجاته أو تثبت خطأه .

تشاهد النزعة التأويلية في عدة الماخذ هذلية وعندما تغلب الآليات التأويلية تطلق تسمية (الهذيان التأويلية) على هذا النوع من الهذيان .

د - امراض اضطرابات الذاكرة :

الذاكرة هي العملية العقلية التي يتم بها تسجيل وحفظ واسترجاع الخبرة الماضية ، وتتضمن أربع عمليات : ارساخ الانطباعات واستبقائها واستدعائها والتعرف عليها ، وللذاكرة أنواع : الذاكرة الحسية (بصرية - سمعية - لمسية - شمعية وذوقية) وذاكرة حركية وانفعالية وذاكرة لفظية منطقية . ويمكن أن تكون الذاكرة وفقا لاهداف النشاط : ارادية أو غير ارادية .

كل أشكال الذاكرة يمكن أن تكون قصيرة أو بعيدة المدى ، وقد تكون امراض اضطراب الذاكرة واحدة أو أكثر من الاشكال التالية :

هـ - الذاكرة : حيث يستطيع المضطرب سرد تفاصيل دقيقة جدا ومملة في معظم الاحيان عن حياته ، وبخاصة عندما يرافق ذلك فرط الذاكرة الذي يستبدل عليه من خلال سيل من الذكريات يستحضره المضطرب ويمرده في وقت قصير .

١- فقدان الذاكرة amnesia الذي قد يكون كلياً بحيث يسهل المضطرب عن تذكر أي شيء ، أو فقداناً جزئياً بحيث ينسى ولاسباب صادمة جزء من ذكرياته .

٢- فقدان الذاكرة الامامي anterograde - amnesia لا يستطيع المريض استيعاب أو استرجاع المعلومات الجديدة على الرغم من انه يستطيع استرجاع المعلومات القديمة .

٣- فقدان الذاكرة الخلفي retrograde - amnesia حيث يسهل الشخص عن تذكر المعلومات والتعرف على الاحداث الذي كان يراها سابقاً مع انه يتذكر ما وعيه بعدها .

٤- فقدان الذاكرة التدريجي - حيث تبدأ قدرة المضطرب على التذكر بالتراجع شيئاً فشيئاً ، من خبرة حديثة إلى أخرى أقدم . . . وهكذا .

٥- تعطل الذاكرة الآلي : حيث يتفقد المضطرب القدرة على استيعاب المعلومات وإرسالها بشكل كامل والفترة معينة من الزمن ، ليسود بعد مدة قد تطول أو تقصر تمت تأثيرات متعددة إلى حالته الطبيعية .

٦- الذاكرة التعريفية الباراميتريا Pararonesia : حيث يعرف الفرد الذكريات السابقة المألوفة . ومن أمثلة ذلك ظاهرة الرؤية السابقة وهي خبرة شائعة حيث يشعر الفرد ان ، ما يواجهه هنا والآن قد واجهه قبل ذلك . وقد يكون هذا الشعور قوياً ومتناسقاً متى عندما يعي الفرد أن الحدث جديد بكل ملامحاته .

٧- فقدان الذاكرة الاصطناعي : حيث يتعلق عدم القدرة على التذكر بأنماط محددة من الذكريات أو الاحداث .

٨- ضغط التثبيت (التسجيل) في هذه الحالة يجب عن تثبيت معلومات جديدة مع الاحتفاظ بالمعلومات السابقة .

١٠ فقدان الذاكرة الدوري : عدم القدرة على التذكر بشكل طرقي مؤقت حيث لا يستطيع أثناءها تذكر أي شيء يحدث ، ولكن فقط في هذه الفترة التي قد تأتي دوريا مع احتفاله بالقدرة على تذكر ما قبلها وما بعدها .

١١ التباس الذاكرة : القدرة هنا على التذكر كافية ولكن اللبس والضعف يكمنان في وضعها ضمن سياقها الزمني والمكاني .

١٢ الهذر : اختلاق ذكريات لم تحدث والتحدث بها على أنها وقعت وعاشها المضطرب بكل تفاصيلها .

١٣ اشتباه الذاكرة : يميز الفرد عن التمييز بين أحلامه وخیالاته وبين محتويات ذاكرته ، فيسرد محتويات الأحلام على أنها أحداث تعوقها ذاكرته ، وعن الواقع على أنه رؤى في الأحلام .

١٤ التعرف الخاطئ : الاعتقاد عند مواجهة موقف ما بأنه سبق للمضطرب أن واجهه أو عاشه .

١٥ أعراض الاضطرابات الانفعالية : الوجدانية :

تتميز سلوكنا اليومي بكثير عمليات انفعالية وجدائية مغمسة بالنشاط وتغطي ساحات حياتنا وأنشطتنا المختلفة ، بحيث لا يكاد يخلو نشاط نقوم به من انفعال ما أو من أثر وجداني يتبادر في رد فعل نستجيب به .

يلتح هذا الوجود الانفعالي المكثف ، أمام المشتغلين في العلوم السلوكية بمهمة ، وبالتشذوذ النفسي بخاصة ، اشكالية يصعب تجاوزها بسهولة عند سطوة وضع معايير لهذا الوجود سواء تعلق الأمر بعملية الانفعال أم بنتيجته ، بطبيعته السوية أم الشاذة . وذلك لأن استجاباتنا الانفعالية ، كما ولوعاً لا تطفح لتغيرات ثابتة يمكن التنبؤ بها الى حد بعيد ، وبالتالي فإن ثبات الانفعالات ، ومعرفة الحدود بينها والتمييز بين السوي وغير السوي منها ، يتطلب معرفة عميقة بشروط نمو الفرد ودراية بأطره المرجعية الثقافية والانفعالية والاجتماعية وأحياناً الفسيولوجية .

فالحب - الغضب - الفيرة - الكره - العقيد ... انفعالات نكتسبها -
 نطورها ، تنمى بها ، تتغذى عنها ، ضمن معادلات شخصية وثقافية غير ثابتة ، وهي
 معرضة للتقدم أو للتراجع أو للتبدل في موضوعاتها أو اتجاهاتها ... من هنا فإن
 ما نحبه اليوم بقوة قد لا يكون كذلك بعد حين ... وما نكره اليوم قد تتسامح
 معه ، وكذلك ما أغضبنا بشدة في مرحلة المراهقة قد لا يثير فضولنا في مرحلة الرشد ،
 وينطبق ذلك على اتجاه سلبي كان قد تشكل في ظل دور اجتماعي كنا نقوم به ،
 يتحول إلى اتجاه إيجابي في ظل دور جديد يوكل لنا ...

مع هذا التداخل الواضح ومع هذه الصعوبة البولية ، فقد تمكن علم الشذوذ
 النفسي من تحديد الكثير من الأعراض التي تشير إلى شذوذ من درجة ما في الحياة
 الانفعالية - تجعل من صاحبها شخصية مضطربة تسهل معرفتها ، ينفصها كوفيل
 وآخرون في كتابهم علم نفس الشواذ (١١ - ٣٥٠ - ٣٥٢) بالآتي :

الانماط الانفعالية الشاذة : تصبح الشدة الانفعالية التي لا تخضع للضبط
 ذات خطورة عندما تؤدي إلى احتمال إيذاء الذات أو الآخرين ، والانماط الانفعالية
 التي تعتبر شاذة لأنها لا تتلاءم مع أحد المحركات السالفة الذكر هي :

الوجدان غير الملائم : من أعراض الانفعال المضطرب أن نجد هوة كبيرة بين
 طبيعة الانفعال وبين الموقف نفسه ، مثلما نجد شخصا يضحك في موقفه موزن .
 وعدم ملاءمة الانفعال - بصفة عامة - خاصية في السلوك الذهاني ، إلا أن حدوثه
 بصفة وقتية لا يعد دليلا على اضطراب في الشخصية .

الوجدان الشديد الجمود : وهو ثبات حالة وجدانية معينة على الرغم من
 حدوث مشير يستثير عادة استجابة انفعالية مختلفة .

الثنائية الوجدانية : وهي وجود مشاعر متناقضة تجاه نفس الشخص أو نفس
 الموضوع . وهذا المفهوم من المفاهيم الأساسية في نظرية التعليل النفسي ، ويشير
 إلى أن الثنائية الوجدانية تميز كثيرا من مشاعرنا العميقة .

القلق: وهو حالة من التوتر مرتبطة بالقلق والهموم ومشاعر الذنب والاحساس بانعدام الامن ، والحاجة الى الحماية ، والقلق ، في غالبية ، استجابة توقعية ، والعامل الدينامي المثير لهذه الحالة لاشعوري ، واذ لم توجد لدى الفرد درجة من القلق مرتبطة بالواقع ، فسوف لا يهتم بأحداث المستقبل التي هي ضرورية لهيئته . ولكن القلق المرضي يضر الفرد ويؤدي الى الشلل في أفعاله وقراراته . وهو مصحوب عادة بأعراض سيكوسوماتية مثل الحرق المصيرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعدية (مثل قرحة المعدة) وسرعة نبضات القلب . والقلق هو المرض المشترك في كل الحالات النفسية المرضية .

التبلد : وهو عرض يتميز بضعف الاستجابة الانفعالية أو بنهايتها تماما في المواقف التي تتوقع أن تستثير انفعالا .

الاكتئاب : وهي حالة تتصف بالكآبة والفسه . وهي مصحوبة عادة بكدهور حركي وشعور بالتفاهة أو بالذنب والفرح من كآثة مصدقة ، وقد يكون الاكتئاب خفيا أو عميقا ، وقد يؤدي في حالاته الحادة الى محاولة الانتحار .

فرط الابتهاج : وهو شعور شديد ومنوط بالسعادة ، والصورة المتطرفة للابتهاج غير الملائم هي حالة النشوة euphoria ، وهي عادة مرضي ذهاني .
التغير الانفعالي : وهو عرض نرى فيه المريض يظهر عدم ثبات في الاستجابة الانفعالية وقابلية شديدة للتغير . والصورة التي نراها عادة هي « حالة تأرجح المزاج mood swing » حيث نجد الفرد ينتقل بسرعة من حالة انفعالية حادة الى أخرى .

مشاعر الذنب الشاذة : ومشاعر الذنب استجابات انفعالية يعبر الفرد من خلالها عن شعور باللوم الشديد عن أفعال أو رغبات أو أفكار أو دوافع تتناقض مع معايير الاخلاقية ولم يكفر عنها بعد وقد لا تظهر هذه الاستجابات المعتقد فقط في الشعور كأعراض ظاهرة ، ولكنها قد تكمن أيضا في الاشعور حيث تعمل كمسببات لأعراض أخرى مثل القلق والتهور والوسواس والمخاوف المرضية .

الاستثنائية : وهي الميل للاستجابة المفرطة المواقف بدرجات متفاوتة من
الغضب أو فقدان الصبر . وتختلف هذه الحالة من الشكوى المتكررة بالغضب
للأحداث الناجمة إلى العنف الشديد في المزاج الثائر .

الاضطرابات الوجدانية : تعرف الحاجة الطبيعية للمحب وللمعاطفة بطرق
متعددة . فقد لا يستطيع الفرد أن يعطي المحب أو يتقبله ، أو قد يكون شديد
الحاجة للمحب ولا يميز في علاقات حبه . وهذه قد تنتج من مشاعر لا شعورية
في أساسها بالكراهية أو التلق أو انعدام الأمن ، هذه المشاعر التي تشكل أنماطا
دائما تكونت منذ الطفولة المبكرة . وهناك تعريف آخر في التعبير الوجداني وهو
الغيرة . وعلى الرغم من أن الغيرة الموقفة قد ترتبط بشدة مشاعر الحب ، إلا أن
استجابة الغيرة الدائمة مرضية وتدل على انعدام الأمن وعلى الثنائية الوجدانية في
علاقة الحب .

٥ - الاضطراب العنكبتي :

ترافق هذه الاعراض آلية الضبط السلوكي ، عندما تعاني هذه الأخيرة من
اضطراب ما ، مؤسس بالتأكيد على خلل في أجهزة التحكم الإرادية أو اللاإرادية
لدى الشخص ، وقد ظهر على هيئة :

• وهفوة : تتجلى في حركات مبالغ بها غير مبررة واقعا ، ومتعددة من
الضبط الإرادي ، تنتج عن توتر نفسي شديد .

• عدم الاستمرارية العنكبتي : يتجلى بحركة دائمة واتهامات جسدية غير
مريحة ، لا تتوافق مع المعرضات البيئية التي تسببها ، وقد يصل الأمر إلى مرحلة
الوساوس ، حيث الحركات الاستمرارية والأفعال العدوانية ، التي تعرضها أساسا
لنوبات غريزية .

فيما سبق من أعراض حركية ، تمت الإشارة إلى المبالغة في تصرف الطاقة
الحركية . ولكن ضمن الأعراض ذاتها فانه بالمقابل تعرض الطاقة الحركية وما يصير

منها إلى بدء شديد ، بل جمود يرافقتها لجم ذهني وخيالي وخجل ، قد يتطور إلى درجة الذهول ، حيث فقدان القدرة على الحركة . . وفي بعض الاضطرابات تتعرض الطاقة الحركية إلى حالة من التثقيب كلاً أو جزءاً بحيث يستبدل الشخص الحالات الحركية الطبيعية بطقوس حركية تخشبية شاذة ، كأن يقف المريض لوقت طويل على قدم واحدة ، أو يأخذ وضعية طائر ، أو وضعية سمكة تسبح .

الحركات الثانوية : حركات شاذة لا وظيفية تتكرر باستمرار وبوتيرة واحدة كحركات الدوران حول الذات وحركات أخرى .

٦ - الرعشة Tic وهي عبارة عن نوع من الحركات السريعة الخاطفة ، تستمر فترة وجيزة تنتج عن تقلص سريع في عضلات الوجه أو الأطراف ، وقد تكون على هيئة تقلصات (spasm) لا إرادية في عضلات الجسم . كرعشة العين ، وتجريبك الأكتاف ، أو لوي الرقبة ، أو شد الأذن أو ملاسة منتظمة للذقن ، أو الشاربين ، والنفيخ والصفير والتمتمة وهز الرأس . هذه الرعشات والتقلصات والتي يطلق عليها المرآت تعود لموامل نفسية عصبية .

٦ - اضطراب الإرادة :

يشير مفهوم الإرادة بالمعنى السلوكي إلى : قدرة الشخص في السيطرة على حقيقته الداخلية ، وتوجيه علاقاتها مع العقائق الخارجية . وهذا يكون الشخص سوي الإرادة هو ذلك الذي يستطيع اتخاذ قراراته وتنظيم أنفعالاته وتعمل المسؤولية عن أحكامه . . يشذ السلوك الإرادي تحت تأثير متغيرات انفعالية ثقافية بيئية عصبية ، ويتدرج من فقدان جزئي للسيطرة الإرادية الواعية ، إلى فقدان كلي لها .

ومن الأمثلة على اضطراب الإرادة (مع التنويه إلى أن اضطراب الإرادة ذاته لا يمكن أن يكون مستقلاً . وهو يسير بدوره مع أعراضه إلى اضطرابات سلوكية يعاني الفرد منها) :

الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية : تسيطر على الفرد أفكار لا منطقية

وغير عقلانية ، لا ترتبط . بهاجاته النمائية ، تلح على الاستمرار ، على مستوى الفكر . اذا كانت أفكارا ، وعلى مستوى السلوك والعركة اذا كانت أفعالا . وما يشير بوضوح الى اضطراب الارادة (في حالات عصائية معروفة) ، هو أن الفرد يعرف أن أفكاره غير واقعية وتسلبه ارادته ، ومع ذلك لا يشعر بالهدوء والاتزان الا بعد أن يستجيب لها وقد تأخذ الأشكال السلوكية التالية (٧٢-٧١-٥٥) :

١- قسم الشخص على القيام في ذهنه بعمليات حسابية أو سرد سلسلة كلمات أو جعل أو قواعد أو ممارسة طقوس ذهنية كعد خطواته أو المنازل أو الاشجار التي يمر بها .

٢- بروز أسئلة وتساؤلات للمنطقية في ذهن المريض ، لا جدوى منها وهي تتكرر قسريا مثل (لماذا هي السماء زرقاء ؟) (لماذا هي الأرض مكدرة ؟) .

٣- بروز مخاوف قسرية لا مبرر لها مثل الخوف من حدوث زلزال أو من انهيار السقف أو من حدوث طوفان أو كارثة . . . الخ وقد ترتبط هذه المخاوف بالرهابات عندما يتعدد موضوعها ويكون ثابتا .

٤- اجترار الشخص للأحداث التي مرت به واستعادتها عدة مرات ومحاكاة نفسه وإنشاء اقتراحات حولها (ماذا لو حدث الأمر بشكل مختلف ؟ أو لو تصرفت بأسلوب آخر ؟) وترافقها مشاعر الندم والخيبة والقلق والفشل والألم والذنب وأحيانا تفاؤل وغبطة مترافقين بالتوتر والقلق وعدم الثقة . وأحيانا ينطلق الاجترار والتساؤلات والشكوك والمخاوف بموضوعات متعددة روحانية ودينية وأخلاقية .

٥- الوسواس الفكري (الفكريات الوهابية) :

حيث يتركز الوسواس حول موقف محدد فيتظاهر بأحاسيس مؤلمة ومحصنة وقلق وخوف وكرب بمواجهة شيء أو موقف محدد . لذلك يحدث خوف متسلط مرتبط بذلك الموقف لا يستطيع الفرد ملحه رغم اقتناعه بمخافته ولا منطقته وإدراكه ذلك إلى أنماط سلوكية تعجبية .

من هذه الرهابات :

رهاب الغلاء : الخوف من المساحات الواسعة .

رهاب الحصر : الخوف من الأماكن المظلمة والضيقة .

رهاب الاعالي : الخوف من الأماكن العالية .

رهاب الاتساخ : الخوف من الاتساخ .

الرهابات الاجتماعية : كالخوف من الشوارع المليئة بالناس

ومن الأماكن العامة والخوف من احمرار الوجه

والخوف من التحدث الى مجموعة من الناس .

رهابات المرض : الخوف من الامراض كرهاب السيفيليس ، رهاب السرطان ،

رهاب امراض القلب .

وتترافق الرهابات بارتكاسات واضطرابات انباتية مع الحصر والقلق والخوف .
الوسواس القهري :

المبول أو الرغبات الوسواسية (القسرية) .

حيث يحس الفرد برغبة فجائية في القيام بعمل مضيف لا مبرر له كأن يمسك
بأذن أحد المارة أو يكشف للعابرين أو يرقص بالشارع إلا أنه لا ينفسه هذه
الرغبات التي تشكل تمييزا لاشهوريا للانطواء وتجنب الاختلاط الاجتماعي .
النزوات القسرية أو رهابات النزوة .

حيث يشعر المريض بدافع (لا يتحقق اطلاقا) للقيام بعمل ما كالقاء نفسه من
النافذة أو نزع ملابسه أمام العاطفين . . الخ .

الاعمال القسرية :

هنا ينفذ المريض أعمالاً تتعلق بأفكار الشكوك والمخاوف والتردد التي تسيطر على تفكيره كالتحقق من إغلاق باب منزله عدة مرات والتأكد من إطفاء الأنوار أو إغلاق الغاز ، أو من وجود بعض الأشياء في مكانها .

٣- الطقوس القسرية :

وهي سلسلة من طقوس يلجأ إليها المريض للتخفيف من وساوسه وقلقه مثل غسل اليدين بالصابون مرات متتالية أو تلاوة جملة محددة قبل النوم أو تهئية الفراش بوضعية محددة . . الخ .

٧- أعراض اضطراب النوم :

يعد النوم حاجة أساسية من حاجات الإنسان لا يمكن الاستغناء عنها ، ويرتبط النوم بتغيرات النشاط الانساني بأكمله ، ولذلك فقد تلاحظ فيه الأعراض المرضية كانعكاس يومي لخبرات يعيشها الفرد حيث تظهر السلبية منها من خلال أعراض تكون على هيئة :

٣- الأرق insomnia : وهو اضطراب آلية النوم بشكها المعياري من حيث بداية النوم ، أو المحافظة على استمرارته ، ويغير الأفراد كافة أرقاً بدرجة ما تحت تأثير ظرف ما . أما الأرق المرضي فهو ذلك الذي يترافق أو يؤدي إلى اضطرابات انفعالية حادة ، وتشوه ادراكي واضطرابات في موجات ألفا وضعف في الإشارة والتنبيه . ولقد أظهرت دراسات للنوم واضطرابه ، أنه إذا منع الفرد عن النوم لمدة ١٠٠ ... ١٢٠ ساعة فسيضعف لحالة مسن الثبات والفعل العقلي وغياب المهرضات السسمية وضغط في الرأس والاذنين ، وصعوبة التركيز واضطراب التفكير واللامبالاة ، وفقدان القدرة على التوجه .

يؤثر الأرق على مستويات الكفايات الانتاجية عند العمال والطلاب والموظفين ، ويؤثر على العلاقات الأسرية والاجتماعية .

... يمكن أن يتجلى الأرق كما ذكرنا في حالة عجز عن البداية في النوم ، على الرغم من الإلهاء والرغبة الشديدة فيه ، وقد يجبر الأرق عن نفسه بالاستيقاظ المتكرر ويوصف النوم هنا بالسطحية .

ومن أشكال الأرق المنتشرة : القلق الصباحي الذي يتكرر فيه الاستيقاظ مبكرا جدا ليفقد صاحبه بعدها امكانية العودة الى النوم بشكل سليم ، ويجب التقسيم بالعمر دورا فيه .

... ومن اضطرابات النوم أيضا الشعور الملح بالحاجة اليسه في النهار ، أو في الرغبة المبالغ بها في البقاء في السرير وعدم الرغبة في مغادرتة ، كما تشير الكوابيس والأحلام المزعجة الى اضطراب النوم . ان العلاقة وطيدة بين اضطرابات النوم والمشكلات الشخصية ولرجح هو أن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر .

٨ - أعراض السلوك الغذائي المضطرب :

يضع السلوك الغذائي كحاجة أساسية من حاجات الإنسان الى معايير ثقافية واجتماعية وشخصية وفيزيولوجية ، لا يعني ذلك امكانية الاستغناء عنه لارتباط الحماية به ، بل الاشارة الى امكانية تعديل أسلوب تحقيق هذه الحاجة . يضطرب السلوك الغذائي من خلال : فقدان الشهية الذي قد يكون كليا في حالات مرضية شديدة جسدية أم نفسية . وقد يكون جزئيا تحت تأثير اضطرابات على المستويين ، ولكنها وفي حالات قد تتعلق بتخفيض الوزن أو اتباع حمية معينة لأغراض الرياضة أو الرشاقة أو التقليد ...

ولعل بعض الاضطرابات النفسية الشديدة تشهد امتناعا عن الطعام يرتبط بهذات تمت الاشارة اليها سابقا ، كذلك التي تتعلق بالسمم أو بهذات الاعضاء التي تتضمن أفكارا مرضية يقتنع بها المريض ، من مثل سرقه جهازه الهضمي أو تبديله أو سكون الارواح فيه ، ويمسد الافراط الهوسي في التغذية كالشهية المتطرفة الشرهة للأكل ، أو لشرب الماء أو لتناول الكحول من أعراض اضطراب السلوك .

الغذائي ، فضلا عن الاضطراب المتعلق بتناول مواد غير غذائية (قراب ، ورق ، صابون ، وشذوذات غذائية أخرى) .

٩ - أعراض اضطراب السلوك الجنسي :

الجنس نميزة نوعية متصلة ، وحاجة أساسية من حاجات الانسان ، ولا يمكن فصلها عن الهدف الانساني ، على الرغم من نعتها بالحيوانية والشهوانية من قبل بعض المتخصصين . هذه الحاجة هي الأخرى لا يمكن الاستغناء عنها لارتباط استمرار حياة الانسان ، بالمعنى النوعي ، بها . يؤدي التطور الاجتماعي الاخلاقي الى تقليص تلبية هذه الحاجة والسلوك المرتبط بها ، وتعدد الأخاق المعيارية لهذا السلوك . سنقف هنا عند بعض أعراض اضطراب هذا السلوك :

- العنّة / عند الرجل / : يستخدم هذا المصطلح للإشارة الى كافة أشكال عجز الرجل عن ممارسة الجنس ويتضمن ذلك العجز عن انتصاب العضو الذكري عند ممارسة العمل الجنسي - العجز عن استمرار الانتصاب - القذف المبكر - والعجز عن القذف . ولكل من هذه الاشكال أسباب التي تتوزع الى أسباب تشريعية - جسدية - أو انفعالية أو ثقافية اجتماعية .

- البرود الجنسي / عند المرأة / : والذي يظهر على شكل التهرب مسن العمل الجنسي أو النفور منه - غياب الشعور باللذة ، غياب الحساسية المهبلية أو تشنج المهبل ، يعود البرود الجنسي كذلك لأسباب تشريعية مرضية أو انفعالية صادمة أو اجتماعية مكتسبة .

يضاف الى ما تم ذكره أشكال الاعترافات المديدة في السلوك الجنسي من مثل السادية - المازوشية - العكس الجنسي - التيتشميه - زنا العين - الجنسية - عشق الاطفال - عشق الكبار - عشق الحيوانات .

١٠ - أعراض السلوك القسري الاجتماعي :

ينطبق هذا الوصف على أشخاص رفضوا الانتماء الاجتماعي ، وتنكروا للقيم الأخلاقية والثقافية ، التي أقرها المجتمع خلال سياقه التاريخي ، يتميز هؤلاء بالقمع الوجداني وتحول موضوعاتهم الانتمائية من المجتمع ، إلى جماعات خاصة ، حيث يدلون انتماءاتهم الاجتماعية بالانتماء لهذه الجماعات ، لا يشعرون بالكذب على ما يقومون به من مخالفات أو جرائم بحق الآخرين ، ويعبر هؤلاء عن تبني أية فلسفة بأهداف واضحة ، فاللذة هي التي تقودهم وليس شرطاً أن تكون، لذة معترف بها اجتماعياً ، ضيقهم عقيم لا يتطور ، يتميزون بالكذب ولا يشعرون بالضعف أو الندم . . .

إن أشكال العدوان كافة المظنية والمادية والعنوية ، وأشكال الجنوح كافة من سرقة بكل أنواعها أو جرائم اغتصاب أو ادمان أو بغاء ، كلها تسم من يمارسها بشكل نمطي بالاجتماعية أو بالسذوذ الاجتماعي .



جامعة دمشق
Damascus University

الفصل السابع

الاضطراب

SCHIZOPHRENIA

جامعة دمشق
Damascus University



مفهوم الفصام :

يعد الفصام من أشد الاضطرابات السلوكية فتكا بالعمليات العقلية والمعرفية ،
يحدد تباينك الشخصية ويفقد قدرتها على أحداث التكيفات الضرورية لحياة
معتولة . ويشكل المصابون به النسبة الاعلى بسين نزلاء مشافي الامراض العقلية
والنفسية ٧٠٪ من كسل المرضى .

تتعدى آثار الفصام المصابين به وأسرهم ، لتشكل خطرا ماثلا على المجتمع
وقوة العمل فيه . اذ تشير الدراسات الى أن هذا الاضطراب يربط مرحلة الشباب
ونسبة تتراوح بين ٦٥ - ٧٥٪ من بين جميع المصابين بهذا الاضطراب للاعمار
١٥ - ٤٠ بشكل أساسي . وبذلك يفقد المجتمع جزءا هاما من طاقاته الانتاجية
والابداعية .

عرف هذا الاضطراب قديما من خلال أعراضه التي وصفها أول ما وصفها
ايقراط من خلال أحاديثه عن الصرع والمانيا والبارانويا . ولكن أولى المحاولات
لتقديم الصورة التشخيصية للفصام فقد كانت على يد الطبيب النفسي الفرنسي الأصل
موريسل Morel ١٨٦٠ مستخدما مصطلح الخرف المبكر Dementia Praecox
وبعدها بوقت قصير استخدم كالباوم Kahlbaum ١٨٦٣ مصطلحا مماثلا هو
Paraphrenia Hepatica ولياتي هيكس Hecker ١٨٧١ ويستخدم مصطلح
Hebe Phrenia وبقي الحال هكذا حتى جاء الصالح الشهير كريمان Kraepelin
١٨٩٦ ليجمع هذه المصطلحات ، ويشير بها جميعا لاضطراب واحد ، وافق كريمان
على اطلاق مصطلح الخرف المبكر الذي كان قد أطلقه موريل واعتقد بأن نتائج
المرض ستؤدي الى العته والافلال الذي يصيب معه الشفاء .

يعود الفضل في اطلاق مصطلح الفصام للطبيب النفسي السويسري يوجين
بلولين Eugen Bleuler الذي صاغ المصطلح ولقسط الفصام Schizophrenia

ومعناها الحرفي (انقسام العقل) Split-Mindress وهي مشتقة من اللغة اللاتينية من كلمة Schizn ومعناها انقسام To Split وكلمة Phren - ومعناها العقل Mind .

لقد انتقد بلولير بشدة كريبلن وخالفه في مقولة العته أو الغرق المبكر ورأى أن يستخدم لفظ الفصام - ويشير به الى حالة يمكن شفاؤها وان كانت تتميز بانقسام (انقسام) الوظائف العقلية ، وباقتقاد للانسجام والتكامل ضمن وحدة الشخصية ، وبصعوبة التنبؤ بسلوك المريض فضلا عن شذوذ هذا السلوك .

تحدث بلولير عن أشكال الفصام وليس عن شكل واحد معتقدا بأن هناك ما يميز هذه الاشكال عن بعضها . وكان بذلك يضع التصنيف الاول الذي أسسه ممن سبقوه وعمله بحيث يشير الى امكان العلاج .

ينتشر الفصام بين الذكور والاناث على حد سواء ، يصيب المزاج أكثر من المتزوجين ، وكذلك المطلقين والذين فاتهم الزواج ، ويسود في مختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية مع أن بعض الدراسات يطيب لها أن تعطي من حظ الاصابة بالفصام للطبقات الدنيا والفقيرة تسعة أمثال ما تعطيه للطبقات العليا . فتمتد بمبالمات دراسات كهذه وبمفالاتها ، مع الإشارة الى أن شروط السكن غير المناسبة والازدحام والتلوث والبطالة وسياسات لا تبنى العبدل الاجتماعي في التوزيع وفي تكافؤ الفرص ، يمكن أن تجعل أو ترفع من وجود الاضطرابات ونسبتها ، وهنالك شروط خارجية ولا تعود لعليمة الطبقة الفقيرة أو الدنيا أو السفلى بذاتها .

لا توجد فروق كبيرة بين بلدان العالم وتتراوح نسبة انتشاره بين السكان نحو ١٪ أما الشخصية الفصامية (الشخصية المهددة للاضطراب) فهي موجودة بنسبة تقارب ٣٪ .

يمنتقد بوجود علاقة بين المواسم أو الفصول وبين اضطراب الفصام وبخاصة فصلي الربيع والصيف ، ولكن هذا الاعتقاد لم يحظ بمسند بأدلة علمية تؤكد مع وجود ما يبرر ذلك واقفيا في بعض الأحيان .

يصف بلويز الفصام بأنه تدهور بطيء ومتدرج للشخصية في مجموعها - بما في ذلك خصوصاً الحياة الوجدانية - يتكشف في صورة اضطرابات الشعور والتفكير والسلوك مع ميل للتعرب من الواقع (٥٦ - ٦٥٨) .

ويسمى كريبيلن الفصام بأعراضه المميزة له وهي (بخاصة الهلوس) هلاوس السمع واللمس والنقص في الانتباه إلى العالم الخارجي والنقص في حسب الاستطلاع ، واضطراب الفكر مع وجود ارتباطات فكرية تعصى على الفهم وتغير الكلام بحيث يصبح غير مفهوم ونقص في الحكم والبصيرة والاهتمام والمحافظة السليمة والسلوك النمطي . كما أشار في الطبعة الثامنة لكتابه عن الطب العقلي إلى أن الفصام يتميز بسلسلة من حالات تتميز بتعطيل عجيب للارتباطات الداخلية للشخصية .

كما يعرف ماير الفصام عندما كانت تسميته الضرف المبكر . بأنه ليس كياناً مرضياً ، بل هو بالأحرى نمط استجابة ينشأ في بعض الشخصيات نتيجة اضطراب صعوبة التكيف ، وإن تراكم الاستجابة الغاطلة يؤدي إلى تدهور السمات . (٥٧ - ٣٥٦) .

أما أوبري لويس فقد أكد في تعريفه للمرض على ناحيتين أساسيتين :

أولاً - التكسر (الانقسام أو التجزئة) في مكونات العقل : (الشخصية) ، وهي الفكر والمحافظة والسلوك .

ثانياً - فقدان التوازن في العمليات النفسية الداخلية .

أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي) يشير إلى الفصام على أنه مرض عقلي يكتنف باضطراب في التفكير والوجدان ، والسلوك وأحياناً الإدراك ، ويؤدي إلى بدء الأمر إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي والعقلي والاجتماعي مما يبتد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم (٢٩٧ - ٣٠٥) .

أما عطف محمود ياسين فيعرف الفصام بأنه مرض عقلي وظيفي ذهاني حشاش يؤدي لانقطاع الشخصية وعدم انقياسها وتدهورها التدريجي وبالتالي يؤدي إلى

الشخصية والتأثر وهو في معظم حالاته من حيث طبيعته مرض عقلي (ذهاني) وذهاني وأحيانا بايو - جينيتيكي وفي حالات أخرى عرضي - عضوي وقد يتضمن أمراضا (باثولوجية) . (٥ - ٣٩٦)

ويراه نعيم الرفاعي مجموعة ردود الفعل الذهانية التي تتميز باضطراب أساسي في العلاقات مع الواقع وتكون المفاهيم ، واضطرابات انفعالية وسلوكية وعقلية من درجات واختلالات متنوعة كذلك تتميز ردود الفعل هذه بتزويج قسوي للانفعالات من الواقع ، وبانعدام التناسق العاطفي ، واضطرابات في سياق التفكير لا تخضع للتنبؤ وسلوك نكوصي . (٥٨ - ١٩٨٦ - ٣٣٥)

ويسرف المؤلف الفصام بأنه - مثل بيزوي ، تهدم فيه شخصية المصاب ، من حيث هي نظام متكامل ومتفاعل ، وتفقد بشكل متدرج المقدرة الانتاجية في مجالات الاتصال والفكر والحركة والمجتمع . ويظهر المصاب عبثا في الحصول على التكييفات المطلوبة في حدودها الدنيا ، فينتهي مرضا الى عالم من صنع هذائاته وهلاوسه ، يسلك بروحي من محرضات ذلك الواقع الجديد وكأنه من كوكب آخر لا تربطه بواقعه الفعلي أية رابطة .

أراد المؤلف من خلال هذا التعريف التأكيد على المعاور التالية في الفصام :

- ١ - محور الغفل الذي يحدث في نظام الشخصية ككل (وهذا يشير الى خطر هذا الاضطراب الشامل) .
- ٢ - محور الغفل بالنظام ضمن وحدة وبنية الشخصية (يشير الى تعطل الوظائف في الشخصية) .
- ٣ - محور الانتاجية المفقودة (كإليل على الفطس الفردي والاجتماعي لهذا الاضطراب) .
- ٤ - محور الانفصال عن الواقع (يشير الى أن العلاج الحقيقي هو اكتشاف الواقع الهذائي للمريض إضافة الى الواقع الحقيقي) .

العوامل في الفصام :

مررنا على تحديد مفهوم الفصام دون أن ندرك تناقضا ملفتا بين من تصفوا
لتعريفه ، ولكن الحال هنا سيتبدل كما سيرى القارئ الكريم وكما يعرف أي مطلع
في ميادين الاضطرابات السلوكية . فالعوامل وعلى الرغم من الدراسات الواسعة كما
ونوعا على الفصام ، لم تصل الى الاتفاق فيما بينها وهذا ليس غريبا فالإنسان - هذا
الكائن المعقد الذي استطاع بمشاورته أن يدرك ما كان مستعصيا على الإدراك في
حقول المعرفة العلمية ، والذي كشف أسرارها كانت الى عهد قريب رجما في الغيب -
هذا الكائن نفسه لم يستطع أن يحقق الشيء ذاته في ميدان معرفته لأبعاد شخصيته
واتجاهاته وسلوكاته . ولا زال أمامه الكثير مما عليه أن يعرفه ليستطيع ضبط
العوامل وتحديداتها في إطار الظواهر السلوكية بشكل أكيد . لا يعني ما نقوله فقدان
النتائج التي توصل اليها علم الشذوذ النفسي والمشتغلون به لوثوقيتها كاملة . بل
نريد منه دعوة صريحة لأزيد من البحث العلمي في الإطار الإنساني من جهة ، ومن
جهة أخرى لتبرير هذا الاختلاف الذي سيدركه القارئ عند تناوله لعوامل الفصام
أو أي اضطراب سلوكي آخر .

يمكن اجمال العوامل التي تؤدي الى الفصام وحسب الآراء المختلفة بالتالي :

١ - الوراثة :

لم تصل الدراسات حتى الآن الى وثوقية قابلة للتعميم فيما يتعلق بأثر الوراثة
في الفصام على الرغم من اجتهاد الكثير من الباحثين لتأكيد هذا الدور ، وبخاصة
الدراسات التي أجريت على التوائم المتشابهة (والتي لم تتشابه لتأثيرها على ما يبدو) .
ففي حين توصل كل من همستون ١٩٦٦ (كرفجلان ١٩٦٧) الى أن نسبة الإصابة بين
تلك التوائم لا تتجاوز ٣٪ أكد سلفر ١٩٦١ وتينارزى ١٩٦٣ أن نسبة الإصابة بهذا
المرض بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عليها في التوائم المتأخية . وكذلك فقد
درس عدة باحثين الوراثة عن طريق دراسة الأطفال لأبوين مصابين بالفصام وحصلوا
على النسب التالية ٥٤٪ (سلفر ٥٧٪ هالجرسون ٧٣٪ لايتسن ٩٠٪ بلونسجر ،

١٩/ كولان) • كما ويذكرنا (روزتال) من التوزيع حالة التوائم الأربعة لمائلة
 بينان عام ١٩٦٣ وكانوا جميعاً من البنات المتطابقات ، وقد أصيبت أربستون بالفصام
 (بدرجات متفاوتة من المرض) • (٣ - ١٥٤) •

في دراسة لمرض الأمراض النفسية في لندن ١٩٨٣ تبين أن نسبة التوافق في
 التوائم المتماثلة هي ٠.٥٥٪ وفي التوائم غير المتماثلة ١٢٪ (٤ - ١٣٦) •

وأثبت كولان نسبة ١٤٪ للإشقاء و ٨٦٪ للتوأمة من بين مجموعة مختصة
 واحدة ، وفي دراسة مشابهة نشر ميلتر معدل التوافق ٧٦٪ لدى مجموعة توائم متماثلة
 أصغر • (٥٠ - ١٥٤) •

الاتفاق الذي يمكن الحديث عنه في هذه الدراسات وغيرها هو الإشارة إلى
 دور ما تلعبه الوراثة في الفصام دون المقسرة على الركود إلى نسبة مغلقة • وهذا
 ليس بمرعب على دراسة الظواهر السلوكية •

لذا نوجه الاهتمام إلى ضرورة الفصل بين الاستعدادات الجينية التي تنقلها الجينات
 وبين بيئة شخصية واستعدادات شخصية تظهرها وتطورها البيئة ، ولقد كانت
 دراسات اختفت بهذا الأمر أن كل النسب التي حصلنا عليها من خلال دراسات
 الأبناء أو التوائم تفقد دلالاتها إذا تمت تربية الأبناء بعيداً عن آبائهم أو أمهاتهم
 بالفصاحين وهذا ما يجعل المؤلف يصيد فكرة الفصل بين الوراثة البيئية والوراثة
 البيئية • وفني بالوراثة البيئية مجمل الآثار التي تتركها متغيرات البيئة المحيطة
 ... مادياً ... وفعالياً ... واجتماعياً ... وتربوياً ... على الإنسان من اللحظة التي يتسم
 فيها الإخصاب ، حيث تشكل لواة كائن جديد منفصلاً في بيئته الأولى (البيئة
 الرحمية) • نسبة إلى الرحم ... ومنفصلاً وقادراً في بيئته الأسرية والاجتماعية بعد
 الولادة •

إذاً تعطى أهمية للاستعدادات الموروثة والتي قد تجعل من شخص ما ، أقل
 مقاومة أو أكثر عرضة للإصابة بمرض أو اضطراب ما • فالتأثيرات الناتجة منسوبة إلى

الاستعداد لن يظهر ما لم تتضافر المؤثرات البيئية وتساعد على ظهوره ، ومن هنا فاننا تشير الى أهمية البيئة القصامية كبيئة مهددة للاصابة بالقصام ، أكثر من الوراثة ، وهذا شأن الاسوياء وليس فقط المرضى ، فالاسوياء يتعلمون وتبنى شخصياتهم بمقدار ما يتوحدون ، ويتمثلون ، ويقبلون الى آخر ما هنالك من أساليب التعلم . فلم تخرج المرض من سياق تعليمي مفروض على الجميع ؟ ألا يشكل ذلك هروبا من المسؤولية - والمسؤولية التربوية حصرا ؟

٢ - شخصية ما قبل المرض (الشخصية القصامية Schizoid Personality) :

تدعى الشخصية التمهيدية السابقة للمرض العقلاني بالشخصية القصامية (الشيزويدية) ، وتوجد علاقة وثيقة وموجبة بينها وبين القصام ، لأن ٣٥ - ٥٠٪ من مرض القصام يتأتى عن تلك الشخصية ، مما يدل على أن الشخصية التمهيدية للقصام تحتوي على صفات وراثية ضعيفة وكامنة قد تتحفز وتقوى بسوامل وتغيرات محيطية أو كيميائية - حيوية داخل الجسم .

ومن صفات الشخصية القصامية : القوام النحيل Azhenic ، الميل للصمت ، الضجمل الشديد ، العصبانية ، الميل للخيال والاحلام ، تجاهل الواقع ، البرود ، القسوة ، الانزاع والانطواء ، والتردد والاحتجام .

وفي دراسة المباهث (كولمان) Kallman في عام ١٩٤٦ عن علاقة الشخصية التمهيدية بمرض القصام وجد ما يلي : ان المصاب بالقصام اذا تزوج بقرينة مصابة أيضا كان الأطفال كما يلي : ٥٣٪ منهم مصابون بالقصام و ٣٠٪ يصبغون ذوي شخصية قصامية . واذا تزوج المصاب بالقصام بقرينة سليمة كان أطفالهما كما يلي : ١٠٪ مصابون بالقصام ، و ٣٥٪ يكونون ذوي شخصية قصامية ، وقد وصف (أريتي) Arieti شخصية قصامية أخرى دعاها بالاصفة Stormy تمتاز بالتأرجح بين الثور والهياج والتعطيل مرة وإلى الفسوح والمسكنة مرة أخرى ، وتكون لديها سلسلة من الازمات والمآسي ، وقد تلام بالأهمل والمفهم والسادة .

وايجازا ، يمكن التأكيد بأن الشخصية الفصامية تكثر بين أقارب المصاب وأسره ،
وان ثلث المصابين يكونون بالاصل من ذوي الشخصية الفصامية .

ويؤكد أحد عكاشة ١٩٦٩ في مرجع سبق ذكره بأن الشخصية
الفصامية هي تلك الهيئة للإصابة بهذا المرض والتي تتصف ب : الانطواء ، والهدوء ،
والخجل والحساسية المفرطة ، وتكوين جسي واهن أي الطول مع النعافة ، وضيق
عرض الصدر والكتفين وطول الأنامل والرقبة . وهذا ينسجم مع ما ذهب إليه
كرويتشر عندما حاول الربط بين الفصام ونمط الشخصية التي تحصل الاستعداد
للإصابة بالفصام واصفا هذه الشخصية بضيق الكتفين ، وضعف العضلات ، ورقبة
اليدين ، وضيق الصدر ونعافته بحيث تسمح لنا بعدد أضلاعه .

وهناك من الباحثين من يضيف الى نمط الشخصية الفصامية أنماطا أخرى يعدها
هيئة للإصابة بالفصام . وهي وان كانت أقل وضوحا في اضطرابها من الشخصية
الفصامية ، غير أنها يمكن أن تلعب الدور نفسه عندما تستمر وتصبح سمة تميز
صاحبها . ومن هذه الشخصيات :

١ - الشخصية الانطوائية : تتحكم بصاحبها نزعات التفرون ومشاعر فقدان
الانتماء ، ويجد صاحبها نفسه أمام نفسه وحيدا ويصبح الاختيار الوحيد المتاح
هو الانسواء الى عالمه الخاص وذاتيته ، الأمر الذي يولد الرغبة في الانفصال شيئا
فشيئا عن العالم الخارجي لينحصر التعامل مع عناصر الحقيقة الخارجية بما يفهم
ويدعم انطاوية تأخذ بصاحبها الى الشقاء .

٢ - الشخصية المعاذرة : لا تنقص هذه الشخصية الرغبة في المشاركة الاجتماعية ،
ويبحث صاحبها عادة عن معان وجدانية عاطفية لعلاقاته مع الآخرين ولكن فقدا
الثقة بالنفس يحول دون ذلك ، ويمنع القيام بأي سلوك موجه لتحقيق الرغبات في
هذا الميدان ، يحول صاحب هذه الشخصية أحيانا الخروج من حالة الضعف أو
الاحساس به ، ولكنه لا يلبث أن ينوزم ويتراجع أمام أول رفض أو مقاومة .

— الشخصية الخجولة : تمالي هذه الشخصية من الخجل الذي لا يبروه الواقع الى درجة تنسحب فيها من الواقع وتنزل + وتفق قدراتها على التواصل البناء في خدمة مطالبها الحياتية .

— الشخصية غير المستقرة : تهتم الى النضج الانفعالي وتتهرب عن ممارسة الضغط الانفعالي . وبسبب ذلك تنازعها المشاعر المتناقضة ، وتنفصها القدرة على اتخاذ القرارات العقلانية ، وتتميز هذه الشخصية بالتعريف والتصلب والتشاؤم .

— الشخصية البارائوية : تعيش هذه الشخصية في حالة تأهب دائمة ، تشغل نفسها بموضوعات تتركز حول الشك بالآخرين والتخطيط للرد على مؤامراتهم . صراع هذه الشخصية دائم والحيوش الوهمية تتأهب لاقتناص الفرص المناسبة لتجريدتها من خصائص تعتمد بها .

يفرق اصحاب هذه الشخصيات بشاعر الفيرة والتنافس غير العقلاني .

وكذلك اتفق شيلدون في أنماطه مع كريتشمر عندما أشار الى أن لدى الفصامي ميلا لأن يكون جلديا عصبيا . والاثنان يؤكدان المزاج المتقلب والدوري لنمط الشخصية الفصامية .

يتشكل الفصام بالتدريج ويخضع للتطور من حيث شدته ويزور أعراضه وهذا ما يجعل الحديث عن شخصيات فصامية مبهمة للعرض أمرا مقبولا . ولكننا نشير الى أن شخصيات كهذه وإن كانت قد امتلكت استعدادا قويا للاصابة بالفصام فإن الانماط السلوكية الفصامية المكتسبة هي الأغلب وبخاصة قبل بداية الاضطراب ، بالإضافة الى أن هذه الشخصيات قد تكون نتيجة للفصام وليست سببا فيه ، أما ما يشار اليه لدى نظريات الانماط سواء عند كريتشمر أو شيلدون أو غيرهما من ربط بين نمط الشخصية والفصام أو أي اضطراب آخر ، فإلنا نعذر من الركون السلبي لمنطلقاتها وبخاصة عندما نشير الى الجانب التكويني في الشخصية .

٣ - الاسباب العضوية - العصبية :

درست الاسباب العضوية والعصبية في القصام منذ أن بدأ الحديث بشكل علمي عن هذا الاضطراب ، وأعاد كل من كرييل وبلولير وموت وأولزهايمر القصام الى أسباب عضوية في حين عارضهم بذلك دوللاب ، بعد أن أجرى الكثير من الدراسات وخلص منها الى نتيجة تشير الى أن القصام حالة تخلو من أي تفسير جوهري أو ثابت في الخلايا العصبية (٥٠ - ١٥٨) .

ويؤكد ادولف ماير - أحد كبار أنصار وجهة النظر السيكولوجية - أن القصام (ثرة عدم التكيف التدريجي للفرد وبيئته) كما أنه في ظره مظهر متطرف (لنمط استجابي متوقع ومحصلة تراكم عادات رد فعل معينة) .

فالقصام أساسا ذهان عقلي لا خلل عضوي ، واضطراب وظيفي لا نقص تركيبي أو تكويني ، العمليات النفسية فيه أهم من الاستعداد الجسمي (٥٩ - ٣٣٣) .

وعلى الرغم من عدم قدرة العلم حتى الآن على تغيير هذه النظرة . أو الفشل في إيجاد علة عضوية عصبية محددة في اضطراب القصام ، فإنه لدى الطب النفسي بعض الأدلة العامة الأولية (٣ - ١٥٧) التي تدفعه للمزيد من البحث والتأكد من الشكوك حول دور ما للدماغ في القصام . هذه الأدلة هي :

٢ - أن بعض المصابين بالصرع ينتقلون بعد سنوات من أصابتهم الى حالة من الذهان يشابه القصام . وربما أن الصرع تضعبه اضطرابات كهربائية ، فمعنى ذلك أن القصام أساسا من اضطراب كهربائي مجهول الكيفية . وقد وجدت بؤرات مريضة في القص الصدغي لبعض هؤلاء المرضى بشكل أورام ولادية صغيرة جسدا (هامارتيا Hamartia) .

ب - وأشار (جيسينج) في أبحاثه عن الكتاتونيا الدورية وعلاقتها بالبتروجين الى أن الاضطراب العقلي والغذائي يرجع الى مركز في الدماغ الوسطى .

ج - ان تخطيط الدماغ EEG في مرض القصام هو طبيعي عادة ولا يختلف عن الاصحاء . ومع ذلك ، فان اضطرابا غير ثابت وغير محدود الهية يوجد في القصام ، وتراوح نسبة هذه الاضطرابات من ٥٠ - ٧٠٪ ، وفي دراسة (ليهث) وجدت فوارق بين الاصحاء والمرضى في التخطيط المأخوذ من منطقة قرن آمون للدماغ Hippo Campus . *

د - ان نسبة من أدمغة المصابين بالقصام مصابة بضمور نسبي . وكلما كان الضمور شديدا كانت الأعراض أشد . ولكن السؤال الملحاح العنيد يظل دائما : هل ان الضمور سبب المرض أم نتيجة له ؟ لقد ذكرت دراسات أخرى وجود تحلل ذهني في خلايا الدماغ واختلافات في انتشار شبكة الشعيرات الدموية . *

هـ - وفي دراسة قام بها (روزنثال وييجلو ١٩٧٢) وجد ان قياسات جميع أقسام الدماغ للمريض لا تختلف عن الصحيح الا في مرض (الجسم الثفني أو الجاسي Corpus Callosum الذي يكون أعرض عند المصابين بالقصام . وقد أجريت هذه القياسات على الموتى بالطبع . *

و - يعتقد الطب النفسي المرتكز على نظرية بافلوف بأن الاضطرابات العقلية لا تتعدى الاضطرابات في التوازن بين قشرة المخ والمراكز السفلى ، بين الاستشارة والكف . *

وللمهتمين بدور العوامل العصبية في القصام افتراضات واحتمالات تجد مآدتها في عمليات استقلاب المواد العصبية في الدماغ ، وفي آلية النقل العصبي ووسائله . *

يرى هؤلاء (١٦٦-١٦٧) بأن هنالك رابطة بين ظهور مواد غير طبيعية في الدماغ نتيجة المخطأ في عمليات استقلاب بعض المواد العصبية الناقلة وبخاصة المواد الامينية وهما الكتاكولا - فينات مثل الدوبامين والابنفرين ، والانفلولامينات وأهمها مسادة السرتونين ، ولعل من أهم هذه المواد الثلاثة من حيث امكانية مخطأ الاستقلاب هي المادة الأخيرة السرتونين ، خاصة بعد اكتشاف العلماء للشبه في

التركيب الكيميائي بين هذه المادة وبين مواد مهلوسة للعقل مثل (LSD) وتريبتوفان وبيونوتين وغيرهما : إضافة إلى الملاحظة بأن البروتين المسمى (تريبتوفان (tryptophan) وهو البروتين الاصل لمادة السرتونين ، والموجود طبيعياً في الغذاء ، يمكن له أن يسير بطريق خاطئ ، في عملية الاستقلاب ، مما يؤدي إلى ظهور مادة سامة مهلوسة ومما يجدر ذكره في الملاحظة بأنه إذا ما وجدت كميات زائدة من بروتين التربتوفان في غذاء المريض بالفصام ، فإن استقلابية غير طبيعية لمركبات الاندول تظهر في سوائل وافرازات الجسم . وعلى العموم فإن افراز هذه المواد الاندول امينية يزداد خلال النوبات الفصامية الحادة بالمقارنة مع الحالات الطبيعية ، غير انه لا يمكن الجزم حتى الآن فيما إذا كانت هذه الظواهر هي دلالة سببية للمرض ، أو انها مظاهر تدلل على نتائج قيام المرض ومثل الملاحظات الواردة عن مادة السرتونين قد لوحظت أيضاً في المادنتين الكسائي كولامينية (الدوبامين والنورادريلين) ومن النظريات الواردة في هذا الموضوع أن الخطأ في استقلاب بعض المسود التي سبق ذكرها أو غيرها ، وتكوين مسود سامة مؤثرة في الدماغ نتيجة ذلك قد تحدث استجابة لتعرض الجهاز العصبي (الدماغ) أو بعض مراكزه إلى الاجهاد البيولوجي ومن النظريات الأخرى التي تفسر الخطأ في عمليات الاستقلاب وظهور مواد سامة مهلوسة في الدماغ ، ما قد يحدث بسبب نقص في أحد الانزيمات المختصة بعمليات الاستقلاب ، وهو النقص الذي له أن يؤدي إلى من تجميع مادة غير مكتملة الاستقلاب وبالتالي ضارة في آثارها على الدماغ . مثال ذلك النقص الإنزيمي الذي يمكن أن يسبب صنع مركب الهارمين Haraine بدل مركب ميلاتونين Melatonin ، وهذا المركب الأخير هو من المشتقات الطبيعية للسرتونين ، بينما الهارمين هو مشتق غير طبيعي ، ومهلوس في تأثيره

تتشغل الآثار والمعلومات من خلية إلى أخرى في الدماغ ، وقد كان يظن في الماضي أن هذا الانتقال يتم عبر التماس المباشر بين خلية عصبية وفروع خلية أو خلايا أخرى ، غير أن من المؤكد الآن أن التماس المباشر بين هذه الخلايا لا يحدث ،

وأن هنالك فجوة (cleft) بين نهايات كل خلية وبين فروع أي خلية أخرى ،
وبأن الانتقال للمعلومات والآثار يتم عن طريق مواد عصبية هي من صنع
الحالات الدماغية وتفرز من نهايات الخلايا ، وبأنها تقوم بنقل هذه المعلومات عبر
الفجوة أو الشق إلى مراكز استلام في نسيج فروع الخلايا الأخرى أو في ظاهرس
الخلايا نفسها . وكل خلية في الدماغ لها المقدرة ، على أن تتصل بهذا الأسلوب
مع عدة آلاف من الخلايا القريبة أو البعيدة عنها وتبحث إليها بالمعلومات العصبية ،
كما أنها بنفس الطريقة تستلم المعلومات العصبية من آلاف الخلايا العصبية الأخرى
من مناطق قريبة أو بعيدة في الدماغ ، وهذا البناء الوظيفي للدماغ هو البناء الذي
يربط خلايا الدماغ بعضها ببعض في تنظيم محكم ودقيق ، وهو تكوين ينظر إليه
كأساس لجميع عملياتنا العقلية وال عاطفية والسلوكية في حالات الصحة وحالات
الابتعاد عنها من اضطراب أو مرض .

لقد كان من الطبيعي أن يتوجه الاهتمام إلى امكانية وجود علاقة سببية بين
المواد المرسله العصبية وبين قيام المرض العصامي ، وقد افترضت عدة فرضيات
بهذا الشأن ، منها ان المادة أو المواد المرسله للمعلومات العصبية تزيد عن المقادير
المعتادة ، أو انها تقل عن حاجات النقل العصبي ، أو ان فعاليتها تزيد أو تقل عن
الحدود الطبيعية ، أو أن هنالك خطأ في العمليات التي تنظم النقل . ومن الفرضيات
الأخرى أن هنالك ما يزيد أو يقلل من حساسية تقاطع الاستلام لهذه المواد الناقلة ،
أو أن هذه النقاط أقل أو أكثر عددا وانتشارا مما هي عليه في الفرد الطبيعي ، كما
أن هنالك من النظريات ما يفيد بوجود نهايات غير طبيعية في عملية استقلاب هذه
المواد ، مما يمكن أن يحدث تأثيرا تضطرب منه بعض وظائف المراكز العصبية ،
وأخيرا هنالك النظرية التي ترى بأن الاضطراب قد ينجم عن فقدان التوازن في الكم
والفعالية لبعض المواد العصبية الناقلة ، هذا ولم يستقر الرأي على غرضية واحدة
من هذه الفرضيات حتى الآن .

لقد اكتشف العلماء العديد من المواد العصبية المرسله ، والتي بلغ عددها حتى
الآن ما يزيد على الثلاثين نوعا ، والابحاث مازالت جارية لاكتشاف ما يمكن أن

يكون الكثير غيرها . وهذه المواد قد تم تعيين وجودها في جسم الخلايا العصبية للدماغ أو في نهايات هذه الخلايا وذلك باستعمال وسائل تقنية حديثة تستخدم طريقة الفلورسنتس النسيجية الكيميائية ، وطريقة المناعة الخلوية الكيميائية ، كما جرت أبحاث أخرى لتابعة انتقال هذه المواد ومصيرها . هذا وجميع هذه المواد لا تقوم بالضرورة بعملية النقل العصبي ، وإنما يقوم بعضها بعملية تنظيم النقل ، وتسمى لذلك بالمنظمات العصبية Neuromodulators . وهذه المواد من ناقل أو منظمة تتفاعل مع مستقبلات خاصة على سطح الخلية المستلمة ، أو على فروع هذه الخلية ، وهذه المستقبلات هي على صورة جزيئات كبيرة وتظهر على شكل فريد . هذا وللمواد المرسلة والمنظمة المختلفة مراكز استلام خاصة بها ، وهي المراكز التي تخصصت دون غيرها باستلام مواد مرسله معينة والتأثر بها .

وكبدل النظرية بأن المرض ناجم أو مرتبط سببياً بمادة ناقلة واحدة أو أخرى سواء من حيث الكم أو الفعالية ، فقد تم تقديم بعض العلماء بنظرية أخرى تربط بين المرض وبين اختلال التوازن الكمي والنوعي لمعدن من المواد المعنية بنقل المعلومات العصبية بين الخلايا الدماغية ، وقد أكد البعض على إمكانية ذلك في حالة الاختلال في توازن بعض المواد العصبية الناقلة وهي : دوبامين و (إ) جاما أمينو بيوتريك أسيد (GABA) ، ومادة الاستيل كولين . وواضح هذه النظرية يفترضون تفوقها على نظرية قصر النقل في مادة ناقلة واحدة ، فهي اعتقادهم أن مرضاً معقداً ومتنوع الأشكال كمرض الفصام لا يمكن أن ينجم عن فصل مادة واحدة سواء وقع هذا الفعل على مركز أو أكثر من مراكز الاستلام في الدماغ ولا بد في نظرهم أن يشارك في عملية التسمييب أكثر من مادة عصبية ناقلة ، مع توفر مختلف إمكانات الاختلال في التوازن بينها من حيث المقادير ومن حيث الفعل على المستقبلات العصبية ،

٤٤ العوامل البيئية الكيميائية :

من غير المبالى على الكثير من علماء البيوكيمياء ، كما كان الأمر بالنسبة لعلماء الأمراض والنفسولوجيا ، التسليم بالآلية النفسية لاضطراب الفصام ، ولذلك

نظامنا تجاريهم ودراساتهم بنتائج متعددة ومتنوعة بحثا عن العلاقة الحيوية الكيميائية التي تسبب الفصام . ونشير فيما يلي الى بعض منطلقات هؤلاء العلماء في استدلالاتهم :

— افترض وجود مادة كيميائية في الدماغ أو الدم تسبب تسمما في الجسم تؤدي الى اضطراب الفصام ، وقد يكون مصدر هذه المادة السامة خارجي (مادة مهلوسة يتم تناولها إما عرضا أو باقبال منه) أو داخلي (مواد على الجسم المتخلص منها ولكنه لسبب مرضي يعجز عن ذلك . فتتجمع كمواد سامة داخل الجسم) .

— وجود مصل التاراكسين Traxien الذي اذا ما أخذ من دم مصاب بالفصام وحقن بجسم طبيعي ظهرت على الجسم العديد أعراض الفصام .

— لدى تحليل بول المصابين بالفصام عشر على نقطة قرمزية (بنفسجية) على أداة التحليل وهذا الامر غير موجود في البول الطبيعي .

— تغير نسبة أملاح النحاس في مصل الدم الفصامي .

— رائحة المرضى الكريهة والخاصة بهم ودهون تفرزها غددهم الدماغية ، زرقة الاطراف والاذان... الخ .

— ملاحظة ما تؤدي اليه استخدامات بعض العقاقير مثل LSD والحشيش... وغيرهما من هالوس وهذاآت تشبه وهالوس الفصامي . الامر الذي لفت الانتباه الى البنية الكيميائية للهرومونات العصبية .. كالادرينالين .. والسيروتين .

— تشابه بين أعراض الفصام وأعراض بعض أمراض الجهاز العصبي . كمرض الحمى المخية - وأورام القصر الجبهي الدماغية . وكذلك بين أعراض

الأمراض الهرمونية والغدد الصماء كالقمامة وتسمم الغدة الدرقية ومرض
أديسون وكوشنج .

التقدم النسبي الذي حققته الدراسات الحديثة على الهرمونات الأمينية
والأورومات الدماغية وعملية استقلاب الكلو كوز في الدماغ وعلاقتها بمرض
الفصام .

ولكن يصعب من بين كل هذه النتائج الوثوق بواحدة ، وبشكل لا يثير
الجدل ، ولا ننفي بذلك الشك فيما توصل اليه الباحثون ، وإنما شكنا يتركز وكما
يذكر بعضهم أيضا ، فيما إذا كانت نسبة الاملاح أو نسبة وجود المواد البروتينية
السامة أو النقطة القرمزية تمد أسبابا للفصام أم نتيجة له .

العوامل البيئية والاجتماعية والأسرية :

تشكل البيئة بمتغيراتها الممتدة محدد أساس ورئيس من محددات الشخصية
سواء أكانت هذه الشخصية سليمة أم متهللة . وعند المقارنة بين البيئات الاجتماعية
أو الطبقات الاجتماعية ، يسكن ترجيح الآراء القائلة ان الأماكن المزدحمة والمكتظة
بالسكان معدومة الخدمات بحدودها الانسانية الدنيا ، التي تنتشر فيها البطالة
ويسودها قانون المصائب على حساب النظام والقانون والأمن . يكثر فيها التلوث
وتراجع فيها التربية فيضمحل دور الأسرة وتنمو وعي المواطن ، ويوجد التخلف
سميلا الى القبول والمادة ... في أحياء أو مناطق كهذه لا سبيل الا للتسليم بأن
الاضطرابات السلوكية ، بما فيها الفصام ستنتشر .

وتشير الدراسات والاحصاءات الى نسب مرتفعة من الاصابات ، ولكن وكما
أشرنا في بداية الحديث عن الفصام وانتشاره تبعاشي الربط بين الفقر والاضطراب
كسبب ونتيجة ونفضل الحديث عن العلاقة بين الوعي والاضطراب عند الحديث
عن دور البيئة . ونفضل الحديث عن سياسات التقدير بدلا من الحديث عن الفقراء
لان القليل القليل من الفقراء في العالم مسؤول عن فقره ... وإنما المسؤول هي

الطبقات السائدة المتحركة التي تحدد مبدأ تكافؤ الفرص وتطبيقه ، وبمحدد الفقرات
نتائج التوزيع غير العادل اضطرابات وشذوذاً ، وبمحددات يتهمون بالشذوذ وبمحددات
عالية ١١٠٠

إن مناقشة المسألة على هذا النحو تقودنا (وهذا ما نريده) للإشارة إلى
سياسات التنشئة الاجتماعية وتنمية المجتمع وتنظيمه ... والضمان الاجتماعي ،
والعدالة في تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص كموامل تدخل في صلب الموامل البيئية
المسببة للفصام وتطوره إلى حد يصعب معه الشفاء . وهذا يصح طالما نتحدث عن
أثر البيئة ومتغيراتها في الاضطرابات السلوكية . ولقد رأى ماير بأن الفصام ليس
إلا استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية .

ويؤكد الكثير من الباحثين على سبل الاتصال مع الآخرين الذي كسبها
الفصامي بطريقة خاطئة كموامل مرجحة في سببية الفصام .

أما عن دور الأسرة . فعلى الرغم من انحصار دورها لصالح مؤسسات وهيئات
اجتماعية أوجدتها التطور الاجتماعي والصناعي والتقني . فلا زالت القاعدة التربوية
الأولى بما تقدمه من مثل أخلاقية سلوكية وتصرفات نموذجية لأطفال مطلوب منهم
أن يتعلموا منها ويقلدوها . ولديه الكثير من الحق ذلك الذي يؤكد على أسرة
المضطرب أو المريض قبل أن يؤكد على المريض ذاته . ويصبح مقبولا ونحن نتحدث
عن الفصام الحديث عن أسرة فصامية ... أب فصامي ... أم فصامية ... مناخ أسروي
فصامي . يجد الاستعداد للفصام في كل ذلك تربة خصبة للنمو ويمكن وصف
السورة النموذج للأم الفصامي « أنها شخص قاس ، أسر جدا ، يشكل الطفل جزءا
منها : أنها تهيب نفسها للطفل بوصف ذلك انه الشيء الوحيد المسكن . وتشجع الأسرة
عندما ينبغي على المراهق الفني أن يترك وصاية الأم . وتشد تنصت الروابط التي
يمكن المريض أن يقطعها بأنها ضروب كثيفة من التحويل الامومي . فأم الفصامي
أم مريضة ، انها في أغلب الأحيان مصابة » ٦٥ - ١٩٨٥ - ٢٢٥ .

ومن الشهور بمبانة قول كهذا فاني فشل الأم في تقديم حاجات نمو للأطفال

وبخاصة ما يتعلق باستقلالية هؤلاء الانفعالية والعلاقية — يعد عاملا مساعدا من عوامل الفصام .

ونضيفي أن لا يقتصر دور الأسرة على الأم ، فهي متغير واحد من معادلة يبعدين يشكل فيها الأب البعد الآخر وترتب على أسلوب التنشئة الأسرية العاطلة مشاكل متعددة لا تقف عند ألباط بسيطة من سوء التكيف وإنما تتعداه حيث يفقد معها الأطفال البصيرة والتبصر ، والمبادأة أو المثابرة ، وتتهيء للاتجاه نحو العزلة والانطواء والجمود العاطفي منا يؤدي إلى ألباط سلوكية فصامية . ويشير ليندز Pottison (١٩٦٣) إلى أن الفصامي ما هو إلا أحد أفراد أسرة مريضة بخاصة يكون أحد الوالدين ضعيفا غير ناضج ، سلبيا والآخر سائدا قويا مسيطرا أو أن يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي ، وغالبا ما يسود الاضطراب في تفكير آباء الفصامين وأمهاتهم (٦١ - ١٩٦٩ - ١٥) .

ولقد أكدت نظرية لارتباط المزدوج Double Bind باتسون على العلاقات داخل الأسرة أيضا وأسلوب التفاعل العائلي وبخاصة التوجهات المتناقضة التي يطلب من الأطفال تنفيذها بغض النظر عن تناقضها مما يسبب الحيرة والشك وعيش التناقض داخل شخصيته الأمر الذي يهيء للاضطراب الفصامي ، ومما لا ريب فيه أن التفكك الأسري والتناقض والهجر النفسي والفكري داخل المنزل يؤدي النمو السليم بشكل عام ويساهم في اظهار ردود الفعل الفصامية لدى الشخصيات الفصامية . ولكن العلاقة أيضا هنا ليست سببا ونتيجة ولا تأخذ فعلها إلا إذا تضافرت الظروف الأخرى المسببة للفصام .

٦ - العوامل السيكولوجية :

يقع الكثير من الاهتمام عند الكتابة عن الفصام تحت تأثير الاتجاه السائد والذي يغلب فيه التفسير المضيوي لمرض الفصام . الأمر الذي يجعل الحديث عن العوامل السيكولوجية عملا محفوظا بالمخاطر ، وفيه بعض المواجهة على خلاف ما يحدث عند تناول الاضطرابات السلوكية كلها .

يبدأ الحديث عن العوامل السيكولوجية في الفصام من تلك الملاحظات التبعية لحالات الفصام ، التي أوضحت بجلاء وجود اضطرابات وأعراض فصامية ارتبطت ارتباطا صريحا بحياة نفسية صادمة . وعرفت الكثير من حالات الفصام التي أنتجتها وبشكل مباشر صدمات أو أزمات نفسية . . .

تلك الملاحظات المشار إليها دفعت المديد من الباحثين في إطار السلوك الانساني لبحث وتقصي الاسباب السيكولوجية ، ويسجل المدرسة التحليل النفسي ومؤسسها فرويد ... المحاولات الاولى في هذا الميدان ، حيث انطلق فرويد من فرضية أن السلوك الفصامي يؤدي مهمة دفاعية موجهة من داخله وتقاد مباشرة من قبل لاشعور المريض ، حيث يتجه باتجاه الهرب من مواجهة قيود لا تسعهم مع دوافع المريض ورغباته عن طريق الانفصال عن واقع هذه القيود كلية والاستجابة لهذهاات وهلوسات قادمة من عالم هذا المريض الخاص .

ولقد لاحظ فرويد أن ما ينطبق على مرض العصاب من صراع بين قسوة الضبط الداخلية (الانا) والنزعات الجنسية المعارضة لضوابط الانا الاعلى . لا تنطبق على الفصام حيث يتعلق الامر هنا بفشل في تحقيق الاشباع عن طريق الموضوعات الخارجية فيرتد الى داخل الذات ويتركز ويتكشف موضوع الليبدو داخليا فينتج نرجسية خاصة تضع نفسها في مواجهة الموضوعات الخارجية وتحقق بانسحابها من الواقع جسوا آمنا ولكنه مشوها وكاذبا . حيث تجد الطاقات الجنسية الفرص مناسبة لتحقيق أغراضها المتعارضة مع الخارج ... وبصورة سلوكية بدائية لكوصية - مرتدة .

لقد فسر فرويد مسألة الانسحاب من الواقع التي تميز الذهانيين عموما والفصامين خاصة والمودة الى عالم بدائي أو على الاقل عالم مختلف ، والاصح متخلف عن الواقع المدرك بشكل سليم بأن عد المواجهة الخاسرة بين الذات والبيئة تقود الذات الى الانسحاب الى الداخل حيث تبني برجاً عاجيا منعزلا تعيش وتوجد فيه حرية لطاقت دغينة - مثبتة من مراحل تجارية سابقة على الحالة . وبخاصة في مرحلة الطفولة ، تلك المرحلة الحاسمة من وجهة نظر التحليل النفسي بشكل عام

والذي استفاض فرويد بالحديث عنها وبالتحديد عن مراحل الجنسية الطفلية .
الغاية - والاستية - القضيية - ومرحلة الكون .

لقد ربط فرويد بين الاحباط الذي يتضمن الاحساس بالعجز أمام تعقيد
دافع ما . وبين الامساك بالفصام خاصة في العائلة التي يميز منها الانا عن القيام
بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات واشباعها في اطار اجتماعي (انا أعلى) معين ،
مما يسمح بسيطرة مطلقة لله وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات كبت ، وصراعات
بين مكونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية . وتعود الى خبرات طفلية فحشة
غير واضحة .

ويستدل المستدلون في التحليل النفسي على صحة فروضهم آفة الذكر . بما
يظهره الفصاميون من الابطال سلوكية ككوصية . حيث يظهر الفصامي عند مواجهة
الصعوبات في تحقيق حاجاته زدود أفعال طفلية ويقوم علاقاته مع العالم الخارجي
في ضوء نزواته . . . شأنه في ذلك شأن الاطفال . كما يستدل من عادات الطعام
واتجاهات الفصامين نحوها ، وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على
أثر المراحل الجنسية الطفلية المستمر :

توجز العوامل السيكولوجية من وجهة نظر التحليل النفسي لأهميتها :

• صدمات نفسية في مراحل الطفولة وضغوط شديدة .

• تكون من المراحل الجنسية في التطور الطفولي .

• فقدان الانا لدوره في التنسيق داخليا .

• فرجسية تبني واقعا ذاتيا داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي .

• رغبات جنسية مثلية مكبوتة .

• ضغوط نفسية تهدم الجوانب الوجداني من الشخصية .

ولقد ربط آخرون من غير اتباع التحليل النفسي بين الفصام والعديد من العوامل من بينها : فقدان التوازن النفسي أو ضعفه - فقدان الفرد لعدوده الذاتية - الحساسية المفرطة في شخصية الفصامي - الشدة والارهاق الزائد الذي يفوق طاقة التعامل عند الشخص - فك ارتباط الانسان الواعي مع الوجود .

يؤيد المؤلف وجهات النظر التي تنظر الى تكاملية العوامل في أي اضطراب سلوكي ويقوده هذا الامر للإشارة الى ما يمكن أن تنبئ البيئة الفصامية (متغيرات حياة الشخص الخارجية - ادراكاته عن الخارج - أسرته - ومناخاتها المنزلية) من دور يفجر الاستعداد الفصامي الذي جاء امتدادا لضربة نمائية سابقة معززة .

كما يبدو للمؤلف أن لقوانين التعلم آثارا يمكن كشفها وملاحظتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون . وهذا يشير الى أهمية التعلم والاكساب كموامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام .

الاعراض في الفصام :

يتميز الفصام عن غيره من الاضطرابات العقلية والسلوكية ، بتعددية زميل الاعراض فيه وديناميتها وشمولها ، بل وتناقضها في بعض الاحيان .

يعود ذلك لتعددية أشكال الفصام وتنوع أمواره من جهة ، ولكثرة القوى والجوانب المتضررة في شخصية المضطرب من جهة أخرى .

لقد استطاع العاملون في ميادين التشخيص النفسي والشذوذ السلوكي والطب العقلي حصر العشرات ، أن لم نقل المئات من الاعراض ، بحيث تشمل الحالة الفصامية النموذجية كل الاعراض التي تم الحديث عنها في الفصل السادس .

ومع أن الحالة النموذجية في الفصام نادرة الوقوع ، وأمر تجميع الاعراض وثباتها لدى مريض واحد مستبعد ، فإن من الممكن الحديث عن بعض الاعراض التي اتفق على ثباتها النسبي وتكرارها الملحوظ لدى حالات الفصام بشكل يمكن

الركيزون الى عددا امراضا مميزة وكافية لتشخيص هذه الحالات بشكل اولي ، على
أن يعقبها تحليل لمضامينها ، ودراسة لدرجات شدة تحكمها وسيطرتها ومسداها
الزماني ... الى ما هنالك من معلومات لا بد من توفرها لتحديد شكل الفصام وطبيعته
وآثاره ، دفعا للالتباس في التشخيص .

تظهر هذه الاعراض في ميادين :

محتوى وصور التفكير Content and form of thought

الادراك perception — العاطفة affect

وعي الذات أو الاحساس بها Sens of self

الإرادة volition

العلاقات مع العالم الخارجي Relation to the external world

السلوك النفسي الحركي psycho motor behavior (D-S-M-III 1980)

يمبر عن اضطراب آلية التفكير لدى الفصامي بوجود الاعراض التالية بكثافة
وتكرار ونمطية :

— انماط شاذة من السلوك الفكري مؤسدة على الفوضى والسحر والخيالية .

— لا منطقية شاملة تلفف فكر ولغة وكلام المريض .

— تناقض واضح في مضمون التفكير وافتقار للعلاقة السببية في سياقه .

— اهتمامات فلسفية جوفاء ، وادعاءات على نفس المستوى تتركز حول مكانة

المريض الدينية والديوية ، فهو « النبي المرسل » أو الزعيم الملهم والمخلص المنتظر .

١ - ثرثرة وسبولة لغوية مؤقتة يخللها محاولات استعمال لغة واستخدام مكثف
لأشكال من السجع مملّة مع كثافة في استعمال الرموز لغويا وحركيا ، وقد يصل
الامر الى حد (اختراع) لغة لا يفهمها هو نفسه . وقد يعقبها مباشرة حالة من
اللجم اللغوي الذي يعجز معه المريض عن الاستمرار في الكلام ، فيبقى ساكنا ،
صامتا ، هامدا ، وكأنه تمرض لحصار ذهني ، وهكذا قاله ينتقل من ازدحام وفوضى
فكرية الى فراغ وعدمية ذهنية .

٢ - تتركز الهذات الفكرية حول الفلسفات والأفكار التي يحملها المريض
ويقتنع بأهميتها ، الى حد يعتقد أن المتأمرين من المقربين أو المسؤولين يبحثون
جاهدين لسرقتها ، لا بل في بعض الأحيان يسرقونها فعلا عندما يستمع اليها المريض
ذاته وحسب اعتقاداته عبر الاثير أو يسمعها على ألسنة الآخرين .

٣ - فقدان البصيرة والعجز عن المحاكمة . وقد تبدو لديه بعض المحاكمات
الفلسفية المنطقية ولكنها لا تلبث أن تكشف عن حقيقتها الميكانيكية السطحية
الفارغة .

٤ - أما أعراض اضطراب آلية الإدراك في القصص فيستندل عليها بكثافة الهلوس
والاوهام التي تنتجها ادراكات مزيفة للواقع ، ومعرفة له ، أو ادراكات كاذبة تنطلق
واقعا من وحي معاناة المريض (عد الى الفصل السادس) .

تعد الهلوس السمعية الهلوس الأكثر بروزا في القصص ، حيث عن طريقها
يستقبل كل الاوامر والآراء والتوجيهات القادمة من الخارج والتي قد تحمل ما يسر
من مديح وامتنان ، وقد تحمل العكس من قذف وذم وتقريع ، ولكن في كل الحالات
يستجيب لها المريض ، وتتحول حالته المزاجية تبعا لمحتوياتها ، وهذا ما يفسر الانتقال
من حالة الى أخرى تناقضها تماما في المزاج والحركة والساطنة المسيطرة بعيدا عن
أية مقدمات منطقية في حدودها الدنيا .

٥ - تتلي الهلوس السمعية ، الهلوس اللمسية ، عندما يعاني المريض الاحساسات
الكاذبة (برودة - حرارة - خدر أو حشرات تسير على جلد المريض ... الخ) .

وتظهر الهلوس الحشوية بشكل مميز لدى الفصامي ، حيث تتضمن
الاحساسات الكاذبة أيضا ، ولكنها تتركز هنا على الاحشاء ، وتجعل المريض منشغلا
بتحقب وتخمين الآثار الناجمة عن وجود مواد متنوعة في أحشائه ... لا تستبعد منها
الافس والديدان وحتى النباتات متفرعة الاغصان .

وتتدرج لدى الفصامي الهلوس الشمية من الاحساس الكاذب لروائح
خارجية المصدر ، الى احساس بالمصدر الذاتي للرائحة .

وان كانت الهلوس البصرية والذوقية أقل رواجاً في الفصام ، الا انها موجودة
بشكل أو بآخر .

أما الشكل الآخر من أعراض آلية الادراك ، فهو ما يظهر من خلال الاوهام
التي تمد أفكارا لا مدونة وغير معقولة ومنسجمة ، يعتل بها المريض ويقاوم تصويب
رأيه فهو ، وينفذ وبكل طواعية ايحاءاتها لأن ما تقسمه هو الحقيقة الوحيدة
بالنسبة له .

تتبع الاوهام حالات الفصام وشكله وأطواره ومن أكثرها رواجاً :

... اوهام الاضطهاد :

حيث تحاك الدسائس والمؤامرات ضد المريض لليل منه وتحطيمه وانهاء
دوره الجليل في مجتمع لا يقدره حتى قدره ، والمأامة بالنسبة له مشاركة أقرب
الناس في هذه المؤامرات ، فالزوجة والابناء والاصدقاء متكافلون متضامنون
لازاحته .

... اوهام العظمة :

تسحور كما رأينا في فصل الاعراض حول مشاعر العظمة والقيمة الذاتية ،
انه السيد والجميع أتباع ، يمتلك القوى الخارقة التي تحول الجميع الى عبيد ،
انه الاقوى ، وحقيقة الامر غير ذلك تماما ، فقد يبني كل هذا المجد الوهمي بحثا
عن التخلص من عقدة دونية قدرة بهاني منها .

٣- أوهام المرض والطفل المتنوعة :

فمن دماغ متعفن الى معدة مشوبة الى سرطان متعكم ... الخ أوهام تسيطر على المريض وتؤثر سلباً على مجمل إنتاجيته .

٤- أوهام العنصرية :

عندما لا يحقق الفصامي من جولاته في رحاب العنصرية الكاذبة ، راحة واستقراراً ... وهذا ليس يستغرب ... يعود ليقيم ذاته تقييماً سلبياً فيصبح الفقير المدمم واللاشيء ، لعله ينجو من المآامرات كونه لا يشكل وحالته هذه خطراً أو تهديداً على أحد .

٥- الأوهام الجنسية :

تشكل الطاقة الجنسية وطرق تصريفها وما تنصوي عليه محور محوري الأوهام . فالخوف والرعب من فقدان الاعضاء التناسلية وأوهام التمزيق اللاإرادي ، وتكرار المنزوح لاولاده وأسرته ، وادعاءات المازب بالزواج وبامتلاك الاولاد الكثر ، واعتقاد الذكر بتحويله الى أنثى ، وأوهام الاتنى حول تحويلها الى ذكر ... كلها هواجس تعذب مرضى الفصام ... وتعد أدلة على تطور الاضطراب .

لا تستثنى من الأوهام الجنسية أوهام الدنجوانية التي تناقض الأوهام المذكورة آنفاً من حيث المحتوى ، ولكنها ترتبط بها وقد تكون نتيجة لها . فالشعور بالضعف الجنسي وبالخطر الذي يهدد فعولة المصاب يرتب أوهاماً تعويضية تبني عزاً جنسياً وهمياً ، كأن يعتقد المريض أن أجسل الجسيلات يحلمن به وينتظرن تسطفه بقبول عروضهن بالتقرب .

... يتضح خلال آلية الادراك أيضاً بمعجز الفصامين عن القيام بعمليات المواءمة بشكل سليم ، وفي تقدير المساقاة ، وثبات ادراك المنجور ... الخ .

والنتيجة عاطفة الانصافي : بكل أو ببعض السمات الآتية :

— فقدان الحساسية الانفعالية في ردود أفعاله الوجدانية على الناس أو الأشياء بشكل تدريجي .

— تقلب مزاجي غير مبرر ، بل تبدل مزاجي يجعل فيه الخوف والرعب مكان الود والتعاطف مع الآخرين ، وأحيانا العدوان بدون سابق انذار . ومن الفرح إلى الحزن بدون مقدمات منطقية .

— ضحالة الانفعالية وتفتير في اظهار الانفعالات .

— تناقض ظاهر بين السلوك والعاطفة المنسجمة معه ، فقد يمر عن السعادة وهو في وضع أقرب ما يكون فيه مستعدا لمحنة ، وقد يود التعبير عن الحزن بوضع سلوكي مغاير أيضا .

— عجز عن التواصل الوجداني مع الآخرين وانخفاض كمي في استجاباته الوجدانية ، وفي انتقائه غير الموفق لنوعية الانفعال الذي يرد فيه على استشارة معينة إلى درجة قد يكون هذا الانتقاء معكوسا .

— انفعالات غريبة شاذة يعيشها المضطرب ، نادرة الحدوث في الحياة العادية .

وتأخذ الاعراض في الإرادة لدى المصاب شكلا أو أكثر من الاشكال التالية:

— العجز عن اتخاذ القرارات أو متابعة تنفيذها بعد الشروع بها .

— أوهام تتركز حول وقوع المريض تحت تأثير السموم تدعيها قناعة أنه مملوك الإرادة .

— العجز عن تأمين الأمور الشخصية .

— الفشل في ضبط نوازهه والامتناع عن تنظيم نفسه .

— ارتكاب العدوان تحت الحاح هذائه ،

— انماط شاذة من السلوك : مثل : كشف المورة — وخلع الملابس أمام الآخرين وارتكاب جرائم القتل ومحاولات الانتحار • يبدو فيها المريض وكأنه يطاوع بدقة ارادة أقوى من ارادته تسييره وتتحكم بأمره ، وهذا يفسر ما يبدو على المريض من تردد وعدم استقرار واندفاعات مفاجئة في السلوك •

أما أعراض اضطراب الاحساس بالذات والعلاقات مع العالم الخارجي ، فانها تبدو من خلال :

— فقدان حدود الذات والعجز عن الاحساس بالفردية واتجاهات الشخصية •

— ضعف التمايز بين الذات والعالم الموضوعي •

— عجز الانا وانسحابه الى الذات ، والتخلي عن القيام بوظيفة التعامل مع العالم الخارجي •

— في غياب دور الانسا تندمج شخصية المضطرب بأشياء العالم الموضوعي ويحس المريض أن جلده لم يعد يضم شخصيته لوحدها فحسب ، بل ويضم الاشياء المحيطة • لذلك تراه يتأثر لاي حدث يقع للأشياء المادية من حوله وكأن ما يقع ، يقع على شخصيته ، فاصطياذ طريفة يؤله وكأنه هو الضحية ••• انه انتشار للذات في موضوعات خارجية وفقدان كلي للمحدود •

— الاحساس بهشاشة الذات وصورتها البدنية والخوف الدائم من تفتتها أمام أية صدمة •

— قصور بل فقدان الدافعية الاجتماعية باستثناء ما تفرضه أوهامه •

— خلل في التعرف على الاجزاء المادية من الذات •

كما تلحظ في الفصام أشكال من الاضطرابات السلوكية من أبرزها :

ـ حركات لا ارادية رمزية طقوسية ، عشوائية أو نمطية ـ ايماءات ـ تقليد ومحاكات ـ عرات ـ ورتابة حركية مملة ...

ـ السبات أو اللجم الحركي .

ـ أوضاع حركية شاذة ، كالتمثال أو المعركات الاليقاعية الراقصة .

ـ السلبية والسناد ... وأحيانا عدم المقاومة .

ـ جمع وتكديس الأشياء واختفائها بناية . وجمع النفايات والقاذورات .

ـ نوبات كاتاتونية بين الهياج والشبات ، والانتقال بسين الطورين لا يحتاج الى مبررات واقعية .

تصنيف الفصام :

كما يحصل دائما فإن اختلاف وجهات النظر أو تنوعها في فهم العوامل الكامنة وراء كل اضطراب ، وتمدد الفلسفات الفسرة له ، يؤدي الى تعدد التصنيف وتنوع الاسس المعتمدة فيها . وهذا ما حصل في تصنيف الفصام الى أشكال أو أنماط تتميزها أعراض خاصة بها . حيث تعددت وتنوعت هذه المحاولات . يرصد بعضها علي كمال في كتابه فصام العقل ـ ١٩٨٦ :

ـ التصنيف الى الأنواع الاربعة الكلاسيكية من المرض وهي :

١ ـ الفصام البسيط Simple Schizophrenia والتي يغلب فيها فقدان المريض للاستجابات العاطفية .

٢ ـ الهفريا ، والتي تغلب فيها أعراض اضطراب الفكر واضطراب العاطفة وضمف الارادة .

٣ - الكاتاتونيا ، وأظهر أعراضها هي في مجال الحركة ومراقبة المريض بين الحركة المفردة والسكون .

٤ - البارافرنيا ، والتي تكون الاوهام العقلية أكثر أعراضها بروزا .

- تصنيف المرض الى حالات حادة وحالات مزمنة ، وهو تصنيف هام ، ذلك أن هنالك من يحدد مرض الفصام بالحالات المزمنة والتي لا تشفى عادة ، بينما هنالك آخرون ممن يعدون الحالات المرضية الحادة بأنها حالات مرضية غير فصامية الا اذا أزممت في النهاية .

- تصنيف ليونهارد Leonhard ١٩٢٦ ، الى فصام نظامي Systemic وفصام غير نظامي Non-Systemic ، والفرق الاساسي بين هذين الصنفين من الفصام هو أن أعراض الصنف النظامي هي أعراض واضحة ومحددة . وبأن الصورة المرضية غير متبادل فيها ، والحالات المرضية في هذا النوع تبدأ بصورة تدريجية وهادئة ، ويشرح ليونهارد هذا التصنيف من الحالات الفصامية بأنه نتيجة لاصابة نظام وظيفي واحد من الوظائف العليا للدماغ ، ولهذا فإن مجموعة متوافقة من الأعراض تظهر مدللة على هذه الاصابة ، وقد قسم ليونهارد هذا الصنف الى أنواع سريرية متعددة لا نجد ضرورة لسردها . أما الصنف اللا نظامي من الفصام ، فهو ينصف ببداية حادة أو عاصفة للمرض ، ثم أن الاعراض المرضية فيه هي أعراض متعددة الأشكال والصور . وقد قسم ليونهارد الفصام غير النظامي الى خمسة أنواع وهي :

١ - البارافرنيا الزاجية Affect - Laden · Paraphrenia

٢ - الفصام الهذائي Schizophrenia

٣ - الكاتاتونيا الدورية Periodic Catatonia

ففي النوع الاول يتفعل الفرد بصورة ما نتيجة تفاعله مع ما يسمكه من أوهام ،

وهو على العموم يزداد انفصالا كلما جردل في أمر أو هامه . أما النوع الثاني فإن
العارض الغالب على المريض هو الارتباك الشديد في النطق وإلى درجة يتعذر معها
فهم ما يقوله هذا في الوقت الذي يبدو فيه المريض طبيعيا في سلوكه وفي أدائه
لعمله . أما النوع الثالث ، الكاتاتوني ، الدوري ، فهو يتسم بمظاهر مختلطة من
الحركة الزائدة والحركة المتوافقة وبصورة دورية .

— صنف شنايدر Schneider ١٩٤٢ الفصام إلى ثلاث حالات : (١) حالة
الانطواء الفكري ، و (٢) حالة العشوائية أو اللامنهجية ، و (٣) الحالة الهوائية .
فالحالة الانطوائية الفكرية تنصف إضافة للانطواء الفكري بمظاهر انقسام الفكر
وتشره مع ومضات ايحائية أو أو هام ذات ملابح كوني أو ديني ، أما الحالة العشوائية ،
فتتسم بالأفكار غير المتسلسلة وغير الهادفة ، مع جمود الماطفة أو تبديلها من غضب
إلى قلق أو يأس أو اشتكاء ، أما الحالة الثالثة (الهوائية) فإن كلام المريض فيها
يبدو صحيحا من ناحية التركيب اللغوي ، غير أن المحتوى هو هراء ولا يعني لسامعه
شيئا ، أما المزاج ، فهو ضعيف القوة ، ويتسم باللامبالاة بالناس وبالأشياء وبالقيم .

— تصنيف الفصام تبعا للمظاهر السلوكية (كاميرون Cameron ١٩٤٧) إلى
حالات : (١) المدوائية Aggressive وحالات (٢) الخضوع Submissive والحالات
(٣) المنفصلة Detached . وقسم كاميرون كل واحدة من هذه الحالات إلى أصناف
أخرى ، مثال ذلك تقسيمه حالة (التمدي) إلى : المضطهد والمتألم ومعاقب نفسه ،
وهكذا . وقد أزال كاميرون التقسيمات التقليدية للفصام إلى فصام بسيط
والبارانويا والكاتاتونيا والهيفرنيا ، فألقى البسيط ووضع نوع فصام التمدي
بدلا من البارانويا ، وفصام الخضوع بدل الكاتاتونيا ، وفصام الانفصال بدلا من
الهيفرنيا .

— تصنيف المرض إلى صنفين ، هما : الفصام الحاد أو التدريجي
Process Schizoarenia والفصام الانفعالي Reactive Schizophrenia وقد قام بهذا
التصنيف كنت Kent ١٩٤٨ ، وتبعا لهذا التصنيف ، فإن الفصام الحاد والذي

يسمى أيضا بالفصام النووي Nuclear Schizophrenia أو الفصام المسائي
Pure Schiz أو الفصام التكويني Constitutional Schiz. يشتمل بالظاهر التالية :

تاريخ طويل يسبق المرض وتظهر فيه على المريض دلالات من عدم التكيف ،
العلاقات البيتية غير الطبيعية ، والمشكلات البيتية والمدرسية ، مع بداية تدريجية
للمرض بدون وضوح عامل مسبب مباشر ، وانقطاع تدريجي للنشاط والفعالية
بما في ذلك النشاط الجسمي والفكري ، مع قلة الالتهاب والوصول إلى الهدف أو
الغاية ، وظهور الفرد بمظهر البلادة ، وانغماسه في لجة من الأفكار الذاتية ، إضافة
إلى الاضطرابات الفكرية والالهام الجسمية . ومن خصائص هذا النوع عادة هو
وجود تاريخ عائلي من المرض العقلي المزمن ، مما يشير إلى وجود أساس بايولوجي
يقرر الاتجاه نحو المرض ، ووجود أم متسلطة في محيط عائلي منخفض المستوى
اقتصاديا واجتماعيا ومقدرة عقلية ، كما أن المريض قبل وضوح مرضه هو على
المعوم عامل عن العمل بإرادته وغير متزوج وغير اجتماعي . ومن الواضح أن جميع
هذه الظواهر تتوافق مع الصور الكلاسيكية التي يحملها الناس عن مرض الفصام
وهي الصورة التي يعدها الأطباء بمثابة (الفولاذ الذي لا يهدأ) من الفصام .
وقد أعطى لهذا النوع من الفصام ما هو متوقع من المصير المزمن غير القابل للشفاء .
وعلى الحالات المرضية الجبرينية والفصام البسيط من عتبة هذا النوع من
المرض ، أما النوع الثاني وهو الفصام الانفعالي فهو على نقيض الفصام الحادث
يتصف بالخصائص التالية : الابتداء في سن الرشد (أي بعد انقضاء مرحلة المراهقة) ،
ويأتي عادة على شكل حاد وعلى أثر عوامل من الضغط أو الإثارة الشديدة في محيط
المريض أو حياته أو تجربته الشخصية . أما شخصية المريض السابقة للمرض فهي
على المعوم شخصية متوازنة ، مع توافر الدليل على أن المريض قبل مرضه كان
يعمل وينتج ويقيم علاقات اجتماعية طبيعية ، كما يتضح عادة خلق المريض من تاريخ
عائلي للمرض ، والنشأة في بيت تقع السيطرة فيه بيد الأب ، كما أن العائلة بهيئتها
تتم ضمن الحدود الوسطى أو الأعلى من ذلك من حيث المستوى الاقتصادي
والاجتماعي والثقافي . وبالنظر لهذه الخصائص والنتائج الإيجابية في مصير المرض ،
فقد عد هذا المرض مرضا شبيهاً للفصام كما عد من (حشيرة) حالات البارافرنيا

وبعض حالات الكاتاتونيا وبعض حالات الفصام الاكتيبي التي تنفصلها عشرات من الحياة العقلية الطبيعية (٤ - ٢٠٨ - ٢٠١١) .

وهناك أشكال أخرى من التصنيف منها :

١ - التصنيف الاوروبى ، الذي يعد الفصام أساسيا وغير أساسي (تفاعليا) :

أ - فالفصام الأساسي (الاصلي) هو الذي يماثل الفصام النووي .

ب - والفصام التفاعلي Reactive الذي يكون حادا قصير الامد وسهل العلاج .

٢ - تصنيف الباحث البروفسور (كارل كلايست) K. Kleist الذي درس حالات الفصام لمدة ٣٣ عاما ، وخرج بنظرته عن الفصام التي تقول ان الفصام مرض أو اضطراب موضعي في أحد أجزاء الدماغ حتى وان لم يتوصل العلم الى اكتشافه بعد . وان أعراض الفصام وأنواعه السريرية تتعلق بالموضع المريض من الدماغ . أي أن تصنيف كلايست (تشريحي) . ويعتقد أيضا بأن الفصام لابد ان ينتهي بتنخر في قسم الدماغ ذاك ، وان الشغصية لابد أن تتدهور . وتدل دراسة كلايست على مدى الصبر والتتبع والدقة في دراسة عشرات الاعراض فذكر منها :

١ - الكاتاتونيا ، والبارانويا وفصام الشباب ، والفصام المشوش Confused Psychosis أو الفصام التنفري Degeneration Psychosis ، وفصام به الفصام المنيء باضطرابات التفكير والكلام . ثم قسم كل نوع الى فروع تتراوح بين ٥ - ٨ بالعدد . وتنطبق دراسة كلايست على آراء الآخرين بأن الفصام أصلي أو أساسي Basic وغير أصلي Atypical (٣ - ١٧٠) .

٢ - وتصنف منظمة الصحة العالمية في دليلها التاسع (المسجل اكلينيكي) ICD-9-CM-1978 وفي دليلها العاشر ICD10-1991 الفصام الى الأنماط التالية :

١ - البسيط Simple type

Undifferentiated ٢ - غير المتميز

Catatonic type ٣ - التشنجي

Paranoid type ٤ - البارانويدي

Acute Schizophrenia ٥ - الحاد

Latent Schizophrenia ٦ - الكامن

Residual Schizophrenia ٧ - المتبقي

Schizo-affective type ٨ - الفصام الالتهامي

Otherspecified Schizophrenia ٩ - أنماط نوعية أخرى

Unspecified Schizophrenia ١٠ - الفصام غير النوعي

Hyperphrenic - Schizophrenia ١١ فصام البالوغ (المراهقة)

... وأما تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية A P A في وجيزها التشخيصي الثالث Dsm III 1980 ووسعته المدة DSM III R - 1987 فقد أشار إلى أنماط فصامية هي :

Disorganized type ١ - النمط غير المنظم

Catatonic type ٢ - النمط التشنجي

Paranoid type ٣ - النمط البارانويدي

Undifferentiated type ٤ - النمط غير المتميز

Residual type ٥ - النمط المتبقي

اشكال الفصام :

تداول كتب على نفس الشواذ وتلك التي تهتم بالاضطرابات السلوكية والامراض النفسية ، والتصنيفات العالمية للأمراض العقلية أ شكالا متعددة للفصام ، وتداول دراسات كثيرة وضع حدود واضحة بين تلك الاشكال ، ومسح الوضع في الصبان صعوبة ذلك ضمن المرض الواحد ، فانه من المفيد علميا وتشخيصيا الحديث عن أشكال للمرض الواحد اذا تم تأييد ذلك واقعا ، ولكن دون التعصب للحدود الدقيقة جدا التي تميز شكلا عن آخر ، وذلك لاحتمال تداخل الاعراض بعضها مع بعض — سنحاول فيما يلي استعراض الاشكال الرئيسة في الفصام :

الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

انه أقرب أشكال الفصام الى الصحة النفسية وبالتالي فهو اقل أشكال الفصام تعقدا وحدة مع أن شفاؤه ليس بهذه السهولة ، (عليه خلاف بين تصنيف منظمة الصحة العالمية ، وتصنيف جمعية الطب النفسي الامريكية ، كما رأينا في التصنيف) .

يتميز المرضى به بانحدار ملاحظ في كل قوى الشخصية — الانفعالية حيث التبلد الانفعالي وجمود الوجدان ، والاجتماعية حيث ضعف المبادرة والعجز عن اقامة العلاقات الاجتماعية والانسحاب الى الذات — والالتحاق بجماعات السوء — والجسدية عندما يفقد المريض الوعي الصحي وهمل واجباته تجاه بنيته الجسدية ، والعقلية حيث الشرود المستمر وبدايات التفكك المنطقي في تفكيره وذكرته .

يسجل لهؤلاء المرضى ندرة الهلوسات والهذات على الاقل بصورها المنتظمة .
ينتشر الفصام البسيط لدى الجنسين بين الاعمار ١٥ — ٢٥ سنة ، وتزداد نسبته بين المزاب والمدمنين والمجرمين ... الخ .

يعرض شرقاوي (٦٢-١٩٨٣-٢٧٥) نقلا عن برونو ، حالة فصام طفولي بسيط حيث تحول المريض نفسه أو تصور نفسه (آلة) للهروب من مشكلات حياته . فهو عندما يدخل غرفة الطعام مثلا يبدأ بتوصيل سلك كهربائي وهي من (منبع الطاقة)

لديه أيضا مولد كهربائي خيالي - يوصله الى منضدة الطعام . وعلى المائدة (يعزل) نفسه بوساطة مناديل الورق ويقوم بحركة تنفي أنه أدخل السلك في المنضدة . وهنا فقد يستطيع أن يأكل لانه يعتقد تماما أن التيار هو الذي يحرك جهازه الهضمي . وهو لا يستطيع أن يشرب الا من خلال بعض عيدان القش (شفاطة) الموضوعة في أنابيب بنظام معين . وأصبح سلوكه داخل المدرسة غريبا لدرجة أنه كان من الضروري إحالته الى العلاج المتخصص . وفي أحد الرسومات التي طلبها منه المعالج صور نفسه على هيئة سلك كهربائي وكان واضحا من الرسم رفض الطفل للمشاعر الانسانية . وقد تبين أن والديه كانا ينفذه بطريقة غير انسانية ، وأنه كان ينكر مشاعره الخاصة تجاههما لانهما كانا يقسوان عليه مما يسبب له آلاما مبرحة .

٢٢٠ - فصام المراهقة : Hebephrenic Schizophrenia

يختلف هذا النوع من الفصام عن سابقه من حيث شدته و بروز أعراضه ووضوحها وصمودية استجابته للعلاج . ويتميز المصابون به (غالبيتهم من سن الشباب وفي مرحلة البلوغ) بفقدان القدرة على الضبط الذاتي وخروج الدوافع عن السيطرة . وباتكاسات متلاحقة في الحياة الانفعالية مع فوضى غير ارادية في تنظيم الانفعالات والتعبير عنها لذلك من السائد والمعروف عن المصابين بهذا الفصام قهقهات متكلفة لا يبررها الواقع الموضوعي وازدواجية الانفعالية متناقضة بحيث يمكن أن يعبروا بالانفعاليين متناقضين عن ردود أفعال تجاه موضوع واحد وفي الوقت ذاته .

تظهر الهلوس والهذات بكثرة ولكنها غير منتظمة ، يستجيب المريض لتداعياتها ويسلك بوحيا وهذا ما يفسر تناقضه ولا منطقته لا بل تفاعته في الكثير من التصرفات ، فمن مصاب يدعي انه كان يتلقى رسائل بالراديو يوميا من بلاد أخرى عن طريق (الحشو) المصدني في أحد ضروسه (٦٢ - ٢٧٥) الى آخر يمتلك الملايين ويمبر عن سعادته بحركات تقضيب للوجه تكلفية . . . الخ .

يحتاج تشخيص هذا المرض الى خبرة عالية خاصة في بداياته وذلك للتشابه الكبير من حيث المظهر بين أعراض هذا المرض وردود أفعال المراهقين السلوكية التي تتميز أحيانا بعدم الاستقرار الانفعالي والحساسية المفرطة والانزواء والغيثال وأحيانا التكموص . وينصح للوصول الى تشخيص دقيق بربط الأعراض بالأبعاد الزمانية والمكانية والاجتماعية والفردية للعالة الواحدة . كي يتسنى للمشتخص ادراك ومعرفة طبيعة ما يلاحظه من سلوك سطحا وعمقا .

على أية حال يسكن بقي الملاقة بين المراهقة كمرحلة نمو ملييمي وفصام المراهقة كاضطراب يطال عتق علاقة الشخص بمحيطة الداخلي والخارجي . ويمكن القول : أيضا أن التسمية قديمة وقصد بها الإشارة الى ظهور الاضطراب في هذه المرحلة المبكرة . تستغني الكثير من الدراسات الحديثة عن هذه التسمية .

ببوءه شابة في العشرين من عمرها (٥٠ - ١٤٦) ، كانت تشتغل مرفضة ، أدخلت المستشفى في حالة هياج وعدم استقرار . بعد بضع دقائق كانت مبتسمة وسعيدة . وسرعان ما تبدلت هذه الأحوال في خلال دقائق أيضا . وكان من الصعب التملون من جانبها للفحص المبدي . كانت تتكلم بشكل طقلي بسيط ، وتقول انها تود لو أن أحدا أجرى لها عملية في رأسها لتحسن . تحدثت عن كيفية عملها في مستشفيات عديدة ، وأنها لم تستطع أن تستمر بشتات في عملها ، لأنها كانت ترى دائما أنها تمل في متاهة وبدا أن طريقة السؤال والجواب ربما تستغلص منها الجوانب المطلوبة أكثر من تركها تتحدث :

~ كنت في مستشفى ؟

~ نعم مجرد أسابيع قليلة .

~ لماذا تركت المستشفى ؟

~ لا أدري بالضبط .

— هل تسمعين أصواتا ؟

— نعم ، لا ، نادرا جدا ، يبدو انني أصبح فاقدة العقل .

(اعترفت فيما بعد انها تسمع بالفعل أصواتا ، وأن ذلك أزعجها بشكل سيئ) .

كانت قادرة على أن تقوم بعمليات الحساب البسيطة ، وأجابت اجابة صحيحة على بعض أسئلة المعلومات العامة ، لكن توهانها وعدم تسلسل حديثها يتضح من الآتي :

— من الذي اكتشف أمريكا ؟

— أظن أنه مري . — كانت لي عمة عجوز سالي ماتت وأخ أكبر ذهب الى هلسون .

كانت تتصرف بطريقة مضطربة ومثارة ، وقامت بضوضاء تعين معها أن تنقل الى حجرة منفردة . وهناك بادرت بتعطيم عدة ألواح من الزجاج . واستمر سلوكها الاندفاعي العنيف على فترات . رفضت الطعام لدرجة أنه لزم لبعض الوقت تغذيتها عن طريق الأنبوبة . وبعد ذلك أيضا دفست أصابعها عمدا في عينيها فأحدثت قدرا من النزيف في ملتزمة العين .

وأثناء اقامتها بالمستشفى استمرت في حالة هلوسة ، وتحدثت بحرية عن خبراتها . فقالت : ان أصواتا تخبرها بأشياء عملت معها أثناء الليل . وخلال النهار أيضا كانت تهلوس ، وكثيرا ما تجلس معلقة في السقف وهي مستغرقة ذاهلة .

وبالتدريج خفت اندفاعيتها ، فبدأت تعنى بمظهرها ، وتساعد الممرضات في الغسيل ، لكنها كثيرا ما تتنابها انفجارات البكاء بغير سبب ظاهر .

وسئلت في ذلك الحين لماذا كثيرا ما تجلس وعيناها مطبقتان تماما لا تفتنهما الا للحظة أو لحظتين طوال الوقت ، فأجابت بأنه عندما كانت عيناها مفتوحتين رأى

الطبيب أو الرئيسة التي كانت مكلفة بالمنبر أو الممرضات ما تراه هي ، فكانوا اذن يرون من خلال عينيها ، ولكي تمنع حدوث هذا أطبقت جفنيها . وكذلك قالت ان لها صوتين : أحدهما الذي تنطق به وتسميه الصوت الفوقاني - وما تقوله بهذا الصوت فهو صحيح ، والثاني - وتسميه الصوت التحتاني تظن أو تشعر أن الحاضرين يسمونه من حين لآخر بدلا من الصوت الصحيح . لذا قالتا نحصل على أفكار خاطئة بتصديق هذا الصوت الثاني . كذلك عبرت عن أن الأطباء والممرضات يستخدمونها (كوسيلة) للتأثير في الآخرين . ورفعت ثلاث الاصابع الوسطى ليدها لتصور هذا الموضوع : فجملت الاصبع الاول من الطرف تدل على الرقم ستة ، والوسطى تمثلها هي نفسها ، والاخيرة من الطرف الآخر تمثل الآخرين .

أصبحت حالتها أكثر سوءا بالتدريج . فهي تتجول بطريقة لا تستقر وبلا هدف . وعندما يزور الطبيب المنبر تتعلق بذراعه ولا يمكن أن تفصل عنه الا بصعوبة . وانسدت عمليات تفكيرها كما اضطرب كلامها . اذ تكونت الجمل من كلمات وعبارات متقطعة لا علاقة بين بعضها بعضا الا الارتباط السطحي المارضي .

لا אחרי ماذا جرى ، شايقة ، غير عارفة . أنا متأكدة . أهى سندريلا . فيه لعبة أحسن من هذه بكثير . غير عارفة . أقول ، هو أبله كريب . يا الهي العزيز ، كم أنا غبية . كيف ينحط اثنين واثنين مع بعض . أقول فملا أنا غير عارفة . أقول كاني وهذا الذي أشاهده وزهور . برقالة ورباط . جزمة . القميص الجبردين . البتهجرو وموسيقى الجاز مع الكمككات بالكربة . هي تقول لا . همه ييهيوا شعري متقصر ، لكن أنا غبية جدا . العكس يا ماري ، التماثيل في كوبالاندلاي . أوه ، قلت أيوه أيوه أيوه ، لازم أروح أناام على طول بعدين قلت . أنا عارفة كويس . قلت (مفيش) . انسى كل حاجة شفتها بعد ذلك . ثاني حاجة كانت . ايه ؟ الرجل المسكين معنونه . الآن سيقطعون رقبتنا حالاو . نتائج (التقويم) مربوطة بأشرطة زرقاء . وه ، يا الهي العزيز . العكس يا ماري ثاني . أي فترة . ده صحيح . لا أحب أن أمثل دور السنزه أبدا . سندوتشي بالكريمة . ذاكرتي بطيئة جدا . هذا كله أنا متأكدة . كان كرميات وكصكات النياكية . كويس كويس .

قلت ، لا أقدر عليه • ومضى عاوزة أقدر عليه ، كويس غير مهم • العكس يا مازي
 قالي • (للمرضة) يا اخت جرات ، الكلاب بتنبج ، ماذا بجرى لي أنا ؟ ملا أمجد
 قبالي • أنا زهقت خالص من هذا المكان • هذه الحكاية • بومينج ساجو • باين
 عليها مصفرة وتعبانة • أنا عارفة هذا • (نفني) • خذوني هناك • ودوني أي مكان ،
 منشستر ، برمنجهام ليدز ، أنا ما يصني • أحب أشوف أحسن بقى عندي • مسر
 بترك • مع أن هذا وقت الرحيل • هو كذلك • جين • ودومي تنزل • عندي
 شعور هكذا • أحزمة وميداليات زرقاء • ثلاث بيضات للشاي • لا هذا مش
 راح ينفع • أوه يا الهي العزيز • كم أنا غبية • لن أرى طريقي • أرانب بيضاء •
 المودة ألى البيت في تينيسي • هي بتستهجي كذلك • أوه ، غير عارفة راح أعمل إيه
 الآن • كل شي غلط • يا الهي العزيز • أنا عبيطة جدا • حاجبة تموت • مش كده ؟
 كعك بالكريمة ، كعك فرنساوي وفطير بالبيض والسكر • دبان وبرانيت وفراش
 وخلافه •

ان لديها فكرة انها تغيرت ، وهي تقول أحيانا (وجهي متغير) •

وقد بدأ تطور موضوعها منذ خمس سنوات مضت ، وهي لا تزال تسير الى أسوأ •

وتبين عينة من كتابة خطاباتها أوضح بيان التفكك والميل الى التكرار :

سيدي العزيز :

فرغت من تناول عشاءي الآن • أكلت عشاءي القرد وأحسن اتني أحسن •
 تغيرت أنا • المرضة دالسا بتعمل شاي • بتنسى المرضة •

التمب منشان فنجهان

شاي

المرضة تنفس

(أوجيا لقياس)

(أنت -

(أنا ه ز و

(تطعن دروس

(المخلصة

(لك

(ب . ر .)

عزيزي الدكتور هيند

أنا بالضمير كده منتظرا أنني تعجب لي شوي شغلة جين ، أنا و ب جراد البحر

أنا ...

أ - المية سخنة اللي القرد راح فيها

س أنا

مخلصة

المرضة بروس

اعطيتني النبي

شغلة

الضمير

Disorganized schizophrenia : الفصام غير المنظم

بدأت بعض أنظمة التصنيف 1979 ICD-9-CM و DSM-III 1980 والنسخة المعدلة DSM-III R 1987 في اعتماد هذا المصطلح بديلا لمصطلح فصام المراهقة أو فصام الشباب (Hebephrenic) .

تتضمن صورة مرضى الفصام غير المنظم الاكلينيكية وفق هذه الانظمة :

مظاهر بلادة وسذاجة عاطفية ، وظهور غير منظم لاهام وهالوس لا ينتظم
مضمونها (هو الآخر) حول موضوع معين ومألوف .

كما يظهر مرضى الفصام غير المنظم فقرا في إقامة العلاقات الاجتماعية وفي
تمثلهم للقيم المألوفة ، مع رغبة شديدة بالانسحاب .

ينفذ هؤلاء أنماطا سلوكية شاذة من خلال حركات رمزية تكلفية ، وعسرات
تمطية ، وروح دعاة جوفاء تؤدي الى عكس ما يرغب صاحبها في معظم الاحيان .

يقع مرضى هذا الفصام تحت سيطرة توهم الامراض ، وبخاصة تلك التي
تتمحور حول الطاقة الجنسية ووسائل تصرفها فيترددون على الميادات الطبية
باستمرار لينتهي بهم المطاف مستسلمين لتوهم المرض الفعلي .

وإذا كان علينا اختيار أكثر التعريفات اختصارا لهذا النمط الفصامي ،
لاخترنا ذلك الذي يؤكد على عدم انتظام كل مظاهر السلوك لدى المريض وبخاصة
مظاهر الفكر والعاطفة وطرق التعبير الشعورية واللاشعورية عن كل منها .

الفصام التشخيصي : Catatonic Schizophrenia

الاضطراب الواضح لآلية الضبط الحركي عند المصاب هو أبرز ما يميز هذا
الشكل من أشكال الفصام ، حيث يأخذ اضطراب المصاب الحركي أشكالا متناقضة
ومتنوعة ، فمن هدوء يصل الى مرحلة الجمود في وضع رمزي معين يعقبه عزوف
عن الطعام والكلام وأي نشاط يستلزم الحركة ، الى هيجان حركي مترافقا
بالمفاعات تدميرية غرضية أحيانا وغير غرضية أحيانا أخرى . . .

يفلب على أعراض هذا الفصام الطابع الرمزي فالمصاب وتحت تأثير هلوساته
وهذائه الواضحة والتمطية في هذا الفصام -- يستجيب لنداءات عالمه الخاص
فيرمز في كل حركة عن مضمون ما يكشفه التشخيص والتحليل النفسيين . يقبل
أصحاب هذا الفصام الأيعاء بشكل كبير ويخضعون له وبخاصة في حالة الجمود

والنخشب . حيث يبقى المصاب زمنا قد يستمر ساعات بل أياما في وضع محدد لا يتغيره . ويتميز هؤلاء أيضا بقدرة التحمل الكبيرة لما قد تسببه لهم المدفوعات من آلام ويفقدون جزءا كبيرا من مقدرتهم على الاحساس في المناطق المتخشبة فيحصلون ما يصعب تحمله .

أ . ك . سنة (١٥١-٥٠) ، والده عنيد وصارم الارادة ، والدته سهلة الاثارة متقلبة المزاج . في السابعة من العمر ذهب ليمش مع جده وجدته . الاول (صوته خفيض ويعاني نوبات صرع مات على أثرها في مستشفى أمراض عقلية) لم يفهم أبدا حالة الطفل بقدر ما أدخلت نوباته الرعب في نفسه . فنشأ المزاليا ، خائفا خجولا وحساسا ، لكن عنيدا وصارما . لا يزال يذكر باستياء كيف جلده أبوه أمام صبي آخر لم يشكره على تقديمه له تفاحة . لم تستهوه حياة نعب الاطفال الآخرين وكان يقضي وقته اما في مكتبة المدينة أو في غرفته ، حيث عمل لنفسه لعبا أخفاها بحقد عن قرأته باستثناء أخته التي كانت وحدها . موضع ثقته . في سن السابعة عشرة تخرج من المدرسة الثانوية حيث كان تعليمه سهلا لكن دون أي اشتراك في الأنشطة خارج الدراسية .

ليس في تاريخه المهني ما يهم سوى أن أمه المبكر في النجاح كرسام ومصمم طائرات وموتورات لم يتحقق وأنه طوال ثماني السنوات السابقة لدخوله المستشفى لم يكسب شيئا . وقد تزوج في سن العشرين .

وقبل ادخاله بشهرين ، بدأ المريض يتحدث عن (كيف فشل) ، كيف (ضيع) حياته كلها ، وأن قد (فاته) القطار . وحكي عن سماع شخص يقول له (لا بد أن تستسلم) . وذات ليلة استيقظت زوجته على حديثه ، فقص عليها بعض رؤى تمر به ، لكنه رفض أن يصفها . وذكر أن شخصا يلاحقه ويمطول تأنيبه على موت رجل معين . كان يقول انه تسمم . وكلما رأى عربة أو آلة نارية يقول إن أحسدا فيها يبحث عنه ليعرض مساعدته في العمل على انقاذ العالم . تمر به فترات ضحك وصياح يصبح فيها صاحبا صعب القيادة لدرجة أنه يلزم حجزه بالمستشفى .

جاء في تقرير دخوله لمستشفى انه رجل نحيل ، سيء التغذية متسع الحدقتين (العين) انعكاسات الاوتار العضلية زائدة النشاط ، معدل نبض السدم ١٢٠ في الدقيقة . وفي مكتب الاستقبال أظهر لوازم كثيرة ، فرقد على الارض ، وجرجر قدمه ، وقام بحركات تخبط غير موجهة وعنيفة ، فاضطدم بالحاضرين ، وقطب وجهه ، واتخذ ميمات اتجاه موقفية صلبة ، رفض الكلام . وبدأ أنه يصغي لهلوسات يسميها . وفي وقت متأخر من اليوم تبين انه في حالة ذهول وغيوبة . وجهه بلا تعبير ، لقد خرس وجمد ، ولا انتباه لديه لما يقوله من حوله له أو زدا على أسئلتهم . انطبق جفناه ولم يكن فتحهما الا بصعوبة لا استجابة لوخر الدبوس أو أي تنبيه مؤلم آخر .

وبذلت محاولة في صباح اليوم التالي لاحتضاره أمام الهيئة الطبية المختصة بمقابلات التصريح بالدخول للعلاج . وبسجود دخوله مستندا الى المرشحين ، كافحهما ، وصاح بصوت متقطع ، مقطبا وجهه ، وقاوم بشده . ولمدة خمسة أيام ظل صامتا ، مستنكرا ، غائبا عن الوعي ، يحدق بخلو بال أحيانا في الفضاء ، وعيناه أحيانا أخرى مطبقتان تماما . أكله قليل ، وردده على الاسئلة معلوم ، مرة واحدة سمع يقول لنفسه بطريقة مهموسة جدا : (سوف أموت ، أنا أعلم هذا ، وانتم تعلمونه) . وفي مساء اليوم السادس سرح بصره وسأل أين هو وكيف جاء الى هذا المكان . فلما طلب اليه أن يتحدث عن حياته حكى أشياء كثيرة ومعروفة وقال انه اشتمل مرة في مصنع طائرات وانه اخترع عدة تركيب في الطائرة وان هذا الاختراع سرق وسجلت براءته بالتزوير لغيره ، وكنتيجة لهذا فقد مركزه . أكل بجشع ، وغط في النوم ، وعند استيقاظه كان في غيبوبة كاناتونيا ، وظل على هذه الحال بضعة أيام .

وبالتدريج استرد وعيه وأصبح قابلا متجاوبا . فلما سئل عما حدث له قال إنه أصيب بانهايار عصبي نتيجة لانهاياره النفسي . وصف فترة غيبوبته وذهوله بأنها نوم وذكر انه لا يسترجع أية أحداث وقعت له أثناءها . وأضاف (كان كل شيء مظلماً على ما أتذكر ، ثم بدأت أرى ضوءاً ضعيفاً ، في حجم النجمة ، واختبررت رأسي بالتدريج هذه النجمة ، فرأيت الضوء أكثر فأكثر الى أن أبصرت كل شيء في أحسن

حال منذ أيام قليلة مضت) • وبعد يومين أقر أنه يمكنه أن يتذكر رؤيته للفاحص أثناء التوبة • ويرر خرسه السابق بأنه كان يخشى أن يقول ما هو خطأ ، وكذلك بأنه لم يكن يعرف بالضبط فيم يتكلم ؟ لكن استجابته الانفعالية البعيدة عن الثبات ، وقوله أنه (عالم ومخترع ومن أكبر العبقرات المخارقة في القرن العشرين) كانت تدل بوضوح على أنه ما يزال بعيدا عن الشفاء •

فصام البارانويا (الزور) Paranoid schizophrenia

ويبدأ بعد الخامسة والثلاثين وإلى نهاية أواسط العمر وفي كلا الجنسين • وتتميز البارانويا بأن شخصية المريض تحتفظ بتمامها ووحدها إلى حدود الطبيعة • أما الأعراض البارزة لفصام الاضطهاد هذا فهي الاوهام الاضطهادية الأولية المصبوكة والمنسقة Systematized Delusions والتي تبدو وكأنها من تأليف قصاص بارع • فقد يحكي المريض قصة اضطهاده وكيف اشتراكه أقرباؤه مع السلطة في حرمانه من الاملاك والاراضي والارث • ثم كيف دبوا له زيارة طبيب وكيف اتهموه بالجنون وأودعوه مستشفى الأمراض العقلية •

ومريض البارانويا يكون شديد الملاحظة والانتباه ، ذكيا متيقظا لكل ما يقال ويجري من حوله • ويمتلك قابلية الجدل والدفاع المنطقي • ومن الصعوبة الكشف عن اضطراب في تفكيره أو عن أفكاره السلبية والاستسلامية ، بل أنه يسيل السى الزهو والمنظمة أحيانا •

وقد تشعر الاثنى المصابة بهذا النوع من الفصام بهلاوس لمسية وشسوية تتعلق بأوهامها ، وتكون ذات طابع جنسي ، كأنه تشعر مثلا بأن جماعة تسيطر أشمة كهربائية على أعضائها التناسلية ، وتدخل في عمل الرحم والمبيض وربما في نكارتها وصلها •

ويسيل فصام البارانويا إلى الأزمان ، وقد لا يزول طيلة العمر • إلا أن العلاج يخفف من وطأته وغلواته ويحد من الاعتداءات والسلوك الخطر الناتج عنه ، فمريض المرض إذن هو الأزمان ، ولكن مصير الشخصية يبقى مقبولا • لذلك يبقى

المريض مختلطا وعضوا فعالا في مجتمعه لانه يحتفظ بعمله وعلاماته واتجاهه
(٣ - ١٦٨)

الفصام الكامن : Latent Schizophrenia

استخدم هذا المصطلح منذ أن أوجده بلولر للإشارة الى حالات تتجمع لديها
بعض أعراض اضطرابات التفكير والسلوك الحركي الفصامي من فترة الى أخرى
ولكن دون أن يؤدي ذلك الى اكتمال الصورة التشخيصية المألوفة لمرض الفصام .
تستخدم أدبيات الشذوذ النفسي في السياق نفسه مصطلحات أخرى للإشارة الى
المضمون نفسه من مثل الفصام المتجول ambulatory schizophrenia
الذي أخذ اسم من خلال الشور على شخصيات تعمل استعدادات فصامية تظهرها
حالات الشدة والصدمة ويكون ظهور نمطها الفصامي مرهونا بمثل هذه الحالات .
وفي غياب حالات الشدة فإن أصعب هذه الشخصيات يتجولون بيننا
ويعيشون بطبيعية (ولكنها هشة تنقصها القدرة على المقاومة)

وكذلك ما يطلق عليه الفصام الحسدي Borderline - Schizophrenia
مثلا هو الحال أيضا في ما يسمى الفصام المصممي الكاذب Pseudo delusory
حيث يشير المفهوم الى شخصيات يغلب عليها عدم الاتزان والدورية الانفعالية
وتنطوي على أعراض فصامية ولكنها متخفية وراء حواجز ذاتية واجتماعية واهية .

ان هذا النمط من الالامات السلوكية الشاذة معين والسوية حيناً آخر ، التي
تظهر على مريض الفصام الكامن تعقد مهمة التشخيص السليم لهذا الاضطراب ،
ولذلك تباينت الآراء حول الاعراض التي تميز هذا المرض ، ومن بين ما تنفق عليه
هذه الآراء على الأقل هو امكان استمرار ثبات وطلائع المريض بدون المزيد من
التدهور ، ونشاط للميكانيزمات العصابية التعويضية التي توفر فرص الهروب الى
أهون انشراح . الهروب الى مظاهر عصابية - قلق - هستيريا - الخ ، من مظاهر
فصامية أشد وأخطر . يبدو ان الدراسات الحديثة تسعى لتجاوز الصعوبات في
ميدان تشخيص هذا المرض متعدد المضمون والمظهر .

وستحسم مسألة تعددية المصطلح بدليل تجاوز التطبيقات الحديثة لكل من مصطلح الفصام العصامي والتجول ولم يعد الفصام الكامن من الانماط الرئيسية لدى جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفاتها الحديثة .

الفصام غير المتمايز Undifferentiated Schizophrenia

يُشير هذا الشكل من الفصام بأعراضه غير المستقرة العادة المتبدلة والمفاجئة ، التشكالية تشخيصية أمام المتخصص ، حيث يصعب مع عدم ثبات الأعراض وتداخلها مع نوبات انفصالية شديدة تحديد عائلتها الاكليينيكية الى نمط فصامي بشكل قاطع ، ولعل ما يزيد الصعوبة في التشخيص هو استمرار الأعراض على ما هي عليه من تداخل ولفترة طويلة دون أن يحدث تغيير يشير الى الاستقرار على نمط فصامي معين وهذا ما جعل البعض يفضل عدم عدّه هذا الفصام فصاماً .

أعراض هذا الفصام مزيج من اضطراب الفكر والوجداني، وشخصية المضطرب شخصية تنقسم بالصعوبة المفرطة والتمركز حول الذات والشعور بالمسؤولية بشكل مبالغ فيه .

الفصام المتبقي Residual Schizophrenia

يصف ناثان وغاريس Nathan and Garria 1990 أصعب هذا الشكل من الفصام بالقول: يكشف هؤلاء الأشخاص عن غرابة في السلوك واضطراب في الفكر دون أن تظهر لديهم أعراض ذهانية واضحة . وعادة ما يشير هذا النمط الى أولئك الذين سبق وتعرضوا للإفصام العصامي ، الا أنهم لم يعودوا الان ذهانيين وإن كانوا يكشفون عن الأعراض الفصامية في صورة مخففة . ومع هذا فان الكثير من الباحثين يرون ان الفصامي لا يشفي عادة من الفصام بالرغم من انه قد لا يكشف سوى عن قدر ضئيل من الاضطراب المعرفي على العكس من الفصامي الذي يعاني من مسألة ذهانية ومن تسببت متجذرة في الارتباطات (٢٥٥٠٠) .

الفصام الحالم : Oneiroid Schizophrenia

تطلق هذه التسمية على شكل من الأعراض الفصامية ، التي تظهر المصاب وكأنه في حالة حلم ، ينفصل عن الواقع ويستسلم فيها للهلاوس المتبدلة بسرعة ، حيث تضطرب آلية الوعي لدى المريض وتغدو صلاته بالواقع واهية .
ولكن وعلى الرغم من مضي وقت طويل على اكتشاف مايسر جروسي لهذا الشكل من الفصام (١٩٢٤) ، فإن الاتجاه نحو تسميته لم يتشكل بعد ويمده الكثير من المتخصصين شكلا من الأعراض وليس مرضا .

فصام الطفولة : Childhood Schizophrenia

شغل فصام الطفولة العاملين في ميدان علم النفس المرضي والعلاج النفسي ، ولازال أكثر من أي شكل من أشكال الفصام الأخرى وطرح الكثير من الجدل سواء فيما يتعلق أصلا بوجوده أو فيما يتعلق بأعراضه وتداخلها مع أعراض اضطرابات سلوكية أخرى .

تبدأ حالات الفصام الطفولي على ضآلة انتشارها ، بين السنوات السادسة والثانية عشرة مع احتمالات ضعيفة لبدايات قبل هذا السن .

يتميز الطفل الفصامي بالانسحاب والاتجاه نحو الخيال في عاطفته وتفكيره مما يعطل علاقاته مع الآخرين — وبمقاومة أي تغيير في محيطه والمبالغة في استجاباته وفقدان التناسق في الحركة والجسود العاطفي والتخلف في محتوى الكلام ... الخ .

الفصام الوجداني : Affective Schizophrenia

تلقب في هذا الفصام الهذات التي تتركز حول لجانب لوجداني من الشخصية والتجربة الانفعالية للشخص — وتبرز أكثر الهذات الاضطهادية مع ميول انتحارية — تلعب الازمات النفسية الصادمة والتأخية دورا واضحا في هذا الفصام .

الفصام العظم Grofted Schizophrenia

يطلق هذا المصطلح على الحالة الفصامية التي تختلط مع حالة تخلف عقلي .
يتميز بصعوبة تشخيصه لوجود الكثير من أعراضه لدى المتخلفين عقليا نتيجة تخلفهم
العقلي وليس نتيجة إصابتهم بالفصام .

يضيف فري الدباغ في كتابه (أصول الطب النفسي) إلى أشكال الفصام
أشكالا أخرى منتشرة في ثقافات مختلفة فيقول : ينتشر الفصام في كل بقاع الأرض .
ولكننا نجد بين حين وآخر وصفا لحالات ذهانية تشابه الفصام لكنها تكتسب
صفات ومزايا « محلية » أو ثقافية Cultural تجعلها مختلفة عن الفصام الاعتيادي
نوعا ما . وعلى الرغم من أنها حالات وصفية وغير مدروسة بدقة ، فإن ذكرها يشجع
الباحثين ويفتح للدرس والنقاش الاصيل ، وهي : -

١ - تناظر كابجراس Capgras Syndrome

وصف لمرض العالم « الفونس كابجراس » : يتصور المصاب أن شخصا آخر
هو مثله أو توأمه ، أو أنه مختلف اشغل شخصيته بالذات . ويحدث غالبا بين
النساء .

٢ - تناظر كوتار Cotard Syndrome

وصف المرض العالم « كوتار » ، ويعتقد المصاب بأن كل شيء يضمحل :
العالم الخارجي والذات والاحساس والجسم . ويحدث بين النساء قرب
سن اليأس ، وقليل ، بين الرجال من كل الاعمار .

٣ - ذهان لانتا Latah

يوجد في الملايو وأقطار أخرى كاليابان والفلبين والكونغو . ويحدث بين
النساء في أواسط العمر أو الشيخوخة . المريضة عادة محدودة الذكاء ، وتشكو
من خوف ووحدة على أثر صدمة أو خوف من حيوان أو حادثة ، وتبدو منهزلة .

وتعميد الكلمات ، ثم نستم وتكلم بأقذر الانساظ وتعالى الصندى
اللفظي والحركي ، وتصاب بالشرذ والهايم والضعف أحيانا تباه الآخرين إذا ما
اعترضوا المريضة واستهزؤا بها .

٥ = دهان أموك Amok

ويوجد في الملايو والفيليبين وأجزاء من أفريقيا . يحدث بين الذكور من ذوي
الشخصية القسامية ، ويبدأ بالمرض المريض ، ثم ، وعلى حين غرة ، يصرخ ويقفز
ويتناول سكيناً ويهجم على أي شخص يصادفه ليقتله . وبعد أن يقتل بضعة من
أفراد وحيوانات ، ينتهي المصاب إلى قتل نفسه ، هذا إذا لم يقتله الآخرون الذين
ترعبهم حالته الخطيرة فيدافعون عن أنفسهم . ويطلق على المرض أحيانا اسم
« أموك الراكض » Running Amok .

٥ = الكورو Koro

هو « فزع » يعرف بين سكان « بورنيو الغربية » W. Borneo . وجزيرة
سيليبس في أندونيسيا Celebes وجنوب الصين . يبدأ المرض فجأة بصورة حادة
بشكل رعب وخوف المريض على عضوه التناسلي من الاختفاء في أحشائه وجلب
الموت له . ولنع ذلك يمسك المصاب بقضييه بشدة . فإذا ما تعب من ذلك ساعدته
زوجته ثم أقرباؤه . ولدى الصينيين آلة خشبية تسمى بالقضييب حتى يطعن
المريض ويحول خوفه بعد أيام وأسابيع .

٦ = دهان ويتيكو Whittico

يحدث بين الاسكيمو . ويبدأ بشكل سوء هضم وغثيان وقيء وتوعلك
وكآبة ، ثم خوف من السم ، ومن أنه سيصبح مفترسا للناس الآخرين مثل العملاق
المسمى « ويتيكو » ولذلك يمتنع المريض عن الطعام ولا يتحسن إلا بعد أن يأتي
كاهن القرية ليحل له السحر ويطرده .

٧ - موت الفودو Voodoo

ويسمى أيضا « جنون أو هوس الموت » *Thanatomania* وهو معروف بين القبائل البدائية ويموت المصاب بدون تعرضه لأي مرض عضوي بعد أن يمر بتجربة غريبة من الايمان بالمحرمات والسحر فيعتقد انه مسحور ، وهذا الخوف الرهيب من السحر يجعله كئيبا خافلا مريضا منسحقا ويموت جهده وبالتدريج دون مرض واضح .

الفصل الثامن

البارانويا

PARANOIA

جامعة دمشق
Damascus University



البارانويا

Paranoia

مر وقت طويل على تداول هذا المصطلح ، الذي يعد من أكثر المصطلحات عمرا واستمرارية في ميادين الادب والاجتماع والشذوذ النفسي .

يعد البعض البارانويا شكلا من أشكال القسام (مصطلح البارانويا أقدم بكثير من مصطلح القسام) لتداخله مع هذا الاخير في أعراض تعبر عنها أوهام المنظمة المزمنة ، والفضة المصطنعة . كما ينتج بعض آخر الى عدم ما يعبر عنه هذا المصطلح أعراضا مشتركة للكثير من الاضطرابات السلوكية ، ولا يقر يدون الحديث عنه كاضطراب مستقل من حيث مفهومه ، وعلمته وأعراضه وعلاجه .

اما الاتجاه الاغلب في أنظمة التشخيص الحالية فهو ، تناول البارانويا (ذهان الزور) كمنتهى ذاتها ، لها ما يميزها عن غيرها من الثمات الاخرى .

اولا - تاريخية المصطلح :

تشير البيئة التاريخية الى استخدام الطبيب اليوناني ايبراط لمصطلح البارانويا للدلالة على نوع من أنواع الاضطراب العقلي الى جانب المانيا والمنخوليا . ومفهوم البارانويا عند ايبراط ومما يربيه يقارب فهنا المعاصر لمصطلح «مغبول أو مجنون» أو حالة التدهور العقلي . والمصطلح «بارانويا» مشتق من كلمتين هما «بارا Para وتعني الى جانب و «نوز nous وتعني «العقل» وبمعنى كلي «عقل الى جانب نفسه» . وبعد توقف دام عشرين قرنا على استعمال هذا المصطلح بسلا العلماء بامتناعه من جديد في القرن التاسع عشر اما كما هو واما بالاستعاضة عنه بمصطلح

آخر يدل على أنه - - - - -
 « Verkuicktheit » الذي وضعه العالم الألماني هاين روت « Mecklenburg » عام ١٨١٨ •
 ومصطلح « مونومانيا Monomania » استعمله الطبيب الفرنسي المشهور
 اسيكول « Esquirol » عام ١٨٣٨ والذي قصد به حالة الاوهام التي لا يصاحبها
 نقص في التفكير المنطقي أو الاضطراب في السلوك • وفي عام ١٨٦٣ وضع كاليسوم
 Kahdbaum مصطلح البارانويا وحصر مفهوم المصطلح في الحالات المرضية العقلية
 التي يتوفر لصاحبها نظام من الاوهام ولكن بدون هلاوس ، كما أنه وصف حالات
 مشوشة الشدة من البارانويا والتي يعاني المريض فيها من حالة متزايدة ودائمة من
 الاوهام والهلاوس الثابتة وسماها « بارافرينيا Paraphrenia » ، وكان من رأي
 كاليسوم أن هذه الحالات الوسطى لا تصل حد التدهور العقلي الذي يتصف به
 مرضى « الخرف المبكر » أو الفصام كما يسمى الآن • ومن بعد كاليسوم تواصل
 استعمال المصطلح « بارانويا » (٤ - ٢٢٢) •

وفي عام ١٨٩٩ قام كريبلن بجمع كل صور الامراض التدهورية التي ترجمت
 إلى عمليات مرضية أساسية Process في تصنيف واحد هو الخبل المبكر
 Dementia praecox ، والذي شمل أيضا فئة خبل البارانويسا
 Dementia paranoides . وفي عام ١٩١٢ كان كريبلن يتساءل عما إذا كان ينبغي
 الاحتفاظ بتشخيص البارانويا كتشخيص أساسي • ورأى أن يحتفظ بهذا التشخيص
 للإشارة إلى حالة من المرض ذات بدء تدريجي بطيء مخادع ، يتميز بهذات ثابتة
 تنمو ذاتيا ، وتظل الشخصية فيه سليمة • وأخذ كريبلن يتصور البارانويا باعتبارها
 نوع من الاستعداد يجعل المريض يستجيب بهذا الشكل لمواقف الحياة (٢ - ٣٠٥) •
 وأما كول Kollé فقد قام بتحليل بيانات مجموعة كبيرة من المرضى الذين
 تم تشخيصهم باعتبارهم مصابين بالبارانويا • وقد انتهى كول إلى أن هذا الاضطراب
 يقع في إطار الفصام ، وأطلق عليه لفظ بارافرينيا •

وقد قسمك الفرنسيون بلفظ Délire chronique . وفي عام ١٨٩٣ ميز

ماجنان Magnan بين الاضطرابات المنظمة المتناسقة ، وبين حالات الهذاء التي تمتنع
التناسك والتنظيم وتكون ذات صفة عابرة .

ومن جهة أخرى ، فقد أقام بلويلر مكانا محددا للفصام الهذائي ، إلا أنه لم
يشر إلى البارانويا أو حالات البارانويا . فكما نعلم أن كرييلن قد أقام تصنيفا فارقيا
للفصام عام ١٨٩٦ حيث قال بوجود صور ثلاث لاضطراب واحد هو الفيل المبكسر
Dementia praecox ، وأن هذه الصور الثلاث ليست وحدات مرضية منفصلة .
وقد تقبل بلويلر عام ١٩١١ آراء كرييلن هذه وتحدث عن النمط الهذائي الذي
يصنف بهذات المنظمة والاضطهاد والهذات المتعلقة بالغير Ideas of reference .

يصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي كلا من البارانويا Paranoia وحالات
البارانويا أو استجابات البارانويا (Paranoid states (Paranoid reaction باعتبارها
ذهان بدون مرض معروف في المصح وترفها باعتبارها حالات تكشف هذات ثابتة
وعادة ما تكون هذه الهذات ذات طبيعة اضطهادية أو هذات المنظمة . وغالبا ما
لا تكون هناك هلاوس . وتتفق الاستجابات الانفعالية والسلوك مع الأفكار التي
تتضمنها هذه الهذات . ولا يتأثر ذكاء هذه الفئة . كما أن استجاباتهم لا تتضمن
تلك الصور الاستجابية التي يمكن تصنيفها باعتبارها استجابات فصامية من النمط
الهذائي Paranoid type .

وتشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى أن البارانويا فادرة جدا ، وتتميز
بنمو بطيء لنظام هذائي معقد ، غالبا ما يكون مصافا صياغة منطقية بعد تفسير
خاطيء . يحدث فملي . وكثيرا ما يعتبر المريض نفسه مزود بقدرات متفوقة أو فريدة .
ويتكون هذا النظام الهذائي معزول عمليا عن الكثير من المجرى السوي للشعور .
ولا توجد عادة هلاوس . وتكون الشخصية سليمة نسبيا وتقلل هككفا بالرفهم مسن
استمرار هذه الهذات ودخولها في طور مزمن .

وتقرر الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأن حالة البارانويا Paranoid state

والتي عادة ما يشار إليها باستجابة البارانويا Paranoid seaction ، تتميز بالذهانات وتفقد الطبيعة المنطقية والتنظيم الذي يوجد في البارانويا ، ومع هذا فهي لا تكشف عن تلك الغرابة وذلك التدهور الذي يوجد في استجابات القسام ، ومن المحتمل أن تكون ذات مدى قصير ، وإن كان من الممكن أن تكون ثابتة ومزمنة (٢-٣١) .

ثانياً - تحديد المفهوم :

يشير مفهوم البارانويا (هذاء الزور) في ضوء العرض التاريخي لتطوره الى اضطراب يتمثل في هذيات توهم عقلية delusions قوامها الاضطهاد persecution من نوع بعينه يؤيده المريض ويدافع عنه بطريقة منظمة في حماسة وإصرار وتشغل هذه التوهمات عادة جزءاً صغيراً أو كبيراً من عقله ، محاولة أن تتسع دائرتها لتشمل العقل كله . ويرتبط بهذه التوهمات ويصبح في انسجام مع موضوعها هلوسات سمعية وصوتية visual, auditory hallucinations . فالمصابون بالبارانويا من المبكرة والمجانين بالمعظمة يتخيلون وجود كائن الهي يقوم داخل نفوسهم بهيئهم لرسالة ويستخدّمهم لغرض . كما يقول ديدرو (٥٠-١٨٣) .

ويقترح فورريست Forrest (١٩٧٥) تعريفاً إسرائيلياً هو : أن ذهانات البارانويا هي أمراض تبدأ بعد سن الثلاثين ، تصيب الاناث أكثر مما تصيب الذكور ، وتكون مصحوبة غالباً بموامل من تلف عضوي أو حرمان حسي أو تأثير مواد كيميائية ضارة ، وتكشف أساساً عن أعراض من الإشارة الى الذات Self - reference سواء أكانت هذه الاعراض شهوية أو اضطهادية أو دينية أو متعلقة بالمنظمة ، وغالباً ما تكون هناك هلاوس تشتم أو تهدد ، وقد تكون هناك مشاعر بدنية ، أو اضطراب واضح في الفكر ، ولكن ينبغي أن ينظر الى ذلك في علاقته بالنظام الهذائي الاساسي .

ويرى فورريست أنه في كثير من حالات ذهان البارانويا هناك مكونات وجدانية إما في صورة قلق وانشغال ، أو مخاوف ، أو اكتئاب . وفي الواقع فإن كثير من المصابين بالاكتئاب يعانون من ذهانات البارانويا ، وأحياناً ما يرون أنهم يستحقون

الاضطهاد لانهم مذنبون • وبعض مرضى الاكتئاب ينطقون بهذات اضطهادية عن
غير انهم ، مثلما يمرض الهوس - الاكتئاب عن هذات من البارانويا ، سواء في
مرحلة الهوس أو مرحلة الاكتئاب • وهكذا فإن القضية متعلقة بالحكم : هل العامل
الوجداني هو العامل الأكثر سيادة ، أم أن النظام الهذائي الاساس ؟ (فوريست
١٩٧٥) (٢ - ٣١١) •

إن الصفة الاساسية لهذا المرض هي وجسود توهم اضطهاد
(Persecutory Delusions) أو الخيانة الزوجية (Delusions of Infidelity)
بدون وجود أعراض أخرى تجعل هذه التوهمات تندرج تحت تشخيص القسام أو
الذهان العضوي (Organic Psychosis) . وتطور توهمات الاضطهاد عادة حول
موضوع واحد أو مواضيع مترابطة معا ، مثل الاعتقاد بأن أشخاصا يتآمرون عليه ،
أو يفتكونه ، أو يتجسسونه عليه ويتآبمونه ، أو أن اشخاصا يحاولون وضع السم
أو بعض الادوية أو ان اموالا تحول له ولكنها تسرق قبل ان تحصل اليه ... الخ
(١٩٨٨-٦٣-٧٤) •

والذهان الهذائي (البارانويا) بالنسبة لموسوعة علم النفس (١٣-١٤٢) :
اضطراب أو خلل عقلي وذهني يتسم بهذات متواصلة ، فيتوهم المصاب بها حالات
من العشق ، أو العطفة والغيرة ، أو الاضطهاد ، وقد تصاحبه الهلوسات في بعض
الاحيان ، يصفه كريبلين بأنه تطور باطني النمو على نحو تدريجي الى حد يمكنه من
الرسوخ قبل اكتشافه ، بحيث يؤدي الى قيام نظام هذائي دائم ثابت الاركاز ، مع
استغناء المرء احتفاظا تاما بالوضوح والترتيب في الفكر والارادة والفعل •

ويحدد الوجيه التشخيصي الثالث لجمعية الطب النفسي الامريكية
DSM - III 1980 الصورة الاوضح للبارانويا ، بتلك التي تتضمن هذات
الغيرة التي لا تعود الى أي اضطراب عقلي آخر كالقسام والذهانات الانفعالية
والاضطرابات العقلية العضوية •

ووفق الوجيه التشخيصي الثالث المعدل DSM III - R - 1987 فإن ما يميز
الاضطرابات البارانونية يكمن فيما يلي :

١ - أفكار هذائية لها أساس واقعي (حالات يمكن حدوثها في الحياة الواقعية)
كأن يتعرض الشخص للملاحقة والتعقب من قبل شخص آخر ، أو يتعرض لعضالة
تسمم ، أو عدوى ، أو يكون محبوبا من قبل شخص آخر ، أو الوقوع فريسة
مرض ، أو يكون ضحية خيانة زوجية) على أن تستمر هذه الاعراض لمدة شهر على
الأقل .

٢ - لا تنتظم الهلوس السمعية والبصرية ان وجدت مثلما هو الحال في
الفصام .

٣ - باستثناء الأفكار الهذائية والمظاهر المرتبطة بها فإن سلوك البارانوني غالبا
ما يكون طبيعيا .

٤ - اذا ما ظهرت بين الافكار الهذائية أعراض هوسية أو اكتئابية ، فانها
تكون عادة خاطئة وسريعة بالمقارنة مع أعراض الاضطرابات الوجدانية .

- يناصر المؤلف وجهات النظر التي ترى وجود البارانونيا لدى شخصيات
طبيعية - عادية - تقوم بأدوارها بشكل معقول ، نعيش - ونعمل معها وإلى جوارها
دون شكوك - طالما علاقاتنا معها مهنية أو عادية - لا تتسم بالعمق - ولكن ما أن
نقترب أكثر من هذه الشخصيات حتى نكتشف المبالغة الكبيرة في عادات أساسها
طبيعي موجود ومعمم لدى الناس . فالشخص السليم أو الطبيعي كما هو معروف
يتسم بالعذر . ولكنه يستطيع بناء جسور الثقة الكافية لإقامة علاقات مرضية مع
المحيط . . يدافع عن آرائه باعتدال وديمقراطية ، يتوتر ولكنه لا يلبث أن يمسك
توازنه . . الخ ، أما الشخصية البارانونية فهي عاجزة عن الاعتدال في تصرفاتها وغير
قادرة على إعادة التوازن بسهولة وإنما تتصف بردود الفعل العدوانية التي تصل إلى
حد احتقار الآخرين لمجرد المخالفة في الرأي ، وبشكوكها ، حيث تضع نصب أعينها

اثبات تلك الشكوك بالبحث ما بين السطور ، وما وراء الكلمات ، وتمييز بعضها وحققها وجود عاطفتها ، وتهربها من تحمل المسؤولية .

وهكذا فأننا اذا سلمنا بإمكان الانتاج والعيش بحدود معينة مع (أفكار بارانوية) ، فأننا لا نستطيع التسليم (بسهولة) بإمكان استمرار الانتاج والعيش بطمأنينة مع (شخصية بارانوية) ، تحدد لها أوهامها آفاق حياتها ، وتقويمها لذاتها وللآخرين ، وتكون ملاوسها بشابة التوجهات التي لا تخطئ في قننقتها وتصرف بموجبها ، تحت كل الظروف دون الاستعداد لمناقشة لامنطقيتها .

ان شخصية كهذه وفق (قناعتنا) لن تستطيع التجول في حقل الانعام سليمة طيلة حياتها ، ولابد أن تنسف علاقاتها في يوم من الايام مع محيطها الداخلي والخارجي ، وتنفذ الى عالم الخيالات واللاواقعية بحيث لن يخدمها موقعها القيادي الذي تحتله ، ولا العناية الالهية التي ترعاها ، وفق أوهامها ، وستجد نفسها فريسة اضطراب أشد وأخطر .

وبالتالي فإن عد الشخصية البارانوية من العوامل المهيئة للاضطرابات السلوكية من حيث كليتها ، وعد ما يصدر عنها من أنماط سلوكية أعراضا مشتركة لأكثر من اضطراب ، مسألة تستحق الدراسة المتأنية ، وحسم هذا الامر يقدم خدمة جليلة للعاملين في حقول الصحة النفسية والشذوذ النفسي .

ثالثا - أنماط البارانويا :

يقسم الوبيز التشخيصي DSM III - R - 1987 لجمعية الطب النفسي الامريكية البارانويا تبعا للموضوعات الهذائية المسيطرة أو السائدة لدى البارانوي الى الأنماط التالية :

النمط الشهواني eroticism type

النمط الاعتمادي (العظمة) grandiosity type

نمط النميرة jealousy type

النمط الاضطهادي persecutory type

النمط الجسدي somatic type

النمط غير النوعي unspecific type

فيما يلي نستعرض هذه الانماط وأشكالاً أخرى من البارانويا :

١ - النمط الشهواني : Eroticism type

تتركز الأفكار الهذلية حول الاعتقاد أن شخصاً غالباً ما يكون من مستوى اجتماعي اقتصادي متميز يتعلق بحب المريض . « ومن الطبيعي أن يتباهى المريض بهذا الحب ، ويسمى لتأكيد ذلك ، ويتصرف بما يقتضيه الواجب » .

٢ - النمط الافتخاري (نمط المظلة) : Grandiosity type

وينتسب إحساسات واعتقادات زائفة ووهمية - تتركز بشكل مبالغ فيه حول قدرات المريض الشخصية ، قوته ، معارفه أو ذاته ، أو علاقة نوعية خاصة مع الاله ، أو مع شخصية معروفة وشهيرة .

٣ - نمط الغيرة : Jealousy type

يظهر مريض هذا النمط غيرة مرضية تشمل في اعتقاد جازم بخيانة شريك الحياة له .

٤ - النمط الاضطهادي : Persecutory type

يمد هذا النمط من أكثر الانماط ظهوراً وأصالاً في الاضطرابات البارانوية . ويتركز مظهر الاضطراب هنا حول الاعتقاد : أن المريض (أو أحد المقربين منه) يتعرض امامة سيئة (يامل بسوء) بطريقة ما . وقد يسعى هؤلاء تحت تأثير هذا الاعتقاد الى المحاكم لتقديم الشكوى تلو الشكوى دون ملل بسبب بخلق مضطهديهم

(هذه اذات قضاائية) ، يرغمون القضايا ضد الافراد والمؤسسات ، ولا تغلو ههنا القضايا من منطقتها الخاص وبخاصة تلك التي يطالبون فيها الحكومة بدفع مستحققات أو تمويزات خاصة استحقوها نتيجة الاعمال العظيمة التي قاموا بها .

٥ - النمط الجسدي : Somatic type

هذه اذات هذا النمط تتركز على البنية الجسدية للمريض حيث يعتقد بتعرضه لاضطراب أو مرض جسدي يشغله عن أداء أدواره وينحصر تفكيره بكيفية التخلص من هذا الاضطراب ومعرفة من يقف وراءه .

٦ - النمط غير النوعي : Unspecific type

اضطرابات هذائية غير مصنفة تحت نمط من الانماط السابقة . مثلا أفكار هذائية حول العظمة والاضطهاد معا دون أن يسيطر أحدهما على الآخر بشكل ملحوظ . أو أفكار هذائية ذاتية غير ثابتة .

بالإضافة الى الانماط المذكورة ، تحدث أدبيات التشخيص النفسي عن :

٧ - اضطرابات البارانويا العادة : Acute paranoid Disorders

وهي حالات طارئة مؤقتة من البارانويا لا يصل مداها (استمرار الاعراض البارانوية) ستة أشهر ، تغلو هذه الحالات من الاوهام الفرية غير المنطقية وتحتفظ بقدر معقول من الترابط في الافكار . وكذلك تندر الهلاوس وتتركز أفكار المريض حول الاحساس بالاضطهاد أو الخيانة الزوجية ، تنبعها حياة انتمالية وسلوكية متوازنة .

يظهر الهذاء في هذه الحالات تحت تأثير ظروف حياتية قاسية ، ولذلك تنتشر أكثر ما تنتشر لدى المهاجرين غير المتكيفين مع الحياة الجديدة وشروطها ويمارسون من قسوة العربة ، كما تنتشر لدى المسجونين بشروط مزرية .

٨ - البارانويا العزلة :

حيث تكون أوهام الاضطهاد والخيرة والضيالة الزوجية ثابتة لمدة تزيد عن ستة أشهر ، مع احتمال ظهور اعتقادات العظمة . ولكن مع ذلك يبقى المريض محتفظا بتفكير يتوفر فيه الحد المعقول من الوضوح والمنطق .

٩ - الاضطرابات البارانويا المشتركة : Shared paranoid Disorders

الشكل الاساس في هذه الاضطرابات هو النظام الهذائي الاضطهادي الذي يتطور كنتيجة لملاقة مغلقة ومتينة مع شخص يعاني من الاوهام الاضطهادية . تنتقل الاوهام من الشخص المريض الى الآخر الذي يعيش معه وتصبح مشتركة ولو بشكل جزئي (عند انقطاع الصلة بين الشخصية تختفي المعتقدات الهذائية المكتسبة) . كان يطلق على هذه الحالات مصطلح الجنون الثنائي . وفي حالات نادرة يشترك في مثل أوهام المريض أكثر من شخصية وتكون أمام جنون ثلاثي ورباعي وهكذا .

تمثل الانماط السلوكية عن طريق المحاكاة والتقليد (المدوى الانفعالية السلوكية) فواهر مدركة ومروفة ولو أنها قليلة في ميادين الشذوذ النفسي .

رابعاً - السوائل في البارانويا :

١ - السوائل الوراثية :

لا تمتلك الدراسات التي تشير الى دور ما للوراثة في البارانويا وثوقية مقبولة ، ويصعب برأينا ايجاد مبررات مقنعة لدور الوراثة في اعتقادات الشخص الهذائية الوهمية سواء ما يتعلق منها بدور العظمة أم بدور الاضطهاد . ولقد أوضح كامرون ١٩٧٢ هذه الحقيقة في دراسة أجراها على أربصائة بحالة من تولا مستشفيات الامراض العقلية ممن يمانون من استجابات البارانويا ، وجد على أثرها أن البارانويا موجودة فقط بين ثمانية من أسر هؤلاء (٣١٤-٢) .

العوامل النفسية والاجتماعية :

تتميز طفولة مريض البارانويا بالانطوائية والمزلة والفقر في العلاقات مع الآخرين والاحساس بعدم الامن ، وعدم الاستقرار الانفعالي ، وعدم الرضا والاتجاه نحو المبالغة في ردود الفعل التي تنجم بالجمود والشك والتصلب وتجنبه فصح النمطية في سياق النمو . حيث يؤدي تراكم هذه المشاعر التي الاحساس بالاضطهاد والغيرة ، أو بهد السبيل لاستخدام واسع لوسائل الدفاع الاولية واعتماد أسلوب الهروب ، بدلاً من مواجهة المواقف وتكون الاوهام خير وسيلة يستخدمها المريض لتحقيق ذلك . وهكذا فإن اعتماد مشاعر النقص والدونية ومشاعر الذنب تنجم حياة فشل المريض في التوافق معها ، يشود ضمن نرجسية يمكن ملاحظتها بوضوح في حياة البارانوي للقيام بسهولة بزييل بموجهها معوقات الاحساس بالذات ، ليقتذف بها خارجا ، بمعنى أنه يقوم بعملية إسقاط لكل اندفاع أو فكرة تضايقه الى العالم الموضوعي الخارجي .

يرى فرويد : أن احساس مريض البارانويا بالذنب يؤدي الى توجيه الاتهام الى الذات ، وتمت تأثير المعاناة التي ينتجها هذا التأنيب تعبري محاولة لاشمورية للتخلص منه فيدفع به الى الخارج ، بحيث يتحول ما يتهم ذاته به الى اتهام يوجهه الآخرون ، وعبر هذه الميكانيكية يسطي لنفسه الحق بالاحساس بالظلم والاضطهاد بمصادر التهديد والتفريع الخارجية ، وفي الوقت نفسه يسطي لذاته الحق بمواجهة هذا الموقف ولكن عن طريق اللجوء وبالأصح عن طريق الهروب الى هذه المظلمة لايجاد ما يضايق النمو الذاتي (ولكن وفق الاسس البارانوية) .

وجدير بالذكر أن فرويد في تحليله لحالة شروبير Schroeder كان قد انتهى الى أن صلب الصراع في البارانويا (على الأقل بالنسبة للذكور) رغبة خيالية في سحب نفس الجنس . وتمثل هذه الجنسية المثلية Homosexuality . هذه متناقضات الصراع التالية (١٩٢٠ : ٥٠) :

أ) (الرجل) أحبه (وهو رجل)

١ - يناقض هذه القضية من حيث الموضوع ، وفي صورة توهمات وخيالات كراهية وعقد :

ليس أنا الذي يحب الرجل (هو) ، بل المرأة .

ب - ويناقضها من حيث الموضوع عن طريق توهمات الاضطهاد :
أنا لا أحبه ، بل أكرهه ، ومن أجل هذا فهو يكرهني ويضطهدهني .

ج - ومن حيث الموضوع ، وعن طريق الجنون الجنسي :
أنا لا أحبه ، بل أحبها ، لأنها هي تحبني .

د - وبالاتكار التام والكفر بالجميع :
أنا لا أحب أي أحد على الإطلاق ، بل أحب نفسي فقط .

الاستناد إلى ما تقدم ، تعد الهذات البارائفة بمثابة وسائل هروب من رغبات جنسية مثلية . ١٠ لا يشكل هذا الحوار الداخلي اللاشعوري المتقن الذي يجريه البارائفي مع نفسه سنداً علمياً يمكن تعميمه أو الاعتماد به في أيامنا .

وهنا هو كامرون Cameron ١٩٧٢ يشرح نمو استجابات البارائفي بقوله :
إن المرء لا بد وأن يدرك أننا نمش على الثقة ، فالإنسان في تصرفاته وسلوكه لا يبد
وأن يفترض أن الناس - بصفة عامة - لديهم استعدادات طيبة نحوه أو على الأقل
أنهم لا يسعون إلى إيذائه ، فالشخص السوي يأكل طعامه دون أن يفكر في أنه
طعام مسموم . وهو يذهب إلى عمله ويمود إلى منزله دون أن يفكر أنه من
الضروري أن يأخذ حذراً أبسط الاحتياطات لكي يقي نفسه من الإيذاء والتشهير
(٢ - ٣١٥) .

إن تميز الاستجابات البارائفة مرتبط إلى حد بعيد ببيئة أسرة اجتماعية
معززة لها . ومن خلال القيمة الثقافية السائدة ، والمخاوف الأسرة القائمة على

تناقض والتفكك يعثر البارائوي على مصدر ثمين لأوهامه وعقد نقصه .

وكان قد عزا كامبيون نفسه أصل الحساسية المفرطة ونمو هذهات البارائوي
الى فشل الانسان أثناء طفولته في اكتساب المعد الأدنى من المهارة الاجتماعية
اللازمة للقيام بدوره .

ويمكن جوهر سيكولوجية البارائوي في عدم استعداد البارائوي لتعديل
أفكاره ، ومناخه ضد أي نفوذ اليه من خارجه ، وبالتالي فلا بد أن تنفخ البيئة
أو الظروف الخارجية ذاتها كي تلائم عالم المريض الذاتي الذي لا يقبل هو التعديل
أو التغير . كل ذلك في إطار من الإصرار والتشبث . بل التمسك . الذي يجعل
المسألة بالنسبة للبارائوي مسألة حياة أو موت .

والقدر المعنوي الذي يوفق بين الذاتي وبين توجهاته ، وكذلك صلابته التامة
إزاء حقائق العالم الخارجي عنه ، وبالتالي منطقة واستدلالاته . . . كلها راجعة في
الحقيقة الى كون توجهاته هذه لا تقوم في الأصل على أية أدلة حقيقية أو خبرة
واقعية . بل على العكس . هذه التوجهات هي نتيجة خبرات ذاتية مضطربة بسبب
الاحباط أو الصد أو الاعتراف في غرائزه ومشاعره . . . مما يتجسد فيما يصعد
احساسات ذات طبيعة هلية . ولا قيمة للحقيقة الواقعية في نظر مثل هذا الشخص
الا بمقدار ما تستطيع أن تؤيد وتدعم مشاعره التي يتشبث بها بأي تمسك . ولو
تأييدا خاطئا ، انه يقلب الحقائق لتلائم مشاعره هو ، ويتجاهل ما لا يتشبع معها أو
ما يهدد بنفض أو كشف حقيقة مشاعره الفريزية النشأة هذه . وهي قوام حياته
الذهائية لا يستطيع أن يمينا حياة غيرها .

ويصل الهذائيون الضطربون الى حد غريب من القدرة على اقناع الغير بمنطقهم
ووجهة نظرهم (المقلوبة بالنسبة للحقيقة الخارجية) . فثمة حالات مشهورة استطاع
فيها الهذائيون المصابون بجنون التقاضي اقناع القضاة والمحلفين بأن منطقهم هو
السوابق واستدلالاتهم هو الحق (٥٠ - ١٩٦) .

ولأن الشخصية البارائوية لتهيء (بما لديها من خصائص) دخول أصحائها
المرحلة الأكثر ثباتا ووضوحا ونمطية - مرحلة سيطرة الهذات البارائوية .

تتصف الشخصية البارائوية برغبة شديدة في تلقي المديح والتبجيل ، وبمساسية
زائدة في ردود أفعالها ، تفرق في التفاصيل عديدة الأهمية في الحياة المادية ، ويجهل
صاحبها في تحليل المعاني الباطنية بحثا عن مضامين الأذى المتوقع والاضطهاد المزعوم
الذي توجهه شكوك دائمة وفقدان ثقة بالنفس والآخرين . يرتبط بأنماط السلوك
هذه التوتر والتدمير الدائمين مما يمنهم من تحمل المسؤولية ولكن ذلك لا يمنهم
من التعصب الشديد لوجهات نظرهم الفكرية والدينية .

تترصد المؤامرات في حركات الآخرين وسياساتهم يقبه لدى الشخصية
البارائوية ردود هروبية حتى ولو كان بعضها هربا إلى الامام بالمدوان أو بالشعور
بالدونية .

قد تتضافر في أحداث البارائوية جملة من العوامل الأخرى كذلك التي تنحصر
على اضطرابات بيولوجية ، عضوية ، تسمم خارجي أو داخلي ، عقائلي ، عمليات
جراحية ، أو ادمان العقاقير أو الكحول ، أمراض الشيخوخة كتصلب شرايين
المنخ . الخ . غالبا ما تكون الأعراض التي تنتجها هذه العوامل مشتركة بين أكثر
من اضطراب نفسي .

الفصل التاسع

الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية)

AFFECTIVE DISORDERS





الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية)

AFFECTIVE DISORDERS

تشمل الحالات المرضية التي يتركز فيها الاضطراب على الطاقة الانفعالية ومكوناتها والمظاهر الحركية والنفسية المصبرة عنها ، ومن خصائصها المبالغة الشديدة في كيم الافعال والحركة لدى الشخص المضطرب وكيفيتها حتى درجة التناقض .

تجمع التقنيات الشهيرة التي تصدرها جمعيات عالمية متخصصة في ميادين السدوذ النفسي في تقسيمها العام لهذه الاضطرابات على الاشكال التالية :

— الاكتئاب Depression

— الهوس Mania

— الاضطرابات الوجدانية المشتركة ، ثنائية القطب

Bipolar, Disorder, Mixed

— الاكتئاب ثنائي القطب Bipolar Disorder, Depressed

— الهوس ثنائي القطب Bipolar Disorder, Manic

ولكن مع ذلك يرى بعض الباحثين امكان النظر الى تلك الاضطرابات كمجموعة مستقلة ، وعدد ما يميز بينها هو شدة وحدة الامراض المعبرة عنها ليس الا .

بينما يرى آخرون التمييز بين اشكال هذه الاضطرابات من حيث مفاهيمها وعلاؤها واعراضها .

سيميل هذا الكتاب الى الاجماع في الحديث عن الاضطرابات الوجدانية ، مع تأييده الحديث عن الاكتئاب على أساس لوحة بانورامية متدرجة التعقيد في مكوناتها تنطوي أبعادها نظريا بالحديث عن أشكال الاكتئاب (أملوار) والاعراض المميزة له .

الاكتئاب Depression

يعد الاكتئاب من أكثر المصطلحات تداولاً في أيامنا المعاصرة ، حيث درجتها على استخدامه للتعبير عن ردود أفعالنا حيال مواقف تؤثر قليلاً أو كثيراً في تفويتنا الفعاس لذواتنا وللآخرين ، وبخاصة تلك التي تخرج عن إطار السيطرة أو الضبط الاعمالى ، وتهدد أمننا النفسى بالحاج يفقد الحياة من حولنا معناها فنرتد السى حولنا الداخلية منطوين ومؤنين وأحياناً علوانين .

يستقدم مفهوم الاكتئاب للإشارة الى الحالات التي يبدو فيها الشخص حزينا جدا بائساً خالداً للامل وللثقة بنفسه وبالآخرين قلتماً دون معرفة السبب ، مبالاً في ردوده الانفعالية ، فالمكتئب شخص أعلن الحداد ولكنه لم يحدد له زماناً أو مكاناً .

يعرف الاكتئاب بأنه حالة من انكسار النفس والكآبة أو الغم والهم والنكد والشمسور بالذنب والقلق ، وهناك نوعان من الاكتئاب أحدهما عضائى أي نفسى ، ويقصر الى حالة من المزن والبلادة أو الخمول أو جمود الحس ولوم الذات ، وهو نوع أقل حدة من اكتئاب آخر هو الاكتئاب الذهاني ، وهو أشد خطورة وعتفاً وأعراضه أكثر كثافة وتصبح فيه حالة المريض أكثر تدهوراً ويسد المريض خطراً على نفسه وعلى المجتمع المحيط به (١٧ - ١٢٣) .

يعرف بيتروفيسكي Petrovsky 1885 (١٤) الاكتئاب بأنه : حالة من القنوط واليأس وانقطاع الامل والخوف يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية ، وتضبرات في محيط الدافعية أو في القوى الدافعة والحركة للانسان وفي الانطباعات المرئية ، ويشكل عام في السلوك السلبي ، والفرد في حال كونه في حالة اكتئاب ، يفرض بعض الانفعالات ، منها المزن أو الميلانكوليا والقلق أو العسر واليأس .

ويرى / آي / الاكتئاب على النحو التالي : اضطراب انفعالي يتجلى بحالة اكتئابية نوية بصورة عامة : يتحدد بالطائفة المؤلمة المستوى الشهور ، وبانهيار الارادة ، والكف العقلي والنسائل الشاؤمي للأفكار ، والقلق (٦٠ - ١٧٥) لا يشكل الشهور بالاكتئاب مرضا بحد ذاته ولكنه يعد كذلك اذا زادت مدته أو شدته عن ما يعتبر طبيعيا في مثل ظروفه ورافقه أعراض في السلوك والتفكير والجسم تؤثر بمجملها على فعالية الفرد ومقدرته على التكيف (٦٣ - ٦٦) .

أما الوجيه الأحداث لجمعية الطب النفسي الامريكية DSM III R فيشترط لتعديد الاكتئاب توفر المعايير التالية :

٢ - أن تظهر خمسة من المؤشرات التالية تغيرا في سلوك المريض (المكتئب) على مدى أسبوعين وعلى أن تشير واحدة كحد أدنى الى : ١ - حالة نفسية اكتئابية . واما الى ٢ - فقدان الاهتمام أو القدرة على التمتع (لا تدخل في ذلك الاعراض التي تسببها حالات فيزيولوجية ، أفكار هذيانية ، هلوسات غير متطابقة مع الحالة الاكتئابية) .

٣ - حالة اكتئابية (يمكن أن تكون حساسية زائدة في الطفولة) خلال القسم الأكبر من اليوم (تقريبا كل يوم) تعبر عنها تجربة المريض الذاتية أو تستنتج من مشاهدات الآخرين .

٤ - انخفاض ملحوظ في التمتع والاهتمام في معظم ان لم يكن في كل النشاطات المادية .

٥ - فقدان أو زيادة دالة في الوزن دون أن ينتج المريض نظاما غذائيا خاصة (بمعدل ٥٠٪ من الوزن خلال شهر) .

٦ - الأرق والارق الشديد كل ليلة تقريبا .

٧ - اضطراب السلوك النفسي المزكي يوميا (بشكل ملحوظ الآخرين) .

٦٦ - انهالك أو فقدان للطاقة (يتكرر يوميا) *

٦٧ - مشاعر الاحساس بعدم الجدوى أو العجالة أو بالذنب *

٦٨ - انخفاض قدرات التفكير والتركيز وتلك المتعلقة باتخاذ القرارات *

٦٩ - تكرار أفكار عن الموت (ليس المقصود الخوف البسيط من الموت) ، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة معينة أو محاولة انتحارية ، أو خطة نوعية للاقتصاص *

ب - ١ - أن لا يكون وراء الاضطراب سبب عضوي *

٢ - أن لا يكون الاضطراب بمثابة رد فعل طبيعي على فقدان أو موت عزيز (ألم غير معقد) *

ج - خارج سياق الاضطراب الانفعالي (قبل ظهور الأعراض أو بعد ظهورها) أن لا يكون قد عانى المريض في أي وقت من أفكار هذيانية أو هلوسات استمرت أكثر من أسبوعين *

د - ان لا يكون وراء الاضطراب الانفعالي اضطراب كالمصام أو اضطراب ذهاني أو ذهاني غير نوعي *

عوامل الاكتئاب :

١ - العامل الوراثي :

ترصد العديد من الدراسات على التوائم والاشقاء دورا ملحوظا للوراثة في الاكتئاب بنسب اختلفت باختلاف الدراسات وأظهرها المرجعية الثقافية والعلمية ، ففي حين نراها لدى دراسة تعادل ٩٥٪ عند التوائم المتطابقة (كولمان ١٩٥٠) نراها عند (هارفالد ١٩٦٥) ٥٠٪ لدى التوائم المتطابقة أيضا ، هذه الفروق تبدو واضحة بجمعية عند أية مقارنة تجري بين دراسات من هذا القبيل *

فضل الحديث عن ((الوراثة البيئية) أو (الوراثة السلوكية) وعن البيئة الاكتئابية : ونستبعد في ضوء النتائج المتوفرة حتى الآن دورا كبيرا يمكن أن تلعبه الوراثة بمفهومها الجينيائي في حالات الاكتئاب .

تدعم هذا التوجه نتائج العلاج النفسي الناجمة للاكتئاب دون الحاجة إلى العقاقير أو العمليات الجراحية (باستثناء حالات تنقطع وتداخل مع اضطرابات عضوية أخرى) وغدا تعديل سلوك المكتئب عملية غير معقدة وفي متناول الإرادة .

٢ - العوامل التكوينية :

ترتبط بعض النظريات والاتجاهات وبخاصة نظريات الانعاط بين نمط الشخصية وبين الاضطرابات السلوكية ، وكان الاكتئاب (تبعا لبعض هذه النظريات) من نصيب البنية المكتنزة أو البدينة التي عدت أكثر عرضة للاضطرابات الوجدانية .

سبق وأوضحنا رأينا في علاقة البنية بالاضطراب وتجدهد بقولنا : أن العوامل الثقافية والاجتماعية والمعرفية والسياسية والافعالية تترك آثارها على حياة الشخص الوجدانية بغض النظر عن شعوره ولحمه وعرض اكتافه .

تعاني العوامل التكوينية من الفقر في تحليلاتها العلمية الموضوعية الدائمة لاتجاهاتها .

٣ - العوامل النفسية والكيميائية :

رصدت الكثير من الدراسات علاقة الاضطرابات الوجدانية والتغيرات التي تحدث في بيوكيمياء الجسم . وتأكدت علاقة التأثير والتأثر بين الاضمال وقلمم الهيوساتزا . غير أن مشكلة كم الاثر ونوعه ومدى الارتباط بين العلة والمحلول لازالت تشغل بال الكثير من الباحثين . وذلك لعوامل مختلفة يأتي في مقدمتها الفرق بين الجماعات والافراد والثقافات . إذ لا يمكن التنبؤ بما سيمر به أئسر

فيزيولوجي سبق وتم رصده وقياسه لدى فرد معين ، لدى شخص آخر لا بل لدى نفس الشخص عند تغير شروط كالزمان والمكان والحالة النفسية والنمو ... الخ .

وفي هذا السياق استطاعت الدراسات أن تقيس تحولات واضطرابات عضوية ترافقت أو سبقت الاضطرابات الوجدانية ، مثل التغيرات الهرمونية أثناء الولادة ، وبداية العظم ، وسن اليأس ، اضطرابات الغدد كالغدة الدرقية والكظرية والجنسية وارتفاع وانخفاض نسبة السوائل والمعادن في الجسم . فضلا عن الامراض العضوية - أمراض القلب - السرطان - التندرن الرئوي ... الخ .

وتنشط دراسات أخرى حول تلك المناطق الدماغية ذات العلاقة بوظائف الانفعال والعاطفة ويحوم الشك حول بعض المركبات الحساسة التي يعتقد بأنها في الاضطراب الوجداني .

ومع ذلك فانه من المبكر الحسم في مسألة ايها يؤثر في الآخر على مبدأ العلة وايها المعلول الاكتئاب أم التغيرات العضوية والكيميائية ؟ على الرغم من النتائج المشجعة فلا زال الجواب المقنع بعيدا .

٤ - العوامل النفسية والبيئية :

يترتب على تأمين مطالب النمو في هذه الحياة الكثير من المواقف المخرجة والصادمة ، ويكون بعضها مما لا طاقة لنا بمواجهته والسبيل الوحيد أمامنا هو الاقرار بضعفنا والتسليم بما أصابنا . ولكن في الحالتين نقوم بسلوك ما .

يشكل ما تقدم قاعدة عامة تظال جميع البشر ولكن ما يميز بين هؤلاء البشر هو أساليب ردود أفعالهم واستجاباتهم وألماط سلوكهم نحو تلك المواقف ، فقسي حين يرى المستفيد من الموقف الصادم ليدعم سبيل مواجهة المواقف في المستقبل اللاحق ، فري وبالوقت ذاته ذلك الذي استسلم ودخل الشك أعماقه وعطل فلسفة المواجهة لديه جزئيا أو كليا ، وبين الالتمودجين يتوضع آخرون بحيث يطول مسدى

استجاباتهم أو يقصر وفق امكانيات الصمود أمام الازمات ووفق التناول العقلاني والمعرفي لها .

تعد العوامل النفسية في مقدمة العوامل التي تظهر آثارها بعبء على أداء الفرد الانفعالي والوجداني ، وعلى سبل تصريف مآقته الحيوية وردود أفعاله ، وترتبط اضطرابات كالقلق والخوف والاكتئاب والهوس ارتباطا مباشرا بالخبرات التكيفية الفاشلة والكوارث والاحداث المحزنة والمفاجئات عند فقدان الموضوعات العزيزة بشرية كانت أم مادية ، طموحات أم نزعات . فضلا عن التراكبات الانفعالية التي تعقب خيبات الامل في ميادين الحب والجنس والعمل والعلاقات الاجتماعية ومما تنتج من نزوع نحو العزلة والتطرف وتأنيب الذات والعدوان عليها .

يقدم فرويد شرحا دقيقا وأصيلا للآلية النفسية اللاشعورية للاكتئاب في بحثه عن « الحزن والميلانخوليا » حيث يقول : « عندما يفقد الانسان شيئا عزيزا وحيويا اليه ، يحزن عليه وينضب منه لتركه اياه وحيدا أو أعزلا . فكأن الفرد يلوم فقيدته ويكرهه لما فعل به ، ولكنه لا يستطيع التصريح بهذا الكره والعداء لمحبهه فينتج عن ذلك لوم وتوبيخ للذات التي تمازت في كرهه الفقيد ، هذا عين الاكتئاب الذي يمسد تعذيرا ومقاساة للنفس . اذن فالإكتئاب عند فرويد عداء مكبوت . وقد يتحول العداء الى قتل النفس ، أي أن قتل النفس يصبح بمثابة قتل الآخر (الفقيد) الذي امتزج والدمج بالنفس (بالابتلاع) وأصبح جزءا منها (٣-١٠٧) .

— ويحدد مناخ البيئة الاسرية والنمط التربوي فيها الى حد بعيد أشكال ردود الفعل الانفعالية وسبل تصريفها ، ولقد أوضحت الدراسات الملائمة الترابطية بين معاملة الاسر القاسية ، المتسلطة أو المهلهة ، وأشكال الحرمان المعنوية والمادية وبين الاكتئاب .

— كما أن فقدان المكانة الاجتماعية وغياب الدور الاجتماعي المقبول ومسا سببة من احساس بالظلم والشرقة يكونان بالتضافر مع مظاهر ضاغطة أخرى عوامل اجتماعية يمكن رصدتها بسهولة عند تشخيص حالات الاكتئاب . كما لا يمكن استبعاد

العوامل الذاتية في الاكتئاب بل على العكس يمكن عدّها من أكثر عوامل الاكتئاب
بسروراً .

وتظهر أدبيات الاضطرابات السلوكية دوراً واضحاً لشخصية ما قبل المرض
في الشخصية الدورية . حيث يتصف أصحاب هذه الشخصية بالحماس والحرارة
الزائدة مع تقلبات انفعالية وجدانية سريعة من المرح الى الحزن ، وتكون هذه
الشخصية متشائمة ، مترددة ، بطيئة وزاهدة متصلة بالرأي وصعبة المراسي . وصفت
هذه الشخصية بالدورية لأن صاحبها ينتقل من حالة انفعالية يفرضها موقف الى حالة
أخرى مناقضة تماماً في أفعالها وردود أفعالها الوجدانية ، دون أن يكون هنالك
أي مبرر موضوعي لهذا الانتقال ، هذه اللااستقرارية الانفعالية تجعل من الصعوبة
التنبؤ بردود أفعال هذه الشخصية ، وتبعدها عن الثبات مع ما يسببه ذلك من سوء
تكيف واضطرابات نفسية وبخاصة الاكتئاب والهوس (١٩٥٠ - ١٩٩٣ - ١٩٦٧) .

أما فلسفة الشخصي الذاتية تجاه قضايا الحياة فإنها تلعب أحد أكثر الأدوار
حسماً في الاكتئاب ، فالحساسية الزائدة ، ومشاعر فقدان الجدوى وانعدام وسيلة
الاتصال الملمر مع الواقع مع تبني الآراء والتفسيرات العدمية حول معاني الحياة ،
والتساؤل الذاتي الملح والمتكرر حول معنى الوجود الشخصي في هذا الكون ،
والفشل في تحمل تبعات الأعمال وبخاصة تلك المتعلقة بتصرف لطاقته الجنسية
أشكال من سلوك تحددها وتبناها فلسفة الشخص الذاتية وتدعم بذلك الشعور
بالهزيمة والتمرض للاكتئاب .

أعراض الاكتئاب :

يحدد الاكتئاب انجاز المضطرب على مختلف الصعد ، وتعد مؤشرات البطء
والتراجع في كميات الشخص الاتحجية نفسياً واجتماعياً وعقلياً ومعرفياً وعضوياً
وجسدياً أعراضاً تقليدية للاضطرابات الانفعالية وبخاصة الاكتئاب ، تتطور وتضعف
وتتخط هذه الأعراض كلما كان شكل الاكتئاب أكثر حدة ووضوحاً .

وتظهر على مريض الاكتئاب بشكل عام الاعراض التالية :

--- التشاؤم والحزن والشروع والشكوى والاستعداد للبكاء ، مع الاوضاع الجسدية والحركية الدنلة على ذلك . فالعيون المغرورة بالدمع والسواد الذي يكملها والتجاعيد التي تلف الهم والهمية ، والياب ذات الاسوان الداكنة ، والصوت المتهدج الذي لا يكساد يسمع ، والخطوات المحذرة المتناقلة أعراض لمظهر المكتئب العام .

--- الشعور بالاعدام الجدوى الذاتي والموضوعي - فلا هو جدير بالحياة ولا الحياة جديرة بأن تعاش ، والنتيجة احتقار الذات والآخرين وشعور بالذنب عن خطايا لم ترتكب ، وقد يحمل هموم الدنيا على كاهله مساغبة لذاته المضللة دوماً (حسب اعتقاده) مع احساس بالمسؤولية عن الآلام والمظالم التي تصيب الآخرين ويكون هو أحد أسبابها . 1100

--- توهم المرض والمبالغة في المحافظة على الصحة تفوق المريض للتردد على عيادات الاطباء ليعرض نفسه أو أفراد عائلته . ولكن بالمبالغة ذاتها قد يصل ذاته ويمتنع عن تنظيف نفسه .

--- أوهام تركز حول مكانته الوضيعة وحول تفاهة وعدمية حياته هو وأفراد أسرته والمقربين . وقد يتوهم المريض امكانية تعرضه وهؤلاء جميعا للضياع ولضييق سبل الحياة بهم ، فيسعى والحال هذه الى استباق الاحداث ويقوم بمميلة وقائية على طريقته فيقتل أفراد أسرته وينتحر ، ولقد كشفت الكثير من الدراسات العلاقة الدالة بين الانتحار والاكتئاب ، وينصح أن تؤخذ تهديدات المكتئب بالانتحار على محمل الجد في حالات الاكتئاب الشديدة .

--- أما هلاوس المكتئب على قلتها فتتضمن عادة كل ما يحط من قدر المكتئب ويشمره بضعفه كأن يستمع الى ادائه تتكرر باستمرار (مضمون الهلاوس) وتدموه أحيانا لقتل نفسه الدنية ، أو يشم روائح مصدرها جسده المتسخ .

١ - يتعرض المكتئب لاضطراب النوم والانهك الشديد وتلبس العروق المزمنة دوراً في المحافظة على وزن المريض أو زيادته أو نقصانه مثلما تتدخل في فقدان الشهية أو في زيادتها ، حيث يستخدم الطعام والسلوك المبهول من أجله لتصرف طاقة القمالية بشكل لا شعوري ، ويفقد المريض الرغبة في الحركة فتتباطأ حركاته وسيطر عليه الكسل وقد تنعكس قلة الحركة إلى نقيضها حيث الهياج وكثرة الحركة والكلام .

٢ - علاقات المكتئب الاجتماعية فقيرة وتحل اتجاهات العزلة محلها شيئاً فشيئاً حيث فقدان الاهتمامات والصداقات والعادات التي اعتادها الأمر الذي يؤدي إلى فقدان الاتساج الاجتماعية والقيام بمسؤولياتها .

٣ - تتأثر الطاقة الجنسية عند المكتئبين الذكور من انخفاض في الرغبة الجنسية إلى درجة الاضطراب ، وقد ينقطع لدى الإناث الطمث وبالتالي إلى تجنب الجنس .

٤ - يتعرض المكتئب لاضطرابات في الذاكرة ويعاني من تبطير الأفكار والموضوعات كما تتأثر العمليات الفكرية والمعرفية .

تشكال الاكتئاب :

تستند المحاولات التصنيفية إلى أكثر من إطار مرجعي في تمهيدها لأشكال الاكتئاب ولدينا في هذا السياق :

١ - تصنيف يستند إلى السبب في الاضطراب ويشير إلى وجود شكلين :

أ - اكتئاب تفاعلي خارجي المنشأ Reactive depression

ب - اكتئاب داخلي المنشأ Endogenous depression

٢ - تصنيف يستند إلى الأعراض ويميز بين نوعين من الاكتئاب :

٢ - اكتئاب عصبي Neurotic depression

ب - اكتئاب ذهاني Psychotic depression

٣ - تصنيف يستند الى شدة الاكتئاب وحدة آثاره ويتجه نحو التمديدية ويكون من الممكن الحديث عن : اكتئاب خفيف - اكتئاب متوسط أو حاد - اكتئاب ذهولي - هاليج . . الخ .

يسمى في استعراضنا لاشكال الاكتئاب تغطية هذه التصنيفات التي لا نرى فيها تناقضا اذا ما وضعنا بالعصبان اظهار العلة والمرض والآثار عند تناول كسل شمسكل .

١ - الاكتئاب العصبي :

عندما يمرض الشخص السوي الى خيرات يضطرب تمت تأثيرها جانب أو أكثر من جوانب حياته الوجدانية (وفاة عزيز - خسارة مادية - احباط له آثار سلبية) تظهر عليه علامات الحزن والضييق والقلق ولكن هذه العلامات تبقى في إطار السيطرة الارادية وتنسجم مع المثيرات التي أحدثتها . ولا يلبث صاحبها أن يعود الى حالته السوية الطبيعية والى أعماله المتادة بعد تقدير الموقف وتقويمه بشكل موضوعي .

وهذا المعنى فإن مشاعر الحزن في المواقف التي تستثيرها فعلا هي مشاعر عادية طبيعية ، ويشير وجودها الى حالة انفعالية طبيعية ، وان أحاسيس الهم والضييق والكرب لشاغل انفعالية معمة على كل البشر ولا ينبغي أن يضر وجودها على أنه اضطراب يشغل صاحبها به وانما ينبغي عدها مشاعر مرتبطة بمواقف حياتية شيرها حقاً .

وهكذا لا تدخل مشاعر وأحاسيس لها ما يبررها في الواقع كتلك التي أوردناها ضمن مقومات الاكتئاب طالما بقيت في إطار الاستجابات المعقولة بعيدة عن المبالغة المرضية . ولكن ما أن تبدأ الردود الانفعالية تتجاوز ما يستثيرها في الواقع ،

وبالتأثير على وظائف الفرد وانجازه حتى تكون أمام بداية اضطراب يتميز أصحابه بظلة الكتابة والسوداوية في معظم نشاطاتهم بعامة وبانخفاض في النشاط النفسي والعصري خاصة يمكن أن يكون معرض للتطور أكثر الى درجة ابداء الشخص لذاته معنويا بالتفريع والتحقير وماديا بالاعتداء عليها ومحاولات الانتحار التي قد تنجح ويتوج بذلك سلسلة من الاستجابات المبالغ بها على مشيرات معروفة . سمي هذا الاكتئاب بالاكتئاب العصبي وعدت أسبابه خارجية تسند لها استعدادات ذاتية داخلية وكذلك يمكن تسميته أيضا باكتئاب رد الفعل إذا ما جاء استجابة لصدمة عنيفة مؤثرة وتكون في هذه الحالة فترته قصيرة نسبيا .

يتضح مما تقدم أن درجة الاكتئاب وحدته تتوقف على طبيعة استجابات الفرد تجاه مشكلات الحياة وعلى قدرته في ابقاء ردود أفعاله في حدود معقولة والتقليل من المبالغة بحيث لا يؤثر موقف الحزن على انجازه . . وبالتالي فإنه كلما كانت الاستجابة أكبر مما يتطلبه المثير فإن الاحتمال أكبر لتطور شكل الاكتئاب والانتقال من الشكل المبرر موضوعيا الى الشكل المبالغ به (العصبي) فيضاف الى مشاعر الحزن والكتابة مشاعر التشاؤم والتوتر والقلق وفقدان القيمة .

٢ - الاكتئاب اللاهوائي :

وهو شكل متطرف من أشكال الاكتئاب لا يعود الى حادثة معينة مباشرة أو لمثير معروف وإنما يرتبط بحالة نفسية داخلية لاشعورية ، والمصاب هنا لا يدرك السبب الحقيقي لحزنه. ولشاعر التعاسة التي تفره الامر الذي يضعف قدرة المقاومة والتعاطل المنطقي لديه ، ويسهل استسلامه للاوهام والهذات التي يتركز معظمها على تبويل مشاعر الغيبة وتوهم المرض واتهام الذات بالآثام والخطايا والدعوة الى القصاص الذاتي .

تتوضح خصائص هذا الشكل من الاكتئاب أكثر في المقارنة التالية بينه وبين الاكتئاب النفسي (العصبي) (٣-١٩١) .

الكتابة النفسية (العصبية)

الكتابة اللغائية

الانتشار : كثير بين الناس	- اقل انتشارا
عامل الوراثية : ضعيف التأثير	- اقوى مفولا
الشخصية قبل المرضية : عصبية ، أي	- ذات مزج دوري بين المرح والحزن ،
استعداد للقلق والهجوم ، حساسية ،	- مع ميل الى تكوين بنيوي مطسوء
وقلة نضوج عاطفي	- ومكتنز
التاريخ العائلي : واهن الاثر	- قوي وموجب في اغلب الاحيان
العمر : يحدث في أي سن	- يزداد عادة بعد سن الثلاثين
الاسباب : واضحة ، نفسية ، محيطية	- غير واضحة ، ذاتية ، أو مفقودة
خارجية	- وجودها اكثر احتمالا ومتكررة
اصابات سابقة بالمرض : غير لازمة	- بعيدة من منطق الواقع والظروف
علاقة المرض بالواقع : منطقية ومفهومة	- شديدة
شدة المرض : متوسطة أو بسيطة	- في الصباح
اسوأ اوقاته : في المساء	- سهل في اول الليل وأرق في آخره
النوم صعب في اول الليل ومضطرب أثناءه	- يفقد المريض من وزنه كثيرا
الوزن : لا يتأثر كثيرا	- موجودة ، وتتخذ صورة الشعور
الاعوام : غير موجودة	- بالنسبة والضمة والذنب
الليول الانتحارية : قليلة	- كثيرة وقوية
التحولات البدنية : قليلة	- امسالك وصدايح وشعور بالارهاق
الاستبصار : موجود وجيد	- وسقوط الشعر وتوقف الحيض وهنة
علاقة المريض بالآخرين : يتعصب عند حسا	- ضعيف ومفقود
يوجد بين جماعة من الناس	- ربما تزداد أعراضه سوءا بصحبة
	- الآخرين وينفر منهم ، وبفضل الوحدة

يقسم الاكتئاب الذهاني على أساس مستوى الشدة الى :

١ - الاكتئاب البسيط Simple depression

يشعر المريض عند هذا المستوى من الاضطراب بالوهن والضعف والتراجع الحيوي والارادي ، وتكون علامات الحزن من ظرات باهتة وحاجبين متقلبين وعينين مغروقتين بالدمع ، وظهر مقوس و ثياب داكنة واضحة لدى المريض . كما يعاني من السأم والاحساس بالفراغ الداخلي والتشاؤم العميق ورتجة للتقليل من الكلام أو التكلّم باختصار عندما يضطر لذلك .

ولكن وبالرغم من ظهور هذه الاعراض فبان المصاب يستطيع مزاوله نشاطه اليومي بشكل ينحرف قليلا عن مستوى الاداء المعتاد .

٢ - الاكتئاب العماد أو الشديد Acute depression

يشهد هذا الشكل تكثيفا وتضخيمًا لحالة الاكتئاب البسيط ، ويمكن المريض شعورا قويا بالكراهية والعدوان ضد نفسه ، فالمريض يتهم نفسه بارتكاب أبشع الجرائم ، وبعض هذه الافكار يتطور حتى يصبح هذيانا ، وإذا كان الهذيان كامل التكوين ومستقلا عن الحالة المزاجية فان حالة المريض يطلق عليها جنون اضطهاد الاكتئاب Paranoid depression وفي بعض الحالات الشديدة يعاني المريض من الهلوس التي تدور حول الافعال الغالب لدى المريض وهو الحزن والاسى والاكتئاب (١٧-١٩٩٢-١١٠) .

٣ - الاكتئاب الذهولي : Depression Stupor

يعد الاكتئاب الذهولي أشد أشكال الاكتئاب أثرا وأكثرها خطورة وتهديدا لكفايات الشخص المنتجة . يتعرض هنا المصاب للجم حركي ونحسي شبه كامل بحيث يبدو جامدا يقاوم الحركة أو صامتا يرفض الكلام لفترة طويلة لا يستطيع العناية بنفسه في الحدود الدنيا وبالتالي فهو معرض لاعتلال صحته الجسدية وإلى معاناة نفسية بالغة .

٤ - الاكتئاب الهائج :

تظهر في هذا الاكتئاب المظاهر الحركية المتطرفة الشاذة والمبالغ فيها والتي تتعارض مع ملامح الحزن والكآبة المسيطرة على المصاب ، وتسيطر مشاعر القلق بشكل يطفئ على مشاعر الاكتئاب ، ويبدل الجمود الحركي المألوف في الاكتئاب الذهولي الى جنون حركي وهياج دائم لا يستطيع المريض التحكم به ، فيبلغ ايذاء الذات وتقرعها ماديًا ومعنويًا قمة مستوياته وترتفع احتمالات الانتحار .

٥ - الاكتئاب الخفيف : Masked or mild depression

يتخذ الاكتئاب هنا شكلا متعا وببدو ضمن تظاهرات وظيفية جسمية مختلفة تكون دورية تتزايد في الربيع والخريف وتكون شديدة في الصباح ، بينما تنصف بالمساء وهي تتحسن تحت تأثير مفعول الادوية مضادات الاكتئاب، وتكون الشكاوى الجسمية في هذا الاكتئاب :

- ... شكاوى هضمية : آلام بطنية ، فقدان الشهية ، اسهال ، ضغط ونقل بطني .
- ... حالات من الألم : صداع ، آلام وجمية ، آلام قطنية ، آلام روماتيزمية .
- ... شكاوى صدرية : حصر صدري ، (ضيق تنفسي) (٢٢٢-٢٢٥) .

٦ - الاكتئاب الهادي : Delirious depression

تضيف هذه الصورة الى الاكتئاب حصرًا هاديًا يظهره المريض اذا تكلم ، وهو يتكلم بعنف . ومحتوى الهذيانات محتوى اكتابي على نحو بارز : اتهام ذاتي ، واثمية ، ومرض عضال ، أو حتى الخلود ، ذلك أن الموت انقاذ بالنسبة اليه . وقد يقتصر المريض على موضوع وحيد في هذيان واحد ، أو قد تكون الموضوعات كثيرة . ويبدى المريض ، على المستوى البيولوجي ، جميع خصائص الهيجان العميق . وعلى مستوى التحليل النفسي ، يلعب ماثيوسمكي على اضطرابات في المعاش الزمني : فليس للاكتئاب مستقبل . ويلاحظ فرويد وكريلان تعطيل العلاقة بالموضوع . فالموضوع المفقود يستبدل به الفرد على أنه موضوع سي . (٢٦٠-٢٦٧) .

ان الاكتئاب بأشكاله كافة هو نتاج لهذا العصر الذي نعيش ، وان مشاعر الوحدة والعزلة ومفاهيم التفردن الاجتماعية والمدنية خالية الحس الاجتماعي ، والتكبر حول المكاسب الشخصية الخاصة ، والابسراج المعزولة ذات الطقوس الانانية الصرفة ان تتوقف عن انتاج عوامل الاكتئاب والاغتراب والضياع .

حالة اكتئاب وتطبيق فينومولوجي Phenomenology (١٣٦-١٣١-١٣٤)

سيدة تتمتع بذكاء ملحوظ وثقافة عالية ومحدث نافذ ، أصيبت بنوبة اكتئابية شديدة كتبت مذكرات أثناء النوبة تصف عالمها المرضى وخبرتها المباشرة أقتطف منها العبارات الآتية « ليس الامر انني أشعر بالفراغ ، بل انني الفراغ . ولا يستقيم القول بانني أتعذب عذاب جهنم ، بل انني جهنم ، انني الفراغ ، ومن ثم يمتنع وجودي (أنا غير موجودة) . ولما كنت في عداد الموتى فليست في حاجة الى مفهوم الموت بل انني الموت » .

وتستطرد قائلة « كيف يمكن أن يسقط الانسان الى أسفل الهاوية على هذا النحو . انني مع ذلك روح وعقل وحرية . كيف يمكن ان ينتزع من الانسان كل هذا وبالإضافة اليه العالم والناس وكل شيء . ان عالمي هو الفراغ ، انني هنا ومع ذلك لم أعد هنا . لقد فقدت كل شيء ، فبما عدا الشعور بهذا الذي فقدت . ان الامتلاء لا يمكن أن يعيش الا بالامتلاء ، والفراغ بالفراغ . اننا تتحرك في الفراغ ونحن الفراغ ولكن الواقع أن الفراغ ينبعث منا ويتسلل داخل العالم فيفقدنا اياه . ان الفراغ لا يعيش ، انه معطى مباشرة . في حالة الصحة فاننا نخبر الفراغ بواسطة الامتلاء . فاذا مرضنا لا يبقى لنا الا الفراغ ، فراغ في الخارج ، فراغ في الداخل . . . فراغ في المكان . فراغ في الزمان . . . ان ثمة انقطاع بين ذاتي وبين جسدي ، ان جسدي يتعفن في فراشي . ان ذاتي التي كانت لي فيسما مضى تجري بعيدا ويستحيل علي أن ألحق بها . ولا يفارقني الشعور بأنسي لست أنا ، بل شخصاً آخر » .

ان اول ما يلقت النظر في هذه الحالة هو هذا الفراغ الوجودي الذي ألحت

عنه المريضة في معظم عباراتها • فهي تكاد أن تنتقل من الوجود الى العدم فقد قالت « انني الموت » وهي لاتعني بطبيعة الحال الموت بمعناه الحرفي ، فما هي ماهية هذا الموت ؟

فينومولوجيا نريد أن نتعمق الأمر من وجهة نظر الواقع الانساني أي مايسمى في الاصطلاح Dasein وترجم أيضا بكلمة « الآنية » • والآن ردا على السؤال عن ماهية الموت ، نستطيع أولا أن نقول انه انعدام الوجود أو عدمية الآنية • ولكن ما هو الوجود وما هو العدم ؟ ، أو على الأقل ما هو وجود الموجود الانساني وما هو عدميته ؟

يرى هايدجر تلميذ هومرل مبتدع المنهج الفينومولوجي : ان اضطراب وجود الموجود الانساني انما يكمن في اضطراب علاقته التعاطفية الاساسية مع العالم • ذلك ان العلاقة الاساسية الكاملة في المجلد « انسان وعالم » انما تشكل الاساس التحتاني لأفعالنا الادراكية الحسية والارادية وتتصل بهذا الاساس ظواهر « القابلية » و « القدرة » • وهذه بدورها لا معنى لها الا في اطار نظرية عامة في الصيرورة •

وهكذا ان يوجد الانسان يصبح معادلا للقدرة على أن يوجد • فقولي أنا أكون « أنا موجود » لا معنى له الا بقدر ما يتضمنه من قدرة على استمرار القابلية على التعديل الذاتي • وبعبارة أخرى أنا موجود تتضمن بالضرورة ما أتسع به من دينامية الصيرورة • وهذا يمكن التعبير عنه أيضا بقولي : انا موجود لانني أتواصل تواصلًا وجدانيًا دياكتيكيا مع عالمي وفي عالمي • ولكن مفهوم الصيرورة ينبغي أن يظل واضحا في أذهاننا ، لانه لسبب مرض الاكتئاب والهوس ، والارضية التي تشكل فوقها باقي الاعراض بحيث نستطيع أن نقول ان ما يميز الاكتئاب انما هو تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها — بناء على المناقشة السابقة — انخفاض في الشعور بالوجود أي في الشعور بالكينونة ، بامتلاء الكينونة • ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة • وهذا الشعور بنقصان في الكينونة — الذي نجد مسحة منه في معظم الامراض النفسية والعقلية — يصل ذروته في الاكتئاب

الشديد حتى يصل الى الشعور بالفراغ الذي عبرت عنه المريضة أحسن تعبير وقرنته بعدمية الوجود ، عندما قالت « انتي الفراغ ومن ثم غانا غير موجودة .. انسي الموت » . وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التناغم بين الانسا والعالم ، عندما يصل نقصان الشعور بالكيونة نقصانا حادا فيصل الى عدمية الوجود . وتسحب هذه عدمية على العالم فيفقد كل دفء عاطفي ، يفقد حيويته وطبيعته ، وقيمه ، فيصبح ياهتا بارداً وكأنه مفتعل مصطنع ، شبيه بديكور مسرحي مبهم لا يفصح عن أي معنى انساني . ونعرف أن هذه المشاعر تدرج في مصطلحات الطب النفسي تحت مفهومي الـ « Derealisation » والـ « Depersonalisation »

أما Depersonalisation اضطراب الشعور بالذات ، انما هو ، بناء على مناقشتنا السابقة الشعور بنقصان الكيونة الناجم عن تدهور القدرة على الصيرورة . أما الـ Derealisation فهو الانطباع بتغيير جذري في ادراك العالم الخارجي ، الذي يصبح فارغا من كل معنى . يتضح اذن أن هذين المفهومين مرتبطان وهذا ما أدركته المريضة في قولها « فراغ في الداخل فراغ في الخارج » . ثم قولها « والواقع أن الفراغ ينبعث منا ويتسلل في العالم فيفقدنا اياه » .

والآن لنذكر قولها : « فراغ في المكان فراغ في الزمان » . والواقع أن بشعدي المكان والزمان يضطربان اضطرابا شديدا في الاكتئاب . وسبق القول إن نقصان الكيونة أي الفراغ في المكان لا معنى له بغير نقصان الصيرورة أي الفراغ في الزمان . والواقع أن معظم أطباء النفس الفنومولوجيين يرون في اضطراب الزمانية Temporality الزمان المعاش (لا الزمن المحسوب بالساعات) يرون أن في هذا الاضطراب في الزمان المعاش على نحو بعينه يكمن مفتاح الاكتئاب . وكلنا نعرف أن في الملل تنبأنا خطى الزمان المعاش . وما الفرح الا انطلاق تنشيط فيه خطى الزمان المعاش لتستقبل المستقبل في حبور الترحيب . أما الحزن فهو تنبأنا قد يصل الى الاحراك في الحزن الشديد ، بل قد تنعكس الخطى ليحزننا الماضي اليه في أسفنا عليه ، أو يشدنا وثاق تائب الضير الى ما سلف من أمرنا ، فيمهد الماضي كاهل الحاضر فتضطرب الصيرورة . وبمباراة أخرى فإن البنيان الدينامي ، لتلاحق في بانية الشعور ، حيناً يتلف على المستقبل ، وحيناً يتلف على الماضي ، هذا البنيان انما هو تركيب جوهره زمانية مشحونة بقيم الوجدان بامة وقيسم الوجدان الاخلاقي بخاصة .

الهوس

MANIA

مفهوم الهوس :

اضطراب وجداني ثلث عليه المبالغة في التنبيه النفسي والحركي ، يحدث منفردا ويمكن أن يمثل في حالات الوجه الآخر للاكتئاب عندما يشكل الإنسان ما يعرف بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

« يتميز الهوس بتهييج المزاج والحيوية الانفعالية والهاجس الحركي وبفقدانية الحياة النفسية الى الحد الأقصى (٦٠ - ٢٧٨) » وتعرف موسوعة علم النفس الهوس بأنه ضلال ذهني ومرض عقلي تبدي أعراضه في شدة التهييج بدون ضابط لدى المرء ، ويتجلى في تضخم الأفكار وانتقالها السريع من موضوع الى موضوع دون تمييز بين قيم المعاني كما في الانفراج المفرط نحو تحقيق كل فكرة تخطر على ذهن الهائج ، حتى انها قد تتحول الى رغبة جامحة في القتل أحيانا (١٣-٢٧٩) »

أعراض الهوس :

يمكن اجمال أعراض الهوس بالتالي منها :

— هياج نفسي حاد واستثارة حركية مستمرة غالبا ما تكون هزلية ساخرة لا يبررها الواقع ، فالمرضى دائم الحركة لا يهدأ متوتر يصرخ ويرقص ، يرقص ويصفق بأرجل المكان جيئة وذهابا ولا يستطيع الاستقرار على وضعية معينة .

- لا تنقص الهوسي مظاهر الفرح والسرور والسعادة بل على العكس من ذلك فهو دائم القبلة والتناول عيناه محنتان ووجهه متهيج ومتورد ، انه يتصرف وكأنه مصدر متعة للآخرين . يتجه لبناء الطموح العالي ويركز طاقته باتجاه المستقبل على عكس الاكتابي الذي يعيش في كنف الماضي ، ولكن لا يسلم الهوسي من الوقوع في التناقض المزاجي ويتعرض للانتقال من طسور انفعالي الى آخر مناقض تماما .

- أفكار الهوسي كعركته غزيرة سطحية غير مستقرة ينتقل من موضوع الى آخر دون مراعاة السياق المنطقي ودون وجود رابطة سوى السجع أحيانا أو التشابه السطحي . ويتعرض للشروود والسرحد وتطايير الأفكار . كما تتأثر المحاكاة لديه ويسمح ذلك بتعرض المريض لأوهام مصدرها عظمة مزيفة . وتدعم الهلوسات ذات الطابع الانفعالي موقفه من نفسه وتعزدي نزعة التمييز لديه .

- على الصعيد الاجتماعي يتميز الهوسي بكرمه وشجاعته ، ومشاريعه شديدة الخيالية لمصلحة المباد ، ومن الطبيعي أن يتبع ذلك رغبة تدعيم أو اصر الصداقة مع رجالات المجتمع السياسية والاقتصادية والاجتماعية . ولهذا يصرف الهوسي الكثير من وقته لتحقيق هذه الغاية ، والمراسم في هذه الحالات تتطلب هنداما وأناقة (سيبالغ بها حتما) وتزيينا وتبرجا بالنياشين وما يشعها .

- تبدو على مريض الهوس علامات الارق والانهالك وفرط التعرق ، وفقدان الوزن بصورة ملحوظة واضطراب الطمث .

- تفلت الفرائز وبخاصة الجنسية منها من الضبط الارادي ، ويعاني الهوسي من اندفاعات جنسية تقوده الى الاسراف في النشاط الجنسي ، وأحيانا الاعراف الجنسي وبخاصة التعري والاستعراض .

اشكال الهوس :

يقسم الهوس الى أشكال تراعى فيها شدة ودرجة الاضطراب .

١ - الهوس الثقيل أو تعصب الهوس Hypomania

أقرب أشكال الهوس إلى السلوك الطبيعي الأمر الذي يعقد تشخيصه لأول مرة . وتقتصر مظاهر الشذوذ هنا على انحرافات بسيطة عن المألوف ، حيث تعيش التفاعلات المصاب نشوة وفرحا واحساسات بخفة الدم والثقة بالنفس والتمتع المبالغ به بالفن والجمال . لا يتردد وهو في قمة نشوته واحساسه بالزهو عن القياس بالواجب في استقبال الاغراب مصافحا وحاضنا وراقصا . يتدفق فكر المصاب الى درجة السيوالة ولكن من غير ان تفقد الآراء الكثيرة ترابطها المنطقي .

للمريض اهتمامات اجتماعية ومشاريع نظرية كثيرة ، ولكن مزاجه وغروره يهيئان لتحقيق هذه المشاريع ويوفران له من وجهة نظره امكان تجاوز النظام القيمي والاخلاقي في المجتمع . وأمام هذا الموقف يتكون له احتمالان . فاما ان يبالغ في تمثل القيمة فيغدق في كرمه الى درجة التبيذير وتنهال هداياه على الآخرين . واما ان يبالغ بتجاوز القيمة بانفاسه في الانحرافات الجنسية دون رادع أو بلجونه السيئ التروير والاعتداء على الآخرين واتخاذ القرارات الفاطئة في مجاله المهني .

٢ - الهوس الحاد : Acute Mania

تتضح خصائص الهوس وتصل المبالغة الى حدها الاقصى في طرائق تصرف ملاقات الفرد النفسية والحركية ويعيش الهياج بكل أساده ، فاذا تكلم رفض التوقف واذا تحرك حطم ما هو امامه بحيث لا تنجو أضلعه في بعض نوباته الشديدة . واذا حاول التذكير فشل في الحفاظ على تناسق أفكاره .

يتفقد في هذا الشكل مسن الهوس الاحساس بالزمان والمكان فيختلط على المريض الليل بالنهار والشتاء بالصيف ، تسوء سمعته ويتعرض لاضطرابات القاسق والتفدية وضغط الدم مع تعرضه للهذيان والهوسات .

يشكل المريض في هذا الطور خطرا على نفسه وعلى الآخرين .

٢ - الهوس الهذلي : Delirious Mania

ويطلق عليه أيضا الهوس فوق العاد Hyper mania •

في هذا الطور من الهوس تمثل أقصى حالات التطرف ويندو المصاب في حالة هذيانة تامة ، يشكك تفكيره ويشوه وعيه وتضعف السيطرة عليه ، تنحدر غريزته واندفاعاته الجنسية ويمارس العهر والفحشاء دون رقيب • تنحدر صحته بشكل كبير ويهجر النوم عينيه ويتحكم به الارهاق الى درجة تهدد استمرار حياته •

٣ - الهوس المزمن : Chronic Mania

عندما يستمر الهوس لفترة طويلة ويحتفظ المصاب بطاقة عقلية معرفية مقبولة في حدودها الدنيا فكون أمام ما اصطلاح على تسميته بالهوس المزمن حيث يتميز المصاب بأساليب حياة يغلب عليها التطرف والخيالية وبالطامط سلوك فيها من الشنوذ ما يكفي لابقاء صاحبها بعيدا عن المستوى اذا أهمل العلاج المطلوب •

حالتها هوس مع تقديم وتعليق (١٧-١٥٤-١٥٦) :

« يبدو المهوس انه يجسد الفرح المزهو ، الفروي الجنوني دون رادع أخلاقي فهو في حالة لا يمكن تصورها من التنبيه والقبطة • وترجم هذه الحالة بضحك وغناء ورقص • انه وأنا أنقل اليكم عباراته الخاصة (يمجن) و (ينفق من الفرح) ويشمر بالالتم لفرط ما يمجن •

يخرج المزاج البذيء متدفقا باستمرار من فمه وكأنه ألماب نارية ، وبسرعة مذهلة • وثمة غزارة في الأفكار ، ويبدو المريض (مرفوع التوتر) وضعفه قريب الاموار غالبا • انه يرتدي أشكالا متعددة الالوان مزخرفة بالزينات وبيجه بشوش بافراط ، ونظراته متألقة هيئتة أليفة الى حد الشنوذ ، صيحاته تنالي ، وكذلك غناؤه وصرخاته وإيماءاته • ولا يستقر المريض في مكانه بل يدور في حلقات • ويسند سلوك المهوس سلوك التنبيه الأكثر انقلابا من كل قيد وتكس الاعراف الاخلاقية

والاجتماعية والاعراف الناشئة عن فلسفة اخلاقية . ذلك انما هو التحرر بالجملة للغرائز على صورة خيلاء واندفاع . ويدرك الهوس مباشرة نقائص بيئته ويتلاعب بالالفاظ ، ويستخدم التوريات ويسخر من كل شيء ومن كل شخص . انه يهجو ويفترى بصفاقة وحماسة ويكذب واثقا ، ويلوم ، ويتهم ويقذف بشوشا بنكاته الاكثر بذاءة . ويمكن لأقل مقاومة لنزواته أن تسبب الهياج أو الغضب أو الضعف أحيانا . ويبدو أن حدة حواسه أعلى بكثير مما هي عليه في الحالة الطبيعية ، ولكن انتباهه لا يثبت على شيء وقد يتجاوز المريض ، في بعض الاحيان ، حالة الهوس بالمعنى الصحيح للكلمة . فيصبح الهياج غريبا ، ويولول المريض دون توقف ويضلع ثيابه ، ويقوم بأعمال مفرقة .

الحالة الاولى : نص رواء دولي Delay ولنشر الى أن هذا النص قاله المريض بسرعة في الكلام غريبة .

{ الله ، والوطن ، والشرف بعدهما - عاشت بلادي والحياة الابدية - اتسني أحب قريتي - قريتي باريس ، لي حبيبتان ، كرسيت نفسي مخلصا لا بالكلام فحسب ، وانما بالقلب ، لقضية دائما ، اتسني مع انني العزيز للناس جميعا صحة جيدة ومساء سعيدا ، مساء الخير ، سيداتي ، مساء الخير سادتي ، السعادة خير ، فالانسان دون سعادة انسان ضائع ، متموج ، يا أورسول Ursule (قديسة) أنت تعترقين ، صليبي الما هو فرحسي ، هللوا ، أحب الورود ، الصليب والورود ، مريم المذراء يسوع ، مريم عزيزتي ، تعويذة اليزابيث الهنغارية ، ريكى ذو رشاشة البودرة* ، رشاشة بودرة صغيرة ، سلام على المذراء سلام على المذراء صليبي على اقدام المذراء من أجلكم ، روزماري عاش الورد ، سقط مطر الورد الليل القامت ، بقي بعض الاشواك ، اتتم يا من لكم قلب كبير ، واختك الكهف ، أتجشأ درهم ، روث تدمارك العملة ، هؤلاء السادة هم دكتورات فوه يا سيدي النفس ، كم أنا

* قصة كتبها الكاتب الفرنسي بيرول Porrault (١٦١٣ - ١٦٨٨) . لزوج الاميريكي ، الذي القبح ، من أميرة جميلة غبية . وكان التبادل يجري بينهما ، الدماء مقابل الجمال .

سميد ، سريعا يا سبختي ، بركتك أيها القديسة ، تيريز الطفل ، يسوع أشعة الشمس : أوه انه من الذهب ترا ، لا ، لا ، لا ، لا ترا لا ، انه ذهب الآن الساعة المباشرة وعشر دقائق (بالضبط . اطلب مغفرتك ، المندبل ليس لي — ترا لا — لا — لا أيها السادة ، ايها السيدات عجبا الأنسة أكورباسون . . .

ماذا نلاحظ في هذا النص ؟ ما نلاحظه في هذا النص هو أن فكر المريض يقفز العواجز كما يفعل حصان السباق ، وأن الأفكار تتابع حسب إيقاع سريلي حقا ، سنرى أيضا البيئة في النص التالي .

المثال الثاني : رسالة

يا سيدي انني احبك لست دابة ، تدرج رقيب ، صباح الخير ، يا سيد الكولونيل اذهب وأجعل من نفسك مهنونا بسيفك ، عموك أيها الجيش ، عموك أيها المولى ، حتى أعود الى محاضرتك اطلب من الله سائر أزهاره في شهر ايار وما لديه من اشجار الزعرور المرتعشة ، أنتم متفائلون مثلي ، أنا أتفق من الفرح طر ، صوتك انما هو صوت العملة ، يا أناس الشمال ، يا أناس الوسط من النور في وسط شهر تموز ، انني احبك كثيرا يا صديقي ، قطرة ، بول ، بول في القراش ، الجميع لبوا النسياء ما عدا شخص يا سيدي المساعد وأعلم أحلاما جميلة ، ولتعتك الانسانية هملوا .

تلكم اذن ضرب من السريالية الصرفة ، كذلك اعتقد أن كثيرا من الكتابات (الحديثين) لا يستكرونها قطعا هذا النص الذي ينطوي على جمال لا ميقول وشاعرية عظيمة . . . اطلب من الله سائر أزهاره في أيار وما لديه من اشجار الزعرور المرتعشة .

ولكن ما يشير الاهتمام هو ملاحظة الطريقة التي تتابع فيها الأفكار مثال ذلك :
أ — يربط المريض بين المقطع الأخير من الكلمة الدالة على معنى (دابة) وبين كلمتي (تدرج) و (رقيب) .

ب — انه يربط مباشرة بين (رقيب وبين (صباح الخير يا سيدي الكولونيل) .

ج - ونلاحظ أنه يربط بين (أنا أشق من الفرح) وبين طز التي تلي العبارة مباشرة وذلك هو ارتباط لمجرد تناغم الاصوات .

د - النوع ذاته من الارتباطات (صوتك انما هو صوت العيلة) لقد لوحى له المقطع الاخير من الكلمة الدالة على الدراهم (يا أناس الشمال ، يا أناس الوسط) .

هـ - (انني أحبك كثيرا يا صديقي) .

لقد أخذ المقطع الاخير من الكلمة الدالة على (صديق) فأوحى له بـ (قطعة ، بول ، في السرير) ثم عاد الى ارتباط آخر مع الجيش (الجميع لبوا النداء ما عدا شخص يا سيدي المساعد) .

و - هلوليا . تشير أيضا اشارة واضحة الى النبط الهلوسية .

ان بداية الذوات الهوسية يسكن ، بالطبع ، أن تسبب ضروبا من الشذوذ وانحرافات كبيرة في السلوك . وعائنا أن لا ننسى أن الرادع الاخلاقي يتضاءل حتى يزول نهائيا . وعندئذ لا مناص من وضعه في المشفى . يضاف الى هذا أن الضجر يحول بين المهوس وبين أن يتعرض الى التنبيهات الخارجية الكثيرة التي ليس لها من عمل غير تمييز هييجانه » .

الاضطرابات الوجدانية المشتركة ثنائية القطب : Bipolar Disorders, Mixed

يتعرض الكثير من ضحايا الاضطرابات الوجدانية لتحالف غير شريف في أحسن حالاته بين أعراض الاكتئاب من جهة وأعراض الهوس من جهة أخرى ليتقاسما المريض الواحد فترات قد تطول أو تقصر بحيث يشكلان وجهين لظاهرة مرضية واحدة وهذا ما يطلق عليه الاضطرابات الوجدانية المشتركة ثنائية القطب .

تتمثل هذه الاضطرابات خصائص وأعراض الاكتئاب والهوس معا ويعيش المصاب بها دورية تبادلية لا يشترط أن تكون منتظمة . فيظهر المصاب تارة مكتئبا تنطبق عليه أعراض الاكتئاب ، ويظهر تارة أخرى هوسيا تنطبق عليه أعراض الهوس .

(الأعراض الاكتئابية تدوم يوماً كاملاً على الأقل حين تسود ، والتبادل يتم كل بضعة أيام) .

الهوس ثنائي القطب Bipolar Disorder, Mania

هوس لا يشترط أن تنطبق عليه كل معايير الهوس وأعراضه ، سبق ومسر صاحبه بتجربة ما من تجارب الهوس أو الاكتئاب أو الاضطرابات الوجدانية المختلطة .

الاكتئاب ثنائي القطب Bipolar disorder, depressed

لا تكتمل فيه أعراض الاكتئاب أو معاييرها ولا تنظم ويمنع تشخيص الحالة بالتأكد من مرور المصاب بحالة اكتئابية أو حالة هوس أو حالة وجدانية مختلطة مسابقة .

الفصل العاشر

الاضطرابات الجسدية

SOMATOFORM DISORDERS

جامعة دمشق
Damascus University

الاضطرابات الجسدية

SOMATOFORM DISORDERS

تورد أنظمة التصنيف DSM - III R-1987 , ICD 10-1991 تصنيف هذه التسمية مجموعة من الاضطرابات التي تأخذ من بنية المريض الجسدية مجالاً للتعبير عن ذاتها ، وتبعاً لذلك فإن أعراضها غالباً ما تكون جسدية في مظهرها نفسية في علتها ومفسر لها وغرضها ، ومن أشكالها :

١ - اضطراب تشوه الشكل (طوائف مرضي من تشوه الشكل)

تشير أعراض هذا الاضطراب الى انتقال مرضي بملحة فيزيولوجية تتركز حول شكل الشخص يتقبلها المريض دون أن يكون لها أساس واقعي ، وعند حدوث أي عطب بسيط يسمى المريض وفي السياق نفسه الى تضخمه والى توليد الافكار والخيالات حوله بشكل شاذ وغريب يتناقض مع الحالة العادية والسوية التي يبدو عليها المريض ذاته ، ومع ذلك فإن الاعتقاد بوجود العطب الفيزيولوجي لدى المريض يتميز بعدم قابلية تطوره الى هذا كما هو الحال في الاضطرابات الذهانية ، ويكشف المريض عن استعداد ما لمناقشة وقبول احتمالها في تقدير معاناته أو حتى لا واقعتها ، في حين يرفض الذهاني مبدأ مناقشة معاناته التي لا يأتيها الباطل .

٢ - اضطرابات الجسدية Somatization Disorders .

تتميز هذه الاضطرابات بوجود الاعراض الفيزيولوجية الغامضة المتنوعة والمتكررة ، التي تبدأ بالظهور قبل سن الثلاثين وتستمر لسدة سنوات ، وبوقوع

مريض هذه الاضطرابات تحت سيطرة التفكير والمعتقدات التي تثير شكوكه حول مرض جسدي يعاني منه .

ينبغي لكي تكون الاعراض دالة لتوافر المعايير التالية :

١ - أن لا تغزى الاعراض لأي مرض عضوي أو آلية فيزيولوجية مرضية (مثل : آثار الجروح - آثار تناول الادوية أو المواد الكحولية ...) .

٢ - لا تظهر الاعراض فقط في حالات الغم والقلق .

٣ - أن تلزم الاعراض على تناول الادوية (ليس فقط المهدئات) والذهاب بشكل مستمر لاستشارة الاطباء ، وأن تكون سببا في تغير نمط حياة الشخص الذي تظهر لديه .

٤ - اعراض اضطرابات الجسدية :

يحتاج التشخيص الدقيق لحالة الجسدية وجود ١٣ / ثلاثة عشر عرضا لدى المريض - على الأقل - من قائمة الاعراض التي تضم المجموعات الست التالية :

اعراض شخصية معوية :

١ - اقياء (يستثنى اقياء مرحلة الحمل) .

٢ - آلام بطنية (غير آلام الحيض) .

٣ - غشيان (يشابه مع دوار السفر) .

٤ - احساس بتضمة في البطن (غازات) .

٥ - اسهال .

٦ - الامتناع عن بعض الاطعمة .

اعراض الاذن :

٧ - ألم في الاطراف .

٨ - ألم في الظهر •

٩ - ألم في المفاصل •

١٠ - ألم في المثانة •

١١ - آلام أخرى •

اعراض القلب والرئة :

١٢ - صعوبة التنفس •

١٣ - اضطراب النبض •

١٤ - آلام الصدر •

١٥ - دوّار وعدم استقرار •

اعراض النحول :

١٦ - فقدان الذاكرة •

١٧ - صعوبة البلع •

١٨ - فقدان الصوت •

١٩ - فقدان السمع •

٢٠ - الرؤية المزدوجة •

٢١ - الرؤية الضبابية •

٢٢ - فقدان البصر •

٢٣ - فقدان الوعي •

٢٤ - ارتعاشات •

٢٥ - صعوبة الحركة •

٢٦ - شلل أو ضعف عضلي •

٢٧ - انقباض البول •

اعراض جنسية خلال معظم حياة الفرد مع فرص للنشاط الجنسي :

٢٨ - احساس بحرقة في الاعضاء التناسلية أو في المستقيم (في لحظات مختلفة

من ممارسة الجنس) •

٢٩ - قلة الاهتمام بالجنس •

٣٠ - آلام أثناء ممارسة الحب •

٣١ - عجز جنسي •

أعراض جنسية (خاصة بالنساء) تظهر على شكل اعتقاد المريضة بأن مسا

تفاني منه يفوق ما تعانيه الاخريات •

٣٢ - طمث حاد ومؤلم •

٣٣ - عدم انتظام في الدورة الشهرية •

٣٤ - فقدان المزيد من الدم عن طريق التزيف •

٣٥ - اقضاء متكرر أثناء الحمل •

يستنتج المضطرب في سياق عملية تفسير ذاتي لعلامات ، أو احساسات فيزيولوجية بسيطة تحدث معه ، امكان تعرضه لمرض خطير ، فيبدي اهتماما مبالغيا في صحته ، وتسيطر عليه مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود المرض وتتمحور حول مظاهره وأعراضه المتخيلة .

لا يدعم التشخيص الدقيق وتقييم حالة الشخص النفسية والصحية اعتقادات المريض ، ولا يمكن عد الاعراض التي يشكو منها أعراضا لعلامات القلق والغسم ، وكذلك فانها لا تنضوي تحت أعراض اضطرابات كالفصام أو الاكتئاب الوجداني . ومع ذلك فان المريض يستمر تحت تأثير هوس اقتناء الادوية وزيادة الميادات الطبية لطلب المزيد من الاستشارات المتعلقة بمرضه والتي لا تطفئ بالنتيجة مسن خوفه ، وتثار الاعراض ويثار هو على زيارة الأطباء والمختصين باستثناء المسالج النفسي . . . ١١

يستمر العرض كمؤشر على الاضطراب اذا استمر لفترة تتجاوز الستة أشهر على الأقل . كما يتميز مضمون أعراض المراق بأنه غير هذائي ولدى المريض قابلية الاعتراف باحتمال لاحتمالية توهماته ولكنه يستمر مهووما حزينا ، ويهاني من قلة النوم والارق بأشكاله مع احتمال ترافق ذلك بضعف الذاكرة .

المواصل في المراق :

يكشف اصرار المريض على ادعاءات توهم المرض والانتقال من عيادة الى أخرى على الرغم من التقارير الطبية المتخصصة التي تؤكد سلامة البنية الجسدية ، عن وسائل لاشعورية نشطة تكمن مصلحتها في استخدام الجسد وأجزائه ووسائل هروب من الفشل والاحباط وتحمل المسؤولية . فالفاشل في مواجهة يرفض لا شعوره الاقرار بالهزيمة بشكل عقلائي منطقي ، ولذلك فان عزو هذا الفشل الى حال في بنيته أسهل عليه وأهون من المواجهة .

ومن يهتكم من عتبة احباط منخفضة وتسقط من بين يديه العلول الواقعية
يلجأ الى التوهم الذي يخفف بصورة تعيلية من شدة آثار الاحباط .

اما لمن ينوء تحت عبء المسؤولية فيسبكون تخيل السقم في صحته مبررا لعدم
تكليفه بالمزيد ، وبالأوقت ذاته سيكون كافيا لاستدرا عطف الاهل في الاسرة
والمقربين في مواقع العمل والمهنة . ويكون التضامن المنشود على هيئة تحرير من
الدور الموكل اليه والدعاء له بالشفاء مما ألم به .

هذا السلوك مبرر للتطور ليندو أسلوبا يمتدده الفرد المعني في مواجهة
هجمات القلق والمواقف الماثلة .

كما تلعب طبيعة الفرد الانفعالية بالتضافر مع عوامل أخرى دورا ملحوظا في
حالات توهم المرض .

وتبرز سمات كالانسحابية والاجتماعية والانطوائية عوامل تقود الى انقطاع
أصحابها عن التواصل مع الآخرين أو عسسى الأقل عن التفاعلات والاهتمامات
المشتركة ، وتؤدي بالتالي لتدعيم التوجه نحو الذات وتعميقه أكثر لجعل بنواحيها
المجسدية والانفعالية والبيوية مراكز لنشاطات وتفاعلات وهمية .

يعتق المريض عبر نشاطاته هذه أغراضا دفاعية يحاول بموجبها حالة الصراع
النفسى الى شكوى جسمية .

ومن بين العوامل التي تموز الى بيئة الفرد الاسرية والنفسية ، وتهمي
لاكتساب خبرات نمائية تدعم اتجاهات الحساسية المفرطة تجاه البنية الجسمية
وتخلق عند الفرد استعدادا للمبالغة في تقدير مثيرات تتعرض لها بنيته .

فالآباء الذين وقفوا ضحية توهم المرض سينقلون بشكل غير مباشر الى
أبنائهم أنماط سلوك مراقبة تؤدي الى تبني الأبناء اتجاهات الوالد . كما تؤدي
المبالغة والاهتمام الذي لا يبرره الواقع بعالة الأبناء الصحية (يقيمون الدنيا عند

تعرض أحد أبنائهم إلى وعكة صحية بسيطة ومألوفة (والاهتمام المفرط بالتفذية وبخاصة عندما يحيطون بها بنواميس متطرفة إلى انتقال هذه الانشغالات إلى الأطفال، وتهدد السبيل إلى توهيم المرض وهكذا لئلا يترك من التعلم والمحاكات وبخاصة ما يرتبط بتعميق حاجة أو وظيفة معينة دور هام في هذا الاضطراب . وبعد تقبل الإصحاء أحد أبرز ما يعجز متوهمي المرض من أعراض ، ويمكن عده في الوقت ذاته أحد أبرز العوامل فيه ، فالمعروف عن هؤلاء تأثيرهم بما يقرأون أو يسمعون أو يشاهدون ، ويكفي الحديث أمامهم عن أمراض مرض قديم أو جديد ليبدأوا بالتفكير والانشغال ومن ثم البحث عن هذه الأعراض لديهم . ولتغير العمر والتقدم بالسن على قاعدة استبعاد الرد دور في تدعيم الأفكار المرضية ، حيث يثير الضعف والترهل في أجزاء الجسم مشاعر الخوف والقلق الوجودي وهي ، إلى التطرف في مراقبة عمل أجهزة الجسم .

ولعل أقرب العوامل إلى التقبل والفهم في توهيم المرض هي العوامل الانفعالية والحالة النفسية لشخصية المريض ، فقد تكون أعراض القلق الفيزيولوجية بداية للاهتمام الذي لا يلبث أن يعتمد عن المألوف ويهدد للمبالغة في تحليل وتفسير الاحساسات والعلامات الفيزيولوجية . وكذلك فقد يساعد الاكتئاب بما يسوده من أفكار عدم الجنوى الذاتية والقيمة الشخصية على تعزيز انشغال المريض بهالاته وتوهيم المرض ، كما أن الشخصية القهرية المشغولة هي الأخرى بأفكار قد يتركز معظمها حول الخوف على وجود الذات بالمعنى الواسع تشكل أحد العوامل في هذا الاضطراب .

٤ - الألم ذو المصدر النفسي Psychogenic Pain

يشبه المراق في ما يترتب عليه من انشغال واهتمام بالحالة الجسدية ولكنه هنا يتحدد باحساسات ألم قد تأخذ شكلا مزمنًا لا تفسرها ولا تنتجها اضطرابات عضوية أو آلية فيزيولوجية مرضية .

يتوافق هذا الاضطراب عادة مع مشاكل نفسية واجتماعية ، ويتميز في طبيعته عن الاضطرابات النفسية-سوماتية (اضطرابات نفسية-جسدية) في عدم مراقبته

الخلل العضوي الواضح للألم المشكو منه والذي غالبا ما يتركز حول الصدر والظهر ، والرأس على شكل صداع .. الخ .

عدم سيطرة الخوف الشديد على المرض واستمرار تعايشهم مع الاحساس بالألم وكل ما ينطوي على ذلك ، امور ترجع استخدامه كوسيلة هروبية في مواجهة مواقف الاحباط والقلق والتوتر (عد الى أعراض الجسدية) . يؤثر هذا الاضطراب سلبا على طاقات المصاب لاتجاة لانشغاله لدائم بتوهماته واحساساته الزمنية المخادعة .

• اضطراب التحول (عصاب الهستيريا التحويلي)

Conversion Disorder (or Hysterical Neurosis Conversion Type)

يشهد هذا الاضطراب ونتيجة لصراع نفسي شديد ومستمر تحولا للأثار النفسية والانفعالية للقلق والتوتر الى أعراض جسدية ، يستخدم المريض هذه الآلية للتخلص أو للتخفيف من الصراع الذي يعاني منه ولتحقيق مكاسب أولية تتعلق بالجانب الجسدي ، وثانوية اجتماعية عاطفية ، تتعلق بزيادة الاهتمام به وبدعم موقفه الانفعالي ودوره الاجتماعي .

الدليل المرضي السائد يكون عادة على شكل فقدان أو اضطراب احسنى الولائف الفيزيولوجية التي تعطي انطبعا اوليا بأن الحالة هي عبارة عن اضطراب عضوي ، بينما هي في الواقع هروب فيزيولوجي من موقف انفعالي وبالتالي العلة فيها نفسية . وقد تأخذ شكلا من أشكال الطاقة الحركية كأن تصيب الأطراف أو آلية الصوت أو الطاقة الحسية أو الطاقة العشوية (من أجل مزيد من التفصيل انظر مبحث الهستيريا من هذا الكتاب) .

تعتمد العوامل النفسية المؤسسة على تجارب نمائية مبكرة انتعجها خبراته منطل نفسي اجتماعي أو حاجات نفسية غير مشبعة هواملا مباشرة في هذا الاضطراب . وتنبذر الإشارة الى ان ما يظهر على المصاب من أعراض يسمون الى

مكونات اللاشعور ولا دور للارادة الواعية فيه ، وهذا ما يميز هذه الحالات عن حالات التمارض أو ادعاء المرض ، ويختلف هذا الاضطراب كذلك عن اضطراب ثنيه يطلق عليه هستيريا بريكييت Hysteria or Briquet's Syndrome بتميز هذا الاخير وفق (٦٣-٣٣) ب : حدوث عدة أعراض في وقت واحد مثل الصداع وآلم الظهر والبطن والسعال ، وضعف الذاكرة .. الخ .

يصف المريض الاعراض بشكل مبالغ فيه « ان رأسي يكاد ينفجر » « ظهري يكاد ينقص » ، ويصعب تتبع بداية العرض وتطوره لكثرة ما يعطيه من أوصاف ومن تغيرات عارضة .

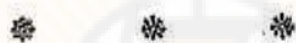
غالباً ما يكون المريض قد راجع عدداً كبيراً من الأطباء والعلاجيين والسيوخ .. الخ . ويشكو المريض من أعراضه بشكل درامي بحيث توقف عائلته أعمالها وتحضره بسرعة الى الطوارئ .. وتسبب هذه الاعراض حيرة للأطباء تلجئهم أحياناً الى اجراء عمليات جراحية استقصائية أو علاجية . وتكون خزانة الادوية في منزل المريض مليئة بالادوية ، وأحياناً يزيد المريض الصورة تعقيداً بالتحايل في بعض الاعراض كاحداث حالة جلدية أو تسخين ميزان الحرارة .

يكثر بين هذه الحالات البرود الجنسي واضطرابات الطمث .

٦ - اضطرابات جسدية غير مميزة Undifferentiated Somatoform Disorders

يستدل على هذه الاضطرابات من خلال وجود عرض فيزيولوجي أو أكثر كالشعور بالارهاق أو فقدان الشهية أو اضطرابات هضمية معوية أو بولية ، أو جلدية ، حاك نفسي المنشأ - جرح أسنان .. ولكن مع ذلك لا تكون هذه الاعراض واضحة كما كان عليه الحال في اضطرابات الجسدية فضلاً عن تنوعها وتغيرها باستمرار ، لا يكشف التشخيص الدقيق اضطراب في البنية العضوية أو في الآلية الفيزيولوجية يفسر أو يشير الى متاعب جسدية ، كتلك التي تسببها عادة (الجروح

ب. المخدرات - الكحول) + يشترط لتشخيص هذه الاضطرابات استمرار الاعراض
المسببة عنها ستة أشهر على الأقل وأن لا تكون أعراضا لاضطرابات جسمية أخرى
واضحة أو لضعف في الوظيفة الجنسية أو لاضطراب وجدائي أو لقلق نفسي أو
لاضطرابات النوم أو لاضطراب ذهاني. مع الإشارة الى وجود اضطرابات جسمية أخرى
غير مصنفة لا تشمل بها معايير الاضطرابات الجسمية المصنفة أو اضطرابات التكيف
ذات الاعراض الفيزيولوجية ولا تخضع لثبات معين فضلا عن عدم انصوائها تحت
اية تسمية أخرى معروفة .





الفصل العادي عشر
الاضطرابات التفككية

Dissociative Disorders

(الهستيريا)

Hysteria

جامعة دمشق
Damascus University



الاضطرابات التفككية

Dissociative Disorders

تضم هذه الاضطرابات وحسب الدليل العاشر لمنظمة الصحة النفسية ICD-10-TR و الدليل الثالث لجمعية الطب النفسي الامريكية ونسخته المعدلة DSM III R 1987 الاشكال التالية :

... فقدان الذاكرة ذي المصدر النفسي Psychogenic Amnesia

... الشرود نفسي المنشأ Psychosenic Fugue

... تعدد الشخصية Multiple Personality

... تفكك الشخصية (تبدد الشخصية) Despersonalization Disorders

... اضطرابات تفككية اخرى Atypical Dissociative Disorders

... اضطرابات الاستحواذ Trance And Possession Disordeers

... اضطرابات الحركة التشنجية Dissociative Convulsions

... فقدان الاحساس التشنجي

Dissociative Anaesthesia and Sensory Loss

... اضطرابات أخرى Others

١- زملة جانسر Ganser Syndrome

عندت أشكال الاضطرابات التي ذكرناها أيضا لدى العاملين في ميادين
الاضطرابات السلوكية أعراضا لما كنا نطلق عليه مرض الهستيريا الى عهد قريب
جسدا .

فما الذي حصل اذن ؟

لقد كانت قد طرحت شكوك كثيرة حول امكان النظر الى الهستيريا كاضطراب
مستقل عن غيره من الاضطرابات ، أو بمعنى أدق حول امكان وجود هستيريا لقية .
ومما دعم هذه الشكوك : عدم انتظام أعراض هذا المرض في زملة متجانسة أو
مجموعة واحدة ، وظهورها لدى مرضى كمرضى القلق والاكتئاب والفصام والصرع .
وكذلك تأثر هذه الاعراض ومضامينها بالفروق الثقافية .

أتيج الجدل في هذا المضمار آراء واتجاهات تتراوح بين الدعوة الى التواء
مصطلح الهستيريا وبين الابقاء عليه ، ولكن يبدو أن أنظمة التصنيف المتقدمة قد
أيدت عدم الحديث عن مصطلح الهستيريا صراحة ، وتجنبت الـ DSM III
استخدامه ، وبدلا من ذلك فقد أدخل هذا المفهوم متعدد المعاني في فئات جديدة
للأمراض مثل الاضطرابات الجسدية كما مر معنا . والاضطرابات التشككية التي فهم
بمحدد الكتابة عنها . وأخذت منظمة الصحة العالمية في القسم الخامس من دليها
الماشر ١٩٩١ الاتجاه ذاته عندما لم تتحدث وبشكل صريح عن مفهوم مستقل يدعى
الهستيريا . ولكن مع ذلك هناك تيارات لم تسلم بالامر بسهولة ينقل عنها أحمد
عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر ١٩٩٢ قولها « ان مفهوم الهستيريا سيغيى
ليمتشي بجنازة من ينام » ١١٠٠ (١٩٨٨) .

ولكني لا نعلم قارى هذا الكتاب من الاضطلاع على أسرار مرض اكتشف
منذ القدم ، واحاط به الفوضى ، وكثر حوله الجدل ، وتعددت فيه الآراء . فأنسا
سنحاول الترضى له بحيث تلبي الحاجة الى المعلومات التاريخية والحديثة عنه بقدر

ما نستطيع • مع الإشارة الى تأييدنا وجهات النظر التي تسعى الى تفريد الاضطرابات في حال توفر الأدلة والمبررات العلمية الكافية • وباعتقادنا فان مرض الهستيريا سيبقى متسماً بسمتي الوصل والفصل مما في علاقته مع الاضطرابات السلوكية الاخرى • (له من الاعراض ما يشترك به مع الامراض الاخرى وله في الوقت ذاته من الاعراض ، أيضاً ، ما يميزه عن غيره) •

مفهوم الهستيريا : Hysteria Concept

تذكر أدبيات الشذوذ النفسي أن مرض الهستيريا قد عرف من خلال الاحاديث عن أعراضه قبل أن تطلق عليه تسميته بوقت طويل •

وتورد في هذا السياق آثار المصريين القدماء في كل من بردية كامون ١٩٠٠ قبل الميلاد وبردية ابرس Ebrass التي يعود تاريخها الى القرن السادس عشر قبل الميلاد ما يشير الى وجود هذا المرض ضمن قائمة أمراض الرحم حيث تفسر أعراضه على أساس ارتباطها بالحياة التناسلية وما تتطلبه من تغيرات فيسيولوجية - سلوكية • ولذلك فالهم يميزون الاعراض التي تشابه الى حد بعيد أعراض الهستيريا كما تقدمها كتب التفصص اليوم الى حركة الرحم ، حيث اعتقد في ذلك المين أن الرحم يتحرك وينتقل من مكان الى مكان عندما يعاني من حالة جوع ويترتب على انتقاله المزعوم هذا تأثير الكثير من الاعضاء العشوية التي تسبب بدورها الاعراض المعنية •

ولم تكن أساليب العلاج مختلفة في أساسها الخرافي عن أساليب فهم العلة ، ولذلك كان السبيل الوحيد هو الدعاء والترجي ، واستخدام بعض الدهون والروائح مع ما يترتب على ذلك من طقوس كي يعود الرحم الى مكانه ويلتزم بانضباطه ١١٠٠

وجاءت المخطوطات اليونانية القديمة - ولو كان بعد فترة طويلة - لتؤكد التوجه ذاته في فهم الهستيريا ، من خلال توضيح العلاقة بين هذا المرض وبين الهرمان الجنسي ، ولتحدث عن آلية الرحم وحركته حديثاً خيالياً لا يخلو من الغرابة

والطرافة « فالرحم كما تشير هذه المخطومات يتعرض لتغيرات عضوية ومن ثم إلى جفاف وانكماش ، الأمر الذي يدفعه للبحث عن الرطوبة في أعلى البطن مما يؤثر على النفس ، فإذا توقف الرحم في البطن فتصاب المرأة هنا بنوبات تشنجية سريعة ، أما إذا صعد إلى أعلى والتصق بالقلب ، فتشعر المريضة بالقلق والاختناق والفرع ، أما إذا اتحد مع الكبد فتشقد المريضة صوتهما وتجز على أسنانها ويصبح لونها رماديا شاحبا ، أما إذا وجد ملاذه في الجانب فتشعر المرأة المصابة بكسرة صلبة أو تورم بجانبها ، وإذا صعد إلى الدماغ فيسبب ذلك آلاما في الرأس وحول العين والاذن ، مع الشعور بالدوار وقلل الرأس والكسل الشديد ، ويزيد على هذه الأعراض النوعية أن حركة الرحم في حد ذاتها تسبب زيادة في ضربات القلب وكثرة التعرق مع تشنجات عضلية (٦٨ - ١٦٣) »

لم يصمد التفسير (الرحمي) الخيالي أمام المد الفلسفي وسيطرة الكهنة في المنصور الوسطى ليحل محله تفسير لا يقل عنه خيالية وغير عقلانية .. طسال في أحكامه كل اضطرابات السلوك آنذاك وغدت الشياطين والارواح الشريرة التي تمتلك وتسكن شخصية المصابة بالهستيريا وتقيم معها العلاقات الجنسية .. أسبابا كافية لتعذيب وجلد وبقي وحرق وقتل المريضة والهدف المعلن من وراء ذلك هو طرد الارواح الشريرة وتخليص البيئة التي ازلت فيها من لعنة سخط بها .

ومع تبلد الافكار الخرافية في بداية عصر النهضة العلمية في القرن السابع عشر دعا شارل لبوا Charles Lepots طبيب الملك هنري الثاني الى عد الهستيريا من بين أمراض المخ رافضا التفسير الذي يخالف ذلك ، وبالتالي مهد السبيل لقبول فكرة امكان تعرض الجنسين لهذا المرض بعد أن بقي لفترة طويلة من نصيب المرأة .

في القرن التاسع عشر ومع تطور التقدم العلمي وبخاصة في مجالات الفيزيولوجيا والتشريح ذاع صيت طبيب فرنسي يدعى شاركو Charcot جعسل دراسة الهستيريا موضوعا مركزيا في دراساته وخلص لتفسير هذا المرض بعده مرضا نفسيا يمود لحوامل وافكار نفسية لدى بعض الافراد المهين فطريا له . ويرى على

ذلك من خلال إمكان علاجه بالإعلاء والتتويم المضططسي، وتابع من بعده طلابه أمثال جانييه Janet الذي تحدث عن نظرية الضعف النفساني Psychasthenia وعن الشخصية الهستيرية وعمق كل من فرويد Freud وبروير Bruer البحوث العلمية حول الهستيريا ليربطا هذا المرض بعناصر الحياة وخبراتها السلبية الصادمة نفسيا ، التي تكبت ولكنها تبقى فاعلة . وعلى العلاج الفاعل الرولوج الى أعماق الشخصية لاكتشاف تلك الخبرات ، واقرء فرويد بالاستمرار في أبحاثه حول الهستيريا ورفض مبدأ التتويم بعدما استنتج سطحيته ، واستبدله بتقنية التداعي الحس للافكار . وغدت دراساته في هذا الميدان الأساس لنظرية قدر لها أن تكون النظرية التي أثارت ولا زالت تثير جدلا واسعا في أوساط المشتغلين في مجالات السلوك والأدب والسياسة ، انها نظرية التحليل النفسي .

تطورت في تفسير الهستيريا اتجاهات رافقت الاتعلاء التحليلي وخالفته ، وبعضها تناقض معه كتفسير نظريات التعلم . . . والنظريات العقلية الانفعالية . . . وغيرهما . (سيتوضح ذلك في الصفحات القادمة) .

العوامل في الهستيريا :

ثمة عوامل كثيرة أو مجموعات من العوامل تفسر نشأة السلوك الهستيقي نجهلها فيما يلي :

١ - العوامل الوراثية :

لا توجد أدلة كافية تشير الى دور ناشط للوراثة في الهستيريا على الرغم من وجود دراسات أجريت في هذا المجال ، واكتشفت بعض الترابطات الدالة بين أبناء المصابين بالاضطرابات العقلية الشديدة كالفصام والصرع أو المصابين بالتسل الرغوي والبني النخيفة وآبائهم . غير أن الحماس لهذا السائل في إطار الهستيريا أقل بكثير مما هو عليه الحال في الاضطرابات الأشد . ومرد ذلك برأينا للآلية الانفعالية الواضحة للهستيريا علة وأعراضا ، وللنجاحات التي حققتها التتويم في علاج هذا المرض فضلا عن دور الإعلاء الكبير سواء أحداث الامتجابات الهستيرية أم في معالجة هذه الاستجابات .

٢ - العوامل الفيزيولوجية :

تتقاطع عادة هذه العوامل مع العوامل الوراثية وتختلط أحيانا عائلية لأثر كل

منها .

ولكننا نفضل الفصل هنا (في لغة العوامل) واضعين بالحسبان ميكانيكية فيزيولوجية
بيئية لا تدخل في دائرة الوراثة ولا تخضع لقوانينها ، بمعنى أن البيئة الفيزيولوجية
معرضة في حياتها لاضطرابات وتعديلات قليلة أو كثيرة في أدائها لوظائفها .
(عند انخفاض مقاومة الشخصية وقابليتها الدفاعية بعد صدمات الدماغ أو الجسم
الدماغية أو أية التهابات أخرى) الأمر الذي ينعكس على السلوك ويبرر الحديث
عن عوامل فيزيولوجية مستقلة .

في هذا السياق يشير بعض علماء النفس الذين يركزون اهتمامهم على دراسة
الاعصاب والفيزيولوجيا (بافلوف) و (سشنون) إلى القشرة المخية الضعيفة كعامل
من عوامل الهستيريا ، حيث يؤدي ضعف القشرة دون ضابط أو منظم (تقوم عادة
القشرة المخية بدور المنظم لهذه المراكز) إلى ظهور ردود أفعال بدائية
مفرها أساسا في هذه المراكز على هيئة تشنجات هستيرية .

وقد رأى كريشمر أن الاندفاعات الغرائزية والافعال الانعكاسية للجهاز
العصبي هي التي تقف وراء أعراض الهستيريا وتستخدمها ميكانيزمات وقائية تقي
صاحبها من الآلام والاحزان والاضرار التي قد تصيبه من الوسط المحيط . وقد
كان ديفرس Rivers أكثر شجاعة وخيالية عندما افترض وجود علاقة بين
الاستجابات الغرائزية التي تقف وراء أعراض الهستيريا وتستخدمها عندما يشعر
الفردي بالشدائد والاضطراب ، وبين الاستجابات التي تقوم بها بعض الحيوانات عند
مواجهة الاخطار كالتظاهر بالجمود أو الموت سبيلا للهروب من المواجهة والوقاية
من الخطر .

٢ - العوامل النفسية :

لا ينكر أي اتجاه في تفسير الهستيريا الدور البارز للعوامل النفسية في الهستيريا. ويصل الأمر ببعض هذه الاتجاهات إلى التأكيد على أن الهستيريا آلية نفسية من ألفها إلى يائها . وكان الاتجاه الرائد في هذا المجال اتجاه التحليل النفسي الذي يخلص له المحدثون من أنصاره على الرغم من دعواتهم لاعطاء البيئة والثقافة دورا أكبر مما يعطيه فرويد . يعيد (فرويد) أعراض الهستيريا إلى عمليات كبت الاندفاعات الجنسية في مراحل نمائية سابقة ويرى أن الطاقة المستخدمة في كبت هذه الرغبات وما ينتج عنها شأنها شأن كل طاقة في الوجود لا تفضى ولا تنعدم بل تجد طريقها إلى جزء أو عضو من أعضاء الجسم ويظهر أثرها في اختلال وظيفة هذا الجزء أو ذلك المعضو ، ولهذا فهو يعد الأعراض الهستيرية دليلا على ما يكبته الإنسان من رغبات جنسية لم يجد سبيلا إلى إشباعها، ويعد فرويد الألام الهستيرية بصورة عامة أوهاما صورية للألام ويناقش الأمر بشأن التصورات الذهنية لوحدها لا يمكنها أن تكتسب الصفة الموضوعية التي تجعل الوهم الصوري يتحول فعلا إلى دافع (٦٩-٥١) . في وجود الشدائد النفسية والصراعات يضطر الأنا إلى الهزيمة والاحتماء بمرض جسدي ينتقل بالصراع إلى حالة أخرى من الاستقرار والتكيف أهون وأعلى بكثير من الصراع الأصلي . فمثلا إذا كانت الزوجات المهملة المكسودة لا تلقى العطف والاحترام والتشجيع من زوجها وإذا استمرت شدتها وتماستها مع هذا المجال وصادف أن تبلدت غيوم الأسرة وحدث شجار أو وقع نأ مفاجيء أو لم تعد المسكينة تتحمل أكثر من ذلك فإن اللاشعور يتخذ حلا للمشكلة بأن يجعل الزوجة مريضة ويكون مرضها (صارخا) مأساويا . كالعمى المفاجيء أو شلل الأطراف أو الإغماء المتكرر أو فقدان النطق . . . دون وجود مبرر عضوي لذلك الشلل أو المرض ، أي أن مرض الهستيريا أصبح أسلوبا جديدا للتكيف ومواجهة الصراع النفسي بالمرض الجسدي (٣ - ١٢٧) .

كذلك فإن عدم حل الموقف « الأوديبي » قد يؤدي إلى الصراع ومن ثم الإصابة الهستيرية . وتفصيل ذلك أن الطفل الذكر في مرحلة من مراحل نموه المبكرة

يتعلق بأمه ويحبها ويرغب في الاستئثار بها ، وابعاد الاب الذي يرى فيه منافسا قويا له في حب أمه . من شأن النسو الطبيعي أن يتخطى الطفل هذه المرحلة بسلام ، ولكن إذا حدث ما يطلق عليه في علم النفس (تثبت النسو) عند المرحلة الاوديبية فسان هذا الوضع يخلق نوعا من الصراع لدى الطفل يبعث عن حل له وقد يتخذ هذا الحل شكل أعراض هستيرية (١٧ - ١٤٣) .

لا يشترط دائما للاصابة بالهستيريا المرور بانتظام في آلية التكبت بل تستطيع خبرة صادمة لا يمتلك الشخص الذي يتعرض لها امكانيات الرد الواقعية أن تحدث السلوك الهستيري وبالتالي فالمواقف الصادمة والمفاجئة تمتد عوامل نفسية مفجرة للاستعداد الهستيري كما يمكن أن يشار الى دور الایحاء الكبير في اكتساب أنماط السلوك الهستيرية . مثلما هو الحال في انتقال السلوك الهستيري وأعراضه عن طريق المدوى الانفعالية ، والتقليد ، ولا يمكن تجاوز التناقض الوجداني وآثره في سياق السوامل النفسية .

٤ - السوامل الاسرية والاجتماعية :

أوردنا في غير موقع من هذا الكتاب الكثير من الأدلة التي تؤكد إبراز دور الأسرة والمجتمع في شذوذ السلوك ، وفي سياق الهستيريا يظهر دور البيئة الاسرية بشكل أوضح . وبعد ما يمكن تسميته (مفهوم البيئة الهستيرية) أحد أبرز السوامل في الهستيريا واضعين بالحسبان أثر الایحاء والتقليد والمدوى الانفعالية في اكتساب أنماط السلوك الهستيري كما سبق وذكرنا .

فمؤسسة الأسرة كوحدة من أخطر المؤسسات التي تقسم بادوار مركبة ومعقدة ، وكنظام فريد من نوعه . يمتد في اتجاها على تكامل وتفاعل عناصره المشكلة له . تستطيع في حال ضبط وتوجيه متغيراتها على اساس معيارية انسانية أن تلعب دور السند العاطفي والامنسي لأعضائها وبالتالي الجسم الصحي للنسو واكتساب المعارف والمادات السليمة .

وبقدر ما يفرق هذا النظام الاسري بقدر ما يفقد أعضاؤه قدرا من تحصينهم
النفسي ويتجهون بمقدار يوازيه نحو اضطراب ما .

وقد كشفت دراسات الهستيريا عن نتائج تؤكد تعرض الهستيريا في طفولته
الى اضطرابات عاطفية والى تفكك وتهدم أسري .

إن تجارب الطفولة والنشأة المنحرفة . تترك بصماتها على المراحل العمرية
اللاحقة . « فالإنسان الذي ينشأ نشأة غير طبيعية منذ صغره تكون سببها البيئة
التي يعيش فيها ، وهي في الغالب بيئة تيمث على عدم الثقة بالنفس والاعتماد على
الغير وعدم القدرة على مواجهة الصعاب والتغلب عليها والقرار من المواقف التي
تطلب ثباتا ، وتجعل من هذا الإنسان شخصا يثور بسرعة ويحتد لاتفه الأسباب
ويستعظم صغائر الأمور ، وتكثر الأمراض النفسية ولا سيما الهستيريا في الاسر
الكبيرة التي تضعف لروح التعسف والشدة حتى لا يملك الصغير فيها ان يسدي
أبسط رغبة أو يطلب أقل حاجة أو في تلك الاسر التي يكون فيها الطفل مدالا دلالا
كبيرا ويقتى بعيدا عن مواجهة صعاب الحياة ، أو في الاسرة كثيرة العدد ويسوسها
أب وأم جاهلان لا يليان حاجة أحد أطفالهما لا اذا احتد وبكى وتمرد . أو حين
يكون انحراف أحد الابوين أو كليهما ظاهرا واضحا يلاحظه الطفل كأن يكون الأب
مدمنا يضرب زوجته وأطفاله ويصلهم أو يكون بين الابوين خلاف وشقاق مستمران .
فالطفل الذي تدلله امه وتظهر له الحب أو تبالغ في اظهار إعجابها بحياته أو بعديته
أو الام التي تبالغ في المحافظة على ولدها من التأثيرات الجوية أو أخطار الحياة أو
حتى من مشاركة رفاقه اللعب إنما تشهد لنشأته نشأة شاذة وكذلك الطفل السذي
ينشأ ولا يعرف الا الشدة والتعسف يزجر لاتفه الأسباب ويضرب لأقل خطأ يقتصره
حتى لو كان خطأ عاديا . هؤلاء الأطفال يتعرضون أكثر من غيرهم لهذا المرض
النفسي ، وهناك بعض الاباء الذين يبالغون كثيرا في الاعتناء بما يصيب اولادهم من
أعراض مرضية ملفنة مما قد يجعل الطفل يبالغ في اظهار المله لمجرد إصابة بسيطة،
وهذه العادة قد تلازمه في كبره وتكون سبب تعرضه للإصابة بالهستيريا .

كذلك قد تكون المغالاة في تدليل الطفل والحنو عليه مبعث الضعف في شخصيته وتمويده عدم القدرة على مجابهة الحياة فيعتمد الى طرائق خاصة للفرار من مواجهة مشكلاته ويكون سبب ما يظهر عليه مستقبلا من اعراض هستيرية (٦٩ - ٤٨) .

اشكال الهستيريا :

تصنف الهستيريا من حيث الشكل الى :

١ - الهستيريا التفكيرية - الاضطرابات التفكيرية Dissociative Disorders

تتسم شخصية المصاب / هنا / بالابتعاد عن حالة الوعي الطبيعية ، وبفكك الاسس المعرفية والعقلية التي تقوم عليها وحدة الهوية لديه ، وكان ما يصدر عنها من ردود افعال لا يتعلق بماضيها أو حاضرها .

٢ - الهستيريا التحولية - اضطرابات التحول : Conversion Disorder

وصف فرويد هذا الشكل من الهستيريا بأنها حالة يتحول فيها الاضطراب الانفعالي ويعبر عن ذاته وعن نزاعاته ومماناته اللاشعورية بصيغة جسدية رمزية للميعية وتحويلية معا . (يصنف هذا الشكل وكما مر معنا ضمن الاضطرابات الجسدية Somatoform Disorders في بعض أنظمة التصنيف الحديثة) .

ولكن مما كان شكل الهستيريا ، وتحت أية تسمية تم التعبير عن أعراضها فإنه من المتفق عليه بأنها تتميز بـ :

- استخدام الجسد بشكل مبالغ فيه للتعبير عن المعاناة الانفعالية والاندفاعات اللاشعورية والرغبات المكبوتة .
- تشويه وتزييف الواقع لاشعوريا واستخدام الرموز بكثافة من خلال مظاهر مسرحية تمثيلية (النوبة الهستيرية - البرود الجنسي - الى ما هنالك) .

— هروب لا ارادي من الذات الى الذات عبر عملية تواصل ضبابية وغامضة تعقق راحة نفسية وهمية مؤقتة ، وهذا هو دور المرض العضوي الكاذب الذي يلجأ اليه المريض ويخفف من حدة الصراع النفسي الذي لم يجد له حلا .

— تعزيز المكائنة والكسب الشخصي الوهمي (التسول العاطفي) فالفاقد للقبول والتعاطف قد يجد من يهتم به ويمطف عليه أثناء مرضه الزعوم .

اعراض الهستيريا — اعراض الاضطراب التفكيرية والتحويلية :

تعد أعراض الهستيريا من أكثر أعراض الاضطرابات السلوكية تنوعا وانتشارا واتساعا ، كما تتميز بوجودها لدى أكثر من اضطراب بشكل أو بآخر. وثباتها غير مضنون إذ أنها قد تغير من صورها . ولكن ما لا جدال فيه هو أن كسل أعراض الهستيريا مهما كانت صورها فهي تعبر عن محاولات المريض للهروب من مواجهة المواقف وتتيح الفرص لتحقيق المكبوت رمزيا بهدف الكسب الشخصي .

سنعتمد تقسيم الاعراض تبعا لشكل الهستيريا وبالتالي سيكون لدينا — أعراض تفكيرية — وأخرى تحويلية :

أعراض التفكير — أشكال التفكير :

في الامراض العضوية يكون العلاج بالتخلص من الاذى بالوسائل الطبيعية الدفاعية : الاصبع المنقورة تبتز مثلا ، الجسم الغريب الذي يدخل الجسم يطرد أو يرفع بعملية جراحية أو يحاط بملاف ليفي وقائي سميك يمزله عن بقية الجسم . وفي الشدائد النفسية تلجأ الشخصية الهستيرية الى نوع من التخلص من العقدة والصراع بالانفصال والتجزئة ، أي بزل المشكلة عن بقية الكيان النفسي . ولا ينتهي الزل بعلاج جذري طبعا ، الا انه علاج جزئي يطفئ ويخفف من المعضلة يشبهاها وحجبها وهذا ما يحدث في التفكير الهستيري (٣-١٣٢) . ومتابعة الاعراض التالية توضح ذلك :

١ - تعدد الشخصية : Multiple Personality

يعبر عن هذا الاضطراب وجود شخصيتين أو أكثر أحيانا لسدى الشخص الواحد ؛ لكل منها مفاهيمها وطرق تفكيرها حول الذات والمحيط والشائع هو أن اثنتين من هذه الشخصيات على الغالب متناقضتين تأخذان زمام الأمور بصورة تبادلية . يعد هذا الشكل من أخطر أشكال التفكير حيث يستبدل النظام الشخصي بأكمله في عملية لا شعورية عميقة بقصد التخلص مما يبقى تحقيق الاندفاعات الدفينة . والسبيل الى ذلك هو اعتقال وابعاد الشخصية المعارضة ، واحلال شخصية مغايرة تماما تقوم بالعمل المطلوب دون الاحساس بمشاعر الذنب أو الامثال الى معايير الضبط العقلية الذاتية والاجتماعية .

وهكذا فإن الحاول الوسيط مصنوعة والتناقض بين الشخصيات التي يتبناها المريض هو الحل .

والجدير بالإشارة اليه هو أن هناك بعض الخلط بين مرض القصاص وبين تعدد الشخصية أو (قصاص الشخصية كما هو سائد) . حيث ينتمي كل منهما الى فئة من الاضطرابات مختلفة في مظاهرها وأسبابها . وإذا كانت شخصية المريض بالقصاص متهمة متهتكة كما مر معنا في بحث القصاص فإن تعدد الشخصية لا يؤدي الى تهتك الشخصية وقواها العقلية ؛ وإنما يؤدي الى ابعاد نظام الشخصية ككل وتبني نظام شخصي مناقض له بحيث ينسى المصاب كل ما يربطه بالنظام الشخصي الذي استبدله . فالمرأة التي عانت من الكبت الشديد في ظل تربية صارمة لا تحقق الحاجات النمائية بعدها الأدنى قد تتحول في تعدد الشخصية الى امرأة ماجنة متمردة تنكص بسلوكها ليتسنى لها تحقيق مطالب لم تتحقق ، وعلى العكس فالشخص المريض الملاحن قد يتحول الى شخص همه التقوى والهدوء والمسكينة .

٢ - الشرود أو التجوال نفسي المنشأ Psychogenic Fugue

السمة الغالبة لدى المريض هي القيام بسفر أو ارتحال مفاجيء وغير منظم بعيدا عن مكان اقامته أو عمله المعتاد . مع فقدان القدرة على تذكر الماضي الخاص

وعقبات الاحساس بالهوية الذاتية جزئيا أو كلياً ، كان يخرج المريض من منزله قاصداً الالتحاق بعمله أو بأي مكان آخر معين ليجهده نفسه في مكان آخر دون أن تكسونه هناك أية رابطة من أي نوع بين المكانين .

يشترط لتشخيص الشرود نفسي المنشأ أن لا يكون عرضاً لتعدد الشخصية أو لأمراض عضوية أخرى كالصرع ، وإن تتوفر لدى المصاب امكانية تدبير أموره بالحد الأدنى على الأقل .

وهناك شكل آخر من أشكال الارتحال أو التجوال ولكن هذه المرة أثناء النوم (Somnambulism) حيث يقوم المريض تحت تأثير صراع نفسي شديد ببعض الأفعال والتصرفات بهدف تحقيق رغبات مكبوتة لا يليقها ما ينتجها العلم المادي من تقييد لشخصياتها الانفعالية . وتعدو هذه المكبوتات مسن القوة بحيث تدفع الشخص دفعا لسلوك يقوم به وهو في حالة يقظة مشوشة لا يصل أثناءها الشعور الى حدود الوعي . فيسير على الغالب نحو مصادر الصراع الرمزية وبهركات رمزية محاولا تحقيق ما فشل في تحقيقه أثناء اليقظة . هذه الحالات تدرك في مراحل الطفولة وترتبط عادة بقوة أثر بعض أشكال العرفان والمعاملة النفسية وهي لا تشكل حسب أدبيات الاضطرابات السلوكية خطرا كبيرا في هذه المراحل ولكن اذا ما استمرت في مراحل النمو اللاحقة فانها تعبر عن صراعات لم تحل ويصبح من اللازم إخضاع هذه الحالات للتحليل والمعالجة . وهي في كل الحالات سهلة وإن أسبابها عادة لا تتجاوز حدود محيط الفرد الذي يعيش فيه ، وما يسود هذا المحيط من عوائق واقعية أو متخيلة تقف في طريق تحقيق حاجاته .

٢ - فقدان الذاكرة نفسي المنشأ Psychogenic Amnesia

العرض الاساس في هذا الاضطراب هو فقدان مفاجيء للقادرة على تذكر معلومات هامة عن حياة المريض ، هذه المعلومات يسكن أن تكون جزئية تتعلق بموئله ومعد وقد تكون عامة يصل فيها المريض الى نسيان كل ما يتعلق به حتى مولده واسمه وعمره . كل ذلك في سياق عملية لاشعورية تسعى لنسيان الصراع أو

على الأقل التخلص من التفكير به طالما هناك امكانية لابعاد آثار هذا الصراع من وعي المريض .

لا تعطل لدى المريض العمليات العقلية والمعرفية الا بقدر ما ترتبط بالمعلومات التي فقد القدرة على تذكرها .

يتميز فقدان الذاكرة نفسي المنشأ عن أشكال من فقدان الذاكرة تسببها أمراض عضوية أخرى : عن طريق العودة الى دراسة الحالة وسراعاتها الوجدانية .

٤ - تبدد الشخصية : Despersonalization Disorder

انها تجربة الاحساس بفقدان الذات والافصال عنها ، بحيث يفسد المريض مراقبا خارجيا لجسمه وعملياته العقلية وكأنه في حالة حلم ويتعرض لفقدان القدرة على تعرف مشاعره وخبراته الخاصة . تستمر هذه الاعراض وتكون كافية لحدوث ازعاجات ملحوظة ولكن مع ذلك فان تبدد الشخصية في اطار الاضطرابات النفسية يبقى على علاقة سلبية من نوع ما مع الواقع في حين تفقد علاقة من هذا القبيل عندما يترافق تبدد الشخصية في أشكال أخرى من الاضطرابات مع الاحساس بتبدد العالم المحيط ويبدو العالم للمريض دون لون أو حياة .

يشترط التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب أن لا تكون الاعراض عائدة لأمراض كالقصور والصرع وخرف الشيخوخة والاكتئاب والنم أحيانا .

وينبغي الانتباه الى امكان التقاطع بين هذا الاضطراب واضطراب هستيري

آخر يطلق عليه الفشمية والتلبس Trance And Possession Disorder
تفقد فيه الهوية الذاتية وتندم الصلة مع العالم الخارجي ويحس المصاب بأنه مسير من قبل طاقة أخرى توجهه ويقوم تحت تأثير ذلك بالكثير من الحركات غير الوظيفية وبشكل لا ارادي وهذا ما يميزه عن بعض الحالات التي يقوم بها الافراد بوعي من فلسفات وعقائد خاصة .

وفي شكل آخر يطلق عليه تشوه الوعي الهستيرى : يصاب المريض فيه بذهول وشخص في العينين وهذى بلفة وتمتمات غامضة تأخذ طابعا نمطيا مكررا وكأنها لغة متكاملة ولكنها غير مفهومه . مما يدعم إعادة احياء التفسير الشيطاني وسكن الارواح لدى المريض والعسل لاجراجها عن طريق طقوس خاصة لازالة بعض أشكائها موجودة عند المشعوذين تحت تسميات مختلفة . ويمكن أن يكون تشوه الوعي جماعيا ويكون أمام ما اصطلح على تسميته هستيريا الجموع Mass Hysteria .

وامل الظاهرة التي تحصل عند كتابة هذه السطور (ربيع ١٩٩٣) وتحتاج مناطق واسعة من جمهورية مصر العربية كما تتناقلها وكالات الانباء ، وينكب العلماء من مختلف التخصصات على دراستها هي واجدة من حالات الهستيريا الجماعية .

فقد أشارت المعلومات الواردة من هناك الى ظاهرة غريبة ظهرت في إحدى مدارس البنات الثانوية في صعيد مصر ، تبدأ بشعور الفتاة بالانهاك والدوار وبعض الاضطرابات الحشوية ومن ثم تدخل الفتاة في غيبوبة تنقل على أثرها الى المستشفى وما لبثت هذه الظاهرة ان انتشرت انتشارا واسعا حتى وصلت الى الاسكندرية والقاهرة ، وسيطر ما يسمى بالفرع الاسود على الجموع وبلغت الفتيات اللواتي تعرضن لها بالآلاف . لم تحسم بعد الاسباب الدقيقة لهذه الظاهرة ولكن من بين أبرز وأدق الاحتمالات هو احتمال تعرض الفتيات الى هستيريا جماعية ساعد على انتشارها التهويل والخوف الجماعي فانتقلت من مدرسة الى أخرى عن طريق المدى الاتعمالية (تنتهي مثل هذه الظاهرة عادة خلال ايام من بدايتها) .

شبه العته الهستيرى (زملة جانسر) :

Hysterical Pseudodementia, Ganser Syndrom

ويحدث تحت تأثير ظروف بيئية خاصة يتعرض لها الفرد كشروط السجن القاسية والمعتلات ومواقف القلق الناتجة عن ترقب أو حدوث أمر ما دون توفر امكان التنبؤ بما ستكون عليه نتائجه .

تتجلى أعراض هذا الاضطراب في سطمية سلوكية وافتعال واضح ،

واستجابات ساذجة على مشيرات واضحة (مع ان المريض يفهم معنى المشيرات في معظم الاحيان) .

اعراض التحويل = اشكال التحويل Conversion Disorder

كل اشكال الطاقة لدى الانسان ومكوناتها معرضة لان تكون اداة من أدوات الشخصية الهستيرية ، ومسرحا استعراضيا رمزي لمخبرات لا شعورية تنتهجها الشداكذ والصراعات النفسية فتتوه الشخصية تحت أوزارها وتسبح عن المواجهة . اليكسم
أعراض التحويل :

أولا - أعراض اضطرابات الطاقة الحسية :

تتعطل وتنطرب الطاقة الحسية وظيفيا بصورة كلية أو جزئية وتشهد مكوناتها في مرض الهستيريا الأعراض التالية :

١ - فقدان الاحساس الجسدي : Hypoaesthesia and Anesthesia

يتدرج من الاحساس بالغدر والتنميل الى ازدياد أو قلة الاحساس في عضو من أعضاء الجسد الى انعدام الإحساس في كل الجسم أو بعض أجزائه ، بحيث لا يشعر المريض بأي ألم عند تعرضه لمثيرات مؤلمة كالوخز بالإبر أو الكي بالنار أحيانا . وهذا ما يميز فقدان الاحساس الهستيري من فقدان الاحساس العضوي الذي يثني على الاحساس ببعض الألم عند تعرض المصاب لمثيرات مشابهة .

وإذا كان فقدان الاحساس الناتج عن علة عضوية يتبع التوزيع الطبيعي لأعصاب المحس فإن النوع الهستيري لا يلتزم بذلك وبالتالي فقد تكون أكثر من منطقة معرضة للإصابة وبصورة غريبة .

٢ - العمى الهستيري : Hysterical Blindness

يفقد المريض القدرة على الابصار مع غياب الأدلة العضوية المفسرة لذلك (أجهزة الابصار سليمة من الناحية العضوية) وقد يكون العمى جزئيا أو كليا يفرض

على المريض لا شعوريا ولا اراديا لانقاذ نفسه من رؤية ما لا يستطيع تحمل رؤيته
لارتباطه بعزيمة حياتية مؤلمة « كمنه الفتاة التي فقدت ابصارها بعد رؤية زوجها في
ليلة زفافها في وضع مخز مع فتاة اخرى ، فقدت الذاكرة لهذا الحادث ، واصابها
العمى واستمرت في حياتها الزوجية ، وعند علاجها وتذكرها للحادث ووضوح
الرؤية امامها واجهت الواقع وطالبت بالطلاق وذلك بعد أربعة عشر شهرا من الزواج
(٦٨ - ١٨٠) »

وقد يعاني المريض من اضطراب بصري يبدو على هيئة رؤية اسطوانية حين
يرى المصاب الاشياء التي تقع امامه في اتجاه واحد وفي مجال مساحة ضيقة تسير باتجاه
مستقيم كأنه نفق او اسطوانة او دهليز .

٢ - فقدان السمع الهستيري : Hysterical Deafness

يتعرض المريض لفقدان السمع في اذن واحدة أو في الاثنتين معا ، مع بقاء
الجهزة السمع سليمة ، والهدف يكمن هنا (أيضا) بتجنب الاستماع الى خبرة لا يريد
المريض سماعها لأسباب تتعلق بتلبية حاجات ودوافع لا شعورية .

كما يتعرض المريض لفقدان الحواس الاخرى كالشم والتذوق ، تحت تأثير
الالية ذاتها ، وترتبط الالهة أيضا بمماناة انفعالية شديدة كان لحاستي الشم والتذوق
الدور المتميز فيها .

لا يشترط ان يكون فقدان الشم او الذوق عاما فقد يتعلق الامر برائحة معينة
أو بطعم معين .

ثانيا - اعراض اضطرابات الطاقة العنصرية :

وهي من أكثر اعراض الهستيريا تشعبا وتداخلها مع الامراض العضوية الاخرى ،
ولذلك يعد تشخيصها مهمة شاقة ومسؤولية ينبغي ان تدعها الخبرة الطويلة ومسئول
بين هذه الاعراض :

يظال الشلل آلية الحركة الارادية في أي جزء من أجزائها ، يظهر عادة لدى الأطراف العلوية أو السفلية ، وأحيانا فادرة يصيب الأطراف الاربعة ، وقد يكون لشلل كاملا أو جزئيا صلبا أو لينا بسيطا أو ممقدا . ولكن في كل اشكاله غالبا ما يكون غير متفق مع الحقائق العصبية المعروفة . يتركز الهدف الرمزي في الشلل الهستيرى حول تحييد وإبعاد العضو الذي يكون محصورا تدور حوله صراعات بين دوافع ورغبات متناقضة ، ويكون المطلوب لا شعوريا من هذا العضو القيام بمهمة تنفيذية لواحدة من الرغبات . ولكن لتكافي بين قوى الالدفاعات يستمر الصراع ويفشل احدهم بحسمه لصالحة ، وكحل وسط يحمل اللا شعور للهروب فيزيولوجيا فيصمد لشلل حركة العضو الذي يفترض أن يقوم بالمهمة . . . وبالتالي فاستمرار الصراع لم يعد مبررا . . . وهكذا فقد أدى الشلل دورا في حسم الصراع بطريقة غير مباشرة لارادية .

والسرف بممارسة العادة السرية ولديه استعداد هستيري (مثال تقليدي يساق في كتب التخصص في هذا المجال) يقع في حلقة مفرغة بين تأليب الضير ، وبين ما يحققه من لذة وتصريف للطاقة ، يزيد من حدة الصراع استهجان المجتمع وتحريم هذه العادة خلقيا ، وارتباط الكثير من الآراء والتخمينات والاحتمالات حول الضرر الروحي والنفسي والجسدي الناتج عنها . وحين لا يستطيع الممارس لهذه العبادة الالتصاف لاحد أطراف الصراع يجمد ضالته في شلل يده التي بدورها يصعب عليه الاستمرار بممارسة العادة السرية وبالتالي يوقف الصراع (مؤقتا) .

« وهناك ظاهرة عجيبة قد تبدو أحيانا في مريض الهستيريا المصاب بالشلل وهي ظهور الشلل في حالة الوقوف فقط Atasia Abasia ، ومعنى هذا أن المريض يحرك طرفيه السفليين تحريكا تاما طبيعيا طالما هو في الفراش فإذا ما وقف لا يمكنه تحريكهما مطلقا أو السير خطوة واحدة . ويختلف شلل الهستيريا عن الشلل الذي ينشأ عن إصابة عضوية في انه يظهر فجأة ويصيب ذراعا أو طرفا أسفل بأكمله ، ويكون شللا تاما ومصحوبا في الغالب بتقلص العضلات تقلصا شديدا ولا يشاهد معه ضمورا وفقد في الحس يتناسب والوضمع التشريحي للأعصاب

Anatomical Arrangement وتتميز صعوبة المشي في الهستيريا بأن المريض يحاول أن يفقد توازنه ويبدو فيه شعور خفي يدل على أنه يود أن يسقط على الأرض لا سيما إذا وجد أن هناك من يراقبه . وإذا اضطره أحد إلى السير ظهر كأنه يمشي جهدا كبيرا حتى أن قواه قد تنور بعد وقت قصير ولا يفلح في المشي بضع خطوات . ومن الملاحظ أن المصاب بمرض عضوي يمنعه من المشي بإمكانه إذا استند إلى كتف شخص آخر أو إذا حمل عصا يتكئ عليها أن يمشي بضع خطوات ولا سيما إذا كان مصابا في أحد طرفيه السفليين وهو في هذا ينقل طرفه المشلول بحركة لولبية خاصة . أما مريض الهستيريا فلا يكفيه شخص واحد ولا بد أن يستند إلى شخصين أو أكثر وقد لا يتمكن مع هذا من الانتقال خطوة واحدة وإذا حاول ذلك فإنه يعبر طرفه المصاب جرا . أي أن للشلل الهستيري مميزات خاصة لا يخطئها الشخص إذا فكر أنه أمام حالة هستيريا « (٦٩-٧١) »

٢ - الخلقبة الهستيرية (صعوبة البلع Globous Hysteria

شكت امرأة شابة من صعوبة حادة تعجزها عند الابتلاع مما دعا زوجها إلى أن يأتي بها إلى عيادة خاصة ولدى فحصها تبين أنها سليمة تماما إذ لا توجد أية انسار للالتهاب أو أية آفة مرضية لا في البلعوم ولا في الحلق ولا في الحنجرة . ومن محال تسبب الحالة المرضية القصيرة تبين أن المريضة وزوجها كانا على علاقة طيبة ومريحة إلى حد كبير . وكان الزوج بوصفه طبيبا أقرب إلى أن يكون اتكاليا وكانت الزوجة تعجز قدرا كبيرا من المتعة في أن تقوم بتلبية حاجاته وخاصة في بلد الاغتراب .

ولكن هذا كله تغير بشدة في يوم واحد حين وصلت أم الزوج فجأة من موطنهم الاصلي لتقيم بينهم لفترة غير محدودة . وسرعان ما تفعلت المريضة عن موضعها من الزوج لآله المسيطرة التي بدأت تأخذ بيدها مقاليد الأمور في إدارة شؤون البيت ثم سألته الزوجة مرة واحدة أن تشكو الأمر لزوجها . فكان جوابه أن والدتي لا تريد لنا إلا الخير . فذلك قرر ت ألا أسمع منك مثل هذه الشكوى بعد ذلك .

وبدأت أعراض صعوبة الابتلاع بعد ذلك بأسابيع قليلة . وقد اتضح ممضى اضطراب المريضة خلال العلاج حين جعلت تستكشف علاقتها بأم زوجها إذ استطاعت في هذه الجلسات ان تعبر عن استيائها حيث كانت تشكره اول الامر وأقرت بأنه قد أعياها احتمال تصرفات أم الزوج .

وخف المرض أثناء العلاج قليلا حين عزمت أم الزوج أن تعود الى بلدها وبיתהا الخاص بها . ولمل من السهل الان أن تتبين أن أعراض المريضة كانت تؤدي وظيفة التوصليل الرمزي لما عجزت عن أن تعلنه صراحة « (١٣٤-٦) »

ومكنا تأخذ اللقمة المستيرية شكل الاحساس بالاختناق عند تناول الطعام في ظروف نفسية معينة فيعجز المريض بوجود شيء ما في البلعوم يمنع عملية بلع الطعام مع عدم وجود ما يبرر ذلك موضوعيا أو عضويا . فالأطعمة سائلة وسهلة والاجهزة المختصة سليمة .

٢ - اللازمة العصبية (الرغشة) : Tic

حركات وتقلصات عضلية لمعية لا ارادية تتكرر بصرف النظر عن وجود مشيرات طبيعية تسببها كالغص الذي قد يتطور فيطبق المريض انقباضه ويترك فتحة صغيرة يرى فيها مدعيا انه ضحية تشنج : والرجفة في عضلات الوجه والشفاه او حركة اليدين وتسليك الحلق . الخ

وقد تظهر هذه الحركات بأشكال تبدو كأنها متكاملة وتخدم أغراضا اجتماعية كحركة الرقبة والسعال الخفيف والضحك المبالغ فيه أثناء الحديث وهز الاكتاف واللعب بالشوارب أو الاذن وحك الانف . الخ آخره حيث تتحول هذه الحركات الى ما يعرف باسم المادة التشنجية Hapitpasme .

٣ - الارتجاف التشنجي : Tremors

وهو عبارة عن ارتجاف يقطع انتظامه تعرض المريض لمثيرات اخرى وقد تكون

كل اعضاء الجسم عرضة له ولكنه غالبا ما يظهر على الاطراف والرأس والجذع . وقد يترافق أكثر من اهتزاز في وقت واحد كارتجاج اليدين والرأس . بين ما يميز الارتجاج الهستيرى وجود فعل طبيعية دون أن تبدو عليه علامات الاكتراث بالأسر ويبقى لهذه الاعراض مدلولها الرمزي والاجتماعي ، كحالة المريض الذي كان يعمل في حدادة ميكانيكية الطائرات ويتطلب عمله مهارة يدوية دقيقة وبعد أن رقي أحسن زملائه الأقل منه كفاءة بدلا منه ونظرا لعدم قدرته على التعبير عن سخطه من هذا الظلم لأن عليه أن يعمل لمواجهة الحياة ومن جراء كبت هذه الانفعالات بدأ يشكو من ارتجاج واضح في يديه جعله غير قادر على الاستمرار في هذا العمل الذي يحتاج لثبات في الاعمال اليدوية ، وكان يتردد للعلاج وهو على غير علم أن مرضه يعبر عن الصراعات السابق ذكرها وأنه أوضح احتجاجة على الموقف ورغبته في عدم العمل بعد هذه الامانة بطريقة لا شعورية (١٧٤-١٦٨) .

• التشنج الهستيرى : Excitement

تتداخل حالات التشنج كأعراض للكثير من الاضطرابات السلوكية وتبلغ ذروة التداخل بين نوبات الصرع ونوبات الهستيريا ولذلك تهتم كتسب التخصص للتفريق بينها وبين خصائص كل منها ومن هذه الخصائص (١٣٠-١٣٠) .

٢ - نوبات الهستيريا درامية تمثيلية ، تحاول جذب انظار الآخرين ، لذلك غالبا ما تحدث عند وجود جماعة حول المريض ، أما النوبة الصرعية وغيرها من النوبات العقلية فتحدث في أي وقت ومكان .

ب - مريض الهستيريا (نرجسي) يحب ذاته ولا يؤذيها ، لذلك لجسده لا يصاب بأذى أثناء النوبة أي لا يمرض نفسه لخدش أو جرح . بينما نوبة الصرع ونبرها قد تؤدي بالمريض الى الوقوع في ماء أو نار أو السقوط من مرتفع أو الارتطام بالموجودات . مما يسبب له جروحا وكدمات أو كسور .

ج - لا يتبول مريض الهستيريا على نفسه ، ولا يكون اضطراب شعوره كاملا
لان استدراجه بالكلام والعطف يجعله يعترف انه كان يسمع ما دار حوله ،
وانه لم يستطع الكلام واجابة القلقين عليه .

د - التسلسل التاريخي المرضي لنوبات الصرع والاختلاجات العضوية لها صفات
معروفة ، بينما نوبة التهيج الهستيرى لا نظام لها أو تسلسل ، فمن خمول
واغماء .. الى تشنج .. الى كلام غير مفهوم أثناء الاغماء .. الى لهوض
وصراخ .. الى تعظيم فأهات .. فطلب الماء .. الخ .

وتتميز النوبات الهستيرية عن حالات من الاغماء الهستيرى حيث يبدو المريض
وكأنه في حالة النوم مع حركات درامية في عضلات الوجه والعينين ويحتاج معها
أحيانا لرعاية خاصة من أجل عمليات التغذية وطرح الفضلات .

يضاف الى أعراض الاضطرابات الحركية أعراضا أخرى كفقدان الصوت
Aphonia حيث يفقد المريض القدرة على احداث الاصوات المفهومة وكل ما يستطيع
فعله هو تحريك الشفاه والاستعانة بالإشارات أثناء التواصل مع الآخرين .

يشير التشخيص في حالات فقدان الصوت الهستيرى الى سلامة الحبال الصوتية
ويتمد في ذلك على تمكن المريض من اصدار حشرجات وسعال عندما يطلب منه
ذلك .

وتحكم في فقدان الصوت آلية لاشعورية مشابة لما هو عليه الحال في الاعراض
الهستيرية الاخرى ، وكذلك قد يكون من بين حالات اعوجاج الرقبة Torticollis
التي تشخص عادة على أنها روماتيزم بالعضلات ، أو هي عبارة عن انزلاق غضروفي في
الرقبة أو تورم في المقد اللفاوية ما هو عائد للأسباب اللاشعورية في الشخصية
الهستيرية .

أمراض اضطرابات الطاقة الحشوية : Visceral

تظهر على بنية المريض الداخلية ومختلف أجزائها في الهستيريا أعراض تشمل
(٦٩-١٨٤-١٨٧) :

١ - الصداع :

لا يتساءل الفرد عند إصابته بالصداع أو أي ألم في الرأس عن سببه ، خاصة إذا كان هذا الألم متكررا ، بل يتناول بعض مهدئات الألم كالأسبرين ، حتى يتحسن ويكرر نفس الشيء بعده بأيام أو أحيانا بعدها بساعات ومن أسباب الصداع النفسية القلق والاكتئاب ولكن الهستيريا تلعب دورا هاما في نشأة هذا المرض ، وكلنا نذكر الطلبة آخر العام الدراسي ومعاناتهم من الصداع بالرغم من رغبتهم الشسورية في الاستذكار ولكن هذا الصداع القاتل يمنعهم من مواصلة التحصيل الدراسي وهنا تظهر عمليات الدفاع اللاشعوري ، حتى لا يواجه الحقيقة في أهماله للدراسة طوال العام وعدم قدرته على الانتهاء من المقررات ، أو العكس فعلى الرغم من استذكاره طوال السنة الدراسية إلا أنه اكتشف أنه لن يحصل على تقدير الامتياز الذي يتمناه وإن هذا الصداع كميل باعطائه اعتبارا لكرامته وذكائه .

وكثير من السيدات يبدأن في المعاناة من الصداع في الايام التي يحاول فيها أزواجهن عملية الاتصال الجنسي أو في الايام التي تعقبها ، ويكون ذلك تعبيرا عن السخط وعدم الرضا ، ومحاولة الهروب من العملية .

٢ - القتيان والقيء الهستيرى :

هو تعبير عن الاشتزاز أو عدم قبول موقف معين . ويمر المرضى من هذا النوع بسلسلة من الابحاث الطبية لاستبعاد القرحة والاورام .. الخ ، وينتشر أثناء العملية الجنسية كرمز لاشتزازهم من الأزواج .. وأذكر الزوجة التي يصيبها القيء عند تناولها أي طعام بمنزلها ، واختفاء هذا المرض عند تناول الطعام في الخارج فلا شك أن منزلها هنا يمثل لها شعورا بالضغط والتقزز أحيانا ما يعبر القسيء

الهستيرى عن الرغبة في الحمل لما يصاحبه في أول الامر من بعض هذه الاعراض ، وقد اعترضت إحدى المريضات على هذا التفسير . فقد كانت تعاني من انتفاخ في البطن ، وصدور أصوات غريبة من الداخل ، مع شعور بالغثاس والقيء ، وعند أخذ التاريخ المرضي ، وجد أن شقيقتها الصغيرة تعاني من القيء نظراً لعضائها ، وجميع من بالمنزل ينصحونها بالزواج وهي ترفض بشدة حتى تنتهي من دراستها وهنا يدور الصراع بين الرغبة في إنهاء الدراسة والرغبة في الزواج وقد عبر هذا العرض عن الرغبة اللاشعورية القوية في الزواج على الرغم من تقيها لذلك شعورياً وعلى الرغم من اعتراضها على هذا التفسير إلا أنها عادت بعد أسابيع تعمد الله أن هذه الاعراض قد اختفت .

٣ - الحمل الكاذب :

وهو وجود أعراض الحمل كاملة مع انقطاع الطمث وانتفاخ البطن دون وجود حمل حقيقي وتستمر المريضة هنا في الحمل أكثر من تسعة شهور فتبدأ العائلة في الانزعاج والتساؤل ويتبين بعد ذلك أن هذا الحمل تعبير عن رغبة المألعة وخوفها من انهائها بالعقم . ويكثر الحمل الكاذب بين سيدات الريف حيث تعطى عملية الاخصاب والحمل أهمية بالغة ويكون سبب انتفاخ البطن رخاوة في عضلات جدار البطن .

٤ - فقدان الشهية العصبي أو رفض الطعام العصبي :

ويبدأ هذا المرض خاصة في الإناث المراهقات ونادراً ما يصاب به الرجال بعد محاولة لانقاص الوزن ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من هؤلاء المريضات وكأنهن يربطن بين البداية والحمل وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ويحاولن كبته وعادة ما تعاني مريضات فقدان الشهية العصبي من البرود الجنسي .

وتدل الابحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضي من الوزن وكذلك اضطراب

في ادراك المريضة لحدود جسمها اذ أنها ترسم نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل الى السمنة . وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب افراز الغدد الصماء الا بعض هرمونات الهيوكلاموس وان كان البعض يعتقد أنها ثانوية وليست الاساس .

وتتميز المرض بالآتي :

(أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع التسهيلات وأحيانا بأخذ مسهلات أو بوضع الاصبع في الفم لارجاع الطعام .

(ب) توقف الطمث .

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .

كذلك يبدو الجلد جافا رقيقا وينخفض ضغط الدم وتصاب الاطراف بالبرودة وبعض الزرقعة مع امساك شديد ويتشابه هذا المرض مع نقص افراز الغدة النخامية ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة إلا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلي وجسمي لا يتوخر في مريضة الغدة النخامية .

٥ - السعال الهستيرى :

يبدأ بعد صدمة وجدائية شديدة ولا تفيده هنا العقاقير المضادة للسعال لان السعال هنا يعبر عن رغبة لاشعورية في النفور من حدث ما أو الاحتجاج على موقف لا يستطيع المريض أن يصفحه عنه بصراحة .

٦ - البرود الجنسي والام الجماع الجنسي والتقلص المهبل :

عادة ما يكون سبب هذه الاعراض هو الشخصية الهستيرية أو مرض الهستيريا وتضع ذلك عند بدء الزواج وتقلص الزوجة عند البدء في الجماع الجنسي

مما يصعب على الزوج إزالة غشاء البكارة وإن أزيل بواسطة الأطباء لم يواجه الزوج بعد ذلك آلام الجماع الجنسي والبرود وتشكل الحالة أزمة عائلية تهدد استمرار الزواج خصوصا إذا لم تسالج الزوجة لمعرفة سبب ثبورها من الجنس .

٧ - التجشؤ ، اتساع البطن ، الكثرة الهستيرية في البلعوم ، الامساك ، الاسهال ، كثرة التبول .. وغيرها من الاعراض التي يمكن تشابهها بجميع الاعراض البضوية ولكل عرض معناه الرمزي فهذه السيدة التي بدأت تهشأ بشدة طوال النهار بعد اقتران زوجها بزوجة أخرى فالتجشؤ هنا احتجاج وسخط وقصور من تصرفات زوجها .. وهكذا .

ونرى اختتام الحديث عن الهستيريا بمرض لخصائص الشخصية الهستيرية (كما أوردها دباع (١٢٥-١٢٦) راجع أيضا لنفس المرض ١٦٦-١٦٧ و ١٤٣-١٤٤) .

١ - تقبل الایحاء : أي أن الإرادة والثقة بالنفس ضعيفة بحيث يمكن بسهولة وبجهد يسير ادخال الافكار والمؤثرات والافعال الخارجية اليها . لذلك نرى الشخصية الهستيرية «ساذجة» بسيطة تنخدع بالاشبار والحوادث المثيرة ظاهريا ، وتعمل بالمواقف المؤثرة وتصدق الاشاعات ، أو النيمية ، وتسرع باتخاذ القرارات الموحاة لها دون تروي أو تدقيق في صحة الخبر والمعلومات .

٢ - الطبع الانبساطي : تبيل الشخصية الهستيرية الى الطباع الانبساطية . فهي مفتوحة للناس ، أي أن ملاقات (الليبدو) تنجبه الى الخارج . فالهستيري كثير المارغ والاصفاء يحب المرح وتأسيس علاقات جديدة لكنها علاقات سطحية وصداقات غير مفصلة وعواطف غير ثابتة ومتقلبة .

٣ - عدم ضبط الانفعالات : الشخصية الهستيرية متقلبة ، تنفعل بسرعة وتهمل بسرعة . فهي تتأذب من المرح الى الكآبة ، ومن الضحك الى البكاء .. ومن حب الحياة الى الدفاع (غير ساذق) لقتل النفس .

٤ - القابلية على التشاؤم : ومن أبرز صفات الشخصية الهستيرية قدرتها على

«المطلوب على التل» أي الالتصاف من ميدان الحركة وعدها ظاهرة خارجية بعيدة عنها . وكيمثال على ذلك نجد فتاة في صراع عاطفي داخل البيت مع والدها ، ربما بسبب علاقة عاطفية مع خطيب المستقبل ، وبعد مشادة عنيفة تصاب فجأة بشلل في ذراعها . والمتوقع من هذه الإصابة العظمية أن تصاب الفتاة بضرر وحزن شديدين على ذراعها . إلا أن الشخصية الهستيرية تبدو عادة غير مكترثة بل مبتهمة ومختلطة وميوية وكان الذراع المشلول هي ليست ذراعها بل ذراع غيرها . وتدل قابلية الانفصال والانقطاع والابتعاد عن المشكلات والظهور بمظهر آخر وكأنها تقوم بدور مريض عليها هذا البرود وعدم الاكتراث بالمصيبة أو المرض الشخصي يسمى *La Reue Indifference* . وكأنما يقوم المريض بدور المثل السعيد وهو يعاني من كآبة وآلام ، أو يدور النقي الكئيب بينما هو اطلقه العقيدة على ما يرام .

اذن فالشخصية الهستيرية تميلية مجيدة تلبس الاقنعة وتزورها بسهولة . ونستنتج من ذلك أن الشخصية الهستيرية تصنع لعل لان تقوم بأدوار التمثيل والخطابة والملاقات الاعلامية العامة والصعافة . . الخ .

• عدم تكامل النضج الوجداني : أي أن السواط غير مستقرة عند حسود واضحة المعالم أو ثابتة الدرجة والشحنة . فالتهيج السريع والانتقال من الصحو الى المطر بسرعة فائقة ، والاندفاع الاحق والانسحاب والبرود المتأجج ، دون شعور بالفعل أو الندم أو الذنب . . تدل جميعها على عدم بلوغ وجداني حتى وان كان الشخص قد تجاوز مرحلة الشباب وقارب مشارف الكهولة . فالملقولة وعدم المثابة الواضحة وقلة التأني وسلطوية الحكمة كلها فواهر للسلوك غير الناضج .

• الانانية : الشخصية الهستيرية وان كانت انبساطية لكنها تعصب نفسها ، تهوى الدلال وتستعبد الاهتمام والعطف ، وتكافح لأن تكون مركز المنايا ومصدر الحديث .

ويظهر هذا التفرغ الى جذب الآخرين بأسلوب خاص في التكلم وبالمبالغة في الوصف ، وبالملبس الصارخ والزينة أو السلوك الدرامي التمثيلي أو بلفت الانتظار عن طريق الاستعراضية .

٧ - المبالغة الجنسية : وهي كالمبالغة التي ذكرناها في قابلية التمثيل والانبطار ، ولكون محتواها جنسي . فالوقائع والتجارب العاطفية المغلوسر قصد تفسرها الشخصية الهستيرية بأنها تقارب جنسي ينطوي على حب أو رغبة في الاتصال أو الزواج . ومن الغريب أن يكون هذا الافراط الجنسي سطحيًا وباهتًا ، لأن الشخصية الهستيرية غالبًا ما تكون باردة جنسيًا ، فهي تبحث عن اللذة ولا تعدها ، فإذا ما عثرت على ضالتها صدمت بأنها باردة لا تحرك لها . وقصص التاريخ والسيرة عن فائنات وملكات ومغامرات الجنس توضح كيف أن بعضهن كن باردات يسترعن الانتباه ويقمن بأدوار لا عاطفة ولا حرارة فيها .



الفصل الثاني عشر

اضطرابات القلق

ANXIETY DISORDERS

- القلق المرضي .
- المخاوف المرضية .
- الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية .
- اضطراب ما بعد الصدمة (قلق ما بعد الصدمة)

جامعة دمشق
Damascus University



اضطرابات القلق

ANXIETY DISORDERS

يقابل كلمة القلق بمفهومها المرضي الكثير من الكلمات التي تستخدم في الحياة العادية وتشير مضامينها أو تعبر عن خلل ما يصيب السياق السوي لنشاطاتنا في خبرة أو أكثر من تلك التي نواجهها .

تتفاوت هذه الكلمات من حيث مؤشراتها المرضية ، فمنها ما يمكن عده عارضا طبيعيا يزول بسرعة دون أن يترك آثارا سيئة على كفايات الشخص ، ومنها ما يتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته ، بينما يؤدي بعضها الآخر الى تعطيل النمو النفسي من خلال ما يسبقه ويسايره أو يعقبه من طقوس تركز على تجربة القلق وتدور حولها في حلقة مفرقة تجعل من صاحبها أداة منفعلة بالخيالات والافهام بعيدا عن مطالب الحياة الأساسية .

ويمثل القلق القاسم المشترك في معظم الاضطرابات السلوكية ، ولذلك قلنا يوجد في حالة نقاء وانما يرتبط ويختلط ويتفاعل مع مفاهيم الخوف والتسلط والوهسن والصراع ومواقف الشدة والاحباط ... الخ . ولعل الاتجاه الأكثر بروزا هو عد القلق اضطرابا له أشكاله ومظاهره ومراحل تطوره ، وان ارتباطه بشكل مباشر مع حاجات النمو فيولوجية كانت أم اجتماعية أم ثقافية بما تنطوي عليه من تهديد ، يرتب له دوره في صور متنوعة وعلى مستويات مختلفة ، شعورية ولاشعورية ، داخلية وخارجية ، حرة ومقيدة ، واقعية وغير واقعية ... مما يبرر الاتجاه الحديث عن

اضطرابات للقلق بدلا من الحديث عن اضطراب القلق . وهذا ما سيستجبه اليه الكتاب بعد عرض حالة مرضية (٧٠-١٩٨٨-١١-١٦) توضح ما سبق ذكره .

كانت ماريا كسيرة الفؤاد . أجهشت بالبكاء دون تماسك وهي تدفن رأسها في الوسادة كي تكتم بكاءها . وأحسست أنها مهمة قد أساء الناس فهمها . وقد حاول الناس مد العون ولكنها كانت تعرف أنهم يحسبونها مجرد فتاة متقلبة معطمة القلب .

وكان في الامر شيء من ذلك بالطبع ، ولكن الضيق بالنسبة لها كان أعمق في الأساس . فقد ألمّ بجسمها شيء خطير في بعض الأحيان لم تكن تفهمه أو تسيطر عليه ، ومع ذلك اتضح الكل عليها باللائمة . كانت تعلم أن هذا الشيء يختلف عن أي شيء سبق أن خبرته من قبل ، ولكن الذين تحدثت اليهم قالوا أنها استجابة سوية . وقد خيل اليهم أنهم فهموا هذا الشيء . لكنها كانت تعلم أنهم ما فهموا شيئا .

كانت هي و آدم يتلاقيان منذ ستة أشهر . وقد بدأت علاقتهما دافئة وودية ثم تطورت الى حب عميق . وأحسست بانجذاب قوي نحوه ، واطمئنان الى قوله . وخففت ثقته بنفسه من تشككها في ذاتها . وبدأ لها أنه نموذج أو مثال للسواء الذي كانت ترغب فيه لنفسها . وقد أصبحت مشكلتها أكثر غموضا كلما زادت منه اقترابا .

وفي اليوم السابق تداعى كل شيء حين اقترح آدم أن يذهب الى معلم قريب في يوم عيد ميلادها . وانتابها رعدة باردة من الفكرة ، وأدركت أنها سوف تقضي الساعات الاربع والمشرين القادمة في خوف من هذه الفكرة . لكنها كانت تدرك أيضا أنها تضيق أمل آدم فيها لو أنها رفضت ، فقد سبق أن اشتكى مسن بسدرة خروجهما معا . ولذلك قررت أن تتجنب الفكرة .

وإذا كانت المصاة تقترب ، تزيد احساس ماريا بالقلق . ولم تستطع أن تفكر في المعلم دون الشعور بخفة في الدماغ ، وبازدياد العرق ، وبشيء مسن انقطاع النفس . وكانت أسسن المواءم تقع الى جوار نافذة مطلة على منظر قسيح في الغضا .

يشرف على الجبال المنحدرة نحو المدينة . ترى ما الذي يحدث لو أنها فقدت سيطرتها وفقدت من النافذة ؟ وقد جعلتها فكرة السقوط بنير نهاية في الهاوية تحصن بالحوار . وكانت هذه المرائد أبعد ما تكون من أبواب الخروج . وكان الطعام طيبا ، والمشهد رائعا جدا ، ولكن المكان كان غاصا بالناس دائما . ترى ماذا يحدث لو أن الأغصان أصابها أمام هؤلاء الناس جميعا ؟ قد يستلغون الأسعاف ، وعندئذ تصبح محصور انتباه الجميع . واستبعدت الفكرة من ذهنها مئات المرات . وأحسست بالراحة لهذا القرار ولكن رغبته في ألا تخيب أمل آدم انتصرت أخيرا وقررت أن تبدل جهنمها . خاصة في الاستجابة له في هذه المرة ، ولو أنه لن يدرك أبدا كيف احتاج الأمر منها إلى ذلك القدر من الشجاعة .

وأحضر لها آدم أربعة وعشرين وردة صفراء في عيد ميلادها ، وردة لكل سنة . وباعانها ذلك على أن تسمى مؤقتا كيف كانت شائعة طوال اليوم . ولكن المسافة من مدخل الطعام إلى المائدة بدت لها بعيدة على نحو غير معهود ، وقد رغببت عدة مرات في الاستدارة والجري . ولاح لها أن الجميع يطلعون إليها عند دخولها ويتفرسون فيها ، وإن كانت تعلم أن الأمر ليس كذلك . وبدأ كان خفقات قلبها قد جذبت إليها انتباههم جميعا . وأدارت مقعدها بحيث تجعل ظهرها إلى النافذة ، فقد كان النظر إلى الخارج يصيبها بدوار فظيع . لكنها أحسست بمزيد من فقدان السيطرة على ذاتها عندما واجهت الغرفة المزدحمة ، فقد كان هناك جمع غفير من الناس ، فهل كسانك هناك قدر كاف من الهواء ؟ وجعل تنفسها يزداد كثيرا سريعا . وأصبحت كل مساحولها غريبا منفصلا غير حقيقي . وأحسست برهة وكأنها تنظر من خلال الطورخ المغطى للمنظر المقرب عبر غرفة مليئة بالضباب .

وأدارت ماريا مقعدها لتواجه آدم ، وكان عليها أن تتعامل بالإحساس حتى ينقضي . فذاك ما أوصت به الكتب ، إذ كان فعواها : « تستطيع أن تتعلم العيش مع الإحساس » ، « تدمره أولول فترة تطبيقها » ، « لا تهرب » ، « دعمه بخطاك » ، « لسوف ينقضي » ، « فكر في الأفكار الإيجابية » ، « تنفس بالطريقة الصحيحة » ، « تأثر على اختيار المواقف التي تخيفك حتى تتغلب على المشكلة » . وكانت قد جربت الوسائل كلها . كانت تقدر أن بعض الناس لا بد من أنهم وجدوها مفيدة ناقصة ،

ولكنها لم تجعلها كذلك . الظاهر أن الاساتذة الذين كتبوا تلك الكتب لم يكونوا معها على وفاق في موجة التفكير ، وأنهم غارقون في النظريات التي حد يجمعهم لا يدركون بيوهر الخبرة الحقيقية .

وأخيرا اجتذبت انتباهها قائمة الطعام ، وطليت قدرا مضاعفا من الويسكي الضافي الخالص . ولاحظت الصدمة على آدم والمضيئة ، ولكنها كانت مهينة لقبول استهجاتهما في سبيل التخليف الذي قد يهدده الشراب . ولم تكن هي في حقيقة الامر تستطيب المشروبات الكحولية ، ولكنها كانت تساعد في تبديد تلك المقاسم الغريبة ، وكان هذا هو المهم . واستار آدم نبيذا طيبا . وأكلت وشربت في استمتاع ، وأسس آدم بالابتهاج الواضح عند استمتاعها . وكان ذلك أفضل ما أنصبت إليه طسوال اليوم .

ثم حدثت الواقعة : وبدأ قلبها يدق بسرعة أكبر . وطلت ماريا أولا أن الامر يرجع الى روعة المنام ، أو لعل هناك شيئا في التوابل . ثم بلغ من تزايد سرعة قلبها أنها أحست بالضربات في صدرها . وطلت أن آدم لابد قد لاحظ ، ثم أحست بشعور السفوثة ، وكان فيها مليئا ، ولم تستطع أن تتنفس بطريقة صحيحة ، وضاق حلقها وأحسست كأنها تفتق . واضطحت على جبينها حبات من العرق ، وتصادت من جوفها شعور بانفداع شيء نحو صدرها ، ثم أعقبه شعور بشيء يفوح في أعماق جوفها . وأصبح كل شيء منفصلا ، وأحسست بالانوار وخفة الدماغ ، ثم بشعور الهلع . ذلك الهلع العقلي .

ولم يكن ثمة وقت للتفسير إذ كان زمان الامر يفلت بعيدا ، وأخبرت ماريا آدم أن عليها الخروج بسرعة والبقاء في الخارج . ولم تكن تطيق الاقترار حتى ترى ما يحدث . وبينما كانت تنهض أخذت يدها ترتعش بهسلاء . وأصبحت رجلاها وكأنهما من المطاط ، واشتد احساسها بعدم الثبات كما لو كانت تشرف على السقوط حتى الأرض ماددت بها تحت قدميها ، وترنعت في سيرها نحو دورة المياه . ولابد أن من رآها ظن أنها مغمورة . واستمر الاحساس ، فقصت الى الخارج لتستشقق الهواء .

وأراد آدم منها أن تمود ، ولكنها لم تملك أن تفعل ذلك . وكان صمته عند المودة بالسيارة الى البيت لا يحتمل . وعندما عادت الى شقتها فبدا يمدح محاولت ماريا أن تعتذر وتشرح الامر بأن حالتها من القلق تسير من سيء الى أسوأ . وأن حالة القلق هذه قد كادت تضيقها بالعجز ، وأنها لم تعد تملك التصرف ، وأن انعالة تجعلها تحسن بالعزلة عن الناس بل جعلت من العسير عليها أن تذهب الى العمل .

لكن آدم لم يستطع أن يفهم أو لم يرد أن يفهم ، فقد مل الاستماع الى حكاية قلقها . ما بالها لا تتمالك نفسها وتحاول التغلب عليها ؟ أنها ليست على كسل الاحوال . الانسان الوحيد الذي أحس يوما بالقلق ، فقد كانت له خبرات مشابهة كما قال . ولكنه عرف كيف يتناولها مباشرة ، وهذا هو كل ما يتطلبه الامر .

وحاولت ماريا أن تخبره بأن قلقها مختلف ، وأنه ليس من نوع القلق السوي . فقد سبق أن عرفت القلق السوي قبل أن يبدأ هذا الامر . كان الشور مختلفا . وحينذاك كان هناك على البوام سبب وجيه للشور بالقلق ، أما الآن والنوبات تأتي بغير انذار ، وبغير سبب على الاطلاق ، بل انها تأتي وهي تستمتع كما حدث الليلة ، وهي لا تستطيع أبدا أن تتوقع متى تدهمها النوبات ، وقالت انها تبصر بالقلق وكأنه نوع من المرض ، وإن كان الاطباء قد عجزوا عن كشف أي اختلال بها .

ولم يشر هذا . فقد أصر آدم على أنها لم تكن تحاول إيجاد . وأنه ظل شديد الاحتمال فترة أطول مما ينبغي . وقال انه احتمل في البداية مخاوفها المصاحبة من المرض ثم كان يسري عنها بالدعابة حين كانت تعتمد عليه في كل أمورها البسيطة . ما بالها لا تذهب الى أي مكان دون مصاحبتها ؟ وما بالها الآن وقد اضطعبت الى مكان لطيف ، أفسدت كل شيء بالمزيد من قلقها الاحمق ؟ ثم توجهت الامر كله فتظاهرت بأن قلقها من نوع خاص . لقد تحمل ما فيه الكفاية . وأني تكون له علاقة بانسان يخنقه على هذا النحو ؟ ثم تسأل . في طعنة قاسمة — كيف يمكن أن تتوقع أبدا أن يكون لها أطفال ترعاهم وتربيههم اذا استمرت على هذا النحو ؟

وأصبحت ماريا معطمة إذ لم يجد لديه وسيلة أفضل لايدأها . لقد حاولت إيجاد شديد ملوأل اليوم وأخفقت تماما . وأخذت في البكاء وأحسست بالذنب ، فلم يفهم

مشكلتها أحد حتى آدم ، وعندئذ عجزت عن التوقف عن البكاء وبدأ كأنه أبوايا
قد افتتحت أمام شهور من التوتر المخزون .

وبعدوء طلبت من آدم أن ينصرف ، فقد سيبت له من المشاكل ما يكفي
وأخبرها أن تستدعيه بعد أن تستجمع أمرها أن استطاعت يوماً ، وألا تفعل قبل
ذلك ثم انصرف غاضباً .

لكنه بعد أن عجز عن النوم فيما بعد أخذ يريد من التفكير فيما كانت قد
قالت ، لعله كان مخطئاً ، وربما كانت مصابة بحالة لم يسمع عنها من قبل ، ربما
كان هناك أمر يمكن أن يتخذ بشأنها ، وربما كانت من ناحية أخرى عصبية
متهوشة ، بحيث يجعله بقاءه معها رقيقاً لها في شقاوتها وتعاستها ، وذهب إلى النوم
في تلك الليلة مختلف التفكير لا يستقر على قرار .

قصة آدم وماريا قائمة على أحداث وقعت مرات عديدة وسوف تتكرر دون
ريب ، وهي تلخص حلة طائفة من الناس يسيء فهمهم عالم الناس الأسوياء ، أن
آدم وماريا شخصان يقفان على طرفي نقيض في آرائهما حول إحدى الخبرات
الإنسانية المركزية : ألا وهي القلق ، فأدم لا يفهم ما تخبره ماريا عن القلق وإن
كانت ماريا تفهم خبراته ، ونفسه لا يتحمل تصرفات ماريا ، لأنه لا يفهمها ، بل
أنه ليحتدي عليها بطرق خفية ، ويسدها غير لائقة ، وهو لا يقبل قواعد حياتها
ولكنه يتوقع منها أن تحيا حسب قواعده ، وكلاهما لا يستطيع أن يعبر القبسوة
بينهما لإدراك مشاعر ماريا وخبراتها ، وهذا هو جوهر الصراع بينهما .

الموامل في اضطرابات القلق :

١ - الموامل الكورتيزونية والفيزيولوجية :

تنال الوراثة اهتماماً خاصاً عند الحديث عن اضطرابات القلق لدى الكثير من
الدراسات التي تشير إلى احتمال وجود خلل مادي أو كيميائي حسيوي في الآلية
الفيسيولوجية المسببة يتم توارثه عن طريق الجينات عند ذوي القرابة البيولوجية
الوثيقة ، وقد لاحظت دراسات التوائم المصابة بشكل من أشكال القلق أن هناك

ميلاً أكبر لاصابة كل من التوائم بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو متطابقين (identical) مما لو كانا توأمين غير متطابقين (nonidentical) . وكثيراً ما تستخدم مثل هذه الدراسات على التوائم للتفريق بين إسهام لعوامل البيئة (الضغط والتعلم) ، وبين إسهام العوامل الوراثية . فلو كان المرض راجعاً إلى التعلم ، أو ضغط البيئة لوجبّت اصابة كل من كلا التوأمين بنسبة متساوية بغض النظر عن كونهما متطابقين أو غير متطابقين إذ إنهما نشأ معا في الوقت نفسه وفي العائلة نفسها وتعرضا للبيئة عينها . أما إن كان المرض في أصله وراثياً - من الناحية الأخرى - توقعنا اصابة التوأمين المتطابقين عليهما بالمرض حيث يكون تكوينهما الوراثي متطابقاً . ونتائج الدراسة على التوائم توحي بأن قوى الوراثة تسيل إلى أن تزيد في تأثيرها على عوامل البيئة . من حيث الإسهام العام في نشأة الإضطراب .

على أنه يمكن أن يؤدي مثل هذا الضعف الوراثي إلى نشأة ألوان من الشذوذ الكيماوي العصوي ، وبالتالي إلى ظهور الاعراض اجسمية التي يشمر بها الضحايا ، فما هي التغيرات الكيماوية العصبية الشاذة الدقيقة في هذا المرض ؟ لا أحد يعرف حتى الآن بصورة أكيدة . ومهما يكن من شيء ، فهذا زمن مثير في مجال البحث حيث تحاول فرق عديدة من الباحثين في كليات الطب الكبيرة كشف السر الآن . والسبب في الإثارة أن هناك بعض الأمارات الطيبة ، ولم يعد السؤال بين علماء الطب عما إذا كان هناك نوع من الشذوذ الكيماوي العصوي ، أو الشذوذ في عمليات الأيض أم لا . وإنما أصبح السؤال بالأحرى هو كيف نحدده ونصفه على وجه الدقة قدر المستطاع ؟

وأفضل التفسيرات حتى الآن يتملق بنهايات الأعصاب (nerve endings) والمستقبلات (receptors) في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيماوية (chemical messengers) التي تنبه وتستثير المخ . ونهايات الأعصاب هذه من شأنها أنها تنتج منبهات توجد بصفة طبيعية وتسمى كاتي كولامينات (Catecholamines) ، والمعتقد أن لهايات الأعصاب في مرض القلق تفرط في نشاطها الكهربائي (overfiring) أي أنها تعمل بعدد بالغ ، وتسرف في إنتاج هذه

المنبهات وربما مواد أخرى غيرها • ثم ان هناك في الوقت نفسه نهايات الاعصاب والمستقبلات التي يكون لها تأثير مضاد : فهي تصنع مهدئات (tranquilizers) توجد بصفة طبيعية ، وتسمى الناقلات العصبية الكابحة (inhibitory neurotransmitters) التي تكبح وتهدئ • وتخفض من حدة النشاط الكهربائي للمخ • فالظاهر أن الناقلات العصبية أو المستقبلات قد تكون ناقصة نوعا أو كماً . (٧٠ - ١٠٤) •

وقد بين الدكتور يوجين ريدموند (Eugene Redmond) في سلسلة من الدراسات في السبميينات تأثير أجزاء معينة في المخ على السلوك والاستجابة الانفعالية عند الخوف • فغرس سلكاً أو لاقطة كهربائية (electrode) في مركز صغير من المخ الاسفل يسمى منطقة كيولوس (locus Coeruleus) في القروود مقطوعة الذناب (Stumptailed) • وعندما تم تنبيه هذه اللاقطة كهربائياً سلكت القروود مسلكاً أشبه بالهلع والقلق والخوف ، كأن خطراً يوشك أن يقع عليها • ثم أدى إتلاف هذا المركز الصغير في المخ عند القروود الى تأثير مضاد على التقيض ؛ فقد أظهرت القروود - عند فقدان وظيفة منطقة كيولوس - أنها فقدت الاستجابة الانفعالية للتهديدات ، وأصبحت بغير خوف ظاهر من اقتراب الناس أو القروود المتسلطة • وكانت من الناحية الاجتماعية أكثر عدواناً ، وزاد توجهها في ألقاصها أكثر كثيراً من ذي قبل وأكثر من القروود العادية • ولما كان في منطقة كيولوس أكثر الخلايا العصبية كثافة في احتوائها على مادة نورإبينفرين (norepinephrine) فقد تصوّر ريدموند من هذه الدراسات أن الهلع والخوف ينشآن من إفراط النشاط في هذه الخلايا العصبية من المخ •

ان القدرة على اظهار أو إخفاء القلق والخوف في الحقيقة على هذه الصورة توضح احتمال أن تكون هذه المشكلة جسمية مادية • ومنطقة كيولوس تقع في المخ في مكان من أكثر الأمكنة تكافؤية وهي بهذه الطريقة من أكثرها حساسية لتغيرات الأيض الموضعية • بحيث إنه عند وقوع هذه التغيرات الكيميائية الحيوية المرتبطة بمرض القلق ، نجد أن هذا الموضع أو الجزء من المخ أكثر الأجزاء حساسية للتغيرات ونجد أنه يستثار لإظهار رد فعله المتميز للخوف •

وأيا ما كان إسهام الاضطراب البيولوجي في أحداث مرض القلق ، فالنتيجة لأن المرضى يتعرضون لنوبات فجائية من نوبات القلق التلقائية بمعدل يتراوح من مرتين الى أربع مرات اسبوعيا يكون لها أثر نفسي ساحق . ويشعر المرضى بالقلق والخوف نتيجة هذه النوبات . ويؤدي جوهر الايض المركزي الذي يغذي الاختلال الكيماوي الهوي الظاهر الى اطلاق الاعراض في جسم المريض كله (المرجع السابق ١٠٧) .

وبعضهم يذهب الى القول: يولد الفرد وعنده الاستعداد الوراثي في جهازه العصبي المقلق النفسي ، ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الاجهاد والمشقة (٦٨ - ١١٢) .

لا يمكن الحديث (كما سبق وأشارنا) عن دور الوراثة في الشذوذ وبخاصة في الاضطرابات ذات الطابع الانفعالي كالقلق (حتى عند انحصار الوراثة) دون استخدام كلمات أو مفاهيم تشير الى عدم توافر الثقة الكاملة في النتائج التي تجري في هذا السياق . . . وغدت كلمات مثل : - من المحتمل - من المرجح - من المعتقد - تضمن . . . كلمات مألوفة في ادبيات الوراثة . وتكفي برأينا للتأكد بأن مقدار الوثوقية في وراثة المظاهر الانفعالية لا زال في ضوء التجريب ، وركون الباحث النفسي واطمئنانه غير مدركين في هذا السياق بعد .

٢ - العوامل النفسية :

ترجح كافة العوامل النفسية في اضطرابات القلق لدى معظم الدراسات وفي مقدمتها الدراسات المؤسسة على نظرية التحليل النفسي التي ربطت بين اضطرابات القلق وبين المواقف التي تواجه نمو الفرد ويخلص مؤيدو التحليل النفسي للكشف عن أشكال من القلق تظهر في مراحل الطفولة وبشكل متسلسل ، يعود ايه بالاعون عندما يشلون بمواجهة استثارة عالية أو مواقف ضاغطة ، وأول هذه الاشكال يسمى قلق النزعة (impulse anxiety) ويقال إنه يحدث حين تطفئ على الرضيع الحاجات والمشاعر التي يعجز عن السيطرة عليها في حالته التي هو عليها من العجز والقصور .

وقد يؤدي النكوص أو الارتداد نحو هذا السلوك القلق إلى تنشيط المخاوف من فقدان السيطرة على الذات ، ومن أن تطفئ عليه وتستبد به أحاسيس داخلية .

أما مرحلة القلق النمطية الثانية التي قد يعبرها الأطفال في عمر يتراوح بين ثمانية شهور وثلاث سنوات فتسمى قلق الغريب (stranger anxiety) والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة قد يتم تنشيطه ليتخذ صورة فوبيا أو مخاوف مرضية اجتماعية .

أما مرحلة القلق الثالثة ، وتشاهد بصورة نمطية في الأطفال فيما بين سنتين وأربع سنوات من العمر ، فتعرف بقلق الانفصال (separation anxiety) والنكوص أو الارتداد إلى هذه الاستجابة يمكن أن يمتد أو ينشط المخاوف التي تميز المصابين بالمخاوف المرضية من الأماكن العامة (agora phobias) - مخوفون من البعد عن الدار ، أو نقاط الأمان أو البعد عن الأصدقاء أو العائلة أو من أن يتركوا وحدهم -

ويقال إن قلق الانفصال يضيع في سن الرابعة أو الخامسة من العمر لتحل محله المخاوف من الإصابة أو المرض الجسدي ؛ وقد سمي فرويد هذا الخوف قلق الغشاء (castration anxiety) . وقد يبدو النكوص أو الارتداد إلى هذه المخاوف في صورة المخاوف المرضية أو الفوبيا من المرض والإصابة وتوهم المرض .

إن هذا النوع من النكوص أو الارتداد بوصفه نتيجة حالة من الاثارة العالية الناشئة عن نوبات الهلع غير المتوقعة - يفسر تفسيراً جزئياً نوع النمط السادي تتخذه الفوبيا عند هؤلاء المرضى (١٠-١٢) .

ومن العوامل النفسية القاعلة في اضطرابات القلق تلك التي تسبق أو ترافق أو تعقب سبل تصريف الطاقة الجنسية من أفكار أو أشكال سلوك تتمتع بكتا أو إجابات أو إحلام يقظة ، وخلافاً في علاقات النفس والجسد والجنس والمجتمع يرتبط بها الخوف والقلق والتسلط على الأعضاء الجنسية . والاضطراب في وظائفها

(حرمان الذات الجنسية - قلق توقف الحيض - قلق الحرمان الجنسي - البرود الجنسي الخ) .

وكان قد رأى كل من (أوتوراك) في تجربة صدمة الميلاد و (هورلي) في كبت الرغبات العدائية عند الطفل نحو والديه ، و (أريكسون) في الاحساس بعدم الثقة والاحساس بالفشل والضعف ، و / اللبرت اللين / في الافكار غير العقلانية حصول مصادر التهديد والخطر . عوامل نفسية عن عوامل اضطرابات القلق (لمزيد من التفصيل هدا الى فصلي عوامل الشذوذ من هذا الكتاب) . أما عن شخصية القلق فغالبا ما تنسم بالخل والاحذر والاحساس بالمعجز أمام معظم المواقف التي تتطلب على مسؤولية او تتصف بشيء من الغامرة .

٣ - العوامل البيئية والاجتماعية :

التقليد والمحاكات والتعلم الاجتماعي المصدر - والعنوى السلوكية ، وأشكال الضغط المختلفة وفق سياق تربوي وتنشئة اجتماعية ثقافية تمد عوامل لا يمكن تجاهلها في اضطرابات القلق . فالطفل يتلقى من أبويه ومجتمعه وأنماط تربيته الرسمية وغير الرسمية مشاعر القلق والحرمان وقلقوس الاستجابة للاحباط وأشكال الصراع . يحظى دور الضغوط البيئية كقوة فاعلة في اضطرابات القلق باتفاق المدارس المختلفة ، وينحصر الخلاف - في حال وجوده - على الدرجة التي تعلى لهذه الضغوط والتي غالبا ما تكون على شكلين : « فهناك الضغط المباشر الذي تسببه الاشياء التي تعطل في البيئة حين يتعرض الانسان للتهديد أو بفقد وظيفته ، أو مواجهة الطلاق ، أو احابة طفلة بالمرض والجندي في الخط الامامي للمجبهة ، وضحية الاغتصاب أو السرقة . والاب الذي لا عمل له ويعاني من الهم المتصل بكيفية تدبير الطعام لأسرته ، يشكل كل أولئك صور شائعة للقلق .

أما الشكل الثاني من الضغط المنتج للقلق فهو مرتبط بالصراع حيث تتعارض قوتان متضادتان . فقد تكون هناك رغبة قوية في عمل شيء مع تحريم قوي في الوقت نفسه يقول : لا يمكنك أن تفعل . قوتان كلتاهما واقعتان بدرجة متساوية

وتحتاجان الى الاشباع وتبادلان الشد في اتجاهين متعاكسين ، والمثل الشائع مثل
المهبر الذي تنفله المشاكل ويضطر الى الاختيار بين خيارين كل منهما يتضمن
الخطارة أما المثل الآخر فهو مثل المرأة الشابة التي تجد نفسها نهبا مورزا بين اثنين
من المعين (١٢٥٧٠) .

وتعد فرص التعلم الذاتي والاجتماعي التي يهيئها المجتمع لافرادهم ضمانة
لنمو السليم ، عندما يؤمن ما يحقق ذوات الافراد ويساعدهم في تعلم أساليب
تصرف الطاقة الانفعالية بالشكل المناسب . + اذ أن القلق يبنى على مبالغات انفعالية
تتجاوز بشكل مرضي ما يستثيرها . ولقد أثبتت دراسات كثيرة بأن عدم التضجج
الانفعالي ، والانتكالية وعدم الاحساس بالامن ، والفشل في اكتساب المهارات
اللازمة . + ان كل ذلك يؤدي الى ضعف الثقة بالنفس والاحساس بالمعجز في مواجهة
مسائل عادية ومألوفة .

ولكن يمكن أن تؤدي اضطرابات القلق (ولاغراض شخصية اجتماعية)
وعلى حاية المريض ووقايتة من الدفاعات وميول محرمة اجتماعيا . وعن طريق
القلق يحمي المريض نفسه . كالسيدة التي تنوق الى المتعة الجنسية ، ويداهنها
فرع القلق من العزلة لينقذها من ابقاء لوحدها حيث مشاعر الاثم والرغبات المرفوضة
التي تدفعها لتحقيقها . والحال نفسه عند الخوف من الامراض الزهرية التي تعقب
العمل الجنسي المنحرف .

فئات اضطرابات القلق

١ - القلق المرضي :

ثمة شكلان عامان من قلق طبيعي - ايجابي (سوي) يعيشه كل الناس ، ينبثق
الانسان لتهيئة ملاقاته وحشدها من أجل التصدي بنجاح لمثيرات تهدد أمنه وتلحق
باهتماماته الاذى .

يساهم القلق الطبيعي عندما يوفر ردود فعل تنسجم مع كم مصادر الخطر
وكيفها في تعميق خبرات النمو متعدد الوجة ، وتمهين جهاز المناعة الجسدي

والنفسى لدى الإنسان . اذن فالقلق والحالة هذه أداة مسن أدوات الشخصية ؟
 نعم يمسد القلق الطبيعي استجابة دفاعية وأداة شخصية إيجابية ، ويبي كذلك
 طالما بقي في حدود سيطرة الشخصية ومجال وعيها ومعرفتها أي أن يبقى السلوك في
 حالات القلق في الحيز الارادي الشخصى ، وأن يبقى السبب المثير في الحيز المعرفي
 الشخصى ، وبذلك يمكن ضمان الاستجابات في مواقف القلق من حيث طبيعتها ومن
 حيث مآلها . فالذي يقلق على أسرته في حال وجود ما يهدد تماسكها أو مستقبلها
 يسلك بشكل معقول ومبرر وكذلك الذي يقلق على مكانته الاجتماعية في ظل ظروف
 ضيق عادية في توزيع الادوار . . أو ذلك الذي يجساور عصابة من اللصوص أو
 المجرمين . . .

اصطلح على تسمية هذا الشكل من القلق بالقلق خارجي المنشأ exogenous
 كونه يمثل استجابات الفرد للتهمة على ضغوط خارجية وبالتالي يكون الفرد وجها
 لوجه مع مصادر التهديد الخارجي ، المعروفة والمدركة من قبله والتي تستبعد فيها
 المفاجآت والتوبات العادة التي تعقبها . . هذه المواجهة الاسهل في اضطرابات القلق .
 ولكنها معرضة تحت ظروف خاصة للتطور لتأخذ شكلا أشد ومواجهة أكثر ضبابية
 وحسدة .

أما الشكل الثاني من القلق موضوع حديثنا في هذا الفصل من الكتاب فهو
 القلق الشديد الذي يتسم بالديمومة والاستمرارية ، ويتميز بتوقع الشر وترقبه
 وبسيطرة مشاعر الخوف وبعدم الاستقرار والتسلط على صاحبه .

تعتبر هنا وظيفة القلق من وظيفة تسعى لتجهيز طاقات الفرد الى وظيفة تأخذ
 على عاتقها تشتيت هذه الطاقات عندما تجعلها متوترة غير مستقرة ، لاسباب لاتقع في
 مجال ادراك الشخص أو سيطرته الارادية . فالمصاب لا يعرف غير انه متوتر ، مدفوع
 من الداخل لاخذ وضع دفاعي في مواجهة امور لا يعرفها فتكون التفسيرات غائبة
 غير واقعية مثلما هي الاجراءات التي تتخذها الشخصية .

ينبع أو يصدر الخوف والذعر في هذا القلق من داخل الفرد ولذلك سمي
 بالقلق داخلي المنشأ (endogenous) . حيث تعني هذه الكلمة يونانية الاصل أن

المشكلة المعنوية هنا تنبع من مصدر داخل جسم الفرد بدلاً من صدورهما على هيئة رد فعل على شئ خارج الانسان وينطبق فعلاً هذا التفسير الحرفي للكلمة على ما يحس به مريض القلق من أحاسيس جسمية وافتعالية تداهمه من داخله وتنبهه بأن أشياء مضمضة مرغبة على وشك أن تحدث على الرغم من جهل المريض لطبيعة هذه الأشياء - كما سبقت الإشارة - ويبرز الخوف من المجهول أو الخوف من المستقبل وحتى الخوف من لا شيء مع أعراض سلوكية ظاهرة تتغير تبعاً للشئ المشتبه به .

فيما يلي مقارنة بين شكلي القلق الذي سبق ذكرهما من حيث المعايير التشخيصية والأعراض (١٣٩-١٤٤) مع الإشارة إلى احتمال تعرض مريض القلق إلى أحد الشكليين أو إلى الاثنين بشكل متدرج .

قلق خارجي المنشأ

Exogenous Anxiety

أ - لا يوجد هلع غير متوقع أو نوبات قلق لم يسبق حلوثها في تاريخ المريض .

قلق داخلي المنشأ

(Endogenous Anxiety)

أ - وقائع غير متوقعة ، تلقائية ، متكررة ، مرضية . يذكرها المريض « من الأعراض التالية :
« عرض أو مرضين في نوبة أمراض محدودة وثلاثة أمراض أو أكثر في نوبة هلع » :

أ - ضربات زائدة أو سرعة في دق القلب .

ب - نوبات من الدوخة أو الإغماء في خفة الدماغ .

ج - التهيج على الهواء أو صعوبة التنفس أو زيادة التعوية أو السحور بالاختناق .

د ... الشعور بالاختناق أو الفسحة
في الطلق .

هـ ... تمثيل أو خنار في اليدين أو
الذراعين أو القدمين أو
الوجه .

و ... شيطان أو اضطراب المسددة أو
القيء .

ز ... هلع ضبابي شير متوسع أو
مشاعر القلق تصدث دون
استشارة أو مع استشارة
قليلة .

ح ... توجه ساخن أو قشعريرة .

ط ... الشعور بالارتجاف المخلطة ، أو
بعدم التوازن .

ي ... اهتزاز أو ارتعاش اليدين أو
الرجلين .

ك ... الاحساس بالخروج أو الانفصال
من بعض أعضاء الجسم أو
الجسم كله أو الاحساس
بالطفرة الشعور بأن الظروف
المحيطة بالمرء غريبة أو غير
حقيقية أو ضبابية .

ل ... الشعور في الصدر بالالسم أو
الضبط أو عدم الارتياح .

م ... خوف المرء من أنه يتعرض
لمرض خطير أو للموت .

ن ... شعور المرء بأنه يفقد سيطرته
على نفسه ، أو بأنه هلسي .

قلق داخلي المنشأ

وشك ان يصرخ او يصاب بالجنون .

س - تغير تلقائي متردد في الإدراك الحسي « مثل زيادة متروعة في الحساسية للضوء او الصوت او اللمس او الحرارة او التدفق او الضغط في المفاصل او القوة العضلية » .

ع - نوبات الاسهال .

ف - نوبات العرق التي لا تنطبق بالحرارة أو الرياضة البدنية .

٢ - تكرار مثل هذه النوبات من الاعراض باستمرار لمدة شهر على الأقل . ولا بد - في غضون ثلاثة شهور - من حدوث ثلاث نوبات كبيرة محددة على الأقل لتشخيص القلق الداخلي الكبير او لا بد من حدوث ثلاث نوبات بسيطة محددة لتشخيص القلق داخلي المنشأ البسيط .

٣ - اعراض المخاوف المرضية ، وخاصة الخوف من نوبة الهلع التلقائي « الخوف من المخاوف المرضية Phobophobia والخوف من الأماكن المزدحمة . ولا تبدأ المخاوف المرضية الا بعد ظهور النوبات التلقائية الأولى ، وقد تتولد المخاوف في الشدة مع الزمن .

قلق خارجي المنشأ

٢ - لا يحدث التوتر واعراض القلق الا استجابة للمثيرات المباشرة الواضحة المميزة في البيئة فقط . ولا تكون بداية كل نوبة بطريقة فجائية كثيراً ولكنها تتعلق بفورية المثيرات المسببة .

وقد يحدث الاعراض وحدها دون اي قلق ظاهر في حالة التغيرات الشرطية في الاعراض الحركية او الحسية او الحواس الخاصة .

٣ - تقتصر المخاوف المرضية على بؤرة واحدة معينة ، فهي أقرب إلى الخوف الواحد منها إلى المخاوف المتعددة . ومن النادر أن تتولد المخاوف في الشدة مع الزمن .

قلق داخلي المنشأ

- ٤ - الاكتئاب وضعف الاعصاب
« النيوراسثينيا »
Neurasthenia ، اي الشعور
الزائد بالتعب والاحساس
بالتعب من كل شيء ،
والاعراض الوسواسية القهرية
وهي توجد الى حد ما في أكثر
من ثلثي الحالات .
- ٥ - صورة القلق في النوبات التلقائية
من النوع غير المتوقع « ولو
أنه قد يحدث النوع المتوقع
أيضاً مع ذلك » .
- ٦ - تدبذب تلقائي في استجابة الجلد
الجلفانية Galvank skin
Response
- ٧ - بدء في ظهور الاعتماد لاستجابة
الجلد الجلفانية .
- ٨ - سرعة النبض عالية أثناء
الراحة .
- ٩ - الانعكاسات العصبية سريعة
نشطة متوترة .
- ١٠ - تاريخ عائلي من نوبات القلق
وامراض المخاوف المرضية بين
الأقرباء من الأنثى خاصة .
- ١١ - يتراوح العمر عند بداية
الأعراض ما بين ١٢ و ٤٠ عاماً .
- ١٢ - ثمانون في المائة من الحالات
تجدد عند النساء .
- ١٣ - الاحتمال أرجح في زيارات
متعددة سابقة للطبيب وملاحظات
الطوارئ لعلاج الاعراض .
ويجب أن يحدث القلق التلقائي
في غياب المرض القلبي الذي
يمكن أن يسبب مثل هذه
الاعراض ، وكذلك في غياب
المواقف التي تهدد الحياة .

قلق خارجي المنشأ

- ٤ - ليس هنالك اكتئاب ، أو
نيوراسثينيا ، أو امراض
وسواسية قهرية، أو اضطراب
نفسي .
- ٥ - صورة نوبة القلق من النوع
المتوقع
- ٦ - لا يوجد تدبذب تلقائي في
استجابة الجلد الجلفانية .
- ٧ - اعتماد سريع أو سوي لاستجابة
الجلد الجلفانية .
- ٨ - سرعة النبض في الحدود
الطبيعية .
- ٩ - الانعكاسات ليست على درجة
زائدة من التوتر .
- ١٠ - تاريخ عائلي نادر « لا توجد
بيانات كافية » .
- ١١ - قد يحدث في أي عمر .
- ١٢ - التوزيع متساو تقريبا بين
الجنسين « ست وستون في
المائة بين النساء » .
- ١٣ - من النادر زيارة الطبيب ، أو
عبادة الطوارئ للعلاج .

قلق داخلي المنشأ

١٤ - الاحتمال ارجح في ان المريض قد قام من قبل ذلك بزيارات للأطباء النفسيين المتعددين للعلاج على مدى سنوات كثيرة .
١٥ - الاحتمال ارجح في ان الشخص قد سبق له دخول المستشفى . وفي انه تعرض للعلاج الجراحي للأمراض .

١٦ - الاستجابة طيبة لكابحسات الأمينات الأحادية المؤكسدة MAO inhibitors وعقار امبرامين imipramine

١٧ - استجابة الأمراض جميعها للعلاج السلوكي وحده ضعيفة . وقد يتحسن سلوك التشنج فقط بالعلاج بالتعرض exposure ولكن النوبات treatment التلقائية لا تتحسن .

١٨ - مسار المرض مرحلي متدرج ذاتي « أي أن مساره محدود في ذاته ، وهو يتبدل مع الزمن وهو لا يتحسن مباشرة حين تبدل ظروف البيئة مسرة » .

١٩ - تعجل لبنات الصوديوم وتناول الحشيش من عسلوث نوبات القلق .

قلق خارجي المنشأ

١٤ - الاحتمال غير راجع في استشارات سابقة للأطباء النفسيين المتعددين .

١٥ - الاحتمال غير راجع في الاستشارات الطبية المتعددة السابقة .

١٦ - الاستجابة ضعيفة للمقابر .

١٧ - الاستجابة للعلاج السلوكي طيبة .

١٨ - يستجيب للمنبهات النفسية الاجتماعية بصورة أوضح .

١٩ - لا تعجل لبنات الصوديوم أو تناول الحشيش من عسلوث نوبات القلق .

حالات القلق المرضي (مظاهر تطوره) Anxiety Stats

يبدأ المرض غالباً بتعرض المصاب لنوبات قصيرة سريعة دون سابق انذار ،
ودون أن ترتبط بسبب ظاهر . تتفاقم مثل هذه النوبات الاحساس لدى المصاب بتعرض
نظام حياته الداخلي أو جزء من اجزائه الى خلل مؤقت ومفاجيء .

تظهر حالات القلق على شكل نوبات هلع حادة Panic Attacks أو على شكل
قلق عام Generalized Anxiety :

أ - نوبات الهلع الحادة

يخبر القلق الكثير من نوبات الخوف والتسلط والعجز المختلفة في الشدة
والأثر ، ولكنه في نوبات الهلع يقع تحت تأثير نوبات من نوع جديد ، نوبات ساحقة
ومرعبة تنير من ايقاع كل الاعراض التي خبرها سابقاً ويفلت زمام الامور من يده
ليسلم الى غيب مجهول يحطم ثبات الشخص ويهز بنيانه الجسدي والنفسي .

تتكرر النوبات الشديدة هذه بمعدل ثلاث نوبات حادة خلال ثلاثمائة أسابيع
(لا تعود هذه النوبات الى حالات من الاجهاد الفيزيولوجي أو مواقف فيها تهديد
لحياة الفرد) وتتميز النوبة الحادة بوجود أربعة اعراض على الأقل من الاعراض
التالية :

- ١ - عبر التنفس . ٢ - تسرع خفقان القلب . ٣ - ألم في الصدر .
- ٤ - احساس بالاختناق . ٥ - دوار أو دوخة . ٦ - الاحساس بالالواقعية .
- ٧ - تشوش الحس (يظال الايدي والارجل) . ٨ - الاحساس بالحرارة
والبرودة . ٩ - تسرق غزير . ١٠ - انغماء . ١١ - رجفان . ١٢ - خوف
من الموت أو الجنون أو من التصرف الشاذ أثناء النوبة . يشترط ان لا تعود تلك
النوبات أو أعراضها لاضطراب فيزيولوجي أو لأي اضطراب عقلي كالإكتئاب أو
الفصام أو لاضطرابات البسدة . تتميز تلك النوبات الحادة بعدم اقترانها مع الـ
agoraphobia الخوف من الاماكن العامة .

Generalized Anxiety **بب القلق العام (المزمن)**

يتميز بالانشغال غير واقعي يتركز حول شروط حياتية (الانشغال على سلامة
الاطفال وهم في امان ، أو الانشغال على الجوانب المادية دون مبسر واقعي) .
يستمر هذا الانشغال لمدة أشهر أو أكثر ويظهر خلال هذه الفترة ستة من الاعراض
التالية على الأقل . (على أن لا تعود الى حالات التسمم الكحولي أو الادمان على
المخدرات) .

- ١ - الرجفان • ٢ - نوتر وألم في العضلات • ٣ - الشعور بعدم
الطمأنينة • ٤ - آغاء وأجهد • ٥ - الأحساس بالاختناق • ٦ - خفقان
القلب • ٧ - رطوبة وبرودة في الأطراف • ٨ - جفاف الفم • ٩ - دوار
أو إحساس بعدم الاستقرار • ١٠ - الإقياء والإسهال • ١١ - الأحساس
بالقشعريرة • ١٢ - حاجة ملحة للتبول • ١٣ - صعوبة البلع • ١٤ - توقع
خطر وشيك • ١٥ - مبالغة في الاستجابة للأصوات • ١٦ - صعوبة في التركيز •
١٧ - المعاناة من الأرق وصعوبة النوم • ١٨ - عصبية واضحة • يتركز القلق
العام عند الأملال حول التحصيل الأكاديمي والنشاطات الرياضية والاجتماعية •

Phobic Disorder : ٢ - الخوف المرضي - الخواهب :

الخوف المرضي شكل من أشكال الخوف ، شاذ ومؤلم وحاد ، غير مبرر وغير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق . يختلف عن أشكال الخوف الطبيعي التي تستثيرها فعلا مشيرات تنطوي على ما يهيب ويعتبر بها الاستجابة والماديون من البشر ويقولون بدورها في تحديد طاقات الانسان مثلما كان الحال في القلق . للتأهب والحذر والرد ، بما ينقذ الفرد من مخاطر مليئة بها حياتنا اليومية .

جاء مفهوم الخوف Phobia من الكلمة اليونانية Phobos والتي تعني الخوف البالغ به ، واستخدم هذا المفهوم ليشار به الى أنواع من الخوف الشديدة والمستديمة التي لا تؤسس على أسباب معقولة أو معروفة وتجاوز ما تستثيره المتغيرات البيئية المحيطة مثلما تتجاوز إرادة الشخص المصاب وقدرته على الضبط

الذاتي ، الذي وان كان يجهل رمزية مخاوفه فإنه يدرك لا منطقيتها ، ولكنه مع ذلك لا يستطيع الاقلاع عنها بسهولة ويستجيب لها هربا من المواقف التي تستثير القلق .

قسم فرويد المخاوف استنادا الى طبيعة موضوع الخوف وقال بنوعين منها :

المخاوف السامة : موجودة لدى الناس بنامة ومألوف الخوف الطبيعي منها ولكنها في حالة الخوف المرضي (الخواف) تظهر بشكل مبالغ فيه كالمخوف من الظلام أو الموت أو المرض أو الوحدة . الخ .

المخاوف النوعية (الخاصة) : وهي مخاوف لا تستثير مخاوف الناس الاسوياء وانما تكون مواقف أو أشكالاً من الغيرة لها مدلولها الرمزي لدى المريض فقط .

يتميز أصحاب المخاوف المرضية بسلوكهم التجنبي الواضح فمع مسرور الزمن وتعرضهم لمثيرات الخوف يتعلموا الربط بين هذه المثيرات والمواقف التي تحدث فيها أو ترمز اليها وبالتالي عندما يحاولون الوقاية من المخاوف المرضية تراهم ينزعون لتجنب كل المواقف المرتبطة بها لا بل قد يتطرفون . وهذا ليس بمستغرب فيجبون الكثير من المواقف التي لا صلة مباشرة لها بمثيرات الخوف ، والدافع الى ذلك المزيد من العرص على مبدأ الابتعاد عن الشر . وخوفاً من أن تلعب هذه المواقف دوراً ما في تقريب المواجهة مع مصادر الخوف الحقيقية ، وهكذا يخلل الخوف المرضي اصعبه بمنظومة تجنب فيها قائمة طويلة من المواقف المقاطعة والوالع السوداء التي لا يسمح بالتعامل معها مجرد الأساس بإمكان تعريضها للتساخر الخوف المرضية الكامنة .

ولكن مشكلة هؤلاء هي أنهم في السلوك التجنبي الذي يصيدونه لتتجنبه السريعة لا يدركون مآل سلوكهم هذا حيث اثبتت الدراسات في هذا السياق بأن الهرب من مثيرات الخوف وتجنبها يؤدي الى تشعيم سلوك الهرب الذي يؤدي بعد

ذاته الى تأصل المخاوف وزيادتها والابتعاد عن المواجهة والتجنب وان كان يؤدي
المسألة مؤقتا فانه يرسخ المخوف ويمسكه ليطال ويتحكم بشعائر المضطرب أكثره

العوامل في المخوف المرضي :

تنسب له العوامل في المخوف المرضي مع العوامل في القلق ويمكن تلخيصها
بالآتي :

تكن وراء المخاوف المرضية شخصية خجولة سلبية غير مستقرة اعتمادية
وغير مبادرة ، ولا يستبعد أن تكون عدوانية عانت من الكبت الجنسي وبعض
المشكلات النفسية .

تبرز في المخاوف المرضية خبرات الألم والمخاوف السابقة وبخاصة تلك التي
تحدث في سنوات الطفولة حيث تخضع لآلية الاشراف وللتمهيم . فقد
يسكره القربى الأبيض لخبرة طفولية سلبية مع قطة بيضاء لم تقصد إيقاع
الذي .

قد يستخدم الخوف لا شعوريا لتأدية وظيفة اجتماعية ، فالخوف مسن
القيام بفعل مشين وتجنبه يعني صاحبه من سوء تكييف اجتماعي معرض
له ويحمي علاقة ايجابية مفترضة مع الوسط المحيط وأخلاقه .

التقليد والمحاكاة والخوف بالعدوى أمور مدركة في تشخيص الخوف
المرض ، ومن المشكوك فيه ان نخاف فطريا من الورود أو من المصافير .
أو من الفتيات .

القلق نفسه يمد عاملا مسن عوامل الخوف والقلق ، وكلما تعرض المريض
لنوبات من القلق كلما اكتسب مخاوفا مرضية جديدة وتجنبه ، وأقفا إضافية .

اشكال المخاوف المرضية :

عرفت اشكال كثيرة ومتنوعة (تنوع علاقات الكائن الحي مع الموضوعات
البيئية) من المخاوف المرضية ، واحصيت عشرات الاشكال فيها وهي في تزايد

تورد بعضها على سبيل المثال مركزيين على ما يكثر تكراره في كتب السذوذ النفسي :

Acrophobia	... الخوف من الأماكن العالية
Agoraphobia	... الخوف من الأماكن المفتوحة
Ailurophobia	... الخوف من القطط
Aquaphobia	... الخوف من الماء
Astrophobia	... الخوف من الرعد والبرق
Claustrophobia	... الخوف من الأماكن المغلقة
Cynophobia	... الخوف من الكلاب
Hematophobia	... الخوف من الدم
Myaophobia	... الخوف من الجراثيم والعدوى
Monophobia	... الخوف من الوحدة
Ochlophobia	... الخوف من الحشد
Pyrophobia	... الخوف من النار
Xenophobia	... الخوف من الغرباء
Zoophobia	... الخوف من الحيوانات
Phobophobia	... الخوف من الخوف
Anthophobia	... الخوف من الزهور
Equinophobia	... الخوف من الجياد
Numerophobia	... الخوف من الأرقام

Noctiphobia

— الخوف من الظلام

Ophidiophobia

— الخوف من الأفاعي

School-phobia

— الخوف من المدرسة

Airplane-phobia

— الخوف من الطيران

يرتبط تنوع وتعدد أشكال المخاوف المرضية بتنوع وتمدد الامكنة أو الموضوعات التي شهدت خبرات الخوف الاولى بخاصة عندما يستطيع المضطرب ايجاد علاقة ارتباط بين الموقف والخوف ، في هذه الحالة سيصبح كل موقف بشري أم مادي (كان موجودا) محرضا ومثيرا لمخاوف المضطرب .

بعض حالات الخوف المرضي :

قبل أن نشرح بشيء من التفصيل بعض حالات الخوف المرضي الشائعة . دعنا عزيزي القارئ نطلع على حالة خوف مرضي أروع موضوع الخوف فيها المريض وسيطر عليه ، وأثر على مجرى حياته ، وحرمة من متع كان يتمتع بها ، فضلا عن حرمانه من القيام بدوره الكمي والنوعي في بيئته ومجتمعه . فما هو هذا الشكل من الخوف ؟ انه الخوف المرضي من الدجاج !! نعم من الدجاج ولتقرأ ما تقوله هيلين دوتش Dustch, H. عن هذه الحالة (٢٨٩-٢٩٠) :

ان الدجاج قلما كان موضع خوف السالي من الحيوان . اذ الكلاب والقطط بل الخيول ربما كانت أهم الحيوانات المستأنسة بعنا للخوف منها . يضاف لها بطبيعة الحال الحيوانات المفترسة التي تتحدث عنها الاساطير والتي تثير مشاعر الطفولة . وكذلك الزواحف كالشمايين والحيات ، والسكبيوت وسائر الحيوانات المنزوعة أو المنفردة التي تبعث (القرف) والاشمئزاز disgusting كالفئران والصراصير . . التي تثير شعورا بالفرع يتطور في بعض الحالات ليصبح قلقا مرضيا على شكل خواف .

أما الخوف من الدجاج hen phobia فهو حالة نادرة - أكثر ندرة من خواف الحمام أو الأرناب عند بعض الأثلاث نتيجة خسارة الخوف في الطفولة من ذبحها وسلخها - خصوصا وإن صاحب هذه الحالة ولد ونشأ في الريف ، وقد قضت عليه أصابته بالخوف من الدجاج في مهنته كمزارع ، وأجبرته على أن يتخلى لعدوه (الدجاج) عن مجال عمله وهو الحقل والزراعة لينشأ المخبأ والامن في المدينة . كما قضت عليه في تكوينه النفسي - الذي اتجه الى الشذوذ والانحراف بدلا من الاتجاه السوي الى حب الجنس الآخر :

كان المريض في العشرين من عمره عندما جاء الى الطيبة لتحلله . وكان قد جاء بصحبة أهله الذين أصرؤا على ضرورة علاجه التحليلي من انحرافه الى النرجسية narcissism - بمعنى أن يحب المرء في الشخص الآخر الشيء الذي يوجد فيه مثله . وكان المريض قد أخذ عليه أهله أنه - بدلا من أن يتجه للحب أو يفكر في الزواج - يتعلق بصحبه الشبان الظرفاء المتأقنين (بل المخنثين) الذين يشبهونه .

لم يتذكر المريض أنه في الخمس أو الست السنوات الاولى من العمر أصيب بمرض . ولعل ظهور اول اضطرابات عصابية في حياته إنما كان في فترة الكمون latency period (السن من السابعة الى قبيل البلوغ) ، ونتيجة لاحدى الصدمات : ففي أحد أيام الصيف الحارة ، كان مريضا في مقولته التي لا تزيد على سبع سنين يلعب مع أخيه في فناء الدار التي ولد بها ونشأ . وكان قد انكفأ على وجهه يلعب بشيء ما على الأرض في وضع الانحناء ، عندما قفز أخوه (الذي يكبره بعشر سنوات) على ظهره من الخلف ، وأمسكه بقوة من وسطه ، وصاح قائلا : « أنا الديك وأنت الدجاجة » . لا شك أن هذا الموقف لعب صبياني من جانب الأخ المراهق ، لكن ترتب عليه نزال بين الأخوين - لأن مريضا (الأصغر) رفض بأي ثمن أن يكون الدجاجة . ومع هذا فقد كان عليه أن يخضع للقوة من جانب أخيه الأكبر الذي كان يمسكه من وسطه محتضنا إياه من الخلف ، فلا يفعل إلا أن ينفجر في سورة غضب ودموع صارخا « لكنني لن أكون دجاجة » .

منذ ذلك الحين بدأت تنفيذ حرية صاحبنا في الحركة تقييدا كبيرا . لقد وجد نفسه مضطرا الى ان يتهرب من رؤية الدجاج - الامر الذي لم يكن ليسهل تحقيقه في بيت ريفي . وحتى ذلك الحين لم يكن الخوف من الدجاج في ذاته هو الذي يبعث فيه القلق والتمزع ، بل الخوف من هجمات أخيه السادية ، لانه ما من مرة ظهرت فيها دجاجة حتى يصبح به أخوه مميرا : « ها هو انت » - وبالتدريج تحول تجنب معايرات أخيه الى تجنب الدجاج ذاته الذي أصبح مرتبطا بشخصه .

وأخيرا أصبح خوفه من الدجاج بالذات . فاذا ما أراد أن يترك حجرتيه كان لا بد أن يسمعه من يحبس الدجاج في بيوتها ويسمع أن تظهر احداهما في طريقه أو تحت بصره . أما بدون هذه الاحتياطات الكاملة ، فانه لا يستطيع ان يعبروا على مفادرة حجرتيه . وحتى مع هذه الاحتياطات ربما جمل ينظر بقلق في كل ناحية حتى يستيقظ من أن ليس ثمة ما يشبه الدجاج فيما يقع عليه بصره . فاذا تصادف ان أبصر دجاجة أو ما يشبه الدجاجة أصابته نوبة قلق عنيفة . وقد ظل مقفيا عليه هكذا بتقييد حريته لمدة عامين اختفى بعدهما الخوف تماما . وظهر من التحليل أن شفاهه حيثما انما يرجع لتحقيق ارتجال أخيه عن البيت في ذلك الحين لاستكمال دراسته .

وفي سن البلوغ . كان من الصعب على صاحبنا ان يسلس قياده فبعد محاولة للوهجوم على مربيته الفرنسية من الخلف - أشبه بمحاولة أخيه معه في الماضي - أهدم الى المدرسة - حيث أقام مع أحد مدرسيه وتعلق احدهما بالآخر تعلقا شديدا . فلما عاد الى البيت في اجازته بعد شهر استسلم من جديد - وبعد مضي ست سنوات - للخوف الطفلي من الدجاج - ولم يكن طوال العطلة يعبروا على الخروج من غرفته .

وتعمقت الطيبة تحليل طفولة هذا المريض قبل ان يمر بهذه الصدمة . فبينما لها أنه كان أصغر منا بكثير من أخوته وأخواته الثلاثة - مما أجعلته أثير أمه his mother's pet المتعلق بأذيالها أينما سارت ، وخيشتا ذهبت ، واتضح أن الدجاج كان قد سبق له أن لعب في خيالاته الطفلية دورا هاما سبق في الرمان بسنين من خبرته مع أخيه : فقد كان من عادة أمه أن تعني عناية خاصة ببيت الدجاج

عندها . وكان الطفل يشارك بحماسة في أفعالها هذه ، ويستمع لكل بيضة جديدة تلتقطها أمه . وتسره خصوصا الطريقة التي تجس بها أمه الدجاجات لتؤكد من أنها تبيض بانتظام . وكان يحب أن تمرر أمه يدها على عجزه كما لو كانت تجسه ويطلب إليها في مرح أثناء استحمامه أن تجسه لترى ما إذا كان سيضع بيضة . بل لقد ذهب — وما يزال في المرحلة الاستية من نموه — إلى حد التحسك في برازه لينزل على شكل بيضات يتركها على الأرض ويدعو أمه لالتقاطها .

ثم يكن الأمل في علاج حالة تحليلية كهذه كبيرا جدا — نظرا لأن المريض يتقبل انحرافه ككامل قوة العقلية ولم يجيء للعلاج إلا تحت ضغط أسرته . على أن الطيبة تقول إن من العجب أن التحليل قد انتهى بشفاء المريض وانتقاله إلى حب الجنس الآخر ، وأنه — إذا صحت لمعلومات التي كانت تتلقاها عنه من وقت لآخر ، وما تدل عليه ظروف حياته الخارجية — فإنه يكون قد استقر في الجنسية الغيرية heterosexuality .

توضح الحالة أهمية الحياة الطفلية ودور الخبرات السابقة في اكتساب المخاوف المرضية . وهذه الحالة وإن كانت نادرة في موضوعها فإنها متشابهة في آلياتها مع الكثير من أشكال المخاوف المرضية الأخرى .

١ - المخاوف المرضية من الأماكن العامة (المفتوحة) Agoraphobia

إنها أشكال شديدة من المخاوف تسيطر على الفرد عندما يبحث نفسه في أماكن عامة واسعة ومفتوحة . وتؤدي إلى تقييد حركته وزيادة احساسه بالحاجة الماسة إلى من يرافقه ليمد يد العون له من خلال تواجده في تلك الأماكن وبخاصة تلك التي يتوقع صعوبة النجاة أو صعوبة الحصول على المساعدة عند الحاجة وحالما تداهمه مشاعر الخوف الحادة . يعود أصل كلمة Agoraphobia إلى الكلمة اليونانية (agore) التي تعني أمكنة السوق أو مواقع التجمعات الممرضة للأزديحام بالناس والحركة . وتستخدم اليوم (عند مجسها مع كلمة Phobia) للإشارة إلى قانسة بالوعة من المخاوف المرضية التي تستثيرها علاقة الفرد المرضية بالأماكن والوسائل

المامة . وتظهر على شكل عجز مؤقت أو دائم ، جزئي أو كلي في تعمل الفرد لوجوده بين المجموع ، أو خارج منزله (يعجز عن الوقوف في دور بالنظار الحصول على مساعدة ما ويرعبه تجاوز جسر لوجوده ويكون السفر بالطيارة مصيبة ما بعدها مصيبة) وتزداد معاقفه كلما ابتعد عن مجال اعتاد عليه ولا يحس بالأمان بعيدا عنه وليس بالضرورة أن يكون منزل المضطرب بأكمله صامعا لهذه الغاية وإنما قد ينحصر الأمر بفرقة واحدة فقط من المنزل

توجد هذه المخاوف على مستويات :

... خفيفة : تبقى حياة أصعب هذه المستويات عادية نسبيا مع وجود بعض أشكال السلوك التجنبي « مقاومة للمواقف التي تثير الخوف » . فطلي سبيل المثال يستطيع هؤلاء الذهاب إلى العمل أو إلى السوق عند الضرورة مع أنهم يحبذون أن يتم ذلك برفقة أحد . إذا يتجنبون التقليل بماردتهم ولكن ليس بشكل مرضي .

... متوسطة : يظهر السلوك التجنبي بوضوح ويؤدي إلى تقييد حياة المضطرب بشكل ما . فالفرد هنا يستطيع الخروج من المنزل ولكن بشكل مصحوب ودقيق وضمن مجال حيوي يضطر إذا ابتعد عنه لطلب المرافقة .

... شديدة : التجنب يبلغ أشده والعجز يطبق على الانشغال المضطرب ولا تنفع محاولاته المتكررة للخروج من منزله دون مرافقة .

تكشف نظم التصنيف عن إمكان وجود المخاوف المرضية عن الأماكن العامة مع نوبات الهلع الحادة Agoraphobia with Panic attack ويكفي لتشخيص هذه الحالة حدوث أربع نوبات خلال شهر واحد تتوفر فيها أربع من الأعراض التالية (على الأقل) : - صعوبة التنفس - الاحساس بالدوار وفقدان الوعي - النبض السريع - رجفان حركي - ترقق شديد - غصة وصعوبة في البلع - تعرق - تفكك الشخصية والاحساس باللاواقعية - الخوف من الموت - الغرق - فقدان السيطرة الذاتي أو الإصابة بالجنون .

ولكن يمكن أن توجد هذه المخاوف دون هجمات الهلع العادة
- Agrophobia Without Panic attack

٢ - الخوف الاجتماعي : Social Phobia :

يشير الخوف الاجتماعي الى وقوع المضطرب تحت تأثير مشاعر مرضية من
الخوف المستتار في حالات او مواقف اجتماعية محددة - الحالات التي يكون فيها
الفرد موضع ملاحظة من الآخرين - الخوف من تحمل المسؤولية تجنباً لما قد يأتي
به الفشل من ازدراء الناس واستهجانهم - الخوف من الحديث أمام المجموع -
الارتباك والاحساس بصعوبة البلع عند تناول الطعام بوجود الآخرين - عدم القدرة
على التبول في دورة مياه عامة - الرجفان عند الكتابة أثناء وجود الآخرين ..
الى ما هنالك من المخاوف التي يؤدي تجنبها والتأثر بها الى اعاقه النشاطات المهنية
والاجتماعية وتدمير علاقات الفرد مع محيطه - لا يساعد المريض ادراكه لعدم
عقلانية وواقعية مخاوفه في التخلص منها ولا بد من اخضاع الحالة الى دراسة تكشف
ما ترمز اليه المخاوف وما يقف وراءها من سمات شخصية او مواقف اجتماعية ..

٣ - الخوف من الاحتجاز :

خوف الاحتجاز هو الخوف من الاماكن المغلقة ، كصالات العرض السينمائي
والمسارح والمصاعد والسيارات المغلقة والقطارات ، الخ ..

يتخذ الفرد في حالة العرض السينمائي ، او في اي غرفة مغلقة مكاناً على مقربة
مباشرة من الباب ، وذلك كيما يكون بمقدوره ان يهرب على الفور اذا بدأ الذعر
مثال ذلك : ان السيدة س التي تعاني من خواف الاحتجاز تصاب بذهر مفاجئ
عنيف من المصعد ، أي أنها تصاب بذهر مفاجئ عنيف اذا وجدت في مصعد مطلق ..

يسكن ابنها وأولاده الصغار في الطابق الثامن من إحدى العمارات - فكانت
السيقة من تسلك السلم اذني ، وتتسلق الطواقب الثمانية هذه بمشقة - يبيت أوصها
لم تكن تفعل ذلك في كل مرة الا بعد ان تصطحب المصعد ، وتصارع أمام القنص
المكشوح ومحاولة ان تسيطر على ذعرها ..

وبالإضافة الى حصرها المضني ، يرى المرء أيضا دهشة المستأجرين الذين
يكشفون غرابة سلوكها .

أصبحت السيدة س ، فيما بعد بزم من قليل ، بمرض قلبي منعها الطبيب على
أثره من صعود عدة طوابق قلعها . وكانت السيدة س تبعد أولادها وأحفادها . ولكن
الخوف كان أقوى منها ، وهي لم تجرب أبدا أن تركب المصعد الذي يقودها الى
منزل ابنها الذي فهم وضعها وأرسلها الى عالم نفس .

يبين هذا المثال قوة الخوف المرضي . فلا شيء يستطيع إيقافه ، ومحاولة التغلب
عليه أمر يتصف غالبا بالصعوبة الفائقة .

وفي هذا المجال كذلك ، يعترف الفرد بلا عقلانية الاعراض ، ويحاول غالبا أن
يشرحها بذكرى حادث من الحوادث ، أو ضيق . أما من وجهة نظر التحليل النفسي ،
فإن رهاب الاحتجاز ذو صلة مستمرة مع الشعور بالدونية أو بالائم (١٧-١٣٨) .

٢ - الأفكار التسلطية والأفعال القهرية (العصر الفهري)

Obsessions and compulsions

١ - الأفكار التسلطية : Obsessions :

هي عبارة عن آراء وأفكار وتصورات اندفاعية تقضم وتفسزو ذهمن المريض
بشكل ملح ومتكرر وقسري ، لأمعنى لها وغالبا ما تكون مستهجنة وعدوانية مشل
التلفظ بجمل نائية وكلمات فاضحة ، أو تكرر فكرة الموت ، أو تكرر لفظة موسيقية
أو أغنية بمناسبة وبغير مناسبة - شعور الاب بالاندفاع المتكرر لقتل ابنه أو زوجته
- التفكير الملح بطبيعة الكون والعراع الفكري حول الأفكار الدينيوالاحادية . .
السخ .

هذه الأفكار ليست نادرة لدى الشخص السوي ولكنها تزول بسرعة عندما
يعمل بها عقله ومحاكمته . بينما وعلى الرغم من محاولات المرضى تجاهل أو حذف

أو إلغاء هذه الأفكار والاندفاعات بتجديدها أو دمجها مع أفكار أخرى فإنها تبقى
مثيرة لذهنه وخوفه تقاوم كل تدخل . وما يريد الأمر سوءا هو معرفة المرضى
لطبيعة أفكارهم اللاعقلانية وغير المنطقية ، وتأكدهم من مصدرها الداخلي أي أنها
نتاج شخصيات المرضى وأنماط تفكيرهم .

الأفكار التسلطية المقصودة هنا متميزة عن الأفكار التسي تنتجها اضطرابات
التغذية وغيرها .

ب - الأفعال القهرية :

غالبا ما تترافق الأفكار التسلطية بما يسمى الأفعال القهرية وهي عبارة عن
طقوس سلوكية يكررها المرضى بشكل لا ارادي وقسري ، وتشمل عادة كل المحاولات
التي يقوم بها الواقع تحت تأثير هذه الأفعال بقصد المقاومة والتصدي لها ، مع
معرفة بلا معقولة هذه الأفعال . والامثلة الشائعة عن الأفعال القهرية هي تكرار
التأكد من دقة ما قام به الفرد من سلوك كإعادة التأكد من إحكام إغلاق الباب أو مآخذ
الغاز أو صنوبر المياه أو عادة الاغتسال القسري ولرات عديدة عندما لا يكون ذلك
ضروريا - أو عد أعمدة الكهرباء أو أشجار الحديقة أو سلاله الأبنية . أو احترام
طقوس ارتداء الملابس والأحذية وأساليب الجلوس . الخ .

تؤثر كل من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية على علاقات الفرد بالآخرين
ويؤدي هدر الوقت الطويل في تنفيذ طقوس التسلط والقهر يوما إلى فقدان الكثير
من طاقات الفرد الانتاجية والاحساس بالذنب وما يعقبه من احساس بعدم الجدوى
والشاعسة .

العوامل في الأفكار التسلطية والأفعال القهرية :

تشارك أيضا العوامل هنا مع عوامل القلق بعامة . ويخدم غرضنا تلخيصها
بما يلي :

... يأخذ مفهوم الوراثة السلوكية إبعاده في طقوس التسلط والقهر التي يمارسها
المرضى . حيث الامكانية الطبية للتقليد والمحاكاة ، في ظل نظم محددة من التنشئة

الاجتماعية والنفسية ، وتشكل الطقوس الجمعية والثقافية والاسرية في التعامل مع القيم والظواهر الحياتية . مادة التعلم والاكتساب الرئيسية في أنماط السلوك القهري . الأفكار المتسلطة التي ينفذها الاسوياء بقدر ما والمضطربون بشكل متطرف ومرضي ، وتكون بمثابة ادوار مسرحية تنفذ على مسرح حياتي اجتماعي يتعلم منها الآخرون ويتمصون الاقرب منها الى حالاتهم النفسية وتاريخهم النمائي . وعلى سبيل المثال لا الحصر سنورد بعض هذه الطقوس .

٢ - طقوس الامن الاسري : المبالغة في اجراءات الامن المنزلي ، كالتأكد من احكام اغلاق الابواب والنوافذ ، وماخذ الغاز ، وكذلك التعليمات الصارمة المتكررة للابناء بشأن استخدام الات المطبخ وبخاصة الكهربائية منها . مثلما التعليمات المتعلقة بالتعامل مع زائري المنزل في غياب الاهل .

ب - طقوس الامن الصحي / قواعد النظافة المتطرفة ، الاغتسال المتكرر ، والاجراءات المبالغ بها تجاه العدوى المحتملة وكذلك المبالغة في توجيه التعليمات لاكتساب العادات الصحية في المأكول والمشرب والملبس .

ج - طقوس الامن المؤسسة على السحر والقيمية : استخدام الاحجية والرقيات ، والاعتقادات الشيعية (الاعتقاد بقوة شيء في دواء سوء معتدل) : حلوة حصان - خرز أزرق ، اخذية بالية ، تيمية من نوع ما ، فضلا عن قائمة من الاشياء والمعاني والحركات .

ان كل هذه الامور تشكل من وجهة نظرنا مسرحا حياتيا تدخل مفاهيمه وتصل برسائله اليانا نحن المشاهدين في سياق نمونا من الطفولة الاولى الى الشيخوخة الاخيرة وتعمل في عقولنا حتى تستقر وتكتسب وتنفذ مراميها .

(رزق المؤلف طفلا أثناء إحصائه العلمي في إحدى الدول الأوروبية . وحسب التقاليد الجميلة في مفسونها زارته وزوجته بهذه المناسبة إحدى العائلات العربية الكريمة والمثقة . وجمعت المناسبة بعض العائلات من جنسيات مختلفة ليكون الطفل

الوليد محور اللقاء فتناقلته أيادي الحضور العربية والاجنبية مع بعض كلمات الامراء
النييلة .. وماذا بعد ؟.. لفت انتباه المؤلف كومة صغيرة من أعواد الثقاب الخشبية
المحطمة مرمية في زاوية من المكان .. وعند السؤال تبين أنه حصاد العائلة الكريمة
الزائرة وقامت بذلك لتحمي الطفل من الميون الزرقاء التي كادت أن (تأكل الطفل
حسب رأيها) .. شكر المؤلف العائلة الكريمة وبدأت عملية تنظيف لمخرجات ملقوس
قسري من طقوس كثيرة فمارسها نحن أبناء البشر بنض النظر عن جنسياتنا ولأبصتنا
الثقافية) وهذا ما عنيانا به الارث الثقافي أو مسرح الحياة الجمعي .

— أما شخصية ما قبل المرض (الشخصية القسرية) فالها بما لديها من استعداد
ومن أنماط عيش ثابتة تجعلها مرتبة جامدة مطيعة وحساسة تعمل للآخرين أكثر مما تعمل
لذاتها ويغلب عليها عشق تنفيذ الاوامر . تعد عاملا مساعدا لتبني النظام القسري
بشكل أو بآخر . والشخصية القسرية هي أساسا نتاج تربية صارمة شديدة تكبت
بصرف النظر عن الحاجة .

— كما أن استخدام الطقوس القهرية للتخلص من التوتر الناتج عن المعاج تلك
الطقوس يشكل عاملا اضافيا من عوامل القسر عندما يمد إثابة تبرز بالتكرار .

— أما بشأن عامل الوراثة الجينية فهناك من يحدد نسبة ٣٠٪ بالمئة تقريبا
لهذا العامل نتيجة دراسات يقولون أنها أجريت على الاخوة والاخوات وعائلات
المرضى .

— ربطت فيزيولوجيا بعض حالات التسلط ونمو الجهاز العصبي وقد ظهر ذلك
أثناء تخطيط دماغ هؤلاء كهربائيا . كما استنتج أنفسار هذا الاتجاه من أشكال
التسلط والقسر الطفلية التي توجد لدى الاطفال قبل نضج جهازهم العصبي
ما يؤيد اتجاههم .

— وتبقى العوامل النفسية هي المرشح الاول للقيام بالبور الابرز في اكتساب
طقوس التسلط والقسر وفق آلية كبت للاندفاعات الغرائزية وتلك المرتبطة بمحاجات
النمو المختلفة .

يعقب هذه الآلية نشاط لا شعوري له الصبغة الكبيرة في اختيار الطريق المناسبة للظهور وفي حالة التسلسل أو القهر يعتمد لغة الرموز والسرالية النفسية .

بعض أشكال الافعال القهرية (٥٧-٥٢-٦)

١ - التكرار القسري : Repetitive compulsive Behaviour

ان العمل المتكرر الذي يقدم عليه الانسان لا يعد مظهرا مرضيا الا اذا أصبح هذا التكرار يشكل عائقا في تكيف صاحبه ويسبب له القلق أو الصراع أو التعطيل الكامل أو الجزئي نحو العمل والانتاج .

قربة البيت التي تلج في عملية التأكد من أن أبواب البيت ونوافذه مغلقة ، ومن أن مسابير الماء والغاز محكمة وأن الاطفال في أسرهم هادئين . ان عملية التأكد هذه كل مساء وكل يوم يدل على الحاج هذه السيدة على تكرار هذا العمل بشكل منظم كما قد يدل على عدم اطمئنانها الشخصي الا أنها لا يمكن بحال من الاحوال أن نجد هذا السلوك على أنه نوع من الافعال القهرية المرضية . بل يعد نوعا من الحيطة والعذر والحرص المطلوب .

أما السيدة المفرطة في حذرها والمبالغة في حرصها والتي تذهب المرة تلو المرة لاعادة النظر على كل شيء فعلته يساورها القلق ويشتريها الشك ويتابها الوهم حول وقوع الخطأ أو النقص من جراء عدم القيام ببعض الافعال لدرجة تصبح هذه الامور لديها عبئا ثقيلا يقلق الراحة ويقض المضجع الى أن تصبح غير قادرة على مقاومة تكرارها بسبب هذا القلق المتزايد ففي هذه الحالة يعد التكرار القسري نوعا من السلوك المرضي .

الهام في الامر أن التكرار القسري تعبير عن عدم الاطمئنان العام أو عن الزيبة والشك والشعور بالدونية أو الشعور بالنقص والبحث عن التعويض ومثال عليها: الفتاة التي كان يتابها نوبات من الغضب بسبب تسلسل بعض الافكار عليها حيث كانت تشعر بنوافع قوية تدفعها لفضل يابها رغم ما أصاب اليدين من التهابات

حادة مزمنة ودراسة تاريخ الحالة تبين أن الصعوبات تمتد الى فترة الطفولة فقد كان لها أخ أصغر منها محبوبا من قبل أفراد الأسرة وكانت هسي الى جانبها تشعر أنها منبوذة غير مرغوب فيها ، وفي سن المراهقة وقعت هذه الفتاة بالخطيئة وبدأت تشعر بالآثام والذنب الامر الذي جعلها تكثر من غسل يديها وكان هذا الغسل المستمر بمثابة تطهير ما بنفسها من الآثام الداخلي المصنونة داخلها وكان هذا التكرار بمثابة تعويض للنقص والشعور بالآثام والخطأ الذي ارتكبه .

٢ - الأفعال القسرية المتتابعة : Serial compulsions

هو أن يقوم المريض بسلسلة من الأفعال بشكل متتابع لا يحالفه وينفذ بدقة وإذا ما حاول تغييره أو مخالفته فإنه يشعر بضيق شديد وقلق بالغ لا يزول إلا بتنفيذ تلك الأفعال المتتابعة .

وهذا ما نجده لدى بعضهم في ارتداء أو خلع الملابس فسان هؤلاء يخفضون لنظام رتيب لا يخالفونه فالعذاء الايمن مثلا لابد أن يلي قبل اليسر ولا يحصل المسألة الرياضية إلا بعد التدخين ولا يخط رسالة إلا ويغالبه فزعان القهوة ، ولا يغادر المنزل إلا بعد الاستحمام وهكذا . وقد تتخذ هذه الأفعال نظاما صارما لدى المريض لدرجة تسفل فعاليته وتبطل مواعيده وتمرقل سير حياته .

٣ - النظام القسري : Compulsive orderliness

أما النوع الثالث من الأفعال القسرية فهو اتباع نظام معين لا يستطيع المصاب أن يعيد عنه وغالبا ما تكون هذه النظم خاصة في الأمور الحياتية اليومية .

فالمريض يرتب كتبه في مكتبته وملابسه في خزانته بشكل معين أو بشكل خاص به أما اذا حدث أي انحراف عن الوضع المرسوم فإن الشخص يشعر بقلق زائد حتى أنه لا يستطيع النوم .

ويدخل في هذا النوع أيضا الأفعال القسرية المتعلقة بالتدقيق الشديد في إدارة المنزل أو تألم ربات البيوت من الزوار عندما يهركون قطع الاثاث .

٤ - الوهم أو المستعر القسري :

ان التفاؤل والتشاؤم يدفعان المرء الى الاقدام أو الاحجام من كثير من الامور في حياتنا اليومية بدرجة قوية ولعل عملية الاشراف أو الوهم الاقتراضي تلعب دورا هاما في تشكيل هذا النوع من السلوك الوهمي القسري .

حكيم من الناس الذين يعتقدون في الاحبة والرقيات . فهذا طالب لا يدخل الامتحان الا اذا كانت بجيبه (تميمة) . وذلك أخسر لا يحسن في الامتحان الا اذا ارتدى قميصا أحمر . وهناك بعضهم الآخر من يؤمن أنه مجرد ترتيب جملته أو ذكر عبارة تمد خطوة هامة قبل البدء في أداء أي عمل من الاعمال .

ان هذا السلوك الوهمي المبني على عملية الاشراف أو الربط الاقتراضي يجعل المرء يعتقد أو يتوهم أن هذه الاسباب هي أسباب أو شرط لحدوث الفعل مع أنه في واقع الحال لا يوجد رابطة سببية بينهما . فيضيل الى ذهن المصاب هذا الارتباط والاقتران السببي وان لم تكن ثمة أية رابطة عقلية في الواقع ، يقول (النزالي) في هذا الصدد أن المشاهدات التي تتراوى لنا في الواقع تظهر استمرار هذا الارتباط أمامنا بظهور السببية والتأثير وان لم تكن ثمة أية رابطة حقيقية في واقع الحال حيث ألب الانسان في حياته نظام الوسائط والاسباب وأصبح خياله لا يتصور الامور الا منوطة ببقدماتها ووسائلها .

فاذا حمل طالب تميمة معه الى الامتحان مثقالا بها وأحسن في الامتحان فان هذه العبارة ستجعله أميل الى حمل التميمة الى امتحانه القادم ، فاذا تكرر نجاحه جعله هذا أميل الى الربط بين حمل التميمة والنجاح وبالتالي أميل الى حملها الى كل امتحان يجتازه .

ان الكثير من معتقدات الانسان ليس فيه الامور السحرية فحسب بل في الطب والمهارات المختلفة والافعال القسرية قد تكونت شوائبة على مثل هذا التعلل الخرافي (الوهمي) ويكتسب الانسان السلوك الخرافي هذا اما بالخيبة أو قللا حسن الناس الآخرين أو عن طريق العدسة .

٥ - الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع (السيكوباتية) :

تسر الاعمال السيكوباتية بالأفعال القسرية التي تلج على المريض القيام بها وتنفيذها ومن بين هذه الأفعال :

(أ) - السرقة القسرية : ومثال عليها حالة الطفل الذي كان حريصا على سرقة النظارات وسرقة أشياء تافهة ولا قيمة لها لا يبني من وراءها الربح . ولكنه ينفذها قسرا .

وكذلك السيدة الغنية التي تقوم بسرقة أشياء تافهة من المعامل التجارية التي ترتادها وعندما تضبط السيدة متلبسة بالسرقة فإن المنيحل يمتريها وتشعر بالخسري والعار وهي لا تستطيع أن تقدم تفسيرا لسلوكها إلا أنها مدفوعة دفعا لا تستطيع مقاومة دوافعها .

(ب) - اشغال العرائق : ويقوم بها من يسر باشغال العرائق فيكثر من هذا الأمر مرضا الناس لاخطر واضمة واللاف لملكاتهم وتبين أن هذا المريض لا يشغل العرائق للاضرار ولا يشغلها من أجلها ذاتها ولكنه يبني التعبير عن اللذة الجنسية الأولى التي اقترنت في ذهنه اقترانا شريطيا .

(ج) - الفيتشية القسرية :

وهو الافراط والمبالغة في حب ممتلكات المحبوب أو ما يتعلق به ومن الأمثلة المعروفة على الفيتشية : عاشق الأحذية (والجوارب القتيقة) ، عاشق الالبسة الداخلية ، عاشق الضفائر وعاشق النظارات وغير ذلك .

ويكثر هذا المرض النفسي بين الرجال الذين يجمعون أشياء تثيرهم جنسيا ، فإذا وجد المريض منديلا ما فلا بد من أن يترعه ويحصل عليه وكذلك الحال بالنسبة للشعر أو النظارات أو العذاء فلا بد للمريض من أن يستولي على مثل هذه الأشياء ومعظم هذه الحالات تعد من الانحرافات الجنسية .

د) - وثمة مجموعة أخرى من الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع يمثل الرجال فيها النصيب الأكبر من الإصابات . هذا النوع من الانحرافات يتمثل في التطلع الجنسي والتأمل في جسم الشخص من الجنس الآخر وفي استعراض الجسم دون حجب وفي التلصص واستراق السمع .

٤ - اضطراب (قلق) ما بعد الصدمة - Post-traumatic stress Disorder

اضطراب من اضطرابات القلق، عاش صاحبه تجربة سلبية صادمة ، وتكسب قوة هذه الصدمة خارج إطار مظاهر الحياة الانسانية المألوفة ، فوعي بشدتها استقرار وتوازن من يقع تحت تأثيرها قليلا أو كثيرا ، على سبيل المثال :

تهديد خطير لحياة الفرد أو لأسرته أو لأطفاله أو للمقربين جدا منه . فقدان المنزل بشكل مباغت ، مشاهدة شخص يموت بحادث عنف أو تحت التهديد .

هذه الصدمات كما هو معروف في أدبيات الشذوذ النفسي لا تنتهي آثارها بسهولة ، بل على العكس فقد ترافق الإنسان طوال حياته بما تنطوي عليه من قلق وخوف واضطرابات أخرى وتعود هذه الصدمة أو تلك لتؤثر على صاحبها من خلال :

١ - ذكريات الصدمة الاليمة التي تعود لتغزو وعي وأحاسيس الفرد (يميل الأطفال ملقوس الصدمة من خلال اللعب) .

٢ - أحلام مزعجة مكررة حول حيثيات الصدمة .

٣ - وقوع الفرد تحت تأثير أنماط سلوك شبيهة بتلك التي رافقت الصدمة . انه بشكل أو بآخر إعادة عيش التجربة الصادمة .

٤ - آلام وضغوط نفسية مكثفة ورمزية عند مرور ذكرى الصدمة .

يعبر المصاب عن القلق من خلال محاولة تجنب المثيرات التي اقترنت بالصدمة

ويطال التجنب الأفكار والاحساسات التي رافقت الصدمة ، والنشاطات التي تذكر بها . وعن طريق التعرض التي فقدان الذاكرة نفسي المنشأ ، وكذلك خفض الاهتمامات المتعلقة بالنشاطات ذات الصلة بالصدمة (بعد الصدمة يتراجع الطفل الصغير عن تعلم عدد من المهارات كان قد تعلمها - فسيان اللغة - أو السير بعد أن يكون قد بدأ جيداً بها) . وتنامي الاحساس بالاضطراب أو الابتعاد أكثر فأكثر عن الآخرين ، ويتجلى التجنب أيضاً بفقدان المقدرة على خوض تجارب الحب ، وتبلغ مظاهر التجنب ما بعد الصدمة أوجها عندما يحس المريض بانقطاع صلته مع مستقبله كاعتقاده بأنه لن ينجح باكتساب مهنة ، أو لن يستطيع الزواج والانجاب بل لن تكتب له الحياة طويلاً .

كما تظهر على قلق ما بعد الصدمة أعراض أخرى مثل الأرق وصعوبات النوم - صعوبات في التركيز - استجابات حسية مبالغ بها - نشاطات فيزيولوجية مضطربة وبخاصة أمام المواقف التي تذكر بالصدمة .

من بين ما يلزم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة استمرار بعض هذه الأعراض لمدة شهر على الأقل .





ملحق رقم (١)

لتصنيف منظمة الصحة العالمية (Who)

للاضطرابات العقلية والسلوكية

I C D . 10 , 1991

الاضطرابات العقلية العضوية ، بما فيها الاضطرابات الامراضية (ذات العلاقة بأعراض)

Organic Including Symptomatic Mental Disorders

الخرف في مرض الزهايمر :

Dementia in Alzheimer Disease

الخرف الباكر في مرض الزهايمر (النوع ٢) .

Dementia in Alzheimer Disease With Early Onset

الخرف المتأخر في مرض الزهايمر (النوع ١) .

Dementia in Alzheimer Disease With Late Onset

الخرف في مرض الزهايمر ، النوع الانمطي او المختلط .

Dementia in Alzheimer Disease A Typical or Mixed Type

(٦٨ - ٢٣ وما بعدها)

Unspecified

غير محدد .

Vascular Dementia

الخرف الوعائي .

Vascular Dementia of Acute Onset

الخرف ذو البداية الحادة .

Multi-Infact (Predominantly Cortical) Mementia

الخرف الوعائي متعدد الاحتشاءات (القشري في الاغلب) .

Subcortical Vascular Dementia

الخرف الوعائي تحت القشري .

Mixed Cortical and Subcortical Vascular Dementia

الخرف الوعائي القشري وتحت القشري المختلط .

Other

اخرى .

Unspecified

غير محددة .

Dementia in Diseases Classified Elsewhere

الخرف من امراض مصنفة في مكان اخر

Dementia in Picks Disease

الخرف في مرض « بك »

Dementia in Creutzfeldy Disease

الخرف في مرض « جاكوب - كروتشفيلد » .

Dementia in Huntington Disease

الخرف في مرض « هنتنغتون » .

Dementia in Parkinson Disease

الخرف في باركنسون (الشلل الرعاش) .

الخرف في امراض اخرى مصنفة في مكان اخر .
Dementia in Other Diseases Classified Elsewhere

الخرف غير المحدد
Unspecified Dementia

بدون امراض اضافية .
Without Additional Symptoms

امراض اخرى اساسا هيلالية .
Other Symptoms, Predominantly Delusional

امراض اخرى اساسا هلوسية
Other Symptoms, Predominantly Hallucinatory

امراض اخرى اساسا اكتئابية .
Other Symptoms, Predominantly Depressive

امراض مختلطة اخرى .
Other Mixed Symptoms

زهايمر الانساقفة العصبوية (الزهيمر العصبوية لفقد الذاكرة) ، بخلاف
المحدث بالكحول او العقاقير

Organic Amnesic Syndrome-Other Than Induced By Alcohol and Drugs

الهذيان (البطارح) ، بخلاف المحدث بالكحول او العقاقير
Delirium Other Than Induced By Alcohol and Drugs

هذيان غير مضاف الى خرف .
Delirium Not Superimposed on Dementia

الهذيان مضاف الى خرف .
Delirium Superimposed on Dementia

اخرى
Other

غير محددة
Unspecified

• الاضطرابات الأخرى الناتجة عن أمراض أو اختلالات عضوية أو أمراض بدنية .

Other Mental Disorders Due to Brain Disease and Dysfunction and to Physical Disease

الهلاوس العضوية
Organic Hallucinosia

اضطراب التشنج العضوي
Organic Catatonic Disorder

اضطراب الضلالة العضوي أو الاضطرابات شبه الفصامية العضوية .
Organic Delusional (Schizophrenia - Like) Disorder

الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية
Organic Mood (Affective) Disorders

اضطراب هوس عضوي
Organic Manic Disorder

اضطراب ثنائي القطب عضوي
Organic Bipolar Disorder

اضطراب اكتئاب عضوي
Organic Depressive Disorder

اضطراب وجداني مختلط عضوي
Organic Mixed Affective Disorder

اضطراب القلق العضوي
Organic Anxiety Disorder

اضطراب انشقاق عضوي
Organic Dissociative Disorder

اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغير) أو (الاضطراب الوهن العضوي) .

Organic Emotionally Labile (Asthenic) Disorder

- ١٠٠ اضطراب معرفي خفيف الشدة
Mild Cognitive Disorder
- ١٠١ آخرى
Other
- ١٠٢ غير محددة
Unspecified
- ١٠٣ الاضطرابات الشخصية والسلوكية الناتجة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي بالغ .
Personality and Behavioral Disorders Due to Brain Disease, Damage and Dysfunction
- ١٠٤ اضطراب الشخصية الشخصية المعنوي
Organic Personality Disorder
- ١٠٥ زملة ما بعد التهاب الدماغ
Postencephalitic Syndrome
- ١٠٦ زملة ما بعد ارتجاج المخ (زملة ما بعد الإصابة المخية العضوية)
Postconcussional Syndrome (Post Traumatic Organic Brain Syndrome)
- ١٠٧ آخرى
Other
- ١٠٨ غير محددة
Unspecified
- ١٠٩ الاضطرابات العقلية العضوية أو عصبية ، غير محددة .
Unspecified Organic or Symptomatic Mental Disorders
- ١١٠ الاضطرابات العقلية والسلوكية الناتجة عن استخدام مواد نفسانية ادمانية
Mental and Behavioural Disorders Due to Psychoactive Substance USE
- ١١١ الاضطرابات الناتجة عن استخدام الكحول
Disorders Resulting From USE of Alcohol
- ١١٢ الاضطرابات الناتجة عن استخدام مشتقات الأفيون
Disorders Resulting From USE of Opioids

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش
Disorders Resulting From USE of Cannabinoids

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات
Disorders Resulting From USE of Sedatives or Hypnotics

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين
Disorders Resulting From USE of Cocaine

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها مادة الكافيين)
Disorders Resulting From USE of Other Stimulants (Inc. Caffeine)

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (الهالوسينات)
Disorders Resulting From USE of Hallinogens

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين
Disorders Resulting From USE of Tobacco

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة
Disorders Resulting From USE of Volatile Solvents

— الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة واستخدام مواد أخرى
نفسانية الفعالية

Disorders Resulting From Multiple Drug USE and USE of Other Psychoactive Substances

— التسمم الحاد
Acute Intoxication

Uncomplicated	بدون مضاعفات
With trauma or Other Bodily Injury	المصحوب بإصابة أو أي جروح جسمية أخرى
With Other Medical Complications	المصحوب بمضاعفات طبية أخرى
With Delerium	المصحوب بهذيان
With Perceptual Disturbance	المصحوب بتشوهات إدراكية
With Coma	المصحوب بغيربوسة
With Convulsions	المصحوب بتشنجات
Pathological Intoxication	التسمم المرضي
Harmful USE	استخدام مؤذ (التماطي)
Dependence Syndrome	زملة الاعتقاد
Currently Abstinent	حاليا ممتنع
Currently Abstinent But in A Protected Environment	حاليا ممتنع ، ولكن في بيئة آمنة
Currently on A Clinically Supervised Degime	حاليا على نظام ثابت مراقب أكلينيكي

حاليا ممتنع ولكن يعالج بمقاوم منفرة او (عاقلة)	-
Currently Abstinent But Under Treatment on Aversive or Blocking Drugs	
حاليا يستخدم العقار	-
Currently Using The Substance	
استخدام مستمر	-
Continuous USE	
استخدام نواحي	-
Episodic USE	
حالة انسحاب	-
Withdrawal State	
بدون مضاعفات	-
Uncomplicated	
مع تشنجات	-
With Convulsions	
حالة انسحاب مع هذيان	-
Withdrawal State With Delirium	
بدون تشنجات	-
Without Convulsions	
مع تشنجات	-
With Convulsions	
اضطراب ذهني	-
Psychotic Disorder	
مثل التسمم	-
Schizophrenia Like	
ضلالي في الغلبه	-
Predominantly Delusional	

- ماركوس في أغلبه
Predominantly Hallucinatory
- متعدد الشكل في أغلبه
Predominantly Polymorphic
- أمراض اكتئابية في أغلبه
Predominantly Depressive Symptoms
- أعراض ماركوس في أغلبه
Predominantly Manic Symptoms
- مختلط
Mixed
- زلزال النسيان (فقد الذاكرة) المترتبة على كحول أو عقار
Alcohol and Drug Induced Amnesic Syndrome
- الاضطراب المتبقي والذهاني متأخر البداية المترتب على كحول أو عقار
Alcohol and Drug Induced Residual and Late Onset Psychotic Disorder
- الارتجاجات الزمنية
Flashbacks
- اضطراب الشخصية أو السلوك
Personality or Behaviour Disorder
- اضطراب ذهاني متبقي
Residual Affective Disorder
- اضطراب مترتب على كحول أو عقار
Alcohol and Drug Induced Dementia
- خلل معرفي مستمر آخر
Other Persisting Cognitive Impairment
- اضطراب ذهاني متأخر البداية
Late Onset Psychotic Disorder

اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على كحول أو عقاقير	...
Other Mental and Behavioural Disorders Induced by Alcohol and Drugs	
اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على كحول أو عقاقير	...
Unspecified Mental and Behavioural Disorder Induced by Alcohol and Drugs	
الفصام ، والهذات فصامية الطابع واضطرابات السلالة (الاستثنائية)	...
Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders	
الفصام	...
Schizophrenia	
الفصام البارنوي (الزوراني) (الضلالي)	...
Paranoid Schizophrenia	
فصام البلوغ (الراهقة)	...
Hebephrenic Schizophrenia	
الفصام الكتاتوني (التصلبي أو التخشبى أو الجامودي)	...
Catatonic Schizophrenia	
الفصام غير المميز	...
Undifferentiated Schizophrenia	
اكتئاب ما بعد الفصام	...
Post Schizophrenic Depression	
الفصام المتبقى	...
Residual Schizophrenia	
الفصام البسيط	...
Simple Schizophrenia	
أخرى	...
Other	
الفصام غير المحدد	...
Unspecified	

Pattern of Course	نمط المسار
Continuous	متصل
Episodic With Progressive Deficit	في نوبات معدل التدهور متزايد
Episodic With Stable Deficit	في نوبات معدل التدهور متزايد
Episodic Remittent	نوبات تحسن
Incomplete Remission	نوبة واحدة ، بعدها تحسن غير كامل
Complete Remission	تحسن كامل
Other	أخرى
Period of Observation Less Than One Year	فترة الملاحظة أقل من سنة واحدة
Schizotypal Disorder	اضطراب فصامي الطابع
Persistent Delusional Disorders	اضطرابات الضلالة المستمرة
Delusional Disorder	اضطراب الضلالة
Other	اضطرابات ضلالة مستمرة أخرى
Unspecified	غير محددة

اضطرابات ذهانية حادة وعابرة
Acute and Transient Psychotic Disorders

اضطراب ذهاني حاد (بدون أمراض فصام)
Acute Psychotic Disorder Without Symptoms of Schizophrenia

غير مصاحب بـكرب حاد
Without Associated Acute Stress

مصاحب بـكرب حاد
With Associated Acute Stress

اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أمراض فصام)
Acute Polymorphic Psychotic Disorder With Symptoms of Schizophrenia

غير مصاحب بـكرب حاد
Without Associated Acute Stress

مصاحب بـكرب حاد
With Associated Acute Stress

اضطراب ذهاني حاد مثل الفصام
Acute Psychotic Disorder Like Schizophrenia

غير مصاحب بـكرب حاد
Without Associated Acute Stress

مصاحب بـكرب حاد
With Associated Acute Stress

اضطراب ذهاني حاد آخر ، خلافاً لـي الاغلب
Other Acute Predominantly Delusional Psychotic Disorder

غير مصاحب بـكرب
Without Associated Stress

مصاحب بـكرب
With Associated Stress

Other

أخرى

Unspecified

غير محددة

Induced Delusional Disorder

اضطراب فصلي مدته (الجنون المشاخر)

Schizoaffective Disorders

اضطرابات النفسام الوجداني

Schizoaffective Disorder, Manic Type

اضطراب النفسام الوجداني ، نوع الهوس

Schizoaffective Disorder, Depressive Type

اضطراب النفسام الوجداني ، نوع الاكتئاب

Schizoaffective Disorder, Mixed Type

اضطراب النفسام الوجداني ، نوع مختلط

Other

أخرى

Unspecified

غير محددة

Other Nonorganic Psychotic Disorders

اضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى

Unspecified Nonorganic Psychosis

ذهان غير عضوي غير محددة

Bipolar (Affective) Disorders

اضطرابات المزاج (الوجداني)

Manic Episode

نوبة هوس

Hypomania

هوس متفرد (الهوس)

Mania Without Psychotic Symptoms	هوس بدون أعراض ذهانية
Mania With Psychotic Symptoms	هوس مع أعراض ذهانية
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Bipolar Affective Disorder	اضطراب وجداني ثنائي القطب
Current Episode Hypomanic	النوبة الحالية هوس خفيف الشدة
Current Episode Manic Without Psychotic Symptoms	النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية
Current Episode Manic With Psychotic Symptoms	النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية
Current Episode Mild or Moderate Depression	النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة
Without Somatic Symptoms	اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة بدون أعراض بدنية
With Somatic Symptoms	اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية
Current Episode Severe Depression without Psychotic Symptoms	النوبة الحالية اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية
Current Episode Severe Depression With Psychotic Symptoms	النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية

Current Episode Mixed	١٠٠ - النوبة الحالية مختلطة
Currently in Remission	١٠٠ - حاليا في تحسن
Other	١٠٠ - أخرى
Unspecified	١٠٠ - غير محددة
Depressive Episode	١٠٠ - نوبة اكتئابية
Mild Severity	١٠٠ - شفيفة الشدة
Without Somatic Symptoms	١٠٠ - بدون أعراض بدنية
With Somatic Symptoms	١٠٠ - مع أعراض بدنية
Moderate Severity	١٠٠ - متوسطة الشدة
Without Somatic Symptoms	١٠٠ - بدون أعراض بدنية
With Somatic Symptoms	١٠٠ - مع أعراض بدنية
Severe Depressive Episode Without Psychotic Symptoms	١٠٠ - نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية
Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms	١٠٠ - نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية
Other	١٠٠ - أخرى

Unspecified	غير محددة
Recurrent Depressive Disorder	اضطراب اكتئابي متكرر
Current Episode Mild Severity	النوبة الحالية خفيفة الشدة
Without Somatic Symptoms	بدون أعراض بدنية
With Somatic Symptoms	مع أعراض بدنية
Current Episode Moderate Severity	النوبة الحالية متوسطة الشدة
With Somatic Symptoms	مع أعراض بدنية
Current Episode Severe Without Psychotic Symptoms	النوبة الحالية شديدة بدون أعراض ذهانية
Current Episode Severe With Psychotic Symptoms	النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية
Currently in Remission	حاليا في ремисион
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Persistent Moods (Affective) Disorders	اضطرابات مزاجية مستمرة

Cyclothymia	المزاج الثنائي
Dysthymia	عسر المزاج
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Other Mood (Affective) Disorders	اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى
Mixed Affective Episode	نوبة وجدانية مختلطة
Other Current Recurrent Mood Disorders	اضطرابات وجدانية متكررة أخرى
Recurrent Brief Depressive Disorder	اضطراب اكتئاب متكرر قصير الأمد
Other Specified	أخرى محددة
Unspecified Mood (Affective) Disorder	الاضطرابات وجدانية غير محددة
Neurotic, Stress Related And Somatoform Disorders	الاضطرابات العصبية والمرتبطة بالتوتر والجسدية الشكل
Phobic Anxiety Disorder	اضطرابات القلق الرهابي
Agoraphobia	رهاب الساحة (الغلاء)

Without Panic Disorder	بدون اضطراب الهلع
With Panic Disorder	مع اضطراب الهلع
Social Phobias	الرهاب الاجتماعي
Specific (Isolated) Phobia	الرهاب المحدد (المنفرد)
Other	اخرى
Unspecified	غير محددة
Other Anxiety Disorders	اضطرابات قلق اخرى
Panic Disorder	اضطراب الهلع (القلق التوابي الدوري)
Generalized Anxiety Disorder	اضطراب القلق العام
Mixed Anxiety & Depressive Disorder	اضطراب القلق والاكتئاب المختلط
Other Mixed Anxiety	اضطرابات قلق مختلط اخرى
Other	اخرى
Unspecified	غير محددة

اضطراب الوسواس القهري
Obsessive Compulsive Disorder

أساساً أفكار ووسوس واجترارات
Predominantly Obsessional Thoughts or Ruminations

أساساً أفعال قهرية (طقوس حركية)
Predominantly Compulsive Acts (Obsessional Rituals)

أفكار وأفعال وسواسية مختلطة
Mixed Obsessional Thoughts and Acts

أخرى محددة
Other Specified

أخرى
Other

غير محددة
Unspecified

اضطرابات انشقاقية (تحويلية)
Dissociative (Conversion) Disorders

فقدان الذاكرة الانشغافي (أو النساوة الانشقاقية)
Dissociative Amnesia

الشرود الانشقافي
Dissociative Fugue

الشلل (السيبات) انشقافي
Dissociative Stupor

اضطرابات القشبية والتبس (الامتصاص - المس)
Trance and Possession Disorders

اضطرابات الحركة الانشقاقية
Dissociative Motor Disorders

Dissociative Convulsions	التشنجات الانشقاقية
Dissociative Anesthesia And Sensory Loss	الخدر وفقدان الاحساس الانشقاقى
Mixed Dissociative (Conversion) Disorders	اضطرابات انشقاقية وتحويلية مختلطة
Other	اخرى
Ganser Syndrome	زمنلة جانسر
Multiple Personality Disorders	تعدد الشخصيات
Transient Dissociative (Conversion) Disorders Occurring in Childhood or Adolescence	اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة والمراهقة
Other Specified	اخرى محددة
Unspecified	غير محددة
Somatoform Disorders	اضطرابات جسدية تشبهية الشكل
Somatization Disorder	اضطراب الجسدنة
Undifferentiated Somato-Form Disorders	اضطراب جسدي الشكل غير مميز
Hypochondriacal Disorder	اضطراب قوسم المرض

اضطراب وظيفي جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي	...
Somatoform Autonomic Dysfunction	
القلب والجهاز القلبي الوعائي	...
The Heart and Cardiovascular System	
الجهاز الهضمي العلوي	...
The Upper Gastrointestinal Tract	
الجهاز الهضمي السفلي	...
The Lower Gastrointestinal Tract	
الجهاز التنفسي	...
The Respiratory System	
الجهاز البولي والتناسلي	...
The Urogenital System	
اضطراب الام جسدي الشكل المستمر	...
Persistent Somatoform Pain Disorder	
أخرى	...
Other	
غير محددة	...
Unspecified	
اضطرابات عصبية أخرى	...
Other Neurotic Disorders	
الوهن العصبي (زلة التعب)	...
Neuroasthenia (Fatigue Syndrome)	
زلة اختلال الانية والعالم الخارجي (تبدد الشخصية والواقعية)	...
Depersonalization Derealization Syndrome (Disorder)	
أخرى محددة	...
Other Specified	

Unspecified

غير محددة

الترملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بيئية

Behavioural Syndromes Associated With Physiological Disturbance
and Physical Factors

Eating Disorders

اضطرابات الأكل

Anorexia Nervosa

فقدان الشهية العصبي

A Typical Anorexia Nervosa

فقدان الشهية العصبي غير النمطي

Bulimia Nervosa

الظور (الشرء) العصبي

A typical Bulimia Nervosa

الظور العصبي غير النمطي

فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى

Overeating Associated With Other Psychological Disturbance

القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى

Vomiting Associated With Other Psychological Disturbances

Other

أخرى

Unspecified

غير محددة

Nonorganic Sleep Disorders

اضطرابات النوم غير العضوية

Nonorganic Insomnia - الارق غير العضوي

Nonorganic Hypersomnia - فرط النوم غير العضوي

Nonorganic Disorder of the Sleep Wake Schedule - اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوي

Sleepwalking - السير أثناء النوم

Sleep Terrors - فزع النوم

Nightmares (Dream Anxiety) - كوابيس (قلق المنام)

Other - أخرى

Unspecified - غير محددة

Sexual Dysfunction not Caused by Organic Disorders or Disease - العسر الوظيفي الجنسي غير السبب به مرض أو اضطراب عضوي

Lack or Loss of Sexual Desire - افتقار أو فقدان الرغبة الجنسية

Sexual Aversion and Lack of Sexual Enjoyment - البغض أو القبح أو عدم الاستمتاع الجنسي

Sexual Aversion - كره الجنسي

Lack of Sexual Enjoyment - عدم الاستمتاع الجنسي

Failure of Genital Response	- فشل الاستجابة الجنسية
Orgasmic Dysfunction	- عسر النشوة الجنسية الوظيفي
Premature Ejaculation	- القذف المبكر
Nonorganic Vaginismus	- التقلص المهبل غير العضوي
Nonorganic Dyspareunia	- عسر الجماع غير العضوي
Excessive Sexual Drive	- زيادة الدافع الجنسي
Other	- أخرى
Unspecified	- غير محددة

xx الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس - غير مصنفة في مكان آخر .

Mental and Behavioural Disorders Associated With Puerperium Not Classifiable Elsewhere

- اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان آخر

Mild Mental Disorders Associated With Puerperium Not Classifiable Elsewhere

- اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان آخر

Severe Mental Disorders Associated With Puerperium Not Classifiable Elsewhere

Other - أخرى

Unspecified - غير محددة

Psychological or Behavioural Factors Associated with Disorders or Diseases Classified Elsewhere - عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر

Psychological or Behavioural Factors Associated with Disorders or Diseases Classified Elsewhere

Abuse of Nondependence Producing Substances - سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد

Abuse of Nondependence Producing Substances

Antidepressants - مضادات الاكتئاب

Laxatives - ملينات

Analgesics - مسكنات

Antacids - مضادات الحموضة

Vitamins - فيتامينات

Steroids or Hormones - الهرمونات والستيرويدات

Specific Herbal or Folk Remedies - أعشاب محددة أو علاجات شعبية

Other - أخرى

Unspecified - غير محددة

... زعزعات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي،
هي متعددة

Unspecified Behavioural Syndromes Associated with Physiological Disturbances and Physical Factors

... اضطرابات الشخصية والسلوك الراشدين

Disorders of Adult Personality and Behaviour

... اضطرابات الشخصية المحددة

Specific Personality Disorders

... اضطراب الشخصية البارانويدية

Paranoid Personality Disorder

... اضطراب الشخصية ما قبل الفصامية

Schizoid Personality Disorder

... اضطراب الشخصية ذات الغلل الاجتماعي

Dissocial Personality Disorder

... اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا

Emotionally Unstable Personality Disorder

... النوع الاندفاعي

Impulsive Type

... النوع الحدي

Borderline Type

... اضطراب الشخصية الهستيرية

Hysterionic Personality Disorder

... اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسية القهرية)

Anankastic (Obsessive Compulsive) Personality Disorder

... اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية)

Anxious (Avoidant) Personality Disorder

اضطراب الشخصية الاعتمادية
Dependent Personality Disorder

اخرى
Other

غير محددة
Unspecified

اضطرابات شخصية أخرى ومختلطة
Mixed And Other Personality Disorder

اضطرابات الشخصية المختلطة
Mixed Personality Disorders

تغير دائم في الشخصية ليس مرجعه الى جسيم او مرض بالغ
Enduring Personality Change Not Attributable to Gross Brain Damage
or Disease

تغير دائم في الشخصية بعد تجربة فاجعة
Enduring Personality Change After Catastrophic Experience

تغير دائم في الشخصية بعد مرض طبى نفسي
Enduring Personality Change After Psychiatric Illness

اخرى
Other

غير محددة
Unspecified

اضطرابات العادة والانفعال
Habit And Impulsive Disorder

Pathological Gambling	المقامرة المرضية
Pathological Fire Setting (Pyromania)	اشعال الحرائق المرضي (هوس الحريق)
Pathological Stealing (Kleptomania)	السرقه المرضية (هوس السرقة)
Trichotillomania	هوس نتف الشعر
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Gender Identity Disorders	اضطرابات الهوية الجنسية
Transsexualism	التحول الجنسي
Dual Role Transvestism	تحول الزى ثنائي الدور
Gender Identity Disorder of Childhood	اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Disorder of Sexual Preference	اضطرابات الموضوع الجنسي

Petishism	... الفتيشية (الذكورية أو التوتين)
Fetshistic Transverstism	... تحول الزى الفتيشي
Exhibitionism	... الاستعراض الجنسي (الاستعراض)
Voyeurism	... التطلع الجنسي (لذة المشاهدة)
Paedophilia	... حب الاطفال الجنسي
Sadomasochism	... الماسوكية ... السادية
Multiple Disorders of sexual Preference	... اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي
Other	... أخرى
Unspecified	... غير محددة
Psychological And Behavioural Disorders Associated with Sexual Development and Orientation	... اضطرابات نفسية ، سلوكية مصاحبة للتطور الجنسي والتوجه الجنسي
Sexual Maturation Disorder	... اضطراب النضوج الجنسي
Ego Dystonic Sexual Orientation	... توجه مثقل للانا
Sexual Relationship Disorder	... اضطراب العلاقة الجنسية

٣٩٤ اضطرابات أخرى في الارتقاء النفسي

Other

غير محددة

Unspecified

جنسية غيرية

Heterosexuality

جنسية مثلية

Homosexuality

جنسية ثنائية (مزدوجة)

Bisexuality

٣٩٥ اضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين

Other Disorders of Adult Personality And Behaviour

المبالغة في أمراض جسمية لأسباب نفسية

Elaboration of Physical Symptoms for Psychological Reasons

الاختلاق أو التظاهر القسدي بأمراض أو عجز ، إما جسدي أو نفسي (اضطراب التمسع)

Intentional Production of Symptoms or Disabilities Either Physical or Psychological

اضطرابات أخرى معينة في شخصية وسلوك الراشدين

Other Specified

اضطراب في شخصية وسلوك الراشدين ، غير محدد

Unspecified Disorder of Adult Personality And Behaviour

التخلف العقلي

Mental Retardation

تخلف عقلي خفيف الشدة
Mild Mental Retardation

تخلف عقلي متوسط الشدة
Moderate Mental Retardation

تخلف عقلي شديد
Severe Mental Retardation

تخلف عقلي جسيم
Profound Mental Retardation

تخلف عقلي آخر
Other Mental Retardation

تخلف عقلي غير محدد
Mental Retardation Unspecified

أخرى
Other

غير محددة
Unspecified

اضطرابات النمو (الأرقاء النفسية)
Disorders of Psychological Development

الاضطرابات النمائية معينة في الكلام واللغة
Specific Developmental Disorders of Speech And Language

Specific Speech Articulation Disorder	اضطراب نطق الكلام المحدد
Expressive Language Disorder	اضطراب التعبير اللغوي
Receptive Language Disorder	اضطراب الاستقبال اللغوي
Acquired Aphasia With Epilepsy (Landau Kleffner Syndrome)	الحبسة المكتسبة مع الصرع
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Specific Developmental Disorders of Scholastic Skills	اضطرابات نمائية محددة في المهارات الدراسية
Specific Reading Disorder	اضطراب قراءة محدد
Specific Spelling Disorder	اضطراب الهجاء المحدد
Specific Disorder of Arithmetical Skills	اضطراب محدد في المهارات الحسابية
Mixed Disorder of Scholastic Skills	اضطراب مختلط في المهارات الدراسية
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة

الاضطراب النمائي المحدد في وظيفة الحركة
Specific Developmental Disorder of Motor Function

الاضطراب النمائي متعدد مختلف
Mixed Developmental Disorder

الاضطرابات النمائية منتشرة (شاملة)
Pervasive Developmental Disorders

ذاتوية الطفولة
Childhood Autism

لا نمطية (غير نموذجية)
Atypical

زمله رت
Rett Syndrome

اضطراب تطوري آخر في الطفولة
Other Childhood Distintegrative Disorder

اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية
Overactive Disorder Associated with Mental Retardation and Stereotypal Movements

زمله اسبرجر
Asperger Syndrome

اخرى
Other

غير محدد
Unspecified

الاضطرابات النفسية الأخرى في النماء النفسي
Other Disorders of Psychological Development

الاضطراب النفسي غير المحدد
Unspecified Disorder of Psychological Development

اضطرابات سلوكية وعاطفية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة (والاضطراب عقلي غير محدد)

Behavioral and Emotional Disorders With Onset Usually Occurring
In Childhood and Adolescence (and Mental Disorder Unspecified)

اضطراب فرط الحركة

Hyperkinetic Disorders

اختلال النشاط والانتباه

Disturbance of Activity And Attention

اضطراب المسلك (الجناح) مفرط الحركة

Hyperkinetic Conduct Disorder

أخرى

Other

غير محددة

Unspecified

اضطرابات المسلك (الجناح)

Conduct Disorders

اضطرابات المسلك (الجناح) المقصر على إطار العائلة

Conduct Disorder Confined to the Family Context

اضطرابات المسلك (الجناح) غير المتوافق اجتماعيا

Unsocialized Conduct Disorder

اضطراب المسلك (الجناح) المتوافق اجتماعيا

Socialized Conduct Disorder

اضطراب المعارضة المتعدية

Oppositional Defiant Disorder

أخرى

Other

Unspecified	غير محددة
Mixed Disorders of Conduct and Emotions	اضطرابات المختلطة في المسلك (الجناح) والانفعالات
Depressive Conduct Disorder	اضطراب المسلك (الجناح) الاكتئابي
Other	أخرى
Unspecified	غير محددة
Emotional Disorders with Onset Specific to Childhood	اضطرابات الانفعالات ذات البداية المحددة في الطفولة
Separation Anxiety Disorder of Childhood	اضطراب قلق الانفصال في الطفولة
Phobic Anxiety Disorder of Childhood	اضطراب القلق الرهابي في الطفولة
Social Anxiety Disorder of Childhood	اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة
Sibling Rivalry Disorder	اضطراب التنافس مع الاخوة
Unspecified	أخرى
Disorders of Social Functioning with Onset Specific to Childhood and Adolescence	غير محددة
Elective Mutism	اضطرابات الاداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة او المراهقة
Reactive Attachment Disorder of Childhood	الخرس الانتقائي
Disinhibition Attachment Disorder of Childhood	اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة
Other	اضطراب التعلق غير المكبوت في الطفولة
Unspecified	أخرى
	غير محددة

Tic Disorders

اضطرابات اللوازم

Transient tic Disorder

اضطراب اللوازم العابر

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

اضطراب اللوازم الحركية أو الصوتية المزمن

اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زمله توريت)

Combined Vocal And Multiple Motor Tic Disorder (De La Tourette Syndrome)

أخرى

Other

غير محددة

Unspecified

اضطرابات سلوكية وعاطفية أخرى تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة

Other Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring in Childhood and Adolescence

Nonorganic Enuresis

سلس البول اللاإرادي غير العضوي

Nonorganic Encopresis

سلس البراز اللاإرادي غير العضوي

Eating Disorder in Infanc and Childhood

اضطراب الأكل في البداية أو الطفولة

Pica of Infancy and Childhood

الببكا (وحم الطعام غير الطبيعي) (الوحم)

Stereotyped Movement Disorder

اضطراب الحركة النمطية

Stuttering

التلعثم (التهمة)

Cluttering

القلقلة في الكلام

Other

أخرى

Unspecified

غير محددة

Unspecified Mental Disorder

اضطراب عقلي ، غير محدد

المصادر والمراجع

- ١ - أونيل . و.م. بدايات علم النفس الحديث : ترجمة شاكِر عبد الحميد سلسلة الملة كتاب دار الشؤون الثقافية - بغداد - ط ١ - ١٩٨٧ .
- ٢ - سيد اسماعيل . عزت . انهيار العقل في مرض الفصام - وكالة المطبوعات الكويت ط ١ - ١٩٨٤ .
- ٣ - الدباغ . فخري . اصول الطب النفسي دار الطليعة بيروت ١٩٨٣ .
- ٤ - كمال . علي . فصام العقل ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر بيروت ١٩٨٦ .
- ٥ - ياسين مطوف . محمود . علم النفس العيادي . دار العلم للملايين ١٩٨٦ .
- ٦ - علي الحاج . فائل محمد . الامراض النفسية - ١ - المكتب الاسلامي . بيروت ١٩٨٧ .
- ٧ - محمد مودة محمد - كمال ابراهيم مرسى - الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام - دار القلم - الكويت ١٩٨٦ .
- ٨ - شيلدون . كاشدان - علم نفس الشواذ - ترجمة احمد عبد الميزر سلامة - دار الشروق بيروت ١٩٨٤ .
- ٩ - عباس . فيصل . اشكالات المعالجة النفسية - دار المسيرة - بيروت ١٩٨٤ .
- ١٠ - ابرنك . الحقيقة والوهم في علم النفس . ترجمة قدرى حفي رزوف نظمي - دار المعارف ١٩٦٦ .

١١- والتر ج. كوفيل وآخرون ، علم نفس الشواذ ، ترجمة محمود الريادي ، دار النهضة العربية ١٩٦٨ .

١٢- A Lexicon of Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis - EDIED BY JESSICA KUPER NEW YORK LONDON 1988

١٣- رزوقي ، أسعد ، موسوعة علم النفس - المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت ١٩٧٧ .

١٤- راجع ، أحمد عزت ، أصول علم النفس - دار القلم بيروت ١٩٦٨ .

١٥- الحفني ، عبد النعم ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي مكتبة مدبولي - القاهرة ١٩٨٧ .

١٦- بدوي ، أحمد زكي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان - بيروت ١٩٨٦ .

١٧- العيسوي ، عبد الرحمن ، الصحة النفسية والعقلية - دار النهضة العربية للطباعة والنشر - بيروت ١٩٩٢ .

١٨- Lagache D. - L'unité de la Psychologie, P. U. F. 1979.

١٩- سيد اسماعيل ، عزت ، علم النفس التجريبي ، وكالة المطبوعات الكويت ، بدون تاريخ .

٢٠- نوتكات ، برنارد ، سيكولوجية الشخصية - ترجمة صلاح مخيمر وعبد مهيئيل رزقي - الانجلو المصرية ١٩٥٩ .

٢١- Freud. S. Introduction ala Psychanalyse, Payot, 1981 .

٢٢- روكلاين - الناهج في علم النفس ترجمة علي مقلد - المنشورات العربية ١٩٧٩ .

٢٣- جوليان ، روتر ، علم النفس الاكلينيكي - ترجمة عطية محمود هنادار الشروقي ١٩٨٤ .

٢٤- ريتشارد . س. لازاروس . الشخصية . ترجمة سيد محمد غنيم دار الشروق .
بيروت ١٩٨٢ .

٢٥- Saad Ali - Psicología profunda y sus Aplicaciones Terapeuticas
Actuales. Universidad del Salvador - Bs. As. 1992 .

٢٦- Jürgen Kriz - Corrientes fundamentales en Psicología, Buenos Aires
1990.

٢٧- Rank Otto - El Trauma del nacimiento Bs. As. Paidós. 1992

٢٨- Klein Melaine - Obras Completas Bs. As. - Paidós 1980.

٢٩- Winicot D. Transitional object. and transitional Phenomen. 1951

٣٠- Winicot D. Realidad y Juego - Editorial Gedisa Barcelona - Espana -
1991.

٣١- Spitz René, El primer año de vida del niño - Fondo de Cultura
Económica - Cuarta Ed. Argentina 1955

٣٢- Bailly René, Lacan y la Alteridad, Revista Todo el mundo PSI, Publi-
cation Periodica, Julio - Año 3. No. 10. 1991.

٣٣- حب الله . مدنان . التحليل النفسي من فرويد الى لاكان مركز الانماء القومي
- بيروت ١٩٨٨ .

٣٤- Rogers Carl, Psicoterapia centrada en el cliente, Paidós - Bs. As.
1975.

٣٥- محمد ، علي . تحقيق الذات ودوره في صحة الشباب النفسية ، جريدة تشرين
دمشق تاريخ العدد ١٩٨٦/٧/٨ .

٣٦- جورج ام غازدا وآخرون . نظريات التطم ... دراسة مقارنة ترجمة علي
حسين مصباح سلسلة عالم المعرفة (٧٠) المجلس الوطني للثقافة والفنون
والاداب . الكويت - اكتوبر ١٩٨٣ .

٣٧- باترسون . س. هـ . نظريات الارشاد والعلاج النفسي . ترجمة حامد عبيد
المميز الفقي . دار القلم . الكويت . ١٩٨١ .

٣٨- الشرفاوي . انور محمد . التعلم ، نظرياته وتطبيقاته . دار البحوث المالية
الكويت ١٩٨٧ .

٣٩- Ellis A. Humanistic Psychotherapy : The racional - emotive approach,
New York - Julian Press - 1974.

٤٠- Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders, New York
International Universities Press - 1976.

٤١- Bandura, A. Principles of behavior modification, New York : Holt,
Reinhart and Winston, 1969.

٤٢- Mahoney, M. J. Cognition and behavior modification. Cambridge,
Massachusetts : Ballinger, 1974.

٤٣- Young, J. E. Terapia cognitiva en pacientes dificiles y en trastornos de
Personalidad - Conferencia 7ª. Congreso Nacional de Psicologos
Clinicos, Santiago de Chile, 1988.

٤٤- الطيب ، محمد عبد الطاهر . تيارات جديدة في العلاج النفسي دار المعرفة
الجامعية - اسكندرية ١٩٨٩ .

٤٥- Patterson C. H. Teorias del Counseling y Psicoterapia - Editorial
Descles de Brouwer, S.A. Bilbao 1979.

٤٦- الشطي ، عدنان عبد الكريم . سيكولوجية العلاقات الاسرية - جامعة الكويت
١٩٨٨ .

٤٧- فنتار فايز . الامومة نحو العلاقة بين الطفل والام سلسلة عالم المعرفة (١٦٦)
- المجلس الوطني للفنون والاداب - الكويت ١٩٩٢ .

٤٨- Journal of Abnormal Psychology - American Psychological Association
- Vol 100 - No 3 , 1991.

٤٩- Millon, T. - Toward a new personology an evolutionary model - New
York - wely interscienca 1990.

٥٠- دسوقي . كمال . علم الامراض النفسية . دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ١٩٧٤ .

٥١- Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. Classification of mental disorders, in H Kaplan & B. Sadock (Eds) Comprehensive textbook of psychiatry (vol. 1) pp 591-613-Baltimor : 1985.

٥٢- Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders - DSM - III - American Psychiatric Association, 1980.

٥٣- World - health organization. Glossary of mental disorders and Guid to their Classification for use conjunction with the international Classification of diseases, 8th Reveision Geneva, Who - 1974.

٥٤- Akiskal. H. S. The Classification of mental disorders - in H Kaplan & Bsadock (Eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry (vol 1.), 5th ed 583 - 589. Valtimor Williams & Wilkins.

٥٥- الوديعي . محمود هاشم . مدخل الى الطب النفسي وعلم النفس المرضي - دار الحوار اللاذقية ١٩٨٦ .

٥٦- Hinsie, Cleland E, & Campel (Robert J.) Psychiatric Dictionary Oxford University Press - 1960.

٥٧- Lawrence C. Kolb, Noyes Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., Oxford Publishing Co., Calcutta, Bombay & New Delhi, 1968, (٥.).

٥٨- الرفاعي . نعيم ، الصحة النفسية . دراسة في سيكولوجية التكيف منشورات جامعة دمشق ١٩٨٦ .

٥٩-Brown (J - F) & Menenger (Karl A.) The Psychodynamics of abnormal behaviour, Mac Graw-Hill Co., Ist India Reprint. 1969, (50).

٦٠- علم النفس ومبادئه من فرويد الى الاكلان . ترجمة وجيد اسعد . وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية ، ١٩٨٥ .

٦١- عكاشة . احمد . الطب النفسي المعاصر . دار المعارف القاهرة : ١٩٦٩ .

٦٢- الشرقاوي . مصطفى خليل . علم الصحة النفسية . دار النهضة العربية - بيروت ١٩٨٣ .

٦٢- أبو حجلة . نظام . الطب النفسي في الرعاية الصحية الأولية منشورات الجامعة
الأردنية - عمان ١٩٨٨ .

٦٤- A. V. Petrovsky and Yaroshevosky A Concise Psychological Dictionary,
progress publishers, Moscow, 1985.

٦٥- سعد . علي . سليم نعام . الشخصية السوية والانتاج دمشق ١٩٩٣ .

٦٦- الزراد . فيصل محمد خير . الامراض المصاحبة والذهانية والاضطرابات
السلوكية . دار القلم - بيروت ١٩٨٤ .

٦٧- بير . دافيد . الانتصارات المدهلة لعلم النفس الحديث القسم الاول . ترجمة
وجيه احمد - منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية ١٩٨١ .

٦٨- عكاشة ، احمد . الطب النفسي المعاصر « طبعة مزيّدة ومنقحة » مكتبة الانكوار
المصرية ١٩٩٢ .

٦٩- يعقوب . سعد . المستيريا، دراسة في اليات التلاؤم النفسي سلسلة الطب النفسي،
دار الوقبة - دمشق . بدون تاريخ .

٧٠- دافيد . ف . شيرمان . مرض القلق ترجمة عزت شعلان عالم المعرفة (١٢٤)
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت ١٩٨٨ .

المفكر

٣	مؤلف من المقدمة
٥	الفصل الأول - الشذوذ من منظور تاريخي (دينامية المفهوم)
٥	- الشذوذ من منظور تاريخ (دينامية المفهوم)
٩	- التلبس الشيطاني والاضطراب السلوكي
١٢	- طبيعة الاضطرابات السلوكية
٢٣	- الاتجاه المعنوي
٢٥	- الاتجاهات السيكولوجية والاجتماعية
٣٥	الفصل الثاني - علم الشذوذ النفسي
٣٩	- العلوم المتصلة بعلم الشذوذ النفسي
٤٢	- بين السوية والشذوذ
٤٢	- الاطار المرجعي الاجتماعي - الثقافي
٤٣	- الاطار المرجعي الذاتي
٤٤	- الاطار المرجعي الكمي الاحصائي
٤٥	- الاطار المرجعي الانساني
٤٦	- الاطار المرجعي الباثولوجي
٤٧	- نمو مشروع اطار تكاملي لتحديد السلوك الشاذ

٥١	الفصل الثالث - الفلسفة المنهج في علم السلوك النفسي
٥٢	- النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية في علم النفس
٥٦	- المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي (العيادي)
٥٧	- المنهج التجريبي
٥٧	- المتغيرات المستقلة
٥٨	- المتغيرات التابعة
٥٨	- صعوبة التجريب على الانسان
٥٩	- المنهج الاكلينيكي
٦٢	- ما تقدمه التجريبية الى الاكلينيكية
٦٢	- ما تقدمه الاكلينيكية الى التجريبية
٦٣	- مجالات التعاون بين المنهجين
٦٩	الفصل الرابع - العوامل في السلوك النفسي
٦٩	- عوامل مهئية
٦٩	- عوامل مساعدة او معيولة
٧٠	- عوامل نفسية
٧٠	- عوامل بيولوجية
٧٠	- عوامل اجتماعية ثقافية
٧٠	- عوامل داخلية
٧٠	- عوامل خارجية
٧١	- المدخل الوراثي
٧٢	- المدخل البيوي التكويني
٧٦	- المدخل النفسي
٩٤	- المدخل المهني على التعلم
١٠٢	- نظرية التعلم الاجتماعي

١٠٧	... نظرية التعزيز والارشاد النفسي (دولارد ... ميلار)
١١٧	... الفصل الثاني ... المواد في الشذوذ النفسي
١١٩	... المدخل المعرفي
١٢٠	... المدخل البيئي
١٢٤	... المدخل الاجتماعي ... الثقافي
١٤٧	... الفصل السادس ... التصنيف والإعراض
١٤٧	... التصنيف في علم الشذوذ النفسي
١٤٨	... مفهوم التصنيف
١٥١	... أنظمة التصنيف
١٦١	... الأمراض
١٦١	... أعراض المظهر
١٦٢	... أمراض اضطرابات اللغة
١٦٣	... أمراض الاضطرابات المعرفية العقلية
١٦٤	... أمراض اضطرابات الإدراك
١٦٦	... أمراض اضطرابات التفكير
١٧٠	... أمراض اضطرابات المحاكاة
١٧٢	... أمراض اضطرابات الذاكرة
١٧٤	... أمراض الاضطرابات الانفعالية
١٧٧	... الأمراض الحركية
١٧٨	... أمراض اضطراب الإرادة
١٨١	... أمراض اضطراب النوم
١٨٢	... أمراض السلوك الفلاني المضطرب
١٨٣	... أمراض اضطراب السلوك الجنسي
١٨٤	... أمراض السلوك الضد اجتماعي

الفصل السابع : الفصام

١٨٧	... مفهوم الفصام
١٩١	... العوامل في الفصام
١٩١	... الوراثة
١٩٣	... الشخصية (الشخصية الفصامية)
١٩٦	... الاضطرابات النفسية العصبية
٢٠٠	... العوامل البيوكيميائية
٢٠٣	... العوامل البيئية - الاجتماعية - الاسرية
٢٠٤	... العوامل السيكولوجية
٢٠٧	... الامراض في الفصام
٢١٤	... تصنيف الفصام
٢٢٠	... اشكال الفصام
٢٢٠	... الفصام البسيط
٢٢١	... فصام المراهقة
٢٢٦	... الفصام غير المنظم
٢٢٧	... الفصام التخشبي
٢٣٠	... فصام البارانونيا (الزور)
٢٣١	... الفصام الكامن
٢٣٢	... الفصام غير المتميز
٢٣٢	... الفصام المتبقن
٢٣٣	... الفصام الحالم
٢٣٣	... فصام الطفولة
٢٣٣	... الفصام الوجداني
٢٣٤	... الفصام اللطيف
٢٣٤	... تناذر كابجراس
٢٣٤	... تناذر كورنار
٢٣٤	... ذهان لاتا

٢٣٥	... ذهان امولد
٢٣٥	... ذهان الكودو
٢٣٥	... ذهان وبيكو
٢٣٦	... مروت القودو
٢٣٩	... الفصل الثامن ... البارانونيا
٢٣٩	... تاريخية المصطلح
٢٤٢	... تحديد المفهوم
٢٤٥	... انماط البارانونيا
٢٤٦	... النمط الشهواني
٢٤٦	... النمط الاعتدادي ... نمط المصلحة
٢٤٦	... نمط الضربة
٢٤٦	... النمط الانعطافي
٢٤٧	... النمط الجسدي
٢٤٧	... النمط غير النوعي
٢٤٧	... اضطرابات البارانونيا المعادة
٢٤٨	... البارانونيا الممتدة
٢٤٨	... اضطرابات البارانونيا المشتركة
٢٤٨	... العوامل في البارانونيا
٢٤٨	... العوامل الوراثية
٢٤٩	... العوامل السيكولوجية والاجتماعية
	... الفصل التاسع ... الاضطرابات الوجهانية الانفعالية
٢٥٦	... الاكتئاب
٢٥٨	... عوامل الاكتئاب
٢٥٨	... العامل الوراثي
٢٥٩	... العوامل التنكسية

٢٥٩	— العوامل العضوية والكيميائية
٢٦٠	— العوامل النفسية والبيئية
٢٦٢	— أمراض الاكتئاب
٢٦٤	— أشكال الاكتئاب
٢٦٥	— الاكتئاب العصبي
٢٦٦	— الاكتئاب الذهاني
٢٦٨	— الاكتئاب البسيط
٢٦٨	— الاكتئاب الحاد أو الشديد
٢٦٨	— الاكتئاب الذهولي
٢٦٦	— الاكتئاب الهالج
٢٦٦	— الاكتئاب المنع
٢٦٦	— الاكتئاب الهادي
٢٧٠	— حالة اكتئاب وتطبيق فينومينولوجي
٢٧٢	— الهوس
٢٧٢	— مفهوم الهوس
٢٧٢	— أمراض الهوس
٢٧٤	— أشكال الهوسي
٢٧٥	— الهوس الخفيف أو تحت الهوس
٢٧٥	— الهوس الحاد
٢٧٦	— الهوس الهلثي
٢٧٦	— الهوس المزمن
٢٧٦	— حالات هوس مع تقديم وتطبيق
٢٧٩	— الاضطرابات الوجدانية المشتركة — ثنائية القطب —
٢٨٠	— الهوس ثنائي القطب
٢٨٠	— الاكتئاب ثنائي القطب
٢٨٢	— الفصل العاشر — الاضطرابات الجسدية

٢٨٢	- اضطرابات مشوه الشكل (خوف مرضي من مشوه الشكل)
٢٨٢	- اضطرابات الجسدية
٢٨٣	- امراض اضطرابات الجسدية
٢٨٣	- امراض هضمية معوية
٢٨٣	- امراض الاشم
٢٨٤	- امراض القلب والرئة
٢٨٤	- امراض التحول
٢٨٥	- امراض جنسية
٢٨٦	- المراق (توهم المرض)
٢٨٦	- العوامل في المراق
٢٨٨	- الالم ذو المصدر النفسي
٢٨٩	- اضطراب التحول (مصاب الهستيريا النمط التحولي)
٢٩٠	- اضطرابات جسمية غير مميزة
٢٩٥	- الفصل العاشر - الاضطرابات التفكيرية (الهستيريا)
٢٩٥	- الاضطرابات التفكيرية
٢٩٧	- مفهوم الهستيريا
٢٩٩	- العوامل في الهستيريا
٢٩٩	- العوامل الوراثية
٣٠٠	- العوامل الفيزيولوجية
٣٠١	- العوامل النفسية
٣٠٢	- العوامل الاسرية والاجتماعية
٣٠٤	- اشكال الهستيريا
٣٠٤	- الهستيريا التفكيرية - اضطرابات التفكير
٣٠٤	- الهستيريا التحولية - اضطرابات التحول
٣٠٥	- امراض الهستيريا - امراض الاضطرابات التفكيرية والتحولية

٢٠٥	... امراض التلخك - اشكال التلخك
٢٠٦	... تعداد لشخصية
٢٠٦	... الشروود او الشجوال نفسي المنشأ
٢٠٧	... فقدان الذاكرة نفسي المنشأ
٢٠٨	... تعداد الشخصية
٢٠٩	... نسبة العته الهستيري (زملة جانسر)
٢١٠	... امراض التحول - اشكال التحول
٢١٠	... فقدان الاحساس الجليدي
٢١٠	... الهوى الهستيري
٢١١	... التصميم الهستيري
٢١١	... امراض اضطرابات الطاقة العنكية
٢١٢	... التسلسل
٢١٢	... اللقمة الهستيرية (مصوبة البلم)
٢١٤	... اللزلة المصيبة (الرضة)
٢١٤	... الاربعاض الهستيري
٢١٥	... التهيج الهستيري
٢١٧	... امراض اضطرابات الطاقة العنوية
٢١٧	... الصمداع
٢١٧	... المنيان أو القوي الهستيري
٢١٨	... العمل الكاذب
٢١٨	... فقدان الشهية العصبي
٢١٩	... السعال الهستيري
٢١٩	... البرود البتسي والام الجماع الجنسي
٢٢٥	... الفصل الثاني عشر - اضطرابات التناسل
٢٢٠	... العراجل في اضطرابات القلق
٢٢٠	... العواجل الورالية والفيلولوجية

٢٣٢	... العوامل النفسية
٢٣٥	... العوامل البيئية والاجتماعية
٢٣٦	... فئات اضطرابات القلق
٢٣٦	... القلق المرضي
٢٤٣	... حالات القلق المرضي وتطوره
٢٤٣	... نوبات الهلع المعاد
٢٤٤	... القلق، السلام
٢٤٤	... الخوف المرضي
٢٤٦	... العوامل في المخاوف المرضية
٢٤٦	... أشكال المخاوف المرضية
٢٤٨	... بعض حالات الخوف المرضي
٢٥١	... المخاوف المرضية من الأماكن العامة (المتوحشة)
٢٥٣	... الخوف الاجتماعي
٢٥٣	... الخوف من الاحتجاز
٢٥٤	... الأفكار التسلطية والأفعال القهرية
٢٥٤	... الأفكار التسلطية
٢٥٥	... الأفعال القهرية
٢٥٥	... العوامل في الأفكار التسلطية والأفعال القهرية
٢٥٨	... بعض أشكال الأفعال القهرية
٢٥٨	... التكرار القسري
٢٥٩	... الأفعال القسرية المتناوبة
٢٥٩	... النظام القسري
٢٦٠	... الوهم أو السحر القسري
٢٦١	... الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع
٢٦٢	... اضطراب (قلق) ما بعد الصدمة الشاذة
	... ملحق رقم (١)
٢٦٥	... تصنيف منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية والسلوكية
٤٠١	... المساند والمراجع
٤٠٧	... الختم

