



# مفصل إبي الطب النفسي

## وعالم النفس المرضي

الدكتور

محمود هاشم انودرني



Bibliotheca Alexandrina



0146978



مدخل إلى الطب النفسي  
وعلم النفس المرضي

\* د. محمود هاشم الودرني :

مدخل إلى الطب النفسي

وعلم النفس المرضي

\* الطبعة الأولى ١٩٨٦

\* جميع الحقوق محفوظة

\* التنضيد الضوئي

مؤسسة التنضيد التصويري - دمشق ص. ٣٧٣٥

\* الناشر

دار الحوار للنشر والتوزيع

سورية - اللاذقية

ص.ب ١٠١٨ - هاتف ٢٢٣٣٩

**مدخل إلى الطب النفسي**

**وعلم النفس المرضي**

الدكتور  
محمود هاشم الوديني

دار المعارف



## تقديم

يتموضع الطب النفسي وعلم النفس المرضي في موقع وسيط بين العلوم الإنسانية والعلوم الطبية والصحيحة مما يعطيها خصوصية تماثل أو تزيد على ما يشابهها من علوم الإنسان والمجتمع الأخرى .

فدراسة النفس في سوانها واضطرابها تراوح بين المخبر المغلق والروايز والقياسات وبين الحياة في أشمل بعد لها ، البعد الاجتماعي ، لذلك ليس ، طرح مدخل إلى هذا المجال المعرفي ، في سوق الإستهلاك الاجتماعي ، بنفس يسر وبساطة صياغة أي كتاب طبي إكلينيكي آخر ، إذ لا بد أن يتضمن هذا المشروع سواء في ذاته أم في صيرورته وسياقه ، منذ البدء ، طرح تساؤلات ، من باب المسؤولية والالتزام ، حول مدى مشروعية تقديم ببيان معرفي ، يتمحور حول الديناميكية النفسية التي لا يمكن بأي شكل ، عزلها عن أبعادها الثقافية والاجتماعية والحضارية ، يستقي - أي هذا البيان ، منهجيته ومصادره وصياغته المعرفية من منظومة ثقافية إجماعية قد تكون مختلفة في بنيتها . هذه أولى إشكاليات نقل هذا النمط المعرفي أو محاولة إدماجه ومفصلته ضمن صيرورة المنظومة الثقافية الاجتماعية المعنية ، التي يجب أن يطرحها من لا يريد تقديم عمل غيبي يأخذ موقعه ضمن نمط إنتاج - استهلاك خرافي سائد في المجتمع العربي لا يمت إلى الواقع المعاش بصلة ولا يندمج ضمن جدل الوعي الإنساني الفاعل بل يدور في فلك الإستلاب بجمود القوالب المطروحة وخروجها عن تاريخية الحدث سواء كان فكريا مجردا أم

مادياً . . . هذا التساؤل الذي طرحته على نفسي ، وليس لأول مرة ، بل عبر سياق مشروعى الملتزم بالمساهمة في ادماج العلوم النفسية من موقع عضوي ضمن ديناميكية إرادة النهوض الحضاري العربي عبر أفق إنساني شامل ، كان أحد وجهيه غياب انبثاق مدرسة عربية حديثة لعلوم النفس بل وعوز تقليد معرفي في هذا المجال - وكان العربي إنهمك في الهروب من كل ما يمت إلى ذاته العميقة بصلة ، منذ إنبلاج عصور انحطاطه - كذلك يغيب أي مسح نفسي هام أو أكلينيكي ، فردي أو إجتماعي على مستوى الذات العربية يمكن الاعتماد عليه كمحرك تنحت عليه البنى النظرية والإكلينيكية العمامة وبعاد صياغتها انطلاقاً من ذلك بشكل ملائم والوجه الآخر والإيجابي لهذا التساؤل هو ما أراه من انكفاء الإنسان العربي ، بعد نضوب معظم حظوظ التحرر والنهوض عبر مدرسة التجربة والخطأ السائدة والتي لا تزال تستحكم في ديناميكية المجتمع وتستثمر أو تسير عشوائياً بمختلف مشاربها وآفاقها ، مصادر قوته ، إنكفاء هذا الإنسان إلى ذاته يبعث فيها ، ربما ، عن ينبوع ضعف ، يعلّل كبوته المستديرة واستمرار عجزه الحضاري بعد إنسداد آفاق الحرية والتحرر أو خطرهما على حياته كلياً حاول الامساك بزمام وجوده وصيرورته الإجماعيين .

\* \* \*

ليست اللغة أداة ميكانيكية جامدة تكتفي بأن تكون واسطة نقل بل هي وهاء التجربة الإنسانية تنفعل بتاريخه الفردي والإجتماعي وتتمفصل رهافة دلالاتها ومعانيها مع أعمق الخصائص الإنفعالية والذهنية الشعورية واللاشعورية لهذا الإنسان لأنها الرمز الذي سمح للإنسان بالانطلاق من عقال بهيمية اللاوعي وعجز الصورة - الإنطباع - الذاكرة عن الجدل والتفاعل والتركيب بدءاً من تسمية الغائب (الأم - الأب) في الطفولة الأولى ونقله رمزاً إلى تركيب الذاكرة وأدوار اللعب البدئي ، مناورة مع تجربة الحرمان المفجع عبر سياق إنفصام العلاقة الإندماجية مع الأم وانتهاءً بالتجريد المبدع . لذلك ليست اللغة لغة الأنا فحسب ولغة المنطق والعقل المجردين وحدهما ، بل هي أيضاً وخصوصاً لغة اللاشعور النابع من تجربة الطفولة الأولى ولغة الإنفعالات والاتصال والثقافة . كل ذلك يجعل من نقل معرفة نفسية ، مهما تنمذجت في أطر علمية محايدة وموضوعية ، أمراً ليس بالهين لأنها تتعرض لخطر الالتباس وسوء الفهم والتأويل تحت منظار نفسي - ثقافي مخالف لينبوعها ومبرر صياغتها بذلك الشكل اللغوي



ذاته . . . خصوصاً عند احتداد الأمر وملاسته تجليات الأشعور ومقارباتها التحليلية . . . فعند اللغة العربية لا نجد أن استعداداً لإدماج المعرفة النفسية لم ينضج فحسب بل إن تعقيداً في بنية أداة الإتصال هذه يعكس تعقيداً بنيوياً في التركيبة الاجتماعية وصراعاً كامناً بين مختلف صيغها المتعايشة ضمن توازن جهودي يخالف ضرورة الديناميكية الحضارية من أجل التقدم . . . حيث لا يزال كثيرون يتمسكون بثرأء تاريخي قادم أو موروث من العصور القديمة يشكّل تضخماً ناجماً عن انفلاش المجال الحيوي وسيادة الإعتناف الهادف لكسر الأفق المساحي الهائل إلى خطوط متجزئة وكسر التحرير الحدي أو تصعيده إلى إسهاال لغوي تبريري يتقل أحياناً إلى الفعل (التكافؤ الضدي في اللا شعور الاجتماعي العربي القديم بين مفهوم «الأشهر الحرم» والمناسبات الإباحية الجاهلية التي كان يقنن فيها إخرأق عدة محرّمات . . .) . . . بينما يتشبّث هؤلاء التقليديون (حتى وإن تسربلوا بلبوس تقدمي) بتحريم إدرخال اللغة في ديناميكية الصيرورة الحضارية لتتمكن من الدخول في جدلية التقدم وتيسر سبيله بإعادة صياغتها تبعاً لمتطلباته ولا شك أن خلفية هذا التابو المضروب حول اللغة هي أبعد من تأكيد هوية مزعومة أو الحرص على تاريخ بتجميد صيرورته وإعطاء الرّمز قدسية ميتافيزيقية تسمو على الفعل وتستعبد الإنسان بربطه إطلاقاً ونهايياً إلى ماضٍ مسحيق لا يستمد مشروعيته إلا من الخرافة المجردة ، فهذه الخلفية ليست إلا خوفاً من سقوط التابوات الأخرى المرتبطة في منشئها وتساندها الجدلي وخوفاً من حركة الحضارة التي تهدد بالتبدل والتغير أولئك الذين لا يعيشون إلا في ظلام ووحشية التكرار والتقليد مثل سكان كهف أفلاطون . . . إذن هذا التعقيد في بنية اللغة هو أبعد من أن يكون وظيفياً وعضوياً بل يصبح غالباً سلاحاً يجارب به الإبداع والتجديد وكأنه على الحضارة والمعرفة أن تتكيفاً مع لغة نهائية وجامدة وليس العكس ، ويمكن القول هنا أنه لا توجد ضجّة أثيرت حول لغة ، مثل تلك التي أثيرت حول اللغة العربية باعتبارها هرماً حضارياً شامخاً إلا أن ذلك لم يمنع لغات المجتمعات التكنولوجية الأخرى من تركيب وتجديد تعابير ومصطلحات المعرفة والعلوم والآداب وترميزها وإثرائها وتجاوز القديم والمستهلك منها دون حيرة أو فزع أو تقديس غيبي بينما يلهث حملة والمعرفة في المجتمع العربي خلف هذا

السياق ملاقين مختلف العوائق سواء في ذواتهم أو في محيطهم دون التوصل إلى مفصلة هذه المعرفة مع ترميزها اللغوي بل يقتصرون على ميكانيكية مفهوم «التعريب» الذي لا يتجاوز نقلا ظواهرها قاصرا وجزئياً لتجدد وابتكارات التعبير العلمي في المجتمعات التكنولوجية لذلك يُصادم هذا القصور كل مشروع عمل يريد أن يكون عضويا يتساق في ديناميكية عامة مثمرة . كما يصادمه ، عندما يريد الدخول إلى الحيز النوعي للبنية النفسية الثقافية ، تجزؤ اللغة إلى عدة لهجات وبعده التطابق بين لغة التخاطب ولغة الكتابة مما يشير إلى فصام بين التعبير العقلي والتعبير الإنفعالي خصوصا على مستوى ببيان اللاشعور القائم على اللغة «الأمومية» ، إذ تفرط عقلنة اللغة المكتوبة في تجريد التراث الحضاري عن بعده النفسي - الثقافي وتفصم الجدلية بينها مما يؤدي إلى عوز وانكماش في المسافة الوسيطة ، مسافة الخيال والإستشراق التي هي مجال الفعل والإبداع النفسيين . . .

هذه بعض عقبات قلصها تواضع مشروع العمل الراهن لكن لن يمنعها هذا التأجيل المبرر من البروز عبر ضرورة التعامل معها كجزء من متغيرات بنوية توظف وتتجادل مع كل عمل طموح يريد أن يكون عضويا في هذا المجال المعرفي . . . يتوجه هذا العمل إلى تناول إستهلاك القارئ غير المختص مثلما يتوجه إلى الذين يمتلكون الوظيفة أو الموقع العلاجي أو يتكوتون ضمن إطاره من أطباء وعلماء نفس . وذلك اعتمادا على أنماط القراءات المختلفة لعمل واحد حسب الأفق المعرفي والحياتي الذي يقارب به هذا العمل . . .

كما يحملنا على توضيح بعض النواحي المحيطة بمنهاج الطرح النظري للطب النفسي وتصنيفاته والمتعلقة بخصوصيته . فالعمل الوصفي والتصنيفي على هذا المستوى هو مجارة لضرورات نشر المعرفة ونقلها أكثر منه تجميد السلوك البشري داخل قوالب ميكانيكية . . . فالقارئ العادي قد يميل ، عبر إطلاعه على أوصاف وتصنيفات علم النفس المرضي ، إلى محاولة تحديد ذاته أو ربط ألياته النفسية بما يقرأه . وقد تساوره الشكوك والخاوف أو يتجه إلى تقييم غيره عبر منظار ما أكتسبه من معرفة نظرية . . . لذلك لا بد أن يعرف قبل دخوله إلى هذا المجال المعرفي الخصوصي أن النفس البشرية أكثر دقة وتعقيدا من أي تصنيف أو وصف سوي أو

مرضي . وأن هذه النفس بحكم طبيعة نشوئها ونموها وراثتها تمتلك كل الآليات النفسية الممكنة ، بما في ذلك إمكانية الهلوسة والهذيان والخروج عن الواقع ، دون أن يدل ذلك على مرضية وصفية أو استعداد للشذوذ النفسي . كما أن الصراعية النفسية والقلق سمتان مرافقتان للإنسان ، ولا تصبح كل هذه الإمكانيات «مرضية» إلا عندما تشذ بالإنسان عن واقعة اليومي ، أو تمنعه عن الانسجام الذاتي والتكيف الفاعل مع المحيط ومتطلباته حيث ولي العهد الذي كان فيه الأطباء النفسيون يضعون حداً حاسماً بين السواء والمرضية ، ويضعون الأفراد ضمن جداول وتصنيفات تحدد أنماط الشخصية واستعداداتها المرضية ، أو تتعامل مع الإضطراب النفسي مثلما تتعامل مع أي تناخر جسائي . إذ أن الأبحاث الحديثة والعميقة أكدت أن ما قد يتظاهر كمرض ، في حالاته الحدية ، ليس إلا تضحياً سرطانيا لطاقات أو إستعدادات نفسية طبيعية ، تعود لإختلال التوازن النفسي . . . . . وظهرت نتائج هذه الأبحاث في كتب تحمل عناوين ذات دلالة مثل «كلنا ثقاسيون» أو «دفاع عن شذوذ طبيعي» (أو سوي) . وفي ظل هذا المناخ الجديد لم يعد يُطلق على «مستهلك» العيادات والمستشفيات النفسية تسمية «المرضى» بل «المعايد» أو «المراجع» ولم يعد من مجال للسماح ، إجماعياً ، باعتباره «مجنونا» ننتزع عنه الصفة الإنسانية وحقوقها بينما لا يمثل إستلابه واغترابه النفسي الاجتماعي بل وكل أعراضه إلا إستنحالا للألم في ذاته المعذبة وصرخة استغاثة لمن أصبح عاجزاً عن تحديد هويته ونقل رسالة وجوده الفاعل إلى الآخرين ، كل ذلك وأساساً ، نتيجة لفشل الأسرة والمجتمع في إعطائه طاقة أنوية<sup>(١)</sup> مستقلة تنسق مختلف أطراف شخصيته وعلاقاتها مع العالم الخارجي . مما يعني أن المعلومات والتصنيفات النظرية التي يحصلها الطبيب والمعالج النفسي ، لا تعدو أن تكون دليلاً عاماً ومرشداً يسمح أحياناً بالتفريق وتمييز بعض التناذرات النفسية العضوية منها خصوصاً . بينما لا تغني عن التعامل مع كل حالة بأسلوب نوعي يتضمن أساساً لإعتبار المبدئي للإنسانية المراجع وخلفيته الثقافية الاجتماعية وكذلك دخول الطبيب في علاقة خصوصيته مع مراجعه يندمج خلالها في سياقها النفسي ويحاول فهم آلياته ومنابعها ومراميها ويتعاون معه على إعادة

(١) أنوية : نسبة للأنات التي من مهامها المحافظة على التوازن النفسي .

تركيب ديناميكية نفسية فاعلة تعيد علاقاته مع ذاته ومع العالم الخارجي إلى سوائها . فلا يقتصر على اعتماد التصنيفات والأحكام التي يجدها ضمن المناهج الطبية الكلاسيكية ويتبع ميكانيكا خطط التعامل والمعالجة التي تنص عليها ، فقد يساعد ذلك على تشخيص تفريقي ويدفع إلى تحريات مخبرية وعضوية ويميز تناذرات وإنذارات ويعطي أحيانا دليلا فارماكولوجيا عاما لكن لا يمكن بأي حال أن يغني عن البعد النفسي المتظاهر في كل حالة وعن الخصومية الثقافية - الاجتماعية لكل مراجع حيث يتحمل الطبيب مهمة إبداع الخطة العلاجية النوعية المتكاملة ومسؤولية ضمان الحقوق الاجتماعية لمراجعته والدفاع عنها والعمل على التخفيف من إستلابه وقسوة محيطه وخربته النفسية الاجتماعية .

القسم الأول

علم النفس المرضي

العام

# الفصل الأول

## فحص المراجع النفسي

يتقاسم الفحص النفسي ، الطبيب الممارس (العام) والطبيب النفسي المختص والأخصائي النفسي (سواء كان معالجاً أم أخصائياً إكلينيكياً) . لذلك تتفاوت أساليب تسيير هذا الفحص حسب الحالة والخلفية الأكاديمية التي ينطلق منها الفاحص وأفق الفحص وأهدافه . . . إلا أن هذه الأساليب تتكامل غالباً ، وتلتقي في مضمونها وإن اختلفت في شكلها أو خصوصيتها التي تتلاءم مع خصوصية الحالة .

بالإضافة لذلك ، وحتى نلقي نظرة شاملة على الفحص النفسي لا بد أن نميز نوعين من المقاربات النفسية لمراجعي العيادات الطبية والنفسية ، أولها مقاربة عامة تتعلق بنوعية العلاقة بين الطبيب ومراجعته وبالخصور الدائم للبعد النفسي الاجتماعي لدى كل مراجع يتقدم إلى الطبيب بشكوى مرضية جسمية . . . وثانيها مقاربة

مختصة تتعلق بالإحاطة باضطراب نفسي وتشخيصه وبناء الخطة العلاجية لدى مراجع يتقدم (إرادياً أم لا إرادياً) إلى العيادة النفسية المختصة بشكوى نفسية مريحة أم بشكوى مقنعة تشير إلى الاضطراب النفسي .

## العلاقة بين الطبيب والمريض

قد يعتقد البعض أننا أردنا حشر هذا البحث حشراً في سياق معالجة الفحص النفسي لمراجع العيادة النفسية . والحقيقة أن كتب الطب النفسي الكلاسيكية لا تلجأ عادة إلى طرح هذا الموضوع الذي لا يتعلق مباشرة بالممارسة المختصة بل يحيط بالبعد النفسي - العلائقي لكل ممارسة طبية مختصة أم عامة . لكن رأينا مقصلة هذه الدراسة ضمن سياق فحص المراجع باعتباره وحدة جسمية - نفسية - إجتماعية متكاملة بغض النظر عن نوعية الأعراض أو الشكوى الرئيسية التي يتقدم بها ، إعتباراً لأن كل الإحصاءات الطبية تثبت أن أكثر من ستين بالمائة من مراجعي العيادات العامة يبدون اضطرابات وظيفية مرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر باضطرابات نفسية متفاوتة الشدة . كما أبرزت الدراسات والبحوث الحديثة الأهمية الجوهرية التي تصطبغ بها العلاقة بين الطبيب والمريض ، أيا كانت نوعية الشكوى ، ومدى تأثير هذه العلاقة على سير المرض وحالة المريض . . . مما يحتم ، ويجعل منطقياً ، أن يُدرّس هذا الموضوع لطلاب كليات الطب كمنهاج قائم بذاته ليكون مساعداً لهم في النجاح في مختلف أوجه نشاطهم المهني ، وحتى يتجنبوا التعرض للوقوف موقف العاجز أو المندesh أمام تطور حالة يتنافى مع توقعاتهم أو أمام تسلسل شكاوى جسمية لا تعنو لمختلف وسائل التفصي والتشخيص والمعالجة التي يستمدونها من العلوم والمعارف الطبية الحيوية التي اكتسبوها على مقاعد الدراسة .

الإشكالية الأولى التي يواجهها الطبيب الممارس وتشغل باله هي مسألة التشخيص ، فهو قد يميل غالباً ، وتبعاً لنمط تكوينه الطبي ، إلى تقصي سببية عضوية لكل شكوى جسمية تواجهه رغم حقيقة أن معظم المراجعين يستمدون شكاويهم الوظيفية من عمق نفسي - إجتماعي مضطرب لها يتمكّنون من استجلائه

لوحدهم وتتضافر في سببية هذه النزعة العضوية المفرطة عدة عوامل منها :  
- تغلب نزعة المنشأ العضوي للشكاوي والاضطرابات السريرية على طرائق  
ومناهج تدريس الطب .

- نقص الخبرة النفسية لدى الطبيب الممارس وضعف استبصاره الباطن  
( Insight ) مما يدغم ( ميكانيزمات ) آليات دفاعه اللا شعورية عبر سياقات التماهي  
والإسقاط والنقل ، التي تدفعه إلى تجنب الإستقصاءات النفسية وإهمالها  
وأحقارها .

- خوف الطبيب من التورط في استقصاءات لا تخضع للدقة المنهجية المادية بل  
تتطلب منه جهداً نفسياً وقوة حدس ، إضافة إلى احتمال تدخل قيم إجتماعية وأخلاقية  
قد تدفعه إلى ارتكاس لا شعوري .

- النزعة الطبيعية إلى رفض المجهول ( البعد النفسي ) والنزعة الأملاكية  
والتوجس من احتمال الاضطراب إلى توجيه المريض إلى إخصائي نفسي .  
العامل الإجتماعي حيث يؤثر النفور السائد من الأمراض والاضطرابات  
النفسية على موقف الطبيب الممارس إن لم يتضمن تكوينه الأكاديمي السريري تدريباً  
إستبصارياً على التعامل مع البعد النفسي - الاجتماعى لمراجعي العيادات الطبية .  
والإشكالية الثانية هي أن الطبيب ، غالباً ما لا يأخذ بالإعتبار خصوصية  
العلاقة مع المريض داخل العيادة ودورها الجوهرى في تطور معظم الحالات الوظيفية  
والمساند في بقية الحالات العضوية ، أي أن دورها قائم ، أيًا كانت الشكاوى المرضية  
التي يواجهها الطبيب . ويتجلى ذلك أكثر عندما نشير إلى أن الفرد البشرى يمثل  
وحدة عضوية نفسية يصعب فصلها ، وإن تجرّداً ، في ميدان الممارسة السريرية  
فأبحاث مدارس الطب السيكوسوماتي ( الطب النفسجسمي ) ، وهو الإختصاص  
الحديث والصاعد ، تثبت أكثر فأكثر دور العوامل النفسية حتى في الأمراض  
العضوية من الأمراض الإلتائية حتى الإصابات السرطانية والعكس صحيح حتماً .  
لذلك فإن نفس هذه العوامل النفسية العميقة تدخل في ديناميكية علائقية تحويلية (1)

( ١ ) و ( ٢ ) التحويل Transfert , Transfert والتحويل المضاد Contre - transfert - أو Contre -  
transference هما محور العلاج النفسي وخصوصاً التحليل النفسي إلا أن شكلها العام يمثل -



موضوعها الطبيب الذي لا بد أن تشكل لديه إستجابة نوعية لا شعورية مثلما يحدث في كل علاقة إجتماعية وتمثل هذه الإستجابة ضمن العلاقة العلاجية في التحويل المضاد<sup>(٢)</sup>

لم تبلور دراسة منهجية وجدلية لهذه العوامل المؤثرة جوهريا على العلاقة النوعية الطبيب - المراجع إلا منذ عقود قليلة لا تتجاوز الثلاثة عندما أفتتح الدكتور « مايكل بالنت » ، بمعهد تافيس توى سلسلة دراسات وحلقات بحث تجمع أطباء ممارسين وأخصائيين بالطب النفسي ، إستهدفت في بدايتها حصر العناصر السيكولوجية التي تتدخل بالممارسة الطبية العامة بادئها بدراسة الوصفة الطبية الدوائية وأبعادها النفسية إلا انها سرعاً ما وصلت إلى أن الطبيب نفسه هو غالباً أهم دواء يتعاطاه المراجع في حين لم تكن توجد أية دراسات حول هذا « العنصر الدوائي » . . . . . وأثبتت هذه الأبحاث أن من ٨٠ الى ٩٠٪ من المراجعين يحملون إضطرابات نفسية متفاوتة الشدة وترافق هذه الإضطرابات الشكوى الجسمية العضوية التي تمثل إصابة عضوية فعلية لدى نسبة من المراجعين ، بينما يتلازم الاضطراب العضوي مع الاضطراب النفسي ( حالة سيكوسوماتية ) لدى نسبة أخرى ، في حين غالباً ما تغطي الشكوى الجسمية قلقاً وإضطراباً نفسياً قليلاً ما يتجلى بشكل مباشر في عناصر الإستكشاف الأولى . بينما يقصد المراجع بزيارته للعيادة تخفيف قلقه بنوع من الإتصال والعلاقة مع الطبيب . .

ولا بد ، هنا ، من تحديد أن نمط هذه العلاقة يتغير حسب الإطار المؤسسي الذي يحيط بها فالعيادة الخاصة تختلف على هذا المستوى عن المشفى . بينما يميز التواجد المستمر لطبيب الأسرة ضمن تاريخها الصحي هذه العلاقة . وقد يجعل آلية التحويل أكثر حدة وعمقا مما هي عليه لدى مريض ينتقل من طبيب إلى آخر .

---

→ خصوصية كل فرد ودوافعه في ربط علاقة إجتماعية ما عداثية أم ودية وهي تستمد جلورها من إنفعالات ومشاعر مكبوتة عند الطفولة خصوصاً تجاه الصور العائلية ( الأب والأم هادة ) تظل منبعاً لاشعوريا أساسياً لأنماط بناء العلاقات لدى الفرد . بينما يمثل التحويل المضاد نمط الإستجابة اللاشعورية على هذه الإنفعالات والمشاعر وتظاهراتها وتتطلب من المعالج النفسي أن يستجلبها باستمرار في لاشعوره .

مثل المرض لدى المريض شرخا نرجسيا<sup>(١)</sup> يمس استقلالته النفسية والوظيفية وتكامل ذاته إذ يجعله يشعر بالضعف والارتباط بالآخرين ، مما يشكل دافعا إلى النكوص النفسي الذي يبلور أحيانا نمطا سلوكيا طفليا مختلفا عن سلوك المريض العادي بينما يهيمن إستهام الموت على كل حالة مرض بحيث يتمثل الطبيب صورة مثل تجسد إستكمالا للطاقة النفسية اللازمة ، حتى يتم ترميم ذلك الشرخ النرجسي . ومن ناحية الطبيب ينشأ تناقض منذ بدايات دراسته للطب بين شعوره الطبيعي بالهشاشة والنموذج المثالي للقوة المطلقة الذي يسقطه المريض عليه حيث يخافه القلق بالألا يتمكن من التطابق مع المثال المتوقع من المريض . وترتبط كيفية فهمي هذا المحور الصراعى بالبنية النفسية للطبيب وكذلك بطبيعة الشكوى المرضية ومدى خطورتها . . . . .

بالإضافة إلى هذه المقاربة الأساسية التي تتبع خطوط ومفاهيم التحليل النفسي ، والتي تتمحور حول التبادل الإنفعالي الشعوري والأشعوري تشكلت حديثا مقاربة « علائقية » ضمن نظرية الإتصال يعرف الإتصال في هذه النظرية كسياق تنتقل فيه المعلومة من مرسل إلى متلقي ويتم ذلك عبر إشارات لغوية وتعبيرية أخرى وتمثل كل معلومة جديدة تخلصا لمجال الإلتباس أو الشك الذي يحيط بالمصدر المرسل . ضمن هذا النمط قد يرسل المريض إشارات ذات دلالة إلى الطبيب ، تحملها شكواه وأعراضه بينما قد يأخذ الطبيب هذه الشكوى والأعراض مأخذ علامات ، أي جزءا نوعيا من حالة مرضية يجب تفصيلها لا رمزا يجب تفكيكه أو تحليله إلى معناه أو هدفه الحقيقي . مما يعني أن الإتصال يحمل دائما إحتمال الإلتباس والتناقض والإزدواج سواء ضمن منظومة الإشارات الواحدة التي تحملها الرسالة العلائقية الواحدة أم ضمن منظومة تبادل ذات إتجاهين . . . . .

كل ذلك يشير إلى تعدد مركبات العلاقة بين الطبيب والمراجع وضرورة التنقل الجذلي في تحليل هذه العلاقة بين النمط الصراعى اللا شعوري ( الدوافع والرغبات - التحويل والتحويل المضاد ) والنمط الإتصالي السلوكي .

( ١ ) النرجسية : مفهوم تقدمت به مدرسة التحليل النفسي يتضمن كل ما يتعلق بتكامل الذات وقيمتها وأستقلاليتها وتشكل عنصرا ديناميكيا جوهريا في نمو الطفل خلال سنوات حياته الأولى ، حيث تتمايز هويته عبر النرجسية البدئية التي يغنيها الإهتمام والحب والإشباع التي يتلقاها الطفل في هذه المرحلة .

كما لا يمكن دائما التأكد من رجاحة تأويل أحادي البعد للشكوى المرضية أي  
نفسية أو جسمية ، إذ غالبا ما يؤدي ذلك إلى طريق مسدود أو ثغرة تشخيصية أو  
علاجية يعجز الطبيب عن ملئها أو تحديد كنهها .

## فحص المريض النفسي

لا يتبع الفحص النفسي مخططاً محدداً ودقيقاً يلزم الطبيب بل يخضع مرونة تتلاءم مع طبيعة الحالة التي يواجهها الطبيب وخصوصيتها كما يصطبغ بخبرة الطبيب وتجربته الشخصية . إذ تتميز مقاربة المريض النفسي بنشوء علاقة إتصالية تغطي عليها الإشارات التعبيرية ، فهي غالباً ما لا تتخللها وسائط فحص طبية أخرى ، (وإن كان ذلك يتعلّق بشكل الشكوى البدئية وبموقع الطبيب كممارس عام أو أخصائي نفسي أو غير نفسي) . فالطبيب هنا يستمع أساساً لكن لا يمكنه إهمال مراقبة التظاهرات التعبيرية الأخرى التي تنطلق إرادياً أم عضوياً من مختلف أنحاء جسد المراجع كما يظل اللجوء إلى الفحص الطبي الكلاسيكي قائماً كمنتمٍ للتحريات التشخيصية .

### أهداف الفحص النفسي :

تتعلّق هذه الأهداف ، التي تتحدّد عند الطبيب عبر سياق الفحص ، في تفاصيلها، بموقع الطبيب ومؤهلاته واختصاصاته وكذلك بنمط الشكوى البدئية التي يتقدّم بها المريض وكيفية تقديمها (شكوى نفسية مباشرة أم شكوى جسمية أو نفسجسمية ، المراجعة بإرادته أو بإرادة محيطه الأسروي أو الإجتماعي) . إلا أنه يمكن ذكر خطوط عامة يستهدفها الفحص النفسي في معظم الظروف ، ضمن مراحلها .

١ - إستجلاء الأعراض والعلاقات الحالية وارتباطاتها ومحاولة تقريبها من

تناقش مرضي ثم البحث في تاريخ المريض عن إضطرابات أو أعراض مماثلة أو مختلفة واستكشاف علاقتها مع الشكوى الحالية .

٢ - موضحة العرض ضمن البنية النفسية للمريض وتفسير دوره في ديناميكية التوازن الحياتي ، إنطلاقاً من المنظومة النظرية التي يعتمد عليها الطبيب .

٣ - البحث عن العناصر السببية التي لعبت أو تلعب دوراً في ظهور الأعراض خلال التطور النفسي مثل العوامل العضوية ، العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ، العوامل العلائقية ، العوامل التربوية ، الصدمات . . .

٤ - تحديد مشروع علاجي للمريض أو زيادة التحري بوسائل إختبارية ومخبرية أو توجيه المراجع الى الأخصائي الملائم .

### الظروف الإجرائية للمراجعة النفسية :

إن كيفية الطلب الموجه من أجل فحص نفسي هامة جداً فهذا الطلب قد يبادر به المريض نفسه سواء تلقائياً أو بتوجيه من طبيب آخر أو من بعض أفراد محيطه ولا شك أن مراجعة العيادات النفسية أصبحت تتخلص تدريجياً مما كان يشوبها من خجل وخوف من الإعتبارات الاجتماعية المتخلفة والجاهلة . في هذا الحالة يكون المريض مستعداً مبدئياً للتعاون . لكن ذلك لا ينفي بعض التوجس وبروز مقاومات قيمة ولا شعورية .

في حالات أخرى قد لا يعترف المريض بأضطرابه النفسي أو ينعكس هذا الاضطراب بشدة على سلوكه الاجتماعي ومحيطه الأسروي ، مما يدفع الأطراف الذين تنال منهم تظاهرات هذا الاضطراب الى طلب فحص نفسي للمريض وفي هذه الحالة يجب أن يتخذ الطبيب موقفاً محايداً ولا يتصرف كواعظ يستبطن قيم أسرة المريض ومتطلباتها تجاهه إذ أن هذه الأسرة كثيراً ما تكون هي ذاتها محيطة مريضاً .

أخيراً قد يأخذ الطلب شكلاً أكثر حدة ورسمية عندما يكون المريض قد إنتقل إلى الفعل وقام بعمل عدائي يؤاخذ عليه القانون أو مثل خطراً على ذاته أو على الآخرين ذلك يُقَدِّم إلى الفحص النفسي بفعل إجراء إداري قضائي وفي هذه الحالة غالباً ما يكون المريض عدائياً متهيجاً وغير مستعداً للتعاون .

يتم الفحص على المستوى المؤسسي في ظروف مختلفة فقد يتم بالمشفى مما يعني المرور بإجراءات إدارية معقدة أحيانا والانتظار لفترات متفاوتة مما قد يرفع سوية التوتر لدى المراجع ويزيد توجسه أما بالعيادة الخاصة فيكون المريض في وضع أكثر راحة وأقل تعقيدا . بينما يحدث أن يتم الفحص في منزل المريض حيث قد تكون الحالة إسعافية سواء كان المريض مغبولا أم متهيجا ولا بد إذآك من إيجاد المدخل الملائم لفحص المريض .

### المقابلة النفسية الأولى :

تكتسي المقابلة الأولى أهمية خاصة إذ غالبا ما تحدد نوعية العلاقة العلاجية المستقبلية مع المريض . لذلك يجب أن يعمل الطبيب على توفير مناخ ثقة واطمئنان يسمح أيضا بجمع معلومات شاملة ومتكاملة عن الحالة المرضية ، ويتم ذلك باستقبال المريض على انفراد وإن اقتضى الأمر ذلك ، يُستقبل من يرافقه من أفراد أسرته بشكل منعزل . كما يفضل تأجيل صياغة الملاحظات والمعلومات الإضافية التي يقدمها المراجع إلى ما بعد المقابلة حتى لا يشعر المريض بحرج يعرقل عفويته .

يشكل تقييم نوعية العلاقة الناشئة بين الطبيب والمراجع جزءا هاما من الفحص النفسي ، إذ يلعب تحليل التفاعل المتبادل بين الطبيب والمريض خلال هذا اللقاء دور إضاءة للعوامل الذاتية في توجهات الطبيب التشخيصية ومشروعه العلاجي . ويتطلب حركة مزدوجة من جانب الطبيب النفسي تتضمن التماهي مع المريض والتفاعل مع سياقه النفسي الباطن وبنفس الوقت الحفاظ على موقع مراقب ، معاكس ، للمريض لا يتأثر بالحركات الانفعالية التي يدخلها هذا الأخير في سياق العلاقة أو التي تبلغ في ذاته . يعني ذلك أن يكون الطبيب واعيا باستمرار بإرتكاساته الذاتية واللا شعورية التي تبرز في وعيه ، قادرا على تحييدها خارج العلاقة ، حتى يسمح هذا التفاعل بتقييم الأنماط العلائقية المهيمنة لدى المريض : السلبية ، الإرتباط الطفلي ، الحاجة إلى الحماية أو الطمأنة الخارجية ، التحدي ، التوجس والرغبة ، المقاومة ، التجنب والتهرب أو الإقبال .

عبر هذه العلاقة يجب تقييم ثلاثة محاور هامة :

- درجة وعي المريض باضطراباته وتقييمه وتصورات له لأسبابها ، ودرجة الإستبصار والإستبطان لديه أي قدرته على الرجوع إلى ذاته في نقد وتحليل سلوكه وإنفعالاته وعلائقه .

- كنه وطبيعة طلب المساعدة الموجه إلى الطبيب وكيفية تشكّله وتوجهه .
- الطاقات النفسية لدى المريض ومدى قدرته على استثمارها .

### سر المقابلة :

تشكل الدقائق الأولى من المقابلة طورا هاما قد يكون حاسما في سياقها اللاحق إذ تتشكل لدى المريض الخطوط الأولى التي ترسم بها في ذهنه واستيهاماته صورة الطبيب وحتى تقييمه للطب النفسي ، وذلك عبر التفاعل مع بنيته واضطراباته يتحتم على الطبيب ، ضمن مرونة عالية تتفاعل مع خصوصية الموقف ونوعية المراجع أن يعمل باستماع هادئ ، مهتمّ وطيب ، على إخفاء مناخ من الثقة والراحة تخفف من قلق المريض ومقاوماته . هذا الموقف يفتح في البدء المجال الكامل للمريض للتعبير عن آلامه ومشاكله أو غير ذلك متجنباً قدر الإمكان كثرة المداخلات وممتنعا عن التوجيهات والنصائح . في هذه البداية قد يلتزم الطبيب صمتا متفتحا ، يدفع المريض للمبادرة بصياغة الاتصال حسب أسلوبه وعبر شكواه التي بررت مراجعته للعيادة النفسية . وقد يخطر الطبيب عند ارتفاع سوية قلق المريض ومقاوماته إلى دعوته بأسلوب مقتضب ومشجع إلى الحديث ، لتجنب تزايد شحنة التوتر مع إمتداد الصمت . بعد هذا الافتتاح الذي يأخذ فيه المريض حرية كلمة بالتعبير قد ينضب سياق الحديث اذآك ، منعا لحلول صمت ثقيل ، يستعيد الطبيب تعبيرا أو كلمة بدت له مشحونة بالإنفعالات أو بالدلالات الهامة لدفع المريض إلى تقديم المزيد من التفاصيل .

أما في المرحلة التالية للمقابلة ، ويهدف إستكمال عناصر الإستكشاف التشخيصي ونواقص القصة التي قدمها المريض عفويا ، تزايد مداخلات الطبيب آخذة بالحسبان الديناميكية العلائقية التي نشأت ، ودون أن تأخذ شكل إستجواب إداري أو بولييسي ، إذ تتبع مخططا متكاملا لكن ضمن مرونة ملائمة تسمح

باستخراج الفقرات الرئيسية لمبدأ الفحص النفسي شاملة معطيات دقيقة حول تاريخ المريض وقصته الحالية وحول مواقفه الصراعية وكيفية تصرفه حيالها ثم تقييم عام لشخصية المريض ومركباتها .

يشمل ذلك العناصر التالية :

١ - الشكوى المباشرة ؛ أي الأعراض التي يعبر عنها المريض تلقائيا وكيفية تقديمه لها ، تاريخها وتطورها ، دلالاتها وتفسيرها السببي لدى المريض - الأعراض التي يلاحظها الطبيب خلال الفحص (القلق ، الشذوذات الإيمائية والتعبيرية) ، الاضطرابات النفسية الحركية الاضطرابات الذهنية ، الارتكاسات الانفعالية . . .

٢ - القصة والسوابق الشخصية :

أ - قصة الطفولة

- الحمل وظروفه الصحة لدى الأم ومناخه العائلي العاطفي

- نوعية الولادة واضطراباتها ورضوضها

- مراحل النمو النفسي الحركي

- المناخ المادي والعاطفي لمرحلة الطفولة

- طبيعة التربية والمحيط الديني والأخلاقي والاجتماعي

- الموقع العائلي خلال الطفولة والعلاقة مع الوالدين ، احتمال وجود إفتراق

مع العائلة (لدى مربية ، أو تبني من عائلة أخرى الخ . . .)

- العوامل العرقية والجغرافية واللغوية وتبدلاتها (تنقلات الأسرة ، . . . تغير

الوسط الاجتماعي واللغوي . . .)

ب - تطور المرحلة الدراسية (نوعيتها ، التكيف ، النجاح الفشل ،

مصاعبها) .

ج - التأهيل المهني وظروفه

د - الموقع الاجتماعي المهني الراهن .

هـ - مراحل الحياة العاطفية والجنسية ونوعيتها : يتطلب استكشاف هذه

الناحية من حياة المراجع بعض المهارة من الطبيب ، إذ يجد المراجع بعض الحرج في

سرد جوانب حياته الحميمة ، لذلك لا بد من تجنب ما يمكن أن يحدث مقاومة من



أسئلة مباشرة بل دفع المريض إلى اعتبار أهمية هذه الناحية ودور استكشافها في مساعدته على تجاوز إشكالاته . وربما يضطر الأمر إلى تأجيل تحري بعض التفاصيل في مقابلة تالية أو عبر السياق العلاجي ويتم هنا إستجلاء نوعية التربية الجنسية المتلقاة وأطوار النشاط الجنسي ورضوضه ، وخصوصا مرحلة البلوغ (الإستمناء ، العلاقات الجنسية الأولى) الإضطرابات الجنسية (العنانة ، القذف المبكر ، البرود الجنسي ، تشنّج المهبل الانحرافات الجنسية) الحمل وتطورها ، الاجهاضات ، سن اليأس . . . . . ويهم إستشفاف طبيعة ودرجة الإندماج العاطفي والإنفعالي في الحياة الجنسية ويجب أيضا معرفة الجانب الإجتماعي الحميم :

● الزواج ، الطلاق ، العلاقات العاطفية

● الحياة العائلية إنسجامها ، إشكالاتها ، إستقلالية الزوجين

● موقع الأطفال في الأسرة والعلاقة مع الأهل ومدى متانة وعاطفية الروابط

العائلية .

● الإهتمامات العامة والخاصة : الدينية العقائدية ، السياسية ، الفنية ،

الرياضية الخ . . .

● علاقات الصداقة والعلاقات المهنية .

ز- الصدمات الإنفعالية العاطفية والأحداث الحياتية الراضة :

● الموت (حالات الحداد)

● الطلاق ، الانفصال أو الفشل العاطفي

● إستقلال الأبناء وزواجهم

● الهجرة ، فقدان العمل ، التقاعد . . .

ن- يجب إضافة لذلك البحث عن سوابق مرضية نفسية وجسمية مهما كانت

قديمة وحتى إن لم تتطلب تدخلا طبييا . من بين هذه السوابق نذكر نفسيا : حالات

إثيبار نفسي أو كآبة ، حالات قلق وتوجس ، جسميا- نفسيا : الرضوض ، الإدمان

الكحولي أو على المخدرات ، الأفيات الغدية ، النوبات التشنجية ، الأمراض

النفسجسمية ، الألرجيا (التحسس) المداخلات الجراحية .

٣- جمع وتحليل المعطيات الثقافية - الإجتماعية

فهي تسمح بموضعة الاضطرابات ضمن الظروف المحيطة بمختلف عناصرها المادية والقيمية والعلائقية التي تلعب دورا متفاوت الأهمية في نشوء هذه الاضطرابات وتطورها حسب طبيعتها .

من بين هذه العناصر :

- المناخ الاجتماعي السائد ، الموقع الطبقي والعلاقات الاقتصادية - الاجتماعية .

- القيم السائدة ، الدين ، العقيدة .

- تركيب الأسرة وحجمها وموقعها المهني ، مستواها الثقافي تنقلاتها وهجراتها .

٤ - السوابق العائلية :

- العوامل الوراثية والأمراض الوراثية

- السوابق المرضية النفسية والعصبية الانتحار ، الأمراض النفسية (ذهان ، فصام عصابيات . . . ) الإدمان ، التخلف العقلي ، الآفات العصبية الوراثية والتنكسية الخ . . .

وعند الحاجة تستكمل القصة عبر المعلومات الإضافية التي تقدمها أسرة المريض خصوصا عندما يكون في حالة اضطراب وهمي وتشوش نفسي لا يسمحان له بالتعاون مع الطبيب . . . وفي الحالات الحادة التي تضرب فيها الوظائف العقلية والنفسية والعصبية بشكل عميق يأخذ الفحص الفيزيائي الضروري في كل الأحوال أولوية على الفحص النفسي مع البدء طبعا بالإجراءات الإسعافية عندما يتطلب الأمر ذلك .

## الفحص الفيزيائي (الجسمي) في المقابلة النفسية

---

يستهدف هذا الفحص أساساً تحري واستبعاد العوامل العضوية كمسبب جزئي أو كلي للإضطرابات والأعراض النفسية التي يتقدم بها المريض . كما يدخل ضمن منهج الفحص الروتيني الشامل الذي يجب أن يقوم به الطبيب لكل مراجع . إن عددا من الآفات المختلفة الغدية والعصبية والورمية والإبتانية يمكنها أن تبدأ أو تتظاهر خلال تطورها بأعراض نفسية .

يتم هذا الفحص بأساليب إجرائية مختلفة حسب الحالة . فهو يجري عادة في نهاية المقابلة لكن يمكن إجراؤه في بدايتها كوسيلة لطمأنة مريض مفرط التوتر والقلق كما يمكن أن يتخلل الإستجواب عندما تكون الأعراض مزدوجة نفسية وعصبية . أما عندما يتخذ الطبيب مباشرة موقفا علاجيا نفسيا يدفعه إلى تجنب الفحص الجسمي ، فعليه إذاك طلب إستكمال الفحص لدى طبيب آخر .

---

### الفحوص المتممة

لا يجب التردد في طلب الفحوص المتممة وخصوصا في الحالات التالية :

- عند التردد في التشخيص أو ضرورة دعمه بتثبيت موضوعي يمكن اللجوء إلى القياسات والإختبارات النفسية التي منها ما يقيم الوظائف العقلية ومنها ما يستخرج العناصر المرضية وبنية الشخصية ومنها ما يميز بعض الآفات العصبية العضوية .

- عندما لا تبدو الأهراس النفسية منسجمة مع بنية شخصية المراجع وقصته بل يشير بعضها إلى سببية عضوية اذاك يمكن طلب تخطيط دماغ كهربائي وفحوص عصبية . شعاعية وبالتنظائر المشعة ، أو معايرات مخبرية شواردية وبيولوجية وهرمونية .

- عند مشروع علاجي دوائي لا بد من إجراء التحريات اللازمة للتأكد من غياب مضادات الإستطباب أو للسيطرة على إضطرابات حيوية قد يحدثها دواء مثل الليثيوم .

أخيرا يجتتم الطبيب المقابلة بأسلوبه وحسب سياقها النوعي ويكون اذاك قد حدد مشروعا مستقبليا للتعامل مع مريضه من إحتالاته :

- أحيانا لا تكون عناصر التوجه التشخيصي كافية لسبب أو آخر (مثل مقاومة المريض) . اذاك يقترح لقاء جديد بعد بضعة أيام .

- أحيانا أخرى تكون حالة الإضطراب شديدة وتتطلب علاجا إستشفائيا ، اذاك يناقش الطبيب مع المريض أو أسرته الإجراءات اللازم إتخاذها أو إتباعها لإدخاله إلى المشفى .

- في حالات أخرى غالبية يبلور الطبيب مشروعا علاجيا يتولاه هو ذاته إنطلاقا من المقابلة الأولى سواء كان نفسيا بحثا أم مشتركا نفسيا ودوائيا أو يحوكه إلى أحد زملائه المختصين بالعلاج النفسي .

## الاختبارات والقياسات النفسية

أ - قياسات الوظائف العقلية :

1 إختبارات الذكاء :

توجد عدة إختبارات للذكاء أكثرها شيوعا سلم ويكسلر للذكاء لدى الكهول W.A.I.S. ويتشكل من :

ست إختبارات كلامية : تعتمد على اللغة والمعلومات الشائعة ، والفهم

وترديد الأرقام والمحاكمة الحسابية والتعرف على التشابه والتماثل ( القدرات التجريدية )

- خمس إختبارات عملية تنفيذية : تستخدم ملكات الإدراك والتحليل والمحاكمة : تنظيم صور ، استكمالها ، تركيب مكعبات كوهن جميع أجزاء شكل أو صورة . . الخ يتيح هذا الإختبار تمييز الذكاء اللغوي عن الذكاء العملي .

2- المقياس الوحيد المشبع بالعامل العلم ( سيرمان ) :

من أشكاله :

48 = يتضمن مجموعة من المسائل يتكون كل منها من مجموعة من الدومينو يجب كشف القانون الذي يجمع بينها وتكميلها .

يتم تحديد الاضطرابات الطارئة على الملكات العقلية لاضطرابات نفسية أو عضوية بالمقارنة مع معايير السواء ، والقدرات السابقة وتفاوت القدرات العقلية فيما بينها . وتوجد إختبارات خاصة لكشف الإصابات الدماغية العضوية كإختبار الحفظ البصري لبتون ( يتم عرض أشكال معددة أمام المريض خلال عشر ثواني ويطلب منه إعادة رسمها مباشرة ويتم تقديمها نوعياً وكمياً ) وإختبار بندر وإختبار « راي » ذو الشكل المركب ، إختبار « روشاش » بشكل إدراكي .

كما توجد إختبارات نوعية للغة والذاكرة كإختبار « هاد » للعمه اللغوي وسلم الذاكرة لويكسلر : وهو إختبار مركب مرتبط بالعمر يتضمن سبعة أقسام :

معلومات شخصية وعامة - التوجه الزمني المكاني - التحكم الذهني : عدد تنازلي ، من الأحرف الهجائية . . . الذاكرة المنطقية والتجريدية - الذاكرة الحسابية المباشرة - ذاكرة الأشكال الهندسية - ذاكرة الكلمات المتماثلة . . .

## ب إختبارات الشخصية

### 1 - الإختبارات القياسية

- إختبار الشخصية متعددة الأطوار لميسوتا M.M.P.I أكثر الإختبارات إستخداماً في الطب النفسي يتكون من خمسمائة وخمسين سؤالاً مكتوباً تتم الإجابة

عليها « بصح » أو « خطأ » يكشف الإختبار عن محتوى التفكير والسلوك والمواقف والحياة العلائقية والإنفعالية وبالتالي مختلف سمات الشخصيات والأعراض المرضية .

تصنف النتائج طبقا لتسعة سلالم سريرية وأربعة للتحري . ويمثل كل سلم مقياسا لتناذر مرضي معين : (1) المراق (2) الهمود (3) الهستيريا (4) السيكوباتيا (5) الفصام (6) الأنوثة - الذكورة (7) الزور (البارانويا) (8) الوهن النفسي (9) الهوس .

- اختبار كاتيل : يقيس ستة عشر عاملا ثنائي القطب للشخصية معزولا بالتحليل العاملي .

- مؤشر كورنيل = يسمح خصوصا بتمييز الاضطرابات العصابية .

## 2 - الاختبارات الإسقاطية :

تسمح هذه الاختبارات بتقييم عام للشخصية . فهي غير مهيكلة تتيح للفرد إسقاط نزعاته النفسية العميقة عبر أسلوبه في تأويلها وتكميلها والتقنيات الإسقاطية متنوعة أهمها :

- التقنيات التكوينية : رورشاخ

- التقنيات التأويلية ( إختبار الإدراك المميز ذو الموضوع حيث يحاول الفرد استيعاء قصة من خلال لوحة غير واضحة المعالم تمثل مشهدا معيناً )

- التقنيات التركيبية الخ . . .

- إختبار رورشاخ :

أكثر الاختبارات الإسقاطية استخداما في الطب النفسي :

يتكوّن من مجموعة لوحات ( عشرة ) تتكون من بقع حبر متناظرة سوداء ومتعددة الألوان . تقدم للفرد متعاقبة ويطلب منه وصف الانطباع الذي تتركه لديه هذه اللوحات وتحوي كل إجابة عدة أبعاد أهمها :

- نمط الإجابة : شاملة أم تفصيلية .

- دافع الإجابة : شكل البقعة أم لونها أم حركتها الخ .

- مضمون الإجابة وموضوعها التأويل حيوان ، إنسان ، نبات ، جماد ،  
موضوع آخر .

- البعد العام : الإستجابات الشائعة والشاذة ، سرعة الإجابات وعددها  
ونوعيتها . يتم تفسير حاصل الاختيار بالبحث عن تطابق مجموعة الإجابات مع  
علامات مرضية عصابية أو نفسية إنطلاقاً من مقاييس تعتمد على إستجابات أنماط  
المرضى حسب التشخيص .

كما يجري تحليل نوعي يخصص الفرد بالذات ويتعلق بنيته وديناميكيته النفسية  
وطبيعة نزعاته وإنفعالاته وصراعاته اللاشعورية وأنماط دفاعاته الأنوية .

# الفصل الثاني

## تشكل الشخصية ونموها

تشكل شخصية الإنسان إنطلاقاً من نمو وتفاعل العناصر البيولوجية والنفسية التي تمثل قاعدة غير متمايزة لدى الولادة ، تنخرط بفعل العوامل الوراثية والمحيطية في سياق تطوري تتبلور فيه المكونات الأساسية لهذه الشخصية . العقلية والانفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية . وهي تنتظم في علاقة ديناميكية يتباين توازنها ونوعية تطورها حسب العمر والمحيط والعناصر المرضية النفسية والبيولوجية . إلا أنها تستهدف في صيرورتها السوية بناء وحدة وتمايز ناضجين يمكنان الفرد من تثبيت ذاته وملء وظائفه الشخصية والاجتماعية بما يجلب له متعة ورخاء ويعطيه موقعاً فاعلاً في المنظومة الاجتماعية . يعني ذلك ، إذن ، أن الشخصية تخضع في تشكيلها لمحددتين إثنين أولهما إمتدادات الكمون البيولوجي - الوراثي وثانيهما التكيف مع متطلبات المحيط الاجتماعية - الثقافية . وتنجم عن تفاعل كليهما البنية الخصوصية لشخصية كل فرد .



إن أساليب دراسة نمو الشخصية متباينة حسب إتجاهات الباحثين واهتماماتهم . إلا أنها تكاد تجمع على محاور رئيسية تشكل خطوطا يتبعها الفرد من النشأة الأولى حتى الكهل المتكامل وهي :

- النمو النفسي - الحركي .
- النمو العقلي والمعرفي .
- النمو الغريزي - الانفعالي .

---

### النمو النفسي - الحركي

---

إن النشاط الحركي أداة أساسية في التعرف على المحيط والسيطرة عليه ، ولا يمكن الإقتصار على إعتباره من الجانب العصبي - الفيزيولوجي فحسب ، فهو يعكس أيضا الحياة النفسية . مما يشير إلى أهمية التفاعلات النفسية والحركية خصوصا في أطوار النمو لدى الطفل .

لقد أدخل « دبريه » في بداية هذا القرن المفهوم النفسي الحركي الذي تطور إلى قانون التوازي النفسي الحركي أو توافق النمو الحركي السوي والنمو الذهني السوي . إلا أن هذه الصورة مبسطة لا تأخذ بالحسبان التعقيد الذي يميز نمو الطفل ولا ينال ذلك من أهميتها . . وإن يحدث أحيانا أن نشاهد في النمو الطفلي الباكر لا توافقا يتمثل مثلا في تأخر النمو الحركي دون أن يترافق ذلك باضطراب ذهني .

بالإضافة لذلك لا يمكن فصل النشاط الحركي عن ميادين الذكاء والمعرفة خصوصا عندما يكون هادفا يتعلق بعمليات التكيف وتذليل الإشكالات . « فوالون » الذي يدمج العناصر البيولوجية في نمو الجهاز العصبي والعوامل الاجتماعية العلائقية في النمو النفسي للطفل ، يحدد أطوارا متتالية تتمثل في : الاستكشاف ، التقليد ، التمايز تتعاقب على وقع أزمت المعارضة ، الأصالة ، المراهقة الملازمة لديناميكية التطور النفسي والتي تسمح بتبلور الفرد عبر العلاقة الجدلية .

بينما يربط « جيزل » بين عوامل النضج العصبية البيولوجية وأنماط السلوك التي

يمكن مراقبتها وتسجيلها وقياسها ويقدم معايير نمو تعتمد على إحصاءات ومقاييس نموذجية .

لا يرتبط التطور الحركي بالتطور الذهني مثل نمو اللغة والترميز فحسب بل يتعلق أيضا بالنمو الانفعالي الذي يؤثر على المقوية والوضعية كما أن الجسد يمتلك لغة علائقية تسبق اللغة الكلامية . وتحمل شحنات عاطفية قوية . لذلك يتأثر النمو الحركي والتعبيري للجسد بالقيمة العاطفية التي يتلقاها من الخارج وما تحمله من أمن ومنعة أو عكس ذلك .

أسس النمو النفسي - الحركي :

يتكامل النمو النفسي - الحركي حسب الأسس والقوانين التالية :

- ١ - يتعلق نمو وظيفية حركية معينة بنضج البنى التشريحية الموافقة لها .
- ٢ - تتجه الحركية العامة العشوائية لدى الوليد إلى تمايز أكثر فأكثر دقة ووظيفية .

ويتم هذا التطور تدريجيا حسب قانون تغاير في الأطوار تحدث فيه مراحل تقدم سريع ثم ركود بل وتحدث أحيانا تراجعات تسبق تغيرا شاملا . . .

- ٣ - إن النمو النفسي الحركي يخضع لمحددات عضوية صارمة لكنه يتأثر أيضا بشدة وبشكل حاسم بالشروط الخارجية والمثيرات التي تنبع منها بحيث لا يمكن الاستغناء عن البعد العلائقي في الانتظام الوظيفي للبنى العصبية .

---

### النمو الذهني والمعرفي

---

يوجد لدى الباحثين بعض الصعوبة في إيجاد تحديد دقيق لمفهوم الذكاء . فأنماط الذكاء تتمايز حسب ميادين تجليها على المستوى المجرد أو العملي . ويرجع علماء النفس خصوصا إلى الروايز النفسية والتحليل العاملي للبحث عن العوامل المميزة لأنماط الذكاء والعوامل المشتركة إلا أن ذلك لم يأت بنتائج حاسمة ولا يزال بعض العلماء يفترض وجود عامل ذكاء عام ( عامل سبيرمان ) ، بينما يفترض آخرون وجود عدة عوامل تتفاعل بأساليب مختلفة ( ثرستون ) .

لذلك يُرجع إلى معايير كيفية لتقديم تعريف للذكاء على أساس أنه يتجلى في  
لقدرة على بناء معارف ومعلومات حول المحيط يسمح بتطويرها النمو والتعلم ،  
وتخزين معلومات عن التجارب الماضية وبناء مخططات لتكييف الذات مع المحيط  
والمحيط مع الذات وإدماج هذه المخططات وتوقع مواقف مستقبلية واعداد  
إستجابات ملائمة لها . . . ( ريشيل ) .

درس « بياجيه » خلال نصف قرن نمو الذكاء لدى الطفل وأعتبر أن وظيفته  
تتمثل في تكييف الفرد مع المحيط عبر آليتين متلازمتين : الاستيعاب والمطابقة . . .  
وحدد أربعة أطوار متعاقبة للنمو الذهني هي :

1 - الطور الحسي الحركي : من الولادة حتى سن 18 شهرا .

أ - الذكاء الحسي - الحركي وهو ذكاء تجريبي بحث متلازم الواقع والآن دون  
تمثل ذهني .

ب - بناء موضوع الإدراك .

● مرحلة تلازم إدراك الأشياء مع الرغبة ( لامتياز بين العالمين الداخلي  
والخارجي ) .

● مرحلة التواجد الجزئي للشيء : يتميز الشيء عن رغبة الطفل المباشرة لكن  
إهتمامه بالأشياء يزول بمجرد اختفائها عن مجاله الحسي .

● مرحلة التواجد الدائم للشيء حيث يصبح الطفل قادرا على الربط بين عدة  
ارتسامات حسية حركية ( من 9 إلى 18 شهرا )

(2) - الطور ما قبل العملياتي

أ - حيث تنمو الوظيفة الترميزية عبر خمس ظواهر سلوكية :

- التقليد المرجأ

● الألعاب الرمزية .

● الرسم .

● الصور الذهنية .

● اللغة .

## ب - نمو التفكير

١ - مرحلة التفكير ما قبل التجريد العقلي وهي تستمر من ١٨ شهر حتى الأربع سنوات .

٢ - مرحلة التفكير الإستنتاجي وتستمر من ٤ إلى ٧ سنوات .

## ٣ - الطور العملياتي

في هذا الطور يكتسب الطفل ملكة المحاكمة المنطقية العملية ثم المجددة

أ - مرحلة العمليات المادية : من ٧ حتى ١٢ سنة .

ب - مرحلة العمليات الصورية بدءاً من الثانية عشرة .

إلى جانب نظرية « بياجيه » تقدم مدارس وعلماء آخرون نظريات مختلفة مثل « فالون » الذي يرسم التاريخ الطبيعي لنمو الطفل وذكائه عبر دراسته لما يسميه « المواقف » التي تدخل فيها السياقات المعرفية دون الرجوع إلى منظومة نفسية باطنة . ويتم تطور الذكاء تبعاً للعوامل والمراحل التالية :

## ١ - نضج الجهاز العصبي .

٢ - يتم تطور الذكاء بحدوث تمايز تدريجي ينتقل من مرحلة تفكير يدمج فيها الطفل بين رغبته وخياله والواقع الخارجي إلى مرحلة تفكير موضوعية بفضل التمايز بين الذات والآخر وبين الفاعل وموضع الفعل .

٣ - التطور من ذكاء عملي إلى ذكاء إستدلالي عبر إستبطان الفعل .

٤ - تمر الإكتشافات الذهنية للطفل بألعاب المقابلة النوعية قبل المقابلة الكمية ( كبير / صغير ، قليل / كثير ) حيث يؤدي ذلك إلى التفكير النمطي والتوزيعي .

أما في منظومة التحليل النفسي فيتموضع الذكاء ضمن العلاقة الديناميكية مع عناصر البنية النفسية الأخرى حيث ينجم التفكير عن ضرورات باطنة لتطور الجهاز النفسي بهدف الإستجابة لحاجات نزوعية ونجد هذا الخط الذي ( فرويد ، سبيتر ، كلاين ، سيغال ، بيون ) . بينما يرى هارتمان وكريس ولوفنشتاين أن الأنا وخصوصاً الذكاء يتطوران بشكل مستقل ويتغذيان من طاقة محايدة لا تتبع من الغرائز إلا أن الطاقة الغريزية ( أو النزوية ) والسياقات الأولية ( أي اللا شعورية ) قد تغزو الأنا .

كذلك تقدم نظرية التعلّم ( بافلوف ) منظومة بنيوية وديناميكية للذكاء تتطور ضمن المدارس السلوكية والسيرنيتيكية الحديثة .

---

### تطور المواقف والسلوكيات النفسية

---

قامت المدرسة السلوكية الجديدة (Neo - behaviorism) بدراسة عبر إدماج ثلاث نظريات : علم الارتكاس والإشرط لدى « بافلوف » ، السلوكية لدى « واطسون » ونظرية التعلّم لدى « تورنديك » .

تحمل هذه المقاربة إتهاما « وضعيا » (Objectivist) يعتمد على قوانين الإشرط والتعلّم في تفسير التشكّل النفسي . كما أدخل « هول » مفهوم الدافع والإثابة كمحدد جوهري للسلوكيات التي تتشكّل إنطلاقا من محاولات متعاقبة موجهة نحو هدف يجب إدراكه . إلا أن عقبات تعترض هذا السياق منها خصوصا الحرمان حيث يجد الفرد نفسه محروما من إشباع كان يستهدفه مما يقرض عليه تكيّفا جديدا إستثنائيا والصراع الذي يتمثل في إلتقاء إنفعالين متناقضين لدى نفس الفرد .

تخصّص النظرية السلوكية الجديدة موقعا جوهريا للأشعور وتربط تشكّل شخصية الإنسان بالقدرة على إستيعاب وتحمل حالات الحرمان وعلى التعامل بشكل متكيف مع الصراعات ، مما ينبجم عنه مفهوم « التعود » الذي هو يوفق بين الإثارة والإستجابة .

---

### النمو الغريزي - الإنفعالي ( أو العاطفي )

---

يتبع النمو الغريزي الإنفعالي خطا تطوريا له خصائصه المستقلة ، من الطفولة حتى الكهولة لكنه يتفاعل أيضا مع ميادين النمو الأخرى ، أي النمو الجسدي والحركي واللغوي والذهني .

يشمل الإنفعال العواطف والمشاعر وكلّ الحالات الوجدانية المريجة أو

الممضة ، النوعية أو الغائمة التي تتظاهر بشكل إنفراغ كتلي أو حالة عامة مديدة ( لا بلانش - بونتاليس ) .

تولي نظرية التحليل النفسي إهتماماً جوهرياً لهذا المجال التطوري الحيوي وتربطه بصيرورة الليبدو ( الطاقة النفسية الغريزية ) الطفلية وتقدم مخططاً لتشكّل الشخصية وتضجها يتمحور حول ديناميكية النزعات الطفلية وصيرورتها . كما أن دراسة علم النفس المرضي كثيراً ما ترجعنا إلى اضطرابات نفسية - إنفعالية تتمفصل مع الأنماط النفسية - الديناميكية التي ساهمت في تشكّل الشخصية . لذلك لا بد من استعراض المفاهيم العامة والأساسية لنظرية التحليل النفسي التي قدّمت تصوّراً ديناميكياً وتطوّرياً للبنية النفسية وصيرورتها .

## نظرية التحليل النفسي

يعتبر علم الشخصية التحليلي أن البنية المستقبلية لشخصية الفرد تترسخ دعائمها الأساسية خلال السنوات الأولى من الحياة الطفلية حيث تتشكل عناصر المنظومة النفسية عبر التفاعل التآلفي والصراعي بين النزعات والغرائز وبين المحيط الطبيعي والاجتماعي وضغوطه ، وذلك باتجاه أجمعة (Socialisation) تدريجية لهذه النزعات ضمن الديناميكية النفسية اللاشعورية أساساً .

ويتكوّن علم النفس التحليلي من ثلاث مركبات جوهرية .

- المركبة النموذجية ( بنیان المنظومة النفسية )

- المركبة الديناميكية .

- المركبة الاقتصادية - الطاقوية .

كما يعتمد على نظرية نشوء تطوري بيولوجي - نفسي وعلى أساس هذه المعطيات تشكل البنية الديناميكية للشخصية .

I - بنية الجهاز النفسي وعمله

أ - الديناميكية النفسية

في مفهوم التحليل النفسي يمثل كل موقف أو سلوك تعبيراً عن صراع ما بين قوى ونزعات ورغبات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد ذاته . فعندما تصطدم نزعة غريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها «الأنا الأعلى» ، فإن التفاعلات تؤدي إلى نشوء

آليات دفاعية تساهم في تشكيل حلول وسط بين التحرير وإشباع الرغبة .

ب - العنصر الإقتصادي - الطاقوي في الجهاز النفسي .

يستمدّ الجهاز النفسي منابع نشاطه من طاقة نفسية - تتأثي من النزعات

والغرائز . . .

والنزعة دافع نفسي داخلي ثابت ومستقر لا يمكن تجنبه أو إلغاؤه ( على المستوى البنيوي ) ينشأ من حالة إثارة داخلية تحدث توتراً ، يهدف إلى تحقيق هدف نوعي يؤدي إلى إنحلال التوتّر . أما موضوعه فهو الأداة التي يمكن بواسطتها الوصول إلى الهدف .

يتميز فرويد نوعين أساسيين من النزعات .

١ - النزعات الجنسية :

لا يقصرها فرويد على الأنشطة والمتع المتعلقة بالوظائف التناسلية بل يشمل بها سلسلة من الإثارات والأنشطة الطفلية التي تؤدي إلى بلوغ متعة متعلقة بإشباع حاجيات فيزيولوجية أساسية ( كالتنفس والتغذية والإفرازات الخ ) . . .

لذلك تمثل الليبيدو طاقة مشتقة من النزعات الجنسية تتظاهر طوال النمو بأشكال مختلفة يستثمرها الطفل في مناطق إثارة شهوية ( الفم ، الشرج ، القضيب ) وتتمركز عند النضج على المجال الجنسي التناسلي للكهل . إلا أنها تتغير أيضاً في تجلياتها نسبة للموضوع ( مواقع استثمار الطاقة النفسية ) ونسبة للهدف ( التصعيد المبدع مثلاً ) وعلى مستوى مصادر الإثارة الشهوية .

٢ - النزعات العدائية .

إحتجها فرويد في البداية تعبيرا عن الحرمان واللاإشباع اللذين يعترفان الغرائز والنزعات من حيث أنها مصدر لطاقة يستهدف التغلب على هذه العقبات . ثم انتقل ( فرويد ) إلى إعتبار العدائية تعبيرا عن نزعات الموت التي تتعارض وتتناقض مع نزعات الحياة وهي تهدف إلى إلغاء حالة التوتّر بشكل كامل بالعودة بالعضوية إلى الحالة الجامدة . تتجه هذه النزعات - حسب هذه النظرية - في البداية ، نحو التدمير الذاتي ثم تقوم الليبيدو من جانب والعلاقة الأمومية من جانب



آخر بتحديد هذه النزعات وتشذيبها وتوجيهها نحو الخارج .

يستهدف الجهاز النفسي دائما إلغاء التوتر الناجم عن تراكم طاقة النزعات ( الطاقة النزوعية ) تبعاً لمبدأ الثبات والاستقرار . لذلك ينزع النشاط النفسي إلى تحقيق المتعة وتجنب الألم بإفراغ الطاقة النزوعية فالجهاز النفسي يعمل طبقاً لمبدأ اللذة .

يحرك هذا المبدأ حياة الرضيع في المرحلة الأولى من وجوده وعند غياب موضوع المتعة ( الثدي ) يعوّض ذلك بالمحاولة اشباع هلاوسي للطلبات . إلا أن هذا السياق الأولي يعجز عن تخفيف التوتر ويصدم الطفل مع تجربة الواقع بحيث يغير الجهاز النفسي على التمييز بين متطلبات الذات ومتطلبات العالم الخارجي وإذا كان ينحصر مبدأ الواقع ويعمل طبقاً للسياق الثانوي . وتنتج الصراعات النفسية عن تعارض مبدأ الواقع مع مبدأ اللذة .

يُميز في النزعة ضمن السياق النفسي عنصران لا يتبعان نفس الصيرورة في الجهاز النفسي هما التمثيل : وهو المضمون الواقعي لسياق فكري سواء كان تذكراً أم استيهاماً وتصوراً أم تجريداً . والعنصر الثاني هو الوجدان وهو التعبير الكيفي عن مستوى الطاقة النزوعية وتبدلاتها تمثلاً بأحاسيس الفرح والحزن والألم الخ . . . .

---

### البنية النموذجية للجهاز النفسي

---

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن الجهاز النفسي يتميز إلى عدد من المنظومات التي تتميز ووظائف متباينة وتتبع إنظاماً داخلياً محدداً . وقد قدم فرويد نموذجين متعاقبين لتقسيم الجهاز النفسي إلى مساحات أو مناطق نفسية مع اعتبار هذا التقسيم تجاورياً يسمح بتقديم تمثيل طوبوغرافي يسهل البحث والعلم .

#### ١ - النموذج الأول :

يتمحور حول التعارض بين حياة نفسية شعورية وحياة لا شعورية تخضع الأولى لمبدأ الواقع والثانية لمبدأ اللذة ويردفاً ما قبل الشعور ، اللاشعور الذي يقدم

وجوده تعليلا للأحلام والهفوات (الزلات اللاشعورية) والأعراض العصابية .  
يحتوي اللاشعور أساسا على الرغبات الطفلية المكبوتة ضمن سياق آلية دفاعية ضد  
الحصر والقلق الناجمين عن توقع نتائج وخيمة لتنفيذ هذه الرغبات . ولا تتمكن  
التمثيلات المكبوتة من الرجوع إلى حياز الشعور إلا عبر أشكال وسيطة ترضي بنفس  
الآن ، الرغبة اللاشعورية والرقابة التي تنبع منها الطاقة الكابتة ، فتتظاهر بشكل  
الأحلام والأعراض المرضية الخ . . . .

## ٢ - النموذج الثاني

غير « فرويد » ، بدءا من عام ١٩٢٠ نموذج الطوبوغرافي الأول للجهاز  
النفسي واستبدله بمنظومات ثلاث = اهو ، الأنا ، الأنا الأعلى .  
- يمثل اهو القطب النزوي - العزيمي في الشخصية : محتويا المكبوتات  
خاضعا لمبدأ اللذة وهو يقابل اللاشعور .  
- الأنا

وهو يمثل أساسا الجزء الشعوري من الشخصية ، إلا أن قسما منه يتواجد  
ضمن اللاشعور . من وظائفه الأساسية العمل على التوفيق بين الواقع والرغبات  
الذاتية ، فهو ينشأ من التفاعل مع المحيط الخارجي ويتواجد في موقع الوسيط بين  
نزعات اهو ومحرمات الأنا الأعلى . وظائفه الأساسية أيضا بناء آليات دفاعية ( لا  
شعورية ) ضد الحصر والقلق الناجمين عن الصراعات النفسية الباطنية .

## 11 المفهوم النشوي في التحليل النفسي

يتعلق هذا المفهوم بنمو الفرد وتطوره طبقا لقوانين ومراحل بيونفسية  
وديناميكية ، أساسا على المستوى الغريزي الانفعالي ، حيث تتبع الليبدو مراحل  
تطور منتظمة منذ الطفولة حتى المراهقة ويمكنها أن تخضع لنوعين من العقبات :

١ - التثبيت : حيث تثبت النزعات الجنسية حول مرحلة من النمو بفعل  
إرتباط الليبدو بقوة بأشخاص أو تمثيلات وتستعيد نفس نمط الإشباع . . .

٢ - النكوص = ويعني عودة عناصر متقدمة من النمو إلى إحدى المراحل  
التطورية السابقة ، يحدث ذلك عندما تصطدم نزعة معينة خلال قيامها بوظيفتها أي  
تحقيق إشباعها لخفض التوتر وإزالة الإثارة بموانع خارجية قوية .

## مراحل النمو الـنفسية

يولد الطفل وهو يحمل لا تمايزا إنفعاليا ويبدأ إتصاله بالعالم الخارجي عبر حواسه التي تنضج وتتكامل وظائفها تدريجيا ، وعبر علاقته الحيوية بأمه ، هذه العلاقة التي تحمل له متعة وإشباعا بخففان توتراته التي يعجز عن مواجهتها بمفرده .  
يـمـيز « سبيـتـز » ثلاث حركات ناظمة متعاقبة تمثل مراحل يتم فيها إدماج نوعي لعمليات التطور مشيرة إلى نشوء بنية نفسية متطورة ، وتلعب الأم في ذلك دورا أساسيا :

١ - الحركة الأولى هي ظهور الإبتسامة على سماء الرضيع في نهاية الشهر الثالث ، كاستجابة إجتماعية ، وهي أولى علامات الاتصال الاجتماعي .

٢ - الحركة الثانية هي ما يسمى « قلق » الشهر الثامن ، الذي يحدثه غياب الأم حيث يـمـيز الطفل العالم الموضوعي المحيط به ويدرك إرتباطه وحاجته إلى الموضوع المميز ( الأم ) الذي يؤدي غيابه إلى تألمه .

٣ - الحركة الناضجة الثالثة هي ظهور إشارة النفي أو المعارضة لدى الطفل من بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر . فهذه الـ« لا » تعطيه نوعا من السلطة على العالم الخارجي وتخفيفا لإرتباطه به .

### أ - المراحل ما قبل التناسلية

إن هذه المراحل لا تتحدد بدقة ، بل هي تيارات تطورية متعاقبة ، تتداخل في سياقها الزمني . وتقود إلى إعتبار أن النزعات الطفلية الباكرة هي ذات إتجاه شهواني ذاتي ( النرجسية الأولية ) أكثر منها بإتجاه مواضيع خارجية .

#### ١ - المرحلة الفمية

تشمل السنة الأولى من حياة الطفل الذي يتمثل سلوكه الفيزيائي إذاك في الرضاع والتعرف على الأشياء بضمه الذي هو واسطة علاقته وتبادلته مع أمه التي تمثل

العنصر الأهم في وجوده ، كما أنه مركز المتعة واللذة ومصدرهما . حيث يكتشف الطفل إن إثارة الفم حتى دون غذاء ( بمص الإصبع الأبهام مثلا ) تجلب لذة ويحدث التبادل عبر الفم بالابتلاع ( الذي يصبح تدريجيا على المستوى النفسي : الاستبطان ) ، أو بالرفض ( منبع الإسقاط ) .

يُميّز « كارل ابراهام » طورين في هذه المرحلة : أولها الطور السلبي حيث يسيطر المص والطور الفاعل الفمي - السادي حيث يصبح الطفل قادرا على عض الثدي أو غيره من الأشياء . وتورث هذه النزعة العدوانية شعورا بالذنب لدى الطفل الذي يتميز شعوره في علاقته مع الموضوع ( أمه أو من يمثلها ) بالتكافؤ الضدي حيث تكون الأم موضوع حبّ عندما تشبع الرغبة وموضوع حقد عندما تحرم الطفل . يبدأ هذا الانفصام بين الموضوع الطيب والموضوع السيء ، تجاه الموضوع الجزئي ( أي الثدي عندما لا يميّز الطفل أمه ولا يميّز بين ذاته والثدي يشبع رغبته ) خلال الأشهر الأربعة الأولى ويخفف هذا الانفصام من القلق المرتبط بالسادية الفمية ( تسمى ميلاني كلاين هذا الطور : الموقف الدوراني ) إثر ذلك يتلاشى الانفصام ويتبلور الموضوع المتكامل فيحدث قلق استيهامي شديد خوفا من تدمير هذا الموضوع ( الموقف الهمودي )

يسيطر هو طوال هذه المرحلة على انتظام الشخصية حيث ينشأ أنا لا يزال ضعيفا وسلبيا وينتقل ، بفضل موقف ملائم من الأم ، من السياق الأولي الى السياق الثانوي ومن مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع .

إذن تتمثل مصادر القلق لدى الطفل في هذه المرحلة ، في الخوف من الحرمان الغذاء والرضاع والإحساس بالإهمال والوحدة . وتتولد الأزمة النفسية من الصراع بين الإطمئنان إلى العالم الخارجي ( الاجتماعي ) وبين الريية وفقدان الثقة ، بحسب الاشباع البيولوجي والنفسي الذي يحصل عليه الطفل . . .

يتسم النكوص في هذه المرحلة بقاعدة نفسية مسيطرة تتمثل في الحصر النفسي والهمود واضطراب الهوية وتظاهر سريريا بالإدمانات والسيكوباتيا ( الطباع المرضية ) والجنسية المثلية وفي الحالات الوحيمة بالذهان ( السوداء الإنتكاسية ، الفصام ، النفاس الهوسي الهمودي )

## ٢ - المرحلة السادسة - الشرجية

تظهر في هذه المرحلة - أهمية النزعات العدائية وهي تستمر خلال السنتين الثانية والثالثة . تتمركز منطقة الإثارة الشهوية في الحيز الشرجي - المستقيمي حيث يصبح التحكم في المصبرات ممكنا وتحتل المتعة المرتبطة بالتبرز والصراعات المتعلقة بها موقعا أساسيا .

يقسم « كارل ابراهام » هذه المرحلة إلى طورين متعاقبين :

١ - ترتبط المتعة في الطور الأول بإخراج المواد البرازية وكذلك النزعة العدائية . ويستثمر الطفل إمكانية معارضة رغبة أهله بنظافته .

٢ - أما في الطور الثاني فتتعلق المتعة بالإمساك والنزعة السادية بالضبط الإمتلاكي حيث يكتشف الطفل الأهمية التي يعلقها أهله على مواده البرازية ويمثلها بهدية يقدمها أو يمتنع عن ذلك .

يسمح تعلم النظافة ولو عبر سياق صراعي بتطور النضج إذ يتنازل الطفل عن المتعة البرازية لفائدة متعة اجتماعية أرقى تتمثل في إرضاء أمه بقبول القواعد التي تفرضها على مستوى النظافة . حيث لا ينحل الصراع إلا بعملية تصعيد من هذا النوع .

يستمر التكافؤ الضدي في هذه المرحلة ، في السيطرة على العلاقة بالموضوع حيث يتواجد الحب والكره العدائي تجاه الأم خصوصا عندما تبدأ بفرض محرمات على الطفل . كما أن التكافؤ الضدي يتظاهر أيضا على مستوى الوظيفية الشرجية الإفرازية حيث يمكن إخراج البراز بشكل فاعل . كما يمكن الإثارة بتواجد جسم ( مثل الكتلة البرازية ) في المستقيم . بحيث تتأثر النزعات الجنسية وطبيعتها العلائقية بالإجهادات الفاعلة أو المنفصلة التي تؤثر فيها المرحلة الشرجية .

تتزايد في هذه المرحلة قوة الأنا كما يتدعم مبدأ الواقع والسياق الثانوي . بينما يظل الانتظام البنيوي متعلقا بالعلاقة الثنائية مع الأم . . .

تتمثل الأزمة النفسية ، في هذه المرحلة ، في الصراع بين تثبيت الذات والحجل والشك بالذات . . . يرمز الضبط إلى إعتبار الذات وقيمتها والإمساك إلى

العناد والقسر ، والإرخاء إلى العدائية والفوضى والتدمير . يكون الطفل في هذه المرحلة أنويا وأخلاقيا واقعيا . ويمثل الوالدان أساسا محيطه الاجتماعي .

يتمثل مصدر القلق هنا في الخوف من فقدان الرضا والمشاعر السلبية الإيمتهانية والحنجمل تنبع الحالات العصائية الناشئة في هذه المرحلة من الشعور بفقدان قيمة « الأنا » وتشكل ، عبر النكوص الشرجي ، متلازمة الشخصية السلبية - العدائية أو الشخصية السلبية - المرتبطة ، حيث تنجمان عن عدم حلّ أزمات العدائية المرتبطة خلال الطفولة البكرة .

يتمثل النموذج المرضي للنكوص الشرجي في العصابات الوسواسية القسرية خصوصا . . .

## ب - المراحل التناسلية

### ١ - المرحلة القضيبية والصراع الأوديبي

تمتد هذه المرحلة بين سن الثالثة والسادسة وقد أشار بعضهم إلى مرحلة إحليلية تتوسط بين المرحلة الشرعية والمرحلة القضيبية . يحمل فيها البول نفس الإهتمام الذي كان يحمله البراز . . .

خلال المرحلة القضيبية تتطابق منطقة الإثارة الشهوية مع المنطقة التناسلية . ويزايد الإهتمام بالجنس والأعضاء التناسلية . يكتشف الطفل الفروق التشريحية بين الجنسين ، فيثير غياب القضيب لدى الأنثى ، خوفا من الإخصاء لدى الذكر الذي يقاوم هذا القلق بتثبيت قيمته الجنسية عن طريق الإستمناء على المستوى الليبيدي وعن طريق الإستعراء على المستوي النرجسي . . . بينما تحسّ الأنثى غياب القضيب كعوز يؤدي إلى مشاعر النقص وتعوضه بـ « الاحتجاج الذكري » و « الرغبة بالقضيب » وتحسّ بالأم كمسؤولة عن هذا الإخصاء فتتبعدها عنها لتدخل في علاقة أوديبيية مع الوالد . فيما يعمل الطفل على التقارب مع أمه ويحسّ بالغيرة والحقد تجاه والده الذي ينافس ويتزع منه أمه مما يؤدي إلى مشاعر بالذنب وخوف إستيهامي من الإخصاء قد تثبته عملية الختان وتتم مقاومة هذا الخوف بالتهاهي مع الأب موضوع

الحب والكره ، والابتعاد عن الأم ( كموضوع شهوي محرم ) . أما لدى الأنثى فتعدّل النزعة الأوديبية بإدراك أهمية الحمل الذي يكون معوضاً للقضيبي ورافعاً للقيمة . وتؤكد ميلاني كلاين التي تعارض فرويد في هذا الشأن على أهمية الأم كموضوع أوديبى وتشكك بأهمية القضيبي حيث تفترض وجود شعور بالنقص تجاه الأم ( المرأة ) لقدرتها على الحمل والإنجاب . . .

في نهاية هذه المرحلة يتراجع المركب الأوديبى بفعل الكبت ويتنازل الطفل عن رغبته لفائدة التامهي الذي يتم عبره إستبطان الصور البوادية المثالية حيث يصبح ذلك الركيزة الأساسية لتشكّل الأنا - الأعلى .

تتمثل الانفعالات السلبية هنا في الخوف من العقاب لمحاولة ممارسة التفوذ أو الجاذبية أو الدخول في منافسة ، والشعور بعدم استحقاق العطف والحب . كما يتمثل الاضطراب المرضي للهوية في الشعور بتدني الأنا ووظائفها . تشكّل المستيريا حالة نكوص عصابي أوديبى حذّي كما تنشأ عن اضطراب هذه المرحلة حالات من وسواس المرض . . . الخ .

## ٢ - مرحلة الكمون

يخرج الطفل في عمر بين الخامسة والسابعة من الأزمة الأوديبية وتهدأ النزعات الجسدية حتى سن المراهقة . إلا أنها لا تنطفيء تماماً بل تخفّ تظاهراتها وتطغى عليها الإهتمامات الاجتماعية والمدرسية وتزداد أهمية ودور العوامل الثقافية . الاجتماعية في النمو الفريزي - الانفعالي . يتعلّم هنا الطفل الإنطلاق الى العالم الخارجي والإنخراط في أنشطة عملية وتكيف إجتماعي ، بينما يتحرر من إرتباطه العلائقي المقتصر على أهله فينشئ علاقات بالموضوع خارج العائلية .

تهيمن خلال هذه المرحلة ثلاث آليات هي :

١ - الكبت : الذي يتمثل بدفع وإقصاء<sup>(١)</sup> التعلّقات المتعلّقه بنزعات

(١) رغم هيمنة إستعمال الكبت أو الكف للتعبير عن هذه الآلية فإننا نرى أن تعبیر الإقصاء أكثر ملاءمة للمفهوم الذي يقصده التحليل النفسي . لذلك يمكن أن نستعمل هذه الكلمة بذلك المعنى .

تعارض تلبيتها مع متطلبات أخرى . فيتم إقصاء المركب الأوديبى والتمثلات ما بعد الأوديبية مما يفتح مجالاً حراً متخلصاً من الصراعات يسمح باستيعاب المعطيات التربوية وبتنمية الإهتمامات المعرفية .

٢ - التماهي : المتمثل في إستبطان صفات وخصائص يعتبر الشخص الذي يمثلها نموذجاً ومثالاً .

- التماهي الأولى النرجسي : يستهدف نشوء هوية الفرد ( الذات ) نسبة للأم أساساً ويتم ذلك خلال المراحل ما قبل التناسلية .

- التماهي الثانوي الأوديبى : ينشأ بدافع رغبة الطفل بالتشابه مع الوالد من جنسه حتى يجذب حب الوالد الآخر وكذلك بدافع الشعور بالذنب تجاه الوالد من نفس الجنس ، الذي تتم معاوضته بالإمتثال لنموذج هذا الوالد واستبطان قيمه ومثله . . . . مما يسمح بتصعيد النزعة الأوديبية .

٣ - التصعيد : وهو آلية لا شعورية توجه فيها الطاقة النزوعية - الغريزية التي اعترضتها موانع ومحرمات سواء كانت جنسية أم عدائية إلى تبدلات كيفية تسمح بإنجاز أهداف وإبداعات ذات قيمة إجتماعية .

تمثل الأزمة النفسية هنا في الصراع بين النشاط العملي والشعور بالنقص خلال المنافسة وبناء العلاقات الإجتماعية .

وتتظاهر المشاعر السلبية في هذه المرحلة بالخوف من سوء التصرف والشعور بالعجز الكامل . إن مركب النقص يتطور هنا لدى الأطفال الذين عجزوا عن تحقيق نزوعهم إلى النشاط وتكيفهم الإتماعي .

### ٣ - البلوغ والمراهقة

المراهقة مرحلة حرجة يتعرض فيها التوازن الغريزي - الإنفصالي ، الذي توصل إليه الطفل ، إلى التأزم بفعل تكامل النضج الجنسي . فهي فترة مليئة بالصراعات والتناقضات والشعور بالضياع حيث يتكامل خلالها التوازن الديناميكي



بين النزعات اللاشعورية ونزعات ومتطلبات الأنا عبر العوامل الذاتية والمحيطية والاجتماعية وأهمها :

- العوامل البيولوجية المرتبطة خصوصاً بالنضج الجنسي والتبدلات المورفولوجية والوظيفية التي تطرأ على الجسد مما يساهم في تطور صورة الجسد لدى المراهق وتحدث أزمة من التردد والرعونة متعلقة بقبول وبلورة الهوية الجسدية .

- العوامل الثقافية - الاجتماعية ، حيث ينضج الأنا لدى المراهق ويتراجع دور اللاشعور في عملية النمو ، إذ يصبح على الأنا تحمل عبء التكيف والاختيارات القيمة ضمن وتجاه النظم والمؤسسات الاجتماعية والإعداد لاكتساب موقع إجتماعي ومهني وعائلي يضمن له استقلالية حقيقية .

- العوامل العقلية - النفسية حيث تنضج البنية العقلية وملكانها التجريدية التي تفتح مجالات معرفية وإبداعية جديدة أمام المراهق .

كما يتجه المراهق إلى تغيير نمط علاقاته الأسرية والاجتماعية وعلاقته مع ذاته بحكم التبدلات الغريزية - اللاشعورية التي تدفعه إلى استثمار قدراته العاطفية باتجاه مستقل والبحث عن تلبية حاجياته الجديدة على هذا المستوى خارج الإطار الأسري .

يترافق البلوغ بدفعة غريزية قوية بدخول الرغبات الجنسية في حيز متطلبات واهتمامات المراهق ، إذ يصبح قادراً فيزيولوجياً على ممارسة العلاقات الجنسية فيقبل على التخيلات والاستيهامات الجنسية وعلى ممارسة الاستمناء ، يؤدي ذلك ، مع إحياء الصراع الأوديبي وعقدة الإخصاء إلى مشاعر الذنب والقلق ويدفع المراهق إلى الرغبة بالتخلص من إرتباطاته وعلاقاته الأسرية وإلى التمرد والتحدي والتشكيك بالقيم الأسرية وحتى الاجتماعية ؛ فيبحث عن نماذج مثالية جديدة تساعد على استكمال وتحديد هويته ، قد يتم ذلك عبر سياق إستقلالي لا يؤدي إلى انفصام أسروي ، كما قد يتبنى المراهق قيماً وأسلوب حياة تتناقض مع القيم السائدة في أسرته .

لا يتلقى التدفق الغريزي الجنسي الإشباع الكامل إلا عبر سياق تدريجي ومديد لا يتكامل إلا في نهاية المراهقة . لذلك يتم كبح هذه الطاقة وتحويل تيارها إلى

انشطة أخرى عبر آليتي دفاع ضد القلق نوعيتين هذه المرحلة هما التزهّد والعقلنة .  
الذان يدفعان إلى إثراء القيم الأخلاقية والفكرية فالتزهّد ينجم عن كبت كل  
النزعات الغريزية دون تمييز بينما لا يتم إنكار هذه النزعات في سياق العقلنة إنما تربط  
بمحتويات عقلية وفكرية مجردة من المضمون الانفعالي تسمح ببروزها إلى مستوى  
الشعور بشكل مسيطر عليه .

إن الإضطرابات النفسية في المراهقة تعتبر إمتداداً لضبابية الهوية ، حيث  
ينغمس الفرد في صراع سابق يعود إلى الفاعلية أو الفشل المباشر في حلّ الضغوط التي  
تتظاهر خلال أزمة المراهقة ذاتها . يتظاهر هذا الفشل في حالات من القلق والحصر  
والهمود التي يعبر عنها الشعور بالضيق والإستيهاات ونوبات الغضب والتمرد على  
الواقع الأسروي . ويترجم النكوص إلى هذه المرحلة لدى الكهل إرتباطاً مستمراً  
بالدفاعات النفسية للمراهقة مثل الحلم والخيال والإحتجاج الضبابي غير الهادف ،  
والعجز عن تأكيد الشخصية المستقلة .

إن المهمة النهائية هي محور الأزمة لدى المراهق ، وتمثل في إعادة تشكيل  
الهوية واستيعاب الأدوار الجنسية والاجتماعية والإستقلال تجاه العائلة . أما الوسط  
الاجتماعي فهو مجموعات المراهقين وعلاقات الصداقات وبدايات الإهتمامات  
العاطفية .

تمثل الانفعالات السلبية لدى المراهق في خوفه من العجز عن السيطرة على  
الدوافع والنزعات الداخلية الجديدة والمتناقضة والإحساس بعداء العالم الخارجي .  
ينأى إضطراب الهوية هنا من تشوش ناجم عن التناقض فيما يتوقعه الآخرون  
وعن تناقضات بين المثل ووظائف الأنا والتماهي النابع من مراحل سابقة وبين انماط  
اجتماعية سائدة .

#### ٤ - الكهولة

في حوالي سن العشرين يصبح المراهق كهلاً تكاملت شخصيته ، له أسلوبه  
السلوكي وخصائصه العلائقية والانفعالية التي يبنى على أساسها مهامه ووظائفه

الذاتية والاجتماعية ويشريها بما يضيف إليها من عناصر ومكتسبات تتحقق عبر تجربته الحياتية . إلا أن الماضي وخصوصا المرحلة الطفولية تترك أثارا وجروحا وندوبا وصراعات لم تحل و« تثبتات » قد لا تكون إلا عوامل وجودية في حدود الأنماط السوية وقد تكون شديدة وضمن محاور أساسية تنزوع عليها الحالات المرضية التي تنجم عن الفشل في إنجاز المهام النائية الجديدة .

أ - مرحلة الكهولة الباكرة ( من العشرين إلى الثلاثين ) .

لا يحدث في هذه المرحلة تغير فيزيائي يذكر بينما تبدأ عوامل اجتماعية جديدة بممارسة ضغوطها ، حيث يتوقع من الفرد أن يتحمل مهنة ويؤمن حياته ويختار شريكه .

تحدد الأزمات النفسية الاجتماعية هنا بقدر كبير على أساس القيم الاجتماعية السائدة في تفاعلها مع القاعدة الغريزية ، الانفعالية المتشكلة . فهدف الفرد هنا هو تحقيق العلاقة العاطفية - الجنسية الحميمة التي لا تتكامل إلا بالقدرة على عطاء الذات ، أي إسترخاء وانطلاق طوعي للهوية والاندماج في العلاقة الجنسية - العاطفية والعمل ومجموع العلاقات الشخصية .

تتمحور المهمة النائية في هذه المرحلة إذن حول الصراع بين العلاقة الحميمة والانعزال ، وبالتالي إنجاز الإلتزام الشخصي والمباراة والتعاون .

تتمثل الانفعالات السلبية هنا في الخوف من العضوية والإرتباط المتبادل والشعور بالانعزال مع الذات وتجنب المشاركة والمباراة .

يعود الفشل الجزئي أو الكلي في إنجاز العلاقة الحميمة الى حس مفرط بالآنا . وتدني القدرة على الاسترخاء وعطاء الذات بفعل آليات دفاعية ناجمة عن عوز عاطفي مبكر ومشاعر لا ثقة ولا إطمئنان . . مما يؤدي إلى التظاهرات المتمثلة بالإنطواء والانعزال والإكتفاء الذاتي ، أو تغليب جانب من العلاقات الاجتماعية على الجوانب الأخرى خصوصا العاطفية الحميمة منها .

فالنشاط الجنسي - العاطفي هو المظهر الرئيسي لمدى النجاح في تحقيق العلاقة الحميمة في هذه المرحلة .

إن إكمال الوظيفة الجنسية ، باتخاذها لإطارها الاجتماعي ومضمونها النفسي ،

يتم في هذه الفترة ، وبالتالي فإن الثغرات التي تحدث في إنجازها تعرض لحدوث الاضطرابات والانحرافات النفسية الجنسية التي تتظاهر أو تكتمل في هذه المرحلة .  
كذلك تأخذ الوظائف الاجتماعية للفرد موقعها النهائي وتنضج في هذه السن ، مما يتطلب النجاح في العلاقة الاجتماعية الحميمة مع الأصدقاء وفي العمل ومختلف الأنشطة الاجتماعية الأخرى .

ب - مرحلة الكهولة ( من سن الثلاثين إلى حوالي الخامسة والستين )  
يصل الفرد في كهولته إلى النضج ويتحمل مسؤولياته الاجتماعية بكاملها خصوصاً المسؤولية العائلية حيث يتوجب عليه مساعدة أفراد آخرين ضمن مهامه المادية والتربوية . وعليه أيضاً تأدية وظيفة اجتماعية منتجة ومبدعة .  
هكذا يتمحور الصراع بين الالتزام الاجتماعي والانطواء على الذات ، عبر المهام المهنية والعائلية والتربوية .

تتمثل الإنفعالات السلبية المسيطرة في هذه المرحلة في الخوف من المسؤوليات والمهام المهنية الكبيرة ، كذلك في الشعور بالفشل في تربية الأطفال وربط علاقة متينة معهم ، والاحساس بأن الحياة كلها كانت فاشلة .

إن التظاهرات العصابية خلال الكهولة تترجم الفشل في تجاوز الأزمات الرئيسية الطارئة في هذه السن . فالنجاح في إنجاز المهام الراهنة يتعلق دائماً بالدرجة التي تحققت بها حلول متوازنة للقضايا المطروحة في المراحل السابقة حيث أن بقاء آثارها يشكل إستقطاباً سلبياً للطاقة النفسية ويحد من إمكانيات التصرف فيها .

تشاهد الاضطرابات العصابية في العقد الأول من الكهولة خصوصاً عند ولادة أو قرب ولادة طفل . وتتسم لدى النساء خاصة بأعراض نكوصية نحو الطفولة وتعود أساساً إلى ارتباط نفسي وثيق لم يتم حله بأحد الوالدين .

في العقد الثاني قد يتعرض الكهل الى صدمات إنفعالية لحدوث وفيات في العائلة حيث قد يحيي ذلك صراعات نفسية قديمة ، وتظهر غالباً بحالات همودية .  
كما أن ظروف اليأس قد تزيد وطأة الضغوط النفسية مما يحدث اضطرابات في الشخصية .

أما في العقد الثالث الكهلي فإن حالات عصابية من القلق والحصر ووسواس

المرض قد تتظاهر لدى الأفراد الذين يحملون استعدادا نفسيا لذلك .

### ج مرحلة الشيخوخة :

فيها يحدث التراجع البيولوجي ويواجه الفرد أزمة الحفاظ على تكامل ذاته بمواجهة حالة اليأس . فهو ينسحب من الإلتزامات والارتباطات الإجتماعية . كما يقوم بمراجعة حياته وتقييم التجربة الشخصية وتمثيلها بالتجربة الإنسانية العامة .  
تتمثل الإنفعالات السلبية لدى الشيخ بالخوف من الموت واليأس والإستسلام واللامبالاة ، كما قد يشعر بشكل مرضي أنه عبء على الآخرين أو أنه يلقى الإهمال والإستهجان .

الفصل

الثالث

## الأعراض والعلاقات المرضية النفسية

### الأعراض والعلاقات

#### ١ - إضطرابات المظهر والتعبير العلائقي

##### أ - المظهر :

تشاهد في عدد من الإضطرابات النفسية شذوذات في الملبس والمظهر العام تميز منها خصوصا المظهر والملبس اللذين لا يتوافقان مع العمر (لدى الهستيرياتيين) أو مع الجنس الحقيقي (التنكر الجنسي) والإفراط في الأناقة والتجميل (لدى بعض الفصامين) والإهمال والتعري (في حالات النفاس الهوسي والعتة) .

ب - التعبير العلائقي :

وهو يشمل خصوصاً الإيمائية واللغة (الكلام)

## ١ - اضطرابات الإيمائية

الإيمائية هي كلّ التعابير الوجهية والجسدية والحركات التي تستهدف إستكمال نقل الأفكار والأحاديث والإنفعالات والعواطف والتعبير عنها عفويّاً أم إرادياً ويخضع قسم من الإيمائية ودلالاتها إلى نماذج وقواعد ثقافية وإتنية .

### ● الإيمائية المفرطة :

- الإيمائية المفرطة الشاملة ، تشارك فيها كل عضلات الوجه وحواسه وحركات الجسد بنشاط مفرط يعبر عن حركية وتبدّل إنفعاليين غير طبيعيين . ويمكن مشاهدتها لدى الهوسيين ولدى الهستيرياتيين .

- الإيمائية المفرطة المستقطبة : وهي ، على العكس مما سبق تعبر عن تمركز إنفعالي على موضوع وحيد كتشنج الوجه نتيجة للحصر والقلق الشديد أو الإستغراق في حالة الهديان الصوفي .

### ● الجمود الإيمائي والعطالة الإيمائية

حيث يخلو الوجه من التعبير ويكون البصر ثابتاً أو يعبر المظهر عن العذاب النفسي (لدى المكتئب) أو عن الشرود (لدى المخبول) أو عن السلبية (لدى الفصامي) . كما يشاهد هذا الجمود في التنكسات العتهية والتخلف العقلي الشديد .

### ● التناقضات الإيمائية :

حيث يغيب التوافق الطبيعي المعهود بين سحنة الوجه والمضمون النفسي الإنفعالي للتعبير ، ويشاهد ذلك بنمطين .

- الإيمائيات اللا متوافقة : والإيمائيات الهامشية :

تشاهد خصوصاً لدى الفصاميين عندما يناقض التعبير الإيمائي مضمون الحديث أو الموقف القائم . كأن يقصّ الفصامي وفاة أمه وبينما تملاً وجهه إبتسامة غريبة كما تلاحظ لديه أحيانا إيمائيات وسحنات غريبة دون مبرر .

- الإيمائيات المقتضية :

وهي تقلد كالمراة العاكس إيمائيات الطرف المقابل (الصدى الإيمائي) وتشاهد لدى بعض المتخلفين عقليا والهستريائيين وبعض الفصاميين ولدى كثير من المتأرضين المخادعين .

٢ - اضطرابات اللغة والتعبير اللغوي :

تشكل اللغة والتعبير الكلامي على قاعدة تشريحية عصبية محددة ترتبط ببنية التفكير الذي لا يمكن أن يأخذ سياقه الفيزيولوجي النفسي إلا عبر إنظام الكلمات والإشارات اللغوية ودلالاتها .

يوجد نمطان من اضطرابات اللغة :

أ - الحبسة : وهي اضطراب التعبير أو فهم اللغة أو كليهما معا وتعود إلى إصابة عفوية في الجهاز العصبي المركزي ، كثيرا ما تكون مشتركة مع اضطراب الوظائف الترميزية الأخرى بحدوث العمه الحسي (العجز عن تحديد الأحاسيس) أو العمه الحركي (العجز عن القيام بحركات مركبة منسجمة وهادفة) تكون الحبسة كلية أو جزئية ومن أعراضها : العجز عن التلفظ بالكلام ، تكرار الأصوات النمطي ، المعجز عن الكتابة ، العجز عن القراءة ، العجز عن الحساب ، العجز عن التعرف على أجزاء الجسم ونواحيه (الأيمن ، الأيسر . . .) ومن أنواعها : الحبسة النسيانية (العجز عن تذكر الأسماء والمعاني) ، الحبسة ، الحبسة التعبيرية ، الحبسة التعبيرية الإستقبالية الحبسة الصماء (العجز عن فهم الكلام المسموع) ، الحبسة العمياء (العجز عن فهم الكلام المكتوب) . الحبسة الكتابية (العجز عن الكتابة) الحبسة الحركية (العجز عن النطق) الخ . . .



## ب - الإضطرابات الكلامية الديناميكية والمنطقية :

١ - اضطرابات النطق : وتعود غالبا إلى تشوهات وإصابات تشريحية في جهاز التصويت .

٢ - التأتأة الحرفية : إستبدال حرف بحرف آخر عند النطق بالألفاظ بشكل دائم .

٣ - التلعثم : إضطراب النطق بالحروف فجائيا والتوقف عن الكلام ويحدث في حالات إنفعال أو توتر نفسي ولحم شديدة .

٤ - التمتمة : إضطراب إنتظام سبل الكلام وإخراجه .

- التمتمة الزمنة : وهي تكرار متقطع لبعض الحروف

- التمتمة التشنجية : يبدأ الكلام بشكل إنفجاري أثر توتر تشنجي لأعضاء التصويت .

- التمتمة اللجمية : يحدث الكلام بعد توقف مؤقت وكامل

تعتبر التمتمة إضطرابا نفسيا حركيا يظهر منذ الطفولة ويزداد خلال الإنفعالات وحالات التوتر .

٤ - التكرار الكلامي النمطي :

وهو تكرار مديد ، دون هدف ظاهر ، لبعض التعابير أو الكلمات ومنها الصدى الكلامي وهي تكرار ما يُسمع من كلام . وتشاهد خصوصا في داء باركنسون .

٥ - الإسهال الكلامي :

وهو سيل من الكلام الفائض المشتت أو المرتبط بموضوع معين ، يترافق غالبا بصراخ وعناء وحركات . ويشاهد في حالات الإثارة وفرط النشاط الهوسية .

٦ - الثثرة الكلامية :

وهي إنفراغ آلي لسلسلة من الكلمات والجمل والتعابير دون رابطة منطقية بينها وبصعب فهمها . تشاهد في حالات العته الشيخي والفصامات الوخيمة .

٧ - الصمت :

يتمثل في غياب الكلام الإرادي أو اللامقصود ، دون وجود آفة تشريحية أو إصابة مركزية أو محيطية تتعلق بأعضاء التصويت ويمكن أن تعطل الكلام . يكون الصمت جزئيا أو كليا ، إصطفائيا أو شاملا ، عابرا أو مستديما قد يكون الفرد الصموت ، شديد اللجم منظويا يبذل جهدا للتغلب على صمته أو يكون فصاميا يريد الانفصال عن العالم الخارجي أو هذيانيا يعبر عن العدائية والمعارضة ، أو هستريائيا يفقد القدرة الوظيفية على الكلام كعرض . . .

٨ - الصمت المصطنع :

يشاهد لدى المتأرضين . . . كما يتخذها الهوسي كأسلوب لعب .

٩ - الإختزال الكلامي :

حيث يحذف المريض الروابط بين الكلمات ولا يستعمل قواعد النحو

والصرف .

١٠ - الإضطرابات المنطقية للكلام :

أ - تحريف المعاني (المنطق المجانب) وهو إستعمال الكلمات في غير معانيها

الأصلية والمعهودة .

ب - إختلاق الكلمات : وهو بناء كلمات جديدة خصوصا لدى الفصامي

الذي يستعملها في التعبير عن هذياناته .

ج - إختلاف التعابير .

د - زلات اللسان : وهي شائعة وطبيعية وإن كانت تعبر عن رغبات ونزعات

لا شعورية .

## الإضطرابات النفسية - الحركية

ترتبط بعض الإضطرابات الحركية بسببية نفسية شكلت عائقا في وجه النمو

السوي والمتناسق لبعض الوظائف النفسية - الحركية .

تتظاهر هذه الإضطرابات بنفس الآن بكيفية إندماج الجسد في الحركة والفعل

(المبادرة الإستهداف الحركيين والتعبير الجسدي) وبكيفية إندماج الجسد في سياق

العلاقة مع الآخرين على مستوى تظاهراته الإيمائية ووضعيته ومقويته وحركاته وعلى مستوى الأحاسيس الجسدية خلال هذه العلاقة

### ١ - الرعونة :

وهي اضطراب الفرد في حركاته وسلوكه الجسدي ، فهي تظاهر نفسي - حركي مرتبط بالبعد العلائقي يعبر فيه التردد ونقص المهارة والحركات الطائشة عن توتر جسدي ناجم عن قلق نفسي وخوف ووجل ينبع من عدائية مكبوتة ومشاعر ذنب ونقص الثقة بالنفس وبتقديم الآخرين .

يربط بعضهم هذه الرعونة باضطراب إمتياز الجانب المسيطر (الأيمن ، الأيسر) . . .

### ٢ - اللأ استقرار النفسي الحركي :

يتجلى بحركة مستديمة وفرط نشاط وإتخاذ وضعيات جسدية غير مريحة وصعوبة تركيز الانتباه والتوتر واللاضطراب الإنفعالي . ويعتبر هذا السلوك دفاعا ضد الحصر والقلق وغياب الشعور بالأمن .

### ٣ - الهياج :

يحدث بنوبات تتداخل فيها حركات عشوائية تعبر عن نزعات غريزية واضطرابات عاطفية بأفعال عدوانية أو استعراضية أو نزوات الخ . . . تشاهد أشكال مختلفة من الهياج في النوبات الهستيرائية والسكر الكحولي ، والهلديان الإرتعاشي ، والهوس والسيكوباتيا .

### ٤ - اللجم النفسي الحركي :

يتظاهر بضبط شديد وبطء في الحركات وفي الكلام ووضعيات متوترة ورعونة

وإحساس بالإنزعاج واللا إرتياح . تشاهد على المستوى النفسي لجها ذهنيا وخياليا  
وخجلا وسلبية وفرط ضبط ذاتي يُفسر بوجود شحنة قوية من العدوانية وقلقا ينجم  
عن ضغط النزعات الجنسية والعدوانية المكبوتة .

#### ٥ - الذهول :

يتوقف هنا كل نشاط حركي وتعبيري كاللغة والإيمائية إلا أن ذلك قد يخفي  
إستمرار نشاط ذهني ونفسي باطن . تشاهد سريريا حالات ذهول إنفعالي نتيجة  
لصدمة عاطفية تجمد المشاعر وحالات ذهول إكتسابي ، وذهول جمودي وذهول  
تغيبي . . .

#### ٦ - التخشب :

حيث يفقد الفرد المبادرة الحركية ويحافظ على وضعيات متصلبة مفروضة  
تشاهد هذه الحالة في الفصام الجمودي وفي النوبات التخشبية الهستيرية .

#### ٧ - الحركات الهامشية :

حركات شاذة وغريبة تحمل محل الحركات الطبيعية أو تقلدها أو تشوشها وهي  
حركات آلية مستمرة ومتكررة كحركات الإهتزاز ، والنواس والدوران وتشاهد  
خصوصالدى بعض الفصامين والعتيين وفي التخلف العقلي الشديد . ولا يجب  
الخلط بين هذا الإضطراب والشلوذات الحركية التي يحدثها الإستعمال المديد (لعدة  
سنوات) للأدوية المثبطة العصبية .

#### ٨ - العرآت :

هي حركات سريعة ومفاجئة ، عفوية تتكرر باستمرار دون أن يكون لها  
هدف أو دور وظيفي .

تتظاهر العرآت بأشكال لا حصر لها خصوصا على مستوى التعبير الوجهي  
كحركات العينين والأنف والحاجبين ومختلف عضلات الوجه واللسان والنفخ

والصفير والنحنحة والسعال وإصدار أصوات مختلفة ، وهز الرأس ، وإنتفاخه ولوي الرقبة وهز الكتف وحك مناطق من الجسد وشف الأشعار الخ .

ويلاحظ أن كل هذه العرّات تتعلّق بنواحي ترتبط في وظيفتها أو تعبيرها بالاتصال الاجتماعي .

لا يوجد تطوّر ثابت للعرّات فهي قد تختفي أو تتحوّل أو تعود للظهور أو تستقرّ نهائياً .

تعبّر العرّات عن توتّر داخلي وتنبع من حالات عصبية حصرية ووسواسية . ويشاهد أحياناً تناذر عرّات يفسّر بتشكّل عصابي للطبع أو «بعضاب حركي» يعتبر مكافئاً لإضطراب سيكوسوماتي (نفسجسمي) .

## ٢ - إضطرابات الحس والإدراك والتمثلات

### إضطرابات الحس والإدراك

قد يضطرب الحس والإدراك لأسباب عضوية كإصابات الأعضاء الحسية والإصابات العصبية المركزية والمحيطية .

كما تحدث إضطرابات وظيفية بالحس والأدراك تعود لحالات نفسية مرضية .  
١ - تشوّهات الحس المرضية :

وهي أحاسيس غير طبيعية كالأحساس بالوخز أو بالحرق أو بالمغص أو بالضغط أو بالألم في نواحي مختلفة من الجسم دون أن يعود ذلك إلى مرض عضوي .

٢ - فرط التأثر بالمثيرات الحسية كالأصوات والنور والروائح والألم تشاهد في حالات الوهن العصبي والنفسي ، وفي بدايات النفاس والتشوش الذهني .

٣ - تدنّي الإستقبال الحسي حيث تتغيّم صورة العالم الخارجي وينقص تمييز المثيرات الحسية .

### ٤ إهتزاز الواقع

لا يوجد هنا تشوش لإدراك على مستوى حسني إلا أن الفرد يجد أن المحيط غريب ومهتز وغير حقيقي .

ب اضطرابات التمثلات المتعلقة بالإدراك .

## ١ - الأوهام

حيث يتم إدراك الظواهر والأشياء المحيطة بأسلوب خاطيء ومشوش . يحدث ذلك في حالات طبيعية (كالخداع البصري : السراب) كما يحدث في حالات مرضية تميز فيها الأوهام ذات المنشأ الانفعالي ، والأوهام السمعية التأويلية ، الأوهام الصورية .

### أ - الأوهام ذات المنشأ الانفعالي

تحدث عندما يكون الفرد تحت تأثير إنفعال شديد كالخوف والقلق أو الانتظار فيتوهم رداءاً معلقاً شخصاً يترصده أو حبلاً يتدلى ثعباناً يزحف نحوه إلخ صوت الريح وقع خطوات .

### ب - الأوهام السمعية التأويلية

حيث يلتقط الفرد معاني خاطئة للأحاديث والكلمات التي تقال حوله ، خصوصاً عندما تكون غير مسموعة بوضوح فيخالها تهديدات وشتائم واتهامات تستهدفه .

### ج الأوهام الصورية :

في هذا الاضطراب يتحول إدراك صور عادية إلى صور تأخذ مظهراً غريباً وعجائبياً . مثلاً تأخذ شجرة بعيدة شكل كائن بشري أو يبدو ظلّ مصباح مضيء حيواناً مربعاً . . . .

## ٢ - الأهلّاس

هي حالات إدراك وهمي لا يعتمد على مثيرات حسية خارجية ولا يستلزم للواقع بصلة . تتنوع الأهلّاس فتكون سمعية أو بصرية أو شمعية أو ذوقية أو لمسية أو حسية

حشوية وعضلية . وقد تحدث أهلاس مشتركة تجتمع فيها عدة حواس .

#### أ الأهلـاس السمعية

حيث تسمع أصوات وكلمات وأحاديث قريبة أو بعيدة قد يميزها المريض أو لا يميزها غالباً ما تتعلق به وتأخذ شكل نداءات أو إتهامات أو أوامر . يتخذ المريض عند هذه الأهلـاس وضعية إنتباه واستماع وقد يتحدث مع هذه الأصوات ويجيبها أو قد يحاول تجنبها والهروب منها بوضع القطن في أذنيه أو برفع صوت الراديو على أشده .

#### ب الأهلـاس البصرية

وهي مبصرات وهمية قد لا تكون محدودة ، تأخذ شكل بقع ألوان وأضواء ونيران ودخان أو تمثل مشاهد وأشخاص وحيوانات مخيفة ويكون حجمها طبيعياً أو هائلاً أو مصغراً . كما قد يشاهد المريض ذاته أو يتوهم تجليات روحانية وإلهية

#### ج) الأهلـاس الشمية والذوقية :

تتعلق غالباً بطعم أو روائح منقّرة وكثيراً ما يرفض المريض الطعام زاعماً أنه فاسد أو مسموم .

#### د) الأهلـاس اللمسية

تتمثل بأحاسيس دون مشيرات ، على الجسم بالبرود والحرارة وبزحف حيوانات على الجلد أو ميلان سوائل . وقد يشعر المريض أن أحداً يمسكه أو يعضه أو يقطع جسمه أو يداعبه .

#### هـ) الأهلـاس الحسية الحشوية

يحس المريض بتبدلات في أحشائه أو بوجود أجسام غريبة فيها جامدة أو حشرات وحيوانات تسكن أمعائه أو شياطين تختبئ في بطنه أو يتعفن أحشائه واندثارها الخ . . . .

تقسم كل الأهلّاس إلى أهّلاس حقيقيّة وأهّلاس مشبّهة أو نفسيّة .  
فالأهلّاس الحقيقيّة تتميز بحسّيتها وارتباطها بالحواس وتحدّدها المكاني واقتناع  
المريض بوجودها الفعليّ بينما تتصفّ الأهلّاس المشبّهة بأنّها لا ترتبط بالحواس معيّنة بل  
تنطلق من داخل جسم المريض ، خصوصاً رأسه ، كأن يسمع أصواتاً في رأسه ،  
وهي لا تملك دقة ووضوح الأهلّاس الحقيقيّة ولا يتبنّاها المريض كأحاسيس ذاتية بل  
يعزوها إلى تأثيرات خارجية وإلى وجود أفراد أو أجهزة تحاول تشويش أفكاره أو  
سرقته أو التأثير عليه ويحسّ بأنه في وضعيّة مصطنعة وغير طبيعيّة .

### و) الأهلّاس النوميّة

وهي أوهم حسّيّة بصريّة تحدث في مرحلة ما قبل النوم . . . . . بينما يشاهدها  
المريض عندما يخلق عينيه فتبدوله أشكال ووجوه تكثّر له أو تهدّده وكذلك حيوانات  
ومناظر ونباتات غريبة .

### ز) الأهلّاس المحدثّة :

يمكن الإيجاء بالأهلّاس خلال جلسة تنويمية ، كما يمكن إحداثها عند مريض  
يحمل إستعداداً لذلك بالتجارب التالية  
١ - علامة ليبيان : يتمّ إحداث الإهلّاس بالإيجاء والضغط على الكرتين  
العينيتين  
٢ - علامة ريشارت : تقدّم ورقة بيضاء للمريض ثم يطلب منه وصف  
ما يشاهده عليها  
٣ - علامة أشافنبرغ : يقدم للمريض هاتف معطل ويطلب منه التحدّث مع  
مخاطبه .

### ٣ - إضطرابات اليقظة

يتقارب معنى اليقظة والوعي وتدرس هنا الوظائف التي تسمح للفرد بتحديد  
موقعه الزماني والمكاني والاجتماعي تجاه محيطه وقدرته على التوفيق بين الواقع



الموضوعي وسياقه الشعوري الباطن والتكيف مع المتغيرات المتبدلة التي يدركها .  
أ الانتباه

وهو الاستعداد الذهني الذي يوجه النشاط النفسي ويركزه على مجال محدد .  
تتشارك في هذه العملية الاستقبالات الحسية الحركية والمقوية العامة والوظائف الانبائية  
(التنفسية والدورانية والأفرازية الحشوية) والخلطية .

والإنتباه إرادي موجه أو عفوي .  
يزداد الإنتباه إصطفائياً في حالات القلق والاكتئاب (الهمود) والقلق  
والهذيان .

يتناقص الإنتباه لدى المضطرب والمزني ويتباين لدى النصابي .

ب التوجه الزمني - المكاني

وهو يسمي بموضعة الذات في السياق الزمني والإمتداد المكاني عبر حيز  
خاص كضرورة تمكن من التكيف مع العالم الواقعي .  
يشكل اللاتوجه الزمني المكاني العرض الرئيسي للتخليط الذهني

ج اضطرابات اليقظة ومجال الوعي الكمية

(١) تدني اليقظة يميز التخليط الذهني ويصنف حسب درجات تحدّد مدى انحلال  
الوعي

● الإندهاش حيث يبدو المريض مشدوها ، مجمّد النشاط النفسي لا يستجيب  
للعديد من المثيرات الحسية .

● التبلد الذهني : يحدث تخدرو تجمّد وثقل نفسي وخمول عقلي .

● تفيم الوعي : تشوش عميق للوعي ولا توجه زمني - مكاني والتخليط  
الواقعي الحلمي وإستحالة تثبيت الذاكرة .

(٢) فرط اليقظة

تتظاهر باستثارة نفسية وحركية مفرطة وانتباه مشّت وتتحفي هبوط الوظائف  
الذهنية وتترافق بإضطرابات إنفعالية وعاطفية ، تشاهد في حالات شبه حلمية ،  
وهياج شبه هوسي وعند تناول المخدرات

#### د اضطرابات اليقظة الكيفية

#### ● تضيق مجال الوعي :

يحدث في حالة الضعف النفسي واستقطاب النشاط الذهني إلى إهتمام محدد .  
يشاهد في الهستريا والعصابات الرضية والإرتكاسية الحادة .

#### الحالات الغروبية :

تقارب حالات التنويم ، حيث يقوم الفرد بنشاط آلي يختلف عن نشاطه  
المعهود إلا أنه منسجم ويرافقها إضطراب الحس بالواقع ، ويتداخل فيها الخيال مع  
الحقيقة .

#### ● الحالات الإزدواجية (الثانية)

حيث يتبع المريض نمطاً سلوكياً يختلف تماماً عن سلوكه المعهود وشخصيته  
وتشاهد لدى الهستريائيين والسرثمائيين (النشاط الحركي خلال النوم) الخ

#### ● الحالات الحلمية

يحدث لدى المريض نشاط حلمي يختلط ويتداخل مع الواقع فيخاله حقيقة  
وينفعل ويتصرف على أساس ذلك . يشاهد هذا الإضراب في الهذيان الإرتعاشي

#### ● الحالات شبه الحلمية

هي حالات حادة تتميز بانفجار أفكار هذيانية متنوعة متعددة تؤدي لاضطراب  
وعي الفرد بذاته وبملاقاته بالعالم الخارجي .

#### ٤ اضطرابات الوعي بالذات

يتعلق الوعي بالذات بخلاصة التجربة العميقة للفرد في بعدها الستاتيكي

المادي والنفسي الواهن وفي بعدها الديناميكي . فهو يشمل :

- الوعي بالجسد والصورة الجسدية في بنائها وديناميكتها العضوية  
والوظيفية ، الفاعلة والمنفصلة (الإستقبالية)

- التجربة النفسية الناجمة عن توافق وتفاعل الأفكار والتصوّرات والأحاسيس  
والرغبات والإنفعالات والتي تتبلور في وعي بحقيقة الذات ووجودها العميق  
وحدودها وتحدّد للهوية الشخصية وتعرّف على هوية الآخر .

أ اضطرابات الصورة الجسدية والتجربة الجسدية

تتبع الصورة الجسدية من نضج واندماج الوظائف النفسية - الحركية  
والغريزية - الإنفعالية والإدراكية والاجتماعية

إضطرابات عصبية عضوية :

تحدث خصوصاً في إصابات الفص الجداري

أ في إصابات الفص الجداري المسيطر (الأيسر عادة) :

- اللاتعرّف اللمسي (لا يمكن التعرف على الملموسات دون مساعدة البصر)

- تناذر غرثشان : يشمل : لا تعرف لمسي - لا تميز بين اليمين واليسار عمه

حركي - عجز عن الكتابة - عجز عن الحساب - عجز عن تحديد نواحي الجسد

ب في إصابات الفص الجداري اللأمسيطر (الأيمن) :

- تناذر أنتون - بابنسكي : يشمل : - فقدان التعرف على نصف الجسم الأيسر

- شلل نصف الجسم الأيسر - لا يعي المريض وجود إضطرابه ويتصرف كأنه

غير مصاب

ج في إصابات الفص القفوي :

- اللاتعرّف البصري : يكون كلياً أو جزئياً ، من أنواعه

● اللاتعرّف اللوني

● اللاتعرّف على الوجوه .

## ٢ الإحساس بالعضو الوهمي (الشرح)

يحدث بكثرة لدى الأشخاص الذين يبتز أحد أطرافهم أو أعضاؤهم وإثر المداخلات الجراحية الإستئصالية . فيستمر إحساس الفرد بوجود عضوه ويتصرف على هذا الأساس كما تحدث لديه أحاسيس هلسية (كالآلم ، والحرق والتنمل) على مستوى العضو الوهمي .

٤ - الإضطرابات الحسية تحدث خصوصاً لدى المراقين (يمكن الرجوع إلى الفقرة التي تتناول إضطرابات الحس والإدراك . . .)

### ب انحلال الشخصية (ضياح الشخصية)

يضطرب وهي المريض في هذه الحالة فيحس بإزدواج أو تبدل أو إنحلال في شخصيته فيفقد التعرف على ذاته وهويته كما تحدث إضطرابات في وعيه الجسدي . وقد يقتصر الإضطراب على الوعي الجسدي متمثلاً بشعور بغرابة الجسد وعدم إعتباره جزءاً من الذات والشعور بأن حركاته وأفعاله غريبة وآلية لا تنتمي إلى إرادة المريض ورغباته . وقد يقتصر على الوعي «بالأنا» النفسية أي النشاط النفسي الداخلي . أو يكون شاملاً للوعي والشخصية فيجمع الإضطراب إستلاباً في الأفكار والأحاسيس والتمثلات والأفعال والذكريات والإدراك والعلاقات مع العالم الخارجي ، فتبدو غريبة ينكرها المريض ولا يعترف بانتمائها له وإرتباطها بهويته . فيحس بأنه تبدل ولم يعد مثلما كان أو أنه مزدوج ولا يستطيع تمييز أي «أنا» هي «أناه» الحقيقية الخ . . . .

يرافق انحلال الشخصية أحياناً بإحساس باهتزاز الواقع فيبدو العالم الخارجي ، للمريض ، غريباً ، خيالياً ، خرافياً ، بعيداً ، جامداً ، غائماً مليئاً بأشباح وغير ملموس فيشك بحقيقته ووجوده . وهو كثيراً ما يصف هذه الأحاسيس الداخلية والخارجية بصفة الغرابة .

إن حالات انحلال الشخصية الخفيفة والعابرة تحدث أحياناً لدى أفراد «عاديين» من الشباب إثر أزمة علائقية حادة ويأس وشعور بالاهمال والحرمان .

وتشاهد هذه الحالات إثر تناول المخدرات .

على المستوى المرضي تحدث أزمات من الشعور بانحلال الشخصية في الأمراض العصبية (الهستيريا ، الوهن النفسي ، العصاب القهري الوسواسي) وفي الهمود والحالات الحدودية . وتظهر هذه الأزمات لدى الشخصيات اللا ناضجة والترجسية كارتكاس تجاه مواقف حرمان وإهمال وعوز عاطفي فعلية أو موهومة .

أما انحلال الشخصية لدى الفصامي فهو يختلف بوخامته ويمثل غالباً حالة مستديمة يحدث فيها تجزأ وتقطع للبنى والديناميكية النفسيتين يضطرب فيها الانسجام الجسدي والهوية والوعي بالآنا النفسية والعمق الحميم للشخص .

### ج الفزع

يحدث هذا الاضطراب خصوصاً عند تطور حاد للمرضية النفسية ينجم عنه إختلال في الوعي بالذات . وفي التعرف والتكيف مع المحيط . يحس المريض بحدوث تبدل غريب عنده ويبدو له كل شيء غير عادي وغير مفهوم فيظهر على سحته الاندهاش والخوف كأنه يبحث عن شيء ما وينظر بقلق الى ما يحيط به ، يغمغم كلمات غير مفهومة ويقوم بحركات هروب وفزع ، يتسم سلوكه بالتردد ويلقي أسئلة متقطعة يستفسر فيها عن حالته وعما حدث له وعما يجري حوله .

### هـ - اضطرابات التفكير والمحكمة

#### اضطرابات التفكير

التفكير هو السياق الذهني الإرادي والعفوي الذي يمثل تفاعل عناصر التجربة الشخصية وتجربتها ونموها وتطورها طبقاً للملكات النفسية والعقلية للفرد . وتندمج المشاعر والانفعالات والذكريات باستمرار في النشاط الفكري .

#### أ - اضطرابات مجرى التفكير

#### اضطرابات النظر الفكري

## ١ - تسرع النشاط الفكري :

تتعاقب الأفكار بسرعة شديدة وينشط التداعي منتقلا من الخيال والتصورات الى الذكريات والمحاكمات والسرد الخ . . . قد تصل الى درجة هروب الأفكار لدى المريض وعجزه عن تعقبها وتصبح إذاك مختلطة ومشوشة ، متناقضة كما ينزع التفكير الى السطحية والشروء حيث يتبدل فجائياً وبسرعة ويصبح متعلقاً بالمثيرات الخارجية والتبدلات التي تطرأ على المحيط .

تشاهد هذه الحالة في النوبات الهوسية ، ومراحل من الداء الصرعي وفي بعض الانسجمات (بالأمفيتامين ، القنب ، النيكوتين . . .)

## ٢ - تباطؤ النشاط الفكري :

ينال الجمود التفكير الذي يصبح متثاقلاً لزجاً قليل الشراء ، يصعب عليه الانتقال من موضوع لآخر وقليل التأثر بالمثيرات . يشكو المريض هنا من إحساس بالفراغ الذهني حيث لا ترد أي أفكار الى رأسه ، وهو لا يبدر بالتحدث الى الآخرين ولا يجيب على الأسئلة إلا باقتضاب شديد . تشاهد هذه الحالة لدى المموديين الذين ، بالاضافة إلى بطئهم الفكري ، يتمركزون على نمط وحيد من التداعي يتعلق بأفكار الموت والمآسي ، والذنب والفواجع .

أما في حالة التخليط الذهني فيكون التفكير غائماً ومشوشاً ويعود البطء الفكري الى تدني الوظائف العقلية النفسية والفيزيولوجية واضطراب الحس والإدراك والوعي .

## إضطرابات السياق الفكري.

## ١ - التفكير المفصل :

يترافق بلزوجة فكرية شديدة وتباطؤ ذهني . يصعب على المريض هنا الانتقال

من موضوع الى اخر فهو يفرط من التفاصيل ويكررها ويعجز عن تمييز العناصر الهامة عن الهامشية في موضوعه ، وكثيرا ما يتوه تفكيره ويصعب فهم ما يقصده .  
يشاهد هذا الاضطراب بالخصوص عند الصرعين .

٢ - تشوش السياق الفكري وتقطعه :

يشاهد لدى الفصامي الذي يفقد القدرة على التنسيق بين أفكاره ، فيتوقف مثلا فجأة عن الحديث ثم يعود الى موضوعه بأسلوب مختلف أو ينتقل الى موضوع آخر دون سابق إنذار .

أو يشاهد لا تناسق فكري يعبر عن عجز عن الربط بين الأحاسيس والتمثلات والمفاهيم والمحاكمات واضطراب التداعي بحيث يتكون التعبير من كلمات وجل لا ترابط بينها الا بالقافية أحيانا .

٣ - رتابة التفكير :

حيث يتوقف التفكير على نفس التمثلات ويتظاهر بتكرار دائم لنفس الجمل والكلمات أو الإجابات مثلا : «من أين أتيت ؟ - من القرية - مع من أتيت ؟ - من القرية - ما اسمك ؟ - من القرية - من هو طبيبك ؟ - من القرية !» .

ب - اضطرابات محتوى التفكير

يتشكل محتوى التفكير من أفكار وأحاسيس ومشاعر وصور وذاكرات تخضع للتفاعل والتحليل والتركيب والتعبير .

١ التفكير الخيالي واللاواقعي :

يتشكل في الحالة السوية من الأحلام وأحلام اليقظة والخيالات والإلهام المبدع وعموما كل الاستيهامات المتشعبة بالانفعال والتي تمثل تحقيقاً خياليا لرغبات وطموحات شعورية أو لا شعورية .

- إلا أن هذا النشاط الخيالي قد يصبح مرضياً عندما يشكّل لدى الفرد تعويضاً ومهرباً من مواجهة الواقع . كما يحدث في عدة حالات عصابية .

- أما في هوس الخرافة (أو هوس الكذب) فينتزع الفرد إلى الافتراء والكذب وسرد مغامرات أسطورية على أنها حقيقة ، بدافع شعوري أو لا شعوري حتى يتعذر عليه التمييز بين الواقع الموضوعي وإنتاجه الخيالي .

- قد يضطرب مضمون التفكير عبر تناذر الآلية الذهنية الذي يشمل عدداً من الأهلـاس النفسية وشعوراً بفقدان إستقلالية التفكير والسيطرة عليه إضافة لأفكار غريبة ومسلّطة .

- تجزأ التفكير حيث يصبح النشاط الفكري خليطاً من العناصر اللامترابطة .  
- اللاتوافق الفكري الانفعالي المتمثل في تباين بين التعبير الكلامي والتعبير الانفعالي .

## ٢ - الأفكار الثابتة (المسلّطة ، المسيطرة)

هي أفكار تستمدّ منبعها من واقع الفرد ومن أحداث فعلية في حياته اليومية إلا أنها تستقطب شحنة إنفعالية كبيرة وتأخذ أهمية متعاظمة في تفكير الشخص لا تتفق غالباً مع قيمتها الفعلية ، بحيث تستحوذ على ذهن الشخص وتشوش أنشطته الفكرية الأخرى إذ تكون حاضرة باستمرار في سياقه الفكري .

قد تكون في الحالة السوية دافعاً إلى القيام بجهد استثنائي وتحقيق إنجاز إبداعي أما في الحالات المرضية فإنها قد تكون إرتكاسية تجاه صدمة إنفعالية (فشل ، حداد) أو معبرة عن هذيان كحولي أو إحتداد إكتسابي أو تصبح محور هذيانات زوربية كهذيان الغيرة .

## ٣) الوسوس - الأفكار والأفعال القسرية

تمثل الحالات الوسواسية والقسرية في ظهور أفكار أو مخاوف أو مشاعر أو نزعات ورغبات في السياق الذهني للشخص يشعر بأنها تتناقض مع المنطق



والمحاكمة العقلية أو مع «أناه» ورغباته الواعية . وتظل هذه الأفكار حاضرة في ذهنه رغم مقاومته لها ، وهي تؤدي الى توتر وقلق وتوجس واضطرابات إنباتية .

## أ - الوسواس والقسريات الفكرية

وهي عدة أنماط منها :

- قسر الشخص على القيام في ذهنه بعمليات حسابية أو سرد سلسلة كلمات أو جمل أو قواعد أو ممارسة طقوس ذهنية كعدّ خطواته أو المنازل أو الأشجار التي يمرّ بها .

- بروز أسئلة وتساؤلات لا منطقية في ذهن المريض ، لا جدوى منها وهي تتكرر قسرياً مثل «لماذا هي السماء زرقاء ؟» «لماذا هي الأرض مكورة ؟»  
- 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 يتحدّد موضوعها ويكون ثابتاً .

- اجترار الشخص للأحداث التي مرّت به واستعادتها عدّة مرات ومحاسبة نفسه وإثشاء اقتراضات حولها (ماذا لو حدث الأمر بشكل مختلف ؟ أو لو تصرفت بأسلوب آخر ؟ . ) وترافقها مشاعر الندم والخيبة والقلق والفشل والألم والذنب وأحياناً تفاعول وغبطة مترافقين بالتوتر والقلق وعدم الثقة . وأحياناً يتعلّق الاجترار والتساؤلات والشكوك والمخاوف بمواضيع محدّدة روحانية ودينية وأخلاقية .

## ب - الوسواس الرهابية (القسريات الرهابية)

حيث يتمركز الوسواس حول موقف محدّد فيتظاهر بأحاسيس مؤلمة وحصر وقلق وخوف وكرب بمواجهة شيء أو موقف محدّد . لذلك يحدث خوف متسلط مرتبط بذلك الموقف لا يستطيع الفرد طرده رغم إقتناعه بسخافته ولا منطقيته ويؤدي ذلك إلى سلوكيات تجنب .

من هذه الرهابات : رهاب الخلاء . الخوف من المساحات الواسعة .

رهاب الحصر : الخوف من الأماكن المغلقة والضيقة .

رهاب الأعالي : الخوف من الأماكن العالية .

رهاب الإتساخ : الخوف من الاتساخ .

الرهابات الاجتماعية : كالخوف من الشوارع المليئة بالناس ومن الأماكن العامة والخوف من إحمراز الوجه والخوف من التحدث إلى مجموعة من الناس .

رهابات المرض : الخوف من الأمراض كرهاب السيفليس ، رهاب السرطان ، رهاب أمراض القلب .

وتترافق الرهابات بارتكاسات واضطرابات إنباتية مع الحصر والقلق والخوف .

### X ج الوسواس النزوية

- الميول أو الرغبات الوسواسية (القسرية)

حيث يحس الفرد برغبة فجائية في القيام بعمل مخيف لا مبرر له كأن يمسك بأذن أحد المارة أو يكشر للعابرين أو يرقص بالشارع إلا أنه لا ينفذ هذه الرغبات التي تشكل تبريراً لا شعورياً للانطواء وتجنب الاختلاط الاجتماعي .

- النزوات القسرية أو رهابات النزوة

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

- الأعمال 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 .

الطقوس القسرية

وهو سلسلة طقوس يلجأ إليها المريض للتخفيف من وساوسه وقلقه مثل غسل اليدين بالصابون عشر مرات متتالية أو تلاوة جمل محددة قبل النوم أو تهيئة الفراش بوضعية محددة . . الخ .

#### ٤ - الرهابات

سبق ذكرها في سياق الأفكار الوسواسية والقسرية فهي من نوعها إلا/أنها تتمركز في استقطاب محدد يرتبط بموقف بعينه مما يشكل دفاعاً ضد تعميم القلق بتحويله وتكثيفه على مواضيع رمزية . مما يحرر الشخص من الوسوس والحصر فيما يخالف ذلك من المواقف . ونظراً لأن الرهابات تشكل العرض الجوهرى للعصاب الرهابي ، فيمكن اعتبارها سريراً خطأ مرضياً مستقلاً نسبياً عن بقية الوسوس والأفكار القسرية .

#### ٥ الأفكار الهديانة

تتميز الأفكار الهديانة عن خلل المحاكمة والأفكار الخاطئة فهي تتسم بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها ولا يمكن أن يطالها النقد أو المحاكمة أو الإثبات فهي «بداية داخلية» تعبر عن اضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد . تؤثر الأفكار الهديانة بعمق على الفرد وتوجه سلوكه وكل أفعاله . تكون الأفكار الهديانة شخصية فلا يشارك المريض فيها أفراد آخرون من نفس الإثناء العرقي والثقافي الإجتماعي ومن نفس العمر والعصر والمعتقدات . بحيث لا يمكن اعتبار بعض المعتقدات التقليدية والخرافية والناجمة عن الجهل أو الوسط الثقافي هذيانات (كالاعتقاد بالسحر) بينما قد تكون هذيانية فعلا في ظروف ومحيط مختلفة .

تكون الهديانات دائمة أو عابرة ، وحيدة أو متعددة ، ثابتة أو متبدلة وتُفسر بكونها تنجم عن آليات إسقاطية لا شعورية تحرر الشخص من أحاسيس وعواطف مزعجة . فينسبها الى أشخاص آخرين .

يمكن تقسيم الأفكار الهديانة ، سريراً الى مجموعات ثلاث :

١ - هذيان التعقب :

يعتقد المريض أن أشخاصا يراقبونه ويلاحقونه قصد قتله أو الإساءة إليه . ويشكو من أضرار واعتداءات تلحق به وبأفلاكه ومهنته وأسرته وتدعم أهلاس سمعية دعواة بتلقيه تهديدات وشتائم كما يقوم بتأويل خاطيء لبعض الوقائع والمحسوسات .

٢ - هذيان التأثير

يعتقد المريض بوجود قوى خارجية تؤثر على أفكاره وأحكامه أو أقواله أو أفعاله أو إرادته ويعزو ذلك إلى التنويم المغناطيسي أو توارد الخواطر أو قوى شيطانية أو إلهية الخ .

٣ - هذيان العلاقة :

هذيان تأويلي يعتقد فيه المريض بأن كل ما يحدث حوله يتعلق به ، فالناس يتحدثون عنه ويسخرون منه ويتغامزون عليه ويضحكون بهزه منه مما يدفعه إلى تجنب الأماكن العامة والهرب من الإختلاط بالناس .

٤ - هذيان التسمم

حيث توجد لدى المريض قناعة راسخة بوجود من يريد أن يدس له السم . لذلك يرفض تناول الطعام والأدوية ويراقب الآخرين خوفا أن يقوموا بتسميمه ويشترى ويعد طعامه بنفسه . الخ .

٥ - هذيان الإساءة المادية

يحمل المريض القناعة بأن من حوله يقومون باختلاس أمواله وسرقة ثيابه وأثاثه . وأن بعضهم يتلقى مرتبه ويتركه في حالة عوز وفقر . الخ

## ٦ - هذيان السحر :

يقتنع الشخص أنه ضحية توائم أو تعاويذ سحرية ، وأنه شرب سائلاً سحرباً أفقده قوته أو إرادته أو أن تميمة مسحوزة مغبأة في بيته . . الخ .

## ٧ - هذيان الاتهام

يحمل المريض قناعة حاسمة بأن من حوله من أشخاص يتهمونه بارتكاب محرمات وجرائم ويعتقدون بأنه لصّ ومنحرف وفاسد أخلاقياً إلا أنه لا يستطيع إثبات براءته ، خصوصاً لوجود من يقوم بتزييف الحقائق . .

## ٨ - هذيان الغيرة

هذيان عاطفي يجعل المريض يعتقد بخيانة زوجه ، وبينى ، على أساس وقائع تافهة لا معنى لها ، تأويلات وبنيات متناسقاً يجد فيه دليلاً حاسماً لا يقبل الشك على الخيانة الزوجية .

## ب - هذيان العظمة

### ١ - هذيان الاختراع

يكون المريض مقتنعاً بأنه توصل إلى كشف هام واختراع سيغير مصير البشرية أو أنه تمكن من صياغة نظرية اجتماعية ستحقق الرخاء والسعادة وتحل كل مشاكل المجتمع . . الخ ويسمى في هذه الحالة هذيان الإصلاح .

### ٢ - هذيان النبوة :

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

### ٣ - هذيان الثروة

يدعى المريض بأنه يملك ثروات هائلة وأراضي شاسعة وقصوراً فخمة ومناجم ذهب ويعد بتقديم مساعدات وهدايا إلى أفراد محيطه الخ .

### ٤ - هذيان الهوس الشهواني

هذيان عاطفي يعتقد فيه المريض خطأ بوجود شخص موّله بحبه سواء كان هذا الشخص خفياً أو متواجداً بمحيطه . فيكتب الرسائل الغرامية ويتحدث عن عشقه ويفسر كل حركات وسكنات هذا الشخص بأنها علامات ودلالات على حبه . وقد يعتقد المريض بوجود عدة عشاق له .

### ٥ - هذيان التعظيم والخيال

يجل هنا هذيان العظمة إلى أقصاه فيقتنع المريض بأن كل أموال العالم ملكه وكل أطفال الأرض أبناءه وأنه كتب كل السمفونيات وكل الكتب وأنه يمكنه تحقيق المعجزات والتحكّم بالكون الخ . .

## ج - الأفكار الهذيانة الصغارية (الهمودية ، السلبية)

### ١ - هذيان الصغار والالتهام الذاتي والذنب والخطيئة :

يكون المريض مقتنعاً 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 بالخطايا والجرائم والمحرمات ، 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 جازماً بأنه يعاني من مرض خطير (كالسرطان ، أو السيفيليس) وأن الداء يسرح في كل جسده ولم يبق له إلا القليل من الزمن للحياة فدمه يتجمد وعضلاته تنفسخ بينما تسري الجراثيم في كل أنحاء جسده أو تنسد أمعائه ويعجز عن الأكل والإفراز .

ومن الأنواع الوخيمة هذه الهذيان - هذيان الإنكار حيث يؤكد المريض بأنه فقد أحشائه وأن دمه تبخر وتوقف قلبه عن النبضان وانمحت عظامه بل وأنه لم يعد موجوداً إطلاقاً ! وأحياناً يمتد هذيان الإنكار إلى العالم الخارجي حيث يدعي المريض أن الشمس قد اختفت وأن العالم بطريق الفناء وأن الأرض انهارت الخ .

### اضطرابات المحاكمة

المحاكمة وظيفة عقلية تسمح بتقييم المعطيات الحسية والعقلية وبالربط والمقارنة بين العناصر المعرفية والعلائق المنطقية التي تنظمها . تنبني المحاكمة على تجربة الشخص المتكاملة وقيم ومعتقدات محيطة .

#### ١ - تسرع المحاكمة

يبدو ذلك لدى الهوسي ومتناول الكحول حيث تسهل لديها المحاكمة وتكون سريعة وتبدو منطقية ومتجانسة إلا أنها في الحقيقة تكون سطحية ولا تتناول المواضيع المعقدة والمجردة .

#### ٢ - تدني المحاكمة

أ - قد يكون عابراً ومتراجعاً ، مثلما يحدث في التخليط الذهني حيث يتباطأ الفكر التجريدي وتدني قدرات التمييز والاختيار بين المعطيات المختلفة . وغالباً ما يكون المريض مدركاً لاضطراب أفكاره وتباينها مع أقواله وأفعاله ويبدل جهداً فاشلاً للسيطرة على سياقه الذهني .

ب - وقد يكون متدرجاً نهائياً وشاملاً : فتظهر اضطرابات المحاكمة باكراً

وتشاهد خصوصاً في العته وفي الشلل العام (السيفيليس) حيث يشاهد : لا انسجام فكري ولا منطقية وهذر .

### ٣ - شذوذات المحاكمة

نشاهدها خصوصاً في الحالات الهذيانية التي تتبنى معتقدات وقناعات شاذة لا تخضع لسياق منطقي واقعي ، بل إن المريض يحرف الواقع ودلالات الأحداث حسب آلياته النفسية المرضية .

#### أ - العقلنة المرضية

يشاهد لدى الفصامي الذي يتبع عقلنة منهجية باردة شبه منطقية وتكون محاكمته متناسقة ومتميزة ، إلا أنها مفرطة التجريد غائمة ومنغلقة .

#### ب - مجانبة المنطق

حيث يفقد الترابط المنطقي ويقدم المريض محاكمات مبنية على إستنتاجات خاطئة غالباً ما تكون خالية من المعنى وسخيفة ، مثلاً : «لقد فشلت في دراستي لأنني كنت أفرط في تناول الحليب ا» أو «اني موجود بالمستشفى لأن والدي يعمل محامياً ا» .

#### ج - التأويل

يبحث الانسان طبيعياً عن تأويل الظواهر والأحداث التي تتم حوله ويسعى الى تفسيرها وربطها بظواهر وأحداث أخرى ويكون ذلك مبنياً على تجربته ومعارفه .

أما في علم النفس المرضي فتطلق تسمية التأويل على حكم واستنتاج خاطئين ينطلقان من إدراك سليم . فالهذيانى يركب ما يجمعه من معطيات إدراكية حسب استعداداته المرضية الهذيانية ويدخلها في منظومة متناسقة قد تبدو منطقية لأول وهلة إلا أنه سرعان ما تظهر ثغراتها وفجواتها سواء في الأحداث ذاتها أو نسبة نسبة



للبنيان النفسي للمريض وأسلوبه في المحاكمة . لكن قناعة المريض لا تتزعزع حتى  
عندما يواجه بحجج دامغة تشكك في استنتاجاته أو تثبت خطأها .  
تشاهد النزعة التأويلية في عدة أنماط هذيانية وعندما تتغلب الآليات التأويلية  
تطلق تسمية «الهذيانات التأويلية» على هذا النوع من الهذيان .

## 6 اضطرابات الذاكرة

الذاكرة هي مجموع الوظائف الذهنية التي تقوم بتسجيل المعلومات وحفظها واسترجاعها . إلا أن الذاكرة ليست جهازاً عقلياً مستقلاً يعمل بصورة آلية بل إنها تتعلّق في بنيتها وديناميكيّتها بكامل البنيان النفسي والعقلي والحواسي للفرد . . وتلعب دوراً حاسماً في شخصيته ونموّه وتطوّره . إذ تستدعي كلّ العمليات النفسية والعقلية سلامة وظائف الذاكرة ، حيث أنها تعتمد على حصيلة التجربة الحياتية في جميع أبعادها الذاتية والموضوعية ، المادية والمجرّدة والتي تقوم الذاكرة بتسجيلها .

توجد عدّة أنماط من الذاكرة يتباين تغلّبها عند الأفراد منها : الذاكرة السمعية ، الذاكرة البصرية ، الذاكرة التجريدية الخ . .

من العناصر التي تؤثر في فعالية وقوّة الذاكرة : العمر حيث تكون قوة الحفظ والتذكّر على أشدها في سن العشرين - تكرار التعلم أو التجربة - الدوافع الإيجابية - الإنباه واليقظة والتركيز - العوامل الإنفعالية (حيث يميل الفرد الى تذكر التجارب المرحة) - تطابق سياق وانتظام التجربة الجديدة مع نمط التجارب السابقة - بعض العوامل الفيزيولوجية والفارماكولوجية .

I النسيان :

تخضع الذاكرة لآليات نفسية وعقلية معقّدة تعتمد على قاعده فيزيولوجية تعمل على تنظيم تسجيل وحفظ السيل الهائل والمستمر من المعلومات الحسية والحواسية والذهنية ممّا يعني وجود نظريات وتساؤلات حول هدوء الذاكرة وكيفية تسجيلها وحفظها للمعلومات . . إلا أنه يمكن القول بأنه توجد عتبات استقبالية تتعلّق بعوامل سبق ذكر بعضها تحدّد و«تنقي» وتحدّ من المعلومات المسجلة . يمكننا

أيضا اعتبار أن التسجيل يعني الحفظ حتماً وهو يتعلق بمدى انطباق المعلومات على مستوى القاعدة الفيزيولوجية والقاعدة النفسية . على مستوى مخزونها السابق .

#### ٢ - الوهل الفجوي :

حيث تعجز ذاكرة المريض عن تسجيل المعلومات خلال فترة محدودة ثم تعود إلى عملها الطبيعي إثر ذلك . فتظل فجوة قائمة في ذكرياته لا يستطيع إدراك ما حدث خلالها . تشاهد هذه الحالة في الرضوض الدماغية وأزمات التخليط الذهني والصدمات الكهربائية .

#### ٣ - الوهل المتلاحق (النسيان الأمامي)

هنا يسجل المريض المعلومات إلا أنها تندثر من ذهنه خلال لحظات أو دقائق يتم ذلك بشكل متعاقب ومتلاحق بحيث يعجز المريض عن حفظ واستدعاء المعلومات التي ترد إلى ذاكرته إثر بدء الاضطراب .

#### ٤ - الوهل الراجع

حيث يفقد المريض الذاكرة بالنسبة لكل محتوياتها السابقة لفترة حدوث الاضطراب .

#### ٥ - الوهل الراجع والمتلاحق :

حالة كثيرا ما تشاهد . يتشارك فيها النوعان السابقان من فقدان الذاكرة .

#### ٦ - الوهل المتصاعد

حيث يفقد المريض الذاكرة بشكل تدريجي . فيبدأ بنسيان المعلومات والذكريات الحديثة العهد ثم يمتد نسيانه أكثر فأكثر ممتداً إلى السنوات الماضية . يبدأ النسيان بتشوش الذكريات ثم تمنحي هذه الذكريات تماماً وكثيراً ما يحتفظ المريض في هذه الحالة بذكريات قديمة جداً .

حيث يتعلّق اضطراب الذاكرة بأنماط محدّدة من الذكريات أو بالأحداث أما على مستوى الإثحاء فنعتقد أن المعلومات التي تمّ تسجيلها وحفظها في المرحلة الأولى لا تنمحي فعلا إلا لأسباب مرضية وأفات تشريحية وفيزيولوجية عصبية (كالالتهابات والتنكسات والانسهامات . . ) أما في الحالات الأخرى فيسأل الخلل ملكة الإسترجاع والإستدعاء . ومن التجارب التي ثبت ذلك تذكر أحداث وتجارب طفيلية مبكرة خلال التحليل النفسي أو إسترجاع نصوص مدرسية وأشعار وغيرها من التجارب التي تمّ نسيانها منذ عشرات السنين وذلك تحت تأثير التنويم الطبي . فالجهاز النفسي يقوم بخزن معظم المعلومات والتجارب الملتقطة ، في اللاشعور ، حتى لا يعجز الشعور بأكداس من المعلومات غير المجدية آنيا والتي تشوش نشاط الأنا وتناسقه . تكون بعض هذه المعلومات في حيز ما تحت الشعور فيسهل استدعاؤها . بينما يكون البعض الآخر مندسّا في أعماق اللاشعور فيصعب أو يستحيل (في الظروف العادية) إستدعاؤه يعود هذا التفاوت الى درجة تثبيت المعلومات وتراكمها وقدمها وغير ذلك أو إلى عوامل وقوى غريزية - إنفعالية تحتم بتدخل الرقابة أو الأنا الأعلى إقصاء هذه الذكريات أو التجارب أو التمثلات أو الرغبات الى أعماق اللاشعور لأنها تحمل شحنات انفعالية - غريزية تتعارض بشدة مع الواقع وتهدد إنسجام «الأنا» وتكيفها وأمنها بابرار صراعات لا يمكنها تحملها . . إلا أن هذه الذاكرة الإنفعالية اللاشعورية المكبوتة كثيرا ما تتظاهر بشكل مقنع أو رمزي عبر الأحلام والزلات والهفوات والأعراض العصابية .

## أ - حالات وأنواع وهل الذاكرة (تدني الذاكرة)

### ١ - وهل التثبيت (أو التسجيل) :

في هذه الحالة يعجز المريض عن تثبيت معلومات وذكريات جديدة بدءاً من لحظة حدوث الاضطراب بينما تظل ذاكرته سليمة بوظائفها والمعلومات المتعلقة بموضوع بعينه وهو غالباً من منشأ نفسي - إنفعالي يخضع لآلية الكبت والإقصاء .

## ٩ - الوهل الدوري

حوادث نادرة يحدث فيها انقسام لشخصية المريض فيصبح في حالة شرعنة أو حالة غروبية أو حالة اضطراب وعي ، يقوم فيها الفرد بأعمال وسلوكيات وأقوال لا يتذكرها عندما يعود إلى حالته الطبيعية المعهودة .

## ١٠ - الوهل ما بعد الإثفعلالي

يحدث بعد صدمة إنفعالية شديدة إثر كارثة طبيعية أو حادث أو وفاة أو إعتداء (كالأغتصاب) يفقد فيها المريض ذاكرة الحادثة وما يتعلق بها كلياً أو جزئياً وقد يضطرب نوجهه الزماني والمكاني . وغالباً ما تتحسن حالته بعد فترة .

## ب - حالات تقوي الذاكرة

### ١ - احتداد الذاكرة القديمة

حيث يتذكر الفرد بدقة ووضوح أحداثاً قديمة جداً بينما ينسى بسهولة المعلومات والأحداث القريبة . وهي تحدث خصوصاً لدى الشيوخ . وقد تحدث الذاكرة بشكل آخر حيث يسترجع الفرد ذكريات قديمة تلبس لديه مع ذكريات حديثة فيعتقد أن أحداثاً وقعت منذ عشرات السنين ، لم يمض عليها سوى أيام قليلة ويتصرف على ذلك الأساس يشاهد هذا الاضطراب لدى بعض المستريائيين وفي بعض نوبات الصرع الصدغي والتخليط الذهني والانقسام بمخدرات مهلسة .

### ٢ - حالات فرط الذاكرة

إفراط الذاكرة الإحتدادي : يشاهد لدى أشخاص محتضرين أو إثر صدمات وحوادث ، حيث يبرز إلى الذهن سيل هائل من الذكريات ويستعرض الشخص كل مراحل حياته وأحداثها خلال دقائق قليلة .

تشاهد قوة ذاكرة هائلة مدهشة وإستثنائية لدى بعض الأفراد الموهوبين . . . . . إلا أن قوة الذاكرة الإستثنائية الإصطفائية التي تقتصر على ميدان محدد كالأرقام . . . تشاهد لدى أشخاص متخلفين عقلياً أو يعانون من إضطراب تفاسي طفلي .

ج اضطرابات الذاكرة المشبهة أو أوهمام الذاكرة

١ - الهذر :

حيث يقص المريض ذكريات مختلفة لم تحدث له أبداً على أساس أنها وقعت فعلاً ، حيث أنها من نسج خياله إلا أنه يعتقد أنها ذكريات حقيقية .

يشاهد هذا الإضطراب في تناذر كورساكوف حيث ينطلق المريض في خياله واستيهاماته على أنها من محصولات ذاكرته ويتوافق ذلك بسوء تعرف واضطراب توجه زمني - مكاني ووهل راجع .

نجد هذا الإضطراب أيضاً في بعض حالات العته

٢ - التباس الذاكرة

حيث يتذكر الشخص أحداثاً وذكريات حقيقية وقعت فعلاً إلا أنه يخطيء في تحديد موقعها الزمني .

٣ - إشتباه الذاكرة (أو الذاكرة الخبيثة)

هنا لا يتمكن الشخص من التمييز بين أحلامه وخیالاته وبين محتويات ذاكرته ، فلا يستطيع أن يحدد إن كان الحدث الحاضر في ذهنه قد وقع فعلاً أو كان مجرد حلم أو كان يخصه شخصياً أو يخص شخصاً آخر ، فهو يتذكر قصيدة شعرية

ولا يدري إن كانت من إبداعه أو من إبداع شخص آخر ، أو يعرف معلومات عن مدينة فلا يدري إن كان إستقاهما من كتاب أم زار هذه المدينة بالفعل .

#### ٤ - التعرف الخاطيء

يكون الشخص في مكان أو أمام شخص يشاهدهما لأول مرة أو يعيش حدثاً أو موقفاً معيناً ويحس فجأة أنه قد سبقت له رؤية هذا المكان أو هذا الشخص ، أو أنه قد عاش هذا الحدث أو مرّ بهذا الموقف سابقاً وغالباً ما يترافق ذلك بإحساس بإهتزاز الواقع .

يشاهد هذا الإضطراب أحياناً في حالات الإبهالك النفسي الشديد وفي بعض النوبات الصرعية والحالات شبه الحلمية .

## 7 اضطرابات السلوكيات العزيزية

### أ اضطرابات ضبط المصبرات

يتكامل ضبط المصبرات (التبرز والتبول) قبل سن الثالثة عادة . أما في الحالات المرضية فيمكن إستمرار التبول اللاإرادي (خصوصاً أثناء النوم) إلى سن متأخرة من الطفولة وأحياناً حتي الكهولة . أما التبرز اللاإرادي فهو أنسب حدوثاً ويشاهد في حالات اضطراب نفسي شديد لدى الطفل . يحدث أحياناً أن يتراجع ضبط المصبرات لدى الكهل المريض نفسياً بفعل آلية نكوص ، خصوصاً في العته والفصام . . . . .

### ب اضطرابات النوم

#### ١ - الأرق

- كثير المشاهدة في الاضطرابات النفسية ويتظاهر بعدة أشكال منها .
- أرق يتمثل في العجز عن الإستسلام للنوم وتأخر حدوث ذلك و يترافق بالقلق والتوتر وأحياناً بأفكار وسواسية .
- يبدأ النوم بشكل طبيعي إلا أن الإستيقاظات تتخلله عدة مرات كما تكثر الكوابيس ويكون النوم سطحياً .
- أرق صباحي حيث يستيقظ النائم باكراً جداً ولا يستطيع العودة إلى النوم . ويحدث ذلك بشكل طبيعي لدى الشيوخ . أما مرضياً فيشاهد في حالات الهمود والإكتئاب .



يشاهد الأرق في حالات إحتداد التنفس الهوسي - الهمودي والهذيانين . كما  
يكثُر لدى العصائيين في حالات : القلق ، الوهن النفسي المراق ، العصاب  
الوسواسي ، لحدوث خوف من النوم والإسترخاء وخوف من الموت أثناء النوم  
الخ . . . . ويبالغ هؤلاء في تناول المنومات .

## ٢ - التعاس النهاري وفرط النوم

يحدث في حالات الصمود الإرتكاسي حيث يكون النوم الليلي سطحياً أو  
مضطرباً ؛ فيحس المريض بإعياء ورغبة في النوم خلال النهار ويمثل إزدياد فترة النوم  
في المستيريا والوهن النفسي تهرباً من بذل الجهد وتحمل المسؤوليات ومواجهة مواقف  
مقلقة .

## ٣ إضطرابات النشاط الحلمي .

حيث تكثُر الكوابيس والأحلام المفزعة ويشاهد ذلك لدى العصائيين

## ٤ التزام الفراش :

حيث يلزم المريض الفراش طوال الوقت ليلاً ونهاراً ويشاهد ذلك لدى  
الهموديين .  
أو يظل المريض في غرفة النوم (حب الإنغلاق أو هوس الإنغلاق) ويقوم فيها  
بأنشطة وترتيبات غريبة ، ويتمثل الإضطراب النفسي هنا في القسام .

## ج إضطرابات السلوكيات الغذائية :

يلمي الطعام والتغذية حاجة عزيزية لدى الإنسان إلا أنها يحملان ، في ظل  
الحياة الإجتماعية للإنسان معاني رمزية وثقافية حضارية . فالتغذية ترمز إلى العلاقة  
البدئية بالموضوع (الأم) عبر الإرضاع . كما أنها تتم عبر عادات وتقاليد وطقوس  
بتميزة ثقافياً وتكرس المضمون العلائقي .

## ١ - حالات تحدّد التغذية

يحدّد الشخص من تغذيته ويعزو ذلك إلى فقدان الشهية الكليّ أو الجزئيّ (حالات الهمود ، المرحلة المتقدمة من العمه العقلي)

أو إلى الرغبة في التخفيف من الوزن (في بداية القمه العقلي ، أو تكون أحياناً طبيعية ومبرّره) أو إلى إتباع نظام غذائي خاص (في حالات الفصام) يشاهد أيضاً تحديد التغذية بالإقياء الارادية أو العفوية المستمرة (لدى الهستريائيين . . . .)

## ٢ - رفض الطعام

يشاهد مرضياً - لدى المكتئبين إذ يمثل لديهم الإمتناع عن الطعام عقوبة ذاتية عادلة ، أو يدعون أنه لا يحقّ لهم الإستيلاء على طعام يحتاج إليه الآخرون . . . . الخ

- في حالات هذيان التعقّب (الإسقام ، السحر) إذ يزعم المرضى أن الطعام مسموم أو مسحور .

- لدى الفصامين الذين يعتبرون الإمتناع عن الطعام وسيلة لتطهير الروح والجسد أو يعبرون بذلك عن معارضتهم وسلبيتهم .

## ٣ - الإفراطات الغذائية والسائلية

### \* الشره المرضي

يندفع المريض بشكل نزوة إلى التهام كميات هائلة من الطعام بسرعة ولا يستطيع التوقف عن الأكل . وإثر ذلك تكتنفه مشاعر التقزّز وأحاسيس الذنب والانتقاص من الذات . تنتهي هذه النوبة غالباً بالإقياء أو بالآلام البطنية . . . . تشاهد عادة في فترة المراهقة خصوصاً لدى الإناث وغالباً في الحالات الحدودية والفصامية وبعض العصابات .

### \* فرط التغذية :

قد ينجم عن حالات توتر نفسي أو إحتداد إنفعالي أو عوز عاطفي ويكون معهوداً في بعض حالات العته والتخلف العقلي .

وقد يعود فرط الطعام إلى عادات غذائية عائلية وربما إلى عوامل إرثية .

#### \* الشذوذات الغذائية

كتناول الأوساخ والبراز . يشاهد أحياناً في التخبل ، والعته التكوصي الشديد .

#### \* الإجتار الغذائي

يشاهد لدى بعض الرضع من ٣ إلى ١٢ شهراً ويشفى عادة بين ٣ و ٤ سنوات .

أما لدى الكهول فلا يحدث إلا في التخلف العقلي الشديد .

#### \* هوس الشرب التوبي

يشعر المريض بدافع شديد لتناول كميات كبيرة من المشروبات الكحولية يحدث ذلك بشكل نوب إحتدادية ويشاهد لدى المختلين السيكوباتيين وفي النوبات الهوسية

#### \* هوس الماء

يتناول شرب كميات مفرطة من الماء بشكل دائم ويجب إستبعاد العوامل الهرمونية والدوائية في هذه الحالة . يلاحظ هوس الماء بشكل أفكار قسرية في العصاب الوسواسي ، كما يشاهد أحياناً في الهستيريا وفي الفصام .

#### \* ظاهرة بيكا :

شلوذ يتناول فيه المريض مواد غير غذائية كالتراب والورق والصابون يكون

في حدود السواء خلال الطفولة الباكرة ويشاهد لدى الكهل خلال تطوّر الفصام أو العته . . . .

## هوس الإنسجام

حيث يميل الشخص إلى تناول مستديم ومفرط لمواد وأدوية قد تحدث آثاراً إنسامية (كتناول المنشطات أو المهدئات أو كلّ الأدوية التي يمكن الحصول عليها . . . . الخ) يشاهد ذلك لدى أفراد غير ناضجين أو يشكون من القلق ولا يتحملون الضغوط الإنفعالية الخارجية .

## د اضطرابات السلوكيات الجنسية

### I اضطرابات العمل الجنسي والوظيفة الجنسية

#### ١ الإستمناء :

طبيعي لدى الطفل والمراهق والنكهل الذي لاتتاح له علاقات جنسية عادية إلا أنه يصبح مرضياً عندما يُفضّل على النشاط الجنسي الطبيعي أو يكون الوسيلة الوحيدة للإشباع الجنسي وبسبب اللجم النفسي .

#### ٢ العجز الجنسي : العنة

يعتبر القذف المبكر عجزاً جنسياً جزئياً حيث لا يتمكن الشخص من إستكمال العمل الجنسي وإرخاء شريكته .

أما العجز الجنسي الحقيقي أو الكامل فهو العجز عن الانتصاب عند الاقبال على العمل الجنسي أو العجز عن الحفاظ على هذا الانتصاب بما يكفي لإستكمال الممارسة الجنسية ، ويعتبر اللاقذف أيضاً شكلاً من أشكال العجز الجنسي .

يُميّز - العجز الجنسي البدئي : يظهر منذ بدء التجارب الجنسية ويكون «طبيعياً» عابراً أو مرضياً مديداً .

- العجز الجنسي الثانوي : يطرأ بعد نشاط جنسي طبيعي ويعود غالباً إلى عوامل : الإرهاق ، التوتر ، الهمود ، الإدمان الكحولي ، النفور من الشريكة الجنسية . . . الخ .

٣ - البرود الجنسي :

يتعلق ، مثل العجز الجنسي بمختلف مظاهر وأطوار النشاط الجنسي : كغياب الرغبة أو حتى النفور من العمل الجنسي ، غياب الحساسية المهبلية ، غياب نشوة الجماع . . . الخ

٤ - تشنج المهبل

يحدث في بدء العمل الجنسي أو خلاله مما يمنع إستكمال العلاقة ويحدث ألاماً وبروداً جنسياً. تشاهد مثل هذه الاضطرابات لأسباب عاطفية (كالنفور من الزوج) أو إثر صدمات نفسية (كالاغتصاب) أو بسبب كبت شديد وسوء تربية جنسية وتكثر في حالات المستيريا .

## II الإنحرافات الجنسية :

### ١ الانقلاب الجنسي

يحمل الشخص هنا قناعة حاسمة بأنه ينتمي إلى الجنس الآخر وذلك في ظل غياب أي اضطراب نفسي آخر أو أي خلل عضوي أو وراثي .

### ٢ التنكر الجنسي

حيث يشعر المريض بحاجة ملحة إلى إرتداء البسة الجنس الآخر (وهي حالة نادرة لدى النساء وتشاهد غالباً لدى الرجال) . يحدث ذلك لدى رجل طبيعي عضوياً ولا يشكك بهويته الجنسية . ويكون هذا التنكر مترافقاً أو غير مترافق بإثارة جنسية

### ٣ - الفيتشية (عشق العائم ، الوثنية الجنسية)

وهي السعي إلى الحصول على إثارة جنسية ومنتعة بأعمال أو أدوات أو خيالات وأستيهامات لاعلاقة لها عادة بالجنس والنشاط الجنسي ويتم ذلك بشكل تفضيلي أو حصري .

### ٤ الاستعراء (الإستعراضية الجنسية ، كشف العورة)

إضطراب يشعر فيه الرجل بحاجة ملحة إلى كشف أعضائه الجنسية ويشعر من خلال ذلك بإثارة جنسية شديدة قد تؤدي به إلى النشوة .

### ٥ - الرؤية الشهوانية ( أو حُب الرؤية)

يسعى المريض في هذه الحالة الى الإثارة الجنسية بمراقبة امرأة عارية أو خلال عمل جنسي ولا تكون هذه الحالة مرضية وصفية الا عندما تأخذ شكلا قهريا ويفضلها الفرد على النشاط الجنسي الطبيعي ، بل وغالباً ما يكون المريض عاجزاً جنسياً . . . . .

### ٦ - البهيمية (عشق الحيوانات)

وهي الحصول على الإثارة الجنسية بعلاقات أو تخيلات جنسية مع الحيوانات .

### ٧ - المازوشية

هي العجز عن الحصول على إثارة ومنتعة جنسيتين إلا بتلقي التعذيب أو الإهانات والتحقير مع العمل الجنسي أو بدونه .

### ٨ - السادية

هي الحصول على الإثارة الجنسية بتصوّر أو ممارسة تعذيب جسدي أو نفسي على شخص آخر . خلال العمل الجنسي أو من دونه .

## ٨ - عشق الأطفال :

حيث تطلب الإثارة الجنسية أساسا من إستيهامات أو علاقات جنسية مع الأطفال .

## ٩ - عشق الجثث

حيث تتم الإثارة الجنسية بممارسة الجنس مع الجثث أو بالتمثيل بها . .

## ١٠ - الجنسية المثلية

يميل الشخص هنا الى الحصول على إثارة و متعة جنسيتين عبر خيالات أو أنشطة جنسية مثلية تتعارض مع قيمه و تحدث لديه قلقا و مشاعر ذنب و أمتهان .

## 8 الاضطرابات الانفعالية والمزاجية

تشمل الحياة الانفعالية مجموع الظواهر العصبية - النفسية التي يجسها الإنسان ويعانيها ويعيشها دون أن تكون نتاجاً لسياقه الفكري . فالإنسان لا يستطيع «صنع» انفعالاته أو التحكم في نوعيتها .

أما المزاج فهو الإطار العام للانفعالات ، إذ يمثل هذا الاستعداد الانفعالي الأساسي (الجوهري) الشامل لكل المعطيات العاطفية والغريزية والذي يصبغ حالتنا النفسية العامة ويعطيها ، لون إرتياح أو ضيق أو هموم ، ويتراوح بين قطبي الألم والمتعة (ديلاي) .

تكون الحالة المزاجية مرضية عندما يرتكس الفرد بشكل نمطي ثابت تجاه كل مثيرات محيطه المتباينة أو عندما يكون في حالة لا توافق معها أو تكون استجابته معاكسة للاستجابة المعهودة السوية .

### أ - الأنماط المزاجية المرضية

#### ١ - المزاج الهمودي :

يجب التمييز بين حالات الحزن الطبيعي والمزاج الهمودي الذي يتراوح من حالة الإتهيار النفسي واليأس المديد حتى الألم النفسي ومشاعر الذنب العميقة وتدني قيمة الذات واللجم والنظرة السوداء القائمة إلى الحياة والوجود وقد تأخذ هذه الحالة شكلاً هذيانياً وتترافق بأفكار مراقبة .

#### ٢ - المزاج الإنشراحي (المنطلق)

يتراوح المزاج الإنشراحي من حالة فرح وإرتياح ورخاء حتى حالات التفاؤل



المفرط وفرط النشاط والإثارة فيكون المريض زائد المرح ، ينتقل من فعالية إلى أخرى فيهمل الجوانب السلبية للأشياء ويحطّ من شأنها ويقتصر على الجوانب الإيجابية ويبالغ في تقييمها وفي تقييم إمكاناته وقدراته ، يشاهد المزاج المنشرح لدى الهوسي وتحت الهوسي (أوشبه الهوسي) وفي بعض حالات الإنسجام (الكحولي ، الأمفيتاميني ، بالاثير إلخ . . .)

### ٣ - المزاج اللامبالي (أوالمحايد)

حيث يتميز ببرود مزاجي ولامبالاة ولا إستجابة للإثارات الانفعالية وخلو من التعبير والتمايز الانفعاليين . نشاهد هذه الحالة لدى الفصامين

### ٤ - إضطراب (أو تبدل المزاج)

حيث يكون المزاج غير مستقر في سياقه يتبدّل من قطب إلى آخر بدون سبب كاف أو ظاهر .

## ب - الإضطرابات العاطفية والانفعالية

### ١ - الانفعال المرضي - النزوة

إضطراب سلوكي إنفعالي يشدّ فيه تصرف الفرد عن الطبيعي والمعهود فيتميز بنوبات إنفعالية شديدة لا تتوافق إطلاقاً مع الموقف القائم ودون مبررات ظاهرة أو ملائمة . غالباً ما يندفع فيها الفرد إلى أعمال عدوانية تجاه الآخرين أو تجاه ذاته (كمحاولة الانتحار) .

في الحالات الخفيفة يكون الانفعال المرضي ناجماً عن فرط عدوانية واستثارة ولا ينتقل إلى الفعل (لدى بعض العصبيين) أو ينتقل إلى فعل محدود أو مصطنع (لدى الهستيريين) أو يفقد الفرد السيطرة على نفسه وأعماله ويرتكب أعمالاً شديدة العنف أو العدوانية قد تصل إلى القتل أو التمثّل في التشرّد والهروب أو الهوس الكحولي أو الاغتصاب . تشاهد هذه الحالات لدى السيكوباتين والإضطرابات النفسية

الشديدة والآفات الدماغية العضوية ويمكن أن تترافق بحالات غروبية (اضطراب الوعي) وبحالات فقدان ذاكرة .

#### ٢ . الإستجابات الإنفعالية اللامتوافقة

حيث يرتكس المريض أو يستجيب لأحداث ومثيرات محيطية بعواطف وإنفعالات لا تتوافق مع طبيعة هذه المثيرات . كأن يضحك بفرح لدى بلوغ نبأ وفاة أحد والديه أو أن يصاب بنوبة غضب عندما تقدم له هدية إلخ . . . يشهد هذا اللاتوافق الإنفعالي لدى الفصامين .

#### ٣ - الإنسراح المرضي

حالة عاطفية وإنفعالية تتفاوت في شدتها حيث يعبر المريض عن فرح وغبطة وتفاؤل لا تتفق مع وضعه وحالته الذاتية أو الإجتماعية يحدث ذلك لدى العصائبي كنوع من التعويض والإيجاء الذاتي بشكل فترات من الإنسراح قد تتناوب مع حالات اليأس والخيبة والتشاؤم ، بهدف تخفيف التوتر والقلق . . . ويصبح الإنسراح نمطاً مزاجياً مرضياً لدى الهوسيين .

#### ٤ - الحصر والكرب الإنفعالي

حيث يشعر المريض بقلق وضيق شديدين وحالة توجس وتأهب تترافق بتوتر واضطرابات إنباتية .

#### ٥ - الخلل الإنفعالي

حيث يشعر المريض بحالة إنفعالية عدائية مليئة بالغضب والإستشارة دونما سبب وتترافق بالقلق وأحياناً بالرغبة والتوجس .

#### ٦ - الضعف الإنفعالي : (اللاستقرار الإنفعالي)

يكون المريض سريع الإنفعال والإنتقال من إنفعال إلى آخر دون مبررات خارجية . فينقل لأنفه الأسباب منتقلاً سريعاً من الضحك إلى البكاء ومن الغضب

إلى الإرتياح ومن الحقد إلى العطف والحب ، وتسهل إثارته والتأثير عليه إلا أنه يعجز عن المحافظة على ثباته الإنفعالي يُشاهد الضعف الإنفعالي في الوهن النفسي ولدى المستريائين وفي الاضطرابات الدورانية والإصابات العصبية المركزية .

#### ٧ - الفقر الإنفعالي

يحدث تدني تدريجي في الملكات الإنفعالية فتبدأ الأجاسيس العليا الأخلاقية والجمالية بالتراجع ثم تعقبها مختلف الأنماط الإنفعالية الأخرى لتصل إلى سلبية وحياد إنفعاليين كاملين يميز هذا الاضطراب الفصامين .

## إضطرابات السلوكيات الإجتماعية

إذا كانت المرضية النفسية ، أساسا ، من منشأ علائقي إجتماعي يتداخل مع الغرائز والنزعات التطورية ، فإنها لا تقتصر في تظاهراتها على الخلل البنيوي والصراعية الباطنة والأعراض الفردية ، بل تنتقل إلى الفعل التدميري أو العدوانية عندما تنحس الكلمة وتغيب الوساطة الرمزية فتصبح النزوة المتحققّة ، الرسالة الرمزية الوحيدة الممكنة التي تعوض انهيارا علائقيا بفشل الانتقال الكيفي من الانطباع بالشيء إلى ترميزه ، ويدخل هذا الانهيار ضمن قوانين التكرار القهري .

إننا نشاهد العنف أو العدوانية حيثما وجد فقر في العلائق الإجتماعية وحيثما إنحرفت نزعات جوهرية عن مسارها الطبيعي سواء كان الطريق مسدوداً أم غائماً مفقود العالم . . . لذلك ليس العنف مرضية نفسية فحسب بل أيضا مرضية إجتماعية يتجاوز فيها الاعتداء الإقتصار في معناه على حركة التدمير ، إلى كل سلوكية أخرى ، تتحدد ضمن الظرف : إعتداء ، سواء كانت إمتناعا وسلبية كرفض تقديم المساعدة أم كانت رمزية كالسخرية والتهكم والشتم أم فعلا قائما .

هذه العدوانية لا تتوجّه فحسب إلى الآخر بل تتوجّه أيضا إلى الذات ودائها ، بشكل مباشر أو معتنف ، دلالة على إنكار أو التباس هوية لا يتماهى معها مثال الأنا ( أيا كانت درجة تكوّنه ) بل يعكس إمتداد تجزؤ الذات الجسدية والنفسية فيتشخص فيها « الموضوع الشرير » وتنهار الجدارة بتعمق مشاعر الذنب ويتجذّر الحداد على المفقود ( الأم الطيبة ) فيحل محلّ صيرورة الفرح والمتعة الصاعدة ، عذاب جبرية التكرار المازوشي ، حيث يسعى الفرد إلى خلق الطوفان حوله ، إلى تدمير البنى والعلائق ليحاصر كيانه بالفشل ، بالخيبة ، باليأس ، بالرفض بالسكرامية ، بالحقد . . . تتمفصل جبرية تكراره هذه مع جبرية تكرار محيطه الذي يكرّر نفس نمط الإستجابة ليعزز المرضية التي نبعت منه وليمرّ إلى جانب رسالة الإستغاثة

القصوى الرموزة . . . فتغلق الحلقة المفرغة . . . إن لم تنتقل إلى أقصى درجات الاستلاب المرضي لتؤدي إلى تدمير الذات في كيانها المادي . . .

## أنماط العدوانية :

### العدوانية باتجاه الآخر ( الأخرية )

- العنف الحركي
- تدمير الأشياء والأفراد .
- السلوكية السلبية ( الإمتناع عن العلاقة ، عن المساعدة . . . )
- العدوانية الرمزية : التهكم والسخرية ، الخرق التزوي للنظم والقواعد العلائقية .

### ب - العدوانية الذاتية

- الانحراف العلائقي ( الإنطواء ، التشرّد . . . )
- الانتحار وتدمير الذات ( كالإيمان . . . )
- تشويه الذات
- العدوانية الذاتية الرمزية :
- أنماط الفشل ( المهني ، المدرسي ، العلائقي )
- الحوادث التي تعود إلى دوافع عدوانية ذاتية لا شعورية وليس لنا ، من موقع طبي نفسي أن ننظر إلى السلوك العدواني ضمن أفق مرضي إلا عندما يتمفصل هذا السلوك مع اضطرابات نفسية ينتقل المريض في سياقها من هيكل توازن هش يكبح نزعة ، أو دافعا ، كامنين في الشعور أو اللاشعور ، إلى إختلال التوازن وتبلور موقف أو نزوة عدوانية عنيفة أو مضادة للمجتمع تدخل غالبا في الحيز الطبي .  
الشرعي أو الجزائي أو تنحرف عن سياق سوائي مفترض للشخص .

### ١ - السلوكيات العدائية المباشرة : العنف ، نوبات الغضب ، المعارضة ،

يعتبر السلوك العدواني لدى الطفل في حدود السواء حيث يشكل في تلك المرحلة عنصر تثبيت للذات وتحديد لها كمنع للإرادة والرغبات . أما بعد ذلك فيشير إلى

إضطراب إنفعالي أو إلى عجز عن تثبيت الذات أو إلى هيمنة نزعات لم تتمكن من الإندماج في شخصية المريض يعود كل إلى عوز في المحيط الذي لم يتمكن من إقامة التوازن التربوي الملائم بين الإثابة والحرمان ، ولم يقدم عناصر تماهي ، متكاملة ومنسجمة ، تشكل قاعدة ثابتة وآمنة ينسج عليها الطفل ثمره وكيانه النفسي الأساسي .

يمثل العوز العاطفي الباكر والإضطرابات الحواسية ( إضطرابات اللغة والنطق ، الصمم لأنها تمنع من التوجه نحو وسائل تعبير أخرى ) والتماهي مع والدين عنيفين بعض العناصر الهامة في النزوع نحو العنف تشاهد هذه النوبات من العنف والغضب لدى بعض العصائيين والشخصيات المرضية والسيكوباتية والحالات الحدودية .

## ٢ - السرقة المرضية

تشاهد السرقة المرضية لدى الأطفال في ظروف عوز عاطفي أو إنفصام أسروي حيث ينزع الطفل ، لا شعوريا ، إلى تعويض الحرمان العاطفي بامتلاك الشيء المسروق .

يبدأ الطفل بالسرقة في منزله ثم في المدرسة وعند الأقرباء والجيران ثم في أي مكان . وكثيرا ما تأخذ هذه السرقات شكلا قسريا حيث تتكرر رغم العقوبات القاسية التي يتعرض لها الطفل ، ورغم مقاومته لهذه النزوة . لذلك يمكن أن نسميها السرقة القسرية أو هوس السرقة حيث تترافق بتوتر وقلق شديدين .

أحيانا أخرى يكون الشعور بالذنب لا شعوريا ويؤدي الطفل ؛ إثر عمله ، سلوكا يؤدي إلى إكتشاف السرقة ومعاقبته ويسمى هذا النوع من السرقات : السرقة ذاتية العقاب .

قد تشير السرقات إلى آليات عصائية كما قد تكون عرضا يدل على نمو شخصية مرضية أو سيكوباتية .

أما لدى الكهول فتشاهد السرقات القسرية في العصاب الوسواسي - القسري والسرقات الوهلية ( مع فقدان الذاكرة الفجسوي ) لدى الصرعين . كما يؤدي إضطراب مفهوم الملكية لدى بعض الفصامين والعتهيين إلى عمليات سرقة . . أما

المدمنون فيسرقون لأشباع إدمانهم .

### ٣ - التشرّد والهروب :

يتمثل التشرّد في مغادرة المنزل أو مكان العمل بشكل مفاجيء دون سابق اعداد ، خضوعاً لدافع إنفعالي أو غامض ودون هدف محدّد . ويكون غالباً محدوداً زمنياً .

يشاهد التشرّد لدى الأطفال غالباً عند اضطراب المناخ الأسروي وتفكك العلاقات بين الأهل والعوز العاطفي وتعرض الطفل لنزوات عنف من والدين سيكوباتيين ويمثّل هذا السبب ٦٠٪ من الحالات إضافة إلى كلّ عوامل إطمئنان العاطفي الأخرى لدى الطفل .

تشاهد حالات هروب من المدرسة تعود أحياناً إلى نحو شخصية سيكوباتية ، إلا أنها غالباً ما تكون دلالة على حالة رهابية تحدث لدى الطفل حصراً وقلتها من المدرسة يدفعانه للهروب أو إبداء اضطرابات جسمية تعود إلى الصراع العصائبي الباطن .

أما التشرّد اللاواعي فيشاهد لدى الطفل والكهل في حالات نفاسية وصرعية بينما يتشرّد الهدياني هروباً من التهديدات الوهمية التي توحى بها له هذياناته .

### ٤ - الانحرافات الجنسية - الأخلاقية

تتأثّر غالباً من حالات مرضية نفسية واضطرابات عصائية أو سيكوباتية ، يعاقب القانون على معظمها ، وترتبط العقوبة غالباً بتحديد درجة المسؤولية العقلية للقائم بالفعل .

### - الإغتصاب

لا تعود كلّ جرائم الإغتصاب إلى عوامل مرضية نفسية حيث كثيراً ما يلعب فيها العامل الإقتصادي - الإجتماعي دوره الأساسي .

أما الإغتصاب المرضي فيعود إلى آليات نفسية مرضية مختلفة فهو قد ينبع من

إنحراف جنسي سادي أو من السيكوباتيا وفي بعض الحالات الحدودية والنفاسية .  
وقد يتداخل العاملان الاجتماعي والنفسي في دوافع الإغتصاب اذ يؤدي  
الحرمان المادّي والعاطفي والجنسي في ظروف إجتماعية قاسية بأشخاص محدودوي  
القدرات الذهنية أو شديدي اللجم إلى ارتكاب الإغتصاب بنزوة تتم إثر تناول  
الكحول أو من دونه .

وقد يعود الإغتصاب إلى إصابة الفص الجبهي أو إلى خلل وراثي بوجود  
كروموزوم Y، إضافي .

### ب - كشف العورة ( الإستعراء )

حيث يقوم الفرد بكشف أعضائه الجنسية في مكان عام بهدف ممارسة الإستمنا  
أو الحصول على متعة جنسية ويعاقب القانون على هذا العمل ، كمن بالأداب  
العامة ، حسب درجة المسؤولية العقلية التي تقرّها الخبرة الطبية الشرعية .

### من أشكال الإستعراء

- الإستعراء القسري : حيث يشعر المريض بدافع لا يقاوم للتعري في مكان  
عام ، ترتفع فيه درجة الحصر والتوتر وينتهي بنشوة جنسية آلية . يتكرر ذلك غالبا  
في نفس المكان والموعده .

- قد يقترن الإستعراء باضطرابات عصابية رهابية وسواسية تدفع فيها مشاعر  
الذنب الشديدة ، المريض ، إلى « السعي » وراء « العقاب » .

### - الإستعراء الانحرافي :

حيث يخلو المريض من مشاعر الذنب ولا يتاح له الحصول على متعة جنسية إلا  
بهذا الأسلوب .

يحدث الإستعراء أيضا في اضطرابات عقلية وعصبية ، لا يدرك فيها المريض  
حقيقة فعله كالتخلف العقلي والعتة الشللي ( السيفيليسي ) والصرع والعتة  
الشيخي ، والإدمان الكحولي الشديد والفصام .



## ج - الرؤية الشهوانية

حيث يسعى المريض إلى مراقبة الآخرين ، في تعريضهم ونشاطهم الجنسي ، مستعملا كل الخيل والأساليب لذلك . فلا يحصل على المتعة الجنسية إلا من خلال هذه الوسيلة وبممارسة الإستمناة ، بينما ينفر من ممارسة العمل الجنسي الطبيعي أو يعجز عنه وفي حالات أكثر ندرة يسعى المريض إلى المتعة بمراقبة مشاهد غير جنسية كمشاهد العنف والضرب والتبرّز . . . .

إلا أن هذا الميل إلى المراقبة الجنسية يظلّ في حدود السواء لدى المراهقين الذين لا يمارسون نشاطا جنسيا عاديا . . . .

### ● الإنتحار ، محاولات الانتحار وعدائليها .

يشاهد الانتحار في علم النفس المرضي لدى الطفل والمراهق والكهل  
الإنتحار لدى الأطفال والمراهقين .

كثيرا ما يتمّ التقليل من أهمية السلوك الإنتحاري لدى الأطفال الذين يعانون من محيط مرضي . ودوافع هذه النزعة متعددة منها :

- الهروب من موقف يعيشه الطفل ويفوق طاقة تحمّله .
- الشعور بالعزلة والفشل في « الحصول على العطف والعناية حيث يشكلّ الإنتحار آخر نداء يطلقه الطفل إلى محيطه الذي أهمله .
- فقدان شخص حيوي في حياة الطفل ( كأمّه ) يؤدي إلى حدوث همود إرتكاسي .

أما محيط الحالات الإنتحارية الطفل ، فيتسم عادة بالعنف والتفكك  
الأسروي ويعوز عاطفي شديد .

أما لدى المراهقين فإن نسبة الإنتحار عالية إذ أوردت إحدى الإحصائيات الغربية أن الإنتحار يمثل حوالي ١٠٪ من أسباب الوفيات بين ١٥ و ٢٤ سنة وحتى إن اختلفت النسبة لدى المجتمع العربي فإننا نعتقد أن الإنتحار يظلّ أكثر حدوثا هنا ، منه في الأعمار الأخرى .

تعود دوافع إنتحار المراهقين إضافة إلى ما نشاهده لدى الطفل إلى تعارض شديد بين المراهق ومحيطه لا تتحمله هشاشة شخصيته أو بنيتها المرضية وإلى صدمات عاطفية وإلى ما يعزوه بعض المؤلفين من نزعة مثالية مطلقة تسم شخصية المراهق وتدفعه إلى تحدّي القدر والعالم كرهان مطلق يستهدف تثبيت «خلوده وقلدراته» وكأنه يعتقد أن الموت لا يمكن أن يطاله . لذلك يدخل التطور الفصامي في سببية نسبة عالية من إنتحارات المراهقين : ١٥٪ تضاف إلى ذلك الحالات المرضية الهمودية والهذيانية الزورانية والنزوية . . .

لاحظ الباحثون دور سمات عامة للمراهقة في هذه الآلية كالنزعة الهمودية وسهولة العبور إلى الفعل ، والإنفعالية ، والموقف من الموت .

يضاف إليها (في الحالات المرضية) اضطراب بالتهاميات الأنوية وبتبلور المثال الأنوي ويعود ذلك غالباً إلى إثمحاء الأب أو غيابه المبكر .

## ب - الإنتحار لدى الكهول .

الإنتحار ظاهرة إجتماعية ، كما أنه يمثل أهم سبب للوفاة في الأمراض النفسية (في المجتمعات الغربية ، بينما يعود أهم أسباب وفاة المرضى النفسيين في المستشفيات في مجتمعنا ، إلى إهمال الصحة العضوية الذي يؤدي إلى إستشراء الإبتانات والآفات الأخرى) . . . لقد سُجّلت في فرنسا بين ٦٨ - ٧٢ (٣٩٠٦٢٥) حالة وفاة إنتحارية . ويمثل الإنتحار ٢٪ من مجمل الوفيات السنوية . ونسبته أعلى لدى الذكور منه لدى الإناث (٢,٥ إلى ١) .

تزداد نسبة الإنتحار لدى المتقدمين بالسن والأشخاص الوحيديين (غير المتزوجين) وفي الأوساط الريفية الفقيرة . . .

من العوامل المرضية النفسية التي ترتفع فيها نسبة الإنتحار :

١ - الحالات الهمودية حيث يقصد المريض بإنتحاره معاقبة ذاته والتكفير عن ذنوبه وتخليص الآخرين من آثامه ، لذلك كثيراً ما يختار أساليب عنيفة للإنتحار .

٢ - الفصام : يمثل الإنتحار عملاً متوقعاً في الفصام (٤٪ من الإنتحارات المرضية النفسية) . ويلجأ الفصامي إلى الإنتحار في سياق تطور مرضي خفي

وبطيء ، أو في نوبات عدوانية ذاتية مفاجئة . كذلك في الحالات الهمودية التي تعقب إختلال المعاوضة الهذيانية ، وعندما يعجز الفصامي عن التكيف مع محيطه الأسروي والاجتماعي . مما يستدعي متابعة الفصامي بعلاج اجتماعي ونفسي داعم ، إضافة للمعالجة الدوائية ، إثر خروجه من المستشفى .

٣ - اضطرابات الشخصية : تمثل السيكوباتيا وعصابات الطبع المتميزة بضعف الشخصية والتثيت العاطفي العميق ، أهم الاضطرابات المرضية المؤدية إلى الانتحار فتصل نسبتها إلى ٤٠٪ من الحالات .

٤ - يشاهد الانتحار أيضاً لدى الكحوليين ومدمني المخدرات وبنسبة أندر في النفاسات العضوية والخلل الذهني والصرع .

## ٦ - الاعتداء والقتل :

غالباً ما لا يدخل الاعتداء والقتل تحت طائلة التقييم النفسي الطبي لارتباطها بعوامل اجتماعية عامة . إلا أنه يمكن مقاربتها مقارنة عرضية عندما لا يدخلان في حيز بنیان مرضي نفسي محدد .

### أ - الاعتداء :

وهو كل الأعمال التي تستهدف إلحاق الضرر بالآخرين وقد تنتهي بالموت وإن لم يكن القتل مقصوداً .

تشاهد أعمال الاعتداء خصوصاً لدى أفراد ذوي طبع عدواني مستديم ، لا يملكون قدرة كافية على تطوير العلاقات الاجتماعية . وغالباً ما يكون محيطهم العائلي متسماً بالتفكك والعنف والانحراف .

أما النمط العدواني الآخر فهو فرد شديد الإحباط والحرمان يكبح غليانه العدائي في ذاته إلى أن يؤهبه حدث معين أو تناول مواد مثيرة ، للإفجار العنيف .

فالمثيرات ، وخصوصاً منها الكحول غالباً ما تدفع هذه الشخصيات للعبور إلى الفعل . ويزداد مفعولها عندما تتعارض مع تناول أدوية مثل الباربيتورات

والبنزوديازيبين والفينيسكلين .

كما وصفت حالة تسمى بتناذر العنف النووي ، تتظاهر باعتداء عنيف على الزوجة أو الأطفال والإفراط بالمهيجات والإعتداءات الجنسية ورغم ملاحظة بعض الشذوذات في تخطيط الدماغ الكهربائي لدى هؤلاء الأشخاص ، لم يتم بعد التأكد من سببية الاضطراب ، وربما يعتبر من عدائل الصرع .

يشاهد الاعتداء أيضا في الفصام والاضطرابات العقلية العضوية المنشأ

### ب - القتل :

يعمد المريض النفسي إلى القتل قصدا في سياق هذياناته خصوصا في الحالات الزورية كهذيان الغيرة . . كما قد يكون القتل الفجائي دون دافع ظاهر ، العرض الأول لدى الفصامي ويستهدف غالبا أحد أفراد الأسرة . بينما يمارس الإكتسابي القتل الغيري بشكل إنتحار جماعي يستهدف تخليص نفسه وإقربائه من آلام وعذابات العالم التي تبتكرها هذياناته ، فقد يعمد إلى قتل أطفاله أو أقربائه . . .

يشاهد القتل أيضا في حالات هذيانية حادة وفي النفاس النفسي (ما بعد الوضع) .

أما جرائم القتل السادي في الإنحرافات الجنسية فهي نادرة المشاهدة .

# الفصل الرابع

## الشخصيات المرضية

تُعرّف الشخصية المرضية كلاسيكياً بأنها شخصية ينحرف مظهرها عن النموذج المتوسط السائد وتحدث مواقفها وسلوكياتها إزعاجاً وألماً وإساعة للفرد ذاته أو لمحيطه .

تحدّد الشخصية عادة بانتظام ديناميكي للعناصر العقلية والانتفعالية والإرادية والفيزيولوجية والمورفولوجية لدى الفرد ، ويأخذ هذا الانتظام شكلاً مستقيماً ، أو نهائياً عند إكمال النمو . وكلّ تصدّع في هذه البنية ، يتمّ عبر الرضوض النفسية أو الحرمان أو الصراعات حسب خطوط الضعف ، في هذه الشخصية ، والتي ترجع إلى تثبيت أو خلل في النمو البيونفسي .

أما الطبع فيعني مجموع السمات المتأصلة لدى فرد معين والتي تتجلى بنمط

سلوكي معهود تجاه كل نوع من المواقف ، فهو التظاهر العلائقي السلوكي للبنية الأساسية للشخصية .

بينما يبرز المزاج العناصر البيولوجية في الشخصية .  
معايير السواء النفسي وحدوده :

كان تحديد السواء النفسي يعتمد على قياسات إحصائية لمطابقته للصفات النفسية التي تتجلى لدى غالبية الأفراد ، كما ربط بمفهوم نموذج مثالي إجتماعي . إلا أن ذلك يعني إخضاع التقييم النفسي للفرد إلى معايير أخلاقية ومؤسسية ثابتة بينما تعتبر كل لا إمتالية وتوجه نحو التغيير والتطور القيمي ، شذوذا وانحرافاً .  
لذلك يفضل حالياً الاعتماد على المعيار الوظيفي الذي يقيس السواء بدرجة التوازن الداخلي الديناميكي للفرد ، بما يعطيه مجالاً للإنسجام مع ذاته ومع سلوكياته بما لا يسبب معاناة له أو لمحيطه . . . .

تتظاهر الشخصيات المرضية أساساً بسمات مرضية في الطبع وباضطرابات إنفعالية وإرادية . بينما لا تتأثر القدرات العقلية . تشاهد هذه السمات في خصوصيات الشخصية وبأنماط سلوك تمثل جزءاً متأهلاً من الشخصية وبأسلوب حياتي خاص مستمر ومديد ولذلك تختلف الشخصية المرضية عن التناذر المرضي بغياب الأعراض الظرفية والتي تضاف إلى الشخصية . فالشخصية المرضية تتميز بنمو غير متوازن للسمات العامة للفرد خلال المراحل الأولى لتشكّل الشخصية فيحدث لا توافق بين هذه السمات التي يبرز بعضها بإفراط بينما يكون البعض الآخر متقلصاً بشدة مما يؤدي إلى تكيف الفرد مع محيطه .

يمكن التوجه في تشخيص الشخصيات المرضية بالمعايير الثلاثة التالية :

- ١ - يكون تظاهر الخصائص المرضية للطبع شديداً لدرجة أنه يعيق تكيف الفرد مع محيطه ويجعل علاقاته بالآخرين مضطربة .
- ٢ - تكون الخصائص المرضية شاملة للشخصية ، حيث لا ينال الاضطراب بعض السمات فحسب بل يشمل الطبع والبنية الذهنية - النفسية .
- ٣ - تكون السمات المرضية في الشخصية مستمرة ومستقرة يصعب تحويلها ولا يمكن ذلك إلا بقدر محدود .

## أنماط الشخصيات المرضية

### ١ - الشخصية الهستريائية :

تشاهد هذه الشخصية غالباً لدى النساء وتتميز بعدد من السمات أهمها :

● حبّ التظاهر وجلب الانتباه . فيقوم الهستريائي بحركات مسرحية وسلوكيات مصطنعة ومتكلفة ورعناء . كما يلجأ إلى أقاصيص يتعد فيها عن الواقع ويكسيها صبغة تراجيدية أو مثالية بتزييف الحقيقة والكذب وإختلاق الخرافات وتلك سمة أخرى للهستريائي .

● تكون مشاعر الهستريائي مزيّفة ومبالغاً فيها ، فهو يتجنب العواطف العميقة والعلاقات الصمیمة كما أنه يتميّز بالأنوية والتكبر .

● وهو يعطي للعلاقات الإجتماعية طابعاً شهوانياً ، ويتسم سلوكه بمحاولة ممارسة جاذبية على الآخرين .

● رغم أنه يخفي في عمقه خوفاً من الجنس وبروداً جنسياً وتهرباً من النشاط الجنسي .

● الشخصية الهستريائية ضعيفة مرتبطة قابلة للإيحاء وتسعى للحصول على العطف والحب واحتكارهما .

● يسيطر الضعف الإنفعالي على الهستريائي وفرط العاطفية والنزق فهو لا يتحمل الحرمان ويخضع لنزواته كما يفرغ إنفعالاته بشكل إستعراضى (نوبات غضب أو بكاء . . .)

لا يملك الهستريائي قدرة كبيرة على السيطرة على ذاته أو على الإستبطان والنقد الذاتي ، فهو ضعيف الإستبصار ، ويميل إلى الإسقاط العضوي لإشكالاته ، فيكثر من اللجوء إلى الأطباء والشكوى من مختلف الأعراض الجسمية . . . كما قد تبرز نزعة همودية بمواجهة حالات الحرمان والإهمال وقد تأخذ شكل مساومات عاطفية (محاولات الإنتحار المزيفة) إلا أن الحالة همودية قد تصبح أكثر شدة وإمتداداً مع العمر مؤدية إلى حالة مراقبة دائمة ومُعطلة .

يُميّز شكلاّن للشخصية الهستريائية :

أ - الشكل التظاهري المتجلىّ بسلوك مسرحي وزيف المشاعر والنزوع إلى التصنع وصنع العلاقات الإجتماعية بالشهوانية .

ب - الشكل السلبي المرتبط : حيث يطلب الهستريائي العطف والحب ويتصف بالضعف الإنفعالي والتجنب وبالسمات الرهابية واللائسج ونوع من الطفولية .

تعبّر الشخصية الهستريائية عن العجز عن تحقيق حلّ سوي للأزمة الصراعية الجنسية ، حيث يتمّ كبت النزعات العدائية والجنسية ويساهم التثبيت الضمني في عرقلة إنحلال الأزمة الأوديبيّة ويفسرّ ذلك الثنائية السريرية للسمات المرضية (حب التظاهر والإرتباط العاطفي) . . . ويظلّ الهستريائي بحاجة مستمرة إلى محيط أمومي يلبي رغباته ونزواته الطفلية ويحميه من الحرمان والشعور بالضعف .

## 2 - الشخصية الوسواسية (الطبع الشرجي)

يمكن تمييز هذا الطبع بسهولة : ويتجلىّ بحرص مستمرّ على النظام والنظافة ، ودقة ومثالية . حيث يكون الفرد الوسواسي أخلاقيا دقيقا في مواعيده ، منفذا لالتزاماته وواجباته بحذافيرها .

ويشاهد لديه حس إقتصادي مفرط قد يصل حتى البخل والتقتير ويصعب عليه العطاء ومشاطرة الآخرين في حين تشتدّ لديه نزعة الإمتلاك والتخزين .

يكون الوسواسي أيضا عنيدا مثابرا لا يأبه لأراء الآخرين وكثيرا ما يكون متسلّطا سلطويا . . ومهذبًا ، عدائيا دون انفعال ينقد الآخرين ويعمل على السيطرة بشكل عقلاّني .

يبحث الوسواسي عن الدقة في التعبير حتى الإبتدال ، ويكون بارد المزاج لا يتأثر بالعواطف . يعيل إلى العقلنة ، لا يبدي إنفعالاته العميقة . يحسب ويرسم مخططات سلوكه ، فلا يسلم ذاته إلى العفوية والصدفة ويحاسب نفسه والآخرين بصرامة . .

تتمتع هذه الشخصية بدفاعات نفسية فعّالة بآلية العزل حيث تفصل



الذكريات والتمثيلات والأحاسيس عن بعضها لتجنب ظهور القلق والأزمات النفسية فلا تتحول إلا نادرا إلى عصاب وسواسي . بينما كثيرا ما تحدث أزمات همودية بتقدم العمر .

تعكس السمات الوسواسية كيفية الصيرورة اللاشعورية للشهوية الشرجية والعدائية - السادية للمرحلة السادية - الشرجية . حيث تنشأ تشكلات إرتكاسية (أي نشوء أنماط سلوكية - نفسية تتضاد مع الرغبات المكبوتة كارتكاس تجاهها) فالنظافة المفرطة والتهذيب الشديد تشكلات إرتكاسية ضد حب الأوساخ وضد العدائية المكبوتة . في حين تنتقل بعض النزعات أو تتصعد فالإهتمام بالمال وبالتخزين مثلا يعوض إهتمام الطفل ببرازه . . .

### 3 - الشخصية الواهنة نفسيا

تتميز هذه الشخصية بشعور بالنقص ومحاسبة النفس المستمرة والإجترار الذهني والشكوك وحدة الضمير ومشاعر الذنب وانخفاض بالطاقة النفسية وشعور مزمن بالتعب والإرهاق خصوصا عند الصباح وتنفخ خلال اليوم .

يكون الواهن النفسي قلقا مترددا ، ترهقه الأنشطة العملية ويصعب عليه التركيز الذهني وأستجماع ملكاته العقلية . يميل إلى الدقة والأخلاقية والمثالية ويسهل عليه الهروب من واقعه إلى الإمتيهايات والخيال والتصورات والحسابات والمخططات الذهنية ، كما يكون زائد الإنفعالية مفرط الحساسية .

إن الإستيطان القلق للواهن النفسي كثيرا ما يقوده إلى مخاوف مراقبه (الخوف من المرض) . كما قد يتطور لديه عصاب وسواسي ، أو حالات همودية تنجم عن إتهيار التعويض النفسي الذي تحدثه فرط حساسية الواهن النفسي للصدمات والازمات النفسية والجسيمة (المرض ، الفشل ، تحمّل مسؤوليات جديدة الخ . . .)

### 4 - الشخصية الرهابية (واهروبية)

تتسم بلجم سلوكي قوي يتظاهر بالخشيل والإحماء والسلبية ، وموقف هروبي

يبدو بانطواء اجتماعي والخوف من الالاقبول . فلا يقوم الرهابي ببناء علائق شخصية إلا عند الاطمئنان إلى أنه لن يرفض . كما يكون مفرط الانفعالية والحساسية فيحتاج باستمرار إلى أمن عاطفي ويتوحد كل نقء قد يوجه إليه كما تثير لديه كل الخوافز العاطفية والغريزية قلعا وخوفا وانسحابا .

وأحيانا تحدث سلوكيات مضادة للرهاب كهروب للأمام ، بفعل آليات ما فوق التعويض والنقل حيث يقبل الرهابي على موافق جريشة في ميادين حساسة بالنسبة له ، إلا أن هذه المواقف تكون سطحية ولا تتعلق بالمضمون العلائقي أو أن الرهابي يضطر للانسحاب عندما يضطر فعلا لمواجهة إندماجه في الموقف .

يقارب بعضهم بين البنية الواهنة نفسيا والبنية الرهابية . كما يلاحظ أحيانا وجود تشارك بين السمات الهستريائية والسلوكيات الرهابية فتطلق إذاك تسمية «الطبع الهستريائي - الرهابي» .

#### 5 - الشخصية الحدودية

هي شخصية ترتبط بالحالات الحدودية وهي حالات مرضية لا يمكن وضعها ضمن التصنيفات المرضية الرئيسية (العصابيات ، النفاسات ، الانحرافات ، وشذوذات الطبع) ولا يزال الجدل قائما حول تحديد هذه الشخصية التي تجمع السمات التالية :

- صعوبات في الضبط الانفعالي :
- أزمات حصر وقلق كثيرة الحدوث .
- اضطرابات ولا إستقرار في العلاقات الشخصية
- اضطرابات وتقلبات مزاجية .
- يصعب على الشخصية الحدودية تحمل الوحدة والعزلة وتكون مرتبطة عاطفيا .
- يوجد لدى الحدودي إحساس بالفراغ الداخلي واضطرابات بالهوية الجسدية والجنسية .
- كثيرا ما تشاهد محاولات إنتحار ومحاولات تشويه ذاتي .

## 6 - الشخصية النرجسية

تتمركز إهتمامات النرجسي على قضاياها وإشكالاته الشخصية يحفزها في ذلك إحساس مفرط بأهميته الشخصية ، قليل الفاعلية والعملية يميل إلى أحلام يقظة يتعلق محتواها بإستيهامات القوة المطلقة والنجاح والحب المثالي والسيطرة على الآخرين . يطلب النرجسي الإهتمام والإعجاب من الآخرين بينما لا يبالي إطلاقاً بتفهم أفراد محيطه وينزع إلى استشارهم ويجد أن كل الإمتيازات التي يحصل عليها من حقه فلا يشعر أنه مدين بشيء أو يتوجب عليه خدمة الآخرين . وهو يواجه النقد إما بلا مبالاة مطلقة وإما بإحساس بالإمتهان والحقد .

## 7 - الشخصية المنحرفة

لا يجد مفهوم الشخصية المنحرفة القبول لدى جميع المؤلفين . وهو يشير طبقاً لنظرية التحليل النفسية إلى أفراد يستمدون المتعة من القيام بشكل خفي بأنشطة تجلب الضرر والألم للآخرين دون أن يبدو عليهم ذلك من ناحية سلوكهم الإجتماعي الظاهر .

كما يشير مفهوم الانحراف أحياناً إلى إضطرابات في السلوكيات الجنسية .

## 8 - الشخصية السيكوسوماتية (النفسجسمية)

مفهوم حديث يتأتى من مدرسة الطب السيكوسوماتي ولا يزال موضعاً للجدل . تتسم هذه الشخصية بفقر الحياة الخيالية والمجال الإستيهامي وبشخصية «عملية» مرتبطة بالواقع ، متجردة من كل سياق أولي (لا شعوري) ودون أحلام وتخييلات ويتم التعبير النفسي المرضي في هذه الشخصية عبر الاضطرابات الجسدية الوظيفية .

## 9 - الشخصية السيكوباتية (أو المضادة للمجتمع)

يصعب لدى هذه الشخصية التكيف مع المجتمع ونظمه وقوانينه . وتكون

قصة الحياة متسمة باللاإستقرار وصعوبة التكيف والنزوات . فمنذ الطفولة تظهر اضطرابات سلوكية ، وتعاقب بين السلبية والهياج . فيكون النشاط المدرسي مضطربا مع حالات عنف ونوبات غضب عصبية وحالات هروب من المدرسة وحتى من البيت وتزداد الاضطرابات عند المراهقة بسلوك عدائي وصراعي تجاه الأهل والمدرسين وكل من يمثل السلطة . وتعرقل الدراسة واللجوء إلى الكذب والسرقة والعنف ومعاشرة المنحرفين والجانحين ، وأحيانا محاولات الانتحار واللجوء إلى الإدمان والشذوذ الجنسي . أما عند الكهولة فيظل الاضطراب قائما يعرقل الإندماج الاجتماعي . المهني ويمنع الإستقرار . كذلك تسيطر الأنوية واللاإستقرار العاطفي فيكثر الأفعال والطلاق وإهمال الأسرة والعلاقات المتهورة العابرة والهروب من المسؤوليات والتواجبات .

يخضع السيكوباتي لنزواته ويميل للأفعال المتهورة فلا يمكنه التخطيط لمستقبل بعيد ولا الاستفادة من تجاربه وإحباطاته السابقة أو حتى العقوبات التي يتعرض لها .

ورغم ما يظهره السيكوباتي من قسوة أو لاجسسية بادية فإنه تخفي اضطرابا مزاجيا وشعورا عميقا بالضجر يعمل على معالجته بالتنقل المستمر أو اللجوء إلى الإدمان أو الإقبال على الإثارة والأعمال الطائشة . فيتغذى السيكوباتي بالأوهام والخيالات هاربا من الواقع حتى يصل إلى بنيان خرافي يتسلل أحيانا إلى كامل سلوكه ويخلط بين الواقع والحقيقة بهدف إرخاء نرجسيته ونزواته ، كأن ينسب لنفسه هوية مخالفة للحقيقة يتقمصها حتى درجة مخادعة نفسه ويستثمرها في مشاريعه وأحتيالاته . ويكون السيكوباتي لا أخلاقيا أكثر منه منحرفا . إلا أن حالات إنحراف جنسي تشاهد لدى بعض السيكوباتيين .

## 10 - الشخصية القلقة

يتم بحالة مستمرة من التوتر القلق ، مع ضعف إنفعالي وإستشارة وفرط إرتكاس للمثيرات الخارجية . يكون النوم مضطربا سطحيا . والتوجس دائما توقعا للأخطار والمفاجآت بينما يدفع إنعدام الإطمئنان إلى البحث دائما عن التواجد ضمن محيط يشع الحماية والثقة .

وتشكل هذه الشخصية قاعدة مؤهبة لعصابات القلق والعصابات الرهابية .

## 11 - الشخصية الزورية .

تجمع الشخصية الزورية الصفات التالية :

- تكون مفرطة في تقييم الذات متكبرة ، ذات كبرياء وتعاضم تحتقر الآخرين . فلا يعترف الزوري بأخطائه ويكون عنيدا ، لا يتراجع في أحكامه وتقييماته مهما بدت بعيدة عن الحقيقة ويبدى أحيانا تواضعا مصطنعا واهتماما بقتعانه حبه لذاته وتمركزه عليها .

- يغيب لديه النقد الذاتي وتكون أحكامه خاطئة مع تصلب وجود نفسيين فيكون متسلطا لا يتسامح ولا يترك مجالا للآخرين .

ينظر برية وشكوك إلى محيطه مما يصعب علاقاته ويميل إلى نزعة تأويلية لما يحدث حوله حسب منظوماته الذهنية الباطنة . فيصعب إندماجه الاجتماعي وتنعكس عدائيته وغيرته وأنوبيته وضبابيته النفسية على علاقاته وتؤدي إلى أزمات مع محيطه الأسروي .

تقسم الشخصية الزورية إلى أنماط ثلاثة :

● النمط المقاتل : تؤدي الريبة والشكوك إلى تأويل مفرط للضغوط الخارجية مما يفتح سلسلة من المطالبات والعدائية والإجراءات والشكاوى والملاحقات .

● النمط المتمني : حيث ينطوي الزوري على ذاته ويصبح حالما مثاليا . يبنى سعادة العالم حسب منظومة نظرية شبه منطقية . .

- النمط الحساس : يعتبر مشتركا مع الشخصية الواهنة نفسيا ، يتصف هذا النمط بفرط الإنفعالية والحساسية والدقة والخيبة والعذاب الداخلي . بينا تتوارى الكبرياء والريبة خلف هذه السمات .

يشاهد هنا الوهن والعجز عن التعبير عن المشاعر العميقة ويميل إلى الإنطواء وممارسة جدل باطن طويل .

يتعرض الأشخاص من هذا النوع للهمود والمراق ويمكنهم بناء هديان

علائقي نتيجة لمواقف راضة .

تظل الشخصية الزورية مستقرة عادة من سماتها ويكون التعويض النفسي فعالاً لديها إلا أن تظاهرات مرضية نفسية قد تتجلى في حقب من الحياة مثل

- الشكاوي المراقية حيث تنال الريبة والشكوك من الطبيب الذي يتهم بالإهمال وأرتكاب الأخطاء ويتم ملاحظته ومطالبته مما يتطلب حذراً على هذا المستوى من الطبيب المعالج .

- الإرتكاسات العاطفية عند حدوث حالات حرمان : كالغيرة المرضية

- الهذيان الزورية .

## 12 - الشخصية الفصاموية

تتسم هذه الشخصية بالانطواء على الذات والبرود الإنفعالي والعجز عن التعبير المباشر عن الأحاسيس والمشاعر وعن بناء العلاقات الحميمة . واللامبالاة تجاه العالم الخارجي والنزوع إلى العزلة والخيالات حيث يخفي البرود العاطفي حياة خيالية شديدة الشراء . يتسم أسلوب التفكير والسلوك الإنفعالي بالغرابة فيتجه إلى التجريد المفرط والشاذ وإلى المواضيع الروحية وتبدو أحياناً ارتكاسات إنفعالية غير متوقعة .

## 13 - الشخصيات الدورية

تقابل المزاج الدوري الهوسي الهمودي وتكون هذه الأنماط من الشخصية متفتحة ونشطة زائدة المرح والتفاؤل (الشخصية ما تحت الهوسية) أو تصطبغ بحركة دورية بين الهمود وما تحت الهوس إلا أن الشخصية الدورية تظل دائماً منسجمة في ذاتها .

# القسم الثاني

الأمراض والتناذرات النفسية

# الفصل

## الاول

### الأمراض العصبية

كان العصاب يعتبر مرضاً عصبياً لا يمكن كشف التلف أو الآفة العصبية فيه ،  
أما اليوم فإن المفهوم العام المتفق عليه يتمثل في إعتبار العصاب مرضاً نفسياً واضطراباً  
بالشخصية تلعب فيه العوامل النفسية دوراً رئيسياً ، يتظاهر هذا المرض بأعراض  
ذاتية وموضوعية يحسها المريض ويتفاعل معها دون أن تضطرب علاقته مع الواقع  
كما في النفاسات . أما الاضطرابات العلائقية والاجتماعية فتظل عادة محدودة تشمل  
إشكالات وجودية وتمسّ تلاؤم و المريض وقيمه الذاتية وطموحاته مما يدفعه كثيراً  
للجسوء إلى العيادة الطبية حتى وإن كان لا يدرك المنشأ النفسي لأعراضه  
واضطراباته .

#### ١ - مدخل تاريخي إلى مفهوم العصابات

تمثل الهستيريا النموذج التاريخي للعصابات حيث وصفها ، منذ القديم



الطبيب اليوناني « هيبوقراط » وظلّ هذا الوصف ثابتا عبر التاريخ في خطوطه العامة فاعتبرت مرضا غريبا ينال النساء خصوصا ذو علاقة بالرحم ( تشكّل الكتلة البطنية ) ويتظاهر بعده أشكال إلا انه يتميز دائما بالسلوك التمثيلي المصطنع . كما وصف ابن سينا ( القرن العاشر م ) حالات عصابية وهستيرائية وعالجها بالإجهاء وتغيير الظروف الاجتماعية للمحيط (كالنضج بالزواج ) . أما في القرون الوسطى الأوروبية حيث عمّت موجة من القمع الديني ضدّ المرأة ( القرن الخامس عشر ) فقد أحرقت عدّة مريضات بالهستيريا بتهمة الشعوذة والسحر أو على أساس أنهن مسكونات بالشياطين ( ونحن العرب عندما نصف تلك العصور بالظلام والانحطاط ، وقد كانت كذلك فعلا ، لا يجب أن نتناسى أننا لا نزال نعيش ما يشابه تلك العصور في قطاعات واسعة من مجتمعاتنا حيث لا تزال الأمراض النفسية ومنها خصوصا الهستيريا تعزى إلى السحر والشياطين و« تعالج » بطقوس الشعوذة والتهايم والتعاويد وباستخدام القيم الروحية المخرفة للتضليل والتجهيل في ظلّ تأمر أو صمت بعض « الأوصياء » على هذه القيم ) . . . وفي القرن السابع عشر ذكر « سيدنهام » أن الهستيريا يمكنها أن تتقمص شكل كل أنواع الأمراض . وكانت تسمى إذّاك « الأبخرة » حيث كان يعتقد أنها تنشأ عن أبخرة غريزية تصعد إلى الدماغ وترفع حرارته . أما « بول بوم » فعزاها إلى تخفّف بالدماغ وعالجها بحمامات مياه تدوم يوما كاملا . وفي القرن التاسع عشر إدعى النمساوي « أنتون مسم » ( ويعتبره البعض مشعوذا ) إكتشافه للمغنطيسية الغريزية ( أو الحيوانية ) وأخذ يعالج المرضى بباريس بواسطة معادن ممغنطة ( إلا أنه كان يعتمد في الحقيقة على الإيجاء ) ، وفي 1880 وصف « شاركو » الفرنسي بمشفى السالبتريير « الصرع الهستيرائي » واكتشف أنه يمكن إحداث النوبات بالإجهاء والتنويم العظمي فانتقل من إعتبارها مرضا عصبيا إلى تبين أهمية العوامل النفسية فيها وكان من بين تلاميذه الطبيب الفرنسي « جانيه » الذي درس الهستيريا بعمق ووصف في 1883 الوهن النفسي ( شخصية وسواسية - قسرية واهنة مع دقة وفرط حسّ وضمير وأزمات ضياع شخصية . . . ) وأول الحالات العصابية ؛ باستخراج مفاهيم القوة النفسية ( وهي طاقة كامنة ومتحوّلة يمكن إستثمارها في النشاط النفسي ) والتوتر النفسي ( وهو مستوى القدرة على إستخدام الطاقة النفسية طبقا لدرجة المتطلبات الوظيفية ) . وهو

يعتبر العصابات ناشئة عن اضطراب بالوظائف النفسية الراقية ( الاجتماعية - العلائقية خصوصا ) بسبب خلل في مراحل نمو الشخصية . كما يعطي أهمية كبرى لما تحت الشعور في الديناميكية النفسية يعلل الهستريا بضعف في القوة النفسية يحدّد من مجال الوعي ويسمح بتظاهر تأثير أفكار ثابتة كامنة في ما تحت الشعور ، أما الوهن النفسي فإراه هبوطاً في التوتّر النفسي لا يسمح باستثمار ملائم للطاقة النفسية التي تنحرف إلى تغذية القلق والوساوس والسلوكيات القسرية .

من بين تلاميذ شاركو أيضاً الطبيب النمساوي «سيغموند فرويد» الذي واصل أبحاثه ، حول الهستريا بالإشتراك مع « بروير » في فيينا وانتقل عبرها إلى نظرية عامة للبنية والديناميكية النفسيتين إنطلق منها إلى تفسير آليات النشوء العصابي والمرضي النفسي وتصنيف العصابات والأمراض النفسية الأخرى ومعالجتها . وقد ترسّخ هذا البنيان النظري وتطور وأصبح قطاعاً جوهرياً وتاريخياً في الطب النفسي وعلم النفس المرضي . . . . .

خلال ذلك أضاف الأمريكي « بيوت » في أواخر القرن التاسع عشر وصف تناذر عصابي آخر هو الوهن النفسي ( صداع ، ألام قطنية ، اضطرابات هضمية وهن شامل ، قلق منتشر ) .

أما تسمية العصاب Neurose فتعود إلى العالم الأستكلندي كولن وكانت تشمل كل الآفات الإحتلاجية ( الهستريا ، الكزاز ، الربو الخ . . . . )

## ١١ النظريات النشوئية للعصابات وإمراضيتها النفسية

### أ - النظريات البيولوجية :

كانت نظريات المنشأ البيولوجي للعصاب شائعة وسائدة حتى بدايات هذا القرن حيث كان الأطباء يعزّون العصابات إلى آفة بالجهاز العصبي المركزي « كينال » و« شاركو » الذي وصف العصاب بحالة مرضية يوجد مركزها في الجهاز العصبي لكنها لاترك أثراً نسجياً أو تشريحياً في الجثة بعد الوفاة ولا شك أن من العوامل التي شجعت هذا المفهوم ، التشابه بين بعض الأعراض العصبية

والأمراض العصبية وترافق العديد من الآفات العضوية بتظاهرات عصبية .  
والإلتباس الذي كان شائعا بين المهستيريا المقلدة لكل الآفات العصبية وهذه الآفات  
كذلك .

وتحورت بعض النظريات حول العامل الوراثي إلا أن الدراسات والأبحاث  
المختلفة لم تقدم إلى حد الآن برهانا جديرا بالاعتبار .

أما الأبحاث الأخرى الفيزيولوجية العصبية والخلطية والكهربائية التخطيطية  
فلم تتجاوز نتائجها أكثر من الإشارة إلى بعض الاضطرابات الدنيا غير النوعية .

لقد كان للتحليل النفسي في بدايات هذا القرن الدور الجوهري والهام في  
دراسة العصابات وموضعها في إطار الديناميكية النفسية وسياق النشوء النفسي للفرد  
وما تتخلله من اضطرابات في مراحل النمو النموذجية تنشأ عن التفاعل مع المحيط  
الأسروي خلال الطفولة الباكرة ، إلا أنه وعلى نقيض الاعتقاد الشائع ، كثيرا ما عبّر  
فرويد عن نظرة مشائمة إلى العصابات من حيث وجود استعداد عضوي بنيوي لها  
ورأى أن حدود التحليل النفسي تقتصر على إستكشاف المركبات النفسية للنشوء  
العصابي ، بينما ترك لتطور العلوم الحيوية الأخرى كشف العناصر البيولوجية  
للعصاب والتي لن تتناقض مع نظريات التحليل النفسي بل تكون وجها آخر لعملة  
واحدة . ومنذ ذلك الحين ، وحتى الآن ، تحوّلت نظرية المنشأ العضوي الأحادي  
الجانب إلى مفهوم التربة المهيئة للعصاب والذي يسود بين معظم التيارات  
والمدارس .

ونحن نرى أنه حتى نظرية التربة المهيئة ، الأكثر اعتدالا من وجهة النظر  
البيولوجية ، هي عرضة للشكّ والدحض ، سواء من ناحية دراسة النشوء العصابي  
أو علم النفس المرضي العام أو الديناميكية الفيزيولوجية والتشريحية العصبية أو  
وبائيات الأمراض النفسية أو معالجات العصاب .

فنحن نعلم أن نضج الجهاز العصبي المركزي لا يتكامل الا بعد السنوات  
السبع الأولى من الحياة أي خلال المرحلة التي يتم فيها النشوء النفسي الأساسي  
للفرد لذلك فنعتقد أن تكيف هذا الجهاز لإستجابات عصبية ونفسية وسلوكية معينة  
تسم الطبع والشخصية ، لا تعود بالضرورة إلى استعداد عضوي أصلي بل تعود إلى

فعل العوامل النفسية - الاجتماعية والمثيرات الإشرافية الخارجية . كما نعلم أيضا مدى التأثير المتبادل بين الجهاز النفسي والعضوية بحيث لا يمكن النظر إلى الإنسان إلا كوحدة نفسجسمية لا يمكن فصلها ومن ناحية أخرى نعرف العلاقة الفيزيولوجية الجميمة بين الجهاز العصبي والجهاز الغدي وما يعني ذلك من تبادل وتأثر بين مختلف أعضاء الجسم وأجهزته ووظائفه والجهاز العصبي المركزي لذلك فإن العوامل النفسية قديرة تماما ، وفي شروط ترتبط بعدة عوامل معقدة ومركبة منها الشدة والإمتداد ، على التأثير في وظائف العضوية وبنية أجهزتها، كما أن لكل الاضطرابات المرضية ، سواء النفسية أو العضوية ، هذا التأثير ، حاداً أم مديداً ، بحيث أن الإستشهاد بتبدلات فيزيولوجية او خلطية او تخطيطية وظيفية ، لا مكان له في مجال البرهنة ، فهذه التبدلات تحدث لدى الفرد العادي ، حتى بين فترات النهار والفصول والنوم واليقظة والإفعال الخ . . . فكيف بالرضوض النفسية الحادة والمديدة ؟

وإن نحن تجاوزنا مسألة الإستعداد العضوي إلى التساؤل هل أن التبدل أو التكيف العضوي الوظيفي الناشيء عن الرضوض النفسية المديدة والحادة التي ينجم عنها العصاب ، قابل للعكس ؟ فإننا نقول ان العضوية البشرية أو حتى الوحده النفسجسمية تملك قدرة هائلة على التكيف والتبدل وكما تكيفت إستجابة لإشراط وظروف معينة فإنه يمكن إعادة تكييفها من جديد ، خصوصاً طبقاً لموقف علاجي يكون أكثر فعالية بقدر ما تكون مقوماته دقيقة كما يتعلّق ذلك بعدة عوامل محدّدة . وما يثبت شدة تأثير العامل النفسي على الفيزيولوجيا والعضوية فعل التنويم الطبي . أما أساليب البحث والمعالجة الحديثة فلا تترك لفرضية الإستعداد العضوي مجال أهمية او قيمة علمية من أي بعد كان ( على مستوى المعرفة الراهنة ) فمناهج كالمناهج العلاجي السلوكي وتطوراته كالضبط الحيوي الراجع التي تتمركز بدقة على إعادة تكيف العضوية أو تصحيح الإستجابات النفسية أصبحت تطال كلّ الأعراض العصابية الجسمية والنفسية ، دون إستثناء وتبدلها خلال أشهر . كما أن الاضطراب العصابي يشفى كلما تلقى المعالجة الملائمة سواء بالتحليل النفسي أو المعالجات النفسية أو ذات الوساطة الجسدية الجذرية الأخرى .

أخيراً نشير في هذا المجال إلى أن الإستعداد العضوي العصابي لم يثبت

إحصائيا أبدا بل ثبت دائما ودون إستثناء وجود المنشأ النفسي للعصاب . كما لم يثبت أبدا وجود فرد يحمل مناعة ضد العصاب لأنه لا يملك الإستعداد العضوي له بل إن الوبائيات تثبت وجود التظاهرات العصابية ونشوءها في مختلف البيئات الأسرورية والاجتماعية واقتصادية والثقافية والإثنية كلما وجدت المقومات النفسية لذلك . بحيث لا يمكن التحدث عن إستعداد عضوي للعصاب ، إلا إذا أعتبر إستعدادا بشريا عاما . كما يمكن الإفتراض أن بعض العناصر العضوية البنيوية قد تؤثر على بعض أشكال التظاهر العضوي الوظيفي للحالات العصابية .

## ب - النظريات البيثوية والاجتماعية

تشمل هذه النظريات أساليب تفسير النشوء العصابي وتظاهراته عبر الأثر الحاسم الذي يمارسه المحيط بمختلف أبعاده على النمو النفسي للفرد ونضجه العلائقي « فرويد » يؤكد على وجود نموذج أصلي للنمو النفسي للطفل يمدّ بمراحل ثابتة خلال السنوات الأولى من الحياة ويتحدد سياقه أساسا عبر العلاقة الأسرورية المثثة بحيث أن العصاب ينشأ من إضطراب في مراحل النمو هذه ويتحدد بالتالي خلال الطفولة . بينما أضافت بعض التيارات التحليلية النفسية أهمية العوامل الثقافية في التظاهر العصابي . فالعصابات تتخذ أشكالا مختلفة ونوعية حسب الخصوصيات الثقافية - الاجتماعية فالهستيريا مثلا تبدلت أعراضها في نفس المجتمعات عبر التاريخ وأصبحت أقل مشاهدة في المجتمعات المصنّعة كما تراجعت العصابات المتكاملة في هذه المجتمعات ، لتحل محلها أشكال أقل إنتظاما كاضطرابات الشخصية وعصابات الطبع كما تشاهد أعراض عصابية خصوصية لبعض المجتمعات لا تشاهد في مجتمعات أخرى كبعض الرهابات ذات السمة الثقافية التقليدية .

كذلك إنطلق بعض العلماء والباحثين في نظرياتهم الاجتماعية والفلسفية حول وضع احتمال نزعة انطوائية تعلل هذا الإنكفاء ، وقد يكون ذلك صحيحا جزئيا إلا أن إهماله يعتمد على ما يحيطه من دوافع البحث والمعرفة مما لا يمكن أن يكون إلا إستشراق قوة جديدة تدعم الكيان المنجرح وتعطيه أملا في إكتشاف الطريق الصحيح . في هذا الحين تفتقر ساحة الفكر والمعرفة الى هذه المادة المعرفية مما يتطلب ، في المرحلة الأولى ، تغطية هذا الطلب وإدخال علوم النفس في مجال مزاحمة ميادين

فكرية اخرى بلغ بعضها مبلغ التخمة أو العقم ، مما يعني أن تقديم هذه المادة ولو بشكلها الخام وقبل أن يعطيها الإبداع العضوي المزيد من الخصوصية والتكيف لا يمكن أن يكون إلا مجدياً بما يطلقه من جدل ، يصحح ذاته ، في وعي الإنسان وبما يوطيء له من خطاب علائقي إجتماعي لا بد أن يتعدّل مساره في سياق الوعي الجديد .

هذا شيء من إشكال موقع الإلتزام العضوي من تجنب العشوائية الميكانيكية المتلبسة بداء الاستلاب أو بجرم الدوغمائية والديماغوجية المتقوقعتين في عمى الذاتية وظلامها ، ومحاولة هذا الإلتزام موضوعة الإنجاز - العمل كمنظومة إتصال إجتماعي مع الآخر وفعل تغيير هادف في سياق واقعي ( عضوي ) تاريخي تقدمي ، لا بمفهوم سياسي جامد فقد معناه ، بل « بمفهوم شامل إجتماعي يعني تحقيق أو فتح طريق مزيد من الحرية والوعي والرفاه المادي والروحي للفرد والمجتمع . . . هذا هو المضمون . . .

إما إشكالية الشكل - والذي لا يمكن إنتزاعه من جدلته الحميمة مع المضمون - فمنها مسألة أداة الإتصال ونقل المعرفة : اللغة . . . وهي ولا شك التظاھر الحضاري الأول للإنسان . تعكس بنيتھ النفسية والعقلية تأكيد دور الصراعات والأزمات الإجتماعية الإقتصادية والسياسية والثقافية - الوجودية في شحنة الحصر القوية والقلق الذين يزعزعان الكيان النفسي ويفجّران الإضطراب العصابي . . .

### العصاب ، النشوء النفسي والبيئة الأسروية الإجتماعية

نعتقد ، من وجهة نظرنا ، أن الآليات العصابية تتشكل أساساً إنطلاقاً من إضطرابات تطراً على مراحل جوهرية وعقدية في سياق النشوء والتطور النفسيين للإنسان . ونسمي هذه المراحل العقدية في تعاقبها :

- أزمة الهوية الأولى ( أو أزمة التفرد الأنوي )

- أزمة الهوية الثانية أو أزمة التماهي الأوديبي

- أزمة الهوية الثالثة أو أزمة التفرد الإجتماعي - العلائقي ( التماهي والتماهي -

المعكس ) يتضح من هذا التقسيم العقدي أنا غفصل العلاقة الجدلية : النشوء العصابي . النشوء والتطور النفسيين مع تأثير العوامل الاجتماعية بمختلف أبعادها ودورها الحيوي في التظاهرات والآليات العصبية في مرحلة متأخرة نسبيا من النمو النفسي ( مرحلة المراهقة ) في إطار ديناميكي نفسي لا يتناقض مع الآلية النفسية المركزية التي إكتشفها فرويد للتظاهر العصابي وهي عودة صراعات نفسية مقصاة ( أو مكبوتة ) تتمثل في التناقض بين رغبات ونزعات محرمة وبين مبدأ الواقع الذي يمثل استبطان ضغوط المحيط ( السياق الثانوي ) ، تعود هذه الصراعات من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور ، لكن بصورة رمزية ومقنعة ، تتمثل في الأعراض والسلوكيات العصبية ، إلا أن الكبت بحد ذاته لا يمثل آلية مرضية بل هو آلية طبيعية وسوية في الديناميكية النفسية تسمح بتجاوز أطوار النمو النفسي إلى أطوار أكثر نضجا ، تطرح مهام جديدة على الفرد ، ولا يتحقق هذا الانتقال دون نجاح الكبت الذي ينظف ساحة الوعي من الصراعات ويتيح لها إستيعاب المعارف والأدوات الجديدة التي تدعم تكامل الأنا وتزيد طاقاته ومجال نشاطه إتساعا . إلا أن الكبت المفرط الذي يهمل التوازن بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع بفعل ضغط وتحريم خارجيين مجحفين ، فإنه يؤدي إلى شحن طاقات نفسية هائلة في اللاشعور مما تكون له عدة نتائج وخيمة تبعاً لسياقات خصوصية مختلفة ، فانحراف هذه الطاقات النفسية عن سياقها الطبيعي يحرم الأنا من الطاقات الضرورية لإنجاز مهامه ، التطورية ، مما يجعله يتشبث في مراحل مبكرة من النمو بينما يكون تطوره اللاحق زائفا وهشاً فيسهل ذلك النكوص إلى هذه المراحل كلما ازدادت وطأة الضغوط الخارجية وأدت إلى إنبهار الآليات الدفاعية والتعويضية التي يبنها الأنا بشكل مهتز فتحل محلها أعراض عصبية . كما أن الآليات الدفاعية قد تستقطب الطاقة النفسية وترسخ لتصبح جزءاً بنوياً من الكيان النفسي ويتظاهر ذلك بنشوء الشخصية العصبية . كما أن الأنا ، الذي يعجز عن تحمل الصراع الناجم عن الدفقات الغريزية ، قد يتصلب وينضم إلى الأنا الأعلى في عملية التحريم والوقاية مستخدماً كل ما يتوفر لديه من طاقة لإلغاء وعزل الدفقات الغريزية وإضعا محلها تشكيلات إرتكاسية بديلة تنتج مواقف وسلوكيات معاكسة للنزعات المكبوتة ، كما في البنيان النفسي الوسواسي - القسري .

إذن لا يتشكل التظاهر العصابي عبر الكبت ذاته بل عبر فشل هذا الكبت  
وخلل وظائفه وانحرافه عن التوازن والسواء اللذين يوافقان إنسجام مختلف أطراف  
الشخصية . ويتم ذلك بتفاعل عوامل بيئية تتأتى من المحيط مع خصوصيات البنية  
النفسية المتشكلة وثغراتها ومواطن ضعفها . . .

## ١ - أزمة الهوية الأولى :

يولد الطفل بعد مرحلة جنينية حيوية تتميز بالاتحاد البيولوجي الكلي مع الأم .  
إلا أنه ، إثر ولادته ، لا يكتسب إستقلاليته مباشرة ، سواء بيولوجيا أم نفسيا .  
ففضجه لم يكتمل بعد على أي مستوى ويظل بحاجة إلى إرتباط حيوي مع أمه . كما  
أن حسه الحيوي ، الذي يسبق النشوء والتمايز النفسيين يظل في السياق الإندماجي  
مع الأم ، الذي كان يعيشه في الرحم ، وإن كانت طريقة الإتصال والإشباع قد تبدلت  
وأصبحت الثدي أو ما يمثله ، بحيث لا يتمكن الرضيع في هذه المرحلة من حياته من  
تمييز الثدي بل يعتبره جزءاً من ذاته ، ويشكل الإشباع بالنسبة له إمكانية متصلة  
وحاضرة باستمرار ، مما يعطيه إحساساً بالقدرة الكلية ووهما بالإشباع الذاتي . فعند  
غياب الثدي الفعلي يتحقق إشباع هلسي برضاع الإبهام لكن سريعاً ما يميز الرضيع  
عبر إستمرار التوتر في جسده ، عجزه عن الإشباع الذاتي عند غياب جزء من كيانه  
هو الثدي مصدر الإشباع فيصبح هذا الثدي الموضوع الخارجي الأول الذي يبدأ به  
التمايز النفسي الأنوي للرضيع . وتسمي « ميلاني كلاين » الثدي : الموضوع الجزئي  
تفريقاً له عن الموضوع الكلي المتمثل بالأم وهي ترى أن الثدي ينقسم لدى الرضيع  
إلى « موضوع طيب » هو الذي يجلب المتعة والإشباع و« موضوع شرير » هو الذي  
يغيب عند الحاجة ويجلب الألم والتوتر ، مما يدفع إلى نزعات عدوانية وتدميرية تجاه  
هذا الموضوع ويشير لدى الرضيع خوفاً من تدمير الموضوع الطيب وأحاسيس تجزأ ،  
وتسمي ميلاني كلاين هذه الحالة « الموقف الفصامي الزوراني » .

أما عند تمييز الأم كموضوع كلي فتتجمل عن مشاعر الحب والعدوانية المتناقضة  
حالة من الحصر تشتد عند إضطراب حياة الرضيع وعلاقته مع أمه أو من يمثّلها ولا  
يتحقق تمايزه النفسي إلا عبر الانفصام التدريجي لهذا الإرتباط خلال سياق



الانفصال - التفرد<sup>(١)</sup> الذي ينطلق من حالة الارتباط الكلي متدرجا إلى الارتباط النسبي عبر مواضيع إنتقالية<sup>(٢)</sup> تمثل وضعية وسيطة بين الاندماج والانفصال .

فالصراع هنا يتمحور حول نزعة التمايز عن الأم والتفرد الأنوي مدفوعة بالنمو البيولوجي - العصبي وميالق النشوء النفسي اللذين ينقلان المهام الجديدة عبر حوافزها النزوعية إلى مستويات جديدة . بنفس الوقت تظل جاذبية الوضع الاندماجي قائمة ، بما يحمله هذا الوضع من أمن واندماج . ولا شك أن قمة أزمة الهوية الأولى هذه تتظاهر بما اصطلح على تسميته «حصر الشهر الثامن» حيث يتبلور التمايز الأنوي للرضيع وشعوره بتمايز هويته عن هوية أمه فيعتوره قلق شديد عند غيابها فهذا الغياب يحمل لديه عدة معاني ودلالات واستيهامات منها أنه تأكيد لتفرده وانفعاله الأنوي عن أمه ، مما يعني أنها ليست مرتبطة حيويًا به بحيث أنها قد تغيب نهائيا ويقرن ذلك مع مشاعره العدوانية وممارسته لها ( بزوغ الأسنان وعضن الثدي ) فتغزوه مشاعر الذنب بفعل تفرده وانفصاله التدريجي عن الأم مما يجعله ( إستيهاميا ) قادرا على تدميرها وقتلها بينما لا تزال في ذاته بقايا الكيان الاندماجي الكلي ولا شك أن المنشأ الأول لمفهوم الموت يتبلور في هذه المرحلة ويتسم بصبغة الإلتباس بين العدوانية الذاتية والعدوانية الغيرية في سياق الأزمة الصراعية بين الاندماج والتفرد .

نستخلص إذن مما سبق أن تجاوز أزمة الهوية الأولى التي يتم خلالها سياق الانفصال النفسي عن الأم والتشكل الأنوي المنفرد يتمثل في قتل رمزي وفعلي (على المستوى النفسي) للمرحلة السابقة الاندماجية التي تقوم على أنقاضها مرحلة التمايز الأنوي . إذ يتبلور خلال ذلك «موقف إختياره بين الثبوت والتمسك بالمرحلة القديمة وبين الانتقال إلى المرحلة الجديدة ، يتطلب حسمه التسليم بإنقضاء وموت المرحلة السابقة وبالتالي نشوء سياق حداد (التسليم بالفقدان النهائي للمرحلة السابقة) ، يسمح عند نجاحه بنشوء سياق ترميمي ، يتيح الانتقال إلى مرحلة أرقى من السابقة . وحتى يكون هذا التطور ناجحا وسويا ، لا بد أن تكون الدوافع المعتمدة

(١) مارغريت ماهر

(٢) د. ووينكوت

أساساً على جدلية منظومة الحرمان - الإثابة تحمل إيجابها إستقطاباً مجزياً للطاقة النفسية نحو المرحلة التطورية الأرقى . فتشكل هذه المرحلة تمايزاً واعداداً للمتعة والإشباع أكثر ثراءً واستجابة للحاجات مما توفره المرحلة السابقة . مما يبرر إستثمار الطاقات النفسية بهذه الإتجاه رغم ما يمثله ذلك من فقدان وحداد على نمط إشباع غريزي . عاطفي قديم . أما إختلال التوازن الإيجابي لهذه الركيزة التطورية الأساسية . الحرمان - الإثابة فيؤدي إلى حالات تثبيت ونكوص ، متفاوتي الشدة ، إلى المراحل البدئية تتجلى بالإنطواء الذاتي والاضطرابات النفسانية . أو يكون إضطراباً أخف وتشارك جوهرياً مع المراحل التطورية التالية وأزمتي الهوية التاليتين في نشوء وتظاهرات الإضطرابات العصائية . فالآلية النفسية الثنائية الديناميكية : الفقدان - الترميم أو الحداد - الترميم آلية مركزية في النمو والنضج النفسيين وبالتالي في حياة الفرد وسلوكه إذ أن هذه الحياة تعاقب مستمر للإختيارات الطوعية القسرية وكل إختيار جديد يتضمن حداداً وفقداناً لشيء ما وأستقطاباً للطاقة النفسية حول الترميم المتمثل بإيجاد بديل مجزٍ للشيء المفقود سواء كان رمزياً أم فعلياً . .

يتظاهر نجاح التشكل الأنوي لدى الطفل بظهور آلية النفي والرفض لديه «لا» بين الشهر الثاني عشر والثامن عشر (يسمى الباحث «رينيه سبيتز» إكتساب قدرة الرفض والنفي بالناظم الثالث للنشوء النفسي أما الناظم الأول بالنسبة له فهو الإستجابة الإجتماعية المتمثلة بالإبتسام الذي يظهر في الشهر الثاني من العمر والناظم الثاني هو «حصر الشهر الثاني» الذي تحدثنا عنه . فالرفض يمثل لدى الطفل تأكيداً لتمايزه عن أمه وتعزيزاً لهويته الأنوية المتفردة بما يحمله من معاني الفعل والتأثير والسلطة على العالم الخارجي .

## 2 - أزمة الهوية الثانية :

تموضع هذه الأزمة في الفترة السابقة للعمر المدرسي أي بين سن الثالثة والسابعة . وتشكل قمة أطوار النشوء النفسي الأولي التي تتعاقب خلال وإثر التمايز الأنوي البدئي والتي تنزوع عليها السمات والخصائص القاعدية لشخصية الفرد ، طبقاً لنمط صيرورتها وكيفية تجاوزها .

وهذه المراحل التي سبقت دراستها بإيجاز في القسم الأول من هذا الكتاب تتشكل أساسا من المرحلة الفمية والمرحلة السادسة الشرجية وأخيرا المرحلة التي نختصها بالدراسة هنا وهي المرحلة الأوديبية . ولا تتعاقب مراحل التطور هذه ، بشكل ميكانيكي بل إنها متداخلة وترتبط فيما بينها بروابط تآثر جدلي وقد أشار «أبراهام» ومن بعده «ميلاني كلاين» ومن تبعهما من باحثين في ميدان النشوء النفسي للطفل إلى أن المخطط الأول للمرحلة الأوديبية ترسم في فترة باكورة بالنسبة لما حدده «فرويد» من تقسيم زمني لتتالي المراحل .

تمثل المرحلة الأوديبية في إكتشاف الطفل لسبب رئيسي لغياب الأم هو الأب فهو بعد تمايزه الأنوي يظل مرتبطا عاطفيا وماديا بأمه التي تبقى المصدر الرئيسي لتلبية حاجياته ورغباته حتى بعد انفصام علاقتها الإندماجية (من وجهة نظر الرضيع) فتصبح الموضوع الخارجي الأول لنزعاته التي تسير هي أيضا في سياق التمايز فتتقرن رغباته الشهوانية والغذائية التي كانت مندمجة في علاقته الفمية مع أمه وظلت متعددة الأشكال وغير متمايزة . لذلك تكون رغبة الطفل بإمتلاك أمه شديدة وعندما يدخل الأب في هذه العلاقة الثنائية ليحولها إلى علاقة مثلية ، يحسّ الطفل بوجود منافس قوي له وتتملكه مشاعر الغيرة ، خصوصا ، وأن هذا المنافس هو مصدر غياب الأم وفقدانها ويتمتع باهتمامها وحبها . إضافة لذلك يكون دخول الأب في هذه العلاقة فعلا إذ يعمل على دفع الطفل إلى ضبط نزعاته الغريزية والخضوع إلى الضوابط والمعايير الاجتماعية ، مما يجعله يظن أن ذلك الضبط والمنع والتحریم هي معاقبة له على رغبته بإمتلاك الأم ، مما ينشئ لديه مشاعر الذنب والخوف من الإخصاء «عقدة الإخصاء» في نفس الوقت يدرك أن لا قبل له بمقاومة الأب إذ أن ينشأ لديه ، في الحالة السوية سياق جوهرى يستجيب للواقع ويتلاءم معه كما يستجيب لرغباته ونزعاته التطورية ويتمثل هذا السياق في التسليم باستحالة إمتلاك الأم ويكتمل الحداد بإقصاء هذه الرغبة إلى اللاشعور . أما ترميم هذا الفقدان فيتم باكتساب دافع وطاقة جديدة للنمو والتطور تستمد من التماهي مع الأب أي إستيطان الصورة الأبوية وجعلها مثلا يسعى الطفل إلى تحقيقه في ذاته إذ أن التماثل مع الأب يمثل بالنسبة للطفل في تلك المرحلة الوسيلة الوحيدة لتحقيق إمتلاك الرمز الأمومي في مرحلة متأخرة .

هكذا يتم تجاوز أزمة الهوية الثانية إذ أن التمايز الأنوي الأول لم يكن كافياً لتحقيق نزعات ورغبات الطفل ، مما يدفعه إلى دفع عجلة النمو الأنوي إلى مستوى أرقى ذا سمة ديناميكية . إذ أنه يجذب الطاقة النفسية لتحقيق تطابق الهوية البدئية مع الهوية المثالية المتمركزة على الصورة الأبوية .

يتيح هذا التجاوز الذي يتم عبر الكبت الأوديبي وإقصاء النزعة الجنسية إلى اللاشعور ، تحقيق مرحلة تهاداً فيها النزعات الغريزية وتأخذ مكانها النزعة المعرفية مدفوعة بالتماهي الأبوي والرغبة بمعرفة «سر القوة الأبوية» و«مصادر الوجود» وتسمى هذه المرحلة مرحلة الكمون الجنسي أو المرحلة ما قبل التناسلية ، فخلالها ينطلق الطفل إلى إكتساب القواعد المعرفية الأساسية وأدوات ووسائل الترميز ، كما تتوسع علاقته وتتجاوز حدود الأسرة إلى الشارع والمدرسة إلا أنها تظل متمدجة على نمط الصورة الأبوية .

ولا يجب أن ننسى أن الأنا الأعلى ، تمثل القيم والتحريمات وحارس الغرائز والنزعات ، هو إستبطن للقيم والموانع التي تفرضها الأسرة ومن خلالها المجتمع ، بحيث بعد مرحلة من الرقابة الخارجية تصبح هذه الرقابة ذاتية تتشارك مع «الأنا المثالي» (الصورة الأبوية) في توجيه الأنا في تطوره وفي تحديد مجالات نشاطه بما يظل في حدود التطابق مع القيم والواقع والضغوط، الإجتماعية ويجنب بروز الصراعات التي تعرقل هذا التطور .

### 3 - أزمة الهوية الثالثة

تتمحور هذه الأزمة حول فترة المراهقة التي تبدأ منذ البلوغ التناسلي وتستمر حتى بدايات الكهولة التي تتفاوت من فرد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر . ويعتقد الباحثون بأن السن القصوى للمراهقة تتزايد في المجتمع الحديث ويقدرونها بحدود الخامسة والعشرين ، أي عند بدء تولي الفرد لمسؤولياته الإجتماعية والمهنية . .

في هذه المرحلة تتبلور معظم البنى العصبية . وتبرز الأعراض والتظاهرات المتعلقة بها حيث أنها ، أي المرحلة ، خصبة بالنشاط النفسي الشعوري واللاشعوري يلتقي فيها فعل العوامل النفسية الداخلية والخارجية الإجتماعية .

يعيد النضج الجنسي الصراعات النفسية إلى حيز التأثير إذ أن النزعة الجنسية تستقطب من جديد شطرا كبيرا من الطاقة النفسية مما يمكنها من إعادة الأزمات القديمة إلى الحياة فتختزل المراهقة المراحل المنطوية خصوصا منها المرحلة الأوديبية وتعيد تنظيمها بما يتيح العبور إلى مرحلة النضج النفسي الكامل لذلك يكون سلوك المراهق مليئا بالتناقض يتخلله الارتباط العاطفي والتمرد والحب والكراه والمثالية والطفولية والنضج الخ . . .

أما أزمة الهوية فتتمثل هنا بضرورة الانتقال من التماهي الأبوي إلى تثبيت الذات واستقلاليتها وإلى تماهيات إجتماعية متعددة ويقضي ذلك نزع السمة المثالية عن الصورة الأبوية وإعادتها إلى واقعها الحقيقي بعد أن أنجزت مهامها المرحلية ويعني ذلك حالة انفصال جديد وحداد يترمم بفتح الطريق أمام إشباعات جديدة وتماهيات متعددة مع تكامل الذات تحقق التوازن العقلاني - العاطفي . وهذا التوازن لا يتحقق ، إلا في ظل إنجاز سوي للمراحل السابقة ، يسمح للفرد بإعادة النزعة الجنسية - النفسية المكبوتة إلى حيز الشعور ، حتى تتطابق مع النضج الفيزيولوجي ، وذلك بتجاوز التماهي الأبوي إلى إستقلالية ذاتية وتماهيات جديدة بما يتيح تعدد المواضيع الإجتماعية للرغبة وتمايزها عن الصورة الأمومية أما عندما يكون الكبت الأوديبى شديدا أو مهتزاً فإن مشاعر الذنب المفرطة الناجمة عن تثبت الصورة الأبوية أو الأمومية تعمل على كبت النزعة الجنسية - النفسية ، وتمنع تطابقها مع النضج الفيزيولوجي وتحرفها نحوآلبيتين مرضيتين رئيسيتين هما التزهّد والعقلنة ، فالتزهّد يتمثل في رفض جذري وإنكار للنزعات الغريزية وتحقير للمتعة . بينما تستهدف العقلنة نزع القيمة العاطفية الغريزية للنزعات النفسية الهادفة للمتعة فلا تنكرها بل تعطيها مضموناً عقلياً ولا تتعامل معها إلا على المستوى التجريدي والفكري الفلسفي مما يسمح بالابتعاد عن تحقيقها الفعلي وإبقاء مسافة عما تمثله من خطر . قد يتمكن المراهق من تجاوز هاتين الآليتين إلا أن سيطرتها تؤديان حتماً إلى تشكل عصابي يتظاهر بأساليب متفاوتة .

ويمثل اضطراب الصورة الجسدية لدى المراهق شكلاً من أشكال إعادة الحياة إلى المراحل القديمة إذ يستعيد ذلك أزمة الهوية الأولى التي يتمايز فيها جسد الطفل عن

جسد أمه وما يثير ذلك من أحاسيس التجزأ والتحطّم . كذلك فإن المراهق يعاني من أزمة هوية جسدية ووحدة ذات بفعل عاملين أولهما التبدلات التي تطرأ على جسده والتي تشير إلى ضرورة تطابق هويته مع هذه الصورة الجسدية الجديدة ، وثانيهما وهي الأهم تتمثل في أن المراهق كان يعيش في مرحلة الكمون الجنسي إستقراراً نزوعياً غريزياً يشكل نوعاً من المتعة النرجسية الذاتية ذات مستوى أدنى من التوتر تحقق صورة إندهاج مع موضوع النزعة الجنسية وإكتفاءً أو إشباعاً ذاتياً . ثمّ ينهار هذا الاستقرار ويكتشف المراهق أن موضوع إشباعه الجنسي يوجد خارج ذاته ممّا يؤدي إلى أحاسيس تجزؤ وتشابه وتستعيد تلك التي كانت تنتاب الرضيع عندما يكتشف انفصال مصدر إشباعه عنه . ويتظاهر ذلك بأحاسيس الغرابة وإنكار الذات والضييق الجسدي ولا شك أن مشاعر الذنب المقترنة مع ظهور علامات النضج الجنسي تعزز تلك الأحاسيس .

تلعب العوامل الاجتماعية بمختلف أبعادها الثقافية والاقتصادية والسياسية والقيمية وغيرها دوراً رئيسياً في أزمة المراهقة ، وتسمها بخصوصياتها . مثلما تلعب دورها عبر الأسرة في المراحل السابقة . إن طقوساً تقليدية كثيرة مثل الفطام والختان والتي يميّز بها كلّ مجتمع تطبع هذه المراحل وتؤثر عليها مثلما ينطبع النمط التربوي بالظروف الاقتصادية - الاجتماعية والثقافية التي تعيشها الأسرة . أما خلال المراهقة فالتمهيات المتعددة ضرورية لاتباع المراهق سياق نضجه وهو يستمدّ نماذج تمهياته هذه من محيطه الثقافي الاجتماعي . ممّا يتطلب إنسجاماً بين هذه النماذج والتمهيات الأبوي البدئي وما يحيط به من سياق تربوي . كما يتطلب أيضاً إنسجاماً بين هذه النماذج ذاتها إذ أن إنتهاها إلى أنماط ثقافية إجتماعية متباينة ومتناقضة تخلق أزمة إختيار لدى المراهق وتجعله يتعرقل في نموه ونضجه كما أن الصراعات والأزمات الاجتماعية تحبط الضرورة المثالية التي يحتاجها المراهق في بناء تمهياته وتجعله ينفر من النظام الاجتماعي القيمي القائم .

إن ثنائية الإندماج - التفرد التي كانت محور تطوّر العلاقة بين الطفل الناشيء وأمه تظلّ قائمة رمزياً على المستوى الاجتماعي فكلّ إستبطان تمهوي هو إستعادة للحالة الإندماجية الأصلية بحيث يكون السواء النفسي . الاجتماعي هو قيام توازن

ديناميكي بين نزعة الفرد النفسي ونزعة الاندماج الاجتماعي : بحيث كلما كان الضغط الاجتماعي قويا وعملت قيمه المتصلبة والقاسية على إتلاع خصوصية الفرد بنصب رقابة ومعايير على سلوكه واختياراته الشخصية ، (كما يحدث في مجتمعات تقليدية كالمجتمع العربي) كلما إشتد كبتة وتآزمه اللذين يحولان أزمة الحصر إلى تشكلات إرتكاسية عصابية سلبية أو عدوانية تحرف الطاقات النفسية عن سياقها السوي . كذلك كلما أسلم الفرد لذاته وتحمل التماسك الاجتماعي معطيا الأولوية للقيم الفردية (كما يحدث في المجتمعات الغربية) كلما شعر الفرد بالفزع واللاأمن وبتفكك هويته بفعل إهتزاز الصورة الأمرمية (الاندماجية) والصورة الأبوية (الجاهلية . القيمية) . مما يؤدي إلى حالات عصابية طبيعية غير متمايزة تهتز فيها العلاقة بين أطراف الجهاز النفسي وآلياته (الأشعور - ما قبل الشعور . الشعور ، الأنا ، الأنا الأعلى ، الكبت التامهي . . . .) كما يدفع ذلك المراهق إلى السعي بأي ثمن إلى الحصول على الأمن الاندماجي بدخول مجموعات متماسكة ومتعاضدة سواء كانت مجموعات مراهقين عادية أم مجموعات منحرفين أم مجموعات مدمنين أم مجموعات دينية وروحانية مادامت تعوضه عن التفكك الأسروي أو الاجتماعي . . . .

هكذا فإن الاضطراب العصابي وإن كانت دعائمه تتشكل باهتزاز المراحل الأولى من الحياة الطفلية إلا أنه يظل سياقاً ديناميكياً يتكامل بفعل تفاعل هذه المراحل بخصوصيتها النوعية وعبر تأثيرها الدائم مع تطور البنية النفسية ، تفاعلها مع المحيط الثقافي - القيمي - الاقتصادي الاجتماعي فيتسم كتظاهر مرضي بخصائصها ويتطور بتطورها بحيث تكون وبآلياته وأنماطه وتاريخه التطوري وديناميكيته مرتبطة بخصائص البنية الثقافية الاجتماعية ذاتها وتاريخها الكيفي الديناميكي .

### III الآليات الدفاعية العصابية :

تستهدف الآليات الدفاعية إيجاد حلول ملائمة للصراعات النفسية تجنباً لإنبلاج شحنة مفرطة من القلق والحصر فهي سياق بنيوي نفسي سوي يوجد لدى كل

الأفراد ، ويجدد خصوصية أسلوب الفرد في تشكيل سمات وخواص شخصيته التي تمثل نمطه في التلاؤم الأفضل مع محيطه وما ينعكس عن تفاعله معه من صراعات نفسية وتكون هذه الآليات لاشعورية لدى الفرد العادي .

أما لدى العصابي فإن آليات دفاعية سوية مرنة تفضل بفعل إحتداد الصراع بين النزعات والضغط المانعة ، مما يجعل هذه الآليات تتحجر وتتصلب سعياً إلى منع بروز الصراعات إلى حيز الشعور فتأخذ بذلك أشكالاً لا تلاؤمية ثابتة مع الذات والمحيط . كما أنها تتيح ، لتخفيف الحصر وتحت الضغط الشديد للنزعات النفسية والصراعات المكبوتة ، بروز الأعراض العصابية كحل وسط يشكل تظاهراً رمزياً لهذه النزعات والصراعات .

وأهم الآليات الدفاعية هي :

## 1 الكبت (أو الاقصاء) :

يتمثل في إقصاء عناصر لاشعورية ، كالأفكار والإستيهامات والذكريات ، إلى اللاشعور وهي ترتبط برغبة أو نزعة . ينجم هذا الاقصاء عن عجز عن مواجهة التناقض بين نزعة داخلية وبين ما يمارسه المحيط من ضغط أو تحريم مما يدفع القلق والحصر إلى سوية تشكل خطراً على تماسك الذات فلا يمكن تجنب ذلك إلا بدفع هذه المواقف والرغبات إلى حيز النسيان اللاشعوري . إلا أن المحتويات المكبوتة تحتفظ بشحنة طاقة تعطيها قدرة ديناميكية تتيح لها في بعض الظروف العودة إلى الحيز الشعوري سواء مباشرة أم بشكل رمزي كما يحدث في الأحلام والإستيهامات والهفوات والأخطاء اللاشعورية وكذلك بالأعراض والتظاهرات العصبية .

## 2 - النقل :

هو نقل رغبات ونزعات أو مشاعر وعواطف من موضوعها الأصلي الذي يكون مصدر قلق وحصر مفرطين إلى موضوع بديل يكون أقل إثارة للقلق والحصر . ويرتبط الموضوعان بسلسلة تشاركية رمزية مثلاً نقل الكره اللاشعوري للأب إلى كره المدرس . . ويمكن أن ينال النقل أداة أو موقفاً كما في الرهابات أو الجسد ذاته



(التحول المستريائي) وعلى محتويات مجردة (الأفكار الواسواسية) أو سلوكيات رمزية (السلوكيات القسرية)

3 - التاهي :

هو إتخاذ نموذج خارجي تعزى إليه صفات المثالية كقالب يسعى الفرد لاشعوريا إلى التطابق معه كالتاهي مع الصورة الأبوية والتاهيات الاجتماعية . ويتم التمايز والنمو النفسيان بسلسلة من التاهيات والتاهيات المضادة (إلغاء التاهي) .

4 - الاستيطان :

آلية تشتق من التاهي وتتمثل عبر سياق إستيهامي بإدخال مواضيع أو إنفعالات ومشاعر أو خصائص وسمات وإدماجها في الذات النفسية . بحيث ينكر مصدرها الخارجي وتنسب إلى الذات .

5 - الإسقاط :

وهو الآلية المعاكس للاستيطان إذ ينسب الفرد - لاشعوريا طبعاً - إلى موضوع خارجي وصفات وسمات أو مشاعر وإنفعالات تنبع في الحقيقة من لاشعوره . إلا أنه لا يمكنه الوعي بها لأنها تثير مشاعر ذنب وتحدث حالات شديدة من الحصر والقلق ويسمع هذا الإنكار اللاشعوري والإسقاط بتخفيف هذه الحالات وهذه الآلية أساسية لدى الزوري والهندياني كما يستخدمها العصامي لتجنب «خطر» نزعاته ورغباته الباطنة فيسقط هذا الخطر إلى الخارج ثم ينقله إلى مواضيع رمزية كالمواضيع الرهاية . والإسقاط آلية شائعة في سلوك الفرد العادي .

6 - العزل :

هو عزل فكرة أو سلوك في نطاق أحد أبعادها وعن مركباتها الأخرى أو عزلها عن نواحي النشاط النفسي والسلوكي الأخرى للفرد مما يبعد خطر ارتباطها

بتزعات وإنفعالات مثيرة للحصر . تشهد هذه الآلية في العقلنة التي ذكرناها كألية دفاعية واسمة للمراهقة وفي الحالات الوسواسية والقسرية .

#### 7 - الالغاء : (أو الالغاء الراجع) .

يعمل الفرد هنا على إلغاء أفكار أو نزعات وأنفعالات ورغبات أو سلوكيات برزت في حياته النفسية فيغطيها بأفكار وسلوكيات وأنفعالات مضادة . تشهد هذه الآلية لدى الوسواسيين القسريين والمزوشيين . كما تعتمد عليها آلية دفاعية خصوصية للمراهقة هي التزهّد حيث يحلّ النفور واللامبالاة محلّ الرغبات والتزعات الغريزية .

#### 8 - التصعيد :

آلية دفاعية تتجاوز الحدود العصابية إذ أنها تعبّر عن كبت ناجح يسمح للفرد . بتحويل جزء من طاقاته النفسية عن النزعات والرغبات الأنية واستثماره في النمو النفسي والتلاؤم الاجتماعي والإبداع . مثل ذلك كبت النزعات الأوديبيّة وما يتبع ذلك من إنتقال الطفل في نموّه النفسي إلى إكتساب المعارف وتطوير وظائفه العقلية الترميزية وقدراته التلاؤمية .

#### 9 - التشكّلات الإرتكاسية :

وهي سلوكيات بديلة للرغبة المقصاة إلى اللاشعور وتكون معاكسة لها تماماً تنشأ في بدايتها كإرتكاس تلاؤمي لموقف معين في مراحل الطفولة ( كأن يتعلّم السلبية أمام أبيه رغم نموّ العدوانية تجاهه في لاشعوره خوفاً من العقاب ) إلا أن هذا الإرتكاس يتصلّب ويثبت فيصبح غمطاً سلوكياً متكرراً كلما صادف الفرد نفس الإشارة النزوعية ويأخذ شكل التكرار الجبري ( فمثلاً هذا الطفل الذي ذكرناه يرتكس إرتكاساً سلبياً كلما وجد في موقف تصعد فيه عدوانيته التي تظل مكبوتة في اللاشعور تجاه شخص يمثل رمزياً أبويًا كالمدرس أو رئيس العمل أو الشرطي وكلّ ما يمكن أن يمثل سلطة أو تحريماً ، بحيث يصبح عاجزاً عن استخدام نضجه النفسي بما يوافق رغباته وحقوقه وعدوانيته الطبيعية وبما يلازم متطلبات الموقف الراهن ) .

## التظاهرات السريرية العصبية العامة

### 1 - اضطرابات النشاط الجنسي :

النشاط الجنسي بعد جوهري في حياة الإنسان يتطلب إكتماله نضجا نفسيا عاطفيا إنفعاليا وإنسجاما بين مختلف أطراف الجهاز النفسي بينا ، خلال الاضطرابات العصبية ، قد يصبح بشكل مباشر موضوع الكف واللجم بفعل مشاعر الذنب وما ينجر عنها من تحريم وعقوبة ذاتية . كما يتأثر هذا النشاط بشكل غير مباشر بفعل عناصر التقلق والتوتر والحصر التي تحدث اضطرابات فيزيولوجية ووظيفية جنسية كما تعرقل العفوية والتعبير الانفعالي اللذين يلعبان دورهما الرئيسي في السياق العلائقي الجنسي . وتتظاهر هذه الاضطرابات بهبوط الرغبة الجنسية وصعوبات تحقيق العمل الجنسي .

تكون الاضطرابات الجنسية ثابتة لدى العصبي إلا أنها متفاوتة في شدتها وتظاهراتها ، إذ قد تنال الرغبة والنواحي الانفعالية أو الوظيفة الجنسية ذاتها أو السلوك النفسي - الجنسي العام .

ومن الاضطرابات الجنسية الوظيفية الكثيرة المشاهدة في العصابات :

#### أ - العجز الجنسي ( العتانة )

نادرا ما يكون كلياً بل يتظاهر غالبا بشكل جزئي وتبعاً للمواقف والحالة الذاتية . إلا أنه بتكراره يزداد شدة بالإحباط والتوتر اللذين يحدثهما . وتعتبر اضطرابات القذف قريبة من العجز الجنسي وأكثرها مشاهدة القذف المبكر بينما تندر مشاهدة القذف المتأخر أو اللاقذف .

#### ب - البرود الجنسي :

يشاهد بكثرة لدى النساء ويكون كلياً أو جزئياً ، مستديماً أو ظرفياً وقد يقترن بالتشنج المهبل . وتلعب هنا ، إضافة إلى العناصر النفسية العميقة ، العوامل الثقافية والاجتماعية دوراً هاماً .

## ج - الاستمناء :

لا يكون ذا دلالة عصابية إلا عندما يفضل على النشاط الجنسي الطبيعي  
عندما يقتصر الفرد عليه رغم توفر هذا النشاط الجنسي وكذلك عندما يكون مقترنا  
بالتذنب الشديدة . . .

## 2 - اضطرابات السلوكيات الغذائية

تتظاهر اضطرابات السلوك الغذائي العامة بنحول أو شره وازدياد وزن  
وينجمان عن عدة آليات أهمها : الكبح الغريزي ومشاعر الذنب والعقوبة الذاتية  
والنرجسية التظاهرية والتعويض عن الحرمان العاطفي .  
كما تحدث اضطرابات سلوك غذائي نوعية واصطفائية تدخل في سياق رمزي  
عاطفي أو مراقبي أو رهابي . . . .

## 3 - اضطرابات النوم

تحدث لدى العصابي اضطرابات نوم متنوعة منها صعوبة النوم والنوم المتقطع  
والأرق ناتجة عن التوتر النفسي ومقاومة الاستسلام السلبي وعن الخوف من الموت  
والخوف من الأحلام التي تعبر عن النزعات المكبوتة المتحررة نسبيا خلال النوم أو قد  
يحدث فرط نوم يشكل مهربا من الحصر ومن مواجهة الصراعات النفسية ومتطلبات  
الواقع .

## 4 - العدوانية

لها موقع هام في الآليات والسلوكيات العصابية ، فهي غالبا مكبوتة في شكلها  
الحر الأصلي ، إلا أنها تتظاهر بالمعارضة والإستثارة والتعنت والتسلط أو تأخذ شكلا  
أكثر خفاءً بالأمبالاة والسخرية والتهكم ، والنقد اللاذع .

## 5 - الحصر والقلق

الحصر عنصر مركزي في المرضية العصابية حيث يكون كل التشكل العصابي  
مقاومة متفاوتة النجاح للحصر . إلا أن شحنته تكون مشتدة فيتظاهر بشكل دائم أو

إحتدادي . ويكون على مستوى نفسي أو جسدي أو مشترك .

## 6 - الإضطرابات المراقية

تتمثل الإضطرابات المراقية العصبية باهتمام مفرط بالجسد ووظائفه والقلق الصحي وتضخيم الإضطرابات التي تناله . كما ينزع العصبي إلى تنظيم حياته بنمط مراقي من خلال الإحتياطات الصحية المفرطة والأنظمة الغذائية والطقوس المتعلقة بهما . وتشابه هذه الآلية ، الآلية الرهابية حيث يسقط القلق العائم على موضوع محدد ، كما تأخذ أحيانا اشكالا وسواسية نموذجية .

أما الشكاوي الألمية الوظيفية دون إضطراب موضوعي والتي تطرا أحيانا على العصبي ( كالصداع والآلام المفصلية والظهرية الخ . . . ) فقد لا تكون مراقية ، بل تنتج عن فقدان تعويض عصبي يؤدي إلى حالة همودية مقنعة بشكل عديل للهمود .

## 7 - الوهن

ينجم عن فرط التوتر الذي يحدثه سوء التلاؤم الإجتماعي والصراعات النفسية الممتدة يكون صباحيا في مستواه الأقصى إذاك ويتحسن خلال اليوم و يترافق بشعور بالقلق والملل . ويميز عن الحالة الهمودية التي تتصف بغياب الشكاوي الجسدية وحالة فقدان لقيمة الذات والمحيط بنفس الآن، إلا أن الوهن قد يكون عديلا للحالة الهمودية أو بداية لها عند فقدان التعويض الذي يوفره التوازن العرضي .

## V - تصنيف العصابات

كان فرويد يقسم العصابات إلى نوعين : العصابات الحالية وهي عصاب الحصر ( أو عصاب القلق ) والوهن العصبي والعصاب المراق ، والنوع الثاني العصابات النفسية التي يقسمها إلى صنفين : الصنف الأول : العصابات النفسية التحويلية وهي الهستيريا والعصاب الرهابي والعصاب الوسواسي القسري ،

والصنف الثاني : العصابات النفسية النرجسية التي توافسق الذفاسات المعروفة . . . . .

وكان فرويد يعتقد أن العصابات الحالية تتظاهر بفعل عوامل راهنة خصوصا الحرمان أو سوء الإشباع الجنسي إلا أن معظم باحثي التحليل النفسي المحدثين تركوا هذا المفهوم ولم يعودوا يعتمدون عليه في تصنيفاتهم .

وتشير الأبحاث السريرية إلى صيرورة تاريخية ثقافية إجتماعية إذ تبدل وبائياتها وتظاهراتها طبقا للتبدلات البنيوية الإجتماعية فيشاهد حاليا تزايد عصابات الطبع التي تشكل أنماطا دفاعية متصلبة ، تشمل مختلف أبعاد الشخصية ولا تتمركز حول نموذج عرضي محدد . كما أن المداخلات العلاجية النفسية المبكرة على إضطرابات نفسية طفلية ونخيمة قد يحول التطور التفاسي أو الفصامي لهذه الإضطرابات إلى تشكيلات عصابية غير متميزة أقل وخامة تمثل بُنيانا دفاعيا جديدا ، كذلك فإن الأعراض والآليات الدفاعية قد تتشارك بشكل متفاوت لتؤدي إلى حالة عصابية غير نموذجية تتواجد فيها مثلا التظاهرات الهستيرية والرهابية أو تقترن فيها أعراض رهابية ومواسية قسرية الخ . . . . .

ويمكن التسليم بأن الأعراض العصابية تظاهُرُ بخضع لتفاعل المحيط مع الصراعات النفسية العميقة . بحيث تشكل هذه الأعراض ، بمختلف أنماطها مجموعة إنصالية ديناميكية قد تتجمد لفترة معينة حول نمط معين وقد تبدل سريعا متبعة أطوار تتعاقب فيها عدة نماذج عرضية بحيث يمكن القول بوجود « تبدلية عرضية » تشير إلى أن العرض العصابي لا يقتصر على مفهوم دلالة رمزية للصراعات اللاشعورية بل يتعلق أيضا بديناميكية هذه الصراعات وبالعوامل المحيطة وبالعناصر الفيزيولوجية الجسدية . . . . .

أما التقسيم النموذجي المدرسي للعصابات فيشمل :

- 1 - عصاب الحصر : وهو شكل قاعدي أو بدئي يكون فيه الحصر والقلق متشربين دون موضوع محدد
- 2 - العصابات الرهابية : ينتقل فيه الحصر إلى موضوع أو موقف محددين
- 3 - العصاب الهستيري : ينتقل فيه الحصر النفسي إلى الجسد : التحول الجسدي .

4 - العصاب الوسواسي القسري : ينقل فيه الحصر إلى سياقات فكرية نفسية  
قسرية وسلوكيات متعلّقة بها .

## التنادرات العصابية I عصاب الحصر ( أو عصاب القلق )

الحصر والقلق من أعراض كل الحالات العصابية ، حيث يتظاهران غالبا بأزمات ظرفية وبشكل هائل عرضية أو حول موقف أو موضوع أو فكرة معينة ، ويكون الحصر موجودا دائما في الخلفية النفسية على مستوى الصراعات النفسية اللاشعورية . أما تظاهره في عصاب الحصر فيكون معمما متشرا بشكل ما يسمى القلق العائم ، فيتمثل بإحساس تحفز نفسي متوتر دائم توقعا لخطر غير محدد وتوجسا يحيط بمختلف أنشطة الفرد ومشاعر لا أمن مستمرة .

### أ - منشأ عصاب الحصر وإمراضيته النفسية

توجد تربة مهيئة لعصاب الحصر ، يميل البعض إلى الاعتقاد بأنها تتمثل في استعداد بنوي ، بينما يرى البعض الآخر أنها تنجم عن محيط منتج للحصر قام بتكييف الفرد في هذا الاتجاه منذ طفولته الأولى . ويلاحظ أن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب ، ينشأون غالبا في مناخ عائلي مليء بالقلق خصوصا لدى الأم مما يخلق لدى الطفل هشاشة نفسية وشعورا بالتبدل العاطفي المستمر واللا أمن .

أما التربة القلقة التي توصف أحيانا بالشخصية القلقة فتتسم بحالة قلقة دائمة يكون الفرد فيها متحفزا أو متوترا دون سبب ظاهر تتتابه الهواجس حول مصيره ومصير الآخرين . كما تكثر مشاهدة التظاهرات العصبية الانباتية لديه كفرط التعرق واضطراب المقوية الوعائية المحيطية والاستثارة والحساسية المفرطة .



إلا أن عصاب الحصر قد يتظاهر دون أن توجد علامات بادية على حالة قلقه وصفية ويحدث ذلك بتأثير عوامل وأحداث خارجية كحالات الفقدان والحرمان العاطفي وإثر أمراض عضوية وبمواجهة مهام ومسؤوليات ذاتية واجتماعية جديدة مما يعني أن حالة الحصر اللاشعورية المرافقة للصراعات النفسية المكبوتة كانت كامنة تلقى تعويضا لها في بنيان دفاعي تلاؤمي هش لكنه فعال بشكل مؤقت . وعندما ينهار هذا البنيان ينتقل الحصر إلى التظاهر العوضي كبديل عن صعود الصراعات النفسية إلى المستوى الشعوري .

ويرى « فرويد » أن الحصر ينجم عن صعود الإثارة الجنسية الجسمية دون أن يمكن إستيعابها نفسيا ، مما يحولها إلى حالة من الحصر والقلق اللذين ينجمان لديه إذن من استحالة التفريغ المناسب للطاقة الغريزية التي تصبح خطرا داخليا . لذلك فإنها تسقط إلى الخارج وتنقل إلى موضوع غير نوعي يصبح هو مصدر الخطر المتوقع .

إلا أن « فرويد » يعتبر عصاب الحصر ، عصابا حاليا مثل الوهن العصبي ينجم عن اضطراب راهن في صرف الطاقة الغريزية ولا يفصله بشكل واضح مع الصراعات النفسية البدئية كما لا يفسر تظاهراته الجسمية . ونحن نرى عموما أن عصاب الحصر هو غالبا حالة انتقالية بدئية محدودة التمايز تظهر في عمر مبكر عند تطابق النضج الجسدي الغريزي ( الجنسي أساسا ) مع نزعات ورغبات نفسية قديمة مكبوتة بشكل صراعات نفسية مما يدفعها إلى الظهور ، لكن بشكل منحرف ، كدفاعات مجسدة ( تتظاهر بالاضطرابات الحصرية الجسدية ) تشكل درعا دفاعيا يقطع الطريق أمام تمايز أو إمكانية تنفيذ الدفاعات الغريزية الأصلية . ويزول هذا الشكل الدفاعي عند تراجع مبررات وجودها ( بعد انقضاء سن النشاط الجنسي ) كما يتحول عصاب الحصر إلى تناذرات عصابية أخرى أكثر تمايزا تستقطب الحصر تحت شكل تظاهرات عصابية نوعية وذلك إثر تحقيق مناورة تلاؤمية جديدة مع النزعات المكبوتة . . .

ب - الدراسة السريرية لعصاب الحصر :

تكثرت مشاهدة هذا العصاب خصوصا لدى الإنساث وهو يظهر في أواخر المراهقة ولدى الكهل الشاب ويأخذ أشكالا عديدة ومتباينة قد تتغلب عليها

التظاهرات النفسية - او الجسمية وهذه الأخيرة هي من أكثر دوافع مراجعة العيادة الطبية مصادفة لدى العصابي .

### 1 - الحالة القلقة :

تكون دائمة أو عابرة ، تتعلق شدتها ومدتها بالعوامل الحافزة المحيطة والصراعية النفسية . والحالة القلقة العصابية هي العرض النموذج لهذا العصاب حيث تتمثل في توتر وتوجس وإنتظار دون موضوع محدد ، فهي تعطي للأحداث الصغيرة العادية حجما مفرطا يدفع المريض إلى التردد والشكوك والمخاوف والوساوس المتعلقة به وبصحته وبمحيطه لذلك فهو مرتبط بالآخرين ، يبحث دائما عن التطمين والأمن العاطفي ولا يحتمل العزلة والإنفصال عن محيطه المعهود كما لا يحتمل التبدلات والضغوط النفسية وفقدان محيطه العاطفي مما يحدث لديه إمتدادا للحصر والقلق .

### 2 - هجمة الحصر الحاد :

هجمة الحصر تظاهر حاد للحصر تتشارك فيه اعراض نفسية وجسمية . تطرأ الهجمة بشكل مفاجيء ودون سبب ظاهر حيث تحدث في أي ظرف كان وكثيرا ما تفاجيء المريض خلال الليل وتوقظه من النوم . وهي تتمثل في حالة حصر عائم دون موضوع محدد . فيشعر الفرد بخطر وشيك يحدق به دون أن يحدده وتنتابه أحاسيس التفكك وضياح الواقع ويشعر بالعجز والكرب . وتنتابه مخاوف الموت والجنون . . يكون المريض شاحبا متعرقا متسرع النبض في حالة فزع وهياج أو متهالكا يرجف رعبا بانتظار الكارثة . كما يشعر بخفقاتناات وضيق تنفسي واضطرابات بصرية وهضمية ودوار الخ . . . تدوم النوبة من دقائق إلى ساعات وتنتهي بشكل مفاجيء مثلما بدأت وهي قد تكون منعزلة وحيدة أو قد تتكرر .

### 3 - عدائل الحصر وتظاهراته الجسمية :

كثرة المصادفة وهي :

- تظاهرات وعائية قلبية ، نوبات خفقان ، نوبات تسرع قلب ، خوارج إنقباض ، آلام قلبية ، نوبات إغماء .

- تظاهرات تنفسية : ضيق تنفسي ذو شكل ربسوي كاذب ، فرط تهوية ( تسرع تنفس ) قد يؤدي إلى نوبات تشنجية ، نوبات سعال عصبي .
- تظاهرات هضمية : ثقل معدي ، تشنجات مرثية أو معدية أو معوية ، آلام تشنجية ، تشنجات مستقيمة ، نوبات فواق ، جوع أو عطش إحتراسادي ، قمع ، إقياء .
- تظاهرات بولية تناسلية : آلام بطنية حوضية ، آلام مثانية ، بوال ، إضطرابات جنسية وظيفية .
- تظاهرات عصبية وحواسية وعضلية : صداع ، آلام قطنية ، آلام هيكلية ، نوبات رجفان ، طنين بالأذنين ، نوبات دوار ، أحاسيس لا توازن بالمشية ، حركات جلدية .
- إضطرابات بالنوم : أرق ونوم سطحي مع تهييج ، تقطع النوم ، كوابيس ...

- وهن يتزايد خلال النهار .

وتتطلب هذه الإضطرابات الجسمية إستبعاد الأسباب العضوية .

التشخيص التفريقي لعصاب الحصر :

- 1 - عن آفات عضوية : خناق الصدر ، إحتشاء القلب ، إحتشاء رئوي نوبة ربو . صرع صدعني ، فرط درق ، دوار دهليزي ، هبوط سكر الدم ، بورفيريا ، فيوكروموسيتوم ، ... حيث قد تتظاهر هذه الآفات بما يشابه حالة حصر .
- 2 - أمام عدليل جسمي للحصر لا بد من إجراء الفحوص والتحريرات السريرية والمخبرية اللازمة لتفي آفة عضوية .
- 3 - يجب تفريق العصاب الحصري عن حالات القلق التي تشاهد في العصابات المكتملة أي العصاب الرهابي ، العصاب الهستريائي ، العصاب السوامي - القسري .

كذلك عن الحصر الفصامي المرتبط بأحاسيس ضياع الشخصية والتفارق الإنفعالي العاطفي والأفكار الهديانة غير المنتظمة المتعلقة بعدائية المحيط .

يجب أيضا تمييز حالات الكتابة والهمود القلقة والتفريق صعب ، إلا أن بعض العلامات تسمح بذلك كالعمر فالحالات الهمودية بعكس العصاب الحصري تصادف

غالباً بعد سن الخامسة والثلاثين وتشاهد سريراً أفكار ذنب وهبوط قيمة الذات كما تصادف سوابق شخصية وعائلية من نوع الهمود والإضطرابات المزاجية . في هذه الحالة لا تؤثر مضادات القلق على الأعراض الهمودية ويظل الخطر الانتحاري قائماً بينما تفيد مضادات الهمود ذات التأثير المهديء (لاروكسيل ، سورميتيل ، لوديوميل ، ايلافيل ، Elavil , ludiomil, surmontil, Loroxyl) أما مضادات الهمود المنشطة فإن استخدامها يزيد حالة الحصر والقلق وخامة .

- يجب أيضاً تفريق العصاب الحصر عن تناذرات القطام في الإدمانات الإنسامية خصوصاً بالأفيونيات .

### ج - تطوّر عصاب الحصر

تتبع هذه الحالة العصبية عدة أشكال تطوّر تتعلّق غالباً بالتأثيرات المحيطة والآليات الدفاعية المتمايزة التي تنجم عن تفاعلها مع الصراعات النفسية اللاشعورية لدى الفرد . ويمكن القول في هذا الشأن ان نوعية استثمار الفرد كجسده في التعامل مع نزعاته الغريزية وبالتالي تبدل سلوكه الجسدي تلعب دوراً رئيسياً في نمط تطوّر عصاب الحصر .

قد يظل الشكل الحصري العام ثابتاً كتظاهر عصابي فيكون تطوره غير منتظم مع أطوار هجوع وأطوار إحتداد تتعلّق غالباً بالظروف المحيطة كالضغوط النفسية الاجتماعية والإرهاق والإفراط بالمواد المثيرة ( تبغ ، كحول ، قهوة ... ) .

وقد يترقى التطوّر إلى درجة معيقة تؤدي إلى الإنعزال الإجتماعي والإنطواء أو اللجوء إلى المعالجة الدوائية الذاتية والإنسهمات المزمّنة بالباربيتورات خصوصاً والإدمان الكحولي . كما أن فقدان التعويض أمام ظروف فقدان وحرمان عاطفي تؤدي إلى حالات همودية وقد تدفع خلال نوبات حصر إلى محاولات انتحارية .

تشير بعض الدراسات إلى أن ١٠٪ من المرضى يشفون بشكل كامل بعد عدة سنوات ويتحسن ٧٠٪ منهم مع بقاء بعض الأعراض الخفيفة . أما العشرين بالمائة المتبقين فتظل لديهم أعراض معيقة إجتماعياً .

ويشاهد أيضاً تطوّر نوعي للعصاب الحصر الذي يكون في هذه الحالة مرحلة

أولى لتشكّل عصابي يتمركز فيه الحصر حول موضوع محدّد كالعصاب الرهابي ،  
والعصاب الهسترياتي و« العصاب المراقبي » .

### د - معالجة العصاب الحصري

#### أ - معالجة الهجمة الحصرية الحادة :

يعطى المريض هنا أدوية مضادة للقلق عن الطريق العضلي ( فاليوم ،  
ايكوانيل ) ( Epuanil, Valium ) والألبرازولام فعال أيضا نوعيا إلا أنه يحدث إعتيادا  
وتحملا لذلك لا يلجأ إليه ، إلا عند فشل مشتقات البنوديازيبين . . ويقوم الطبيب  
بدور تظمين وتهذئة كما يجب أن يبحث عن سببية مرضية حتى يحدّد موقفه التالي  
( كإحتمال هجمة نفاسية حادة ، ووجود خطر انتحاري . . . ) .

#### ب - المعالجة العامة للعصاب الحصري :

1 - المعالجة الدوائية = تستعمل عموما المهدئات البنزوديازيبينية ( Valium )  
( Tranxene ) وقد أثبتت دراسة حديثة فعالية الإيمبرامين والفنلزين وهي مضادات  
همود مهدئة (تستعمل بمقدار 50 - 75 مع ايوم ) ويستعمل بعض المعالجين مثبطات  
أمين أوكسيداز ( isocarboxajide iproniazide ) بمقادير محدودة متزايدة . . .

2 - المعالجات النفسية = لا يجب إعتبار الأدوية إلا معالجات عرضية ومدخل  
إلى المعالجة السببية والجذرية وهي متنوعة منها :

- المعالجة النفسية الداعمة : التي تطرح مشاكل المريض الحياتية اليومية  
وتعمل على تظمينه ودعمه .

- المعالجة النفسية التحليلية .

- التحليل النفسي - التخديري = وذلك بتخفيف لجم المريض ومقاومته بحقن  
وريدي لبربيتورات سريعة الأثر قد تشرك بمنشط نفسي وتسمح للمريض باستخراج  
صراعاته النفسية والتعبير عنها . .

- العلاجات النفسية الجماعية .

- طرائق الاسترخاء النفسي - الجسدي .

- الطرائق العلاجية التحليلية التي تستخدم الطاقة الحيوية : العلاج النفسي  
الإنفعالي ، المعالجة بالطاقة الحيوية Bioenergy المعالجة بالصرخة البدئية Primal  
Scream .

- المعالجات السلوكية = التي تتداخل على الأعراض وتبدل من خلال إلغائها  
التوازن الداخلي والتلاؤمي العام للمريض إلى وضع أفضل ومن هذه الطرائق منهج  
تثبيت الذات والمعالجة بالضبط الحيوي الراجع وهي طريقة حديثة الاكتشاف تمكن  
المريض من السيطرة على آلياته الفيزيولوجية والارتكاسية وتعديل التوازن العصبي  
الإنبائي بتلقي إشارات ومعلومات من أجهزة تُعطيهِ معلومات مستمرة حول هذه  
الآليات ...

## 11 العصاب الرهابي والحالات الرهابية

أ - مدخل عام

الرهاب حالة خوف حصري تنشأ أمام موقف أو موضوع لا يميلان في الحالة الطبيعية سمة الخطر . يختفي الرهاب عند غياب الموقف أو الموضوع ، مما يدفع الفرد إلى العمل على تجنب الالتقاء مع الموضوع أو الموقف ( سلوكيات التجنب ) أو يسعى إلى أن يكون مرافقاً بشخص يثير إطمئنانه ( سلوكيات التطمين ) ويدرك أن مخاوف هذه لا تعود إلى سبب منطقي .

تكثر مشاهدة الحالات الرهابية العابرة خلال النمو الطبيعي للطفل وهي لا تحمل قيمة مرضية ، ذات اعتبار ، في الغالب . كما تشاهد سمات رهابية خفيفة في الحياة اليومية ناجمة عن الإرهاسق والتوتر وضغوط الحياة وخصوصيات كل فرد ( كحالات التهيب والوجل والدوار . . . ) أما على المستوى المرضي النفسي فتكثر التظاهرات الرهابية وهي تشابه في بعضها التجارب الطبيعية ، وتكون غالباً عابرة ومتباينة السمات حسب نوعية الاضطراب النفسي الأصلي . بينما توجد منظومة عصابية يشكل الرهاب عرضها المركزي وتظاهر سريريا حسب عدة أنماط أهمها رهاب الخلاء والإحتجاز . وقد أطلق فرويد على هذا النمط العصابي تسمية « هستيريا الحصر » .

يمكن تفريق الرهابات النموذجية عن حالتين رهابيتين

1 - الرهابات « الكاذبة » في عصاب الحصر وهي تنجم عن تثبيت القلق العائم بشكل عابر على موضوع محدد بآلية ترابط وهي كثيرة التبدل ولا تحمل دلالة نوعية .

2 - الوسواس الرهابية : وهي تحمل صفة قسرية رغم سلوكيات التجنب كما تترافق بطقوس جبرية .

ب - الدراسة السريرية للحالات الرهابية :

تظهر الحالات الرهابية غالباً في سن الشباب وتشاهد لدى النساء أكثر من الرجال وقد تعقب تطوراً عصائياً حصرياً ، كما قد لا يسبق ظهورها علامات عصائية نوعية . وهي تشكل تمركزاً للقلق والحصر في موضوع أو موقف محددين وهي تترافق بأعراض جسمية كالصداع والإضطرابات العصبية الإنبائية والهضمية . كما ينتظم لدى الرهابي نمط سلوكي يستهدف إستبعاد الحالة الحصرية الرهابية ويتظاهر بعدة أشكال مثل :

- سلوكيات التجنب : حيث يحقق المريض عبرها إستحالة المواجهة مع الموقف أو الموضوع المنتج للرهاب فيعد مثلاً الأشياء المثيرة للخوف أو يتهرب من المواقف والأماكن التي يتظاهر فيها رهابة .

- ويستخدم الرهابي أيضاً عوامل أمن وطمأننة لمواجهة الموقف المثير للرهاب كأن يحمل معه عصا أو مظلة أو يترافق مع شخص آخر .

- يلجأ الرهابي أيضاً إلى الكحوليات والأدوية المهدئة .

أهم الأشكال الرهابية

1 - رهاب الخلاء :

أكثر الحالات الرهابية مصادفة وإعاقة لدى الكهل ، تغلب لدى المرأة وتنشأ بين الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين . تتمثل في الخوف من الأماكن الواسعة والشوارع والمحلات العامة وقد تقترن برهابات أخرى خصوصاً رهاب الإحتجاز : يصاب المريض في هذه المواقف بحالة ضيق وإنزعاج وحصر وأحاسيس دوار وخوف من الإغماء أو الموت وأحياناً أحاسيس إهتزاز الواقع وضياح الشخصية . وتزول حالة الفزع هذه ، إثر مغادرة سبب الرهاب . ويلجأ المريض دائماً إلى سلوكيات التجنب أو الطمأننة .



لا يوجد تطوّر ثابت لهذه الحالة الرهابية فهي قد تتدنثر خلال أقل من سنة أو تستديم محدثة إعاقة إجتماعية وهنية شديدة وتمّ غالباً بأطوار إحتراد وهجوع نسبي متعاقبة .

. تكون شخصية الرهابي من النمط الخجول السلبي والمرتبط أو من النمط الديناميكي العدواني النشط وغالباً ما تلاحظ إضطرابات جنسية لجمية وعلامات عصائية أخرى .

## 2 - الرهابيات الإجتماعية

تظهر لدى المراهقين والشبان من الجنسين بالتساوي ، ومنها رهاب التجمعات ورهاب الإحمرار والخوف من التحدّث أمام الآخرين ومن مراقبة الآخرين والخوف من الإمتحانات وهي رهابيات موضّعة مستقرّة تدفع إلى سلوكيات تجنّب تشاهد الرهابيات الإجتماعية كثيراً لدى المراهق الناشيء وتكون طبيعية وعابرة إلا أنها عندما تشتد وتستقر تصبح معيقة إجتماعياً .

تشاهد هذه الرهابيات لدى شخصيات قلقة وخجولة وتعبّر غالباً عن تظاهر مشاعر ذنب لا شعورية ونقص ثقة بالنفس وكبت للرغبات الغريزية والعدوانية .

## 3 - رهاب الأدوات الحادة

حيث لا يجراً المريض على لمس أدوات حادة كالسكاكين والأبر والمقصّات الخ ويصاب بحالة حصر شديد عند الإقتراب منها وخوف من الجروح والموت .  
ومن الرهابيات الأخرى .

- رهاب الأعالي . . يخشى الرهابي السقوط من الأعالي ويصاب بحصر ودوار .

- رهابيات الحيوانات .

- رهابيات وسائل السفر ( القطار ، الباخرة ، الطائرة . . . )

- رهاب الإحتجاز الذي يكون أحياناً منفصلاً عن رهاب الخلاء . . .

أعراض رهابية غير نوعية للعصاب الرهابي :

وهي تظاهرات رهابية تشاهد في إضطرابات نفسية أخرى منها :

- رهابات نموذجية تحدث في تشارك بين حالات عصابية كالعصاب الهستيرائي  
الرهابي والعصاب الرهابي - الوسواسي .

- رهابات النزعة القسرية :

وهي ظهور حالة حصر عندما يوجد المريض أمام أدوات أو مواقف يتاح له فيها  
الاعتداء على ذاته أو على غيره كالخوف من إرتقاء أمام سيارة أو قطار والخوف من القفز  
من النافذة والخوف من ضرب شخص آخر أو قتله ( خوف الأم من الاعتداء على  
ابنها ) تكثر مشاهدة هذه الحالات في العصاب الوسواسي القسري ؛ إلا أن  
المريض لا ينتقل أبداً إلى الفعل ( لا ينفذ مخاوفه ) وهو يعي اضطرابه . أما في  
هجمات الهمود الوخيم فتتجم هذه الحالات عن إتهام الذات ويكمن خطر الانتحار  
ورامها .

- رهاب المرض :

كرهاب السرطان ورهاب السفيليس والخوف من أمراض القلب تشاهد لدى  
الأفراد القلقين بسبب إطلاعهم على معلومات طبية أو إصابة أحد في محيطهم أو  
حدوث اضطرابات صحية خفيفة لديهم . وقد تأخذ شكلا هذيانيا في بعض  
الهجمات الهمودية . وهي عرض مركزي في الحالات المراقية العصابية والهلديانية .

- رهاب تشوه الجسد :

ليست رهابات بالمعنى الدقيق ، إذ أن المريض يقتنع بصحة مخاوفه إلا أنه  
يعاني حالة حصر وقلق بهذا الشأن . ويلجأ إلى الأطباء لتصحيح التشوهات  
المزعومة . تشاهد هذه الرهابات خصوصا في بدايات النصبام وتتمركز أساسا حول  
الوجه ( الأنف ، الأذنين الخ . . . )

ج - تطور العصاب الرهابي :

تتبع الرهابات حالة الحصر لدى المريض فتتخف وتشتد طبقا للضغوط  
الداخلية والمحيطية التي يعانيها . إلا أن التشكل الرهابي الذي يكون معدداً في البدء

يميل الى التعمم والتعدد. حيث أن الرهاب آلية دفاعية محدودة الجذوي في مقاومة الحصر . أما التطور المديد فيتباين حسب البنية النفسية للفرد اذ قد تخف الحالة الرهابية وتراجع أو تستقر على هذا الشكل العصابي وتصح معيقة لعدة سنوات كما قد تكون طوراً مرحلياً في التطور العصابي حيث تنتقل إلى حالة عصابية حصرية أو حالة عصابية وسواسية ، قسرية أو إلى حالات مشتركة . كما تشاهد حالات همودية في السياق العصابي عند اشتداد الوطأة وانكسار المعاوضة .

#### د - آليات نشوء الرهابيات :

#### ١ - النظرية التحليلية النفسية :

درس فرويد الرهابيات ، خصوصاً في حالة الطفل « هانس » الشهيرة واستنتج انها تنجم عن آلية نقل تستهدف تثب بروز حالة صراعية . فالحصر يُنقل من المضمون الراعي المتعلق بالتناقض بين رغبة ومنعها إلى موضوع أو موقف يمثلان هذا المضمون بشكل رمزي بحيث يشكل ذلك دفاعاً ضد الحصر كما يشكل تقليداً للآلية الرغبة والمنع يرمز إلى معاقبة النزعة المقصاة . . . .

#### 2 - النظريات السلوكية :

تعتبر الرهابيات إستجابات شرطية تنشأ في مواقف شيرة للمقلق والحر سواء عند تكرّر هذه المواقف أو عند حدوثها بشكل شديد مرة واحدة . كما يتم تعميم إستجابات الحصر إلى المثيرات المشابهة للمثير الأصلي . أما عملية التجنب فهي تخفف الحصر إلا أنها تمنع حدوث سياق إندثار الإشرط كما يتعزز الإشرط أحياناً بالفوائد الثانوية .

#### هـ - معالجات الرهابيات :

١ - المعالجات السلوكية : من أفضل المعالجات خصوصاً في الحالات الرهابية المحددة والمنعزلة وتستعمل أساليب إزالة التحسس المنهجي «لؤلبي» ، والإغراق ، والتخيل الإنفعالي . . . الخ . . .

2 - التنويم الطبي

3 - الأسترخاء

4 - التحليل التخديري .

5 - المعالجات النفسية الداعمة والتحليلية والتحليل النفسي الكلاسيكي .

ويعتقد بعض الباحثين أن أفضل الطرق وأنجعها هي إشراك المعالجة السلوكية مع معالجة نفسية تحليلية .

أما المعالجات الدوائية المهدئة فتوصف في الحالات الوهابية المتعددة والشديدة وتستهدف مقاومة الحصر والتهيئة للمعالجة النفسية كما تستخدم في حالات انكسار المعاوضة الهمودي

## العصاب الهستريائي (أو العصاب التحوّلي)

الهستريا مرض نفسي تاريخي يتميز بحالة إرتداد وظيفي يتحوّل فيه الصراع النفسي الى تظاهرات وأعراض جسيمة ، لا تستجيب للقوانين التشريحية السريرية وتتناقض معها ، كما تكون متعدّدة الأساليب والأشكال بحيث يستحيل تحديد لوحة سريرية دقيقة لها .

ترتبط الهستريا ، كتظاهر عصابي ، سواء بأشكالها أو بوبائياتها ، بعوامل ثقافية ، اجتماعية وحضارية وقيمة واقتصادية ، خصوصاً وأن أعراضها «استعراضية» تستهدف دائماً المحيط ولا تظهر إلا أمامه ، كما تستمد منه منابعها ومادتها . لذلك يلاحظ الباحثون والأطباء النفسيون تراجع التظاهرات النموذجية للعصاب الهستريائي في المجتمعات المصنّعة بينما تتزايد وتظهر أشكال عصابية أخرى أما مجتمعات العالم الثالث ومنها المجتمع العربي فلا تزال الهستريا كثيرة المصادفة متنوعة التظاهرات فيها .

أما مجال التجلي الهستريائي فيشمل به بعض الباحثين النوبات الانفعالية العاطفية السلبية واحتمدادات الغضب المسرحية وبعض الارتكاسات العدوانية المضادة للمجتمع (نوبات الاعتداء والتدمير) وحتى محاولات الانتحار والإدمانات الانسائية .

مدخل تاريخي :

الهستريا اضطراب معروف منذ القديم كان يعتبر مرضاً نسيائياً يقتصر على

المرأة ، يعزى منشؤه الى تبدل موضع الرحم في جسم (هيبيوقراط) أما «غالين» فاعتبرها مرضاً عضوياً رحمياً يعود الى الحرمان الجنسي . أما في القرون الوسطى فنسبت الى السحر والتقمص الشيطاني . وفي القرن السابع عشر ظهرت نظريات حول التوضع الدماغي للآفة بينا قدم «سيد نسام» وصفا سريريا دقيقا للهستيريا .

خلال القرن التاسع عشر ظهرت نظريات المنشأ النفسي للهستيريا ودخلت في الصراع مع نظريات المنشأ العضوي توازياً النظريات المغناطيسية والطاورية (مسمر ، مشاركو ، فاريا) التي لقيت مساندة من التيارات العضوية أو النفسية . وعمل «شاركو» بأبحاثه على إثبات المنشأ العضوي للهستيريا بوجود «تلف ديناميكي» يكتف الايحاءية . إلا أن تلميذه «بابنسكي» دحض نتائج هذه الأبحاث بشكل نهائي وأثبت التناقض بين الباثولوجيا العصبية التشريحية والوظيفية وبين تظاهرات الهستيريا التي ربطها بالعامل الايحاءى فاعتبر الهستيريا حالة من الايحاء الذاتى مثل التنويم وإثر ذلك انطلقت الأبحاث الديناميكية النفسية حول الهستيريا «بجانيه» و«بروير» و«فرويد» .

## 2 الدراسة السريرية للتظاهرات الهستيرية

### أ - دراسة عامة

يتظاهر العصاب الهستيري لدى الجنسين وبنسبة أعلى لدى النساء ، لدى الفرد الكهل والشباب أي خلال سن النشاط التناسلي . تستقر الهستيريا مع امتداد السن غالباً وقد تزول تظاهراتها ، الحادة خصوصاً . كما أنها قد تتحول في تطورها الى تناذرات مرضية أخرى كالحالات الهمودية .

ويمكن للهستيريا أن تتشارك مع حالات مرضية عضوية (كالصرع ، الكزاز ، والهستيريا الرضية : التناذر الايحاءى في الرضوض الدماغية ، هستيريا الحرب) . تنشأ الهستيريا على تربة شخصية عادية أو شخصية هستيرية غالباً . وتتسم هذه الشخصية بخصائص تظهر لدى الهستيريائي أهمها :

1 - السلوك المسرحي «الهستيرة» حيث تظهر سلوكيات وتعابير إنفعالية وعاطفية تبدو مصطنعة ولا علاقة لها بمتطلبات الموقف ولا تلائم ضرورات الاتصال التبادلي .

2 - نقص الضجج : نكوص انفعالي وبالشخصية وسلوك طفولي يتناقض مع العمر والموقع الاجتماعي .

3 - الارتباط : يحتاج الهستريائي الى ارتباط عاطفي سلبي والى جمهور يتبادل معه علاقة إفتتان وإيجاء .

4 - الطفولية : يهتم الهستريائي غالباً بأشياء تافهة بأشياء تافهة يعلق عليها أهمية كبيرة ويدخل من أجلها في صراعات وانفعالات وأحزان .

5 - الضعف والتبدل الانفعاليين : ينتقل الهستريائي سريعاً من الضحك الى البكاء وبالعكس . ويبدى إفراطاً في الانفعال الخارجي دون تفاعل داخلي حقيقي .

6 - ممارسة الجاذبية : يحاول الهستريائي بكل الوسائل فتن وجذب الآخرين وينسى إلى نيل إعجابهم ويصبح سلوكياته بطابع شهواني .

7 - العدوانية السطحية : لا يتجنب الهستريائي المشاكل والصراعات بل يطلبها ويسعى إليها فهي غط حياته وهو مشاكس يتحدى الآخرين ويستفزهم ، سعياً إلى إحداث الضجيج وجلب الأبصار والاهتمام . ويكون سلوكه متسلطاً ويستعمل كل الوسائل للهيمنة والحصول على رغباته سواء بالتويات الانفعالية أو الضجيج أو المساومة العاطفية .

في العيادة الطبية يسعى الهستريائي الى جذب الطبيب واكتسابه عاطفياً ويبدى أمامه نوعاً من الدلال والسوك الطفولي ، راغباً في علاقة ذاتية أبوية معه ، تكتسي صبغة شهوانية كما يبدى ثقته ويوحى في المرحلة الأولى بتحسّن أعراضه ويريد لا شعورياً من خلال ذلك ربط الطبيب عاطفياً به عبر العلاقة التحويلية إلا أن المرحلة التالية من الإتصال تبدي غالباً نكسا وهموداً ، حيث لا يتمكن الهستريائي من تكييف علاقته مع الموقف الواقعي . ويتطلب ذلك أن يكون موقف الطبيب محايداً وموضوعياً يتجنب الاستجابة لنفوذ الهستريائي ومساوماته العاطفية .

#### ب - الأحداث والتظاهرات الجسمية الاحتدادية للهستريا

يتجلى هنا تحول الصراعات النفسية الى أعراض جسمية وسلوكية تمنع الألم النفسي عن المريض وتسمح له بتجنب معاناة الانفعالات العميقة : وتشاهد هذه

التظاهرات لدى أغلب المرضى (أكثر من نصفهم) سواء كانت معروفة أو مقترنة مع اضطرابات أخرى وتتخذ عدة أشكال متفاوتة الشدة :

### 1 - النوبات الهياجية الحركية الكبرى

نوبة شاركو الكبرى : تبدأ بالصراخ وصعود «كتلة هستيرية» . . رحمة الى أعلى البطن ، ثم الاحتجرة وتستمر بحالات تصلب وارتجاجات وهياج أو جمود ، وفقدان وعي وحركات غريبة واسعة وفقد حس وشعور بالإختناق وتستمر النوبة حوالي نصف ساعة ثم تعود المريضة الى وعيها بنوبة بكاء .  
و\* ماهد حالات قصوى من هذه النوبات بشكل جماعي وبائي في الحوادث والأحداث الكبرى وفي طقوس الشعوذة والايحاء الجماعي .

### 2 الأشكال الصغرى :

تتمثل في نوبات الهياج مع حركة جيئة وذهاب واسهال كلامي منفعل ونوبات بكاء ونوبات عصبية نوبة عجز وتحدّد مكاني نوبات ضحك عصبية ، نوبات قواق .

3 - نوبات اللجم : الإغماءات وفقد الوعي ونوبات التخشب والفتور النومي .

### جد التظاهرات الجسمية الجديدة للهستيريا

تعال هذه الاضطرابات خصوصا الأعضاء ذات الدور العلائقي والاتصالي كالجهاز الحركي والحواس وجهاز التصويت والحس ، وتكون مزمنة أو حادة خلال النوبات .

### 1 التناذرات الحركية :

- اضطراب المشية ووضعيات الوقوف : تحدث خصوصا لدى النساء ، كثيرا ما تسبقها هجمات حصر وقلق ودوار و رهاب خلاء (خوف من الأماكن المتسعة) أو رهاب الاحتجاز (الخوف من الأماكن المحصورة) . يصاب المريض بعجز وظيفي



عن المشي والوقوف إلا أنه يحرك أعضائه بشكل طبيعي عند التمدد . يدوم هذا الإضطراب من بضعة أسابيع الى بضعة أشهر ويميل الى النكس .

- التناذرات الشللية : تحدث دون علامات تشير الى آفة عضلية أو عصبية . وتتظاهر بعدة أشكال تقلد تصور المريض أو التصورات الشعبية الشائعة للأمراض إلا أنها لا تتطابق مع النموذج المرضي الدقيق ولا مع البنية التشريحية العصبية فتظهر بشكل شلل أحادي أو نصفي أو رباعي أو متناظر أو تنال قسماً من أحد الأعضاء وقدوم من بضعة أسابيع الى عدة أشهر .

- التناذرات التشنجية والتقلصية : ويجب تفريقها عن التشنجات خارج الهرمية ، منها ما ينال بعض الأصابع «تشنج الكتاب» ومنها ما ينال طرفاً بكامله أو الرقبة : تشنج الإلتواء (الأجل) وقد تحدث تشنجات أو تقلصات تدوم لعدة سنوات بحيث يظل العضو المعني بنفس الوضعية .

- الحركات الشاذة : حركات رقصية ، مرآت ، تقطيب وجهي ، نحنحة متكررة . . . وتميل هذه الحركات الى النكس والإزمان رغم أنها لا تكون معيقة دائماً .

## 2 إضطرابات التصويت :

تتمثل في فقدان الصوت الكامل واضطرابه كالكلام الهامس أو التأتأة واللجلجة أو الصوت المبحوح أو العوائي وتحدث غالباً إثر صدمة إنفعالية .

## 3 - الإضطرابات الحسية والحواسية :

- فقد الحس وفرط الحس : يكون فقد الحس شاملاً أو موضعياً ، سطحياً أو عميقاً ولا يتوافق مع التوزيع التشريحي الفيزيولوجي بل يتخذ كنهاً رمزياً . أما فرط الحس فقد يتواجد مع فقد الحس ويتوضع في نقاط محددة خصوصاً أسفل البطن (النقاط الميضية) وقمة الرأس ، كما تأخذ اضطرابات الحس شكل القفاز والجورب في كثير من الحالات .

- الآلام : كثيرة المصادفة (70% من المرضى) تؤدي الى عجز وظيفي مبالغ فيه وتدفع المستريائي الى مراجعة العيادات الطبية وطلب مختلف أنواع المعالجات .

ومنها الصداع والآلام الحشوية والآلام المفصليّة . أما شدتها ومدتها فهي متفاوتة وتميل إلى التعنيد بازدياد العمر .

- الاضطرابات الحواسية : من أكثرها مصادفة العمى الهستريائي الذي يميز بأن المريض يصطدم بكل ما حوله إلا أنه لا يعرض نفسه لإصابة بليغة ، كما تشاهد اضطرابات بصرية أخرى كالشفع وعشي البصر وهي أكثر مصادفة وإزمانا لدى الذكور . أما الصمم الهستريائي فيعقب الرضوض والصدمات الانفعالية (الحروب ، الحوادث ) كما يشاهد لدى الذين يعتمد عملهم على حاسة السمع .

#### 4 الاضطرابات العصبية الانباتية :

كثيرة المشاهدة ويدعمها الاضطراب الوظيفي لهذا الجهاز الحساس لدى الهستريائي

- تشنجات العضلات الملساء والمصراآت : التشنجات المريئية التي تمنع التغذية ، الإقياءات الشديدة ، التشنجات التنفسية ، التشنجات المهبلية ، السعال العصبي .

- انتفاخ البطن والحمل الهستريائي الكاذب .

- الاضطرابات الوعائية الحركية والتنظيم الحراري كمحالات الاقتراد والأزرقاق والوذمة تحت الجلد والنزوف النقضية والتعرق . وبعض هذه الاضطرابات الشديدة موضوع بحث وجدل إذ يعزوها بعض المؤلفين إلى استعداد عضوي يجتد بفعل الاضطراب الهستريائي . كما يعزوها بعض آخر إلى حالات تقليد المرض .

تشاهد أحيانا أعراض ارتدادية (تجوكية) من النوع النفسي تتمثل في الجنون الهستريائي وتظاهر مثل الفصام إلا أن المريض لا يفقد الاتصال بالعالم الخارجي بل يظل مرتبطا به (خصوصا في إظهار أعراضه) كما أنه يكون على مسافة من «هذيانه» .

#### د - خصوصيات وآليات الأعراض الهستريائية التحولية :

تتباين الأعراض التحولية ونماذجها حسب الزمان والمكان والمحيط الجغرافي والثقافي الاجتماعي . وتظهر في بداياتها غالبا في حوالي سن الخامسة والعشرين بينا

تندر بعد سن الخامسة والأربعين أما امتداد الأعراض ونكسها فيرتبط بشخصية الفرد ودلالة العرض وما يجنيه من «فائدة» من ورائه .

- آليات الأعراض التحولية :

يلعب الإيجاء والتقليد دوراً رئيسياً في تظاهر الأعراض التحولية الهستيرية ويثبت ذلك بالإيجاء والتنويم الطبي والحالات الهستيرية الجماعية . أما توضع العرض فيتبع عدة عوامل فقد يتوضع في ندبة جرح أو مكان رض أو آفة قديمة كما قد يقلد آفة مرضية شاهدها المريض لدى شخص يرتبط به انفعالياً (التماهي) أو يتبع وصفاً سمعه المريض أو تقاليد شعبية وكذلك يتبع القيمة الليبيدية لبعض الأعضاء والوظائف ويأخذ بعض مواضع الجسم كمناطق استئثار شهواني حسب التطور الجنسي النفسي الطفلي . فالعرض يحمل قيمة رمزية تمثل الصراع النفسي وتعبّر عنه ما دام مكبوتاً فيؤدي إلى تخفيف الحصر الناجم عن هذا الصراع بتحويله إلى مجال جسدي مما يمثل الربح البدني بفعل استخدام الجسد في آلية الدفاع ضد الحصر والقلق من ناحية أخرى يسمح العرض بجني ربح ثانوي لما يدخله من تحويل على العلاقة مع المحيط ، يستهدف تلبية نمط من الرغبات اللاشعورية للمريض حتى وإن كان ذلك بأسلوب نكوصي لا يتلاءم مع كيان المريض وواقعه الراهن .

هـ - الأعراض النفسية والذهنية للهستيريا :

1 اضطرابات الذاكرة .

هي اضطرابات ذات منشأ نفسي منها :

- فجوات الذاكرة وحالات الوهل الإصطفائي وهي تتعلق بمراحل وذكريات مشحونة بالإنفعالات (إحباط تسديد ، صدمات ، حرب ، حوادث) وقد ترافقها أحياناً أوهام ذاكرة وهذر (الذكريات المقنعة) .

- الوهل الطفلي المديد : حالة قليلة المصادفة من فقد ذاكرة أحداث الطفولة بكاملها وهي مميزة للهستيريا وشكل من أشكال الوهل الفجوي أو الجزئي تتعلق أوهام الذاكرة المقنعة هنا غالباً بأحداث جنسية مختلفة كالإغتصاب والتجارب الجنسية .

- الوهل الإحتدادي الشامل حالة نادرة تتمثل بالتشرد الوهلي .

2 - اضطرابات الوعي :

- حالات غروبية نادرة تتسم بالإندهاش والغرابة دون تخليط حقيقي .  
- الحالة الثانية أو المجانبة ويحدث فيها ضياع شخصية ونشاط نفسي شبه حلمي .

- حالة ازدواج أو تعدد الشخصيات : حالة نادرة يعيش فيها المريض بشكل متعاقب ومتبادل عدة شخصيات مختلفة لكل منها سماتها وخصوصياتها وتجهل كل شخصية وجود الشخصية الأخرى .

- تناذر «غانسر» : حيث لا يستجيب المريض لمحيطه بشكل طبيعي وتكون إجاباته الكلامية شاذة ومجانبة .

3 اضطرابات اليقظة :

- نوبات نومية وحالات فتور نومي وسبات كاذب وتخشب تدوم لأيام أو أسابيع دون أن يتغير فيها التخطيط الدماغى الكهربائى وتنتهى بنوبة تشنجية أو أعراض تراجعية وهي غالبا تدفع إلى استكشافات عصبية وجراحية لإلتباسها بالسبات .  
- أطوار من السرمنة حيث يزدوج الوعي ويقوم المريض بسلوك وتمثيل أدوار وهو في حالة نوم قد تتعلق بتجارب وأحداث اليقظة وتشاهد السرمنة المتنقلة المقترنة بالتشرد اللاواعي وهي تحدث غالبا خلال أو إثر موقف رضى نفسي شديد .

4 اضطرابات الذكاء والملكات الذهنية :

وهي كثيرة المشاهدة حيث يعجز المريض عن الجهد الفكري ويصبح سلبيًا وكل محاولة لدفعه إلى النشاط الذهني تحدث لديه حالة حصر يكون هذا اللجم عابرا غالبا إلا أنه عندما يكون مديدا قد يلتبس بالتخلف العقلي ويسمى إذاك التخلف العقلي العصائبي الكاذب إذ أن اختبارات الذكاء تكون طبيعية .

و- الأشكال السريرية للهستيريا وتطورها

تصادف الهستيريا لدى النساء أكثر من الرجال الذين تكون لديهم ثابتة أحادية

الأعراض بينما تكون متبدلة متعددة الأشكال متنوعة الأعراض لدى النساء اللواتي تتعلق لديهن بعناصر عاطفية وجنسية وتتعلق لدى الرجال بعناصر مهنية اجتماعية ورضية جسدية أو نفسية بالحروب والحوادث .

تتظاهر الهستيريا وتتطور بشكل حوادث تحولية منفصلة منعزلة أو متكررة متباينة التنوع والتبدل ومحدودة الإعاقة . وتتطور أحيانا أخرى بشكل مزمن يؤثر على الموقع الاجتماعي للفرد ويعيقه في وظائفه .

تراجع الحوادث التحولية وتندر بالتقدم في السن وتأخذ محلها الشكاوي الألية والحالات الهمودية المراقية .

نشوء العصاب الهستيرياوي وتطوره السريري :

تظهر العلامات العصابية في عمر مبكر كالأليخائية والنوبات العصبية والضعف الانفعالي والسلوك المسرحي وثرأ الخيال .

كما تظهر اضطرابات غذائية في الطفولة أو المراهقة فيشاهد قمة ونحول مع اضطرابات وظيفية بالجهاز الهضمي .

وتعاني المرأة الهستيرياوية من برود جنسي وتشنجات مهبلية قد ترافق بالنفور من النشاط الجنسي أما لدى الرجل فقد يشاهد القذف المبكر أو العنة .

يدفع القلق والألام والوهن المريض إلى الإفراط بإستهلاك الأدوية ومعايدة الأطباء .

أما الحوادث الهستيرياوية فقد تكون شديدة ومعيقة وتتراوح من عدة أيام إلى عدة سنوات .

وتتطور الهستيريا تبعاً للتطور العلائقي مع المحيط الذي يظل دائماً طرفاً ليس في نشوء المرض فحسب بل وفي تظاهراته واستمراره . إذ كثيراً ما يتشكل توازن بين العرض العصابي وأسرة المريض يسمح له بجني فائدة وهمية ويغذي بقاء العرض بحيث كثيراً ما يزول العرض سريعاً عندما يتبدل هذا التوازن بشكل يفقد التظاهر الهستيرياوي مبرر وجوده .

### 3 إشكالات التشخيص والتشخيص التفريقي للهستيريا

تتميز الهستيريا بأنها «المقلد الأعظم» لجميع الأمراض لذلك لا بد من الحذر والتحري إذ أن الأخطاء الطبية كثيرة ووخيمة في هذا المجال خصوصا على المستوى العضوي لذلك لا بد من مراعاة بعض القواعد التي تسمح بتمييز الأعراض والتظاهرات الهستيرية عن الأعراض والآفات العضوية ومنها :

1 - السمات الخاصة للتظاهرات الهستيرية فهي لا تتوافق مع المعطيات التشريحية المعروفة وكما أنها تتطور بشكل متبدل ومتناقض بينما لا تكشف اضطرابات موضوعية بالفحص السريري . أما الاضطراب أو العجز الوظيفي فلا يكون متطابقاً مع السببية الظاهرة . كما أن الأعراض يمكن أن تنتقل بالعدوى الايمانية كما يمكن أن تزول مؤقتاً أحيانا بالإيحاء .

2 - لا يجب إهمال أن الهستيريا تتواجد أحيانا مع اضطرابات عضوية أو آفات مرضية قديمة تثبت بشكل وظيفي . كما أن الهستيريائي معرض كغيره للإصابة بأي مرض أو آفة عارضة .

3 - لا يجب الاكتفاء بالتشخيص البدئي للهستيريا بل يجب إجراء فحص عضوي وعصبي كامل كذلك إجراء الفحوص المتممة الملائمة كالاختبارات النفسية وتخطيط الدماغ الكهربائي والصور الشعاعية والاستكشافات المخبرية .

ومن الآفات العضوية الشائعة الإلتباس مع الهستيريا . الصرع الصدغي ، الأورام الدماغية ، التصلب اللويحي وبعض الأمراض الاستقلابية كالهورفيريا وهبوط كلس الدم وهبوط السكر الدموي ونقص بوتاسيوم الدم .

### التشخيص التفريقي الحدودي للهستيريا

#### 1 - الهستيريا والآفات العضوية الدماغية :

يتقارب تعبير بعض الآفات الدماغية بشدة من الهستيريا كعقائيل بعض إصابات قاعدة الدماغ الإلتهابية والاضطرابات الحركية الانسجمية المزمنة (كتلك الناشئة عن المثبطات العصبية وهي تتأثر أيضا بالإيحاء) .

كذلك يقارب الصرع النفسي الحركي الأعراض الهستيرائية الحادة (النوبية) كما أن الصرعي قد يبدي تظاهرات عصابية هستيرائية ترافق نوبته الاختلاجية .

## 2 - الهستيريا والاضطرابات النفسجسمية

كان الباحثون يفرقون بين التحول العضوي الهستيرائي والاضطرابات السيكوسوماتية التي تتضمن آفات عضوية ووظيفية حقيقية وموضوعية ثابتة إلا أن المؤلفين المحدثين لاحظوا تقارباً بين الشخصية الهستيرائية وبعض أنماط الشخصية السيكوسوماتية خصوصاً في الحالات الألرجائية من المنشأ النفسي .

## 3 - الهستيريا وهستيريا القلق أو الهستيريا الرهابية

وضعها فرويد منذ بدايات هذا القرن حيث تماثل الهستيريا القلقية بنوبيا مع الهستيريا التحولية وهي تتمثل في مركزة شديدة للحصر حول موضوع رهابي مع تظاهرات أزمية للفرع باضطرابات سلوكية ووظيفية وعصبية انباتية حادة .

## 4 - الهستيريا والتقليد أو التصنع

التصنع والتقليد عمل واع ومقصود يقصد به الفاعل خداع الآخرين وجني ربح من ذلك بينما تنطلق الهستيريا من آليات لا شعورية لا يسيطر عليها الفرد . وقد تلبس الحالتان وتتقاربان أحيانا إلا أن مراقبة التطور ودراسة شخصية المريض والملايسات المحيطة تسمح بالتمييز . .

## 4 - المنشأ المرضي والآليات النفسية للهستيريا

كان «جانيه» أول من قدم تفسير ديناميكيا نفسيا للنشوء الهستيرائي ، فاعتبره نتاجا لضعف التحليل والتركيب النفسيين السويين وتضييقا في مجال الوعي بحيث يوجد لدى المريض نزوع إلى تجزؤ الشخصية . كما أنه بفعل هبوط التوتر النفسي يميل في حالة شبه تنويمية إلى آلية نفسية تتظاهر فيها أفكار وصور ثابتة يعيشها بشدة ويحفظها على جسده .

أما فرويده الذي درس الهستيريا بعمق مع بروير فقد توصل إلى أن الإجماع

ليس خارجيا بل يتأتى من بنية نفسية باطنة هي اللاشعور . فالتظاهرات الهستيرية هي انبلاج رمزي لرغبات ونزعات مكبوتة تراجعت إلى اللاشعور بفعل صراعات نفسية تعود إلى الطفولة تتمحور حول الأزمة الأوديبية والخوف من الإخصاء كعقاب على الرغبات الجنسية . بحيث يشكل العرض الهستيري ، في مرحلة لاحقة ، توفيقاً بين الرغبة والتحریم وبين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع . بحيث يحقق العرض الهستيري الرغبة بشكل مقنع عبر آليات نفسية تشابه آليات النشوء الحلمى كالتكثيف والنقل والتبادل والتأهيات المتعددة ، وعبر ذلك يتم تجاوز الحصر المرافق للرغبة الأصلية المقصاة . . لكن « فرويد » ظل حائراً أمام هذه القفزة من النفسي إلى الجسدي وعمل آلية التحول بأنها تحدث عندما يوجد توافق بين الاستعدادات الجسدية والصراع النفسي .

إلا أن الباحث بالتحليل النفسي « سامي علي » يفصل بين الجسد والجهاز النفسي بنظريته حول الثنائية : الجسد الواقعي والجسد الخيالي منطلقاً من إعطاء أهمية جوهرية لوظيفة الخيال والآلية الإسقاطية في الديناميكية النفسية والنفسجسمية فيرى أن الهستيري يستثمر طاقته النفسية في الجسد الخيالي وليس في الجسد الواقعي وذلك عبر السياق الهلسي وبالإسقاط الذي يؤدي إلى إنتاج صور جسدية مشتقة من تجارب حسية وحواسية ، بصرية خصوصاً . فيتأتى الاضطراب الهستيري من تجزؤ في الوعي ، يسميه « بروير » الحالة شبه التويمية ، ويؤدي إلى انفصال صورة العضو المعني عن التمثيل بحيث يصبح جزءاً من تمثل آخر يتظاهر بلغة جسدية ، إذ أن قسماً من الطاقة اللاشعورية يستثمر ويتموضع في وظيفة العضو المنفصلة عن باقي التمثيل الجسدي .

## 5 معالجات الهستيريا

تمثل الأعراض الهستيرية تحقيقاً رمزياً لرغبة مقصاة إلا أن هذه الرغبة علائقية تستهدف الآخر . لذلك فإن الطبيب يكون منذ البدء طرفاً في الشبكة الهستيرية مما يتطلب منه الدخول في موقف علاجي منذ المقابلة الأولى بأن يعي تحويله المعاكس (إرتكاساته الشخصية واللاشعورية) ولا يتصرف بشكل ذاتي يمكن أن يدعم الأعراض أو يزيد الصراعات النفسية والعلائقية شدة . وفي تعامله مع



الشكوى العرضية، إن هو أكد أن التظاهرات الهستيرية لا تتأتى من آفات أو اضطرابات عضوية فيجب أن يشرح أن هذه الاضطرابات تنجم عن آليات أخرى ولا يوحي بأنها مجرد تصنع أو تقليد .

أما الطبيب العام فيجب أن يدرك ضرورة التوجيه السريع للهستيريائي الى الأخصائي تجنباً لمعالجات ومدخلات عضوية تزيد الحالة النفسية شدةً ووخامة إضافة إلى ضررها العضوي .

كان «فرويد» و«بروير» إضافة إلى «جانيه» أول من تعامل علاجياً مع العصاب الهستيريائي بمدخل علمي منهجي حيث إستخدما التنويم الطبي في معالجة الحالات الهستيرية ورغم أن «فرويد» ترك هذه الطريقة وإنطلق إلى بناء نظرية التحليل النفسي الأكثر عمقاً في مفعوله العلاجي والإستكشاف من التنويم . إلا أن هذا الأخير لا يزال أسلوباً مستخدماً وفعالاً في العصابات الهستيرية خصوصاً عندما لا تكون الأعراض قد تثبتت بشدة وأصبحت مزمنة وعندما لا توجد دفاعات طبيعية مفرطة الصلابة . .

من الطرق العلاجية الأخرى الصدمة الانغيتامينية التي تحدث انفجاراً إنفعالياً وتوصف في التظاهرات الحركية حيث تحدث إختفاءً سريعاً للأعراض .

أما التحذير التحليلي فيفيد في الهستيريا الحادة ما بعد الرضية وبعد الحروب حيث يسمح بتخفيف درجة الوعي والكبت فيتم إسترجاع الحدث الراهن وتحليله .

تفيد هذه الطرائق في تخفيف الأعراض خصوصاً بينما تعمل العلاقة العلاجية النفسية المديدة بنقل المريض من تظاهراته المرضية السطحية إلى عمق صراعاته النفسية وآليات نشوءها مما يسمح له بفهم تفصيلها مع الأعراض ويدفعه إلى اختيار تدريجي لأسلوب علائقي أكثر توازناً وجدوى بالنسبة له ولغيره وبالتالي تغيير بنية شخصيته باتجاه إيجابي ولتحقيق هذا الهدف يمثل التحليل النفسي للهستيريائي وشدة نكوصه العاطفي - الإنفعالي ، مما يتطلب إذاك اللجوء ، في مرحلة أولى على الأقل ، إلى علاقة علاجية نفسية أقل جذرية ، وإن كانت تحليلية لكن بأسلوب وجه لوجه ، تعمل أساساً على دعم الأنا وتعزيز مواجهتها لمهامها الراهنة .

من ناحية أخرى قد يفيد عزل المريض عن محيطه إذ أن الوسط الأسروي .

الاجتماعي قد يكون طرفاً في تظاهر الأعراض ويعززها باستجاباته الخاطئة بحيث أن إزالة هذه الاستجابات يلغي الجدوى (النفخ الثانوي) وبالتالي المبرر المباشر لوجود هذه الأعراض .

أما المقاربة الدوائية فتستخدم لإزالة حالات الحصر والقلق والمواقف الصراعية بوصف المهدئات . كما توصف مضادات الهمود والمنشطات النفسية في حالات الارتكاس الهمودي .

## العصابات الرضية والإرتكاسية

تنشأ العصابات الإرتكاسية عند تعرض الفرد لصدمة رضية نفسية أو جسمية شديدة وتشاهد في الحروب والكوارث وكذلك في حالات الإعتداء والحوادث والصدمات النفسية .

أ - الدراسة السريرية :

تتمثل اللوحة السريرية للعصابات الإرتكاسية في :

- 1 - فيضان انفعالي : نوبات رجفان ، نوبات بكاء ، هياج غير منتظم ، هجمات عدوانية ، فرط استشارة حواسية .
- 2 - حالة ذهول وانهيار وفقدان مبادرة .
- 3 - حالة قلق وحصر وأعراض غير نوعية حسب شخصية المريض ، من النمط العصبي ، رهابية ، هستريائية ، وسواسية قسرية ، مراقبة .
- 4 - إضطرابات وظيفية : وهن ، آلام ، إضطرابات عصبية إنباتية ، صداع . .
- 5 - حالات همودية وتظاهرات عديدة ومشابهة كالانطواء على الذات والحمول ، وهبوط اليقظة وتدني قيمة الذات ومشاعر الذنب والقمة والأرق .
- 6 - ظواهر تكرر :

- أفكار وسواسية وهرات ، وحركات دفاع ونوبات غضب .  
- كوابيس متكررة تستعيد الحدث الرضي بهدف ضبطه واستيعابه دون جدوى

- ازدياد الأعراض أمام مواقف تذكر بالحدث الرضي .

7 - تبدلات بالشخصية : يشاهد لدى المريض حالة نكوص وآليات إسقاط وتحوّل جسمي ، فيصبح سلبيا مرتبطا ذا سلوك طفلي يطلب الأمن والاهتمام وذا سلوك احتجاجي ومطالب .

### الأشكال السريرية والتطورية

قد لا تتجاوز الحالات الارتكاسية العصابية الأيام أو الأسابيع إلا أن العصاب الرضي قد يترسخ ويستقر بعدة أشكال :

- 1 - الوهن العصبي ما بعد الرضي : إرهاق وشكاوي مراقبة .
- 2 - الهستيريا ما بعد الرضية : تكون أعراضها مشددة ومعيقة .
- 3 - التبدل الطبيعي بشكل نكوصي واحتجاجي .

يكون الإنذار أشد في الأعمار المتقدمة حيث تستديم الأعراض الوظيفية والإضطرابات الطبيعية .

كما تشاهد حالات إفراط بالاحتجاج والمطالبة بالتعويضات وهي تنشأ عن عوامل نفسية إجتماعية وتتطلب التفهم والمعالجة على المستويين النفسي والاجرائي إذ لا تنجم كما يعتقد البعض عن محاولات تزييف وخداع . . .

### ب - العوامل النشوية للعصاب الارتكاسي :

تتظاهر هنا عناصر الرض ذاته وخصائص شخصية المريض والعوامل الإجتماعية وتتمثل على المستوى النفسي في أن الفرد يواجه موقفاً يحبط وسائله الدفاعية العادية بشكل حاد يعرضه للمخطر الشديد مما يستوجب تفكيكا آنيا لهذه الآليات وبناء آليات دفاعية جديدة تأخذ شكلها نكوصياً .

أما أنواع الرض فتكون رضاً نفسياً مفاجئاً وشديداً ، أو ضغطاً نفسية وجسدية متكررة تتجاوز في النهاية طاقة تحمل الفرد . أو رضاً جسدياً يحيط غالباً بمنطقة ذات أهمية ودلالة رمزية (الرأس ، اليد . . . ) .

- شخصية المريض : تلعب هشاشة التوازن النفسي للفرد دوراً رئيسياً في

تشكل العصاب الرضي . إلا أنه لا يجب التقليل من شأن الرض ذاته حيث قد يتأثر أشخاص أسوياء برض معين بينما لا يتأثر به أفراد عصائون .

لذلك لا بد من ربط الحدث بالصيرورة الشخصية للفرد لفهم دلالات إرتكاسة أمام الرض الذي يتم فصل مع أحداث سابقة وآليات وصراعات شعورية ولا شعورية .

من ناحية أخرى تلعب دورها عوامل الإرهاق والإضطرابات العلائقية والتناقضات والصراعات مع المحيط ومشاعر الذنب (كوفاة زميل عمل أو رفيق بالحرب . . )

توجد أيضا عوامل محيطية قد تشجع نشوء الحالة العصابية الرضية كسلوك مفرط القلق والعناية والتعاطف حول المريض مما يسهل تكوصه الطفلي وجني الفوائد العاطفية من هذا الموقف . كذلك يؤثر موقف الطبيب عندما يضعم الحالة المرضية أو يهمل العناصر النفسية ويقلل من شأن الأعراض مما يحدث لدى المريض ازديادا بالاضطراب . .

### جـ - معالجة العصابات الإرتكاسية والرضية :

يكون الإنذار أفضل بمقدار ما يكون العلاج سريعا فيجب إبعاد المريض عن الأحداث والمواقف المثيرة للإرتكاس العصائبي ومعالجة الأعراض مباشرة بالمهدئات ومضادات الهمود . ويعمل على تجنب الإستشفاء المديد حتى لا يحدث إرتباط ونكوص عاطفي . ويجب أن يكون التعامل الطبي مع المريض باعشا على الثقة ومطمئنا فيأخذ شكلا علاجيا نفسيا داعما مع شرح ملائم ومنسجم حول الحالة والفحوص المتعلقة بها .

أما التحليل التحذيري والتنويم الطبي فقد قدم نتائج جيدة خصوصا على مستوى عصابات الحرب والحالات المشابهة .

## العصاب الوسواسي - القسري

أ - مدخل عام :

يعتبر العصاب الوسواسي النموذجي ، الشكل العصابي الأكثر اكتمالا وانتظاماً ويرى فيه عدد من الباحثين النوع الأكثر وخاصة بين العصابات ويذهب بعضهم الى اعتباره شكلاً وسيطاً بين الحالة العصابية والحالة النفسانية .

تشتق الكلمة اللاتينية الموافقة للوسواس من كلمة «المحاصرة» يعرف العصاب الوسواسي القسري بأنه حالة عصابية تنشأ فيها أفكار وتطورات واستيهامات وسواسية ونزعات قسرية تسيطر على التفكير . ويحدث ذلك في سياق شخصية واهنة نفسياً أو وسواسية ودون وجود اضطرابات نفسية دائمة من نوع آخر . كما ينشأ هذا العصاب دون أن تسبقه تظاهرات مرضية أو اضطرابات شخصية ملحوظة .

تشاهد تظاهرات وسواسية طبيعية تشتد خلال بعض أطوار نمو الطفل خصوصاً في أواخر المرحلة الشرجية (بين سن الثالثة والرابعة) ويسمىها فرويد الطور الوسواسي الانتقالي . ويلعب المحيط الأسروي بضغطه وتقاليده وعاداته وسماته النفسية الاجتماعية دوره في تطور هذه النزعات . كذلك قد تتظاهر بعض النزعات الوسواسية الخفيفة لدى الكهل عند اشتداد الأزمات ووطأة المحيط مما يتجاوز درجة تحمل الحصر بالآليات الدفاعية الأنوية العادية . أما الحالات الوسواسية القسرية المرضية فهي تتفاوت في أشكالها وشدتها فهي قد تشكل جزءاً من الآليات الدفاعية في عصاب الحصر أو العصاب الرهابي خصوصاً في أطوار عابرة مرتبطة بالوطأة

المحيطة. كما قد تنمذج وتستقر بشكل عصاب وسواسي أورو قسري وصفي متفاوت شدته ووخامته ، من أشكال وسواسية خفيفة حتى أشكال شديدة . تقارب بعض خصائص النفاس والفصام وتعيق الفرد وأنشطته المهنية والاجتماعية . ويعتبر التصنيف الأمريكي DSMIII الحالات الوسواسية - القسرية قسماً من تظاهرات اضطرابات القلق .

تعرف الوسواس بأنها أفكار متكررة تغزو التفكير ولا تخضع للإرادة ، يعتبر الفرد مضمونها أو تكررها وسيطرتها أمراً سخيلاً وغير منطقي ويبدل جهداً لاستبعادها دون جدوى أما السلوكية القسرية فهي سلوكيات متكررة غير ذات جدوى منطقية ولا يمكن مقاومتها . . . . .

ب - الدراسة السريرية للعصاب والحالات الوسواسية والقسرية

دراسة الحالات الوسواسية والقسرية

1 الآلية الوسواسية

تتمثل بفكرة تغزو التفكير وتفترض غالباً بعض المخاوف . تكون شاذة وغريبة ، وتأخذ شكلاً طفيلياً مقلقاً يحاصر الفرد فتثير لديه الحصر والانفعال رغم أنه يدرك لا منطقيتها وسخافتها . تأتي الوسواس من باطن المريض ولا علاقة لها بالأهلاس وهو يقاومها دون جدوى فينتهي بالاستسلام لها ويعمل على تخفيفها بأعمال قد تأخذ أحياناً شكل طقوس وسلوكيات قسرية تقترن بالأفكار الوسواسية . وفي كل الحالات تمر الأفكار الوسواسية بحلقة مفرغة إن تبدأ ب بروز الفكرة ثم القيام بعمل ما علاقة لتخفيف ضغطها ثم الشك ثم عودة هذه الفكرة الوسواسية من جديد . . . . بحيث توجد علاقة جدلية بين الشك ونزعة الكمال لدى الوسواسي . تأخذ الحالات الوسواسية وقت المريض وجهده ويمكن إعتبارها نوعاً من المتعة المازوشية الغريبة من خلال نرجسية المريض وتمركزه على ذاته .

٢ - الطقوس والسلوكيات القسرية

هي سلوكيات وأعمال يقوم بها الشخص لتخفيف حالة قلق متصاعدة

ولا يستطيع الامتناع عنها . رغم أنه يدرك ما تتصف به من لا منطقية وسخف . وما تجلبه له من ضيق وعرقلة ويتم ذلك بشكل متكرر وطقسي . تكون هذه الأعمال عادة غير مؤذية ، إلا أن تكررها المستمر يعرقل أنشطة الشخص . وهو يحاول غالباً إخفاءها ويخجل منها . تكون الطقوس غالباً وسيلة يتبناها المريض بشكل شبه إرادي في البداية لتخفيف الحصر أمام موقف معين أو لاستبعاد أفكار وسواسية إلا أنها تنضم إلى السياق الوسواسي القسري بذاتها (وهي كتكرار كلمات محددة ، قبل البدء بعمل أو العد إلى رقم معين قبل إتخاذ قرار . . . الخ . . .) أما السلوكيات القسرية فهي إما مستقلة بذاتها أو تنجم عن الأفكار الوسواسية .

### 3 مواضيع الوسواس والطقوس والسلوكيات القسرية :

أ - مواضيع النظافة والصحة والأمن والأخطار الخارجية : كالوسواس والطقوس المتعلقة بالأوساخ والعدوى المرية (تكرار غسل اليدين) وإغلاق الأبواب والإنارة النادرة والغاز والوسواس حول الحرائق والأدوات القاطعة والأماكن العالية .

ب - المواضيع الدينية والفلسفية والأخلاقية : كالخوف من إرتكاب المحرمات والنطق بكلمات كفر والتساؤلات الوسواسية حول وجود الله وحول مواضيع فلسفية وما وراثية والمخاوف الوسواسية من النظام والقانون .

ج - الوسواس الحسابية حيث يعيد الوسواسي حساباته عدة مرات

د - وسواس الدقة : يكون الوسواسي دقيقاً ، يسعى إلى إستكمال أعماله يبحث عن التفاصيل ولا يرضى بالنقص فيعيد من جديد ما بدأ به ويسعى إلى الترتيب والنظام المفرطين سواء تجاه ذاته أو ما يفرضه على الآخرين كما يتمسك بممتلكاته ويحسبها ويعدها ويراقبها ويحميها . كما يكون أيضاً منظماً ومرتباً على المستوى الفكري ينظم برنامج أوقاته ويضبط مواعيده ، تناله الوسواس بشأنها ويستعيدتها باستمرار في تفكيره الذي يقسمه إلى مناطق منظمة ومنهجية بشكل آلي ، كما يسعى إلى تحليل الأفكار المجددة والتعبير عنها بدقة مفرطة حتى تصبح معقدة ومختلطة . ويعمل على السيطرة على الزمن الماضي (الذكريات) والحاضر والمستقبل ويلاحظ أنه رغم سعيه



للدقة والكمال فهو يخشى إكمال عمل ما ويسعى إلى تمديده بإعادته والبحث في تفاصيله .

هـ - الوسوس المعرفية وهي تساؤلات وشكوك وسواسية حول مظاهر الأشياء والقوانين الفيزيائية والحيوية والطبيعية (مثلاً : لماذا تشرق الشمس من الغرب ؟ لماذا يمشي الإنسان على قدمين وليس على أربعة؟ ماذا يحدث لو ينهار قانون الجاذبية الخ . . . ) .

4 - النماذج الوسواسية

أ - الوسوس الرهابية

وهي أفكار وسواسية متكررة تنشأ عنها حالات رهابية ، إلا أن الخوف والحصر بظلال موجودين حتى في غياب الموقف أو الموضوع بفعل الوسوس وهي تنال خصوصاً مواضيع المرض والإنسجام والإسباخ وسلامة الجسد وتدفع إلى طقوس وسلوكيات قسرية كالحسابات والتنظيم والنظافة المفرطة وسلوكيات التجنب الشاذة .

ب - الوسوس حول السلوك القسري : رهابات النزوات القسرية

حيث تتتاب الفرد وسوس ورعب من أن يندفع رغماً عنه إلى ارتكاب أعمال قسرية لا منطقية - أولاً أخلاقية أو إجرامية الخ . . . مثلاً أن يقفز من النافذة أن يقتل أحداً أو ينزع ثيابه في الشارع أو يبصق بوجه أحد المارة أو ينطق بكلمات لا أخلاقية وفاحشة الخ . . . إلا أن المريض لا ينفذ أبداً هذه الأعمال بل لا يتجاوز الأمر الحالة الوسواسية وما يرافقها من حصر .

ج - الوسوس الفكرية :

كانت تسمى «جنون الشك» وهي تتمثل بأفكار وسواسية إجترارية ، لا يتمكن الفرد من التخلص منها سواء تمثلت في إستعادة تجاربه ومعارفه ومشاريعها وتقليبها على جميع الوجوه واستخراج ما تحتويه من نواقص وأخطاء وعيوب وإعادة

تفكيكها وتركيبها دون نهاية أو تكون الأفكار الوسواسية نوعية متعلقة بأحد المواضيع التي ذكرناه سابقاً والتي تأخذ أحياناً شكلها شاذاً وغريباً . وتكون هذه الأفكار مترافقة بالقلق والتوتر وتدفع إلى مختلف الطقوس والمناورات للتخلص منها دون جدوى .

## 5 - أنواع الطقوس والسلوكيات القسرية :

تستهدف الطقوس إستبعاد بعض الأفكار والمخاوف والرهابات أو تعبر عن النمط السلوكي الوسواسي المتصلب منها طقوس ذهنية كترديد بعض الكلمات أو العبارات أو الأرقام أو الخيالات وقد تصل إلى مناورات فكرية معقدة كإجراء عمليات حسابية معقدة والإعتماد على نوع نتائجها لاستبعاد المخاوف أو إتخاذ القرار الخ . . . ومنها طقوس سلوكية كغسل اليدين عشر مرات متتالية أو القيام يومياً بسلسلة من الأعمال المعنية قبل البدء بالنشاط العادي . . . كما تشاهد طقوس القيام من النوم وطقوس ارتداء الثياب وقد تأخذ وقتاً طويلاً يصل إلى ساعات .

أما السلوكيات والانشطة الفكرية القسرية فقد ترتبط بالوسواس أو تكون مستقلة عنها ومنها : إجراء نفس العمليات الحسابية المستمرة يومياً أو عدّ الأشجار على الطريق أو التأكد من إغلاق الأبواب والنوافذ وتفتيش المنزل كل ليلة أو جمع الثياب البالية أو قصاصات الورق الخ . . .

## 2 - العصاب الوسواسي القسري -

تتفاوت الأعراض السابقة في شدتها ولا تكفي لتشخيص الحالة العصابية ، حيث تشاهد أيضاً لدى الشخصيات الوسواسية والواهنة نفسياً وفي الطبع الشرجي .

أما في الحالة العصابية فإن الوسواس الفكرية والشك المرضي تأخذ شكلاً تجريبياً وتسيطر مع اللجم عندما تتطور على شخصية واهنة نفسية . بينما تسيطر السلوكيات القسرية في العصاب الناشيء على طبع شرجي . وتشاهد إضافة إلى الحالات الوسواسية والقسرية أعراض وهن ، وحصر وقلق وهمود واضطرابات طبع وتصلب طبيعي . وهي متفاوتة من حالة إلى أخرى . كما تتفاوت درجة الإعاقة المهنية

الإجتماعية فيميز العصاب الخفيف والجزئي والشديد . يُشاهد هذا العصاب في أعمار مختلفة إلا أنه يظهر خصوصاً في سن الشباب وهو أقل مصادفة من الحالات العصابية الأخرى وأشكاله هي :

١ - الشكل الكلاسيكي : يبدأ خلال المراهقة يكون تطوره متفاوتاً ويميل إلى التحسن ويكون التلازم الإجتماعي مقبولاً .

٢ - الأشكال الوخيمة وهي معيقة مهناً واجتماعياً .

٣ - الأشكال ذات الهجوم المديد .

٤ - الأشكال ذات البدء المتأخر : في حوالي من الخمسين .

٥ - الأشكال ذات إنكسار المعاوضة النفسي : حيث تنتقل حالة وسواسية - قسرية إلى حالة هذيانية تقاسية . ومن المعروف أن الفصام يبدأ أحياناً بشكل وسواسي - قسري . كذلك يمكن أن يتبدل التطور الفصامي لدى صغار السن تحت المعالجة إلى شكل وسواسي . قسري .

٦ - الأشكال ذات إنكسار المعاوضة العمودي .

٧ - الأشكال الوسواسية القسرية الطفلية : يمكن أن تتحسن عفويا أو بالمعالجة .

### ج - الشخصيات الوسواسية - القسرية :

١ - الشخصية الوسواسية بالخاصة ( النموذجية )

يقدم التصنيف الأمريكي DSMIII خمس خصائص رئيسية للشخصية الوسواسية :

أ - صعوبة التعبير العفوي عن الإنفعالات والبرود العاطفي .

ب - المثالية وطلب الكمال .

ج - مطالبة الآخرين بالتفكير بنفس النمط والتصلب السلوكي العلائقي .

د - الأهتمام بالعمل والأنشطة الجدية على حساب المتعة والتسلية .

هـ - التردد .

تمثل الآليات الدفاعية لدى الوسواسي في التشكلات الارتكاسية التي

تتظاهر في هوس النظافة والنظام والترتيب معاكسة رغباته اللاشعورية الأصلية بالفوضى والأوساخ .

(2) - العزل : فهو يفصل ويعزل عناصر حياته ويقسمها إلى مواقع ذهنية وعاطفية ، يفصل بين الذكاء والتفكير وبين الإنفعال والعاطفة وسيطر عليه التفكير المنطقي بحيث لا تظهر الإنفعالات إلا نادرا وبشكل خاد إنفجاري بينما يبدو عادة بارداً وخالياً من الإنفعالات . وكذلك من الرغبات العاطفية .

(3) - النقل : تكون النزعات الغريزية مكبوحة بحيث تنقل الرغبة والمتعة إلى الطقوس والوساوس ، فيحمل التفكير صبغة شهوانية في ذاته .

(4) - الالغاء : يعود الوسواسي دائما إلى البداية في تفكيره وأعماله ويجد متعة في التكرار إلا أن هذا المتعة تحمل صبغة مازوشية وتتسم بالمعاناة والحصر من المرافقين .

يعطي الوسواسي للتفكير الدرجة الأولى من الأهمية في حياته ، فيستغرق في الدقة المنطقية والتحليل والتركيب الفكريين ويعزو للفكر قوة وسلطة مطلقتين إلا أنه ينزع أيضا إلى التفكير السحري والتطير فيستخدم بعض الطقوس كتلك المتعلقة بالعدّ والأرقام وترديد عبارات أو أعمال ، لإستبعاد مخاوف أو وساوس أو توقعات معينة .

يكون تفكير الوسواسي ومنهجه المنطقي معقدين حيث يسعى إلى الإحاطة بأدق التفاصيل . ويحاول تجنب أقل ثغرة في سياقه الفكري ، بحيث كثيرا ما ينتهي إلى الضياع في الشبكة الفكرية المعقدة التي نسجها هو ذاته .

أما علاقاته مع الآخرين فهي شكلية ، باردة ومهذبة ، كثيرا ما يكون شديد الارتباط بشخص من محيطه ( أمه . زوجته . . . ) فتتخذ علاقاته شكلا ساديا - مازوشيا .

يوجد نوعان من الوسواسيين :

١ - الوسواسي السلبي .

٢ - الوسواسي النشط : يعمل غالبا كالأله وكثيرا ما يكون فعّالا في عمله مفرط الدقة ، شديد التأثر والاهتمام بالمنافسة ، كما يتسم غالبا بعدائية باردة وتشاهد لديه

نوبات عدوانية حادة دون أن يعبر إلى الفعل ، وهي قليلة الحدوث .

## 2 - الشخصية الواهنة نفسيا :

تتسم بهبوط الطاقة النفسية والإحساس العميق بالوهن ، وبالشكوك والهواجس والاجترارات الفكرية والتردد والتغيير المستمر للمخططات والمشاريع وترتيب الأعمال وتصنيفها .

## 3 - الطبع الشرطي

يتسم بالنظام والاقتصاد والتعنت . يكون الفرد المتسم بهذا الطبع مقترأ ، شديد البخل ، إلا أنه يندفع أحيانا ونادرا إلى مصاريف مفاجئة وغير متوقعة ، أما تعنته فهو عناد وعدوانية ومقاومة مطلقة للتأثر بالآخرين وآرائهم .

## د - التشخيص التفريقي والعلاقة مع اضطرابات نفسية أخرى

تشاهد الوسواس والتزعات القسرية بشكل عابر ، أحيانا لدى شخصيات مرضية ( كالشخصية القلقة ، الشخصية الحلودية ، الشخصية السيكوباتية ) وفي حالات عصابية أخرى كالعصاب الرهابي وعصاب الحصر .

- يوجد اختلاف بنيوي بين الهستيريا والعصاب الوسواسي إلا أن أعراضا وسواسية تشتد بتعزيز هستيريائي يلعب فيه المحيط الدور الأساسي بفعل ما يجلبه من ربح ثانوي مما يتحسن بفصل المريض عن محيطه .

- توجد علاقة بين الحالة الوسواسية والهمود القلق حيث قد تنشأ هذه الحالة خلال طور همودر بأعراض خفيفة تشتد تدريجيا بحيث تبدو إختلاطا للحالة الهمودية مما يشاهد خصوصا لدى الأطفال والمراهقين وتكون مضادات الهمود فعالة في هذه الحالات .

- العلاقة مع النفاسات : تشاهد حالات وسواسية - قسرية وخيمة تعتبر حالات نفساسية . كما تشاهد حالات شبه وسواسية في الفصام .

- تلاحظ سمات مشتركة بين الطبع الوسواسي والطبع الزوري كالتصلب

والتعنت والبرود العاطفي - الإنفعالي ، ويصادف مريريا أن تتحول حالة وسواسية إلى حالة زوربية .

هـ - النظريات السسية والأمراضية النفسية للحالات الوسواسية والقسرية :

### النظرية التحليلية النفسية .

تنشأ الحالة الوسواسية - القسرية من تثبيت على المرحلة السادية - الشرجية من التطور عندما تكون تربية الطفل قاسية وتفرض عليه النظافة والضبط الشرجي قبل أن يكون مؤهلا لذلك بشكل طبيعي ، مما يحدث إضطرابا وإجهاضا للنزعات العدوانية التي تنمو عادة في هذه المرحلة ، كما يحدث تثبيت شهواني رمزي على الناحية الشرجية وما تمثله على المستوى النفسي . بحيث عندما يقبل الطفل على المرحلة الأوديبية تكون نزعته العدوانية والتدميرية المكبوتة شديدة تستقطب النزعات الشهوانية ولا تسمح له بمواجهة هذه المرحلة بشكل متوازن ( يمكن من حلها إثر إحتداد العدوانية تجاه الأب بالتأهي معه! واستبطان الصورة الأبوية ) فينكص الأنا أمام ضغط هذه النزعات جزئيا إلى المرحلة السادية - الشرجية ويواصل نموه على أساسها أي دون أن يدمج القيمة الشهوانية التناسلية للمرحلة الأوديبية ودون أن يستوعب العلاقة المثلثة ، فينكر الطبيعة الشهوانية لنزعاته المكبوتة التي تأخذ طابعا عدوانيا يبدو أشد خطرا من النزعات الجنسية . مما يحمل على نمو أنا أعلى متصلبا وساديا ، يتسلط على الأنا الذي يستعمل آليات دفاعية لا تجدي إلا قليلا كالتشكلات الأرتكاسية والعزل والإلغاء . . . . .

### العوامل البيثوية :

يرى الباحثون وجود عوامل ثقافية إجتماعية تلعب دورا في نمو الحالات الوسواسية بالطبوس والعادات والتقاليد التي تفرضها . كذلك توجد أسر وسواسية ، فسلوك المحيط الأسروي يحدد نمو النزعات الوسواسية ، فعندما يكون المناخ الأسروي متحررا ومتسامحا ومنفتحا يتيح للطفل التعبير عن وساوسه النامية ،

دون أن يزيد تعزيزها بعوامل الضبط والحصار فإن هذه الوسواس والطقوس تتراجع عفوياً ، أما عندما تكون الأسرة متصلبة وصارمة في تعاملها فإن الطفل ترتكس بالمزيد من التمسك بوساوسه وطقوسه والمزيد من المطالب التي يغطي بها تفاهم حصره وقلقه وخصوصاً بما يبيده بعض الأهل من غيظ وعدوانية تجاه سلوك طفلي من هذا النوع .

### المنشأ الهمودي :

يثبت المنشأ الهمودي في بعض العصابات الوسواسية التي تتشكل في ظروف مثيرة للوسواس وتتدعم بشكل إشرطي خلال مرحلة همودية .  
أما العوامل البيولوجية والإرثية ، فلم تتمكن الأبحاث من كشف ما يدل على وجودها .

### و- معالجات الحالات الوسواسية والقسرية

تختلف المعالجة حسبها إذا تعلق الأمر بشخصية وسواسية أو بعصاب وسواسي - قسري .

من العوامل المحسنة لهذه الاضطرابات توفير الراحة النفسية للمريض واستبعاد الظروف المحيطة الضاغطة والمثيرة للوسواس والرضوض النفسية والغاء التوتر الانفعالي الذي تحدثه بعض شروط الحياة .

تستعمل الأدوية حسب متطلبات الحالة حيث تفيد المهدئات النيزوديازيبينية في الحالات القلقة (فالسيوم 15 - 20 مغ / يوم . . . .) وتوصف مضادات الهمود خصوصاً في الحالات الوسواسية الهمودية وعند إنكسار المعاوضة العصابي توصف أيضاً مقادير خفيفة من المثبطات العصبية ( 5 - 25 مغ / يوم . . . ) يمكن اللجوء في التناذرات الوسواسية الوخيمة إلى الصدمة الكهربائية التي تخفف الوسواس والقلق وقد يضطر الأمر في حالات نادرة شديدة إلى الجراحة العصبية بتخثير مناطق معينة في الفص الجبهي مما يلغي تأثير الوسواس ويزيل الحصر والقلق . . .

- التحليل النفسي الكلاسيكي يفيد خصوصا في الشخصيات الوسواسية حيث يزيل التصلب الأنوي ويحيي التعبير عن العدوانية والاستيهاكات كما يحرر الإنفعالات والتعبير العاطفي ويخفف مشاعر الذنب . أما في العصاب الوسواسي القسري فإن نتائجه أقل إيجابية . ويفضل في هذه الحالة علاج نفسي تحليلي أقل راديكالية ومواجهة خصوصا في الحالات الوخيمة والأعمار المتقدمة . . .

- المعالجات السلوكية .

يُستهدف الأعراض الوسواسية والقسرية حسب برنامج علاجي يتم التعاقد عليه بين الطبيب والمراجع ، وتستخدم عدة أساليب من بينها :

- إزالة التحسس المنهجية .

- التحسس الباطن بالخيال الإيجابي .

- المعالجة بالإغراق الخيالي والواقعي . . . . .

- المعالجة بكف التفكير .

- المعالجات ذات الوساطة الجسدية : كالإسترخاء والتحليل النفسي الحيوي

تفيد في مقاومة التوتر وإعادة تقييم العلاقة النفسية الجسدية لدى العصابي .



الفصل

الثاني

## حالات الإدمان

### الإدمان الكحولي والتأذرات الكحولية

١ - مدخل عام :

تقدم منظمة الصحة العالمية تعريفا للإدمان الكحولي يقول : « الكحوليون أفراد يستهلكون الكحول بإفراط ، ويصل ارتباطهم به درجة يحدث لديهم اضطرابا نفسيا عقليا واضحا أو تظاهرات تمس صحتهم الجسمية أو الذهنية وعلاقاتهم وسلوكياتهم الاجتماعية والاقتصادية أو ما ينذر بهذه الاضطرابات ويتطلبون المعالجة » .

فالعنصر الارتباط المرضي هو العنصر الجوهري للكحولية ، حيث يفقد المريض حرية الاختيار أمام الكحول وقدرة الإمتناع عنه . ويتمثل فقدان الحرية تجاه الكحول بمظهرين هما : ١ - فقدان الانضباط الذي يميز الشارب القهري إذ لا يمكنه التوقف عن الشرب حتى فقدان الوعي أو إنتهاء كمية الكحول . وتتقاصر هنا فترات الصيام عن الكحول كما أن الارتباط النفس يتحول تدريجيا إلى إرتباط جسمي .

2 - إستحالة الصيام : يتمكن المريض من تحديد كميات شربه إلا أنه لا يمكنه أن يتوقف يوما واحدا عن الشرب ، إذ يظهر إذاك تناذر الموز أو الصيام ( قلق إستشارة ، رجفانات ، غثيان ) .

يتباين تحمل الكحول من فرد لآخر حسب العمر والجنس والخصائص العضوية والإستعدادات الإرثية والعادات الغذائية والحالة النفسية والصحية العامة والتعود على الكحول . ولا يمكن تحديد المقادير التي تؤدي إلى الإدمان الفعلي إذا أنها متباينة جدا .

## 2 الآليات الإراضية وسببية الإدمان الكحولي :

تعتبر الكحولية ظاهرة متعددة العوامل وأهمها :

### ١ - العوامل الثقافية والاقتصادية الإجتماعية :

يكثُر الإدمان الكحولي لدى الطبقات والفئات الإجتماعية الفقيرة والمسحوقة وعند شيوع البطالة والأزمات الإجتماعية ولدى الأوساط المهاجرة التي تعاني استلابا ثقافيا واقتصاديا . وكذلك في المناطق التي تسود فيها تقاليد إستهلاك المشروبات الكحولية وتكون فيها شائعة رخيصة الثمن ومنها الاتحساد السوفياتي حيث أشارت إحصائية حديثة ( أواخر 1984 ) إلى وجود أربعين مليون مواطن يستهلكون الكحول بإفراط ( أكثر من 150 مل كحول صافي يوميا ) أما في فرنسا فإنهم يزيدون على 10% من مجموع السكان .

ومن العوامل الأخرى الإضطرابات العلائقية والأزمات العائلية .

## 2- العوامل والآليات النفسية

- يكثر الإدمان الكحولي لدى الشخصيات المرضية ( دون شخصية كحولية محددة ) من النوع الذي يتسم بالضعف والإرتباط وعدم تحمل الحرمان والشعور بالألم . وتشاهد نزعات عدوانية ذاتية ونزوية وتكون السمات القمية ( التثبيت إلى المرحلة الطفلية القمية ) والمازوشية البدئية ظاهرة .

### 3- الدراسة السريرية للحالات الكحولية :

أ- دراسة عامة للكحولية : أشكال الاستهلاك والأعراض العامة :

#### ١- حالات تحت الإدمان الشائعة :

تحدث في مناطق الإستهلاك الكحولي الشائع وتنال مثلاً في فرنسا ما يقارب نصف الذكور وعشر الإناث . تتصف بإستهلاك يومي لمشروبات كحولية خفيفة نادراً ما يتخللها سكر ولا تنجم عنها مشاعر ذنب بل هي تقليد أسروي تتطور خلال عشرين إلى أربعين عاماً إلى إختلاطات عضوية كبدية وعصبية وإضطرابات نفسية وتطور نحو الإدمان ، وذلك إذا لم يتم تخفيف المقادير في أواخر الكهولة .

#### 2- العصابات الكحولية

تقارب في فرنسا 45% من حالات الذكور و 85% من حالات الإناث تتميز بتفضيل المشروبات القوية والإستهلاك المتقطع الخفي والمنعزل يصل إلى حد السكر . يترافق بمشاعر الذنب والرغبة في مقاومة الشرب . تستند إلى عناصر مرضية عصابية وترافق بأضطرابات علائقية وجنسية ، وتؤدي على المدى الطويل إلى إحتداد الإضطرابات النفسية .

#### 3- هوس الشرب

وهو نزعة قهرية دورية إلى إستهلاك مقادير هائلة من المشروبات الكحولية تدوم النوبة عادة لعدة أيام وتنتهي بحالة سكر مباتي . تبدأ بعد سن الثلاثين وتشمل

5% من حالات الكحولية لدى الذكور و15% لدى الإناث . وقد تتطور نحو الإدمان . ويرى بعض الباحثين أنها قد تكون عديلاً للنفاس الهوسي - الهمودي .  
4 - الكحولية العرضية :

يجب مقاربتها بأسلوب مختلف عن الأشكال الأخرى فالارتباط هنا نفسي بحثٌ يستهدف تخفيف الآلام النفسية أو الجسمية . تكثر مشاهداتها في الإضطرابات النفسية العضائية والنفاسية (حالات الحصر ، الرهابات ، الفصام ، النفاس الهوسي الهمودي الإصابات الدماغية العضوية ، السيكوباتيا) ، وعندما تتحسن الإضطرابات النفسية يتراجع الإستهلاك الكحولي ، إلا أنه قد يتطور أحياناً إلى الإدمان .

### الأعراض والعلامات العامة للإسهم الكحولي :

- 
- وجه محتقن ولامع ، توسع الأوعية الشعرية على الوجنتين والأنف ، رائحة خاصة للنفس تعرق ، رجفانات .
  - إضطرابات كبدية وعصبية مركزية وإنباتية ، وقلبية دورانية .
  - تبدلات وإضطرابات نفسية : إضطراب الطبع (عصبية إستثارة ، تبدلات مزاجية سريعة ، إتجاه نحو الريبة والشكوك ، ضعف بالإرادة . . . .) إضطرابات عاطفية (مركزية أنوية ، تدني الشعور بالمسؤولية وحس الضمير ، عدائية ومشاعر ذنب) إضطرابات عقلية وإضطرابات ذاكرة .

### خصائص حالة السكر الحاد

---

تمر حالة السكر الحاد بمراحل متعاقبة هي :

- 1- مرحلة إثارة فكرية ذهنية وحركية وغريزية إنفعالية ، تتميز بحالة مرح وبهجة وثرثرة كلامية وإثارة جنسية وقد تحمل محلها أحياناً حالة ذات مظهر همودي .

- 2- مرحلة مضطربة : يفقد فيها الفرد السيطرة على توازنه الحركي فينتشر وتختل مشيته ويضطرب إنسجام حركاته . كما يتلعثم في كلامه وتضطرب أحكامه وإدراكه للمحيط كما تحدث لديه إضطرابات مزاجية وتنقص عتبة إستجابته الحسية كما تظهر لديه أشكال شبه هذيانية تركز على الأوهام الحسية وإضطراب الإدراك .
- 3- مرحلة نوم سباتي تتدنى فيها المنعكسات الوترية . ويحدث خدر حسي وفقدان الضبط العفوي (إرتخاء المصبرات) وتنفس غطيبي .

## ب التناذرات الكحولية

### 1- حالات السكر المرضي :

تأخذ حالات السكر المرضي عدة أشكال أهمها :

#### - الأشكال الهياجية الحركية :

تتميز بحالة من الهياج الحركي الشديد والإنفعال والغضب اللذين يدفعان إلى ارتكاب أعمال التدمير والعدوان التي قد تصل حتى القتل .

#### - الأشكال الهلسية :

تكون غالباً أهلاًساً بصرية ترافقها أوهام متنوعة (حسية ، لمسية ، ... ) وكثيراً ما ينجل للفرد وجود حشرات كالعناكب والصراصير والخنافس وثعابين وعقارب إلخ تسرح حوله وتزحف على جسده . . . . .

#### - الأشكال الهذيانية :

تتمحور مظاهرها حول مواضيع كالغيرة ، والعظمة والتعقب قتل حالات السكر المرضي إلى التكرّر على نفس الشاكلة لدى نفس المريض .

السلوك الطبي تجاه حالات السكر المرضي :

يجب إبقاء هذه الحالات بالمستشفى وعزلها مع فرض مراقبة دقيقة مع الصيام

عن الكحوليات وإعطاء معالجة مهدئة عن طريق الوريد .

## 2- الهذيان الارتعاشي

وهو هذيان حلمي يتميز بأهلاس بصرية خصوصاً تكون مرعبة وتشمل أشخاصاً وحيوانات وأدوات ذات هيئات مخيفة تهدد المريض أو تحاول الاعتداء عليه تضاف إلى ذلك الأهلاس السمعية والحسية والشمية والذوقية يعيش المريض هذيانه كحلم ويتفاعل معه بحركاته وأعماله فيدافع عن نفسه ويهرب ويتكلم ويصرخ . . . . . ويتراقق هذا الهذيان بـ :

- قلق واهتياج

- ضياع زمني - مكاني

- إندهاش

- علامات عصبية : رجفانات ، اضطرابات التوازن ، اضطرابات الكلام

- تضطرب الحالة العامة ويحدث تعرق غزير وارتفاع بالحرارة

(39-40 درجة) وتجنّف .

ينشأ الهذيان الارتعاشي لدى كحولي مزمن وإثر الفطام عن الشرب ، أو إنتان

طاريء .

## الإجراءات الإسعافية والعلاجية للهذيان الارتعاشي :

- يجب إدخال المريض فوراً إلى المستشفى وعزله في غرفة منارة باستمرار مع

تغطية جيدة لكن دون حصر .

- إعادة إمامة المريض بشكل كثيف لمقاومة التجنّف الذي هو عنصر رئيسي في

الهذيان الارتعاشي .

- إعطاء معالجة دوائية مركنة رئيسية

- المعالجة بالفيتامينات والمضادات الحيوية

- معالجة الآفة العضوية المشاركة في حال وجودها .

### 3- الهذيان الكحولي تحت الحاد .

يُعتبر شكلاً مخففاً من الهذيان الارتعاشي يحدث في سياق إنسجام كحولي مزمن . ففي المرحلة الأولى من الإزمان الكحولي تشاهد العلامات الفيزيائية المذكورة سابقاً والاضطرابات النفسية المتضمنة اضطرابات سلوكية كالإستثارة وفرط الإنفعال والأفكار المراقية وتدني الملكات الذهنية التي تتباطؤ ويحدث هبوط في التركيز ومردود النشاط الفكري إضافة إلى اضطرابات الذاكرة أما الاضطرابات العاطفية فتتجلى بطفولية العاطفة وهشاشتها وفرط الحساسية والغيرة والعناد والتسلط .

أما الهذيان الكحولي تحت الحاد فهو يتكامل خلال أيام وينشأ إثر آفة أو رض عضوي أو نفسي أو إنسجام زائد ويتظاهر بما يلي :

- إهتمام قلق يمتد خلال الليل وبترافق بأرق معتد .
- إشتداد علامات الإزمان الكحولي : فيشتد الرجفان واضطرابات السلوك ويحدث قمة ووهن .

- يظهر هذيان حلمي يشتد مساءً ترافقه أهلاس نفسية حسية خصوصاً البصرية منها يعيشها المريض بحالة قلق وتكون مواضيع الهذيان مهنية أو عائلية (هذيان الغيرة)

- يحدث إندهاش وضياح زمني مكاني .
- ويكون اضطراب الحالة العامة محدوداً
- الإجراءات الإسعافية والعلاجية أمام الهذيان الكحولي تحت الحاد :
- يتم إبقاء المريض فوراً بالمشفى مع إعطائه معالجة مهدئة رئيسية
- يصحح التجفف ولا يجب حصر جسم المريض .
- يجب مراقبة الحالة العامة للمريض كالحرارة والتوازن الشوادي .
- يجب البحث عن عنصر مضاف محتمل ومعالجته عند وجوده .

### 4 تناذر غايت - فرنيكه

هو إعتلال عصبي دماغي كثير المشاهدة لدى الكحوليين المزمنين يلعب فيه

عوز الفيتامين ب ١ (التيامين) دوراً حاسماً ويعود هذا العوز إلى نقص السوارد الفيتاميني (الفقر الغذائي أو القمه) أو إلى اضطراب الإمتصاص (الالتهابات الهضمية واضطراب النشاط الهضمي) . . . . . وتتمثل لوحته السريرية الأساسية في الأعراض والعلامات التالية :

- اضطرابات وعي متفاوتة (إندهاش ، ذهول)
- اضطرابات حركية ومنها فرط مقوية معممة إحتدادية واضطراب التوافق الحركي وحالات شلل بصري حركي ثنائية الجانب
- اضطرابات عصبية إنباتية كهبوط التوتر الشرياني وتسرع النبض . . . . .
- علامات التهاب أعصاب متفاوتة كالآلام والاضطرابات الوعائية المحيطية الخ . . . . .

ويشير التحري المخبري إلى فرط حمض البيروفيك بالدم

الموقف العلاجي تجاه تناذر غايت فرنيكة :

---

يعتبر هذا التناذر حالة إسعافية تتطلب إعطاء فورياً للتيامين (فيتامين ب ١) ويشرك أيضاً بالفيتامين ب ٥ . ولا يجب إعطاء المصل السكري الذي يزيد عوز الفيتامين ب سوءاً . تعطى الفيتامين بمقادير كبيرة (1 غرام) عن طريق الوريد وتضاف إليها البروتينات ، إذ يشاهد دائماً هبوطاً في بروتينات الدم . أحياناً يضاف إلى هذا العوز ، عوز فيتامين ب ب PP (المؤدي إلى البلاغرا) إذك يشاهد فرط تصلب عضلي إضافة للأعراض الأخرى وتشفى بإشراك هذا الفيتامين في المعالجة .

5- الاعتلال الدماغى البابى الأجوفا

هو إعتلال دماغى كبدي يحدث غالباً لدى كحولي مزمن مصاب بتشمع الكبد ويتظاهر بالأعراض والعلامات التالية :

- تخليط متفاوت الدرجة



- تبدلات مزاجية

- إرتجاف (باليدين واللسان) وتقلصات حزمية

- علامات تشمع الكبد : (آلام كبدية ، عنكبوت وعائشي ، هبوط وزن الخ . . . .) وترتفع الأمونيا الدموية .

المعالجة عرضية ويكون الإنذار سيئاً حيث تحدث الوفاة في 50% من الحالات خلال سنتين

6- تناذر كورساكوف

يتميز تناذر كورساكوف بما يلي من أعراض :

أ - الوهل المتلاحق وهو يتم بشكل شامل حيث ينسى المريض خلال دقائق أو ساعات ما مر به من أحداث ومواقف وأفكار . . . . بينما تظل الذاكرة الرابعة سليمة فيذكر المريض الأحداث القديمة كذكريات الطفولة والمعارف المدرسية . كذلك فإن فحص الذاكرة المباشرة يكون طبيعياً إذ أن وظيفة التثبيت (أو التسجيل) تظل سليمة . ويكثر الهلر (إختلاق الأحداث والقصص) والتعرف الخاطيء لدى المريض .

ب - كثيراً ما تتشارك إضطرابات الذاكرة بحالة قلق وإضطرابات مزاج

ج - لا توجه زمني - مكاني حيث يفقد تمييز الزمان والتاريخ وتلبس لديه الأمكنة (فيعتقد أنه في بيته بينما هو بالمشفى) ويحدث لديه إلتباس ذاكرة فيتحدث عن أحداث وكأنها راهنة .

د - ويتكامل التنفس الالتهابي العصبي لكورساكوف من منشأ كحول بتشارك حالة التهاب أعصاب عديد مع الأعراض السابقة .

ويظهر تناذر كورساكوف تدريجياً أو إثر تناذر تخليطي

سبببات تناذر كورساكوف :

- الإعتلال الدماغى الكحولى ، نفاس كورساكوف الإلتهاى العصبى

- تناذر كورساكوف الرضى .

- الآفات الإنتانية .

- نقص الأكسىجىن الدماغى

- الأورام الدماغية بالبطين الثالث وما تحت المهاد والحجاب الشفاف

يعالج تناذر كورساكوف بمقادير كبيرة من فيتامين ب ١ ومركب ب إلا أن الشفاء عند تكامل التناذر لا يتجاوز 25 ٪ ويشير ذلك إلى حدوث تلف عضوى دماغى فى معظم الحالات .

#### 7. التطور العتهى للإدمان الكحولى :

يؤدى الإدمان الكحولى المديد إلى ضعف الملكات العقلية تدريجياً بدءاً بالانتباه والذاكرة ثم يشمل كل أوجه النشاط الذهنى ويحدث اضطراب علائقى إجتماعى يتمثل أحياناً فى سلوكيات جانحة وشاذة ويمد التراجع بإزالة الانسجام عندما لا يزال عكوساً .

ويحدث أيضاً داء «ماركيا فافا بنيامى» الناجم عن تلف وتنكس دماغى وقد وصف فى الفصل المخصّص للعتة الفحوص المتممة المتوجب إجراؤها فى الكحولية المزمنة :

- نسبة الكحول بالدم

- إستكشاف الوظائف الكبدية خصوصاً GGT

- نسبة بروتين الدم ، سرعة التثفل . . . .

#### 4 معالجة الإدمان الكحولى

يعتبر الإدمان الكحولى عرضاً نفسياً - إجتماعياً معقداً حيث ينبجم فى معظم الأحيان عن عجز تكيفى للفرد ناشيء من تفاعل الاضطرابات النفسية البنيوية أو الديناميكية مع محيط غير ملائم ثقافياً إجتماعياً أو مادياً . إقتصادياً ، مما يجعل الإدمان

مهرباً من مواجهة هذه الأزمة الوجودية الشديدة . لذلك لا يكفي التعامل مع الكحولية كعرض يجب محوه بطرائق مباشرة ، بل إن مقاربة الإدمان الكحولي يجب أن تكون متكاملة تشمل مساعدة المريض على التخلص من إدمانه بطريقة ملائمة لخصائصاته والعمل على تصحيح الآثار العضوية لهذا الإدمان وكذلك البحث عن المنشأ النفسي الاجتماعي العميق لهذا العرض وإيجاد مدخل يسمح للمريض من خلال علاقة علاجية نفسية - إجتماعية من مواجهة إشكالاته النفسية والوجودية الإجتماعية بأطمئنان أكثر وفاعلية أكبر . ويمرّ العلاج أساساً بالمراحل التالية .

#### ١ - الفطام :

توجد عادة صعوبة بإقناع المريض بحاجته للمعالجة ويجب على الطبيب أن يحاول ذلك من خلال خصوصيات المريض النفسية والاجتماعية . ويفضّل عزل المريض بالمستشفى في المرحلة الأولى . ويعطى المهدئات (فاليوم Valium ١٥ مغ x 14 يوم . . . .) تستمرّ هذه المرحلة عشرة أيام يتمّ خلالها تعريف المريض بإشكال الكحول ووضعها في مناخ علاجي نفسي داعم كما يحاول إيجاد توازن أفضل في محيط المريض .

#### 2- المعالجة بالتنفير :

شكل سلوكي للمعالجة يمارس إثر فترة الفطام حيث يعطى المريض مادة دوائية (ديسلفيرام Esperal) تحدث صداعاً وغثياتاً ودواراً وحضراً عند تناول الكحول لعدة مرات . مع مراقبة النبض والضغط الشرياني . ويحدث ذلك نفوراً من الكحول .

#### 3- مرحلة ما بعد العلاج :

يجب أن ينقطع المريض تماماً عن الكحول في هذه المرحلة ويمكن مساعدته على ذلك بتناول نصف حبة يومياً من Esperal . وتوصف عند الحاجة مهدئات أو مضادات همود لمقاومة القلق والوهن . وفي هذه المرحلة تحدّد مقاربة نفسية إجتماعية للمريض تتعامل مع الدوافع الأصلية للإدمان ويمكن أن تأخذ شكل معالجة نفسية

فردية أو جماعية أو سلوكية . وتفيد أيضاً جمعيات المدمنين القدامى .  
أما النتائج العامة فهي متفاوتة حسب العمر (أفضل بعد سن الأربعين)  
والمحيط الأسروي والاجتماعي والخصوصيات النفسية الفردية .

## II - الإدمانات الانسائية

### أ - معطيات عامة

ترتبط الإدمانات عبر العناصر النفسية للمدمن ، بعدة عوامل وخصائص  
اقتصادية إجتماعية وثقافية . لذلك فإنها تشاهد بكثرة في المجتمع الغربي الذي  
تتظاهر مرضيته بشكل مختلف عن المجتمع العربي أو مجتمعات العالم الثالث  
عموماً . إلا أن الإدمانات والاعتيادات الدوائية تكثر حيث لا توجد رقابة حازمة على  
التعاطي الدوائي لبعض الأنواع كالأدوية النفسية ومضادات الألم . . . .

تعرف منظمة الصحة العالمية الارتباط الدوائي أو الإدمان الانسائي ، بأنه  
حالة من الانسجام المزمن أو الدوري تنشأ عن الإستهلاك المتكرر لمادة دوائية طبيعية أو  
تركيبية وهي تتميز بما يلي :

1 - رغبة لا تقاوم بمواصلة إستهلاك المادة والحصول عليها بأية وسيلة كانت  
حيث تستعبد هذه المادة المدمن .

2 - النزوع التدريجي إلى رفع المقادير ( أثر التحمل )

3 - يحدث ارتباط نفسي وجسمي بمفعول المادة يدل عليه حدوث تناذر الحرمان  
المتظاهر بأعراض نفسية وجسمية في حالة التوقف عن تعاطي المادة .

4 - تنجم عن تعاطي المواد المحدث للإدمان آثار ضارة للفرد والمجتمع .

تعريف الاعتیاد :

الاعتیاد حالة أخف من الإدمان تنجم عن التعاطي المتكرر لمادة معينة حيث

يتميز بارتباط نفسي دون إرتباط جسمي . إذ لا يحدث تناذر الحرمان النووي عند إيقاف تعاطي المادة . ويتظاهر الإعتياد برغبة شديدة أحيانا لكنها غير قسرية باستهلاك المادة ، بفعل ما تحدثه من أحاسيس المتعة والإرتياح . لكن لا توجد نزعة خاصة إلى رفع المقادير . وقد يؤدي الإعتياد إلى آثار ضارة على الفرد لوحده .

### بأهم المواد المحيثة للإدمان

هي مواد تؤدي إلى إرتباط جسمي ونفسي وإلى ظاهرة « التحمل » وإلى تناذر حرمان شديد . ومنها :

- الأفيون ومشتقاته من أشباه القلويدات المذهلة كالمورفين والكودئين .
- مشتقات المورفين كالهروين .
- مضادات الألم التركيبية : بيتيديين ، ميتادون ، دكستر وموراميد .
- الباربيتورات .

أهم المواد المحيثة للإرتباط النفسي .

وهي مواد قليلة ما تحدث إرتباطا جسميا أو تناذر حرمان :

- الأمفيتامينات ومشتقاتها
- الكوكائين .
- مشتقات القنب الهندي .
- اللقطور المهلوسة ، الليزرجاميد L.S.D. المسكالين ، البسيلوسيين .

### ب - تطور الإدمانات الإنسجامية ، مواصفاتها العامة وإمراضيتها النفسية

تدخل المكيفات النفسية ( مواد الإدمان ) حيز التاريخ إذ أنها معروفة منذ أقدم الحضارات حيث ما كانت مادة إقتصادية وتجارية هامة ذات دور سياسي إقتصادي فكانت سببا في حرب الأفيون في الصين الوسيطة . كما كانت ولا تزال تقليدا شائعا

في بعض المجتمعات اذ شاع الخشيش في عصر المهاليك بمصر وأصبحت جمعياته ذات وزن سياسي - اجتماعي هام وعرفت بعض الشعوب والقبائل باستهلاك مكيفات نفسية كالكوكا في أمريكا الجنوبية والقات باليمن . وظهرت بأوروبا نوادي للحشاشين ، في القرن التاسع عشر بين أوساط المفكرين والفنانين . كما أن التوسع الاستعماري والاستعبادي ، كثيرا ما عمل على تشجيع وإشاعة إستهلاك المكيفات النفسية التي تبعد الأفراد والمجتمعات عن واقعها وحاجياتها إلى عالم خيالي مما يخدم مصالح المستعمرين وتجار الدقيق .

أما في هذا القرن ، وفي بداياته ، بفعل تقدم الصناعة الدوائية التي كانت تحوي في تركيبها عدة مواد مخدرة ومكيفة ، فإن جزءا من عوامل إنتشار حالات الإدمان ، كانت تعود خصوصا إلى سوء إستخدام هذه الأدوية سواء عفويا أو عن قصد ، مما دفع الأوساط الطبية والشرعية إلى العمل على تقنين إستهلاك الأدوية وتصنيفها في مجموعات تبعا لما تحمله من أثر سمي وخطر إدمان . لم يمنع ذلك تزايد إنتشار تعاطي المكيفات النفسية الطبيعية والتركيبية ، حيث ظلّ ترويج هذه المواد قائما بصفة غير شرعية في معظم المجتمعات وبشكل علني في بعضها . حيث إنتهز تجار المخدرات آثار الأزمات الاجتماعية ، والاقتصادية على فئات واسعة من الشباب وغيرهم ، لترويج صناعتهم والإثراء من ورائها مهما كان لها من نتائج وخيمة ومدمرة .

تعال هذه الظاهرة ، في العصر الراهن الشباب خصوصا بمختلف إنتهاءاتهم الاجتماعية الثقافية والاقتصادية ، فهؤلاء هم المرآة العاكسة لأزمات المجتمع حيث أن تكامل الشخصية وترسيخها يتم في هذه المرحلة من العمر التي يتم فيها الانتقال من التماهيات الأسروية إلى تماهيات إجتماعية أكثر إتساعا وحرية تحوّل الشاب من حالة إرتباط مادي - عاطفي بالنواة العائلية إلى تحمّل مسؤولية تثبيت ذاته بالإستقلال الادي والبحث عن إكتمال عاطفي خارجي وإنجاز دوره الإجتماعي . كل ذلك يتطلب درجة من الإستعداد النفسي العاطفي للتضج الإنفعالي مما توفره الأسرة المنسجمة المتوازنة وتتطلب إستعدادا إجتماعيا لإستقبال هذا الشاب في مؤسساته ووجود آفاق إرضاء لطاقت الشاب وطموحاته المهنية وتوازنا قيميا ثقافيا ودرجة من الحرية تسمح

له سياق تطوري لا يقوده إلى تناقضات أو شعور بالعجز . أما عندما تكون النواة العائلية مهتزة لا توفر أمناً عاطفياً وقاعدة إنطلاق للنضج ، أو عندما لا يفتح المجتمع لطموحات الشاب وآماله بل يكون متأزماً مليئاً بالإشكالات الوجودية والمادية كالبطالة ومختلف أنماط الصراع الاجتماعي القيمي والثقافي ، فإنه كثيراً ما ينزع إلى تحقيق آماله هذه في عالم خيالي كذلك الذي توفره المكيفات النفسية ( المخدرات ) .

فالمرهقون يجدون في إستهلاك المكيفات النفسية متعة فريدة لا تتوفر في الواقع ، المرير غالباً ، كما أنها وسيلة للتعبير عن الإحتجاج على المحرمات والقيم الأخلاقية والثقافية التي تفرضها الأسرة والمجتمع وإثبات الهوية والذات بخرقها بما يعتبرونه أسلوباً حاسماً ومتطرفاً . في هذا السياق يمثل تعاطي المكيفات ؛ إضافة لكونه مدفوعاً بفضول المراهق ورغبته بالمغامرة والتجربة ، عامل إثبات وجود جماعي ، إذ أنه يخلق رابطة تحالف « وتآمر » تجمع بطقوسها وما تحمله من سرية ومغامرة وتحدي ، مجموعة من المراهقين الذين لم تجذبهم عناصر تمام إجتماعية إيجابية لغيابها أو ما تحمله من ثغرات في صورتها المثالية . كذلك يمنح الحرمان العاطفي المراهقين إلى البحث عن « تجارب روحانية » غير المكيفات المهلوسة تعويضهم عن مادية مجتمعهم وجفاف وقساوة محيطهم . ولاشك أن تعاطي المكيفات يحمل نزعة تدميرية وعدوانية غيرية وذاتية تأخذ أحياناً شكل عديل للإنتحار وتنتهي به . وهذه العدوانية تتظاهر في نزوع المدمنين إلى الإبتجار بالمخدرات ونشرها وإلى الانحراف والإعتداء تشجعهم أو تدفعهم في ذلك الحاجة القسرية اليومية للمادة المكيفة وضرورة توفير ثمنها بأية وسيلة سواء كانت السرقة أو تعاطي البغاء أو حتى القتل .

يتسم الإدمان الإنسामी حالياً بتعدد المكيفات المستهلكة وتباين مشتقاتها ومركباتها التي تنتج منها أنواع جديدة باستمرار . ويستعمل الطريق الوريدي ( حقناً ) غالباً مما يعرض إلى حوادث الصدمة والإنتانات خصوصاً منها الدسرية والتهاب الكبد الفيروسي . أما المقادير المتعاطاة يومياً فتتجاوز بكثير الكميات العلاجية . مما يؤدي أحياناً إلى حوادث إنسامية حادة وحالات وفاة .

في دراسة فرنسية ( غورسيكس ، فورنييه . . . . 1970 ) وجد أن متوسط سن

المدمنين يبلغ 21 سنة ثلثهم من الفتيات ينتمون دون تمييز إلى مختلف الأوساط الاجتماعية الاقتصادية . عاش نصفهم طفولة مضطربة تعود إلى الإشكالات الزوجية أو الطلاق أو وفاة أحد الأبوين أو قضاء الطفولة خارج الأسرة ( في ملجأ لليتامي ، أو عند مربية الخ . . . ) ولدى ستين بالمائة منهم سوابق إنحراف ( سرقات ، تجارة مخدرات ، بغاء . . . )

### - شخصية المدمن

كان بعض الباحثين يعتقدون بوجود « عصاب إدماني » إلا أن معظم المؤلفين المحدثين لا يجدون ما يؤكد ذلك في أبحاثهم بل يستتجون وغياب عناصر مرضية في شخصيات عدد من المدمنين ووجود ميول للإدمان لدى بعض أنماط الشخصية المرضية .

- لا تبدو على أربعين بالمائة من المدمنين أعراض مرضية أو اضطرابات شخصية ما عدا الإدمان ذاته وما يرتبط به من سلوك .

- يبدي أربعون بالمائة من المدمنين ، اضطرابات بالشخصية فيتسمون بشخصية لا مستقرة من النمط النزوي أو المختل السيكوباتي حيث لا يمثل الإدمان إلا إحدى تظاهرات مرضية الشخصية .

- أما العشرون بالمائة المتبقية من المدمنين فتشاهد فيها تظاهرات عصابية أو اضطرابات نفاسية كالفصامين الذي يلجأ للإدمان لتخفيف الحصر ومشاعر ضياع الشخصية وبفعل ما يتيح له ذلك من دخول إلى مجموعات هامشية وتشاهد اضطرابات نفسية إنحرافية ( الإنحرافات الجنسية ) غالباً ما يكون ، أصحابها أكثر خطراً لانغماسهم في كل أشكال الإنحراف المتاحة في أوساط الإدمان وسعيهم إلى نشر الإدمان بين المراهقين .

### ج - الدراسة السريرية لحالات الإدمان الإنسبامي

- بعض نماذج الإدمان الشائعة



١ - تناذر الإدمان على القنب الهندي أو الحشيش أو الماريجوانا يحضر هذا المكيف بأشكال مختلفة ، من أوراق وأزهار النبتة الأثني فهي إما تمزج بعد تجفيفها مع التبغ بشكل سجائر . أو تسحق وتخلط مع مواد سائلة أو صلبة يمكن تناولها . وتوجد محضرات من سائل النبتة تدخن بالنارجيلة أو تستهلك مع مواد سكرية . ويوجد مزيج من السائل والأوراق المجففة . . . .

يكون السائل أكثر تركيزاً بالمادة الفعالة ( تتراهيدروكنا بينول ) وهو بالتالي أقوى أثراً ، يحدث تناوله تسرعاً قلبياً وجفاف فم وإحتقان ملحمة . أما نفسياً فتغمر المتعاطي أحاسيس الإرتياح والانتشاء وينعدم الزمن والمكان بالنسبة له بينما تحدد حواسه ويحس بأن قدراته الذهنية أصبحت فائقة . فتتوالى الصور والذكريات والأفكار بسرعة قوية الأثر تجلب له المتعة والسعادة ( وأحياناً الرعب والخوف ) ويمتد الزمان فيبدو خلال دقائق وكأنه يعيش سنين طوالاً مليئة بالمواقف المدهلة والأحداث الرائعة التي يعبر فيها مسافات هائلة . . . .

إلا أن بعض الحوادث تطراً خصوصاً لدى المبتدئين مزمنة لطور من القلق وتمثل في اضطرابات بصرية وتعريف غزير وإنعدام التوافق النفسي الحركي ونوبات الغشي وحالات حصر وقرع ، قد تؤدي إلى أفعال عدوانية . أما لدى المدمنين فتشاهد اضطرابات نوم وصداع ونوبات دوار .

من إختلاطات إدمان الحشيش ما وصف « بالنفاس العشيبي » وتطور فصامي . . . . والانتقال إلى مكيفات أشد خطراً .

## 2 تناذر الإدمان على الباربيتورات

يصادف هذا الإدمان عند أفراد يعانون من صعوبة تكيف إجتماعي لأسباب عصائية لذلك فإنهم يسعون إلى التخلص من الكبح واللجم عن طريق تناول عدة حبات ( 4 - 5 ) يومياً من المادة ، مما يحدث لديهم حالة من الشمل متفاوتة الشدة وبامتداد الإدمان يظهر تراجع ذهني وتبدلات مزاجية ويحتاج المدمنين إلى رفع المقادير التي يتعاطاها بمرور الزمن . كما ينزع إلى تناول الكحوليات التي تقوي تأثير الباربيتورات .

ينشأ ، نتيجة لهذا الإدمان إرتباط نفسي وعضوي ويتعرض المتعاطي عند إيقاف الإستهلاك إلى تناذر حرمان يتظاهر بما يلي :

- حالة قلق
- توتر واستثارة
- وهن
- أرق .
- رجفانات
- نوبات صرعية .
- حالة تخليطية حلمية .

### 3 - الإدمان على المنشطات النفسية ( مخففات الوزن )

يشاهد لدى أفراد واهنين نفسيا يسعون إلى الحصول على مفعول منشط ويكونون مندمجين بالمجتمع . يتناول المدمن ( 4 - 8 ) حبات يوميا و ينزع إلى رفع المقادير لزيادة التحمل . ويحدث لديه نشاط نفسي إلا أنه يترافق بإستثارة وإضطرابات مزاج وأرق ورجفانات .  
أما الإرتباط فهو نفسي فحسب ولا يكون عضويا .

### 4 - الإدمان على المشتقات الأفيونية

يشمل عدة مركبات منها الأفيون والمورفين والكودئين والبرميدول يستهلك الأفيون عن طريق التدخين أو المضغ ويؤخذ الكودئين عن طريق الفم أما المورفين والبرميدول والبتوبون فتحقن في الوريد أو تحت الجلد .  
ويحدث تعاطي الأفيونيات حالة خاصة من النشوة السلبية مع اللامبالاة وزوال الإهتمام بالمحيط ومزاج هاديء ومتأمل . وعند الإفراط يحدث تثبيط تنفسي وجفاف جلد وفم وخمول معوي .  
يحدث الإعتياد بشكل سريع وترتفع عتبة التحمل بنفس السرعة مما يدفع المدمن الى رفع المقادير التي تتجاوز أحيانا الجرعة القاتلة لشخص عادي .

يكون الارتباط نفسيا وعضويا و يتظاهر تناذر الحرمان بما يلي :

- سيلان أنفي ودمعي وتوسع حدقة و فرط تعرق .
- إهتياج قلق .
- رجفانات وارتعاشات .
- آلام قطنية وبطنية وبالأطراف .
- إسهالات وإقياء وتثاؤب .
- أرق .

### رد - الاختلالات والعقائيل النفسية للإدمانات الانسجامية

- تحدث بعض المكيفات كالمهلسات ( ليزرجاميدل سد ) والإمفيتامينات حالات هذيانية حادة .
- تشاهد حالات نفاسية مزمنة من النمط الفصامي ويطرح ذلك إشكالية العلاقة بين الاستعداد الفردي والنفاس الدوائي .
- تحدث أحيانا أزمات من الحصر الحاد إثر تناول مهلسات أو أمفيتامينات قد تدفع إلى محاولات إنتحارية .
- تشاهد حالات همودية حادة ووخيمة خلال الإنسجيمات الأمفيتامينية أو إثر الفطام عن أحد المكيفات .
- يشاهد أيضا خلال الأسابيع التي تعقب الفطام تناذر تراجمي يتظاهر بتدني النشاط وتردي الوظائف الذهنية وبعثها واللامبالاة والضعف المزاجي .

### له - معالجة حالات الإدمان الانسجامي .

- الموقف البدئي أمام حالة تعاطي مكيفات نفسية عندما يواجه الطبيب حالة فرد يتعاطى المكيفات النفسية بشكل عابر عليه أن يتأكد من أنه أمام مدمن مرتبط

بالمادة المكيفة ، ثم يبحث من خلال حوارهِ مع المراهق عما يكمن خلف هذا السلوك من أزمات وصراعات نفسية أو صعوبات علائقية في تبادله مع محيطه الذي يجب أن يتصل به الطبيب أيضا لتطمين الأسرة والبحث معها عما يمكن أن يكون دافعا للمراهق إلى الهروب من واقعه . . . .

أما في الحالات الحادة الراجعة إلى تناثر الحرمان أو الإفراط بالمقادير . فيجب إسعاف المدمن حسب مقتضيات الموقف وتوجيهه إلى مركز مختص فعندما تكون الوظائف الحيوية وخصوصا الدورانية منها مهددة ، يجب الاهتمام بضمان الوظيفية التنفسية والدورانية وتصحيح التجفّف والإضطراب الشواردي .

أما في تناثر الحرمان فيجب منع المواد المكيفة وإعطاء مضادات القلق ( كالديازبام ) حقنا عضليا متكررا ومضادات ألم غير مورفينية .  
تتمّ المعالجة الجذرية للإدمان في مراكز مختصة بالمدمنين أو الطب النفسي وتمر بمراحل متعاقبة هي .

1 - القطام : الذي يتضمن إستبقاء المدمن بالمشفى فتمنع عنه المادة المكيفة ويعطى مهدئات صغيرة أو كبرى ( المثبطات العصبية ) عند الحاجة ويضيف بعضهم الإنسولين ويلجأ أحيانا إلى التخفيف التدريجي من مقادير المادة المكيفة خشية من تناثر حرمان شديد ( كما في حالة الباربيتورات حيث تحدث نوبات صرعية أو حالات هذيانية أو تخليطية ) أما تستبدل المادة المكيفة ( كالهروئين ) بمضاد للألم أخف ( كالفورتال Fortal ) يخفّف تدريجيا ويلغى بعد أسبوع لتحل محلّه مضادات ألم غير مورفينية .

2 - مقاومة الإختلاطات والعقائيل التالية وتحسين الحالة العامة للمدمن .  
حيث يعالج التناثر التراجعي والإختلاطات الهمودية بإعطاء مضادات همود ثلاثية الحلقة أو الدوغماتيل Dogmatil

3 - مرحلة الدعم النفسي والإدماج الإجتماعي واثوقاية : يعمل الطبيب منذ المرحلة الأولى من العلاج على إقامة علاقة تفهّم ودعم نفسيين مع المدمن . ويفضّل

عادة إثر تحسّن حالة المريض توجيهه إلى أساليب علاج نفسي جماعي أو بالإمترخاء .  
ومن الهامّ حب إعادة إدماج المدمن أسرويا واجتماعيا بتحسين محيطه قدر الإمكان  
وتأهيله مهنيا وإبعاده عن مصادر الإدمان . أما ما يسوقه الباحثون من إحصاءات  
ودراسات حول الشفاء النهائي للمدمنين فإنه يكون غالبا أقلّ من نصف  
الحالات . . .

الفصل

الثالث

## الإضطرابات المزاجية

إضطرابات المزاج . معطيات عامة

أ- الوبائيات :

تشكل إضطرابات المزاج النسبة الكبرى من الأمراض النفسية وأكثرها شيوعاً فيقدرها البعض بـ 50% من الحالات المرضية النفسية التي ترد على العيادات والمستشفيات وإن أخذنا بالإعتبار العدائل الجسمية للهمود (الهمود المقنن : الصداع النفسي ، الأرق ، الإضطرابات الهضمية الوظيفية ، الألام المنتشرة . . . ) والمقولات النفسجسمية (السيكوسوماتية) الحديثة (القرحة

الهضمية ، التهاب الكولون القرصي ، الاضطرابات الجنسية الخ . . ) فإن النسبة ترتفع إلى أكثر من ذلك .

على كل ، نورد بعض الإحصاءات التي تشير إلى أهمية اضطرابات المزاج في حياة الإنسان وبالتالي في علم النفس المرضي والطب النفسي :

تقدر أبحاث فرنسية نسبة تعرض الفرد لمرضيه همودية بـ 10% من مجموع السكان ، ويصل في مرحلة معنية من العمر إلى 13% ، ويخضع 20% من المصابين بهذه الاضطرابات للعلاج الطبي بينما يدخل المستشفى 2% منهم .

وتستنتج الإحصاءات الأمريكية أن 20% من مجموع السكان يعانون من اضطرابات همودية . يعالج 2% من السكان لدى طبيب أخصائي لأسباب همودية بينما يدخل 0,7% منهم المستشفى

أما الإحصاءات الدانمركية فتستنتج ما يلي : النسب المثوية لاضطرابات المزاج لدى مجموع السكان : (التي تستوجب الإشتفاء)

٪	ذكور ٪	إناث ٪
النفاس الهوسي الهمودي	0,60	1,00
الهمود النفاسي الارتكاسي	0,23	0,88
الهمود العصابي	0,47	1,40
المجموع	1,30	13-28

بينما تقدر منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر سنة 1980 عدد الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مرضيه بالمزاج (حالات همودية) في العالم بمائة مليون فرد (100 مليون) يتطلب 20% منهم معالجة طبية . بينما ، في الواقع ، يعالج 1,2% منهم لدى الطبيب العام . ويخضع 0,2% لإشراف الطبيب الأخصائي . ويدخل منهم المستشفى 0,1%

هكذا ندرك شيوع هذه الاضطرابات وكثرة مشاهدتها لا لدى الطبيب النفسي فحسب ، بل وفي مختلف العيادات الطبية الأخرى خصوصاً منها الاضطرابات

المزاجية الهمودية وعدائها التي تفوق بكثير في مصادفتها الاضطرابات المزاجية الهوسية .

إن الأمراض المزاجية متنوعة وتأخذ أشكالا متباينة أو مختلطة متداخلة في أعراضها السريرية وتطوراتها ومعالجاتها وسببياتها . مما أدى إلى نمو جدل تاريخي ، إنطلق منذ حوالي القرن حول تصنيفها ، بين مختلف الأطباء والباحثين والمدارس ويغذي هذا الجدل خصوصا ، غموض سببية هذه الاضطرابات ، رغم ما تقدمت به الأبحاث والإحصاءات والتجارب من فرضيات نفسية المنشأ وإرثية وفيزيولوجية لم تستطع إحداها ان تثبت بشكل حاسم وتدخر الأخرى ، في تناذر أو آخر من التناذرات المزاجية .

لذلك اعتمدت التصنيفات على الخبرات والنظريات السريرية للباحثين الأطباء وكثيرا ما أخذت شكلا تشخيصيا راجعا بالإعتماد على التطور المرضي وأثر سائل العلاجية . لذلك تكاثرت أنماط تصنيف اضطرابات المزاج من بلد إلى آخر ، ومن مدرسة إلى أخرى ، ومن زمن إلى آخر ومن مؤثر طبي إلى آخر . وكثيرا ما رجع الباحثون من جديد إلى اعتماد تصنيف قديم ، أهملوه منذ عشرات السنين ، بعد ثبات عقم النظريات التي إستند اليها التطوير التصنيفي أو لتطابق تصنيف قديم مع مفعول وسائل علاجية حديثة ، أو عودة إلى التبسيط بعد تعقيد في التصنيف لم تثبت له من جدوى على مدى سني الممارسة والبحث . لذلك فإننا سنكتفي في هذا الفصل بإيراد بعض نماذج التصنيف كأمثلة دون توسع في موقعها التاريخي وتبريراتها وتعليقاتها . . . . . وستجاوز في دراسة التناذرات السريرية الجدل القائم حول التصنيف لنبسّط البحث ونحوره حول وحدات مرضية كلاسيكية متعارف عليها عموما .

ب - مدخل عام

يُعبّر تعبير « الاضطرابات المزاجية » في الطب النفسي وعلم النفس المرضي عن حالات مرضية من الإبتشاء والإهتياج أو من الهمود ويستعمل الأطباء الأمريكيون في



هذا الشأن تعبير « الاضطرابات العاطفية » وتشمل الأمراض المزاجية بمجموع الحالات الهمودية والاهتياجية .

يتمثل الهمود في هبوط المزاج ويقصد به الطب النفسي شكلا مرضيا من الحزن والكآبة . وتطلق تسمية « التناذر الهمودي » على كل حالة مرضية يكون الهمود عرضها الرئيسي .

الكآبة ، السوداء ، يتأتى مصدرهما التعريف من نظرية الطب اليوناني القديم القائلة بوجود أربعة أمزجة جوهرية لدى الإنسان : المزاج الدموي ، المزاج اللمغاري ، المزاج السوداوي ، المزاج الصفراوي ) وفي حالة الكآبة يسيطر المزاج السوداوي .

في أواخر القرن التاسع عشر ، فرق الطبيب النفسي « كرايبلين » بين الكآبة ( السوداء الانتكاسية ) وهي حالة مرضية همودية تنشأ بعد سن الخمسين لدى أفراد لا توجد لديهم سوابق مرضية نفسية وإعتقد أن هذا المرض يتطور حتما نحو الموت . . . ففرقه عن « الجنون الهوسي - الهمودي » ، الذي جمع ضمنه عددا كبيرا من الأنماط الهمودية الأخرى إلا أحد تلامذته « درايفوس » قام بعد ذلك بعشرين سنة ( 1907 ) بتحري تطور ( 81 ) حالة من السوداء الانتكاسية وأثبت بشكل لا يدعو إلى الشك أن أحدا من هؤلاء المرضى لم يميت بسبب التناذر الهمودي مباشرة بل توفي 26% منهم لأسباب صحية أخرى وأصيب 8% منهم بالعتة بسبب حوادث وعائية دماغية ، بينما شفيت من بينهم نسبة أخرى .

إثر ذلك ظهرت نظرية الهمود النفاسي كشكل وخيم من الاضطرابات المزاجية يتميز عن الهمود العصابي .

كذلك اعتمدت بعض التصنيفات على مقولات الهمود باطن المنشأ والهمود الارتكاسي أو خارجي المنشأ أو نفسي المنشأ اعتمادا على تحليل الهمود باطن المنشأ ( وخيم ) بآليات بيولوجية وإرثية نفاسية بينما يعود الهمود الارتكاسي إلى إحباطات وصدمات نفسية خارجية .

نشأ عن ذلك جدل تاريخي لا يزال قائما بين مدرسة « نيركاستل » التي تتبنى هذه النظرية ومدرسة « لندن » في الطب النفسي التي تقول بأن التناذرات الهمودية

تشكل مجموعة إتصالية Continuum لا يمكن فصل عناصرها .

ج - بعض نماذج تصنيف الاضطرابات المزاجية

أ - التصنيف حسب المنشأ

تتميز فيه :

- الحالات الهمودية داخلية المنشأ بكونها تحمل سمة إرثية - ليس لها سبب خارجي - تتكرر
- الحالات الهمودية خارجية المنشأ : تعود لأسباب رضية نفسية خارجية حالية أو قديمة ( تعود إلى الطفولة)
- الحالات الهمودية الانتكاسية : تحدث في سن متأخرة .
- الحالات الهمودية العرضية : تحدث خلال أمراض عضوية كالأمراض الغدية والأمراض العصبية .

مخطط التصنيف شكل نفاس هوسي همودي ثنائي القطب

النفاس الهوسي الهمودي / شكل وحيد القطب همودي / شكل وحيد القطب هوسي .

1 - الهمود باطن المنشأ الهمود اللائيمودجي ( الفصام العاطفي )

II - الهمود خارجي المنشأ الحالات الهمودية العصابية الحالات الهمودية الارتكاسية .

III - الهمود الانتكاسي الهمود باطن المنشأ المتأخر الهمود العصابي المتأخر

IV - الحالات الهمودية العرضية ( خلال تطور أمراض عضوية )

ب - تصنيف الاضطرابات المزاجية إلى بدئية وثانوية :

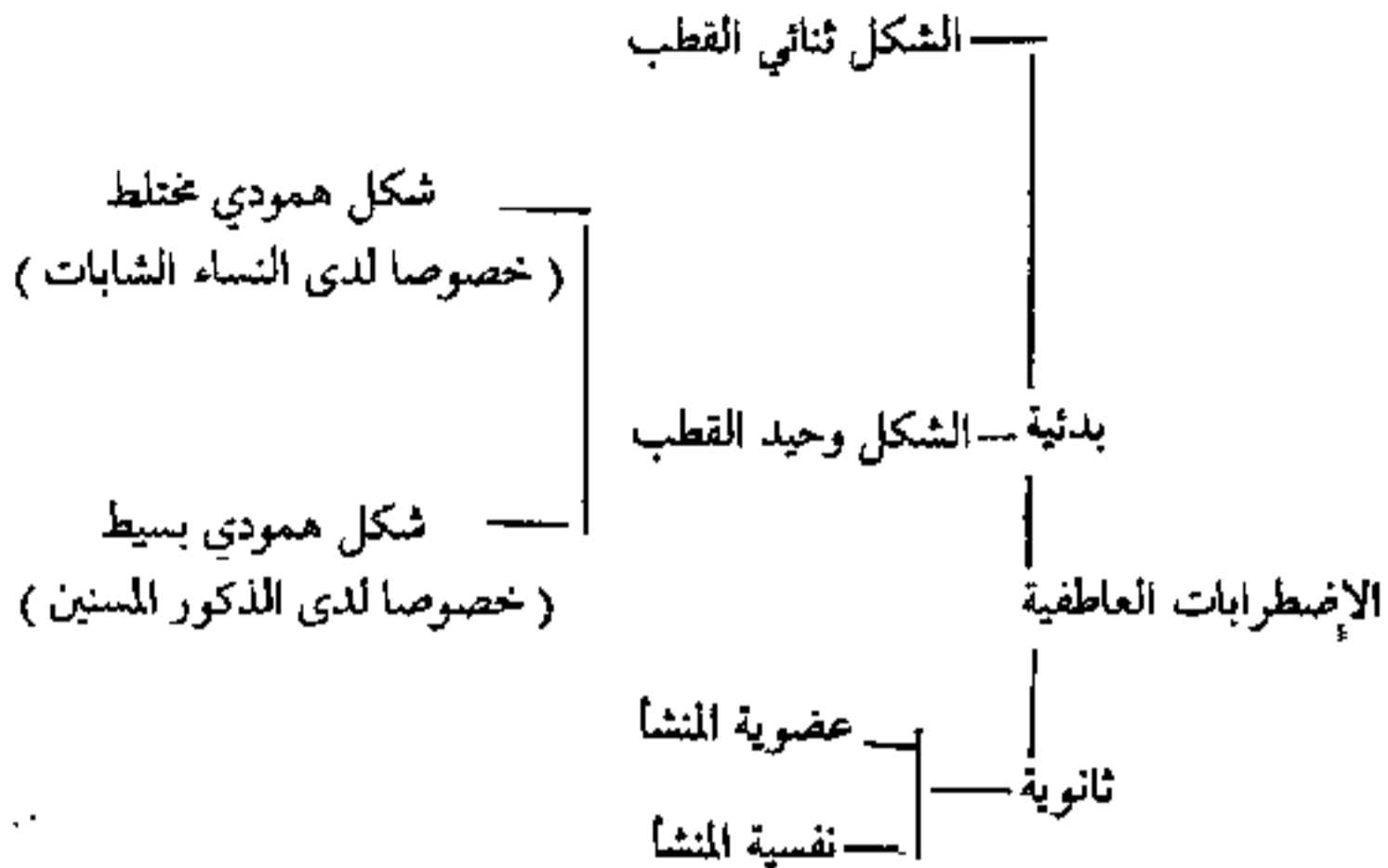
1 - الاضطرابات المزاجية البدئية تتميز بما يلي :

- وجود تناذر همودي

- غياب أية اضطرابات نفسية في سوابق المريض باستثناء هجمات همودية أو

هوسية .

- غياب آفة عضوية مرضية تسبق أوترافق الإضطراب .
- ٢ - الإضطرابات المزاجية الثانوية وهي تلي أو تتشارك مع إضطرابات عضوية أو نفسية أخرى ( عصاب ، هستيريا . . . ) ويعتمد هذا التصنيف على أعمال « كندل » (1966) و « فينوكر »



### ج - تصنيفات أخرى إلى فئات متباينة العدد والتميز

- إلى فئة واحدة : تصنيف « ليويس » : الأمراض الهمودية ( الداء الهمودي )
- إلى فئتين : أ - تصنيف « روشا » 1 - الهمود باطن المنشأ  
2 - الهمود العصابي
- ب - تصنيف « فان لارغ » 1 - الهمود الحيوي  
2 - الهمود الشخصي ( النرجسي )
- إلى ثلاث فئات :
- أ - تصنيف I.C.D.6 1 - الارتكاس الهوسي الهمودي  
2 - السوداء ( الكآبة ) الانتكاسية

3- الارتكاس الهمودي العصابي

ب- تصنيف « أوفرال » 1- الهمود المتوتر القلق

2- الهمود العدائي

3- الهمود اللجمي

- إلى أربع فئات :

أ . تصنيف I.C.D.8 : 1- النفاس الهرسي الهمودي

2- السوداء ( الكآبة ) الانتكاسية

3- النفاس الهمودي الارتكاسي

4- الهمود العصابي .

- إلى خمس فئات :

أ- تصنيف « بايكل » : 1- الهمود النفاسي

2- الهمود القلق

3- الهمود العدائي

4- الهمود الشبائي

5- الهمود مع اضطراب الشخصية

ب- تصنيف « بلانيدر » 1- الهمود الفيزيولوجي اللجمي

2- الهمود المتوتر

3- الهمود القسامي العاطفي

4- الهمود التالي لإشكال وجودي ( حياتي )

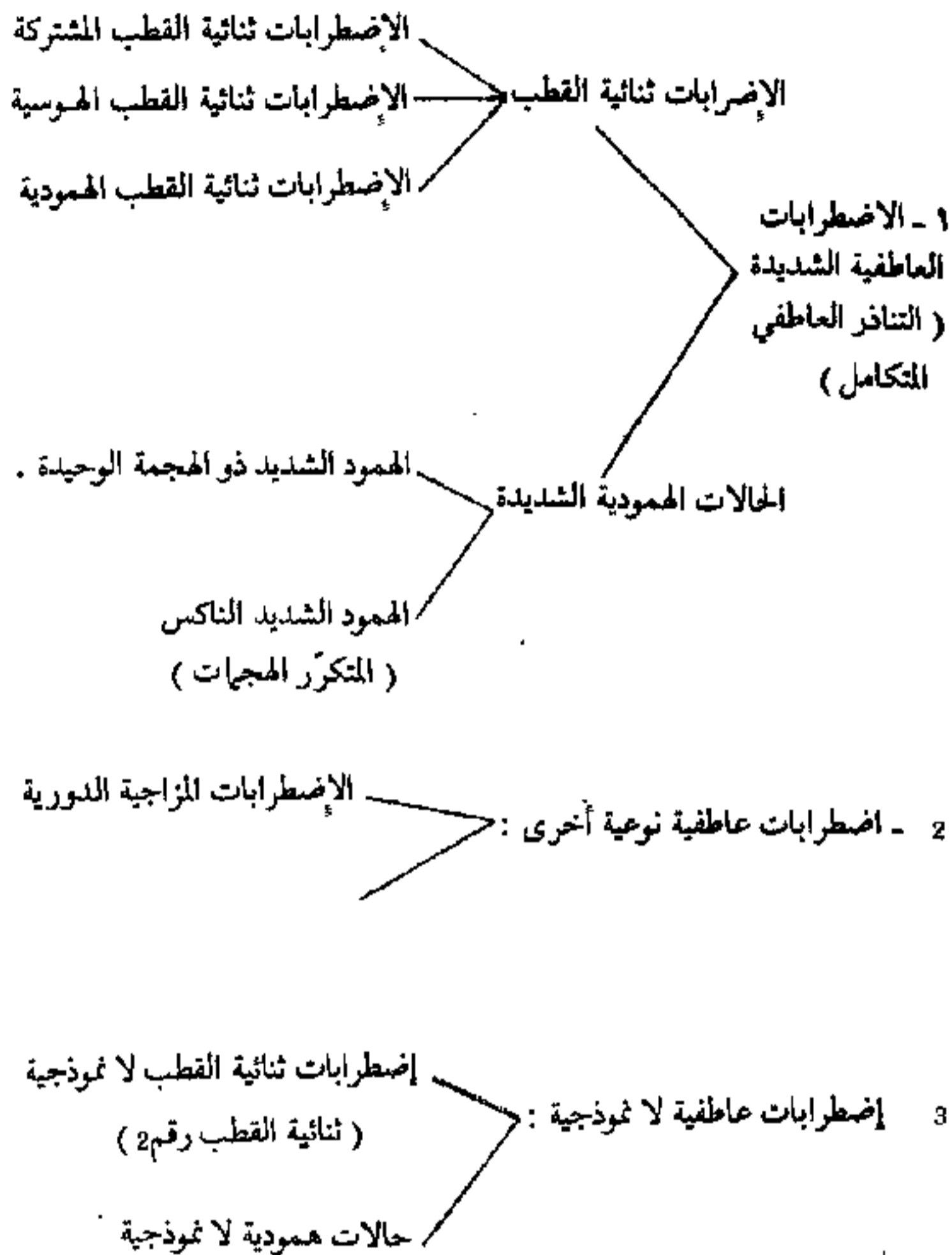
5- الهمود المنذر بأفة عضوية .

د - التصنيف الأمريكي DSM111

يعتمد هذا التصنيف الحديث على معايير تشخيصية لا على تقسيم إلى وحدات

مرضية :

III الاضطرابات العاطفية :



## II - النفاس الهوسي الهمودي

يصاب بالنفاس الهوسي الهمودي 1% من مجموع العام للسكان تتراوح حدود العمر لهذا الاضطراب بين 15 - 65 سنة إلا أن معظم الإصابات تحدث قبل سن الأربعين وتكثر في حوالي الثلاثين . يكون خطر التعرض أكبر في عائلات المرضى من الدرجة الأولى فتراوح بين 15 - 25% في النفاس الهوسي الهمودي ثنائي القطب بينما لا تتجاوز 10% في الاضطراب وحيد القطب . ويصل التعرض في الشكل الأول لدى التوائم الحقيقية إلى 65% عند إصابة أحد التوأمين .

### I- النوبة الهوسية (الطور الهوسي)

#### أ - البدء والتطور العرضي :

في نصف الحالات يسبق النوبة الهوسية ، حالة همودية صريحة أو خفية تدوم لأسابيع أو أشهر . وفي الحالات الأخرى تحدث النوبة الهوسية بشكل مفاجيء أو تدريجي دون طور يسبقها .

تتساعد النوبة الهوسية غالباً حسب المراحل التالية

- 1 - حالة شبه هوسية (هوس خفيف) .
- 2 - إسهال كلامي ، هياج دائم ، اضطراب المحاكمة - الشعور بالانتشاء
- 3 - تطاير الأفكار وتشتتها - العدوانية ، أفكار ومشاريع غريبة تشابه هذيانات العظمة ، وتصل أحياناً إلى هذيانات زورانية .

#### ب - الأعراض النفسية والسلوكية للنوبة الهوسية

## ١) وصف الحالة الهوسية وأعراضها

يكون الهوسي بادي الهياج كثير الحركة وسريعها ، محتقن الوجه متبدل السحنة مفرط الإيمائية والتعبير ، عالي الصوت ، متحرك الملامح مشوس المظهر والثياب ، سريع الإتصال والتكيف مع الموقف ومتطلباته ، لكن بأسلوب سطحي . يتقدم الحاضرين بالمبادرة ويتدخل في كل الشؤون .

## ٢) الإضطرابات المزاجية .

### أ - الإنتشاء المزاجي :

هو العنصر الرئيسي للهجمة الهوسية . حيث يكون المريض بحالة غبطة وسرور وتفاؤل ونشوة مفرطة تسيطر عليه أحاسيس عالية وأفكار سمو ورقي ، ينظر الى محيطه بكل ثقة دون وجل أو توجس . بل يجده أليفا ومصدر بهجة وفرح ، بكل ما يحتويه . فيخطط على أساس ذلك مشاريع عظيمة وهائلة دون أن يبالي بالعواقب أو المصاعب . ولا يلبث أن يهمل هذه المشاريع إلى مشاريع أخرى جديدة وهكذا .  
دواليك .

### ب - التبدل المزاجي :

يهيمن الإنتشاء المزاجي على الهجمة الهوسية إلا أن المريض كثيرا ما تعتوره تبدلات مزاجية سريعة فائقة السرعة ، فينتقل دون توقع من البهجة إلى البكاء العابر وتعتريه نوبات قلق أو غضب دون مبرر حقيقي وسرعان ما تختفي ، وقد ينتابه للحظات ، بعض اليأس والتشاؤم أو ينتقل من مظاهر الحب والرعاية والكرم إلى العدائية والحقد .

### 3 - الهياج النفسي واضطراب سياق التفكير ومحتواه :

يتسم المريض بفرط هياج نفسي فيتسرع نشاطه النفسي الباطن ، تتكاثر

الأفكار والمشاريع والإبداعات في ذهنه وينشط خياله وذاكرته . فيحدث لديه «إسهال كلامي» ، فلا يتوقف عن الحديث والوصف والتخيّل وسرد الذكريات والمقولات والأشعار ، يتقلّ من فرد لآخر ، مكثرا من الذكريات الوهمية والهذر والتعرف الخاطيء يربط بين الكلمات حسب قوافيها ولحنها . . . تكون أفكاره هاربة ، سريعة التطاير ، والتشتت ، فينتقل من موضوع إلى آخر ومن عمل إلى آخر دون سابق إنذار أو ربط . ويفقد قدرة المحاكمة والنقد ، فيبدع مشاريع وهمية يتيها على فرضيات مستحيلة ويصدق سريعا كل ما هو خرافي ما دام يتطابق مع أفكاره أو يثيرها . . .

يتظاهر فرط نشاط المخيلة غالبا بهذر شبه هذيانى ، إذ تدفعه أفكار العظمة والسمو إلى تضخيم موقعه الإجتىاعى وإختلاق الإذعاءات وتصوّر مشاريع خيالية لنيل الثروة ، أو السلطة أو إصلاح الإنسانية ، إلا أنه غالبا مالا يندمج في أفكاره هذه . وقد يتراجع عنها أو يسخر منها . لكن هذه الأفكار تأخذ أحيانا شكلا هذيانيا حقيقيا لتتخذ النوبة الهوسية نموذج ما يسمى بالهوس الهذيانى ، حيث تتعدّد أنماط الهذيانات كهذيانات العظمة وهذيانات التعقّب وهذيانات الاعتداء والهذيانات الشهوانية . . .

#### 4 - اضطرابات النشاط والسلوك النفسى - الحركى :

يكون الهوسى في حالة هياج وإستارة حركيتين مستمرتين فلا يتوقف جسده عن الحركة والتنقل وتكثر أعماله وأنشطته وإجراءاته فيفرط في الضجيج والنوضى والإحتجاج والملاحقات والمشتريات ويتعامل مع الآخرين دون إعتبار لمصالحه .

يكون أيضاً مفرط الإيمائية والتعبير تتغير تقاطيع وجهة باستمرار ولا تتوقف يده عن الحركة . بينما لا يستقرّ في وضعية تارة جالسا وأخرى واقفا وأخرى يتنقل جيئة وذهابا بخطوات واسعة سريعة .

يتخذ نشاطه الدؤوب المشتت هذا غالبا شكل لعب وهزل وسخرية ودعابة ، فيحبّ التكرّر ولعب الأدوار والسخرية من الآخرين .



يُتسم نشاط الهوسي أحيانا بالعدائية إلا أن الحالة الهياجية الشديدة المتّسمة بالعدوانية والصراخ والتدمير ورفض الطعام والتي تتطور أحيانا إلى حالة إنتهاك وهذيان حادّ مفرط الحرارة ، والتي كانت توصف سابقا أصبحت اليوم نادرة المشاهدة بفضل تطوّر الوسائل العلاجية .

## 5 - إضطرابات السلوك الغريزي

ينفلت الكبح الأخلاقي لدى المريض الهوسي وتتهاج غرائزه وتنطلق فلا يتورّع عن إستعمال الكلمات البذيئة والتعريّ أمام الآخرين والإبتدال الجنسي . بينما يكون عادة في سلوك السوي شخصار صينا ومحافظة .

كذلك تنطلق شهوته الغذائية ، فيزداد شرهه للطعام ويتناول منه كمّيات هائلة دون أن يجد مصاعب هضمية .

## ج - الأعراض الجسمية في النوبة الهوسية :

- يشاهد لدى المريض الهوسي أرقّ معتد وثابت إلا أنه لا يؤدي إلى إرهاق المريض ولا يؤثر على نشاطه وهياجه المفرطين .

- رغم ما يتناوله المريض من كمّيات كبيرة من الطعام فإنه يكون سريع التحول لفراط نشاطه وهياجه (ويصل هبوط وزنه إلى 10 كغ خلال 15 يوما) ويشاهد أيضا تجفّف لدى المريض .

- تظل الحرارة سوية غالبا بينما يتسرّع النبض وتزداد المفرزات . يهبط التوتر الشرياني أحيانا . بينما يكون الجوع والعطش شديدين .

- ينقطع الطمث غالبا لدى المرأة .

## د - التطوّر المرضي :

تسير النوبة الهوسية عفويا نحو الشفاء خلال أمد وسطي يبلغ ستة أشهر وقد

لا يتجاوز بضعة أسابيع . بينما تشاهد ، غالباً بعد من الخمسين ، نوبات متصلة أو متقطعة تمتد لعدة سنوات .

يختصر العلاج الدوائي النوبة الهوسية ، وسطياً إلى شهرين فتتحسن الأعراض تدريجياً بدءاً بالهلل الهذيانى ثم الهياج وفرط الكلام وتشوش النشاط وتشير عودة النوم الطبيعي إلى الشفاء .

وكثيراً ما يعقب النوبة الهوسية طور همودي .

## هـ- الأشكال السريرية للمهوس

### 1 - النوبة شبه الهوسية

تتسم بأعراض هوسية خفيفة ، يسهل تشخيصها لدى مريض لديه سوابق نفاس هوسي همودي . كما تحدث أيضاً لدى مريض تحت المعالجة الدائمة (بالليثيوم عادة) كشكل مخفف من النوبة الهوسية ، عندما لا يكفي العلاج الدوائي لضبط المرض بشكل كامل . أما عندما تكون التظاهر المرضي الأول لدى شخص دون سوابق هوسية همودية فإن التشخيص يكون صعباً .

وتتسم النوبة شبه الهوسية بمايلي :

- فرط إنتشاء مزاجي

- فرط نشاط ذهني إلا أن نوعيته تكون متدنية

- فرط النشاط العملي والحركي : يكون الشخص كثير الحركة مريع التبديل والتغير في نشاطه المهني وعلاقاته الإجتماعية وحياته الشخصية متهوراً في سلوكه كثير التبذير والمغامرة .

- إضطرابات بالطبع : لا يتحمل شبه الهوسي الضغوط والشكليات ولا يحترم آراء الآخرين ولا يتقبل نصائحهم ، بل يكون سلطوياً متسلطاً محتكراً لا يتحمل النقد ، إمتلاكياً ، سريعاً ما يفقد صبره ، عدائي تجاه محيطه يستكشف عيوب

الآخرين ويفضحها موجهها لهم نقدا لاذعاً وحقيقياً يكثر من الشكاوى والاحتجاجات والمطالبات .

تفرق الحالة شبه الهوسية عن الحالة السيكوباتية بتمايز الأعراض وحدوث شبه الهوس بشكل نوبة يتبدل فيها سلوك المريض بشكل مخالف لطبعه وشخصيته العاديين . كذلك يتخذ ظهور الأرق طابعاً تشخيصياً مميزاً . . . .

يسيء شبه الهوسي إلى نفسه وإلى محيطه باتخاذ القرارات الإعتباطية ولجوهه إلى الأعمال المتهورة التي تنال من وضعه المهني وعلاقاته وحياته الشخصية وقد يصل به الأمر إلى ارتكاب أعمال مخالفة للقانون كالغش والتزوير .

تستجيب الحالة شبه الهوسية إلى نفس معالجة الهوس إلى أنه كثيراً ما يصعب إقناع المريض بضرورة تناول الأدوية .

## 2 - الحالات المشتركة :

حالات نادرة يصعب تشخيصها تشترك فيها الأعراض الهوسية والأعراض الهمودية . تشاهد خصوصاً لدى المرأة . وصفها «كراييلين» وعاد إليها «فينوكير» و «أوفرال» في تصنيفاتها ، من بينها :

- الهمود اللجمي : يكون المزاج والأفكار هوسية إلا أنها تترافق مع جسم نفسي - حركي .

- الهمود الهياجى (المتوتر ، القلق) : إثارة ذهنية وفرط نشاط واستثارة مع أفكار همودية وقلق .

- الهمود العدائى : تحدث تبدلات سريعة بالمزاج من أفكار العظمة حتى مشاعر الذنب واليأس والقلق والخوف من الموت حتى الغضب والعدوانية .

## و - التشخيص التفريقي :

- السكر الهياجى : حيث قد تشبه كل حالات السكر الإنسجامى (بالغول أو المهلسات والمخدرات) مع نوبة هوسية أو حالة شبه هوسية مختلطة مع السكر .

- الهياج اللائع نموذجي في الفصام :

يشاهد لدى الفصامي إفتراق وضبابية بالتفكير وغطية في الهياج كما لا يوجد إتصال مع المحيط وتكيف معه . ويكون تعبيره أكثر غرابة وأقل إرتباطا بالواقع . بالإضافة لذلك يصحح التطور وغط المعالج التشخيص .

- التناذر الجبهي :

لسبب ورمي أو ضموري تنكسي (داء بيك) : يكون المريض أقل تجانسا وتكيفاً من الهوسي ويبدو عليه التراجع الذهني .

- الحالات الهوسية العرضية :

تحدث خلال الآفات الغدية (داء كوشنغ) والآفات الدماغية الإلتهابية والورمية وخلال بعض المعالجات الدوائية (الدوبامين ، الكورتيزون ، السيكلوسيرين . . .)

2 النوبة الهمودية (الطور الهمودي) (الإكتئاب)

تتسم الحالة الهمودية بالصفات التالية :

- كآبة مرضية وألم معنوي عميق .

- لجسم نفسي وبطء بالنشاط النفسي ، زوال الإرادة واضطرابات وظيفية بالذاكرة .

- لجسم نفسي حركي ووهن ووضعية جامدة .

- اضطرابات جسمية وبيولوجية : أرق ، قمع ، قلق

أ - الوصف السريري :

1 - المظهر العام :

يكون المريض جامدا عديم الحركة ، شاحب السحنة جامد الملامح ، تبدو

الكآبة والحزن العميق على سبأ وجهه . كل حركاته بطيئة يتكلم بصوت خافت بطيء . قليل الإستجابة للإثارة ، لا يبالي بما حوله .

في الهمود القلق يكون الهياج أحيانا متصدر اللوحة السريرية .

## 2- اللجم الذهني :

يكون تفكير المريض بطيئا فيشكو من خلو ذهنه من الأفكار ، ويصعب عليه إسترجاع الذكريات أو تركيز إنتباهه على ما يحيط به ، إلا أن توجهه وإدراكه يكونان غالبا سليمين .

يفقد المريض إرادته تدريجيا ، فتنقلب أنشطته وحركاته الروتينية اليومية جهدا شديدا ويهمل أبسط الحاجيات كالعناية بنفسه ونظافته . بينما لا يبالي بأي نوع آخر من النشاط أو العمل ، ويفقد الدوافع والإهتمامات .

تكون إضطرابات الذاكرة متفاوتة الشدة إلا أنها ثابتة في التناذر الهمودي من النفاس الهوسي الهمودي وهي إضطرابات وظيفية دون تنكس غير عكوس بالذاكرة .

## 3 - الإضطرابات الإنفعالية والمزاجية :

- اللجم العاطفي : يشكو المريض من خلوه من العواطف والإنفعالات فلا يبالي بما يحدث حوله ولا يأبه بالمصائب التي تحل بأسرته .

- الألم المعنوي :

يفقد المريض الرغبة بالحياة ويغزوه حزن عميق وشعور بالمصيبة . ويعيش حالة الوهن الحيوي التي تسيطر عليه بشكل أليم ، إذ تنهار قيمته الذاتية في ذهنه . ويمس بثقل عجزه ويقتنع بأنه لن يشفى أبدا وتداخله مشاعر الإنحطاط وعدم الجدارة والذنب لكونه لا يقوم بواجباته ومسؤولياته ، ويشكل عبئا على محيطه بينما لا يتمكن من مشاركة أسرته أفراحها وأتراحها . ويتهم ذاته بالمسؤولية عن ضعفه وزوال إرادته .

- تتطور هذه الأحاسيس والأفكار أحيانا إلى شكل هذيانى يقتنع فيه المريض بأنه مسؤول عن كل ما يحدث من مصائب لأسرته ومحيطه والعالم وأنه غير جدير بالحياة وأن وجوده عبء وخطر ويعرض غيره للهلاك والموت ، إضافة إلى الهذيانات المراقية وهذيانات التعقب . . .

- بسبب كل ذلك ، يتطور سلوك لإفناء الذات وتعذيبها وللإنتحار فيمتنع عن الطعام كتعبير عن رفضه للحياة ولا جدارته بها .

أما محاولات الإنتحار لدى الهموديين النفاسيين فيجب أخذها مأخذ الجد ، إذ أن 15% من الهموديين يتوقون بالإنتحار . فكثيرا ما يكون العرض الأول للنوبة الهمودية محاولة إنتحار . ويتحيز هؤلاء عند وخامة الحالة كل فرصة للعمل على الموت ، عندما لا يتلقون المعالجة أو في بدايتها . فقد تتعاقب المحاولات الإنتحارية التي تأخذ أحيانا شكلا شنيعا كتقطيع الجسد والأحشاء واستعمال كل الوسائل الممكنة ، مما يتطلب مراقبة مستمرة للمريض ومنع الوسائل الإنتحارية عنه .

ويحدث أن يشاهد الإنتحار الغيري ، حيث يجر المريض بعض أفراد أسرته إلى الموت معه «إنقاذهم من العذاب والآلام» .

#### 4 - الأعراض والاضطرابات الجسمية :

- يضطرب النوم ويحدث أرق معتد كامل أو عند الفجر الباكر مترافقا بقلق وحصر وكرب ، ويكون النوم خفيفا متقطع الأذوار .

- الإضطرابات الهضمية :

يحدث قمه (فقد شهية) وقبض معتد ويكون النحول شديدا

- آلام عضلية وظهرية وقطنية وصداع وحالات دوار ورجفان واضطرابات بالضغط الشريانى .

- وهن جسمي شديد .

- كثيرا ما تشاهد حالة قلق وحصر واضطرابات إنباتية .

## 5 - التبدل العرضي

تشتد الأعراض عند الصباح وتحسن عند المساء . مما يشير مع اضطراب النوم إلى إختلال في الوقع الحيوي والوظائف البيولوجية وتؤكد ذلك دراسة تبدلات الكورتيزول والشوارد الدموية .

### ب - الأشكال السريرية للطور الهمودي :

#### 1) الشكل الهمودي الخفيف أو البسيط :

حيث يشعر المريض بالوهن وتحدّد النشاط والضعف الحيوي والإرادي والأرق ، إلا أنه يستمرّ في مزاولة نشاطه بشكل محدود ويلجأ إلى العزلة ولا يكون اللجم النفسي الحركي شديدا لديه . أما الألم المعنوي فيظل قائما ، مما يضع الإحتيال الإبتحاري في الحسبان .

هذا الشكل كثير المشاهدة ، وقد يعود أحيانا إلى تأثير المعالجة الوقائية المديدة (بالليتيوم) التي تخفف شدة النوبة .

#### 2) الشكل الهمودي الذهولي :

يسيطر هنا اللجم النفسي الحركي ، فيكون المريض جامدا صامتا ، تصعب العناية به وتغذيته ويكون الألم المعنوي شديدا .

#### 3) الشكل الهمودي الهياجي :

يكون القلق عرضا رئيسيا ، المريض مفرط الحساسية والإنفعال كثير الحركة والشكوى والتألم . ويزداد الخطر الإبتحاري عند إشتداد نوبات الحصر والقلق . . .

#### 4) الشكل الهمودي الهديانى :

ياخذ الألم المعنوي ومشاعر الذنب والعجز شكلا هديانيا ، فيبني المريض

أفكار وقناعات هذيانية يمحور حولها كل أحاسيسه وحواسه وإتصاله مع العالم الخارجي . تتغلب هنا هذيات التعقب والذنب والهذيات المراقية وتكثر مشاهدة تناذر كوتار (هذيان النفي - الخلود الأليم - هذيان اللعنة) .

### 5) الشكل الهمودي الخفي (أو المقنع) :

تتخذ أحيانا الاضطرابات المزاجية الهمودية شكلاً مقنعاً ، إذ تبدو ضمن تظاهرات وظيفية جسمية مختلفة تكون دورية تتزايد في الربيع والخريف وتكون شديدة في الصباح بينما تخف بالمساء وهي تتحسن تحت مفعول الأدوية مضادات الهمود .

هذه الشكاوى الجسمية هي أساساً :

- اضطرابات هضمية : قمة ، آلام بطنية ، قبض معند ، ضغط وثقل بطني .

- حالات ألمية : صداع ، آلام وجهية ، آلام قطنية ، آلام ذات مظهر رثواني (روماتيزمي) .

- اضطرابات صدرية : آلام منصفية ، حصر صدري ، ضيق تنفسي . . .

### ج - التشخيص التفريقي :

يجب تمييز الحالة الهمودية عن القلق العصابي الذي يتميز بالسوابق العصابية وغياب السوابق النفاسية . ويكون هذا القلق مرتبطاً بالحياة اليومية للفرد كما يغيب الحزن والألم المعنوي العميق .

- كما لا يجب الغفلة عن حالة همودية تقنعها اضطرابات جسمية ، حيث تكون الشكاوى أشد من الاضطراب ويكون إختلال النوم عرضاً ظاهراً بينما يبدو التشاؤم والكآبة على المريض ، وتكون الاضطرابات أشد بالصباح لا تخضع للمعالجات العرضية بينما تستجيب لمضادات الهمود .

### ب - تطوّر النوبة الهمودية :



تتطور النوبة الهمودية نحو الشفاء العفوي خلال ستة أشهر وسطيا وتتراوح بين بضعة أسابيع وعدة سنوات بشكل راجع أو متصل .

وتقتصر المعالجة الدوائية النوبة الى شعر وسطيا ، حيث يتم التحسن تدريجيا ، وتراجع الأعراض الواحد بعد الآخر بدءا بالشهية والنشاط وعودة النوم والوزن وانتهاء بتعدك المزاج . إلا أن خطر الاضطراب المزاجي والانتحار يظل قائما خلال النقاهة ، مما يتطلب استمرار المعالجة لعدة أشهر .

### 3 - الأشكال السريرية التطورية الكبرى للنفاس الهوسي الهمودي :

يقسم النفاس الهوسي الهمودي إلى شكلين رئيسيين هما : الشكل ثنائي القطب (أو ثنائي الطور) والشكل وحيد القطب (وحيد الطور) نتج هذا التقسيم عن أعمال «أنفست» و «بري» (1966) وتؤكد فيما بعد بالأبحاث اللاحقة :

#### ١ - الشكل ثنائي القطب :

يبدأ بين سن العشرين والثلاثين ويتمثل بتواجد أطوار همودية وأطوار هوسية أو شبه هوسية (هجمة واحدة على الأقل من كل نوع) . يسيطر على التناذر الهمودي في هذه الحالة : التباطؤ الذهني والنفسي - الحركي والخمول والصمت . تكون شخصية المريض عادة من النوع دوري المزاج ويكون العامل الأثري عاليا .

#### ٢ - الشكل وحيد القطب (الهمودي)

يحدث بدءا من سن الثلاثين . وهو الأكثر مصادفة ، خصوصا لدى الإناث تشاهد فيه نوبات همودية فحسب . وتتم غالباً بترافقها مع القلق والحصر والاهتياج والأفكار المراقية . يضع بعض المؤلفين الحالات الهمودية المتأخرة داخلية المنشأ (السوداء الانتكاسية) تحت إطار الشكل وحيد القطب .

تكون شخصية المريض غالبا واهنة ملجومة تحمل صعوبات في التكيف ولا يكون العامل الوراثي عاليا

- أما الشكل وحيد القطب الهوسي فيشك بوجوده رغم أن بعض المؤلفين أشار إليه في تصنيفاته .

#### 4) سير النفاس الهوسي الهمودي :

يتباين سير المرض من فرد لآخر ، إلا أن «أنفست» إستخرج سنة 1973 من خلال أبحاثه سمات عامة يتصف بها تطوّر المرض لدى النسبة الكبرى من الأفراد :  
- يتطور النفاس الهوسي الهمودي بشكل دوري تغلب فيه مراجعة النوبات ويندرجداً أن يقذفه ، وينضغط قوّه مشورتعه

- يتراوح عدد النوبات من مريض لآخر وتكون الحالة عموماً أشد وخاصة في الشكل ثنائي القطب الذي لا تتعاقب فيه النوبات الهمودية والهوسية دائماً بل تكون متبدلة متقلبة . متوسط عدد النوبات ثمانية في هذا الشكل ، وخمسة في الشكل وحيد القطب . الفاصل بين النوبات يتراوح بين عدة أشهر وعدة سنوات تصل إلى أكثر من عشر سنوات . تدوم النوبات من بضعة أشهر إلى سنة عادة . . .

#### 5) السببية المرضية :

##### 1 - العامل الوراثي : (النظرية الإرثية) :

تزداد نسبة التعرض والإهابة عند وجود سوابق عائلية من المرض فتزداد من 1% لدى مجموع السكان العام إلى 20% عند إصابة أحد الوالدين (في الشكل ثنائي القطب) وحتى 06% (09% في بعض الأبحاث) لدى التوائم الحقيقية . . . إلا أن العامل الإرثي أقل وضوحاً بكثير في الشكل وحيد القطب .

وقد أكد بعض الباحثين وجود ارتباط بين النفاس الهوسي الهمودي وبعض الصفات الإرثية (عمى الألوان ، الزمرة الدموية + Xga) التي تتوضع جيناتها على الكروموزوم X الجنسي .

##### 2 - الفرضيات البيولوجية :

عزت هذه الفرضيات النفاس الهوسي الهمودي إلى اضطرابات غدية (معتمدة على معايرة الكورتيزول الدموي و ACTH و H6H والتي تشير إلى وجود اضطرابات) وإلى اضطرابات شواردية . أو إلى اضطرابات الوسائط العصبية (السيروتونين ، الكاتيكولامين ، الدوبامين) إلا أن عددا كبيرا من المؤلفين إعترض بأن هذه الاضطرابات والتبدلات نتاج وظيفي للمرض يرافقه وليس عاملا سببيا له .

### 3 - العوامل النفسية الاجتماعية :

توجد عدة أبحاث وبائية إجتماعية إستهدفت إستخراج الرابطة بين العوامل الاجتماعية ونسبة التعرض للنفاس الهوسي الهمودي من بينها :

- بحث أمريكي في 1940 أشار إلى أن الإصابة بالمرض أعلى في المدن منها في الريف .

- أشارت أبحاث أخرى إلى نسبة التعرض للمرض تصبح أعلى لدى الأقليات الفقيرة والمجموعات المهاجرة .

- بحث حديث إستتج أن نسبة التعرض للشكل ثنائي القطب تزداد مع إرتفاع الطبقة الاجتماعية (ماديا) بينما تنخفض في الشكل وحيد القطب من المرض .  
- كان الباحثون يفصلون بين الأحداث الخارجية وبدء النفاس باطني المنشأ إلا أن أبحاثا حديثة من بينها بحث «بشفلد» (1980) أثبتت وجود إرتباط بين أحداث قريبة (أقل من ستة أشهر) وحدوث النوبة النفاسية .

إن هذه العوامل الاجتماعية ترتبط إرتباطا وثيقا بطبيعة الحالة بالبنية النفسية للفرد وتؤثر عليها . مما يشير إلى الدور الرئيسي الذي تلعبه العناصر النفسية الاجتماعية في نشوء المرض عند وجود الإستعدادات العضوية لذلك .

#### - العوامل النفسية المرضية

إستخلصت الدراسات أن شخصية المريض ثنائي القطب تكون في الحالة العادية قريبة من السواء إلا أنها تتسم بالوسواسية مما يدعم أهمية العامل الإرثي حسب بعض المؤلفين بينما تكون شخصية المريض وحيد القطب شخصية وسواسية مرتبطة مهزوزة قليلة النضج .

تعزو نظرية التحليل النفسي ، الحالة النفاسية الهوسية الهمودية الى حالة إحباط نفسي عميق يرجع الى مراحل الطفولة الأولى يسيطر عليه عوز شديد للحب والإشباع وشعور بالإهمال . مما يحدث خللاً نرجسيا فادحاً في السنية النفسية للفرد يعطي للواقع صورة مشوهة تنعكس عاطفياً في لا شعور المريض بأنه عاجز عن الحب وغير جدير به أيضاً . إلا أنه في مرحلة الحرمان الباكر هذا تكون النزعة العدوانية شديدة (لدى الرضيع) بفعل رغبة الحيوية بالتدمير والانتقام وذلك في الطور الفمي - السادي ثم الشرجي - السادي . مما يحدث تثبيتاً ونكوصاً إلى هذين الطورين ويتظاهر ذلك بمشاعر الذنب العميقة واتهام الذات والرغبة بتدميرها .

ونظراً لغياب الصورة الوالدية المثالية لا يتطور أنا مثالي بل تثبت صورة أمومية تتسم بتكافؤ ضدي لا شعوري (حب - كره ، إرتباط وحاجة - رغبة بالانتقام والتدمير) مما يجعل شخصية المريض مهزوزة مرتبطة قليلة الثقة بالذات يعوزها النموذج المثالي مما يتيح خلال النوبات إنطلاق النزعات الغريزية المقصاة دون حواجز أنوية . . .

### III تناذرات همودية ذات إشكالية بالتصنيف .

#### 1 الإكتئاب الانتكاسي (السوداء الإنتكاسية)

تعرف السوداء الإنتكاسية بأنها تناذر همودي يظهر بعد سن الخمسين لدى شخص لا توجد لديه سوابق مرضية نفسية . لا يترافق هذا التناذر بتكس أو تراجع عقلي ولا تتخلله نوبات هوسية .

#### أ - الأعراض السريرية

##### 1 - الأعراض النفسية :

تتجلى بتناذر همودي يظهر عند الشيخوخة ، بعد سن الخمسين . يتميز هذا التناذر بأهمية الحصر والقلق الذين يغشيانه حيث يسيطر الهياج على المريض الذي يكون دائم الحركة والتمللمل والشكوى كما تغزوه مشاعر الذنب واتهام الذات بشكل هذيانات همودية فيسترجع الذكريات والأحداث البسيطة التي يحولها إلى مصائب يحمل نفسه مسؤوليتها فيطلب ويستجلب العقاب ممتنعا عن الطعام ساعيا إلى الموت عن طريق الإنتحار إلا انه بنفس الآن ، يخشى هذا الموت وتتغلب عليه المخاوف المراقية فتكثر الأوهام والشكاوى المرضية لديه فيتوهم أنه محكوم بالموت ، مصاب بالسرطان أو بداء عضال آخر لا شفاء منه . ويضيف إلى عذابه النفسي ، أما وعذابات جسدية هذيانية ووهمية . وقد تتطور هذه الهذيانات وتكثف بشكل تناذر «كوتار» الذي يجمع هذيان النفي « مثلا أن أحشاءه تبخرت أو تعفنت أو أن قلبه توقف عن النبضان وهذيان الخلود الأليم : حيث يقتنع أنه محكوم بالحياة إلى

الأبد في عذاب لا يطاق وهذيان اللعنة حيث يقتنع المريض أنه ملعون لذلك فهو مصدر كل المصائب والكوارث الذي تحدث حوله أو في العالم . . .

## 2) الأعراض الجسمية :

- يحدث اضطراب في النظام الحيوي للمريض ، فيصاب بأرق معنئ ومتصاعد .

- يشكو المريض من عدة آلام جسمية وحشوية .

- تحدث لدى المريض اضطرابات هضمية تتميز خصوصا بالقبض ، وينجم عن ذلك النحول والتجفف غالبا .

## ب - التطور :

تطور السوداء الانتكاسية بشكل بطيء وناكس لمدة طويلة ، فتصعب معالجتها ، ويكون الشفاء جزئيا غالبا .

لقد كانت السوداء الانتكاسية موضوع جدل منذ البدايات الحديثة للطب النفسي حيث فصلها « كرايبلين » ( 1887 ) في تصنيفه عن الحالات الهمودية الأخرى وافترض أنها تتطور نحو الهته أو الموت إلا أن تلميذه « درايفوس » أثبت بعد عشرين سنة عكس ذلك ( 1907 ) حيث تابع تطور المرضى خلال كل هذه المدة ، ووجد أن عددا كبيرا منهم يشفي ، بينما لا يحدث العته إلا نتيجة لحوادث عضوية وعائية ، أما الموت فغالبا ما ينجم عن آفات عضوية أخرى .

نظراً لأن الهمود الانتكاسي يختلف عن النفاس الهوسي الهمودي ثنائي القطب بينما يتقارب مع النفاس وحيد القطب ، نزع عدد من الباحثين إلى إعتباره تناذرا مشتركا يجمع بين النفاس وحيد القطب والهمود الانتكاسي العصابي ( حيث كثيرا ما يتلو صدمات ورضوض نفسية إضافة إلى أثر الشيخوخة وسن اليأس والتراجع الوظيفي الاجتماعي . . . ) بينما افترض « فينوكر » وجود نوعين من النفاس الهمودي وحيد القطب : نوع باكر ونوع متأخر ، أما الأعراض النفسية والجسمية ( القلق ، القبض . . . ) التي تعتبر مميزة لهذا النوع من الهمود ، فإن بعض المؤلفين يعتقدون

أنها تعود في الحقيقة إلى التقدم في السن والتكسب العضوي والاضطراب الوظيفي وبالتالي فهي لا تشكل خصوصية للسوداء الانتكاسية تميزها عن أنواع الهمود الأخرى .

## - 2 - النفاسات شبه الدورية أو

النفاسات الفصامية - العاطفية الحادة

### أ - مفهوم الفصامات ذات الإضطراب المزاجي :

يُسم الفصام عادة في لوحته السريرية بلا توافق وخلو عاطفين بحيث لا يصنف تبعاً لمميزاته الجوهرية ضمن الإضطرابات المزاجية . إلا أن تناذراً همودياً قد يفتح أحياناً إضطراباً مرضياً ذا شكل فصامي أو يتظاهر خلال تطوره . كما أن محاولة الانتحار تكون أحياناً العرض الأول أو العلامة الدالة على تبلور المرض الفصامي وهذه النزعة الانتحارية علامة شائعة في التناذر الهمودي ، إلا أنها تكتسي شكل الغرابة الشاذة في الحالة الفصامية . لذلك طرِح التساؤل : هل يوجد بالفعل تناذر همودي في سياق تطور الفصام ؟

كذلك توجد أشكال نفامية حادة لا نموذجية عزيت إلى الفصام تسم بأضطرابات مزاجية وهياج وإثارة وحالات هذيانية وهمود وعناصر تخليطية تظهر بشكل مفاجيء وتخفي دون أن تترك إضطرابات دائمة .

في سنة 1933 نشر الطبيب الباحث « كازانان » دراسة حول تسعة من المرضى الشباب شاهد لديهم أعراضاً مرضية وتطور يجمع بين النفاس الهومي الهمودي والفصام ، وأطلق على التناذر المرضي تسمية : النفاس الفصامي - العاطفي . منذ ذلك الحين وُصفت نفس الاضطرابات النفسية تحت عدة تسميات منها :

- النفاس التنكسي - هوس بل - نفاس فرنيكه المتبدل  
- النفاسات شبه الدورية - النفاسات ذات الشكل الفصامي ( لانغفيلد ) -

الهجمات الهذيانية - النفاسات اللا نموذجية ( ميتسودا ) - النفاسات المشتركة .  
في سنة 1957 . إبتكر « ليونهارد » تسمية « النفاسات شبه الدورية » وقدم  
تصنيفا للنفاسات معتبرا إياها مجموعة إتصالية وهو التالي :

- 1 - النفاسات العاطفية ( المزاجية ) 2 - النفاسات شبه الدورية
- 3 - الفصامات اللا متكاملة 4 - الفصامات المتكاملة .

وفي سنة 1974 إقترح « بريس » جمع كل الأوصاف والتسميات السابقة تحت  
تسمية « النفاس شبه الدوري » كشكل ثالث للنفاس يتسم بالدورية ولا يعزى إلى  
سببية محددة .

إلا أن عددا من المؤلفين ظلّ يصنفها تحت إطار النفاس الهوسي الهمودي  
( أوروبا ) بين يصنفها عدد آخر مع الفصام ( أمريكا )

## ب - السمات المشتركة لهذه الاضطرابات

- 1 - يكون البدء غالبا فجائيا وحادا .
- 2 - تظهر في مرحلة باكورة من الحياة ودائما قبل سن العشرين .
- 3 - تظهر فيها اضطرابات المزاج واضحة ويتسم بحالات همود وهياج .
- 4 - تحدث فيها أهلاس وأوهام وإهتزاز بالواقع .
- 5 - تشاهد عناصر تخليطية .
- 6 - توجد أفكار إنتحار وموت
- 7 - تكون الهجمة قصيرة الأمد تنتهي بالشفاء .
- 8 - تتعرض الحالة للنكس .

## ج - معايير التشخيص

### أ - المعايير السريرية

- 1 - يحدث البدء دون أسباب خارجية ظاهرة
- 2 - تشاهد أطوار مرضية تتسم بأضطرابات مزاجية يغلب عليها الهياج .



3 - حالة هذيانية مع أهلاس وأعراض جمودية .

4 - تخطيط ذهني متفاوت الشدة .

وهذه المجموعات العرضية قد تترافق أو تتواتر خلال التطور المرضي .

### ب - المعايير التطورية

1 - تبدأ الاضطرابات قبل سن العشرين .

2 - تكون دورية وتتبع الفصول : هجمات ربيعية - خريفية .

3 - لا يكون التطور تنكسيا ( أو تراجعيا ) حيث يعود المريض إلى السواء إثر

الهجمة .

4 - يكون المظهر التطوري العام قريبا من الشكل ثنائي القطب من النفاس

الموسمي الهمودي .

### د - الانذار والسير

يعتبر متوسطا بين الفصام والنفاس الموسمي الهمودي حسب تغلب النمط العرضي ، فيكون أفضل عندما تسيطر الاضطرابات المزاجية .

أجرى العلماء والباحثون عدة دراسات حول العلاقة بين النفاس الموسمي الهمودي والفصام في نشوء النفاس شبه الدوري إلا أن هذه الدراسات تعارضت وتناقضت حسب المدارس الطبية والبلدان وربما يعود ذلك إلى معايير التصنيف والتشخيص واختلافاتها وأخطائها .

- استنتج « كندال » 1969 من دراساته أن الفصام والنفاس الموسمي الهمودي تناذران مرضيان منفصلان .

يرى « زبيكند » 1971 أن الفصام العاطفي قد يتحول خلال تطوره إلى نفاس موسمي همودي .

- إستخرج أنفست من إحصاءاته ومتابعته التطور المرضي . أن تناذرا مرضيا بشكل نفاس موسمي همودي يتحول إلى فصام (إحتمال) عند وجود سوابق عائلية فصامية بحثة أما عندما توجد سوابق مختلفة فالشكل الفصامي يظل على ما هو بينما

- يتحوّل شكل فصامي همودي إلى نفاس هوسي همودي عند وجود سوابق عائلية فصامية وفصامية عاطفية (شبه دورية) وهوسيه همودية .
- يلاحظ وراثيا إزدياد نسبة الأطفال الفصامين في عائلات الهوسيين الهموديين (كامر 1970 ، بول 1973) .
- تفيد أملاح الليتيوم المستعملة في الهوس في المعالجة الوقائية للفصام العاطفي ( المزاجي ) .
- تشاهد أعراض فصامية خصوصا جمودية في كثير من الحالات الهوسية .
- أكدت دراسات وراثية حديثة وجود علاقات إرثية بين الإبتعداد الوراثي للإصابة بالفصام العاطفي ( المزاجي ) والنفاس ثنائي القطب .

#### IV الحالات الهمودية نفسية المنشأ . ( خارجية المنشأ )

##### أ - مدخل

لا يهدف هذا العنوان إلا إلى تفريق سريري بين حالات همودية نفسية ووخيمة وحالات همودية أخرى ، إرتكاسية وعصابية . حيث ، وكما سبق وذكرنا في البحث السابق حول الحالات الهمودية ، لا يزال الجدل قائما ومشتداً حول تصنيف هذا النوع من التناذرات، المرضية النفسية وبالتالي حول سببيتها ومنشئها وتداخل العوامل الدأخلية الإرثية والبيولوجية والنفسية البنيوية والإرتكاسية في آلياتها . فترى الفرضية الثنائية أن الهمود باطني المنشأ والهمود نفسي المنشأ إضطرابان مختلفان كفيًا ، إعتادا على الفوارق الإحصائية بين نوعي الهمود والتي تشير إلى أن نسبة تأثير الوراثة أعلى بكثير في « الهمود الباطني » منها في « الهمود النفسي » إلا أن هذه الإحصاءات والدراسات لا تقدم نتائج وإثباتات حاسمة . بينما ترى الفرضية الأحادية ( فرضية المجموعة الإتصالية ) أن الهمود تناذر وحيد والاختلاف كمي وليس نوعيا ويعترض البعض على هذه النظرية بأن « الهمود الباطني » يستجيب للعلاج بالصدمة الكهربائية بينما لا يتأثر بذلك الهمود العصابي .

ونحن نرى أن الهمود كمون وأستعداد نفسي مزاجي تتضافر فيه عدة عوامل إرثية عضوية ( أي أنه لا توجد مورثة وحيدة تحمل عامل الهمود وتنتقل حسب قوانين الوراثة ) وعوامل نشؤية نفسية تحدد أسس الشخصية وبنية الأنا حسب تأثيرات المحيط النفسي الإجتماعي والمادي ويعني ذلك أنه لا يوجد شخص منيع على الهمود لأي سبب كان لأن مورثاته لا تحمل هذه الصفة بل إن درجة إستجاباته للدوافع الهمودية ( الناجمة عن تفاعل المثيرات الخارجية مع البنية النفسية ) تتعلق بكامل بنيته النفسية - الجسمية وديناميكيته وثوراتها من حيث تكاملها كوحدة وجودية تتبلور في

## الأنا النفسي - الجسمي .

ولا نعتقد أن الإستجابة للصدمة الكهربائية معيار يؤخذ به لتحديد نوعية التناذر الهمودي . فالصدمة ليست علاجاً نوعياً « للهمود الباطني » بل تستجيب لها « اذرات مرضية نفسية أخرى كالهجمات النفسانية الحادة والدفعات التطورية النفسامية وخصوصاً الفصام الهمودي ( ونحن نعلم ما يفترضه البعض من علاقة بين الحالة الهمودية والحالة الهوسية ) .

إن آلية تأثير الصدمة الكهربائية غير محددة إلى الآن ، إلا أنها تؤثر حتماً على التوازن الشاردي والوسائط العصبية ، في الجهاز العصبي المركزي ، التي تلعب دوراً رئيسياً في تنظيم المزاج لذلك فهي تضطرب في النفاسات الوخيمة خصوصاً المزاجية منها وهذا الإضطراب يحدث تبعاً لشدة الإضطراب ومدته و «نتاجاً» له . بحيث أن الصدمة التي تقوم بالتأثير على الديناميكية الفيزيولوجية لهذه الوسائط تعدل التوازن المضطرب وبالتالي تعدل المرضية المزاجية بآلية راجعة بينما لا تؤثر في الحالات الهمودية العصابية لأن الإضطراب الفيزيولوجي لا تصل إلى العتبة التي تصبح قابلة للتأثر ، بمفعول الصدمة الكهربائية . . .

## ب - خصائص التناذرات الهمودية نفسية المنشأ :

### ( الاعراض والعلامات العامة )

#### ١ - إضطراب المزاج الهمودي :

حيث يتسم الشخص باليأس والتشاؤم والحزن وفقدان الأمل فيعتبر أن حياته مليئة بالعقبات والمصاعب وأنه سار بطريق خاطيء وخسر عدة فرص . يغزو مسؤولية ذلك إلى ظروفه ومحيطه وإلى القدر ونادراً ما يميل إلى إتهام نفسه بل يشعر بالمهانة والعزلة وفقدان إهتمام الآخرين ومبالاتهم .

## 2 - القلق والحصر الظاهران

يبدو ذلك بشعور بالضيق والعصبية والرجفان والاضطرابات الانبانية والشكوى من الام جسمية وحصر نفسي والخوف من الموت والعزلة والمستقبل .

## 3 - سلوكيات و نزعات إنتحارية :

تكثر المحاولات الإنتحارية إلا أنها تكون أقل « هزما » من المحاولات الإنتحارية في الهمود الوخيم . فهذه المحاولات كثيرا ما تدل على مساومة عاطفية ، يستهدف بها الفرد جلب الإهتمام والعطف الذين يحس أنه فقدهما أو تكون صرخة استغاثة بطلبها في يأسه وعزلته النفسية . ولا يعني هذا أنه يجب الإستخفاف بالسلوك الإنتحاري في الحالات الهمودية « الخفيفة » بل يجب التأكد من أن الخطر الإنتحاري قائم خصوصا لدى المسنين والمراهقين والأفراد المنعزلين .

## 4 - اللجم النفسي الحركي :

يكون محدودا أو غائبا إلا أن الهمودي يكون واهنا ، يشكو التعب ويعمل دون متعة أو حماس ، يعجز عن إتخاذ قرارات رئيسية ومواجهة المسؤوليات .

## 5 - تظهر الأعراض العصائية أو تشتد خلال الحالة الهمودية

## 6 - إشتداد الارتكاس للمحيط

يصبح المريض شديد الحساسية لما يحدث حوله وتجاهه إن سلبا أو ايجابا فيزداد يأسه وتشاؤمه وقلقه وحصره عندما مواجهة فشل أو ضغط من المحيط . بينما يطمئن وينخف اضطرابه ، إن أحيط بالعناية والرعاية ووجد حوله التفهم والمساعدة

## 7 - تتأثر الاضطرابات بالسمات الخصوصية لشخصية الفرد وتصطبغ بها

تحدث دائما اضطرابات جسمية لدى المريض أهمها :

- الاضطرابات الواسمة للقلق : الدوار الصداع ، الحصر التنفسي ، الخ

- اضطراب النوم : فرط النوم ، النوم الخفيف ، تقطع النوم ، الكوابيس ،

الأرق .

- اضطراب الشهية : القمة أو الشره .

- اضطرابات جنسية : لجم الغريزة الجنسية ، عنة الخ . . .

## ج - تصنيف الحالات الهمودية نفسية المنشأ (أو خارجية المنشأ)

### 1 - الهمود الارتكاسي :

حالة همودية ترتبط بحدث ، راض نفسيا ، حديث العهد (أقل من خمسة أشهر) تظهر الحالة الهمودية ، غالبا ، إثر أيام من الصدمة التي قد تكون موت شخص قريب أو فشلها عاطفيا أو مهنيا الخ . . . وتتميز عن الحزن الطبيعي بشدة أمراضها وامتدادها الزمني . فيكون المريض بحالة من الاكتئاب العميق والآلام فاقدا المبادرة والإرادة يهمل ذاته ومن حوله لا يأبه بحاجياته ممتنعا عن الطعام قليل الكلام والتعبير والحركة ، لا يقوم بأعماله ووظائفه الحياتية العادية .

### 2 - الهمود الظرفي :

يرتبط بالطرف الوجودي الراهن فقد يعود إلى هجرة ولا تلاؤم مع الوسط الجديد ، أو إلى عزلة فعلية كالسجن أو إلى ظروف مادية صعبة يعيش الفرد (كما في حالة البطالة) الخ . . .

### 3 - همود الإرهاق :

يحدث لدى الأفراد الذي يتلقون محرضات نفسية وضغوطاً مستمرة ومنتالية في حياتهم كرجال الأعمال والمسؤولين في المجتمع (إداريا أو سياسيا) والنساء اللواتي يعشن سيطرة زوجية مفرطة وإشكالات أسرية . . .

### 4 - الهمود العصابي :

يعمل العصابي عناصر تثبيت ونكوص في شخصيته ، ترتبط برضوض وإحباطات نفسية قديمة ، إلا أنه يبني عبر آليات دفاعه الأنوية توازنات ذاتية وعلائقية هشة ومهتزة بحيث تعتمد بنيته النفسية الديناميكية ، والعلائقية على

منظومة تعويض تحافظ على ما يكفي من تقييمة لذاته . لذلك كثيراً ما تتدخل أحداث خارجية لتحيي الصراعات العصابية القديمة وتجعل التوازن والتعويض ينهاران ، مما يؤدي لحالة همودية . ولا ضرورة لأن يكون الحدث المسبب راضاً موضوعياً فهو يكون فشلها عاطفياً أو طلاقاً كما قد يكون نجاحاً مهيناً وترقية إلى مسؤوليات جديدة (لا قبل للعصابي لتحملها حسب «تصوره»).

#### 5- الهمود الارتكاسي النفاسي :

ينجم مثل الهمود الارتكاسي عن حدث خارجي راض نفسي ، إلا أن الحالة الهمودية تمتد لأمد طويل . بينما تفقد الحالة العاطفية للمريض ارتباطها بالظرف الراض وتشتد الأعراض لتأخذ صفة وخيمة تتصف بالإكتئاب الشديد واتهام الذات ومشاعر الذنب التي قد تصل إلى حالة هذيانية ويزداد هنا خطر الانتحار .

#### د- إضطرابات المزاج العرضية :

وهي تحدث إثر إصابات مرضية أخرى نفسية أو عضوية لا يكون فيها التناخر المزاجي العرض الرئيسي .

(١) الإضطرابات المزاجية : الثانوية (التالية) لإضطرابات نفسية أخرى . تنشأ خلال تطور إضطرابات نفسية أهمها :

- الفصام : حيث تظهر ببلء المرض أو خلال أحد مراحل تطوره بأشكال مختلفة مثل :

● حالات هوسية لا نموذجية تتميز بفقدان الإنسراح والإنسجام والتناغم المعهودة لدى الهوسي بل تتصف بتكافؤ ضدي عاطفي وبرود وآلية .

● حالات همودية لا نموذجية : تترافق مشاعر الذنب والمصيبة بالإحساس بتبدل الجسد والتفكير والمحيط وتأخذ شكل همود هذيانى .

- النفاسات الهذيانية الزمنة .

- الحالات العصابية والشخصيات المرضية :

- الأدمان على المخدرات والكحولية .

- حالات العته والتخلف العقلي .

2 - الإضطرابات المزاجية التالية لإصابات عضوية :

قد تكون الإضطرابات المزاجية العلامة الأولى لبعض الآفات العضوية او تحدث خلال تطورها وتتميز غالبا بحالة تخليطية همودية . ويجب إذآك التفكير بأفة دماغية أو إنسامية أو إستقلابية . وأندر من ذلك مشاهدة حالة تخليطية هوسية أو إضطراب مزاجي صريح همودي أو هوسي . ومما يصادف أيضا إضطرابات مزاجية لا نموجية كالوهن العدائي وفرط الإثارة والعبوس .  
من هذه الآفات :

1 - الآفات العصبية المركزية :

- الحالات العتهية والإصابات الوعائية الدماغية .

- داء باركنسون .

- التصلب اللويحي

- الأورام الدماغية

- عقابيل الرضوض الدماغية .

- الصرع .

2 - الآفات الغدية .

- الداء السكري .

- آفات الكضر

- الآفات الدرقية

3 - الآفات الجهازية .

- الذئبة الحمامية المنتشرة .

- التهاب المفاصل العديد المتطور .

- أمراض الغراء .

4 - الأمراض الإثنائية .

- الداء السلي .

- كل الآفات الجرثومية والفيروسية

5 - السرطانات خصوصا منها البنكرياسية



6 - الإعتلالات القلبية

7 - كل الآفات العضوية المديدة أو الشديدة .

3 - الأضطرابات المزاجية الناجمة عن الأدوية

١ ( المحدثه للهمود

- بعض خافضات التوتر الشرياني كالرزربين خصوصا ، وآلدوميت .

- الستيروئيدات القشرية .

- مانعات الحمل الحاوية نسبة عالية من البروجسترون .

- الدوبا Dopa - L - الغوانتيدين - البروبونولول - الكلونيدين - الريميفون

. Rimifon

2 ( المحدثه للهوس

- تتحول بعض الحالات الهمودية المعالجة بمضادات الهمود أو عند تعاطي

الأمفيتامينات ، إلى حالات هوسية . ولذلك لتواجد النفاس الهوسي - الهمودي لدى المريض .

4 - تناذرات الفطام :

عند فطام المدمنين عن الكحول أو المخدرات قد يحدث إضطراب مزاجي همودي قلق وفرط إثارة وذلك يعود إلى فقدان وسيلة الهروب من الواقع والإشكالية الذاتية ، التي كان يمثلها المخدر ، مما يتطلب متابعة المريض بمعالجة نفسية داعمة وإعطاء مضادات همود عند الحاجة .

وتصادف حالات همودية مشابهة عند إتباع أنظمة تخفيض الوزن . وهي كثيرا ما تدخل في نطاق حالة القمه العقلي التي تحدث خصوصا لدى المراهقين .

## معالجات الإضطرابات المزاجية

### 1 - معالجة الهجمة الهوسية .

تتطلب الهجمة الهوسية الصريحة إستشفاء ، المريض حتى يتلقى المعالجة الملائمة ولتتم حمايته وحماية محيطه من عواقب إضطرابه . إلا أن المريض يكون مهتاجاً مما يتطلب تهدئته بحقنه عضلية من أدوية سريعة المفعول مثل درولبتان 50Droleptan مغ . ثم يبدأ بعلاج دوائي بالمتبطات العصبية مثل الهالدول Haldol بمتوسط 10-15 مغ عضليا أو عن طريق الفم وتراجع الأعراض تدريجيا بدءا بالهياج والهذيان وانتهاء باستقرار المزاج وتعديله . خلال ذلك يجب القيام بالفحوص المخبرية اللازمة للبدء بالمعالجة بأعلاج الليثيوم ( كاربونات الليثيوم ) ويرى البعض تخفيف مقادير المتبطات العصبية ، تدريجيا بينما تبدأ المعالجة بالليثيوم الذي يجب ان تصل نسبته الدموية إلى 0,06-1,10 ميلي معادل / 100مل دم ، وهذه المعالجة ذات مفعول وقائي .

### 2 - معالجة الحالات الهمودية .

يجب استشفاء كل المرضى الذين يعانون تنافرا هموديا شديدا أو يخشى من خطر الإنتحار لديهم أو الذين يعانون إضطرابات شديدة عامة أو بالنوم وكذلك المرضى المسنين والذين لم يتحسنوا بمعالجة خارج المستشفى .

- يلجأ للعلاج بالصدمة الكهربائية عندما يوجد خطر إنتحاري كبير كما في الحالات الهمودية الهذيانية والقلقة وفي الأشكال الدهولية والتي لا تخضع للمعالجات الدوائية أو يوجد فيها مضاد إستطباب للأدوية .

تجري الصدمة تحت التخدير العام وباستعمال الشالات العضلية بمعدل ثلاث حصص أسبوعيا . مجموع 6 الى 10 حصص . مع إتخاذ الإحتياطات الطبية المتوجبة .

## - العلاج الدوائي :

بغلب استعمال الأدوية مضادات الهمود ثلاثية الحلقة التي تعطي نتائج ايجابية في 70% من الحالات .

مثلا في الحالات الهمودية القلقة والمتوترة توصف مركبات ذات مفعول مركن ( مهدئ ) مثل الأميتر بتيلين : إيلافيل Elavil أو تريبريمين ، سورمتهيل Sumonhl . . . . .

وفي الحالات الهمودية اللجمية توصف مركبات ذات مفعول منشط مثل إيميبرامين Tofianil ، كلومبيرامين : أنا فرانيل Anafanil .

يجب الاحتياط لمضادات الاستطباب لمضادات الهمود ومنها :

- القصورات الكبدية والكلىوية .

- الاعتلالات القلبية المتطورة واضطرابات النظم القلبي .

- التصلب الشرياني .

- الزرق .

- آفات البروستات واحتباس البول .

ويجب الحذر في الصرع ولدى الكحوليين والمسنين .

يعطى العلاج عادة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة الفاعلة ( عموما 150 مغ ) خلال أيام يغلب أن تكون عن طريق الفم إلا في الحالات الهمودية الشديدة حيث تعطى عن طريق الوريد ( أنافرانيل ، أميتربتلين ) ويمكن إعطاء بعضها عن طريق العضل ( إيميبرامين ، أميتربتلين ) يفضل حاليا إعطاء المقدار الدوائي بجرعة وحيدة قبل النوم ولا يظهر مفعولها الكامل إلا بعد أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ويمكن تخفيف الجرعة بعد ذلك .

لا يجب جمع مضادات الهمود مع الباربيتورات أو لاجمات المونوأمين أو أكسيداز

. INO

● توجد مضادات همود أخرى ذات تركيب كيميائي متنوع مثل

Nomifensine, Viloscazine, Miaserine, maproptiline نوميفنسين .

- أما مضادات المونوأمين أو أكسيداز I.M.A.O. فهي أقل مفعولا على الهمود من

المركبات الحلقية الثلاثية وتتطلب حنرا واحتياطات أكثر يظهر أثرها بعد أسبوعين

ويدوم لعدة اسابيع بعد ايقاف العلاج من بينها marsilid مارسيليد سرفكتور  
. Survector

في كل الحالات يجب مراقبة حالة المريض نفسيا ( حيث قد يحدث انقلاب  
هوسي للمزاج ) وجسديا ( الجهاز الدوراني ، الجهاز البولي ، الجهاز  
الهضمي ... )

وتكون المقادير المعطاة في الحالات الهمودية الخفيفة ( نفسية المنشأ ) أقل عموما  
من الحالات الشديدة .

في الحالات الهمودية اللاعقودية ( لدى الفصامين . . ) تترك مضادات  
الهمود مع المثبطات العصبية ( منشطة : دوغما قيل Dogmatil ، مبتدئة : Nozinan  
نوزمينان ، Neuleptil نولبتيل ) .

### - المعالجة النفسية

يجب دائما اشراك المعالجة الدوائية بمعالجة نفسية تتلاءم مع الحالة وخصوصية  
شخصية المريض وخلفيته المرضية النفسية فهي تتراوح من معالجة نفسية داعمة  
ومعالجة جماعية ، ومعالجة بالاسترخاء حتى التحليل النفسي الكلاسيكي طويل  
الأمد .

ويعتقد عدد من الباحثين أن نوعا حديثا من العلاج هو العلاج النفسي المعرفي  
المستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المنظوماتية ، تحمل تحسنا ملحوظا خصوصا  
عند إشراكها بالأدوية .

### - المعالجة بالحرمان من النوم =

لاحظ العلماء أن الحرمان من النوم يعدل الاضطراب المزاجي لدى الهموديين  
( الشديدين خصوصا ) لذلك اقترح « شولت » و« فلوغ » و« تولي » معالجة متكررة  
بالحرمان من النوم وتوصلوا إلى نتائج جيدة .

3 - المعالجة الوقائية للنفاس الهوسي الهمودي ( المعالجة بالليثيوم ) يشكل  
تعاطي أملاح الليثيوم ( كاربونات الليثيوم ) لفترات مديدة اجراءا وقائيا يمنع أو  
يخفف النكس المرضي . وهو يتطلب تجنب مضادات الاستطباب ( القصور

الكلوي ، القصور القلبي ، الآفات الوعائية الدماغية ، الإضطرابات الشورادية ،  
الحمل . . . ) كما يتطلب مراقبة سريرية ونخبرية مستمرة للمريض ( خصوصا  
التوازن الشاردي )

- يبدأ بجرعات خفيفة مرتين يوميا تتزايد حتى تصل نسبة الليثيوم بالدم إلى  
0,60 - 0,80 ميلي معادل/ بالترز . وهي النسبة الفاعلة . يعاير الليثيوم في اليوم  
الأول والرابع ثم اسبوعيا ثم شهريا تجنباً لوصول نسبته الدموية إلى مقادير سمية .

الفصل

الرابع

## الهذيانات الحادة

### الهجمات الهذيانية

#### (النفاس الهذيانى الحاد)

تتصف الهجمة الهذيانية بتظاهر حاد ومفاجيء لحالة هذيانية متعددة الأشكال تنجم عن اضطرابات في الحس والإدراك والوعي والمحاكمة والعلاقة مع العالم الخارجى . تدوم الهجمة أمدا قصيرا لا يتجاوز في أقصاه بضع أسابيع ثم يعود المريض عادة إلى حالته النفسية البدئية .

أطلقت على الهجمات الهذيانية عدة تسميات حسب النظريات المتعلقة بإطارها السريري وسببيتها وتطورها . من هذه التسميات : الزور (البارانويا)

الحاد : «ليسبال» ، التخليط الهذيانى الحاد «كرافتمنغ» (ألمانيا) ، الفصام الحاد «بلولر» (سويسرا) الهذيان التأويلى الحاد : فالنس (فرنسا) .

أما «هنري أي» فهو يدخلها في إطار تفكك الوعي وبسببها النفاس التخليطى الحلمي . بينما يسميها «جاسبرز» التجربة الهذيانة البديئة معتبرا أنها تعاكس بين واقعين الواقع الفعلي وواقع مصطنع يماثل الحلم وينشأ من تأويل باطنى للواقع الخارجى المعاش .

وفي مؤتمر لمنظمة الصحة العالمية سنة 1978 نوقش تصنيف الهجمات الهذيانة التي نسبت إلى النفاسات الوظيفية ووضعت احتمالات ثلاثة

- 1- أنها شكل من أشكال النفاس الهوسى الهمودى
- 2- أنها شكل متوسط من الفصام والنفاس الهوسى الهمودى
- 3- أو أنها شكل نفسى مستقل وقائم بذاته

#### أ - شروط ظهور الهجمة الهذيانة :

تحدث الهجمة الهذيانة عادة لدى فرد مراهق أو شاب ، غالبا تحت سن الثلاثين ، كثيرا ما توجد سوابق عائلية . يكون الشخص هس الشخصية محدود النضج الإنفعالى ، ذا طبع حساس وقلق ، يجد صعوبات بالتأهيم والتكيف ، دون أن يكون عصابيا متكاملا ، غالبا من النوع الواهن ، المنطوي ويحمل سمات هسريائية .

كثيرا ما تكون الهجمة الهذيانة ذات علاقة برض نفسى إذ قد تحدث إثره مباشرة ، كما في حالات الموت والزواج والولادة والصدمات العاطفية الأخرى أحيانا يسبق الهجمة الهذيانة حالة قلق وتوتر واضطرابات نوم ، إلا أنه يغلب البدء الحاد والمفاجيء للمتأذر .

#### ب - النموذج السريرى الوصفى للهجمة الهذيانة :

- يصاب المريض بهذيان متعدد الأشكال ينشأ بشكل مفاجيء وحاد ، وهو يعيش هذا الهذيان بقوة ولا يبالي بالواقع المحيط به بل يندمج فوراً ومباشرة في هذيانه

التبدل فيستجيب له بهياج نفسي - حركي وحالات قلق وحصر أو إنتشاء وبهجة .  
بينما يضطرب إتصاله مع العالم الخارجي ولا يمكنه نقل تجربته إلى الآخرين .

تكون الآلية الذهنية (تناذر كليرمو) حاضرة دائما ، فيحس المريض بأن ذهنه أصبح يعمل بشكل آلي مستقل عن إرادته وأن أفكاره وأعماله لا تنتمي إليه ، مما ينشيء حالة من اضطراب الواقع والشعور بفقدان السيطرة على الذات .  
تحدث أحيانا أهلاس نفسية - حسية تتميز بكثوتها وتنوعها وقوتها (حسية ، سمعية بصرية ، شمعية) ، وتكثر كذلك الأوهام والتأويلات والإستبصارات الخادعة .

أما مضامين الهذيان فهي كثيرة تغلب عليها المواضيع الدينية والإستعلامية والجنسية والتعقيبية .

- يشاهد أيضاً اضطراب مزاجي يتسم بالتبدل المزاجي السريع لدى المريض الذي ينتقل من حالة إثارة إلى حالة همودية وبالعكس تبعاً لتبدل محتويات هذياناته .  
- يضطرب الوعي لدى المريض فيصبح شبه حلمي أو غروبي ويكون إدراك الواقع غائماً بينما يكون الإنتباه إصطفائياً مع فرط يقظة متعلقة بالمحتويات الهذيانية .  
إلا أن اليقظة لا تضطرب بشكل عميق كما لا يحدث فقدان حقيقي للتوجه الزماني المكاني . فلا يصل اضطراب الوعي إلى درجة التخليط الذهني

- يحدث ضياع عميق بالشخصية وازدواج هلسي ينال وعي المريض بجسده وكما ينال عقله ، حيث يشعر بتبدلات تطراً عليه وبتأثير قوى خفية خارجية على تفكيره وسلوكه .

- الحالة العفوية : قد تكون سوية - ويشاهد اضطرابات بالنوم وأحيانا :  
قمه ، إمساك ، إرتفاع حرارة الأشكال السريرية .  
تحدد تبعاً لسيطرة إحدى الآليات المرضية النفسية أو إنفرادها في الهجمة الهذيانية .

- الأشكال الخيالية الخادة :

يكون نشاط المريض النفسي غنياً بالخيالات والقضص الخرافية التي يتكرها دون توقف وهي غالباً ما تتمحور حول موضوع ديني أو جنسي . تشهد هذه الأشكال لدى الشخصيات الهستريائية والمتخلفين عقلياً .



- الأشكال التأويلية الحادة :

تكتسي طابعا إنفعاليا شديدا ، يبنى فيه المريض هذياناته المتعلقة غالبا بالغيرة أو الإساءة على تأويل الأحداث الخارجية .

- الأشكال الهلسية الحادة

حيث يسيطر تناذر التأثير (الخارجي) والأهلاس السمعية الكلامية .

ج - الأسباب والأشكال السببية :

تنشأ الهجمات الهذيانية غالبا إثر رضوض نفسية أو جسدية خصوصا العصبية منها وكذلك لدى الشخصيات الهشة البنية . لذلك خلال الفحص النفسي للمريض لا بد من معرفة كيفية نشوء الهجمة والأحداث التي سبقتها والسوابق الشخصية والعائلية والإرثية للمريض وكذلك العناصر المرضية في بنية شخصيته .

1 - النفاسات الهذيانية الحادة ما بعد الرضية والتالية لإضطرابات عضوية تعود خصوصا إلى كل عناصر الإصابات الدماغية (الرضوض ، الإلتانات ، العوامل الدوائية والسمية ، الإصابات الوعائية والإضطرابات الغدية والإستقلابية) . وهي غالبا ما تتسبب بتناذرات تخليطية حلمية ، إلا أنها قد تؤدي أيضا إلى هجمات هذيانية شبه حلمية خصوصا في حالات الإدمان على المخدرات .

2 - النفاس التالي للولادة :

يعود خصوصا إلى الرض النفسي أكثر منه إلى الرض الجسدي المرافق للولادة ويرتبط ببنية شخصية المرأة . ولا يوجد إلى حد الآن تصنيف محدد لهذا النوع من النفاسات .

تحدث 75% من الحالات النفاسية التالية للولادة خلال الطور الباكر عقب الولادة (أي خلال ستة أسابيع) .

تشاهد سريريا حالة تخليطية - هذيانية مع الأعراض التالية :

- إضطرابات بالوعي تتراوح من الإندهاش حتى تبدد الذهن .

- إضطرابات عاطفية عميقة

- هيجان قلق

- أعراض همودية مع خطر الانتحار أو قتل الوليد  
- هذيانات يتمحور موضوعها غالباً على الولادة والعلاقة بين الأم والطفل  
(إنكار الحمل ، الولادة ، شعور هذيانى بالذنب ، هذيانات تعقب تتعلّق بالوليد)  
ويكون التطور المباشر لهذا النفاس حسناً غالباً .

3 - الهجمات الهجمات الهذيانية ذات المنشأ النفسى أو الإرتكاسى تحدث هذه  
الهجمات إثر رض نفسى محدد وتكتسى صبغة إنفعالية شديدة . وينشأ هذا  
الإرتكاس لدى أفراد يتسمون «باستعداد هذيانى» وضعف إنفعالي عميق ينال من  
المقاومة النفسية أمام عوامل الحصر والحرمان الشديدة .

4 - التجارب الهذيانية البدئية :

هجمة هذيانية حادة مفاجئة لا ترتبط بأي عمل خارجي أو سوابق مرضية  
معددة وهي الأكثر مشاهدة ، تحدث غالباً لدى أفراد يعانون تخلفاً عقلياً أو ضعفاً  
بالشخصية يهينهم للإيحاء ، يحملون سمات هستيرية سلبية - ارتباطية أو لدى  
سيكوباتيين وملجمين وشبه فصامين ، ويتفاوت الإنذار هنا بشدة من فرد لآخر

ب - تطوّر الهجمات الهذيانية :

1 - تشفى 30 - 50% من الحالات وهي تلك التي تعقب رضاً نفسياً خارجي  
المنشأ وتبرز بشكل حاد مفاجيء وشديد وتترافق باضطرابات مزاجية هامة وغالباً  
ما تسبقها بعض الاضطرابات النومية (أرق) فهي تتمثل غالباً في هجمة وحيدة قد  
تعقبها بعد الشفاء طور من الوهن .

2 - التطور الدوري : 40 - 50% من الحالات :

ويأخذ نموذجين

أ - نكس الهجمة الهذيانية ذاتها أما يسمى «الهذيان الحسوفى» حيث تتكرر  
الأطوار الهذيانية بينما تتخللها مراحل طويلة من الهدوء والهجوم .

ب - تحوّل الهجمة الهذيانية إلى شكل نفاسى موسي همودي في 7% من  
الحالات . يحدث ذلك غالباً لدى أفراد شباب (حول 20 سنة) وعندما تغلب  
الصفحة المزاجية في الهجمة الهذيانية .

### 3 - التطور الفصامي :

تعطيه الإحصائيات نسبة 15 - 30% ، يحدث هذا التطور إثر هجمة وحيدة أو عدة هجمات وتشير بعض العلامات إلى هذا التطور منها : التفارق ، الإيمائية المصطنعة والغريبة ، غرابة محتوى الهذيان تشوه صورة الجسد .

4 - التطور إلى أشكال شبه فصامية وإلى فصام مزاجي .

5 - التطور إلى هذان مزمن .

تطور نادر يحدث لدى أفراد مسنين (تجاوزوا الأربعين) وتأخذ أشكالا مثل الهذيان الزوربي والنفاس الهلسي .

### هـ - الإنذار :

أ - عناصر الإنذار الحسن :

- البدء الشديد الحدة للهجمة الهذيانية

- وجود عوامل محدثة خارجية هامة

- أهمية الاضطرابات المزاجية خلال الهجمة .

- غياب سوابق عائلية فصامية .

- وجود شخصية ذات بنية شبه مرضية غير فصاموية

- التحسن السريع بفعل العلاج .

ب - عناصر الإنذار السيء :

- البدء تحت الحاد للهجمة

- وجود عناصر مرضية تسبق الهجمة خلال أشهر أو سنوات تتمثل في

اضطرابات سلوكية ومحاولات إنتحار وإنطواء وصعوبات تكيف واتصال .

- يكون المضمون الهذيانى أقل ثراء وتنوعا ويتركز حول مواضيع تعقبية

ومراقية دون موقف ناقد من المريض إثر انحلالها وبقاء شحنة عميقة من القلق تجاه

تكامل الذات مما يشير إلى احتمال تطور تفككي .

- يكون التطور مديدا قبل الفحص الطبي

- وجود سوابق عائلية فصامية

- وجود علامات تشير إلى شخصية فصاموية  
ويجب الإشارة إلى أن عناصر الإنذار هذه لا تحمل إلا قيمة ترجيحية إذ قد  
يحدث تطور إيجابي إثر علامات سيئة والعكس صحيح .

## و - المرضية النفسية للهذيان الحاد :

يقارب الباحث «هنري أي» الهذيان الحاد من جانب ظواهره فيعتبره تفككا  
بالوعي حيث يحدث اضطراب بالإدراك وتشوه لبنية الزمانية - المكانية للعلاقة بين الأنا  
والعالم الخارجي فيقع تداخل واضطراب في التمييز بين المحسوس والمعاش الراهن  
وبين الحياة النفسية الباطنة . بحيث يلتبس الذاتي والموضوعي . ويرى «مرلوبونتي»  
أن الهوية الأنوية تضطرب بحيث يعيش المريض أفكاره وأحاسيسه الباطنة المضطربة  
وكأنها قادمة من العالم الخارجي ، وبما يؤدي إلى الإزدواجية الهلسية والآلية الذهنية  
(النشاط الذهني اللاإرادي) فيبدو وكأن الوظيفة النفسية الخيالية قد فاضت على  
العالم الخارجي وغمرته .

كذلك قام فولن (1963) بدراسة حول الحالات شبه الحلمية التي تدخل  
ضمنها الهجمة الهذيانية ، فأشار إلى أن المريض يتميز بشخصية هشّة يصعب عليها  
التكيف بشكل سوي ، لذلك فهي تقوم ببناء «شخص» أو «شخصية تثلية» تغلف  
الأنا وتقتنعها وتحميها فتوفر لها تكيّفاً غصّاً . إلا أنها تكون متناقضة مع الحقيقة  
العميقة للشخصية الأصلية بحيث تنهار هذه «الشخصية المصطنعة» عندما تنضب  
إمكاناتها أمام موقف يحمل شحنة إنفعالية شديدة أو عند فقدان معايير الاستقرار  
العاطفي (كفقدان عاطفي ، أو طلاق أو تغير بالمحيط الثقافي الاجتماعي) . إذك  
تدخل البنية النفسية العميقة في حالة فزع وتحاول التخفيف من الفزع والحصر عبر  
الهذيان العديد الأشكال إما بالإنفعال عن الواقع الخارجي واستبداله بواقع هذيان  
باطن . وإما بتغيير الشخصية المصطنعة وتبديلها ، لكن دون دعائم كافية  
ومستقرة . مما يلتقي مع نظرية التحليل النفسي التي تعتبر الحالة الهذيانية دفاعاً ضد  
القلق والحصر وترجع الهجمة الهذيانية إلى العلاقة الأولى بالموضوع . . .

## ز - التشخيص التفريقي :

- يجب تفريق الهجمة الهذيانية عن الحالات التالية :
- عن التخليط الذهني حيث توجد عناصر تخليطية واضطراب أشد بالوعي ولا توجّه وأعراض عضوية هامة .
- عن حالة هوسية حيث يكون العنصر المزاجي متغلباً والبدء حاداً عادة بينما يكون الاضطراب المزاجي في الهجمة الهذيانية عند بروزه متبدلاً وغير مستقر .
- عن الحالات الغروبية والحالات الغيبية الهستيرية حيث لا يدوم الاضطراب إلا ساعات أو أيام ويكون الحصر فيه أقل حدة كما يحدث إثره وهل (فقدان ذاكرة) كما تتواجد عناصر شخصية هستيرية .
- عن نماذج نوبية صرعية حيث قد تشاهد حالات حلمية وضياح شخصية ويشاهد اضطراب بتخطيط الدماغ الكهربائي .
- عن إحتداد هذيانى يحدث خلال تطور حالة فصامية .

## ن - المعالجة :

- تستهدف المعالجة إجهاض تطوّر الهجمة الهذيانية ومنع النكس والمعاودة وتببع الخطوات التالية :
- ١ - الإبتقاء بالمستشفى وهو الإجراء الغالب والأفضل وتندر المعالجة بالمنزل .
- ٢ - البحث عن سببية محدّدة ومعالجتها (إستجواب المحيط ، الفحص السريري ، الفحوص المتممة .
- ٣ - تصحيح حالة تجفّف محتملة .
- ٤ - المعالجة الدوائية :
- تستهدف تهدئة الحصر وكبح الحالة الهذيانية ويبدأ بالطريق الوريدي ثم تستمر المعالجة عن طريق الفم .
- توصف مثبطات عصبية كالهاليدول 10 - 15 Haldol - 15 مغ ١ - يوم ويمكن إشراك هالدول ونوزينان Nozinan .

ومن الأدوية الفعالة في الهذيان الحاد : دوغماتيل Dogmatil وهو يعطي بمقادير 600 مع ايوم حقنا عضليا . ويجب مراقبة الأثار الجانبية .

ويكثر ، عندما ينحل الهذيان ، أن يعقبه طور وهني همودي يتطلب المعالجة بمضادات الحمود وخلال ذلك يتم تخفيف مقادير المثبطات العصبية أو إيقافها . تستمر المعالجة من ستة اشهر إلى سنتين . وتوصف المعالجة بالليثيوم عندما تتكرر الهجمات مع بروز الإضطراب المزاجي .

ولا يلجأ الى المعالجة بالصدمة الكهربائية إلا عند فشل المعالجة الدوائية طوال أسبوعين على الأقل .

#### ٥ - المعالجة النفسية .

تستهدف خلق جو من الثقة والأمن والطمأنينة لدى المريض وإعطاءه عناصر ثبات يعتمد عليها في إسترجاع ثبات شخصيته ، ثم يتم تحليل المحتويات النفسية الهذيانية وبحث روابطها مع الأحداث والصدمات المهينة ومع التجارب والصراعات القديمة والراهنة مع توجيه المريض حسب بنية شخصيته بما يساعده على بناء عناصر ثقة وإنسجام في ذاته وقدرات تكيف واقعي مع الخارج .

## الفصل الخامس

### التناذرات الفصامية.

#### التناذرات الفصامية (السكيز وفرنيا)

##### ١ - لمحة تاريخية حول إشكالية التصنيف

منذ بدايات إرساء الدعائم الأولى للطب النفسي الحديث ، كان فصل الفصام كوحدة مرضية منعزلة ، إشكالا تطوّر عبر التاريخ ولا يزال قائما إلى حدّ الآن .

في سنة 1857 وصف الطبيب النفسي الفرنسي «هورل» تناذرا مرضيا نفسيا يصيب صغار السنّ (المراهقين خصوصا) ويتبع تطورا وخيما . . . وأطلق عليه تسمية «العتة الباكر» واعتبره نتاجا لتنكّس إرثي . في 1874 فصل الطبيب النفسي الألماني

«كوهلبوم» التناذر الجمودي كوحدة مرضية مستقلة . وكان قد بدأ دراسة الهبفرنيا (الخبل العقلي - خبل البلوغ) سنة 1863 وأستكملها تلميذه «هيكرا» الذي فصل هذا التناذر ، معتبرا إياه نفاسا شائبا سنة 1871 . في سنة 1891 وصف الطبيب النفسي الروسي «كور ساكوف» حالة نفاسية ذات بدء حاد وتطور وخيم أسماها «الديسنويا» ، بينما قدم الطبيب الفرنسي «هانيان» وصفا دقيقا للحالات الهديانية المزمنة التي يتطور بعضها الى تنكس نفسي شامل وخيم «العتة المتبلدة» .

ثم قام الألماني «كرايبلين» سنة 1898 بجمع خبل البلوغ (مورل - هيكرا) والتناذر الجمودي (كوهلبوم) والعتة الزوراني (مانيان) تحت تسمية «العتة الباكر» مرجعا سببيتها إلى اضطراب استقلابي . فهي تحدث لدى صغار السن وتتطور نحو العته . إلا أن الأبحاث اللاحقة أثبتت أن هذه التناذرات لا تنتهي دائما بالعتة بل تتبع تطورات متباينة كما لا تنحصر بشكل مطلق في صغار السن . مما زعزع تصنيف كرايبلين الذي ينطلق في منهجيته من طبيعة الطور الإنتهائي للمرض النفسي . إذ أن 13٪ من هذه الحالات تشفي ، مما يفصلها عن الحالات الأخرى .

في 1911 إنطلق الطبيب النفسي السويسري «بلولر» من منهجية مختلفة في دراساته للتناذرات النفسية الموصوفة بالعتة الباكر ، فأعتمد على معايير الأعراض والتطور والإمراضية النفسية وانتهى إلى إستنتاج أن الاضطراب الرئيسي في هذه التناذرات يتمثل في الانفصام (أو التفكك) النفسي ، وأقترح إطلاق تسمية خاصة عليها ، إبتكرها هي : «السكيزوفرنيا» (أي الانفصام الذهني) وظلت هذه التسمية معتمدة إلى حد الآن ، إلا أن حدودها ومضامينها تختلف من بلد لآخر ومن مدرسة طبية إلى أخرى .

درس «بلولر» الأعراض الفصامية من منظور ديناميكي وقسمها إلى نمطين : الأعراض البدئية المتبلورة في التفكك النفسي - الذهني والتي اعتبرها مميزة للفصام والأعراض الثانوية (التي لا تميز الفصام ولا تقتصر عليه وهي الاضطرابات العاطفية والأهلاس والهديانات الخ . . . ورأى «بلولر» في العنصر العرضي المعيار الرئيسي لتحديد المرض .



ساند الباحث «شاسلان» بلولر» في وجهة نظره وأدخل مفهوم «التفارق» كمفهوم وصفي رئيسي في الفصام . بينما توصل «كلود» إلى ضرورة الفصل بين وحدتين مرضيتين مختلفتين ومستقلتين هما «العتة الباكر» الذي ينجم عن اضطرابات عضوية والفصام الذي ينجم عن تطور مرضي للشخصية . أما الألماني «كور تشنايدر» فقد إعتد سنة 1940 في دراسة نشرها على مفهوم «كرتشمير» الذي إعتبر أن الفصام يمثل مجموعة إتصالية (تواصل) مع الحالة السوية . . وهو تظاهر مرضي لآليات نفسية تتواجد بشكل كامل لدى كل فرد . إلا أن المدرسة الأنغلو - سكسونية أعادت في المتسينات ، الإعتبار إلى هذا المفهوم وساندته .

كذلك برزت المفاهيم الديناميكية النفسية للفصام وأشارت إلى أهمية العوامل الخارجية والإرتكاسية في نشوء الفصام . كما أن الدراسات الإجتماعية الواسعة أثارت إحتيال تدخل العناصر الثقافية - الإجتماعية في الآليات الفصامية . بينما لفتت الدراسات الإرثية النظر إلى فرضيات إنتقال الفصام بشكل وراثي . . .

لكن كل هذا الجدل حول التصنيف والسببية لم يحسم بعد . ولا يزال مفهوم الفصام مختلفا تبعا للبلدان والمدارس . حيث أنه متسع الدلالة في ألمانيا والمناطق الأنغلو - سكسونية خصوصا الولايات المتحدة ، حيث يشمل تشخيص الفصام ما يقارب نصف مرضى المستشفيات النفسية . بينما هو أكثر تحديدا وإنحصارا في مناطق أوروبية أخرى خصوصا منها فرنسا ، حيث لا يتجاوز تشخيص الفصام ربع نزلاء المستشفيات النفسية . . .

### وبائيات الفصام :

الفصام مرض نفسي يتظاهر لدى صغار السن ، غالبا في أواخر المراهقة وبدايات الكهولة . فهو يظهر في 50% من الحالات بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين ، وفي 75% من الحالات قبل سن الخامسة والثلاثين يصيب الجنسين بالتساوي ، إلا أن بعض الدراسات الإحصائية تشير إلى أنه يظهر بشكل أكثر تبكيرا لدى الذكور المتوسط : حوالي الرابعة والعشرين ، أما لدى الإناث حوالي الثامنة والعشرين) كما أن الفصام الزوراني أكثر مصادفة لدى الذكور .

ينشأ الفصام لدى ما يقارب 1٪ من مجموع السكان .  
تبلغ نسبة الفصاميين من نزلاء المستشفيات النفسية من الربع إلى النصف  
حسب معايير التشخيص . ويشير إحصاء سوفياتي إلى أن الفصاميين يمثلون 20٪  
من المرضى الذين يتلقون علاجاً خارجياً مديداً (في المستوصفات النفسية العصبية)  
وثلاث الذين يدخلون المستشفى بسبب اضطرابات نفسية حادة وثلاثي نزلاء  
المستشفيات النفسية ، المزمين .  
ويورد إحصاء فرنسي لسنة 1980 أن 26000 مريض فصامي يقيمون  
بالمستشفيات وهم يمثلون 25٪ من المرضى الفصاميين الذين يتلقون معالجة (مجموع  
سكان فرنسا : خمسين مليوناً) .

---

## II الدراسة السريرية للتناذرات الفصامية

---

### أ - دراسة التناذرات العرضية العامة

أبرز التصنيف الأمريكي الحديث (DSM III) أربع تناذرات عرضية رئيسية  
هي :

- التناذر الانفصامي (التفككي)
  - تناذر الانطواء (أو الانغلاق) الذاتي
  - التناذر الزوراني
  - التناذر الجمودي (وقد وضع على حدة) .
- بينما حاول بعض الباحثين استخراج الاضطرابات الرئيسية المميزة التي  
تشارك في الظهور بشكل متباين خلال الطور الفاعل واللفصام وهي أساساً :

- 1 - اضطرابات في سياق التفكير وشكله ومضمونه
- 2 - اضطرابات عاطفية .
- 3 - اضطرابات حركية
- 4 - اضطرابات بالإدراك

- 5 - اضطرابات بالإرادة
- 6 - اضطرابات مزاجية
- 7 - اضطرابات هذيانية غير ثابتة
- 8 - اضطرابات سلوكية .

## 1 - التناذر التفككي :

يعتبره بلولر جوهرياً في النضام وهو يمثل سريراً تفككاً كامل الحياة والنشاط الذهني والنفسي - العاطفي والعلائقي والسلوكي . فتتسم الحياة النفسية وتظاهراتها بالغرابة والتباين والتناقض .

### أ - اضطرابات الوعي بالذات وبالمحيط

تنال من هوية الشخص النفسية والجسدية ، فينمو لديه شعور بالتجزؤ والتقطع وإحساس بالغرابة وبضيق الشخصية واضطراب الواقع وتنشأ لديه شكوك حول الأشياء المحيطة به وأناه الجسدي فيكثر من التأكد من سلامة جسده ومراقبة نفسه في المرآة (علامة المرآة) . وقد يصل به الحد إلى رهاب تشوه الجسد ، حيث يقتنع بشكل عميق بأن جسده يحمل تشوهاً قبيحاً ومنفراً وقد يلجأ إلى طلب عمل جراحي تجميلي .

ترافق هذه الاضطرابات بحالة قلق وحصر وقد تدخل ، في الأزمات الحادة ضمن عرضية هجمة هذيانية . . .

### ب - اضطرابات التفكير .

لا تعني اضطرابات التفكير هذه تنكساً في الملكات الذهنية بل تتمثل في اضطراب التداعي الفكري وترباط الأفكار ، بحيث يصبح المريض عاجزاً تقريباً عن استثمار معارفه . وتتظاهر هذه الاضطرابات بعدة علامات وأشكال يطلق عليها في مجموعها تسمية «الهزاع النفسي» ومنها ثبات الأفكار حيث يحدث جمود فكرة وحيدة وترددها في ذهن المريض ورتابة التفكير . - الوباء الفكري أو التفكير الطفيلي حيث تطرق ذهن المريض أفكار غريبة عنه ويعتقد أن هذه الأفكار آتية من الخارج - تجزؤ

التفكير وفقدان الرابطة المنطقية في سياقه - تشوش السياق الفكري وتقطعه : الحاجز الذهني - الخمول الفكري - اللا توافق الفكري الانفعالي .

### ج - إضطرابات اللغة :

تنال هذه الإضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة وكل وسائل الإتصال اللغوي ، سواء في شكلها أم في مضمونها ، وقد تصل إلى الانقطاع الكامل للاتصال مع العالم الخارجي (الإنغلاق الذاتي) ويصبح الفهم مستحيلا مع الآخرين . فيستعمل المريض لغة خاصة ويصبح عاجزا عن إتباع قواعد النحو والصرف ، ويلجأ إلى الإختزال الكلامي والمحاكمة المرضية والمنطق المجانب كما يمارس إختلاق الكلمات (التجديد الكلامي) والتعابير والتحريف الكلامي ، فيصبح حديثه غامضا ومبهما ، يتبع منطقا داخليا يصعب أو يستحيل على الآخرين إدراكه . وفي مراحل متقدمة من الفصام قد يصبح النتاج اللغوي للمريض جمعة لفظية جوفاء .

### د - الإضطرابات العاطفة :

تحمل الحياة العاطفية للفصامي تناقضا حادا ، حيث يبدو وكأنها تزهر وتثري في الباطن النفسي للمريض ، بينما تنحسر وتتقلص في الخارج لتصبح فقيرة معدمة . إذ يتراجع لديه التعبير العاطفي ويشعر المريض بأن أحاسيسه العاطفية تندثر في ذاته . كما يلاحظ المراقب غياب العلامات المعهودة للمشاركة العاطفية ، فيصبح صوته رتيبا ويخلو وجهه من التعابير والإيماءات . كما لا يتعاطف مع الآخرين ولا يبالي بما يحدث حوله . إلا أن ذلك لا ينعه من الانفجار في إنفعالات غريبة ومتناقضة مع الواقع (كان يناله الغضب عند تقديم هدية إليه أو أن يتهيج عند سماعه نبأ وفاة أحد من يحبهم) ويعود ذلك إلى تواجد النزعات الإنفعالية لدى المريض بشكل بدائي والمتبلورة في مشاعر الحب والعدوان إذ بفعل نكوص شديد لا يحدث تكافؤ ضدي متوازن يحسم عبر الصراعية النفسية السوية لمصلحة الأنا وانسجام الشخصية مع محيطها بل تنفصم هذه المشاعر وتصبح تيارات نزوية غير منتظمة قد تتزامن معها كانت متعارضة . . .

يلاحظ أيضا التناقض بين حديث الفصامي أو الموقف أو المشاعر التي يعبر

عنها وسماه وجهه وذلك ما يسمى التفارق .

## 2 - تناذر الانغلاق الذاتي :

كان «بلولر» أول من ابتكر مفهوم الإنغلاق الذاتي . وهو يشير إلى إنقطاع الإتصال مع العالم الخارجي وبناء عالم داخلي مغلق وذلك عبر تحوير العلاقات مع المحيط . فمن خلال آليات النفسي والإسقاط يحاول المريض إستبطان العلاقة بالموضوع بتعزيز بنيانه النرجسي المتخاذل مستهدفا التخفيف من القلق والحصر الذين يعيشهما في علاقاته مع المواضيع الخارجية ، ومنع نزوات الحب والعدوان التي تعبر عن التجزء الأنوي ، فيستبدلها بذاته كموضوع شهواني ويغلب القيم الذاتية على القيم الموضوعية ويشوه الواقع ، منغلقا في متاهة أستيهاماته أو حتى هذباته ، منعزلا خارج الزمن في مكان لا يمكن لحاقه إليه بحيث ينجس به خلف الإنغلاق والإندثار النفسي ، نشاط ذهني ونفسي ونزعات عاطفية إنفعالية ، تترك أهلا للمقاربة العلاجية .

## 3 - التناذر الهذيان الزوراني :

يعتبر الهذيان محاولة لإعادة ترتيب العلاقة مع العالم الخارجي تستهدف مقاومة التفكك . لذلك تتداخل النزعات النفسية والصراعات البدائية في تشكّل الهذيان وتحمله بالدلائل الرمزية . كما أنه يكون دائما مشحونا بالقلق والحصر .

يكون الهذيان الزوراني غير منتظم ، غائبا ومشتتا ، لا منطقيا ، يصعب وصفه وتشارك فيه مواضيع عدة بشكل مختلف .

وقد حدّد «كورت شنايدر» مجموعة من الأعراض ذات المقام الأول في التناذر

الزوراني وهي :

- 1 - الإلتقاط السمعي للأفكار (قراءة الأفكار)
- 2 - أهلاس سمعية تتمثل في أصوات تتحدث فيما بينها
- 3 - أهلاس سمعية تتمثل في تعليقات على أعمال المريض

4 - أحاسيس جسدية «مفروضة» من الخارج

5 - سرقة الأفكار

6 - أفكار مفروضة من الخارج

7 - إنتشار الأفكار

8 - الإدراك الهذيانى

9 - أحاسيس ومشاعر مفروضة أو موجهة

10 - نزعات مفروضة أو موجهة

11 - إرادة مفروضة أو موجهة

وتدخل معظم هذه الأعراض في نطاق الآلية الذهنية ، وتظهر هذه آليات هذيانية كالإستنتاج والتأويل والتصورات الخالية ذات المضمون المجدد. أما مواضيع الهذيانات فهي متعددة الأشكال متمحورة حول التعقب والعلاقة (حيث يربط المريض كل الأحداث الخارجية بدلالة تتعلق به) . وكذلك هذيانات العظمة والتأثير والهذيانات الدينية والشهوانية والمرافية .

ترافق هذه الآلية في الحياة النفسية بأهلاس نفسية (أهلاس مشبهة) وهي ثابتة الوجود بينما تقل الأهلاس الحسية . فتغلب الأهلاس السمعية وتشاهد إضطرابات هلسية لسية وحسية حشوية (تبدلات بالأعضاء والأحشاء ، توقف القلب الخ . . .)

يخضع التناذر الهذيانى للمعالجة بالمشيطات العصبية أفضل من الأشكال العوزية (التنكسية) كما أن الهذيانات محاولة لربط العلاقة مع العالم الخارجى لذلك فهي تهيبء مدخلا للمعالجة النفسية .

4 - التناذر الجمودى :

وهو أحد الأبعاد الفصامية التي تعبر عن التفارق ويشمل مجموعة من الإضطرابات النفسية الحركية والعاطفية تتظاهر بالأعراض التالية :

أ - السلبية النفسية الحركية :

حيث تظهر علامات السلبية ورفض الاتصال فيخفي المريض رأسه تحت يديه

ويمتنع عن الكلام ويتجنب النظر الى الآخرين ويرفض الطعام ويتخذ سلوكيات معارضة .

### ب 2 - الجمود النفسي الحركي :

يفقد المريض المبادرة الحركية وقد تتداخل أحيانا سلوكيات آلية ومقلّدة :  
الإيمائية المتناقضة : إطاعة آلية للأوامر ، التقليد الإيمائي الصدى اللغوي  
(تقليد الكلام) الصدى الحركي (تقليد الحركات) .

### ج 3 - النمطية :

سلوكيات أو حركات أو كلمات ثابتة ومترددة : فيشاهد التكرار الكلامي النمطي ، حركات إهترازية دائبة للجسد أو أحد الأعضاء ، دعك رتيب للجسم الخ ...)

### د 4 - التيبس الجمودي :

حيث يتخذ المريض وصفية متييسة ، ويقاوم كل محاولة لتغيير هذه الوضعة أو حمله على الحركة . وتشير الحركات المنفعلة إلى وجود مرونة تسمعية لدى المريض . فهو يتخذ وضعيات جامدة طوال ساعات نون أن تتم عنه حركة . أو يستلقي رافعا رأسه في الفراغ طوال الليل وكأنه على محدة وهمية .

### هـ 5 - التخشب (الجمدة) :

يمثل العرض السابق ويتظاهر بانقحاذ وضعيات غريبة وتجميد الجسد في حركات لم تكتمل وتتطلب جهدا كبيرا (كرفع اليد أو الساق والبقاء بنفس الوضعية ...)

### و 6 - الإيمائية الشاذة (أو المجانبة) :

حيث تفقد الإيمائية دلالتها السوية فتتسم بتناقضها مع الموقف كما تتخلل

تعبير الوجه حركات غريبة وتكشير وتكون الحركات التعبيرية والإشارات مصطنعة وآلية ومقلدة .

### ز 7 - نوبات فرط الحركة :

وهي هجمات حركية مفاجئة دون محرضات خارجية ، تأخذ شكلاً نزوياً عنيفاً لكنها تبدو متسمة غالباً بالبرود والنمطية وكثيراً ما تكون عدوانية تصل إلى تدمير الذات أو الاعتداء على الآخرين . كما تشاهد هجمات لفظية تتميز بتكرار البذاءات والشتائم .

### ن 8 - اضطرابات إنباتية واستقلابية :

تتمثل في اضطرابات حركية وعائية وإفرازية ووذمات) وتشاهد خصوصاً في الحالات الشديدة من التبلد الذهني الجمودي .

يكون الإتصال مستحيلاً مع المريض إلا أن الحياة النفسية النشطة تستمر في باطنه خلف الجمود الظاهر .

### 5 - الإضطرابات السلوكية :

- يحدث لدى الفصامي عند بدء تظاهر المرض ، فقد إرادة ولا مبالاة وخمول فيتراجع في أنشطته الدراسية والمهنية وتتقلص علاقاته ومشاركته الإجتماعية والأسرورية . فتنشأ لديه لا واقعية جزئية أو كلية . تعززها أحياناً سلوكيات غريبة ومتبدلة ومشاريع وأعمال سطحية وغير هادفة .

- كذلك تعتبر السلوكيات الانتحارية احتمالاً قائماً وثابتاً لدى الفصامين .



## ب - أشكال البدء

### ١ - أشكال البدء الحاد :

#### أ - حالة هياج (هوسي) :

تأخذ شكل تناذر من النمط الهوسي إلا أن حالة الإتهاج تكون ميكانيكية تشتم بالصرير . ولا يكون المزاج عفويا كما يتميز بالألم . كما توجد أحيانا عناصر تسمح بتمييز الهجمة الفصامية عن الهجمة الهوسية ، كالحصائص الإيمائية والتعبيرية للفصام التي تثير إلى نوع من التفارق .

#### ب - حالات همودية :

يتم البدء الهمودي الحاد للفصام بأحاسيس بالغرابة وأفكار التعقب وتتميز عن حالات الهمود الأخرى بتمحورها منذ البدء حول موضوع محدد .

#### ج - حالات تخليطية حلمية :

قليلة المصادفة ويصعب تمييزها عن التخليط الذهني .

#### د - حالات هذيانية حادة :

حيث تتطور 25% من الهجمات الهذيانية إلى الفصام .

### 2 - أشكال البدء البطيء أو الخفي :

تكون مراجعة العيادات النفسية متأخرة في هذه الأشكال .

#### أ - البدء بشكل عصابي كاذب (أو شبه عصابي)

يجب تفرقه عن أزمة المراهقة السوية . . . يكون القلق حاضرا بشكل دائم

ولا يمكن السيطرة عليه بأليات المناورة والتكثيف العصابية المعروفة (بإسقاط القلق على موضوع محدد وتجنب هذا الموضوع للتخلص من هجمات الحصر والقلق) .  
 فتظهر سلوكيات شبه زهاوية (أو زهاوية كاذبة) زهاب المواقف ، الرهابيات الاجتماعية ، سلوكيات التجنب ، (حيث أن منشأها يتأتى غالبا من أفكار العلاقة) .  
 ويرتبط الحصر بتمثيلات ذهنية أخرى كالخوف من حدوث كوارث عامة .  
 - تحدث أيضا تظاهرات وسواسية مرتبطة بتصوّرات مثالية . كأن يكتر الشخص من الإغتسال بهدف «تطهير الذات» وأفكار روحانية ودينية وفلسفية إجترارية وهي تأخذ شكلا غمظيا وميكانيكيا و«هندسيا» .  
 - فرط تعبير وإيمائية ، مبالغة في المظاهر وسلوكيات متناقضة وبرود وصمت .

- أعراض هستريائية تصبغ العلاقة مع المحيط تأخذ شكل نوبات وتسم بالتمطية والبرود ويميل المريض إلى فضح عيوب محيطه وإشكالاته بشكل عدائي وعاصف . تكثر أيضا مشاهدة الإضطرابات الغذائية المتناوبة كالقمة والشره .

### ب - البدء بشكل مراقبي :

يحدث لدى فرد يبدى إهتماما مفرطا بجسده ووظائفه ، فيناله القلق على وحدة هذا الجسد وشكله وهويته ويشعر بأن صورته الجسدية مضطربة مختلة ، وتظهر علامات أولى لضياح الشخصية ورهاب التشوه الجسدية . فيقتنع المريض بقبحه وبنفور الآخرين منه أو يتشوه أحد أعضائه ، مما يدفعه أحيانا للجوء إلى طلب الجراحة التجميلية التي لا تأتي بجدوى . بل قد يشتد الحصر ويتسرع سياق ضياح الشخصية . كما تنال هذه الإهتمامات القلقة الأبعاد الجنسية ، فيقتنع المريض (الذكورة ، أو الأنثى) بأنه حامل أو أن أعضائه الجنسية تضمر أو تندثر أو أنه يفقد هويته الجنسية .

كثيرا ما يتعلّق القلق حول الوظائف الجسدية بالجهاز الهضمي فيحدث قبض كاذب واضطرابات يقصرها المريض بانسجيمات غذائية . كما أنه قد يلجأ إلى أنظمة وطقوس غذائية معقدة . وتشاهد أيضا سلوكيات قمهية خصوصا لدى الفتيات .

## ج - أشكال البدء الخفي الأخرى .

توجد عدة أشكال بدء خفية أخرى تتظاهر بعدة أعراض وعلامات وسلوكيات منها :

- تراجع المردود الذهني والعملي : حيث يفشل المريض في دراسته أو مهنته بينما كان قبل ذلك فردا ناجحا ولامعا .

- إنحسار الاهتمام ببعض الأعمال والأنشطة التي كان يميل إليها المريض (كالرياضة ، والمطالعة والموسيقى . . .)

- سلوك لا واقعي وتبدلات بالطبع : كاللامبالاة وإهمال الذات والمسؤوليات العدائية تجاه المحيط خصوصا الأسرة ، المزاج العبوس ، الانطواء والانعزال عن الآخرين ، الإجتراوات الفكرية الغاضبة . . .

- اضطراب السلوكيات الاجتماعية : كالانضمام إلى المجموعات الهامشية والمنعزلة إجتماعيا (كالمجموعات الشاذة والمنحرفة . . .) والإلتحاق بالمدمنين على المخدرات .

- إهتمام مفاجيء بالأديان والسحر والفلسفات الروحية والإلتحاق بالمجموعات التي تمارس بدعا وطقوسا شاذة . كما يتمحور تفكير المريض وتمثلاته حول هذه المواضيع .

## ج - الأشكال السريرية :

### ١ - الفصام الزوراني :

هو الشكل السريري الأكثر ثراء على مستوى الأعراض ، حيث تشترك فيه اضطرابات في العاطفة وبمجرى التفكير وحالة هذيانية زورانية ، بأساليب متفاوتة . غالبا ما تبدأ بطور هجمات هذيانية حادة ، ثم يزمن الهذيان تدريجيا ويفقد تعبيريته فيصبح جامدا غمطيا ويتغلغل في معتقدات المريض ومحاكمته . بحيث تتزع مقارنته للواقع إلى التجريد والذاتية . يكون الهذيان الزوراني وصفاً للفصام من

حيث أنه غير منتظم أو ممنهج في بنية معنية ويكون غائبا مشتتا دون مواضيع رئيسية ثابتة ويميل في تطوره إلى الإفتقار وتزايد الغموض والأههام مشيرا إلى سياق الإنغلاق الذاتي . أما مضمونه (كالتعقب ، التأثير ، السحر ، الغيرة التبدل الجسدي . . . ) فلا يحمل ميزات خاصة .

## ٢ - خبل البلوغ (الهيفرينيا) :

يتسم خبل البلوغ ببدء باكر وخفي غالبا . يكون فيه الانفصام شاملا وشديدا وتسيطر عليه أعراض التراجع الذهني (اللا واقعية ، إنحسار الاهتمامات ، اضطراب العاطفة) ويكون التفارق بارزا في كل التظاهرات النفسية الحركية . أما الهذيان فيكون غائبا أو هزيبا .

يكون تطور خبل البلوغ وخيا ويأخذ أحيانا شكلا شبه عتھي . وهو صعب المعالجة ، لكن لا يمنع ذلك أن تشاهد حالات تحسن مفاجئة لدى بعض المرضى .

## ٣ - الجمود الفصامي (أو الجمود الخبلي) :

يمثل تشاركا بين مظاهر التراجع الخبلي الذهني والعلامات الجمودية . وينال التفارق ، خصوصا ، التعبير النفسي الحركي من وضعيات وإيمائيات تصنعية ومواقف سلبية ومعارضة ونمطية سلوكية وحتى التحشب الشامل . نادرا ما يكون التناذر الجمودي مزمناً ونهائيا بل يتظاهر غالبا بشكل هجمات دورية متفاوتة التراجع .

## ٤ - الفصام شبه الخبلي :

يأخذ مظهر وهن نفسي (إستثارة ولا إستقرار) ويتطور طبقا لنمط سيكوباتي تسيطر عليه النزوات واضطرابات الطبع والسلوكيات المعادية للمجتمع (التشرد ، العنف ، الغش والتزوير . . . ) و يترافق بتراجع ذهني وسلوكيات غريبة وغير متكيفة . كما تتخلله هجمات هذيانية ونوبات جمودية واضطرابات مزاجية ومحاولات إنتحار واستهلاك مفرط للمخدرات والمسكرات .

يشاهد هذا الشكل لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

## هـ - الأشكال الصغرى :

### أ - الفصام البسيط :

يحدث لدى أفراد يحملون شخصية فصاموية ، يتطور المرض بشكل خفي وبطيء لدى فرد منطو ومنعزل قليل الاهتمام والأنشطة والعلاقات الاجتماعية مترددا لا ينزع إلى المبادرة حاملا عاطفيا وتعوزه العفوية والقدرة على التعبير الإنفعالي .

يحدث لدى المريض نوع من التصلب العاطفي والذهني التدريجي البطيء وغرابة في الأطوار وبرود عاطفي وفراغ مزاجي وتخلله مراحل من اللا واقعية ، بينما تنتظم حياته بشكل نمطي وطقسي . ويبدو بشكل حالم أو عبوس .

يبقى هؤلاء المرضى متكيفين لفترات طويلة وتندر مراجعتهم للعيادات الطبية . إلا أن هذا الشكل قد يتطور إلى شكل أكثر حدة أو ثراء وقد تتخلله هجمات هذيانية .

### ب - الفصام العصابي (العصاب الكاذب) :

وصف «كلود» هذا الشكل منذ 1924 وأسماه «سكيزوز» (جمع بين سكيزوفرنيا ونفروز أي عصاب) وظل يمثل إشكالية تشخيصية منذ ذلك الحين سواء على مستوى طبيعته أم على مستوى تفريقه عن العصابات الشديدة والحالات الحدودية . وأسماه بعض المؤلفين «الفصام الكامن» و«الفصام المجهض» .

تتشرك في الشكل أعراض فصامية بدئية ومحدودة (اضطرابات التفكير والتجريد والحوية العامة) وأعراض عصابية ثانوية مختلفة يسيطر عليها القلق .

تتميز هذه الأنماط الفصامية بأهمية الاضطرابات العاطفية ، وحيث يكون المريض مفرط الحساسية والإرتكاس وتتسم إستجاباته بالتناقض والتعدد أمام نفس الموقف منتقلة من البرود واللامبالاة حتى الانفجار الغاضب والعدائي .

بينما يشاهد لدى بعض المرضى تطور ثري للحياة الخلمية والخيالية التي تغزو كامل النشاط النفسي وتتغلغل في تفكير المريض الذي ينشدهُ بها ويتوقع أن تتحول كمّ إستيهاماته إلى حقيقة بشكل سحري .

تكون العرضية العصابية متنوعة فتشمل - أعراضا وسواسية تتغلب عليها وتوجهها أفكار التأثير (كأن يقوم المريض بترديد أبيات شعرية محددة لمنع دخول أفكار غريبة إلى ذهنه) وتشاهد سلوكيات قهرية (كجمع الأحجار ، أو القطع المعدنية وترتيبها أو جمع أدوات غريبة كأكياس القمامة ، أو الثياب البالية . . .) - وتشاهد أعراض شبه هستيرية نفسية خصوصا (كالتبرج والحالات الغروبية أو حالات الغياب واضطرابات الطبع والهذر واختلاق القصص) إلا أن كل هذه التظاهرات تكون مبهمة غريبة وصعبة الفهم كما أن النزعات العززية تكون أكثر ظهورا .

- كما تتظاهر عرضية رهابية لا نموذجية تتميز بالانتشار والتعدد وتتصل بأفكار العلاقة والتأثير وتأخذ شكل رهابات موقفية واجتماعية . إلا أن سلوكيات التجنب قليلا ما تنجح في التخفيف من الحصر مثلما يحدث في الرهابات العصابية .

تتداخل الأعراض الفصامية والعصابية وتظهر بشكل فسيفسائي ويكون المريض محدود الانفصام تتطور الاضطرابات لديه بشكل هجمات «فصامية هوسية» تحتد فيها الأعراض النفسانية . بينما يكون يتبع نشاطه النفسي عادة نمطا شبه عصابي . يعتقد بعض المؤلفين أن هذا الشكل ينجم عن توقف مبكر لتطور نفسي فصامي سواء بتأثير علاج نفسي مبكر أو لأسباب أخرى بينما تميل المدارس النفسية الأمريكية إلى تقريبه من مفهوم الحالات الحدودية .

## ٦ - أشكال خاصة أخرى :

### أ - الشكل النديبي :

وهو شكل يبدأ بأعراض فصامية تفارقية ثم ينتظم طبقا لنمط زوري أو عصابي .

## ب - الشكل ذو البدء المتأخر :

شكل يتظاهر بعد سن الستين ويشاهد بنسبة أعلى لدى الإناث . تكون التظاهرات الانفصامية هامة فيه كما يتميز دائماً بوجود حال هذيانية مزمنة .

### III تطوّر التاذرات الفصامية

نشرت حديثاً ثلاث دراسات واسعة وشاملة من أهمها دراسة «بلولر إلابن» والتي تعلقت بـ 278 حالة فصامية تمت متابعتها خلال ثلاث وعشرين سنة . ودراسة ألمانية دامت إثنين وعشرين سنة وشملت 502 مريضاً حدثت لديهم تظاهرات عرضية فصامية وهلسية وهذيانية حادة ومزمنة . واستخلصت عدة إستنتاجات هامة منها :

#### أ - تحديد أنماط البدء :

يعتبر البدء عادياً عندما تتكامل اللوحة السريرية للفصام خلال فترة لا تتجاوز ستة أشهر . يحدث هذا النوع من البدء لدى ثلاثة أخماس ( $\frac{3}{5}$ ) المرضى . ويمكن مشاهدة اضطرابات نفسية غير وصفية خلال متوسط ثلاث سنوات ونصف قبل بدء الهجمة الفصامية لدى هؤلاء المرضى .

#### ب - أنماط التطوّر :

١ - نمط تطوّر مزمن ومستمر تدريجي ويشاهد لدى ثلث إلى نصف المرضى .  
٢ - تطوّر بشكل أطوار متقدمة ومتلاحقة . ويتسم كل طور ببعض الخصائص العرضية .

٣ - نمط تطوّر بشكل هجمات تتخللها فترات هجوع تتراجع فيها الأعراض الرئيسية والحادة . بينما تظل بعض الأعراض الخفيفة بشكل متفاوت .

## ج - الحالات الإنتهائية :

تعتبر حالة فصامية إنتهائية الحالة التي تظل فيها اللوحة السريرية ثابتة ومستقرة خلال فترة لا تقل عن خمس سنوات .

### ١ - الحالة الإنتهائية الوخيمة :

تنال خمس إلى ربع المرضى ( 20 - 25% ) : حيث يفقد النشاط الاجتماعي والذاتي بشكل كامل ، وتنعدم وسائل الإتصال العادية (اللغة خصوصا) ويتطلب المريض البقاء الدائم بالمشفى والعناية به وبحاجياته الحيوية .

### ٢ - الحالة الإنتهائية المتوسطة :

تتطلب حالة المريض غالبا الإقامة المديدة بالمستشفى إلا أنه يكون قادرا على الإتصال بمحيطه وتكون الوظيفة اللغوية سليمة لديه (في شكلها) كما يظل قادرا على القيام ببعض الأعمال والأنشطة . وتشمل هذه الحالة ربع الفصامين .

### ٣ - الحالة الإنتهائية الخفيفة :

تشمل ربع إلى ثلث الفصامين ( 25 - 33% ) ، يظل المريض قادرا على الحياة بشكل مستقل ويحافظ على أنشطة وعلاقات إجتماعية مقبول كما لا يحتاج إلى الإقامة الإستشفائية .

ومن خلال هذا التقسيم نستنتج أن نصف الحالات الفصامية تتطور تطورا حسنا .

عناصر الإنذار الحسن للفصام :

توجد عناصر سريرية وتطورية تشير إلى حالات فصامية يغلب فيها احتمال التطور الحسن وأهمها :

- البدء الحاد للاضطراب وقصر فترة الهجمات .
- أهمية العناصر المزاجية في اللوحة السريرية .



أما الأعراض التي تشير إلى تراجع وتنكس ذهنيين فهي تنبئ عادة بإنذار ونخيم .

#### د - الوفيات لدى الفصامين :

استخلصت الدراسات أن نسبة الوفيات لدى الفصامين أعلى قليلاً منها لدى مجموع السكان العام . ومن أهم أسباب هذه الوفيات :

- الأمراض والآفات العضوية ويلاحظ أن نسبة الإصابة بالسلسل أعلى لدى الفصامين من المعدل العام .

- الانتحار الذي يحدث في كل مراحل المرض بما في ذلك أطوار التحسن (العرضي) .

- الأسباب المرتبطة بالعواقب اللمباشرة للمرض (كالإنسجام بالمخدرات . . . )

- حالات الجمود الحبيث الذي ينتهي بالوفاة كما تشاهد حالات موت مفاجيء دون أن يكشف التشريح المرضي عن أية أسباب عضوية .

---

#### IV عناصر تشخيص التناذرات الفصامية ومعايره :

---

يعتمد التشخيص الإيجابي للفصام على معايير سريرية ، فلا توجد فحوص مخبرية أو مقاييس موضوعية ثابتة . بحيث يرتبط التشخيص إلى حد ما بتقييم الطبيب النفسي وخبرته ومفهومه للفصام . كما أن هذا الاختلاف يبرز أيضاً بين البلدان والمدارس الطبية النفسية . هذا وحتى على مستوى التقسيم والتصنيف الداخليين للتناذرات الفصامية ، فإنها ليس إلا مرجعا تقييمياً إذ أن لوحات التناذرات تتبدل قليلاً ما يظل نفس الشكل ثابتاً . كما تندر مشاهدة لوحات سريرية خالصة بل غالباً ما يحدث تشارك بين عدة أنماط من الاضطرابات . لذلك وجدت عدة أشكال صعب تصنيفها وسُعي إلى البحث عن معايير سريرية موحدة بين مختلف الاتجاهات الطبية النفسية . ورأى بعضهم الاعتماد على الاختبارات النفسية .

## أ - المفاهيم والمعايير التشخيصية القديمة :

كان «كرايبلين» في أواخر القرن الماضي وبدايات هذا القرن يعطي الأهمية الرئيسية في التشخيص - لتطور الإضطرابات المرضية .

أما بلولر (1911) فدرس الفصام من زاوية العناصر المرضية النفسية واستخراج أعراضها أساسية وأعراضها ثانوية . فقسم الأعراض الأساسية إلى أربع مجموعات :

1 - إضطرابات التداعي الفكري والنفسي : الانفصام ، إضطراب وعشوائية وتناقض التداعيات الفكرية ، النمطية الفكرية والتعبيرية ، الفراغ الفكري الحواجز الفكرية .

2 - الإضطرابات العاطفية : الفراغ العاطفي ، اللامبالاة واللامبالاة إستجابة العاطفتين ، المزاج المتناقض والغريب .

3 - التكافؤ الضدي : تظاهر إرتكاسات إنفعالية متعكسة (حب ، كره ، عدوانية) .

4 - الإنفلاق الذاتي : التوجه نحو خلق واقع وعالم داخليين وفصم العلاقات مع المحيط والعالم الخارجي .

تعرض أسلوب «بلولز المعتمد على المنشأ الإمبراضي النفسي (والذي إستخدم نظريات فرويد ويونغ في الديناميكية النفسية) للنقد ، واقترح الألماني «كورت شنايدر» في 1939 الإعتماد على العلاقات الواسمة للفصام لتمييزه وينطلق هذا المعيار من تواتر العرض وصفاته فاستخرج سلسلة من الأعراض والعلامات ذات المقام الأول (وهي السلسلة التي سبق سردها في هذا الفصل) .

وقد إستلهم تصنيف منظمة الصحة العالمية ICDg هذه المعايير التشخيصية واعتمد عليها في دراسة نموذجية صدرت سنة 1970 .

## ب - المعايير التشخيصية الحديثة :

إعتمد معظم الباحثين والمؤلفين المحدثين في دراساتهم للفصام المعايير العرضية والمعايير التفريقية مع الإضطرابات النفسية الأخرى ومن بينها :

أ - معايير «فاغنر» - «سانت لويس» :

تقسم هذان العالمان المعايير التشخيصية إلى ثلاث مجموعات :

● المجموعة الأولى : تطوّر يزيد في إمتداده على ستة أشهر .

- اضطرابات تكيف نفسية إجتماعية - غياب حالة تخلف عقلي .

● المجموعة الثانية : - اضطرابات هلسية - هذيانات

- اضطرابات بمجرى التفكير وشكله ومحتواه .

● المجموعة الثالثة وتشمل أعراضا وعلامات ملحقة :

- مريض عازب - تكيف سيء - سوابق فصامية عائلية - غياب إدمان على

الكحول أو المخدرات - نوعية البدء .

ب - التصنيف الأمريكي DSMIII (1980)

تعتمد المعايير التشخيصية في هذا التصنيف المعروف على خمسة محاور :

الأول : المحور التناذري (الاضطرابات الوصفية) ، الثاني : محور تقييم

اضطرابات الشخصية ، الثالث : محور العوامل العضوية المشاركة الرابع : محور

العوامل المحدثة أو المسرعة للإضطراب ، الخامس محور التكيف النفسي

الإجتماعي .

ومن بين المعايير التشخيصية للفصام الواردة في المحور الأول .

- غياب تناذر همودي أو هوسي - سن البدء أقل من خمس وأربعين سنة .

- غياب تخلف ذهني أو اضطراب عقلي عضوي .

ج - الإختبارات القياسية النفسية :

وهي عامل مساعد للتشخيص . ومنها :

١ - إختبار الشخصية متعدد الأطوار لمينسوتا MMPI

هو إختبار يتضمّن خمسمائة وخمسين سؤالاً ذات أجوبة إختيارية تستهدف

التوصل إلى تشخيص نفسي (الأجوبة نعم أولا) ويتمّ تقييمها عبر عشرة سلاليم

(مقاييس) سريرية هي :

- 1 - المراق (توهم المرض) .
- 2 - الهستيريا .
- 3 - الذكورة - الأنوثة .
- 4 - الهمود .
- 5 - السيكوباتيا (الإختلال النفسي) .
- 6 - الوهن النفسي .
- 7 - الزور (البارنويا) .
- 8 - الهوس .
- 9 - الفصام .
- 10 - الانطواء الاجتماعي

وتوجد سلالمة (مقاييس) صدق ، تستهدف كشف الكذب والخطأ والإجابات العشوائية والتزييف .

في الحالات الفصامية يشاهد إرتفاع في منحنيات الفصام والوهن النفسي والزور والهوس ..

## 2 - إختبار رورشاش :

إختبار إسقاطي يعتبر رئيسيا بالدرجة الأولى في الفصام ويتيح التشخيص المبكر للمرضى .

توجد عدة أنماط لتحليل نتائج الإختبار ومن المعايير التي يعتمد عليها - تلاؤم الشكل الموصوف مع الشكل الحقيقي - تطابق الإجابة مع الإجابات الشائعة - مضمون الإجابة (وصف بشري ، حيواني نباتي) - وصف جامد أو حركي . وكان رورشاش إهتم بالخصائص الشكلية للإجابات وإهتم بأربع نواحي - عدد الإجابات وعدد مرآت رفض الإجابة - درجة شمول الإجابة للشكل والحركة واللون أو إنحصارها في أحدها - شمول الإجابة للشكل ككل أو تجزئته - الوصف العام للشكل يكشف الإختبار عن العلامات الواسعة للفصام لدى 50% من المرضى ومن أنماط إستجابات الفصامين :

- إستجابات تجريدية مبشرة ومجزأة
- إستجابات ذات طابع عقلنة مرضية
- إهمال تناظر الشكل .
- إدماج الذات في تأويل الشكل . . .

## \_\_\_\_\_التشخيص التفريقي وإشكالاته\_\_\_\_\_

١ - التفريق عن الهذيان المزمنة :

- التفريق عن النفاس المجانب (البارافرينيا)

تكون الهذيان في هذا التناذر ممنهجة ومنتظمة طبقا لواقع زائف وهي تتمحور دائما حول التعقب والعظمة الخرافية ويكون المريض متلاتيا متكيفا مع الواقع فيما عدا ما يخص منظومته الهذيانية .

٢ - التفريق عن «الفصام المزاجي» :

- يكون الحصر فيه هاما .

- تشهد إضطرابات مزاجية همودية أو هوسية

- تبدل سماته وتظاهراته من شخص لآخر .

- تكشف ظروف وعوامل مباشرة محدثة للبدء المرضي .

- تتضمن الأفكار الهذيانية محتويات مزاجية وعاطفية

- يكون تطوره دوريا ويشابه النفاس الهوسي الهوسي

- يستجيب للمعالجة بالليثيوم .

لا يزال هذا التناذر إشكالية في التصنيف والتشخيص وقد سبق أن طرحنا هذه الإشكالية في فصل الإضطرابات المزاجية .

3 - الفصام والشخصيات المرضية :

يعتقد بعض الباحثين أن الفصام سياق مرضي مستقل ولا يوجد تواصل بينه

وبين الحالات السوية أو حالات اضطراب الشخصية ، إلا أن «كرتشمرة» وتتبعه في ذلك بعض التيارات الحديثة ، يؤكد أن الفصام وكل الأمراض النفسية هي إحتدادٌ لاضطرابات قائمة بالشخصية .

يوجد نمطان من الشخصية يرتبطان بالحالة الفصامية هما :

- الشخصية الفصامية (وردت في بحث الشخصيات المرضية) .
- الشخصية ذات النمط الفصامي : وهي تحمل أعراضاً مرضية نفسية لا تؤثر على تكيف الفرد العام إنما تسم بعض نواحي سلوكه بالغرابة والشذوذ أو اللا منطقية (كأن يعتقد بأن لديه حاسة سادسة ويستخرج منها إستنتاجات واقعية ، ويكون نمط تفكيره متعلقاً بالخزافات والسحر والتأثير) ويعتقد البعض أن هذه الحالة تمثل الشكل الأخرى من الفصام .

#### 4 - الفصام والحالات الحدودية :

تمثل الحالات الحدودية إشكالية كبرى في التاريخ الحديث للطب النفسي حيث يتباين تشخيصها ويتراوح تصنيفها من شخصية مرضية إلى حالة عصابية شديدة إلى حالة فصامية إلى تناذر مرضي نفسي قائم بذاته .

حيث أن الأعراض في هذا الاضطراب، متعددة الأشكال فهي عصابية كالقلق والحصر المنتشر والحالات الوسواسية والرهابية والمراقبة ، إلا أنها غير متكاملة ومنظمة ولا تمتص القلق . كما تظهر سمات مقاربة للخصائص النفاسية ، إذ لا يتحمل الحدودي الحصر فينتقل بسهولة إلى الفعل . كما يكون نشاطه الخيالي ثرياً جداً وتكثر لديه الإستهامات العدوانية ويبدى لا إستقراراً وضعفاً انفعاليين شديدين .

يرى المحللون النفسيون أن أنا الحدودي تكون ضعيفة النضج بحيث تكون آلياته الدفاعية غير سوية ودون فعالية ، وتأخذ نمطاً نفاسياً يتظاهر بانشطارات متضادة في النزعات التي تتواجد بنفس الوقت (مثل الكره والحاجة إلى الحماية . . .)

يبخس الحدودي من قيمته الذاتية بفعل نزعته المثالية المرضية ، بحيث يسعى لا شعورياً إلى بديل خارجي يتلقى أحاسيسه العنيفة تجاه ذاته فيلقي بمشاعر الكره إلى

مواضيع خارجية بآليات إسقاطية يمكن أيضاً أن يثير لديه أفكار التعقب . كما أن آلية النفي (أو الإنكار) تسمح له بإلغاء الواقع الذي لا يمكنه تحمّله .  
كان البعض يرون في الحالة الحدودية شكلاً أدنى من الفصام بينما يعتبره «برجريه» المحلل النفسي والذي ابتكر تسمية الحالة الحدودية ، تناذراً مرضياً نفسياً مستقلاً . أما الباحث الفرنسي «فيلدوشيه» فيرى فيه تطوراً شبه نفسي للعصاب ، لذلك يعتقد بأنه يمكن مقارنته علاجياً بأسلوب تحليل نفسي على شاكله الحالات العصابية .

## فرضيات السببية والمنشأ المرضي للفصام

لا تزال إشكالية منشأ التناخرات الفصامية قائمة رغم الدراسات والبحوث المجرأة في ميادين مختلفة كالتحليل النفسي وعلم النفس الاجتماعي وعلم الأعراق (الابتولوجيا) وعلم الإتصال البشري وعلم الوراثة وعلم الحياة (البيولوجيا) .  
قدّمت كل هذه العلوم نظريات لتفسير الفصام أو فهمه . وغالباً ما لا تتعارض هذه النظريات بل هي تقارب الفصام من أبعاد وزوايا مختلفة . ومنها ما يدرس الفصام من خلال تفهم سياقه وتطوره وآلياتها .  
الناذج التفسيرية للفصام :

أ - النظريات العضوية والبيولوجية :

١ - النظريات الوراثة :

من خلال فرضيات وبحوث ودراسات وإحصاءات إمتدت عدّة عقود أصبح الدور الإرثي في نشوء الفصام مقبولاً ومؤكّداً .  
ومن بين أبحاث هذه الدراسات :

أ - الدراسات العائلية : التي أثبتت ارتفاع نسبة الأطفال الفصامين لدى العائلات ذات السوابق الفصامية . فالأعداد العام للفصام يقارب 1% بينما يصل

4,4% عند والدي طفل فصامي ، و8,8% عند وجود إخوة فصامين ، و12% وعندما يكون أحد الوالدين فصاميا ، و36,6% عندما يكون كلا الوالدين فصامين وقد إعترض بعض الباحثين بأن عامل المحيط الأسروي يتدخل في إرتفاع نسبة الفصام في أسرة معينة بشكل يبدو وراثيا لذلك لجيء إلى نواع آخر من الدراسات يحاول تجديد العامل المحيطي ومن بينها :

### ب - دراسة الأطفال بالتبني :

حيث تعتمد هذه الدراسة على معيارين : العائلة الأصلية والعائلة بالتبني . وأشارت الإحصاءات إلى أن ، في حالات الأطفال الفصامين ، نسبة السوابق الفصامية : لدى عائلات التبني تكون 9% بينما تكون 51% لدى العائلات الأصلية .

كما لوحظ ، في عائلات تبني ذات سوابق فصامية أن نسبة الإصابة بالفصام لدى أطفال تحمل عائلاتهم الأهلية سوابق فصامية تصل إلى 20% بينما تصل إلى 11% لدى أطفال تخلو عائلاتهم الأصلية من السوابق الفصامية .

### ج - دراسة التوائم :

تصل نسبة توافق الإصابة بالفصام لدى توائم مختلفي الإمشاج إلى 11% بينما لا تتجاوز 60% لدى التوائم الحقيقيين (متجانسي الإمشاج) .

ويثبت هذا الحد الأعلى -60% - أن الوراثة ليست العامل الوحيد المتدخل في نشوء الفصام إذ لو كان الأمر كذلك لوصلت نسبة توافق الإصابة بالفصام لدى توأمين متماثلي الإمشاج إلى 100% .

ويقترح باحثون حاليا نموذجاً أحادي المورثة ، ذات صفة مقهورة واختراق (تظاهر) جزئي لدى متماثلي الإمشاج . أما الإضطراب المتقل وراثيا فلا يزال مجهولا ويرى البعض أنه إضطراب عضوي ينال بنية الجهاز العصبي المركزي .



٢ - خلال الفحص بالتصوير الطبقي المحوري ، للجهاز العصبي المركزي لوحظ وجود توسع في الشقوق الدماغية وتوسع بالبطينات إلا أن هذه الاضطرابات غير وصفية وتتبدل تبعاً للعمر .

### ٣ - النظريات الانتانية :

توجد نظرية تقول بالسببية الفيروسية للفصام الذي تعزوه إلى اضطرابات خلوية تنجم عن دخول الفيروس (الحمى الراشحة) . وقد أجريت دراسة استخرجت علامات مناعية دموية لدى سبع وأربعين فصامياً تشير إلى وجود حمى راشحة بطيئة . ويدعم أنصار هذه النظرية رأيهم بحدوث حالات جمودية حادة (تمائل الجمود الفصامي ، إثر الالتهابات الدماغية الفيروسية) .

### ٤ - النظريات الحيوية الفيزيولوجية :

برزت في الخمسينات نظرية (أوسموند) وتقول بوجود اضطراب حيوي كباوي يتمثل في نزع ميثيل الكاينيكولامين لتصبح مستقبلات سامة تماثل في فعلها وبنيتها المسكالين وهو مركب مهلس . إلا أن كشف مركبات من هذا النوع بالرحلان الكهربائي في البول ، لا يحمل سمة وصفية وليس ثابتاً . . . .  
أما حالياً فتسود نظريتان أساسيتان .

#### أ - نظرية فعل الدوبامين

أشارت بعض الملاحظات التجريبية إلى أن الأمفيتامين الذي يمرر الدوبامين يزيد الحالة الفصامية شدة وتنشط الهذيان الزوري الذي يميل إلى الإزمان أما المواد الكابحة للدوبامين ( المثبطات العصبية ) فهي تحسن الأهلـاس والهذيانـات . لذلك تقدم « شتاين ووايز » في 1973 بفرضية تقترح وجود اضطراب في المنظومة الدوبامينية الدماغية يؤدي إلى نشوء مادة سامة للدماغ . . . . إلا أن هذه الفرضية تحمل ثغرات وتعرض لكثير من النقد .

ب - نظرية فعل الأندورفين :

وهي أكثر حداثة ، يوجد ثلاثة أنماط من الأندورفينات : ألفا :  $\alpha$  وبيتا :  $\beta$  وغاما :  $\sigma$  . فتحدث الاضطرابات الفصامية نتيجة لاختلال التوازن بين الأندورفينات الثلاث وخصوصا لاضطراب تقويض الأندورفين غاما .  
وأشارت التجارب على الحيوان إلى أن تراكم الأندورفين B بيتا يؤدي إلى الحالة الجمودية . بينما يؤدي تراكم الأندورفين ألفا  $\alpha$  إلى لوحة سريرية زوربية .  
هذا ولا يوجد تعارض بين النظرية الاندورفينية والنظرية الدوبامينية .

## ب - النظريات النفسية والاجتماعية

### 1 - النظرية الثقافية الاجتماعية :

يرى « كوبر » ، وهو من رواد المدرسة المضادة للطب النفسي ( أطباء نفسيون منشقون ان الاتجاه التقليدي ) أن الفصام إنعكاس لنمط التنظيم السياسي الإقتصادي لمجتمع معين ويقول بوجود مجتمع منتج للفصام وهو مجتمع مضطرب يحمل درجة عالية من التوتر والإستلاب ، إلا أنه ينكر مرضيته ويحاول التخلص منها ( بدل معالجتها ) بتحميلها لعدد من الأفراد الضحايا ( أكباش محرقة ) يدفعهم إلى المرض حتى يتاح له عزلهم عن المجتمع . ومن البراهين التي يستخدمها هذا التيار - تبديل اللوحة العرضية للفصام حسب الوسط الثقافي - العرقي

- ندرة الفصام في بعض المناطق والمجتمعات ( أفريقيا ) وغيابه تماما في بعض الإثنيات كقبائل « البانتو » الإفريقية - أن الدراسات الطبية القديمة لم تورد وصفا بقارب الفصام ولم يتم ذلك في أوروبا إلا بدءا من القرن التاسع عشر .

وقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة نموذجية دولية استمرت خمس سنوات ومسحت ثمانية دول هي : الدانمرك ، بريطانيا ، تشيكوسلوفاكيا ، الاتحاد السوفياتي ، تاوان ، نيجيريا ، الهند ، كولومبيا . وعمّا استنتجته :

- تصادف الأعراض الهلسية البصرية أكثر في مناطق العالم الثالث .  
- يوجد تناذر عرضي نووي مشترك : الآلية الذهنية ، أفكار التأثير ،  
الأهلاس السمعية .

- يكون الإنذار أفضل في مناطق العالم الثالث مما هو عليه في العالم الغربي .

ويفسر بعض الباحثين ذلك بالعزلة الاجتماعية والضغط الشديدة وعوامل  
الرضى النفسي والاستقرار واللا أمن في المناطق المصنعة .

- أشارت دراسات أخرى إلى وجود أحداث حياتية راضية أكثر من العادة  
خلال الشهر الذي يسبق التظاهر المرضي .

- كما لاحظ بعض العلماء أن نسبة التعرض للفصام ترتفع لدى مواليد نهايات  
الشتاء وبدايات الربيع .

## 2 - نظرية الإتصال البشري :

سبق التعرض لها في بدايات هذا الكتاب وهي نظرية حديثة ( نشأت مدرسة  
الإتصال البشري في الخمسينات ) تنظر إلى النشوء الفصامي عبر التفاعل والإتصال  
العائليين . فالفصامي ليس فردا منعزلا بل هو عقدة التبادل في منظومة العلاقات  
الداخلية العائلية .

يرى « باتيسون » ( مدرسة باولنو ألتو ) وجود إتصال حول الإتصال يسميه ما  
وراء الإتصال ، يتمثل في تبادل ( شبه خفي ) لمعلومات حول الرموز المستخدمة  
والعلاقات القائمة بين المتخاطبين : بحيث يسمح بتصحيح مستمر وتقويم  
للفرضيات التي يطلقها المتخاطبون حول رموزهم وأدوارهم وأحاسيسهم . لذلك  
يعتقد « باتيسون » أن العلاقة بين الفصامي وأمه تتميز بغياب التوافق والإنسجام بين  
الإتصال وما وراء الإتصال . بحيث يتناقض أو يتعكس المعنى الذي يظهر في  
الرسالة الإتصالية ( الخطاب ) ومع سمات تفاصيله ( ما وراء الإتصالية ) : ( كثرة  
الصوت ، وتعابير الوجه وسياؤه ، والظروف المحيطة الخ . . . ) بحيث يحدث  
إلتباس بين مستويين منطقيين . . . يسمى « بايتسون » ذلك « مفارقة الرابطة  
المزدوجة ( الرابطة المتناقضة ) أو ( القسر المزدوج ) ، وشروط أو ظروف تشكل هذه

الرابطة ضمن الوسط العائلي هي :

- 1 - وجود شخصين أو أكثر في الموقف .
  - 2 - تكرّر التجربة : توقع دائم ومعهود لنمط العلاقة .
  - 3 - أمر أو طلب ناهٍ أو يبيح يمنع سلوكا معيناً أو غياب هذا الأمر مع وجود تهديد عاطفي .
  - 4 - أمر أو طلب ثانوي ( تالي ) يتناقض مع الأوّلي ، يترافق مع تهديد عاطفي ويكون كلامياً أو غير كلامي .
  - 5 - أمر أو طلب ثالث يمنع من الهروب من الموقف . ويستهدف منع الوعي بتناقض الموقف ويحمل في معناه رسالة إتصالية مثل « إن قبلت أسلوب الإتصال هذا ، المتناقض ، فإنك ستحظى بالحب ولن تهملك أمك . »
- بحيث يجد الفرد ( الطفل أو المراهق ) نفسه في منظومة إتصال عليه أن يختار فيها إما قبول التناقض وإدماجه بما يحرف المنطق والواقع وإما فقدان علاقة عاطفية جوهرية بالنسبة له بحيث يضطر إلى تشويه دائم لمختلف وسائل إتصاله الكلامية وغيرها وكذلك انفعالاته وعواطفه وعلاقته الحسية والإدراكية بالعالم الخارجي .

### 3 - النظريات العائلية :

فصلنا نظرية الإتصال عن النظريات العائلية رغم أنها تتصلّ بها نظراً لخصوصيتها . فالنظريات العائلية تتراوح بين الأبعاد الإتصالية والاجتماعية والتحليلية النفسية ومن بينها بالخصوص :

- مفهوم الإنسجام ( أو التعاون ) الكاذب : ( وين ) :

حيث تبدو عائلة الفصامي بمظهر عائلة هادئة منسجمة في ذاتها ، خالية من الصراعات أو التناقضات بشكل غير عادي كما تكون منغلقة منعزلة قليلة العلاقات الاجتماعية . . . .

- يرى « لا ينغ » الطبيب النفسي البريطاني أن صراع المحيط الأسروي وإشكالاته تتكثف في الفصامي ، الذي يبدو ترجمة خيالية لهذا الصراع ويكون الفصامي طرفاً في هذا الصراع إلا أنه يُمنع أو يفقد القدرة على الإتصال بحيث يصبح الهديان الوسيلة الوحيدة المتبقية لديه للتعبير والإتصال ولو على حساب الواقع .

#### 4 - نظريات التحليل النفسي :

يوجد مدخل أسروي ، للتحليل النفسي ، على مستوى نشوء الآليات والبنى النفسية للفصام . حيث يوجد اضطراب نفسي هام لدى والدي الفصامي الذين لا يتمكنان من القيام بدورهما الأبوي بشكل سوي . فتكون الأم قلقة متباعدة عن حاجيات طفلها وغير متفهمة وبنفس الوقت متدخلة المفرطة الحماية مع أساليب مسارمة عاطفية وأستبعاد . بينما يكون الأب غائبا أو قليل الحضور في تربية أطفاله أو يكون حاضرا شديد القسوة والتسلط . وتكون الأسرة عموما إمتثالية اجتماعية محدودة العلاقة بالخارج . أما العلاقة بين الوالدين فتتميز بالتباس الروابط العاطفية التي تغطي العدائية والخوف أو الإحتقار تجاه الطرف الآخر إلا أن هذه المشاعر تكون غالبا صامتة ولا تتظاهر إلا بإشارات خفية .

ومن العوامل الممرضة النفسية الأساسية عجز الوالدين عن توفير مناخ عاطفي لطفلها وغياب صورة أبوية ثابتة ومنسجمة تسمح للطفل بالمرور بمزحلة كما هي سوية في سياق نشوئه النفسي ، مما يسمح له بإيجاد نماذج أولية لتركيز منظوماته النفسية ( الأنا - الأنا الأعلى ) .

ويرى معظم باحثي التحليل النفسي ( كلاين ، ركاميه ، ماهر . . . ) أن البنى والإستعدادات النفسانية تتشكل منذ المراحل الأولى من الحياة وعبر العلاقة الأولى بالموضوع ( الموضوع الجزئي : الثدي ، الموضوع الكلي : الأم ) بحيث يحتاج الفرد إذاك إلى العطف والرعاية والإشباع حتى يشعر بأنه موضوع حب وجددير بالقيمة مما يتيح نمو النرجسية البدئية لديه وهي ذات الدور الركائزي لتكامل الذات والضرورة نحو التفرد والإستقلال ، عبر سياق تالي من توازن آلية الإثابة - الحرمان . بينما تؤدي بعض أنماط خلل هذا التطور إلى نشوء الفصام

إن هذه النظريات والفرضيات السببية لا تتعارض ولا تتناقض إذ أنها تتعامل مع الفصام وتفسر منشأه من أبعاده مختلفة بل ونعتقد أن بعضا منها تلتقي بالتحليل الأخير وما يمكن إقتراحه لإيجاد هيكل سببي للفصام ، وحتى تأتي الدراسات الراهنة والمستقبلية ببراهين أكثر ثباتا ودقة ، هو جمع ما ينسجم ويتدعم ببعض البراهين المقنعة من هذه النظريات بحيث يمكن قبول العامل الإرثي لا كعنصر حاسم

ومحدد بل كاستعداد عضوي يستجيب ويتفاعل مع العوامل المحيطة بمختلف أشكالها الثقافية الاقتصادية الاجتماعية والاتصالية والعلائقية الأسرية التي تتكشف على مستوى فعلها في صيرورة النشوء النفسي للفرد في مراحل حياته الأولى والمبنية على تشكّل المنظومات الأساسية للجهاز النفسي ( الشعور - ما تحت الشعور ، اللاشعور ، والأنا ) الأنا الأعلى ، الهو ، ) في سياقها الديناميكي وقوانين حركتها بحيث يتأثر نموذج التعلم والنمو ومراحلها بضغط وشذوذات هذه العوامل ، وتأتي هذه المقاربة ضمن إنسجام هذا المنظور مع القوانين الظواهرية السلوكية والاتصالية .

## وسائل وأساليب معالجة الحالات الفصامية

يتضمن منهج المقاربة العلاجية الحديثة للفصام أساليب متكاملة تستهدف التعامل مع الأعراض النفسانية في ذاتها ومنع التطور المرضي وإتاحة تعزيز بنیان شخصية المريض ومن ثم مساعدته على استرجاع الاندماج الاجتماعي بمختلف أبعاده وللتوصل إلى ذلك تستخدم وسائل دوائية وسلوكية وعلاجية نفسية وإجتماعية .

### ١ - كيفية التعامل مع هجمة فصامية زورانية :

يحدث خلال الهجمة الهذيانة الفصامية اضطراب هام في سلوك الفرد ونشاطه اليومي فيختل عمله وعلائقه الاجتماعية . لذلك يجب تقييم مدى قدرته على الإعتناء بنفسه ومواصلة حياة مستقلة وكذلك الأخذ بالإعتبار احتمال إرتكاب المريض أعمال هذيانة عدوانية قد تنال منه أو من أفراد محيطه . لذلك غالبا ما يتطلب الإقامة في مستشفى نفسي يتلقى فيه المريض المرحلة الأولى من العلاج الدوائي بالمثبطات العصبية إضافة إلى تطبيق خطة علاجية نفسية ملائمة .

### 2 - معالجة الحالات الفصامية ذات التطور التنكسي المتقدم

هي حالات شديدة يحدث فيها تراجع شامل وانفصام في النشاط النفسي والذهني ولا تعرض على العلاج الطبي إلا في مراحل متأخرة . يكون المريض عاجزا

عن مزاوله أي نشاط سوي أو التعامل مع منهج علاجي نفسي أو إجتماعي لذلك قليلا ما تكون معالجته الخارجية ممكنة بل تتوجب إقامته بالمشفى . أما المنهج العلاجي فيتمثل في وصف مشبطات عصبية مزيلة للتظاهرات النفسانية بمقادير متزايدة تدريجيا ولفترات طويلة حتى يتراجع اللجم والإنغلاق الذاتي وعند الحاجة يلجأ إلى المعالجة بالصدمة الأنسولينية أو الكهربية . وعندما تتحسن حالة المريض تصبح المقاربة العلاجية النفسية والاجتماعية متاحة . ويلاحظ أن كثيرا من حالات خبل البلوغ الموصوفة بالإنذار السيء تحسنت بفعل المعالجة الملائمة وتمكن المرضى من إستعادة حياة وعلاقات إجتماعية مقبولة .

### 3 - أسس المعالجة الدوائية للفصام .

تعتبر المشبطات العصبية المعالجة الدوائية الرئيسية للفصام . يتم إختيار نوع المثبط العصبي حسب علاقة مفعوله النوعي باللوحة العرضية للتأخر فيصطفى دواء يكون إما ذا مفعول مهديء ، أو منشط نازع للجم أو مزيل للتظاهرات النفسانية النموذجية ( الهذيانات ، الأهلان ) ويفضل إختيار المشبطات العصبية ذات المفعول المديد ( حقنة عضلية واحدة أو حبة كل ثلاث أو أربع أسابيع ) إذ أن تعاطي هذه الأدوية يكون مستمرا أو لفترات مديدة مع إمكان إتاحة أطوار راحة ( النوافذ العلاجية ) وتخصص الأشكال المحقونة غالبا للحالات الإستشفائية ( للمقيمين بالمشفى ) أما المقادير فيتم تكيفها حسب شدة الأعراض . ويمكن إضافة المنومات أو المهدئات أو مضادات الهمود عند الحاجة . أما مضادات داء باركنسون التي تزيل الآثار الجانبية خارج الهرمية للمشبطات العصبية فيفضل ألا توصف إلا عند ظهور هذه الإضطرابات ( ويوصى بإعطائها فور ظهور الأعراض حتى لا يشتد قلق المريض .

### المعالجات النفسية والاجتماعية

توجد عدة انماط من المقاربة العلاجية النفسية والاجتماعية للفصام من بينها .

- المعالجات النفسية المستنبطة من التحليل النفسي الفردية والجماعية .
- المعالجات العائلية .
- المعالجات السلوكية خصوصا الإدماجية منها .
- المعالجات النفسية المؤسسية .
- المعالجات الاجتماعية ( إعادة الإدماج الاجتماعي ) والمعالجة بالعمل .



الفصل

السادس

## التناذرات الهذيانية المزمنة

### I مدخل تاريخي إلى تطور مفهوم الهذيانات المزمنة

تعني كلمة الهذيان الخروج من السياق الذهني الواقعي .  
في القرن التاسع عشر وفي فرنسا أطلق الطبيب النفسي «أسكيرول» تسمية «الحالات الجنوبية الجزئية» أو «الحالات الهوسية المنعزلة» إشارة إلى أن سلوك المريض يظل طبيعياً خارج إطار منظومته الهذيانية . وإثره (1852) إهتم «لا سيغ» بالبعد السريري للهذيان المزمّن مشيراً إلى موضوعه من خلال تصنيفه : «هذيان التعقب» كما إعتبر تطور الهذيان عنصراً أساسياً للتشخيص . وتبعه في ذلك «فوفيل» و «موريل» و «فالريه» .

أما في نهايات القرن التاسع عشر فقد أكد الطبيبان «مورك» و«مانيان» على ضرورة التفريق بين الهذيانات «المنطقية» والمنسجمة والهذيانات المضطربة غير المنتظمة (والتي تتظاهر في الفصام والبارافرنيا) وهي تشير إلى تنكس ذهني بينما لا تنجم الهذيانات المنتظمة عن قاعدة مرضية متكاملة .

كذلك إتجه الإهتمام إلى وصف الهذيانات تبعا للآليات البدئية : (الحدس أو الإستنتاج ، التأويل ، الأهلأس ، الأوهام ، الخيال) . وأشير إلى النفاس الهذيانى المزمع والنفاس الزورى . وفي بدايات هذا القرن إنطلق المؤلفون الفرنسيون من ذلك معتمدين على آليات النشوء في تفريق التناذرات الهذيانية فوصفوا : الهذيان التأويلي المزمع (سريو ، كابفرا : 1909) ، هذيان الخيال (يمائل البارفرينيا : النفاس المجانب ، دوبرية 1911) ، الهذيان الهلسي المزمع (باليه 1912) ، الهذيان العاطفي (كليرمبو 1921) . وقد وصف هذا الأخير تناذر الآلية الذهنية .

أما في ألمانيا فإن «كريبلين» فصل في 1899 عن ما أسماه «العتة الباكرا» تناذرا هذيانيا دون أهلاص أو تطوّر عتھي وأسماه الزور : البارانويا (وهي تسمية ابتكرها كاملبوم في 1863) ، كما فعل تناذرا هذيانيا هلسيا وخرافيا وأطلق عليه تسمية البارافرنيا (النفاس المجانب) . أما الحالات الهذيانية المزمعة الفصامية فقد احتفظبها في إطار وحدة «العتة الباكرا» .

واتجه «بلولر» إلى تحديد الآليات المركزية المرضية النفسية التي تنظم الهذيانات وعزاها إلى اضطرابات في التداعي والتناسق الفكري بحيث قرّبها إلى مفهوم الفصام .

كذلك إهتمت مدرسة التحليل النفسي في بدايات هذا القرن (فرويد ، أبراهام ، ميلاني كلاين ثم لاكان حديثا برجرية) ببنية الهذيان وقاربتة من زوايا الآلية النشوئية والوصف والموضوع والتشخيص وحاولت إستخراج وتحديد البنى المرضية النفسية ومميزاتها (النفاسية ، العصابية ، النرجسية ، الهمودية) التي تتظاهر فيها الهذيانات .

في ألمانيا وصف «كرتشمير» بارانويا الحساسين .  
بينما أشار «هنري أي» في فرنسا إلى وجود بنية مرضية نفسية بدئية وطرح

مفهوما يقول بوجود عناصر سلبية وعناصر إيجابية في كلّ نفاس هدياني : (العناصر السلبية : تفكك النشاط النفسي ويكون في حده الأدنى في الهديان المزمّن . . . العناصر الإيجابية : إعادة تركيب خيالية للعالم طبقا للبنية النفسية الداخلية . . .

أما حاليا فتتزع المدرسة الأنغلو سكسونية (أمريكا) إلى إدخال معظم الهديانات المزمّنة في نطاق مفهوم موسّع للفصام . بينما تفرّق المدرسة اللاتينية (فرنسا) الفصام عن الهديانات المزمّنة التي لا تتسم بالتتكس أو الانفصام وهي أساسا :

- الهديانات الزورية المتظمة

- النفاسات الهلسية المزمّنة .

- الهديانات الخيالية المزمّنة : (البارافرينيا : النفاس المجانب)

هذا ، وقد تغيرت النظرة التشاؤمية إلى الحالات الهديانية المزمّنة منذ إكتشاف المضطّبات العصبية (اللا رغاكتيل 1952 «دينكر» ، «دلای» بفرنسا) وبتطور الأساليب العلاجية النفسية والمؤسسية ، حيث ثبت أن نسبة من الهديانات المزمّنة قابلة للشفاء الكامل وأن إزمان المرض يعود أحيانا إلى العوامل الاجتماعية كموقف المحيط وهزل المريض وتدني مستوى العناية والمعالجة .

كما أن إكتشاف مضادات الهمود سمح بتمييز نوعين من التناذرات الهديانية المزمّنة . تلك التي تستجيب لهذه الأدوية وتلك التي لا تستجيب لها مما دفع بعض الباحثين (غيوتا) إلى إعتبار بعض الحالات الهديانية دفاعا ضد الهمود (وبالتالي يمكن أن نفترض أن الهديان الحاد أو المزمّن آلية نفسية أساسية قد تمثل أحد العدائل السيكوسوماتية (النفسجسمية) للهمود .

---

## II مفاهيم الهديانات المزمّنة وتصنيفاتها

---

### ١ - التصنيف السوفيائي :

تفرّق المدرسة السوفياتية بين الهديانات باطنية المنشأ والهديانات نفسية المنشأ أو الارتكاسية وهي تنجم عن ارتكاس الشخصية تجاه رضوض نفسية شديدة أو مديدة . وهي غالبا ما تتركز على خصائص مرضية بالشخصية .

تُصنّف هذه الهذيان الارتكاسية إلى :

### ١ - الهذيان الزوراني الارتكاسي :

يحدث في ظروف حياتية تهيب للمخاوف والشكوك والريبة تجاه المحيط وعند نقص المعلومات الكافية لنفي هذا الشك . كأن يسافر الفرد في عربة قطار مليئة بأشخاص لا يعرف لغتهم يتحدثون ويمزحون فيشك بأنهم يتحدثون عنه ويسخرون منه ، أو أن يعتقد مريض مصاب بأفة عضوية عادية ، انه مصاب بمرض خطير وأن محيطه وطيبه يخفون عنه الحقيقة الخ . . . ) وعندما يحصل الفرد على معلومات كافية غالباً تزول الحالة الهذيانية .

### ٢ - الهذيان الزوري الارتكاسي :

يحدث لدى أفراد ذوي شخصية مرضية زورية عندما تشتد وطأة المواقف الراسخة . وقد يحدث لدى أفراد أسوياء الشخصية . وهو هذيان منظم حول أفكار ثابتة (غيرية ، إختراع ، إساءة) ويكون مديداً (إلا أنه لا يترافق بأهلاس وأوهام مثل الهذيان الزوراني الارتكاسي .

### 3 - الهذيان المحدث (أو المنتقل) :

يحدث لدى أفراد يتسمون بالإيجابية وضعف الشخصية عندما يكون على إتصال مديد وحميم مع شخص مريض بالهذيان وذا نفوذ عليهم وقد تشاهد حالات هذيان جماعية . يتوقف الهذيان المحدث عادة بعد فصل الشخص المسبب عن الآخرين .

### 2 - التصنيف الأوروبي (هنري أي)

#### 1 - الهذيانات دون تطور تنكسي :

- أ - النفاسات الهذيانية المنتظمة (الهذيانات الزورية : الهذيانات العاطفية ، هذيان التأويل «لسريو» . . . )
- ب - النفاس الهلسي المزمّن

- ج - النفاس المجانب (البارافرينيا)  
2 - الهذيانات المزمنة المتكسة :  
- الهذيانات الزورانية الفصامية

3 - تصنيف المنظمة العالمية للصحة : (وهو يتعرض للنقد من حيث منهجيته)

1 - الحالات الزورانية :

- أ - الزور  
ب - النفاس المجانب (بارافرينا)

2 - الهذيانات الفصامية

- أ - الهذيانات المنفصمة  
ب - الهذيان الخرافي

4-التصنيف الأمريكي الحديث DSMIII

- 1 - الاضطرابات الزورية .  
الهذيانات الزورية المنتظمة دون أهلاس .  
2 - هذيانات أخرى تتصل بالفصام .

---

### III الدراسة السريرية للهذيانات المزمنة

---

تنشأ الهذيانات المزمنة بشكل متساو لدى الرجل والمرأة . إلا أن الهذيانات الزورية وهذيانات المطالبة (أو الإحتجاج) تشاهد أكثر لدى الرجل بينما تكثر الهذيانات الهلسية والنفاسات المجانية (الهذيانات الخرافية) لدى المرأة .

## 1- معطيات سريرية عامة :

### أ - المعايير الأساسية لتحديد حالة هذيانية مزمنة

- وجود قناعة هذيانية مستمرة ، منذ عدة أسابيع على الأقل .
- تكون مواضيع الهذيانات متنوعة مختلفة من مريض لآخر .
- توجد عدة آليات هذيانية : الهلسية ، التأويلية ، الاستنتاجية الخيالية .
- وجود مشاركة إنفعالية تكون غالبا من نوع الحصر والقلق أو أحيانا حالات اضطراب مزاجي .

### ب - تشكّل الهذيان وبنيته

تكون الأفكار الهذيانية ذاتية تتضمن أحكاما حول الواقع لا ترتبط بالمعايير المعروفة ولا يشارك المحيط ، الشخص فيها كما أنها ثابتة لا تزعمها البراهين المنطقية ولا الإثباتات التجريبية

- تتمثل الآليات المنتجة للهذيان ، عادة فيما يلي :
- نشوة وشذوذ المحاكمة العقلية (التأويل)
- اضطرابات عناصر الإدراك (الأهلاس ، الأوهام)
- اشتداد الوظيفة الخيالية وطغيانها على الواقع (الهلوس)
- الاستنتاجات وحالات الحدس المفاجئة
- الإحساس باستلاب الجهاز النفسي ووجود عوامل خارجية تؤثر على النشاط النفسي وتسييره وتسيطر عليه (الآلية الذهنية لكليرمبو)

### - مواضيع الهذيان الأكثر مصادفة :

- مواضيع التعقب : يقتنع المريض بوجود من ينوي الإساءة إلى شخصه أو أسرته أو سمعته أو ممتلكاته وأشكال التعقب الهذيانى كثيرة لا متناهية : كالمراقبة والتهديدات والمؤمرات والإعتداءات والتسميم والتنويم والسحر والأجهزة والآلات والإشعاعات الخ . . .
- مواضيع التأثير : يحس المريض أن قوة خفية خارجية أو داخلية تتحكم في أفكاره وكلامه وأفعاله . . .

● مواضيع العظمة والفخار وهي بدئية أو ثانوية لأفكار التعقب ، وتمثل في أفكار الشراء والإختراع والرسالة البشرية (إنقاذ العالم) والأصل النبيل (ملكي ... ) . . .

● المواضيع الروحانية : هذيانات نبوة ورسائل سهاوية

● المواضيع المراقية : تتمحور حول الآم وأحاسيس جسدية يستتج منها المريض حدوث تبدلات في جسده وأعضائه وتشوهات وآفات في أحشائه (كالتعفن والتحجر . . . ) وأفكار إصابات جسدية مرتبطة بالتعقب والتأثير والسحر .

● مواضيع النفي : تتمثل في تناذر «كوتار» حيث يتعلق هذيان المريض بتبدلات وآفات وخيمة وعجبية في جسده ورغم ذلك وكل ما يعانيه من عذاب ، فهو محكوم بالحياة الأبدية لأن اللعنة لحقته ولحقت العالم من ورائه ، فهو ربما أصبح حتى غير موجود والعالم سائر نحو المصيبة والكارثة لا محالة .

### ج - الخصائص المشتركة للهذيانات المزمنة غير الفصامية

- بدء هذه الهذيانات في سن متأخرة بالنسبة للفصام

- غياب علامات الانفصام .

- غياب وجود تخلف عقلي ذا إعتبار

- الحفاظ على تكيف إجتماعي مقبول في أغلب الحالات

### 2 - التناذرات السريرية للهذيانات المزمنة

#### أ - الهذيانات الزورية المنتظمة : (البارانويا)

تعني كلمة البارانويا : التفكير المجانب للواقع أو للمنطق . (شبه منطقي) .  
تنشأ الهذيانات الزورية المنتظمة غالبا لدى الشخصية الزورية المتميزة بالخصائص التالية :

- 1 ( الأنوية : المركزية الذاتية ، التكبر ، الإفراط في تقييم الذات
- 2 ( الريبة : شكوك دائمة تجاه مشاعر الآخرين وأحكامهم وتصرفاتهم

3 ( التصلب النفسي : برود عاطفي ، عناد ، رفض للتقد ، الاعتقاد بأنه دائما على حق

4 ( أخطاء المحاكمة : يبني الزوري تسلاوات شبه منطقية طويلة مديدة ودقيقة وينطلق من معطيات صحيحة ليصل إلى إستنتاجات خاطئة لأنه يبني أحكامه طبقا لأفكاره الثابتة ويستبعد كل ما يمكن أن يخالفها أو يثبت عكسها .  
يتشكل الهذيان إنطلاقا من إحتداد هذه الخصائص بدءاً من حدس أو شك ينشأ من حادثة صغيرة خالية من المعنى ، وتكون بدايته غالبا بطيئة خفية وأحيانا ينفجر بشكل حاد أثر حادثة يعتبرها المريض حاسمة أو إثر صدمة إنفعالية نفسية أو عضوية . يتكون هذا الهذيان ضمن منظومة متكاملة متجانسة وواضحة يعيشها المريض في حالة وعي كامل ، إذ أن الهذيان رغم إزمائه ، لا يتداخل مع جوانب حياة المريض الأخرى وأنشطته التي تظل طبيعية :

تميز ثلاثة أنماط من الهذيان الزورية :

- 1 - الهذيان العاطفية .
  - 2 - هذيان العلاقة لدى الحساسين
  - 3 - هذيان التأويل المنتظم (الجنون المنطقي أو «العاقل» ) .
- تبدأ هذه الهذيان غالبا بعد سن الثلاثين وخصوصا حوالي الأربعين وتتغلب فيها الآليات التأويلية بينما تندر الأهلأس .  
أما القناعة الهذيانية فتتبع منهجا متجانسا ومنطقيا داخل منظومته بحيث يتمكن أحيانا حتى من إقناع الآخرين . ولا يشك المريض في سلامة أحكامه ويتصرف على أساس قناعاته الهذيانية .

1 - الهذيان العاطفية

تقسم إلى مجموعتين : الهذيان العاطفية الحقيقية (هذيان الغيرة ، وهذيان الهوس الشهواني) وهذيان المطالبة والإجتجاج العاطفي .

أ - هذيان المطالبة والإجتجاج العاطفي :

كثير المشاهدة ، يعتمد خصوصا على التأويل ويدفع المريض إلى الإجتجاج



والشكاوي والمطالبة بحقوق مفترضة وحتى الاعتداء لفرض قناعاته . من النماطه :  
- المشاكسون الاجرائيون : يعتقدون أن حقوقهم هضمت وأمالكهم سرقت  
فيكثرون من المشاكسات والشكاوي والإجراءات القضائية ولا يقتنعون بخطئهم  
فيتهمون الآخرين ، كالقضاة بالخداع والتأمر والرشوة . . .

- المثاليون المتحمسون : يتمحور هذيانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية أو  
اجتماعية سياسية فيتشئون الجمعيات ويكثرون من الأنشطة العشوائية ويندفعون  
بشكل أعمى ومتعصب لفرض أفكارهم التي يعتقدون أنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ  
العالم من الكارثة .

- أصحاب الاختراعات : يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصلوا إلى  
إختراع عبقرى وعندما يتم ردّهم يتهمون الآخرين بسرقة إختراعهم أو بالتأمر  
عليهم . . .

- هذيانات البنوة حيث يعتقد المريض أنه طفل بالتبني وأن والداه الحقيقيان  
من أصحاب العروش والملوك والرؤساء أو من أثرياء العالم ومشاهيره الخ . . .

- هذيان المطالبة المراقى : يحدث إثر معالجة دوائية أو جراحية حيث يتهم  
المريض الطبيب بإساءة معالجته أو إحداث تشوية أو اضطراب وظيفي في جسده  
ويلاحقه بحقه ويطالب بتعويضات لا جثا إلى القضاء .

- كذلك في هذيان مشابه يحدث إثر حادث عمل أو مرور يقتنع المريض  
بإصابته بضرر جسيم ولا يقدر بآراء الخبراء بل يكثّر الملاحظات والإجراءات  
والتهديدات مطالبا بالتعويض .

ب - الهذيان العاطفي الحقيقي :

1 - هذيان الغيرة :

يصادف هذا الهذيان أكثر لدى الرجال وهو كغيره من الهذيان العاطفية  
يتمركز حول محور وحيد وينطلق من فرضية بدئية إلى سياق ذاتي من التاويلات  
الخاطئة على أساس فكرة ثابتة وعندما تشتد الحالة الهذيانية إثر حرمان أو خيبة قد  
يندفع المريض إلى ارتكاب أعمال عنف وأعتداء قد تصل إلى القتل .

في هذا الهذيان ينطلق زوج ذو شخصية زوربية غالباً من حدث صغير كحركة أو نظرة لتنشأ فيه الشكوك التي سريعا ما تتحوّل ، في الخفاء غالباً ، إلى منظومة هذيانية متكاملة وقناعة ثابتة تعتمد على تأويل كل الأحداث والمصادفات لفائدتها بما يدفعه إلى ملاحظات وتحقيقات مع الزوجة بشكل دائم حتى تعترف الزوجة «بخيانتها» وتسيطر أفكار الانتقام و«حفظ الشرف» على المريض . وقد ينفجر هذيانه بشكل عنيف من ضرب وإعتداء قد يصل إلى القتل أو ينتهي إليه السياق الهذيانى لذلك لا يجب إهمال هذه الناحية ولا بدّ من وضع المريض تحت الإشراف الطبي في هذه الحالة مهما بدا وديعا ومسالمًا .

تتمثل الآلية النفسية اللا شعورية لهذيان الغيرة في إسقاط شخصية مثالية على الخصم (المنافس) حيث يوجد نقص في تقييم الذات لدى الزوري مما يجعله يشك بحب زوجته له . ونظرا لوجود رغبة لا شعورية في أن يماثل هذا الخصم «المثالي» فإنه يتماهى معه ويعتقد في إستهاماته اللا شعورية أنه لو كان مثل هذا الشخص لأحبه زوجته ونظرا لوجود التماهي فإنه يتمنى لا شعوريا أيضاً أن تحب زوجته هذا الشخص (وكانه هو) وعبر سياق تفاسي هذيانى يتحوّل هذا الخيال إلى عدليل باطنى للواقع وترسخ القناعة الثابتة بحقيقته . وبحكم أن هذا الشخص (الخصم) يمثل إسقاطا لنا المثالية (الفاشلة لدى المريض) التي تتمدج في الطفولة على شاكلة الأب وفي سياق إقصاء الغيرة والرغبة في إمتلاك الأمر إلى اللا شعور . فإن الخصم يصبح إستعادة لصورة الأب ، إلا أن التكافؤ الضدي يظهر هذه المرة من خلال آلية نفاسية ويمتزج التماهي التفاسي مع الخصم بالحقد الشديد عليه (لأنه ينجح مثلها نجح الأب في إكتساب حب المرأة التي يريد المريض إمتلاكها : حسب واقعة الهذيانى) .

أما فرويد فهو يدخل آلية جنسية مثلية لا شعورية في تفسير هذا الهذيان (وهي لا تتناقض في عمقها مع ما سبق وشرحناه بشرط أن نعتبر المفهوم النفسى النشوئى للجنسية المثلية وهو نشوء سلبية وضعف عاطفى مرتبطينجهان عن العجز عن تجاوز المرحلة الأوديبية واستبطان الصورة الأبوية لوجود خلل في نضج مراحل النمو السابقة خصوصا المرحلة الشرجية حيث نلاحظ تقاربا بين الطبع الشرجى الوسواسي والشخصية الزوربية في بعض سماتها . . . ) . ويتبع «فرويد» صيغة مبسطة لحدث

في اللا شعور طبعا وهي تتكوّن من ثلاث عبارات تنفي كلّ منها سابقتها عبر آلية الإنكار لتصل إلى النتيجة النهائية الشعورية التي يتمحور حولها الهذيان : «إنني أحبّ هذا الرجل من جنسي» .  
«لست أنا الذي أحبه» «هي التي تحبّه» . . .

## 2 - هذيان الهوس الشهواني :

أكثر مصادفة لدى المرأة منه لدى الرجل . يتمثل في أنّ المريض يكتسب قناعة وهمية هذيانية بأنه موضع حبّ أحد الأشخاص . ينشأ ذلك بدءا عن حادثة خالية من المعنى كمنظرة أو نبرة صوت ويتعلّق بأشخاص ذوي مستوى عالٍ أو شهرة أو سمعة أو رتبة إجتماعية . ويمرّ هذا الهذيان بثلاث مراحل :

أ - مرحلة الأمل : تكون القناعة ثابتة لدى المريضة بما يكنّ لها موضوع هذيانها من وله وحبّ مهما كان ساوكة أو بعده مثلا «إنه لا يتصل بي حتى لا يكتشف الآخرون حبنا» «لا يريد مصارحتي بحبه لأنه خجول ومتحفظ» «لقد تزوج حتى يموت ويخفي حبه ، ليس زواجه إلا خدعة» . . . حيث لا يمكن لأي حدث أن يقنع المريضة بخطئها . كما أنها تكثّر من الملاحظات والوسائل والهدايا للشخص «المحب» تدوم هذه المرحلة فترة مديدة ثم تعقبها :

ب - مرحلة خيبة الأمل : لا تزول هنا القناعة الثابتة إلا أن نشاط المريضة وتفاؤلها ينحدران ويبدو عليها التشاؤم وتعتقد أن «الشخص المحب» يخاف من حبه وربما لن يجروا أبدا على إعلان حبه .

ج - مرحلة الحقد : حتى في هذه المرحلة لا تقتنع المريضة بخطأ قناعتها بل أنها تريد ، فحسب ، أن تنتقم لأن «الشخص المحب» لا يريد إظهار حبه لذلك تلجأ إلى وسائل الملاحقة وأساليب التهديد والمساومة .

## 2 هذيان العلاقة لدى الحساسين

الشخصية الحساسة هي إحدى أشكال الشخصية الزوربية وتكون شخصية

واهنة ، منظوية ماعجمة حساسة مترددة متوجسة متشككة مع لجم جنسي ، تتحمل  
العدوانية بسلبية وذات نزعة همودية . يحدث الهذيان إثر حرمان وفشل وأزمات  
وجودية . فتغزوه أفكار الإشارة والاثهام ويعتقد أن من حوله يتحدثون عنه ويشتمونه  
يشتمونه . يظل الهذيان منحصرأ في مجال محدد وتتخلله هجمات قلق وحصر أو  
شعور . ويكون تطوره متأرجحاً ، قد يستمر لعدة سنوات لكن إمكانية الشفاء تظل  
قائمة .

### 3 هذيانات التأويل المنتظمة

سميت «الجنون المنطقي أو العقلاني» ، يستند فيها المريض إلى الأحداث  
الواقعية ليقوم بتأويلات خاطئة تتعلق به شخصيات بحيث لا يوجد أي حدث أو  
ظاهرة يمكن أن تخضع للصدفة بل كل شيء يحمل دلالة ومعنى يقصدانه هو  
بالذات . وكثيراً ما تنطلق هذه الهذيانات من أهلاس أو أوهام بدئية . وهي تمتد في  
شبكة متسعة تغذيها تأويلات من منشأ خارجي تشمل كل ما يمكن أن يصادفه  
المريض . فإن يدعك شخص أنه تعني أن رائحته غير طيبة وأن يتسم آخر فذلك  
لأنه يجده قبيحاً وأن تمر سيارة الشرطة تعني أنه سيدخل السجن أما ما يسمعه في  
الإذاعة والتلفزيون وما يقرأه في الصحف فهو كله إشارات إليه واتهامات  
الخ . . . . كما يلجأ أيضاً إلى تأويلات من منشأ داخلي إذ يفسر أي إحساس حسي  
بوجود سموم أو مخدرات في الماء الذي شربه أو الطعام الذي تناوله الخ . . . .

### ب - النفاسات الهلسية المزمنة

تحدث النفاسات الهلسية المزمنة لدى المرأة غالباً وتظاهر في سن الأربعين  
وأحياناً بشكل حاد ومفاجيء ، وهي حالات هذيانية مزمنة تتظاهر فيها الأهلاس  
بشكل خاص وهي أهلاس سمعية كسماع الضجيج والأصوات والكلام الذي  
يتضمن شتائم أو تهديدات أو إتهامات أو محادثات غريبة ويلجأ المريض إلى سد  
أذنيه بالقطن أو رفع صوت الراديو حتى لا يسمع هذه الأصوات . تكثر أيضاً

الأهلاس الحسية كاللمسية بينما تقل الأهلاس الشمية .

كذلك فإن تناخر الآلية الذهنية (لكليرمبو) ثابت وحاضر دائماً . وتمييز درجتان من الآلية الذهنية :

١ - الآلية الذهنية الصغرى وتتضمن :

- أهلاسا نفسية

- أهلاسا كلامية . حركية

- تناخر التأثير والتسيير الخارجي

- صدى التفكير وتسيير ونقد الأفعال

ويحس المريض بأن أفكاره أصبحت مستقلة عن إرادته سيالة سريعة المرور لكن تمحورها حول موضوع محدد ويكون إضطراب التفكير جزئياً كما لا توجد إضطرابات حسية ولا ينفعل المريض لأحاسيسه هذه

2 - الآلية الذهنية الكبرى

- آليات كلامية وحركية وحسية

- أهلاسا نفسية حواسية سمعية وحسية خصوصاً

يشاهد فيها تناذر التأثير وهوى التفكير (يسمع التفكير من الخارج وتدور الأفكار حول موضوع محدد كالتعقب والتعليق على الأعمال يكون الإضطراب شاملاً للتفكير . ويحس المريض بوجود من يسرق أفكاره من ذهنه يذيعها ويعتقد بوجود أصوات خارجية يتردد صداها في ذهنه كما أن أفكاره تسمع من الخارج

يكون التطور العفوي للنفسات الهلسية المزمنة بشكل هجمات مع أشداد التظاهرات الهلسية والهذيان مع بقاء التكيف الإجتماعي وقد يتكيس هذا الهذيان مع استمرار الملكات الذهنية والتكيف .

ج النفاس المجانب (البارافرنيا)

تبدأ البارافرنيا بين سن الثلاثين والخمسين وتمثل في هذيان مزمن شديد التنوع والبراء لا يتسم بأية معقولية أو منطقية يعتمد أساساً على الآليات الخيالية

وتنسر فيه الأهلّاس تتمحور مواضيعه حول العظمة ، والنبوّة والخرافات والمواضيع الكونية (عاش المريض مليون سنة ، هو محرك الكون ومهندس التاريخ ، يتمتع بالخلود ، يمتلك كواكباً ونجوماً . . . .) ولا تتأثر السياقات الذهنية بالهذيان كما أن التكيف الاجتماعي قد يستمر لفترة طويلة من المرض .

يكون تطوّر البارافرنيا مزمناً يزداد فيه ثراء وتنوع موضوع الهذيان ثم يثبت ويستقرّ بشكل نسبي بحيث يتمحور النشاط النفسي حول قطبين القطب الواقعي والحقيقي والقطب الهذيان مع محتوى تفكير مجانب للمنطق . وقد يشاهد باتجاه الإنفصام الفصامي بعد سنوات عديدة .

### 3 التطور العام للهذيانات المزمنة :

يبدأ الهذيان المزمن بشكل هجمة هذيانية بدئية أو غالباً بتطوّر تدريجي متصاعد يمتدّ لعدة سنوات .

أما تحت العلاج فإن النزعة الهذيانية لا تندثر بشكل كامل في معظم الحالات بل إن الهذيان يتكيس وينفصل عن حياة المريض العادية ويظلّ بشكل ريبية وشكوك شديدة حول موضوع محدد . وقد يتعرّض الشخص عند فقدان التعويض إلى أطوار همودية أو نزعات إنتحارية أو عدوانية . ومن أصعب الهذيانات معالجة الحالات الزورية العاطفية التي تتطلب غالباً إقامة استشفائية مديدة . وتكون أفضل فترات المقاربة العلاجية المراحل التي يكون الهذيان فيها بصدد التشكّل والانتظام .

### 4 التشخيص التفريقي

#### 1 الحالات الهذيانية المديدة من إختلاطات الإدمان الكحولي :

- الأفكار الثابتة ما بعد الحلمية : حيث يعتقد المريض بأن تجربته الحلمية حقيقة وواقع .

- التناخر الهلسي لدى الكحوليين : أهلاس سمعية - كلامية تستمر لعدة أيام أو أسابيع .
- النفاس الهلسي المزمن لدى الكحوليين .
- هذيان الغيرة .

- 2 - عناصر تفریق الهذيان المزمن عن الفصام الزوراني :
- يكون البدء غالباً متأخراً في الهذيانات المزمنة ومبكراً في الفصام .
  - لا تكون الهذيانات الزورانية الفصامية منتظمة ومنهجية .
  - تغيب علامات الإنفصام الفصامية عن الهذيانات المزمنة .
  - يضطرب التكيف الإجتماعي في الفصام بدرجة أشدّ نما في الهذيانات المزمنة حيث قد يظلّ مقبولاً وسوياً في هذه الأخيرة ، بينما غالباً ما يضطرب حتماً في الفصام بدرجات متفاوتة .

#### IV ظروف وخصائص المقابلة مع الهذيان

يأخذ الهذيان دائماً مضموناً ثقافياً إجتماعياً لذلك لا بد للطبيب من أخذ هذا العنصر بالحسبان والتعرف على المحيط والمنشأ الثقافي الإجتماعي للفرد حتى يستبعد المعتقدات والأفكار الخرافية أو التقليدية التي تميز بعض الحضارات (كالاعتقاد بالسحر واستلاب الأجساد والأرواح واللعنة ، والعين الحاسدة . . . الخ) حتى لا تلتبس مع الهذيان الحقيقي .

من ناحية أخرى يندر جداً أن يأتي المريض بماء إرادته بل إن هذيانه يضايق نيطه أو يسيء إليه أو قد يتم ذلك إثر عمل عدواني متعلق بالطب الشرعي ، بحيث يجعل المريض على مقابلة الطبيب عبر إجراء أسروي أو إداري أو قضائي . يتطلب الأمر إذاك من الطبيب كشف الوجود الفعلي للهذيان وحسم الحقيقة المرضية لحالة المريض وسلوكه حتى يتاح له تحديد الإجراءات العلاجية والإدارية الملائمة ، وتحديد مسؤولية المريض المدينة ومدى ما يمثله من خطر على محيطه .

لذلك غالباً ما يواجه المريض الطبيب بصمت مطبق أو موقف عدائي . كما يعمل على إخفاء هذيانه إذا خشي أن يؤدي تعبيره عنه إلى إستبقاته بالمشفى أو إعتباره مريضاً يجبر على المعالجة . كما أن المريض قد ينطلق في سرد هذيانه (خصوصاً هذيان الغيرة) فيسوق الأدلة والبراهين المقنعة ونظراً لأنه كثيراً ما يبدو طبيعياً من جميع النواحي الأخرى فإن الطبيب قد ينخدع بصحة أحكام المريض وبراهينه . . . . . لذلك فما يجب أن يعتمد عليه في إستكشافه :

- 1 - تحديد نمط شخصية المريض والعناصر المرضية فيها .
- 2 - معرفة طبيعية علاقاته مع محيطه ونمط توازنه معه وأسباب حمله على القدوم إلى العيادة الطبية النفسية
- 3 - إستشفاف ما يخفيه المريض من ألم واضطراب نفسي وتحديد نمط الهذيان المفترض .
- 4 - تمييز الواقعي والخيالي فيما يقصّه المريض ومحاولة إستجلاء مقاصد العميقة من وراء خطابه الظاهر .

أما العناصر التي يعتمد عليها الطبيب فهي :- ما يشاهده من مظاهر - ما يسمعه من المريض - ما يحسّ به ويستنتجه (التحويل المعاكس) - ما يقوله محيط المريض .

#### أ مظاهر المريض :

قد يبدو المريض طبيعياً طوال فترة الإستجواب أو القسم الأول منه حين يلزم الصمت أو الإنكار الكامل ثم تفلت عناصر هذيانية في كلامه وقد يبدأ بمحاولة إقناع الطبيب بواقعية هذيانه .

يكون المريض ذو وضعية وسلوك غريب وشبه مسرحي كثير الحركات والتهيج أو يكون بالعكس يكون صموتاً بارداً متصلباً متباعداً ، يتجنب الإتصال يتخذ مجلساً بعيداً عن الطبيب يلقي نظرات الشك والريبة ويضبط حركاته وتعابير وجهه .

يكون ملبسه عادياً أو شاذاً وكثيراً ما يكون لباساً كلاسيكياً صارماً . يحدث أحياناً أن يتحدث إلى نفسه ويقوم بحركات غريبة .



## ب حديث المريض :

قد يتحدث المريض بشكل منسجم ومقنع لكن يُلاحظ أحياناً تلثم وغطية وتكرار وأفكار ثابتة يعود إليها باستمرار ويعطي لقصته شكلاً دراماتيكياً وفجائعياً وإذا حدث بكامل هذيانه فقد يقدم الحدث الذي نشأت منه أفكاره ويكون عادة حدثاً تافهاً لا يحمل دلالة مقنعة لغير المريض . إلا أن ما يقدمه إثر ذلك من براهين وقرائن جمعها خلال أشهر أو سنوات تبدو متماسكة ومنطقية ومقنعة . بحيث إن التشخيص لا ينطلق من بنية الهذيان نفسه بل مما يحيط به من خصائص شخصية المريض ومدى تأثير الهذيان على الناحية الخاصة من حياته وسلوكه المتعلقة بموضوع هذياناته . حيث يمكن للطبيب إستشفاف حرص المريض على الحفاظ على هذيانه واستخدامه كألية دفاعية وتبريرية . حيث يرفض كل حل يمكن أن ينتزع من الهذيان مبررات وجوده (مثلاً يرفض المصاب بهذيان الغيرة الطلاق رغم قناعته بخيانة زوجته ويلجأ إلى كل ما يمكن أن يغذي هذا الهذيان متجنباً ما يمكن أن يدحضه أو يجعله ينهار أمام الواقع إذ يؤدي ذلك إلى فقدان التعويض أمام المريض مما تنجر عنه حالات همودية وسلوكية عدوانية أو إنتحارية) .

## ج موقف الطبيب وارتكاساته :

كثيراً ما يجد الطبيب نفسه ، في المقابلة الأولى للهذيان المزمنة أمام موقف عويص ومعقد على مستوى التشخيص والمسؤولية والعلاقة مع المريض ، فقد يسقط هذا الأخير على الطبيب مشاعر التعقّب ، مما يجعل الطبيب يحس بتباعد المريض ورييته وعدائيته أو أنه يسقط عليه صورة مثالية فيحاول كسبه لجانبه وإقناعه بهذيانه وقد يرتكس الطبيب لا شعورياً متجنباً القلق الناجم عن شحنة التضخم النرجسي للمريض ، بمشاعر التعاطف معه والإقتناع بما يقوله والرغبة بالوقوف إلى جانبه كضحية لظلم عرطه . أو قد يتخذ الطبيب موقفاً دفاعياً محاولاً منذ البدء محادثة المريض حول هذيانه المفترض وإقناعه بخطئه . فالموقف الصحيح هو أن يظلّ الطبيب محايداً وشفافاً أمام الهذيان محاولاً إستكشاف العناصر التي تعزز التشخيص البدئي أو تدحضه .

د أخذ المعلومات من المحيط :

ويتضمن إستقصاء المناخ النفسي الاجتماعي للمريض وتوازنه الأسروي والمهني ودور الهذيان وآثاره في حياة المريض وأسرته ومحيطه وأخيراً السوابق المرضية للمريض وأسرته .

## V الآليات الامراضية النفسية للهديانات المزمنة

تستند النظرية الديناميكية النفسية للتحليل النفسي ، في تفسير الآليات النشوية الامراضية للنفاسات الارتكاسية ومنها الهديانات المزمنة على تطور تعليم وثر الوليد والطفل واضطراب مراحله . فهذه الآليات المرضية ليست إلا تضخماً وتثبيتاً ونكوصاً إلى آليات وأطوار سوية . يعبرها الطفل خلال مراحل نضجة وتكامله النفسيين ولن نفصل في هذه المراحل مما يتطلب مجلداً قائماً بذاته لكن سنشير عبوراً إلى بعض العناصر الأساسية لهذا النمو .

يولد الطفل إثر حياة رحمية مندسجة مع أمه لذلك يستمر إحساسه الغريزي بهذا الإندماج إثر الولادة . لكن عندما تتعاقب فترات الإشباع والحرمان عند غياب الأم وبعدها (رغم طلب الدفاع) وبدء حس الجسد الوليد بنوع من الافتراق تذكر البنية النفسية القائمة للوليد ذلك وتبرز ذلك بمحاولة إشباع ذاتية بمص الإصبع ، مما يعتبر آلية هلسية ونظراً لأن الإشباع لا يحدث ، فإن الطفل الذي لا يزال عاجزاً عن تفريق ذوات أخرى عن ذاته يحسّ أو يعتقد بتجزأ ذاته أو جسده لغياب هذا الجزء الذي يقوم بوظيفة الإشباع مما يخلق حالة أزمة ، تسميها «ميلاني كلاين» : الطور الفصامي - الزوراني ، تواكب الإلباس بين الموضوع الطيب والموضوع السيء إذ تنشأ في ذات الطفل عدوانية وحقد تجاه مسبب الحرمان (الموضوع السيء) إلا أنه لا يستطيع تمييزه عن ذاته وعند تبدأ أسنانه بالبروغ. إثر الشهر السادس يميل إلى إعلان رغبته بالتدمير والإنتقام بعض الثدي (الموضوع الطيب/ السيء) الذي أستبطن ولذلك تعثوره مشاعر الحصر والذنب لأنه يخشى تدمير ذاته والموضوع الطيب وينجم عن ذلك ما يسمى الطور الهمودي .

من ناحية أخرى عندما يشعر الطفل بإنابة كافية وعطف وحب تحيط به ينمو فيه الإحساس بالقيمة الذاتية المتبلورة فيما يسمى النرجسية البدئية وهي عنصر جوهري في تمايز الأنا وتكاملها .

أما العنصر الثالث الهام فهو حل إشكالية الرغبة بامتلاك الأم ومنافسة الأب وأحاسيس الحقد والذنب اللاشعورية تجاهه ، تحل هذه الإشكالية ، في النمو السوي باستبطان الصورة الأبوية واعتبارها نموذجاً مثالياً يستند إليه الطفل كركيزة لنموه النفسي حتى مرحلة المراهقة . كما أن الطفل يحتاج في تكامله النفسي إلى تعاقب عمليات الحرمان والإثابة على أن تكون الإثابة أهمّ كيقاً ركباً من الحرمان وعلى ألا يكون هذا الأخير راضياً وألا يتجاوز حدود ما يكفي لتعزيز تثبيت الذات واستقلاليتها .

- كثيراً ما ينتمي الشخص الهدياني المزمّن إلى أسرة يكون فيها الزوج الأبوي منقلباً ، حيث يكون الوالد ضعيف الشخصية سلبياً ذا علاقة أمومية مع أطفاله بينما تكون الأم مهيمنة تقوم بمهام التربية الأبوية والتوجيه . إلا أن هذه الأسرة تبدو أمام الآخرين بقناع خادع فيبدو الأب (كما تظهره الأم بتشكياتها المتكررة) وكأنه المسيطر المتسلط وكثيراً ما يستثمر الطفل في السياق الزائف . في هذه الصيرورة تتضخم نرجسية الفرد ، كما أن حضور الأب الباكر في حياة الطفل لا يسمح له بترتيب علاقته البدئية بالموضوع (الأم) بشكل سوي إذ أن هذا الحضور يجعل المشاعر العدوانية تحتلّ تجاه الأب مترافقة بحصر شديد ويمنع إستبطان الصورة الأبوية فيما بعد شكل سوي .

يحدث الهديان في سياق إنهار للقيمة الذاتية أو الآليات الدفاعية إثر حدث أو موقف راضين نفسياً ، مما يتناقض مع النرجسية المتضخمة ويجعل المريض عاجزاً عن تحمّل الواقع بما يتضمنه من شحنة عدوانية باطنة متوقدة وحصر موافق . لذلك فإنه ينتقل إلى منظومة هديانية لا واقعية تسمح له عبر الآلية الإسقاطية بنقل صراعاته الباطنة إلى الخارج فيصبح هذا الخارج مرآة عاكسة للهدياني ضرورية الحضور ، فيعزّو منشأ العدوانية إلى شخص من المحيط وينكرها (الأخر هو المعتدي ، المتعقّب . . . .) وبنفس الوقت فإن تضخمه النرجسي منتج للحصر والقلق لذلك

فإنه يحتاج للحد منه ويعبر عن الحاجة إلى وجود قوة خارجية تتجاوزه وتسيطر عليه  
(الرمز الأبوي الذي كان فاشلاً خلال الطفولة)

إذن يتمثل الهذيان في آلية تعويضية دفاعية جديدة يبتناها المريض إثر إهيار  
دفاعاته السابقة أمام رض نفسي مديد أو حاد . ويحمل الهذيان قيمة تكافؤ ضدى إذ  
أنه يتبع غمطاً سادياً - مازشياً تلتقي فيه الرغبة بالفشل والإمتهان والحاجة إلى العظمة  
والقوة المطلقة .

## VI معالجات الهذيان المزمنة

أ معالجة الهذيان الزورية العاطفية :

تمثل هذه الهذيانات إشكالية طبية شرعية من حيث التشخيص إذ أنها قد تمثل  
خطر فعلياً على المحيط ، إن لم يحدث الإعتداء فعلاً . لذلك لا بد من تقييم ضرورة  
إستبقاء المريض بالمستشفى وإستعمال الوسائل والإجراءات الإدارية والقانونية  
لذلك .

- يمكن إستعمال كل المثبطات العصبية مع تفضيل نموذج مهديء (لارغاكسيل  
نوزينان ، سيدا لاند Largach'i, Nozinan, Sedaland) يشرك مع نموذج مشبط  
للتظاهرات النفسانية كالهالدول ، ماجبتيل ، نولبتيل ، ترفلوزين Haldol, Majeph'i,  
Neuleptil, Terfluzine ويجب الإنتباه إلى أن الهذيان قد تعقبه حالة همودية تتطلب  
المعالجة إضافة لذلك تكون للمعالجات النفسية التي تأخذ بالإعتبار خصوصيات  
شخصية المريض ، أهمية قصوى .

أما المقادير الدوائية وكيفياتها فتتلاءم مع حاجيات المريض .

ب الهذيان الزورية لدى الحساسين وهذيان التأويل المنتظمة :

تعالج بإشراك المثبطات العصبية بمقادير متوسطة ومضادات الصمود (توفرانيل  
لاروكسيل ، سومنتيل Surmmh'i, Laroxyl, Tofranil) .

إضافة إلى معالجة نفسية تعمل على إستكشاف الصراعات اللاشعورية .

ج- النفاسات الهلسية المزمنة :

يفضل هنا الهالدول كمثبط عصبي مثالي للأهلاس (10-15 مغ حقناً عضلياً باليوم ، ثم عن طريق الفم) كما يفيد البيورتيل ذو المفعول المديد : 4 Piportill 100 مغ / بالشهر أو Tribifant 100 مغ / شهر حقناً عضلياً .

د- النفاسات المجانبية (بارافرنيا)

تستعمل المثبطات العصبية بمقادير متوسطة ، إلا أن مفعولها يكون محدوداً ولا يحسن إلا بعض الأعراض المزاجية والاضطرابات الثانوية .

الفصل

السابع

مختصر حول الإضطرابات النفسية  
عضوية المنشأ ومشاركة المنشأ

مختصر حول الإضطرابات النفسية الناشئة  
عن آفات واضطرابات عضوية

[ معطيات عامة ]

تتظاهر عدة آفات واضطرابات عضوية أو تترافق بأعراض واضطرابات نفسية متباينة ومتفاوتة حسب نوع الآفة وطورها وتطورها وحسب استعدادات المريض النفسية ونوع شخصيته وعمره وجنسه .

أهم هذه الاعراض والاضطرابات :

- ١ - تظاهرات شبه عصابية تتمثل بالوهن وهبوط المزاج وتبدل الطبع والإستثارة واللامبالاة بالمحيط والهمود واضطرابات النوم والصداع والشكاوي المراقية الألمية ، حالات قلق وحصر .
- ٢ - تناذرات مزاجية مختلفة .
- ٣ - تناذرات تخليطية .
- ٤ - تناذرات هذيانية

أ - أهم الاضطرابات النفسية في الآفات العضوية الحادة :

تفاوت شدة هذه الاضطرابات حسب بنية شخصية المريض ونوع الآفة وقد تكون تظاهر الاضطرابات نفسية سابقة ، فالقلق والعدائية والانطواء تظاهرات كثيرة المشاهدة ، بينما تصادف أقل من ذلك حالات الحصر الشديد والتناذرات المزاجية والأطوار التخليطية والهجمات الهذيانية الحادة التي قد تؤدي إلى رفض المعالجة .

ب - أهم الاضطرابات النفسية في الآفات العضوية المزمنة :

تختلف التظاهرات النفسية في بدايات المرض عما هي عليه في مراحل المتقدمة أو المتأخرة وهي كثيراً ما ترتبط بمعرفة المريض بالتشخيص ووخامته وطبيعة إستجابته لوضع مؤلم يغير نمط حياته وعلاقاته بالمحيط ومن أهم هذه التظاهرات إرتكاسات قلق ثم إرتكاسات همود مع إمتداد المرض قد تقود إلى محاولات الإنتحار . كذلك قد يرفض المريض حقيقة التشخيص ويتمرد على مصيره وقد يصل إلى إنكار المريض ورفض المعالجة .

## II أهم الأمراض والآفات الجسمية المؤدية إلى اضطرابات نفسية

من بينها آفات وأمراض تتظاهر منذ البدء بلوحة سريرية نفسية أو تكون التظاهرات النفسية في المقام الأول من الأعراض وهي بعض الآفات العصبية والأمراض الغدية والإستقلابية والآفات القلبية الدورانية والرئوية الحادة (الاحتشاء) والإعتلالات الدموية والآفات الألمية وأدواء الفراء .

- وهذه الآفات عموماً هي :

- أمراض الجهاز العصبي المركزي : الإلتهابات الدماغية والسحائية ، الرضوض الدماغية ، الأورام الدماغية ، إستسقاء الدماغ وهبوط توتره ، النزوف وأمّهات الدم القحفية ، داء باركنسون ، التصلب اللويحي ، الصرع .

- الآفات الغدية والإستقلابية : داء أديسون ، قصور الدرقي أو فرطه داء

كوشنغ ، قصور نظيرة الدرقي أو فرطها ، الداء السكري ، هبوط سكر الدم . . .

- الإعتلالات الدموية : داء بيرمر ، داء فاكيث . البورفيريا .

- أدواء الفراء : الذئبة الحمامية .

- عوز الفيتامينات : والقصورات الغذائية .

- الآفات الكبدية والكلىوية .

## I التظاهرات والاضطرابات النفسية في الصرع والنوبات الصرعية

يحدث الصرع لعدة أسباب عضوية ووظيفية بنوية أو طارئة يمكن إثبات بعضها عن طريق وسائل الإستكشاف بينما يظل بعضها الآخر متعذر التحديد . فهو يكون نتاجاً لتشوهات ولادية (تشريحية ، وعائية . . .) وحوادث خلال الولادة كنقص الأكسجين الحاد والنزوف والكسور القحفية الخ . . . وقد تطرأ النوبات بفعل نمو أورام دماغية ولمختلف أنواع الرضوض وعقاييلها (كتليف السحايا) . وتوجد عدائل نفسية - عصبية للصرع تطرأ بشكل متقطع واحتدادي منها : اضطرابات المزاج الإشتدادية ، الآليات النفسية الحركية ، التظاهرات النفسية الحواسية الإشتدادية .



التظاهرات والتناذرات النفسية التي تحدثها النوبات الصرعية :  
تتميز هذه الاضطرابات بأنها تبدأ وتنتهي بشكل فجائي وتكون غالباً سريعة  
العبور . كما يطرأ فقدان ذاكرة فجوي يتعلق بهذه الاضطرابات التي تميل إلى النكس  
والتكور على نفس الشاكلة .

من بين هذه التظاهرات :

- حالات غروبية : تسم باندهاش مديد أحيانا دون فقدان توجهه يظل فيه  
النشاط منتظما عموما وقد تتخللها أهلاس وهذيانات مع سلوكيات عنيفة .

- حالات حلمية : تتخللها مشاعر غرابة وضياح شخصية وتكرر الأحداث  
وعودة الماضي والذكريات وأحيانا أهلاس بصرية أو سمعية .

- الآليات النفسية الحركية وتسمى أيضا بالتشرد الصرعي الذي يجب تمييزه عن  
أشكال التشرد الأخرى (الهستريائية السيكوباتية . . . ) وهو سلوك آلي يشابه الحالة  
الغروبية دون هذيانات أو أهلاس بل ينطلق المريض في تنقلات ورحلات بعيدة  
وغير عادية ودون وعي وإثر عودة المريض إلى حالته الطبيعية يحدث لديه وهل فجوي  
ولا يدرك ما حدث له .

- تناذرات تخليطية وتخليطية حلمية .

التبدلات السلوكية والنفسية المديدة في الداء الصرعي :

تحدث لدى المريض الصرعي عدّة تبدلات بامتداد الداء منها :

- بطء التفكير ولزوجته وركودته حول التفاصيل والتكرار والتشبث بنفس  
الموضوع وتراجع الملكات الذهنية عموما بنسب متفاوتة .

- تحدث أيضا اضطرابات بالطبع والعاطفة والانفعال منها القلق والإلتصاق  
والإرتباط العاطفيين والسلوكيات المتصلبة وسلوكيات عدائية وعدوانية وأطوار  
همودية إرتكاسية ، كما تشاهد أندر من ذلك اضطرابات شديدة بالشخصية تتمثل  
بالإنفجارات الإنفعالية واضطراب المزاج والعدائية والتشكي الدائم كذلك يحدث  
لجم إجتماعي . ويشاهد أحيانا لدى الصرعيين تطوّر هذيانني هلسي مزمن ذات  
مواضيع روحانية أو تعقّبية أو مراقية غريبة غير نموذجية وتشاهد أيضا حالات تطوّر  
عتهي تدريجي .

## 2 - بعض التظاهرات النفسية للأورام الدماغية :

- في الأورام الجبهية تكون الأعراض قليلة أو صامتة . وهي تتسم نفسياً بحالة من تساوي المزاج واللامبالاة أو مرح وبشاشة «غيبية» (كذلك التي تشاهد لدى ناقصي العقول) مع اللامبالاة .

- الأورام الصدغية : قد تحدث نوبات صرعية تترافق بأهلاس سمعية ونوبات إحتدادية من الشعور بالإختناق تشابه نوبه الحصر وآلام بطنية وتشنجات عضلية معممة .

- أما الأورام القفوية فقد تتسبب في نوبات صرعية مع أهلاس بصرية .

## 3 - الاضطرابات النفسية العصبية في الرضوض الدماغية :

قد تحدث إثر الرض مباشرة حالة تخليطية واضطرابات وظيفية نفسية عصبية كالحالة الحلمية والهذيان والحالات الغروبية واضطرابات الذاكرة وتبدلات المزاج (هوسية أو همودية) . . .

أما الإختلاطات والعقائل الوظيفية النفسية - العصبية البعيدة فتتظاهر بما يسمى التناذر الرضي الدماغى الذاتى حيث غالباً مالا تكشف الفحوص والإستكشافات المتنوعة عن آفة عضوية . ويتضمن هذا التناذر :

- صراع وأحاسيس دوار أو نوبات غثيان وإقياء ، وقمه .

- اضطرابات حواسية سمعية أو بصرية .

- وهن عام

- اضطرابات النوم

- اضطرابات الذاكرة والتركيز .

- تبدلات بالطبع ، كالعاطفية والإنفعال والإستثارة

## 4 - الاضطرابات النفسية لورم دموي متأخر تحت الجافية

تكون العلامات في المرحلة البدئية متمثلة بالصراع المعثدونوبات الدوار والإستثارة واضطرابات المزاج لدى فرد تعرض لرض قحفي منذ فترة مديدة .

أما في مرحلة أكثر تأخرا ، فتشاهد حالة تخليط يعقبها تغييم وعي نومي وتترافق اضطرابات الوعي هذه أحيانا بنوبات تشنجية وأعراض عصبية .

وهذا وتشاهد حالات تعقب مختلف أنواع الرضوض قد تشكل تعقيدا للعقائل الأصلية تتسم بظهور أفكار هذيانية من نوع الإساءة والمطالبة والتأويل المتمركز حول الإصابة الرضية .

### III التظاهرات والاضطرابات النفسية في التناذرات الألمية

يرتبط تعامل الفرد مع الألم وإرتكاسه تجاهه بعدة عوامل ، منها بنيتة النفسية وعبطه وانماؤه الثقافي الاجتماعي إضافة لما يفترضه بعض الباحثين من وجود عوامل وراثية تحدد درجة تحمل الألم .

لذلك فإن الارتكاسات تجاه الألم تتباين من فرد لآخر ، من حساسية مفرطة إلى درجة عالية من التحمل . ولا شك أن نوع الألم ذاته يلعب الدور الهام في تحديد نوعية الاستجابة وتطورها وتبدلاتها ، فتكون الارتكاسات مختلفة من ألم خفيف إلى ألم شديد ومن ألم حاد إلى ألم مديد . وتنوع هذه الاستجابات بين حالات القلق والحصر واضطرابات المزاج من غضب وإنفعال وإستثارة وحالات نكوص إلى سلوك طفلي يتسم بالارتباط العاطفي وطلب الحب والتطمين وتشاهد نزعات همودية كما تشكل سلوكية هستريائية حادة أحيانا إرتكاسا للألم . ويلاحظ أن شدة الألم تخف في بعض الحالات بتأثير الإيحاء النفسي . . .

كما أن الألم يكون أحيانا تظاهرا أو عديلا لاضطراب نفسي مثل التناذرات الألمية العصبية النفسية (الصداع ، الألام القطنية ، الألام الصدرية أو البطنية . . .) التي تتظاهر في الوهن العصبي والوهن النفسي . وتكون أحيانا عديلا للتناذر الهمودي . ويأخذ الألم أحيانا أخرى قيمة تكافؤ ضدي في اضطرابات مرضية نفسية شديدة كحالات التشويه الذاتي دون إعتبار للألم كما في الهمود الشديد المترافق بهذيانات الذنب والنفسي (بهدف إنتحاري) وفي الفصام وبعض الحالات السيكوباتية ، كذلك يصبح الألم في الإنحراف المازوشي مصدرا للمتعة .

## ١٧ التظاهرات والاضطرابات النفسية عند المداخلات الجراحية

. تحصل الهوية الجسدية أهمية كبرى في التشكل والبنيان النفسي للفرد وتعكس صراعاته واضطراباته النفسية ، لذلك فإن المداخلة الجراحية تشكل إثارة لغريزة البقاء لدى الفرد بما تمثله من خطر على حياته يقيمه تبعاً لبنيته النفسية كما تشكل مساً لهويته الجسدية ، لذلك فهي كثيراً ، ما تثير في مختلف مراحلها إرتكاسات نفسية متفاوتة . فقبل المداخلة قد تحدث إرتكاسات حصر وفزع كما تحدث حالات همودية . أما بعد المداخلة مهما كان نوعها فتصادف حالات تخليطية أو هذيانية حادة . . . ومن التظاهرات النوعية لبعض المداخلات :

- إثر المداخلات الجراحية العينية تصادف حالات هذيانية وتناذرات هلسية .  
- إثر بتر أحد الأعضاء : تناذر العضو الوهمي (أوهام وأهلاس حسية تتعلق بالعضو المفقود) .

- بعد إستئصال الرحم : تناذرات همودية .  
- بعد المداخلات الجراحية الكلوية : تناذرات هذيانية وهمودية الخ . . .

### الاضطرابات النفسية المؤدية إلى طلب المداخلة الجراحية :

يجب على الطبيب الجراح معرفة أهم هذه الحالات لكثرة مصادفتها تجنباً لمداخلات عبثية لا تزيد الحالة غالباً إلا وخاومة ، ومن هذه الحالات :

- الشخصيات الهستيرية التي يتعدّد لديها طلب المعالجات والمداخلات الجراحية .

- التناذرات المراقية (الشكاوي المرضية الوهمية المتعددة) .  
- رهابات تشوّه الجسد (لدى الفصامين) وهذيانات تبدل الجسد .  
- تناذر تقليد المرض وهوس الجراحة (تناذر منشوسن) وهي حالات هلر فاعل يقوم فيها المريض بتشويه مصطنع لجسده تكون البنية المرضية النفسية متنوعة يثبت

فيها نقص النضج العاطفي والمازوشية وتشاهد سمات هستريائية وإنحرافية وأحيانا سيكوباتية أو هليديانية .

- إضطراب الهوية الجنسية الهليدياني .

وتمثل نسبة من هؤلاء بعض الذين يلاحقون الجراحين إثر المداخلات بفعل أفكار زوربية .

## 11 التظاهرات والإضطرابات النفسية الطارئة خلال الحمل والنفاس

يشكل الحمل والولادة تجربة عميقة وحيوية لدى المرأة لها أبعادها النفسية و العضوية والاجتماعية والثقافية . لذلك فإن هذه التجربة تخضع لخصوصيات هذه الأبعاد ، بحيث يجب النظر إلى الأزمة النفسية المرافقة للحمل والإضطرابات المرضية الناشئة عنه من خلال خصوصية كل امرأة ومحيطها على مستوى بنيتها النفسية وحياتها العاطفية ووسطها الأسروي والثقافي - الاجتماعي والاقتصادي ومدى رغبتها بالحمل وخصوصياته ( حمل أول أو تالي ، ما يرافقه من عوامل وأضطرابات عضوية ... ) ويلعب النضج العاطفي والجنسي دورا هاما ،

### أ - أهم الإضطرابات خلال الحمل :

1- أعراض عصبية وأضطرابات خفيفة بالطبع تتمثل بحالة حصر ذات تظاهر جسمي كالدوار والخفقان والكوابيس والرغبات الشاذة . وتدخل الخصائص الثقافية في مواصفات بعض الأعراض . كما تكثر الأفكار والوساوس القلقة كالخوف من الموت خلال الولادة ( وقد تتحول إلى رهابات ) والخوف من شذوذ الوليد أو من الأمومة .

2 - تظاهرات هستريائية : كثيرة المشاهدة تتمثل في شكاوى جسمية وسلوكيات نكوصية طفلية نرجسية تتمثل بالمطالبات العاطفية وسرعة الإنفعال الخ ... وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هستريائية .

2 - تظاهرات هستريائية : كثيرة المشاهدة تتمثل في شكاوي جسمية وسلوكيات نكوصية طفلية نرجسية تتمثل بالمطالبات العاطفية وسرعة الانفعال الخ . . وأحيانا حالات إنكار للحمل أو نوبات هستريائية .

3 - تظاهرات نفسية جسمية : ( نوبات إقياء ، غثيان ، شره ، فرط ألعاب وقد تتطور هذه الإضطرابات إلى إقياء معند ترافقه أعراض عصبية يتطلب المعالجة السريعة وقد يتحول إلى إرجاج نفاسي .

4 - إضطرابات نفاسية تحدث غالبا إثر الولادة ومنها النفاس النفاسي والهمود الإكتيبي ( خصوصا خلال الحمل ) ، تناذر اليوم الثالث ، إثر الولادة متمثلا في همود خفيف ونوبات بكاء وشعور بالذنب وعدوانية ويكون أحيانا شديدا ويتطور إلى نفاس نفاسي . وفي حالات الاستعداد النفاسي ، قد تمتد الإضطرابات خلال الحمل أو بعد الولادة وقد تصل إلى هذيانات تدفع الأم إلى قتل وليدها .

ب - التظاهرات والإضطرابات النفسية ( الخفيفة ) حسب مراحل الحمل :

1 - الثلث الأول : إضطرابات إنفعالية وعاطفية ( تكافوء ضدي ، طلبات عاطفية ) ، تبدلات الطبع ، تبدلات الدوق والعادات الغذائية ، إقياء . . . .  
2 - الثلث الثاني : تخف هنا حدة الإضطرابات السابقة عادة .  
3 - الثلث الثالث : التمرکز على الذات ، الإهتمام بالصورة الجسدية ، ظهور حالات القلق المتعلقة بالمخاض والولادة .

ومن المعروف أن بعض الإضطرابات النفسية تستوجب إجراء الإجهاض الطبي منها :

- الحالات الهذيانية المزمنة واضطرابات المزاج النفاسية .  
- الإدمانات الإنسامية .  
- المعالجة بالليثيوم خلال الأسابيع الأولى من الحمل .  
ومن الجدير الإشارة إلى أن إضطرابات نفسية كالحمل العصبي ( الوهمي )

ورهاب الحمل تظهر على قاعدة عصابية ( كالهستريا ) أو إجتماعية وتتعلق بالرغبة في الحمل أو الخوف منه .

الفصل

الثامن

## التخليط الذهني

التخليط الذهني تناذر غير نوعي لا تقتصر مشاهدته على الأمراض النفسية والعقلية بل غالبا ما يكون دلالة على إصابة دماغية او مرضية عامة عضوية شديدة تتطلب معالجة إسعافية سريعة .

يشاهد التخليط الذهني خصوصا في الاضطرابات الاستقلابية والحالات الإنسامية والافات الدماغية - السحائية ويكثر نسبيا لدى المسنين .

وهو حالة حادة وعكوسة لا يتعلّق انذارها بالأعراض النفسية ، بل بالعوامل السببية . وتتميز بأضطراب الوعي والنشاط النفسي - الذهني والتوجّه الزمني المكاني وتدني اليقظة والإستقبال الحسي وأضطرابات الذاكرة ، وكما يشاهد غالبا هذيان حلّمي .



## الأعراض المنذرة ببدء التخليط الذهني

يبدأ التخليط الذهني غالبا ، وخلال أيام ، بأرق وصداع وقمه ( فقدان للشهية ) واضطرابات للمزاج والطبع . وتبدل فكري وشعور بالغرابة وذهول قلق واضطرابات سلوكية وهياج .

تتسم هذه الاضطرابات البدئية ، غالبا بتبدلها وتفاوتها من حين لآخر بينما يحدث أن يكون البدء مفاجئا وشديدا بظهور حالة حلمية مفزعة وبضياح عميق .

### 1 - الأعراض والعلامات السلوكية والنفسية

يبدو المريض في حالة حيرة قلقة ذو سماء مذولة لا يركز انتباهه على ما يحيط به ، غائبا عن واقعه بطي الحركة والكلام وقد يلتزم الصمت أو يغمغم عبارات غير مفهومة ، حركاته غير هادفة ورعناء ، يكون أحيانا خاملا لا يستجيب للمشيرات محافظا على وضعيات جمودية بينما يحتاج أحيانا أخرى تبعا لأهلاسه وهذياناته الحلمية .

#### أ - التخليط :

تتفاوت درجة التخليط في شدتها من تلبد الذهن والذهول حتى الخبل والسبات ويضطرب كامل النشاط النفسي والذهني والحسي - الحركي فيتغيم العالم الخارجي بالنسبة للمريض الذي يصبح عاجزا عن التعرف على محيطه وللتوجه فيه والتعرف على أقربائه والقيام بالأعمال العادية .

#### أ - اضطراب الوعي

تتفاوت درجته خلال اليوم ويزداد عادة مساء وفي العتمة . ويمر المريض أحيانا بفترات حفاء تكتنفها الحيرة حيث يسأل عما يحدث له وعن المكان الذي يوجد فيه . وهذه علامة مميزة للتناذر التخليطي .

## ب - اللاتوجه الزمني - المكاني

من أكثر الأعراض تميزا للتخليط ، فيخطيء المريض زمنيا في تحديد التاريخ و الموسم وعدة مرضه كما لا يتمكن من تحديد مكان وجوده ولا الإهتمام إلى غرفته

## ج - اضطراب الذاكرة

لا يثبت المريض المعلومات والأحداث خلال مرضه ( فقدان الحافظة ) لذلك يحدث إثر الشفاء وهل فجوي يعطي فترة التخليط . ويعجز المريض عن تقديم معلومات حول ما حدث خلال ذلك . كما تكثر مشاهدة التعرف الخاطيء فتلتبس هوية الأشخاص أمام المريض .

## 2 الحالة الحلمية - الأهلـاس والهذيانـات المرافقة

هي حالة مرضية يعيش فيه المريض حلمه كواقع يلتصق به ويمارسه وهي تشتمل أهلاسا بصرية أساسا ترافقها أهلاسا سمعية ولمسية وأوهام حسية عديدة . يبني المريض إنطلاقا من هذه التظاهرات مشهدا يعيشه ويشارك فيه . تشاهد أهلاسا سمعية كأصوات مهددة وضجيج وأهلاسا حسية كحس الحرق والبرود ولمسية كالإحساس بأجسام تزحف على الجلد ، إلا أن الأهلـاس البصرية هي المسيطرة مشاركة في الهذيانـات التي تتميز بما يلي :

- ١ - تتضمن مشاهد سريعة الحركة مرتبطة بأحداث قديمة أو حديثة .
- ٢ - يتمحور الهذيان حول مواضيع محددة وثابتة ترتبط بالمهنة ، او العنف او الحيوانات الخ .

٣ - يحمل هذا النشاط الهذيانـي الهلسي شحنة إنفعالية قوية .

٤ - يلتصق المريض بهذيانه ويشارك فيه ( الهذيان الفاعل ) بحيث قد يقوم بأعمال هجوم وعنف أو هروب . معرضا نفسه أحيانا للموت دون قصد إنتحاري .

٥ - يفقد المريض فيما بعد ذاكرة هذا الهذيان إلا أن آثار الشحنة الإنفعالية تظل قائمة لفترة .

تكون الحالة الحلمية متقطعة أحيانا وتشتد عند المساء .

## 2 الأعراض والعلامات الجسمية والحوية

تشاهد عدة أعراض وعلامات كالأرق والصداع وارتفاع الحرارة إلا أن أهمها هو التجفف الذي يعود إليه قسم من مسببات التخليط الذهني ، ويجب اجراء تحريات كاملة وفحوص عصبية . بحثا عن علامات سحائية أو إختلاجات وتحري المقوية العضلية والمنعكسات والحدقة وحركات العينين وقعر العين والحالة الإنباتية ( التنفس ، جهاز الدوران ) ، وظائف الكبد .

- التجفف :

قد يكون سببا للتخليط أو ينجم عن إهتياج المريض ، وهو يتظاهر بعلامات مثل جفاف الجلد وتجمده ( علامة القرص ) وغوور العينين وجفاف اللسان واللثة . يعكس ارتفاع الحرارة أيضا التجفف فتصل إلى ٣٨ درجة وفي الحالات الوخيمة ترتفع إلى ٣٩ - ٤٠

كما ترتفع البولة لارتفاع الهدم الحيوي ويزداد تركيزها في الدم . ونظرا لتعدد السببية في التخليط الذهني وضرورة معالجتها ، يجب القيام بعدة فحوص مخبرية ، مثل : مخطط الشوارد ، السكر الدموي ، الأوريميا ، وعند الحاجة : تحري التسعم ، غازات الدم ، البذل القطني ، تخطيط الدماغ الكهربائي .

---

### التطور التخليط الذهني

---

يعتبر إنذار التخليط الذهني جيدا عموما عندما يتلقى المعالجة المناسبة ، أما عندما يحدث الخطأ ، فإن المريض يتعرض للوفاة بسبب الوهط الدوراني . لذلك فإن الشفاء يشكّل عادة التطور المألوف للتخليط سواء بشكل سريع أم تدريجيا .

### العقابيل

تسمح العقابيل بالقيام بتشخيص راجع

أ - الوهل الفجوي : الفجوة التخيلية حيث ينسى المريض كل ما حدث خلال مرضه .

ب - الأفكار الثابتة ما بعد الحالة الحلمية :

حيث يندثر الهذيان المرضي إلا أن أحد عناصره يظل حاضراً في ذهن المريض لفترة تتراوح عادة بين ٣ - ٤ أسابيع ثم يختفي إلا إذا حدث إنتكاس تخليطي .

ج - العقابيل الانفعالية حيث تظل شحنة انفعالية مرافقة للمريض لمدة معينة .

د - نادراً جداً ما يشاهد إنتقال إلى الإزمان .

## الأشكال السريرية للتخليط الذهني

### ١ الأشكال حسب الأعراض:

١- الشكل التخليطي - الحلمى المشترك وهو الشكل الكلاسيكي  
٢- الشكل التخليطي البحت حيث لا تتظاهر أعراض الحالة الحلمية لدى المريض

٣- الخبل التخليطي (الشكل الخيلي)

ترتفع عتبة الإستثارة والإرتكاس لدى المريض، فلا يلتقط إلا قدرأ ضئيلاً من المعلومات والإشارات ويصبح إدراكه للعالم الخارجى غائماً عاجزاً عن ربط الإتصال به ، ويتباطأ نشاطه النفسى والذهنى فيضعف نشاطه الحركى بشدة ويفقد وسائل التعبير، وتوجد هنا صعوبة في التشخيص .

يمر الخبل بثلاث درجات

أ - الدهول: يرى المريض ما يحيط به ويتجاوب معه إلا أنه يبدو تائهاً، ينقطع سياق تفكيره ويخطىء في إجاباته، ينظر حوله بشكل مدهوش. وينسى أحياناً هدف أعماله أو حركاته وقد يكون أحياناً في حالة استشارة وهياج خفيفين

يمكن أن تشير هذه الحالة إلى سياق إنسمامي يصبح أشد خطراً في تطوره إن لم يتم تلافيه في الوقت المناسب.

ب - الحالة النومية (ما تحت السبات)

تعقب الذهول أو تحدث بشكل مفاجيء يكون المريض متهاوياً يصعب الاتصال به، لا يرتكس لما يحيط به، وقد يبدي حركات عفوية إلا أن المنعكسات الرئيسية تظل قائمة.

ج - السبات

يفقد المريض الوعي ولا يرتكس للعالم الخارجي. تغيب منعكساته وتطراً تبدلات على نشاطه الإنبائي (التنفس، الدوران، المقوية الوعائية والمفرزات) حسب العوامل المسببة (رضية، خلطية، إنسمامية، إنتانية الخ. .).

د الشكل الحلمى:

تتظاهر الحالة الحلمية هنا مساءً وخلال الليل بينما يكون النهار أكثر هدوءاً ويتطور التخليط بشكل غير منتظم. تسيطر هنا الأهلأس المشبهة، حيث يبدو المريض وكأنه يعيش في عالم خيالي مخالف للواقع. ويضطرب لديه الإدراك الزمنى والتوجه المكاني فتمر به أحداث وهمية متعاقبة وسريعة خلال فترة قصيرة من الزمن وهو يعيش هذه الأحداث ويشارك فيها. ويغلب أن يتذكر المرضى هذه المحتويات الحلمية إثر شفائهم.

تشاهد الحالة الحلمية لدى الأفراد المسنين الذين يعانون من آفات دماغية (كالآفات الوعائية). وفي التهابات الدماغ والإنسمامات كما تشاهد لدى الفصاميين في حالات الجمود الحلمى. وأيضاً إثر المداخلات الجراحية الكبرى لدى المسنين.

## ٢ الأشكال حسب التطور

١ الهديان الحاد:

يتميز الهديان التخليطى بأهلأس شديدة بصرية خصوصاً. يفقد المريض التوجه الزمانى والمكانى، ويندمج في هذيانات عديدة الأشكال. فتظهر عليه سياء

الفرع والخوف والغضب ، فيهجم أو يهرب أو يختبئ . ويكون مضطرب الحركة لا يهتدي في محيطه ، فيصطدم بالأثاث والأشخاص . وقد يقفز من النافذة أو السلم من طوابق عليا ، دون أن يدرك خطر ذلك وقد يقوم بأعمال عدوانية . ولا يذكر المريض عند شفائه المحتويات الهديانة التي عاشها .

من الأشكال الرئيسية للهديان التخليطي :

أ - الهديان المهني : حيث يخطيء المريض في تحديد محيطه الزمني والمكاني ، فيعتقد أنه بصدده مزاولة مهنته ويقوم على أساس ذلك بالسلوك والحركات المهنية المعهودة لديه . . .

ب - الهديان الهاديء : يحرك المريض شفتيه ويتمتم كلمات سريعة غير مفهومة ولا يغادر سريرة بل يقتصر هياجه على حركات عشوائية سريعة غير هادفة والعبث بالفراش والأغطية والثياب وحركات عشوائية للأصابع . تشاهد هذه الحالة خصوصاً في فقر الدم الشديد والإنسليم السرطاني . . .

يمثل الهديان الحاد حالة تخليطية ونخيمة ترافق بحالة حلمية شديدة لاتدوم أعراض البدء هنا (كتبدلات المزاج والأرق والصداع والقلق) إلا ساعات قليلة وسريعاً ما يحل الهياج الحلمي واضطراب التوجه وترتفع الحرارة وتظهر الأعراض العامة للتجفّف الذي يكون شديداً وخصوصاً منها الارتعاش الذي يدلّ على وخامة الحالة . ويكون ارتعاشاً دقيقاً معتماً يشاهد على الفم والشفتين والصدر والأطراف ويزداد شدة بلمس المريض يصادف خصوصاً لدى الكحوليين ويسمى الارتعاش الهديان الذي لا علاقة له بالرجفان المعهود لدى المدمنين الكحوليين ، ويسمى خطأ بالهديان الحاد الإوريمائي ، إلا أن إرتفاع الإوريميا في هذه الحالة هو نتيجة للحالة التخليطية الحادة وليس سبباً لها . فالارتعاش الهديان علامة على تجفّف شديد ويشاهد لدى الكحوليين الذين يتناولون عدة ألتار يومياً من المشروبات الكحولية .

٢ - الشكل الدوري :

هو شكل نادر يشاهد لدى المريض مرتين أو ثلاثاً خلال حياته ، دون أي

سبب ظاهر. ويكون التخليط الذهني من النمط الخفيف وغالباً ما تكون لدى المريض سوابق هوسية همودية يغلب عليها القطب الهمودي. ويفسر بعض المحللين النفسيين هذه الظاهرة بأنها حالة تفكك بالأشعور...

### ٣ - أشكال خاصة من التخليط الذهني

#### ١- الحالات الغروبية:

تبدأ بشكل مفاجيء، تتظاهر بأضطراب كامل للوعي وأهلاس وهذيانات عنيفة تدفع المريض إلى الإعتداءات والقتل ويكون الإتصال بالعالم الخارجي والتوجه فيه مفقوداً تماماً. تدوم هذه الحالة لدقائق أو ساعات ثم تزول فجائياً مثلما بدأت ويعقبها نوم مرضي ينسى المريض إثره كل ما حدث.

يصادف هذا الإضطراب في الآفات الدماغية العضوية (أورام، تلف نسجي...) وفي الثمل المرضي والصرع (حيث يعتبر أحد عدائله)

يعتبر التنقل اللا إرادي (حيث يسافر المريض دون سابق إنذار أو وعي وينسى فيما بعد تفاصيل تنقلاته) والتشرد الغروي الذي يحدث لدى الصرعين وفي الآفات التشريحية الدماغية والسرمنة (التنقل أثناء النوم) أشكالاً خاصة من الحالة الغروبية.

#### ٢- التفكك الذهني:

يشاهد أحياناً في الفصام وفي حالات الإنسحاب الوخيمة، حيث يفقد الترابط بين مختلف الأنشطة والملكات الذهنية والنفسية فيتفكك إدراك العالم الخارجي، ويتجزأ ويتشوه ويضطرب التفكير والتعبير ولا يتوافقان. بينما تتبدل الإنفعالات بسرعة ولا تتوافق مع الموقف ويحدث هياج حركي عشوائي ومحدود. أما الأهلاس والهذيانات فهي أيضاً مفككة المحتوى ومتقطعة.

تدوم هذه الحالة من عدة أيام إلى عدة أسابيع. ويعقبها فقدان ذاكرة فجوي، إلا أن المريض يحتفظ أحياناً ببعض الإنطباعات عن حالته.

#### ٤- التشخيص التفريقي للتخليط الذهني :

يلاحظ أن المرضى الذين لا يقدمون سببية عضوية مباشرة للتخليط الذهني ، تميل أهلاسهم إلى التشارك بمرکبة سمعية أكثر منها بصرية ويكون اهتداؤهم أقل اضطراباً والوظائف العقلية سليمة لديهم كما أن تخليط الدماغ الكهربائي يكون سوياً. أما الشفاء فيكون عادة تدريجياً.

ويجب، أمام حالة، لا تظهر فيها بداهة السببية العضوية، التفكير بإحدى الحالات التالية:

- أ- بحالة همودية داخلية المنشأ، عند تنصّر الأعراض حالة من الهياج القلق أو الخبل، خصوصاً لدى شخص متقدم بالسن.
- ب - بفصام جمودي أو بالخرس اللاأحركي العصبي أمام حالة خيلية.
- ج - بهجمة هذيانية، عند تغلب الحالة الحلمية الهلسية.
- ج - بحالة عتية أيا كان نمط الحالة التخليطية عندما يكون المريض مسناً.

#### ٥ - سببات التناذرات التخليطية:

الأسباب العامة

وهي الأكثر شيوعاً،

١- الإنتانات:

حيث توجد أمراض إنتانية يشكل التخليط عرضها القاعدي كالتيفوس والحمى التيفية.

كذلك في كل الأمراض الذي تحدث ارتفاعاً في الحرارة يتجاوز ٣٩ درجة حيث يوجد لدى كل فرد عتبة تحمّل للحرارة خاصة به يحدث إثرها التخليط.

من الأمراض الإنتانية التي يشاهد فيها التخليط:

- الإنتانات الفيروسية (النكاف، الأمراض الإندفاعية...)
- الآفات الحموية: أنتانات الدم (تجرثم الدم). إلتهابات الشغاف...
- إنتانات طفيلية كداء النوم، والملاريا...



٢- الأسباب الإنسامية:

- الإدمان الكحولي المزمن (بآلية غير مباشرة: التجفّف)
- التسمّم بالمخدرات (الحشيش، المهلّسات، الأفيون، الهيروين، الكوكائين، الأثير الكلورال...)

- الإنسمامات الغذائية: الإنسمام بالفطر.

- الإنسمامات المهنية الطارئة: الرصاص، الزئبق أو أكسيد الكربون، كلورور بروم الميتيل، المبيدات الحشرية، الأمونيت...
- الإنسمامات الدوائية:

تحدث مضادات داء باركنسون خصوصاً أرتان Artane، الأتروبين حالة تخلّطية عندما تكون مترافقة بأدوية نفسية أخرى (مثبطات عصبية مهدئة (نوزينان Nozinan) + منومات (تيرالين Theralene) يلاحظ بعض المؤلفين أن هذه الحالة تحدث لدى شخصيات هستريائية ويجب إيقاف كلّ الأدوية للحصول على الشفاء إضافة للإسعافات اللازمة.

- مضادات الهمود (إمبيبرامين Imipramine) خصوصاً لدى المسنين
- الصادات الحيوية: كوليميسين، بكتريم Bactrim، نيغرام: Negram.
- البزموت، الكورتيكوستيذ، مضادات السلّ، الساليسيلات، خافضات السكر الدموي، أملاح الذهب، مضادات الملاريا مضادات المتحولات الزحارية...

٣- الآفات الجسمية:

أ - اليرقان الوخيم

ب - السبات الكبدي الوخيم: الإعتلال الدماغى الكبدي في التسمّم حيث يشاهد إرتجاج باليدين (علامة تصفيق اليدين)

ج - القصور الكلوي المزمن، أوريميا المسن في تضخّم البروستات

د - القصورات التنفسية المزمنة:

انتفاخ الرئة حيث يتميّز التخليط بحالة حلمية ويلاحظ ازرقاق بالنهايات. تكون الحالة مديدة ولا يجب أن تلبس بحالة هذيان مزمن حيث يرتبط الهذيان بموقف واقعي.

هـ - الآفات العذية والاستقلابية  
- القصور الكضري الحاد  
- قصور النخامى الحاد (تناذر شيهان ما بعد الوضع ، ويكون التخليط عابراً  
في أغلب الحالات .

- داء كوشنغ (فرط الكورتيزون)  
- قصور وفرط الدرق .  
- فرط الكلس الدموي .  
- هبوط السكر الدموي .  
- فرط نظائر الدرق .  
- إعتلالات الدماغ بعوز الفيتامين .  
- البورميريا الحادة المتقطعة .

٤ - التخليط لأسباب عصبية مركزية .

أ - التهابات السحايا .

ب - التهابات الدماغ حيث يكون التخليط عرضاً هامشياً .

ج - إعتلالات الدماغ العوزية (فيتامين ب ١) .

د - الرضوض الدماغية المترافقة بفقدان الوعي ، حيث يحدث سبات ثم  
تخليط وذهول ثم صحو تام . ويحدث فقد ذاكرة فجوي يعود إلى ما قبل الحادث  
يتراوح بين عدة دقائق وعدة أيام .

هـ - الأورام الدماغية .

و - النزوف السحائية .

ز - الصرع ويعقب التخليط النوبة الصرعية أو يسبقها .

ن - نقص الأكسجين والتروية الدماغية لوهط قلبي أو فقر دم شديد .

٥ - التخليط المرافق لإضطرابات نفسية وإنفعالية .

- التخليط الإنفعالي يحدث إثر صدمة أو رض إنفعالي شديد حيث تسمح

إضطراب الوعي بالهروب من موقف يفوق التحمل (مثل ظروف الحرب لدى  
الجنود) ويُشاهد غالباً طور كمون إثر الرض النفسي تعقبه هجمة تخليطية حلمية .

كما تحدث حالات تخليطية خفيفة لدى الإنفعلين بمواجهة حصر نفسي شديد.

- النفاسات:

- أ - حالات العته: وتحدث فيها هجمات تخليطية
- ب - الفصام: يحدث تفكك الشخصية عادة دون اضطراب الوعي لذا، نادراً ما يأخذ البدء الفصامي شكلاً تخليطياً.
- ج - النفاس الهوسي الهمودي: لا يشاهد التخليط، عموماً، في الحالات الهمودية، أما في الأطوار الهوسية فغالباً ما يحدث التخليط الذهني في نوبة هوسية مترافقة بتناول الكحول.
- د - تكثر الحالات التخليطية لدى المتخلفين عقلياً وهي تشفى بسهولة.

المنشأ المرضي:

نادراً ما يمكن تحديد الآليات التي تؤدي إلى التخليط الذهني وكان يعزى سابقاً إلى الأوريميا إلا أنه ثبت أن ارتفاع البولة الدموية هو نتيجة وليس سبباً للتخليط.

ولاحظ الباحثون تقارباً بين خصائص الحلم العادي والتخليط حيث يلتقيان في عدة سمات ومن بينها نسيان محتوى الحلم، الذي يتم بشكل تدريجي.

٦- معالجة التخليط الذهني:

يعتبر التخليط الذهني حالة إسعافية تستوجب العلاج الإستشفائي ويتم الاسعاف حسب الخطوات التالية:

١- مكافحة التجفّف بتقديم السوائل بشكل كثيف عن طريق الفم إن أمكن وإلا عن الطريق الوريدي. كما يصحح الاضطراب الشواردي حسب مخطط الشوارد.

٢- تهدئة الهياج والحالة الحلمية بحقن مثبطات عصبية ويفضل في هذه الحالة الهالدول Haldol على غيره وإلا تُقدّم مهدئات كالمبيروبات Meprobamate بمقادير كافية حيث تكون فعالة وجيدة التحمّل. ويفضل تقديم مضاد للقلق Tranxene ترانكسين ثم مثبط عصبي.

ويتم أحياناً اللجوء إلى الصدمة الكهربائية في معالجة حالات تخطيطية تتطور نحو هذيان حاد.

٣- لا يجب ضبط المريض أو تقييده ويجب توفير العناية العامة له ومراقبته باستمرار والحفاظ على إنارة دائمة لتجنب اشتداد الحالة الحلمية.

٤- يجب خلال الإجراءات الإسعافية السابقة تحري السبب ومعالجته.

الفصل

التاسع

## التناذرات العتھية العضوية

يتمثل العتھ العضوي في تراجع ذهني شامل غير عكوس ، يعود لآفات عضوية ، مترقي التطور يصيب كل أبعاد النشاط النفسي كالذاكرة والمحكمة والإنفعال . . . . . وتشاهد في كل الحالات العتھية اصابات نسجية دماغية ثنائية الجانب .

يجب الشك بحالة عتھية لدى شخص تجاوز الخمسين من العمر عند مصادفة إحدى التظاهرات التالية :

- فقدان التوجّه الزماني - المكاني واضطرابات بالذاكرة .
- اضطرابات سلوكية .
- تبدلات أو تقلّبات ، بالطبع والمزاج والانفعال .
- نوبات شبه حلمية .
- نوبات من الهياج الليلي .
- غرابة مستجدة في الأطوار والسلوك .
- حدوث تناذر همودي .
- حدوث تناذر هذياني خصوصا عندما تتعلّق محتوياتها بأفكار ، إساءة وتعقّب . . .

## I الأعراض العامة للتناذر العتحي

- ١ - اضطراب التوجّه الزماني المكاني .
- ٢ - اضطراب الانتباه ويتظاهر بالشروء والنسيان وصعوبة الفهم .
- ٣ - اضطرابات الذاكرة فيشاهد وهل التثبيت والوهل المتلاحق . ويشي المريض الأحداث قريبة العهد ، بينما يظلّ محتفظا بالذكريات القديمة لفترة طويلة من تطوّر المرض . ويشاهد أيضا إلتباس الذاكرة والهلر والتعرّف الخاطيء .
- ٤ - اضطراب المحاكمة العقلية لدى المريض الذي لا يعي حالته المرضية ولا يقيم القصص الخيالية والمتناقضة تقييما نقديا .
- ٥ - تدني قدرة الاستيعاب .
- ٦ - اضطراب الوظائف الذهنية العليا : يتعلّق نمط هذا الاضطراب بالمنشأ والسياق المرضيين ولا بدّ لذلك من تحديده بشكل دقيق بفحوص قياسية :

### أ - اضطرابات اللغة :

- قد تتعلّق بالفهم ويتم تحرّيه بالإشارة إلى مسميات وتكرار كلمات وتسمية أدوات متزايدة التعقيد .

- قد تتعلّق باللغة المنطوقة أو المكتوبة .

ب - إضطرابات بالحساب أو بالقراءة

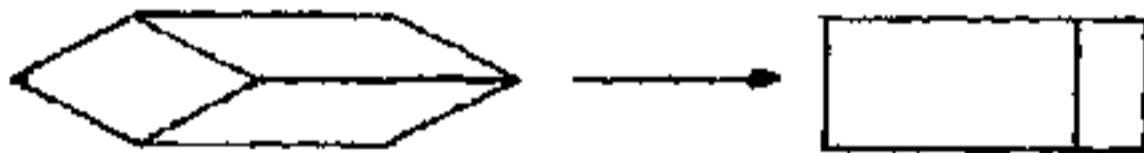
ج - إضطراب الوظائف الحركية :

- عمه حركي - فكري : يطلب من المريض القيام بحركة ذات دلالة رمزية  
( كالتحية ) .

- عمه فكري = يطلب من المريض القيام بسلسلة حركات ذات هدف محدد .  
- إضطرابات الإدراك =

● الّا تعرف البصري حيث غالبا ما يعجز المريض عن تسمية شيء مرسوم على ورقة . ولا يتمكن المريض في الإصابات البصرية المركزية من التعرف على مجموع الشكل بل إنه ينطلق من تفاصيله .

● الّا تعرف الفراغي : حيث يطلب من المريض نقل رسم فراغي على ورقة أخرى دون إستعمال ذاكرته في ذلك ولا يتمكن المريض في حالات العته والإصابات العصبية التشريحية من رسم الشكل المجسّم أما في الحالات العتهية الوخيمة ، فإن المريض يرسم تخطيطات عشوائية على الشكل .



د - التفكك العنهي ويتم بتطور تدريجي ويشمل :

- نكوصاً إنفعالياً : الأنوية ، السلوك الطفلي ، التأثر والتبدل الانفعاليين أو اللامبالاة .

- اضطراب السلوكيات الغريزية : التغذية ، استمساك المصراآت ، تعاقب الهياج والهدوء - اضطراب النوم ونظمه ( النوم نهراً واليقظة ليلاً ، ظهور منعكسات بدائية كالمنعكسات الغمية ومنعكس القبض . الخ . . .

هـ - قد تظهر عناصر هذيانية تتمحور حول التعقب والإساءة ( كالسرقة حيث يفقد المريض أشياء وينساها ويعتقد أنها سرقت منه . . . )

و - قد تظهر أعراض همودية صريحة أو مقنعة :

### الفحوص الشخصية والمتممة في التناذر العتهية

١ - القياسات النفسية : التي تتحرى تلتني الملكات العقلية المرضي ، باختبارات عقلية ، وتتحرى علامات الإصابة العضوية باختبارات إدراكية .

٢ - التحريات السريرية والشعاعية والمخبرية حسب التوجه التشخيصي :

- فحص قعر العين

- تخطيط الدماغ الكهربائي .

- الفحص الشعاعي والطبقي المحوري للمجمجمة . . .

- البذل القطني .

- تحري الشوارد وشموم الدم .

- تخطيط القلب الكهربائي .

### II تصنيف التناذرات العتهية

- الشلل العام

وهو التهاب سحائي دماغي زهري ( سيفيليسي ) ، يتطور بعد فترة تتراوح



بين عشر وعشرين سنة من الإصابة السيفيلسية . يكون بلؤها تدريجيا ، يتظاهر غالبا بشذوذات سلوكية واضطرابات مزاجية وأفكار هذيانية ( هذيانات العظمة ) وهياج وأحيانا حالة همودية .

يبدى الفحص السريري تناذرا عتهيا يترافق مع العلامات التالية :

- ديسارتريا : ضعف المفاصل .

- رجفانات .

- غياب المنعكسات الوترية .

- علامات أرجيل - روبرتسن ( لاتفاعل الحدقة مع النور وتفاعلها مع المطابقة .

- ايجابية التحريات المخبرية والمناعية : الدموية بورديه وسرمان +++  
نيلسون ١٠٠٪ .

- في السائل الدماغي الشوكي : فرط الالبومين وفرط الخلايا ، ايجابية الارتكاسات المناعية .

## 2 التناذرات العتهية الشيخية

كان الأطباء ، يعتقدون أن العته الشيخية يعود إلى التصلب الشرياني إلى أن أثبت الباحث « لرميت » في ١٩٠٥ أن الفحص التشريحي لحالات عتهية شيخية لا يشير لوجود آفات تصلبية شريانية . بينما تم إكتشاف آفات نسجية دماغية تتمثل في الصفائح ( أو اللويحات ) الشيخية التي لوحظت في ٤٠٪ من حالات العته دون تصلب شرياني . بينما تشاهد في ١٠ - ١٥٪ من مجموع حالات العته الشيخية يحدث العته الشيخية في مرحلة متأخرة من العمر ، غالبا بعد سن الخامسة والستين . بينما يحدث العته ما قبل الشيخية بين الخمسين والخامسة والخمسين . ويكون العته الشيخية بشكل عته بسيط أو عته تنكسي . وتشكل ٤٠٪ من الحالات ما يسمى . :

أ - البرسبيو هيبيفرينيا ( الخبل الشيخية ) حيث تبدأ تدريجيا بأضطرابات الذاكرة ، إلا أن المريض يحتفظ طويلا بالذكريات القديمة . وهي تلتس مع تناذر

كورساكوف الكحولي ، ويتم التفريق بالتطور العتھي والأعراض الأساسية  
المشاهدة في العتھ الشیخي هي :

١ - اضطرابات المزاج .

٢ - اضطرابات نفاسية :

- افكار هذیانية .

- حالة حلمية موضعة : يتصرف المريض وكأن أحدا موجود بجانبه .

- هياج یزداد لیلا وحالات تشرد وهيام .

لا تعرف علی وجوه الأرباء

٤ - عمه بنائي .

التطور : یكون مترقیا ودون هجوع وكثیرا ما تتخلله نوبات صرعية تشير إلى  
إصابة تشريحية بالدماغ ویشاهد شلوذ بتخطيط الدماغ الكهربائي .

تكون الإصابات التشريحية المرضية ( التنكس الفجوي والتليقي العصبي )  
مشابهة لما یحدث في « عتھ الزهايمر » إلا أن الأعراض تظهر مبكرة في هذا الداء .

ب - حالات العتھ الوعائي المنشأ :

تحدث نتيجة لتصلب الأوعية الدماغية وتمثل ١٥٪ من الحالات العتھية وهي  
تتأخر عتھي یصیب عادة بعد سن الخمسين ، یكون بلؤه مفاجئا وسریعا إلا أن  
المريض غالبا ما یكون لديه سوابق اضطرابات وعائية دماغية ( نشبات ) ، أما تطوره  
فیكون بشكل هجمات نکوصية .

تشاهد علامات التصلب الشرياني بفحص قعر العين ویطلب ذلك إجراء  
تحريات مخبرية متكاملة دورانية وكلوية .

أما الفحص العصبي فیبدي اضطرابات متفاوتة كالعته أو إصابة الساحة  
البصرية . كما تكثر إصابات شبه البصلية .

قد تشاهد بعض التبدلات على تخطيط الدماغ الكهربائي وهي تشير أحيانا إلى مركز الإصابة .

ج - حالات العته الشيخية المشاركة ( إصابة نسجية + إصابة وعائية ) تمثل حوالي ٤٥٪ من التناذرات العتهية ، وهي تبدأ سريريا بشكل يشابه البرسيوهيغرينيا ، إلا أنها تتطور بشكل سريع .

د - التناذرات العتهية المختلطة :

تكون في البداية تناذرات عتهية شيخية بسيطة في شكلها السريري وفي تطورها ، إلا أن إصابات وعائية تضاف إليها مما يؤدي إلى ظهور مفاجيء كعلامات عصبية كالعمه . . .

### 3 التناذرات العتهية ما قبل الشيخية

#### أ - داء الزهايمر

تناذر عتهي تنكسي يحدث بعد سن الخامسة والأربعين ويبدأ غالبا بأضطراب التوجه المكاني أو الوظائف الرمزية ويجمع في تطوره الأعراض والعلامات التالية :

- تراجع الملكات العقلية ( الذكاء )

- إضطرابات الذاكرة .

- إضطرابات التوجه .

- إضطرابات اللغة والوظائف الرمزية .

- إضطرابات السلوك .

- إضطرابات المزاج .

- حالات هذيانية .

- تظاهرات نحارج - الهرمية .

وعند تكامل المرض يتميز داء الزهايمر بأجتمع التناذرين التاليين :

- تناذر عتهي شديد .

- تناذر عمهي - حبسي - لا تعرفي ( اضطرابات لغوية ، عمه فكري ، لا تعرف على الوجوه الخ ... )

وتشاهد الاضطرابات النفسانية للعتة ( هذيان الإساءة )  
يكون المريض ، أو لفترة مديدة واعيا بأضطرابه مما يدفعه إلى حالة همودية .  
وقد تشاهد ، عبر تطوّر المرض ، نوبات صرعية ...

### الفحوص المتّمة :

- ييدي تخطيط الدماغ الكهربائي اضطرابات منتشرة .  
- تشاهد بالتصوير الطبقي المحوري للدماغ توسع بطيني وضمور بالقشرة  
الدماغية بالمنطقة الأمامية .

### ب - داء بيك

مرض أندر من داء الزهايمر ( عشر حالات الزهايمر لكلّ حالة بيك ) يكون  
بدؤه مضللاً حيث يتظاهر بضعف عقلي وحالات هذيانية واضطرابات مزاجية ،  
خصوصاً الخمول العاطفي والشه المرضي وعندما تتكامل الصورة السريرية  
للمرض ، يتظاهر بما يلي :

- تناذر عتهي شديد .

- لا توجه مكاني خصوصاً .

- تناذر جبهي ( إصابة الفص الجبهي ) يتمثل في : « اللآ مبالاة ،

السلبية ، فقدان القيمة الأخلاقية ، الحياد العاطفي ، الشبه ... »

- النمطية النفسية - الحركية : تكرار نفس العبارات أو الكلمات أو نفس  
الحركات (مثلاً يردّد المريض نفس بيت الشعر أو يستمع إلى نفس الأغنية  
باستمرار ، وينسى المريض الأسماء والكلمات ويردّد كلمات الآخرين . إلا أنه  
يحتفظ نسبياً بالوظائف الرمزية العملية والمعرفية .

تتطور اللوحة المرضية خلال سنة - سنة ونصف وسيطر التراجع العقلي ويتقلص المحتوى الفكري للمريض ، فيلجأ للنمطية والتكرار دون معنى ، ولا يشاهد عمه أو لا تعرف إنما تشاهد حبسة تسمية ، فيستعمل المريض عبارات عامة (كان يُسأل عن إسم الملعقة فيجيب «إنها تستعمل للأكل» لكنه لا يستطيع تسميتها) أو يستعمل عبارة تصلح لكل الإستعمالات: (مثل هذا الشيء ، هذه الأداة . . .) كما أن الشره يظل شديداً . ولا يكون المريض واعياً بمرضه .

### الفحوص المتممة :

- غالباً ما يظل التخطيط الدماغى الكهربائى سويًا حتى نهاية تطور المرض .

- يُبدي التصوير الطبقي المحوري ضموراً جبهياً خصوصاً وتوسعا في القرون الجبهية والقشرية والصدغية ، إذ تكون الإصابة أساساً جبهية وصدغية ثم جدارية في مرحلة متأخرة من المرض .

### ج - العته ما قبل الشيخى اللائمودجي ( بيك ٢ )

ويسمى أيضا النفاس الخبيث ما قبل الشيخى .  
يحدث حوالي سن الخمسين ويتطور بمراحل .

تجمع أعراضه بين دائي بيك وألزهايمر ويتسم خصوصا بأضطرابات التوجه والهمود والأعراض الجبهية .

د - حالات العته الوعائى ما قبل الشيخى :

١ - إصابات وعائية موضعة :

تؤدي الى تمييع النسيج الدماغى وحالات تلف ثنائية الجانب : التوضعات

أ - الصدغى الباطن : اضطرابات بالذاكرة

ب - تمييع السرير الباطن ( النواة الباطنة ) : تكون اللوحة المرضية النفسية

مماثلة للاصابة الجبهية ( النمطية النفسية - الحركية ، اضطرابات المزاج الخ . . . )

## ( ٢ ) داء كروتزفيلد جاكوب :

في هذا المرض النادر ( كان يشاهد خصوصا عند اكلة لحوم البشر بافريقيا )  
تشاهد مرحلة همودية تدوم شهرا أو شهرين ، ثم يحدث تطوّر سريع يترافق فيه  
التناذر العتحي بتناذر عصبي مع علامات خارج - هرمية وفرط - مقوية خارج -  
هرمية وحركات شاذة ( قصية كنعية . واضطرابات حسية وحواسية بصرية  
( اضطراب أشكال وألوان المبصرات ) ينتهي هذا المرض بالموت خلال أشهر  
عديدة .

## التشخيص المخبري :

يُعزى هذا المرض إلى فيروس بطيء وقد أمكن نقله بين القروود بحقن  
الخلاصة الدماغية من حيوان إلى آخر إلا أنه لم يمكن تصوير الفيروس الكرتونيا أو  
تشخيص إرتكاسات مناعية .

- أما التخطيط الدماغني الكهربائي فيبدي في البدء موجات متشرة ذات  
قمم حادة ثم لا تلبث أن تصبح هذه الموجات الشاذة دورية منتظمة بتطور  
المرض .

## ه - استسقاء الدماغ سوي التوتر

مرض نادر يشاهد فيه تناذر عتحي بعلامات جبهية إضافة للأعراض  
الأخرى فتضطرب مشية المريض وتكون متثاقلة ويضطرب الانتباه وتظاهر  
علامات خارج الهرمية . ومن العلامات المميّزة لهذا المرض اضطراب المصرت  
حيث يكثر التبول اللا إرادي لدى المريض .

## الفحوص المخبرية :

ييدي التصوير الطبقي المحوري توسعا بطينيا وتسطحا بالتلافيف الدماغية .

## السببية :

غالبا ما توجد لدى المريض سوابق نزف سمائي أو التهاب سحايا مما يحدث حواجز غشائية ليفية تمنع التجول الحر للسائل الدماغى الشوكى (مما - يحدث أحيانا إستسقاءاً منخفض التوتر)

وييدي الفحص بالنظائر المشعة في بعض الحالات إضطرابا بامتصاص السائل الدماغى الشوكى .

من الهام جدًا تشخيص هذا النوع العتھى وتمييزه حيث أنه قابل للمعالجة والشفاء بواسطة التحويل الجراحي للسائل الدماغى الشوكى .

## و- داء ماركيافافا - بيونامي

خالة عتھية كحولية تحدث لدى أفراد مصابين بهوس الشرب حيث يتناول هؤلاء الأشخاص مقادير هائلة من المشروبات الكحولية ويصلون أحيانا إلى إسراف يؤدى بهم إلى المسبات المتميز بالصملى المقاوم (يشي المريض الطرف عند محاولة مدّه ويمدّه عند محاولة ثنيه) .

يتسم هذا الداء بأعراض إصابة جبهية مزدوجة تعود إلى تلف الجسم الثفنى .

## ٤٥ - التناذرات العتھية لدى الكهول والصغار :

### أ - رقص هتنتغتون

يبدأ هذا الداء بين سن الثلاثين والخامسة والأربعين ويسير بشكل مترقى -

يتظاهر في البداية بأعراض غير نوعية كالهمود والشكاوي المراقية ثم تتطور حالة ضعف عقلي عتبي عام إضافة إلى الحركات الرقصية. ويستمر التطور عدة سنوات

يشاهد في هذا الداء تلف النواة المذنبة :

تتحسن الأعراض بإعطاء الكلوربرومازين إلا أن العته يستمر في تطوره .

### ب - داء تاي ساكس

غير معروف السبب إلا أنه يتظاهر تشريحيًا مرضيًا بفرط الحمل الشحمي للخلايا العصبية التي تصاب بتنكس كيسى الشكل خصوصًا القشرية منها .

يصيب هذا الداء الأطفال منذ السنة الأولى غالبًا وقد يتأخر حتى سن السادسة حيث يكون انذارها إذًا أفضل نسبيًا . . .

من أعراض هذا الداء الإريخاء العضلي والتطور العتبي وحدوث نوبات صرعية .

تحدث الوفاة عادة خلال سنوات قليلة من تطور المرض الوخيم .

### ٥٥ - حالات عتبية ثانوية أخرى

تشاهد حالات عتبية ضمن العقابيل في التهابات الدماغ بفيروسات آربو والتهاب العقبولي والتهاب السحائي الدرني غير المعالج وتشاهد في بعض الأدوية المخربة للمادة البيضاء وأيضًا في الأورام الدماغية الجبهية والسريية والثنية .

في بعض الرضوض الدماغية الشديدة أو المتكررة ( لدى الملاكمين ) قد يحدث تطور عتبي نموذجي .



يؤدي اعتلال الدماغ بنقص الأكسجين إثر سبات إنسماهي أو نوبة قلبية أو هبوط سكر دموي شديد ، أحيانا إلى تناذر عتهي تسيطر عليه اضطرابات الذاكرة .

كذلك يصادف العته في مراحل متطوره من الآفات الغذائية والعوز الفيتاميني ( البلاغرا بعوز حمض النيكوتين ويتميز بـ عتاهة ، التهاب أعصاب عديد ، التهاب جلد توسفي - التهاب لسان إسهال ، البزبري : عوزفيتامين ب ١ )

### ٦٥ - الحالات العتھية الرئيسية القابلة للشفاء :

يجب تشخيصها وتغريفها عن الحالات العتھية الأخرى حتى لا يزداد تطورها وخاصة ، مؤديا غالبا إلى الوفاة .

هذه الحالات هي :

- إستسقاء الدماغ سوى التوتّر
- الانسمام بالزيموت
- الشلل العام
- الاعتلالات الدماغية بعوز الفيتامين ( البلاغرا ... )

### ||| عناصر السلوك العلاجي أمام تناذر عتھي :

عند تشخيص التناذر العتھي يجب العمل على التمييز بين الحالات العتھية القابلة للتراجع والشفاء والحالات العتھية الأخرى المترقية حتما أو غير القابلة للشفاء .

لذلك يتطلب التحري السريري والمخبري تحديد العوامل السببية التي تتعلق بها الإندار والسلوك العلاجي :

فيمكن كبح تطور العته الناجم عن الاعتلال الوعائي (التصلب فرط التوتر . . .) بضبط التوتر الشرياني وشحوم الدم بنظام غذائي وأدوية نوعية أما تطور الشلل العام (السيفليسي) فيعالج بنجاح بالبسلين .

أما الحالات العتية الأخرى فتعطى فيها المؤكسجات الدماغية والمنشطات والمقويات الوعائية دون نتيجة أكيدة .

تعالج التظاهرات النفسية للتناذر العتوي بمركبات وتفضل المثبطات العصبية بمقادير محدودة لضبط الأفكار الهذيانية واضطرابات السلوك . وفي الحالات الهمودية يلجأ إلى مضادات الهمود .

عند المراجعة الأولى لمريض يبدى تناذرا عتويا ، يتوجب حجزه بالمستشفى عند الشك بالتشخيص لضرورة البحث عن سببية قابلة للشفاء . وكذلك عندما يكون إضطرابه السلوكي شديدا .

إلا أنه ، خلال التطور المرضي ، وعند مواجهة قرار إستشفاء المريض كمقيم ، يجب إعتبار ما يحدثه ذلك من إضطراب وخاصة لديه بفعل إختلال توجهه الزماني المكاني وضعف إستيعابه لنمط حياتي جديد . لذلك يجب تقدير حالته السريرية ووضع العائلي ، وعلى أساس ذلك يتم تجنب إقامته بالإستشفائية قدر الإمكان .

## القسم الثالث

مختصر حول معالجات  
الأمراض والإضطرابات النفسية

الفصل

الاول

## المعالجات البيولوجية

### المعالجات الدوائية

1) مبدخل عام

تصنف الأدوية النفسية إلى ثلاث مجموعات طبقاً لتأثيرها على الحيوية

النفسية :

- 1 - المثبطات النفسية : تخفض الحيوية النفسية
- 2 - المنشطات أو مضادات التثبط النفسي تقوي الحيوي النفسية .

- 3 - المشروبات النفسية : يندر إستعمالها كأدوية
- 4 - المعدلات النفسية أو معدلات المزاج
- 1 - المثبطات النفسية :
- أ - المنومات : تمارس أثرها الدوائي على اليقظة
- ب - المهدئات : تخفف من القلق والتوتر الإنفعالي
- ج - المثبطات العصبية : تزيل أو تخفف التظاهرات النفسية المرضية النفسانية (الأهلاس ، الهذيان الخ ...)
- 2 - معدلات المزاج : الليثيوم والتفريتول : لها أثر مضاد للهوس ومفعول تثبيط نفسي
- 3 - مضادات التثبيط النفسي :
- أ - منشطات اليقظة : الأمفيتامينات ومشتقاتها
- ب - منشطات المزاج أو مضادات الهمود أو مضادات التثبيط المزاجي .
- ج - منشطات أخرى : فيتامين C ، الكافئين ، المؤكسجات الدماغية الكورتيكويد الخ ...
- تصنيف دينكر\* العام للأدوية النفسية

أنماط التأثير		
Barbituriques - باربيتورية Nonbarbituriques - غير باربيتورية	منوعات	مثبطات نفسية او مركبات
Diazepines - ديازيبينات Bronures - بروميرات	مهدئات ومركبات صغيرة	
Phenothiazines - فينوتيازين Reserpiniques - رزربين Butyrophenones - بيتورفينون Benzamides - بنزاميد Thioxanthenes - تيوكسانتين	مثبطات عصبية	

\* بيير دينكر أول مكتشف المفعول العلاجي للكولور برومازين في النفاسات مع ديلاي 1952

Sels de lithium - أملاح الليثيوم Dipropylacetamide - ديبروبيل أسيتاميد	معدلات المزاج	
Hydrazines imao - هيدرازين Ticycliques : مشتقات ثلاثية الحلقة : إمبيران ، تريبتيلين Imipramine Amitriptyline	مضادات همود (منشطات المزاج)	مضادات تثبيط نفسي أو منشطات
Amphetamines - أمفيتامين ومشتقاتها	منشطات اليقظة	
- حمض فسفوري فيتامين C غورتيكوثيد	منشطات أخرى	
Mescaline - مسكالين Psilocybine - بسيلوسيبين Lysergamide L'S'D. - ليسر غاميد	مهلسات	
Morphiniques - مورفينية Gannabinols (حشيش) Cocaine الكوكائين	مذهلات	اشوشات نفسية
Alcool الكحول Ether الأثير Solvants المذيبات	مشمالات (أو مسكرات)	

2 - المهدئات :

أ - مواصفات المهدئات :

1 - تدخل ضمن مجموعة المثبطات النفسية

2 - لها فعل مركن : على القلق فهي مضادة للقلق وعلى التظاهرات الجسمية للقلق

(العصبية الإبتائية خصوصا) وليس لها فعل منوم أساسي

3 - لا تحدث الأعراض الجانبية الناجمة عن المنشطات العصبية .

4 - ليس لها خصائص مضادة للتفاسات .

ملاحظة : توجد ضمن المجموعات الدوائية النفسية الأخرى أدوية ذات

مفعول مهدئ .

الخصائص الفارماكولوجية للمهدئات :

- مضادة للقلق

- مرضية للعضلات : مما يعطي أثرا مساعدا على النوم

- مضادة للتشنج

- كما أن لها مفعول تقوية تأثير المنومات .

الأنماط الكيماوية الرئيسية للمهدئات هي :

- الكاربامات : ( إكوانيل ) Equanil

- البنزوديازيبينات Benzodiazepines

- البيرازينات Piperazines (Covatine Atarax) .

ب - إستطبابات المهدئات :

(لا يجب وصف المهدئات بشكل منهجي ، أو بمقادير كثيفة أو لفترات مديدة)

1 - الإستطبابات في الطب النفسي :

- حالات القلق ذات الشكل العصبي .

- القلق المرافق لتطور اضطراب نفسي .

- هبوط حرارة أو إرتفاع حرارة خفيفين نادرا صدمة حرارية يمكن تجنبها  
بالإمالة الملائمة .

- آثار غذية :

- إرتفاع الوزن .

- إضطرابات الدورة الطمثية والإدرار الحليبي .

- إضطرابات جنسية : تثبيط النشاط الجنسي

- إضطرابات جلدية : فرط التحسس للإشعاع فوق البنفسجي

121- حوادث المثبطات العصبية (نادرة)

- التناذر التخليطي .

- نوبة إختلال حركي حاد

- التناذر الخبيث للمثبطات العصبية : فرط حرارة ، فرط توتر شرياني ثم وهط

دوراني .

- إنسهاام قلبي وموت مفاجيء .

- خثرات وريدية

- يرقانات

- فقدان الكريات المحببة

ج - إستطبابات المثبطات العصبية :

1 - النفاسات الحادة :

- النوبات الهوسية

- الهجمات الهذيانية الأرتكاسية أو البدئية أو الحادثة لدى المختلين .

- الحالات التخليطية - الحلمية من المنشأ الإنسهمي خصوصا بالمشوشات

النفسية .

- الهجمات النفاسية الوخيمة إثر الولادة .

2 - النفاسات المزمنة

- انفصامات بجميع أشكالها



- الهديانات المزمنة الغير فصامية (الهديان الزوري ، النفاس الهلسي المزمن البارافرينيا)

3 - إستطابات أخرى :

- بعض الحالات النفسجسمية : الإعتلالات الكولونية ، الآفات الجلدية .  
- التناذرات الألمية الشديدة خصوصا السرطانية .  
- التناذرات الرقصية

4 - إستطابات مرتبطة بالعمر :

- لدى الطفل : النفاس الطفلي  
- لدى المسن : الحالة الحلمية ، هذيان الإساءة

### أنماط المثبطات العصبية حسب التأثير السريري

- المثبطات العصبية المركنة : تخفف الهياج الهديانسي وتحدد من الحصر الفصامي .

- المثبطات العصبية متعددة المفعول : تكون بنفس الوقت مهدئة ومضادة للنفاس ومزيلة للتشبيط ويختلف توازن هذه التأثيرات حسب المقدار ومدّة المعالجة .  
وتعتبر هذه المثبطات أفضل معالجة مديدة للحالات الفصامية التي تشارك فيها تظاهرات مرضية نفاسية وتراجعية .

- المثبطات العصبية المزيلة للتشبيط : ذات مفعول إيجابي على التظاهرات التراجعية الفصامية وهي تؤثر خصوصا على اللامبالاة والجمود الانفعالي والتشبيط الحركي .

### مبادئ وصف معالجة المثبطات العصبية المديدة

لا تستخدم المثبطات العصبية مديدة التأثير إلا في معالجات لأكثر من ستة أشهر . وهي لا توصف عادة إلا بعد تراجع الهجمة الهديانية وبعد تجربة نفس المركب العادي عن الفم لمدة نصف شهر .  
- تحدد المقادير مديدة التأثير حسب المقادير العادية الموصوفة سابقا من نفس المركب .

- تعطى حقنا عميقا بالعضل .
- يوجد احتمال حدوث تناذر لا حركي - مفرط التأثير .
- يجب وصف ملائم لمضادات باركنسون .
- قد تحدث حالة لا مبالاة نفسية - حركية .
- يوجد خطر حدوث تناذر همودي بين الشهر السادس والثامن إثر بدء المعالجة . وهو احتمال غير ثابت .

### الأدوية المثبطة العصبية العادية

تأثيرات	المقادير (عن الفم)	المصدر الكيماوي	الاسم الدوائي	تأثيرات	
تأثيرات أبائية	300-25 مغ	فينوتيارين	LEVOMEPRMAZINE (NOZINAN)	مضطبات عصبية مهذبة	
	300 مغ		CHLORPROMAZINE (LARGACTIL)		
		رزيرpine	RESERPINE (SERPASIL)		
	120-40 مغ	دينزوازين	CLOTHIAPINE (EULIMINE)		
تأثيرات فرط حركية	60-10 مغ	فينوتيازين	PROPERCIAZINE (NEULEPTIL)	مضطبات عصبية متوسطة	
	75-35 مغ	بيريدينية	THIORIDAZINE (MELLERIL)		
	20-10 مغ	بيتورفينون	PIPOTHIAZINE (PIPORTIL)	مضطبات عصبية متعددة التأثير	
	30-10 مغ		HALOPERIDOL (HALDOL)		
	120-20 مغ	فينوتيازين	FLUPHENAZINE (MODITEN)		مضطبات عصبية مزيلة للجم
	50-10 مغ	بيرازينية	THIOPROPERAZINE (MATEPIL)		
	30-10 مغ		PROCHLORPROMAZINE (TEMENTIL)	مضطبات عصبية مزيلة للجم	
	96-116 مغ		PERPHENAZINE (TRILIFAN)		
	6-1 مغ	بيتورفينون	TRIFLUPERIDOL (TRIPERIDOL)		

600-100 مغ	تيزاميد	TRIFLUOPERIDOL (TRIPERIDOL)
		CARPIPRAMINE (PRAZINIL)

الأدوية المنبذة مديلة التأثير

الجرعة المتوسطة	نظم الجرعات	طرق الاعطاء	التركيب الكيماوي	الاسم التجاري
100-25 مغ	كل أسبوعين	حقنا عضليا	oecanthate de fluphenazine	MODITEN RETARD
125-25 مغ	من 3 إلى 4 أسابيع	//	Decanoate	MODECATIE
100-25 مغ	مرة كل أسبوعين	حقنا عضليا	Unde cyclenate Pipotiazine	PIPORTIL M2
100-25 مغ	كل 4 أسابيع	حقنا	Palmitate	PIPORTELLA
100-40 مغ	من 2 إلى 3 أسابيع	//	Decanoate de	FLUANXOLR
60-20 مغ	جرعة كل أسبوع	عن القم	Perfluridol	SEMAP
100-25 مغ	كل 3-4 أسابيع	من عضليا	Perphenazine	TRILIFANR
400-100 مغ	كل 3-4 أسابيع	//	Haloperidol	HALDOL DECANOAS

5 - مضادات الهمود

التصنيف الكيماوي :

توجد ثلاثة مجموعات كيماوية ضمن مضادات إلهمود هي :

1 - المركبات ثلاثية الحلقة : الإيمبرامينية (Tofranil) والكلوميبرامينية

... (Anafranil)

2 - مضادات الهمود الجديدة وهي ذات صيغ مختلفة مثل (Ludiomil 9 Vivalan) : أول مركب دون مفعول مقوى للكولين . (Upstane) .

3 - لاجمات المونوأمين أكسيداز (MARSILID) I.M.A.O مارسيليد وهو مشتق من الإيزونازيد .

### المواصفات الخاصة :

ترتكز على الخصائص الإضافية المركبة والحالة للقلق أو المنشطة المضادة للجم المؤثرة حسب المركب إلى جانب الخصائص المضادة للهمود .  
تتطلب كل مضادات الهمود مدة أسبوعين إلى ثلاثة من التعاطي قبل أن يظهر مفعولها ، إلا أن تحسنا بدنيا يلاحظ عندما ما يكون المركب الموصوف ملائما للنوع الهمودي السريري حيث أن المفعول المركن أو المنشط يتظاهر بشكل مباشر تقريبا .

أكثر مضادات الهمود تنشيطا هي لاجمات المونوأمين أكسيداز ، و Survector و Alival و Vivalan . . .

أكثر مضادات الهمود مفعولا مركنا هي Ludlomil , Surmontil Laroxyl . . .

أما مضادات الهمود المتوسطة وهي ذات تأثيرات متفاوتة حسب الأفراد :

Upsténe, Topranil

تتقارب كل مضادات الهمود في نتائجها الإيجابية التي تصل حوالي 70% من الحالات المعالجة . ويعتقد بعض الباحثين أن مضادات الأمين أكسيداز لها فعالية أعلى قليلا في الحالات الملائمة .

مضادات إستطباب مضادات الهمود الحلقية الثلاثية :

- القصورات الكبدية والكلوية الشديدة .

- القصورات والاعتلالات القلبية المتطورة وإحتشاء القلب حديث العهد

وآضطرابات النظم القلبي .

- داء بازدو .

- التصلب الشرياني .

- حالات الزرق (يمكن أحيانا تحت المراقبة اعطاء معالجة في الزرق ذو الزاوية المفتوحة) .

- الضخامات البرومتاتية وأحتباسات البول .
- يجب الحذر لدى الصرعين والكحوليين والأفراد المسنين .

### الحوادث والآثار الجانبية لمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

● الحوادث (وهي تتطلب إيقاف المعالجة)

- فرط التوتر الشرياني الاشتدادي
- اضطرابات النظم القلبي
- الإختلاجات .
- إتهابات الأعصاب العديدة والتهاب العصب البصري .
- اليرقان .

● الآثار الجانبية وهي لا تمنع إستمرار المعالجة :

- آثار مضادة للكولين :
- شح البول ، قبض ، جفاف الفم ، أحاسيس حرارة وتعرق
- آثار قلبية وعائية :
- هبوط الضغط الشرياني
- أحاسيس دوار
- بطء النظم القلبي
- آثار عصبية مركزية :
- أرق
- رجفان ، لا توافق حركي .

### الاختلاطات النفسية لمضادات الهمود ثلاثية الحلقة

- خطر العبور إلى الفعل الإنتحاري. إثر نزع اللجم النفسي الحركي بفعل

الدواء قبل تحسن المزاج ، وذلك خلال الأسبوع الأول من المعالجة . وفي نهاية الأسبوع الثالث .

- احتمال ظهور أو اشتداد - التظاهرات الحصرية والأرق عند استخدام مضادات همود منشطة (لذلك يمكن إضافة مهدئات إليها) .

- إنقلاب المزاج الهوسي : لا يظهر هذا الإختلاط إلا لدى المرضى الهوسيين الهموديين .

- لا تحدث ثلاثيات الحلقة إرتباطا نفسيا إلا أن قطعها المفاجيء إثر معالجة مديدة بمقادير عالية قد تحدث أعراض فطام بسيطة كالدوار والتعرق واضطراب التوتر الشرياني .

- التخليط الذهني : تشاهد خصوصا لدى المسنين وتبدأ باضطراب التوجه الزمني المكاني وحالة حلمية مسائية واضطراب مشية وتصويت ، ورجفان . . . وتستوجب إيقاف المعالجة ولو مؤقتا .

### كيفية وضع منهاج المعالجة بمضادات الهمود ثلاثية الحركية

بعد استبعاد مضادات الإستطباب توصف المعالجة بمقادير متزايدة تصل إلى الجرعة القصوى خلال ثلاثة أو أربعة أيام . وتكون غالبا عن طريق الفم بمقدار متوسط 150 مغ / يوم . كما يمكن أن توصف عن الطريق الوريدي أو الحقن العضلي (إمبيرامين ، أميتريبتيلين) أو تعطي في المصل الوريدي .

تظهر الآثار الأولى بعد أسبوع تقريبا وتستمر المعالجة حوالي أسبوعين بعد التحسن السريري ثم تخفف تدريجيا حتى حوالي 50 مغ يثابر عليها طبقا للمتطلبات العلاجية أو الوقائية . وعند مشاركة المهدئات ، يجب تجنب وصف الباربيتورات والأمفيتامينات .

تشمل مراقبة المعالجة :

- الوضع الجسمي : الجهاز القلبي الوعائي : الضغط الشرياني ، النظم القلبي الجريان البولي ، الحركية المعوية ، الحرارة ، النوم .

- الوضع النفسي : هجمات القلق ، المزاج ؛ الأفكار الإنتحارية ، إنقلاب المزاج (في النفاس الموسمي الموسمي) ، الهجمات الهديانة .  
تقييم فاعلية المعالجة بالمركب مضاد الهمود ثلاثي الحلقة :  
تظهر فاعلية المركب خلال فترة أقصاها عشرون يوما طبقا لتبدل العناصر التالية :

- المزاج الهمودي والأفكار الإنتحارية

- الخمول النفسي .

- الحركي

- القلق .

- الشهية .

- إضطرابات النوم

- الغريزة الجنسية

أعراض الإنسمام بمضادات الهمود ثلاثية الحلقة  
يكون الخطر عاليا عندما تتجاوز جرعة الإنسمام غرامين  
- ظهور السبات في طور متأخر .

- فرط حرارة .

- نوبات تشنجية .

- وهط تنفسي .

## الإجراءات الإسعافية عند الإنسمام

ينقل المريض بشكل عاجل إلى المستشفى . وإذا كان لا يزال محافظا على وعيه  
يجري له غسل معدة بكمية كبيرة من الماء . . . ويجب مراقبة الجهاز القلبي الوعائي  
بدقة حيث يوجد خطر إضطراب النظم البطيني او الأذيني البطيني .  
الحوادث والإختلاطات والآثار الجانبية للاجسام المونوأمين أكسيداز .

1 - الحوادث :

- وهط قلبي وعائي : يوضع المريض بوضعية الاستلقاء ، الرأس أسفل قليلا

مع حقن المصل الوريدي .

.. فرط ضغط شرياني إشتدادى : يقاوم بإعطاء مقادير صغيرة من لارغاكسيل

Largactil

- التهابات كبدية إنسامة ويرقان .

- حوادث عصبية نادرة : نوبات تشنجية ، التهابات عصبية عديدة .

2 الآثار الجانبية :

تمثل الآثار الجانبية لثلاثيات الحلقة مثل جفاف الفم والتعرق واضطراب المطابقة البصرية وهبوط القدرة الجنسية ، أرقى ، رجفان .

3 .. الإختلالات النفسية :

- انقلاب هوسي للمزاج

- حالات تخليطية نادرة .

مضادات استقلاب لاجحات المونو أمين أكسيداز

.. السوابق الكبدية .

- التشارك مع أحد الأدوية التالية :

● الأمانيات المقلدة للودي ( الرافعة للضغط ) : نيو سينفرين ، هبتامينول .

● الألدرين ومشتقاته

● منشطات الفاروبيتا

● المقبضات الوعائية الموضعية .

● لاجحات ألفا وبيتا .

● مضادات رافعات الضغط الشرياني

● منه ومضادات الألم التركيبية المركزية

● الأمفيتامينات

● ثلاثيات الحلقة يؤدي التشارك إلى خطر اضطراب الضغط والإعتلال

الدماعي الإنسمامي

● الأفيون وأشباه القلوبات المشتقة Merhadone, Dolosal, Palpium

● الباربيتورات .



كما ينصح بتجنب الأغذية الحاوية على التيرامين ( الجبن ، الموز ، كبد  
الدجاج ، المشروبات الكحولية الفول . . . )

### إستطبابات لاجمات المونو أمين أكسيداز :

- الحالات الهمودية
- الحالات الألمية
- الإضطرابات النفسجسمية ( التهابات الكولون ، الربو . . . )
- نوبات الحصر الحادة .

### كيفية تنظيم المعالجة

نظرا لمخاطر لاجمات المونو أمين أكسيداز فإنها لا توصف إلا عند فشل  
مضادات الهمود الأخرى ، وذلك بعد أسبوع على الأقل من إيقاف المعالجات  
الأخرى . تجري المعالجة في المستشفى ويجب إجراء الإستكشافات والتجريات  
اللازمة . ويجب الحذر عند وصف أدوية أخرى أو الاضطرار إلى التخدير وإخطار  
الطبيب بذلك . يراقب الضغط خلال المعالجة وترفع المقادير إلى الجرعة المحددة  
خلال 4 - 5 أيام . يظهر المفعول العلاجي بعد أسبوعين تقريبا ويدوم عدة أسابيع  
إثر إيقاف الدواء .

يراعى النظام الغذائي الملائم ( منع المواد الحاوية على التيرامين ، والقهوة  
والشوكولاته ) . . ويجب وضع فاصل إخباري بأسبوعين عند إستبدال المعالجة  
ويحترم نفس الفاصل عند اللجوء إلى الصدمة الكهربائية .

### إستطبابات مضادات الهمود :

- التناخرات الهمودية الصريحة النوعية أو التي تشكل إختلاطا للإضطرابات  
نفسية أخرى أو لاضطرابات عضوية .
- العدائل الجسمية للهمود .
- نسبة من حالات العصاب الوسواسي - القسري .

- بعض الأمراض العصبية والعامية : داء باركنسون ، تناذر ما بعد الرضخ  
الدماعي ، التناذر الألمي العصبي .  
- الحالات المهمودية خلال الفطام عن الإدمان الانسجامي .

بعض مضادات الهمود ثلاثية الحلقة

التأثير

الإضافي	طريق الإعطاء	الجرعة اليومية	المركب الكيماوي	الإسم التجاري
مزبل للنجس	عن الفم	50 - 200مغ	Imipramine	TOFRANIL
مركن متوسط	عن الفم حقنا وريديا	50 - 150مغ	Clonipramine	ANAFRANIL
منشط نفسي	عن الفم	200 - 500مغ	Desipramen	PERTOFRAN
مركن مضاد للقلق	عن فم حقنا وريديا وعضدا	50 - 150مغ	Amiripetine	LAROXYL ELAVIL
مهديء	عن الفم		Amiripetiline Chlordiazepoxide	LIMBITROL
مهديء (نقاسات)	عن الفم		Nortriptyline perphenazine	MOTIVAL
مضاد للقلق	عن الفم	100 - 800مغ	Doxepine	SINEQUAN
منشط عصبي	عن الفم	150 - 300مغ	Amoxapine	MOXADIL
مزبل للنجس الحركي	عن الفم	150 - 750مغ	Demexiptiline	DEPARON
مركن مضاد للقلق	عن الفم	100 - 150مغ	maprotiline	LUDIOMIL
مضادات الهمود الجديدة				
منشطا مزبل للنجس	عن الفم عن الوريد	300 - 600مغ	viloxazine	vivalan
منشط نفسي	عن الفم	200 - 300مغ	Amineptine	SURVECTOR
مركن مضاد للقلق	عن الفم	40 - 800مغ	Mionserine	ATHYMIL

متشط نفسي	عن الفم	70 - 100 مغ	Nonifensine	ALIVAL
المسود الارتكامبي	عن الفم	15 - 300 مغ	Oxalozane	CONFLICTAN
متوسط	عن الفم	100 - 300 مغ	Indalpine	UPSTENE
لاجحات المونوأمين أكسيداز IMAO				
مفيد في الوهن النفسي	عن الفم	50 - 150 مغ	Iproniazide	MARSILID
يفضل لدى المسنين	عن الفم	50 - 300 مغ	Nialamide	NIAMIDE
الحد عند الرصف ( بالمستشفى )	عن الفم	10 - 30 مغ	Tranyleptromne	TYLCIPRINE

## 6 المنشطات العصبية النفسية ( منشطات اليقظة )

تقوم المنشطات العصبية النفسية بإذكاء اليقظة وإثارة الحيوية الفكرية وزيادة حدة الإدراك الحواسي ، الا أنها لا تملك تأثيراً نوعياً على المزاج الممودي . وهي متباينة ومتنوعة ولا يتميز منها إلا الأمفيتامينات كمجموعة منسجمة .

### أ - الأمفيتامينات

تنشط الأمفيتامينات اليقظة وتزيد القاعلية النفسية الحركية والجنسية وسرعة الإستجابة وتخفف أحاسيس الإرهاق .  
١ - الحوادث والأعراض الجانبية .

- الحوادث العصبية : التزيف السحائي أو الدماغى بفعل إرتفاع احتدادى بالضغط . كما تلاحظ نوبات تشنجية .

- الانسهمات الحادة : الجرعة السامة أعلى من اغ

- الإدمانات الانسائية : بجرعات تتجاوز أكثر من عشر مرات الجرعة العلاجية وتتشرك غالبا مع إدمان على الباربيتورات .  
- ظهور إختلاطات نفسية ، كأضطراب المزاج وأفكار التعقب والتناذر الزوراني التجريبي ، فرط إثارة . . .  
- تظاهرات عصبية إنبائية : خفقان ، تسرع قلب ، إضطراب الضغط الشرياني ، إضطرابات النوم ، قمه . . .

2- إستطبايات الأمفيتامينات :

قليلة وأهمها :

- تناذر جيلينو : وأعراضه التخشب والحدار ( نوبات نوم قصير وعميق )  
تفيد فيه جرعات امفيتامين 30 - 60 مع . كما تفيد مضادات الهمود الحلقية  
الثلاثية .

- الأطفال ذو الحركية المفرطة (بعمر أكثر من ست سنوات ) حيث يظهر  
مفعول مركن متناقض .

- معالجة الصرع : بمركب ORTENAL (مزدوج أمفيتامين + فينوباربيتال  
0,010 مغ ) وهو يقاوم البطه النفسي والهمود المحدثين بفعل الباربيتورات .

3- المركبات الأمفيتامينية

سحبت معظم المركبات الأمفيتامينية من الأسواق الدوائية لكثرة حوادثها  
وحالات الإدمان عليها . وظل منها مركب TONEDRDN المستخدم حقا ورديا في  
التحليل النفسي التخديري . ومركبات مشتقة أخرى تعطى عن الفم  
كـ CAPTAGON, VIGILOR, PRDMOTIL, ORDINATOR

ب- المقمّهات : مثبّطات الشهية

تستخدم المقمّهات لتخفيف الوزن حيث أنها تثبط الشهية . إلا أنها مقلّدات  
للأمفيتامين ، حيث لها مفعول مشابه منشط نفسيا بدرجات متفاوتة . لذلك لا بد  
من الحذر في استخدامها من حيث ما تحمله من خطر الإدمان إضافة لآثارها لدى

الأفراد ذوي السوابق النفسية ، إذ قد تؤدي إلى حالات همودية أو هذيانية وتحدث اضطرابات نوم .

كما يمنع وصفها في الإعتلالات القلبية وفرط التوتر الشرياني وفرط نشاط الدرق وعند الحمل . ولا يجب مشاركتها مع مثبطات الأمين أكسيداز .  
المركبات المقمّهة :

منها : Pondinil, Moderatan, Frugalan, Anorex, Pondaral ( وهو يختص بمفعول مركّن ) .

### ج - منشطات نفسية أخرى

١ - المؤكسجات الدماغية

- مفعولها الدوائي :

- توسيع وعائي ورفع الوارد الدموي .

● زيادة استهلاك الأكسجين والغلوكوز .

● زيادة الأستيلكولين .

● زيادة نشاط الدورة الدموية الدماغية الصغرى .

- المركبات الدوائية .

● الهيدرجين Hydergine ( Dihydroergotoxine ) : يؤدي الإستعمال المديد

لهذا المركب لدى الفرد المسنّ إلى تحسين بعض الوظائف الدماغية .

● مشتقات البرفتكامين ( Pervone, Vincaforte, Vincamone ) وهي تنظّم النوم

لدى المسنين وتحسّن الأكسجة الدماغية .

2 - المركبات الرافعة للضغط والمنشطة للدورات الدموي الأمليات

Xpraxinor, Ephedrine, Angiocardol, Effortyl, Neosynephrine, Effortil, Heptamyl, Pressyl

3 - المركبات الهرمونية :

Suho de caolron Hydrocortisone Cortine ، وتستخدم في هبوط الضغط

الناجم عن لاجمات المونو أمين أكسيداز

4 - مشتقات الديلانول : Euclidan, Diforene, Cleregi وهي توصف لدى الأطفال الذين يشكون من صعوبات تلاؤم مدرسي أو من فرط حركية .

5 - الـ Piracetam (Gadacet, Nouteopyl) مشتقة عن الغابا GABA وتستخدم في حالات نقص الأكسجة الدماغية .

6 - مركبات فيتامينية وحموض أمينية .:

فيتامين س C ، حمض الفسفور : Phosphoneurol ، حمض الفلوتاميك  
Glutaminol ، حمض الأسبارتيك Cogitum, Sargenor . . . .

### مضادات داء باركنسون :

تصحح الآثار الجانبية خارج الهرمية للمثبطات العصبية .  
- مضادات إستطبابها : الزرق ذو الزاوية المغلقة ، ضخامة البروستات  
إضطراب النظم القلبي ، الإضطراب الحركي المتأخر .  
- المركبات Artane (25 - 15R مغ ..) Parkinane : منشطة Akineton  
منشط Kemadrine مركن

Ponalide : حقنا عضليا وعن الفم ، سريع المفعول .

مركبات جديدة Bromocriptine, Trivaline, Amantadine

- الإستطبابات الإضطرابات الحركية البكرة ، اللاحركية ، الإضطرابات  
خارج الهرمية ، الإضطراب الحركي الحاد ، التناذر اللاحركي مفوظ التوتّر ، تناذر  
الأرنب ( حركات الشفة )  
- الآثار السلبية :

● هبوط التركيز الدموي للمثبطات العصبية

● الارتباط النفسي .

● دورها المحتمل في الإضطرابات الحركية المتأخرة .

## العلاجات النفسية المشتقة من التحليل النفسي

١. أنماط معالجة تظل ضمن مدرسة التحليل النفسي إلا أنها تتوجه إلى أفراد لا يلائمهم التحليل النفسي النموذجي بسبب شدة اضطراب الأنا لديهم كالفصام والحالات الحدودية وبعض العصابات والأمراض النفسجسمية كذلك يغير الإطار العلاجي إلى شكل أكثر مرونة (تباعد بين الجلسات، وضعية تواجه بين المحلل والمريض جلوساً) ويتم ضبط التحويل بما يحول دون نكوص مفرط للمريض فيتمركز التحليل أكثر على الواقع الراهن.

٢- مدارس التحليل النفسي المنشقة:

أ- مدرسة يونغ: تتمركز في نمطها العلاجي على تحليل الأحلام والأشعور الفردي والجمعي من خلال «النماذج البدئية» تستهدف المعالجة فعلاً ديناميكياً يدفع تدريجياً إلى تغيير شخصية الفرد عبر استيعاب النماذج البدئية.

ب- مدرسة أدلر: تتجه إلى علاج تربوي واجتماعي عبر حوار متواجه يشمل أسلوب حياة الفرد وتظاهرات الشعوب بالنقص فيه ويتجه به إلى تصحيح سلوكه وتمكينه من التلاؤم مع محيطه الاجتماعي. يتوجه هذا العلاج إلى العصابات والانحرافات الاجتماعية.

ج- المدرسة الثقافية - الاجتماعية (كارن هورني، هاري سوليفان...) يستهدف العلاج النفسي هنا استكشاف الصراعات بين النزعات الطبيعية والضغط الثقافي الاجتماعية بما يساعد على فهمها وحلها. ويتمركز العمل العلاجي على الطاقات والديناميكية الأثوية.

د- مدرسة العلاج العقلاني.

تعمل هذه المدرسة دور آلية التحويل. وتهتم بالبنيان العقلي الذي ينسجه الفرد حول ذاته (صورة الذات) والافتراضات الخاطئة التي تنجم عنه عبر علاقته مع محيطه. لذلك فهي تعمل على إضفاء مناخ مريح يتيح للفرد التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته مباشرة ومساعدته على الإحاطة بالصورة التي يبينها حول ذاته وتحليلها ومن ثم تصحيحها وعزل الجوانب غير الملائمة من سلوكه وتحديد



الخطوات السلوكية الجديدة التي سوف يتبناها وخروجه من الصراعات الذاتية إلى ديناميكية عملية. ويعمل المحلل هنا على إعطاء صورة صادقة للمريض عن ذاته دون نقد أو تشويه لهذه الصورة.

٢- التحليل الوجودي :

و- العلاج الجشتالتي :

يرتبط بالفلسفة الوجودية. ويتمركز حول التجربة الراهنة المباشرة للمريض بأبعادها الإنفعالية والمعرفية. يدفع المعالج المريض خلال الجلسة إلى الارتباط بواقعه والوعي بالتفاعل بين ذاته ومحيطه. وتستخدم أساليب الإفراغ والسيناريو لعب الأدوار، والحوار التمثيلي لمواقف هامة في حياة المريض...

٣- التحليل النفسي الجماعي :

يتم عبر مجموعة من الأفراد متوسطهم سبعة مع محلل نفسي مختص يقوم بتأويل التداعي المشترك للمجموعة ضمن ديناميكيتها ويأخذ بالاعتبار آلية التحويل... هذا الأسلوب له مزايا منها العامل الاقتصادي لكن أيضاً تقلص عناصر الارتباط بالمحلل والتفاعل المتبادل بين أفراد المجموعة...

وتوجد أشكال من العلاج النفسي الجماعي أكثر مرونة وتعتمد على معالجة المعاناة الراهنة للأفراد، فون العبور إلى النكوص وتحليل الإشكالية البدئية.

٤- الدراما النفسية :

تعتمد على عدة مناهج فقد ابتكرها مورينو ثم تطورت حسب المدارس. تتمثل الدراما النفسية التحليلية في لعب أحد أفراد المجموعة دوراً مستوحى من حياته اليومية الراهنة أو الماضية أو حتى من خياله يسانده في ذلك بعض أفراد المجموعة انطلاقاً من ذلك يتم تحليل التفاعلات المتبادلة والانفعالات والتداعيات الناجمة عن لعب الدور بما يزيد وعي كل فرد بأشكالته الشخصية والعلائقية وتمكّنه من استيعابها الايجابي.

٥- التحليل بالحلم أليقظ الموجه :

طريقة في العلاج النفسي ابتكرها الفرنسي «ديزوال» تستمدّ يناييعها من

نظريات «فرويد» و«يونغ» وتتمثل في إحداث حالة من الاسترخاء يتبعها إيجاء تنويمي يوجه الفرد نحو تخيلات حول موضوع أو صورة معينة ثم يتم تحليل وتأويل تطور الأحلام اليقظة لدى الفرد. كما يساعده المحلل على تجاوز المواقف الخيالية المثيرة للقلق والحصر.

#### ٦. التحليل التخديري :

يتم بحقن وريدي بطيء بجرعة من الباربيتورات السريعة (أموباربيتال صوديوم) قد تشرك مع مركب أمفيتاميني. يتحقق بذلك خفض اللجم والرقابة الذاتية مع تحقيق استرخاء نفسي وجسدي كافيان لتسهيل التعبير الحر وورود الذكريات القديمة.

يستطب التحليل التخديري في العصابات الإرتكاسية الحديثة العهد (عصابات الحرب، العصابات الرضية) وفي العصابات الرهابية وحالات الحصر والاضطرابات الجنسية العصابية.

#### التنويم الطبي :

يستخدم عادة تعبير «التنويم المغناطيسي» إلا أنه غير علمي لذلك فضلنا استخدام تعبير «التنويم الطبي» أو «التنويم العلاجي». تدوم جلسة التنويم العلاجي حوالي ثلاثين دقيقة ويستمر العلاج من شهرين إلى عدة أشهر حسب الحالة بمعدل جلسة أسبوعياً يتضمن السياق العلاجي خلال الجلسة المراحل التالية:

- المحادثة المهيئة وشرح كيفية العلاج
- استخدام التقنية التنويمية وتعميق الحالة التنويمية
- الإيجاءات العلاجية أو التحليل خلال النوم العميق
- الاستيقاظ والمحادثة التالية للتنويم
- يستخدم التنويم عدة وسائل علاجية أهمها:
- ١- الإيجاء الذي يستهدف إزالة الأعراض المرضية
- ٢- إحداث استرخاء نفسي وجسدي
- ٣- التطهير التنويمي ويتمثل في إحياء رض نفسي أو صراع قديم وإعادةه إلى

الذاكرة مما يزيل الأعراض التي تعبر عنه زمزياً. ويميل بعض المحللين حالياً إلى استخدام التنويم عبر التحليل النفسي بهدف اختصار مدة المعالجة التحليلية.

الاستجابات المرضية النفسية للتنويم العظمي:

- العصابات الهستريائية

- بعض العصابات الرهاية

وتستخدم أساليب مشتقة من التقنية التنويمية ومشاركة مع تقنيات أخرى في معالجة عدة اضطرابات نفسية ونفسجسمية أخرى.

المعالجات النفسية الداعمة .

أكثر أنواع المعالجات النفسية شيوعاً لاتساع نطاق استجاباتها وخضوعها لشروط أكثر مرونة من المعالجات النفسية المختصة الأخرى فهي تتوجه إلى التجربة اليومية للمريض وحالاته النفسية الارتكاسية، فتعمل على تخفيف الأعراض وتحقيق تلاؤم مريح للمريض مع محيطه . تستطب هذه المعالجات أيضاً في حالات مرضية لا يمكن أن يستطب فيها تحليل نفسي عميق كما تكون أحياناً مرحلة مهينة للعلاج النفسي الجذري عندما يكون المريض عاجزاً عن الإقبال على هذه المعالجة مباشرة بحكم بنيته النفسية المتصلبة أو الضعيفة أو طبيعة اضطراباته المرضية أو ظروفه الذاتية.

عناصر العلاج النفسي الداعم:

يتمركز العلاج النفسي الداعم حول التجربة الراهنة للفرد ويستهدف تحسين تفهمه لإشكالاته وتقبله لذاته ودعم بنيانه الأنوي وتكيفه الفعال مع محيطه وتستخدم في ذلك عدة عناصر منها:

- التوجيه: يتم على المستوى النفسي من حيث تأويل تجربة المريض الراهنة ودوافعها وعلى المستوى السلوكي، حيث يحاول الطبيب توجيه الفرد إلى سلوك أكثر فعالية ويشعه على تحقيق مشاريعه الايجابية كما يمكن أن يتدخل عند الحاجة والإمكان لتصحيح ظروف محيطه

- الإيحاء والإقناع ويتمان خصوصاً عبر الآلية التحويلية حيث يكتسب المعالج ثقة المريض ويشكل بالنسبة له مثلاً أنوياً بحيث يتقبل الإيحاء والإقناع اللذين يظلان ضمن نطاق عنصر التحليل العقلاني والواقعي مما يصحح باتجاه إيجابي تصور المريض لذاته وعلاقته مع محيطه .

- التلمين : يعمل الطبيب على إعادة الأحداث إلى حجمها الطبيعي ويخفف قلق المريض وشكوكه وأزماته بإعادة تقييم الواقع بشكل إيجابي إستجابات المعالجة النفسية الداعمة :

- الأزمات النفسية الارتكاسية لدى أفراد أسوياء
- الحالات العصابية القلقة مع هشاشة الأنا
- الأفراد ذوي الشخصيات اللا ناضجة (الهموديون المزمنون، الواهنون نفسياً)
- الحالات النفاسية دون تراجع خصوصاً الفصام والهذيان المزمّن وإثر الهجمات الهذيانية...

## المعالجات النفسية ذات الوساطة الجسدية

تستمدّ ينابيعها من مصدرين: النظريات الفيزيولوجية الحيوية ونظرية التحليل النفسية وقد تطوّرت بشكل هائل خلال العقود الأخيرة وتعدّدت أشكالها ومدارسها والمراكز الطبية النفسية التي تستخدمها لمعالجة مختلف الإضطرابات النفسية والنفسجسمية. تعود آلية فعلها العلاجي إلى تكامل الوحدة النفسية الجسدية، حيث أن الشخصية البشرية لا تتحقق إلا عبر مختلف العناصر والخصائص النفسية والجسدية، فيعبر السلوك والبنيان النفسي عن البنية والديناميكية الجسدية كما أن الجسد يصبح أداة تعبيرية مباشرة أو رمزية لمختلف التبدلات والإضطرابات النفسية.

## أ - العلاجات الإسترخائية

### ١- طريقة شولتز Training Aurogen

تعتمد على الوعي بالحالة الفيزيولوجية للجسد (توتر العضلات، الثقل، الحرارة، الوظائف الإنبائية كالتنفس والنبض) ويتعلم الفرد نوعاً من الإيحاء التنويمي الذاتي يتدرّب خلالها على السيطرة على هذه الوظائف وضبطها.

### ٢- طريقة جاكوبس: الإسترخاء التدريجي:

تستهدف تدريب الفرد على التعرف على مراكز التوتر الجسدي لديه وإرخاؤها تدريجياً عبر الوعي بالمجموعات العضلية وتمييز وظائفها. بحيث يصبح قادراً على المحافظة على حد أدنى من التوتر العضلي. يتم ذلك بجلسات تدريجية يومية يوجّه فيها الأخصائي الفرد مرة أو مرتين أسبوعياً لبضعة أشهر. عملياً تتضمن التمارين مراحل من الإسترخاء العضلي الكامل ومراحل من التدرّب على تمييز العضلية بارخاء بعضها وتوتير البعض الآخر الخ...

### ٣- طرائق الاسترخاء التحليلي:

تعتمد على التحويل وتحليل علاقة الإستجابات الجسدية مع الذكريات والصراعات والنزعات الغريزية اللا شعورية وذلك خلال عملية الإسترخاء الجسدي الذي يرافقها تعبير لغوي عن الأحاسيس والانفعالات والصور والتداعيات الطارئة.

### الإستجابات:

الإضطرابات النفسية الحركية، حالات القلق وعصابات الحصر، وبعض الأمراض النفسجسمية والإضطرابات العصبية الإنبائية والعصابات الرهابية...

## ب - المعالجات النفسية الإنسانية:

تنتمي هذه المعالجات إلى ما يسمى بتيار علم النفس الإنساني الذي يستند على تكامل التجربة الإنسانية النفسية والجسدية والاجتماعية عبر تظاهراتها السلوكية النزعاتية والغريزية والعلائقية والحيوية. معظم مؤسسي هذه المعالجات مروا بتجربة التحليل النفسي وتشبّعوا بنظرياتها، بحيث أن أساليبهم لا تتناقض مع التحليل النفسي بل تعتبر تكميلاً وتطويراً له، من حيث ازدياد اهتمامها بالبنية

والديناميكية الأنويتين وبالرابطة الجذلية بين النمو النفسي - العضوي والعلاقة البشرية. فهي من خلال الدراسات عن العلاقة بين الرضيع ومحيطه (أمه خصوصاً) وكذلك من خلال تحليل الأفراد الكهول خلصت إلى وجود حاجات نفسية جسمية جوهرية أهمها:

- الحاجة إلى الأمن والطمأنينة
  - الحاجة إلى الضبط العلائقي
  - الحاجة إلى الحب والانتباه
- ويلعب الحرمان دوراً هاماً في السياق النفسي الجسيمي

#### ١- التحليل النفسي - الحيوي:

انطلقت هذه المدرسة من دراسات «ويلهلم رايش» الذي لفتت نظره بعض العقبات التي اصطدمت بها النظرية الفرويدية خصوصاً موقع القلق والحصر في هياكل هذه النظرية وغياب المعادلة التي تجمع بين الحصر النفسي والحصر الجسدي وكيفية التبادل بينهما ومفهوم وحدود الرمزية في التظاهرات العصبية الجسمية. فخلص «رايش» إلى أن الجسد طرف جوهري في الجهاز النفسي يلعب دوره في آليات الدفاع الأنوي من خلال بناء درع عضلي متصلب يشكل عقداً مستعصية أمام تحرر النزعات والانفعالات المكبوتة مع ما يرافق ذلك من تبدلات وظيفية واضطرابات عصبية إنبائية...

إن التحليل النفسي الحيوي لا يقتصر على التداعي اللغوي المجرد بل يفتح الباب أمام الممنوع في التحليل النفسي الكلاسيكي إذ يعطي الكلمة للجسد فيأخذ حرية الحركة والتعبير والصراخ والبكاء وتفرغ الشحنات الإنفعالية التي تعرقل استيعاب الفرد لذاته وتحرر طاقاته وقدراته الإبداعية وتخلصه مع المعاناة والصراعات النفسية يتم التحليل الحيوي بشكل علاج فردي أو جماعي. ويتضمن تمارين جسدية وتنفسية تستهدف إطلاق الطاقات الحيوية ويعتمد السياق العلاجي على ترافق اكتشاف المقاومات الجسدية والتصلب الدفاعي مع استكشاف اللا شعور والصراعات والذكريات المكبوتة فيه.

#### ٢- العلاج بالصرخة البدئية: (جانوف)

سياق علاجي حيوي يستمد أساسه من مقولة وجود حرمان بدئي يتراكم في الكيان النفسي الجسدي على مستوى لا شعوري ويعود إلى مراحل الحياة الأولى يتم العلاج بمرحلة أولى من الجلسات المديدة التي تستمر عدّة ساعات وتستهدف محاصرة إشكالية الفرد وتهيئته للمرحلة الثانية التي تتضمن جلسات من العزل الكامل الجسدي والحسي - الحواسي لتعيد الفرد إلى أقصى درجات الحرمان البدئي بحيث تدفعه شحنات التوتر والإحساس بالحرمان إلى إطلاق صرخات عميقة وتحبي فيه ذكريات مكبوتة وتترافق هذه المراحل بجلسات تحليلية وداعمة . . .

### ٣- التحليل العبوري :

يعتمد على نظرية وجود نماذج شخصية (طفل ، مراهق ، كهل . . .) تتعاقب وتظلّ حيّة في الجهاز النفسي للفرد وتتظاهر في سلوكه وصراعاته النفسية . . .

### ٤- مجموعات التأمل والاستبطان

#### ج - المعالجات التعبيرية

#### ١- المعالجة بالتعبير الجسدي

#### ٢- المعالجة بالموسيقى

#### ٣- المعالجة بالرقص . . .

### المعالجات النفسية العائلية :

تستند إلى النظريات القائلة بوجود مرضية نفسية أسروية تتكثف في أحد الأفراد عبر منظومة العلاقات الداخلية .

#### وهي نوعان :

- المعالجات النفسية الأسروية المنظوماتية : وترتكز على نظرية الإتصال والرابطة المزدوجة .

- المعالجات النفسية الأسروية التحليلية : تركز على نظريات التحليل النفسي

خصوصاً فيما يتعلق بألية التماهي الجوهرية في النمو النفسي للفرد .

تكون المعالجة شاملة لأفراد الأسرة ضمن مجموعة تتمركز على الديناميكية الأسروية . ويقوم بالمعالجة فريق علاجي ينتقل إلى منزل الأسرة أو ضمن جلسات منتظمة أو يجمع عدة أسر متماثلة الإشكالية . كما توجد مقاربات سلوكية للعلاج الأسروي .

### المعالجات المؤسساتية :

هي معالجات جماعية تنجز ضمن مؤسسات للطب النفسي تقوم بمعالجة الإضطرابات النفسية للمرضى عبر تفاعلهم الشامل مع المؤسسة بحيث يتم أيضاً تحليل مرضية المؤسسة وأزماتها عبر الفريق العلاجي ، مما يعمق الوعي والاندماج في سياق علاجي ديناميكي .

### المعالجة الاجتماعية :

تشمل المعالجة الاجتماعية مجموعة من الوسائل والأساليب العلاجية العملية التي تستهدف تحسين القدرات العلائقية للمرضى وإعادة دمجهم وتأهيلهم على المستوى المهني والاجتماعي ومن بينها : المعالجة بالعمل الأنشطة الثقافية (المسرح ، الموسيقى ، الكتابة) . . .

### المعالجات السلوكية :

تعتمد على مبادئ التعلم والإشراف وتنطلق من القوانين العصبية الفيزيولوجية والسلوكية (بافلوف ، واطس) وتهتم بتصحيح سلوك معين يشكل معاناة للفرد وتكيفه أو اضطراباً ضمن المحيط . وتتميز المعالجة السلوكية بدقة هدفها



فهي تحدد عرضاً أو سلوكاً محدداً يعتبر حالة إشراف غير متكيف وتعمل على إزالته أو تحويله إلى إستجابة متكيفة . وترى المدرسة السلوكية أن تغيير عرض أو إستجابة معينة يؤثر على كامل التوازن النفسي السلوكي للفرد . إذ يفتح أمامه إمكانية تكيف جديد يبنى توازناً أكثر إستجابة لظروفه ورغباته . . . .

تبدأ المعالجة السلوكية بمقابلة تمهيدية يحاول خلالها الأخصائي التعرف على إشكالات المريض وتحديد الأعراض والسلوكيات اللا متكيفة التي يرغب المريض بتبديلها ، ومن ثم الإحاطة بشروط وظروف نشوئها . . وقد تستخدم الروايز والاختبارات . وبعد جلسة أو جلستين يُطرح شكل العقد المتضمن السلوك المتفق على تعديله ومنهاج العمل والتزام المريض بالتعاون . . . .

من بين مناهج المعالجة السلوكية :

1 - تقنيات تثبيت الذات (دعم بنية الشخصية)

وتستخدم منهاجاً متكاملًا من عدة تقنيات منها : لعب الأدوار ، التمدج ، سلم المهام . . . . وتتم بشكل فردي وجماعي لمعالجة مختلف اضطرابات التكيف العلائقي .

2 - إزالة التحسس المنهجي : تتضمن تدريباً على الإسترخاء ثم تصور

تدريجي للمواقف المثيرة للقلق والحصر أو الأعراض المرضية الأخرى في الحد الأدنى مع تصاعد شدة المثيرات ثم ينتقل الفرد إلى تطبيق تدريجي لما تعلمه خلال الجلسات يستخدم هذا الأسلوب في معالجة الأعراض العصابية المحددة كالرهابات والسلوكيات القسرية والاضطرابات الجنسية والاضطرابات العصبية الانباتية المرتبطة بالحصر .

3 - الإغراق

يتم بحمل الفرد على مواجهة الموقف المثير للحصر خلال فترة مديدة (حوالي

ساعة) مما يتيح إزالة الإشارات بزوال الحصر إجباراً لطول فترة التعرض . يتم العلاج بطورين متعاقبين الأول يتخيل الموقف خلال فترة مديدة والثاني التعرض له بشكل فعلي .

#### 4 - الإشارات الفاعل :

يتم عبر تعزيز أو تشييط سلوك معين بالتأثير على سياق الإثابة والحرمان الذي شكل الإستجابات والإشارات القائمة .

يستخدم هذا الأسلوب العلاجي في الهستيريا التحويلية واضطرابات السلوك الغذائي والتبول الليلي وبعض حالات الفصام والتخلف العقلي .

#### 5 - المعالجة بالكف الإشرطي

تستخدم ما يسمى «بمبدأ المفارقة» الذي يتمثل في أن بعض السلوكيات اللاإرادية تنطفيء عندما يعمل المريض على إحداثها إرادياً وتستخدم هذه الطريقة في معالجة العرآت واضطرابات الكلام وبعض السلوكيات القسرية .

#### 6 - المعالجة بالكف التنفيري :

يتم كف الإستجابة المرضية بإرفاق مشير معين بمشير منفرّ ( كالصنعة الكهربائية) . . . من بين هذه الأساليب معالجة الإدمان الكحولي بمرافقة جرعة كحولية مع مادة ديسلفيرام Disulfiram التي تحدث حالة اضطراب إنباتي (غشيان ، تعرق ، شعور بالحصر والضييق الخ . . .)

#### 7 - المعالجات الجنسية . . .

#### 8 - تقنيات الضبط الذاتي والتعديل المعرفي :

تعتمد على : - المراقبة الذاتية - التعزيز الذاتي الإيجابي أو السلبي - التقويم الذاتي . . .

## XII الضبط الحيوي الراجع :

منهاج حديث يحقق السيطرة على الجهاز العصبي الإنبائي . تستخدم في ذلك أجهزة كالمقياس العضلي الكهربائي ، ومقياس المقاومة الجسدية ، ومقياس الحرارة السطحية وجهاز تخطيط الدماغ الكهربائي . يعتمد المبدأ على تقديم معلومات موضوعية للفرد ، عبر الجهاز عن وظائفه الجسدية ، ويقوم بالتدريب على السيطرة عليها وتعديلها ويحقق ذلك نتائج إيجابية جدا . وهذا المنهاج بصدده الخضوع للبحث والتطوير .

يستخدم في معالجة حالات القلق المزمن والصداع الشقي ، والتوتر العضلي ، واضطرابات نظم القلب الوظيفية وفرط التوتر الشرياني والربو القصبي وشرث رينو (إضطراب التوعية الشعرية للأطراف) وعدد من الإضطرابات النفسجسمية الأخرى .

## المصادر والمراجع

- 1 - د . الفرد أدلر (ترجمة د . محمود الودرني) معنى الحياة
- 2 - د . جمال أتاسي : الطب النفسي ، جامعة دمشق دمشق 1980 .
- 3 - د . زياد درويش : الطب الشرعي ، جامعة دمشق ، دمشق 1980 .
- 4 - د . عطوف محمود ياسين : علم النفس العيادي ، دار العلم للملايين بيروت 1981 .
- 5 - د فيصل الصبّاغ ، د أنس سبّح : الأمراض العصبية ، جامعة دمشق دمشق 1982 .
- 6 - د . محمود هاشم الودرني : العصابات النفسية ووسائل معالجتها دار الحوار . اللاذقية 1983 .
- 7 - علم النفس الجنسي . دار الحوار . 1985 .
- 8 - د . ميخائيل إبراهيم معد ، علم الإضطرابات السلوكية ، الأهلية للنشر والتوزيع ، بيروت 1977 .
- 9 - د . هشام بكداش . الجراحة العصبية جامعة دمشق دمشق ١٩٧٧ .

- 10- ABRAHAM G. : Psychiatri pluridimensionnelle 262 p Paris, Payot 1976
- 11- ABRAHAM Karl; œuvres Complètes 2 vol, Paris, Payot 1977
- 12- ALEXANDER FG, SELESNICK S.T. : Histoire de la Psychiatrie 479 p. Paris, Armand Colin 1972.
- 13- ANGST J. : Classification and prediction of outcome of depression Symposia Medica Hoechst 8F.k Sch. Verlag Stuttgart 74
- 14- BALINT M. Le Medecin, Son Malade et la maladie, trad. Valabrega, 422p. Paris, Payot 1960
- 15- BASTIDE, Roger: Sociologie Des Maladies Mentales, 314p. Paris, Flammarion 1965
- 16- BAUDELLOT, ESTABLET, LAHLOU : Aspects Sociologiques Du Suicide in Gazette Medicale, pp21-37, Paris 1985
- 17- BECK AT, : Depression, Clinical, experimental and Theoretical aspect New York P.B.Hæber 1967
- 18- BECKER E. Revolution in Psychiatrie 276P, New York Free Press 1964
- 19- BERGERET J.: La depression et les etas limites, Paris Payot 1975
- 20- BERNE E. : Analyse Transactionnelle et Psychotherapie, 279p. Paris, Payot 1981
- 21- BERNHEIM M. Recueil detextes Paris, Doin edit. 1904
- 22- BLUM g,s. : Les theories psychanalytiques de la personnalité, Paris P,U,F. 1955
- 23- BOULANGER J.P. : Attaques de panique ou crises d'angoisse, in Gazette Medicale pp. 27-30, N° 3- Paris 1985

- 24- CHAZAUD (J):. Introduction a la Psychoanalyse 1974.
- 25- Les Perversions Sexuelles 1973 Privat. Toulouse.
- 26- COLONNA L. Particularite's de l MAO in Gazette medicale pp95-96, n°.11, 1985 Paris.
- 27- DADOUN R. Cent fleurs pour Wilhelm Reich, 410p Paris, Payot 1975.
- 28- DELAY J. Les dereglements de l'humeur, Paris P.U.F.
- 29- DUGUAYR. ELLENBERGER HF et coll.: Precis pratique de Psychiatrie 693p, Cheneliere et Stanke Montreal, Paris 1981.
- 30- ERIKSON HE.: Adolescence et crise 348p, trad. Flammarion Paris 1972.
- 31- EY H. traite' des Hallucinations 2T, Masson et Cie, Paris 1973.
- 32- EY BERNARD.P. BRISSET CH: Manuel de Psychiatrie, 1250p Masson et Cie Paris 1978.
- 33- EYSENK H.G. Les dimensions de la personnalite', P.U.F Paris 1950.
- 34- EYSENK H6 Conditionnement et bevroses, Gauthier- Villard Paris.
- 35- FREUD Anna: Le moi et les mecanismes de defense P.U.F. Paris.
- 36- Normality and Pathology in childhood International University Press. New York 1965.
- 37- FREUD Sigmund: Introduction a' la psychanalyse 443p. Payot Paris 1974.
- 38- Trois essais sur la theorie de la sexualite', 189p Galliard, Paris 1962.
- 39- Essais de Psychanalyse, 277p, Payot, Paris 1981.
- 40- Abre'ge' de Psychanalyse, 84p, P.U.F. Paris 1978.
- 41- La technique psychanalytique, 141p, P.U.F. Paris 1975.
- 42- Cinq psychanalyses, 422p, P.U.F. Paris 1967.
- 43- Nevrose psychose et perversion, 306p, Paris 1973.
- 44- FROMM. E.: Le cœur de l'homme, 215p, Payot Paris 1979.
- 45- Le langage oublie', 211p, Payot, Paris 1980.
- 46- GAYRAL L. Pre'cis de psychiatrie, Baillere (427p) Toulouse 1976.
- 47- GINESTET D. PERON- MAHNAN: Chimiotherapie psychiatrique 246p, Masson, Paris 1984.
- 48- GREENSON. R.R. Technique et pratique de la psychanalyse, 509p. P.U.F. Paris 1977.
- 49- GUYOTAT J. et co. Psychotherapies medicales T1, 266p Masson Paris 1978.

- 50- HAYNAL A. PAZINI (W) Abrege' de medecine psychosomatique 292p, Msson, Paris 1978.
- 51- HELLBRUMR. Pathologie de la violence, 195p, Reseaux Paris 1982.
- 52- HELD R.R. Psychothe'rapie et psychanalyse, 315p. Payot, Paris 1968.
- 53- HILL P. MURRAY R. THORLEY A. Essential of postgrasuate psychiatrie, 802p, Academic Press London- New York 1979.
- 54- HORNEY K.: Les voies nouvelles de la psychanalyse, 246p, L'Arche, Pqris 1951.
- HUBERT
- 55- JANOV A. Le cri Primal, 504p, Flammarion, Paris 1975.
- 56- GUNG C.G: L'hom me a` la decouverte de son a`me, 347p Payot Paris 1972.
- 47- Dialectique du moi et de l'inconscient, 274p Gallimard, Paris 1964.
- 58- KERBIKOV et Co. Psychiatrie, Edition Mir, Moscou 1968.
- 59- KIEL HOLZ (P) Les Pressions masquee's, Symposion internqtionql S' Moritz Masson Paris 1973.
- 60- KLEIN: Essais de psychanalyse, Payot, Paris.
- 61- KOPERNICK C. LOO H. ZARIFAN E., Precis de psychiatrie, 478p Flammarion, Paris, 1982.
- 62- KRAEPLIN E. Introduction a` la psychiatrie cliniaue, 439p Navarin Paris, 1984.
- 63- KRETSCHMER E. Manuel theorique et pratique de psychologie Medicale Payot, Paris.
- 64- KRUPP M.A. CHATTON M.J.: Current Medical diagnosis and treatement Los Altos (california, Lange 1980).
- 65- LACAN J. Ecrits, 2T, Seuil Paris 1966.
- 66- LAFORGUE (R) Psychopothologie de l'echer, 236p, Payot, Paris 1965.
- 67- LAING (R.D.) Le moi divise' stock, Paris 1970.
- 68- LAPLONDE (P) GRUNBRG (F) Psychiatrie clinique, approche contemporainem 925p, Gaeten Morin, Quebec. 1981.
- 69- LAPLANCHE (J) etPNTALIS J.B. Vocabulaire de psychanalyse P.U.F. Paris.
- 70- LAUNAY J. et CO. Le re've eveille dirige' et l'inconscient, 455p. Dessart- Mardaga, Brucelles, 1975.

- 71- LEMAIRE A. Jaques Lacan, 379p, P. Mardaga, Bruxelles 1977.
- 72- LEMPERIRE Th, FELINEA. et Co. Psychitrie de l'adulte 430p, Masson Paris 1980.
- 73- MAZET (Ph) HOUZEL (D): Psychiatrie de l'enfont et de l'adolexent, 2T Maloine S. Paris 1979.
- 74- MEURICE E. Psychiatrie et vie sociale, 349p, Dessart et Mardaga, Bruxelles 1977.
- 75- NACHT (S) Le Masochisme, 184p, Payot Paris 1965.
- 75- Guerir avec Freud 242p, Payot Paris 1977.
- 77- OKEN P. LAKOVICS MAGNUS: A clinical Manuel of psychiatrie 281p, Elsevier New York 1982.
- 78- PAVLOV: (P) Typologie et Pathologie de l'activite nerveuse Superieure P.U.F. Paris.

عنوان المؤلف

Dr OUEDERN

BP . 110 . 75231 PARIS 5 FRANCE



## المحتويات

٥	مقدمة
١١	القسم الأول
١٢	الفصل الأول
٣٠	الفصل الثاني
٥٢	الفصل الثالث
١٠٧	الفصل الرابع
١١٧	القسم الثاني
١١٨	الفصل الأول
١٨٣	الفصل الثاني
٢٠٢	الفصل الثالث
٢٤٤	الفصل الرابع
٢٥٣	الفصل الخامس
٢٨٧	الفصل السادس
٣٠٨	الفصل السابع
٣١٨	الفصل الثامن
٣٣١	الفصل التاسع
٣٤٣	القسم الثالث
٣٧٨	المصادر والمراجع





تصدر عن دار الحوار السلسلة التالية :

\* مركز الدراسات والبحوث الأدبية والفكرية

\* مكتبة أمّ مكتوم

\* المكتبة المسيحية

\* مكتبة ثقافة المرأة

\* مكتبة ربيع النفس

\* مكتبة التراث العربي

\* المكتبة الرواد

\* مكتبة القديسة

\* المكتبة الطيبة

\* المكتبة التاريخية والفكرية والفنون

\* المكتبة الأدبية للفتيان والفتيات

\* مكتبة عصرنا

\* مكتبة عصرنا

\* مكتبة السياسة والاقتصاد



سورية اللاذقية - شارع الزراعة

ص. ب. ١٠١٨ - هاتف ٢٢٢٥٩