منشورات جامعة دمشق
كلية التربية

علم الشذوذ النفسي

الدكتور
علي سعد

جامعة دمشق

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

المقدمة

غدا علم النفس وتطبيقاته بين العلوم الرئيسة التي تعتمدها الاستراتيجيات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتربوية في التخطيط لحاضر ومستقبل المجتمعات المتطورة .

وغدا – مع العقود الأولى – من هذا القرن التفكير بادخال خدمات علم النفس في النشطة البشر المتنوعة تفكيرا انتاجيا يدل على الدخل القومي اضعاف ما ينفق عليه .

وعلم الشذوذ النفسي موضوع هذا الكتاب من ابرز فروع علم النفس . تتمثل اطروحاته اعمال بنى الذات ، ونظم الحياة النفسية ، والاجتماعية ، والانفعالية الشخصية الانسانية ، التي يلف الغموض كينونتها ، وترافق الاسرار صيرورتها .

لا يتوقف علم الشذوذ النفسي عند دراسة المضطربين وانماط حياتهم السلوكية، والثقافية ، وانما يتعدى ذلك ليشمل من بين ما يشمل الاسوياء على تنوعهم في الخلق، من حيث حاجات ودوافع ومعوقات نموهم . وهو حين يكشف بتقاناته العلمية الدقيقة المستدل الاسود ، الشخصي والاجتماعي ، ويزيح الستار عن الصراعات النفسية والاخلاقية ، والثقافية ، والاسرية ، ويضع تحت المجهر العيوب ونقاط الضعف ، ويواجهنا بخصائصنا الشعورية واللاشعورية باعطائنا تعريفا النفسي أو بالاحرى : لقبنا الانفعالي الانساني . حين يفعل كل هذا والكثير غيره يقدم خدمات عظيمة تساهم في رفع مستوى الوعي متعدد الاوجه ، اللازم للحياة السوية، والصحة، والكفايات الانتاجية .

تالي مساهمتنا المتواضعة في سياق تدعيم الوعي النفسي الذي نتوخاه في مجتمعنا ، ويحزننا عدم وجوده بالشكل الذي ينسجم مع قيمته لدى اكثر من موقع من مواقع حياتنا المتقدمة بافتراد ، ويطرح غياب خدمات علم النفس في بيئتنا اسئلة كثيرة نتمنى الاجابة عنها بظهور العديد من المساهمات العلمية النفسية كاطار نظري لمؤسسات تشاد وتعنى بالانسان سلوكيا وانفعاليا لتتكامل مع سبل العناية الاخرى ، وترفع من مكانة الانسان غاية كل تنمية . والامل الاكبر في ذلك يقع على عاتق المتخصصين المؤمنين بامكانات علم النفس وبدوره وبالحاجة اليه .

يعد المؤلف بتقارير الملاحظات التي سيتكرم بها القارىء الناقد ، ويوضعها بالحسبان في طبعات او كتب لاحقة وسيكون المؤلف نفسه في مقدمة المنتفعين ومن اكثرهم شدة بحثا عن ذلك الكمال العلم .

دمشق ـ حزيران ١٩٦٢

الدكتور

علي فاهر سعد

الفصل الأول

الشذوذ من منظور تاريخي

ـ دينامية المفهوم ـ

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الشذوذ من منظور تاريخي

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

ـ تتمثل في السياق التاريخي الفلسفة بأبعادها الفردية والاجتماعية والانسانية، وتتمثل معها وجهات النظر المفسرة لقضايا الوجود ، ومكوناته المادية والروحية والفكرية ، ويصبح ما كان مجهولا بالامس معروفا وبديهيا اليوم ويحل مكان التفسير البدائي الجاهل تفسير أكثر تقدما ووثوقية .

ـ في السياق التاريخي تطرح إشكالية القيمة وديناميكيتها بما فيها خضوعها للتغير والتعديل . وخلافا لما تذهب اليه الكثير من الاراء والفلسفات المثالية حول ثبات القيمة في مواجهة الحركية المادية والاجتماعية ، فاننا نرى أن مقتل القيمة هو في اخراج هذه القيمة من مجالها الاجتماعي وعدها فوقه فاعلة فيه غير منفعلة . اننا نشير من البداية الى أننا لا نعتد بالرأي الذي يشير الى سكون الاشياء المطلق

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

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

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

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

وما يميز اضطرابات اليوم عن اضطرابات الامس حسب مضمولنا في البحث هو كمها وشدتها وتنوعها ، وأدوات البحث والتشخيص فيها أكثر من ماهيتها ـ

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

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

التلبس الشيطاني والاضطراب السلوكي / القوى ما فوق الطبيعية / :

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

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

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

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

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

وفي العصور المتأخرة اختلطت فكرة الجنون الذي يسببه التلبس الشيطاني بفكرة ممارسة السحر ، وهو ارتباط ظل موجودا حتى القرن السابع عشر على الاقل (١٩٨٧-١٥٢) واشتمل الكتاب الخاص الذي ظهر عام ١٤٨٤ باسم مطرقة السحرة وكتبه اثنان من الرهبان الدومينيكان بالاضافة الى ما اشتمل عليه من نصائح حول كيفية اكتشاف السحرة وأدانتهم وعقابهم قدرا كبيرا من المعلومات حول السلوك المنحرف الذي كان معظمه سلوكا جنسيا فاضحا ، وهذا الشيء الاخير ليس مثيرا للدهشة فقد تمسك / كريمر وسبرنجر / مؤلفا الكتاب بفكرة ان الشيطان يحل داخل الساحرة ويتلبسها من خلال الاتصال الجنسي معها ، وحيث أن التحرير

أو العتق الكلي للروح الخالدة هو الاكثر أهمية من توفير الراحة للجسد المتلبس أو المريض ، فقد استخدم العقاب البدني في أشد صوره كالاغراق في الماء والاحراق بالنار من أجل جعل الجسد مأوى لا يطاق ومكانا للاقامة لا يحتمل بالنسبة للشيطان، وقد استخدم هذا الاسلوب أيضا بالاضافة الى الطقوس الروحية المعتمدة أساسا على الرقي والتعاويز .

وعند دراسة الاضطرابات العقلية لدى الرجل البدائي ، فاننا كثيرا ما نواجه بما يسمى (الشامان) ويبرز الشامان (٢-١٩٨٤-١٥) كطبيب ملهم عرضة لأن تستحوذ عليه الأرواح ، وأن تتكلم هذه الارواح من خلاله وقد أوردت التقارير الاتنروبولوجية الجوانب الدرامية لما يقوم به الشامان ، وخلال ما يدعيه من ظهور الارواح أثناء جلسات مشحونة انفعاليا .

وتكشف هذه الدراسات عن الدور القيادي اجتماعيا للشامان وكذلك وظيفة العلاج النفسي ، وعادة ما تعقد هذه الجلسات في حضور آخرين . وتتزايد حدة اضطرابات الشامان ، وهي اضطرابات يعمل على خلقها التدخين بشراهة ، وتناول أجزاء معينة من بعض نباتات الصبار وغير ذلك . وتكون هذه الجلسات مصحوبة بموسيقى ايقاعية وبخاصة الطبول ، الى أن يصل الشامان الى حالة من فقدان جزئي للشعور ، مصحوبة بحركات غير طبيعية ،ويكشف الشامان عن وجود الارواح من خلال ما ينفوه به، وما يقوم به من حركات عنيفة . وخلال اشتراك مرضى العقل في هذه الطقوس، فانهم قد يعترفون بخطاياهم أو يطلبون شفاءهم مما يعانونه ، وبخاصة مما يعزى الى الروح الشريرة . وعادة ما يعبر الشامان عن تحرير المريض من الروح الشريرة بأن يخرج الشامان من فمه هو شيئا مثل حصاة أو حشوة أو شعرة أو غير ذلك .

وكانت شخصية الشامان موضع نقاش . والفكرة عن الشامان أنه هو نفسه لم يكن ذهانيا (Psy chotic) أو مصابا بالصرع كما كان يظن بذلك بعضهم من قبل ، وانما الشامان هو أساسا رجل عصابي(Neurotic) . وانه كان يجد مخرجا لانفعالاته خلال تلك الجلسات والتي تمثل محاولة لا شعورية لشفاء نفسه . على

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

ولم تكن الفترة آنفة الذكر لتخلو من بعض الافكار والممارسات الخرافية، التي كانت تجرى في المعابد على يد الكهنة الاغريق والرومان ، الذين اعتقدوا بوجود الهة للشفاء ، ومن الخرافات التي أحاطت بأسباب المرض العقلي انه يتأثر بدوران أوجه القمر ومن هنا كان اشتقاق كلمة (العته) الانكليزية (Lunacy) من كلمة القمر (Lune) (٣ــ١٩٨٣ــ١٣).

ويبدو من الممكن العثور على ما يشير الى اتجاه خرافي آخر مرتبط بقوى خارقة يمثل امتداداً لاتجاه التلبس الشيطاني . كالاتجاه التآمري (٤ــ١٩٨٦ــ٣٤) الذي يذهب أصحابه الى التأكيد بأنه لا يوجد مرض عقلي في الواقع الفعلي وان المرض موجود فقط في عين الناظر ، وبأن المريض هو ضحية الصاق تسمية المرض به ، وان هذا الالصاق هو أشبه ما يكون بمؤامرة على الفرد لنعته بصفة المرض ، وان هذه المؤامرة متعددة الجوانب تشترك فيها الاسرة والمجتمع والباحث الاجتماعي والطبيب المختص وغيرهم من المنتفعين . ويقول ساز في هذا الموضوع : « ان نعت فرد ما بصفة المرض يجيز لنا أن نتولى رعايته ، وان نتخذ قرارات تؤثر في حريته تحت ستار تقديم العون له » ، وبهذا فان المرض العقلي يلعب في الحياة دور السحر الذي ساد في الماضي . وطبقا لهذا الاتجاه التآمري « فان المجتمع يستعمل القوة والخداع وتحت قناع من بلاغة الشفقة، وبعون من المتخصصين من الاطباء ، وبهذا يمكن تجريد أي فرد غير مرغوب فيه اجتماعيا من المقدرة على المقاومة والدفاع عن النفس وبصورة تبدو مرموقة ومشروعة » .

طبيعية الاضطرابات السلوكية / وجهة النظر الطبيعية :

مع تطور ميادين المعرفة الانسانية ورقيها تبلورت وجهات نظر جديدة حول

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

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

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

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

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

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

وفي تقديم تاريخي يستعرض (ص ص ١٩٨٦ س ص ١١) الارهاصات الاولى لوجهة النظر الطبيعية في تفسير الشذوذ ويعيدها الى منتصف القرن الاول قبل الميلاد حيث ظهر الطبيب اسكليباديس Asclepades وهو متخصص في الأمراض العضوية ، حيث أشار الى أن سبب المرض العقلي يكمن في الاضطراب الانفعالي الذي يصيب بعض الافراد وهو لذلك كان ينصح بالرفاق المرحين ، وبسماع الموسيقى ، والترفيه عن النفس كوسائل علاجية ، وقد كان من أول الاطباء الذين رفضوا فكرة حجز المريض العقلي في غرفة مظلمة ، وكان ينصح بوضع مرضى العقل داخل حجرات مضيئة تتوافر فيها الشروط الفيزيقية بصورة جيدة ، وذلك لأن الظلام يزيد من مخاوف المرض ، ومن مشاعر البؤس التي تسيطر عليهم ، وهذا ما يزيد من شدة أعراض (الجنون) لديهم . ثم ظهر طبيب اسمه سلسوس (Celsus كانت له بعض الآراء الثورية ، فهو كان يرى أن الطب العقلي لا يتم الشفاء فيه عن طريق الفلسفة ، فالفلسفة وسيلتها الكلمة ، والكلمة قليلة الفاعلية في الشفاء ، وقد هاجم معظم الاساليب المتبعة في علاج الامراض العقلية ، وأهمها أسلوب العنف ، والضغط ، والشدة ، ونتيجة لذلك فقد خرج سلسوس بمفهوم جديد في علاج مرضى العقل ، يقوم على تخليص العقل مما يسيطر عليه من ضغوط ومن توترات لا تحتملها النفس البشرية ، وفي نحو نهاية القرن الاول الميلادي كتب Soranus وهو متخصص في الطب ـ عن الاصول الواجب اتباعها في علاج المرضى العقليين ، فقرر بأنه تجب معاملتهم برفق ، ودون قسوة ، وأن يوضعوا في حجرات صحية بعيدة عن الضوضاء ، وأن تكون هذه الحجرات في الطابق الارضي منعا لالقاء المرضى بأنفسهم من الطوابق العليا ، وقد استفاد سورانوس من آراء الطبيب (سلسوس) . وفي تلك الفترة كان هناك اتجاه آخر في مجال الاهتمام بالمرض العقلي يمثله كايليوس أوريليانوس (Caelius Aure Lianus الذي تناول المرض العقلي من زاوية الانحرافات الجنسية ، وعد الجن مصدرا للانحرافات العقلية يصيب الرجال والنساء على حد سواء ، وبعد ذلك كانت هناك بادرة قوية من أحد الاطباء واسمه جالن Galen كان قد

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

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

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

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

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

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

وللحضارة العربية اسهاماتها العظيمة في تطوير اسس علم نفس الشواذ والاضطرابات النفسية من خلال اجتهادات ونظريات بعض مفكريها . وأينما استعراض آراء بعضهم مبتدأين بهذه القصة التي يسردها ابن سينا في كتابه القانون في الطب ، والتي تشير الى محاولة تشخيصية مبكرة لمرض نفسي عرف لاحقا.

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

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

وبعد أن وضع السكين على عنق المريض رفعها قائلا: ما بال هذه البقرة هزيلة ضعيفة حتى انها لا تصلح للذبح . فرد المريض ، انها تصلح للذبح فاذبحني .. فقال ابن سينا كلا لا اذبحها حتى تمتلىء شحما ولحما وتسمن .

قال المريض : ماذا أفعل حتى أصير كذلك . قال ابن سينا : قم لتأكل كذا وكذا وتشرب كذا وكذا .. قال المريض : اوتذبحني بعد أن أسمن أجابه ابن سينا: نعم ، اخذ المريض على نفسه عهدا ليفعل ما أمر به .. فأقبل على الطعام يأكل ويشرب كما يفعل الناس . فلم يلبث أن استعاد قوته البدنية وساعد ذلك على شفائه من مرضه النفسي ثم زاره ابن سينا بعد فترة رآه سليم الجسم والعقل قال له : مداعبا ما بال البقرة قد سمنت .. قال الرجل نعم وأصبحت عاقلة (٦-١٩٨٧-١٩)٠

حقا لقد كان ابن سينا طبيبا عالما وجراحا ونفسانيا من الطراز الفريد ، ومن الاوائل الذين أشاروا الى العامل النفسي ودوره في احداث المرض العقلي ، وبينوا العلاقة بين الامراض الجسمية والاضطرابات النفسية . كما قدم كشفا كاملا للعلاقة بين الجهاز العصبي والامراض النفسية والعقلية .

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

أما ابن رشد (١١٢٦ - ١١٩٨) فقد كان عالما وطبيبا وفيلسوفا احتوى كتابه الخالد (الكليات) أعظم نظرياته الطبية .

قام ابن رشد بتصنيف الامراض وفرق بين الامراض العقلية الحادة والامراض المزمنة ، وقال : « ان بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن » وبذلك التحام واضح بين الفيزيولوجيا والامراض العصبية والعقلية، وشدد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض . اعترف ابن رشد بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض

العقلي ، ولكن الشك النقدي اللاذع الذي اشتهر به ووضعه سبّاقاً لمنهج الشك عند (ديكارت) ، ونظرته الموضوعية العقلية لتحليل الامور ، وفلسفته بعامة أمور جعلت معظم المؤرخين الغربيين أمثال آرنولد توينبي وكارليل وغيرهما يعدون (ابن رشد) عملاقا من العمالقة الذين وضعوا اسهامات ضخمة للحضارة والنهضة الاوربية الحديثة وسمّوه (المعلم الثاني) بعد أرسطو . نشر ابن رشد مبادئه السيكوفيزيولوجية في مئات المصحات العلقية التي انتشرت في اسبانيا (أندلس الامس) وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة دون الاكتفاء باسلوب واحد . وقد ساقه عقله النقدي لرفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصا وعلاجا ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته . واستفاد فيما بعد رواد النهضة الاوربية وبخاصة اسكيرول وجال ، وايتارد ، وسيرز هايسم من أفكاره وأعماله » (٥ ــ ٢٩) .

أما مسكوية (٩٢٣ ــ ١٠٣٠) (٧ــ١٩٨٦ ــ ٢١ــ٢٢) فقد قبل ثنائية الطبيعة الإنسانية وعد النفس شيئاً آخر مفارقا للجسد بجوهره وأحكامه وخواصه ، وهي التي تحرك البدن من خلال قواها الثلاث : القوة العاقلة والقوة الغضبية (أو السبعية) والقوة الشهوانية (أو البهيمية) . وذهب مسكوية الى أن الانسان بفطرته يميل الى اللذات الجسمية ، ويشجعه رفاق السوء على الاقبال على تلك اللذات ويرى أيضا أن الانسان قد لا يقبل على اللذات بالفعل وانما يأتيها في نفسه بتذكرها من جديد ، فتضمر النفس ، ويسودها الاضطراب ، لان هذه الذكريات تتعلق بالقوة الغضبية والقوة الشهوانية وهي قوى ترتبط مباشرة بالجسم ولا منفعة منها الا اذا سادها العقل ، أو القوة العاقلة . ويمثل مسكوية من يتذكر الشهوات في نفسه بمن يثير بهائم جامحة ، ويهيج سباعاً ضارية (مسكوية ، ١٩٥٩ ، ــ ٢١٦) . واذا حدث وتطلبت الطبيعة اثارتها ، فعلى الانسان أن يأخذ منها بالقدر المعقول للضرورة الصالحة .

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

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

ولكي يحقق الفرد الصحة النفسية الجيدة وينعم بهدوء البال وراحته ، عليه أن يهذب غاياته وذلك باستبدال اللذات الجسمية والمادية باخرى تتناسب وقدرة الانسان كونه كائنا عاقلا ، ومن أمثلة الغايات النبيلة : حب العلم والاقبال على الفضيلة . يقول مسكويه في ذلك : « وجب على من يريد حفظ صحته أن يركن الى غاية تتفق وطبيعته الخاصة ، أي طبيعة العقل والتفكير لان النفس متى تعطلت وعدمت الفكر والغوص وراء المعاني تبلدت وتبلهت ، وانقطعت عنها مادة كل خير. واذا ألفت الكسل وتبرمت بالروية واختارت العجلة ، قرب هلاكها لان في عطلتها هذه انسلاخا عن صورتها الخاصة ، ورجوعا منها الى مرتبة البهائم : هذا هو الانتكاس في الخلق . وهذا بعكس من يقبل على العلم ، فان ذهنه يتفتح ،ويستقيم نظره في أمور دنياه ، ويمكنه أن يبلغ كماله وسعادته » (مسكويه ١٩٥٩ ــ ٢٠٨).

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

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

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

واخذ العالم الغزالي (١٠٥٩ ــ ١١١) (٧ ــ ٢٣ــ٢٤) بفكرة ثنائية البدن والنفس ، وعد البدن من عالم الارض والفساد والتحلل والفناء ، أما النفس فجوهر روحاني من عالم الملكوت لا تتحلل ولا تفنى بفناء البدن ، وهي التي تديره وتتصرف به وتسوسه بالقوة العاملة (الغزالي ١٩٦٧) •

واختلف الغزالي عن أفلاطون في نظرته الاسلامية الى علاقة النفس بالبدن فقد كان أفلاطون متشائما عندما عد النفس غريبة عن البدن وسجينة فيه ومعذبة بحلولها فيه ، وسعادتها في التخلص منه والتطهر من أدوائه بالموت •على العكس

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

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

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

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

ويذكرنا أحد مؤرخي الطب المحدثين غرينوري زيليورغ بالخصائص التي طبعت (الطب النفسي) عند العلماء المسلمين كالتالي : (ص ـ ٣) .

١ ـ لقد كان المسلمون والعرب أول من قام باكتشاف العامل النفسي والعصبي في الامراض العقلية والجسمية ، فهم بذلك أول من أسس ما نطق عليه حاليا (الطب السيكوسوماتي) . وعارضوا السجن والعزل لمرضى العقول وفتحوا لهم (المصحات) الخاصة بهم .

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

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

٣ ـ أقاموا مشفيات للصحات العقلية والنفسية واستخدموا المراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض ، وعالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والعلاقات النفسية للمريض ، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الانسانية .

الاتجاه العضوي :

في منتصف القرن التاسع عشر اتجه المنظرون في الاضطرابات السلوكية بخاصة العقلية منها ، نحو محاولات لفهم عليّة الاضطرابات على أساس عضوي ، وكان الجو العلمي بما فيه من انجازات طبية تشريحية فيسيولوجية راقية مشجعاً لتحرير مفهوم الاضطرابات السلوكية من الفكر الفلسفي واللاهوتي . فتركز الاهتمام على فهم العمليات الدماغية بحيث تميزت تلك الفترة باهتمامات بدنية محضة ، وأشير بوضوح الى أن الاضطرابات السلوكية ترجع الى مرض عضوي (١٨٨٤ ـ ٤٠) يتجلى في تلف في الانسجة أو اختلال كيميائي في المخ وكل من هذين الأمرين اما أن يحدث نتيجة عيب وراثي ، أو اختلال في وظائف الغدد الصماء ، أو التلوث ، أو الجروح ، وعلى الرغم من أن الاساس العضوي لبعض الاضطرابات مثل الذهان الناتج عن ادمان الخمور ، والذهان الناتج عن الشيخوخة قد كشف عنه وعرف ، الا أنه لا يزال غير معروف في كثير من الأمراض العقلية الرئيسة مثل الاكتئاب والفصام ـ ان كان بالفصل أساس عضوي لهذه الأعراض . على أن كثيرا من أصحاب المذهب العضوي يرون أن هناك بالفعل أساسا عضويا ، ولكن الادوات المتوفرة تفتقر الى الحساسية اللازمة التي تمكننا من الكشف عنه . وهم يؤمنون بأن الفحوص الكيميائية الدقيقة وتقانات الجراحة المضبوطة سوف يتم التوصل اليها في النهاية ، الامر الذي سيمكن العلماء من الكشف عن العوامل الجسمية المسؤولة عن المرض العقلي .

وقد كان الشخصان اللذان اشتد ارتباطهما بهذه الجهود هما فلهلم جريزنجر Wilhelm Griesinger واميل كريبلين Emil Kraeplin (١٨٠٨ ــ ١٨٨٤ ــ ٤٠)٠

أوضح ما يعرف به جريزنجر أنه حرص على تنمية وجهة النظر العضوية ٠ ذلك أنه نشر في سنة ١٨٤٥ كتابا بعنوان : باثولوجيا المرض العقلي وعلاجه The pathological and treatment of mental Illness حدد فيه قضيته الأساسية على النحو التالي : « المرض العقلي مرض يصيب الجسم وعلى التحديد المخ ، ولذلك فهو لا يختلف في شيء عن سائر الأمراض الأخرى » ٠ وهكذا دخل المرض العقلي فيوجهة النظر السائدة عن المرض في القرن التاسع عشر / نظريةالمرض الطبي/ ٠ وبحسب هذه النظرية نجد أن كل مرض مرتبط بنوع من الباثولوجيا يلحق بجهاز عضوي وبطائفة من الأعراض التي هي مجرد أمارات سطحية على اضطراب كامن ٠ وكما أن الاعراض الجسمية تنشأ عنأمراض تصيب القلب أو الرئتين أو الكليتين أو غير ذلكمنالاعضاء ، نجد ان الاعراض العقلية تنشأ عن مرض يصيب المخ٠ وهذا هو النموذج العضوي للمرض النفسي في صورته الاساسية الرئيسة٠

وقد كان هذا النموذج العضوي ــ بالنسبة للعالم الذي كانت لا تزال تملؤه بقايا أنواع التطير من النظرية الشيطانية ، بمثابة وجهة نظر مريحة ولو أنه كان يؤدي الى حالة مقلقة من حيث العلاج٠ فان لفظة الملاج في عنوان الكتاب الذي أصدره جريزنجر لم تكن أكثر من وعد أجوف ، ذلك أن الطب العقلي الألماني كان يجنح الى النظر الى أكثر الاضطرابات العقلية على أنها غير قابلة للعلاج ٠

وكذلك يعد كريبلين من أشهر الشخصيات التي أيدت الاتجاه العضوي ، شأنه في ذلك شأن جريزنجر ، بأن أمراض المخ غير قابلة للعلاج ٠ ولكنه مع ذلك تمكن بجهوده من ابتداع تصنيف للامراض٠ فقد جعل يدقق بعناية في الاف من دراساتالحالات ليرسمخطة تصنيف عدها الناسأكثر أنظمةالتصنيف حظا من قبول الناس في تاريخ الطب العقلي ٠ وكان عمل كريبلين من كثرة التفاصيل والاكتمال

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

وكان من بين الاضطرابات التي تم وضعها في تصنيف كريبلين اضطراب يسمى بالجنون المبكر Dementia praecos بسبب أنه كان يظن أن مطلعه يرجع الى المراهقة . والجنون المبكر (الذي يسمى اليوم الفصام) كان يعد اضطرابا غير قابل للشفاء ينخذ مجرى التدهور المتزايد الذي لا يعالج أبداً . والواقع ان الاضطراب كان يتم تشخيصه على أساس من تطور الحالة في المستقبل Prognosis أو مآلهـا الذي تنتهي اليه . فلو أن المريض شفي لافترضنا أن التشخيص المبدئي كان خطأ ، وانه ما كان يمكن أن يكون عنده الجنون المبكر من بداية الأمر .

على ان هذه النظرة الى الجنون المبكر كانت متفشية الى درجة كبيرة مع كثير من اكتشافات الطب العقلي عندئذ . وقد اتضح أن مجموعة أعراض كورساكوف Korsakoff's syndrome وهي اضطراب يتمثل في السلوك الغريب والخلط في التفكير ، تنتج عن تلف في المخ يحدثـه إدمان الخمر . وجنـون الشلل العـام (General paresis) الذي هو اضطراب يتميز بطائفة من الأعـراض الشبيهة بالذهان وبالشلل ، أمكن تتبعه كذلك من خلال تشريح الجثة بعد الوفاة وردده الى انحلال في أنسجة المخ . ولم يتبين بدرجة مقنعة الا بعد ذلك أن جنون الشلل العام سببه الزهري . كذلك جعلت أمثال هـذه النتائج السبي تدعيم التفسير العضوي للمرض العقلي واستمراره .

الاتجاهات السيكولوجية والاجتماعية :

وعلى الرغم من الاسهامات الهامة التي قدمتها الاتجاهات الطبيعية والعضوية ، فلقد بقي الغموض يلف الظاهرة السلوكية باستوائها وبشذوذها، بماهيتها وصيرورتها، ولم تستطع الاساليب المستخدمة على الرغم من السالبتها التي كانت تبدو هنا وهناك من أن تطال عمق المشكلة النفسية، فاستمر البحث والاجتهاد، وبدأ يتضح شيئاً فشيئاً

وفي احضان الاتجاهات السابقة ، اتجاه ينظر الى الانسان كعضوية حية تتجاوز نتائج ردود أفعالها وأساليبها التكيفية ، بنيتها الفسيولوجية لتطرح اشارات استفهام حول طاقة سيكولوجية تعمل جنبا الى جنب مع طبيعة هذه العضوية ، وبتأثير لا يقل أهمية عن تأثير هذه الأخيرة . ومع هـذا التفكير بدأ الجانب الاجتماعي مـن الحيـاة الانسانية يفرض نفسه من خلال دور تلعبه البيئـة الاجتماعية بمتغيراتها المختلفـة لا يمكن تجاهله .

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

وبرأينا تعد محاولات مسمر (Mesmer) وبرنهايم (Bernheim) وشاركو (Charcot) وجانيـه (Janet) وبرتران (Bertrand) وبروير (Breuer) ويوجين بلولر (Bleuler) وكريبلـين (Kraeplin) الارهاصات الاولى لفكـر سيكولوجي قـادم .

فالطبيب النمساوي مسمر (١٧٨٠) وان بدا وكأنه طبيعي النزعة عندما تقدم بطروحاته الغريبة عن سائل خفي في الكون ، اسمه المغناطيسية الحيوانية ، يؤدي الاختلال في تركيبه داخل الانسان الى الاضطرابات السلوكية والسلوك الشاذ . ونجد الانسان جسما ممغنطا يشبه قضيب الحديد الا أن الفـرق هو في اكتسابية هذه المغناطيسية لدى الانسان وارادتها ، حيث من الممكن انتقالها من شخص الى شخص ، وبخاصة في حالة التنويم المغناطيسي الذي يعود لمسمر وآرائه البدائية الفضل في وضع أسس لهذا العلم ، الذي أثار المزيد من الجدل ولاقى الكثير من المعارضين . ومع ذلك فقد انتشرت المسمرية الى باريس وانحاء أوروبا كافة ، وبقيت هكذا الى أن ضحدت علميا وعدت ضرباً من الشعوذة . ولكنها ومن خلال شفاء العديد من الحالات التي عولجت على أساسها وجهت الانظار الى دور الايحاء والعامـل النفسي في المعالجة ، وشجعت للبحث عن أساس علمي للتنويم المغناطيسي وهـذا

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

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

عاصر فرويد (Freud) الاراء والافكار التي ذكرت وعمل مع شاركسو وبرويير وانفرد فيما بعد باتجاه فريد ومتميز لم يعرف من قبل (اذا استثنينا صورا أولية في روايات وقصص وأساطير أدبية من التراث العالمي استفاد منها فرويد أيما استفادة ووضعها ووظفها في سياق سيكولوجي مبدع) .

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

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

لقد قدم فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩) نظاما جديدا في تفسير نشأة الامراض النفسية والعقلية ، وافترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن ترد الى وجود صراعات داخلية لا شعورية ، وقوى تعمل داخل الشخصية الانسانية ، قوى يتصارع

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

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

عاصر التحليل النفسي اتجاها سيكولوجيا مغايرا تماما له ولا يقل أهمية وانتشارا عنه ، انه الاتجاه السلوكي في تفسير الاضطرابات .

ويعد بافلوف (Pavlov) (١٩ـ١٤٤) (بداية القرن العشرين) أحد مؤسسي المدرسة السلوكية (Behavlorism) في علم النفس ، التي كان لها تأثير كبير في تفسير الأمراض النفسية وكيفية علاجها بأسلوب جديد وحديث . ولقد استطاع (واطسون) (Watson) أن يطبق نظريات بافلوف في الفعل المنعكس (Reflexe) لوصف اكتساب الامراض النفسية وازالتها .

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

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

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

فحسب نظرية آيزنك ، تنشأ الامراض النفسية مـن تكوين أفعـال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة • وأن هذه الأمراض ما هي الا أنماط من السلوك يتعلمها الفرد لتخفف من آلام القلق الذي يعاني منه ، ويعزز هذا السلوك الخاطيء باحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي الى قلقه أو مخاوفه ، مما يثبت المرض • وتقرر نظرية آيزنك أيضا (أن الأعراض العصابية انما هي تشريطات انفعالية وحركية ، وأن هذه الأعراض لا تكمن وراءها ولا تمثل مصدرا لقوتها أيـة مركبات تكونت في سن الطفولة • فالعرض في حد ذاته هو المرض واختفـاء العرض يعني اختفاء المرض (١٠ــ١٩٦٩ــ١٦٠) •

وهذا يعني أن المرض النفسي يتكون من اكتساب الفرد لأفعـال انعكاسية شرطية خاطئة ، ثم يعمم هذا التعود الشرطي ، وبعـد ذلك يعزز الانعكاس الشرطي مما يولد الأعراض العصابية كالمخاوف والقلق والتوتر ••• وأن محاولة عـلاج المريض تكون باعادة تعليمه الانعكاس الشرطي الصحيح واطفاء الارتباط الشرطي المرضي •

وقد استطاعت المدرسة السلوكية ، المبنية على نظرية التعلم الحديثـة ، أن تقدم تفسيرات معينة للامراض النفسية وازالتها عن طريق اعادة جوانب من السلوك التكيفي بوسائل عديدة من العلاج •

أما بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية فقد يكون من غير اليسير الفصل بينها وبين الاتجاهات السيكولوجية حيث تتضمن هذه الأخيرة إشـارات واضحة الى دور المجتمع والبيئة ومتغيرات مثل الأسرة ــ والتربية والاخلاق والسياسة ••• الخ من خلال التأكيد على دور تجارب الفرد الطفلية منها واللاحقة لمرحلة الطفولـة • وكذلك التأكيد على أنماط التعلم وفي مقدمتها التعلم الاجتماعي ، ومع ذلك فهناك ــ من فسر الاضطرابات السلوكية ضمن فهم اجتماعي لالية الظاهرة السلوكية في

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

وهناك من ركز على البيئة الاسرية ، وعد ما تقدمه الاسرة من أنماط تربوية ومثل أخلاقية وأساليب حياة قاعدة أساسية لمبدأ التحصين النفسي الذي ترتكز عليه سلامة الأفعال ، والاتجاهات وتنشأ في ضوئه قوة ضابطة لدوافع الفرد وموجهة لها . وهكذا فان دور الأسرة يظهر بوضوح في الاضطرابات الضد اجتماعية حيث نستطيع الحديث فيها عن أسرة مريضة أو بيئة مريضة . تنقل أنماط السلوك الشاذ الى أبنائها كما تنقل اليهم الموروثات ، لون العيون والشعر وطول القامة .

ولقد كان للتفسير الخيالي الميتافيزيائي مساهمات في تفسير السلوك الشاذ . ينظر هذا الاتجاه الذي سمي (الاتجاه السايكودالي) (٤ـ٣٢) : الى المرض : على أنه رحلة ميتافيزيائية يتجه فيها الفرد نحو حالة من العقلانية العليا (السوبر عقل) ولهذا التفسير أمثلة قديمة وأخرى معاصرة . فمن الامثلة المعاصرة

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

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

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

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

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

ومن هنا يمكننا التأكيد على ارتباط مفهوم الشذوذ ماضيا وحاضرا ومستقبلا بمستوى تطور الوعي الثقافي والاجتماعي بكل أبعاده . وان فهمنا للشذوذ وللمضطربين سلوكيا ، يرتبط بالقيم السائدة في مجتمعنا قبولا أم رفضا ، مساعدة أم شفقة ، علاجا حقيقيا أم أدعية وصلوات ، وبالتالي فالمسؤلية من وجهة نظرنا هي مسؤولية اجتماعية بالدرجة الاولى سواء في دراسة الشذوذ وفهمه ، أم بطبيعة الوسائل الوقائية والعلاجية والخدماتية المستخدمة للتقليل من نسبة انتشاره . ولكن هل يمكن العثور على خدمات نفسية متطورة في مجتمع متخلف ؟ الأسل معدوم حسبما نعتقد . ونؤكد أنه لا يوجد مجتمع متقدم وخدماته النفسية متخلفة .

اننا نرى في قبول ظاهرة الشذوذ وبحثها وتجنيد الكثير من الطاقات لحل ما ينتج عنها ، مهمات انسانية ، وانتاجية ، في آن واحد :

انسانيـة :

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

انتاجيـة :

لأن اعادة من شذ الى طبيعته وشخصيته المتكاملة بمقدرة كافية ، ستنعكس ايجابيا على الناتج الاجتماعي .

يبقى الشذوذ مع الشعور او الاحساس بما يفقد الانسان نعم الحياة الانسانية الطيب ، وقد يتطور الى درجة فقدان معنى الوجود بأبعاده المدركة والمرادة .

الفصل الثاني

علم الشذوذ النفسي

- مفهومه
- العلوم المتصلة به
- بين السوية والشذوذ
- الأطر المرجعية لمعايير الشذوذ

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

علم الشذوذ النفسي

Abnormal Psychology

اولا : مفهوم علم الشذوذ النفسي :

يتوقع منا القارىء وقد وضعنا عنواناً لكتابنا هذا / علم الشذوذ النفسي /، أننا حسمنا استقلالية هذا العلم وأكدنا وجوده النوعي في أروقة علوم السلوك ، كعلم له أسسه ومبادئه ونظرياته وتطبيقاته الخاصة به ، ورجاله الذين يتعبدون في محرابه .

لعل أمراً كهذا يثلج صدر العامل في ميدان الشذوذ النفسي ، اذ ما الذي يريده اكثر من اعتراف باستقلاليته وموقعه ، في وقت انتشرت فيه /هستيريا التخصص/، وبدأ يداهمنا في كل يوم عالم جديد، يدعو لعلم جديد ، ويحظى (بجائزة نوبل جديدة)، ويسعى لإكتساب الأنصار ، والغلبة لا تحتاج الى القانون العلمي فيهذا التنافس فحسب ـ والا لهانت الامور وأقيم (العدل) وحسن التوزيع ـ وانما يتطلب الامر أكثر من ذلك ..

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

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

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

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

ـ هكذا نظر الى استقلالية علم الشذوذ النفسي ، أنه تابع مهما تظاهر بالاستقلال ومهما حشد من المتظاهرين المؤيدين لاستقلاله .... وما لم تزوده فروع علم النفس الأخرى بنظرياته وأدواته فلن يكون بمقدوره التمتع باستقلاليته ... خاصة وان عينات بحوثه تعاني من تخمة في منطقها الخاص ، ومسألة التعامل مع هذه العينات تحتاج الى التضامن بين فروع علم النفس التطبيقية كافة . ولكن ... ألا توجد لهذا العلم موضوعات محددة تقع في مجال اهتماماته بشكل خاص ؟..اللغة هنا أكثر واقعية وأكثر تواضعاً ، وللاجابة ..دعونا نستعرض بعض الآراء في مفهوم علم الشذوذ النفسي .

علم الشذوذ النفسي Abnormal Psychology

هو ذلك الفرع من علم النفس ، الذي يهتم بدراسة كل أشكال الاضطرابات العقلية أو الشذوذ ، وهو يهدف الى التعرف على أسباب اضطرابات السلوك الشخصية وتصنيفها ، مع محاولة وضع أسس لعلاجها في الفرد لحل المشكلات الاجتماعية الناجمة عنها (١١ـ١٩٦٨ ـ ٦).

ويشمل ميدان علم الشذوذ النفسي كما يذهب شابيرو Shapiro (1976) تلك الظواهر النفسية التي تتطلب التدخل ، وتتوافر فيها احدى الخصائص التالية :

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

يمكن النظر الى علم الشذوذ النفسي على أنه العلم الذي يدرس دراسةعلمية أشكال الشذوذ في السلوك والخبرة ، وتحديد مفاهيمها والعلاقات فيما بينها (١٢ ــ ١٩٨٨ ــ ٢).

علم نفس الشواذ :

هو ذلك الفرع أو الباب من فروع علم النفس وأبوابه ، الذي يعنى بدراسة الانحرافات الشاذة في العمليات العقلية ويبحث في السلوك الشاذ عن السوي . فالظواهر والرجاع الشاذة تؤلف موضوع بحثه ولا سيما تلك التي تنطوي على الصراع بين العقل والعاطفة (١٣ــ١٩٧٧ــ٢١٩).

علم نفس الشواذ :

يبحث في نشأة الامراض النفسية ، والامراض العقلية، وضعف العقل والاجرام وأسبابها المختلفة ، مع محاولة وضع أسس لعلاجها (١٤ــ٢٧).

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

أن الشاذ هو ما خرج عن المتوسط أو المألوف أو العادي بالنسبة لأي نموذج أو أية سمه خروجا واضحاً . ولا ينطوي الشذوذ ضرورة على معنى الشر أو المرض فالشذوذ قد يكون الى الأعلى أو الى الادنى فالعبقري مع كونه متفوقاً يعد شاذاً ، وكذلك الأبله والمجرم والمجنون كل منهم يعد شاذاً . وعلم نفس الشواذ يدرس أسباب المظاهر الشاذة فيسلوك الانسان كالضعف العقلي واضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والعقلية كما يدرس العبقرية والتفوق العلمي (١٦ــ١٩٨٦ــ٢) ويسهب البعض في تحديد مفهوم علم نفس الشواذ عندما يؤكد : يدرس علم نفس الشواذ الظواهر الشاذة من السلوك ، أي تلك التي تنحرف عن المعايير

الموضوعة اجتماعيا لسلوك معين والشذوذ والسواء معايير مختلفة ، منها فكرة خلو الفرد تماما من الأمراض والاضطرابات ، ومنها التكيف المطلق الذي لا يوجد في الواقع لأنه يعني أن الفرد يكون خاليا تماما من الاضطرابات وان جميع حاجاته مشبعة ، وجميع أعضائه تقوم بوظائفها على الوجه الاكمل وهذا أمر صعب المنال ، وكل ما يوجد من تكيف هو تكيف جزئي فقط، كذلك من معايير التكيف أو السواء امتثال الفرد أو خضوعه لقيم المجتمع ومثله ونظمه ومعاييره وأعرافه وعاداته وتقاليده وقوانينه السائدة ، واذا اعترض عليها عد شاذا ، ولكن الحقيقة أن الفرد قد يكون في كثير من الاحيان على حق بينما تكون الجماعة على باطل (١٧ــ١٩٩٢ــ١٨)*

أما مفهومنا للشذوذ النفسي ، الذي سنأخذ به في هذا الكتاب فسيركز على ما يأتي :

ــ علم الشذوذ النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقية .

ــ يستند نظرياته واتجاهاته وأدواته وتقاناته / حتى الآن / من علوم السلوك وبخاصة علم النفس .

ــ يسعى للتعرف على سلوك الانسان الشاذ ودراسته وفق معايير علمية تمتلك القدرة على الكشف الموضوعي للحالات .

ــ يتعرف فلسفة الاضطرابات السلوكية وعليتها واعراضها وتصنيفاتها ، مع ما يتطلبه ذلك من تعرف تقانات تشخيصية وبنى معرفية .

ــ يقع ضمن مجالاته، كل إجراء يقوم به الشخص أو الجماعة، ويؤثر سلبا بدرجة ملحوظة في الكفايات المطلوبة شخصيا واجتماعيا وانسانيا . والاجراء الذي نقصده هنا يشمل ميادين الشعور واللا شعور ، العقل والحركة ، التفكير والنزوع ، الجسد والانفعال ، الفلسفة والعقيدة .

باختصار يشمل كل أثر سلبي لا تكيفي تحدثه آلية أو أكثر من آليات الشخصية في علاقاتها الذاتية أو الموضوعية .

أما فيما يتعلق بانضواء حالات ابداعية أو ابتكارية أو أفكار فريدة ضمن ميادين علم الشذوذ النفسي ، فاننا نرى في ذلك تجنياً ، (حتى ولو دفع المبدع حياته ثمناً لذكائه أو لعبقريته وضريبة لجهل مجتمعه)، واذا ما وافقنا على هذا الاتجاه فسنكون موافقتنا على مضض ، ومشروطة باضافة كلمة الايجابية على علم الشذوذ، فيصبح « علم الشذوذ الايجابي » اعترافاً بفضل هؤلاء ، والأفضل برأينا هو أن نجعل من دراسة هؤلاء ميداناً من ميادين علم نفس المبدعين الفتي الذي سيرحب بهم بما يليق بهم وعلى طريقته .

ثانيا : العلوم المتصلة بعلم الشذوذ النفسي :

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

علم النفس الاكلينيكي (Clinical Psychology)

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

علم الأعصاب (Neurology)

الذي يهتم بدراسة الجهاز العصبي وعملياته وما يخص الجراحة العصبية .

علم النفس الطوبولوجي (Topological Psychology)

تنحصر اهتماماته في متابعة الشخصية ودراستها ضمن مجال حيوي حياتي طوبولوجي .

العلاج النفسي (Psycho therapy)

يعنى بشكل أساس بمعالجة الاضطرابات النفسية مستخدماً تقنيات نظرية متعددة .

الارشاد النفسي : (Counseling Psychology)

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

علم النفس التربوي : (Educational Psychology)

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

علم النفس الفيزيولوجي Psychophysiology

ودراسة الاسس الفيزيولوجية السلوك ، وتبيان وظيفة الاجهزة الفيزيولوجية والعلاقة بين الجسد والسلوك .

علم النفس الصناعي (Industrial Psychology)

وميادين العمل والمهنة وكفايات الانتاج ومتطلباته .

علم نفس الطفل Child Psychology

والاهتمام بمطالب النمو ومعاييره لدى مراحل الطفولة .

علم النفس البيئي Envirommental Psychology

ودراسة العلاقة الموضوعية الذاتية للانسان ضمن اطار بيئي ـ فيزيقي ـ اجتماعي تبادلي .

علم النفس الصيدلاني Pharmaco Psychology

دراسة انماط السلوك المرافقة لتناول العقاقير ، أو الناتجة عنها أو المواكبة منها .

علم النفس الاجتماعي Social Psychology

رصد انماط السلوك ضمن مشروطات اجتماعية ، ودراستها .

والتركيز على الفروق الكمية والنوعية بين الافراد والجماعات تبعاً لمتغيرات اطرهم المرجعية الثقافية والحضارية .

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

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

ثالثا : بين السوية والشذوذ

الاطر المرجعية لتحديد معايير الشذوذ

شكل عدم وضوح الحدود بين درجات السوية ودرجات الشذوذ مشكلة ، تصدى لها الكثير من الاتجاهات المهتمة بالسلوك الانساني ودراسته ، وأدت المبادىء والاسس والقواعد التي يستند اليها كل اتجاه في تحديده لمفهوم السلوك الشاذ ، الى بروز عدد من المعايير ، يمتد كل منها باطار مرجعي يعده السبيل الأوفر حظا في اقناع الباحث عن معيار لاعتماده في تحديد ما شذ من السلوك .

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

١ ـ الاطار المرجعي الاجتماعي الثقافي الحضاري
Social Cultural frame of reference

يرى معتمدو هذا الاطار أن الشخصية الانسانية هي بالدرجة الأولى نتاج اجتماعي ثقافي حضاري، محكوم ضمن سياق زماني ومكاني ، حيث أقر هذا السياق في مسيرة تطوره مجموعة من المعايير والاعراف والعادات والتقاليد ، تحكم السلوك وتميز حدوده من مقبول الى مرفوض . وكل سلوك يتجاوز ما أقره المجتمع وثقافته يعد شاذا وتفرض بحق صاحبه اجراءات معينة (تعدل وتتغير هذه الاجراءات تحت تأثير النمو الفردي والاجتماعي) .

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

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

ان المجتمع الذي لا يحقق لافراده امكانات النمو المتكامل وفرصه ، ولا يسمح من خلال قوانينه ، (المكتوب منها وغير المكتوب) بتحقيق أفراده لذواتهم ، لا يمكن الركون اليه كمحك موثوق وكاطار لتفسير الشذوذ وتحديده . وأما الثقافة فهي مفهوم نسبي خاضع للتطور ، وفي كثير من الاحيان لا يرافق تطور الثقافة وتقدمها ، تطور في الأحكام الثقافية التي تقوم السلوك في المجتمع ، وما يجدر التنبيه اليه ، أن ما هو ايجابي ومقبول لدى جماعة ، قد يكون سلبياً ومرفوضاً لدى جماعة أخرى ، وما هو إرث مقدس لا تجوز مخالفته تحت أي ظرف لدى حضارة معينة ، هو محط نقد وضعه لدى ثقافة أخرى ومجتمع آخر .

وهكذا مع تقديرنا لكل المجتمعات ومعاييرها ومؤيديها كل في اطاره ، فان ما نبحث عنه ، ونعني معياراً موثوقاً لتحديد الشذوذ لا نستطيع العثور عليه في بيئة ومجتمع متحركين متغيرين .

٢ ـ الاطار المرجعي الذاتي Subjective frame of reference

محك السلوك الشاذ وفق هذا الاتجاه هو ما يقرره الشخص ، وما يطلقه من أحكام وقيم ، مستخدماً احساساته وادراكاته الداخلية ، ومطبقاً مفاهيمه وفلسفاته الخاصة ، معتمداً على تقويماته الذاتية ، فالشعور بالضيق ، أو الهم ، أو القلق ، أو الاحباط ، أدلة على شذوذ السلوك دون اغارة أي اهتمام للبيئة ولطبيعة علاقاته ودرجة تكيفه معها (التكيف مع الوسط المحيط لا يعد دليلاً كافياً على حسن التكيف وفق هذا الاتجاه) .

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

٣ ـ الاطار المرجعي الكمي (الاحصائي) Statistical frame of reference

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

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

يغري هذا الاطار كونه يعتمد لغة الارقام ـ لغة العصر الدالة ـ محط ثقة الكثيرين . وكما ذكرنا في بداية الفقرة فقد أكد نجاحه في ظواهر يمكن أن يمثلها الكم . ولكن في اطار السلوك الشاذ يصعب الركون الى هذا المنهج وحده وذلك لتعقد السلوك الشاذ وتميزه النوعي من جهة ، ولديناميكيته من جهة اخرى، اضافة الى أننا وفق هذا التوزيع نساوي بين حالات التطرف الايجابية وحالات التطرف السلبية على طرفي المنحنى . وكأننا نجمع بين المتخلف عن تمثل قيمة ما والمبالغ في تمثل القيمة ذاتها ، وهذا ما كنا قد دعونا لتسميته في بداية هذا الفصل بالشذوذ الايجابي ـ والشذوذ السلبي .

٤ ـ الاطار المرجعي الانساني (الطبيعة الانسانية) Humanistic frame of reference

في هذا الاطار دغدغة لعواطف الانسان ، ورفعة لمكانته بين الكائنات الحية الاخرى، ولذلك فاننا نساق كبشر لنا مصالحنا في تأكيد ذواتنا تحت أية تسمية وأمام أي ظرف ـ نساق لاعطاء الموافقة بسرعة .... ولكن على ماذا نوافق ؟

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

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

لا بأس ان ننتصر لطبيعتنا الانسانية ، ونقدرها على قاعدة القبول العقلاني للذات الانسانية التي تشكل بحد ذاتها محكا للرضى والتكيف السليم .

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

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

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

ان انموذج الانسان الذي يعد محكاً للشذوذ نتيجة طبيعته الخيرة لا يصمد على وضعه في عالم متوحش ، يفرضه انسان آخر لا يشبه الانموذج الا في الشكل. مرمى لانسانيتنا وطوبى لمن يحققها، على أن يقر بها لنفسه وللاخرين في الوقت ذاته ، ولن يسعى لتمثلها قولاً وسلوكاً . ولكن كما ذكرنا فان افق المجتمع المحلي أو الدولي ، والظروف المحيطة بنمو الانسان وتطوره لا توحي وعلى المدى القريب بامكانات العثور على محك للشذوذ لدى طبيعة انسانية يقال بها الكثير ويعمل من أجلها القليل ، والمسألة التي لم تجد حلا بعد هي من يقرر معنى ومحتوى الانسانية بيننا نحن البشر متخصصين كنا أم غير متخصصين ...

٥ ـ الاطار المرجعي البانولوجي Pathological frame of reference

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

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

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

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

٦ ـ نحو مشروع اطار تكاملي لتحديد السلوك الشاذ

Proyect for Integrated frame of reference

بعد استعراضنا الاطر المرجعية لمعايير السلوك الشاذ ، وتناولنا النقدي لها ، تعقدت مهمتنا أكثر في محاولتنا تحديد إطار مرجعي يحظى بالقبول ويمكن الركون إليه .

لن ندعي أننا عثرنا على ذلك الذي نبحث وبشكل أوثق مما سبق والمامستحاول ايجاد مخرج لنا لعلنا نوفق به ، يكمن في الدعوة لاستخدام ما سنسميه المنهج التكاملي الذي ينطلق كما نرى ، من مسلمات نجملها بما يلي :

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

٢ ـ السلوك بحد ذاته (ما هو سوي وما هو شاذ) نتاج علاقات تفاعلية بين بيئة ذاتية واخرى موضوعية ،وبالتالي يشكل الاطاران الذاتي والموضوعي بما ينطوي عليه حدي معادلة السلوك .

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

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

٥ ـ تتوافر في السلوك الشاذ دينامية عبر زمانية ـ مكانية ، ومن ثم نمطية متحكمة (قد تشمل أكثر من عرض وأكثر من سلوك) .

٦ ـ تشكل وسائل التشخيص ، وأدوات البحث المتطورة باستمرار في اطار دراسة السلوك الإنساني وفك أسراره وعبر بحث علمي، سنداً قوياً يساعد على تحديد السلوك الشاذ ضمن الاطار التكاملي الذي ندعو اليه .

ان منهج التحليل العلمي الموضوعي، الذي يؤسس على المسلمات المذكورة، وينطلق من حالة تؤدي بصاحبها أو اصحابها الى الاغتراب عن واقعهم الشخصي والاجتماعي ، ويكشف درجة وحدة الشكوى على مستوى الشعور أو اللاشعور، وطبيعة الاعراض والعلة الكامنة ، مستخدما أدوات بحث علمي يتوفر فيها عاملا لصدق والثبات ، هو المنهج الذي ندعو لاعتماده وقبول نتائجه كاطار مرجعي تفسير السلوك الشاذ .

الفصل الثالث

قضيـــة المنهج في علـــم الشـــذوذ النفـــي

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

قضية المنهج في علم الشذوذ النفسي

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

تعد كتب علم النفس بداية المنهج التجريبي العلمية وتطبيقاته العملية في ميادين السلوك البشري الى عام ١٨٧٩ ـ العام الذي انشأ فيه عالم النفس الشهير فونلت Wundt مخبره معلناً بداية علم النفس التجريبي على أسس علمية ...

لم يسلم أنصار المنهج الاكلينيكي بالأمر ، بل ظلوا يتحفظ شديد الى المنهج التجريبي المقلد ، ودعوا لاستخدام منهجهم الذي يقر قانون الفروق الفردية مع ما يترتب عليه من معرفة الحالة المعنية ، وتاريخها وطبيعتها وبيئتها الثقافية الخاصة ، ويؤكد على الجانب الديناميي في الشخصية .

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

ـ النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية في علم النفس :

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

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

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

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

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

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

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

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

كما تتجابه النزعتان الطبيعية والانسانية فيما يتصل بموقفهما مـن « الغائية » و « القيـم » Finalité et Valeurs :

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

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

بينما علم النفس الانساني يستند لا الى القوانين ، وإنما الى أنماط مثالية ، أو الى علاقات مثالية هي تركيبات واضحة المعالم تعين على الفهم ، أكثر مما تعين على التفسير . ولذلك فدراسة الشخصية تتطلب منهجا ، لا كميا إحصائيا ، بل كيفيا يستند الى الحدس Intuition والذوق الفني . ومثل هذه الدراسة لا يمكن أن تغفل الجوانب الجسمية التي تعبر بها الحياة عن نفسها (١٨ ـ ٢٢ـ٢٣) .

ويمكن أن نضع ضمن جماعة « علوم » النفس طبيعية النزعة أتباع «فونت»، وأتباع « ريبو » Ribotوقد اشتغلت مدرسة « فورتسبورغ »Wurzburg بالإستبطان التجريبي introspection expérimental . وينظر علم نفس «الجشتالت» أو « علم نفس الشكل » Psychologie de la forme الى الوحدات الكلية منتظمة البنية بعدها أولية ، والسلوكية Behaviorisme بأخذها بالمسلمة الوظيفية ، أي بفكرة أن كل سلوك يتخذ من خفض التوتر دلالته ، إنما تتنازل تنازلا هاما أمام الثانية . ويبدو أن علم نفس الافعال المنعكسة Réflexologie هو وحده الذي يأخذ بكل بنود النزعة الطبيعية .

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

وهكذا يضعف الالتباس ، ولكنه ما يزال قائماً ، وأن صرامة التعارض تجد ما يعدلها في تشابك المدارس والمذاهب . وفي الحقيقة أن النزعتين الطبيعية

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

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

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

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

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

ـ المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي (العيادي) :

يرى « لاجاش » (٩ــ١٩ وما بعدها) أنه يمكن صياغة الاختلاف المميز للاتجاه الاكلينيكي عن الاتجاه التجريبي في الصورة التالية : فالمجرب Expérimentaliste يخلق موقفا، ويضبط بطريقة مصطنعة كل عوامله، فلا يغير منها في الآن غير عامل واحد، حتى يتسنى له أن يدرس الاختلافات النسبية في الاستجابات، مستقطا من حسابه الكلية، وأن التعبير « متى تساوت جميع الظروف » إنما يمثل تحفظا نمطيا في الطريقة التجريبية . أما الإكلينيكي Clinicien ، فهو إذ لا يستطيع استحداث الموقف ، ولا يستطيع على الاخص ضبطه ، بحيث يعزل عنصراً من الظروف الشارطة له ، فإنه يبذل جهده للاستعاضة عن ذلك بتحديد مكان العوامل التي تعينه ، ضمن جملة الظروف الشارطة . ومن هنا ضرورة البحث التنقيبي الدقيق الشامل .

وهكذا فالمجرب والاكلينيكي يسلكان طريقين مختلفين لبلوغ الهدف نفسه : وهو ضبط الظروف الشارطة للسلوك . المجرب باستبعاد جملة الظروف الشارطة ، متناولا على حدة « متغيرا مستقلا » Variable indépendante والاكلينيكي باعادة الوحدة الكلية للظروف الشارطة .

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

« ذري النزعـة » أو « جزئي الطابـع » ، بينما يـؤدي الاتجـاه Moléculaire الاكلينيكي الى علم نفس كلي أو « كلي الطابع » Molaire . فالاتجـاه التجريبي يؤدي الى علاقات مطلقة لا تاريخية ، بينما يؤدي الاتجاه الاكلينيكي الى تاريـخ الحالة (١٨ ـ ٣٢ـ٣٧).

ما هي خصائص كل من المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي ؟

١ ـ المنهج التجريبي La Méthode Experimentale

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

إن السلوك يخضع لعدد من العوامل ، وينحصر المنهج التجريبي في تغيير كل عامل من هذه العوامل على حدة مع ابقاء العوامل الاخرى ثابتة . ثم يتم تسجيل الناتج المترتب على هذا التغيير . وعند تصميم التجربة ، يحاول المجرب أن يقـوم بضبط الموقف التجريبي بطريقة تجعل من الممكن إقامة علاقات أو ارتباطات ذات معنى بين الاسباب والنتائج .

أ ـ المتغيرات المستقلة :

« وهي المثيرات المفروضة عمدا على الكائن العي أثناء التجربـة . وتتضمـن المتغيرات المستقلة Variables indépendantes كل تلي الجوانب من التجربة التي يغيرها المجرب بصورة منتظمة » . والمتغير المستقل لا تؤثر فيه أية عوامل ، بل هو الذي يحدث التأثير خلال الموقف التجريبي . ولا يجوز أن يكون هناك أكثر من متغير مستقل واحد في تجربة واحدة ، وذلك أن المجرب يريـد أن يتبين العوامل المحددة للسلوك يتعين عليه أن يتبين المتغيرات التي تترتب على عامل واحد . كـل على حدة . فلو افترضنا تغيير عاملين معا ، فلن يستطيع المجرب أن يتبين الى أي عامل من العاملين ترجع الآثار الناتجة .

٢ ـ المتغيرات التابعة :

« وهي النتائج الناجمة عن تأثير المتغير المستقل ، أي هي النتائج الناجمة عن المثيرات المفروضة على الكائن موضع التجربة . فالمتغيرات التابعة Variables dépendantes هي مقاييس استجابة الكائن الحي ، مثل درجة الاستجابة للمثير أو المنبه » . فاذا تغير شرط عن شروط الاثارة مع الابقاء على بقية الشروط في حالة ثبات ، فان المجرب يقوم بقياس الاستجابات التي نتجت عن التغير الذي أحدثه . وهذه الاستجابة هي التي تتبع وتتوقف على العامل الذي قام المجرب بتغييره (١٩ ـ ٤١ ـ ٤٢) .

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

٣ ـ صعوبة التجريب على الانسان :

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

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

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

أو بتعلم الانسان لمقاطع عديمة المعنى . وعندئذ يمكن لقوانين السلوك ، التي تثبت تجريبيا أن تستخدم لاقامة تأويل نظري ، وغير مباشر للسلوك العياني عند الانسان . أما الدراسة التجريبية المباشرة لهذا السلوك العياني عند الانسان ، فأمرها أشد عناء بكثير . ذلك الامر يتعلق هنا بمواقف يستحيل أو يصعب جداً خلقها أو ضبطها بطريقة مصطنعة ، وذلك لاسباب أخلاقية أو تقنية . فسيكولوجية غيرة الحب ، والجريمة العاطفية ، والانتحار ، ليس لها أن تأمل من التجريب الا القليل (١٨ ــ ٣٠ــ٣١) .

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

ب ــ المنهج الاكلينيكي : La Méthode Clinique

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

يستند المنهج الاكلينيكي الى مسلمات أساسية أهمها :

ــ التصور الدينامي للشخصية : لا يمكن النظر الى الشخصية على أنها

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

ــ الشخصية كوحدة كلية : « الشخصية ليست جزءاً من الفرد قابلا للعزل . بل هي كل يعمل .. » (٢٠ــ١٩٥٩) ومن هنا فان الاعراض الخاصة بالمرض ليست في انعزال عن الشخصية ، أو لا تنتسب الى شخص معين يعيش في بيئة معينة . وقد ثبت التحليل النفسي أن « لكل عرض معنى وصلة وثيقة بحياة المريض النفسية» (٢١ــ١٩٨١ــ٢٣٩) . ولذلك فليست للاعراض ، في المنهج الاكلينيكي من دلالة ، أو معنى إلا بالرجوع للوحدة في صلتها بالعالم . ومعنى هذا ان النظرة الإكلينيكية لا تقتصر على قطاع ، أو قطاعات سلوكية بعينها ، وانما تضع في اعتبارها الاستجابات كافة التي تصدر عن الفرد ، من حيث هو « كائن انساني عياني مشتبك في موقف » . ومهمة المختص النفسي الاكلينيكي ، تنحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك ، أو هذا العرض symptôme ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعنى أنها تحدد دلالته ووظيفته .

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

تشكل دراسة الحالات الفردية السمة الاساسية للمنهج الاكلينيكي، وأن المدة الفعلية للدراسة تختلف اختلافا كبيراً من حالة الى أخرى ، حسب نوعها ودرجتها وتأصلها في حياة المريض ، ويؤدي الموقف الاكلينيكي الى تحديد استعمال التقنيات المعدلة التي تقدم نتائج بشكل كمي ، أو الى رفضها ويبدو الاتجاه العام ميالا عند السيكولوجيين الى اتخاذ الفرد كاطار مرجعي ، هذا وقد يؤدي ، ببعض السيكولوجيين الى ضرورة تكييف التقنيات ، بصورة مستمرة بحيث تتناسب مع امكانات الفرد ، ويرى بعضهم أن استعمال الروائز المقننة يعد كلحظة أساسية في الفحص الاكلينيكي ، لانه يتيح توضيح المسالة الفردية المطروحة على المتخصص ، وأن هذه اللحظة هي التي تميز بصورة أساسية مسعى السيكولوجي .

كما يحرص الكثيرون من الاكلينيكيين على المحافظة على وحدة الشخصية الانسانية ، وعلى استعمال الفرضيات الجامعة ، فهم يهدفون الى فهم الانسان أكثر من تفسيره .. فالحياة النفسية لا يمكن شرحها بكلمات منطقية ، بالامكان فهمها فقط وملاحظتها ووصفها بكلمات عامة مستقاة من التجربة المعيشة ، « ومن هذه الزاوية يبدو المنهج الاكلينيكي بنظر بعض السكيولوجيين آيلا الى معرفة انسانية تناقض المعرفة الطبيعية التي تستعمل كأساس للمنهج التجريبي» (٢٢ــ١٩٧٩ ٩٧ــ٩٩) ويعد بعض الاكلينيكيين أن الموضوع الذي يطبقون عليه منهجهم ليس السيكولوجي بالذات (السيكولوجيا القائمة على الاستبطان) ، ولا الفرد الموضوع تحت الدراسة (السيكولوجيا التي تتميز بالمناهج المستقاة من علوم الطبيعة) بل هو الفرد المدروس في علاقاته ، وفي « وجوده » ، وفي حديثه مع السيكولوجي .. فميدان تطبيق المنهج الاكلينيكي هو ، اذن ، ميدان « الذاتية المتداخلة » (٢٢ ــ ١٠٠) .

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

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

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

أ ــ ما تقدمه التجريبية الى الاكلينيكية :

١ ــ إيضاح تصورات اكلينيكية الاصل وصقلها ، بالتجريب على الفروض التي انتهت اليها الاكلينيكية عبر أبحاثها الخاصة . فكف الميول المحارمية Incestueuses مثلا ، يمكن أن ينتهي الى كف كل ميل جنسي ، وعلى العكس من ذلك ، فان التعلم الذي يتحقق خلال علاج التحليل النفسي ، يتيح التمييز بين المواقف التي يباح فيها إرضاء الميول الجنسية والمواقف التي يحرم فيها هذا الارضاء .

٢ ــ استخلاص قوانين يمكن تطبيقها في تفسير السلوك الانساني العيادي :

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

ــ كذلك الدراسة التجريبية للصراع عند الحيوان ، فمنحنى التجنب والاقتراب ونقطة تقاطعها تشير الى اللحظة التي يصبح فيها السلوك نزاعيا، هذا الى أن الميل للتجنب يتزايد بأسرع ما يتزايد الميل الى الاقتراب .

وهكذا فان الاعداد التجريبي والمعارف التجريبية لا غنى عنهما للاكلينيكي.

ب ــ ما تقدمه الاكلينيكية الى التجريبية :

١ ــ استعالة التجريب بشكل أعمى ، فالطريقة التجريبية تتضمن صياغة فروض

للعمل . ومن أهم ما تضطلع به الاكلينيكية هو الاستطلاع والتنقيب في مجالات البحث المختلفة ، وصياغة الفروض التي ستخضع للضبط التجريبي.

٢ ـ إن التجريب ينصب على قطاعات محددة من السلوك ومن هنا ينبغي على الاكلينيكية أن تضطلع باقامة الوحدة الكلية للسلوك الانساني .

٣ ـ إن النظرية العامة للسلوك يستحيل عليها أن تستغني عن المعارف الإكلينيكية الخاصة بالمسالك غير المتكيفة inadaptées .

وهكذا تستطيع التجريبية والإكلينيكية ، ليس فحسب أن تلتقيا ، وإنما أن تتبادلا العون أيضا (١٨ ـ ٦٥) . وأكثر ما يتضح ذلك التعاون هو في مجال المقاييس والاختبارات .

ـ مجالات التعاون بين المنهجين الاكلينيكي والتجريبي :

١ ـ لم تنبثق المقاييس جاهزة من مسخ عبقري « لمختص القياس النفسي » : بل إنها النتيجة التي ينتهي اليها ، ويتبلور عندها جهد شاق ، ليس فقط من القياس والإحصاء ، وإنما أيضا من الاستطلاع والمحاولة ، وباختصار من الملاحظة الإكلينيكية . ففكرة الاختبار هي من أصل إكلينيكي ، كما ترتكز دلالة النتيجة العددية أيضا على الارتباطات ما بين طرائق الإستجابة للمقياس ، والمعطيات الإكلينيكية .

٢ ـ لن يخسر الإكلينيكي شيئا ، إن هو حل فروضه عن طريق القياس ، أو أن هو استخدم المقاييس ليستثير مادة إكلينيكية متصببة .. فالمقياس بالنسبة الى الإكلينيكي ليس فقط أداة قياس وتحقيق ، وإنما هو أيضا منشط وكاشف للاستجابات .

٣ ـ يفضل السيكولوجي « التحسس الموجه » على « التخطيط الصرف » . وتسمح له تجربته ، ليس فحسب القياسية وحدها ، بل والإكلينيكية أيضا ،

أن يضع أنسب التعليمات لهذا الإختبار أو ذلك . ويمكن القول إن كل ممارس سيكولوجي ، ينبغي أن يكون إكلينيكياً أو يكون باحثاً ، وليس مجرد إنسان ميكانيكي أو آلي Robot .

٤ ـ ان الاستخدام الإكلينيكي ـ التجريبي clinico-expérimental للمقاييس المقننة Tests standardisés هو وسيلة مستخدمة منذ زمن طويل . ويستهدف الاستخدام القياسي للمقاييس نتيجة موضوعية قابلة للقياس ، هي نتاج السلوك ، ولكن المقياس يمكنه أيضاً أن يستخدم كموقف تجريبي ، وحينئذ تسجل الملاحظة الإكلينيكية ، الوحدة الكلية للاستجابات الخارجية والفسيولوجية واللاشعورية ، كما تسجل ديناميه تكيف الشخص للموقف الاجتماعي ، وللمهمة التجريبية المحددة له ، ولمساكله الخاصة . ومقاييس الأداء Performance هي أكثر من المقاييس اللفظية Verbaux صلاحية لمثل هذا الاستخدام الإكلينيكي ـ التجريبي تحقيقاً لأهداف تتصل بعلم النفس الفـردي .

٥ ـ الى جانب هـذا الاستخدام الإكلينيكي ـ التجريبي للمقاييس المقننة ، هنالك مقاييس يمكن تسميتها « إكلينيكية » . حقـاً ، إن ضبط الموقف ، وقياس النتائج غير مغفلة فيها ، وهي من هـذه الناحيـة ، لا تزال أيضـاً مقاييس . ولكن الإجابات هي من السمة والتنقيد الى درجة أنه ، حتى حين يكون التسجيل الكامل ممكناً من الناحية النظرية ، وحتى حين يكون التفريغ والتطور الاحصائيان دقيقين جداً ، فان ملاحظة السلوك والنتائج وتأويلها ينتميان الى النظرة الاكلينيكية ، والى التصور الديناميي للسلوك ـ وأشهر نمط لهذه الاختبارات هـو اختبـار « الرورشاخ » Rorschach . ولقد كتب رورشاخ نفسه أن تأويل النتائـج هو عمل مختلف جداً عن مجرد تقنية ميكانيكية يستطيعه حتى المعمل .

وكذلك الحال بالنسبة الى اختبار تفهم الموضوع T.A.T. test d'Aperception de Rieme ولكن الى التحليل النفسي ، والفهم الديناميي للسلوك .

ـ إن الاختبار سواء أكان قياسيا أم إكلينيكيا ، لا يقدم لنا الا معطيات جزئية . ويقع على عاتق النظرة الإكلينيكية أن تضطلع بتحديد مكان هذه المعطيات من الكل وباستخلاص ما للأداء من دلالة ، تماما كما اضطلعت هذه النزعة بتحديد التعليمات الخاصة بالاختبار .

وهكذا سواء تعلق الأمر بالبحث أو بالتطبيق ، فان القياس النفسي الخالص يكون من العقم الى درجة تزيد على ما يكون عليه علم النفس الاكلينيكي الخالص من عدم التسليح . فكل بحث وكل تطبيق سيكولوجي حياتي يستعين بالنظرة الاكلينيكية وبالمنهج الاكلينيكي وبالعكس ، فان علم النفس الاكلينيكي يزيد من فاعليته حين يتسلح بالقاييس وعلى هذا النحو فقط يستطيع الاكلينيكي ومختص القياس النفسي أن يلتقيا وأن يتعاونا (١٨ ـ ٣٧ ـ ٤٤ أ) .

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الرابع

العوامل في الشذوذ النفسي

- المدخل الوراثي .
- المدخل البنيوي (التكويني) .
- المدخل النفسي .
- المدخل المبني على التعلم .

Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

العوامل في الشذوذ النفسي

ETIOLOGY

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

ميزت بعض المحاولات التصنيفية لعوامل الشذوذ بين :

أ ـ عوامل مهيئة :

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

ب ـ عوامل مساعدة او معجلة :

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

بينما تميز محاولات اخرى بين :

أ ـ عوامل نفسية :

مرتبطة بالبنية النفسية وقوة الانا لدى الشخص ومدى سيطرته الارادية على ممارسة الضبط المطلوب في مواجهة اندفاعاته ونزواته وتوجيهها .

ب ـ عوامل بيولوجية :

تتحكم الوراثة فيها بالورقة الرئيسة ويفسر الاضطراب تبعا لها من الانثى الى البناء .

جـ ـ عوامل اجتماعية ثقافية :

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

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

أ ـ عوامل داخلية :

ترتبط بالانسان وخبرته الخاصة وما تنتج عنها من بنية داخلية متميزة عن غيرها في اسلوب حياتها وطرائق تعاملها مع مثيرات مفترضة .

ب ـ عوامل خارجية :

تعود لمحيط الفرد وما ينطوي عليه من مواقف ضابطة وضاغطة .

سيتبنى الكتاب لاعتماد مفهوم العامل عند دراسة عليّة الاضطرابات السلوكية ، ولذلك جاء هذا الفصل معنونا بالعوامل في الشذوذ بدلا من أسباب الشذوذ ، تميزا لآلية الظاهرة السلوكية التي يقوم بها الانسان عن مثيلاتها في

التجمعات غير الانسانية ـ وكذلك عن مثيلاتها من الظواهر الطبيعية .. فاذا كان بالامكان الحديث عن سبب طبيعي ـ مادي أو فيزيولوجي ـ له نتائجه المباشرة التي يمكن التعامل معها على أساس السبب ـ والنتيجة في ظواهر يلعب فيها هذا النوع من الاسباب دورا يمكن التحقق منه تجريبيا ، فان هذا الامر لا يصح على الظاهرة السلوكية عند الانسان التي يندر ان ينتجها سبب واحد .. وانما تتضافر على حدوثها مجموعة أسباب تتفاعل فيما بينها وتتجاوز في تفاعلها هذا حاصل الجمع الكمي لآثارها منفردة . من هنا نفضل الحديث عن العلة الفاعلة في حدوث الشذوذ بلغة العوامل على أساس تكاملي ،علائقي ، دينامي يبتعد عن مبدأ السبب والنتيجة غير المضمون استخدامه في اطار ظاهرة الشذوذ . من منطلق أن السبب هنا لا يعطي نتيجته نفسها فيما لو اخضعت الظاهرة نفسها ولدى الشخص ذاته السبب نفسه مرة اخرى اذا ماتغيرت حالته الانفعالية ، او مركزه الاجتماعي أو درجة ثقته بنفسه وتقويمه لها ، أو سيطرة أناه بطريقة مختلفة ، أو درجة تكيفه الاجتماعي وتقدير الوسط الاجتماعي لها.. وغني عن القول إذ فعلا نستخدمه ونحصل نتيجته على رد فعل معين لدى شخص معين ، لا يمكن أن يعمم على شخص آخر الذي إذا ما عرضناه للفعل نفسه أعطى رد فعل آخر متميزا بدرجته وشدته ، أقل أو أكثر ، تبعا للفروق الفردية بين الاشخاص والجماعات ،أو يختلف على تفسيره (وتعني تفسير ما يأتي به رد الفعل السلوكي المفترض) المفسرون تبعا للنظرية التي يؤمنون بها . فاذا كانوا من أنصار الوراثة فسروا الفعل وراثيا . واذا كانوا من أنصار البيئة فسروه تبعا للمتغيرات البيئية. والى ما هنالك، استوقفنا واقع الحال هذا، ودفعا للالتباس فضلنا الكتابة عن المداخل النظرية التي تصلح بنظرنا لأن تكون أساسا لفهم عوامل شذوذ الظواهر السلوكية ، وحسبنا أن يستطيع القارىء استنتاج القدر الكافي من هذه العوامل ان لم يكن كلها بعد انتهائه من قراءة هذه المداخل قراءة متأنية فاحصة ناقدة.

١ ـ المدخل الوراثي : Hereditary approach

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

الوراثي يحظى باهتمام الكثير من الاتجاهات الطبية والسيكولوجية . وكان مثال السلوك هو مثال لون العينين أو لون البشرة أو الطول ، التي تنتقل بيولوجيا من الآباء الى الابناء عن طريق صفات وراثية نقية أو وحيدة المفعول والتي تميزها الحقائق العلمية المتداولة الآن (كسمات وراثية) ، عن سمات خلقية ولادية توجد مع الطفل منذ ولادته . ولكنه لا يمكن الجزم بأصلها الوراثي لوقوعها منذ لحظة التلقيح تحت تأثير البيئة الرحمية .

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

٢ ـ المدخل البنيوي التكويني : Genetic approach

يتم التركيز وفق هذا المدخل على بنية الشخص ذاتها فسيولوجيا مزاجيا كيميائيا وافرازات غدد ، كنظام معقد من بيوكيمياء الجسم ، يتضمن الخصائص الفطرية للفرد وما خبره في بيئته قبل الولادية وما أعقبها مباشرة .

يحتفظ الكائن الحي بنوع من التوازن الكيميائي الداخلي ، وهنالك عملية معقدة تكمن وراء تحقيق هذا التوازن ، هذه العملية ـ الاتزان البدني ، أي الاتزان بين عناصر الكائن الحي المختلفة التي تحكم النمو والتكاثر واصلاح الهيموجينيك أي الأنسجة ، أو أكسدة الطعام واحتراقه أي الميتابولزم أو عملية الايض مجموع العمليات المتصلة ببناء البروتوبلازمات ، وبخاصة التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية التي تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية ، والتي بها تمثل المواد الجديدة للتعويض عن المندثر منها ، وتتحكم في عملية التمثيل هذه الانزيمات ، من ذلك الهرمونات الهضمية ومن ذلك أيضا الفيتامينات والهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء . هذه الهرمونات ذات أهمية كبيرة في عملية النمو والتكاثر ، من

الممكن أن تؤثر في السلوك الشاذ كل من العوامل التالية : نقص الانزيمات ـ فقد الفيتامينات ـ اختلال التوازن الهرموني (١٧ ـ ٨٧) • ترتبط سلامة السلوك الى حد بعيد بسلامة الجهاز العصبي في الانسان ، هذه المادة الراقية التي من بين وظائفها استقبال المثيرات الخارجية عبر آلية حسية عصبية ـ وارسال ما يساعد على الرد السلوكي المناسب ، يشكل العطب فيها كلاً أو جزءاً أذى مباشراً على آلية تكيف الانسان ، ولقد أجريت محاولات كثيرة لتأسيس نظريات بذاتها تعتمد بشكل أساس على البنية بجوانبها الفيزيزية والمزاجية • وتلك التي تتعلق بافرازات الغدد الصم ، ولعل أولى هذه المحاولات تعود الى ما قبل الميلاد عندما حدد الطبيب اليوناني الشهير ابقراط أربعة عناصر رئيسة في البنية الجسدية ـ الدم ، البلغم ـ المرارة الصفراء ـ المرارة السوداء ـ وربط بين الصحة الجسمية أو العقلية وتوازن هذه العناصر • حيث تتوقف الامزجة الاربعة على تغلب أحد هذه العناصر • فحينما يتغلب الدم ينتج النمط الدموي الذي يميز صاحبه بالنشاط وسهولة الاستثارة والتهور والهوس • وحين يطغى عنصر البلغم تنتج شخصية كسولة خاملة منعزلة • وعندما يسود عنصر المرارة السوداء يصبح المزاج سوداويا وتميز صاحبه أكتئابية واتجاه واضح نحو الانطوائية • أما سيطرة الصفراء فتؤدي الى فرط في الفعالية وسيطرة الانفعال وبخاصة الغضب •

وهكذا فان عامل الشذوذ هنا بنيوي يرتبط بسيادة أحد الاخلاط داخل الجسم ـ والسوية هي في توازن الاخلاط هذه •

أما نظريات الانماط في أيامنا فقد ارتبطت الى حد بعيد بنظرية الفرنسي لويس روستان Louis Rostan ١٨٢٨ الذي صنف الأشخاص في أنماط ـ هضمية ، وعقلية ، وتنفسية ، وعضلية • وكذلك بنظرية الالماني كريتشمر الذي أوجد (حسب اعتقاده) ارتباطاً بين البنية والاضطرابات الذهانية ، حيث أشار الى ارتباط الفصام بالبنى النحيفة للذين يعيشون منعزلين ، وكذلك الى ارتباط الذهانات الانفعالية بالبنية السمينة التي تميز أصحابها بالمزاج المتقلب •

وتظهر التطورات الحالية لنظريتي كل من روستان وكريتشمر على أفضل نحو

في مؤلفات وليم هـ. شلدون William H Sheldon (٢٣-١٩٨٤-٩٩) وعلى الرغم من أن شلدون وضع نظرية من أكثر نظريات الانماط تطوراً راجعاً في ذلك الى أكثر الأسس موضوعية لأغراض التصنيف ، إلا انه بقي عرضة للنقد الذي يوجه الى جميع نظريات الانماط . فهو يميز بين ثلاثة أنواع من الانماط الجسمية . النمط داخلي التركيب Endomorph (النمط الحشوي والبدين أو الهضمي) الذي يتميز بالاحشاء الهضمية الضخمة ، ونمو ضعيف نسبياً للتكوين الجسمي (العظم ، والعضلات والانسجة الرابطة) . وأصحاب النمط التكويني الداخلي بدينون عادة ولكنهم قد يبدون نحافاً أحياناً . وهم على قدر بسيط من الرزانة أو الوقار . والنمط الثاني هو النمط متوسط التركيب Mescomorph ، ويتميز بأن التكوين الجسمي هو الغالب (العضلي ـ الرياضي) ، وهو قوي منتصب القامة . والسيطرة فيه للعظم والعضلات والأنسجة الرابطة . وفي هذا النمط يكون الجلد سميكاً متسع المسام . والتكوين في النمط خارجي التركيب (الواهن ـ ضعيف الجسم ـ المخي) Ectomorph يكون هشاً طويلاً ، ويكون الصدر مسطحاً والأطراف طويلة نحيفة ، والعضلات ضئيلة ـ والعظام أسطوانية ، والقوام منحنياً والحركة تتميز بتقييد متردد .

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

ولقد حدد فرويد (١٩٣٣) (٢٤-١٩٨٤-٦٥) ثلاثة أنماط من الشخصية تقوم على « تثبيت الطاقة النفسية الجنسية أو الليبيدية عند مرحلة معينة من مراحل النمو . فالنمط الفمي يتميز بالاتجاهات السلبية والاتكالية تجاه الآخرين ، والتي يواصل فيها الفرد البحث عن السند لدى الآخرين ، ونتيجة لحدوث التثبيت خلال المرحلة الفمية ، يكون النمط الفمي إما متفائلاً ، غير فاضح ، يثق بالآخرين ، أو يكون متشائماً شكاكاً ساخراً من احتمالات الكسب المطلوب . والنمط الشرجي لسه أيضا مرحلتان فرعيتان تتميز الاولى منهما بانفجارات العدوان ، والقذارة والمشاكسة ، بينما تتميز الثانية بالعناد والنظام وشدة البخل ، أما النمط القضيبي فيتميز بعدم نضج المراهقة ، مع صراعات جنسية غيرية تصدر عن عقدة أوديب التي لم تحل . ومن الناحية السيكولوجية فان المرحلة القضيبية (والنمط كذلك) يمكن أن تكون مرحلة عاصفة ، ومصحوبة بذبذبات انفعالية حادة واهتمامات زائدة باختيار موضوع الحب .

لا تستطيع هذه النظريات (على الرغم من توفر بعض الادلة الواقعية التي يمكن أن تدعم مواقفها) أن تدعي المقدرة على ضبط المتغيرات في المجال الانساني ، وبالتالي تحدد تحديداً دقيقاً غير قابل للظن العلاقة بين التكوين البنيوي في الشخص وأنماط السلوك التي يقوم بها .... ولا يمكنها الجزم بأن ما يسلكه الشخص البدين ناتج عن بدانته وأن ما يسلكه الشخص النحيف تحدده نحافته .

ان ادخال متغيرات الثقافة ـ والجنس ـ والعمر ـ والمكان ـ والاهتمام والاتجاه ـ والفلسفة في دراسة السلوك الانساني ، تجعل كما تعتقد أصحاب ومؤيدي الربط بين البنية والسلوك في موقف ضعيف ، وان المتغيرات التي ذكرناها آنفاً يمكن أن تعدل أو تغير من سلوك فرد ما بغض النظر عن حجم رأسه أو أطرافه أو طبيعة نحافته . ولعل الاتجاه الأحدث في الربط بين البنية والسلوك هو ذلك الاتجاه الذي يمثله كل من يونغ Jung وآيزنك Eysenck اللذان أسسا نظريتيهما في الانماط على أسس نفسية ، وكذلك بافلوف Pavlov الذي اسس نظريته على أسس عصبية نفسية . (تخرج مساهمات هؤلاء عن اطار المدخل البنيوي الذي نحن بصدد الكتابة عنه ولكن لمن القارئ لمطالعة أعمالهم في كتب علم النفس) .

المدخل النفسي : (Psychological approach)

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

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

فأتباع التحليل النفسي يهتمون بالتاريخ النمائي للفرد وبخاصة في سنواته الطفلية الاولى ، ويعدون التجارب التي تحدث في هذه المرحلة أخاديد دائمة الوجود في ثنايا شخصياتنا . وهكذا فتفسير الشذوذ يجد مادته في الصراعات النفسية اللاشعورية الناتجة عن الاندفاعات الغرائزية غير المشبعة .. يمثل فرويد هذا الاتجاه ويؤكد في تركته عالية الجودة والاثر (ونعني ما تركه من كتابات) بأن فهم السلوك الشاذ بشكل صحيح تكمن في فهم مايدور على ساحة نفسية شخصية ميتاسيكولوجية / Metapsicológico / لها احداثيات ثلاث : (٢٥ ـ ١٩٩٢) .

ـ دينامية / Dinàmico / : يؤكد فيها أن جوهر العمليات النفسية يعود للقوى المتبادلة التي تنتج أصلاً عن طبيعة الغرائز .

ـ اقتصادية كمية / Econémico / تؤكد وجود الهيجانات بمقادير ، وان التمثلات النفسية والاندفاعية تمتلك شحنة من الطاقة / Energia / تتميز بدينامية نشطة .

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

استبدل بها فرويد ذاته اتجاهاً بنيوياً يفترض تقسيم الجهاز النفسي الى هو / Ello / وأنا / Yo / وأنا أعلى / Super-yo / .

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

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

اما ادلر / Adler / الذي انشق عن فرويد فيمكن تلخيص أفكاره الاساسية التي يفهم من خلالها تفسيره للسلوك الشاذ وعليته بالآتي : (٢٥ ــ ١١)

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

ــ الاعراض العصابية دفاعات في مواجهة متطلبات المحيط .

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

ــ الحماس لامتلاك القيمة ، والطموح بالقوة ، يدعمان النمو والانسانية بشكل عام .

ــ عقد النقص معممة على كل البشر وشاملة لكل جوانب الحياة وتشكل نواة التطور .

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

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

واما يونغ / Jung / الذي وسع مفهوم الطاقة الليبيدوية الذي أوجده فرويد ، بما أسماه مفهوم الطاقة النفسية وأعطاه الدور الأساس في احداث تكيفات الشخص عبر آلية تشارك فيها بشكل نشط مفاهيم مفترضة مثل : (٢٦ ــ ١٩٨٥ ــ ٨٦) .

ــ اللا شعور الجمعي / Inconsciente colectivo / والطراز البدائي Arguetipos المتميز عن لا شعور فرويد في احتوائه ليس لخبرات الفرد النمائية فحسب ، وانما لخبرات السلالة البشرية ، بما فيها من أساطير وأفكار موغلة في القدم وإرث انساني أنتجته البشرية منذ وجودها .

ــ مفاهيم التشخيص Concepto de Individvacion وأنماطه الشخصية المعروفة في ميادين علم النفس كافة . ومفاهيم الأنيما / Anima / والانيموس / Animus / والظل / Le sombra / .

لقد وجد يونغ الشذوذ على هامش سعي الانسان لتحقيق ذاته ، وعد الرموز والاحلام متغيرات اساسية في تحقيق ذلك . واقر في عده للسلوك الشاذ ظاهرة ايجابية تفتح الطريق أمام الشخصية لتطور جديد (اذا ما ادركت عواملة وتم تجاوزه) .

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

لقد فسر رانك عقدة أوديب Complejo de Edipo على أنها رغبة أوديبية للعودة الى بيئة الام المغلقة حيث يمر ذلك بصورة رمزية ، ويعطي تفسيراً مماثلاً للاحلام عندما يجدها حالات مشابهة للحياة داخل الرحم ومؤشراً عند كل الناس أصحاء وغير أصحاء على وجود آثار صدمة الميلاد ... (راجع ٢٧ ــ ١٩٦١) .

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

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

أما أنصار الاتجاه الثقافي في التحليل النفسي والذي يعد كل من هورني / K. Horney / سوليفان / Sullivan / فروم / Fromm / أبرز الممثلين له . يتجهون لفهم آلية السلوك الشاذ بشكل مختلف عن فرويد وادلر ويونغ وبخاصة حينما يؤكدون على ورقة التأكيدات الذاتية والاندفاعات التنافسية وما تنطوي عليه من أنماط سلوكية . بديلاً عن الورقة الجنسية . وحين يستبدلون مفهوم الصراع بين مكونات الجهاز النفسي الهو والأنا والأنا الاعلى لتفسير الشذوذ بمفهوم تحليل السلوك الشاذ بحد ذاته وحسب أشكاله . كما يرفضون امكان ولادة الانسان بطبيعة عدوانية قلقة ..... ويتمثل جديدهم الأبرز في اعارتهم الأهمية الكبيرة للبيئة وللعوامل الثقافية وتميزهم النمو البشري بالحرية الهادفة . فالبيئة الثقافية هنا والنفسية مسؤولتان عن السلوك .

ورات ميلاني كلاين / Melaine Klein / (راجع ٢٨ ــ ١٩٨٠) امكان وجود الأنا لدى طفل حديث الولادة بالقدر الذي يكفي للاحساس بالقلق ، ولاستخدام وسائل الدفاع الاولية ، واقامة علاقات موضوعية على مستوى الخيال والواقع ، حيث أعطت للخيال دوراً دفاعياً في مواجهة الحقيقة الخارجية وحرماناتها من جهة ، وكذلك في مواجهة الحقيقة الداخلية وحرماناتها من جهة أخرى . لقد ربطت كلاين بين الخيال والغرائز واكدت وجود خيال خاص لكل اندفاع غرائزي . ورأت أن الأنا غير الناضج للطفل ، يتعرض منذ الولادة للقلق الناتج عن قطبية ولادية غرائزية الحياة ــ الموت ــ كما يتعرض الطفل للتصادم مع الحقيقة الخارجية عند صدمة الميلاد والتي يرافقها قلق اطلقت عليه قلق صدمة الميلاد .

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

الصدر المضطهد / الشرير ــ الجيد / Pecho malo

الصدر المثالي / الفاضل ـ الجيد / Pecho Bueno

يشكل الصدر /الشرير/ تهديدا لأنا الطفل ويسبب شعورا بالاضطهاد ، حيث ينتج ذلك تحول قسم من غريزة الموت التي بقي في الأنا الى عدوان ضد المضطهدين .

وتقام العلاقة مع الموضوع المثالي على المبدأ نفسه ، فيسقط جزء من الليبيدو بهدف الحصول على ارضاء ما للاندفاعات الغرائزية عند الأنا للمساهمة في المحافظة على الحياة .

وهكذا فالأنا يسعى دائما لتصريف جزء من الليبيدو وتحويله الى المخارج ويستخدم الباقي لاقامة علاقة ليبيدوية مع الموضوع المثالي . أما الخيال المرتبط بتلك العمليات فهو نتيجة للمكافأة في علاقته مع الموضوع المثالي ، بينما ينتج خيال الاضطهاد التجارب الواقعية للحرمان والألم .

وتفسر كلاين القلق على سبيل المثال بدخول موضوع الحرمان أو موضوعاته في الأنا والخائف للموضوع المثالي وكذلك للأنا .

تعد سيلاين كلاين الحسد المبكر من العوامل الناشطة منذ الولادة وتعرفه بأنه انفعال هام جدا يمكن عده أول عملية اخراج مباشرة لغريزة الموت ، والمكافأة التي ينتجها الصدر يمكن أن تثير مشاعر الاعجاب والحب والامتنان وفي الوقت ذاته مشاعر الحسد ، هذه المشاعر تدخل في صراع عندما يبدأ الأنا بالتكامل ، وان لم يكن الحسد متأصلا متمكنا فبالامكان تعديله بمشاعر الامتنان والعرفان .

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

اذا أسفر تطور العلاقة عن شروط مرضية ومفضلة يشعر الطفل أكثر فأكثر بأن

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

ان شعور الطفل بقوة أنـاه وفي الوقت نفسه بامتلاكه لموضوع مثالي قـوي يجعله أقل خشية من آثار الاندفاعات السيئة /الشريرة/ ، وأكثر تحررا منهـا ومن استفاظاتها . ويستطيع وقتها ومن موقع القوة التسامح مع غريزة الموت داخله ويهيء لاستقرار عمليات التكامل حيث تبدأ مرحلة جديدة مـن مراحـل النمو والعلاقات الموضوعيـة .

لقد حذرت كلاين من الكبت المفرط لاستطلاعات الطفل الجنسية ، ودعـت للاجابة الدقيقة الناجمة عن أسئلته ، وعدم ممارسة أي تسلط عليه ، وأصرت على أن مراعاة مفهوم تجنب الكبت وخفض التسلطية يمكنان من التأثير الايجابي في النمو العقلي والتخيلي والقدرة على اللعب والتمتع بـه وبالتالي تحقيق التطور القيّـم المنتظـر .

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

وبعـد عمـل دونالـد وينيكوت / D. Winnicott / : الذي نشره بعنوان :
« Transitional objects and transitional phenomene »

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

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

١ ـ الموضوع الذاتي Objeto Subjetivo

٢ ـ الموضوع المدرك موضوعيا Objeto Percibido

٣ ـ الموضوع الانتقالي Objeto transicional

ـ يبنى الموضوع الذاتي في اللحظات الاولى للاعتمادية الكاملة (اعتماد الطفل على المحيط) وفي الوقت الذي لا يميز فيه الأنا عن غير الأنا . ومن أجيل تكوّن هذا الموضوع يحتاج الى تجربة من تجارب الوهم

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

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

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

وهكذا فكما أنه لاغنى عن تجربة الوهم لتشكيل الطفل للموضوع الذاتي ، فان تجربة الفشل وخيبة الامـل / experiencia de decilucion / هـي الاخرى ضرورية لبنية الموضوع الخارجي ، وفي تجربة الفشل هذه تعطى اهميـة خاصـة لورقة الصدوان التي يبدأ بممارستها الطفل في مواجهة أمه ، وعلى الأم في اللحظات الاولى امتلاك المقدرة على التسامح في مقاومة الهجمات الغرائزية الطفلية تلك ببطء واتزان لأنه سيتبع هذه المرحلة التمييز الاول بين الأنا وغير الانا ، والمقاومة المتزنـة المعاكسة من قبل الموضوع الامومي ستساعد الطفل في أكثر من اتجاه .

آ ـ تساعد الطفل على كشف حدوده (الدقيقة) .

ب ـ تساعد الطفل على معرفة اندفاعاته كأشياء قادمة من داخله .

ج ـ تسمح له بتحويل قوة الحياة الى قوة عدوانية .

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

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

يجيب وينيكوت عن هذا السؤال بطرح نظريته حول الموضوع الانتقالي :

ـ أسس وينيكوت نظريته هذه معتمدا على الملاحظات الدقيقة المتأنية لأفعال وسلوكات قام بها الطفل في لحظات مص الابهام ، حيث لاحظ بأن نشاط مص الابهام يترافق مع نشاطات أخرى ، مثل تناول طرف الشرشف (الغطاء) ووضعها في الفم مع قبضة اليد أو مص الزغب أو اصدار أصوات ، ولاحظ كذلك بأن العلاقة بين الطفل وهذه الموضوعات علاقة عامة تتجه نحو علاقات أكثر خصوصية ومع موضوعات أكثر تحديدا ـ دب صغير ـ مخدة ـ لعبة خاصة .. الخ .

ما هو الموضوع الانتقالي :

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

استخدم وينيكوت مصطلحات الموضوعات الانتقالية والظاهرات الانتقالية للاشارة الى المنطقة الوسيطة من تجربة الطفل بين الابهام والدب الصغير (الموضوع

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

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

ما هو مصير الموضوع الانتقالي ؟

يصل الموضوع الانتقالي ولكنه لا يكبت ولا ينسى ، يفقد معناه ولكن المكان الذي كان قد دشنه يشغل من جديد باللعب ـ بالابداع ـ بالعناصر المختلفة المشكلة للحضارة .

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

واما سبيتز Rene spitz : الذي يعد من أكثر التحليليين النفسيين شهرة في الولايات المتحدة الامريكية . فقد ركز اهتمامه على الجوانب الانفعالية ملاحظا وشارحا شخصية الطفل في الايام الاولى من حياته وعلى العلاقات الموضوعية التي تقام بين الطفل وأمه .

ـ ينطلق سبيتز في دراسة نمو الشخصية من الفروض الاساسية للتحليل النفسي ومبادئه . كمبدأ اللذة والواقع ومنظمات النفسية الشعور ما قبل الشعور ـ اللاشعور ـ ومبدأ القطبية والخصائص النوعية للطاقة النفسية ، مع النمو الليبيدوي والمراحل السبقية الى ما هنالك من مبادىء معروفة في مفردات مدرسة التحليل النفسي .

بعض الآراء المركزية عند سبيتز :

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

— عند حديثه عن النضج ، يعده عملية معقدة ، بينما تعود الى التغيرات المتعاقبة الحاصلة للعضوية (النوعية) ويربط هذه التغيرات بما أسماه الفرق الخلقي للطفل الذي يتضمن العوامل الجينية الموروثة — التأثيرات الرحمية في لحظة الولادة — ثم استعدادات العضوية وردود أفعالها في مواجهة حالات القلق .

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

— تمر العلاقات الموضوعية بالمراحل التالية :

١ — المرحلة ما قبل الموضوعية Pre-objetal :

— من ١ شهرا الى ٣ أشهر

— لا توجد فروق بين الأنا وغير الأنا

— ترجسية أولية

— ابتسامات اجتماعية غير واعية/أول منظم للنفس

٢ — الموضوع الرائد Objetoprecursor :

— من ٣ أشهر — ٦ـ٨ أشهر

— ظهور أولي (بدائي) للأنا

ـ بداية عملية الصراع وظهور المفاهيم وعلامات بداية عمليات الذاكرة.

ـ يبدأ مبدأ الواقع بالتأثير .

ـ في نهاية هذه المرحلة يظهر المنظم الثاني للنفس ـ هم الشهر الثامن Angustia de 8° mes

٣ ـ الموضوع الكامل Objeto propiamente dicho :

ـ من الشهر ٨ ـ ٩ الى السنة ونصف السنة .

ـ ظهور اللغة الذي ينتج عمليات التفكير ويعقد مستواها .

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

وهكذا يحدد سبيتز ثلاثة منظمات للشخصية :

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

المنظم الثاني : هم الشهر الثامن (Angustia de octavo mos) تزداد معرفة العالم ويمكن التعبير عن الانفعالات بطريقة أكثر تعديلا ـ يشعر الطفل بالهم في مواجهة أشخاص غير معروفين في غياب أمه أو شكل الشخصية التي تنوب عن الأم .

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

— لاكان J. Lacan :

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

دعا لاكان للعودة الى فرويد ودراسة مفاهيمه بشكل صحيح بحجة أن المحللين لم يدركوا المغزى الذي أعطاه فرويد للكثير من مفردات التحليل النفسي — الامر الذي أدى الى افراغها من محتواها وتحويلها الى معطيات هيكلية يتم تداولها كمادة نفسية بعيدة كل البعد عن المتطلبات الحيادية، ودعا لاعادة اضفاء الطابع العلمي عليها انطلاقا من معطيات ألسنية بنيوية رياضية .

فالمحلل بالنسبة للاكان (راجع ٣٢ـ١٩٩١ — ٣ و ٣٣ — ١٩٨٨ — ٩٠ـ٩٢) لا يملك الا أداة واحدة لكي يتعامل مع مرضاه ويستنتج من خلالها ، وهي اللغة ، انطلاقا من المبدأ الاساسي الذي اعتمده فرويد بخصوص المريض لنقل ما يدور في فكره حسب قوانين التداعي الحر ، فالتعامل هو لغوي فقط ، والتأويل كذلك ، وكل الافكار والتخيلات والمشاعر ، حتى الاحاسيس البدنية ، هي تعابير لغوية والاعراض التي يراجع بشأنها المريض هي حقد لغوية لأن حلها يأتي نتيجة للتأويلات التحليلية ، والشيء الهام في الموضوع هو أن المريض عندما يتكلم مع محلله يقول أكثر مما يعرفه وهذه المعرفة الاضافية تدخل حيز الادراك عبر البنية اللغوية التي تكونه ، أي من جراء سماعه يتكلم انطلاقا من سماع الآخر له (المحلل) ، وهنا يشير لاكان الى أن ديناميكية التحليل تقوم على أساس العلاقة مع الآخر الكبير الذي يتجسد بوجود المحلل .

— توصل لاكان الى اعتبار اللاشعور (مركب كاللغة) وليس التحليل النفسي الا عملية لاخراج هذا اللاشعور من حيز الكبت الى حيز الفعل عبر ديناميكية العلاقة المتمحورة عن رغبات كانت في طي الكتمان .

— يعطي لاكان مفهوم الذات وموقعية الأنا تصورا بناء فيه تجديد ، فالانسان لا يستطيع أن يعطي معنى لوجوده الا عبر اللغة التي تعبر عنه والتي تكونه فهو تركيبة لغوية يتوخى من خلالها التعريف عن ذاته بكل رغباتها .

لقد بذل جهدا للبحث في فلسفة الكلام وبحث عن ماذا يعني فعل التكلم مميزا بين كلام عابر لا يعني شيئا للمتكلم وبين كلام يعبر في مضمونه عن الذات بجوهرها وتتوزع منه معان متعددة وهذا ما قاده الى استخدام مفاهيم الدال Significante والمدلول Significado والاستعارة Metafora والكناية Metonimia ، من علم الألسنية ـ وربط بين هذه المفاهيم وربطا جعله يضع اليد على نظرية جديدة .

تفسير ظاهرة تشكل الأنا :

ـ الأنا بالنسبة للاكان ليس كما يتصور بعضهم عضوا يخلق مع الانسان ، ينمو ، يتطور ، ثم ينضج لكي يصبح مميزا ومخاطبا للآخر ، بل هو نتيجة تصور يتكون عبر المراحل والصدف والاحداث التي يمر بها الطفل ، وليميز الطفل نفسه عن الآخرين عليه دخول عالم الرموز ـ انه كائن ينتقل من كونه فعلا وحدا الى انسان يشار اليه باسمه ويخاطبه الآخر ، ويفصل هذه المخاطبة وعبر الدلالات الرمزية التي يلفظها الطفل ويتم بموجبها الاعتراف به ينتقل من نقطة الصفر الى البعد الاحادي للتماهي الاولي ، وهذا ما يفسره لاكان في مرحلة المرآة التي تعد أساسية في تكون نواة الأنا .

مرحلة المرآة Periodo del espjo :

ربط لاكان تكون نواة الأنا بما أسماه مرحلة المرآة ويعني بها اللقاء الأول ما بين الطفل والصورة التي تعكسها له المرآة ـ حيث لهذا اللقاء الاثر الهام في مسيرة نمو الطفل فالجسد مصور الأنا ، وهذا الجسد لا يمكن ادراكه الا عبر التصور الذي تعكسه المرآة ورؤيته للآخرين أمثاله ، اذ أن نواة الأنا المخاطبة لا تتكون الا بعد مشاهدة الطفل لصورته في المرآة ـ فهو يتماهى بها ، ويتكون هذا التماهي هو الأول الذي ينتقله من حالة التجزئة الجسدية التي كان يشعر بها الى حالة الوحدة والكمال الصوري للجسد .

وأطفئية هذه الصورة في أنها تسري تدوم وتضمه الجسدي ، فهو يسعى حين اكتمال هذه الصورة التي يلتقطها سريعا وعنيفا يشكل حدا فاصلا بين تجزئة كان

يتضبط بها واكتمال يصبو اليه ـ هذه الصورة المتمثلة أمامه تصبح الأنا التي يتماهى بها .

تمر خبرة الطفل هذه في ثلاث مراحل (المرجع نفسه) تتزامن من بين الستة والشهر والسنتين ونصف السنة .

المرحلة الاولى :

تتميز باختلاط وجوده والآخر ، فهو لا يميز نفسه ، ولا يعرف حدودها ، يعيش في حالة اندماجية مع أمه التي تؤمن كل حاجاته البدنية ، ونظرته الى الاطفال هي تصور ذهني لوجوده يرى نفسه من خلاله ، فاذا بكى طفل بكى معه ، واذا زجر أو قوصص يشعر بأن ذلك يطاله فينتابه خوف مفترض أن يكون من نصيب الآخر ، واذا حصل أن صادف صورته في المرآة يتعامل معها على أنها آخر خيالي ، يكرر بشكل آلي الحركات التي يشاهدها أو يقلد الآخر دون أن يميز بين نفسه وبينه في هذه المرحلة يسود تسلط الخيال على الواقع .

المرحلة الثانية :

مرحلة أساسية يتمكن الطفل فيها من التمييز بينه وبين الآخر ويكتشف أن الصورة التي يراها في المرآة ما هي الا صورته ، فيتماهى بها لكي تصبح النواة الاولية للأنا المخاطب ، ولكي يتحقق له ذلك لابد من مرجع يعرفه عليها . ويسأل عن ماهية ما يرى ، ليأتيه الجواب من المرجع الاقرب اليه بأن هذه الصورة هي صورتك أنت انها أنت ، وهذا هام جدا لانه ينقل الطفل من الداخل الى التقاط صورته في الخارج مما يمكنه من تحديد موقعه الفضائي لكي يصبح أنا مخاطب يسقطها على الآخرين ويتعامل معه من باب طرف ثالث ـ كان يستخدم ضمير الغائب عند الحديث عن نفسه . ولكن لا يلبث ان يتقدم خطوة باتجاه التعرف على ذاته فيشير صراحة الى وجوده الكلي المتميز عن الآخر وينتقل من حالة العجز والتفتت الى حالة التكامل والوحدة الكلية .

المرحلة الثالثة :

مرحلة سيطرة الطفل وتحكمه بصورته واعتمادها محورا أوليا للتعبير عن ذاته ـ ولكن هذه المرحلة لا تتم الا عبر التصور الخيالي ، انها مرحلة يسيطر عليها الخيال من بدايتها والأنا المتكونة تصبح مرهونة بهذا الخيال مسلوبة به لانها حققت سبقا وانتصارا على واقع جسدي مفتت والفارق بين الحالتين يستمر في كل تطلعاته المستقبلية لانها تعزز أنا مثاليا ومتكاملا يصبو الى تحقيقه انطلاقا من نقص يلازمه مدى الحياة .

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

باختصار لابد من الاعتراف بمبدع بدأت مدرسته في غزو ملحوظ لعيادات العلاج في كل مناطق العالم .. ومؤتمرات المدرسة اللاكانية تلقى رواجا واقبالا يذكرنا ببدايات فرويد والظاهرة الفرويدية .

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

يولد الانسان مزودا باستعدادات فطرية تتعلق بنوعه ، حملتها سلسلة من التطورات التي عدلت بموجبها نقلا من الحياة لتصل الى كيان فيزيولوجي تسمح مكنن هذا الانسان من القيام بأدوار أو وظائف أولية تتعلق باستمراره كعضوية حية ، وأدوار ثقافية اجتماعية تتعلق باستمراره ككائن اجتماعي .

ان هذه الاستعدادات وتطوراتها النوعية (بيولوجية ، اجتماعية ، نفسية ، فلسفية ، روحية) المجتمعة لدى شخص والمتراكمة من قبله ما هي الا ما اسميه مفهوم الذات .

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

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

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

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

١ ـ ان يعرف ذاته :

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

٢ ـ ان يتقبل ذاته :

لا يكفي أن يعرف الانسان ذاته على أهمية ذلك ، وانما عليه أن يتقبل ما عرف مهما كان عليه الامر ، وعدم التقبل الذاتي يؤدي الى وضع أهداف للحياة ومستويات طموح غير منسجمة مع الامكانات المتاحة زيادة أو نقصانا ، وفي الحالتين خيبة أمل وضعف ثقة وسوء تكيف .

٣ ـ أن يقدر ذاته :

لا تكفي معرفة الذات على مبدأ الاطلاع الحسن أو أخذ العلم ، كما لا يكفي تقبل الذات بمثابة لا حيلة له في ذلك والامر لله ، بل لابد من تقدير الذات واحترامها واعطائها قيمة ايجابية وأن يشعر معها بجدارة كافية لاحراز الرضى الذاتي .

٤ ـ ان يعمل على تحقيق ذاته وتاكيدها .

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

وهكذا فان الاقدر على تحقيق ذاته وتجنب الاضطراب وايجاد الدور الاجتماعي المناسب له هو ذلك الشخص الذي يستطيع تحمل مسؤوليته الذاتية في تحقيق ذاته ..

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

يرتبط مفهوم الذات ارتباطا وثيقا بما يعيشه الفرد من خبرة وتتوقف تأثره على طبيعة هذه الخبرة ، فالخبرة الايجابية هي تلك التي تنسجم مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية وهي التي تؤدي الى الشعور بالاطمئنان والسعادة ، بينما تترك الخبرة السالبة التي تنتج عن تعارض قوانين الضبط المعيارية مع مفهوم الذات قيمة

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

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

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

وهذا ما سيكتشفه القارىء بجلاء من دراسة المداخل دراسة تكاملية .

٤ ـ المدخل المبني على التعلم Learning approach

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

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

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

ومن الناحية العملية كذلك فان كل شقاء أو سعادة انسانية يقوم كل منهما على فهم أفضل لقضية التعلم . ومشكلاتنا العملية بالغة الاهمية مثل كيف نمنع العنوب وكيف نكسب عيشنا هي في الاساس قضايا من قضايا التعلم .

لكل هذه الاسباب كان التعلم على أهميته البالغة لعلماء النفس المحترفين لانه الصخرة الصلدة التي ترتكز عليها نظريات علم النفس الاخرى وهو المفهوم الاساسي لماهية الطبيعة البشرية المتمثلة في : ماهي هذه الطبيعة ؟ وكيف تتطور ؟ وكيف تتغير ؟ (جاء ذلك في مقدمة كتاب نظريات التعلم ذائع الصيت) (٣٦ ـ ١٩٨٣ ـ ٩) .

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

إذا السلوك السوي مثلما الشاذ يتم تعلمه تعلما ويخضع لقوانين واحدة ـ العملية واحدة ، ولكن النتيجة فيما يتعلق بسعادة الانسان وشقائه مختلفة ـ فان أحسن التعلم أصاب من التكيف حظا ، وان فشل حصد الشذوذ .

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

مبادىء التعلم :

سنعرض مبادىء التعلم العامة بشكل مختصر وبما يخدم غرض الكتاب :

- الدافع Motive

يستخدم مفهوم الدافع للإشارة الى طاقة مفترضة تستطيع دفع الفرد نحو القيام بسلوك ما ، وتقسم الى : دوافع فطرية أساسية أولية تميز بوجودها لدى كل الأفراد ، ومن خصائصها أنها لا تتعلل ولا تتبدل ، - وانما يمكن تعديل أساليب التعبير عنها - قاعدتها البيولوجية لا يحتمل حولها كونها ترتبط بالنوع وباستمراره - دوافع الجوع ، والعطش ، والجنس - ، تنطوي على نوع من الوحشية في غياب الضوابط الاجتماعية والانسانية .

- دوافع ثانوية متعلمة يكتسبها الفرد من خلال علاقته مع المحيط الاجتماعي وثقافته وفي اطار سعي هذا الفرد لتحقيق الحاجات المرتبطة بالدوافع الفطرية .. تتميز هذه الدوافع على عكس الدوافع الأساسية في أنها خاضعة للتطور الاجتماعي والحضاري وهي مرنة ، ولذلك فهي قابلة للتعديل والتغير والالغاء . وتلعب متغيرات مثل الجنس ، والتربية ، والعمر ، والمجتمع ، والبيئة دورا أساسيا في تحديد مضامين هذه الدوافع وقوتها والانماط السلوكية الناتجة عنها ، ومن هنا كانت هذه الدوافع متعلمة ، ويشكل كل من الخوف والقلق مثالا عليها . تقوم الدوافع بمهمة تحريض انفعالات الفرد وتحديد اتجه اهتماماته لتسهيل عملية الاشباع الناتجة عن السلوك .. وعلى مدى توفيق الدوافع بتحقيق هذه المهمة متعددة الاكثر تعقيد طبيعة السلوك ومستويات الاستجابة المتدرجة بين السوية والشذوذ .

ـ الدلالة ـ الرمز ـ Cue :

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

وقد يعمل الخوف كعلامة لتجنب عمل ما أو استجابة معينة يمكن أن تؤدي الى الألم أو العقاب وذلك حين يصبح مرتبطا ببعض الرموز أو العلامات الناتجة عن التفكير في انجاز العمل المشار اليه وكثيرا ما يؤدي العقاب العمال من أجل عمل معين أو استجابة معينة الى شعور الفرد بالخوف بمجرد التفكير أو البدء في ذلك العمل مرة ثانية ، وهكذا يؤدي الخوف الى التوقف عن العمل أو الى الانسحاب منه لكي تخف درجة الخوف ، وبذلك يصبح التوقف أو الانسحاب معززا (٣٧ـ١٩٨١ـ٣٩٧) .

ـ الاستجابة Response

وهي ما يقود الرمز أو العلامة اليه ، وأحيانا تنظم الاستجابات في صورة هرمية من حيث احتمال صدورها ، وتحتل الاستجابة دائمة الصدور درجة عالية في التنظيم الهرمي ، وهي ترتبط بالمثيرات ارتباطا قويا ، وطبيعة هذا الارتباط السببي غير معروفة ، ويرجع التغير في قوة الارتباطات بين المثيرات والاستجابات أو في مرتبة الاستجابة في التنظيم الهرمي الى التعلم ، ويجب أن تشبع الاستجابة قبل أن يصبح من الممكن ربطها بمثير معين ، والاستجابات الجديدة والتي لم ترتبط بعد بمثير ما قد تنتج نتيجة المحاولة والخطأ أو تحدث نتيجة للتقليد أو عن طريق التوجيه اللفظي .

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

ـ التعزيز أو المكافأة Reinforcement

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

وبالاضافة الى هذه المصطلحات الاربعة الخاصة بالتعلم والتي تعد العوامل الاساسية لهذه العملية فان هناك بعض المظاهر الاخرى لهذه العملية ومنها : « الانطفاء » extinction ويحدث حين تتكرر الاستجابة المتعلمة من غير أن يستمر التعزيز فيضعف الميل والاستعداد للقيام بها ويتوقف حدوثها لانها قد انطفأت . أما الاستجابات التي لم تكن هدفا للانطفاء فانها تستمر دون اعاقة وذلك كالاستجابات التي عززت بطريق الصدفة . وتنطفىء الاستجابات بنسب مختلفة ، فالاستجابات القوية تستمر وقتا أطول من الضعيفة قبل أن يتم انطفاؤها . وتؤثر قوة الدافع في أثناء تعلم الاستجابة ، كما تؤثر قيمة المكافأة التي كوفئت بها تلك الاستجابة وكذلك قوة الدافع خلال عملية الانطفاء . كل ذلك له تأثيره في نسبة الانطفاء ودرجته . ومع أن عملية الاطفاء قد تطول الا أنه من الواضح أن كل العادات التي اكتسبت عن طريق التعلم قد تعرضت للانطفاء حين القطع وتوقف تعزيزها .

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

ويعرف ذلك « بالاسترجاع التلقائي » ويدل على أن الاستجابة قد كفت فقط ولكنها لم تستأصل ، ولكن مع ذلك اذا استمر الانطفاء فانها سوف تختفي تماما .

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

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

ويكون التعزيز أكثر فاعلية كلما ازداد تزامنه مع الاستجابة ، ولذا فان فاعلية التعزيز المتأخر أقل من فاعلية التعزيز المصاحب أو التعزيز في الحال . وهكذا يوجد تعزيز متدرج gradient of reinforcement . فالاستجابات التي تقع مباشرة قبل الاستجابة المعززة تعزز أيضا ولكن بدرجة أقل من الاستجابة المعززة . وتدرج التعميم والتعزيز أدى الى المبدأ الذي يقرر ان الاستجابات القريبة من نقطة التعزيز تميل الى أن تقع قبل وقتها الاصلي في سلسلة الاستجابات أي أنها تصبح توقعية متى كان ذلك ممكنا من الناحية الفزيولوجية . فالاستجابات التوقعية اذن تجمع معن الانشطة غير النافعة ، والانسحاب من المثير المؤلم سوف يقع قبل لمس الشيء الذي يسبب الالم ، والاستعداد التوقعي anticipatory tendency غير اختياري وقد يؤدي الى أخطاء أو الى استجابات غير متوافقة كما قد يؤدي الى استعمال متوافق للاعمال أو للاستجابات غير النافعة . والتعزيز السلبي بعقاب الاستجابات التي لسم

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

وهناك دوافع اجتماعية أخرى متعلمة ولكن بعضا منها يحتل اهمية خاصة بالنسبة لنمو الشخصية وللعلاج النفسي ، ومن بينها حب التجمع ، وتكوين العلاقات الاجتماعية الايجابية ، ومنها الاعتمادية ، والاستقلالية ، والمسايرة ، وعدم الخنوع وتقبل الحنان ، وبذل الحب ، والرغبة في الاستحسان من الآخرين والتشبث بالكرامة ، والمحافظة عليها ، وحسن المظهر ، والأمانة ونحو ذلك • وتختلف الدوافع المتعلمة ومعززاتها باختلاف الثقافات والطوائف الاجتماعية • وينبغي أن يدرك المعالجون النفسيون ذلك (المرجع السابق ـ ٣٠٠) •

انموذجان من نظريات التعلم :

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

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

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

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

٢ ــ نظرية التعزيز والارشاد النفسي . التي تقدم تفسيرا اكثر وضوحا لالية السلوك الشاذ وتطبق قوانين التعلم على نطاق واسع في تفسير الاضطرابات السلوكية وارشادها وعلاجها .

وغني عن القول ان اختيارنا هذا لا يمكن عده بديلا عن دراسة تقع على عاتق القارىء للنظريات الشهيرة التي درست وطورت مفهوم التعلم : نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر :

ــ نظرية الارتباط « ثورندايك » .	thorndik. E. L
ــ نظرية الاشتراط البسيط « بافلوف » .	pavlo. I. V
ــ نظرية الاشتراط الاجرائي « سكينر » .	Skinner, B. E
ــ نظرية الاقتران « جثري » .	Guthrie. E. R
ــ نظرية الحافز « هل » .	Hull. C. L
ــ نظرية التعلم بالملاحظة « باندورا » .	Bandura. A.
ــ نظرية التعلم الغرضي « أوزبل » .	Usbel
ــ نظرية المجال « ليفين » .	Lewin. K
ــ النظرية البنائية « بياجية » .	Piaget. J

نظرية التعلم الاجتماعي : Social Learning Theory

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

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

ومن وجهة النظر هذه يصبح للحاجة ثلاثة مكونات أساسية :

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

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

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

والقيمة التي تعطيها هذه النظرية لموقف الفرد السيكولوجي ، سواء في فهم السلوك أو التنبؤ به ، مظهر رئيس آخر لنظرية التعلم الاجتماعي . فعلى خلاف منهج البحث وفقا للسمات أو الملكات ، أو أي منهج بحث آخر في الشخصية يؤكد بقوة على المحالات الداخلية ، فان هذه النظرية ، بسبب اعتمادها على المسلمات الاساسية لنظرية التعلم ، تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة أن بعض الاشباعات أكثر احتمالا من غيرها في بعض المواقف . ولا توجد الفروق الفردية في قوة الحاجات المختلفة فقط ، وانما تظهر أيضا في الطريقة التي يدرك بها الموقف نفسها . فرد فعل شخص ما للمواقف المختلفة يعتمد على خبرته السابقة التي تكون لذلك ، ناحية هامة للفروق الفردية . فالموقف السيكولوجي يسند الفرد بأدلة لتوقعاته بأن سلوكه سوف يؤدي الى النتائج المرغوب فيها .

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

وعلى سبيل التوضيح نورد ستا من الحاجات المريضة التي تتضمن معظم السلوك السيكولوجي المتعلم مع تعاريفها . والواقع أن هذه المفاهيم متسعة بحيث لا تسمح لنا الا بشيء قليل من التنبؤ ، أما المفاهيم الضيقة فهي أفيد على وجه العموم . فمثلا ، ان حاجة الفرد الى المركز والى أن يعترف به يمكن أن تحلل الى مستويات أكثر خصوصية من النشاط الاجتماعي ، أو الانشطة المهنية أو العقلية ، أو المهارات الجسمية والرياضية .

١ ـ الحاجة الى الاعتراف والمكانة : حاجة الفرد الى أن يتفوق وأن يعد كفيا ، مثل الآخرين أو أفضل منهم في المدرسة ، أو العمل أو المهنة ، أو النشاط الرياضي ، أو المكانة الاجتماعية أو الجاذبية الجسمية ، أو اللعب ، أي الحاجة الى ان يحصل الفرد على مكانة عالية على مقياس تنافسي ذي قيمة اجتماعيا .

٢ ـ الحاجة الى السيطرة : حاجة الفرد الى التحكم في أعمال الآخرين ، بما في

ذلك الاسرة والاصدقاء ، وأن يكون الفرد في مركز القوة ، وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة .

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

٤ ـ الحاجة الى الاعتماد على الآخرين ورعايتهم : حاجة الفرد الى فرد آخر أو أفراد آخرين يقونه من الاحباط ، ويوفرون له الحماية والامن ، ويساعدونه على الحصول على الاهداف الاخرى المرغوبة .

٥ ـ الحاجة الى الحب والعطف : حاجة الفرد الى تقبل الآخرين وحبهم ، وأن يحظى باحترامهم واتباههم واهتمامهم واخلاصهم .

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

والخلاصة أن امكانات حدوث سلوك ما ، أو مجموعة ما من أنواع السلوك في موقف معين ، تعتمد على توقعات الفرد بأن السلوك سوف يؤدي الى هدف أو اشباع معين ، وعلى قيمة الاشباع بالنسبة له ، وعلى القوة النسبية لامكانات السلوك الاخرى في الموقف نفسه . ومن المفروض أن الفرد غالبا لا يكون مدركا لأهداف (أو معاني) سلوكه ولتوقعات تحقيق هذه الاهداف .

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

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

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

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

نظرية التعزيز والارشاد النفسي : Dollard & Miller

تعد نظرية التعزيز والارشاد النفسي واحدة من أشهر النظريات في التعلم ، ولعلها المحاولة الاولى الناجحة التي جمعت للجمع بين مفاهيم من نظريات التحليل النفسي حول الشخصية وأخرى من نظريات التعلم ، ودمجت الى عملية التكامل بينهما لفهم أفضل وعلاج أنجع للاضطرابات السلوكية . حيث يمكن العثور على أفكار الرجلين الاولى فيما يتعلق بالمبادىء العامة في كتابهما (التعلم الاجتماعي والتقليد ـ ١٩٤١) بينما يشرحان استخدامات هذه المبادىء في كتابهما « الشخصية والعلاج النفسي في ضوء التعلم والتفكير والثقافة » عام ١٩٥٠ .

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

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

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

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

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

واستجابة الخوف هـذه معرضة للتعميم حيث من الممكن أن تشمل المكـان الذي تم فيه العقاب ، وكذلك وسيلة العقاب وغير ذلك من المثيرات المشابهة للمثير الاصلي الذي كوّن استجابة الخوف والتي اقترنت بظروف العقاب(٣٨ـ٣٥١ـ٣٥٣) هذا التلازم بين الصراع والكبت يؤدي في الغالب الى الاضطراب .

لايبين ما عرضناه حتى الآن جديداً في طرح هذه النظرية ، حيث كانت قد تعدثت النظريات المنضوية تحت المدخل النفسي وباسهاب عن الاثر المتبادل بـين الكبت والصراع وعن ما ينتجه ذلك مـن سـوء تكيفات تؤذي أمـن الشخص النفسي والبـدني .

ولكن اذا ما استعرضنا أطروحات دولارد وميلر حول كيفية تعـلم العصاب ، وكيفية تعلم الأعراض ١١٠٠٠ نعم تعلم العصاب وتعلم الاعراض ، بل وتعلم الكبت أيضـاً .. اذا ما استعرضنا ذلـك وهـذا ما سنفعله ، تأسيساً عـلى ما ورد في (٣٧ ـ ٣٠٤ وما بعدها) فان القارىء سيقع على جديد نظرية التعزيز والارشاد النفسي لدولارد وميلر .

يقرر دولارد وميلر سلفا بأن العصاب الذي يحدث نتيجة للخبرة أكثر مـن ذلك الذي يحدث نتيجة للحاجات الفطرية أو نتيجة للاصابة العضوية . ولهذا فانه متعلم ، والتعلم محكوم بقوانين . فكيف يتم تعلم العصاب اذاً .

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

يحاول اعادة بناء الطفولة لكي نفهم حياة البلوغ والرشد . والاطفال بطبيعتهم ضعاف أو عاجزون ، ومن ثم فهم تحت رحمة النماذج المتناقضة من الاباء والمعلمين والمدربين . فالطفل الصغير غير ناضج وهو بالاضافة الى ذلك مشوش ومخدوع ويعاني من الهلاوس ، وباختصار توجد لديه مجموعة من الاعراض التي نعدها في الكبر أعراضاً للذهان ، وبدلا من أن يعامل بشيء من التسامح والتعضيد والتدريب التدريجي خلال الطفولة فانه يعامل بالاساليب القمعية المتناقضة ويثقل كاهله بالمتطلبات الكثيرة ، ويتوقع منه ان يضبط دوافعه الملحة وأن يتعلم بسرعة ، ويواجه الطفل الصغير بمتطلبات التدريب على أربعة مواقف صعبة ، وتؤدي الاساليب التي يتم بها التدرب في تلك المواقف الى نمو استجابات معينة تستمر مدى الحياة ، فموقف التغذية قد يعالج بطريقة تؤدي اما الى التفاؤل أو الى البلادة وجمود الحس ، الى الامان والاطمئنان او الى الخوف ، والى الاجتماعية أو الى قصور في الشعور الاجتماعي والى الخوف من العزلة او الى نوع من الاجتماعية القهرية في المستقبل . والتدريب المبكر القاسي على النظافة وضبط الاخراج والذي يسير من غير معينات لفظية تثير انفعالات قوية من الغضب والمعارضة او التحدي والعناد والخوف . وقد يؤدي الى القلق والخنوع والشعور بالحقارة والشعور بالذنب . والتدريب الجنسي قد يؤدي الى صراعات تحدثها المحرمات وألوان القلق الجنسي والخوف من الجنس الاخر والصراعات المشتقة من الموقف الاوديبي .. وأخيرا فان علاج استجابات الغضب لدى الطفل قد يثير صراعات قلق الغضب بسبب أن الخوف يرتبط بعلامات الغضب أو رموزه . والغضب لا مناص منه بسبب الاحباطات الكثيرة التي يتعرض لها الطفل خلال عملية التدريب ، وكنتيجة للغيرة بين الاخوة والاخوات ، وبسبب العجز وعدم النضج العقلي الكافي لدى الطفل . وكبت الغضب قد تكون له آثار أكثر من مجرد كف العدوان ، فقد تمتد هذه الآثار الى كف مشاعر الغضب ذاتها ومن ثم تؤدي الى كف شديد للشخصية . هذه الصراعات المبكرة تحدث للطفل قبل أن يستطيع الكلام أي قبل أن يستطيع التعبير بكفاية ، وهي لذلك لا عنوان لها عنده أو لا يعرف لها أسماء وبالتالي فهي لا شعورية .

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

وكثيرا مما نعرفه في هذا الصدد تم الحصول عليه من المصابين خلا العلاج النفسي • والناس العاديون هم الذين لم يعانوا من صراعات شديدة ، وبعض الأفراد أقل قدرة على مواجهة الصراعات والتعامل معها من خلال العمليات العقلية العليا ، وبعضهم أكثر استعداداً من غيرهم لمعاناة ردود الافعال المصابية •

وكيف يتم تعلم الأمراض ؟•

الخواف Phobia : مخاوف شخصية متعلمة أصولها الأساسية غير مفهومة حاليا • واستجابة الاحجام التي يلجأ اليها المريض تخفف الخوف وبالتالي فهي تعززه بقوة • ويميل الخواف الى الاستمرار بسبب أن الاحجام عن المواقف التي تستثيره يعززه وذلك عن طريق تخفيف الخوف وبالتالي يصعب اطفاؤه أو استئصاله •

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

والنكوص Regression (وقوع الاستجابة التي تعد التالية للعادة من حيث القوة والتي تعلمها الانسان كاستجابة قوية خلال الطفولة) • فحينما تعلق العادة السائدة عند الراشد بسبب صراع أو اطفاء وحينما تستبدل هذه العادة كاستجابة دائمة استجابة أخرى قوية عن طريق التعميم فان العملية تسمى حينئذ نقلا او ابدالا displacement وتقع التبرير Rationalization حينما يشعر الفرد نتيجة للتنشئة الاجتماعية بضرورة وجود توضيح منطقي لسلوكه • ولكنه لا يستطيع أن يتقبل التوضيح

الحقيقي لان الحقيقة تثير لديه القلق أو الشعور بالذنب . والهذيان او الهلاوس Delusion يختلف كميا فقط عن التبرير . فالايضاحات المقبولة اجتماعيا يصعب ايجادها ولذا يلجأ الشخص الى الهذيان او الافكار الخاطئة ويعتقد او يقنع بها ليخفف القلق القوي أو الشعور بالذنب الذي يعانيه .

وتعد الهلوسة Hallucination نتيجة لتعميم مبالغ فيه لاستجابات ادراكية ذات قوة دافعية كبيرة . وحينما تصبح العلامة الخارجية او المثير الخارجي سببا في الاضطراب فان نقل الانتباه الى التصورات أو الخيالات (الهلوسة) قد يخفف من الخوف .

والإسقاط Projection يحدث نتيجة لعوامل كثيرة تقودنا الى الظن بأن الآخرين لديهم دوافعنا ورغباتنا نفسها وحينما يقودنا ذلك خطأ الى نسبة هذه الدوافع الى الآخرين فان هذه العملية تسمى إسقاطا .

ويبرز الإسقاط بسبب تخفيفه للقلق حيث ينتقل اللوم ويوجه الى شخص آخر بدلا من توجيهه الى الذات .

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

والإدمان Alcoholism يعد نتيجة لتعزيز استخدام الكحول لتخفيف القلق أو الخوف ، ومع أن كثيرا من الاعراض تعد سلوكا غير متوافق في المدى البعيد الا أنها تخفف من التعاسة ومن اليأس ، ونتائجها الآنية أو الوقتية مرغوبة ولذا فهي تجد تعزيزا وقتيا .

والتأثير القوي لأي تعزيز سريع أبلغ تأثيرا من العقاب الذي هو أكثر قوة ولكنه يأتي متأخرا . وحينما يبدو أن هناك زيادة في المعاناة الحالية فان توضيح

استمرار الاعراض قد يبرز مشكلة . ولكن الموقف يمكن أن يعلل نظريا بطرائق مختلفة تتفق مع التفسير القائم على نظرية تخفيف التوتر عن طريق التعزيز .

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

ومقاومة الاعراض للانطفاء قد ترجع الى حقيقة أنها مغذاة بتعزيز دائم ومستمر ، ومحاولة اطفائها تجعل الفرد يشعر بأنه أسوأ حالا ، فاذا ما عزز العرض المرضي بتخفيف التوتر لدرجة أن التعرض لهذا العرض ومقاومته قد تؤدي الى زيادة التوتر فانه من المتوقع أن يؤدي إطفاء الاعراض المرضية الى تعلم أعراض جديدة ، ولهذا فان العلاج الذي يهدف الى ازالة أعراض معينة بأساليب التنويم أو العقاب البدني ونحوها سوف يستتبع ظهور أعراض جديدة كما هو معروف ، أما ازالة التوتر الذي يسبب العرض أو تخفيفه فانه قد يؤدي الى اختفاء ذلك العرض وبخاصة اذا كانت ازالة التوتر لا تتضمن اصدار استجابات مناقضة لذلك العرض، فاذا عاد التوتر عاد العرض الى الظهور مرة ثانية .

كيف يتم تعلم الكبت ؟

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

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

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

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

اذا كان أقوى منه كما مرت الاشارة اليه في تجربة ماري كوفر جونز مع بيتر والارنب .

٣ ـ في حالة توسط دوافع متعلمة فان كف الاستجابات المتوسطة والتي تقوم بدور الرموز التي تستثير ما يقتضيه الدافع الاصلي من استجابات سوف يطفيء هذا الدافع الاصلي ويستأصله ، ولهذا فان ايقاف تفكير الصبي مثلا في تعليقات سخيفة سمعها من شخص آخر يمكن أن يخفف الغضب وهذا نوع من الكبت يتم فيه ظهور التوتر بقوة ولكنه لا يعبر عنه بالالفاظ ويمكن أن يؤدي الى أعراض سلوكية .

ـ وقد ينظر الى الكبت على أنه نتيجة لصراع الإقدام والإحجام وهو صراع بين محاولة التفكير في موضوع معين ومحاولة تجنب هذا الموضوع لان الخوض فيه مثير للخوف والالم .

والأنا الاعلى يعد الى حد ما غير شعوري ، وقد يرجع ذلك الى ان العناصر الانفعالية للقيم الخلقية قد تم تعلمها قبل نمو اللغة ، او ان الاستجابات الخلقية قد تم تعلمها بقوة حتى أصبحت استجابات تصدر مباشرة على أثر الرموز غير اللفظية وذلك كالعادات القوية التي قد تصدر من غير تفكير .

إن الكبت يستتبع قصورا في العمليات العقلية والتي تنطوي على رموز لفظية مثيرة للاستجابات وعدم القدرة على استخدام الرموز اللفظية للدلالة على الاشياء المكبوتة يؤدي الى تعميم مبدئي للمثيرات أو الى تمييز غير مناسب بينها ومن ثم الى ظاهرة النقل والابدال displacement . وعدم القدرة على اطلاق الرموز أو التسميات ذاتها على المواقف الشبيهة يؤدي الى قلة التعميم (الثانوي) المتعلم . وغياب الاستجابات اللفظية يضعف القدرة على الاستجابة الى الاهداف او المثيرات البعيدة أو يقلل القدرة على التعامل مع المستقبل والتنبؤ به . وتتأثر عملية التفكير والتخطيط كما تتأثر القدرة على التعبير عن الذات وعلى الاتصال الفعال بالاخرين .

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

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

الفصل الخامس

العوامـــل في الشـــذوذ النفســـي

- المدخـل الحيوي
- المدخـل البيني
- المدخـل الإجتمـاعي الثقـافي

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الخامس

المدخل المعرفي Cognitive approach

يمثل هذا الاتجاه أتباع ما اصطلح على تسميته الثورة المعرفية ، التي راجت مساهماتها في العقود الثلاثة الاخيرة ، وبخاصة عقد الثمانينات ، ويمكن القول أنها دخلت عقد التسعينات بزخم أكبر وتعطى أعمال روادها أمثال : A-Ellis اليز ١٩٨٠ Beck بيك ١٩٦٧ Bandura باندورا ١٩٦٩ Mahoney ماهوني ١٩٧٤ Jung يونج ١٩٨٨ ، باهتمام أوساط المشتغلين بتفسير الظواهر السلوكية وعلاج المضطرب منها (راجع ٣٩ و ٤٠ و ٤١ و ٤٢ و ٤٣) يعتقد هؤلاء بأن إهمالاً واضحاً لايمكن التساهل به قد حل بدور العقل ، بعدما كان وكما هو معروف يحتل مكانة مرموقة في معرفة كل ظواهر الوجود ، منذ أن بدأ الانسان التفكير العلمي، ويناقشون السلوكية بافتراضاتها ، آخذين عليها فهمها للسلوك بطريقة ميكانيكية سطحية لا تنسجم مع طبيعة الانسان المعقدة ، ولا يترون إمكان توقفه النمو على عمليتي الثواب والعقاب . كما ينتقدون التحليل النفسي ونظرته الى الانسان كحيوان يدين بمذهب المتعة والتمتع . ويدعون عوضاً عن ذلك اعتماد العقل بدلاً من الحس أساساً لتقرير الحقيقة ، كونه المصدر الموثوق لها ، إنطلاقاً من حقيقة نظرهم للانسان كحيوان معرفي قادر على فهم ذاته وفهم الواقع بصورة حيوية فاعلة .

يعد البرت اليز / A-Ellis / أحد أبرز رواد ومطوري الاتجاه المعرفي في أيامنا ، ارتبط باسمه ما يعرف اليوم بـ / العلاج العقلي الانفعالي / الذي فرض

وجوده ، وغدا اتجاها معروفا على مستوى المؤتمرات التخصصية العالمية ، ومؤسسات العلاج النفسي .

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

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

تقوم الدعائم النظرية لهذا الاتجاه كما يحددها أليز ١٩٧٧ (٤٤ ، ١٩٨٩ ، ١٢٠-١٢١) على الفرض القائل ، ان التفكير والانفعال الإنسانيين ليسا بعمليتين متباينتين أو مختلفتين دائماً وإنما تتداخلان بصورة ذات دلالة ، وانهما - لكل الأغراض العملية يعدان من عدة نواح الشيء نفسه أساساً .

وكما هو الحال بالنسبة لعمليتي الحياة الاساسيتين الحس والتحرك ، فإن بينهما علاقات متبادلة بصورة تكاملية ، ولا يمكن النظر إليهما في انفصال عن بعضهما بصورة تامة ، وكما هو الحال بالنسبة للتفكير والعمليات الحسي حركية، فاننا يمكن أن نعرّف الإنفعال على أنه أسلوب معقد من السلوك يرتبط ارتباطاً وثيقاً وبصورة تكاملية بعمليات الحس والاستجابات الاخرى .

إن احدى طرائق توليد الإنفعال هي التفكير وان كثيراً مما نسميه الانفعال ليس أكثر ولا أقل من شكل بعينه من الفكر يتسم بالتحيز والحكم المسبق أو التقويم المتطرف ، ولقد تجمعت حديثاً أدلة اميريقيه ونظرية لا يستهان بها تساند الافتراض بأن الانفعال الانساني هو في صميمه عملية إتجاهية ومعرفية . ان الكائنات البشرية

يحركها تقدير للموقف ينطوي على حكم حسي وحكم فكري أو تأملي، وبعد القرار النهائي لقيامنا بأي فعل ، اختياراً يحقق الانفعال الاساسي أو يحول دونه ، وبالنسبة للانسان فان اختيار فعل موجه الى هدف هو أساسا رغبة عقلانية ، وميل تجاه ما يتم تقديره بصورة تأملية على أنه حسن (ممتع ، نافع ، أو قيّم) وهذه الميول العقلانية للقيام بأي فعل تنظم الشخصية الانسانية تحت توجيه الصورة المثالية للذات .

ويبدو إذاً أن الانفعالات الانسانية الموجبة مثل مشاعر الحب أو الابتهاج غالبا ما ترتبط أو تنجم عن جمل تم استدخالها ، يصوغها المرء في صورة مماثلة أو مباينة للعبارة « هذا حسن بالنسبة لي !! » ، وأن الإنفعالات الانسانية السالبة من قبيل مشاعر الغضب أو الاكتئاب مرتبطة بـ أو تنجم عن جمل يصوغها المرء في صورة مماثلة أو مباينة للعبارة « هذا سيء بالنسبة لي » ويدون استخدام الكائن البشري الراشد ، على مستوى شعوري أو لا شعوري بعينه لمثل هذه الجمل التقييمية فان الكثير من انفعاله لن يكون له وجود بكل بساطة .

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

ـ عنى آليز بالفرض (أ) العوامل الكامنة وراء المشكلة التي يمكن أن تكون مثيراً من المثيرات على شكل حقيقة أو حدث أو إتجاه (نشاطات) .

ـ وعنى بالفرض (ب) الآراء والتصورات الذاتية التي يحملها الشخص تجاه الفرض (أ) (نظام المعتقدات) .

أما (جـ) فيعني له طبيعة رد الفعل (النتائج الانفعالية ـ السلوكية) . وفق الرأي السالف فان (جـ) هي النتيجة المتوقعة لـ (أ) على (مبدأ مثير ـ استجابة) ، ولكن آليز يعد أن ما أنتج (جـ) لم يكن (أ) على الرغم من الظروف بعض العوامل الخارجية ، ولكن ليس بصورة مباشرة . وانما (ب) الذي كما سبقت الاشارة اليه يمثل الآراء والتصورات الذاتية التي يحملها الشخص تجاه الفرض (أ) . وهكذا

فان طبيعة معتقدات الشخص وتفكيره عن مشير ما أو موضوع ما تحدد أفضل استجاباته ،وان فهم طبيعة الإنفعال أو أي سلوك آخر بهدف تفسير أو علاج ظاهرة ما يتم عبر معرفة العلاقة بين كل الفروض الثلاثة (أسبسجب) (٣٩ ــ ١٩) .

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

للاتجاه العقلي الانفعالي عدد من الافتراضات والتصورات ، التي تفسر الكون والانسان وعوامل سعادة هذا الاخير ومشكلاته الانفعالية ، يمكن اجمالها بمايلي (٤٥ ــ ٧٩) .

١ ــ الانسان كائن عاقل وغير عاقل في الوقت ذاته . وهو فقط حينما يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يحس واقعياً بالسعادة والكفاية .

٢ ــ الاضطرابات الانفعالية ــ النفسية ، وبشكل عام كل أشكال السلوك العصابي هي نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي ، لا تنفصل وظائف كل من التفكير والانفعال عن بعضها . يرافق الانفعال التفكير ويمكن أن يكون مقيدا بتفكير غير عقلاني .

٣ ــ يكمن مصدر التفكير غير العقلاني في التعلم المبكر ، غير العقلاني ، المكتسب من الوالدين والثقافة .

٤ ــ الكائن الانساني حيوان ناطق ، والتفكير لمرة استخدام الرموز اللغوية فاذا كان الانفعال يرافق التفكير ، فان أي اضطراب انفعالي يحدث سيؤدي وبيذي تفكيراً غير عقلاني ، وهذا بالضبط مايميز المضطربين نفسيا الذين يحتفظون باضطرابهم وكذلك سلوكهم اللا منطقي ، من خلال الحوارات الذاتية الداخلية للاراء والتفكير غير العقلاني . « العبارات والاحكام التي تحدث أنفسنا بها بشكل مستمر هي عمليا أو تكاد تكون أفكارنا وانفعالاتنا » . هذا التعريف الذاتي

المستمر هو السبب في بقاء الاضطراب واستمراره، وهو كذلك السبب في عجز الفهم المبسط لعوامل الاضطرابات النفسية الذي يعتمده التحليل النفسي ، عن الحد من هذه الاضطرابات ومعالجتها .

٥ ــ لا يعتمد استمرار اضطراب انفعالي (نتيجة الحوار الذاتي الداخلي) بالشروط الخارجية ، وانما بادراك الفرد والموقف الذي يتخذه تجاه الاحداث الذي كان قد شكله من خلال تمثل الحوارات الداخلية بشأنه. ويجد اليز أصل هذه الفكرة لدى ابيكتيتوس Epictetus الذي قال « لا يضطرب الانسان بسبب الاشياء الخارجية وانما بسبب الافكار التي يكونها عن هذه الاشياء » وكذلك وجد فكرة مشابهة لدى هاملت « لا يوجد شيء جيد أو سيء بذاته ، إن تفكيرنا هو الذي يجعلها على هذا النحو أو ذاك » .

٦ ــ الافكار والانفعالات السلبية المعيقة للذات يجب التخلص منها ، وذلك بتنظيم افكار والادراكات من جديد بحيث ، يتم استبدال ما هو غير عقلاني وغير منطقي ــ بآخر عقلاني ومنطقي .

استطاع اليز بعد خبرة عميقة ودراسات متنوعة ، حصر الكثير من الافكار غير العقلانية وغير المنطقية التي كانت سببا في اضطراب سلوك أصحابها أو على الاقل في الاساءة الى كفاياتهم الانتاجية.

ــ ويصر اليز ، أن المصابين ما هم إلا شخص تبنى أفكاراً غير عقلانية ، وأحكاما لا منطقية حاول التعامل مع الواقع من خلالها فحصد شقاءه وتعاسة وضعف انتاج .

ــ وكانت الافكار التالية (٢٧ ــ ١٧٧ وما بعدها) راجع أيضا (٣٩ ــ ٢٣ و ٤٥ ــ ٨٠ــ٨١) ، هي تلك التي حصرها ، وعدها شائعة في المجتمعات التي درسها (درس المجتمعات الغربية ، ولكن هذه الافكار أو ما يوازيها موجودة في كل المجتمعات) :

١ ــ «من الجوهري أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا في بيئته ومن قبل كل

المحيطين به « هـذه الفكرة (زعم) ادعاء غير عقلاني لأنهـا تتعلق بهدف غـير قابل للتحقيق ، والذي سيحاول تحقيقه سيفقد اتجاهه ويغدو أقل احساسا بالأمن وأقـل تقديراً لذاته . ومن المستحسن أن نحب ، ولكن الشخص المنطقي لا يضحي بكل اهتماماته ورغباته من أجـل الهدف ، وانما يحاول أن يكون لطيفاً مبدعـاً ومنتجاً ، وبهذه الطريقة يعبر عن رغبته في أن يحب .

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

ذلك يدخل أيضا في عداد الامور صعبة التحقيق . ونضال الفرد بصـورة مندفعة لتحقيق ذلك قد يؤدي الى الامراض الجسمية النفسية والى الشعور بالعجز والى فقد الثقة بالنفس والى الحرمان من الاستمتاع بالحياة الخاصة ، ويؤدي ذلك بالتالي الى الشعور الدائم بالخوف من الفشل . أما الشخص العاقل فيجتهد في فعل الأفضل لذاتـه هو وليس من أجـل أن يبـذ الآخرين ويتفوق عليهم . يبـذل الجهد الذي يشعره بالاستمتاع بذلك النشاط كغاية في ذاته وليس من أجل نتيجته .

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

هذه فكرة غير عقلانية لانه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ . والاعمال الخاطئة أو غير الاخلاقيـة قـد تكون نتيجة للغباء أو الجهـل بخطئها أو نتيجـة للاضطراب الانفعالي وكل انسان عرضة للسقوط وعمل الأخطاء ، والعقاب والتعنيف لا يؤدي بالضرورة الى تحسين السلوك ، واذا لم يؤد العقاب واللوم الى التقليل من الخطأ أو الغباء أو الى زيادة الذكاء أو الى حالة انفعالية أفضل فان الاعتقاد بالفكرة السابقة لا أساس له أو لا مبرر له ، وغالباً ما يؤدي العقاب واللوم الى سلوك أسوأ .

او الى اضطراب انفعالي أشد ، والشخص العاقل هو الذي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين • وإذا لامه الآخرون فانه يحاول أن يصحح سلوكه اذا كان خطأ ، فإذا تأكد له أنه غير خاطىء فانه يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم هم ، واذا وجد الآخرين يغلطون فانه يحاول أن يفهمهم ، واذا أمكن فانه يحاول أن يساعدهم على التوقف عن الخطأ وإذا رأى أن ذلك غير ممكن فإنه يحاول ألا يتعرض للاذى أو للالم بسببهم • وحينما يخطىء هو فانه يعترف بخطئه ويتحمل تبعاته ولكنه لا يعد ذلك كارثة ولا يؤدي به الى الشعور بعدم الأهمية •

٤ ــ « مأساة ان لا تسير الامور مثلما وكيفما نريد » من الواضح ان الفكرة غير منطقة ،وعلينا قبول الاحباط كأمر عادي •

والحزن بعمق ولمدة طويلة ردا على الاحباط يمكن تفنيده بـ :

أ ــ انه ليس هناك سبب لاختلاف الاشياء عما هي عليه في الواقع •

ب ــ أن الشعور بالهم والحزن لن يغير كثيرا من الموقف الحالي بل قد يزيده سوءا •

جـ ــ انه اذا كان من المستحيل فعل شيء ازاء الموقف فالشيء الوحيد المعقول هو أن تتقبله •

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

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

٥ ـ تعود التعاسة لأسباب خارجية لا تملك القدرة على مراقبتها أو ضبطها بأية طريقة . صحيح أن القوى والاحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الانسان وتهديدا لأمنه الا أن هذا التصور نسبي في طبيعته فالاشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك فالفرد يسبب الاضطراب الانفعالي لنفسه وذلك حين يضخم الامور ويهول في تصور الاحداث ونتائجها كأنه يقول لنفسه مثلا ان كرهني فلان أو عاداني كان ذلك أمرا خطيرا مهددا لا أستطيع احتماله ، فاذا عرف الفرد أن اضطراباته وانفعالاته تنشأ نتيجة لادراكاته وتقويمه للامور وحكمه عليها ونتيجة لأفكاره وتصوراته الداخلية تجاهها فانه سوف يتعلم أنه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو تغييرها أو تجنب آثارها الضارة . والشخص الذكي هو الذي يعرف أن التعاسة تأتي غالبا من داخل النفس ، وأنه بينما تأتي الاثارة أو المضايقة من الخارج الا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها وذلك باعادة النظر فيها وتحديدها والتعبير لفظيا عنها .

٦ ـ « الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر ، وينبغي أن يتوقعها الفرد دائما وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها » .

هذا الفرض غير صحيح لأن الهم والانشغال البال والقلق يؤدي الى أضرار كثيرة منها :

أ ـ أنه يحول دون التقويم الموضوعي لامكان وقوع الاحداث الخطيرة .

ب ـ يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية اذا وقعت .

جـ ـ قد يؤدي الى وقوعها بالفعل .

د ـ قد يؤدي الى المغالاة في نتائجها .

هـ ـ لا يحول دون وقوعها اذا كانت لابد منها .

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

٧ ـ « الأسهل تجنب الصعوبات والمسؤوليات بدلا من مواجهاتها » .

هذا سبب غير منطقي لأن تجنب انجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات أكثر صعوبة وأكثر ايلاما للنفس واثارة للمتاعب من انجازها . فالهرب من انجاز المطالب يؤدي الى ظهور مشكلات أخرى والى الشعور بعدم الرضى وقد يؤدي الى فقد الثقة بالنفس ، والحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة ، والشخص العاقل هو الذي يؤدي ما يجب عليه أن يؤديه دون شكوى أو ألم ويتجنب في الوقت نفسه الاشياء المؤلمة غير الضرورية ، وعندما يجد نفسه مهملا لبعض المسؤوليات الضرورية فانه يحلل الاسباب ويدخل في عملية تأديب ذاتي وهو يدرك أن الحياة الحافلة بالمسؤوليات وحل المشكلات هي الحياة الممتعة .

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

هذا فرض غير معقول لأنه بينما نعتمد جميعا على بعضنا بعضا الى حد ما ، الا انه ليس هناك سبب للمبالغة في الاعتمادية لأنها تضر وتؤدي الى فقد الحرية وتحقيق الذات كما أنها تقود الى مزيد من الاعتمادية والى الفشل في التعلم وفقد الامان بسبب انه يصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم ، والشخص العاقل هو الذي

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

٩ ـ « الخبرات والاحداث الماضية هي المحددات الاساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها » .

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

١٠ ـ « ينبغي أن يحزن الفرد وينشغل لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات » هذا اعتقاد خاطئ ، لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر هم كبير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا فان تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يحزننا . وعندما يصبح الفرد مهتما بسلوك الآخرين فان هذا الاهتمام قد يؤدي الى اهمال مشكلاتنا الخاصة ، والشخص العاقل هو الذي يهتم حتى يكون سلوك الآخرين مؤذيا له ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير واذا لم يكن من الممكن عمل شيء فانه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيفه بقدر المستطاع .

١١ ـ « هناك دائما حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل اليه والا فان النتائج سوف تكون فظيعة » هذا فرض غير معقول للأسباب التالية :

آ ـــ لا وجود لحل كامل صحيح ووحيد لأي مشكلة .

ب ـــ المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل الى الحل الصحيح تعد غير واقعية ، ولكن الاصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي الى القلق أو الخوف .

جـ ـــ الاصرار على الكمال قد يؤدي الى محاول أضعف مما يمكن أن تكون والعاقل هو من يحاول أن يجد حلولاً كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار احسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركا أنه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة .

مثل هذه الأفكار الخرافية تكاد تكون عامة ، وعندما يتم تقبلها وتعميمها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي الى الاضطراب النفسي أو الى العصاب لأنه لا يمكن العيش معها بسلام ، فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكار مثل « يجب وينبغي ويتحتم ونحو ذلك » من المعتقدات الخرافية التي سبقت الاشارة اليها والتي يؤدي الاعتقاد بها أحيانا الى أن يصبح الفرد مقهورا وعدوانيا ودفاعيا وشاعرا بالذنب وبعدم الكفاية وبالتصور الذاتي وعدم الضبط وعدم السعادة . ويمكن أن يصبح على العكس من ذلك تماما اذا استطاع التخلص من هذه الأفكار الخرافية أو هذه الانواع من التفكير غير المنطقي ، ولن يكون من السهل أن يقع فريسة سهلة للاضطراب الانفعالي أو أن يستمر اضطرابه مدة طويلة على غرض حدوثه .

وعلى الرغم من أن الفرويديين يصرون على صواب فيما ذهبوا اليه من تأثير الخبرات المبكرة في النمو الانفعالي في المستقبل الا أن هذه الخبرات تعد في الواقع أسبابا ثانوية لا يستمر تأثيرها اذا لم يعتنق الفرد مثل هذه الأفكار الخرافية وغير المنطقية . فليست الخبرات المبكرة هي السبب الوحيد للاضطراب الانفعالي ولكن اتجاهات الفرد نحو هذه الاضطرابات هي التي تعظم وتضخم نتيجة لمثل هذه الأفكار التي سبقت الاشارة اليها .

ـــ في مقولة تردد في مسلم النفس مضمونها :

ولد علم النفس عندما اكتشفت روحه ، ولكنه فقدها عند اكتشاف وعيه وشعوره ، وفقد وعيه عند اكتشاف عقله ، وفقد عقله عند اكتشاف مفهوم ذاتـه .
ونضيف : يبدو مع اتجاه المعرفيين حتى علم النفس بفقدانه لعقله أن يفقد كل شيء ، فعاد اليه كونه الضمانة في ضبط تزوات النفس ومعرفة قضايا الوجود . ولكن الليز بحماسه للعقل وعملياته في التفكير بخاصة ، وقع نفسه بما وقع فيـه من اتقدمهم والذين حسب رأيه فهموا السلوك المعقد بوساطة ميكانيكية بسيطة . ونحن وان كنا نشارك بقوة في الدعوة الى اعادة العافية الى عقل البشرية المهـدد ، فاننا نتمنى أن يكون ذلك بالتكامل مع جوانب الشخصية الأخرى وأن لا نكتفي بالحديث عـن عمليات تفكير نعدها الاساس في أي سلوك . والا نعتقد بأن تغيير المعتقدات الفكرية يغير بهـذه البساطة أنماط سلوكنا الشاذة .

ان ما يمكن تسميته قيادة ما وراء الستار ، أو قيادة الظل في الشخصية يتعدى في تكوينه المعتقدات الفكرية الصرفة ليشمل نظما تتشابك فيها المادة والمعرفة والجنس والبيئة والبيولوجيا ومتغيرات لا تقع في مجـال حواسنا لكنهـا موجودة حولنا وتمارس تأثيرها فينـا .

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

تسعدنا وبنسب واحدة العودة الى العقل والمعرفة في محيط مجنون وجاهل في بعض جوانبه ، ولكنه يصعب علينا في الوقت ذاتـه هجر الاحاسيس والاحلام والخيالات ، وحتى لا شعورنا (المسكين) ... الاعتـدال أكثر انضباطاً وفائـدة كمـا نـرى .

٦ ـ المدخل البيئي : Environmental approach

دائم هاجس البيئة مراكز البحوث المتخصصة . وغـدا الاهتمام بعلم البيئة ومكوناته سمة عصرية حديثة وحضارية لكل من يريد ضمانة استمرار الحياة بعقلانية

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

ونعل علم النفس في مقدمة العلوم المهتمة بدراسة البيئة وتطوراتها لعلاقتها التفاعلية مع الانسان موضوع دراسته .

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

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

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

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

ـ يعد الضغط البيئي متغيراً ، متداخلا ، بمعنى أنه رد فعل لمثيرات تشمل عناصر سلوكية وعناصر إنفعالية وأخرى فسيولوجية ، بحيث أن أياً من هذه العناصر لا يكون مسؤولا وحده عن حدوث الضغط على الانسان ، وانما كل هذه العناصر مجتمعة ومتفاعلة متأثرة ، ومؤثرة هي التي توجد حالة الضغط عليه .

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

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

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

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

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

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

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

ويرافق ذلك انفعالات خاصه ـ وتنمو تحت تأثير هذا النمط من الحياة اتجاهات تبتعد عن الحياة الاجتماعية وتعمق فردية الذات بالاضافة الى تأثير عوامل التلوث في الهواء والماء والتغذية .

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

ومثلما يؤدي العمل البيئي الزائد وكثرة المثيرات التي يتعرض لها الانسان الى الاضطراب ، يؤدي عكس ذلك أو ما اصطلح على تسميته مفهوم قلة الاثارة . حيث خلو الحياة من المثيرات أو من تنوعها والمعاناة من تكرارها ورتابتها . يسبب هو الآخر اضطرابات في السلوك ـ وتكون بيئة كهذه تربة صالحة للقلق والتوتر ـ فضلا عن تأثير قلة الاثارة على الحواس ذاتها والعمليات الادراكية المرتبطة بها ، حيث تخبو قدرة الحواس تدريجيا في غياب استخداماتها وتعرضها لتحدي المثيرات .

ان ارتباط الفرد وانتمائه لبيئة معينة يرتبطان بدرجة توافر المثيرات التي تتحدى عملية الادراك البيئي عنده ، بمعنى أن البيئة الاقل اثارة أقل جذبا لانتماء الفرد اليها ، لأن الفرد دائما ينتمي لما يعتقد أنه يقويه ويعززه .

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

مع الاشارة الى أن مستوى تكيف الانسان نفسه غير ثابت بل يخضع للتطور ، ويتأثر بمتغيرات متعددة ، كالزمن والنمو والمكان . وهكذا فان ما لا نستطيع تحمله في موقف معين ضمن متغيرات معينة ، نتحمله في موقف آخر ، وفي ظروف أخرى ، ولكن تبقى المسألة مسألة اعتدال وتوازن بين حاجاتنا وبين مستويات اثارة هذه الحاجات وتلبيتها بينيا ..

وينفرد ضمن المدخل البيئي مفهوم العلاقة الايكولوجية ، بأهمية خاصة وبالغة، حيث يقصد به علاقة الانسان وصلته بالموارد التي تحت يديه ومن حوله

وبمعنى أعم علاقة الانسان بالمكان الذي يعيش فيه ومعرفته لوظائفه . فأهمية المكان تكمن في الوظيفة الاجتماعية التي تعطى له ، وفي الدور الذي تأخذه متغيراته . ان أي انقطاع يحدث في صلة الانسان بالمكان الذي يعيش فيه تحت تأثير التغير الاجتماعي أو النمو الشخصي ، أو أي عامل آخر ينتج أذى واضطرابا في سلوك هذا الانسان .

وبالمقابل فان ادراك الفرد لوظائف المكان وتقبله له ينتج ارتياحا ، وانعكاسات ايجابية على سلوكه .

٧ ـ المدخل الاجتماعي ـ الثقافي : Social - Cutural approach

البيئة كما سبق وتمت الاشارة اليه وحدة متكاملة ، وهي ككل حقيقة متجسدة ، لها جوانبها المادية الطبيعية والاجتماعية والثقافية والنفسية . ولا يمكن فصل تأثير هذه الجوانب عن السلوك البشري فصلا واضحا بحدود يمكن الاشارة الى مرجعية كل منها بسهولة .

ولكننا نفصل ذلك (ونعني فصل المدخل الاجتماعي الثقافي عن المدخل البيئي) لأسباب أكاديمية تحليلية ، يأتي من بينها تسهيل مهمة القارىء في ادراك دور متغيرات البيئة بشكل تفصيلي . وهذا لا يعني بشكل من الاشكال أننا نغفلنا عن فهمنا للبيئة الذي يعدها نظاما متكاملا يؤلف وعناصره أثرا مشتركا .

تفترض نظرية التفاعل الرمزي أن الطفل الانساني يكون لا انسانيا عند مولده . والمجتمع والمحيط الاجتماعي هما اللذان يحددان أي نمط من السلوك يكون اجتماعيا أو غير اجتماعي . فالطفل حديث الولادة لا يستطيع أن يبكي طوال الليل بقصد معاقبة والديه ، وكذلك لا يستطيع النوم طوال الليل ليرضيهم ، لأنه يكون عاجزا عن ادراك هذه المعاني ، ولمثل هذا الطفل أيضا (كأي كائن حي) دوافع لا تكون موجهة نحو غايات معينة ، الا أن الطفل يكون لديه امكان النمو الاجتماعي ومع الوقت والتدريب ينظم هذه الدوافع ويوجهها وجهات محددة ويسمي علماء الاجتماع هذه العملية التنشئة الاجتماعية (٤٦ـ١٩٨٨ـ٥٨) .

وهكذا فالتنشئة الاجتماعية تركز على كيفية اكتساب الانسان أنماط السلوك وطرائق التفكير والمشاعر الخاصة نحو الذات والمجتمع . انها بالحقيقة عملية تحويل الانسان من كائن حيواني السلوك الى شخص ثقافي يدرك التصرف في جو اجتماعي حضاري .

ان أشكال التفاعل الاجتماعي من أدوار وأوضاع ومواقف اجتماعية يمثلها ويعبرها الشخص تؤثر في أية وظيفة سيكولوجية يمكن أن يقوم بها . انها تؤثر في كل ما يتعلمه ، وفي كل ما يدركه ، وفي أحكامه على البيئة وظواهر الوجود المحيطة ، تؤثر في اللغة التي بها يصف الاشياء ، وفي الطريقة التي يتوافق بها مع الحياة . انها تؤثر في استجاباتنا الانفعالية وعن طريقها نتعلم انفعالات الغضب والحب والكره والعدوان ..

اننا نكتسب من خلال خبرتنا الاجتماعية بجانبيها السلبي والايجابي معايير المجتمع وأخلاقه الذي نعيش فيه .

ـ ينتقل أثر التنشئة الاجتماعية الى أفراد المجتمع بوساطة عمليتين أو ميكانيزمين (٢٤ـ١٩٨٤ـ٢٠٠ـ٢٠٣) هما :

١ ـ التنشئة الاجتماعية من خلال عملية التعلم بالتدعيم :

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

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

ومع ذلك ، فآثار التدعيم السلبي أو العقاب في اطفاء الاستجابات وقمعها ليست بسيطة أو واضحة حتى في الكائنات العضوية الأبسط كالفئران والحمام ، وأنصار التدعيم الذين عالجوا مواقف معقدة لا يتبنون بأية وسيلة مفهوما ذا انجماء عقلي

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

وأحد الامثلة البعيدة عن قصور مبدأ التدعيم البسيط ، ما نلحظه في الجهود التي تبذل لتدريب الناس على ضبط العدوان . وتكون نتائج هذه الجهود أحيانا متعارضة مع ما هو متوقع . فمثلا ، تتضمن مبادىء التعلم بالتدعيم أن الآباء الذين يعاقبون الطفل بقسوة وباستمرار على أفعاله العدوانية ، سوف ينتهي بهم الامر الى قمع السلوك غير المرغوب فيه — فالطفل يدعّم باستمرار سلبيا على عدوانه ، وايجابيا عند كبته . ومع ذلك ، فقد لوحظ أن الجانحين والمجرمين ، يحتمل أن يكون آباؤهم من النوع النابذ القاسي بدنيا ، وأنهم قد خضعوا لكثير من ألوان العقاب في طفولتهم . فالعقاب وحده لم يطفىء عدوانهم ، وانحرافهم ، بل العكس هو الصحيح تماما. ولقد اقترح شلدون Sheldon واليانور جلوك Eleanor Glueck (١٩٥٠) منذ فترة أن الجانحين لم يتأثروا بالعقاب لانهم قد مروا بخبرات عقابية كثيرة جدا من آبائهم النابذين لهم . وقد أمدتنا الدراسات التفصيلية الحديثة عن خلفيات أمر الجانحين ، والتي قام بها وليم William وجون ماكورد Joan Macord (١٩٥٦ و ١٩٥٨) ، بادلة أخرى تشير الى أن الجانح شديد العدوان كان من النوع المنبوذ بقسوة من والديه ، كما كان يضرب بوحشية أحيانا كثيرة . وهذا الاحتفاظ بنمط العصيان المتسم بالعدوان لدى أمثال هؤلاء الاولاد ، رغم العقاب المتكرر والقاسي ، يحول دون التطبيق الصارم والوحيد لوجهة نظر التعلم بالتدعيم ، وتفتح المجال أمام صور أخرى من التعلم (بالتقليد مثلا) . وقد صاغ براون Brown هذه النقطة في العبارة التالية :

ان الآباء الذين يعاقبون أبناءهم نتيجة لعدوانهم ، انما يهدفون الى « قمع » هذا العدوان . أما أن هذا العلاج لا يؤدي الى الهدف المقصود ، فانه يوحي بأن

نظرية التعلم المتضمنة نظرية خاطئة . فالضرب قد يثاب كحالة من السلوك التي كان من المفروض أن تقمع . ولما كان الاطفال أكثر استعدادا للتعلم بالتقليد أو المثال ، منهم بالتعلم بالقمع ، فانهم سوف يتعلمون الضرب من الضرب . وهذا هو ما يحدث تقريبا . (١٩٦٥ـ٣٩٤ـ٣٩٥) .

ومن المحتمل كذلك أن تتوقف آثار العقاب الى حد بعيد على مجموعة من العوامل الاخرى ، كاستمرار العقاب ، والاستعمال المباشر للجزاء عند حدوث سلوك ملائم ، والاتجاه الذي يتقدم به (أعني الحب أو الكراهية) ، ومفهوم الطفل عن امكان أو عدم امكان التحكم في حدوث الثواب أو العقاب عن طريق أفعاله (أقصد أنه لا شيء يستطيع ن يقوم به يمكن أن يؤدي الى نتيجة مختلفة) ، وقيم أقرانه تجاه الافعال الدنيا ، وما اذا كان الذي يعاقب ولدا أم بنتا ، وهكذا ... ان تعقد مشكلة نظام الطفولة وآثارها قد لا يدركها الشخص العادي ، ولكن الكثيرين من الكتاب في مجال نمو الطفل والذين استعرضوا نتائج البحوث قد أكدوه بقوة (بيكر Becker ١٩٦٤) .

٢ ـ التنشئة الاجتماعية عن طريق التوحد :

تستند الفكرة الاساسية لهذا النوع من الميكانزمات الى أننا نقوم بأنماط من السلوك والقيم على أساس رؤيتنا لها في الآخرين وتقليدنا لهم أو العمل على شاكلتهم . وقد استعملت مصطلحات عدة للاشارة الى هذا النمط من العمليات كالتوحد Identification والاستدخال Internalization والاستماع Introjection والتنشئة الاجتماعية Socialization . والاقتداء modeling .

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

الآخر ، دون أن نكون قد أخذنا بالفعل هذه القيم بكونها قيمنا نحن . وقد يحدث هذا ، فقط من أجل الحصول على استجابة مقبولة من الشخص الآخر ، على نحو ما نفعل عندما لا نوافق شخصيا على الاتجاه المعبر عنه ، أو عندما نضحك على نكتة دون أن نشعر أنها مضحكة . أما في « الاستدخال » ، فاننا نتقبل تأثير الآخر ونتخذه بمثابة رأينا ، لأن من المجزي حقا أن نفعل ذلك .

وعندما تحدث فرويد عن التوحد ، كان يقصد التقبل اللاشعوري لقيم الوالدين وأن تصبح هذه جزءا راسخا وعميقا في نظام القيم للشخص ذاته . ومصطلح التوحد أو الاستدخال يتضمن عادة شيئا أكثر من الاكتساب الطفيف أو الاخذ بمظهر السلوك . انه ـ أكثر من ذلك ـ تقبل للسلوك ، كما لو كان خاصا بالفرد ، ويتم أحيانا دون معرفة الفرد بذلك .

وهناك أربعة أنواع من مبدأ التوحد تشير الى الاسس النظرية المختلفة التي تقوم عليها هذه العملية :

١ ـ يقال ان التوحد يتم على أساس « تشابه » الشخص وموضوع التوحد . وعلى ذلك فحسب نظرية فرويد ، يمتص الطفل عادة قيم الاب (وبالعكس تمتص البنت قيم الأم) وذلك بسبب التشابه الذي يدركه الطفل بأبيه ـ فكل انسان ينظر اليه باعتباره ولدا سوف يضطلع في نهاية الامر بدور الأب ـ كما أنه يدرك تشابهه الجنسي بأبيه كذكر (أعني أن له قضيبا) وليس كأنثى . وقد حاول فرويد بهذه الوسيلة أن يفسر ، ليس فقط الميكانزم الكامن وراء تبني القيم الاخلاقية للآباء ، ولكنه حاول أيضا أن يفسر في الوقت نفسه تحديد نمط الجنس Sex - Typing ، أعني نزعة الولد لتبني دور ذكري ، ونزعة البنت لتبني دور أنثوي .

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

٣ ـ ينظر الى التوحد باعتباره يستند الى « قوة التحكم » في الميل الى الاشياء الحسنة في الحياة .

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

وكما نرى فالتنشئة الاجتماعية المعبرة أحسن تعبير عن اتجاه المدخل الاجتماعي الثقافي في تفسير الشذوذ السلوكي ، هي مجموعة عمليات تقوم بها هيئات ومؤسسات وأشخاص هامون في حياة الفرد . وتتجلى هذه العمليات قيما وأنماط سلوك اجتماعية يقرها المجتمع وفق سياقه الثقافي .. تلخص حياته وتعبر عن هويته وعن أساليب تحقيقه لمطالب نمو أفراده وجماعاته . أما الاسرة فانها تبرز في اطار عملية التنشئة الاجتماعية من خلال دورها المركزي في نقل قيم المجتمع وأعرافه وترميزها لدى الناشئة ، التي تتولى مسؤولية تربيتها وتأمين مطالب نموها قبل أية مؤسسة اجتماعية أخرى .

وإذا ما اتفقنا مع تلك النظريات التي تعطي الاهمية القصوى لسنوات الطفولة ، وعد ما يتعلمه الاطفال من أنماط سلوك وأساط حياة ثابتا الى حد كبير في سنوات العمر اللاحقة . وأن ما يتعدل معه هو أساليب التعبير تحت تأثير التنشئة والتسامي الاجتماعيين ، اذا ما اتفقنا وهذا هو واقع الحال ، فان أهمية الاسرة تتقدم على ما عداها في سنوات الطفولة على الاقل .. ولا نبالغ ان ذهبنا الى القول ، أن وقاية الابناء من الاضطرابات السلوكية يتحمل مسؤوليتها الى حد كبير

سلوك أعضاء الأسرة ، وبخاصة سلوك الوالدين ، وعلى الكيفية التي يؤمن فيها الوالدان مطالب نمو الابناء ، المعيارية وفق الجنس والعمر والجانب النمائي (بيولوجيا ، انفعاليا ، اجتماعيا ، حركيا) ، وعلى النمط التربوي الذي يتبعانه ، صارما ، شديدا ، متسامحا ، صامتا ، سلطويا ، ديمقراطيا .. الخ ، تتوقف مقاومة الابناء لضغوط الحياة ومطالبها ، وتحدد طريقة ، التربية الأسرية آفاق التحصين النفسي للطفل الذي يقيه من الشذوذ .

ومن هنا نفضلنا الحديث في غير موقع من هذا الكتاب عن بيئة مضطربة ـ بيئة أسرية مضطربة أكثر من الحديث عن المضطرب ذاته أو عن شخصيته المضطربة ، فالبيئة الأسرية القلقة ، والمستبدة ، والقهرية ، والمتفككة والكحولية أو المدمنة .. الخ ، بيئات للاضطراب غير صالحة للأمن مطالب حاسمة مثل الأمن البدني والاجتماعي والاقتصادي والنفسي ، وهي بيئات ممرضة وصانعة ، ودافعة للشذوذ بكل أشكاله وبخاصة في حال توافر شروط خارج اطارها داعمة لتفككها من نظم للقيم متخلفة ، ومن نظم للاقتصاد غير عادلة ، ومن نظم اجتماعية أخلاقية ـ غرقية منحسارة ...

وعلى الرغم من التأكيد الذي التزمنا به في الافكار السابقة حول أهمية دور التنشئة الاجتماعية ومكوناتها ، وفي مقدمة هذه المكونات ، الاسرة ، فاننا لا ننظر اليها ، وأعني التنشئة الاجتماعية الا في اطار محيطها الثقافي الذي يمدها بالاساليب التربوية ويملي عليها اساليب الحياة التي عليها أن تقدمها الى أفراد هذا المحيط وشخصياته .

واذا كان مفهوم الثقافة يعني أشكال السلوك المختلفة كافة لدى مجتمع من المجتمعات ، ومجمل الاعراف والعادات والتقاليد والتراث الشعبي بأكمله مع امتداداته في الحاضر ، فان التنشئة الاجتماعية تدخل في دائرة تأثير الثقافة

الاجتماعية وتتأثر فيها . وتتجلى آثار الثقافة في مخرجات التنشئة الاجتماعية وتطبعها بطابعها ويصح مع ذلك القول أن الشخصية وردود أفعالها وأنماط سلوكها نتاج ثقافي بالمحصلة .

لقد رصدت الدراسات السيكولوجية ، التفاعل المتبادل بين الشخصية والثقافة من فترة ليست قصيرة وخرجت دائما بنتائج لصلحة أثر الثقافة في أشكال سلوك الافراد ، وتشكل قواتهم الفردية والاجتماعية والقومية . ولقد سجلت هذه النتائج الباحثين للسعي نحو ايجاد علم خاص يكرس اهتماماته متجهة لدراسة أنماط السلوك السائدة لثقافات مختلفة ومقارنتها ، ودراسة أوجه الشبه والاختلاف بينهما . وسمي هذا العلم علم النفس الثقافي Transcutural psychology . وكان من الطبيعي أن يغطي هذا العلم ميدان الشذوذ النفسي ، ويدرس الامراض النفسية ، تبعا لبيئة المرض الثقافية والحضارية وهذا ما كان حيث نشر اليوم وبسهولة على الكثير من الدراسات والبحوث في اطار العلاج النفسي الثقافي « Transcutural therapy » .

وتشكل الدراسات التي قام بها ، سنجر وأوبلر Singer and opler (٢٤-١٢٩) مثالا من الامثلة الهامة عن العلاقة بين الثقافة والانماط المرضية حيث درست مميزات الشخصية والاعراض على مرض الفصام من الامريكان الايرلنديين والامريكان الايطاليين ، والفصام هو أخطر وأكثر الامراض انتشارا .

فقد قام سنجر وأوبلر بالفحص الدقيق ، عن طريق الملاحظة ودراسة تاريخ الحياة واختبارات الشخصية ، لـ ٦٠ من الذكور مرضى بالفصام بأحد المستشفيات العقلية بمدينة نيويورك ممن تقع أعمارهم بين ١٨ ـ ٤٥ سنة . وكان نصف المرضى من الامريكان الايرلنديين ، ونصفهم الآخرين من الامريكان الايطاليين ، وكانوا جميعا أمريكان تتراوح اقامتهم بين الجيل الاول والجيل الثالث . وكانت المجموعتان من الكاثوليك المتشابهين في التربية والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ودخلوا

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

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

وقد وجدت بالفعل فروق ملحوظة في الاعراض المرضية تتسق والفروق في الثقافة . فالمريض الايرلندي كان أكثر كبتا وتأثرا بالقلق والشعور بالذنب ، بينما كان المريض الايطالي أكثر تعبيرا من الناحية الانفعالية . أضف الى ذلك أن الفصامي الايرلندي كان أكثر شعورا بالعدوان تجاه الصور الاسرية الانثوية ، ولكنه يتحكم فيه الى حد بعيد ، بينما يميل المريض الايطالي الى أن يكون أكثر صراحة في التعبير عن عدوانه ، ويوجه هذا العدوان نحو الصور الوالدية الذكرية . وقد كان الاذعان على الضد من الاعراض الملاحظة بكثرة لدى الايرلنديين على حين كان نادرا للغاية لدى الايطاليين .

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

غير أن التقاليد الثقافية تعاني من تسارع كبير في عصرنا الحالي ، بسبب التقدم التكنولوجي الهائل مما يؤدي الى اختلال التوازن بين الانسان ومحيطه ، فالعلاقة بين الطرفين فقدت استقرارها في عصر الثورة الالكترونية (٤٧ـ١٩٩٢ـ٢١) .

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

جامعة دمشق Damascus University

الفصل السادس

التصنيف والاعراض

في علم الشذوذ النفسي

CLASSIFICATION AND SYMPTOMS

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

التصنيف والاغراض

ـ التصنيف في علم النفس وعلم النفس Classification .

يقول Schwarts 1991 : « عبرت منذ /٢٠/ عشرين عاما خلت عن قلقي حيال الطبيعة ، التي لم تخلق لتناسب حاجات الانسان في عالم منظم ومرتب بشكل حسن . لقد جعل تعقيد العالم الطبيعي الامر صعبا ليس فقط في اقامة علاقات واضحة المعالم بين الظواهر ، وانما في ايجاد طرق بسيطة يمكن من خلالها تصنيف هذه الظواهر .

ان الرغبة في اكتشاف نظام الطبيعة الاساس ، يتطلب أن يهتم المرء ويلتزم في خيارات تتعلق بما يمكن الاجابة عما يطرح حوله من أسئلة ... والحقيقة هي أن هناك العديد من الطرق التي يمكن من خلالها تصنيف العناصر المختارة ، وتحديدها وتعريفها واعادة تركيبها . ولكن نتائج طرق كهذه ، لا ترقى لتكون الحقيقة الوحيدة الموثوقة .. وبالتالي فانه بالامكان صياغة مفاهيم وتصنيفات مختلفة كبدائل لنفس التساؤل نفسه » (٤٨ـ١٩٩١ـ٢٤٥٠) .

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

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

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

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

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

- مفهوم التصنيف Classification concept

يمكن تحديد مصطلح التصنيف ، كاجراء لتركيب (بناء) مجموعات أو فئات وتحديد كيانات Entities واضطرابات أو أشخاص لهما ، على أساس العلاقات والصفات المشتركة بينها (٤٨-٢٤٦) . ويستخدم التصنيف للاشارة الى عملية تجميع البيانات في أبواب مستقلة ، وتبويبها على أساس الخصائص أو الحجم . وفي المنطق يبدأ التصنيف بين الافراد حسب الصفات المشتركة بينهم التي تجمعهم الى فئات ، والخواص المختلفة التي تفرقهم ثم تصنف الفئات الى أنواع ، والانواع في أجناس ... هناك تصنيف مصطنع أو مفتعل يقوم على اختيار تعسفي لصفات معينة ، أما التصنيف الطبيعي ، فيرمي الى تجميع الافراد أو الاشياء على أساس التشابه الطبيعي بينها ، ومن أجل اكتشاف القانون الذي يسري مفعوله عليها (لالاند) .

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

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

أما مصطلح Nosology علم التصنيف المرضي ، فيستخدم في الميادين السريرية وبتصنيف الظواهر النفسية المرضية (كالامراض — والاضطرابات) حصرا ... وتكون أمام مصطلح Nomenclature عندما يتعلق الامر بتحديد الاسماء ، أو الصفات المستخدمة في تحديد فئات التصنيف .

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

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

ولكن وكما لا تعني معرفتنا لاسم الفرد ونسبه ومكان اقامته ، معرفة لخصائصه ولصفاته ولأطواره الانفعالية ، أو هواياته ، فضلا عن احباطاته وصراعاته ، فان معرفتنا ، باسم الاضطراب ، لا تسمح لنا بمعرفة أبعاده وعلته ومتغيراته .

ومع ذلك فاننا نؤكد أهمية التصنيف ونتفق مع رأي كاتل Cattel الذي يقول :

« أن علم الاعراض يسبق بالضرورة العلم بأسبابها » .

ومع رأي مارزولف Marzolf الذي يرى :

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

ومهما كانت الغلبة ، للتصنيف الذي يبنى على أساس العلل ، أم لذلك الذي يبنى على أساس الاعراض ، فان التصنيف بمفهومه العام سيشمل الاساسين معا . وسيكون من الافضل البحث عن التكامل بينهما ، فالكثير من الاضطرابات لا يمكن تحديد علتها بسهولة ، بينما يمكن التعرف عليها من أعراضها . وبالمقابل فان الكثير من الاعراض متشابهة والحسم في عائديتها يتوقف على معرفة أسبابها . ولعل هذا الامر هو الذي جعل آيزنك يدعو للتطابق بين العلة والعرض في الاضطرابات العقلية ، ويقترح تقسم الطب العقلي من وجهة نظر عالم النفس الى قسمين : (٥٠ ـ ٤٨)

ـ طبي يتناول آثار الالتهابات والاورام وغيرها من الآفات والاصابات الجسمية .

ـ وسلوكي يعالج اضطرابات السلوك الناشئة عن عملية التعلم العادية ، حيث تقع أغلب اضطرابات العصاب تحت النوع الثاني ، وكذلك بعض أو أغلب الفصاميين ومرضى الاكتئاب .. كذهانات وظيفية .. ويضيف آيزنك : فيما يتعلق بالنوع الطبي من الحالات فان الدور الذي يقوم به علم النفس ثانوي ، قد يكونوا علماء النفس مفيدين في التشخيص ، بل وحتى فيما يتصل بالتنبؤ بسير المرض .. كذلك فان

الاختبارات النفسية وخصوصا اختبارات اختلال الوظائف العصبية ، كثيرا ما تعطي تحذيرا وقتيا لبداية الاختلال العصبي ، وربما تساعد في تحديد موضعه .. غير أن تلك المساهمات مهما بلغت أهميتها فهي ثانوية في عمل طبيب الاعصاب والفيزيولوجي والجراح . فعلم النفس يعد بحق مساعدا أو تابعا ، لكن الوقف يتغير تماما عندما ننتقل الى المجموعة الكبيرة من اختلالات السلوك الوظيفية ، حيث لا يوجد اختلال أو آفة عصبية معروفة . فهنا يصبح علم النفس العلم الاساس ، ويتعين على مناهج العلاج المعقولة أن تقوم على أساس من المعرفة الكاملة بالنظرية السيكولوجية الحديثة » .

ان عمليات التصنيف والدراسات في ميادينه وان كانت لم تصل بعد الى ما يطمح اليه العاملون في ميادين علم الشذوذ النفسي والعيادي والصحة النفسية .. الخ ، فانها تشكل مادة دراسية وبحثية علمية ضرورية جدا بالاضافة الى أن التصنيف هو قاعدة التشخيص .

ـ انظمة التصنيف Classification Systemes

كان من الطبيعي أن يقود التراكم المعرفي حول أوصاف الاضطرابات السلوكية وأعراضها ، الى محاولات تصنيفية على أسس علمية . واذا كانت أنظمة التصنيف شائعة في أيامنا ، فان الامر لم يكن كذلك قبل بداية هذا القرن بكثير . وتشير أدبيات علوم السلوك الى أن المحاولة الاولى في هذا الاتجاه ، تعود الى عام ١٨٦٣ عندما اقترح كالبوم Kalbum أول نظام للتصنيف ، مبني على الملاحظة وليس على النظرية . ولكن الكثير من الادبيات المعنية تعد تصنيف الطبيب الالماني اميل كريبلن Emil kraepelin ١٨٩٢ ، البداية العلمية لانظمة التصنيف هذه .

لقد قسم كريبلن ولاول مرة الاضطرابات الى :

ـ اضطرابات عضوية داخلية المنشأ .

ـ اضطرابات وظيفية خارجية المنشأ .

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

ـ وكان أحدث ما جاء به هذا التصنيف آنذاك هو فصله ولاول مرة ، تلك الامراض الخطيرة ذات السلوك المتدهور (الته المبكر) الذي يعرف الآن بالفصام ، عن غيرها من الامراض التي ربما كانت خطيرة وعرضية ، ولكنها لم تنتج خللا وظيفيا مستفحلا (الجنون الدوري) الذي يطلق عليه الآن (الاكتئاب الهوسي) .

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

في عام ١٩١٣ قسم ياسبرز الاضطرابات العقلية الى ثلاث مجموعات :

الاولى : تنتج عن اصابات عضوية فيزيولوجية .

الثانية : لا تعود برايه الى أسباب جسمية واضحة وانما تحددها عوامل سيكولوجية أطلق عليها آنئذ الذهانات .

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

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

المتحدة) ، حيث تم فعلا الوصول الى ما أطلق عليه مجموعة « المصطلحات الصفة القياسية للمرض » ولكنها لم تستطع تغطية الحاجة الواقعية التي ينبغي على التصنيف الشامل تغطيتها .

في عام ١٩٤٨ أصدرت منظمة الصحة العالمية World Health Organization الطبعة السادسة لدليل التصنيف الاحصائي الدولي للأمراض والاضرار وأسبابات الموت :

Manual of the International Statistical Classification of Diseases Injures and Causes of Death (ICD6) . وكانت المرة الاولى التي تفرد فيها هذه المنظمة قسما خاصا في دليلها عن الاضطرابات العقلية (القسم الخامس) علما أنها كانت كانت قد بدأت اصدار سلسلة الـ (ICD) منذ عام ١٩٠٠ عندما نشرت (ICD1) في باريس وخصصتها لتصنيف أسباب الموت .

لم تجر تعديلات تذكر على القسم المخصص للاضطرابات العقلية في الدليل السابع (ICD7) عام ١٩٥٥ . و « لم تعط تصنيفات منظمة الصحة العالمية بتصنيفي جمعيات أطباء النفس العالمية . ولم تستخدم بشكل واسع ومرض » (٢٢ من ١٩٨٠ ـ ٤٠٠) . الأمر الذي دفع المنظمة لتطوير دليلها ليرافق التطور الكبير الذي أصابته في تصنيفاتها لأمراض الصحة العامة . فأعدت برنامجا مفصلا والتعامل بهدف الوصول الى معرفة جديدة ومتطورة عن المرض العقلي ، من حيث التصنيف والتشخيص وتحديد الاسباب . ويعد القسم المخصص للاضطرابات العقلية وما تضمنه ، في الدليل الثامن (ICD8) الذي صدر عام ١٩٦٥ دليلا يعكس التغيرات في تفكير المنظمة حول المرض العقلي . شمل هذا القسم فئات الاضطرابات الرئيسة التالية :

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

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

ومن أجل تطوير الدليل التاسع (ICD9 WHO) وضعت المنظمة برنامجا مكثفا هدفت منه :

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

ـ اقتراح الحلول المناسبة لهذه المشكلات .

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

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

١ ـ الذهانات العضوية (ذهانات الشيخوخة وما قبل الشيخوخة العضوية ، الذهانات الكحولية .. وذهانات المخدرات ... الخ) .

٢ ـ ذهانات أخرى (فصام ـ ذهانات انفعالية ـ حالات البارانويا ـ ذهانات غير عضوية أخرى ..) .

٣ ـ الاضطرابات العصابية ـ اضطرابات الشخصية واضطرابات عقلية غير عضوية أخرى (انحرافات جنسية ـ اضطرابات فسد اجتماعية ـ اضطرابات السلوك ـ استجابات الضغط الحادة ... الخ) .

٤ ـ التخلف العقلي (وأشكاله) .

أعاد هـذا التصنيف النظر بالعديد من الاضطرابات العقلية بشكل يختلف عن التصنيف في الدليل الثامن . منها على سبيل المثال : الاضطرابات الانفعالية ـ الاضطرابات العقلية العضوية ـ الاضطرابات الناتجة عن الكحول والمخدرات .. الخ . في عـام ١٩٧٨ تم تعديل الدليل التاسع ليلبي أغراضا عيادية أطلق عليه (ICD9 - CM - Clinical Modification) . وبلغ التعديل أوجه في دليل المنظمة العاشر (ICD10) ١٩٩١ (انظر الملحق رقم ١) من هذا الكتاب .

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

لقد تم وعقب اصدار الدليل السادس (ICD6) تفويض جمعية الطب النفسي الامريكيـة American Psichiatric assosiation بتعديل مجموعـة المصطلحات المصنفة القياسية وتطوير نسخة بديلة عن الـ ICD6 (لاستخدامها في الولايات المتحدة الامريكية) (٥١ ـ ٥٩١ ـ ٦١٣) .

بدأت الدراسات التجريبية عام ١٩٥٠ ليتمخض عنها عام ١٩٥٢ أول نظـام للتصنيف Dingnostical and Statistical Manual of Mental disorders (DSM)

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

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

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

- التخلف العقلي .
- اضطرابات الدماغ العضوية .
- الذهانات العضوية الوظيفية .
- العصاب .
- اضطرابات الشخصية .
- الاضطرابات النفسية الفيسيولوجية .
- أعراض خاصة .
- اضطرابات قصيرة الاجل وعابرة .
- اضطرابات السلوك في الطفولة والمراهقة .

وفي عام ١٩٧٨ ، كانت وكما سبقت الاشارة ، قد أصدرت منظمة الصحة العالمية ، الوجيز التاسع (ICD9) الذي أحدث اشكالية كبيرة في أوساط جمعية الطب النفسي الامريكية ، لشموله على أشكال من الاضطرابات لم تكن ملحوظة في الولايات المتحدة . ففي حين (على سبيل المثال) شملت ICD9) على اضطراب

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

ووفق تقييم المشتغلين في ميادين الشذوذ النفسي ، فقد افتقرت كل أنظمة التصنيف التي ذكرت لمصداقية التشخيص التجريبي ، ولم تلتزم بأدبيات وتقاليد علم القياس النفسي وبخاصة ما يتعلق بمفهومي الثبات Reliability والصدق Validity (٤ ص ١٩٨٩ ــ ٥٨٢ ــ ٥٩٨) .

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

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

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

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

وكانت الفئات الرئيسة في التصنيف :

- التخلف العقلي .
- اضطرابات عقلية عضوية .
- اضطرابات فصامية .
- اضطرابات القلق .
- الرهاب .
- التسلط - القهار .
- توهم المرض .
- اضطرابات الشخصية .
- عوامل نفسية مؤثرة في الشروط الفيزيائية (المادية) .
- اضطرابات عابرة - (تزول بسرعة) .
- اضطرابات تظهر عادة في مرحلتي الطفولة والمراهقة .
- اضطرابات الهوية (الذاتية) .

بينت التجربة والخبرة أثناء تطبيق الوجيز الثالث Dsm III أن العديد من المعايير لم تكن واضحة بشكل تام حسبما اعتقد (وبخاصة الامثلة) ، ولذلك فقد كلفت جمعية الطب النفسي الأمريكية عام ١٩٨٣ فريقا لدراسة ما ينبغي ادخاله من تعديلات لتطوير الدليل الثالث ، وكانت نتيجة ذلك نسخة معدلة سميت Dsm III R - Revision . نشرت عام ١٩٨٧ - وكانت منسجمة مع عملية تطوير Dsm III الا في حالة استثنائية واحدة ، تتعلق بالاقتصار فقط على مفهوم الصدق الوصفي . في تجاربها مما جعلها غير مستوفية لشرط الثبات بشكل سليم .

تضمن الوجيز Dsm III R فئات الاضطرابات التالية :

١ ـ اضطرابات مرحلة الطفولة والمراهقة .
Childhood and Adolescence Disorders

٢ ـ الاضطرابات العقلية العضوية . Organic Mental Disorders

٣ ـ اضطرابات عقلية وسلوكية ناجمة عن سوء استخدام مواد نفسية الفعالية ، (كحول ـ ادمانات أدوية) .
Mental and behavioural disorders due to Psychoctive substance use

٤ ـ الفصام .
Schizophrenia

٥ ـ البارانويا .
Paranoia

٦ ـ اضطرابات ذهانية غير مصنفة .
Psychotic Disorder Not Elsewhere Classified

٧ ـ اضطرابات انفعالية .
Affective Disorders

٨ ـ اضطرابات ناتجة عن القلق (عصاب القلق ، وعصاب الفوبيا) .
Anxiety Disorders

٩ ـ اضطرابات جسدية الشكل (توهم المرض ... وغيرهم).
Somatoform Disorders

١٠ـ اضطرابات تخلخلية (عصاب الهستريا ... الخ) .
Dissociative Disorders

١١ـ اضطرابات جنسية .
Psychosexual Disorders

١٢ـ اضطرابات النوم .
Sleeping Disorders

١٣ـ اضطرابات مصطنعة (الحاجة الى لعب دور المريض) .
Factitious Disorders

١٤ـ اضطرابات الضبط الذاتي للاندفاعات غير المصنفة في الفئات السابقة (السرقة القهرية ـ اشعال النار ...) .
Self control Disorders

١٥ـ اضطرابات التكيف .
Adjostment Disorders

١٦ـ عوامل نفسية مؤثرة جسديا .

Psychological factors Affecting Physical Condition

١٧ـ اضطرابات الشخصية .

Personality Disorders

جسد الوجيز Dsm III-R وكما هو واضح الانجاه نحو التخلي عن التصنيف التقليدي ، الذي يركز على مجموعات الاضطرابات الكبرى ، واستبداله شيئا فشيئا بالحديث ما أمكن عن فئات من الاضطرابات كانت سابقا ثنوية في مجموعة ما من المجموعات الكبيرة . وكذلك في عرض بعض الاضطرابات التي كانت جزءا من فئات فرعية في أنظمة التصنيف السابقة ـ بشكل منفرد .

اقتصرنا في عرضنا لأنظمة التصنيف ، على بعضها ، وهي وان كانت الأكثر شهرة واستخداما في ميادين علم النفس المرضي والشذوذ النفسي ، فانها ليست الوحيدة وهناك محاولات أخرى لها دورها في تدعيم معرفتنا العلمية التخصصية ، وبخاصة في الدول التي ينشط فيها علم النفس وفروعه ولاسيما الدول الصناعية المتقدمة .

ولكن مايمكن قوله بثقة في مجال أنظمة التصنيف هو : حتى اليوم لا يوجد تصنيف للاضطرابات السلوكية باستطاعته تلبية حاجة المتخصصين بشكل كامل . ولا زالت الوثوقية في هذا السياق غير مدركة تماما . ويفضل أن تؤخذ هذه التصنيفات / حتى الآن / في أفضل الحالات ، أدوات مؤقتة للحصول على معرفة متقدمة .

والأمل يحدونا في أن يتمكن الوجيز الرابع Dsm IV لجمعية الطب النفسي الامريكية ، الذي ينتظر أن ينشر هذا العام ١٩٩٣ أو في بداية العام القادم ، من ايجاد الحلول المناسبة لشروط الصدق والثبات ، وهي مهمة غاية في الصعوبة ، لا نعتقد بامكانية توفرها في المستقبل القريب ، ولكننا نعتقد أن الاستمرار في البحث العلمي ، وبخاصة في تلك الدول التي لم تهتم بعد بقضايا أنظمة التصنيف ، والعمل أكثر لاخضاع نظم التصنيف للمتغيرات الاجتماعية والثقافية وعلى مستوى عالمي ، يساعدان الى حد بعيد في حل الكثير من مشكلات التصنيف التي يعاني منها .

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

الأعـراض

Symptoms

ـ تشير الأعراض دائما الى مشكلة نفسية على مستوى علاقات الفرد بذاته أو بمحيطه من درجة ما ، تنطلق من فشل الفرد وتخلفه عن مواجهة مواقف حياتية معينة ، وتشكل بالنتيجة أسلوب الشخص في الرد على صراعاته واحباطاته بكل ما يصحب هذا الاسلوب من معاناة ومظاهر ، منها ما هو واضح على مظهر الشخص ، ومنها ما يعبر عنه رمزيا عن طريق الحركة أو اللغة أو المعرفة أو الانفعال ، ومنها ما هو مزيج بين كل ذلك . وما لا جدال حوله هو أن الأعراض ليست أمراضا وانما أدلة ومحاور للأمراض ، أو لاضطرابات ومشكلات نفسية ، يتكمن معرفتها الحقيقية في فك رموزها وتفسيرها ، ومن ثم تقصي ما يقف وراءها من مشكلات تكيفية .

تتفق مع فكرة تصنيف الأعراض طبقا لمنشئها الاصلي ، فهي اما عضوية الأصل أو نفسية الأصل ، ولكننا نفضل الحديث عن الأعراض طبقا للجانب الذي تسود فيه ، وبذلك يكون لدينا :

١ ـ الأعراض الجسمية :

يستدل على أعراض الاضطرابات السلوكية من خلال ما تتركه من آثار على مظهر الشخص العام ، فالملبس الذي لا يتوافق مع العمر ، أو مع الجنس والافراط والمبالغة في الاناقة والتجميل ، والاستخدام المبالغ فيه للعطور ، مثلما الافراط في الاهمال والبوهيمية النمطية ، تشكل أدلة على وجود الاضطراب لدى الشخص المعني .

كما أن تعابير الوجه والتعابير ، التي تظهر السرور والألم والاشمئزاز ، والسعادة

الذي يحيط بالعينين ، والدمع الذي يلازمها ، والصوت الذي لا يكاد يسمع ، والكتفين المنكورين ، والحركات الجسدية الاخرى ، التي ترافق الحديث أو التواصل الفكري مع الآخرين ، أدلة أخرى تقترب أكثر بصاحبها من الاضطراب • وقد تشارك عضلات الوجه والحواس وحركات جسدية معينة ـ بنشاط يعبر بوضوح عن مزاجية انفعالية متقلبة • وقد يكون الامر على عكس ذلك ، بحيث يشير الجمود والتشنج في حركات الوجه الى جمود انفعالي ، يرمز الى صعوبات انفعالية ، وسلبية وشرود •• وفي حالات أخرى تتناقض فيها حركات الوجه أو اليدين التعبيرية مع موضوع الموقف نفسه • بالاضافة الى حالات يتابع فيها المضطرب شخصا آخر مقلدا حركاته واشاراته •••

٢ ـ أعراض اضطرابات اللغة :

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

ـ الاجرافيا agraphia فقدان القدرة على الكتابة •

ـ الالكسيا Alexia فقدان القدرة على القراءة •

ـ الاميميا Amimia فقدان القدرة على محاكات الايحاءات •

ـ الارثريا Anarthria عدم القدرة على التلفظ بالكلام •

ـ الافونيا Aphonia عدم القدرة على احداث أصوات معددة •

ـ الاوتواجنوزيا autoagnosia عدم القدرة على التعرف على أجزاء الجسم أو تعريفها •

ـ الاجنوزيا Agnosia عدم القدرة على تحديد الاحاسيس .

ـ التأتأة العرفية : استبدال حرف بآخر عند النطق بالالفاظ بشكل دائم .

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

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

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

ويعد التكرار النمطي للكلام من حيث البدايات المتشابهة، أو النهايات المتشابهة وما يرتبط به من سيولة كلامية لا يبررها الواقع وتخلو من أية وظيفة موقفية ، أعراضاً واضحة لوجود الاضطراب . كما يعد الصمت قمة اضطرابات الكلام ، حيث تسجن اللغة وتعتقل ، وتغيب القدرة الارادية على الكلام . ويمكن التمييز بين الصمت المصطنع وبين الصمت اللاإرادي تبعاً لأمور سيكولوجية يدركها المتخصص .

٣ ـ اعراض الاضطرابات المعرفية العقلية :

تحدد المعرفة ، كنتاج لعمليات عقلية ومعرفية ، آفاق ومستويات تكيفاتنا في سياق حياتنا اليومية ، فعن طريق تمثل ومطابقة الواقع نعي ما يدور حولنا ، على قاعدة من الفهم تسمح لنا بالحركة الفاعلة المنتجة في البيئة المحيطة . ويستدل على الاضطرابات العقلية المعرفية من الاعراض التالية :

٢ ـ اعراض اضطرابات الادراك :

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

ـ الخداع الحسي Illusion :

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

ـ الهلاوس : Haltucinosis :

اذا نتج الخداع الحسي عن ادراك خاطىء ، ولكنه بوجود واقعي ما . فان في الهلاوس ادراك كاذب من ألفه الى يائه . انه ادراك وهمي لا يعتمد على مثيرات حسية خارجية . وهكذا فميدان هذه الهلاوس هو الوهم والخيال وأدواتها الحواس عند الشخص وبالتالي فقد تأخذ شكلا من الاشكال التالية :

ـ هلاوس سمعية : Auditory كأن يسمع المضطرب أصواتا متدرجة في الشدة سيستجيب لها وفق درجة اضطرابه ، الى حد قد يرقص فيه ماتسم استجابة لموسيقا يسمعها من وحي اضطرابه .

ـ وقد تكون شمية Olfactory كأن يشم رائحة لا تعكس واقع الحال ، ولربما شم رائحة كريهة جدا في صالة لبيع الزهور الجميلة ، أو على العكس من ذلك شم رائحة جميلة في مكان هجرته الروائح الطيبة .

ـ أو ذوقية Gustatory : فالطعم الحلو يصبح مرا ، والحامض يتحول مالحـاً وهكذا .....

ـ أما الهلاوس البصرية Visual فيتعرض فيها الشخص لرؤية أشـكال لا وجود لها في الواقع ، تتنوع بتنوع حـالة الاضطراب ودرجة شدته . فمن فتاة جميلة فاتنـة الى شبح يهاجم المضطرب بين الجموع .

وتتضمن الهلاوس اللمسية Haptic ادراكات كاذبـة تتركز حول الجسم بشكل خاص ، كأن يشعـر المريض بحيوانات تزحف على جلده أو ببشر يداعبونه في أماكن ممنوعة أو يعضونه . ولا يقف الأمـر عند هـذا الحـد بل يصل الى الاحساس بأنهم يقطعون أذنه ، أو يرمون أنفه الجميل .

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

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

بالحرارة أو البرودة أو اللمس ، وحالات الحس المختلط Synesthesia حيث يدرك مثير معين في مجال عضو حس معين من قبيل عضو حس آخر ـ تدرك الموسيقا على أنها لونا ويدرك اللون على أنه صوتا ..

ب ـ اضطرابات التفكير :

يعد التفكير من أرقى أنماط السلوك الذي يقوم به الانسان ، حيث يعكس العلاقات والروابط بين الظواهر أو الاشياء أو الاحداث في وعي الانسان . ويتألف من مجموعة من العمليات العقلية التي يتم بها تشابه : كالمقارنة والتصنيف والتنظيم والتجريد والتعميم والارتباط مرة أخرى بالمحسوسات والتحليل والتركيب والاستدلال (الاستنباط ما ينطبق على الكل ينطبق على الجزء) والاستقراء (التوصل الى نتيجة عامة من ملاحظة حالات جزئية) .

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

ـ اضطرابات مجرى التفكير : من تسرع في تعاقب الافكار ، وانتقال غير منظم وغير وظيفي من الخيال والتصورات الى الذكريات ، والمحاكمات السرد الى درجة هروب الافكار وتعقب المريض لها دون جدوى .

ـ وقد يكون الامر على العكس من ذلك فيصاب التفكير بالجمود ، ويشعر المضطرب بالفراغ الذهني ، حيث يقل وجود الافكار لديه ، ويفقد المبادرة للحديث ، وحتى اجاباته تكون مقتضبة اذا ما طلب منه أن يجيب .

ـ التفكير الذاتي : يحدث عندما يعجز الانسان عن التمييز بين الواقع والخيال ، فيبدو التفكير مختلطا وتغلب عليه الافكار الخيالية .

ويتعرض التفكير الى اضطرابات في سياقه حيث يظهر التفكير الدوري : يفقد المضطرب المقدرة على التمييز بين الافكار أو الموضوعات الهامة والثانوية منها .

- التفكير غير المتجانس : يفقد الترابط المنطقي في تفكيره كهذا ، ويشوش السياق الفكري بأكمله ، حيث يفقد المضطرب التنسيق فيتوقف فجأة ويحاول أن يكمل .. وهكذا .

- هشو الافكار : حين يربط المضطرب بين أفكار وأحداث غير مترابطة .

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

وقد يضطرب مضمون التفكير من خلال فصم التفكير عن الانفعال وعدم التطابق بينهما ضمن السلوك الواحد .

- الافكار الهذيانية : تتسم الافكار الهذيانية بقناعة شبه مطلقة لا يمكن دحضها ولا يمكن أن يطالها النقد أو المحاكمة أو الاثبات فهي (بداهة داخلية) تعبر عن اضطراب وخيم في البنية النفسية للفرد . تؤثر الافكار الهذيانية بعمق في الفرد وتوجه سلوكه وكل أفعاله . تكون الافكار الهذيانية شخصية فلا يشاركه المريض فيها أفراد آخرون من الانتماء العرقي والثقافي الاجتماعي نفسه ومن العمر نفسه والعصر نفسه والمعتقدات نفسها . بحيث لا يمكن عد بعض المعتقدات التقليدية والخرافية والناجمة عن الجهل أو الوسط الثقافي هذيانات (كالاعتقاد بالسحر) بينما قد تكون هذيانية فعلا في ظروف أخرى .

تكون الهذيانات دائمة أو عابرة ، وحيدة أو متعددة ، ثابتة أو متبدلة ، وتفسر بكونها تنجم عن آليات اسقاطية لاشعورية تحرر الشخص من أحاسيس وعواطف مزعجة . فينسبها الى أشخاص آخرين .

يمكن تقسيم الافكار الهذيانية ، الى مجموعات ثلاث (٥٥ ـ ١٩٨٦ ـ ٧٣ ـ ٧٥) :

أ ـ الافكار التعقب الهذيانية :

١ ـ هذيان التعقب : يعتقد المريض أن أشخاصا يراقبونه ويلاحقونه قصد قتله أو الاساءة اليه ويشكو من أضرار واعتداءات تلحق به وبأملاكه وسمعته وأسرته ، ويتسم أخلاس سمعية دعواه بتلقيه تهديدات وشتائم كما يقوم بتأويل خاطىء لبعض الوقائع والمحسوسات .

٢ ـ هذيان التأثير : يعتقد المريض بوجود قوى خارجية تؤثر في أفكاره وأحكامه أو أقواله أو أفعاله أو ارادته ويعزو ذلك الى التنويم المغناطيسي أو تواجد الخواطر أو قوى شيطانية أو الهيبة .

٣ ـ هذيان المغزقة : هذيان تأويلي يعتقد فيه المريض بأن كل ما يحدث حوله يتعلق به ، فالناس يتحدثون عنه ويسخرون منه ويتغامزون عليه ويضحكون بمزء منه مما يدفعه الى تجنب الاماكن العامة والهرب من الاختلاط بالناس .

٤ ـ هذيان التسمم : حيث توجد لدى المريض قناعة راسخة بوجود من يريد أن يدس له السم لذلك يرفض تناول الطعام والادوية ويراقب الآخرين خوفا أن يقوموا بتسميمه ويشتري ويعد طعامه بنفسه ... الخ .

٥ ـ هذيان الاساءة المادية : يعتقد المريض القناعة بأن من حوله يتآمرون باختلاس أمواله وسرقة ثيابه وأثاثه . وأن بعضهم يتلقى مرتبه ويتركه في حساب مزور وقلق ... الخ .

٦ ـ هذيان السحر : يقتنع الشخص أنه ضحية تمائم أو تعاويذ سحرية ، وأنه شرب سائلا سحريا أفقده قوته أو ارادته أو أن دمية مسحورة مخبأة في بيته ... الخ .

٧ ـ هذيان الاتهام : يحمل المريض قناعة حاسمة بأن من حوله من أشخاص يتهمونه بارتكاب محرمات وجرائم ويعتقدون بأنه لص ومنحرف وفاسد أخلاقيا الا أنه لا يستطيع اثبات براءته ، بخاصة لوجود من يقوم بتزييف الحقائق .

٨ ـ هذيان الغيرة : هذيان عاطفي يجعل المريض يعتقد بخيانة زوجه ، ويبني ، على أساس وقائع تافهة لا معنى لها وبنياناً متناسقاً يجد فيه دليلاً حاسماً لا يقبل الشك على الخيانة الزوجية .

ب ـ هذيانات العظمة :

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

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

٣ ـ هذيان الثروة : يدعي المريض بأنه يملك ثروات هائلة وأراضي شاسعة وقصورا فخمة ومناجم ذهب ويعد بتقديم مساعدات وهدايا الى أفراد محيطه ... الخ .

٤ ـ هذيان الهوس الشهواني : هذيان عاطفي يعتقد فيه المريض خطأ بوجود شخص مولع بحبه سواء أكان هذا الشخص خفيا أم متواجدا 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 ـ هذيان التعاظم والخيلاء : يحل هنا هذيان العظمة الى اقصاه فيقتنع

المريض بأن كل أموال العالم ملكه وكل أطفال الارض أبناؤه وأنه كتب كل السمفونيات وكل الكتب وأنه يمكنه تحقيق المعجزات والتحكم بالكون .. الخ .

ج ـ الأفكار الهذيانية الصغارية (اليهودية ، السلبية) :

١ ـ هذيان الصغار والاتهام الذاتي والذنب والخطيئة : يكون المريض مقتنعا بتفاهة قيمته الذاتية فيعتقد بأنه غير جدير بالحياة ولا بأي شيء يقدم له من طعام أو شراب أو لباس ، بل يظن أنه ثقل على الآخرين وأنه يعتدي على حقوقهم وأن وجوده خطر على العالم ويرى أن ماضيه حافل بالخطايا والجرائم والمحرمات ، وأنه أساء الى أقربائه والى سعادة الآخرين وأنه لا يستحق الا الالم والعذاب والعقاب ويقتنع أن هذا العقاب حتمي وآت لا ريب فيه .

٢ ـ الهذيانات المراقبة : يعتقد المريض جازما بأنه يعاني من مرض خطير (كالسرطان ، أو السيفيليس) وأن الداء يسرح في كل جسده ولم يبق له الا القليل من الزمن للحياة فدمه يتجمد وعضلاته تتفسخ بينما تسري الجراثيم في كل أنحاء جسده أو تسد أمعاءه ويعجز عن الاكل والافراز .

ومن الانواع الرخيمة لهذه الهذيانات ـ هذيان الانكار حيث يؤكد المريض بأنه فقد أحشاءه وأن دمه تبخر وتوقف قلبه عن النبضان وانمحت عظامه بل وانه لم يعد موجودا اطلاقا وأحيانا يمتد هذيان الانكار الى العالم الخارجي حيث يدعي المريض أن الشمس قد اختفت وأن العالم بطريق الفناء وأن الأرض انهارت ... الخ .

د ـ أنواع اضطرابات المحاكمة :

المحاكمة وظيفة عقلية تسمح بتقويم المعطيات الحسية والعقلية وبالربط والمقارنة بين العناصر المعرفية والعلائق المنطقية التي تنظمها . تبني المحاكمة على تجربة الشخص المتكاملة وقيم ومعتقدات محيطه ويأخذ اضطرابها الاشكال الآتية :

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

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

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

٣ ـ شذوذات المحاكمة : نشاهدها بخاصة في الحالات الهذيانية التي تتبنى معتقدات وقناعات شاذة ولا تخضع لسياق منطقي واقعي ، بل ان المريض يحرفه الواقع ودلالات الاحداث حسب آلياته النفسية المرضية .

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

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

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

أما في علم نفس الشذوذ فتطلق تسمية التأويل على حكم واستنتاج خاطئين ينطلقان من ادراك سليم . فالهذياني يركب ما يجمعه من معطيات ادراكية حسب استعداداته المرضية الهذيانية ويدخلها في منظومة متناسقة قد تبدو منطقية لاول وهلة الا أنه سرعان ما تظهر ثغراتها وفجواتها سواء في الاحداث ذاتها أو نسبة للبنيان النفسي للمريض وأسلوبه في المحاكمة . لكن قناعة المريض لا تتزعزع حتى عندما يواجه بحجج دامغة تشكك في استنتاجاته أو تثبت خطأه .

تشاهد النزعة التأويلية في عدة انماط هذيانية وعندما تتغلب الآليات التأويلية تطلق تسمية (الهذيانات التأويلية) على هذا النوع من الهذيان .

د ـ اعراض اضطرابات الذاكرة :

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

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

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

ـ فقدان الذاكرة amnesia الذي قد يكون كليا بحيث يعجز المضطرب عن تذكر أي شيء ، أو فقدانا جزئيا بحيث ينسى ولاسباب صادمة جزء من ذكرياته .

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

ـ فقدان الذاكرة الخلفي retrograde - amensia حيث يعجز الشخص عن تذكر المعلومات والتعرف على الاحداث الذي كان يعرفها سابقا مع أنه يتذكر ما وعيه بعدها .

ـ فقدان الذاكرة التدريجي ـ حيث تبدأ قدرة المضطرب على التذكر بالتراجع شيئا فشيئا ، من خبرة حديثة الى أخرى أقدم ... وهكذا .

ـ تعطل الذاكرة الآني : حيث يفتقد المضطرب القدرة على استدخال المعلومات وارساخها بشكل كامل ولفترة معينة من الزمن ، ليعود بعد مدة قد تطول أو تقصر تحت تأثير متغيرات متعددة الى حالته الطبيعية .

ـ الذاكرة التحريفية البارامينزيا Paramnesia : حيث يحرف الفرد الذكريات السابقة المألوفة . ومن أمثلة ذلك ظاهرة الرؤية السابقة وهي خبرة شائعة حيث يشعر الفرد ان ما يواجهه هنا والآن قد واجهه قبل ذلك . وقد يكون هذا الشعور قويا ومقنعا حتى عندما يعي الفرد أن الحدث جديد بكل ملابساته .

ـ فقدان الذاكرة الاصطفائي : حيث يعاني عدم القدرة على التذكر بأنماط محددة من الذكريات أو الاحداث .

ـ ضعف التثبيت (التسجيل) في هذه الحالة عجز عن تثبيت معلومات جديدة مع الاحتفاظ بالمعلومات السابقة .

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

ـ التباس الذاكرة ـ القدرة هنا على التذكر كافية ولكن اللبس والضعف يكمنان في وضعها ضمن سياقها الزماني والمكاني .

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

ـ اشتباه الذاكرة : يعجز الفرد عن التمييز بين أحلامه وخيالاته وبين محتويات ذاكرته ، فيسرد محتويات الأحلام على أنها أحداث تعيها ذاكرته ، وعن الواقع على أنه رؤى في الاحلام .

ـ التعرف الخاطىء : الاعتقاد عند مواجهة موقف ما بأنه سبق للمضطرب أن واجهه أو عايشه .

٤ ـ أعراض الاضطرابات الانفعالية ـ الوجدانية :

تميز سلوكنا اليومي كبشر عمليات انفعالية وجدانية مفعمة بالنشاط تغطي ساحات حياتنا وأنشطتنا المختلفة ، بحيث لا يكاد يخلو نشاط نقوم به من انفعال ما أو من أثر وجداني يتبلور في رد فعل نستجيب به ..

يطرح هذا الوجود الانفعالي المكثف ، أمام المشتغلين في العلوم السلوكية بعامة ، وبالشذوذ النفسي بخاصة ، اشكالية يصعب تجاوزها بسهولة عند محاولة وضع معايير لهذا الوجود سواء تعلق الأمر بعملية الانفعال أم بنتيجته ، بطبيعته السوية أم الشاذة . وذلك لأن استجاباتنا الانفعالية ، كما ونوعا لا تخضع لمتغيرات ثابتة يمكن التنبؤ بها الى حد بعيد . وبالتالي فان ثبات الانفعالات ، ومعرفة الحدود بينها والتمييز بين السوي وغير السوي منها ، يتطلب معرفة عميقة بشروط نمو الفرد ودرايةً بأطره المرجعية الثقافية والانفعالية والاجتماعية وأحيانا الفيسيولوجية ...

فالحب ـ الغضب ـ الغيرة ـ الكره ـ الحقد ... انفعالات نكتسبها ـ نطورها ، نتمسك بها ، نتخلى عنها ، ضمن معادلات شخصية وثقافية غير ثابتة ، وهي معرضة للتقدم أو للتراجع أو للتبديل في موضوعاتها أو اتجاهاتها ... من هنا فان ما نحبه اليوم بقوة قد لا يكون كذلك بعد حين ... وما نكره اليوم قد نتسامح معه ، وكذلك ما أغضبنا بشدة في مرحلة المراهقة قد لا يثير فضولنا في مرحلة الرشد، وينطبق ذلك على اتجاه سلبي كان قد تشكل في ظل دور اجتماعي كنا نقوم به ، يتحول الى اتجاه ايجابي في ظل دور جديد يوكل لنا ...!!

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

الانماط الانفعالية الشاذة : تصبح الشدة الانفعالية التي لا تخضع للضبط ذات خطورة عندما تؤدي الى احتمال ايذاء الذات أو الآخرين . والانماط الانفعالية التي تعتبر شاذة لانها لا تتلاءم مع أحد المحكات السالفة الذكر هي :

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

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

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

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

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

الاكتئاب : وهي حالة تتصف بالكآبة والغصة . وهي مصحوبة عادة بتدهور حركي وشعور بالتفاهة أو بالذنب والفزع من كارثة محدقة . وقد يكون الاكتئاب خفيفا أو عميقا ، وقد يؤدي في حالاته الحادة الى محاولة الانتحار .

فرط الابتهاج : وهو شعور شديد ومفرط بالسعادة ، والصورة المتطرفة للابتهاج غير الملائم هي حالة النشوة euphoria ، وهي عادة عرض لذهان .

التغير الانفعالي : وهو عرض نرى فيه المريض يظهر عدم ثبات في الاستجابة الانفعالية وقابلية شديدة للتغير . والصورة التي نراها عادة هي « حالة تأرجح المزاج mood swing » حيث نجد الفرد ينتقل بسرعة من حالة انفعالية حادة الى أخرى .

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

الاستثارية : وهي الميل للاستجابة المفرطة للمواقف بدرجات متفاوتة من الغضب أو فقدان الصبر . وتختلف هذه الحالة من الشكوى المتكررة بالغضب للاحداث التافهة الى العنف الشديد في المزاج الثائر .

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

٥ ـ الاعراض الحركية :

ترافق هذه الاعراض آلية الضبط السلوكي ، عندما تعالي هذه الاخيرة من اضطراب ما ، مؤسس بالتأكيد على خلل في أجهزة التحكم الارادية أو اللاارادية لدى الشخص ، وقد تظهر على هيئة :

ـ رعشة : تتمثل في حركات مبالغ بها غير مبررة واقعيا ، ومتحررة من الضبط الارادي ، تنتج عن توتر نفسي شديد .

ـ عدم الاستقرار الحركي : يتمثل بحركة دائبة واتخاذ وضعيات جسدية غير مريحة ، لا تتوافق مع المعرضات البيئية التي تسببها ، وقد يصل الامر الى مرحلة الهياج ، حيث الحركات الاستعراضية والافعال العدوانية ، التي تعرضها أساسا نزعات غريزية .

فيما سبق من أعراض حركية ، تمت الاشارة الى المبالغة في تصريف الطاقة الحركية . ولكن وضمن الاعراض ذاتها فانه بالمقابل تتعرض الطاقة الحركية وما يعبر

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

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

ـ الرعشة Tic وهي عبارة عن نوع من الحركات السريعة الخاطفة ، تستمر فترة وجيزة تنتج عن تقلص سريع في عضلات الوجه أو الاطراف ، وقد تكون على هيئة تقلصات (Spasm) لاارادية في عضلات الجسم . كرعشة العين ، وتحريك الاكتاف ، أو لوي الرقبة ، أو شد الأذن أو ملامسة منتظمة للذقن ، أو الشاربين ، والنفخ والصفير والتمتمة وهز الرأس . هذه الرعشات والتقلصات والتي يطلق عليها المرات تعود لعوامل نفسية عصبية .

٦ ـ اعراض اضطراب الارادة :

يشير مفهوم الارادة بالمعنى السلوكي الى : قدرة الشخص في السيطرة على حقيقته الداخلية ، وتوجيه علاقاتها مع الحقائق الخارجية . وبهذا يكون الشخص سوي الارادة هو ذلك الذي يستطيع اتخاذ قراراته وتنظيم انفعالاته وتحمل المسؤولية عن أحكامه .. يشذ السلوك الارادي تحت تأثير متغيرات انفعالية ثقافية بيئية عصبية ، ويتدرج من فقدان جزئي للسيطرة الارادية الواعية ، الى فقدان كلي لها .

ومن الامثلة على اضطراب الارادة (مع التنويه الى أن اضطراب الارادة ذاته لا يمكن أن يكون مستقلا . وهو يعبر بدوره مع أعراضه الى اضطرابات سلوكية يعاني الفرد منها) :

الوساوس المتسلطة والافعال القسرية : تسيطر على الفرد أفكار لامنطقية

وغير عقلانية ، لا ترتبط بحاجاته النمائية ، تلح على الاستمرار ، على مستوى الفكر اذا كانت أفكارا ، وعلى مستوى السلوك والحركة اذا كانت أفعالا . وما يشير بوضوح الى اضطراب الارادة (في حالات عصابية معروفة) ، هو أن الفرد يعرف أن أفكاره غير واقعية وتسلبه ارادته ، ومع ذلك لا يشعر بالهدوء والاتزان الا بعد أن يستجيب لها وقد تأخذ الاشكال السلوكية التالية (٥٥ـ٧١ـ٧٢) :

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

- بروز أسئلة وتساؤلات لامنطقية في ذهن المريض ، لا جدوى منها وهي تتكرر قسريا مثل (لماذا هي السماء زرقاء ؟) (لماذا هي الارض مكورة ؟) .

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

- اجترار الشخص للأحداث التي مرت به واستعادتها عدة مرات ومحاسبة نفسه وانشاء افتراضات حولها (ماذا لو حدث الامر بشكل مختلف ؟ أو لو تصرفت بأسلوب آخر ؟) وترافقها مشاعر الندم والخيبة والقلق والفشل والألم والذنب وأحيانا تفاؤل وغبطة مترافقين بالتوتر والقلق وعدم الثقة . وأحيانا يتعلق الاجترار والتساؤلات والشكوك والمخاوف بموضوعات محددة روحانية ودينية وأخلاقية .

الوساوس الرهابية (الفسريات الرهابية) :

حيث يتمركز الوسواس حول موقف محدد فيتظاهر بأحاسيس مؤلمة وحصر وقلق وخوف وكرب بمواجهة شيء أو موقف محدد . لذلك يحدث خوف متسلط مرتبط بذلك الموقف لا يستطيع الفرد طرده رغم اقتناعه بسخافته ولا منطقيته ويؤدي ذلك الى أنماط سلوكية تجنبية .

من هذه الرهابات :

رهاب الخلاء : الخوف من المساحات الواسعة .

رهاب الحصر : الخوف من الاماكن المغلقة والضيقة .

رهاب الاعالي : الخوف من الاماكن العالية .

رهاب الاتساخ : الخوف من الاتساخ .

الرهابات الاجتماعية : كالخوف من الشوارع المليئة بالناس

ومن الاماكن العامة والخوف من احمرار الوجه

والخوف من التحدث الى مجموعة من الناس .

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

وتترافق الرهابات بارتكاسات واضطرابات انباتية مع الحصر والقلق والخوف .

الوساوس القهرية :

— 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 الا أنه لا يفعل هذه الرغبات التي تشكل تبريرا لاشعوريا للانطواء وتجنب الاختلاط الاجتماعي .

— النزوات القسرية أو رهابات النزوة .

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

— الاعمال القسرية :

هنا ينفذ المريض أعمالا تتعلق بأفكار الشكوك والمخاوف والتردد التي تسيطر على تفكيره كالتحقق من اغلاق باب منزله عدة مرات والتأكد من اطفاء الانوار أو اغلاق الغاز ، او من وجود بعض الاشياء في مكانها .

ـ الطقوس القسرية :

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

٧ ـ أعراض اضطراب النوم :

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

ـ الأرق insomnia : وهو اضطراب آلية النوم بشكلها المعياري من حيث بداية النوم ، أو المحافظة على استمراريته ، ويعبر الافراد كافة أرقاً بدرجة ما تحت تأثير ظرف ما . أما الأرق المرضي فهو ذلك الذي يترافق أو يؤدي الى اضطرابات انفعالية حادة ، وتشوه ادراكي واضطرابات في موجات ألفا وضعفه في الاثارة والتنبه . ولقد أظهرت دراسات للنوم واضطرابه ، أنه اذا منع الفرد عن النوم لمدة ١٠٠ ـ ١٢٠ ساعة فسيخضع لحالة من الثبات والخبل العقلي وغياب المهرشات السمعية وضغط في الرأس والاذنين ، وصعوبة التركيز واضطراب التفكير واللامبالاة ، وفقدان القدرة على التوجه .

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

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

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

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

٨ — أعراض السلوك الغذائي المضطرب :

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

ولعل بعض الاضطرابات النفسية الشديدة تشهد امتناعا عن الطعام يرتبط بهذاءات تمت الاشارة اليها سابقا ، كتلك التي تتعلق بالسحر أو بهذاءات الاعضاء التي تتضمن أفكارا مرضية يقتنع بها المريض ، من مثل سرقة جهازه الهضمي أو تبديله أو سكون الارواح فيه .. ويعد الافراط الهوسي في التغذية كالشهية المفرطة الشرهة للاكل ، أو لشرب الماء أو لتناول الكحول من أعراض اضطراب السلوك

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

٩ ـ اعراض اضطراب السلوك الجنسي :

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

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

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

يضاف الى ما تم ذكره اشكال الانحرافات العديدة في السلوك الجنسي من مثل السادية ـ المازوشية ـ العكس الجنسي ـ التيتشيه ـ زنا المحارم ـ الجنسية ـ عشق الاطفال ـ عشق الكبار ـ عشق الحيوانات .

١٠ ـ أعراض السلوك اللاجتماعي :

ينطبق هذا الوصف على أشخاص رفضوا الانتماء الاجتماعي ، وتنكروا للقيم الأخلاقية والثقافية ، التي أقرها المجتمع خلال سياقه التاريخي ، يتميز هؤلاء بالفقر الوجداني وتحول موضوعاتهم الانفعالية من المجتمع ، الى جماعات خاصة ، حيث يبدلون انتماءاتهم الاجتماعية بالانتماء لهذه الجماعات . لا يشعرون بالذنب على ما يقومون به من مخالفات أو جرائم بحق الآخرين .. ويعجز هؤلاء عن تبني أية فلسفة بأهداف واضحة ، فاللذة هي التي تقودهم وليس شرطا أن تكون لذة معترف بها اجتماعيا . ضميرهم عقيم لا يتطور ، يتميزون بالكذب ولا يشعرون بالخجل أو الندم ...

ان أشكال العدوان كافة اللفظية والمادية والمعنوية ، وأشكال الجنوح كافة من سرقة بكل أنواعها أو جرائم اغتصاب أو ادمان أو بغاء .. كلها تسم من يمارسها بشكل نمطي باللااجتماعية أو بالشذوذ الاجتماعي .

❀ ❀ ❀

جامعة دمشق Damascus University

الفصل السابع

الفصام

SCHIZOPHRENIA

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مفهوم الفصام :

يعد الفصام من أشد الاضطرابات السلوكية فتكا بالعمليات العقلية والمعرفية ، يهدد تماسك الشخصية ويفقدها قدرتها على احداث التكيفات الضرورية لحياة معقولة . ويشكل المصابون به النسبة الأعلى بين نزلاء مشافي الامراض العقلية والنفسية ٧٠٪ من كل المرضى .

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

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

يعود الفضل في اطلاق مصطلح الفصام للطبيب النفسي السويسري يوجين بولين Ugen Bleuler الذي صاغ المصطلح واسقط الفصام Schizophrenia

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

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

تحدث بلولير عن أشكال الفصام وليس عن شكل واحد معتقدا بأن هناك مايميز هذه الاشكال عن بعضها . وكان بذلك يضع التصنيف الاول الذي أخذه من سبقوه وعدله بحيث يشير الى امكان العلاج .

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

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

يعتقد بوجود علاقة بين المواسم أو الفصول وبين اضطراب الفصام وبخاصة فصلي الربيع والصيف ، ولكن هذا الاعتقاد لم يحظ بعد بأدلة علمية تؤكده مع وجود ما يبرر ذلك واقعيا في بعض الاحيان .

يصف بلولير الفصام بأنه تدهور بطيء ومتدرج للشخصية في مجموعها ـ بما في ذلك خصوصا الحياة الوجدانية ـ يتكشف في صورة اضطرابات الشعور والتفكير والسلوك مع ميل للتهرب من الواقع (٥٦ ـ ٦٥٨) .

ويعرف كريبلن الفصام بأعراضه المميزة له وهي(بخاصة الهلاوس) هلاوس السمع واللمس والنقص في الانتباه الى العالم الخارجي والنقص في حسب الاستطلاع ، واضطراب التفكير مع وجود ارتباطات فكرية تعصى على الفهم وتغير الكلام بحيث يصبح غير مفهوم ونقص في الحكم والبصيرة والاوهام والعاطفة السلبية والسلوك النمطي . كما أشار في الطبعة الثامنة لكتابه عن الطب العقلي الى أن الفصام يتميز بسلسلة من حالات تتميز بتحطيم عجيب للارتباطات الداخلية للشخصية .

كما يعرف ماير الفصام عندما كانت تسميته الخرف المبكر . بانه ليس كيانا مرضيا ، بل هو بالاحرى نمط استجابة ينشأ في بعض الشخصيات نتيجة اضطراب صعوبة التكيف ، وان تراكم الاستجابة الخاطئة يؤدي الى تدهور السادات . (٥٧ ـ ٣٥٩) .

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

أولا ـ التكسر (الانقسام أو التجزئة) في مكونات العقل : (الشخصية) ، وهي الفكر والعاطفة والسلوك .

ثانيا ـ فقدان التوازن في العمليات النفسية الداخلية .

أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي) يشير الى الفصام على أنه مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير والوجدان ، والسلوك وأحيانا الادراك ، ويؤدي ان لم يعالج في بدء الامر الى تدهور واضح في المستوى السلوكي والخلقي والاجتماعي مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم (٥ ـ ٢٩٧) .

أما عطوف محمود ياسين فيعرف الفصام بأنه مرض عقلي وظيفي ذهاني حاد ويؤدي لانشطار الشخصية وعدم انتظامها وتدهورها التدريجي وبالتالي يؤدي الى

التشتت والتناثر وهو في معظم حالاته من حيث طبيعته مرض عقلي (ذهاني) وظيفي وأحيانا بايو ـ جيناتيكي وفي حالات أخرى عرضي ـ عضوي وقد يتضمن أعراضا (باثو فيزيولوجية) . (٥ ـ ٢٩٦)

ويراه نعيم الرفاعي مجموعة ردود الفعل الذهانية التي تتميز باضطراب أساسي في العلاقات مع الواقع وتكوين المفاهيم ، واضطرابات انفعالية وسلوكية وعقلية من درجات واختلاطات متنوعة كذلك تتميز ردود الفعل هذه بنزوع قسري للانسحاب من الواقع ، وبانعدام التناسق العاطفي ، واضطرابات في سياق التفكير لا تخضع للتبؤ وبسلوك نكوصي . (٥٨ ـ ١٩٨٩ ـ ٢٣٥) .

ويعرف المؤلف الفصام بأنه ـ خلل بنيوي ، تتهدم فيه شخصية المضطرب ، من حيث هي نظام متكامل ومتفاعل ، وتفقد وبشكل متدرج المقدرة الانتاجية في مجالات الانفعال والفكر والحركة والمجتمع . ويظهر المصاب عجزا في الحصول على التكيفات المطلوبة في حدودها الدنيا ، فينتمي مرغما الى عالم من صنع هذاءاته وهلاوسه ، يسلك بوحي من محرضات ذلك الواقع الجديد وكأنه من كوكب آخر لا تربطه بواقعه الفعلي أية رابطة .

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

١ ـ محور الخلل الذي يحدث في نظام الشخصية ككل (وهذا يشير الى خطر هذا الاضطراب الشامل) .

٢ ـ محور الخلل بالنظام ضمن وحدة وبنية الشخصية (يشير الى تعطل الوظائف في الشخصية) .

٣ ـ محور الانتاجية المفقودة (كدليل على الخطر الفردي والاجتماعي لهذا الاضطراب) .

٤ ـ محور الانفصال عن الواقع (يشير الى أن العلاج الحقيقي هو اكتشاف الواقع البديل للمريض اضافة الى الواقع الحقيقي) .

العوامل في الفصام :

مررنا على تحديد مفهوم الفصام دون أن ندرك تناقضا ملفتا بين من تصدوا لتعريفه ، ولكن الحال هنا سيتبدل كما سيرى القارىء الكريم وكما يعرف أي مطلع في ميادين الاضطرابات السلوكية ، فالعوامل وعلى الرغم من الدراسات الواسعة كما ونوعا على الفصام ، لم تصل الى الاتفاق فيما بينها وهذا ليس غريبا فالانسان ـ هذا الكائن المعقد الذي استطاع بمثابرته أن يدرك ما كان مستعصيا على الادراك في حقول المعرفة الطبيعية ، والذي كشف أسرارا كانت الى عهد قريب رجما في الغيب ـ هذا الكائن نفسه لم يستطع أن يحقق الشيء ذاته في ميدان معرفته لأبعاد شخصيته واتجاهاته وسلوكاته ، ولازال أمامه الكثير مما عليه أن يعرفه ليستطيع ضبط العوامل وتحديدها في اطار الظواهر السلوكية بشكل أكيد ، لايعني ما تقوله فقدان النتائج التي توصل اليها علم الشذوذ النفسي والمشتغلون به لوثوقيتها كاملة ، بل نريد منه دعوة صريحة لمزيد من البحث العلمي في الاطار الانساني من جهة ، ومن جهة أخرى لتبرير هذا الاختلاف الذي سيدركه القارىء عند تناوله لعوامل الفصام أو أي اضطراب سلوكي آخر .

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

١ ـ الوراثة :

لم تصل الدراسات حتى الآن الى وثوقية قابلة للتعميم فيما يتعلق بأثر الوراثة في الفصام على الرغم من اجتهاد الكثير من الباحثين لتأكيد هذا الدور ، وبخاصة الدراسات التي أجريت على التوائم المتشابهة (والتي لم تتشابه لتأثيرها على مايدعى) ففي حين توصل كل من هسترون ١٩٦٦ (كرفجلن ١٩٦٧) الى أن نسبة الاصابة بين تلك التوائم لا تتجاوز ٣٪ أكد سلفير ١٩٦١ وتيناري ١٩٦٣ أن نسبة الاصابة بهذا المرض بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عليها في التوائم المتآخية ، وكذلك فقد درس عدة باحثين الوراثة عن طريق دراسة الاطفال لابوين مصابين بالفصام وحصلوا على النسب التالية ٤ر٥٪ (سليتر ٧ر٥٪ هالبجسن ٧ر٣٪ لايتسن ١٠٪ بلومبير ،

١١٪ كولمان) . كما ويذكرنا (روزنتال) من التوزيع حالة التوائم الاربعة لعائلة جينان عام ١٩٦٣ وكانوا جميعا من البنات المتطابقات ، وقد أصيبت أربعتهن بالفصام (بدرجات متفاوتة من المرض) . (٣ ــ ١٥٤) .

في دراسة لمعهد الامراض النفسية في لندن ١٩٨٣ تبين أن نسبة التوافق في التوائم المتماثلة هي ٥٨٪ وفي التوائم غير المتماثلة ١٢٪ (٤ ــ ١٣٦) .

وأثبت كولمان نسبة ١٤٪ للاشقاء وغير ٨٦٪ للتوائم من بويضة مخصبة واحدة ، وفي دراسة مشابهة لشر سيلتر معدل الخلق ٧٩٪ لدى مجموعة توائم متشابهة أصغر . (٥٥ ــ ١٥٤) .

الاتفاق الذي يمكن الحديث عنه في هذه الدراسات وغيرها هو الاشارة الى دور ما تلعبه الوراثة في الفصام دون القدرة على الركون الى نسبة محددة ، وهذا ليس بغريب على دراسة الظواهر السلوكية .

اذا توجه الاهتمام الى ضرورة الفصل بين استعداد جيناتيكي لنقله الجينات وبين بنية شخصية واستعدادات شخصية تظهرها وتطورها البيئة ، ولقد أكدت دراسات احتضنت بهذا الامر أن كل السمات التي حصلنا عليها من خلال دراسات الابناء أو التوائم تفقد دلالاتها اذا تمت تربية الاطفال بعيدا عن آبائهم أو أمهاتهم الفصاميين وهذا ما يجعل المؤلف يعتنق فكرة الفصل بين الوراثة الجيناتكية والوراثة البيئية ، ونعني بالوراثة البيئية مجمل الآثار التي تتركها متغيرات البيئة المحيطة ــ ماديا ــ وانفعاليا ــ واجتماعيا ــ وتربويا ــ على الانسان من اللحظة التي يتم فيها الاخصاب ، حيث تتشكل نواة كائن جديد متمثلا في بيئته الاولى (البيئة الرحمية) ــ نسبة الى الرحم ــ ومتمثلا وفاعلا في بيئته الاسرية والاجتماعية بعد الولادة .

اذا ان نعطي أهمية للاستعدادات الموروثة والتي قد تجعل من شخص ما ، أقل مقاومة أو أكثر عرضة للاصابة بمرض أو اضطراب ما ، فاننا نعني قبل كل شيء أن

الاستعداد لن يظهر ما لم تتضافر المؤثرات البيئية وتساعد على اظهاره ، ومن هنا فاننا نشير الى أهمية البيئة الفصامية كبيئة ممهدة للاصابة بالفصام، أكثر من الوراثة، وهذا شأن الاسوياء وليس فقط المرضى ، فالاسوياء يتعلمون وتبنى شخصياتهم بمقدار ما يستوعبون ، ويتمثلون ، ويقلدون الى آخر ما هنالك من أساليب التعلم ، فلم نخرج المرض من سياق تعلمي مفروض على الجميع ؟ ألا يشكل ذلك هروبا من المسؤولية ـ والمسؤولية التربوية حصرا ؟.

٢ ـ شخصية ما قبل المرض (الشخصية الفصامية Schizoid Personality) :

تعنى الشخصية التمهيدية السابقة للمرض العقلي بالشخصية الفصامية (الشيزويدية) ، وتوجد علاقة وثيقة وموجبة بينها وبين الفصام ، لان ٣٥ ـ ٥٠٪ من مرضى الفصام ينأتى عن تلك الشخصية مما يدل على أن الشخصية التمهيدية للفصام تحتوي على صفات وراثية ضعيفة وكامنة قد تنحفز وتقوى بعوامل وتغيرات محيطية أو كيميائية ـ حيوية داخل الجسم .

ومن صفات الشخصية الفصامية : القوام النحيف Asthenic ، الميل للصمت ، الخجل الشديد ، الحساسية ، الميل للخيال والاحلام ، تجاهل الواقع ، البرود ، القسوة ، الانعزال والانطواء ، والتردد والاحجام .

وفي دراسة الباحث (كولمان) Kallman في عام ١٩٤٦ عن علاقة الشخصية التمهيدية بمرض الفصام وجد ما يلي : ان المصاب بالفصام اذا تزوج بقرينة مصابة أيضا كان الاطفال كما يلي : ٥٣٪ منهم يصابون بالفصام و ٣٠٪ يصبحون ذوي شخصية فصامية . واذا تزوج المصاب بالفصام بقرينة سليمة كان أطفالهما كما يلي : ١٠٪ يصابون بالفصام ، و ٣٥٪ يكونون ذوي شخصية فصامية ، وقد وصف (آريتي) Arieti شخصية فصامية أخرى دعاها بالعاصفة Stormy تمتاز بالتأرجح بين التوتر والهياج والتعطيم مرة والى التفسخ والسكتة مرة أخرى ، وتكون حياتها سلسلة من الازمات والانتكاسات ، وتستسلم بالاعصاب والمفعين والصفة .

وايجازا ، يمكن التأكيد بأن الشخصية الفصامية تكثر بين أقارب المصاب وأسرته ، وان ثلث المصابين يكونون بالاصل من ذوي الشخصية الفصامية .

ويؤكد أحمد عكاشة ١٩٩٩ في مرجع سبق ذكره بأن الشخصية الفصامية هي تلك الهيأة للاصابة بهذا المرض والتي تتصف بـ : الانطواء ، والهدوء ، والخجل والحساسية المفرطة ، وتكوين جسمي واهن أي الطول مع النحافة ، وضيق عرض الصدر والكتفين وطول الاناملوالرقبة . وهذا ينسجم مع ما ذهب اليه كريتشمر عندما حاول الربط بين الفصام ونمط الشخصية التي تحمل الاستعداد للاصابة بالفصام واصفا هذه الشخصية بضيق الكتفين ، وضعف العضلات ، ورقة اليدين ، وبضيق الصدر ونحافته بحيث تسمح لنا بعد أضلاعه .

وهناك من الباحثين من يضيف الى نمط الشخصية الفصامية أنماطا أخرى يعدها مهيئة للاصابة بالفصام . وهي وان كانت أقل وضوحا في اضطرابها من الشخصية الفصامية ، غير أنها يمكن أن تلعب الدور نفسه عندما تستمر وتصبح سمة تميز صاحبها . ومن هذه الشخصيات :

ـ الشخصية الانطوائية : تتحكم بصاحبها نزعات التفرد ومشاعر فقدان الانتماء ، ويجد صاحبها نفسه أمام نفسه وحيدا ويصبح الاختيار الوحيد المتاح هو الانتماء الى عالمه الخاص وذاتيته ، الأمر الذي يولد الرغبة في الانفصال شيئا فشيئا عن العالم الخارجي لينحصر التعامل مع عناصر الحقيقة الخارجية بما يخدم ويدعم انطوائية تأخذ بصاحبها الى الشقاء .

ـ الشخصية المحاذرة : لاتنقص هذه الشخصية الرغبة في المشاركة الاجتماعية، ويبحث صاحبها عادة عن معان وجدانية عاطفية لعلاقاته مع الآخرين ولكن فقدان الثقة بالنفس يحول دون ذلك ، ويمنع القيام بأي سلوك موجه لتحقيق الرغبات في هذا الميدان ، يحاول صاحب هذه الشخصية أحيانا الخروج من حالة الضعف أو الاحساس به ، ولكنه لا يلبث أن ينهزم ويتراجع أمام أول رفض أو مقاومة .

ـ الشخصية الخجولة : تعاني هذه الشخصية من الخجل الذي لا يبرره الواقع الى درجة تنسحب فيها من الواقع وتنعزل ، وتفقد قدراتها على التواصل البناء في خدمة مطالبها الحياتية .

ـ الشخصية غير المستقرة : تفتقر الى النضج الانفعالي وتعجز عن ممارسة الضبط الانفعالي ، وبسبب ذلك تتنازعها المشاعر المتناقضة ، وتنقصها القدرة على اتخاذ القرارات بعقلانية ، وتتميز هذه الشخصية بالتطرف والتصلب والتشاؤم .

ـ الشخصية البارانوية : تعيش هذه الشخصية في حالة تأهب دائمة ، تشغل نفسها بموضوعات تتركز حول الشك بالآخرين والتخطيط للرد على مؤامراتهم ، صراع هذه الشخصية دائم والجيوش الوهمية تتأهب لاقتناص الفرص المناسبة لتجريدها من خصائص تعتد بها .

يفرق اصحاب هذه الشخصيات بمشاعر الغيرة والتنافس غير العقلاني .

وكذلك اتفق شيلدون في أنماطه مع كريتشمر عندما أشار الى أن لدى الفصامي ميلا لأن يكون جلديا عصبيا ، والاثنان يؤكدان المزاج المتقلب والدوري لنمط الشخصية الفصامية .

يتشكل الفصام بالتدريج ويخضع للتطور من حيث شدته وبروز أعراضه وهذا ما يجعل الحديث عن شخصيات فصامية ممهدة للمرض أمرا مقبولا ، ولكننا نشير الى أن شخصيات كهذه وان كانت قد امتلكت استعدادا قبليا للاصابة بالفصام فان ، الانماط السلوكية الفصامية المكتسبة هي الأغلب وبخاصة قبل بداية الاضطراب ، بالاضافة الى أن هذه الشخصيات قد تكون نتيجة للفصام وليست سببا فيه ، أما ما يشار اليه لدى نظريات الانماط سواء عند كريتشمر او شيلدون أو غيرهما من ربط بين نمط الشخصية والفصام أو أي اضطراب آخر ، فاننا نحذر من الركون السلبي لمنطلقاتها وبخاصة عندما تشير الى الجانب التكويني في الشخصية .

٣ ـ الاسباب العضوية ـ العصبية :

درست الاسباب العضوية والعصبية في الفصام منذ أن بدأ الحديث بشكل علمي عن هذا الاضطراب ، وأعاد كل من كريبلن وبلولير وموت وأولزهايمر الفصام الى أسباب عضوية في حين عارضهم بذلك دوللاب ، بعد أن أجرى الكثير من الدراسات وخلص منها الى نتيجة تشير الى أن الفصام حالة تخلو من أي تغير جوهري أو ثابت في الخلايا العصبية (٥٠ ـ ١٥٨) .

ويؤكد ادولف ماير ـ أحد كبار أنصار وجهة النظر السيكولوجية ـ أن الفصام (ثمرة عدم التكيف التدريجي للفرد وبيئته) كما أنه في نظره مظهر متطرف (لنمط استجابي متوقع ومحصلة تراكم عادات رد فعل معينة) .

فالفصام أساسا ذهان عقلي لا خلل عضوي ، واضطراب وظيفي لا نقص تركيبي أو تكويني ، العمليات النفسية فيه أهم من الاستعداد الجسمي (٥٩ ـ ٣٣٣) .

وعلى الرغم من عدم قدرة العلم حتى الآن على تغيير هذه النظرة ، أو الفشل في ايجاد علة عضوية عصبية محددة في اضطراب الفصام ، فانه لدى الطب النفسي بعض الادلة العامة الاولية (٣ ـ ١٥٧) التي تدفعه للمزيد من البحث والتأكد من الشكوك حول دور ما للدماغ في الفصام ، هذه الادلة هي :

أ ـ ان بعض المصابين بالصرع يتقلون بعد سنوات من اصابتهم الى حالة من الذهان يشابه الفصام ، وربما أن الصرع تصحبه اضطرابات كهربائية ، فمعنى ذلك أن للفصام أساسا من اضطراب كهربائي مجهول الكيفية ، وقد وجدت بؤرات مريضة في الفص الصدغي لبعض هؤلاء المرضى بشكل أورام ولادية صغيرة جدا (هامارتيا) Hamartia .

ب ـ وأشار (جيسينج) في أبحاثه عن الكتاتونيا الدورية وعلاقتها بالبتروجين الى أن الاضطراب العقلي والغذائي يرجع الى مركز في الدماغ الوسطى .

جـ ــ ان تخطيط الدماغ EEG في مرض الفصام هو طبيعي عادة ولا يختلف عن الاصحاء ، ومع ذلك ، فان اضطرابا غير ثابت وغير محدود الهيئة يوجد في الفصام ، وتتراوح نسبة هذه الاضطرابات من ٥٠ ــ ٧٠٪ ، وفي دراسة (لهيث (وجدت فوارق بين الاصحاء والمرضى في التخطيط المأخوذ من منطقة قرن آمون للدماغ Hippo Campus . .

د ــ ان نسبة من أدمغة المصابين بالفصام مصابة بضمور نسبي ، وكلما كان الضمور شديدا كانت الاعراض أشد . ولكن السؤال الملحاح العنيد يظل دائما : هل ان الضمور سبب المرض أم نتيجة له ؟ لقد ذكرت دراسات أخرى وجود تحلل ذهني في خلايا الدماغ واختلافات في انتشار شبكة الشعيرات الدموية .

هـ ــ وفي دراسة قام بها (روزنثال وبيجلو ١٩٧٢) وجد أن قياسات جميع أقسام الدماغ للمريض لا تختلف عن الصحيح الا في عرض (الجسم الثفني أو الجاسيء Corpus Callosum الذي يكون أعرض عند المصابين بالفصام . وقد أجريت هذه القياسات على الموتى بالطبع .

و ــ يعتقد الطب النفساني المرتكز على نظرية بافلوف بأن الاضطرابات العقلية لا تتعدى الاضطرابات في التوازن بين قشرة المخ والمراكز السفلى ، بين الاستثارة والكف .

وللمهتمين بدور العوامل العصبية في الفصام افتراضات واحتمالات تجد مادتها في عمليات استقلاب المواد العصبية في الدماغ ، وفي آلية النقل العصبي ووسائله .

يرى هؤلاء (٤ــ١٦٦ــ١٦٧) بأن هنالك رابطة بين ظهور مواد غير طبيعية في الدماغ نتيجة الخطأ في عمليات استقلاب بعض المواد العصبية الناقلة وبخاصة المواد الامينية وهما الكتاكولا ــ فينات مثل الدوبامين والابنفرين ، والاندول امينات وأهمها مادة السرتونين ، ولعل من أهم هذه المواد الثلاثة من حيث امكانية خطأ الاستقلاب هي المادة الاخيرة السرتونين ، خاصة بعد اكتشاف العلماء للشبه في

التركيب الكيمياوي بين هذه المادة وبين مواد مهلوسة للعقل مثل (ل س د) LSD وبيوتوتين وغيرهما . اضافة الى الملاحظة بأن البروتين المسمى (تربتوفان Tryptophan) وهو البروتين الاصل لمادة السرتونين ، والموجود طبيعيا في الغذاء ، يمكن له ان يسير بطريق خاطىء في عملية الاستقلاب، مما يؤدي الى ظهور مادة سامة مهلوسة .. ومما يجدر ذكره هو الملاحظة بأنه اذا ما وجدت كميات زائدة من بروتين التربتوفان في غذاء المريض بالفصام ، فان استقلابية غير طبيعية لمركبات الاندول تظهر في سوائل وافرازات الجسم . وعلى العموم فان افراز هذه المواد الاندول امينية يزداد خلال النوبات الفصامية الحادة بالمقارنة مع الحالات الطبيعية ، غير انه لا يمكن الجزم حتى الآن فيما اذا كانت هذه الظواهر هي دلالة سببية للمرض ، أو انها مظاهر تدلل على نتائج قيام المرض . ومثل الملاحظات الواردة عن مسادة السرتونين قد لوحظت أيضا في المادتين الكاتي كولامينية (الدوبامين والنورادرنيلين) . ومن النظريات الواردة في هذا الموضوع أن الخطأ في استقلاب بعض المواد التي سبق ذكرها أو غيرها ، وتكوين مواد سامة مؤثرة في الدماغ بنتيجة ذلك قد تحدث استجابة لتعرض الجهاز العصبي (الدماغ) أو بعض مراكزه الى الاجهاد البايولوجي . ومن النظريات الاخرى التي تفسر الخطأ في عمليات الاستقلاب وظهور مواد سامة مهلوسة في الدماغ ، ما قد يحدث بسبب نقص في أحد الانزيمات المختصة بعمليات الاستقلاب ، وهو النقص الذي له أن يؤدي الى من تجميع مادة غير مكتملة الاستقلاب وبالتالي ضارة في آثارها على الدماغ . مثال ذلك النقص الانزيامي الذي يمكن ان يسبب صنع مركب الهارمين Harmine بدل مركب ميلاتونين Melatonine ، وهذا المركب الاخير هو من المشتقات الطبيعية للسرتونين ، بينما الهارمين هو مشتق غير طبيعي ، ومهلوس في تأثيره .

تنتقل الاثارات والمعلومات من خلية الى أخرى في الدماغ . وقد كان يظن في الماضي ان هذا الانتقال يتم عبر التماس المباشر بين خلية عصبية وفروع خلية أو خلايا أخرى ، غير أن من المؤكد الآن ان التماس المباشر بين هذه الخلايا لا يحدث ،

وأن هنالك فجوة (شق cleft) بين نهايات كل خلية وبين فروع أي خلية أخرى ، وبأن الانتقال للمعلومات والاثارات يتم عن طريق مواد عصبية هي من صنع الخلايات الدماغية وتفرز من نهايات الخلايا ، وبأنها تقوم بنقل هذه المعلومات عبر الفجوة أو الشق الى مراكز استلام في نسيج فروع الخلايا الاخرى أو في ظاهر الخلايا نفسها . وكل خلية في الدماغ لها المقدرة ، على أن تتصل بهذا الاسلوب مع عدة آلاف من الخلايا القريبة أو البعيدة عنها وتبعث اليها بالمعلومات العصبية ، كما أنها بنفس الطريقة تستلم المعلومات العصبية من آلاف الخلايا العصبية الاخرى من مناطق قريبة أو بعيدة في الدماغ ، وهذا البناء الوظيفي للدماغ هو البناء الذي يربط خلايا الدماغ بعضها ببعض في تنظيم محكم ودقيق ، وهو تكوين ينظر اليه كأساس لجميع عملياتنا العقلية والعاطفية والسلوكية في حالات الصحة وحالات الابتعاد عنها من اضطراب أو مرض .

لقد كان من الطبيعي أن يتوجه الاهتمام الى امكانية وجود علاقة سببية بين المواد المرسلة العصبية وبين قيام المرض النفسي ، وقد افترضت عدة فرضيات بهذا الشأن ، منها ان المادة أو المواد المرسلة للمعلومات العصبية تزيد عن المقادير المعتادة ، أو انها تقل عن حاجات النقل العصبي ، أو ان فعاليتها تزيد أو تقل عن الحدود الطبيعية ، أو أن هنالك خطأ في العمليات التي تنظم النقل . ومن الفرضيات الاخرى أن هنالك ما يزيد أو يقلل من حساسية نقاط الاستلام لهذه المواد الناقلة ، أو أن هذه النقاط أقل أو أكثر عددا وانتشارا مما هي عليه في الفرد الطبيعي ، كما أن هنالك من النظريات ما يفيد بوجود نهايات غير طبيعية في عملية استقلاب هذه المواد ، مما يمكن أن يحدث تأثيرا تضطرب معه بعض وظائف المراكز العصبية ، وأخيرا هنالك النظرية التي ترى بأن الاضطراب قد ينجم عن فقدان التوازن في الكم والفعالية لبعض المواد العصبية الناقلة ، هذا ولم يستقر الرأي على فرضية واحدة من هذه الفرضيات حتى الآن .

لقد اكتشف العلماء العديد من المواد العصبية المرسلة ، والتي بلغ عددها حتى الآن ما يزيد على الثلاثين نوعا ، والابحاث مازالت جارية لاكتشاف ما يمكن أن

يكون الكثير غيرها . وهذه المواد قد تم تعيين وجودها في جسم الخلايا العصبية للدماغ أو في نهايات هذه الخلايا وذلك باستعمال وسائل تقنية حديثة تستخدم طريقة الفلورسنس النسيجية الكيميلوية ، وطريقة المناعة الخلوية الكيماوية ، كما جرت أبحاث أخرى لمتابعة انتقال هذه المواد ومصيرها . هذا وجميع هذه المواد لا تقوم بالضرورة بعملية النقل العصبي ، وانما يقوم بعضها بعملية تنظيم النقل ، وتسمى لذلك بالمنظمات العصبية Neuromodulaters . وهذه المواد من ناقلة أو منظمة تتفاعل مع مستلمات خاصة على سطح الخلية المستلمة ، أو على فروع هذه الخلية ، وهذه المستلمات هي على صورة جزيئات كبيرة وتظهر على شكل فريد . هذا وللمواد المرسلة والمنظمة المختلفة مراكز استلام خاصة بها ، وهي المراكز التي تخصصت دون غيرها باستلام مواد مرسلة معينة والتأثر بها .

وكبديل للنظرية بأن المرض ناجم أو مرتبط سببيا بمادة ناقلة واحدة أو أخرى سواء من حيث الكم أو الفعالية ، فقد تم تقدم بعض العلماء بنظرية أخرى تربط بين المرض وبين اختلال التوازن الكمي والنوعي لعدد من المواد المعنية بنقل المعلومات العصبية بين الخلايا الدماغية ، وقد أكد البعض على امكانية ذلك في حالة الاختلال في توازن بعض المواد العصبية الناقلة وهي : دوبامين و إ (حامما أمينو بيوتريك أسد — جابا GABA) ، ومادة الاستيل كولين . وواضعو هذه النظرية يفترضون تفوقها على نظرية حصر الخلل في مادة ناقلة واحدة ، ففي اعتقادهم ان مرضا معقدا ومتنوع الاشكال كمرض الفصام لا يمكن أن ينجسم عن فعل مادة واحدة سواء وقع هذا الفعل على مركز أو أكثر من مراكز الاستلام في الدماغ ولا بد في نظرهم أن يشارك في عملية التسبيب أكثر من مادة عصبية ناقلة ، مع توفر مختلف امكانات الاختلال في التوازن بينها من حيث المقادير ومن حيث الفعل على المستلمات العصبية .

٤ ـ العوامل البيوكيميائية :

من غير المعول على الكثير من علماء البيوكيمياء ، كما كان الأمر بالنسبة لعلماء الاعصاب والفسيولوجيا ، التسليم بالآلية النفسية لاضطراب الفصام ، ولذلك

تطالعنا تجاربهم ودراساتهم بنتائج متعددة ومتنوعة بحثا عن العلة الحيوية الكيميائية التي تسبب الفصام . ونشير فيما يلي الى بعض منطلقات هؤلاء العلماء في استدلالاتهم :

- افتراض وجود مادة كيماوية في الدماغ أو الدم تسبب تسمما في الجسم تؤدي الى اضطراب الفصام ، وقد يكون مصدر هذه المادة السامة خارجي (مادة مهلوسة يتم تعاطيها اما عرضا أو باقبال منه) أو داخلي (مواد على الجسم التخلص منها ولكنه لسبب مرضي يعجز عن ذلك ـ فتتجمع كمواد سامة داخل الجسم) .

- وجود معمل التاراكسين Traxien الذي اذا ما أخذ من دم مصاب بالفصام وحقن بجسم طبيعي ظهرت على الجسم الجديد أعراض الفصام .

- لدى تحليل بول المصابين بالفصام عثر على نقطة قرمزية (بنفسجية) على أداة التحليل وهذا الامر غير موجود في البول الطبيعي .

- تغير نسبة املاح النحاس في معمل الدم الفصامي .

- رائحة المرضى الكريهة والخاصة بهم ودهون تفرزها غددهم الدهنية ، زرقة الاطراف والاذان... الخ .

- ملاحظة ما تؤدي اليه استخدامات بعض العقاقير مثل LSD والحشيش ... وغيرهما من هلاوس وهذاآت تشبه وهلاوس الفصامي . الامر الذي لفت الانتباه الى البنيـة الكيماويـة للهرمونات العصبية .. كالادرينالين .. والسيروتين .

- تشابه بين أعراض الفصام وأعراض بعض أمراض الجهاز العصبي . كمرض الحمى المخيـة ـ وأورام الفص الجبهي الدمـاغي . وكذلك بـين أعراض

الأمراض الهرمونية والغدد الصماء كالقماءة وتسمم الغدة الدرقية ومرض أديسون وكوسنج .

ـ التقدم العلمي الذي حققته الدراسات الحديثة على الموجات الأمينية والافرازات الدماغية وعملية استقلاب الكلوكوز في الدماغ وعلاقتها بمرض الفصام .

ولكن يصعب من بين كل هذه النتائج الوثوق بواحدة ، وبشكل لا يثير الجدل ، ولا ننفي بذلك الشك فيما توصل اليه الباحثون ، وانما شككنا يتركز وكما يذكر بعضهم أيضا ، فيما اذا كانت نسبة الاملاح أو نسبة وجود المواد البروتينية السامة أو النقطة القرمزية تعد أسبابا للفصام أم نتيجة له .

٥ ـ العوامل البيئية والاجتماعية والاسرية :

تشكل البيئة بمتغيراتها المتعددة محدد أساس ورئيس من محددات الشخصية سواء أكانت هذه الشخصية سليمة أم معتلة . وعند المقارنة بين البيئات الاجتماعية أو الطبقات الاجتماعية ، يمكن ترجيح الآراء القائلة ان الاماكن المزدحمة والمكتظة بالسكان معدومة الخدمات بحدودها الانسانية الدنيا ، التي تنتشر فيها البطالة ويسودها قانون العصابات على حساب النظام والقانون والأمن . يكثر فيها التلوث وتتراجع فيها التربية فيضمحل دور الأسرة ويتشوه وعي المواطن ، ويجد التخلف سبيلا الى العقول والمادة ... في أحياء أو مناطق كهذه لا سبيل الا للتسليم بأن الاضطرابات السلوكية ، بما فيها الفصام ستتفشى .

وتشير الدراسات والاحصاءات الى نسب مرتفعة من الاصابات ، ولكن وكما أشرنا في بداية الحديث عن الفصام وانتشاره تتعاشى الربط بين الفقر والاضطراب كسبب ونتيجة ونفضل الحديث عن العلاقة بين الوعي والاضطراب عند الحديث عن دور البيئة . ونفضل الحديث عن سياسات التفقير بدلا من الحديث عن الفقراء لان القليل القليل من الفقراء في العالم مسؤول عن فقره ـ وانما المسؤول هي

الطبقات السائدة المتحكمة التي تحدد مبدأ تكافؤ الفرص وتطبيقه ، ويعتمد الفقراء نتائج التوزيع غير العادل اضطرابات وشذوذا ، وبعدها يتميزون بالشذوذ وبمعدلات عالية ....!!

ان مناقشة المسألة على هذا النحو تقودنا (وهذا ما نريده) للاشارة الى سياسات التنشئة الاجتماعية وتنمية المجتمع وتنظيمه — والضمان الاجتماعي ، والعدالة في تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص كعوامل تدخل في صلب العوامل البيئية المسببة للفصام وتطوره الى حد يصعب معه الشفاء . وهذا يصح طالما نتحدث عن أثر البيئة ومتغيراتها في الاضطرابات السلوكية . ولقد رأى ماير بأن الفصام ليس الا استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية .

ويؤكد الكثير من الباحثين على سبل الاتصال مع الآخرين الذي كسبها الفصامي بطريقة خاطئة كعوامل مرجحة في سببية الفصام .

أما عن دور الاسرة . فعلى الرغم من انحسار دورها لصالح مؤسسات وهيئات اجتماعية أوجدها التطور الاجتماعي والصناعي والتقاني . فلازالت القاعدة التربوية الاولى بما تقدمه من مثل أخلاقية سلوكية وتصرفات نموذجية لاطفال مطلوب منهم أن يتعلموا منها ويقلدوها . ولديه الكثير من الحق ذلك الذي يؤكد على أسرة المضطرب أو المريض قبل أن يؤكد على المريض ذاته . ويصبح مقبولا ونحن نتحدث عن الفصام الحديث عن أسرة فصامية — أب فصامي — أم فصامية — مناخ أسري فصامي . يجد الاستعداد للفصام في كل ذلك تربة خصبة للنمو ويمكن وصف الصورة النموذج لأم الفصامي « انها شخص قاس ، آمر جدا ، يشكل الطفل جزءا منها : انها تهب نفسها للطفل بوصف ذلك انه الشيء الوحيد الممكن . وتتفجر المأساة عندما ينبغي على المراهق الفتي أن يترك وصاية الام . وعندئذ تتصف الروابط التي يمكن المريض أن يغلقها بأنها ضروب كثيفة من التحويل الامومي . فأم الفصامي أم مريضة ، انها في أغلب الاحيان عصابية » ٦٠ — ١٩٨٥ — ٢٧٠ .

ومع الشعور بمبالغة قول كهذا فان فشل الام في تقديم حاجات نمو الاطفال

وبخاصة ما يتعلق باستقلالية هؤلاء الانفعالية والعلائقية ـ يعد عاملا مساعدا من عوامل الفصام .

وطبيعي أن لا يقتصر دور الاسرة على الام ، فهي متغير واحد من معادلة ببعدين يشكل فيها الاب البعد الآخر ويترتب على أسلوب التنشئة الاسرية الخاطئة مشاكل متعددة لا تقف عند أنماط بسيطة من سوء التكيف وانما تتعداه حيث يفقد معها الاطفال البصيرة والتبصر ، والمبادأة أو المثابرة ، وتهيء للاتجاه نحو العزلة والانطواء والجمود العاطفي مما يؤدي الى أنماط سلوكية فصامية . ويشير ليدز Pottison (١٩٦٣) الى أن الفصامي ما هو الا أحد أفراد أسرة مريضة بخاصة يكون أحد الوالدين ضعيفا غير ناضج ، سلبيا والآخر سائدا قويا مسيطرا أو ان يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي ، وغالبا ما يسود الاضطراب في تفكير آبـاء الفصاميين وأمهاتهم (٦١ ـ ١٩٦٩ ـ ١٥) .

ولقد أكدت نظرية لارتباط المزدوج Double Bind باتسون على العلاقات داخل الاسرة أيضا وأسلوب التفاعل العائلي وبخاصة التوجهات المتناقضة التي يطلب من الاطفال تنفيذها بغض النظر عن تناقضها مما يسبب الحيرة والشك وعيش التناقض داخل شخصيته الامر الذي يهيء للاضطراب الفصامي ، ومما لاريب فيه أن التفكك الاسري والتناقض والهجر النفسي والفكري داخل المنزل يؤذي النمو السليم بشكل عـام ويساهم في اظهار ردود الفعـل الفصامية لدى الشخصيات الفصامية . ولكن العلاقة أيضا هنا ليست سببا ونتيجة ولا تأخذ فعلهـا الا اذا تضافرت الظروف الاخرى المسببة للفصام .

٦ ـ العوامل السيكولوجية :

يقع الكثير من الاشخاص عند الكتابة عن الفصام تحت تأثير الاتجاه السائد والذي يغلب فيه التفسير العضوي لمرض الفصام . الامر الذي يجعل الحديث عن العوامل السيكولوجية عملا محفوفا بالمخاطر ، وفيه بعض المواجهة على خلاف ما يحدث عند تناول الاضطرابات السلوكية كلها .

يبدأ الحديث عن العوامل السيكولوجية في الفصام من تلك الملاحظات التتبعية لحالات الفصام ، التي أوضحت بجلاء وجود اضطرابات وأعراض فصامية ارتبطت ارتباطا صريحا بحياة نفسية صادمة . وعرفت الكثير من حالات الفصام التي أنتجتها وبشكل مباشر صدمات أو أزمات نفسية ...

تلك الملاحظات المشار اليها دفعت العديد من الباحثين في اطار السلوك الانساني لبحث وتقصي الاسباب السيكولوجية ، ويسجل لمدرسة التحليل النفسي ولمؤسسها فرويد ـ المحاولات الاولى في هذا الميدان ، حيث انطلق فرويد من فرضية أن السلوك الفصامي يؤدي مهمة دفاعية موجهة من داخله وتقاد مباشرة من قبل لاشعور المريض ، حيث يتجه باتجاه الهرب من مواجهة قيود لا تنسجم مع دوافع المريض ورغباته عن طريق الانفصال عن واقع هذه القيود كلية والاستجابة لهذاءات وهلوسات قادمة من عالم هذا المريض الخاص .

ولقد لاحظ فرويد أن ما ينطبق على مرض العصاب من صراع بين قسوة الضبط الداخلية (الانا) والنزعات الجنسية المعارضة لضوابط الانا الاعلى . لا تنطبق على الفصام حيث يتعلق الامر هنا بفشل في تحقيق الاشباع عن طريق الموضوعات الخارجية فيرتد الى داخل الذات ويتركز ويتكثف موضوع الليبيدو داخليا فينتج نرجسية خاصة تضع نفسها في مواجهة الموضوعات الخارجية وتحقق بانسحابها من الواقع جسوا آمنا ولكنه مشوها وكاذبا . حيث تجد الطاقات الجنسية الفرص مناسبة لتحقيق أغراضها المتعارضة مع الخارج ـ وبصورة سلوكية بدائية لكوصية ـ مرتدة .

لقد فسر فرويد مسألة الانسحاب من الواقع التي تميز الذهانيين عموما والفصاميين خاصة والعودة الى عالم بدائي أو على الاقل عالم مختلف ، والاصح متخلف عن الواقع المدرك بشكل سليم بأن عد المواجهة الخاسرة بين الذات والبيئة تقود الذات الى الانسحاب الى الداخل حيث تبني برجا عاجيا منعزلا تعيش وتجسد فيه حرية لطاقات دفينة ـ مثبتة من مراحل تجارية سابقة على الحالة . وبخاصة في مرحلة الطفولة ، تلك المرحلة الحاسمة من وجهة نظر التحليل النفسي بشكل عام

والذي استفاض فرويد بالحديث عنها وبالتحديد عن مراحل الجنسية الطفلية . الفمية ـ والاستية ـ القضيبية ـ ومرحلة الكمون .

لقد ربط فرويد بين الاحباط الذي يتضمن الاحساس بالعجز أمام تحقيق دافع ما . وبين الاصابة بالفصام خاصة في العائلة التي يعجز معها الانا عن القيام بدوره كمنسق ومنظم لتلبية الحاجات واشباعها في اطار اجتماعي (أنا أعلى) معين ، مما يسمح بسيطرة مطلقة للهو وتصبح النتيجة ضياعا في متاهات كبت ، وصراعات بين مكنونات متناقضة لا منطقية ولا عقلانية . وتعود الى خبرات طفلية ضحلة غير ناضجة .

ويستدل المشتغلون في التحليل النفسي على صحة فروضهم آنفة الذكر . بما يظهره الفصاميون من انماط سلوكية نكوصية . حيث يظهر الفصامي عند مواجهة الصعوبات في تحقيق حاجاته ردود أفعال طفلية ويقوم علاقاته مع العالم الخارجي في ضوء نزواته ... شأنه في ذلك شأن الاطفال . كما يستدل من عادات الطعام واتجاهات الفصاميين نحوها ، وكذلك من فقرهم الوجداني ورغباتهم العدوانية على أثر المراحل الجنسية الطفلية المستمر :

نوجز العوامل السيكولوجية من وجهة نظر التحليل النفسي لأهميتها :

- صدمات نفسية في مراحل الطفولة وضغوط شديدة .
- نكوص الى المراحل الجنسية في التطور الطفولي .
- فقدان الانا لدوره في التنسيق داخليا .
- فرجسية تبني واقعا ذاتيا داخليا في مواجهة الواقع الموضوعي .
- رغبات جنسية مثلية مكبوتة .
- ضغوط نفسية تهدم الجانب الوجداني من الشخصية .

ولقد ربط آخرون من غير أتباع التحليل النفسي بين الفصام والعديد من العوامل من بينها : فقدان التوازن النفسي أو ضعفه ـ فقدان الفرد لمجدوده الذاتية ـ الحساسية المفرطة في شخصية الفصامي ـ الشدة والارهاق الزائد الذي يفوق طاقة التحمل عند الشخص ـ فك ارتباط الانسان الواعي مع الوجود .

يؤيد المؤلف وجهات النظر التي تنظر الى تكاملية العوامل في أي اضطراب سلوكي ويقوده هذا الامر للاشارة الى ما يمكن أن تلعبه البيئة الفصامية (متغيرات حياة الشخص الخارجية ـ ادراكاته عن الخارج ـ أسرته ـ ومناخاتها المنزلية) من دور يفجر الاستعداد الفصامي الذي جاء امتدادا لخبرة نمائية سابقة معززة .

كما يبدو للمؤلف أن لقوانين التعلم آثارا يمكن كشفها وملاحظتها في أنماط سلوكية فصامية متقنة يقوم بها الفصاميون . وهذا يشير الى أهمية التعلم والاكتساب كعوامل نفسية لها مكانة كبيرة في تفسير حالات الفصام .

الأعراض في الفصام :

يتميز الفصام عن غيره من الاضطرابات العقلية والسلوكية ، بتعددية زمسل الاعراض فيه وديناميتها وشمولها ، بل وتناقضها في بعض الاحيان .

يعود ذلك لتعددية أشكال الفصام وتنوع أطواره من جهة ، ولكثرة القوى والجوانب المتضررة في شخصية المضطرب من جهة أخرى .

لقد استطاع العاملون في ميادين التشخيص النفسي والشذوذ السلوكي والطب العقلي حصر العشرات ، ان لم نقل المئات من الاعراض ، بحيث تشمل الحالة الفصامية النموذجية كل الاعراض التي تم الحديث عنها في الفصل السادس .

ومع أن الحالة النموذجية في الفصام نادرة الوقوع ، وأمر تجمع الاعراض وثباتها لدى مريض واحد مستبعد ، فان من الممكن الحديث عن بعض الاعراض التي اتفق على ثباتها النسبي وتكرارها الملحوظ لدى حالات الفصام بشكل يمكن

الركون الى عدها أعراضا مميزة وكافية لتشخيص هذه الحالات بشكل أولي ، على أن يعقبها تحليل لمضامينها ، ودراسة لدرجات شدة تحكمها وسيطرتها ومـداها الزمني ... الى ماهنالك من معلومات لابد من توفرها لتحديد شكل الفصام وطبيعته وآثاره ، دفعا للالتباس في التشخيص .

تظهر هذه الاعراض في ميادين :

محتوى وصور التفكير Content and form of thought

الادراك perception ـ العاطفة affect .

وعي الذات أو الاحساس بها Sens of self

الارادة volition

العلاقات مع العالم الخارجي Relation to the external world

السلوك النفسي الحركي psycho motor blehavior (D-S-M-III 1980)

يعبر عن اضطراب آلية التفكير لدى الفصامي بوجود الاعراض التالية بكثافة وتكرار ونمطية :

ـ أنماط شاذة من السلوك الفكري مؤسسة على الغموض والسحر والغيبية.

ـ لا منطقية شاملة تغلف فكر ولغة وكلام المريض .

ـ تناقض واضح في مضمون التفكير وافتقار للعلاقة السببية في سياقه .

ـ اهتمامات فلسفية جوفاء ، وادعاءات على نفس المستوى تتركز حول مكانة المريض الدينية والدنيوية ، فهو « النبي المرسل » أو الزعيم الملهم والمخلص المنتظر.

ـ ثرثرة وسيولة لغوية مؤقتة يتخللها محاولات افتعال لغة واستخدام مكثف لأشكال من السجع مملة مع كثافة في استعمال الرموز لغويا وحركيا ، وقد يصل الامر الى حد (اختراع) لغة لا يفهمها هو نفسه • وقد يعقبها مباشرة حالة من اللجم اللفظي الذي يعجز معه المريض عن الاستمرار في الكلام ، فيبقى ساكتا ، صامتا ، هامدا ، وكأنه تعرض لحصار ذهني ، وهكذا فانه ينتقل من ازدحام وفوضى فكرية الى فراغ وعدمية ذهنية •

ـ تتركز الهذاءات الفكرية حول الفلسفات والافكار التي يحملها المريض ويقتنع بأهميتها ، الى حد يعتقد أن المتآمرين من المقربين أو المسؤولين يبحثون جاهدين لسرقتها ، لا بل في بعض الاحيان يسرقونها فعلا عندما يستمع اليها المريض ذاته وحسب اعتقاداته عبر الاثير أو يسمعها على ألسنة الآخرين •

ـ فقدان البصيرة والعجز عن المحاكمة • وقد تبدو لديه بعض المحاكمات الفلسفية المنطقية ولكنها لا تلبث أن تكشف عن حقيقتها الميكانيكية السطحية الفارغة •

أما أعراض اضطراب آلية الادراك في الفصام فيستدل عليها بكثافة الهلاوس والاوهام التي تنتجها ادراكات مزيفة للواقع ، ومعرفة له ، أو ادراكات كاذبة تختلق واقعا من وحي معاناة المريض (عد الى الفصل السادس) •

تعد الهلاوس السمعية الهلاوس الأكثر بروزا في الفصام ، حيث عن طريقها يستقبل كل الاوامر والآراء والتوجيهات القادمة من الخارج والتي قد تحمل ما يسر من مديح وامتنان ، وقد تحمل العكس من قذف وذم وتقريع ، ولكن في كل الحالات يستجيب لها المريض ، وتتحول حالته المزاجية تبعا لمحتوياتها ، وهذا ما يفسر الانتقال من حالة الى أخرى تناقضها تماما في المزاج والحركة والعاطفة المسيطرة بعيدا عن أية مقدمات منطقية في حدودها الدنيا •

تلي الهلاوس السمعية ، الهلاوس اللمسية ، عندما يعاني المريض الاحساسات الكاذبة (برودة ـ حرارة ـ خدر أو حشرات تسير على جلد المريض ••• الخ) •

وتظهر الهلاوس الحشوية بشكل مميز لدى الفصامي ، حيث تتضمن الاحساسات الكاذبة أيضا ، ولكنها تتركز هنا على الاحشاء ، وتجعل المريض منشغلا بتعقب وتخمين الآثار الناجمة عن وجود مواد متنوعة في أحشائه ـ لا تستبعد منها الافعى والديدان وحتى النباتات متفرعة الاغصان .

وتتدرج لدى الفصامي الهلاوس السمية من الاحساس الكاذب لروائح خارجية المصدر ، الى احساس بالمصدر الذاتي للرائحة .

وان كانت الهلاوس البصرية والذوقية أقل رواجا في الفصام ، الا انها موجودة بشكل أو بآخر .

أما الشكل الآخر من أعراض آلية الادراك ، فهو ما يظهر من خلال الاوهام التي تعد أفكارا لا منطقية وغير معقولة ومضحكة ، يعتلج بها المريض ويقاوم تصويب رأيه نحوها ، وينفذ وبكل طواعية ايحاءاتها لأن ما تقدمه هو الحقيقة الوحيدة بالنسبة له .

تتبع الاوهام حالات الفصام وشكله وأطواره ومن أكثرها رواجا :

ـ أوهام الاضطهاد :

حيث تحاك الدسائس والمؤامرات ضد المريض للنيل منه وتحطيمه وانهاء دوره الجليل في مجتمع لا يقدره حق قدره ، والمأساة بالنسبة له مشاركة أقرب الناس في هذه المؤامرات ، فالزوجة والابناء والاصدقاء متكافلون متضامنون لازاحته .

ـ أوهام العظمة :

تتمحور كما رأينا في فصل الاعراض حول مشاعر العظمة والقيمة الذاتية ، انه السيد والجميع أتباع ، يمتلك القوى الخارقة التي تحول الجميع الى عبيد ، انه الاقوى ، وحقيقة الامر غير ذلك تماما ، فقد بنى كل هذا المجد الوهمي بحثا عن التخلص من عقدة دونية قذرة يعاني منها .

- اوهام المرض والعلل المتنوعة :

فمن دماغ متعفن الى معدة مثقوبة الى سرطان متحكم ... الخ أوهام تسيطر على المريض وتؤثر سلباً على مجمل انتاجيته .

- اوهام الدسيسة :

عندما لا يحقق الفصامي من جولاته في رحاب العظمة الكاذبة ، راحة واستقرارا - وهذا ليس بمستغرب - يعود ليقيم ذاته تقييما سلبيا فيصبح الفقير المعدم واللاشيء ، لعله ينجو من المؤامرات كونه لا يشكل وحالته هذه خطرا أو تهديدا على أحد .

- الاوهام الجنسية :

تشكل الطاقة الجنسية وطرق تصريفها وما تنضوي عليه محور هذه الاوهام . فالخوف والرعب من فقدان الاعضاء التناسلية وأوهام القرين اللاارادي ، ونكران المتزوج لاولاده وأسرته ، وادعاءات العازب بالزواج وبامتلاك الاولاد الكثر ، واعتقاد الذكر بتحوله الى أنثى ، وأوهام الانثى حول تحولها الى ذكر ... كلها هواجس تعذب مرضى الفصام ... وتعد أدلة على تطور الاضطراب .

لا تستثنى من الاوهام الجنسية أوهام الدنجوانية التي تناقض الاوهام المذكورة آنفا من حيث المحتوى ، ولكنها ترتبط بها وقد تكون نتيجتها . فالشعور بالضعف الجنسي وبالخطر الذي يهدد فحولة المصاب يرتب أوهاما تعويضية تبني عزا جنسيا وهميا ، كأن يعتقد المريض أن أجمل الجميلات يعلن به وينتظرن تعطفه بقبول عروضهن بالتقرب .

- يتضح خلل آلية الادراك ايضا بعجز الفصاميين عن القيام بعمليات المواءمة بشكل سليم ، وفي تقدير المسافات ، وثبات ادراك الحجوم ... الخ .

وتتسم عاطفة الفصامي : بكل او ببعض السمات الآتية :

ـ فقدان الحساسية الانفعالية في ردود أفعاله الوجدانية على الناس أو الاشياء بشكل تدريجي .

ـ تقلب مزاجي غير مبرر ، بل تبدل مزاجي يحل فيه الخوف والرعب مكان الود والتعاطف مع الآخرين ، وأحيانا العدوان بدون سابق انذار . ومن الفرح الى الحزن بدون مقدمات منطقية .

ـ ضحالة انفعالية وتقتير في اظهار الانفعالات .

ـ تناقض ظاهر بين السلوك والعاطفة المنسجمة معه ، فقد يعبر عن السعادة وهو في وضع أقرب ما يكون فيه مستعدا لمعركة ، وقد يود التعبير عن الحزن بوضع سلوكي مغاير أيضا .

ـ عجز عن التواصل الوجداني مع الآخرين وانخفاض كمي في استجاباته الوجدانية ، وفي انتقائه غير الموفق لنوعية الانفعال الذي يرد فيه على استثارة معينة الى درجة قد يكون هذا الانتقاء معكوسا .

ـ انفعالات غريبة شاذة يعيشها المضطرب ، نادرة الحدوث في الحياة العادية .

وتأخذ الاعراض في الارادة لدى الفصامي شكلا أو أكثر من الاشكال التالية:

ـ العجز عن اتخاذ القرارات أو متابعة تنفيذها بعد الشروع بها .

ـ أوهام تتركز حول وقوع المريض تحت تأثير السحر تدعمها قناعة أنه مسلوب الارادة .

ـ العجز عن تأمين الامور الشخصية .

ـ الفشل في ضبط نوازعه والامتناع عن تنظيف نفسه .

ـ ارتكاب العدوان تحت الحاح هذاءاته ،

ـ أنماط شاذة من السلوك : مثل : كشف العورة ـ وخلع الملابس أمام الآخرين وارتكاب جرائم القتل ومحاولات الانتحار . يبدو فيها المريض وكأنه يطاوع بدقة ارادة أقوى من ارادته تسيره وتتحكم بأمره ، وهذا يفسر ما يبدو على المريض من تردد وعدم استقرار واندفاعات مفاجئة في السلوك .

أما أعراض اضطراب الاحساس بالذات والعلاقات مع العالم الخارجي ، فانها تبدو من خلال :

ـ فقدان حدود الذات والعجز عن الاحساس بالفردية واتجاهات الشخصية .

ـ ضعف التمايز بين الذات والعالم الموضوعي .

ـ عجز الانا وانسحابه الى الذات ، والتخلي عن القيام بوظيفة التعامل مع العالم الخارجي .

ـ في غياب دور الانا تندمج شخصية المضطرب بأشياء العالم الموضوعي ويحس المريض أن جلده لم يعد يضم شخصيته لوحدها فحسب ، بل ويضم الاشياء المحيطة . لذلك تراه يتأثر لاي حدث يقع للاشياء المادية من حوله وكأن ما يقع ، يقع على شخصيته ، فاصطياد طريدة يؤلمه وكأنه هو الضحية ... انه انتشار للذات في موضوعات خارجية وفقدان كلي للحدود .

ـ الاحساس بهشاشة الذات وصورتها البدنية والخوف الدائم من تفتتها أمام أية صدمة .

ـ قصور بل فقدان الدافعية الاجتماعية باستثناء ما تفرضه أوهامه .

ـ خلل في التعرف على الاجزاء المادية من الذات .

كما تلحظ في الفصام أشكال من الاضطرابات السلوكية من أبرزها :

ـ حركات لا ارادية رمزية طقوسية ، عشوائية أو نمطية ـ ايماءات ـ تقليد ومحاكات ـ عرات ـ ورتابة حركية مملة ...

ـ السبات أو اللجم الحركي .

ـ أوضاع حركية شاذة ، كالتمثال أو الحركات الايقاعية الراقصة .

ـ السلبية والعناد ... وأحيانا عدم المقاومة .

ـ جمع وتكديس الاشياء واخفائها بعناية . وجمع النفايات والقاذورات .

ـ نوبات كاتاتونية بين الهياج والثبات ، والانتقال بين الطورين لا يحتاج الى مبررات واقعية .

تصنيف الفصام :

كما يحصل دائما فان اختلاف وجهات النظر أو تنوعها في فهم العوامل الكامنة وراء كل اضطراب ، وتعدد الفلسفات المفسرة له ، يؤدي الى تعدد التصنيف وتنوع الاسس المعتمدة فيها . وهذا ما حصل في تصنيف الفصام الى أشكال أو أنماط تميزها أعراض خاصة بها . حيث تعددت وتنوعت هذه المحاولات . يرصد بعضها علي كمال في كتابه فصام العقل ـ ١٩٨٦ :

ـ التصنيف الى الانواع الاربعة الكلاسيكية من المرض وهي :

١ ـ الفصام البسيط Simple Schizophrenia والتي يغلب فيها فقدان المريض للاستجابات العاطفية .

٢ ـ الهبفرينيا ، والتي تغلب فيها أعراض اضطراب الفكر واضطراب العاطفة وضعف الارادة .

٣ ــ الكاتاتونيا ، وأظهر أعراضها هي في مجال الحركة ومراوحة المريض بين الحركة المفرطة والسكون .

٤ ــ البارانويا ، والتي تكون الاوهام العقلية أكثر أعراضها بروزا .

ــ تصنيف المرض الى حالات حادة وحالات مزمنة ، وهو تصنيف هام ، ذلك أن هنالك من يحدد مرض الفصام بالحالات المزمنة والتي لا تشفى عادة ، بينما هنالك آخرون ممن يعدون الحالات المرضية الحادة بأنها حالات مرضية غير فصامية الا اذا أزمنت في النهاية .

ــ تصنيف ليونهارد Leonhard ١٩٣٦ ، الى فصام نظامي Systemic وفصام غير نظامي Non-Systemic والفرق الاساسي بين هذين الصنفين من الفصام هو أن أعراض الصنف النظامي هي أعراض واضحة ومحددة . وبأن الصورة المرضية غير مجادل فيها ، والحالات المرضية في هذا النوع تبدأ بصورة تدريجية وهادئة ، ويفسر ليونهارد هذا التصنيف من الحالات الفصامية بأنه نتيجة لاصابة نظام وظيفي واحد من الوظائف العليا للدماغ ، ولهذا فان مجموعة متوافقة من الأعراض تظهر مدللة على هذه الاصابة ، وقد قسم ليونهارد هذا الصنف ، الى أنواع سريرية متعددة لا نجد ضرورة لسردها . أما الصنف اللانظامي من الفصام ، فهو يتصف ببداية حادة أو عاصفة للمرض ، ثم ان الاعراض المرضية فيه هي أعراض متعددة الاشكال والصور . وقد قسم ليونهارد الفصام غير النظامي الى خمسة أنواع وهي :

١ ــ البارافرينيا المزاجية Affect - Laden - Paraphrenia

٢ ــ الفصام الهذائي Schizophasia

٣ ــ الكاتاتونيا الدورية Periodic Catatonia

ففي النوع الاول ينفعل الفرد بصورة ما نتيجة تفاعله مع ما يحمله من أوهام ،

وهو على العموم يزداد انفعالا كلما جودل في أمر أوهامه . أما النوع الثاني فان العارض الغالب على المريض هو الارتباك الشديد في النطق والى درجة يتعذر معها فهم ما يقوله هذا في الوقت الذي يبدو فيه المريض طبيعيا في سلوكه وفي أدائه لعمله . أما النوع الثالث ، الكاتاتوني ، الدوري ، فهو يتسم بمظاهر مختلطة من الحركة الزائدة والحركة المتوافقة وبصورة دورية .

ـ صنف شنايدر Schneider ١٩٤٢ الفصام الى ثلاث حالات : (١) حالة الانطواء الفكري ، و (٢) حالة العشوائية أو اللامنهجية ، و (٣) الحالة الهرائية . فالحالة الانطوائية الفكرية تتصف اضافة للانطواء الفكري بمظاهر انقسام الفكر وتعثره مع ومضات ايحائية أو أوهام ذات طابع كوني أو ديني، أما الحالة العشوائية، فتتسم بالافكار غير المتسلسلة وغير الهادفة ، مع جمود العاطفة أو تبديلها من غضب الى قلق أو يأس أو اشتكاء ، أما الحالة الثالثة (الهرائية) فان كلام المريض فيها يبدو صحيحا من ناحية التركيب اللغوي ، غير أن المحتوى هو هراء ولا يعني لسامعه شيئا ، أما المزاج ، فهو ضعيف القوة ، ويتسم باللامبالاة بالناس وبالاشياء وبالقيم .

ـ تصنيف الفصام تبعا للمظاهر السلوكية (كاميرون Cameron ١٩٤٧) الى حالات : (١) العدوانية Aggressive وحالات (٢) الخضوع Submisive والحالات (٣) المنفصلة Detached . . وقسم كاميرون كل واحدة من هذه الحالات الى أصناف أخرى ، مثال ذلك تقسيمه حالة (التعدي) الى : المضطهد والمتعاظم ومعاقب نفسه ، وهكذا .. وقد أزال كاميرون التقسيمات التقليدية للفصام الى فصام بسيط والبارانويا والكاتاتونيا والهبفرينيا ، فألغى البسيط ووضع نوع فصام التعدي بدلا من البارانويا ، وفصام الخضوع بدل الكاتاتونيا ، وفصام الانفصال بدلا من الهبفرينيا .

ـ تصنيف المرض الى صنفين ، هما : الفصام الحادث أو التدريجي Process Schizoarenia والفصام الانفعالي Reactive Schizophrenia وقد قام بهذا التصنيف كنت Kent ١٩٤٨ ، وتبعا لهذا التصنيف ، فان الفصام الحادث والذي

يسمى أيضا بالفصام النووي Nucleax Schizophrenia أو الفصام الصافي Pure Schiz أو الفصام التكويني Constitutional Schiz يتسم بالظاهر التالية :

تاريخ طويل يسبق المرض وتظهر فيه على المريض دلالات من عدم التكيف ، العلاقات البيتية غير الطبيعية ، والمشكلات البيتية والمدرسية ، مع بداية تدريجية للمرض بدون وضوح عامل مسبب مباشر ، والعطاء تدريجي للنشاط والفعالية بما في ذلك النشاط الجسمي والفكري ، مع قلة الانجاز والوصول الى الهدف أو الغاية ، وظهور الفرد بمظهر البلادة ، وانغماسه في لجة من الافكار الذاتية ، اضافة الى الاضطرابات الفكرية والاوهام الجسمية . ومن خصائص هذا النوع عادة هو وجود تاريخ عائلي من المرض العقلي المزمن ، مما يشير الى وجود أساس بايولوجي يقرر الاتجاه نحو المرض ، ووجود أم متسلطة في محيط عائلي منخفض المستوى اقتصاديا واجتماعيا ومقدرة عقلية ، كما أن المريض قبل وضوح مرضه هو على العموم عامل عن العمل بارادته وغير متزوج وغير اجتماعي . ومن الواضح أن جميع هذه المظاهر تتوافق مع الصور الكلاسيكية التي يحملها الناس عن مرض الفصام وهي الصورة التي يعدها الاطباء بمثابة (الفولاذ الذي لا يصدأ) من الفصام . وقد أعطي لهذا النوع من الفصام ما هو متوقع من المصير المزمن غير القابل للشفاء . وعدت الحالات المرضية الهبفرينيا والفصام البسيط من عشيرة هذا النوع من المرض ، أما النوع الثاني وهو الفصام الانفعالي فهو على نقيض الفصام الحاد يتصف بالخصائص التالية : الابتداء في سن الرشد (أي بعد انقضاء مرحلة المراهقة) ، ويأتي عادة على شكل حاد وعلى أثر عوامل من الضغط أو الاثارة الشديدة في محيط المريض أو حياته أو تجربته الشخصية . أما شخصية المريض السابقة للمرض فهي على العموم شخصية متوازنة ، مع توافر الدليل على أن المريض قبل مرضه كان يعمل وينتج ويقيم علائق اجتماعية طبيعية ، كما يتضح عادة خلو المريض من تاريخ عائلي للمرض ، والنشأة في بيت تقع السيطرة فيه بيد الاب ، كما أن العائلة بمجموعها تقع ضمن الحدود الوسطى أو الاعلى من ذلك من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي . وبالنظر لهذه الخصائص والنتائج الايجابية في مصير المرض ، فقد عد هذا المرض مرضا شبيها للفصام كما عد من أشهر حالات البارانويا

وبعض حالات الكاتاتونيا وبعض حالات الفصام الاكتئابي التي تتخللها فترات من الحياة العقلية الطبيعية (٤ ــ ٢٠٨ ــ ٢٠١١) .

وهناك أشكال أخرى من التصنيف منها :

ــ التصنيف الاوروبي ، الذي يعد الفصام أساسيا وغير أساسي (تفاعليا) :

أ ــ فالفصام الاساسي (الاصلي) هو الذي يماثل الفصام النووي .

ب ــ والفصام التفاعلي Reactive الذي يكون حادا قصير الامد وسهل العلاج .

ــ تصنيف الباحث البروفسور (كارل كلايست) K. Kleist الذي درس حالات الفصام لمدة ٣٣ عاما ، وخرج بنظريته عن الفصام التي تقول ان الفصام مرض أو اضطراب موضعي في أحد أجزاء الدماغ حتى وان لم يتوصل العلم الى اكتشافه بعد . وان أعراض الفصام وأنواعه الشريرة تتعلق بالموضع المريض من الدماغ . أي أن تصنيف كلايست (تشريحي) . ويعتقد أيضا بأن الفصام لابد ان ينتهي بتنخر في قسم الدماغ ذاك ، وان الشخصية لابد أن تتدهور . وتدل دراسة كلايست على مدى الصبر والتتبع والدقة في دراسة عشرات الاعراض نذكر منها :

١ ــ الكتاتونيا ، والبارانويا وفصام الشباب ، والفصام المشوش Confused Psychosis أو الفصام التنخري Degeneration Psychosis ، ويقصد به الفصام المليء باضطرابات التفكير والكلام . ثم قسم كل نوع الى فروع تتراوح بين الـ ٥ ــ ٨ بالعدد . وتنطبق دراسة كلايست على آراء الآخرين بأن الفصام أصلي أو أساسي Basic وغير أصلي Atypical (٣ ــ ١٧٠) .

ــ وتصنف منظمة الصحة العالمية في دليلها التاسع (المعدل اكلينيكيا) ICD - 9 - CM - 1979 وفي دليلها العاشر ICD10 - 1991 الفصام الى الأنماط التالية :

١ ــ البسيط Simple type

٢ ـ غير المميز	Undifferentiated
٣ ـ التخشبي	Catatonic type
٤ ـ البارانويدي	Paranoid type
٥ ـ الحاد	Acute Schizophrinia
٦ ـ الكامن	Latent Schizophrinia
٧ ـ المتبقي	Resedual Schizophrinia
٨ ـ الفصام الانفعالي	Schizo-affective type
٩ ـ أنماط نوعية أخرى	Otherspecified Schizophrinia
١٠ـ الفصام غير النوعي	Unspecified Schizophrinia
١١ فصام البلوغ (المراهقة)	Heperphrenic - Schizophrinia,

ـ وأما تصنيف جمعية الطب النفسي الامريكية A P A في توجيهها التشخيصي الثالث Dsm III 1980 ونسخته المعدلة DSM III R - 1987 فقد أشار الى أنماط فصامية هي :

١ ـ النمط غير المنظم	Disorganized type
٢ ـ النمط التخشبي	Catatonic type
٣ ـ النمط البارانويدي	Paranoid type
٤ ـ النمط غير المتميز	Undifferentiated type
٥ ـ النمط المتبقي	Residual type

اشكال الفصام :

تتداول كتب على نفس الشواذ وتلك التي تهتم بالاضطرابات السلوكية والامراض النفسية ، والتصنيفات العالمية للأمراض العقلية أشكالاً متعددة للفصام ، وتحاول دراسات كثيرة وضع حدود واضحة بين تلك الاشكال ، ومع الوضع في الحسبان صعوبة ذلك ضمن المرض الواحد ، فانه من المفيد علميا وتشخيصيا الحديث عن أشكال للمرض الواحد اذا تم تأييد ذلك واقعيا ، ولكن دون التعصب للحدود الدقيقة جدا التي تميز شكلا عن آخر ، وذلك لاحتمال تداخل الاعراض بعضها مع بعض — سنحاول فيما يلي استعراض الاشكال الرئيسة في الفصام :

— الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

انه أقرب أشكال الفصام الى الصحة النفسية وبالتالي فهو أقل أشكال الفصام تعقدا وحدة مع أن شفاءه ليس بهذه السهولة ، (عليه خلاف بين تصنيف منظمة الصحة العالمية ، وتصنيف جمعية الطب النفسي الامريكية ، كما رأينا في التصنيف) .

يتميز المرضى به بانحدار ملاحظ في كل قوى الشخصية — الانفعالية حيث التبلد الانفعالي وجمود الوجدان ، والاجتماعية حيث ضعف المبادرة والعجز عن اقامة العلاقات الاجتماعية والانسحاب الى الذات — والالتحاق بجماعات السوء — والجسدية عندما يفقد المريض الوعي الصحي ويهمل واجباته تجاه بنيته الجسدية ، والعقلية حيث الشرود المستمر وبدايات التفكك المنطقي في تفكيره وذاكرته .

يسجل لهؤلاء المرضى ندرة الهلوسات والهذاءات على الاقل بصورها المنتظمة.

ينتشر الفصام البسيط لدى الجنسين بين الاعمار ١٥ — ٢٥ سنة ، وتزداد نسبته بين العزاب والمدمنين والمجرمين ... الخ .

يعرض شرقاوي (٦٢—١٩٨٣—٢٧٥) نقلا عن برونو ، حالة فصام طفولي بسيط حيث حول المريض نفسه أو تصور نفسه (آلة) للهروب من مشكلات حياته . فهو عندما يدخل غرفة الطعام مثلا يبدأ بتوصيل سلك كهربي وهمي من (منبع الطاقة)

لديه أيضا مولد كهربائي خيالي ـ يوصله الى منضدة الطعام ، وعلى المائدة (يمزل) نفسه بوساطة مناديل الورق ويقوم بحركة تعني أنه أدخل السلك في المنضدة ، وهنا فقد يستطيع أن يأكل لانه يعتقد تماما أن التيار هو الذي يحرك جهازه الهضمي ، وهو لا يستطيع أن يشرب الا من خلال بعض عيدان القش (شفاطة) الموضوعة في أنابيب بنظام معين ، وأصبح سلوكه داخل المدرسة غريبا لدرجة أنه كان من الضروري احالته الى العلاج المتخصص ، وفي أحد الرسومات التي طلبها منه المعالج صور نفسه على هيئة سلك كهربائي وكان واضحا من الرسم رفض الطفل للمشاعر الانسانية ، وقد تبين أن والديه كانا يعنفانه بطريقة غير انسانية ، وأنه كان ينكر مشاعره الخاصة تجاههما لانهما كانا يقسوان عليه مما يسبب له آلاما مبرحة .

ـ فصام المراهقة : Hebephrenic Schizophrenia

يختلف هذا النوع من الفصام عن سابقه من حيث شدته وبروز أعراضه ووضوحها وصعوبة استجابته للعلاج ، ويتميز المصابون به (غالبيتهم من سن الشباب وفي مرحلة البلوغ) بفقدان القدرة على الضبط الذاتي وخروج الدوافع عن السيطرة ، وبانتكاسات متلاحقة في الحياة الانفعالية مع فوضى غير ارادية في تنظيم الانفعالات والتعبير عنها لذلك من السائد والمعروف عن المصابين بهذا الفصام قهقهات متكلفة لا يبررها الواقع الموضوعي وازدواجية انفعالية متناقضة بحيث يمكن أن يعبروا بانفعالين متناقضين عن ردود أفعال تجاه موضوع واحد وفي الوقت ذاته .

تظهر الهلاوس والهذاءات بكثرة ولكنها غير منتظمة ، يستجيب المريض لنداءاتها ويسلك بوحيها وهذا ما يفسر تناقضه ولا منطقيته لا بل تفاهته في الكثير من التصرفات ، فمن مصاب يدعي انه كان يتلقى رسائل بالراديو يوميا من بلاد أخرى عن طريق (الحشو) المعدني في أحد ضروسه (٦٢ ـ ٢٧٥) الى آخر يمتلك الملايين ويعبر عن سعادته بحركات تقضيب للوجه تكلفية ... الخ .

يحتاج تشخيص هذا المرض الى خبرة عالية خاصة في بداياته وذلك للتشابه الكبير من حيث المظهر بين أعراض هذا المرض وردود أفعال المراهقين السلوكية التي تتميز أحيانا بعدم الاستقرار الانفعالي والحساسية المفرطة والانزواء والخيال وأحيانا النكوص . وينصح للوصول الى تشخيص دقيق بربط الاعراض بالأبعاد الزمانية والمكانية والاجتماعية والفردية للحالة الواحدة . كي يتسنى للمشخص ادراك ومعرفة طبيعة ما يلاحظه من سلوك سطحيا وعميقا .

على أية حال يمكن نفي العلاقة بين المراهقة كمرحلة نمو طبيعي وفصام المراهقة كاضطراب يطال عمق علاقة الشخص بمحيطه الداخلي والخارجي . ويمكن القول : أيضا أن التسمية قديمة وقصد بها الاشارة الى ظهور الاضطراب في هذه المرحلة المبكرة ـ تستغني الكثير من الدراسات الحديثة عن هذه التسمية .

بين يديه شابة في العشرين من عمرها (٥٠ ـ ١٤٦) ، كانت تشتغل ممرضة ، أدخلت المستشفى في حالة هياج وعدم استقرار . بعد بضع دقائق كانت مبتسمة وسعيدة . وسرعان ما تبدلت هذه الاحوال في خلال دقائق أيضا ، وكان من الصعب التعاون من جانبها للفحص المبدئي . كانت تتكلم بشكل طفلي بسيط ، وتقول انها تود لو أن أحدا أجرى لها عملية في رأسها التحسن . تحدثت عن كيفية عملها في مستشفيات عديدة ، وأنها لم تستطع أن تستمر بثبات في عملها ، لانها كانت ترى دائما أنها تعمل في متاهة وبدا أن طريقة السؤال والجواب ربما تستخلص منها الجوانب المطلوبة أكثر من تركها تتحدث :

ـ كنت في مستشفى ..... ؟

ـ نعم مجرد أسابيع قليلة .

ـ لماذا تركت المستشفى ؟

ـ لا أدري بالضبط .

ـ هل تسمعين أصواتا ؟

ـ نعم ، لا ، نادرا جدا ، يبدو انني أصبح فاقدة العقل .

(اعترفت فيما بعد انها تسمع بالفعل أصواتا، وأن ذلك أرعبها بشكل مخيف).

كانت قادرة على أن تقوم بعمليات الحساب البسيطة ، وأجابت اجابة صحيحة على بعض أسئلة المعلومات العامة ، لكن توهانها وعدم تسلسل حديثها يتضح من الآتي :

ـ من الذي اكتشف أمريكا ؟

ـ أظن أنه مري ـ كانت لي عمة عجوز سالي ماتت وأخ أكبر ذهب الى هدسون .

كانت تتصرف بطريقة مضطربة ومثارة ، وقامت بضوضاء تعين معها أن تنقل الى حجرة منفردة . وهناك بادرت بتحطيم عدة ألواح من الزجاج . واستمر سلوكها الاندفاعي العنيف على فترات . رفضت الطعام لدرجة أنه لزم لبعض الوقت تغذيتها عن طريق الأنبوبة . وبعد ذلك أيضا دفعت أصابعها عمدا في عينيها فأحدثت قدرا من التلف في ملتحمة العين .

وأثناء اقامتها بالمستشفى استمرت في حالة هلوسة ، وتحدثت بحرية عن خبراتها ، فقالت : ان اصواتا تخبرها بأشياء عملت معها أثناء الليل . وخلال النهار أيضا كانت تهلوس ، وكثيرا ما تجلس محدقة في السقف وهي مستغرقة ذاهلة .

وبالتدريج خفت اندفاعيتها ، فبدأت تعنى بمظهرها ، وتساعد الممرضات في العنبر ، لكنها كثيرا ما تنتابها انفجارات البكاء بغير سبب ظاهر .

وسئلت في ذلك الحين لماذا كثيرا ما تجلس وعيناها مطبقتان تماما لا تفتحهما الا للحظة أو لحظتين طوال الوقت ، فأجابت بأنه عندما كانت عيناها مفتوحتين رأى

الطبيب أو الرئيسة التي كانت مكلفة بالعنبر أو الممرضات ما تراه هي ، فكانوا اذن يرون من خلال عينيها ، ولكي تمنع حدوث هذا أطبقت جفنيها . وكذلك قالت ان لها صوتين : أحدهما الذي تنطق به وتسميه الصوت الفوقاني — وما تقوله بهذا الصوت فهو صحيح ، والثاني — وتسميه الصوت التحتاني تظن أو تشعر أن الحاضرين يسمعونه من حين لآخر بدلا من الصوت الصحيح . لذا فانها تعمل على أفكار خاطئة بتصديق هذا الصوت الثاني . كذلك عبرت عن أن الاطباء والممرضات يستخدمونها (كوسيلة) للتأثير في الآخرين . ورفعت ثلاث الاصابع الوسطى ليدها لتصور هذا بوضوح : فجعلت الاصبع الاول من الطرف تدل على الرقم ستة ، والوسطى تمثلها هي نفسها ، والاخيرة من الطرف الآخر تمثل الآخرين .

أصبحت حالتها أكثر سوءا بالتدريج . فهي تتجول بطريقة لا تستقر وبلا هدف . وعندما يزور الطبيب العنبر تتعلق بذراعه ولا يمكن أن تفصل عنه الا بصعوبة . وانسدت عمليات تفكيرها كما اضطرب كلامها . اذ تكونت الجمل من كلمات وعبارات متقطعة لا علاقة بين بعضها بعضا الا الارتباط السطحي العارض .

لا أدري ماذا جرى ، شايفة ، غير عارفة . أنا متأكدة . أهي سندريلا . فيه لعبة أحسن من هذه بكثير . غير عارفة . أقول ، هو أبله كريه . يا الهي العزيز ، كم أنا غبية . كيف ينحط اثنين واثنين مع بعض — أقول فعلا أنا غير عارفة . أقول كأني وهذا الذي أشاهده وزهور . برتقالة ورباط جزمة . القميص الجبردين . البتجرو وموسيقى الجاز مع الكعكات بالكريمة . هي تقول لا . همه يبعبعوا شعري متقصر ، لكن أنا غبية جدا . العكس يا ماري ، التماثيل في كوبلاندلاي . أوه ، قلت ايوه أيوه أيوه ، لازم أروح أنام على طول بعدين قلت . أنا عارفة كويس . قلت (منيش) . انسى كل حاجة شفتها بعد ذلك . تاني حاجة كانت — ايه ؟ الرجل المسكين مجنون . الآن سيقطعون رقبتنا حالا — نتائج (التقويم) مربوطة بأشرطة زرقاء . وه . يا الهي العزيز . العكس يا ماري تاني . أي فترة — ده صحيح . لا أحب أن أمثل دور السنرة أبدا . سندوتش بالكريمة . ذاكرتي بطيئة جدا . هذا كله أنا متأكده . كان كوميلات وكعكات الفاكهة . كويس كويس .

قلت ، لا أقدر عليه . ومش عاوزه اقدر عليه ، كويس خير مهم . الشكس يا مازي تاني ـ (للممرضة) يا أخت جرانت ، الكلاب بتنبح ، ماذا جرى لي أنا ؟ ما أشد غبائي . أنا زهقت خالص من هذا المكان . هذه الحكاية . يوجينج ساجو . باين عليها مصغرة وتعبانة ـ أنا عارفة هذا . (تغني) . خذوني هناك . ودوني أي مكان، منشستر ، برمنجهام ليدز ، أنا ما يهمني . أحب أشوف أحسن بنت عندي . مسز باترك ـ مع أن هذا وقت الرحيل ـ هو كذلك . جين . ودموهي تنزل . عندي شعور هكذا ـ أعزمة وميداليات زرقاء . ثلاث بيضات للشاي . لا هذا مش راح ينفع . أوه يا الهي العزيز . كم أنا غبية . لن أرى طريقي ـ أرانب بيضاء . العودة الى البيت في تنيسي . هي يستهجي كذلك . أوه ، غير عارفة راح أعمل ايه الآن . كل شي غلط . يا الهي العزيز ـ أنا عبيطة جدا . حابسة تموت ، مش كده ؟ كعك بالكريمة ، كعك فرنساوي وفطير بالبيض والسكر . دبان وبرلفيت وفراش وخلافه .

ان لديها فكرة انها تغيرت ، وهي تقول أحيانا (وجهي متغير) .

وقد بدأ تطور هوضها منذ خمس سنوات مضت، وهي لاتزال تسير الى أسوأ.

وتبين عينة من كتابة خطاباتها أوضح بيان التفكك والميل الى التكرار :

سيدي العزيز :

فرغت من تناول عشائي الآن . أكلت عشائي القرد وأحس التي أحسن . تغيرت أنا . الممرضة دائما بتعمل شاي . بتنسى الممرضة .

التعب منشان فنجان

شساي

الممرضة تغتسل

(أوجاتيسا)

(أنت ـ

(أنا هـ ز و

(تطحن دروس

(لمخلصة

(لـك

(ب ٠ ز ٠)

عزيزي الدكتور هيند

أنا بالضبط كده منتظرا أني تجيب لي شوي شفطة جن ، أنا و ـ جراد البحر ٠٠٠٠ انا

أ ـ المية سخنة اللي القرد راح فيها

س أنـا

مخلصـــة

المرضة بروس

اعطتني اثنين

شفطة

الفحيص

الفصام غير المنظم : Disorganized schizophrinia

بدأت بعض أنظمة التصنيف I C D - 9 - CM - 1979 و D S M - III 1980 والنسخة المعدلة D S M - III R - 1987 في اعتماد هذا المصطلح بديلا لمصطلح فصام المراهقة أو فصام الشباب (Hebephrenic) .

تتضمن صورة مرضى الفصام غير المنظم الاكلينيكية وفق هذه الانظمة :

مظاهر بلادة وسذاجة عاطفية ، وظهور غير منظم لاوهام وهلاوس لا ينتظم مضمونها (هو الآخر) حول موضوع معين ومألوف .

كما يظهر مرضى الفصام غير المنظم فقرا في اقامة العلاقات الاجتماعية وفي تمثلهم للقيم السائدة ، مع رغبة شديدة بالانسحاب .

ينفذ هؤلاء أنماطا سلوكية شاذة من خلال حركات رمزيـة تكلفية ، وعـبرات نمطية ، وروح دعابة جوفاء تؤدي الى عكس ما يرغب صاحبها في معظم الاحيان .

يقع مرضى هذا الفصام تحت سيطرة توهم الامراض ، وبخاصة تلك التي تتمحور حول الطاقة الجنسية ووسائل تصريفها فيترددون على العيادات الطبية باستمرار لينتهي بهم المطاف مستسلمين لتوهم المرض الفعلي .

واذا كان علينـا لاختيار أكثر التعريفات اختصارا لهـذا النمط الفصامي ، لاخترنا ذلك الذي يؤكد على عدم انتظام كل مظاهر السلوك لدى المريض وبخاصة مظاهر الفكر والعاطفة وطرق التعبير الشعورية واللاشعورية عن كل منها .

الفصام التشنجي : Catatonic Schizophrenia

الاضطراب الواضح لآلية الضبط الحركي عند المصاب هو أبرز ما يميز هذا الشكل من أشكال الفصام ، حيث يأخذ اضطراب المصاب الحركي أشكالا متناقضة ومتنوعة ، فمن هدوء يصل الى مرحلة الجمود في وضع رمزي معين يعقبه عزوف عن الطعام والكلام وأي نشاط يستلزم الحركة ، الى هيجان حركي مترافقـا بالدفاعات تدميرية غرضية أحيانا وغير غرضية أحيانا أخرى ...

يغلب على أعراض هذا الفصام الطابع الرمزي فالمصاب وتحت تأثير هلوساته وهذاءاته الواضحة والنمطية في هذا الفصام ـ يستجيب لمنبهات عالمه الخاص فيرمز في كل حركة عن مضمون ما يكشفه التشخيص والتحليل النفسيين . يقبل أصحاب هذا الفصام الايحاء بشكل كبير ويخضعون له وبخاصة في حالة الجمود

والتخشب . حيث يبقى المصاب زمنا قد يستمر ساعات بل أياما في وضع محدد لا يغيره . ويتميز هؤلاء أيضا بقدرة التحمل الكبيرة لما قد تسببه لهم اندفاعاتهم من آلام ويفقدون جزءا كبيرا من مقدرتهم على الاحساس في المناطق المتخشبة فيتحملون ما يصعب تحمله .

أ . ك . سنة (٥٠ــ١٥١) ، والده عنيد وصارم الارادة ، والدته سهلة الاثارة متقلبة المزاج . في السابعة من العمر ذهب ليعيش مع جده وجدته . الاول (صوته خفيض ويعاني نوبات صرع مات على أثرها في مستشفى أمراض عقلية) لم يفهم أبدا حالة الطفل بقدر ما أدخلت نوباته الرعب في نفسه . فنشأ العزاليا ، حالما ، خائفا خجولا وحساسا ، لكن عنيدا وصارما . لايزال يذكر باستياء كيف جلده أبوه أمام صبي آخر لم يشكره على تقديمه له تفاحة . لم تستهوه حياة لعب الاطفال الآخرين وكان يقضي وقته اما في مكتبة المدينة أو في غرفته ، حيث عمل لنفسه لعبا أخفاها بحقد عن قرنائه باستثناء أخته التي كانت وحدها . موضع ثقته . في سن السابعة عشرة تخرج من المدرسة الثانوية حيث كان تعليمه سهلا لكن دون أي اشتراك في الانشطة خارج الدراسية .

ليس في تاريخه المهني ما يهم سوى أن أمله المبكر في النجاح كرسام ومصمم طائرات وموتورات لم يتحقق وأنه طوال ثماني السنوات السابقة لدخوله المستشفى لم يكسب شيئا . وقد تزوج في سن العشرين .

وقبل ادخاله بشهرين ، بدأ المريض يتحدث عن (كيف فشل) ،كيف (ضيع) حياتها كلها ، وان قد (فاته) القطار . وحكي عن سماع شخص يقول له (لا بد ان تستسلم)، وذات ليلة استيقظت زوجته على حديثه ، فقص عليها بعض رؤى تمر به ، لكنه رفض أن يصفها . وذكر أن شخصا يلاحقه ويحاول تأنيبه على موت رجل معين . كان يقول انه تسمم . وكلما رأى عربة أو آلة قارية يقول إن أحدا فيها يبحث عنه ليعرض مساعدته في العمل على انقاذ العالم . تمر به فترات ضحك وصياح يصبح فيها صاخبا صعب القياد لدرجة أنه يلزم حجزه بالمستشفى .

جاء في تقرير دخوله لمستشفى انه رجل نحيل ، سيء التغذية متسع الحدقتين (العين) انعكاسات الاوتار العضلية زائدة النشاط ، معدل نبض الدم ١٢٠ في الدقيقة . وفي مكتب الاستقبال أظهر لوازم كثيرة، فرقد على الارض، وجرجر قدميه، وقام بحركات تخبط غير موجهة وعنيفة ، فاصطدم بالحاضرين ، وقطب وجهه ، واتخذ هيئات اتجاه موقفية صلبة ، رفض الكلام . وبدا أنه يصغي لهلوسات يسمعها . وفي وقت متأخر من اليوم تبين انه في حالة ذهول وغيبوبة، وجهه بلا تعبير، لقد خرس وجمد ، ولا انتباه لديه لما يقوله من حوله له أو رد على أسئلتهم . انطبق جفناه ولم يمكن فتحهما الا بصعوبة لا استجابة لوخز الدبوس أو أي تنبيه مؤلم آخر .

وبذلت محاولة في صباح اليوم التالي لاحضاره أمام الهيئة الطبية المختصة بمقابلات التصريح بالدخول للعلاج . وبمجرد دخوله مستندا الى المرضين ، كافحهما ، وصاح بصوت متقطع ، مقطبا وجهه ، وقاوم بشده . ولمدة خمسة أيام ظل صامتا ، مستنكرا ، غائبا عن الوعي ، يحدق بخلو بال أحيانا في الفضاء ، وعيناه أحيانا اخرى مطبقتان تماما . أكله قليل ، ورده على الاسئلة معدوم ، مرة واحدة سمع يقول لنفسه بطريقة مهموسة جدا : (سوف أموت ، أنا أعلم هذا ، وانتم تعلمونه) . وفي مساء اليوم السادس سرح بصره وسأل أين هو وكيف جاء الى هذا المكان . فلما طلب اليه أن يتحدث عن حياته حكى أشياء كثيرة ومعروفة وقال انه اشتغل مرة في مصنع طائرات وانه اخترع عدة تركب في الطائرة وان هذا الاختراع سرق وسجلت براءته بالتزوير لغيره ، وكنتيجة لهذا فقد مركزه . أكل بجشع ، وغط في النوم ، وعند استيقاظه كان في غيبوبة كاتاتونيا ، وظل على هذه الحال بضعة أيام.

وبالتدريج استرد وعيه وأصبح قابلا متجاوبا . فلما سئل عما حدث له قال إنه أصيب بانهيار عصبي نتيجة لانهياره النفسي . وصف فترة غيبوبته وذهوله بأنها نوم وذكر انه لا يسترجع أية أحداث وقعت له أثناءها . وأضاف (كان كل شيء مظلما على ما أتذكر ، ثم بدأت أرى ضوءا صغيرا ، في حجم النجمة ، واخترقت رأسي بالتدريج هذه النجمة ، فرأيت الضوء أكثر فأكثر الى أن أبصرت كل شيء في أحسن

حال منذ أيام قليلة مضت) • وبعد يومين أقر انه يمكنه أن يتذكر رؤيته للفاحص أثناء التيبوبة • ويبرر خرسه السابق بأنه كان يخشى أن يقول ما هو خطأ ، وكذلك بأنه لم يكن يعرف بالضبط فيم يتكلم !• لكن استجابته الانفعالية البعيدة عن الثبات ، وقوله انه (عالم ومخترع ومن أكبر العبقريات الخارقة في القرن العشرين) كانت تدل بوضوح على أنه ما يزال بعيدا عن الشفاء •

قصام البارانويا (الزور) Paranoid schizophrinia

ويبدأ بعد الخامسة والثلاثين والى نهاية أواسط العمر وفي كلا الجنسين • وتتميز البارانويا بأن شخصية المريض تحتفظ بتماسكها ووحدتها الى حدود الطبيعة• اما الاعراض البارزة لقصام الاضطهاد هذا فهي الاوهام الاضطهادية الاولية المحبوكة والمنسقة Systematized Delusions والتي تبدو وكأنها من تأليف قصاص بارع• فقد يحكي المريض قصة اضطهاده وكيف اشترك أقرباؤه مع السلطة في حرمانه من الاملاك والاراضي والارث • ثم كيف دبروا له زيارة طبيب وكيف اتهموه بالجنون وأودعوه مستشفى الامراض العقلية •

ومريض البارانويا يكون شديد الملاحظة والانتباه ، ذكيا متيقظا لكل ما يقال ويجري من حوله • ويمتلك قابلية الجدال والدفاع المنطقي • ومن الصعوبة الكشف عن اضطراب في تفكيره أو عن أفكاره السلبية والاستسلامية ، بل انه يميل الى الزهو والعظمة أحيانا •

وقد تشعر الانثى المصابة بهذا النوع من القصام بهلاوس لمسية وعضوية تتعلق بأوهامها ، وتكون ذات طابع جنسي ، كأن تشعر مثلا بأن جماعة تسلط أشعة كهربائية على أعضائها التناسلية ، وتتدخل في عمل الرحم والمبيض وربما في تكاثرها وحملها •

ويميل قصام البارانويا الى الازمان ، وقد لا يزول طيلة العمر • الا ان العلاج يخفف من وطأته وغلوائه ويحد من الاعتداءات والسلوك المحطم الناتج عنه ، فمصير المرض اذن هو الازمان ، ولكن مصير الشخصية يبقى مقبولا • لذلك يبقى

المريض مختلطا وعضوا فعالا في مجتمعه لانه يحتفظ بعمله وعلاماته وانتاجه (٣ ـ ١٦٨) .

الفصام الكامن : Latent Schizophrenia

استخدم هذا المصطلح منذ أن أوجده بلولر للاشارة الى حالات تجمع لديها بعض أعراض اضطرابات التفكير والسلوك الحركي الفصامي من فترة الى اخرى ولكن دون أن يؤدي ذلك الى اكتمال الصورة التشخيصية المألوفة لمرض الفصام. تستخدم أدبيات الشذوذ النفسي في السياق نفسه مصطلحات اخرى للاشارة الى المضمون نفسه من مثل الفصام المتجول ambulatory schizofrenia الذي أخذ اسمه من خلال العثور على شخصيات تحمل استعدادات فصامية تظهرها حالات الشدة والصدمة ويكون ظهور نمطها الفصامي مرهونا بمثل هذه الحالات.

وفي غياب حالات الشدة فان أصحاب هذه الشخصيات يتجولون بيننا ويعيشون بطبيعية (ولكنها هشة تنقصها القدرة على المقاومة).

وكذلك ما يطلق عليه الفصام الحدي Borderline - Schizophrenia مثلما هو الحال أيضا في ما يسمى الفصام العصابي الكاذب Pseu doneurotic حيث يشير المفهومان الى شخصيات يغلب عليها عدم الاتزان والدورية الانفعالية وتنطوي على أعراض فصامية ولكنها متخفية وراء حواجز ذاتية واجتماعية واهية .

ان هذا النمط من الانماط السلوكية الشاذة حينا والسوية حينا آخر ، التي تظهر على مريض الفصام الكامن تعقد مهمة التشخيص السليم لهذا الاضطراب ، ولذلك تباينت الاراء حول الاعراض التي تميز هذا المرض ، ومن بين ما تتفق عليه هذه الاراء على الاقل هو امكان استمرار ثبات وظائف المريض بدون المزيد من التدهور ، ونشاط للميكانيزمات العصابية التعويضية التي توفر فرص الهروب الى أعماق الشرين . الهروب الى مظاهر عصابية ـ قلق ـ هستريا .. الخ ، من مظاهر فصامية أشد وأخطر . يبدو ان الدراسات الحديثة تسعى لتجاوز الصعوبات في ميدان تشخيص هذا المرض متعدد المضمون والمظهر .

وستحسم مسألة تعددية المصطلح بدليل تجاوز التطبيقات الحديثة لكل من مصطلح الفصام العصابي والمتجول ولم يعد الفصام الكامن من الانماط الرئيسة لدى جمعية الطب النفسي الامريكية في تصنيفاتها الحديثة .

الفصام غير المتميز Undifferentiated Schizofrenia

يثير هذا الشكل من الفصام بأعراضه غير المستقرة العادة المتبدلة والفاجئة ، اشكالية تشخيصية أمام المتخصص ، حيث يصعب مع عدم ثبات الاعراض وتداخلها مع نوبات انفعالية شديدة تحديد عائديتها الاكلينيكية الى نمط فصامي بشكل قاطع ، ولعل ما يزيد الصعوبة في التشخيص هو استمرار الاعراض على ما هي عليه من تداخل ولفترة طويلة دون أن يحدث تغير يشير الى الاستقرار على نمط فصامي معين وهذا ما جعل البعض يفضل عدم عدّ هذا الفصام فصاماً .

أعراض هذا الفصام مزيج من اضطراب الفكر والوجدان، وشخصية المضطرب شخصية تتسم بالحساسية المفرطة والتمركز حول الذات والشعور بالمسؤولية بشكل مبالغ فيه .

الفصام المتبقي Residual Schizophrenia

يصف ناثان وغارس Nathan and Garria- 1980 أصحاب هذا الشكل من الفصام بالقول: يكشف هؤلاء الاشخاص عن غرابة في السلوك واضطراب في الفكر دون أن تظهر لديهم أعراض ذهانية واضحة . وعادة ما يشير هذا النمط الى أولئك الذين سبق وتعرضوا للانهيار الفصامي ، الا انهم لم يعودوا الان ذهانيين وإن كانوا يكتشفون عن الاعراض الفصامية في صورة مخففة . ومع هذا فان الكثير من الباحثين يرون ان الفصامي لا يشفى عادة من الفصام بالرغم من انه قد لا يكشف سوى عن قدر ضئيل من الاضطراب المرئي على العكس من الفصامي الذي يعاني من حالة ذهانية ومن مشكلات متطرفة في الارتباطات (٢٠٠٠) .

الفصام الحالم : Oneiroid Schizophrenia

تطلق هذه التسمية على شكل من الاعراض الفصامية ، التي تظهر المصاب وكأنه في حالة حلم ، ينفصل عن الواقع ويستسلم فيها للهلاوس المتبدلة بسرعة ، حيث تضطرب آلية الوعي لدى المريض وتغدو صلته بالواقع واهية .

ولكن وعلى الرغم من مضي وقت طويل على اكتشاف مايـر جروسي لهـذا الشكل من الفصام (١٩٢٤) ، فان الاتجاه نحو تعميمه لم يتشـكل بعـد وبعده الكثير من المتخصصين شكلا من الاعراض وليس مرضا .

فصام الطفولة : Childhood Schizophrenia

شغل فصام الطفولة العاملين في ميدان علم النفس المرضي والعلاج النفسي ، ولازال أكثر من أي شكل من أشكال الفصام الاخرى وطرح الكثير من الجدل سواء فيما يتعلق أصلا بوجوده أو فيما يتعلق بأعراضـه وتداخلها مـع أعراض اضطرابات سلوكية أخرى .

تبدأ حالات الفصام الطفولي على ضآلة انتشارها ، بين السنوات السادسة والثانية عشرة مع احتمالات ضعيفة لبدايات قبل هذا السن .

يتميز الطفل الفصامي بالانسحاب والاتجاه نحو الخيال في عاطفته وتفكيره مما يعطل علاقاته مـع الآخرين ـ وبمقاومة أي تعـديل في محيطه والمبالغـة في استجاباته وفقدان التناسق في الحركـة والجمـود العاطفي والتخلف في محتـوى الكلام ... الخ .

الفصام الوجداني : Affective Schizophrenia

تغلب في هذا الفصام الهذاءات التي تتركـز حـول لجانب لوجداني مـن الشخصية والتجربة الانفعالية للشخص ـ وتبرز أكثر الهذاءات الاضطهادية مع ميول التجارية ـ تلعب الازمات النفسية الصادمة والمناخية دورا واضحا في هذا الفصـام .

الفصام الملفق Grofted Schisophrenia

يطلق هذا المصطلح على الحالة الفصامية التي تختلط مع حالة تخلف عقلي ، يتميز بصعوبة تشخيصه لوجود الكثير من أعراضه لدى المتخلفين عقليا نتيجة تخلفهم العقلي وليس نتيجة اصابتهم بالفصام .

يضيف فتحي الدباغ في كتابه (أصول الطب النفساني) الى أشكال الفصام أشكالا أخرى منتشرة في ثقافات مختلفة فيقول : ينتشر الفصام في كل بقاع الارض ، ولكننا نجد بين حين وآخر وصفا لحالات ذهانية تشابه الفصام لكنها تكتسب صفات ومزايا « محلية » أو ثقافية Cutural تجعلها مختلفة عن الفصام الاعتيادي نوعا ما . وعلى الرغم من انها حالات وصفية وغير مدروسة بدقة ، فان ذكرها يشجع الباحثين ويفتح للدرس والنقاش الاصيل ، وهي : ـ

أ ـ تناذر كابجراس Capgras Syndrome

وصف لمرض العالم « التونس كابجراس » : يتصور المصاب أن شخصا آخر هو مثيله أو توأمه ، أو انه محتال انتحل شخصيته بالذات . ويحدث غالبا بين النساء .

٢ ـ تناذر كوتار Cotard Syndrome

وصف المرض العالم « كوتار » ، ويعتقد المصاب بأن كل شيء يضمحل : العالم الخارجي والدنيا والذات والاحساس والجسم . ويحدث بين النساء قرب سن اليأس ، وقليلا ، بين الرجال من كل الاعمار .

٣ ـ ذهان لاتا Latah

يوجد في الملايو وأقطار أخرى كاليابان والفيليبين والكونغو . ويحدث بين النساء في أواسط العمر أو الشيخوخة . المريضة عادة محدودة الذكاء ، وتشكو من خوف ووحدة على أثر صدمة أو خوف من حيوان أو حادثة ، وتبدو منعزلة .

وتعيد الكلمات ، ثم تصمت وتتكلم بأقذر الالفاظ وتعالي الصندي اللفظي والحركي ، وتصاب بالتشرد والهيام والضعف أحيانا تجاه الآخرين اذا ما اعترضوا المريضة واستهزؤا بها .

٤ ـ ذهان آموك Amok

ويوجد في الملايو والفيليبين وأجزاء من افريقيا . يحدث بين الذكور من ذوي الشخصية الفصامية ، ويبدأ بانعزال المريض ، ثم ،وعلى حين غرة ، يصرخ ويقفز ويتناول سكينا ويهجم على أي شخص يصادفه ليقتله . وبعد أن يقتل بضعة من أفراد وحيوانات ، ينتهي المصاب الى قتل نفسه ، هذا اذا لم يقتله الآخرون الذين ترعبهم حالته الخطيرة فيدافعون عن أنفسهم . ويطلق على المرض أحيانا اسم « آموك الراكض » Running Amok .

٥ ـ الكورو Koro

هو « فزع » يعرف بين سكان « بورنيو الغربية » W. Borneo . وجزيرة سيليبس في اندونيسيا Celebes وجنوب الصين . يبدأ المرض فجأة بصورة حادة بشكل رعب وخوف المريض على عضوه التناسلي من الاختفاء في أحشائه وجلب الموت له . ولمنع ذلك يمسك المصاب بقضيبه بشدة . فاذا ما تعب من ذلك ساعدته زوجته ثم أقرباؤه . ولدى الصينيين آلة خشبية تمسك بالقضيب حتى يطمئن المريض ويزول خوفه بعد أيام وأسابيع .

٦ ـ ذهان ويتيكو Wittico

يحدث بين الاسكيمو . ويبدأ بشكل سوء هضم وغثيان وقيء وتوعك وكآبة ، ثم خوف من السحر ، ومن انه سيصبح مفترسا للناس الآخرين مثل المصاب المسحور « ويتيكو » ولذلك يمتنع المريض عن الطعام ولا يتحسن الا بعد أن يأتي كاهن القرية ليحل له السحر ويطرده .

٧ ـ موت الفودو Voodoo

ويسمى أيضا « جنون أو هوس الموت » Thanatomania وهو معروف بين القبائل البدائية ويموت المصاب بدون تعرضه لاي مرض عضوي بعد أن يمر بتجربة غريبة من الايمان بالمحرمات والسحر فيعتقد انه مسحور ، وهذا الخوف الرهيب من السحر يجعله كئيبا خائفاً مريضا منسحقا ويموت بهدوء وبالتدريج دون مرض واضح .

جامعة دمشق Damascus University

الفصل الثامن

البـــارانويـــا

PARANOIA

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

البـــارانويـــا

Paranoia

مر وقت طويل على تداول هذا المصطلح ، الذي يعد من أكثر المصطلحات عمرا واستمرارية في ميادين الادب والاجتماع والشذوذ النفسي .

يعد البعض البارانويا شكلا من أشكال الفصام (مصطلح البارانويا أقدم بكثير من مصطلح الفصام) لتداخله مع هذا الاخير في أعراض تعبر عنها أوهام العظمة المزيفة ، والضعة المصطنعة . كما يتجه بعض آخر الى عد ما يعبر عنه هذا المصطلح أعراضا مشتركة للكثير من الاضطرابات السلوكية ، ولا يريدون الحديث عنه كاضطراب مستقل من حيث مفهومه ، وعلته وأعراضه وعلاجه .

اما الاتجاه الاغلب في أنظمة التشخيص الحالية فهو ، تناول البارانويا (ذهان الزور) كفئة بحد ذاتها ، لما ما يميزها عن غيرها من الفئات الاخرى .

اولا ـ تاريخية المصطلح :

تشير البينة التاريخية الى استخدام الطبيب اليوناني ابيقراط لمصطلح البارانويا للدلالة على نوع من انواع الاضطراب العقلي الى جانب المانيا والمنخوليا . ومفهوم البارانويا عند ابيقراط ومعاصريه يقارب فهمنا المعاصر لمصطلح «مخبول أو مجنون» أو حالة التدهور العقلي . والمصطلح «بارانويا» مشتق من كلمتين هما «بارا Para وتعني الى جانب و « نوز nous » وتعني «العقل» وبمعنى كلي « عقل الى جانب نفسه» . وبعد توقف دام عشرين قرنا على استعمال هذا المصطلح بدأ العلماء باستعماله من جديد في القرن التاسع عشر اما كما هو واما بالاستعاضة عنه بمصطلح

آخر يدلل على ذ[illegible] البديلة التي استعملت هي : « فيركتايت Verkucktheit » الذي وضعه العالم الالماني هاين روث Heinroth عام ١٨١٨ ، ومصطلح « مونومانيا Monomania » الذي وضعه الطبيب الفرنسي المشهور اسيكرول Esquirol عام ١٨٣٨ والذي قصد به حالة الاوهام التي لا يصاحبها نقص في التفكير المنطقي أو الاضطراب في السلوك . وفي عام ١٨٦٣ وضع كالبوم Kahdbaum مصطلح البارانويا وحصر مفهوم المصطلح في الحالات المرضية العقلية التي يتوفر لصاحبها نظام من الاوهام ولكن بدون هلاوس ، كما انه وصف حالات متوسطة الشدة من البارانويا والتي يعاني المريض فيها من حالة متزايدة ودائمية من الاوهام والهلاوس الثابتة وسماها « بارافرينيا Paraphrenia » ، وكان من رأي كالبوم أن هذه الحالات الوسطى لا تصل حد التدهور العقلي الذي يتصف به مرضى « الخرف المبكر » أو الفصام كما يسمى الآن . ومن بعد كالبوم توالى استعمال المصطلح « بارانويا » (٤ ــ ٢٢٢) .

وفي عام ١٨٩٩ قام كريبلن بجمع كل صور الامراض التدهورية التي ترجع الى عمليات مرضية أساسية Process في تصنيف واحد هو الخبل المبكر Dementia praecox ، والذي شمل أيضا فئة خبل البارانويا Dementia paranoides . وفي عام ١٩١٢ كان كريبلن يتساءل عما اذا كان ينبغي الاحتفاظ بتشخيص البارانويا كتشخيص أساسي ، ورأى أن يحتفظ بهذا التشخيص للاشارة الى حالة من المرض ذات بدء تدريجي بطيء مخادع ، يتميز بهذاءات ثابتة تنمو ذاتيا ، وتظل الشخصية فيه سليمة . وأخذ كريبلن يتصور البارانويا باعتبارها نوع من الاستعداد يجعل المريض يستجيب بهذا الشكل لمواقف الحياة (٢ ــ ٣٠٥) .

وأما كول Kolle فقد قام بتحليل بيانات مجموعة كبيرة من المرضى الذين تم تشخيصهم باعتبارهم مصابين بالبارانويا ، وقد انتهى كول الى أن هذا الاضطراب يقع في اطار الفصام ، وأطلق عليه لفظ بارافرينيا .

وقد تمسك الفرنسيون بلفظ Délire chronique . وفي عام ١٨٩٣ ميز

ماجنان Magnan بين الاضطرابات المنظمة المتناسقة ، وبين حالات الهذاء التي تفتقد التماسك والتنظيم وتكون ذات صفة عابرة .

ومن جهة أخرى ، فقد أقام بلويلر مكانا محددا للفصام الهذائي ، الا انه لم يشر الى البارانويا أو حالات البارانويا . فكما نعلم أن كريبلن قد أقام تصنيفا فارقيا للفصام عام ١٨٩٦ حيث قال بوجود صور ثلاث لاضطراب واحد هو الخبل المبكر Dementia praecox ، وأن هذه الصور الثلاث ليست وحدات مرضية منفصلة . وقد تقبل بلويلر عام ١٩١١ آراء كريبلن هذه وتحدث عن النمط الهذائي الذي يتصف بهذاءات العظمة والاضطهاد والهذاءات المتعلقة بالغير Ideas of reference .

تصنف الجمعية الامريكية للطب النفسي كلا من البارانويا Paranoia وحالات البارانويا أو استجابات البارانويا Paranoid states (Paranoid reaction) باعتبارها ذهان بدون مرض معروف في المخ، وتعرفها باعتبارها حالات تكشف هذاءات ثابتة، وعادة ما تكون هذه الهذاءات ذات طبيعة اضطهادية أو هذاءات العظمة . وغالبا ما لا تكون هناك هلاوس . وتتفق الاستجابات الانفعالية والسلوك مع الافكار التي تتضمنها هذه الهذاءات . ولا يتأثر ذكاء هذه الفئة . كما أن استجاباتهم لا تتضمن تلك الصور الاستجابية التي يمكن تصنيفها باعتبارها استجابات فصامية من النمط الهذائي Paranoid type .

وتشير الجمعية الامريكية للطب النفسي الى أن البارانويا نادرة جدا ، وتتميز بنمو بطيء لنظام هذائي معقد ، غالبا ما يكون مصاغا صياغة منطقية بعد تفسير خاطيء لحدث فعلي . وكثيرا ما يعتبر المريض نفسه مزود بقدرات متفوقة أو فريدة. ويكون هذا النظام الهذائي معزول عمليا عن الكثير من المجرى السوي للشعور . ولا توجد عادة هلاوس . وتكون الشخصية سليمة نسبيا وتظل هكذا بالرغم من استمرار هذه الهذاءات ودخولها في طور مزمن .

وتقرر الجمعية الامريكية للطب النفسي بأن حالة البارانويا Paranoid state

والتي عادة ما يشار اليها باستجابة البارانويا Paranoid seaction ، تتميز بالهذاءات وتفتقد الطبيعة المنطقية والتنظيم الذي يوجد في البارانويا ، ومع هذا فهي لاتكشف عن تلك الغرابة وذلك التدهور الذي يوجد في استجابات الفصام ، ومن المحتمل أن تكون ذات مدى قصير ، وان كان من الممكن أن تكون ثابتة ومزمنة (٢ــ٣١٠) .

ثانيا ــ تحديد المفهوم :

يشير مفهوم البارانويا (هذاء الزور) في ضوء العرض التاريخي لتطوره الى اضطراب يتمثل في هذيانات توهم عقلية delusions قوامها الاضطهاد persecution من نوع بعينه يؤيده المريض ويدافع عنه بطريقة منظمة في حماسة واصرار وتشغل هذه التوهمات عادة جزءا صغيرا أو كبيرا من عقله ، محاولة أن تتسع دائرتها لتشمل العقل كله . ويرتبط بهذه التوهمات ويصبح في انسجام مع موضوعها هلوسات سمعية وصوتية visual, auditory hallucinations . فالمصابون بالبارانويا من الصلفة والمجانين بالعظمة يتخيلون وجود كائن الهي يقوم داخل نفوسهم يهيئهم لرسالة ويستخدمهم لغرض ــ كما يقول ديمرو (٥٠ ــ ١٨٣) .

ويقترح فوريست Forrest (١٩٧٥) تعريفا اجرائيا هو : أن ذهانات البارانويا هي أمراض تبدأ بعد سن الثلاثين ، تصيب الاناث أكثر مما تصيب الذكور ، وتكون مصحوبة غالبا بعوامل من تلف عضوي أو حرمان حسي أو تأثير مواد كيميائية ضارة ، وتكشف أساسا عن أعراض من الاشارة الى الذات Self - reference ــ سواء أكانت هذه الاعراض شهوية أو اضطهادية أو دينية أو متعلقة بالعظمة ، وغالبا ما تكون هناك هلاوس تشتم أو تهدد ، وقد تكون هناك مشاعر بدنية ، أو اضطراب واضح في الفكر ، ولكن ينبغي أن ينظر الى ذلك في علاقته بالنظام الهذائي الاساسي .

ويرى فوريست أنه في كثير من حالات ذهان البارانويا هناك مكونات وجدانية إما في صورة قلق وانشغال ، أو مخاوف ، أو اكتئاب . وفي الواقع فان كثير من المصابين بالاكتئاب يعانون من هذاءات البارانويا ، وأحيانا ما يرون أنهم يستحقون

الاضطهاد لانهم مذنبون . وبعض مرضى الاكتئاب ينطقون بهذاءات اضطهادية عن جيرانهم ، مثلما يعبر مرضى الهوس ـ الاكتئاب عن هذاءات من البارانويا ، سواء في مرحلة الهوس أو مرحلة الاكتئاب . وهكذا فان القضية متعلقة بالحكم : هل العامل الوجداني هو العامل الاكثر سيادة ، أم أن النظـام الهذائي الاساس ؟ (فوريست ١٩٧٥) (٢ ـ ٣١١) .

ان الصفـة الاساسية لهـذا المـرض هـي وجـود توهـم الاضطهـاد (Persecutory Delusions) أو الخيانـة الزوجيـة (Delusions of Infidelity) بدون وجود أعراض أخرى تجعل هذه التوهمات تندرج تحت تشخيص الفصام أو الذهان العضوي (Organic Psychosis) . وتدور توهمات الاضطهاد عادة حـول موضوع واحد أو مواضيع مترابطة معا ، مثل الاعتقاد بأن أشخاصا يتآمرون عليه ، أو يخدعونه ، أو يتجسسون عليه ويتابعونه ، أو أن اشخاصا يحاولون وضع السم او بعض الادوية أو ان اموالا تحول له ولكنها تسرق قبل ان تصل اليه ... الخ (٩٣ـ١٩٨٨ـ٧٤) .

والذهان الهذائي (البارانويا) بالنسبة لموسوعة علم النفس (١٣ـ١٤٢) : اضطراب أو خلل عقلي وذهني يتسم بهذاءات متواصلة ، فيتوهم المصاب بها حالات من العشق ، أو العظمة والغيرة ، أو الاضطهاد ، وقد تصاحبه الهلوسات في بعض الاحيان ، يصفه كريبلن بأنه تطور باطني النمو على نحو تدريجي الى حد يمكنه من الرسوخ قبل اكتشافه ، بحيث يؤدي الى قيام نظام هذائي دائم ثابت الاركان ، مع احتفاظ المرء احتفاظا تاما بالوضوح والترتيب في الفكر والارادة والفعل .

ويحدد الوجيز التشخيصي الثالث لجمعيـة الطـب النفسي الامريكيـة DSM - III 1980 الصورة الأوضح للبارانويا ، بتلـك التـي تتضمن هذاءات الغيرة التي لا تعود الى أي اضطراب عقلـي آخـر كالفصام والذهانات الانفعاليـة والاضطرابات العقلية العضوية .

ووفق الوجيز التشخيصي الثالث المعدل DSM III - R - 1987 فأن ما يميز الاضطرابات البارانوية يكمن فيما يلي :

١ ــ أفكار هذائية لها أساس واقعي (حالات يمكن حدوثها في الحياة الواقعية) كأن يتعرض الشخص للملاحقة والتعقب من قبل شخص آخر ، أو يتعرض لحصانة تسمم ، أو عدوى ، أو يكون محبوبا من قبل شخص آخـر ، أو الوقوع فريسـة مرض ، أو يكون ضحية خيانة زوجية) على أن تستمر هذه الاعراض لمدة شهر على الاقـل .

٢ ــ لا تنتظـم الهلاوس السمعية والبصرية ان وجدت مثلما هو الحـال في الفصـام .

٣ ــ باستثناء الافكار الهذائية والمظاهر المرتبطة بها فان سلوك البارانوي غالبا ما يكون طبيعيا .

٤ ــ اذا ما ظهرت بين الافكار الهذائيـة أعراض هوسية أو اكتئابية ، فانهـا تكون عادة خاطفة وسريعة بالمقارنة مع أعراض الاضطرابات الوجدانية .

ــ يناصر المؤلف وجهات النظر التي ترى وجود البارانويا لـدى شخصيات طبيعية ــ عادية ــ تقوم بأدوارها بشكل معقول ، نعيش ــ ونعمل معها والى جوارها دون شكوك ــ طالما علاقاتنا معها مهنية أو عادية ــ لا تتسم بالعمق ــ ولكن ما أن نقترب أكثـر من هذه الشخصيات حتى نكتشف المبالغة الكبيرة في عادات أساسها طبيعي موجود ومعمم لدى الناس . فالشخص السليم أو الطبيعي كمـا هو معروف يتسم بالحذر . ولكنه يستطيع بناء جسور الثقة الكافية لاقامة علاقات مرضية مع المحيط .. يدافع عن آرائه باعتدال وديمقراطية ، يتوتر ولكنه لا يلبث أن يعيـد توازنه .. الخ ، أما الشخصية البارانوية فهي عاجزة عن الاعتدال في تصرفاتها وغير قادرة على اعادة التوازن بسهولة وانما تتصف بردود الفعل العدوانية التي تصل الى حد احتقار الآخرين لمجرد المخالفة في الرأي ، وبشكوكها ، حيث تضع نصب أعينها

اثبات تلك الشكوك بالبحث ما بين السطور ، وما وراء الكلمات ، وتتميز بعسدها وحقدها وجمود عاطفتها ، وتهربها من تحمل المسؤولية .

وهكذا فاننا اذا سلمنا بامكان الانتاج والعيش بحدود معينة مع (أفكار بارانوية) ، فاننا لا نستطيع التسليم (بسهولة) بامكان استمرار الانتاج والعيش بطمأنينة مع (شخصية بارانوية) ، تحدد لها أوهامها آفاق حياتها ، وتقويمها لذاتها وللآخرين ، وتكون هلاوسها بمثابة التوجهات التي لا تخطىء فتنفذها وتتصرف بموجبها ، تحت كل الظروف دون الاستعداد لمناقشة لامنطقيتها .

ان شخصية كهذه وفق (قناعتنا) لن تستطيع التجول في حقل الالغام سليمة طيلة حياتها ، ولابد أن تنسف علاقاتها في يوم من الايام مع محيطها الداخلي والخارجي ، وتقذف الى عالم الخيالات واللاواقعية بحيث لن يخدمها موقعها القيادي الذي تحتله ، ولا العناية الالهية التي ترعاها ، وفق أوهامها ، وستجد نفسها فريسة اضطراب أشد وأخطر .

وبالتالي فان عد الشخصية البارانوية من العوامل المهيئة للاضطرابات السلوكية من حيث كليتها ، وعد ما يصدر عنها من أنماط سلوكية أعراضا مشتركة لأكثر من اضطراب ، مسألة تستحق الدراسة المتأنية ، وحسم هذا الامر يقدم خدمة جليلة للعاملين في حقول الصحة النفسية والشذوذ النفسي .

ثالثا ـ انماط البارانويا :

يقسم الوجيز التشخيصي DSM III - R - 1987 لجمعية الطب النفسي الامريكية البارانويا تبعا للموضوعات الهذائية المسيطرة أو السائدة لدى البارانوي الى الانماط التالية :

النمط الشهواني eroticism type

النمط الاعتدادي (العظمة) grandiosity type

نمط الغيرة jealousy type

النمط الاضطهادي persecutory type

النمط الجسدي somatic type

النمط غير النوعي unspecific type

فيما يلي نستعرض هذه الانماط وأشكالا أخرى من البارانويا :

١ ـ النمط الشهواني : Eroticism type

تتركز الافكار الهذائية حول الاعتقاد أن شخصا غالبا ما يكون من مستوى اجتماعي اقتصادي متميز يتعلق بحب المريض . « ومن الطبيعي أن يتباهى المريض بهذا الحب ، ويسعى لتأكيد ذلك ، ويتصرف بما يقتضيه الواجب ! » .

٢ ـ النمط الاعتقادي (نمط العظمة) : Grandiosity type

ويتضمن احساسات واعتقادات زائفة ووهمية ـ تتركز بشكل مبالغ فيه حول قدرات المريض الشخصية ، قوته ، معارفه أو ذاته ، أو علاقة نوعية خاصة مع الاله ، أو مع شخصية معروفة وشهيرة .

٣ ـ نمط الغيرة : Jealousy type

يظهر مريض هذا النمط غيرة مرضية تتمثل في اعتقاد جازم بخيانة شريك الحياة له .

٤ ـ النمط الاضطهادي : Persecutory type

يعد هذا النمط من أكثر الأنماط ظهورا وأصالة في الاضطرابات البارانوية . ويتركز مظهر الاضطراب هنا حول الاعتقاد : أن المريض (أو أحد المقربين منه) يتعرض لمعاملة سيئة (يعامل بسوء) بطريقة ما . وقد يسعى هؤلاء تحت تأثير هذا الاعتقاد الى المحاكم لتقديم الشكوى تلو الشكوى دون ملل بغض مضطهديهم

(هذاءات قضائية) ، يرفعون القضايا ضد الافراد والمؤسسات ، ولا تخلو هـذه القضايا من منطقها الخاص وبخاصة تلك التـي يطالبون فيهـا الحكومة بدفـع مستحقات أو تعويضات خاصة استحقوها نتيجة الاعمال العظيمة التي قاموا بها .

٥ ـ النمط الجسدي : Somatic type

هذاءات هذا النمط تتركز على البنية الجسدية للمريض حيث يعتقد بتعرضه لاضطراب أو مرض جسمي يشغله عن أداء أدواره وينحصر تفكيره بكيفية التخلص من هذا الاضطراب ومعرفة من يقف وراءه .

٦ ـ النمط غير النوعي : Unspecific type

اضطرابات هذائية غير مصنفة تحت نمط من الانماط السابقة . مثلا أفكار هذائية حول العظمة والاضطهاد معا دون أن يسيطر أحدهما على الآخـر بشكل ملحوظ . أو أفكار هذائية ذاتية غير ثابتة .

بالاضافة الى الانماط المذكورة ، تتحدث أدبيات التشخيص النفسي عن :

٧ ـ اضطرابات البارانويا الحادة : Acute paranoid Disorders

وهي حالات طارئة مؤقتة من البارانويا لا يصل مداها (استمرار الاعراض البارانوية) ستة أشهر . تخلو هذه الحالات من الاوهام الغريبة غير المنطقية وتحتفظ بقدر معقول من الترابط في الافكار . وكذلك تندر الهلاوس وتتركز أفكار المريض حول الاحساس بالاضطهاد أو الخيانة الزوجية ، تتبعها حياة انفعالية وسلوكيـة متوازنـة .

يظهر الهذاء في هذه الحالات تحت تأثير ظروف حياتية قاسية ، ولذلك تنتشر أكثر ما تنتشر لدى المهاجرين غير المتكيفين مع الحياة الجديدة وشروطها ويعانـون من قسوة الغربة ، كما تنتشر لدى المسجونين بشروط مزرية .

٨ ـ البارانويا المؤقتة :

حيث تكون أوهام الاضطهاد والغيرة والخيانة الزوجية ثابتة لمدة تزيد عن ستة أشهر ، مع احتمال ظهور اعتقادات العظمة . ولكن مع ذلك يبقى المريض محتفظا بتفكير يتوفر فيه الحد المقبول من الوضوح والمنطق .

٩ ـ اضطرابات البارانويا المشتركة : Shard paranoid Disorders

الشكل الاساس في هذه الاضطرابات هو النظام الهذائي الاضطهادي الذي يتطور كنتيجة لعلاقة مغلقة ومتينة مع شخص يعاني من الاوهام الاضطهادية . تنتقل الاوهام من الشخص المريض الى الآخر الذي يعيش معه وتصبح مشتركة ولو بشكل جزئي (عند انقطاع الصلة بين الشخصية تختفي المعتقدات الهذائية المكتسبة) . كان يطلق على هذه الحالات مصطلح الجنون الثنائي . وفي حالات نادرة يشترك في تمثل أوهام المريض أكثر من شخصية ولكون أمام جنون ثلاثي ورباعي وهكذا .

تمثل الانماط السلوكية عن طريق المحاكاة والتقليد (العدوى الانفعالية السلوكية) ظواهر مدركة ومعروفة ولو أنها قليلة في ميادين الشذوذ النفسي .

رابعا ـ العوامل في البارانويا :

ـ العوامل الوراثية :

لا تمتلك الدراسات التي تشير الى دور ما للوراثة في البارانويا وثوقية مقبولة ، ويصعب برأينا ايجاد مبررات مقنعة لدور الوراثة في اعتقادات الشخص الهذائية الوهمية سواء ما يتعلق منها بدور العظمة أم بدور الاضطهاد . ولقد أوضح كاميرون ١٩٧٢ هذه الحقيقة في دراسة أجراها على أربعمائة حالة من نزلاء مستشفيات الامراض العقلية ممن يعانون من استجابات البارانويا ، وجد على أثرها أن البارانويا موجودة فقط بين ثمانية من أسر هؤلاء (٢ـ٣١٤) .

- العوامل السيكولوجية والاجتماعية :

تتميز طفولة مريض البارانويا بالانطوائية والعزلة والفقر في العلاقات مع الآخرين والاحساس بعدم الامن ، وعدم الاستقرار الانفعالي ، وعدم الرضا والاتجاه نحو المبالغة في ردود الفعل التي تتسم بالجمود والشك والتصلب وتتجسد نمو النمطية في سياق النمو ، حيث يؤدي تراكم هذه المشاعر الى الاحساس بالاضطهاد والغيرة ، أو يمهد السبيل لاستخدام واسع لوسائل الدفاع الاولية واعتماد أسلوب الهروب ، بدلا من مواجهة الموقف ، وتكون الاوهام خير وسيلة يستخدمها المريض لتحقيق ذلك ، وهكذا فان استبعاد مشاعر النقص والدونية ومشاعر الذنب تجاه حياة فشل المريض في التوافق معها ، يقود وضمن نرجسية يمكن ملاحظتها بوضوح في حياة البارانوي للقيام بمحاولة يزيل بموجبها معوقات الاحساس بالذات ، ليقذف بها خارجا ، بمعنى أنه يقوم بعملية اسقاط لكل اندفاع أو فكرة تضايقه الى العالم الموضوعي الخارجي .

يرى فرويد : أن احساس مريض البارانويا بالذنب يؤدي الى توجيه الاتهام الى الذات ، وتحت تأثير المعاناة التي ينتجها هذا التأنيب تجري محاولة لاشعورية للتخلص منه فيدفع به الى الخارج ، بحيث يتحول ما يتهم ذاته به الى اتهام يوجهه الآخرون ، وعبر هذه الميكانيكية يعطي لنفسه الحق بالاحساس بالظلم والاضطهاد من مصادر التهديد والتشريع الخارجية ، وفي الوقت نفسه يعطي لذاته الحق بمواجهة هذا الموقف ولكن عن طريق اللجوء وبالاصح عن طريق الهروب الى هذاءات العظمة لابعد ما يضايق النمو الذاتي (ولكن وفق الاسس البارانوية) .

وجدير بالذكر أن فرويد في تحليله لحالة شروبير Schreber كان قد انتهى الى أن صلب الصراع في البارانويا (على الاقل بالنسبة للذكور) رغبة خيالية في حب نفس الجنس — وتمثل هذه الجنسية المثلية Homosexuality هذه متناقضات الصراع التالية (٥٠ — ١٩٢) :

أنا (الرجل) أحبه (وهو رجل)

أ ـ يناقض هذه القضية من حيث الموضوع ، وفي صورة توهمات وخيالات كراهية وحقد :

ليس أنا الذي يحب الرجل (هو) ، بل المرأة .

ب ـ ويناقضها من حيث الموضوع عن طريق توهمات الاضطهاد :
أنا لا أحبه ، بل أكرهه ، ومن أجل هذا فهو يكرهني ويضطهدني .

جـ ـ ومن حيث الموضوع ، وعن طريق الجنون الجنسي :
أنا لا أحبه ، بل أحبها ، لأنها هي تحبني .

د ـ وبالانكار التام والكفر بالجميع :
أنا لا أحب أي أحد على الاطلاق ، بل أحب نفسي فقط .

بالاستناد الى ما تقدم ، تعد الهذاءات البارانوية بمثابة وسائل هروب من رغبات جنسية مثلية .. الخ لا يشكل هذا الحوار الداخلي اللاشعوري المتقن الذي يجريه البارانوي مع نفسه سندا علميا يمكن تعميمه أو الاعتماد به في أيامنا .

وها هو كاميرون Cameron ١٩٧٢ يشرح نمو استجابات البارانويا بقوله : ان المرء لابد وأن يدرك أننا نعيش على الثقة ، فالانسان في تصرفاته وسلوكه لابد وأن يفترض أن الناس ـ بصفة عامة ـ لديهم استعدادات طيبة نحوه أو على الأقل فانهم لا يسعون الى ايذائه ، فالشخص السوي يأكل طعامه دون أن يفكر في أن طعامه مسموم . وهو يذهب الى عمله ويعود الى منزله دون أن يفكر أنه من الضروري أن يأخذ حتى أبسط الاحتياطات لكي يقي نفسه من الأيذاء والتدمير (٢ ـ ٣٦٥) .

ان تعزيز الاستجابات البارانوية مرتبط الى حد بعيد ببيئة أسرية اجتماعية معززة لها . ومن خلال القيمة الثقافية السائدة ، والمناخات الاسرية القائمة على

التناقض والتفكك يعثر البارانوي على مصدر ثمين لأوهامه وعقد نقصه .

وكان قد عزا كاميرون نفسه أصل الحساسية المفرطة ونمو هذاءات البارانويا الى فشل الانسان أثناء طفولته في اكتساب الحد الأدنى من المهارة الاجتماعية اللازمة للقيام بدوره .

ويكمن جوهر سيكولوجية البارانويا في عدم استعداد البارانوي للتعديل أفكاره ، ومناعته ضد أي نفوذ اليه من خارجه ، وبالتالي فلابد أن تتغير البيئة أو الظروف الخارجية ذاتها كي تلائم عالم المريض الذاتي الذي لا يقبل هو التعديل أو التغير ـ كل ذلك في اطار من الاصرار والتشبث ـ بل التمنت ـ الذي يجعل المسألة بالنسبة للبارانوي مسألة حياة أو موت .

والقدر المحتوم الذي يوثق بين الهذائي وبين توهماته ، وكذلك صلابته التامة ازاء حقائق العالم الخارجي عنه ، وبالتالي منطقة واستدلالاته ... كلها راجعة في الحقيقة الى كون توهماته هذه لاتقوم في الاصل على أية أدلة حقيقية أو خبرة واقعية ، بل على العكس ـ هذه التوهمات هي نتيجة خبرات ذاتية مضطربة بسبب الاحباط أو الصد أو الانحراف في غرائزه ومشاعره ... مما يتجسد فيما بعد احساسات ذات طبيعة هلية . ولا قيمة للحقيقة الواقعية في نظر مثل هذا الشخص الا بمقدار ما تستطيع أن تؤيد وتدعم مشاعره التي يتشبث بها بأي ثمن ـ ولو تأييدا خاطئا ، انه يقلب الحقائق لتلائم مشاعره هو ، ويتجاهل ما لا يتمشى معها أو ما يهدد بفضح أو كشف حقيقة مشاعره المريرة النشاة هذه ـ وهي قوام حياته الهذائية لا يستطيع أن يحيا حياة غيرها .

ويصل الهذائيون الخطرون الى حد غريب من القدرة على اقناع الغير بمنطقهم ووجهة نظرهم (المقلوبة بالنسبة للحقيقة الخارجية) . فثمة حالات مشهورة استطاع فيها الهذائيون المصابون بجنون التقاضي اقناع القضاة والمحلفين بأن منطقهم هو الصواب واستدلالهم هو الحق (٥٠ ـ ١٩٦) .

وتأتي الشخصية البارانوية لتهيء (بما لديها من خصائص) دخول أصحابها المرحلة الاكثر ثباتا ووضوحا ونمطية — مرحلة سيطرة الهذاءات البارانوية .

تتصف الشخصية البارانوية برغبة شديدة في تلقي المديح والتبجيل ،وبحساسية زائدة في ردود أفعالها ، تغرق في التفاصيل عديمة الاهمية في الحياة العادية ، ويبهم صاحبها في تحليل المعاني الباطنية بحثا عن مضامين الاذى المتوقع والاضطهاد المزعوم الذي توجهه شكوك دائمة وفقدان ثقة بالنفس وبالآخرين . يرتبط بأنماط السلوك هذه التوتر والتذمر الدائمين مما يمنعهم من تحمل المسؤولية ولكن ذلك لا يمنعهم من التعصب الشديد لوجهات نظرهم الفكرية والدينية .

ترصد المؤامرات في حركات الآخرين وسياساتهم يعقبه لدى الشخصية البارانوية ردود هروبية حتى ولو كان بعضها هربا الى الامام بالعدوان أو بالشعور بالدونية .

قد تتضافر في احداث البارانويا جملة من العوامل الاخرى كتلك التي تؤسس على اضطرابات بيولوجية ، عضوية ، تسمم خارجي أو داخلي ، عقابيل عمليات جراحية ، أو ادمان العقاقير أو الكحول ، أمراض الشيخوخة كتصلب الشرايين الخ .. الخ . غالبا ما تكون الاعراض التي تنتجها هذه العوامل مشتركة بين أكثر من اضطراب نفسي .

الفصل التاسع

الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية)

AFFECTIVE DISORDERS

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية)

AFFECTIVE DISORDERS

تشمل الحالات المرضية التي يتركز فيها الاضطراب على الطاقة الانفعالية ومكوناتها والمظاهر الحركية والنفسية المعبرة عنها ، ومن خصائصها المبالغة الشديدة في كم الانفعال والحركة لدى الشخص المضطرب وكيفها حتى درجة التناقض .

تجمع التقنينات الشهيرة التي تصدرها جمعيات عالمية متخصصة في ميادين الشذوذ النفسي في تقسيمها العام لهذه الاضطرابات على الاشكال التالية :

- الاكتئاب Depression
- الهوس Manic
- الاضطرابات الوجدانية المشتركة ، ثنائية القطب
Bipolar, Disorder, Mixed
- الاكتئاب ثنائي القطب Bipolar Disorder, Depressed
- الهوس ثنائي القطب Bipolar Disorder, Manic

ولكن مع ذلك يرى بعض الباحثين امكان النظر الى تلك الاضطرابات كمجموعة مستقلة ، وعندما يميز بينها هو شدة وحدة الاعراض المعبرة عنها ليس الا .

بينما يرى آخرون التمييز بين أشكال هذه الاضطرابات من حيث مفاهيمها وعللها وأعراضها .

سيميل هذا الكتاب الى الاجماع في الحديث عن الاضطرابات الوجدانية ، مع تأييده الحديث عن الاكتئاب على أساس لوحة بانورامية متدرجة التعقيد في مكوناتها تغطي أبعادها نظريا بالحديث عن أشكال الاكتئاب (أطوار) والاعراض المميزة له .

الاكتئاب Depression

يعد الاكتئاب من أكثر المصطلحات تداولا في أيامنا المعاصرة ، حيث درجنا على استخدامه للتعبير عن ردود أفعالنا حيال مواقف تؤثر قليلا أو كثيرا في تقويمنا الخاص لذواتنا وللآخرين ، وبخاصة تلك التي تخرج عن اطار السيطرة أو الضبط الانفعالي ، وتهدد أمننا النفسي بالصالح يفقد الحياة من حولنا معناها فترتد الى عوالمنا الداخلية منطوين ومؤنبين وأحيانا عدوانيين .

يستخدم مفهوم الاكتئاب للاشارة الى الحالات التي يبدو فيها الشخص حزينا جدا يائسا فاقدا للامل والثقة بنفسه وبالآخرين قلقا دون معرفة السبب ، مبالغا في ردوده الانفعالية ، فالمكتئب شخص أعلن الحداد ولكنه لم يحدد له زمانا أو مكانا .

يعرف الاكتئاب بأنه حالة من انكسار النفس والكآبة أو الغم والهم والنكد والشعور بالذنب والقلق ، وهناك نوعان من الاكتئاب أحدهما عصابي أي نفسي ، ويشير الى حالة من الحزن والبلادة أو الخمول أو جمود الحس ولوم الذات ، وهو نوع أقل حدة من اكتئاب آخر هو الاكتئاب الذهاني ، وهو أشد خطورة وعنفا وأعراضه أكثر كثافة وتصبح فيه حالة المريض أكثر تدهورا ويعد المريض خطرا على نفسه وعلى المجتمع المحيط به (١٧ ــ ١٢٣) .

يعرف بيتروفيسكي Petrovesky 1985 (٦٤) الاكتئاب بأنه : حالة من الخمول واليأس وانقطاع الامل والخوف يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية ، وتغيرات في محيط الدافعية أو في القوى الدافعة والمحركة للانسان وفي الانطباعات المعرفية ، وبشكل عام في السلوك السلبي ، والفرد ، في حال كونه في حالة اكتئاب ، يشعر بعض الانفعالات ، منها الحزن أو الميلانكوليا والقلق أو الحسر واليأس .

ويرى / آي / الاكتئاب على النحو التالي : اضطراب انفعالي يتجلى بحالة اكتئابية نوبية بصورة خاصة ويتحدد بالطابع المؤلم المعترى الشعور ، وبانهيار الارادة ، والكف العقلي والتسلسل التشاؤمي للافكار ، والقلق (٦٠ ــ ٢٧٥) لا يشكل الشعور بالاكتئاب مرضا بحد ذاته ولكنه يعد كذلك اذا زادت مدته أو شدته عن ما يعتبر طبيعيا في مثل ظروفه ورافقته أعراض في السلوك والتفكير والجسم تؤثر بمجملها على فعالية الفرد ومقدرته على التكيف (٦٣ ــ ٦٦) .

أما الوجيز الاحدث لجمعية الطب النفسي الامريكية DSM III R فيشترط لتحديد الاكتئاب توفر المعايير التالية :

آ ــ أن تظهر خمسة من المؤشرات التالية تغيرا في سلوك المريض (المكتئب) على مدى أسبوعين وعلى أن تشير واحدة كحد أدنى الى : ١ ــ حالة نفسية اكتئابية. واما الى ٢ ــ فقدان الاهتمام أو القدرة على التمتع (لا تدخل في ذلك الاعراض التي تسببها حالات فيزيولوجية ، أفكار هذيانية ، هلوسات غير متطابقة مع الحالة الاكتئابية ..) .

١ً ــ حالة اكتئابية (يمكن أن تكون حساسية زائدة في الطفولة) خلال القسم الاكبر من اليوم (تقريبا كل يوم) تعبر عنها تجربة المريض الذاتية أو تستنتج من مشاهدات الآخرين .

٢ً ــ انخفاض ملحوظ في التمتع والاهتمام في معظم ان لم يكن في كل النشاطات العادية .

٣ً ــ فقدان أو زيادة دالة في الوزن دون أن ينتهج المريض نظاما غذائيا خاصة (بمعدل ٥٠٪ من الوزن خلال شهر) .

٤ً ــ الارق والارق الشديد كل ليلة تقريبا .

٥ً ــ اضطراب السلوك النفسي الحركي يوميا (بشكل يلحظه الآخرون) .

٦ ـ انهاك أو فقدان للطاقة (يتكرر يوميا) .

٧ ـ مشاعر الاحساس بعدم الجدوى أو الجدارة أو بالذنب .

٨ ـ انخفاض قدرات التفكير والتركيز وتلك المتعلقة باتخاذ القرارات .

٩ ـ تكرار أفكار عن الموت (ليس المقصود الخوف البسيط من الموت) ، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة معينة أو محاولة انتحارية ، أو خطة نوعية للانتحار .

ب ـ ١ ـ أن لا يكون وراء الاضطراب سبب عضوي .

٢ ـ أن لا يكون الاضطراب بمثابة رد فعل طبيعي على فقدان أو موت عزيز (ألم غير معقد) .

جـ ـ خارج سياق الاضطراب الانفعالي (قبل ظهور الاعراض أو بعد ظهورها) أن لا يكون قد عانى المريض في أي وقت من أفكار هذيانية أو هلوسات استمرت أكثر من أسبوعين .

د ـ ان لا يكون وراء الاضطراب الانفعالي اضطراب كالفصام أو اضطراب هذائي أو ذهاني غير نوعي .

عوامل الاكتئاب :

١ ـ العامل الوراثي :

ترصد العديد من الدراسات على التوائم والاشقاء دورا ملحوظا للوراثة في الاكتئاب بنسب اختلفت باختلاف الدراسات وأطرها المرجعية الثقافية والعلمية ؛ ففي حين تراها لدى دراسة تعادل ٩٥٪ عند التوائم المتطابقة (كولمان ١٩٥٠) تراها عند (هارفالد ١٩٦٥) ٥٠٪ لدى التوائم المتطابقة أيضا . هذه الفروق تبدو واضحة وجلية عند أية مقارنة تجرى بين دراسات من هذا القبيل .

نفضل الحديث عن ((الوراثة البيئية)) أو (الوراثة السلوكية) وعن البيئة الاكتئابية ، ونستبعد في ضوء النتائج المتوفرة حتى الآن دورا كبيرا يمكن أن تلعبه الوراثة بمفهومها الجيناتيكي في حالات الاكتئاب .

تدعم هذا التوجه نتائج العلاج النفسي الناجعة للاكتئاب دون الحاجة الى العقاقير أو العمليات الجراحية (باستثناء حالات تتقاطع وتتداخل مع اضطرابات عضوية أخرى) وغدا تعديل سلوك المكتئب عملية غير معقدة وفي متناول الارادة .

٢ ـ العوامل التكوينية :

تربط بعض النظريات والاتجاهات وبخاصة نظريات الانماط بين نمط الشخصية وبين الاضطرابات السلوكية ، وكان الاكتئاب (تبعا لبعض هذه النظريات) من نصيب البنية المكتنزة أو البدينة التي عدت أكثر عرضة للاضطرابات الوجدانية .

سبق وأوضحنا رأينا في علاقة البنية بالاضطراب وتجدده بقولنا : أن العوامل الثقافية والاجتماعية والمعرفية والسياسية والانفعالية تترك آثارها على حياة الشخص الوجدانية بغض النظر عن شحمه ولحمه وعرض أكتافه .

تعاني العوامل التكوينية من الفقر في تحليلاتها العلمية الموضوعية الدامغة لاتجاهاتها .

٣ ـ العوامل العضوية والكيميائية :

رصدت الكثير من الدراسات علاقة الاضطرابات الوجدانية والتغيرات التي تحدث في بيوكيمياء الجسم ، وتأكدت علاقة التأثير والتأثر بين الانفعال وتقلبات الهيبوستازيا ، غير أن مشكلة كم الاثر ونوعه ومدى الارتباط بين العلة والمعلول لازالت تشغل بال الكثير من الباحثين ، وذلك لعوامل مختلفة يأتي في مقدمتها الفروق بين الجماعات والافراد والثقافات ، اذ لا يمكن التنبؤ بما سيتركه أثر

فيزيولوجي سبق وتم رصده وقياسه لدى فرد معين ، لدى شخص آخر لا بل لدى نفس الشخص عند تغير شروط كالزمان والمكان والحالة النفسية والنمو ... الخ .

وفي هذا السياق استطاعت الدراسات أن تقيس تحولات واضطرابات عضوية ترافقت أو سبقت الاضطرابات الوجدانية ، مثل التغيرات الهرمونية أثناء الولادة ، وبداية الطمث ، وسن اليأس ، اضطرابات الغدد كالغدة الدرقية والكظرية والجنسية وارتفاع وانخفاض نسبة السوائل والمعادن في الجسم . فضلا عن الامراض العضوية ـ أمراض القلب ـ السرطان ـ التدرن الرئوي ... الخ .

وتنشط دراسات أخرى حول تلك المناطق الدماغية ذات العلاقة بوظائف الانفعال والعاطفة ويحوم الشك حول بعض المركبات الحساسة التي يعتقد بأثرها في الاضطراب الوجداني .

ومع ذلك فانه من المبكر الحسم في مسألة أيهما يؤثر في الآخر على مبدأ العلة وأيهما المعلول الاكتئاب أم التغيرات العضوية والكيميائية ؟ على الرغم من النتائج المشجعة فلا زال الجواب المقنع بعيدا .

٤ ـ العوامل النفسية والبيئية :

يترتب على تأمين مطالب النمو في هذه الحياة الكثير من المواقف المحرجة والصادمة ، ويكون بعضها مما لا طاقة لنا بمواجهته والسبيل الوحيد أمامنا هو الاقرار بضعفنا والتسليم بما أصابنا . ولكن في الحالتين نقوم بسلوك ما .

يشكل ما تقدم قاعدة عامة تطال جميع البشر ولكن ما يميز بين هؤلاء البشر هو أساليب ردود أفعالهم واستجاباتهم وأنماط سلوكهم نحو تلك المواقف ، ففي حين نرى المستفيد من الموقف الصادم ليدعم سبل مواجهة المواقف في المستقبل اللاحق ، نرى وبالوقت ذاته ذلك الذي استسلم ودخل الشك أعماقه وعطّل فلسفة المواجهة لديه جزئيا أو كليا ، وبين الانموذجين يتوضع آخرون بحيث يطول مدى

استجاباتهم أو يقصر وفق امكانات الصمود أمام الازمات ووفـق التناول العقلاني والمعرفي لها .

تعد العوامل النفسية في مقدمة العوامل التي تظهر آثارها بجلاء على أداء الفرد الانفعالي والوجداني ، وعلى سبل تصريف طاقته الحيوية وردود أفعاله ، وترتبـط اضطرابات كالقلق والخوف والاكتئاب والهوس ارتباطا مباشرا بالخبرات التكيفية الفاشلة والكوارث والاحداث المحزنة والمفاجئات عند فقدان الموضوعات العزيزة بشرية كانت أم مادية ، طموحات أم نزعات . فضلا عن التراكمات الانفعالية التـي تعقب خيبات الامل في ميادين الحب والجنس والعمل والعلاقات الاجتماعية ومـا تنتجه من نزوع نحو العزلة والتطرف وتأنيب الذات والعدوان عليها .

يقدم فرويد شرحا دقيقا وأصيلا للآلية النفسية اللاشعورية للاكتئاب في بحثه عن « الحزن والميلانخوليا » حيث يقول : « عندما يفقد الانسان شيئا عزيزا وحبيبا اليه ، يحزن عليه ويغضب منه لتركه اياه وحيدا أو أعزلا . فكأن الفرد يلوم فقيده ويكرهه لما فعل به ، ولكنه لا يستطيع التصريح بهذا الكره والعداء لحبيبه فينتج عن ذلك لوم وتوبيخ للذات التي تمادت في كره الفقيد ، هذا عين الاكتئاب الذي يعـد تعذيبا ومقاساة للنفس . اذن فالاكتئاب عند فرويد عداء مكبوت . وقـد يتحول العداء الى قتل النفس ، أي أن قتل النفس يصبح بمثابة قتل الآخر (الفقيد) الذي امتزج واندمج بالنفس (بالابتلاع) وأصبح جزءا منها (٣ــ١٠٧) .

ــ ويعدد مناخ **البيئة الاسرية والنمط التربوي** فيها الى حد بعيد أشكال ردود الفعل الانفعالية وسبل تصريفها ، ولقد أوضحت الدراسات العلاقة الترابطية بين معاملة الاسر القاسية ، المتسلطة أو المهملة ، وأشكال الحرمان المعنوية والماديـة وبين الاكتئاب .

ــ كما أن **فقدان المكانة الاجتماعية** وغياب الدور الاجتماعي المقبول ومـا يسببه من احساس بالظلم والتفرقة يكونان بالتضافر مع مظاهر ضاغطة أخرى عواملا اجتماعية يمكن رصدها بسهولة عند تشخيص حالات الاكتئاب . كما لا يمكن استبعاد

العوامل الذاتية في الاكتئاب بل على العكس يمكن عدها من أكثر عوامل الاكتئاب بروزا .

وتظهر أدبيات الاضطرابات السلوكية دورا واضحا لشخصية ما قبل المرض ـ الشخصية الدورية ـ حيث يتصف أصحاب هذه الشخصية بالحماس والحرارة الزائدة مع تقلبات انفعالية وجدانية سريعة من المرح الى الحزن ، وتكون هذه الشخصية متشائمة ، مترددة ، بطيئة وزاهدة متصلبة بالرأي وصعبة المراس . وصفت هذه الشخصية بالدورية لان صاحبها ينتقل من حالة انفعالية يفرضها موقف الى حالة أخرى مناقضة تماما في انفعالاتها وردود أفعالها الوجدانية ، دون أن يكون هناك أي مبرر موضوعي لهذا الانتقال ، هذه اللااستقرارية الانفعالية تجعل من الصعوبة التنبؤ بردود أفعال هذه الشخصية ، وتبعدها عن الثبات مع ما يسببه ذلك من سوء تكيف واضطرابات نفسية وبخاصة الاكتئاب والهوس (٦٥ ـ ١٩٩٣ ـ ١٦٧) .

اما فلسفة الشخص الذاتية تجاه قضايا الحياة فانها تلعب أحد أكثر الادوار حسما في الاكتئاب ، فالحساسية الزائدة ، ومشاعر فقدان الجدوى وانعدام وسيلة الاتصال المثمر مع الواقع مع تبني الآراء والتفسيرات العدمية حول معاني الحياة ، والتساؤل الذاتي الملح والمتكرر حول مغزى الوجود الشخصي في هذا الكون ، والفشل في تحمل تبعات الاعمال وبخاصة تلك المتعلقة بتصريف لطاقة الجنسية أشكال من لسلوك تحددها وتتبناها فلسفة الشخص الذاتية وتدعم بذلك الشعور بالهزيمة والتعرض للاكتئاب .

اعراض الاكتئاب :

يهدد الاكتئاب النجاز المضطرب على مختلف الصعد ، وتعد مؤشرات البطء والتراجع في كفايات الشخص الانتاجية نفسيا واجتماعيا وعقليا ومعرفيا وعضويا وجسديا أعراضا تقليدية للاضطرابات الانفعالية وبخاصة الاكتئاب ، تتطور وتتضح وتنمط هذه الاعراض كلما كان شكل الاكتئاب أكثر حدة ووضوحا .

وتظهر على مرضى الاكتئاب بشكل عام الاعراض التالية :

- التشاؤم والحزن والشرود والشكوى والاستعداد للبكاء ، مع الاوضاع الجسدية والحركية الدالة على ذلك . فالعيون المغرورقة بالدمع والسواد الذي يكحلها والتجاعيد التي تلف الفم والجبهة ، والثياب ذات الالوان الداكنة ، والصوت المتهدج الذي لا يكاد يسمع ، والخطوات الحذرة المتثاقلة أعراض لمظهر المكتئب العام .

- الشعور بالعدام الجدوى الذاتي والموضوعي ـ فلا هو جدير بالحياة ولا الحياة جديرة بأن تعاش ، والنتيجة احتقار للذات وللآخرين وشعور بالذنب عن خطايا لم ترتكب ، وقد يحمل هموم الدنيا على كاهله معاقبة لذاته المخطئة دوما (حسب اعتقاده) مع احساس بالمسؤولية عن الآلام والمظالم التي تصيب الآخرين ويكون هو أحد أسبابها !!!

- توهم المرض والمبالغة في المحافظة على الصحة تقود المريض للتردد على عيادات الاطباء ليعرض نفسه أو أفراد عائلته . ولكن بالمبالغة ذاتها قد يهمل ذاته ويمتنع عن تنظيف نفسه .

- أوهام تتركز حول مكانته الوضيعة وحول تفاهة وعدمية حياته هو وأفراد أسرته والمقربين . وقد يتوهم المريض امكانية تعرضه وهؤلاء جميعا للضياع ولضيق سبل الحياة بهم ، فيسعى والحال هذه الى استباق الاحداث ويقوم بعملية وقائية على طريقته فيقتل أفراد أسرته وينتحر ، ولقد كشفت الكثير من الدراسات العلاقة الدالة بين الانتحار والاكتئاب ، وينصح أن تؤخذ تهديدات المكتئب بالانتحار على محمل الجد في حالات الاكتئاب الشديدة .

- أما هلاوس المكتئب على قلتها فتتضمن عادة كل ما يحط من قدر المكتئب ويشعره بضعفه كأن يستمع الى اداناته تتكرر باستمرار (مضمون الهلاوس) وتدعوه أحيانا لقتل نفسه الدنيئة ، أو يشم روائحا مصدرها جسده المتسخ .

- يتعرض المكتئب لاضطراب النوم والانهاك الشديد وتلعب الفروق الفردية دورا في المحافظة على وزن المريض أو زيادته أو نقصانه مثلما تتدخل في فقدان الشهية أو في زيادتها ، حيث يستخدم الطعام والسلوك المبذول من أجله لتصريف طاقة انفعالية بشكل لا شعوري ، ويفقد المريض الرغبة في الحركة فتنباطأ حركاته ويسيطر عليه الكسل وقد تنعكس قلة الحركة الى نقيضها حيث الهياج وكثرة الحركة والكلام .

- علاقات المكتئب الاجتماعية فقيرة وتحل اتجاهات العزلة محلها شيئا فشيئا حيث فقدان الاهتمامات والصداقات والعادات التي اعتادها الامر الذي يؤدي الى فقدان الانتاجية الاجتماعية والقيام بمسؤولياتها .

- تتأثر الطاقة الجنسية عند المكتئبين الذكور من انخفاض في الرغبة الجنسية الى درجة الاضطراب ، وقد ينقطع لدى الاناث الطمث وبالتالي الى تجنب الجنس .

- يتعرض المكتئب لاضطرابات في الذاكرة ويعاني من تطير الافكار والموضوعات كما تتأثر العمليات الفكرية والمعرفية .

اشكال الاكتئاب :

تستند المحاولات التصنيفية الى أكثر من اطار مرجعي في تحديدها لأشكال الاكتئاب ولدينا في هذا السياق :

١ ـ تصنيف يستند الى السبب في الاضطراب ويشير الى وجود شكلين :

أ ـ اكتئاب تفاعلي خارجي المنشأ Reactive depression

ب ـ اكتئاب داخلي المنشأ Endogenous depression

٢ ـ تصنيف يستند الى الاعراض ويميز بين نوعين من الاكتئاب :

أ ـ اكتئاب عصابي Neurotic depression

ب ـ اكتئاب ذهاني Psychotic depression

٣ ـ تصنيف يستند الى شدة الاكتئاب وحدة آثاره ويتجه نحو التعددية ويكون من الممكن الحديث عن : اكتئاب خفيف ـ اكتئاب متوسط أو حاد ـ اكتئاب ذهولي ـ هائج .. الخ .

سنسعى في استعراضنا لاشكال الاكتئاب تغطية هذه التصنيفات التي لا نرى فيها تناقضا اذا ما وضعنا بالحسبان اظهار العلة والعرض والآثار عند تناول كل شكل .

١ ـ الاكتئاب العصابي :

عندما يتعرض الشخص السوي الى خبرات يضطرب تحت تأثيرها جانب أو أكثر من جوانب حياته الوجدانية (وفاة عزيز ـ خسارة مادية ـ احباط له آثار سلبية) تظهر عليه علامات الحزن والضيق والقلق ولكن هذه العلامات تبقى في اطار السيطرة الارادية وتنسجم مع المثيرات التي أحدثتها . ولا يلبث صاحبها أن يعود الى حالته السوية الطبيعية والى أعماله المعتادة بعد تقدير الموقف وتقويمه بشكل موضوعي .

وبهذا المعنى فإن مشاعر الحزن في المواقف التي تستثيرها فعلا هي مشاعر عادية طبيعية ، ويشير وجودها الى حالة انفعالية طبيعية ، وان أحاسيس الهم والضيق والكرب نشاطات انفعالية معممة على كل البشر ولا ينبغي أن يفسر وجودها على أنه اضطراب ينشغل صاحبه به وانما ينبغي عدها مشاعر مرتبطة بمواقف حياتية تثيرها حقا .

وهكذا لا تدخل مشاعر وأحاسيس لها ما يبررها في الواقع كتلك التي أوردناها ضمن مقومات الاكتئاب طالما بقيت في اطار الاستجابات المعقولة بعيدة عن المبالغة المرضية . ولكن ما أن تبدأ الردود الانفعالية بتجاوز ما يستثيرها في الواقع ،

وبالتأثير على وظائف الفرد وانجازه حتى تكون أمام بداية اضطراب يتميز أصحابه بغلبة الكآبة والسوداوية في معظم نشاطاتهم بعامة وبانخفاض في النشاط النفسي والعضوي بخاصة يمكن أن يكون معرض للتطور أكثر الى درجة ايذاء الشخص لذاته معنويا بالتقريع والتحقير وماديا بالاعتداء عليها ومحاولات الانتحار التي قد تنجح ويتوج بذلك سلسلة من الاستجابات المبالغ بها على مثيرات معروفة . سمي هذا الاكتئاب بالاكتئاب العصابي وعدت أسبابه خارجية تسندها استعدادات ذاتية داخلية وكذلك يمكن تسميته أيضا باكتئاب رد الفعل اذا ما جاء استجابة لصدمة عنيفة مؤثرة وتكون في هذه الحالة فترته قصيرة نسبيا .

يتضح مما تقدم أن درجة الاكتئاب وحدته تتوقف على طبيعة استجابات الفرد تجاه مشكلات الحياة وعلى قدرته في ابقاء ردود أفعاله في حدود معقولة والتقليل من المبالغة بحيث لا يؤثر موقف الحزن على انجازه .. وبالتالي فانه كلما كانت الاستجابة أكبر مما يتطلبه المثير فان الاحتمال أكبر لتطوير شكل الاكتئاب والانتقال من الشكل المبرر موضوعيا الى الشكل المبالغ به (العصابي) فيضاف الى مشاعر الحزن والكآبة مشاعر التشاؤم والتوتر والقلق وفقدان القيمة .

٢ ـ الاكتئاب الذهاني :

وهو شكل متطرف من أشكال الاكتئاب لا يعود الى حادثة معينة مباشرة أو لمثير معروف وانما يرتبط بحالة نفسية داخلية لاشعورية ، والمصاب هنا لا يدرك السبب الحقيقي لحزنه ولمشاعر التعاسة التي تغمره الامر الذي يضعف قدرة المقاومة والتحليل المنطقي لديه ، ويسهل استسلامه للاوهام والهذاءات التي يتركز معظمها على تحويل مشاعر الخيبة وتوهم المرض واتهام الذات بالآثام والخطايا والدعوة الى القصاص الذاتي .

تتوضح خصائص هذا الشكل من الاكتئاب أكثر في المقارنة التالية بينه وبين الاكتئاب النفسي (العصابي) (٣ـ١٩١) .

الكآبة النفسية (العصابية)	الكآبة الذهانية
الانتشار : كثير بين الناس	ـ اقل انتشارا
عامل الوراثة : ضعيف التاثير	ـ اقوى مفعولا
الشخصية قبل المرضية : عصابية ، اي استعداد للقلق والهموم ، حساسية وقلة نضوج عاطفي	ـ ذات مزج دوري بين المرح والحزن ، مع ميل الى تكوين بنيوي مملوء ومكتئز
التاريخ العائلي : واهن الاثر	ـ قوي وموجب في الغلب الاحيان
العمر : يحدث في اي سن	ـ يزداد عادة بعد سن الثلاثين
الاسباب : واضحة ، نفسية ، محيطية خارجية	ـ غير واضحة ، ذاتية ، او مفقودة
اصابات سابقة بالمرض : غير لازمة	ـ وجودها اكثر احتمالا ومتكررة
علاقة المرض بالواقع : منطقية ومفهومة	ـ بعيدة عن منطق الواقع والظروف
شدة المرض : متوسطة او بسيطة	ـ شديدة
اسوأ اوقاته : في المساء	ـ في الصباح
النوم مصعب في اول الليل ومضطرب اثناءه	ـ سهل في اول الليل وارق في آخره
الوزن : لا يتأثر كثيرا	ـ يفقد المريض من وزنه كثيرا
الاوهام : غير موجودة	ـ موجودة ، وتتخذ صورة الشعور بالندم والخطيئة والذنب
الميول الانتحارية : قليلة	ـ كثيرة وقوية
التحولات البدنية : قليلة	ـ امساك وعسر هضم وشعور بالارهاق وسقوط الشعر وتوقف الحيض ومنه
الاستبصار : موجود وجيد	ـ ضعيف ومفقود
علاقة المريض بالآخرين : يتحسن عندما يوجد بين جماعة من الناس	ـ ربما تزداد اعراضه سوءا بصحبة الآخرين وينفر منهم ، ويفضل الوحدة

يقسم الاكتئاب الذهاني على أساس مستوى الشدة الى :

١ ــ الاكتئاب البسيط Simple depression

يشعر المريض عند هذا المستوى من الاضطراب بالوهن والضعف والتراجع الحيوي والارادي ، وتكون علامات الحزن من نظرات باهتة وحاجبين متقطبين وعينين مغرورقتين بالدمع ، وظهر منقوس وثياب داكنة واضحة لدى المريض . كما يعاني من السأم والاحساس بالفراغ الداخلي والتشاؤم العميق ويتجه للتقليل من الكلام أو التكلم باختصار عندما يضطر لذلك .

ولكن وبالرغم من ظهور هذه الاعراض فان المصاب يستطيع مزاولة نشاطه اليومي بشكل ينحرف قليلا عن مستوى الاداء المعتاد .

٢ ــ الاكتئاب الحاد أو الشديد Acute depreession

يشهد هذا الشكل تكثيفا وتضخيما لحالة الاكتئاب البسيط ، ويعكس المريض شعورا قويا بالكراهية والعدوان ضد نفسه ، فالمريض يتهم نفسه بارتكاب أبشع الجرائم ، وبعض هذه الافكار يتطور حتى يصبح هذيانا ، واذا كان الهذيان كامل التكوين ومستقلا عن الحالة المزاجية فان حالة المريض يطلق عليها جنون اضطهاد الاكتئاب Paranoid depression وفي بعض الحالات الشديدة يعاني المريض من الهلاوس التي تدور حول الانفعال الغالب لدى المريض وهو الحزن والاسى والاكتئاب (١٧ــ١٩٩٢ــ١١٠) .

٣ ــ الاكتئاب الذهولي : Depression Stupor

يعد الاكتئاب الذهولي أشد أشكال الاكتئاب أثرا وأكثرها خطورة وتهديدا لكفايات الشخص المنتجة . يتعرض هنا المصاب للجم حركي ونفسي شبه كامل بحيث يبدو جامدا يقاوم الحركة أو صامتا يرفض الكلام لفترة طويلة لا يستطيع العناية بنفسه في الحدود الدنيا وبالتالي فهو معرض لاعتلال صحته الجسدية والى معاناة نفسية أليمة .

٤ ـ الاكتئاب الهائج :

تظهر في هـذا الاكتئاب المظاهر الحركية المتطرفة الشاذة والمبالغ فيهـا والتي تتعارض مع ملامح الحزن والكآبة المسيطرة على المصاب ، وتسيطر مشاعر القلـق بشكل يطغى على مشاعر الاكتئاب ، ويتبدل الجمود الحركي المألوف في الاكتئاب الذهولي الى جنون حركي وهياج دائم لا يستطيع المريض التحكم به ، فيبلغ ايذاء الذات وتقريعها ماديا ومعنويا قمة مستوياته وترتفع احتمالات الانتحار .

٥ ـ الاكتئاب المقنع : Masked or mild depression

يتخذ الاكتئاب هنا شكلا مقنعا ويبدو ضمن تظاهرات وظيفية جسمية مختلفة تكون دورية تتزايد في الربيع والخريف وتكون شديدة في الصباح ، بينما تخـف بالمساء وهي تتحسن تحت تأثير مفعول الادوية مضادات الاكتئاب، وتكون الشكاوى الجسمية في هذا الاكتئاب :

ـ شكاوى هضمية : آلام بطنية ، فقدان الشهية ، امساك ، ضغط وثقل بطني .
ـ حالات من الالم : صداع ، آلام وجهية ، آلام قطنية ، آلام روماتيزمية .
ـ شكاوى صدرية : حصر صدري ، (ضيق تنفسي) (٥٥ـ٢٢٢) .

٦ ـ الاكتئاب الهاذي : Delirious depression

تضيف هذه الصورة الى الاكتئاب عنصرا هاذيا يظهره المريض اذا تكلم ، وهو يتكلم بعنف . ومحتوى الهذيانات محتوى اكتئابي على نحو بارز : اتهام ذاتي ، واثمية ، ومرض عضال ، أو حتى الخلود ، ذلك أن الموت انقاذ بالنسبة اليه . وقـد يقتصر المريض على موضوع وحيد في هذيان واحد ، أو قد تكـون الموضوعات كثيرة . ويبدي المريض ، على المستوى البيولوجي ، جميع خصائص الهيجان العميق، وعلى مستوى التحليل النفسي ، يلمع مانكوفسكي على اضطرابات في المعاش الزمني: قليس للاكتئاب مستقبل . ويلاحظ فرويد وكيلان تعطيل العلاقـة بالموضوع . فالموضوع المفقود يستدمجه الفرد على أنه موضوع سيء (٦٠ـ٢٧٧) .

ان الاكتئاب بأشكاله كافة هو نتاج لهذا العصر الذي نعيش ، وان مشاعر الوحدة والعزلة ومفاهيم التفرد الاجتماعية والمدنية خالية الحس الاجتماعي ، والتكور حول المكاسب الشخصية الخاصة ، والابسراج المعزولة ذات الطقوس الانانية الصرفة ان تتوقف عن انتاج عوامل الاكتئاب والاغتراب والضياع .

حالة اكتئاب وتعليق فينومنولوجي Fenomenology (٦٦-١٢١-١٢٤)

سيدة تتمتع بذكاء ملحوظ وثقافة عالية وحدس نافذ ، أصيبت بنوبة اكتئابية شديدة كتبت مذكرات أثناء النوبة تصف عالمها المرضي وخبرتها المعاشة أقتطف منها العبارات الآتية « ليس الامر انني أشعر بالفراغ ، بل انني الفراغ . ولا يستقيم القول بأنني أتعذب عذاب جهنم ، بل انني جهنم ، انني الفراغ ، ومن ثم يمتنع وجودي (أنا غير موجودة) . ولما كنت في عداد الموتى فلست في حاجة الى مفهوم الموت بل انني الموت » .

وتستطرد قائلة « كيف يمكن أن يسقط الانسان الى أسفل الهاوية على هذا النحو . انني مع ذلك روح وعقل وحرية . كيف يمكن أن ينتزع من الانسان كل هذا وبالاضافة اليه العالم والناس وكل شيء . ان عالمي هو الفراغ ، انني هنا ومع ذلك لم أعد هنا . لقد فقدت كل شيء فيما عدا الشعور بهذا الذي فقدت . ان الامتلاء لا يمكن أن يعاش الا بالامتلاء ، والفراغ بالفراغ . اننا نتحرك في الفراغ ونحن الفراغ ولكن الواقع أن الفراغ ينبعث منا ويتسلل داخل العالم فيفقدنا اياه . ان الفراغ لا يعاش ، انه يعطى مباشرة . في حالة الصحة فاننا نخبر الفراغ بواسطة الامتلاء . فاذا مرضنا لا يبقى لنا الا الفراغ ، فراغ في الخارج . فراغ في الداخل ... فراغ في المكان . فراغ في الزمان ... ان ثمة انقطاع بين ذاتي وبين جسمي ، ان جسمي يتعفن في فراشي . ان ذاتي التي كانت لي فيما مضى تجري بعيدا ويستحيل علي أن ألحق بها . ولا يفارقني الشعور بأنني لست أنا ، بل شخصا آخر » .

ان أول ما يلفت النظر في هذه الحالة هو هذا الفراغ الوجودي الذي ألحت

عليه المريضة في معظم عباراتها . فهي تكاد أن تنتقل من الوجود الى العدم فقد قالت « انني الموت » وهي لاتعني بطبيعة الحال الموت بمعناه الحرفي ، فما هي ماهية هذا الموت ؟.

فينومنولوجيا نريد أن نتعمق الأمر من وجهة نظر الواقع الانساني أي مايسمى في الاصطلاح Dasein ويترجم أيضا بكلمة « الآنية » . والآن ردا على السؤال عن ماهية الموت ، نستطيع أولا أن نقول انه انعدام الوجود أو عدمية الآنية . ولكن ما هو الوجود وما هو العدم ؟ ، أو على الاقل ما هو وجود الموجود الانساني وما هو عدميته ؟.

يرى هيدجر تلميذ هوسرل مبتدع المنهج الفنومنولوجي : ان اضطراب وجود الموجود الانساني انما يكمن في اضطراب علاقته التعاطفية الاساسية مع العالم . ذلك أن العلاقة الاساسية الكاملة في المجمل « انسان وعالم » انما تشكل الاساس التحتاني لأفعالنا الادراكية الحسية والارادية وتتصل بهذا الاساس ظواهر «القابلية» و «القدرة» . وهذه بدورها لا معنى لها الا في اطار نظرية عامة في الصيرورة .

وهكذا ان يوجد الانسان يصبح مساويا للقدرة على أن يوجد . فقولي أنا أكون « أنا موجود » لا معنى له الا بقدر ما يتضمنه من قدرة على استمرار القابلية على التعديل الذاتي . وبعبارة أخرى أنا موجود تتضمن بالضرورة ما أتمتع به من دينامية الصيرورة . وهذا يمكن التعبير عنه أيضا بقولي : انا موجود لانني أتواصل تواصلا وجدانيا ديالكتيكيا مع عالمي وفي عالمي . ولكن مفهوم الصيرورة ينبغي أن يظل واضحا في أذهاننا ، لانه لسبب مرض الاكتئاب والهوس ، والارضية التي تتشكل فوقها باقي الاعراض بحيث نستطيع أن نقول ان ما يميز الاكتئاب إنما هو تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها ـ بناء على المناقشة السابقة ـ انخفاض في الشعور بالوجود أي في الشعور بالكينونة ، بامتلاء الكينونة . ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة . وهذا الشعور بنقصان في الكينونة ـ الذي نجد مسحة منه في معظم الامراض النفسية والعقلية ـ يصل ذروته في الاكتئاب

الشديد حتى يصل الى الشعور بالفراغ الذي عبرت عنه المريضة أحسن تعبير وقرنته بعدمية الوجود ، عندما قالت « انني الفراغ ومن ثم فأنا غير موجودة .. انني الموت » . وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التناغم بين الأنا والعالم ، عندما يصل نقصان الشعور بالكينونة نقصانا حادا فيصل الى عدمية الوجود . وتنسحب هذه العدمية على العالم فيفقد كل دفء عاطفي ، يفقد حيويته وطبيعته ، وقيمته ، فيصبح باهتا باردا وكأنه مفتعل مصطنع ، شبيه بديكور مسرحي مبهم لا يفصح عن أي معنى انساني . ونعرف أن هذه المشاعر تندرج في مصطلحات الطب النفسي تحت مفهومي الـ « Derealisation » ، والـ « Depresonalisation

أما Depresonalisation اضطراب الشعور بالذات ، انما هو ، بناء على مناقشتنا السابقة الشعور بنقصان الكينونة الناجم عن تدهور القدرة على الصيرورة. أما الـ Derealisation فهو الانطباع بتغير جذري في ادراك العالم الخارجي ، الذي يصبح فارغا من كل معنى . يتضح اذن أن هذين المفهومين مرتبطان وهذا ما ادركته المريضة في قولها « فراغ في الداخل فراغ في الخارج » . ثم قولها « والواقع أن الفراغ ينبعث منا ويتسلل في العالم فيفقدنا اياه » .

والآن لنذكر قولها : « فراغ في المكان فراغ في الزمان » ... والواقع أن يشهدي المكان والزمان يضطربان اضطرابا شديدا في الاكتئاب . وسبق القول بن نقصان الكينونة أي الفراغ في المكان لا معنى له بغير نقصان الصيرورة أي الفراغ في الزمان . والواقع أن معظم أطباء النفس الفنومنولوجيين يرون في اضطراب الزمانية Temporality الزمان المعاش (لا الزمن المحسوب بالساعات) يرون أن في هذا الاضطراب في الزمان المعاش على نحو بعينه يكمن مفتاح الاكتئاب . وكلنا نعرف أن في الملل تثاقلا خطى الزمان المعاش . وما الفرح الا انطلاق تنشط فيه خطى الزمان المعاش لتستقبل المستقبل في حبور الترحيب . أما الحزن فهو تباطؤ قد يصل الى اللاحراك في الحزن الشديد ، بل قد تنعكس الخطى ليجرنا الماضي اليه في أسفنا عليه ، أو يشدنا وثاق تأنيب الضمير الى ما سلف من أمرنا ، فيبطئ الماضي كاهل الحاضر فتضطرب الصيرورة . وبعبارة أخرى فان البنيان الديناميكي ، لتلاحق زمانية الشعور ، حينا يتلهف على المستقبل ، وحينا يطرق معزونا للماضي ، هذا البنيان انما هو تركيب جوهره زمانية مشحونة بقيم الوجدان بعامة وقيم الوجدان الاخلاقي بخاصة .

الهـــوس

MANIA

مفهوم الهوس :

اضطراب وجداني تغلب عليه المبالغة في التنبيه النفسي والحركي ، يحدث منفردا ويمكن أن يمثل في حالات الوجه الآخر للاكتئاب عندما يشكل الانسان ما يعرف بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب .

« يتميز الهوس بتهيج المزاج والحيوية الانفعالية والهياج الحركي وتعزيبة العياة النفسية الى الحد الاقصى (٦٠ ـ ٢٧٨) . وتعرّف موسوعة علم النفس الهوس بأنه حالة ذهنية ومرض عقلي تتبدى أعراضه في شدة التهيج بدون ضابط لدى المرء ، ويتجلى في تضخم الافكار وانتقالها السريع من موضوع الى موضوع دون تمييز بين قيم المعاني كما في الاندفاع المفرط نحو تحقيق كل فكرة تخطر على الذهن الهائج ، حتى انها قد تتحول الى رغبة جامحة في القتل أحيانا (١٣ـ٢٧٩) .

اعراض الهوس :

يمكن اجمال أعراض الهوس بالتالي منها :

ـ هياج نفسي حاد واستثارة حركية مستمرة غالبا ما تكون هزلية ساخرة لايبررها الواقع . فالمريض دائم الحركة لا يهدأ متوتر يصرخ ويزعق ، يرقص ويصفق يزرع المكان جيئة وذهابا ولا يستطيع الاستقرار على وضعية معينة .

- لا تنقص الهوسي مظاهر الفرح والسرور والسعادة بل على العكس من ذلك فهو دائم الغبطة والتفاؤل عيناه محتقنتان ووجهه متهيج ومتورد ، انه يتصرف وكأنه مصدر متعة للآخرين . يتجه لبناء الطموح العالي ويركز طاقته باتجاه المستقبل على عكس الاكتئابي الذي يعيش في كنف الماضي ، ولكن لا يسلم الهوسي من الوقوع في التناقض المزاجي ويتعرض للانتقال من طور انفعالي الى آخر مناقض تماما .

- أفكار الهوسي كحركته غزيرة سطحية غير مستقرة ينتقل من موضوع الى آخر دون مراعاة السياق المنطقي ودون وجود رابطة سوى السجع أحيانا أو التشابه السطحي . ويتعرض للشرود والسرحان وتطاير الافكار . كما تتأثر المحاكمة لديه ويسمح ذلك بتعرض المريض لأوهام مصدرها عظمة مزيفة . وتدعم الهلوسات ذات الطابع الانفعالي موقفه من نفسه وتغذي نزعة التميز لديه .

- على الصعيد الاجتماعي يتميز الهوسي بكرمه وشجاعته ، ومشاريعه شديدة الخيالية لمصلحة العباد ، ومن الطبيعي أن يتبع ذلك رغبة تدعيم أواصر الصداقة مع رجالات المجتمع السياسية والاقتصادية والاجتماعية ولهذا يصرف الهوسي الكثير من وقته لتحقيق هذه الغاية ، والمراسم في هذه الحالات تتطلب هنداما وأناقة (سيبالغ بها حتما) وتزيّنا وتبرجا بالنياشين وما يشبهها .

- تبدو على مريض الهوس علامات الارق والانهاك وفرط التعرق ، وفقدان الوزن بصورة ملحوظة واضطراب الطمث .

- تفلت الغرائز وبخاصة الجنسية منها من الضبط الارادي ، ويعاني الهوسي من اندفاعات جنسية تقوده الى الاسراف في النشاط الجنسي ، وأحيانا الانحراف الجنسي وبخاصة التعري والاستعراض .

أشكال الهوس :

يقسم الهوس الى أشكال تراعى فيها شدة ودرجة الاضطراب .

١ ـ الهوس الخفيف او تحت الهوس Hypomania

أقرب أشكال الهوس الى السلوك الطبيعي الامر الذي يعقّد تشخيصه لأول مرة . وتقتصر مظاهر الشذوذ هنا على انحرافات بسيطة عن المألوف ، حيث تعيش الفعالات المصاب نشوة وفرحا واحساسات بخفة الدم والثقة بالنفس والتمتع المبالغ به بالفن والجمال .. لا يتردد وهو في قمة نشوته واحساسه بالزهو عن القيام بالواجب في استقبال الاغراب مصافحا وحاضنا وراقصا .

يتدفق فكر المصاب الى درجة السيولة ولكن من غير أن تفقد الآراء الكثيرة ترابطها المنطقي .

للمريض اهتمامات اجتماعية ومشاريع نظرية كثيرة ، ولكن مزاجه وغروره يعيقان تحقيق هذه المشاريع ويوفران له من وجهة نظره امكان تجاوز النظام القيمي والاخلاقي في المجتمع . وأمام هذا الموقف يتكون له احتمالان . فاما أن يبالغ في تمثل القيمة فيغدق في كرمه الى درجة التبذير وتنهال هداياه على الآخرين . واما أن يبالغ بتجاوز القيمة بانغماسه في الانحرافات الجنسية دون رادع أو بلجوئه الى التزوير والاعتداء على الآخرين واتخاذ القرارات الخاطئة في مجاله المهني .

٢ ـ الهوس الحاد : Acute Mania

تتضح خصائص الهوس وتصل المبالغة الى حدها الاقصى في طرائق تصريف طاقات الفرد النفسية والحركية ويعيش الهياج بكل أبعاده ، فاذا تكلم رفض التوقف واذا تحرك حطم ما هو امامه بحيث لا تنجو أضلاعه في بعض نوباته الشديدة . واذا حاول التفكير فشل في الحفاظ على تناسق أفكاره .

يفقد في هذا الشكل من الهوس الاحساس بالزمان والمكان فيختلط على المريض الليل بالنهار والشتاء بالصيف ، تسوء صحته ويتعرض لاضطرابات القلب والتغذية وضغط الدم مع تعرضه للهذيانات والهلوسات .

يشكل المريض في هذا الطور خطرا على نفسه وعلى الآخرين .

٣ ـ الهوس الهذائي : Delerious Mania

ويطلق عليه أيضا الهوس فوق الحاد Hyper mania •

في هذا الطور من الهوس تتمثل أقصى حالات التطرف ويغدو المصاب في حالة هذيانية تامة ، يتفكك تفكيره ويتشوه وعيه وتصعب السيطرة عليه ، تتغير غريزته واندفاعاته الجنسية ويمارس العهر والفحشاء دون رقيب • تتعذر صحته بشكل كبير ويهجر النوم عينيه ويتحكم به الارهاق الى درجة تهدد استمرار حياته •

٤ ـ الهوس المزمن : Chronic Mania

عندما يستمر الهوس لفترة طويلة ويحتفظ المصاب بطاقة عقلية معرفية مقبولة في حدودها الدنيا نكون أمام ما اصطلح على تسميته بالهوس المزمن حيث يتميز المصاب بأساليب حياة يغلب عليها التطرف والخيالية وبأنماط سلوك فيها من الشذوذ ما يكفي لابقاء صاحبها بعيدا عن الاستواء اذا أهمل العلاج المطلوب •

حالة هوس مع تقديم وتعليقين (٦٧ـ٥٤ـ٤٥) :

« يبدو المهووس أنه يجسد الفرح المزهو ، الغريزي الجنوني دون رادع أخلاقي فهو في حالة لا يمكن تصورها من التنبيه والغبطة • وتترجم هذه الحالة بضحك وغناء ورقص ، انه وأنا أنقل اليكم عباراته الخاصة (يمجن) و (يتفق من الفرح) ويشعر بالالم لفرط ما يمجن •

يخرج المزاج البذيء متدفقا باستمرار من فمه وكأنه ألعاب نارية ، وبسرعة مذهلة • وثمة غزارة في الافكار ، ويبدو المريض (مرفوع التوتر) وضعه غريب الاطوار غالبا • انه يرتدي أشكالا متعددة الالوان مزخرفة بالزينات وجهه بشوش بافراط ، ونظرته متألقة هيئته أليفة الى حد الشذوذ ، صيحاته تتالى ، وكذلك غناؤه وصرخاته وايماءاته • ولا يستقر المريض في مكانه بل يدور في حلقات • ويبدو سلوك المهووس سلوك التنبيه الاكثر انفلاتا من كل قيد وتكنس الاعراف الاخلاقية

والاجتماعية والاعراف الناشئة عن فلسفة أخلاقية . ذلك انما هو التحرر بالجملة للغرائز على صورة خيلاء واندفاع . ويدرك الهووس مباشرة نقائص بيئته ويتلاعب بالالفاظ ، ويستخدم التوريات ويسخر من كل شيء ومن كل شخص . انه يهجو ويفتري بصفاقة وحماسة ويكذب واثقا ، ويلوم، ويتهم ويقذف بشوشا بنكاته الاكثر بذاءة . ويمكن لأقل مقاومة لنزواته أن تسبب الهياج أو الغضب أو الضعف أحيانا . ويبدو أن حدة حواسه أعلى بكثير مما هي عليه في الحالة الطبيعية ، ولكن انتباهه لا يثبت على شيء وقد يتجاوز المريض ، في بعض الاحيان ، حالة الهوس بالمعنى الصحيح للكلمة . فيصبح الهياج غريبا ، ويولول المريض دون توقف ويخلع ثيابه ، ويقوم بأعمال مقرفة .

الحالة الاولى : نص رواه دولي Delay ولنشر الى أن هذا النص قاله المريض بسرعة في الكلام غريبة .

(الله ، والوطن ، والشرف بعدهما ــ عاشت بلادي والحياة الابدية ــ انني أحب قريتي ــ قريتي باريس ، لي حبيبتان ، كرست نفسي مخلصا لا بالكلام فحسب ، وانما بالقلب ، لقضية دائما ، أتمنى مع انني العزيز للناس جميعا صحة جيدة ومساء سعيدا ، مساء الخير ، سيداتي ، مساء الخير سادتي ، السعادة خير ، فالانسان دون سعادة انسان ضائع ، متموج ، يا أورسول Ursule (قديسة) أنت تعترقين ، صليبي المسا هو فرحي ، هللويا ، أحب الورود ، الصليب والورود ، مريم العذراء يسوع ، مريم عزيزتي ، تعويذة اليزابيت الهنغارية ، ريكي ذو رشاشة البودرة* ، رشاشة بودرة صغيرة ، سلام على العذراء سلام على العذراء صليب على أقدام العذراء من أجلكم ، روزماري عاش الورد ، سقط مطر الورد الليل الفائت ، بقي بعض الاشواك ، انتم يا من لكم قلب كبير ، واختك الكهف ، أتجشأ درهم ، روث تدارك العملة ، هؤلاء السادة هم دكتورات أوه يا سيدي القس ، كم أنا

---

* قصة كتبها الكاتب الفرنسي بيرول Perrault (١٦١٣ ــ ١٦٨٨) . تزوج الاميركي ، الذكي القبيح ، من أميرة جميلة غبية . وكان التبادل يجري بينهما ؛ الذكاء مقابل الجمال .

سعيد ، سريعا يا سبحتي ، بركتك أيتها القديسة ، تبريز الطفل ، يسوع أشعة الشمس : أوه انه من الذهب ترا ، لا ، لا ، لا ترا لا لا ، انه ذهب الآن الساعة العاشرة وعشر دقائق (بالضبط ، اطلب مغفرتك ، المنديل ليس لي ـ ترا لا ـ لا ـ لا أيها السادة ، ايتها السيدات عجبا الآنسة أكوروباسون ...

ماذا نلاحظ في هذا النص ؟ ما نلاحظه في هذا النص هو أن فكر المريض يقفز الحواجز كما يفعل حصان السباق ، وان الافكار تتابع حسب ايقاع سريالي حقا ، سنرى أيضا البيئة في النص التالي .

المثال الثاني : رسالة :

يا سيدي انني أحبك لست دابة ، تدرج رقيب، صباح الخير، يا سيد الكولونل اذهب وأجعل من نفسك مجنونا بسيفك ، عفوك أيها الجيش ، عفوك أيها المولى ، حتى أعود الى محاضرتك أطلب من الله سائر أزهاره في شهر ايار وما لديه من اشجار الزعرور المرتعشة ، أنتم متفائلون مثلي ، أنا أنفق من الفرح طز ، صوتك انما هو صوت العملة ، يا أناس الشمال ، يا أناس الوسط من النور في وسط شهر تموز ، انني احبك كثيرا يا صديقي ، قطة ، بول ، بول في الفراش ، الجميع لبوا النداء ما عدا شخص يا سيدي المساعد ،أحلم أحلاما جميلة ، ولتحرثك الانسانية هللويا .

تلكم اذن ضرب من السريالية الصرفة ، كذلك اعتقد أن كثيرا من الكتاب (الحديثين) لا يستنكرون قطعا هذا النص الذي ينطوي على جمال لا معقول وشاعرية عظيمة .. ، اطلب من الله سائر أزهاره في أيار وما لديه من أشجار الزعرور المرتعشة .

ولكن ما يثير الاهتمام هو ملاحظة الطريقة التي تتابع فيها الافكار مثال ذلك :

آ ـ يربط المريض بين المقطع الاخير من الكلمة الدالة على معنى (دابة) وبين كلمتي (تدرج) و (رقيب) .

ب ـ انه يربط مباشرة بين (رقيب وبين (صباح الخير يا سيدي الكولونيل) .

جـ ـ ولنلاحظ أنه يربط بين (أنا أنفق من الفرح) وبين طز التي تلي العبارة مباشرة وذلك هو ارتباط لمجرد تناغم الاصوات .

د ـ النوع ذاته من الارتباطات (صوتك انما هو صوت العسلة) لقد أوحى له المقطع الاخير من الكلمة الدالة على الدراهم (يا أناس الشمال ، يا أناس الوسط) .

هـ ـ (انني أحبك كثيرا يا صديقي) .

لقد أخذ المقطع الاخير من الكلمة الدالة على (صديق) فأوحى له بـ (قطة ، بول ، في السرير) ثم عاد الى ارتباط آخر مع الجيش (الجميع لبوا النداء ما عدا شخص يا سيدي المساعد) .

و ـ هللويا .. تشير أيضا اشارة واضحة الى الغبطة الهلوسية .

ان بداية النوبات الهوسية يمكن ، بالطبع ، أن تسبب ضروبا من الشذوذ والانحرافات كبيرة في السلوك . وعلينا أن لا ننسى أن الرادع الاخلاقي يتضاءل حتى يزول تماما . وعندئذ لامناص من وضعه في المشفى . يضاف الى هذا أن الحجر يحول بين المهووس وبين أن يتعرض الى التنبيهات الخارجية الكثيرة التي ليس لها من عمل غير تعزيز هيجانه » .

الاضطرابات الوجدانية المشتركة ثنائية القطب : Bipolar Disordeers. Mixed

يتعرض الكثير من ضحايا الاضطرابات الوجدانية لتحالف غير شريف في أحسن حالاته بين أعراض الاكتئاب من جهة وأعراض الهوس من جهة أخرى ليتقاسما المريض الواحد فترات قد تطول أو تقصر بحيث يشكلان وجهين لظاهرة مرضية واحدة وهذا ما يطلق عليه الاضطرابات الوجدانية المشتركة ثنائية القطب .

تعمل هذه الاضطرابات خصائص وأعراض الاكتئاب والهوس معا ويعيش المصاب بها دورية تبادلية لا يشترط أن تكون منتظمة . فيظهر المصاب تارة مكتئبا تنطبق عليه أعراض الاكتئاب ، ويظهر تارة أخرى هوسيا تنطبق عليه أعراض الهوس .

(الاعراض الاكتئابية تدوم يوما كاملا على الاقل حين تسود ، والتبادل يتسم كل بضعة أيام) .

الهوس ثنائي القطب Bipolar Disorder, Mania

هوس لا يشترط أن تنطبق عليه كل معايير الهوس وأعراضه ، سبق ومر صاحبه بتجربة ما من تجارب الهوس أو الاكتئاب أو الاضطرابات الوجدانية المختلطة .

الاكتئاب ثنائي القطب Bipolar disorder, depresed

لا تكتمل فيه أعراض الاكتئاب أو معاييره ولا تنتظم ويسمح تشخيص الحالة بالتأكد من مرور المصاب بحالة اكتئابية أو حالة هوس أو حالة وجدانية مختلطة سابقة .

الفصل العاشر

الاضطرابات الجسدية

SOMATOFORM DISORDERS

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الاضطرابات الجسدية

SOMATOFORM DISORDERS

تورد أنظمة التصنيف ICD 10-1991 , DSM - III R-1987 تحت هذه التسمية مجموعة من الاضطرابات التي تأخذ من بنية المريض الجسدية مجالا للتعبير عن ذاتها ، وتبعا لذلك فان أعراضها غالبا ما تكون جسمية في ظاهرها نفسية في علتها ومضمونها وغرضها ، ومن أشكالها :

١ ـ اضطراب تشوه الشكل (خوف مرضي من تشوه الشكل)

تشير أعراض هذا الاضطراب الى انشغال مرضي بعلة فيزيولوجية تتركز حول شكل الشخص يتخيلها المريض دون أن يكون لها أساس واقعي ، وعند حدوث أي عطب بسيط يسعى المريض وفي السياق نفسه الى تضخيمه والى توليد الافكار والخيالات حوله بشكل شاذ وغريب يتناقض مع الحالة العادية والسوية التي يبدو عليها المريض ذاته ، ومع ذلك فان الاعتقاد بوجود العطب الفيزيولوجي لدى المريض يتميز بعدم قابلية تطوره الى هذاء كما هو الحال في الاضطرابات الذهانية ، ويكشف المريض عن استعداد ما لمناقشة وقبول احتمال مبالغته في تقدير معاناته أو حتى لا واقعيتها ، في حين يرفض الذهاني مبدأ مناقشة هذاءاته التي لا يأتيها الباطل .

٢ ـ اضطرابات الجسمنة Somatization Disorders

تتميز هذه الاضطرابات بوجود الاعراض الفيزيولوجية الغامضة المتنوعة والمتكررة ، التي تبدأ بالظهور قبل سن الثلاثين وتستمر لعدة سنوات ، وبوقوع

مريض هذه الاضطرابات تحت سيطرة الافكار والمعتقدات التي تثير شكوكه حول مرض جسدي يعاني منه .

ينبغي لكي تكون الاعراض دالة توافر المعايير التالية :

١ ـ أن لا تعزى الاعراض لأي مرض عضوي أو آلية فيزيولوجية مرضية (مثل : آثار الجروح ـ آثار تناول الادوية أو المواد الكحولية ..) .

٢ ـ لا تظهر الاعراض فقط في حالات الغم والقلق .

٣ ـ أن تلزم الاعراض على تناول الادوية (ليس فقط المهدئات) والذهاب بشكل مستمر لاستشارة الاطباء ، وأن تكون سببا في تغير نمط حياة الشخص الذي تظهر لديه .

٢ ـ اعراض اضطرابات الجسدنة :

يحتاج التشخيص الدقيق لحالة الجسدنة وجود /١٣/ ثلاثة عشر عرضا لدى المريض ـ على الاقل ـ من قائمة الاعراض التي تضم المجموعات الست التالية :

اعراض هضمية معوية :

١ ـ اقياء (يستثنى اقياء مرحلة الحمل) .

٢ ـ آلام بطنية (غير آلام الحيض) .

٣ ـ غثيان (يتشابه مع دوار السفر) .

٤ ـ احساس بتخمة في البطن (غازات) .

٥ ـ اسهال .

٦ ـ الامتناع عن بعض الاطعمة .

اعراض الالم :

٧ ـ ألم في الاطراف .

٨ ــ ألم في الظهر .

٩ ــ ألم في المفاصل .

١٠ ــ ألم في المثانة .

١١ ــ آلام أخرى .

أعراض القلب والرئة :

١٢ ــ صعوبة التنفس .

١٣ ــ اضطراب النبض .

١٤ ــ آلام الصدر .

١٥ ــ دوار وعدم استقرار .

أعراض التحول :

١٦ ــ فقدان الذاكرة .

١٧ ــ صعوبة البلع .

١٨ ــ فقدان الصوت .

١٩ ــ فقدان السمع .

٢٠ ــ الرؤية المزدوجة .

٢١ ــ الرؤية الضبابية .

٢٢ ــ فقدان البصر .

٢٣ ـ فقدان الوعي •

٢٤ ـ ارتعاشات •

٢٥ ـ صعوبة الحركة •

٢٦ ـ شلل أو ضعف عضلي •

٢٧ ـ انعباس البول •

اعراض جنسية خلال معظم حياة الفرد مع فرص للنشاط الجنسي :

٢٨ ـ احساس بحرقة في الاعضاء التناسلية أو في المستقيم (في لحظات مختلفة من ممارسة الجنس) •

٢٩ ـ قلة الاهتمام بالجنس •

٣٠ ـ آلام أثناء ممارسة الحب •

٣١ ـ عجز جنسي •

أعراض جنسية (خاصة بالنساء) تظهر على شكل اعتقاد المريضة بأن ما تعاني منه يفوق ما تعانيه الاخريات •

٣٢ ـ طمث حاد ومؤلم •

٣٣ ـ عدم انتظام في الدورة الشهرية •

٣٤ ـ فقدان المزيد من الدم عن طريق النزيف •

٣٥ ـ اقياء متكرر أثناء الحمل •

٣ ـ القلق (توهم المرض) Hypochondriasis

يستنتج المضطرب في سياق عملية تفسير ذاتي لعلامات ، أو احساسات فيزيولوجية بسيطة تحدث معه ، امكان تعرضه لمرض خطير ، فيبدي اهتماما مبالغا في صحته ، وتسيطر عليه مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود المرض وتتمحور حول مظاهره وأعراضه المتخيلة .

لا يدعم التشخيص الدقيق وتقييم حالة الشخص الجسمية والصحية اعتقادات المريض ، ولا يمكن عد الاعراض التي يشكو منها أعراضا لحالات القلق والغم ، وكذلك فانها لا تنضوي تحت أعراض اضطرابات كالفصام او الاكتئاب الوجداني . ومع ذلك فان المريض يستمر تحت تأثير هوس اقتناء الادوية وزيارة العيادات الطبية لطلب المزيد من الاستشارات المتعلقة بمرضه والتي لا تخفف بالنتيجة من خوفه ، وتثابر الاعراض ويثابر هو على زيارة الاطباء والمختصين باستثناء المعالج النفسي .. !!

يستقر المرض كمؤشر على الاضطراب اذا استمر لفترة تتجاوز الستة أشهر على الاقل . كما يتميز مصابون أعراض المراق بأنه غير هذائي ولدى المريض قابلية الاعتراف باحتمال لاعقلانية توهماته ولكنه يستمر مهموما حزينا ، ويعاني من قلة النوم والارق بأشكاله مع احتمال ترافق ذلك بضعف الذاكرة .

العوامل في القلق :

يكشف اصرار المريض على ادعاءات توهم المرض والانتقال من عيادة الى أخرى على الرغم من التقارير الطبية المتخصصة التي تؤكد سلامة البنية الجسدية ، عن وسائل لاشعورية نشطة تكمن مصلحتها في استخدام الجسد وأجزائه وسائل هروب من الفشل والاحباط وتحمل المسؤولية . فالفاشل في مواجهة يرفض لا شعوره الاقرار بالهزيمة بشكل عقلاني منطقي ، ولذلك فان عزو هذا الفشل الى خلل في بنيته أسهل عليه وأهون من المواجهة .

ومن يشكو من عتبة احباط منخفضة وتسقط من بين يديه العقول الواقعية يلجأ الى التوهم الذي يخفف بصورة تخيلية من شدة آثار الاحباط .

اما لمن ينوء تحت عبء المسؤولية فسيكون تخيل السقم في صحته مبررا لعدم تكليفه بالمزيد ، وبالوقت ذاته سيكون كافيا لاستدرار عطف الاهل في الاسرة والمقربين في مواقع العمل والمهنة . ويكون التضامن المنشود على هيئة تحرير من الدور الموكل اليه والدعاء له بالشفاء مما ألم به .

هذا السلوك مرشح للتطور ليغدو أسلوبا يعتمده الفرد المعني في مواجهة هجمات القلق والمواقف المماثلة .

كما تلعب طبيعة الفرد الانفعالية بالتضافر مع عوامل أخرى دورا ملحوظا في حالات توهم المرض .

وتبرز سمات كالانسحابية واللااجتماعية والانطوائية عواملا تقود الى انقطاع أصحابها عن التواصل مع الآخرين أو على الاقل عن النشاطات والاهتمامات المشتركة ، وتؤدي بالتالي لتدعيم التوجه نحو الذات وتعريضه أكثر لجعل جوانبها الجسدية والانفعالية والبنيوية مراكز لنشاطات وتخيلات وهمية .

يحقق المريض عبر نشاطاته هذه أغراضا دفاعية يحول بموجبها حالة الصراع النفسي الى شكوى جسمية .

ومن بين العوامل التي تعود الى بيئة الفرد الاسرية والنفسية ، وتهيء لاكتساب خبرات نمائية تدعم اتجاهات الحساسية المفرطة تجاه البنية الجسمية وتخلق عند الفرد استعدادا للمبالغة في تقدير مثيرات تتعرض لها بنيته .

فالآباء الذين وقعوا ضحية توهم المرض سينقلون بشكل غير مباشر الى أبنائهم أنماط سلوك مراقبة تؤدي الى تبني الابناء اتجاهات الوالدين . كما تؤدي المبالغة والاهتمام الذي لا يبرره الواقع بحالة الابناء الصحية (يقيمون الدنيا عند

تعرض أحد أبنائهم الى وعكة صحية بسيطة ومألوفة) والاهتمام المفرط بالتغذية وبخاصة عندما يحيطونها بنواميس متطرفة الى انتقال هـذه الاتجاهات الى الاطفال، وتمهيد السبيل الى توهم المرض وهكذا فلكل من التعلم والمحاكات وبخاصة مايرتبط بتحقيق حاجة أو وظيفة معينة دور هام في هذا الاضطراب . ويعد تقبل الايحاء أحد أبرز ما يميز متوهمي المرض من أعراض ، ويمكن عده في الوقت ذاته احد ابرز العوامل فيه ، فالمرض عن هؤلاء تأثرهم بما يقرأون أو يسمعون أو يشاهدون ، ويكفي الحديث أمامهم عن أعراض لمرض قديم أو جديد ليبدأوا بالتفكير والانشغال ومن ثم البحث عن هذه الاعراض لديهم . ولتغير العمر والتقدم بالسن على قاعدة استعداد الفرد دور في تدعيم الافكار المرضية ، حيث يثير الضعف والترهل في أجزاء الجسم مشاعر الخوف والقلق الوجودي ويهيء ، الى التطرف في مراقبة عمل أجهزة الجسم .

ولعل أقرب العوامل الى التقبل والفهم في توهم المرض هي العوامل الانفعالية والحالة النفسية لشخصية المريض ، فقد تكون أعراض القلق الفيزيولوجية بدايية للاهتمام الذي لا يلبث ان يبتعد عن المألوف ويمهد للمبالغة في تحليل وتفسير الاحساسات والعلامات الفيزيولوجية . وكذلك فقد يساعد الاكتئاب بما يسوده من أفكار عدم الجدوى الذاتية والقيمة الشخصية على تعزيز انشغال المريض بحالته وتوهم المرض ، كما أن الشخصية القهرية المشغولة هي الاخرى بأفكار قـد يتركز معظمها حول الخوف على وجود الذات بالمعنى الواسع تشكل أحد العوامل في هذا الاضطراب .

٤ ـ الألم ذو المصدر النفسي Psychogenic Pain

يشبه المراق في ما يترتب عليه من انشغال واهتمام بالحالة الجسدية ولكنه هنا يتحدد باحساسات الم قد تأخذ شكلا مزمنا لا تفسرها ولاتشبهها اضطرابات عضوية أو آلية فيزيولوجية مرضية .

يترافق هذا الاضطراب عادة مع مشاكل نفسية واجتماعية ، ويتميز في طبيعته عن الاضطرابات السيكوسوماتية (اضطرابات نفسية جسدية)في علم مراقبة

الخلل العضوي الواضح للالم المشكو منه والذي غالبا ما يتركز حول الصدر والظهر ، والرأس على شكل صداع .. الخ .

عدم سيطرة الخوف الشديد على المرض واستمرار تعايشهم مع الاحساس بالالم وكل ما ينطوي على ذلك ، امور ترجح استخدامه كوسيلة هروبية في مواجهة مواقف الاحباط والقلق والتوتر (عد الى أعراض العصدنة) . يؤثر هذا الاضطراب سلبا على طاقات المصاب لانتاجية لانشغاله الدائم بتوهماته واحساساته الرمزية الخادعة .

٥ ـ اضطراب التحول (عصاب الهستيريا النمط التحولي)

Conversion Disorder (or Hysterical Neurosis Conversion Type)

يشهد هذا الاضطراب نتيجة لصراع نفسي شديد ومستمر تحولا للاثار النفسية والانفعالية للقلق والتوتر الى أعراض جسيمة ، يستخدم المريض هذه الالية للتخلص أو للتخفيف من الصراع الذي يعاني منه ولتحقيق مكاسب أولية تتعلق بالجانب الجسدي ، وثانوية اجتماعية عاطفية ، تتعلق بزيادة الاهتمام به وبدعم موقفه الانفعالي ودوره الاجتماعي .

الدليل المرضي السائد يكون عادة على شكل فقدان أو اضطراب احدى الوظائف الفيزيولوجية التي تعطي انطباعا اوليا بأن العلة هي عبارة عن اضطراب عضوي ، بينما هي في الواقع هروب فيزيولوجي من موقف انفعالي وبالتالي العلة فيها نفسية . وقد تأخذ شكلا من أشكال الطاقة الحركية كأن تصيب الاطراف أو آلية الصوت أو الطاقة الحسية أو الطاقة العشوية (من أجل مزيد من التفصيل انظر مبحث الهستيريا من هذا الكتاب) .

تعد العوامل النفسية المؤسسة على تجارب نمائية مبكرة انتجها خبرات ضغط نفسي اجتماعي أو حاجات نفسية غير مشبعة عوامل مباشرة في هذا الاضطراب . وتجدر الاشارة الى ان ما يظهر على المصاب من أعراض يعود الى

مكونات اللاشعور ولا دور للارادة الواعية فيه ، وهذا ما يميز هذه الحالات عن حالات التمارض أو ادعاء المرض ، ويختلف هذا الاضطراب كذلك عن اضطراب شبيه يطلق عليه هستيريا بريكيت Hysteria or Briquets Syndrome يتميز هذا الاخير وفق (٦٣ــ٣٣) بـ : حدوث عدة أعراض في وقت واحد مثل الصداع وألم الظهر والبطن والشلل ، وضعف الذاكرة .. الخ .

يصف المريض الاعراض بشكل مبالغ فيه « ان رأسي يكاد ينفجر » « ظهري يكاد ينقصف » ، ويصعب تتبع بداية المرض وتطوره لكثرة ما يعطيه من أوصاف ومن تغيرات عامضة .

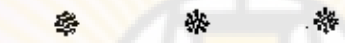
غالبا ما يكون المريض قد راجع عددا كبيرا من الاطباء والحجابين والشيوخ .. الخ . ويشكو المريض من أعراضه بشكل درامي بحيث توقف عائلته أعمالها وتحضره بسرعة الى الطوارئ .. وتسبب هذه الاعراض حيرة للاطباء تلجئهم أحيانا الى اجراء عمليات جراحية استقصائية أو علاجية . وتكون خزانة الادوية في منزل المريض مليئة بالادوية ،وأحيانا يزيد المريض الصورة تعقيدا بالتحايل في بعض الاعراض كاحداث حالة جلدية او تسخين ميزان الحرارة .

يكثر بين هذه الحالات البرود الجنسي واضطرابات الطمث .

٦ ــ اضطرابات جسدية غير مميزة Undifferentiated Somatoform Disorders

يستدل على هذه الاضطرابات من خلال وجود عرض فيزيولوجي أو أكثر كالشعور بالارهاق او فقدان الشهية أو اضطرابات هضمية معوية أو بولية ، أو جلدية ، حك تعبي المنشأ ــ جرش أسنان ... ولكن مع ذلك لا تكون هذه الاعراض واضحة كما كان عليه الحال في اضطرابات الجسدنة فضلا عن تنوعها وتغيرها باستمرار ،لا يكشف التشخيص الدقيق اضطراب في البنية العضوية أو في الآلية الفيزيولوجية يفسر أو يشير الى متاعب جسدية ، كتلك التي تسببها عادة (الجروح

ـ المخدرات ـ الكحول) . يشترط لتشخيص هذه الاضطرابات استمرار الاعراض المعبرة عنها ستة أشهر على الاقل وأن لاتكون أعراضا لاضطرابات جسدية أخرى واضحة أو لضعف في الوظيفة الجنسية أو لاضطراب وجداني أو لقلق نفسي أو لاضطرابات النوم أو لاضطراب ذهاني، مع الاشارة الى وجود اضطرابات جسدية أخرى غير مصنفة لاتتمثل بها معايير الاضطرابات الجسدية المصنفة أو اضطرابات التكيف ذات الاعراض الفيزيولوجية ولا تخضع لثبات معين فضلا عن عدم انضوائها تحت اية تسمية اخرى معروفة .



جامعة دمشق Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات التفككيـــة

Dissociative Disorders

(الهســـتيريا)

Hysteria

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

الاضطرابات التفككية

Dissociative Disorders

تضم هذه الاضطرابات وحسب الدليل العاشر لمنظمة الصحة النفسية ICD-10-1992 والدليل الثالث لجمعية الطب النفسي الامريكية ونسخته المعدلة DSM III R 1987 الاشكال التالية :

- فقدان الذاكرة ذي المصدر النفسي Psychogenic Amnesia
- الشرود نفسي المنشأ Psychosenic Fugue
- تعدد الشخصية Multiple Personality
- تفكك الشخصية (تبدد الشخصية) Despersonalization Disorders
- اضطرابات تفككية اخرى Atypical Dissociative Disorders
- اضطرابات الاستحواذ Trance And Possession Disordeers
- اضطرابات الحركة التفككية Dissociative Convulsions
- انحدار وفقدان الاحساس التفككي

Dissociative Anaesthesia and Sensory Loss

- اضطرابات أخرى Others

ـ زملة جانسر Ganser Syndrom

عدت أشكال الاضطرابات التي ذكرناها آنفا لدى العاملين في ميادين الاضطرابات السلوكية أعراضا لما كنا نطلق عليه مرض الهستيريا الى عهد قريب جدا .

فما الذي حصل اذن ؟

لقد كانت قد طرحت شكوك كثيرة حول امكان النظر الى الهستيريا كاضطراب مستقل عن غيره من الاضطرابات ، أو بمعنى أدق حول امكان وجود هستيريا نقية . ومما دعم هذه الشكوك : عدم انتظام أعراض هذا المرض في زملة متجانسة أو مجموعة واحدة ، وظهورها لدى مرضى كمرضى القلق والاكتئاب والفصام والصرع ، وكذلك تأثر هذه الاعراض ومضامينها بالفروق الثقافية .

أنتج الجدل في هذا المضمار آراء واتجاهات تتراوح بين الدعوة الى الغاء مصطلح الهستيريا وبين الابقاء عليه ، ولكن يبدو أن أنظمة التصنيف المتقدمة قد أيدت عدم الحديث عن مصطلح الهستيريا صراحة ، وتجنبت الـ DSM III استخدامه ، وبدلا من ذلك فقد أدخل هذا المفهوم متعدد المعاني في فئات جديدة للامراض مثل الاضطرابات الجسدية كما مر معنا . والاضطرابات التفككية التي نحن بصدد الكتابة عنها . وأخذت منظمة الصحة العالمية في القسم الخامس من دليلها العاشر ١٩٩١ الاتجاه ذاته عندما لم تتحدث وبشكل صريح عن مفهوم مستقل يدعى الهستيريا . ولكن مع ذلك هناك تيارات لم تسلم بالامر بسهولة ينقل عنها أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر ١٩٩٢ قولها « ان مفهوم الهستيريا سيعيش ليمشي بجنازة من ينعاه » ... ١١ (٦٨ـ٨) .

ولكي لا نحرم قارىء هذا الكتاب من الاطلاع على أسرار مرض اكتنف منذ القدم ، وأحاط به الغموض ، وكثر حوله الجدل ، وتعددت فيه الآراء . فاننا سنحاول التعرض له بحيث تلبي العاجة الى المعلومات التاريخية والحديثة عنه بقدر

ما تستطيع • مع الاشارة الى تأييدنا وجهات النظر التي تسعى الى تفريد الاضطرابات في حال توفر الادلة والمبررات العلمية الكافيـة • وباعتقادنا فـان مرض الهستيريا سيبقى متسما بسمتي الوصل والفصل معا في علاقته مع الاضطرابات السلوكيـة الاخرى • (له من الاعراض ما يشترك به مع الامراض الاخرى وله في الوقت ذاته من الاعراض ، أيضا ، ما يميزه عن غيره) •

مفهوم الهستيريا : Hysteria Concept

تذكر أدبيات الشذوذ النفسي أن مرض الهستيريا قد عرف من خلال الاحاديث عن أعراضه قبل أن تطلق عليه تسميته بوقت طويل •

وتورد في هذا السياق آثار المصريين القدماء في كل من بردية كاهون ١٩٠٠ قبل الميلاد وبردية ابرس Ebress التي يعود تاريخها الى القرن السادس عشـر قبل الميلاد ما يشير الى وجود هذا المرض ضمن قائمة أمراض الرحم حيث تفسـر أعراضه على أساس ارتباطها بالحياة التناسلية وما تتطلبه من تغيرات فيسيولوجية ـ سلوكية • ولذلك فانهم يميزون الاعراض التي تشابه الى حد بعيد أعراض الهستيريا كما تقدمها كتب التخصص اليوم الى حركة الرحم ، حيث اعتقد في ذلك الحين أن الرحم يتحرك وينتقل من مكان الى مكان عندما يعاني من حالة جوع ويترتب على انتقاله المزعوم هذا تأثر الكثير من الاعضاء الحشوية التي تسبب بدورها الاعراض المعنيـة •

ولم تكن أساليب العلاج مختلفة في أساسها الخرافي عن أساليب فهم العلـة ، ولذلك كان السبيل الوحيد هو الدعاء والترجي ، واستخدام بعض الدهون والروائح مع ما يترتب على ذلك من طقوس كي يعود الرحم الى مكانه ويلتزم بانضباطه ••!!

وجاءت المخطوطات اليونانية القديمة ـ ولو كان بعد فترة طويلة ـ لتؤكـد التوجه ذاته في فهم الهستيريا ، من خلال توضيح العلاقة بين هذا المرض وبين الحرمان الجنسي ، ولتتحدث عن آلية الرحم وحركته حديثا خياليا لا يخلو مـن الغرابـة

والطرائفة « فالرحم كما تشير هذه المخطوطات يتعرض لتغيرات عضوية ومن ثم الى جفاف وانكماش ، الامر الذي يدفعه للبحث عن الرطوبة في أعلى البطن مما يؤثر على النفس ، فاذا توقف الرحم في البطن فتصاب المرأة هنا بنوبات تشنجية صرعية ، أما اذا صعد الى أعلى والتصق بالقلب ، فتشعر المريضة بالقلق والاختناق والفزع ، أما اذا اتحد مع الكبد فتفقد المريضة صوتها وتجز على أسنانها ويصبح لونها رماديا شاحبا ، أما اذا وجد ملاذه في الجانب فتشعر المرأة المصابة بكسرة ضلية أو تورم بجانبها ، واذا صعد الى الدماغ فيسبب ذلك آلاما في الرأس وحول العين والانف ، مع الشعور بالدوار وثقل الرأس والكسل الشديد ، ويزيد على هذه الاعراض النوعية أن حركة الرحم في حد ذاتها تسبب زيادة في ضربات القلب وكثرة التعرق مع تشنجات عضلية (٦٨ ــ ١٦٣) .

لم يصمد التفسير (الرحمي) الخيالي أمام المد الفلسفي وسيطرة الكهنة في العصور الوسطى ليحل محله تفسير لا يقل عنه خيالية وغير عقلانية .. فلازال في أحكامه كل اضطرابات السلوك آنذاك وغدت الشياطين والارواح الشريرة التي تمتلك وتسكن شخصية المصابة بالهستيريا وتقيم معها العلاقات الجنسية ، أسبابا كافية لتعذيب وجلد وحبس وحرق وقتل المريضة والهدف المعلن من وراء ذلك هو طرد الارواح الشريرة وتخليص البيئة التي نزلت فيها من لعنة حلت بها .

ومع تبدد الافكار الخرافية في بداية عصر النهضة العلمية في القرن السابع عشر دعا شارل لبوا Charles Lepois طبيب الملك هنري الثاني الى عد الهستيريا من بين أمراض المخ رافضا التفسير الذي يخالف ذلك ، وبالتالي مهد السبيل لقبول فكرة امكان تعرض الجنسين لهذا المرض بعد أن بقي لفترة طويلة من نصيب المرأة .

في القرن التاسع عشر ومع تطور التقدم العلمي وبخاصة في مجالات الفيزيولوجيا والتشريح ذاع صيت طبيب فرنسي يدعى شاركو Charcot جعل دراسة الهستيريا موضوعا مركزيا في دراساته وخلص لتفسير هذا المرض بعده مرضا نفسيا يعود لعوامل وأفكار نفسية لدى بعض الافراد المهيئين فطريا له ، ويرجع على

ذلك من خلال امكان علاجه بالايحاء والتنويم المغناطيسي وتابع من بعده طلابه أمثال جانيه Janet الذي تحدث عن نظرية الضعف النفسالي Psychasthenia وعن الشخصية الهستيرية وعمق كل من فرويد Frued وبرور Bruer البحوث العلمية حول الهستيريا ليربطا هذا المرض بعناصر الحياة وخبراتها السلبية الصادمة نفسيا ، التي تكبت ولكنها تبقى فاعلة . وعلى العلاج الفاعل الولوج الى أعماق الشخصية لاكتشاف تلك الخبرات ، وانفرد فرويد بالاستمرار في أبحاثه حول الهستيريا رافضا مبدأ التنويم بعدما استنتج سطحيته ، واستبداله بتقنية التداعي الحر للافكار . وغدت دراساته في هذا الميدان الاساس لنظرية قدر لها أن تكون النظرية التي أثارت ولا زالت تثير جدلا واسعا في أوساط المشتغلين في مجالات السلوك والادب والسياسة ، انها نظرية التحليل النفسي .

تطورت في تفسير الهستيريا اتجاهات رافقت الاتجاه التحليلي وخالفته ، وبعضها تناقض معه كتفسير نظريات التعلم ... والنظريات العقلية الانفعالية ... وغيرهما . (سيتوضح ذلك في الصفحات القادمة) .

العوامل في الهستيريا :

ثمة عوامل كثيرة أو مجموعات من العوامل تفسر نشأة السلوك الهستيري نجملها فيما يلي :

١ ـ العوامل الوراثية :

لا توجد أدلة كافية تشير الى دور ناشط للوراثة في الهستيريا على الرغم من وجود دراسات أجريت في هذا المجال ، واكتشفت بعض الترابطات الدالة بين أبناء المصابين بالاضطرابات العقلية الشديدة كالفصام والصرع أو المصابين بالشلل الرعوي والبني النحيفة وآبائهم . غير أن الحماس لهذا العامل في اطار الهستيريا أقل بكثير مما هو عليه الحال في الاضطرابات الاشد . ومرد ذلك برأينا الكلية الانفعالية الواضحة للهستيريا علة وأعراضا ، وللنجاحات التي حققها التنويم في علاج هذا المرض فضلا عن دور الايحاء الكبير سواء احداث الاستجابات الهستيرية أم في معالجة هذه الاستجابات .

٢ ـ العوامل الفيزيولوجية :

تتقاطع عادة هذه العوامل مع العوامل الوراثية وتختلط أحيانا عائدية أثر كل منها .

ولكننا نفضل الفصل هنا (في لغة العوامل) واضعين بالحسبان ميكانيكية فيزيولوجية بيئية لا تدخل في دائرة الوراثة ولا تخضع لقوانينها ، بمعنى أن البيئة الفيزيولوجية معرضة في حياتها لاصابات واضطرابات تعدل قليلا أو كثيرا في أدائها لوظائفها . (عند انخفاض مقاومة الشخصية وقابليتها الدفاعية بعد صدمات الدماغ أو الحمى الدماغية أو أية التهابات أخرى) الامر الذي ينعكس على السلوك ويبرر الحديث عن عوامل فيزيولوجية مستقلة .

في هذا السياق يشير بعض علماء النفس الذين يركزون اهتمامهم على دراسة الاعصاب والفيزيولوجيا (بافلوف) و (سشنون) الى القشرة المخية الضعيفة كعامل من عوامل الهستيريا ، حيث يؤدي ضعف القشرة دون ضابط أو منظم (تقوم عادة القشرة المخية بدور المنظم لهذه المراكز) الى ظهور ردود أفعال بدائية مقرها أساسا في هذه المراكز على هيئة تشنجات هستيرائية .

وقد رأى كريتشمر أن الاندفاعات الغرائزية والافعال الانعكاسية للجهاز العصبي هي التي تقف وراء أعراض الهستيريا وتستخدمها ميكانيزمات وقائية تقي صاحبها من الآلام والاحزان والاضرار التي قد تصيبه من الوسط المحيط . وقد كان ريفرس Rivers أكثر شجاعة وخيالية عندما افترض وجود علاقة بين الاستجابات الغرائزية التي تقف وراء أعراض الهستيريا وتستخدمها عندما يشعر الفرد بالشدائد والاخطار ، وبين الاستجابات التي تقوم بها بعض الحيوانات عند مواجهة الاخطار كالتظاهر بالجمود أو الموت سبيلا للهروب من المواجهة والوقاية من الخطر .

٢ ـ العوامل النفسية :

لا ينكر أي اتجاه في تفسير الهستيريا الدور البارز للعوامل النفسية في الهستيريا ويصل الامر ببعض هذه الاتجاهات الى التأكيد على ان الهستيريا آلية نفسية من ألفها الى يائها . وكان الاتجاه الرائد في هذا المجال اتجاه التحليل النفسي الذي يخلص له المحدثون من أنصاره على الرغم من دعواتهم لاعطاء البيئة والثقافة دورا أكبر مما يعطيه فرويد . يعيد (فرويد) أعراض الهستريا الى عمليات كبت الاندفاعات الجنسية في مراحل نمائية سابقة ويرى ان الطاقة المستخدمة في كبت هذه الرغبات وما ينتج عنها شأنها شأن كل طاقة في الوجود لا تفنى ولا تعدم بل تجد طريقها الى جزء أو عضو من أعضاء الجسم ويظهر أثرها في اختلال وظيفة هذا الجزء أو ذلك العضو ، ولهذا فهو يعد الاعراض الهستيرية دليلا على ما يكبته الانسان من رغبات جنسية لم يجد سبيلا الى اشباعها، ويعد فرويد الالام الهستيرية بصورة عامة أوهاما صورية للآلام ويناقش الامر بأن التصورات الذهنية لوحدها لا يمكنها ان تكتسب الصفة الموضوعية التي تجعل الوهم الصوري يتحول فعلا الى دافع (٦٩ـ٥١) . في وجود الشدائد النفسية والصراعات يضطر الانا الى الهزيمة والاحتماء بمرض جسمي ينتقل بالصراع الى حالة أخرى من الاستقرار والتكيف أهون واحلى بكثير من الصراع الاصلي . فمثلا اذا كانت الزوجات المهملة المكدودة لا تلقى العطف والاحترام والتشجيع من زوجها واذا استمرت شدتها وتعاستها مع هذا المجال وصادف أن نيلدت غيوم الاسرة وحدث شجار او وقع نبأ مفاجيء أو لم تعد المسكينة تتحمل أكثر من ذلك فان اللاشعور يتخذ حلا للمشكلة بأن يجعل الزوجة مريضة ويكون مرضها (صارخا) مأساويا ، كالعمى المفاجيء أو شلل الاطراف أو الاغماء المتكرر أو فقدان النطق ... دون وجود مبرر عضوي لذلك الشلل أو المرض ، أي أن مرض الهستيريا أصبح أسلوبا جديدا للتكيف ومجابهة الصراع النفسي بالمرض الجسمي (٣ ـ ١٢٧) .

كذلك فان عدم حل الموقف « الاوديبي » قد يؤدي الى الصراع ومن ثم الاصابة الهستيرية . وتفصيل ذلك ان الطفل الذكر في مرحلة من مراحل نموه المبكرة

يتعلق بأمه ويحبها ويرغب في الاستئثار بها ، وابعاد الاب الذي يرى فيه منافسا قويا له في حب أمه . من شأن النمو الطبيعي ان يتخطى الطفل هذه المرحلة بسلام ، ولكن اذا حدث ما يطلق عليه في علم النفس (تثبت النمو) عند المرحلة الاوديبية فان هذا الوضع يخلق نوعا من الصراع لدى الطفل يبحث عن حل له وقد يتخذ هذا العمل شكل أعراض هستيرية (١٧ ـ ١٤٣).

لا يشترط دائما للاصابة بالهستيريا المرور بانتظام في آلية الكبت بل تستطيع خبرة صادمة لا يمتلك الشخص الذي يتعرض لها امكانات الرد الواقعية أن تحدث السلوك الهستيري وبالتالي فالمواقف الصادمة والمفاجئة تعد عواملا نفسية مفجرة للاستعداد الهستيري كما يمكن أن يشار الى دور الايحاء الكبير في اكتساب أنماط السلوك الهستيرية . مثلما هو الحال في انتقال السلوك الهستيري وأعراضه عن طريق العدوى الانفعالية ، والتقليد ، ولا يمكن تجاوز التناقض الوجداني وأثره في سياق العوامل النفسية .

٤ ـ العوامل الاسرية والاجتماعية :

أوردنا في غير موقع من هذا الكتاب الكثير من الادلة التي تؤيد ابراز دور الاسرة والمجتمع في شذوذ السلوك ، وفي سياق الهستيريا يظهر دور البيئة الاسرية بشكل أوضح . وبعد ما يمكن تسميته (مفهوم البيئة الهستيرية) أحد ابرز العوامل في الهستيريا واضعين بالحسبان أثر الايحاء والتقليد والعدوى الانفعالية في اكتساب أنماط السلوك الهستيري كما سبق وذكرنا .

فمؤسسة الاسرة كواحدة من أخطر المؤسسات التي تقوم بادوار مركبة ومعقدة ، وكنظام فريد من نوعه . يعتمد في انتاجه على تكامل وتفاعل عناصره المشكلة له . تستطيع في حال ضبط وتوجيه متغيراتها على اسس معيارية انسانية أن تلعب دور السند العاطفي والامني لأعضائها وبالتالي الجسر الصحي للنمو واكتساب المعارف والعادات السليمة .

وبقدر ما يخرق هذا النظام الاسري بقدر ما يفقد أعضاؤه قدرا من تحصينهم النفسي ويتجهون بمقدار يوازيه نحو اضطراب ما .

وقد كشفت دراسات الهستيريا عن نتائج تؤكد تعرض الهستيري في طفولته الى اضطرابات عاطفية والى تفكك وتهدم أسري .

إن تجارب الطفولة والنشأة المنحرفة . تترك بصماتها على المراحل العمرية اللاحقة . « فالانسان الذي ينشأ نشأة غير طبيعية منذ صغره تكون سببها البيئة التي يعيش فيها ، وهي في الغالب بيئة تبعث على عدم الثقة بالنفس والاعتماد على الغير وعدم القدرة على مواجهة الصعاب والتغلب عليها والفرار من المواقف التي تتطلب ثباتا ، وتجعل من هذا الانسان شخصا يثور بسرعة ويحتد لاتفه الاسباب ويستعظم صغائر الامور ، وتكثر الامراض النفسية ولا سيما الهستيريا في الاسر الكبيرة التي تخضع لروح التعسف والشدة حتى لا يملك الصغير فيها ان يبدي أبسط رغبة أو يطلب أقل حاجة أو في تلك الاسر التي يكون فيها الطفل مدللا دلالا كبيرا ويبقى بعيدا عن مواجهة صعاب الحياة ، أو في الاسرة كثيرة العدد ويسوسها أب وأم جاهلان لا يلبيان حاجة أحد أطفالهما لا اذا اشتد وبكى وتمرد .. أو حين يكون انحراف احد الابوين أو كليهما ظاهرا واضحا يلحظه الطفل كأن يكون الاب مدمنا يضرب زوجته وأطفاله ويهملهم أو يكون بين الابوين خلاف وشقاء مستمران . فالطفل الذي تدلله امه وتظهر له الحب او تبالغ في اظهار اعجابها بحياته أو بحديثه أو الام التي تبالغ في المحافظة على ولدها من التأثيرات الجوية أو أخطار الحياة أو حتى من مشاركة رفاقه اللعب انما تمهد لنشأته نشأة شاذة وكذلك الطفل الذي ينشأ ولا يعرف الا الشدة والتعسف يزجر لاتفه الاسباب ويضرب لأقل خطأ يقترفه حتى لو كان خطأ عاديا .. هؤلاء الاطفال يتعرضون اكثر من غيرهم لهذا المرض النفسي ، وهناك بعض الاباء الذين يبالغون كثيرا في الاهتمام بما يصيب اولادهم من أعراض مرضية طفيفة مما قد يجعل الطفل يبالغ في اظهار الم لمجرد اصابة بسيطة، وهذه العادة قد تلازمه في كبره وتكون سبب تعرضه للاصابة بالهستيريا .

كذلك قد تكون المغالاة في تدليل الطفل والعنو عليه مبعث الضعف في شخصيته وتعويده عدم القدرة على مجابهة الحياة فيعمد الى طرائق خاصة للفرار من مواجهة مشكلاته ويكون سبب ما يظهر عليه مستقبلا من اعراض هستيرية (٦٩ ــ ٤٨) .

اشكال الهستيريا :

تصنف الهستيريا من حيث الشكل الى :

١ ــ الهستيريا التفككية ــ اضطرابات التفكك Dissociative Disorders

تتسم شخصية المصاب / هنا / بالابتعاد عن حالة الوعي الطبيعية ، وبتفكك الاسس المعرفية والعقلية التي تقوم عليها وحدة الهوية لديه ، وكان ما يصدر عنها من ردود افعال لا يتعلق بماضيها أو حاضرها .

٢ ــ الهستيريا التحولية ــ اضطرابات التحول : Conversion Disorder

وصف فرويد هذا الشكل من الهستيريا بأنها حالة يتحول فيها الاضطراب الانفعالي ويعبر عن ذاته وعن نزاعاته ومعاناته اللاشعورية بصيغة جسدية رمزية تلميحية وتمويلية معا . (يصنف هذا الشكل وكما مر معنا ضمن الاضطرابات الجسدية Somataform Disorders في بعض أنظمة التصنيف الحديثة) .

ولكن مهما كان شكل الهستيريا ، وتحت أية تسمية تم التعبير عن أعراضها فانه من المتفق عليه بأنها تتميز بـ :

ــ استخدام الجسد بشكل مبالغ فيه للتعبير عن المعاناة الانفعالية والاندفاعات اللاشعورية والرغبات المكبوتة .

ــ تشويه وتزييف الواقع لاشعوريا واستخدام الرموز بكثافة من خلال مظاهر مسرحية تمثيلية (النوبة الهستيرية ــ البرود الجنسي ــ الى ما هنالك) .

- هروب لاارادي من الذات الى الذات عبر عملية تواصل ضبابية وغامضة تحقق راحة نفسية وهمية مؤقتة ، وهذا هو دور المرض العضوي الكاذب الذي يلجأ اليه المريض ويخفف من حدة الصراع النفسي الذي لم يجد له حلا .

- تعزيز المكانة والكسب الشخصي الوهمي (التسول العاطفي) فالفاقد للقبول والتعاطف قد يجد من يهتم به ويعطف عليه أثناء مرضه الزعوم .

اعراض الهستيريا ـ اعراض الاضطراب التفككية والتحويلية :

تعد أعراض الهستيريا من أكثر أعراض الاضطرابات السلوكية تنوعا وانتشارا واتساعا ، كما تتميز بوجودها لدى أكثر من اضطراب بشكل أو بآخر وثباتها غير مضمون اذ أنها قد تغير من صورها . ولكن ما لاجدال فيه هو أن كل أعراض الهستيريا مهما كانت صورها فهي تعبر عن محاولات المريض للهروب من مواجهة المواقف وتتيح الفرص لتحقيق المكبوت رمزيا بهدف الكسب الشخصي .

سنعتمد تقسيم الاعراض تبعا لشكل الهستيريا وبالتالي سيكون لدينا ـ أعراض تفككية ـ وأخرى تحويلية :

أعراض التفكك ـ اشكال التفكك :

في الامراض العضوية يكون العلاج بالتخلص من الاذى بالوسائل الطبية الدفاعية : الاصبع المتنخرة تبتر مثلا ، الجسم الغريب الذي يدخل الجسم يطرد أو يرفع بعملية جراحية أو يحاط بغلاف ليفي وقائي سميك يعزله عن بقية الجسم . وفي الشدائد النفسية تلجأ الشخصية الهستيرية الى نوع من التخلص من العقدة والصراع بالانفصال والتجزئة ، أي بعزل المشكلة عن بقية الكيان النفسي . ولا ينتهي العزل بعلاج جذري طبعا ، الا انه علاج جزئي يلطف ويخفف من المعضلة يتجاهلها وحجبها وهذا ما يحدث في التفكك الهستيري (٣ـ١٣٢) . ومتابعة الاعراض التالية توضح ذلك :

١ ـ تعدد الشخصية : Multiple Personality

يعبر عن هذا الاضطراب وجود شخصيتين أو أكثر أحيانا لدى الشخص الواحد ، لكل منها مفاهيمها وطرق تفكيرها حول الذات والمحيط والشائع هو أن اثنتين من هذه الشخصيات على النالب متناقضتين تأخذان زمام الامور بصورة تبادلية . يعد هذا الشكل من أخطر أشكال التفكك حيث يستبدل النظام الشخصي بأكمله في عملية لاشعورية عميقة بقصد التخلص مما يعيق تحقيق الاندفاعات الدفينة، والسبيل الى ذلك هو اعتقال وابعاد الشخصية المعارضة ، واحلال شخصية مغايرة تماما تقوم بالعمل المطلوب دون الاحساس بمشاعر الذنب أو الامتثال الى معايير الضبط الخلقية الذاتية والاجتماعية .

وهكذا فان الحلول الوسط ممنوعة والتناقض بين الشخصيات التي يتبناها المريض هو الحل .

والجدير بالاشارة اليه هو أن هناك بعض الخلط بين مرض الفصام وبين تعدد الشخصية أو (فصام الشخصية كما هو سائد) . حيث ينتمي كل منهما الى فئة من الاضطرابات مختلفة في مظاهرها وأسبابها . واذا كانت شخصية المريض بالفصام متهدمة متهتكة كما مر معنا في بحث الفصام فان تعدد الشخصية لا يؤدي الى تهتك الشخصية وقواها العقلية ، وانما يؤدي الى ابعاد نظام الشخصية ككل وتبني نظام شخصي مناقض له بحيث ينسى المصاب كل ما يربطه بالنظام الشخصي الذي استبدله ـ فالمرأة التي عانت من الكبت الشديد في ظل تربية صارمة لا تحقق الحاجات النمائية بعدها الأدنى قد تتحول في تعدد الشخصية الى امرأة ماجنة متمردة تنكص بسلوكها ليتسنى لها تحقيق مطالب لم تتحقق ، وعلى العكس فالشخص العربيد الماجن قد يتحول الى شخص همه التقوى والهدوء والسكينة .

٢ ـ الشرود أو التجوال نفسي المنشأ Psychogenic Fugue

السمة الغالبة لدى المريض هي القيام بسفر أو ارتحال مفاجيء وغير منتظر بعيدا عن مكان اقامته أو عمله المعتاد . مع فقدان القدرة على تذكر الماضي الخاص

وغياب الاحساس بالهوية الذاتية جزئيا أو كليا ، كأن يخرج المريض من منزله قاصدا الالتحاق بعمله أو بأي مكان آخر معين ليجد نفسه في مكان آخر دون أن تكون هناك أية رابطة من أي نوع بين المكانين .

يشترط لتشخيص الشرود نفسي المنشأ أن لا يكون عرضا لتعدد الشخصية أو لأمراض عضوية أخرى كالصرع ، وان تتوفر لدى المصاب امكانية تدبير أموره بالحد الادنى على الاقل .

وهناك شكل آخر من أشكال الارتحال أو التجوال ولكن هذه المرة أثناء النوم (Somnabulism) حيث يقوم المريض تحت تأثير صراع نفسي شديد ببعض الافعال والتصرفات بهدف تحقيق رغبات مكبوتة لا يلبيها ما ينتجه العلم العادي من تفريغ لشحناتها الانفعالية . وتغدو هذه المكبوتات من القوة بحيث تدفع الشخص دفعا لسلوك يقوم به وهو في حالة يقظة مشوشة لا يصل أثناءها الشعور الى حدود الوعي — فيسير على الغالب نحو مصادر الصراع الرمزية وبحركات رمزية محاولا تحقيق ما فشل في تحقيقه أثناء اليقظة . هذه الحالات تدوك في مراحل الطفولة وترتبط عادة بقوة اثر بعض أشكال الحرمان والمعاناة النفسية وهي لا تشكل حسب أدبيات الاضطرابات السلوكية خطرا كبيرا في هذه المراحل ولكن اذا ما استمرت في مراحل النمو اللاحقة فانها تعبر عن صراعات لم تحلل ويصبح من اللازم اخضاع هذه الحالات للتحليل والمعالجة . وهي في كل الحالات سهلة وان أسبابها عادة لا تتجاوز حدود محيط الفرد الذي يعيش فيه وما يسود هذا المحيط من عوائق واقعية أو متخيلة تقف في طريق تحقيق حاجاته .

٢ — فقدان الذاكرة نفسي المنشأ Psychogenic Amnesia

العرض الاساس في هذا الاضطراب هو فقدان مفاجيء للقدرة على تذكر معلومات هامة من حياة المريض ، هذه المعلومات يمكن أن تكون جزئية تتعلق بموقف محدد وقد تكون عامة يصل فيها المريض الى نسيان كل ما يتعلق به حتى عنوانه واسمه وعمره . كل ذلك في سياق عملية لاشعورية تسعى لنسيان الصراع أو

على الاقل التخلص من التفكير به طالما هناك امكانية لابعاد آثار هذا الصراع من وعي المريض .

لا تتحطم لدى المريض العمليات العقلية والمعرفية الا بقدر ما ترتبط بالمعلومات التي فقد القدرة على تذكرها .

يتميز فقدان الذاكرة نفسي المنشأ عن أشكال من فقدان الذاكرة تسببها أمراض عضوية أخرى ؛ عن طريق العودة الى دراسة الحالة وسراعاتها الوجدانية .

٤ ـ تبدد الشخصية : Despersonalization Disorder

انها تجربة الاحساس بفقدان الذات والانفصال عنها ، بحيث يغدو المريض مراقبا خارجيا لجسمه ولعملياته العقلية وكأنه في حالة حلم ويتعرض لفقدان القدرة على تعرف مشاعره وخبراته الخاصة . تستمر هذه الاعراض وتكون كافية لاحداث ازعاجات ملحوظة ولكن مع ذلك فان تبدد الشخصية في اطار الاضطرابات التفككية يبقى على علاقة سليمة من نوع ما مع الواقع في حين تفقد علاقة من هذا القبيل عندما يترافق تبدد الشخصية في أشكال أخرى من الاضطرابات مع الاحساس بتبدد العالم المحيط ويبدو العالم للمريض دون لون أو حياة .

يشترط التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب أن لا تكون الاعراض عائدة لأمراض كالفصام والصرع وخرف الشيخوخة والاكتئاب والغم أحيانا .

وينبغي الانتباه الى امكان التقاطع بين هذا الاضطراب واضطراب هيستيري آخر يطلق عليه **القشية والتلبس** Trance And Possession Disorder تفقد فيه الهوية الذاتية وتنعدم الصلة مع العالم الخارجي ويحس المصاب بأنه مسيّر من قبل طاقة أخرى توجهه ويقوم تحت تأثير ذلك بالكثير من الحركات غير الوظيفية وبشكل لاارادي وهذا ما يميزه عن بعض الحالات التي يقوم بها الافراد بوحي من فلسفات وعقائد خاصة .

وفي شكل آخر يطلق عليه تشوه الوعي الهستيري : يصاب المريض فيه بذهول وشخوص في العينين ويهذي بلغة وتمتمات غامضة تأخذ طابعا نمطيا مكررا وكأنها لغة متكاملة ولكنها غير مفهومه • مما يدعم اعادة احياء التفسير الشيطاني وسكن الارواح لدى المريض والعمل لاخراجها عن طريق طقوس خاصة لازالة بعض أشكالها موجودة عند المشعوذين تحت تسميات مختلفة • ويمكن أن يكون تشوه الوعي جماعيا ونكون أمام ما اصطلح على تسميته هستيريا الجموع Mass Hysteria .

ولعل الظاهرة التي تحصل عند كتابة هذه السطور (ربيع ١٩٩٣) وتجتاح مناطق واسعة من جمهورية مصر العربية كما تتناقلها وكالات الانباء ، وينكب العلماء من مختلف التخصصات على دراستها هي واحدة من حالات الهستيريا الجماعية •

فقد أشارت المعلومات الواردة من هناك الى ظاهرة غريبة ظهرت في احدى مدارس البنات الثانوية في صعيد مصر ، تبدأ بشعور الفتاة بالانهاك والدوار وبعض الاضطرابات الحشوية ومن ثم تدخل الفتاة في غيبوبة تنقل على أثرها الى المستشفى وما لبثت هذه الظاهرة ان انتشرت انتشارا واسعا حتى وصلت الى الاسكندرية والقاهرة ، وسيطر ما يسمى بالفزع الاسود على الجموع وبلغت الفتيات اللواتي تمرضن لها بالآلاف • لم تحسم بعد الاسباب الدقيقة لهذه الظاهرة ولكن من بين أبرز وأدق الاحتمالات هو احتمال تعرض الفتيات الى هستيريا جماعية ساعد على انتشارها التهويل والخوف الجماعي فانتقلت من مدرسة الى أخرى عن طريق العدوى الانفعالية (تنتهي مثل هذه الظاهرة عادة خلال ايام من بدايتها)•

شبه الفته الهستيري (زملة جانسر) :
Hysterical Pseudodementia, Gancer Syndrom

ويحدث تحت تأثير ظروف بيئية خاصة يتعرض لها الفرد كشروط السجن القاسية والمعتقلات ومواقف القلق الناتجة عن ترقب أو حدوث أمر ما دون توفر امكان التنبؤ بما ستكون عليه نتائجه •

تتجلى أعراض هذا الاضطراب في سطحية سلوكية وافتعال واضح ،

واستجابات ساذجة على مثيرات واضحة (مع ان المريض يفهم معنى المثيرات في معظم الاحيان).

امراض التحول ـ اشكال التحول Conversion Disorder

كل أشكال الطاقة لدى الانسان ومكوناتها معرضة لان تكون اداة من أدوات الشخصية الهستيرية ، ومسرحا استعراضيا رمزي لخبرات لا شعورية تنتجها الشدائد والصراعات النفسية فتنوء الشخصية تحت أوزارها وتعجز عن المواجهة . اليكم أعراض التحول :

اولا ـ امراض اضطرابات الطاقة الحسية :

تتعطل وتتطرب الطاقة الحسية وظيفيا بصورة كلية أو جزئية وتشهد مكوناتها في مرض الهستيريا الاعراض التالية :

١ ـ فقدان الاحساس الجلدي : Hypoaesthesia and Anaesthesia

يتدرج من الاحساس بالفتور والتنميل الى ازدياد أو قلة الاحساس في عضو من أعضاء الجسد الى انعدام الاحساس في كل الجسم أو بعض اجزائه ، بحيث لا يشعر المريض بأي ألم عند تعريضه لمثيرات مؤلمة كالوخز بالابر أو الكي بالنار أحيانا . وهذا ما يميز فقدان الاحساس الهستيري من فقدان الاحساس العضوي الذي يبقي على الاحساس ببعض الالم عند تعرض المصاب لمثيرات مشابهة .

واذا كان فقدان الاحساس الناتج عن علة عضوية يتبع التوزع الطبيعي لاعصاب الحس فان النوع الهستيري لا يلتزم بذلك وبالتالي فقد تكون اكثر من منطقة معرضة للاصابة وبصورة غريبة .

٢ ـ العمى الهستيري : Hysterical Blindness

يفقد المريض القدرة على الابصار مع غياب الادلة العضوية المفسرة لذلك (أجهزة الابصار سليمة من الناحية العضوية) وقد يكون العمى جزئيا أو كليا يفرض

على المريض لا شعوريا ولا ارادياً لانقاذ نفسه من رؤية ما لا يستطيع تحمل رؤيته لارتباطه بخبرة حياتية مؤلمة « كهذه الفتاة التي فقدت ابصارها بعد رؤية زوجها في ليلة زفافها في وضع مخز مع فتاة اخرى ، ففقدت الذاكرة لهذا الحادث ، واصابها العمى واستمرت في حياتها الزوجية ، وعند علاجها وتذكرها للحادث ووضوح الرؤية امامها واجهت الواقع وطالبت بالطلاق وذلك بعد أربعة عشر شهرا من الزواج (٦٨ ــ ١٨٠) ».

وقد يعاني المريض من اضطراب بصري يبدو على هيئة رؤية اسطوانية حين يرى المصاب الاشياء التي تقع أمامه في اتجاه واحد وفي مجال ساحة ضيقة تسير باتجاه مستقيم كانه نفق او اسطوانة او دهليز .

٢ ــ الصمم الهستيري : Hysterical Deafness

يتعرض المريض لفقدان السمع في اذن واحدة أو في الاثنتين معا ، مع بقاء اجهزة السمع سليمة ، والهدف يكمن هنا (أيضا) بتجنب الاستماع الى خبرة لا يريد المريض سماعها لاسباب تتعلق بتلبية حاجات ودوافع لا شعورية .

كما يتعرض المريض لفقدان الحواس الاخرى كالشم والتذوق ، تحت تأثير الالية ذاتها ، وترتبط العلة أيضا بمعاناة انفعالية شديدة كان لحاستي الشم والتذوق الدور المتميز فيها .

لا يشترط ان يكون فقدان الشم او الذوق عاما فقد يتعلق الامر برائحة معينة أو بطعم معين .

ثانيا ــ اعراض اضطرابات الطاقة الحركية :

وهي من أكثر اعراض الهستيريا تشعبا وتداخلا مع الامراض العضوية الاخرى، ولذلك يعد تشخيصها مهمة شاقة ومسؤولية ينبغي ان تدعمها الخبرة الطويلة ومن بين هذه الاعراض :

١ ـ الشلل : Paralysis

يطال الشلل آلية الحركة الارادية في أي جزء من أجزائها ، يظهر عادة لدى الاطراف العلوية أو السفلية . وأحيانا نادرة يصيب الاطراف الاربعة ، وقديكون الشلل كاملا أو جزئيا صلبا أو لينا بسيطا أو معقدا . ولكن في كل اشكاله غالبا ما يكون غير متفق مع الحقائق العصبية المعروفة . يتمركز الهدف الرمزي في الشلل الهستيري حول تحييد وابعاد العضو الذي يكون محورا تدور حوله صراعات بين دوافع ورغبات متناقضة ، ويكون المطلوب لا شعوريا من هذا العضو القيام بمهمة تنفيذية لواحدة من الرغبات . ولكن لتكافىء بين قوى الاندفاعات يستمر الصراع ويفشل احدهم بحسمه لصالحه ، وكحل وسط يعمل اللا شعور للهروب فيزيولوجيا فيعمد لشل حركة العضو الذي يفترض أن يقوم بالمهمة .. وبالتالي فاستمرار الصراع لم يعد مبررا .. وهكذا فقد أدى الشلل دورا في حسم الصراع بطريقة غير مباشرة لارادية .

والمسرف بممارسة العادة السرية ولديه استعداد هستيري (مثال تقليدي يساق في كتب التخصص في هذا المجال) يقع في حلقة مفرغة بين تأنيب الضمير، وبين ما يحققه من لذة وتصريف للطاقة ، يزيد من حدة الصراع استهجان المجتمع وتحريم هذه العادة خلقيا ، وارتباط الكثير من الاراء والتخمينات والاحتمالات حول الضرر الروحي والنفسي والجسدي الناتج عنها . وحين لا يستطيع الممارس لهذه العادة الانتصار لاحد أطراف الصراع يجد ضالته في شلل يده التي بدونها يصعب عليه الاستمرار بممارسة العادة السرية وبالتالي يوقف الصراع (مؤقتا).

« وهناك ظاهرة عجيبة قد تبدو أحيانا في مريض الهستريا المصاب بالشلل وهي ظهور الشلل في حالة الوقوف فقط Atasia Abasia ، ومعنى هذا أن المريض يحرك طرفيه السفليين تحريكا تاما طبيعيا طالما هو في الفراش فاذا ما وقف لا يمكنه تحريكهما مطلقا أو السير خطوة واحدة . ويختلف شلل الهستريا عن الشلل الذي ينشأ عن اصابة عضوية في انه يظهر فجأة ويصيب ذراعا أو طرفا أسفل بأكمله ، ويكون شللا تاما ومصحوبا في الغالب بتقلص العضلات تقلصا شديدا ولا يشاهد معه ضمورا وفقد في الحس يتناسب والوضع التشريحي للاعصاب

Anatomical Arrangement وتتميز صعوبة المشي في الهستريا بان المريض يحاول ان يفقد توازنه ويبدو فيه شعور خفي يدل على أنه يود ان يسقط على الارض لا سيما اذا وجد ان هنالك من يراقبه . واذااضطره أحد الىالسير ظهر كأنه يبذل جهدا كبيرا حتى ان قواه قد تخور بعد وقت قصير ولا يفلح في المشي بضع خطوات . ومن الملاحظ ان المصاب بمرض عضوي يمنعه منالمشي بامكانه اذا استند الى كتف شخص اخر أو اذا حمل عصا يتكيء عليها ان يمشي بضع خطوات ولا سيما اذا كان مصابا في أحد طرفيه السفليين وهو في هذا ينقل طرفه المشلول بحركة لولبية خاصة.

أما مريض الهستريا فلا يكفيه شخص واحد ولابد ان يستند الى شخصين أو أكثر وقد لا يتمكن مع هذا من الانتقال خطوة واحدة واذا حاول ذلك فانه يجر طرفه المصاب جرا . أي أن للشلل الهستيري مميزات خاصة لا يخطئها الشخص اذا فكر انه أمام حالة هستريا » (٦٩—٧١).

٢ — اللقمة الهستيرية (صعوبة البلع Globous Hysteria

شكت امرأة شابة من صعوبة حادة تجدها عند الابتلاع مما دعا زوجها الى أن يأتي بها الى عيادة خاصة ولدى فحصها تبين انها سليمة تماما اذ لا توجد أية اثار للالتهاب او أية آلة مرضية لا في البلعوم ولا في الحلق ولا في الحنجرة . ومن خلال تتبع الحالة المرضية القصيرة تبين أن المريضة وزوجها كانا على علاقة طيبة ومريحة الى حد كبير . وكان الزوج بوصفه طبيبا أقرب الى أن يكون اتكاليا وكانت الزوجة تجد قدرا كبيرا من المتعة في أن تقوم بتلبية حاجاته وخاصة في بلسد الاغتراب .

ولكن هذا كله تغير بشدة في يوم واحد حين وصلت أم الزوج فجأة من موطنهم الاصلي لتقيم بينهم لفترة غير محدودة . وسرعان ما تحولت المريضة عن موضعها من الزوج لأمه المسيطرة التي بدأت تأخذ بيدها مقاليد الامور في ادارة شؤون البيت ثم حاولت الزوجة مرة واحدة ان تشكو الامر لزوجها . فكان جوابه أن والدتي لا تريد لنا الا الخير وبقائك قرب تالا أسمع منك مثل هذه الشكوى بعد ذلك .

وبدأت أعراض صعوبة الابتلاع بعد ذلك باسابيع قليلة . وقد اتضح معنى اضطراب المريضة خلال العلاج حين جعلت تستكشف علاقتها بأم زوجها إذ استطاعت في هذه الجلسات ان تعبر عن استيائها حيث كانت تنكره اول الامر وأقرت بانه قد أعياها احتمال تصرفات أم الزوج .

وخف المرض أثناء العلاج قليلا حين عزمت أم الزوج أن تعود الى بلدها وبيتها الخاص بها . ولعله من السهل الان ان نتبين أن أعراض المريضة كانت تؤدي وظيفة التوصيل الرمزي لما عجزت عن أن تعلنه صراحة » (٦-١٣٤).

وهكذا تأخذ اللقمة المستديرة شكل الاحساس بالاختناق عند تناول الطعام في ظروف نفسية معينة فيحس المريض بوجود شيء ما في البلعوم يمنع عملية ابتلاع الطعام ، مع عدم وجود ما يبرر ذلك موضوعيا أو عضويا . فالاطعمة سائلة وسهلة والاجهزة المختصة سليمة ..

٢ - اللازمة العصبية (الرعشة) : Tic

حركات وتقلصات عضلية نمطية لا ارادية تتكرر بصرف النظر عن وجود مثيرات طبيعية تسببها كالغمز الذي قد يتطور فيطبق المريض اجفانه ويترك فتحة صغيرة يرى فيها مدعيا انه ضحية تشنج : والرجفة في عضلات الوجه والشفاه او حركة اليدين وتسليك الحلق ..الخ.

وقد تظهر هذه الحركات بأشكال تبدو كأنها متكاملة وتخدم أغراضا اجتماعية كحركة الرقبة والسعال الخفيف والضحك المبالغ فيه أثناء الحديث وهز الاكتاف واللعب بالشوارب او الاذن وحك الانف .. الى آخره حيث تتحول هذه الحركات الى ما يعرف باسم العادة التشنجية Hapitspasme .

٣ - الارتجاف الهستيري : Tremors

وهو عبارة عن ارتجاف يتطلع انتظامه تعرض المريض لمثيرات اخرى وقد تكون

كل اعضاء الجسم عرضة له ولكنه غالبا ما يظهر على الاطراف والرأس والجذع، وقد يترافق اكثر من اهتزاز في وقت واحد كارتجاف اليدين والرأس ، بين ما يميز الارتجاف الهستيري رجود فعل عليمية دون أن تبدو عليه علائم الاكتراث بالامر ويبقى لهذه الاعراض مدلولها الرمزي والاجتماعي ، كحالة المريض الذي كان يعمل في حدادة ميكانيكية الطائرات ويتطلب عمله مهارة يدوية دقيقة وبعد ان رقي أحد زملائه الاقل منه كفاءة بدلاً منه وظرا لعدم قدرته على التعبير عن سخطه من هذا الظلم لان عليه ان يعمل لمواجهة الحياة ومن جراء كبته لهذه الانفعالات بدأ يشكو من ارتجاف واضح في يديه جعله غير قادر على الاستمرار في هذا العمل الذي يحتاج لثبات في الاعمال اليدوية ، وكان يتردد للعلاج وهو على غير علم أن مرضه يعبر عن الصراعات السابق ذكرها وانه أوضح احتجاجه على الموقف ورغبته في عدم العمل بعد هذه الاهانة بطريقة لا شعورية (٦٨-١٧٤) .

٥ - التشنج الهستيري : Excitement

تتداخل حالات التشنج كأعراض للكثير من الاضطرابات السلوكية وتبلغ ذروة التداخل بين نوبات الصرع ونوبات الهستيريا ولذلك تهتم كتب التخصص للتفريق بينها وبين خصائص كل منها ومن هذه الخصائص (٣-١٣٠) .

آ - نوبات الهستيريا درامية تمثيلية ، تحاول جذب انظار الاخرين ، لذلك غالبا ما تحدث عند وجود جماعة حول المريض ، اما النوبة الصرعية وغيرها من النوبات العقلية فتحدث في أي وقت ومكان .

ب - مريض الهستيريا (نرجسي) يحب ذاته - ولا يؤذيها ، لذلك نجده لا يصاب بأذى أثناء النوبة اي لا يعرض نفسه لخدش أو جرح ، بينما نوبة الصرع وغيرها قد تؤدي بالمريض الى الوقوع في ماء أو نار أو السقوط من مرتفع او الارتطام بالموجودات .. مما يسبب له جروحا وكدمات أو كسور ..

جـ ـ لا يتبول مريض الهستيريا على نفسه ، ولا يكون اضطراب شعوره كاملا لان استدراجه بالكلام والعطف يجعله يعترف انه كان يسمع ما دار حوله ، وانه لم يستطع الكلام واجابة القلقين عليه .

د ـ التسلسل التاريخي المرضي لنوبات الصرع والاختلاجات العضوية لها صفات معروفة ، بينما نوبة التهيج الهستيري لا نظام لها أو تسلسل ، فمن خمول واغماء .. الى تشنج .. الى كلام غير مفهوم أثناء الاغماءة .. الى نهوض وصراخ . الى تحطيم فآهات .. فطلب الماء . الخ .

وتتميز النوبات الهستيرية عن حالات من الاغماء الهستيري حيث يبدو المريض وكأنه في حالة النوم مع حركات درامية في عضلات الوجه والعينين ويحتاج معهـا أحيانا لرعاية خاصة من أجل عمليات التغذية وطرح الفضلات .

يضاف الى أعراض الاضطرابات الحركية أعراضا أخـرى كفقدان الصـوت Aphonia حيث يفقد المريض القدرة على احداث الاصوات المفهومة وكل مايستطيع فعله هو تحريك الشفاه والاستعانة بالاشارات أثناء التواصل مع الآخرين .

يشير التشخيص في حالات فقدان الصوت الهستيري الى سلامة الحبال الصوتية ويعتمد في ذلك على تمكن المريض من اصدار حشرجات وسعال عندما يطلب منـه ذلـك .

وتتحكم في فقدان الصوت آلية لاشعورية مشابهة لما هو عليه الحال في الاعراض الهستيرية الاخرى ، وكذلك قد يكون مـن بين حالات اعوجاج الرقبة Torticollis التي تشخص عادة على أنها روماتيزم بالعضلات ، أو هي عبارة عن الزلاق غضروفي في الرقبة أو تورم في العقد اللمفاوية ما هو عائـد للاسباب اللاشعورية في الشخصية الهستيرية .

أعراض اضطرابات الطاقة الحشوية : Visceral

تظهر على بنية المريض الداخلية ومختلف أجزائها في الهستيريا أعراض تشمل (٦٩–١٨٤–١٨٧) :

١ ـ الصداع :

لا يتساءل الفرد عند اصابته بالصداع أو أي ألم في الرأس عن سببه ، خاصة اذا كان هذا الالم متكررا ، بل يتناول بعض مهدئات الالم كالاسبرين ، حتى يتحسن ويكرر نفس الشيء بعده بأيام أو أحيانا بعدها بساعات ومن أسباب الصداع النفسية القلق والاكتئاب ولكن الهستيريا تلعب دورا هاما في نشأة هذا المرض ، وكلنا نذكر الطلبة آخر العام الدراسي ومعاناتهم من الصداع بالرغم من رغبتهم الشعورية في الاستذكار ولكن هذا الصداع القاتل يمنعهم من مواصلة التحصيل الدراسي وهنا تظهر عمليات الدفاع اللاشعوري ، حتى لا يواجه الحقيقة في اهماله للدراسة طوال العام وعدم قدرته على الانتهاء من المقررات ، أو العكس فعلى الرغم من استذكاره طوال السنة الدراسية الا أنه اكتشف أنه لن يحصل على تقدير الامتياز الذي يتمناه وان هذا الصداع كفيل باعطائه اعتبارا لكرامته وذكائه .

وكثير من السيدات يعانين في المعاناة من الصداع في الايام التي يحاول فيها أزواجهن عملية الاتصال الجنسي أو في الايام التي تعقبها ، ويكون ذلك تعبيرا عن السخط وعدم الرضا ، ومحاولة الهروب من العملية .

٢ ـ القيان والقيء الهستيري :

هو تعبير عن الاشمئزاز أو عدم قبول موقف معين ، ويمر المرضى من هذا النوع بسلسلة من الابحاث الطبية لاستبعاد القرحة والاورام .. الخ ، وينتشر أثناء العملية الجنسية كرمز لاشمئزازهن من الازواج .. وأذكر الزوجة التي يصيبها القيء عند تناولها أي طعام بمنزلها ، واختفاء هذا العرض عند تناول الطعام في الخارج فلا شك أن منزلها هنا يمثل لها شعورا بالضغط والتقزز أحيانا ما يعبر القيء

الهستيري عن الرغبة في الحمل لما يصاحبه في أول الامر من بعض هذه الاعراض ، وقد اعترضت احدى المريضات على هذا التفسير . فقد كانت تعاني من انتفاخ في البطن ، وصدور أصوات غريبة من الداخل ، مع شعور بالغثيان والقيء وعند أخذ التاريخ المرضي ، وجد أن شقيقتيها الصغيرتين تعانيان من القيء نظرا لحملهما،وجميع من بالمنزل ينصحونها بالزواج وهي ترفض بشدة حتى تنتهي من دراستها وهنا يدور الصراع بين الرغبة في انهاء الدراسة والرغبة في الزواج وقد عبر هذا العرض عن الرغبة اللاشعورية القوية في الزواج على الرغم من تعيها لذلك شعوريا وعلى الرغم من اعتراضها على هذا التفسير الا أنها عادت بعد أسابيع تحمد الله أن هذه الاعراض قد اختفت .

٣ ـ الحمل الكاذب :

وهو وجود أعراض الحمل كاملة مع انقطاع الطمث والانتفاخ البطن دون وجود حمل حقيقي وتستمر المريضة هنا في الحمل أكثر من تسعة شهور فتبدأ العائلة في الازعاج والتساؤل ويتبين بعد ذلك أن هذا الحمل تعبير عن رغبتها الملحة وخوفها من اتهامها بالعقم ويكثر الحمل الكاذب بين سيدات الريف حيث تعطى عملية الاخصاب والحمل أهمية بالغة ويكون سبب انتفاخ البطن رغاوة في عضلات جدار البطن .

٤ ـ فقدان الشهية العصبي أو رفض الطعام العصبي :

ويبدأ هذا المرض خاصة في الآنسات المراهقات ونادرا ما يصاب به الرجال بعد محاولة لانقاص الوزن ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج أو خيبة أمل بالنسبة لحمل ما ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من هؤلاء المريضات وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ويحاولن كبته وعادة ما تعاني مريضات فقدان الشهية العصبي من البرود الجنسي .

وتدل الابحاث الحديثة عن وجود رهاب مرضي من الوزن وكذلك اضطراب

في ادراك المريضة لحدود جسمها اذ أنها ترسم نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل الى السمنة . وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب افراز الغدد الصماء الا بعض هرمونات الهيبوثلاموس وان كان البعض يعتقد أنها ثانوية وليست الاساس .

ويتميز المرض بالآتي :

(أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع التسهيلات واحيانا يأخذ مسهلات أو يوضع الاصبع في الفم لارجاع الطعام .

(ب) توقف الطمث .

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .

كذلك يبدو الجلد جافا رقيقا وينخفض ضغط الدم وتصاب الاطراف بالبرودة وبعض الزرقة مع امساك شديد ويتشابه هذا المرض مع نقص افراز الغدة النخامية ولكنه يتميز هنا بأنه على الرغم من الضعف الشديد والهزال الواضح على المريضة الا أنها تتمتع بحيوية ونشاط عقلي وجسمي لا يتوفر في مريضة الغدة النخامية .

٥ ـ السعال الهستيري :

يبدأ بعد صدمة وجدانية شديدة ولا تفيد هنا العقاقير المضادة للسعال لان السعال هنا يعبر عن رغبة لاشعورية في النفور من حدث ما أو الاحتجاج على موقف لا يستطيع المريض أن يفصح عنه بصراحة .

٦ ـ البرود الجنسي وآلام الجماع الجنسي والتقلص المهبلي :

عادة ما يكون سبب هذه الاعراض هو الشخصية الهستيرية أو مرض الهستيريا ويتضح ذلك عند بدء الزواج وتقلص الزوجة عند البدء في الجماع الجنسي

مما يصعب على الزوج ازالة غشاء البكارة وان أزيل بواسطة الاطباء فسيواجه الزوج بعد ذلك آلام الجماع الجنسي والبرود وتشكل الحالة أزمة عائلية تهدد استمرار الزواج خصوصا اذا لم تعالج الزوجة لمعرفة سبب نفورها من الجنس .

٧ ـ التعشق ، انتفاخ البطن ، الكرة الهستيرية في البلعوم ، الامساك ، الاسهال ، كثرة التبول .. وغيرها من الاعراض التي يمكن تشابهها بجميع الاعراض العضوية ولكل عرض معناه الرمزي فهذه السيدة التي بدأت تتعشا بشدة طوال النهار بعد اقتران زوجها بزوجة أخرى فالتعشق هنا احتجاج وسخط ونفور من تصرفات زوجها .. وهكذا .

ونرى اختتام الحديث عن الهستيريا بعرض لخصائص الشخصية الهستيرية (كما أوردها دباغ(٣ـ١٢٥ـ١٢٦) راجع أيضا لنفس الغرض ٦٨ـ١٦٦و٦ـ١٤٣) .

١ ـ تقبل الايحاء : أي أن الارادة والثقة بالنفس ضعيفة بحيث يمكن بسهولة وبجهد يسير ادخال الافكار والمؤثرات والانفعالات الخارجية اليها . لذلك نرى الشخصية الهستيرية «ساذجة» بسيطة تنخدع بالاخبار والحوادث المثيرة ظاهريا ، وتنفعل بالمواقف المؤثرة وتصدق الاشاعات أو النميمة ، وتتسرع باتخاذ القرارات الموحاة لها دون تروي أو تدقيق في صحة الخبر والمعلومات .

٢ ـ الطبع الانبساطي : تميل الشخصية الهستيرية الى الطباع الانبساطية . فهي مفتوحة للناس ، أي أن طاقات (الليبيدو) تتجه الى الخارج . فالهستيري كثير المعارف والاصدقاء يحب المرح وتأسيس علاقات جديدة لكنها علاقات سطحية وصداقات غير مخلصة وعواطفه غير ثابتة ومتقلبة .

٣ ـ عدم ضبط الانفعالات : الشخصية الهستيرية متقلبة ، تنفعل بسرعة وتهدأ بسرعة . فهي تتذبذب من المرح الى الكآبة ، ومن الضحك الى البكاء .. ومن حب الحياة الى الدفاع (غير صادق) لقتل النفس .

٤ ـ القابلية على التسطير : ومن أبرز صفات الشخصية الهستيرية قدرتها على

«الجلوس على التل» أي الانسحاب من ميدان المعركة وعدها ظاهرة خارجية بعيدة عنها . وكمثال على ذلك نجد فتاة في صراع عاطفي داخل البيت مع والديها ، ربما بسبب علاقة عاطفية مع خطيب المستقبل . وبعد مشادة عنيفة تصاب فجأة بشلل في ذراعها . والمتوقع من هذه الاصابة الخطيرة أن تصاب الفتاة بذعر وحزن شديدين على ذراعها . الا أن الشخصية الهستيرية تبدو عادة غير مكترثة بل مبتسمة ومغتاظة وعيوبة وكأن الذراع المشلولة هي ليست ذراعها بل ذراع غيرها . وتدل قابلية الانفصال والانشطار والابتعاد عن المشكلات والظهور بمظهر آخر وكأنها تقوم بدور مفروض عليها . هذا البرود وعدم الاكتراث بالمصيبة أو المرض الشخصي يسمى La Beue Indifference وكأنما يقوم المريض بدور الممثل السعيد وهو يعاني من كآبة وآلام ، أو يدور الشقي الكئيب بينما عواطفه الحقيقية على ما يرام .

اذن فالشخصية الهستيرية تمثيلية مجيدة تلبس الأقنعة وتتزعها بسهولة . ونستنتج من ذلك أن الشخصية الهستيرية تصلح فعلا لان تقوم بأدوار التمثيل والخطابة والعلاقات الاعلامية العامة والصحافة .. الخ .

٥ ـ عدم تكامل النضج الوجداني : أي أن العواطف غير مستقرة عند حدود واضحة المعالم أو ثابتة الدرجة والشحنة . فالتغير السريع والانتقال من الصحو الى المطر بسرعة فائقة ، والاندفاع الاحمق والانسحاب والبرود الفاجع دون شعور بالخجل أو الندم أو الذنب .. تدل جميعها على عدم بلوغ وجداني حتى وان كان الشخص قد تجاوز مرحلة الشباب وقارب مشارف الكهولة . فالطفولية وعدم المثابرة الواضحة وقلة التأني وسطحية الحكمة كلها ظواهر للسلوك غير الناضج .

٦ ـ الانانية : الشخصية الهستيرية وان كانت انبساطية لكنها تحب نفسها ، تهوى الدلال وتستجدي الاهتمام والعطف ، وتكافح لان تكون مركز العناية ومحور الحديث .

ويظهر هذا التفرغ الى جذب الآخرين بأسلوب خاص في التكلم وبالمبالغة في الوصف ، وبالملبس الصارخ والزينة أو السلوك الدرامي التمثيلي أو بلفت الانظار عن طريق الاستعراضية .

٧ ـ المبالغة الجنسية : وهي كالمبالغة التي ذكرناها في قابلية التمثيل والانشطار ، ولكون محتواها جنسي . فالوقائع والتجارب العاطفية المظهر قد تفسرها الشخصية الهستيرية بأنها تقارب جنسي ينطوي على حب أو رغبة في الاتصال أو الزواج . ومن الغريب أن يكون هذا الافراط الجنسي سطحيا وباهتا ، لان الشخصية الهستيرية غالبا ما تكون باردة جنسيا ، فهي تبحث عن اللذة ولا تجدها ، فاذا ما عثرت على ضالتها صدمت بأنها باردة لا حراك لها . وقصص التاريخ والسير عن فاتنات وملكات ومغامرات الجنس توضح كيف أن بعضهن كن باردات يستوعبن الانتباه ويقمن بأدوار لا عاطفة ولا حرارة فيها .



جامعة دمشق Damascus University

الفصل الثاني عشر

اضطرابات القلق

ANXIETY DISORDERS

- القلق المرضي .
- المخاوف المرضية .
- الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية .
- اضطراب ما بعد الصدمة (قلق ما بعد الصدمة)

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

اضطرابات القلق

ANXIETY DISORDERS

يقابل كلمة القلق بمفهومها المرضي الكثير من الكلمات التي تستخدم في الحياة العادية وتشير مضامينها أو تعبر عن خلل ما يصيب السياق السوي لنشاطاتنا في خبرة أو أكثر من تلك التي نواجهها .

تتفاوت هذه الكلمات من حيث مؤشراتها المرضية ، فمنها ما يمكن عده عارضا طبيعيا يزول بسرعة دون أن يترك آثارا سيئة على كفايات الشخص ، ومنها ما يتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته ، بينما يؤدي بعضها الآخر الى تعطيل النمو السليم من خلال ما يسبقه ويسايره أو يعقبه من طقوس تركز على تجربة القلق وتدور حولها في حلقة مفرغة تجعل من صاحبها أداة منفعلة بالخيالات والاوهام بعيدا عن مطالب الحياة الاساسية .

ويمثل القلق القاسم المشترك في معظم الاضطرابات السلوكية ، ولذلك قلما يوجد في حالة نقاء وانما يرتبط ويختلط ويتقاطع مع مفاهيم الخوف والتسلط والوهن والصراع ومواقف الشدة والاحباط ... الخ ، ولعل الاتجاه الاكثر بروزا هو عد القلق اضطرابا له أشكاله ومظاهره ومراحل تطوره ، وان ارتباطه بشكل مباشر مع حاجات النمو فيزيولوجية كانت أم اجتماعية أم ثقافية بما تنطوي عليه من تهديد ، يرتب ظهوره في صور متنوعة وعلى مستويات مختلفة ، شعورية ولاشعورية ، داخلية وخارجية ، حرة ومقيدة ، واقعية وغير واقعية .. مما يبرر الاتجاه للحديث عن

اضطرابات للقلق بدلا من الحديث عن اضطراب القلق . وهذا ما سيتجه اليه الكتاب بعد عرض حالة مرضية (٧٠-١٩٨٨-١١-١٦) توضح ما سبق ذكره .

كانت ماريا كسيرة الفؤاد ، أجهشت بالبكاء دون تماسك وهي تدفن رأسها في الوسادة كي تكتم بكاءها . وأحست أنها مهملة قد أساء الناس فهمها . وقصد حاول الناس مد العون ولكنها كانت تعرف أنهم يحسبونها مجرد فتاة متقلبة مضطربة القلب .

وكان في الامر شيء من ذلك بالطبع ، ولكن الضيق بالنسبة لها كان أعمق في الأساس . فقد ألمّ بجسمها شيء خطير في بعض الاحيان لم تكن تفهمه أو تسيطر عليه ، ومع ذلك أنحى الكل عليها باللائمة . كانت تعلم أن هذا الشيء يختلف عن أي شيء سبق أن خبرته من قبل ، ولكن الذين تحدثت اليهم قالوا أنها استجابة سوية . وقد خيل اليهم أنهم فهموا هذا الشيء . لكنها كانت تعلم أنهم ما فهموا شيئا .

كانت هي وآدم يتلاقيان منذ ستة أشهر . وقد بدأت علاقتهما دافئة وديعة ثم تطورت الى حب عميق . وأحست بانجذاب قوي نحوه ، واطمئنان الى قوته . وخفضت ثقته بنفسه من تشككها في ذاتها . وبدا لها أنه نموذج أو مثال للسواء الذي كانت ترغب فيه لنفسها . وقد أصبحت مشكلتها أكثر غموضا كلما زادت منه اقترابا .

وفي اليوم السابق تداعى كل شيء حين اقترح آدم أن يذهبا الى معلم قريب في يوم عيد ميلادها . وانتابتها رعدة باردة من الفكرة ، وأدركت أنها سوف تقضي الساعات الاربع والعشرين القادمة في خوف من هذه الفكرة . لكنها كانت تدرك أيضا أنها تخيب أمل آدم فيها لو أنها رفضت ، فقد سبق أن اشتكى من ندرة خروجهما معا . ولذلك قررت أن تشجع الفكرة .

واذا كانت الساعة تقترب ، تزايد احساس ماريا بالقلق . ولم تستطع أن تفكر في المعلم دون الشعور بخفة في الدماغ ، وبازدياد العرق ، وبشيء من انقطاع النفس . وكانت أحسن المواقف تقع الى جوار النافذة مطلة على منظر فسيح في الفضاء

يشرف على الجبال المنحدرة نحو المدينة . ترى ما الذي يحدث لو أنها فقدت سيطرتها وقفزت من النافذة ؟ وقد جعلتها فكرة السقوط بغير نهاية في الهاوية تحس بالدوار . وكانت هذه المرائد أبعد ما تكون من أبواب الخروج . وكان الطعام طيبا ، والمشهد رائعا جدا ، ولكن المكان كان غاصا بالناس دائما . ترى ماذا يحدث لو أن الاغصان أصابها أمام هؤلاء الناس جميعا ؟ قد يستدعون الاسعاف ، وعندئذ تصبح محور انتباه الجميع . واستبعدت الفكرة من ذهنها مئات المرات وأحست بالراحة لهذا القرار ، ولكن رغبتها في ألا تخيب أمل آدم انتصرت أخيرا وقررت أن تبذل جهدا خاصا في الاستجابة له في هذه المرة ، ولو أنه لن يدرك أبدا كيف احتاج الأمر منها الى ذلك القدر من الشجاعة .

وأحضر لها آدم أربعا وعشرين وردة صفراء في عيد ميلادها ، وردة لكل سنة . وأعانها ذلك على أن تنسى مؤقتا كيف كانت خائفة طوال اليوم . ولكن المسافة من مدخل المطعم الى المائدة بدت لها بعيدة على نحو غير معهود ، وقد رغبت عدة مرات في الاستدارة والجري . ولاح لها أن الجميع يتطلعون اليها عند دخولها ويتفرسون فيها وان كانت تعلم أن الأمر ليس كذلك . وبدا كأن خفقات قلبها قد جذبت اليها انتباههم جميعا . وأدارت مقعدها بحيث تجعل ظهرها الى النافذة ، فقد كان النظر الى الخارج يصيبها بدوار فظيع . لكنها أحست بمزيد من فقدان السيطرة على ذاتها عندما واجهت الغرفة المزدحمة ، فقد كان هناك جمع غفير من الناس ، فهل كان هناك قدر كاف من الهواء ؟ وجعل تنفسها يزداد كثيرا سريعا . وأصبح كل ما حولها غريبا منفصلا غير حقيقي . وأحست برهبة وكأنها تنظر من خلال الطرف الخطأ للمنظار المقرب عبر غرفة مليئة بالضباب .

وأدارت ماريا مقعدها لتواجه آدم ، وكان عليها أن تتحمل الاحساس حتى ينقضي . فذلك ما أوصت به الكتب ، اذ كان نصوحها : « تستطيع أن تتعلم السيطرة مع الاحساس » ، «تعرف أطول فترة تطيقها» ، «لا تهرب» ، «دعه يتخطاك» ، «لسوف ينقضي» ، «فكر في الأفكار الايجابية» ، «تنفس بالطريقة الصحيحة» ، «ثابر على اختيار المواقف التي تخيفك حتى تتغلب على المشكلة» . وكانت قد جربت الوسائل كلها . كانت تقدر أن بعض الناس لابد من أنهم وجدوها مفيدة نافعة ،

ولكنها لم تجدها كذلك . الظاهر أن الاساتذة الذين كتبوا تلك الكتب لم يكونوا معها على وفاق في موجة التفكير ، وأنهم غارقون في النظريات الى حد يجعلهم لا يدركون جوهر الخبرة الحقيقية .

وأخيرا اجتذبت انتباهها قائمة الطعام ، وطلبت قدرا مضاعفا من الويسكي الصافي الخالص . ولاحت الصدمة على آدم والمضيفة ، ولكنها كانت مهيئة لقبول استهجانهما في سبيل التخفيف الذي قد يحدثه الشراب . ولم تكن هي في حقيقة الامر تستطيب المشروبات الكحولية ، ولكنها كانت تساعد في تبديد تلك المشاعر الغريبة ، وكان هذا هو المهم . واختار آدم نبيذا طيبا . وأكلت وشربت في استمتاع ، وأحس آدم بالابتهاج الواضح عند استمتاعها . وكان ذلك أفضل ما أحست به طوال اليوم .

ثم حدثت الواقعة : وبدأ قلبها يدق بسرعة أكبر . وظنت ماريا أولا أن الأمر يرجع الى روعة المناسبة ، أو لعل هناك شيئا في التوابل . ثم بلغ من تزايد سرعة قلبها أنها أحست بالضربات في صدرها . وظنت أن آدم لابد قد لاحظ ، ثم أحست بشعور السخونة ، وكان فمها مليئا ، ولم تستطع أن تتنفس بطريقة صحيحة ، وضاق حلقها وأحست كأنها تختنق . وتصبب على جبينها حبات من العرق ، وتصاعد من جوفها شعور باندفاع شيء نحو صدرها ، ثم أعقبه شعور بشيء يغوص في أعماق جوفها . وأصبح كل شيء منفصلا ، وأحست بالدوار وخفة الدماغ ، ثم بشعور الهلع — ذلك الهلع العقلي .

ولم يكن ثمة وقت للتفسير اذ كان زمام الأمر قد فلت بعيدا ، وأخبرت ماريا آدم أن عليها الخروج بسرعة والبقاء في الخارج . ولم تكن تطيق الانتظار حتى ترى ما يحدث . وبينما كانت تنهض أخذت يدها ترتعش بعنف . وأصبحت رجلاها وكأنهما من المطاط ، واشتد احساسها بعدم الثبات كما لو كانت تشرف على السقوط حتى الأرض مادت بها تحت قدميها ، وترنحت في سيرها نحو دورة المياه . ولابد أن من رآها ظن أنها مخمورة . واستحر الاحساس ، فمضت الى الخارج لتستنشق الهواء .

وأراد آدم منها أن تعود ، ولكنها لم تملك أن تفعل ذلك . وكان صمته عند العودة بالسيارة الى البيت لا يحتمل . وعندما عادت الى شقتها فيما بعد حاولت ماريا أن تعتذر وتشرح الامر بأن حالتها من القلق تسير من سيء الى أسوأ . وأن حالة القلق هذه قد كادت تصيبها بالعجز ، وأنها لم تعد تملك التصرف ؛ وأن انعالة تجعلها تحس بالعزلة عن الناس بل جعلت من العسير عليها أن تذهب الى العمل .

لكن آدم لم يستطع أن يفهم أو لم يرد أن يفهم ، فقد مل الاستماع الى حكاية قلقها . ما بالها لا تتمالك نفسها وتحاول التغلب عليها ؟ أنها ليست — على كل الاحوال — الانسان الوحيد الذي أحس يوما بالقلق ، فقد كانت له خبرات مشابهة — كما قال — ولكنه عرف كيف يتناولها مباشرة ، وهذا هو كل ما يتطلبه الامر .

وحاولت ماريا أن تخبره بأن قلقها مختلف ، وأنه ليس من نوع القلق السوي . فقد سبق أن عرفت القلق السوي قبل أن يبدأ هذا الامر . كان الشعور مختلفا . وحينذاك كان هناك على الدوام سبب وجيه للشعور بالقلق ، أما الآن والنوبات تأتي بغير انذار ، وبغير سبب على الاطلاق ، بل انها تأتي وهي تستمتع كما حدث الليلة ، وهي لا تستطيع أبدا أن تتوقع متى تدهمها النوبات ، وقالت انها تشعر بالقلق وكأنه نوع من المرض ، وان كان الاطباء قد عجزوا عن كشف أي اختلال بها .

ولم يثمر هذا . فقد أصر آدم على أنها لم تكن تحاول بجد . وأنه ظل شديد الاحتمال فترة أطول مما ينبغي . وقال انه احتمل في البداية مخاوفها العصابية من المرض ثم كان يشركي عنها بالدعابة حين كانت تعتمد عليه في كل أمورها البسيطة . ما بالها لا تذهب الى أي مكان دون مصاحبته ؟ وما بالها الآن وقد اصطحبها الى مكان لطيف ، أفسدت كل شيء بالمزيد من قلقها الاحمق ؟ ثم توجت الامر كله فتظاهرت بأن قلقها من نوع خاص . لقد تحمل ما فيه الكفاية . وأنى تكون له علاقة بانسان يخنقه على هذا النحو ؟ ثم تساءل — في طعنة قاصمة — كيف يمكن أن تتوقع أبدا أن يكون لها أطفال ترعاهم وتربيهم اذا استمرت على هذا النحو ؟

وأصبحت ماريا محطمة اذ لم يجد لديه وسيلة أفضل لايذائها . لقد حاولت بجد شديد طوال اليوم وأخفقت تماما . وأخذت في البكاء وأحست بالذنب ، فلم يفهم

مشكلتها أحد حتى آدم . وعندئذ عجزت عن التوقف عن البكاء وبدا كأنه أبوابها قد انفتحت أمام شهور من التوتر المخزون .

وبهدوء طلبت من آدم أن ينصرف . فقد سببت له من المشاكل ما يكفي وأخبرها أن تستدعيه بعد أن تستجمع أمرها ان استطاعت يوما ، وإلا تفعل قبل ذلك ثم انصرف غاضبا .

لكنه بعد أن عجز عن النوم فيما بعد أخذ يزيد من التفكير فيما كانت قد قالته . لعله كان مخطئا . فربما كانت مصابة بحالة لم يسمع عنها من قبل . وربما كان هنالك أمر يمكن أن يتخذ بشأنها . وربما كانت من ناحية أخرى عصابية مهووشة ، بحيث يجعله بقاؤه معها رفيقا لها في شقاوتها وتعاستها . وذهب الى النوم في تلك الليلة مختلط التفكير لا يستقر على قرار .

قصة آدم وماريا قائمة على أحداث وقعت مرات عديدة وسوف تتكرر دون ريب . وهي تلخص علة طائفة من الناس يسيء فهمهم عالم الناس الأسوياء . ان آدم وماريا شخصان يقفان على طرفي نقيض في آرائهما حول احدى الخبرات الانسانية المركزية : ألا وهي القلق . فآدم لا يفهم ما تخبره ماريا عن القلق وان كانت ماريا تفهم خبراته ، ونجده لا يتحمل تصرفات ماريا ، لانه لا يفهمها ، بل انه ليعتدي عليها بطرق خفية ، ويسلمها غير لائقة ، وهو لا يقبل قواعد حياتها ولكنه يتوقع منها أن تحيا حسب قواعده . وكلاهما لا يستطيع أن يعبر الهجوة بينهما لإدراك مشاعر ماريا وخبراتها . وهذا هو جوهر الصراع بينهما .

العوامل في اضطرابات القلق :

١ ـ العوامل الوراثية والفيزيولوجية :

تنال الوراثة اهتماما خاصا عند الحديث عن اضطرابات القلق لدى الكثير من الدراسات التي تشير الى احتمال وجود خلل مادي أو كيميائي حيوي في الآلية الفيسيولوجية العصبية يتم توارثه عن طريق الجينات عند ذوي القرابة البيولوجية الوثيقة . وقد لاحظت دراسات التوائم المصابة بشكل من أشكال القلق أن هنالك

ميلا أكبر لاصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو متطابقين (identical) مما لو كانا توأمين غير متطابقين (nonidentical) . وكثيرا ما تستخدم مثل هذه الدراسات على التوائم للتفريق بين إسهام لعوامل البيئة (الضغط والتعلم) ، وبين إسهام العوامل الوراثية . فلو كان المرض راجعا الى التعلم ، أو ضغط البيئة لوجبت اصابة كل من كلا التوأمين بنسبة متساوية بغض النظر عن كونهما متطابقين أو غير متطابقين اذ إنهما نشآ معا في الوقت نفسه وفي العائلة نفسها وتعرضا للبيئة عينها . أما ان كان المرض في أصله وراثيا — من الناحية الاخرى — توقعنا اصابة التوأمين المتطابقين عليهما بالمرض حيث يكون تكوينهما الوراثي متطابقا . ونتائج الدراسة على التوائم توحي بأن قوى الوراثة تميل الى أن تزيد في تأثيرها على عوامل البيئة من حيث الاسهام العام في نشأة الإضطراب .

على أنه يمكن أن يؤدي مثل هذا الضعف الوراثي الى نشأة ألوان من الشذوذ الكيماوي الحيوي ، وبالتالي الى ظهور الاعراض الجسمية التي يشعر بها الضحايا ، فما هي التغيرات الكيماوية الحيوية الشاذة الدقيقة في هذا المرض ؟ لا أحد يعرف حتى الآن بصورة أكيدة . ومهما يكن من شيء ، فهذا زمن مثير في مجال البحث حيث تحاول فرق عديدة من الباحثين في كليات الطب الكبيرة كشف السر الآن . والسبب في الإثارة أن هناك بعض الأمارات الطيبة . ولم يعد السؤال بين علماء الطب عما إذا كان هناك نوع من الشذوذ الكيماوي الحيوي ، أو الشذوذ في عمليات الأيض أم لا . وانما أصبح السؤال بالأحرى هو كيف نحدده ونصفه على وجه الدقة قدر المستطاع ؟.

وأفضل التخمينات حتى الآن يتعلق بنهايات الأعصاب (nerve endings) والمستقبلات (receptors) في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيماوية (chemical messengers) التي تنبه وتستثير المخ ، ونهايات الأعصاب هذه من شأنها أنها تنتج منبهات توجد بصفة طبيعية وتسمى كاتي كولامينات (Caticholamines) ، والمعتقد أن نهايات الاعصاب في مرض القلق تفرط في نشاطها الكهربائي (overfiring) أي أنها تعمل بجد بالغ ، وتسرف في إنتاج هذه

المنبهات وربما مواد أخرى غيرها • ثم ان هناك في الوقت نفسه نهايات الاعصاب والمستقبلات التي يكون لها تأثير مضاد : فهي تصنع مهدئات (tranquilizers) توجد بصفة طبيعية ، وتسمى الناقلات العصبية الكابحة (inhibitory neurotransmitters) التي تكبح وتهدىء وتخفض من حدة النشاط الكهربائي للمخ • فالظاهر أن الناقلات العصبية أو المستقبلات قد تكون ناقصة نوعا أو كما• (٧٠ ــ ١٠٤) •

وقد بين الدكتور يوجين ريدموند (Eugene Redmond) في سلسلة من الدراسات في السبعينيات تأثير أجزاء معينة في المخ على السلوك والاستجابة الانفعالية عند الخوف • فغرس سلكا أو لاقطة كهربائية (electrode) في مركز صغير من المخ الاسفل يسمى منطقة كيروليوس (locus Coeruleus) في القرود مقطوعة الاذناب (Stumptailed) • وعندما تم تنبيه هذه اللاقطة كهربائياسلكت القرود مسلكا أشبه بالهلع والقلق والخوف ، كأن خطرا يوشك أن يقع عليها • ثم أدى إتلاف هذا المركز الصغير في المخ عند القرود الى تأثير مضاد على النقيض ؛ فقد أظهرت القرود ــ عند فقدان وظيفة منطقة كيروليوس ــ أنها فقدت الاستجابة الانفعالية للتهديدات ، وأصبحت بغير خوف ظاهر من اقتراب الناس أو القرود المتسلطة • وكانت من الناحية الاجتماعية أكثر عدوانا ، وزاد تجوالها في أقفاصها أكثر كثيرا من ذي قبل وأكثر من القرود العادية • ولما كان في منطقة كيروليوس أكثر الخلايا العصبية كثافة في احتوائها على مادةنورإبينفرين (norepinephrine) فقد تصوّر ريدموند من هذه الدراسات أن الهلع والخوف ينشآن من إفراط النشاط في هذه الخلايا العصبية من المخ •

ان القدرة على اظهار أو إخفاء القلق والخوف في الحقيقة على هذه الصورة توضح احتمال أن تكون هذه المشكلة جسمية مادية • ومنطقة كيروليوس تقع في المخ في مكان من أكثر الأمكنة ثقافيّة وهي بهذه الطريقة من أكثرها حساسية لتغيرات الأيض الموضعية • بحيث إنه عند وقوع هذه التغيرات الكيمياوية الحيوية المرتبطة بمرض القلق ، نجد أن هذا الموضع أو الجزء من المخ أكثر الأجزاء حساسية للتغيرات ونجده يستثار لإظهار رد فعله المتميز للخوف •

وأيا ما كان إسهام الاضطراب البيولوجي في احداث مرض القلق ، فالنتيجة أن المرضى يتعرضون لنوبات فجائية من نوبات القلق التلقائية بمعدل يتراوح من مرتين الى أربع مرات اسبوعيا يكون لها أثر نفسي ساحق • ويشعر المرضى بالقلق والخوف نتيجة هذه النوبات • ويؤدي جوهر الايض المركزي الذي يغذيه الاختلال الكيماوي الحيوي الظاهر الى اطلاق الاعراض في جسم المريض كله (المرجع السابق ١٠٧) •

وبعضهم يذهب الى القول: يولد الفرد وعنده الاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي ، ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الاجهاد والمشقة (٦٨ ــ ١١٢)•

لا يمكن الحديث (كما سبق وأشرنا) عن دور الوراثة في الشذوذ وبخاصة في الاضطرابات ذات الطابع الانفعالي كالقلق (حتى عند انصار الوراثة) دون استخدام كلمات أو مفاهيم تشير الى عدم توافر الثقة الكاملة في النتائج التي تجري في هذا السياق •• وغدت كلمات مثل : ــ من المحتمل ــ من المرجح ــ من المعتقد ــ تخمين •• كلمات مألوفة في ادبيات الوراثة • وتكفي برأينا للتأكد بأن مقدار الوثوقية في وراثة المظاهر الانفعالية لا زال في ضوء التجريب ، وركون الباحث النفسي واطمئنانه غير مدركين في هذا السياق بعد •

٢ ــ العوامل النفسية :

ترجح كفة العوامل النفسية في اضطرابات القلق لدى معظم الدراسات وفي مقدمتها الدراسات المؤسسة على نظرية التحليل النفسي التي ربطت بين اضطرابات القلق وبين المواقف التي تواجه نمو الفرد ويخلص مؤيدو التحليل النفسي للكشف عن أشكال من القلق تظهر في مراحل الطفولة وبشكل متسلسل ، يعود اليه البالغون عندما يفشلون بمواجهة استثارة عالية أو مواقف ضاغطة ، وأول هذه الاشكال يسمى قلق النزعة (impulse anxiety) ويقال إنه يحدث حين تطغى على الرضيع الحاجات والمشاعر التي يعجز عن السيطرة عليها في حالته التي هو عليها من العجز والقصور•

وقد يؤدي النكوص او الارتداد نحو هذا السلوك القلق الى تنشيط المخاوف من فقدان السيطرة على الذات ، ومن أن تطغى عليه وتستبد به أحاسيس داخلية .

أما مرحلة القلق النمطية الثانية التي قد يخبرها الاطفال في عمر يتراوح بين ثمانية شهور وثلاث سنوات فتسمى قلق الغريب (stranger anxiety) والنكوص أو الارتداد الى هذه الاستجابة قد يتم تنشيطه ليتخذ صورة فوبيا أو مخاوف مرضية اجتماعية .

أما مرحلة القلق الثالثة ، وتشاهد بصورة نمطية في الأطفال فيما بين سنتين وأربع سنوات من العمر ، فتعرف بقلق الانفصال (separation anxiety) والنكوص أو الارتداد الى هذه الاستجابة يمكن أن يبعث أو ينشط المخاوف التي تميز المصابين بالمخاوف المرضية من الاماكن العامة (agora phobics) ـ ممن يخافون من البعد عن الدار ، أو نقاط الامان أو البعد عن الاصدقاء او العائلة أو من أن يتركوا وحدهم ـ .

ويقال إن قلق الانفصال يضمحل في سن الرابعة أو الخامسة من العمر لتحل محله المخاوف من الاصابة أو المرض الجسمي ؛ وقد سمى فرويد هذا الخوف قلق الخصاء (castration anxiety) .وقد يبدو النكوص أو الارتداد الى هذه المخاوف في صورة المخاوف المرضية أو الفوبيا من المرض والاصابة وتوهم المرض .

إن هذا النوع من النكوص أو الارتداد بوصفه نتيجة حالة من الاثارة العالية ـ الناشئة عن نوبات الهلع غير المتوقعة ـ يفسر تفسيرا جزئيا نوع النمط الذي تتخذه الفوبيا عند هؤلاء المرضى (١٠ـ١٢١).

ومن العوامل النفسية الفاعلة في اضطرابات القلق تلك التي تسبق أو ترافق أو تعقب سبل تصريف الطاقة الجنسية من أفكار أو أشكال سلوك تتشبع كبتا أو احباطا أو احلام يقظة ، وخللا في علاقات النفس والجسد والجنس والمجتمع يرتبط بها الخوف والقلق والتسلط على الاعضاء الجنسية . والاضطراب في وظائفها

(حرمان الـذات الجنسية ـ قلـق توقف الحيض ـ قلـق الحرمان الجنسي ـ البرود الجنسي ....الخ) .

وكان قد راى كل من (أوتورانك) في تجربة صدمة الميلاد و (هورلي) في كبت الرغبات العدائية عند الطفل نحو والدية ، و(أريكسون) في الاحساس بعدم الثقة والاحساس بالفشل والضعف . و / اللبرت الليز / في الافكار غير العقلانية حصول مصادر التهديد والخطر . عواملا نفسية عن عوامل اضطرابات القلق (لمزيد من التفصيل عد الى فصلي عوامل الشذوذ من هـذا الكتاب) . أمـا عـن شخصية القلق فغالبا ما تتسم بالخجل والحذر والاحساس بالعجز أمام معظم المواقف التـي تنطوي على مسؤولية او تتصف بشيء من المغامرة .

٣ ـ العوامل البيئية والاجتماعية :

التقليد والمحاكات والتعلم اجتماعي المصدر ـ والعدوى السلوكية ، وأشكال الضغط المختلفة وفق سياق تربوي وتنشئة اجتماعية ثقافية تعد عواملا لايمكن تجاهلها في اضطرابات القلق . فالطفل يتلقى من أبويه ومجتمعه وأنماط تربيته الرسمية وغير الرسمية مشاعر القلـق والحرمان وملقوس الاستجابة للاحباط وأشكال الصراع . يعطى دور الضغوط البيئية كقوة فاعلـة في اضطرابات القلق باتفاق المدارس المختلفة، وينحصر الخلاف ـ في حال وجوده ـ على الدرجة التي تعطى لهذه الضغوط والتي غالبا ماتكون على شكلين: «فهناك الضغط المباشر الذي تسببه الاشياء التي تختل في البيئة: حين يتعرض السان للتهديد أو بفقد وظيفته ، أو مواجهة الطلاق ، أو اصابة طفلة بالمرض والجندي في الخط الامامي للجبهة ، وضحية الاغتصاب أو السرقة . والأب الذي لا عمل له ويعاني من الهم المتصل بكيفية تدبير الطعام لاسرته ، يشكل كل أولئك صور شائعة للقلق .

أما الشكل الثاني من الضغط المنتج للقلق فهـو مرتبـط بالصراع حيث تتعارض قوتان متضادتان . فقد تكون هناك رغبة قوية في عمل شيء مع تحريم قوي في الوقت نفسه يقول : لا يمكنك أن تفعل . قوتان كلتاهما واقعتان بدرجة متساوية

وتحتاجان الى الاشباع وتتبادلان الشد في اتجاهين متعاكسين ، والمثل الثالث مثل المهر الذي تتقاذفه المشاكل ويضطر الى الاختيار بين خياريين كل منهما يتضمن الخسارة أما المثل الاخير فهو مثل المرأة الشابة التي تجد نفسها نهباً موزعا بين اثنين من المحبين (٧٠ص١٢٤) .

وتعد فرص التعلم الذاتي والاجتماعي التي يهيئها المجتمع لافراده ضمانة للنمو السليم ، عندما يؤمن ما يحقق ذوات الافراد ويساعدهم في تعلم أساليب تصريف الطاقة الانفعالية بالشكل المناسب .. اذ أن القلق يبنى على مبالغات انفعالية تتجاوز بشكل مرضي ما يستثيرها . ولقد أثبتت دراسات كثيرة بأن عدم النضج الانفعالي ، والاتكالية وعدم الاحساس بالامن ، والفشل في اكتساب المهارات اللازمة .. ان كل ذلك يؤدي الى ضعف الثقة بالنفس والاحساس بالعجز في مواجهة مسائل عادية ومألوفة .

ولكن يمكن أن تؤدي اضطرابات القلق (ولاغراض شخصية اجتماعية) وظيفة حماية المريض ووقايته من الدفاعات وميول محرمة اجتماعيا . وعن طريق القلق يحمي المريض نفسه . كالسيدة التي تتوق الى المتعة الجنسية ، ويداهمها فزع القلق من العزلة لينقذها من لقاء لوحدها حيث مشاعر الاثم والرغبات المرفوضة التي تدفعها لتحقيقها . والحال نفسه عند الخوف من الامراض الزهرية التي تعقب العمل الجنسي المنحرف .

فئات اضطرابات القلق

١ ـ القلق المرضي :

ثمة شكلان عامان من لقلق طبيعي ـ ايجابي (سوي) يعيشه كل الناس ،يدفع الانسان لتهيئة طاقاته وحشدها من أجل التصدي بنجاح لمثيرات تهدد أمنه وتلحق باهتماماته الاذى .

يساهم القلق الطبيعي عندما يوفر ردود فعل تنسجم مع كم مصادر الخطر وكيفها في تعميق خبرات النمو متعدد الاوجه ، وتحصين جهاز المناعة الجسدي

والنفسي لدى الانسان . اذن فالقلق والحالة هـذه أداة من أدوات الشخصية ؟ نعم يعد القلق الطبيعي استجابة دفاعية وأداة شخصية ايجابية ، ويبى كذلك طالما بقي في حدود سيطرة الشخصية ومجال وعيها ومعرفتها أي أن يبقى السلوك في حالات القلق في الحيز الارادي الشعوري ، وأن يبقى السبب المثير في الحيز المعرفي الشعوري ، وبذلك يمكن ضمان الاستجابات في مواقف القلق من حيث طبيعتها ومن حيث مآلها . فالذي يقلق على اسرته في حال وجود ما يهدد تماسكها أو مستقبلها يسلك بشكل معقول ومبرر وكذلك الذي يقلق على مكانته الاجتماعية في ظل ظروف غير عادلة في توزيع الادوار .. أو ذلك الذي يجاور عصابة من اللصوص أو المنحرفين ...

اصطلح على تسمية هذا الشكل من القلق بالقلق خارجي المنشأ exogenous كونه يمثل استجابات الفرد القلقة على ضغوط خارجية وبالتالي يكون الفرد وجها لوجه مع مصادر التهديد الخارجي ، المعروفة والمدركة من قبله والتي تستبعد فيها المفاجئات والنوبات الحادة التي تعقبها .. هذه المواجهة الاسهل في اضطرابات القلق، ولكنها معرضة تحت ظروف خاصة للتطور لتأخذ شكلا أشد ومواجهة أكثر ضبابية وحدة .

أما الشكل الثاني من القلق موضوع حديثنا في هذا الفصل من الكتاب فهو القلق الشديد الذي يتسم بالديمومة والاستمرارية ، ويتميز بتوقع الشر وترقبه وبسيطرة مشاعر الخوف وبعدم الاستقرار والتسلط على صاحبه .

تتغير هنا وظيفة القلق من وظيفة تسعى لتجنيد طاقات الفرد الى وظيفة تأخذ على عاتقها تشتيت هذه الطاقات عندما تجعلها متوترة غير مستقرة ، لاسباب لاتقع في مجال ادراك الشخص أو سيطرته الارادية . فالمصاب لا يعرف غير انه متوتر ،مدفوع من الداخل لاخذ وضع دفاعي في مواجهة امور لا يعرفها فتكون التفسيرات غالبة غير واقعية مثلما هي الاجراءات التي تتخذها الشخصية .

ينبع أو يصدر الخوف والذعر في هذا القلق من داخل الفرد ولذلك سمي بالقلق داخلي المنشأ (endogenous) . حيث تعني هذه الكلمة يونانية الاصل أن

المشكلة المحورية هنا تنبع من مصدر داخل جسم الفرد بدلا من صدورها على هيئة رد فعل على مثير خارج الانسان وينطبق فعلا هذا التفسير الحرفي للكلمة على ما يحس به مريض القلق من أحاسيس جسمية وانفعالية تداهمه من داخله وتنذره بأن أشياء مخيفة مرعبة على وشك أن تحدث على الرغم من جهل المريض لطبيعة هذه الأشياء ـ كما سبقت الاشارة ـ ويبرز الخوف من المجهول أو الخوف من المستقبل وحتى الخوف من لا شيء مع أعراض سلوكية ظاهرة تتغير تبعا للمثير المشتبه به .

فيما يلي مقارنة بين شكلي القلق الذي سبق ذكرهما من حيث المعايير التشخيصية والأعراض (٧٠ـ١٣٩ـ١٤٤) مع الاشارة الى احتمال تعرض مريض القلق الى أحد الشكلين أو الى الاثنين بشكل متدرج .

قلق داخلي المنشأ (Endogenous Anxiety)	قلق خارجي المنشأ Exogenous Anxiety
١ ـ وقائع غير متوقعة ، تلقائية ، مترددة ، مرعبة . « يذكرها المريض » من الاعراض التالية: « عرض او عرضين في نوبة اعراض محدودة وثلاثة اعراض او اكثر في نوبة هلع » :	١ ـ لا يوجد هلع غير متوقع او نوبات قلق لم يسبق حدوثها في تاريخ المريض .
أ ـ ضربات زائدة او سرعة في دق القلب .	
ب ـ نوبات من الدوخة او الاغماء في خفة الدماغ .	
ج ـ التلهف على الهواء او صعوبة التنفس او زيادة التعوية او الشعور بالاختناق .	

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
د ـ الشعور بالاختناق او الغصة في الحلق .	
هـ ـ تنميل او خدر في اليدين او الذراعين او القدمين او الوجه .	
و ـ غثيان او اضطرابات المعدة او القيء .	
ز ـ هلع فجائي غير متوقع او مشاعر القلق تحدث دون استشارة او مع استشارة قليلة .	
ح ـ توهج ساخن او قشعريرة .	
ط ـ الشعور بالارجل المتخاذلة او بعدم التوازن .	
ي ـ اهتزاز او ارتعاش اليدين او الرجلين .	
ك ـ الاحساس بالخروج او الانفصال من بعض أعضاء الجسم او الجسم كله او الاحساس بالطفو ، الشعور بان الظروف المحيطة بالمرء غريبة او غير حقيقية او ضبابية .	
ل ـ الشعور في الصدر بالالم او الضغط او عدم الارتياح .	
م ـ خوف المرء من انه يتعرض لمرض خطير او للموت .	
ن ـ شعور المرء بانه يفقد سيطرته على نفسه ، او بانه هلس	

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
وشك ان يصرخ او يصاب بالجنون .	
س ـ تغير تلقائي متردد في الادراك الحسي « مثل زيادة مترددة في الحساسية للضوء او الصوت او اللمس او الحرارة او التذوق او الضغط في المفاصل او القوة العضلية ».	
ع ـ نوبات الاسهال .	
ف ـ نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة او الرياضة البدنية.	
٢ ـ تكرار مثل هذه النوبات من الاعراض باستمرار لمدة شهر على الاقل . ولابد ـ في غضون ثلاثة شهور ـ من حدوث ثلاث نوبات كبيرة محددة على الاقل لتشخيص القلق الداخلي الكبير او لابد من حدوث ثلاث نوبات بسيطة محددة لتشخيص القلق داخلي المنشأ البسيط .	٢ ـ لا يحدث التوتر واعراض القلق الا استجابة للمثيرات المباشرة الواضحة المميزة في البيئة فقط . ولا تكون بداية كل نوبة بطريقة فجائية كثيرا ولكنها تتعلق بفورية المثيرات المسببة . وقد تحدث الاعراض وحدها دون اي قلق ظاهر في حالة التغيرات الشرطية في الاعراض الحركية او الحسية او الحواس الخاصة.
٣ ـ اعراض المخاوف المرضية ، وخاصة الخوف من نوبة الهلع التلقائي « الخوف من المخاوف المرضية Phobophobia والخوف من الاماكن المزدحمة. ولا تبدا المخاوف المرضية الا بعد ظهور النوبات التلقائية الاولى ، وقد تتذبذب المخاوف في الشدة مع الزمن .	٣ ـ تقتصر المخاوف المرضية على بؤرة واحدة معينة . فهي اقرب الى الخوف الواحد منها الى المخاوف المتعددة . ومن النادر ان تتذبذب المخاوف في الشدة مع الزمن .

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
٤ ـ الاكتئاب وضعف الاعصاب « النيوراستينيا Neurasthenia » ، اي الشعور الزائد بالتعب والاحساس بالتعب من كل شيء ، والاعراض الوسواسية القهرية وهي توجد الى حد ما في اكثر من ثلثي الحالات .	٤ ـ ليس هناك اكتئاب ، او نيوراستينيا ، او امراض وسواسية قهرية،او اضطراب نفسي .
٥ ـ صورة القلق في النوبات التلقائية من النوع غير المتوقع « ولو أنه قد يحدث النوع المتوقع ايضا مع ذلك » .	٥ ـ صورة نوبة القلق من النوع المتوقع
٦ ـ تذبذب تلقائي في استجابة الجلد الجلفانية Galvank skin Rsponse	٦ ـ لا يوجد تذبذب تلقائي في استجابة الجلد الجلفانية .
٧ ـ بطء في ظهور الاعتياد لاستجابة الجلد الجلفانية .	٧ ـ اعتياد سريع او سوي لاستجابة الجلد الجلفانية .
٨ ـ سرعة النبض عالية اثناء الراحة .	٨ ـ سرعة النبض في الحدود الطبيعية .
٩ ـ الانعكاسات العصبية سريعة نشطة متوترة .	٩ ـ الانعكاسات ليست على درجة زائدة من التوتر .
١٠ ـ تاريخ عائلي من نوبات القلق وامراض المخاوف المرضية بين الاقرباء من الاناث خاصة .	١٠ ـ تاريخ عائلي نادر « لا توجد بيانات كافية » .
١١ ـ يتراوح العمر عند بداية الاعراض مابين ١٢ و ٤٠ عاما.	١١ ـ قد يحدث في اي عمر .
١٢ ـ ثمانون في المائة من الحالات نجدها عند النساء .	١٢ ـ التوزيع متساو تقريبا بين الجنسين « ست وستون في المائة بين النساء » .
١٣ ـ الاحتمال ارجح في زيارات متعددة سابقة للطبيب وعيادات الطوارىء لعلاج الاعراض . ويجب أن يحدث القلق التلقائي في غياب المرض الطبي الذي يمكن أن يسبب مثل هذه الاعراض ، وكذلك في غياب المواقف التي تهدد الحياة .	١٣ ـ من النادر زيارة الطبيب ، او عيادة الطوارىء للعلاج .

قلق داخلي المنشأ	قلق خارجي المنشأ
١٤ ـ الاحتمال ارجح في ان المريض قد قام من قبل ذلك بزيارات للاطباء النفسيين المتعددين للعلاج على مدى سنوات كثيرة .	١٤ ـ الاحتمال غير راجح في استشارات سابقة للاطباء النفسيين المتعددين .
١٥ ـ الاحتمال ارجح في ان الشخص قد سبق له دخول المستشفى، وفي انه تعرض للعلاج الجراحي للاعراض .	١٥ ـ الاحتمال غير راجح في الاستشارات الطبية المتعددة السابقة .
١٦ ـ الاستجابة طيبة لكابحات الامينات الاحادية المؤكسدة MAO inhibitors وعقار اميبرامين imipramine	١٦ ـ الاستجابة ضعيفة للعقاقير .
١٧ ـ استجابة الاعراض جميعا للعلاج السلوكي وحده ضعيفة . وقد يتحسن سلوك التجنب فقط بالعلاج بالتعريض exposure ولكن الوساوس treatment التلقائية لا تتحسن .	١٧ ـ الاستجابة للعلاج السلوكي طيبة .
١٨ ـ مسار المرض مرحلي متردد ذاتي « اي ان مساره محدود في ذاته ، وهو يتذبذب مع الزمن وهو لا يتحسن مباشرة حين تسود ظروف البيئة ميسرة » .	١٨ ـ يستجيب للمنبهات النفسية الاجتماعية بصورة اوضح .
١٩ ـ تعجل لبنات الصوديوم وتناول الحشيش من حساسوث نوبات القلق .	١٩ ـ لا تعجل لبنات الصوديوم او تناول الحشيش من ظهور نوبات القلق .

حالات القلق المرضي (مظاهر تطوره) Anxiety Stats

يبدأ المرض غالبا بتعرض المصاب لنوبات قصيرة سريعة دون سابق انـذار ، ودون أن ترتبط بسبب ظاهر، تعلق مثل هذه النوبات الاحساس لدى المصاب بتعرض نظام حياته الداخلي أو جزء من اجزائه الى خلل مؤقت ومفاجيء .

تظهر حالات القلق على شكل نوبات هلع حادة Ponic Attacks أو على شكل قلق عام Generalized Anxiety :

١ ـ نوبات الهلع الحاد

يخبر القلق الكثير من نوبات الخوف والتسلط والحـذر المختلفة في الشـدة والاثر ، ولكنه في نوبات الهلع يقع تحت تأثير نوبات من نوع جديد ، نوبات ساحقة ومرعبة تغير من ايقاع كل الاعراض التي خبرها سابقا ويفلت زمام الامور من يده ليسلم الى غيب مجهول يحطم ثبات الشخص ويهز بنيانه الجسدي والنفسي .

تتكرر النوبات الشديدة هذه بمعدل ثلاث نوبات حـادة خلال ثلاثـة أسابيع (لا تعود هذه النوبات الى حالات من الاجهاد الفيزيولوجي أو مواقف فيهـا تهديد لحياة الفرد) وتتميز النوبة الحادة بوجود أربعة اعراض على الاقل من الإعراض التاليـة :

١ ـ عسر التنفس . ٢ ـ تسرع خفقان القلب . ٣ ـ الم في الصـدر . ٤ ـ احساس بالاختناق . ٥ ـ دوار أو دوخة . ٦ ـ الاحساس باللاواقعية . ٧ ـ تشوش الحس (يطال الايـدي والارجـل) . ٨ ـ الاحساس بالحـرارة والبرودة . ٩ ـ تعرق غزير . ١٠ ـ اغماء . ١١ ـ رجفان . ١٢ ـ خوف من الموت او الجنون أو من التصرف الشاذ أثناء النوبة . يشترط ان لا تعود تلك النوبات أو أعراضها لاضطراب فيزيولوجي أو لأي اضطراب عقلـي كالاكتئاب أو الفصام أو لاضطرابات الجسدنة . تتميز تلك النوبات الحادة بعدم اقترانها مع الـ agoraphobia الخوف من الاماكن العامة .

ب القلق العام (المعمم) Generalized Anxiety

يتميز بانشغال غير واقعي يتركز حول شروط حياتية (الانشغال على سلامة الاطفال وهم في أمان ، أو الانشغال على الجوانب المادية دون مبرر واقعي). يستمر هذا الانشغال لستة أشهر أو أكثر ويظهر خلال هذه الفترة ستة من الاعراض التالية على الاقل . (على أن لا تعود الى حالات التسمم الكحولي أو الادمان على المخدرات) .

١ ــ الرجفان . ٢ ــ توتر وألم في العضلات . ٣ ــ الشعور بعدم الطمأنينة . ٤ ــ اعياء واجهاد . ٥ ــ الاحساس بالاختناق . ٦ ــ خفقان القلب . ٧ ــ رطوبة وبرودة في الاطراف . ٨ ــ جفاف الفم . ٩ ــ دوار أو احساس بعدم الاستقرار . ١٠ ــ الاقياء والاسهال . ١١ ــ الاحساس بالقشعريرة . ١٢ ــ حاجة ملحة للتبول . ١٣ ــ صعوبة البلع . ١٤ ــ توقع خطر وشيك . ١٥ ــ مبالغة في الاستجابة للاصوات . ١٦ ــ صعوبة في التركيز . ١٧ ــ المعاناة من الارق وصعوبة النوم . ١٨ ــ عصبية واضحة . يتركز القلق العام عند الاطفال حول التحصيل الاكاديمي والنشاطات الرياضية والاجتماعية .

٢ ــ الخوف المرضي ــ الخواف : Phobic Disorder

الخوف المرضي شكل من أشكال الخوف ، شاذ ومؤلم وحاد ، غير مبرر وغير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق . يختلف عن أشكال الخوف الطبيعي التي تستثيرها فعلا مثيرات تنطوي على ما يخيف ويعترف بها الاسوياء والعاديون من البشر ويقرون بدورها في تجنيد طاقات الانسان مثلما كان الحال في القلق ــ للتأهب والحذر والرد ، بما ينقذ الفرد من مخاطر مليئة بها حياتنا اليومية .

جاء مفهوم الخواف Phobia من الكلمة اليونانية Phobos والتي تعني الخوف المبالغ به ، واستخدم هذا المفهوم ليشار به الى أنواع من الخوف الشديدة والمستديمة التي لا تؤسس على اسباب معقولة أو معروفة وتتجاوز ما تستثيره المتغيرات البيئية المحيطة مثلما تتجاوز ارادة الشخص المصاب وقدرته على الضبط

الذاتي ، الذي وان كان يجهل رمزية مخاوفه فانه يدرك لا منطقيتها ، ولكنه مع ذلك لا يستطيع الاقلاع عنها بسهولة ويستجيب لها هربا من المواقف التي تستثير القلق.

قسم فرويد المخاوف استنادا الى طبيعة موضوع الخوف وقال بنوعين منها :

- المخاوف العامة : موجودة لدى الناس بعامة ومألوف الخوف الطبيعي منها ولكنها في حالة الخوف المرضي (الخواف) تظهر بشكل مبالغ فيه كالخوف من الظلام أو الموت أو المرض أو الوحدة ..الخ.

- المخاوف النوعية (الخاصة): وهي مخاوف لا تستثير مخاوف الناس الاسوياء وانما تكون مواقفا أو أشكالا من الخبرة لها مدلولها الرمزي لدى المريض فقط .

يتميز أصحاب المخاوف المرضية بسلوكهم التجنبي الواضح فمع مرور الزمن وتعرفهم لمثيرات الخوف يتعلموا الربط بين هذه المثيرات والمواقف التي تحدث فيها أو ترمز اليها وبالتالي عندما يحاولون الوقاية من المخاوف المرضية تراهم ينزعون لتجنب كل المواقف المرتبطة بها لا بل قد يتطرفون ـ وهذا ليس بمستغرب فيجنبون الكثير من المواقف التي لا صلة مباشرة لها بمثيرات الخوف ، والدافع الى ذلك المزيد من الحرص على مبدأ الابتعاد عن الشر .. وخوفا من أن تلعب هذه المواقف دورا ما في تقريب المواجهة مع مصادر الخوف الحقيقية . وهكذا يمثل الخوف المرضي اصحابه بمظومة تجنب فيها قائمة طويلة من المواقف القاطعة والوقائع السوداء التي لا يسمح بالتعامل معها لمجرد الاحساس بامكان تعريضها لمشاعر الخوف المرضية الكامنة .

ولكن مشكلة هؤلاء هي أنهم في السلوك التجنبي الذي يصبونه لنتائجه السريعة لا يدركون مآل سلوكهم هذا حيث اثبتت الدراسات في هذا السياق بأن الهرب من مثيرات الخوف وتجنبها يؤدي الى تعميم سلوك الهرب الذي يؤدي بهذا

ذاته الى تأصل المخاوف وزيادتها والابتعاد عن المواجهة والتجنب وان كان يؤجل المسألة مؤقتا فانه يرسخ الخوف ويسقه ليطال ويتحكم بمشاعر المضطرب أكثر .

العوامل في الخوف المرضي :

تتشابه العوامل في الخوف المرضي مع العوامل في القلق ويمكن تلخيصها بالآتي :

- تكمن وراء المخاوف المرضية شخصية خجولة سلبية غير مستقرة اعتمادية وغير مبادرة ، ولا يستبعد أن تكون عدوانية عانت من الكبت الجنسي وبعض المشكلات النفسية .

- تبرز في المخاوف المرضية خبرات الالم والمخاوف السابقة وبخاصة تلك التي تحدث في سنوات الطفولة حيث تخضع لآلية الاشراط وللتعميم ، فقد يشكو الرجل الابيض لخبرة طفولية سلبية مع قطة بيضاء لم تقصد ايقاع الاذى ..

- قد يستخدم الخوف لا شعوريا لتأدية وظيفة اجتماعية ، فالخوف من القيام بفعل مشين وتجنبه يعمي صاحبه من سوء تكيف اجتماعي معرض له ويحمي علاقة ايجابية مفترضة مع الوسط المحيط وأخلاقه .

- التقليد والمحاكاة والخوف بالعدوى أمور مدركة في تشخيص الخوف المرضي ، ومن المشكوك فيه ان نخاف فطريا من الورود أو من العصافير أو من الفتيات .. !

- القلق نفسه يعد عاملا من عوامل الخوف والقلق ، وكلما تعرض المريض لنوبات من القلق كلما اكتسب مخاوفا مرضية جديدة وتجنب مواقفا اضافية .

أشكال المخاوف المرضية :

عرفت أشكال كثيرة ومتنوعة (تنوع علاقات الكائن الحي مع الموضوعات البيئية) من المخاوف المرضية ، واحصيت عشرات الاشكال فيها - وهي في تزايد

نورد بعضها على سبيل المثال مركزين على ما يكثر تكراره في كتب الشذوذ النفسي :

ـ الخوف من الاماكن العالية	Acrophobia
ـ الخوف من الاماكن المفتوحة	Agoraphobia
ـ الخوف من القطط	Ailurophobia
ـ الخوف من الماء	Aquaphobia
ـ الخوف من الرعد والبرق	Astrophobia
ـ الخوف من الاماكن المغلقة	Claustrophobia
ـ الخوف من الكلاب	Cynophobia
ـ الخوف من الدم	Hematophobia
ـ الخوف من الجراثيم والعدوى	Mysophobia
ـ الخوف من الوحدة	Monophobia
ـ الخوف من الحشد	Ochlophobia
ـ الخوف من النار	Pyrophobia
ـ الخوف من الغرباء	Xenophobia
ـ الخوف من الحيوانات	Zoophobia
ـ الخوف من الخوف	Phobophobia
ـ الخوف من الزهور	Anthophobia
ـ الخوف من الجياد	Equinophobia
ـ الخوف من الارقام	Nomerophobia

ـ الخوف من الظلام	Noctiphobia
ـ الخوف من الإفاعي	Ophidiophobia
ـ الخوف من المدرسة	School-phobia
ـ الخوف من الطيران	Airplane-phobia

يرتبط تنوع وتعدد أشكال المخاوف المرضية بتنوع وتعدد الامكنة أو الموضوعات التي شهدت خبرات الخوف الاولى بخاصة عندما يستطيع المضطرب ايجاد علاقة ارتباط بين الموقف والخوف ، في هذه الحالة سيصبح كل موقف بشري أم مادي (كان موجودا) محرضا ومثيرا لمخاوف المضطرب .

بعض حالات الخوف المرضي :

قبل أن نشرح بشيء من التفصيل بعض حالات الخوف المرضي الشائعة ، دعنا عزيزي القارىء نطلع على حالة خوف مرضي أرعب موضوع الخوف فيها المريض وسيطر عليه ، وأثر على مجرى حياته ، وحرمه من متع كان يتمتاها ، فضلا عن حرمانه من القيام بدوره الكمي والنوعي في بيئته ومجتمعه . فما هو هذا الشكل من الخوف ؟ انه الخوف المرضي من الدجاج ..!! نعم من الدجاج ولنقرأ ما تقوله هيلين دوتش Dustch, H. عن هذه الحالة (٥٠ـ٢٨٩ـ٢٩٠) :

ان الدجاج قلما كان موضع خوف انساني من الحيوان ، اذ الكلاب والقطط بل الخيول ربما كانت أهم الحيوانات المستأنسة بعثا للخوف منها ـ يضاف اليها بطبيعة الحال الحيوانات المفترسة التي تتحدث عنها الاساطير والتي تثير مشاعر الطفولة ـ وكذلك الزواحف كالثعابين والحيات ، والعنكبوت وسائر الحيوانات المقززة أو المنفرة التي تبعث (القرف) والاشمئزاز disgusting كالفئران والصراصير .. التي تثير شعورا بالقزع يتطور في بعض الحالات ليصبح قلقا مرضيا على شكل خواف .

أما الخوف من الدجاج hen phobia فهو حالة نادرة ــ أكثر ندرة من خوافر الحمام أو الارانب عند بعض الاناث نتيجة خبرة الخوف في الطفولة من ذبحها وسلخها ــ خصوصا وان صاحب هذه الحالة ولد ونشأ في الريف ، وقد قضت عليه اصابته بالخوف من الدجاج في مهنته كمزارع ، وأجبرته على أن يتخلى لعدوه (الدجاج) عن مجال عمله وهو الحقل والزراعة لينشد المخبأ والامن في المدينة . كما قضت عليه في تكوينه النفسي ــ الذي اتجه الى الشذوذ والانحراف بدلا من الاتجاه السوي الى حب الجنس الاخر :

كان المريض في العشرين من عمره عندما جاء الى الطبيبة لتحلله . وكان قد جاء بصحبة أهله الذين أصروا على ضرورة علاجه التحليلي من انحرافه الى النرجسية narcissism ــ بمعنى ان يحب المرء في الشخص الاخر الشيء الذي يوجد فيه مثله . وكان المريض قد أخذ عليه اهله انه ــ بدلا من ان يتجه للحب أو يفكر في الزواج ــ يتعلق بصحبه الشبان الظرفاء المتأنقين (بل المخنثين) الذين يشبهونه .

لم يتذكر المريض أنه في الخمس او الست السنوات الاولى من العمر أصيب بمرض . ولعل ظهور اول اضطرابات عصابية في حياته انما كان في فترة الكمون lateney period (السن من السابعة الى قبيل البلوغ) ، ونتيجة لاحدى الصدمات : ففي أحد أيام الصيف الحارة ، كان مريضنا في طفولته التي لا تزيد على سبع سنين يلعب مع أخيه في فناء الدار التي ولد بها ونشأ . وكان قد اتكأ على وجهه يلعب بشيء ما على الارض في وضع الانحناء ، عندما قفز أخوه (الذي يكبره بعشر سنوات) على ظهره من الخلف ، وأمسكه بقوة من وسطه ، وصاح قائلا : « أنا الديك وأنت الدجاجة » . لا شك أن هذا الموقف لعب صبياني من جانب الاخ المراهق ، لكن ترتب عليه نزال بين الاخوين ــ لان مريضنا (الاصغر) رفض بأي ثمن أن يكون الدجاجة . ومع هذا فقد كان عليه أن يخضع للقوة من جانب أخيه الاكبر الذي كان يمسكه من وسطه محتضنا اياه من الخلف ، فلا يفعل الا ان ينفجر في سورة غضب ودموع صارخا « لكنني لن أكون دجاجة » .

منذ ذلك الحين بدأت تتقيد حرية صاحبنا في الحركة تقيدا كبيرا . لقد وجد نفسه مضطرا الى ان يتهرب من رؤية الدجاج — الامر الذي لم يكن ليسهل تحقيقه في بيت ريفي . وحتى ذلك الحين لم يكن الخوف من الدجاج في ذاته هو الذي يبعث فيه القلق والفزع ، بل الخوف من هجمات أخيه السادية ، لانه ما من مرة ظهرت فيها دجاجة حتى يصيح به أخوه معيرا : « ها هو أنت » — وبالتدريج تحول تجنب معايرات أخيه الى تجنب الدجاج ذاته الذي اصبح مرتبطا بشخصه .

وأخيرا أصبح خوفه من الدجاج بالذات . فاذا ما أراد أن يترك حجرته كان لا بد ان يسبقه من يحبس الدجاج في بيوتها ويمنع أن تظهر احداها في طريقه أو تحت بصره . أما بدون هذه الاحتياطات الكاملة ، فانه لا يستطيع ان يجرؤ على مغادرة حجرته . وحتى مع هذه الاحتياطات ربما جعل ينظر بقلق في كل ناحية حتى يستيقن من أن ليس ثمة ما يشبه الدجاج فيما يقع عليه بصره . فاذا تصادف أن أبصر دجاجة أو ما يشبه الدجاجة اصابته نوبة قلق عنيفة . وقد ظل مقضيا عليه هكذا بتقييد حريته لمدة عامين اختفى بعدهما الخوف تماما . وظهر من التحليل أن شفاءه حينئذ انما يرجع لحقيقة ارتحال اخيه عن البيت في ذلك الحين لاستكمال دراسته .

وفي سن البلوغ . كان من الصعب على صاحبنا ان يسلس قياده . فبعد محاولة للهجوم على مربيته الفرنسية من الخلف — أشبه بمحاولة أخيه معه في الماضي — أبعد الى المدرسة — حيث أقام مع أحد مدرسيه وتعلق احدهما بالآخر تعلقا شديدا . فلما عاد الى البيت في اجازته بعد شهور استسلم من جديد — وبعد مضي ست سنوات — للخوف الطفلي من الدجاج — ولم يكن طوال المطلة يجرؤ على الخروج من غرفته .

وتعمقت الطبيبة تحليل طفولة هذا المريض قبل ان يمر بهذه الصدمة . فتبين لها أنه كان أصغر سنا بكثير من اخوته واخواته الثلاثة — مما أجعله أثير أمه his mother's pet المتعلق بأذيالها اينما سارت ، وحيثما ذهبت . واتضح أن الدجاج كان قد سبق له أن لعب في خيالاته الطفلية دورا هاما اسبق في الزمان بسنين من خبرته مع أخيه : فقد كان من عادة أمه أن تعنى عناية خاصة ببيت الدجاج

عندها . وكان الطفل يشارك بحماسة في أفعالها هذه ، ويبتهج لكل بيضة جديدة تلتقطها امه ـــ . وتسره خصوصا الطريقة التي تجس بها أمه الدجاجات لتتأكد من أنها تبيض بانتظام . وكان يحب أن تمرر أمه يدها على عجزه كما لو كانت تجسه ويطلب اليها في مرح أثناء استحمامه ان تجسه لترى ما اذا كان سيضع بيضة . بل لقد ذهب ـــ وما يزال في المرحلة الاستية من نموه ـــ الى حد التحكم في يرازه لينزل على شكل بيضات يتركها على الارض ويدعو امه لالتقاطها .

لم يكن الامل في علاج حالة تحليلية كهذه كبيرا جدا ـــ نظرا لان المريض يتقبل انحرافه بكامل قواه العقلية ولم يجيء للعلاج الا تحت ضغط اسرته . على ان الطبيبة تقول ان من العجب ان التحليل قد انتهى بشفاء المريض وانتقاله الى حب الجنس الاخر ، والله ـــ اذا صحت المعلومات التي كانت تتلقاها عنه من وقت لآخر ، وما تدل عليه ظروف حياته الخارجية ـــ فانه يكون قد استقر في الجنسية الغيرية heterosexuality .

توضح الحالة أهمية الحياة الطفلية ودور الخبرات السابقة في اكتساب المخاوف المرضية . وهذه الحالة وان كانت نادرة في موضوعها فانها متشابهة في آليتها مع الكثير من أشكال المخاوف المرضية الاخرى .

١ ـــ المخاوف المرضية من الاماكن العامة (المفتوحة) Agoraphobia

انها أشكال شديدة من المخاوف تسيطر على الفرد عندما يجد نفسه في أماكن عامة واسعة ومفتوحة . وتؤدي الى تقيد حركته وزيادة احساسه بالحاجة الماسة الى من يرافقه ليمد يد العون له من خلال تواجده في تلك الاماكن وبخاصة تلك التي يتوقع صعوبة النجاة أو صعوبة الحصول على المساعدة عند الحاجة وحالما تداهمه مشاعر الخوف الحادة . يعود أصل كلمة Agoraphobia الى الكلمة اليونانية (agora) التي تعني أمكنة السوق أو مواقع التجمعات المعرضة للازدحام بالناس والحركة . وتستخدم اليوم (عند جمعها مع كلمة Phobia) للاشارة الى قائمة طويلة من المخاوف المرضية التي تستثيرها علاقة الفرد المرضية بالاماكن والوسائل

العامة ، وتظهر على شكل عجز مؤقت أو دائم ، جزئي أو كلي في تحمل الفرد لوجوده بين الجموع ، أو خارج منزله (يعجز عن الوقوف في دور بانتظار الحصول على حاجة ما ويرعبه تجاوز جسر لوحده ويكون السفر بالطيارة مصيبة ما بعدها مصيبة) .. وتزداد مخاوفه كلما ابتعد عن مجال اعتاد عليه ولا يحس بالأمان بعيدا عنه وليس بالضرورة أن يكون منزل المضطرب بأكمله صالحا لهذه الغاية وانما قد ينحصر الأمر بغرفة واحدة فقط من المنزل ...

توجد هذه المخاوف على مستويات :

ـ خفيفة : تبقى حياة أصحاب هذه المستويات عادية نسبيا مع وجود بعض أشكال السلوك التجنبي « مقاومة للمواقف التي تثير الخوف » . فعلى سبيل المثال يستطيع هؤلاء الذهاب الى العمل أو الى السوق عند الضرورة مع أنهم يصبحون اذ يتم ذلك برفقة أحد . اذاً يتجنبون التنقل بمفردهم ولكن ليس بشكل مرضي .

ـ متوسطة : يظهر السلوك التجنبي بوضوح ويؤدي الى تقييد حياة المضطربين بشكل ما . فالفرد هنا يستطيع الخروج من المنزل ولكن بشكل محسوب ودقيق وضمن مجال حيوي يضطر اذا ابتعد عنه لطلب المرافقة .

ـ شديدة : التجنب يبلغ أشده والعجز يطبق على الانسان المضطرب ولا تنفع محاولاته المتكررة للخروج من منزله دون مرافقة .

تكشف نظم التصنيف عن امكان وجود المخاوف المرضية من الاماكن العامة مع نوبات الهلع الحادة Agoraphobia with Panic attack ويكفي لتشخيص هذه الحالة حدوث أربع نوبات خلال شهر واحد تتوفر فيها أربع من الاعراض التالية (على الاقل) ـ صعوبة التنفس ـ الاحساس بالدوار وبفقدان الوعي ـ النبض السريع ـ رجفان حركي ـ تعرق شديد ـ غصة وصعوبة في البلع ـ تبعثر ـ تفكك الشخصية والاحساس باللاواقعية ـ الخوف من الموت ـ الخوف من فقدان الضبط الذاتي أو الاصابة بالجنون .

ولكن يمكن أن توجد هذه المخاوف دون هجمات الهلع العادة
. Agrophobia Without Panic attack

٢ ـ الخوف الاجتماعي : Social Phobia :

يشير الخوف الاجتماعي الى وقوع المضطرب تحت تأثير مشاعر مرضية من الخوف المستثار في حالات او مواقف اجتماعية محددة ـ الحالات التي يكون فيها الفرد موضع ملاحظة من الاخرين ـ الخوف من تحمل المسؤولية تجنبا لما قد يأتي به الفشل من ازدراء الناس واستهجانهم ، ـ الخوف من الحديث أمام المجموع ـ الارتباك والاحساس بصعوبة البلع عند تناول الطعام بوجود الاخرين ـ عدم القدرة على التبول في دورة مياه عامة ـ الرجفان عند الكتابة أثناء وجود الاخرين ،، الى ما هنالك من المخاوف التي يؤدي تجنبها والتأثر بها الى اعاقة النشاطات المهنية والاجتماعية وتدمير علاقات الفرد مع محيطه ، لا يساعد المريض ادراكه لعدم عقلانية وواقعية مخاوفه في التخلص منها ولابد من اخضاع الحالة الى دراسة تكشف ما ترمز اليه المخاوف وما يقف وراءها من سمات شخصية أو مواقف اجتماعية ،،

٣ ـ الخوف من الاحتجاز :

خوف الاحتجاز هو الخوف من الاماكن المغلقة ، كصالات العرض السينمائي والمسارح والمصاعد والسيارات المغلقة والقطارات ، الخ،

يتخذ الفرد في صالة العرض السينمائي ، أو في أي غرفة ، مكانا على مقربة مباشرة من الباب ، وذلك كيما يكون بمقدور ، أن يهرب على الفور اذا بدا الذعر،

مثال ذلك : أن السيدة س التي تعاني من خواف الاحتجاز تصاب بذعر مفاجيء عنيف من المصعد ، أي أنها تصاب بذعر مفاجيء عنيف اذا وجدت في مصعد مغلق،

يسكن ابنها وأولاده الصغار في الطابق الثامن من احدى العمارات ، فكانت السيدة س تسلك السلم اذن ، وتتسلق الطوابق الثمانية هذه بمشقة ، بيد أنها لم تكن تفعل ذلك في كل مرة الا بعد ان تستدعي المصعد ، وتصارع آمام القفص المفتوح محاولة ان تسيطر على ذعرها ،

وبالاضافة الى حصرها المضني ، يرى المرء أيضا دهشة المستأجرين الذين يكتشفون غرابة سلوكها .

أصيبت السيدة س ، فيما بعد بزمن قليل ، بمرض قلبي منعها الطبيب على اثره من صعود عدة طوابق قطعا . وكانت السيدة س تبعد أولادها وأحفادها .ولكن الخوف كان أقوى منها ، وهي لم تجرؤ أبدا أن تركب المصعد الذي يقودها الى منزل ابنها الذي فهم وضعها وأرسلها الى عالم نفس .

يبين هذا المثال قوة الخوف المرضي. فلا شيء يستطيع ايقافه ، ومحاولة التغلب عليه أمر يتصف غالبا بالصعوبة الخارقة .

وفي هذا المجال كذلك ، يعترف الفرد بلا عقلانية الاعراض ، ويحاول غالبا أن يشرحها بذكرى حادث من الحوادث ، أو ضيق . أما من وجهة نظر التحليل النفسي ، فان رهاب الاحتجاز ذو صلة مستمرة مع الشعور بالدونية أو بالاثم (٦٧ـ٤٣٨) .

٢ ـ الافكار التسلطية والافعال القهرية (العصر القهري)

Obsessiones and compulsiones

أ ـ الافكار التسلطية : Obsessiones :

هي عبارة عن آراء وأفكار وتصورات اندفاعية تقتحم وتغزو ذهن المريض بشكل ملح ومتكرر وقسري ، لامعنى لها وغالبا ما تكون مستهجنة وعدوانية مثل التلفظ بجمل نابية وكلمات فاضحة ، أو تكرار فكرة الموت ، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية بمناسبة وبغير مناسبة ـ شعور الاب بالاندفاع المتكرر لقتل ابنه أو زوجته ـ التفكير الملح بطبيعة الكون والصراع الفكري حول الافكار الدينية والالحادية .. الخ .

هذه الافكار ليست نادرة لدى الشخص السوي ولكنها تزول بسرعة عندما يعمل بها عقله ومحاكمته . بينما وعلى الرغم من محاولات المرضى تجاهل أو حذف

أو الغاء هذه الافكار والاندفاعات بتحييدها أو دمجها مع أفكار أخرى فانها تبقى مثيرة لذعره وخوفه تقاوم كل تدخل . وما يزيد الامر سوءا هو معرفة المرضى لطبيعة أفكارهم اللاعقلانية وغير المنطقية ، وتأكدهم من مصدرها الداخلي أي أنها نتاج شخصيات المرضى وأنماط تفكيرهم .

الافكار التسلطية المقصودة هنا متميزة عن الافكار التي تنتجها اضطرابات التغذية وغيرها .

ب ـ الافعال القهرية :

غالبا ما تترافق الافكار التسلطية بما يسمى الافعال القهرية وهي عبارة عن طقوس سلوكية يكررها المرضى بشكل لاارادي وقسري ، وتفشل عادة كل المحاولات التي يقوم بها الواقع تحت تأثير هذه الافعال بقصد المقاومة والتصدي لها ، مع معرفته بلا معقولية هذه الافعال . والامثلة الشائعة عن الافعال القسرية هي تكرار التأكد من دقة ماقام به الفرد من سلوك كاعادة التأكد من احكام اغلاق الباب أو مآخذ الغاز أو صنبور المياه أو عادة الاغتسال القسري ولمرات عديدة عندما لا يكون ذلك ضروريا ـ أو عد أعمدة الكهرباء أو أشجار الحديقة أو سلالم الابنية .. أو احترام طقوس ارتداء الملابس والاحذية وأساليب الجلوس .. الخ .

تؤثر كل من الافكار التسلطية والافعال القهرية على علاقات الفرد بالآخرين ويؤدي هدر الوقت الطويل في تنفيذ طقوس التسلط والقهر يوميا الى فقدان الكثير من طاقات الفرد الانتاجية والاحساس بالذنب وما يعقبه من احساس بعدم الجدوى والتفاهة .

العوامل في الافكار المتسلطة والافعال القهرية :

تشترك أيضا العوامل هنا مع عوامل القلق بعامة . ويخدم غرضنا تلخيصها بما يلي :

ـ يأخذ مفهوم الوراثة السلوكية أبعاده في طقوس التسلط والقهر التي يمارسها المرضى . حيث الامكانية الطبية للتقليد والمحاكاة ، في ظل نظم محددة من التنشئة

الاجتماعية والنفسية ، وتشكل الطقوس الجمعية والثقافية والاسرية في التعامل مع القيم والظواهر الحياتية • مادة التعلم والاكتساب الرئيسة في أنماط السلوك القهري والافكار المتسلطة التي ينفذها الاسوياء بقدر ما والمضطربون بشكل متطرف ومرضي ، وتكون بمثابة ادوار مسرحية تنفذ على مسرح حياتي اجتماعي يتعلم منها الاخرون ويتقمصون الاقرب منها الى حالاتهم النفسية وتاريخهم النمائي • وعلى سبيل المثال لا الحصر سنورد بعض هذه الطقوس •

آ ـ طقوس الامن الاسري : المبالغة في اجراءات الامن المنزلي ، كالتأكد من احكام اغلاق الابواب والنوافذ ، ومآخذ الغاز ، وكذلك التعليمات الصارمة المتكررة للابناء بشأن استخدام الات المطبخ وبخاصة الكهربائية منهـا • مثلمـا التعليمات المتعلقة بالتعامل مع زائري المنزل في غياب الأهل •

ب ـ طقوس الامن الصحي / قواعد النظافة المتطرفـة ، الاغتسال المتكرر، والاجراءات المبالغ بها تجاه العدوى المحتملة وكذلك المبالغة في توجيه التعليمات لاكتساب العادات الصحية في المأكل والمشرب والملبس •

جـ ـ طقوس الامن المؤسسة على السحر والغيبية : استخدام الاحجبة والرقيات ، والاعتقادات الشيئية (الاعتقاد بقوة شيء في درء سوء محتمل) : حلوة حصانـ خرز أزرق ، أحذية بالية ، تميمة من نوع ما ، فضلا عن قائمة من الاشياء والمعاني والحركات •

ان كل هذه الامور تشكل من وجهة نظرنا مسرحا حياتيا تدخل مفاهيمه وتصل رسائله الينا نحن المشاهدين في سياق نموذا من الطفولـة الاولى الى الشيخوخـة الاخيرة وتعمل في عقولنا حتى تستقر وتكتسب وتنفذ مراميها •

(رزق المؤلف طفلا أثناء تحصيله العلمي في احدى الدول الاوربية • وحسب التقاليد الجميلة في مضمونها زارته وزوجته بهذه المناسبة احدى العائلات العربيـة الكريمة والمثقفة • وجمعت المناسبة بعض العائلات من جنسيات مختلفة ليكون الطفل

الوليد محور اللقاء فتناقلته أيادي الحضور العربية والاجنبية مع بعض كلمات الاطراء النبيلة .. وماذا بعد ؟.. لفت انتباه المؤلف كومة صغيرة من أعواد الثقاب الخشبية المحطمة مرمية في زاوية من المكان.. وعند السؤال تبين أنه حصاد العائلة الكريمة الزائرة وقامت بذلك لتحمي الطفل من العيون الزرقاء التي كادت أن (تأكل الطفل حسبما أيها).. شكر المؤلف العائلة الكريمة وبدأت عملية تنظيف لمخرجات طقس قسري من طقوس كثيرة نمارسها نحن أبناء البشر بغض النظر عن جنسياتنا وانتمائنا الثقافية) وهذا ما عنينا به الارث الثقافي أو مسرح الحياة الجمعي .

ـ أما شخصية ما قبل المرض (الشخصية القسرية) فانها بما لديها من استعداد ومن أنماط عيش ثابتة تجعلها مرتبة جامدة مطيعة وحساسة تعمل للاخرين أكثر مما تعمل لذاتها ويغلب عليها عشق تنفيذ الاوامر . تعد عاملا مساعدا لتبني النظام القسري بشكل أو بآخر . والشخصية القسرية هي أساسا نتاج تربية صارمة شديدة تكبت بصرف النظر عن الحاجة .

ـ كما أن استخدام الطقوس القهرية للتخلص من التوتر الناتج عن الحاح تلك الطقوس يشكل عاملا اضافيا من عوامل القسر عندما يعد إثابة تعزز بالتكرار .

ـ أما بشأن عامل الوراثة الجيناتيكية فهناك من يحدد نسبة ٣٠٪ بالمئة تقريبا لهذا العامل نتيجة دراسات يقولون أنها أجريت على الاخوة والاخوات وعائلات المرضى .

ـ ربطت فيزيولوجيا بعض حالات التسلط ونمو الجهاز العصبي وقد ظهر ذلك أثناء تخطيط دماغ هؤلاء كهربائيا . كما استنتج أنصار هذا الاتجاه من أشكال التسلط والقسر الطفلية التي توجد لدى الاطفال قبل نضج جهازهم العصبي ما يؤيد اتجاههم .

ـ وتبقى العوامل النفسية هي المرشح الاول للقيام بالدور الابرز في اكتساب طقوس التسلط والقسر وفق آلية كبت الاندفاعات الغرائزية وتلك المرتبطة بحاجات النمو المختلفة .

يعقب هذه الآلية نشـاط لا شعوري له الخبرة الكبيرة في اختيـار الطـرق المناسبة للظهور وفي حالة التسلط أو القهر يعتمد لغة الرموز والسريالية النفسية .

بعض اشكال الافعال القهرية (٦-٥٣-٥٢)

أ - التكرار القسري : Repetitive compulsive Behaviour

ان العمل المتكرر الذي يقدم عليه الانسان لا يعد مظهرا مرضيا الا اذا اصبح هذا التكرار يشكل عائقا في تكيف صاحبه ويسبب له القلق أو الصراع أو التعطيل الكامل أو الجزئي نحو العمل والانتاج .

ربة البيت التي تلح في عملية التأكد من أن ابواب البيت ونوافذه مغلقة ، ومن أن صنابير الماء والغاز محكمة وأن الاطفال في أسرتهم هادئين . ان عملية التأكد هذه كل مساء وكل يوم يدل على الحاح هذه السيدة على تكرار هذا العمل بشكل منظم كما قد يدل على عدم اطمئنانها الشخصي الا أننا لا يمكن بحال من الاحوال أن نعد هذا السلوك على أنه نوع من الافعال القسرية المرضية . بل يعد نوعا من الحيطة والحذر والحرص المطلوب .

أما السيدة المفرطة في حذرها والمبالغة في حرصها والتي تذهب المرة تلو المرة لاعادة النظر على كل شيء فعلته يساورها القلق ويثيرها الشك وينتابها الوهم حول وقوع الخطأ أو النقص من جراء عدم القيام ببعض الافعال لدرجة تصبح هذه الامور لديها عبئا ثقيلا يقلق الراحة ويقض المضجع الى أن تصبح غير قادرة على مقاومة تكرارها بسبب هذا القلق المتزايد فهي هذه الحالة يعد التكرار القسري نوعا من السلوك المرضي .

الهام في الامر أن التكرار القسري تعبير عن عدم الاطمئنان العام أو عن الريبة والشك والشعور بالدونية أو الشعور بالنقص والبحث عن التعويض ومثال عليها:

الفتاة التي كان ينتابها نوبات من الغضب بسبب تسلط بعض الافكار عليها حيث كانت تشعر بدوافع قوية تدفعها لفعل بها رغم ما أصاب اليدين من التهابات

حادة مزمنة ودراسة تاريخ الحالة تبين أن الصعوبات تمتد الى فترة الطفولة فقد كان لها أخ أصغر منها محبوبا من قبل أفراد الاسرة وكانت هي الى جانبه تشعر أنها منبوذة غير مرغوب فيها . وفي سن المراهقة وقعت هذه الفتاة بالخطيئة وبدأت تشعر بالاثم والذنب الامر الذي جعلها تكثر من غسل يديها وكان هذا الغسل المستمر بمثابة تطهير ما بنفسها من الاثم الداخلي المحفوظ داخلها وكان هذا التكرار بمثابة تعويض للنقص والشعور بالاثم والخطأ الذي ارتكبته .

٢ ـ الافعال القسرية المتتابعة : Serial compulsions

هو أن يقوم المريض بسلسلة من الافعال بشكل متتابع لا يخالفه وينفذه بدقة واذا ما حاول تغييره أو مخالفته فانه يشعر بضيق شديد وقلق بالغ لا يزولان الا بتنفيذ تلك الافعال المتتابعة .

وهذا ما نجده لدى بعضهم في ارتداء أو خلع الملابس فمثلا هؤلاء يخضعون لنظام رتيب لا يخالفونه فالحذاء الايمن مثلا لابد أن يلبس قبل الايسر ولا يحل المسألة الرياضية الا بعد التدخين ولا يخط رسالة الا وبجانبه فنجان القهوة . ولا يغادر المنزل الا بعد الاستحمام وهكذا . وقد تتخذ هذه الافعال نظاما صارما لدى المريض لدرجة تعطل فعاليته وتبطل مواعيده وتعرقل سير حياته .

٣ ـ النظام القسري : Compulsive orderliness

أما النوع الثالث من الافعال القسرية فهو اتباع نظام معين لا يستطيع المصاب أن يحيد عنه وغالبا ما تكون هذه النظم خاصة في الامور الحياتية اليومية .

فالمريض يرتب كتبه في مكتبته وملابسه في خزانته بشكل معين أو بشكل خاص به أما اذا حدث أي انحراف عن الوضع المرسوم فان الشخص يشعر بقلق زائد حتى انه لا يستطيع النوم .

ويدخل في هذا النوع أيضا الافعال القسرية المتعلقة بالتدقيق الشديد في ادارة المنزل أو تألم ربات البيوت من الزوار عندما يحركون قطع الاثاث .

٤ ـ الوهم أو السحر القسري :

ان التفاؤل والتشاؤم يدفعان المرء الى الاقدام أو الاحجام في كثير من الامور في حياتنا اليومية بدرجة قوية ولعل عملية الاشراط أو الوهم الاقتراني تلعب دورا هاما في تشكيل هذا النوع من السلوك الوهمي القسري .

فكم من الناس الذين يعتقدون في الاحجبة والرقيات . فهذا طالب لا يدخل الامتحان الا اذا كانت بجيبه (تميمة) . وذاك آخر لا يحسن في الامتحان الا اذا ارتدى قميصا أحمر . وهناك بعضهم الآخر من يؤمن أنه مجرد ترتيل جملة أو ذكر عبارة تعد خطوة هامة قبل البدء في أداء أي عمل من الاعمال .

ان هذا السلوك الوهمي المبني على عملية الاشراط أو الربط الاقتراني تجعل المرء يعتقد أو يتوهم أن هذه الاساليب هي أسباب أو شرط لحدوث الفعل مع أنه في واقع الحال لا توجد رابطة سببية بينهما . فيخيل الى ذهن المصاب هذا الارتباط والاقتران السببي وان لم تكن ثمة أية رابطة عقلية في الواقع ، يقول (الغزالي) في هذا الصدد أن المشاهدات التي تتراوى لنا في الواقع تظهر استمرار هذا الارتباط أمامنا بمظهر السببية والتأثير وان لم تكن ثمة أية رابطة حتمية في واقع الفعل حيث ألف الانسان في حياته نظام الوسائط والاسباب وأضيع خياله لا يتصور الامور الا منوطة بمقدماتها ووسائلها .

فاذا حمل طالب تميمة معه الى الامتحان متفائلا بها وأحسن في الامتحان فان هذه الخبرة ستجعله أميل الى حمل التميمة الى امتحانه القادم ، فاذا تكرر نجاحه جعله هذا أميل الى الربط بين حمل التميمة والنجاح وبالتالي أميل الى حملها الى كل امتحان يجتازه .

ان الكثير من معتقدات الانسان ليس في الامور السحرية فحسب بل في الطب والمهارات المختلفة والافعال القسرية قد تكونت بتوافق على مثل هذا التعلم الشرطي (الوهمي) ويكتسب الانسان السلوك الخرافي هذا اما بالخبرة أو نقلا عن الناس الآخرين أو عن طريق الصدفة .

٥ ـ الأفعال القسرية المناقضة للمجتمع (السيكوباتية):

تفسر الاعمال السيكوباتية بالأفعال القسرية التي تلح على المريض القيام بهـا وتنفيذها ومن بين هذه الافعال :

أ) ـ السرقة القسرية : ومثال عليها حالة الطفل الذي كان حريصا على سرقـة النظارات وسرقة أشياء تافهة ولا قيمة لها لا يجني من ورائهـا الربـح . ولكنـه ينفذهـا قسـرا .

وكذلك السيدة الغنية التي تقوم بسرقة أشياء تافهة من المحلات التجارية التي ترتادها وعندما تضبط السيدة متلبسة بالسرقة فان الخجل يمتريها وتشعر بالخـزي والعار وهي لا تستطيع أن تقدم تفسيرا لسلوكها الا أنهـا مدفوعة دفعا لا تستطيع مقاومة دوافعها .

ب) ـ اشعال الحرائق : ويقوم بها من يسر باشعال الحرائق فيكثر من هـذا الامر معرضا الناس لأخطار واضعة وتلاف لممتلكاتهم وتبين أن هذا المريض لا يشعل الحرائق للاضرار ولا يشعلها من أجلها ذاتها ولكنه يبغي التعبير عن اللذة الجنسية الاولى التي اقترنت في ذهنه اقترانا شرطيا .

جـ) ـ الفيتشية القسرية :

وهو الافراط والمبالغة في حب ممتلكات المحبوب أو ما يتعلق بـه ومن الامثلة المعروفة على الفيتشية : عاشق الاحذية (والجوارب العتيقـة) ، عاشق الالبسـة الداخلية ، عاشق الضفائر وعاشق النظارات وغير ذلك .

ويكثر هذا المرض النفسي بين الرجال الذيـن يجمعون أشياء تثيرهم جنسيا ، فاذا وجد المريض منديلا ما فلابد من أن ينتزعه ويحصل عليه وكذلك الحال بالنسبة للشعر أو النظارات أو الحذاء فلابد للمريض من أن يستولي على مثل هذه الاشياء ومعظم هذه الحالات تعد من الانحرافات الجنسية .

د) ـ وثمة مجموعة أخرى من الافعال القسرية المناهضة للمجتمع يمثل الرجال فيها النصيب الاكبر من الاصابات . هـذا النوع من الانحرافات يتمثل في التطلع الجنسي والتأمل في جسم الشخص مـن الجنس الآخر وفي استعراض الجسم دون خجل وفي التلصص واستراق السمع .

٤ ـ اضطراب (قلق) ما بعد الصدمة ـ الضاغطة Post-traumatic stress Disorder

اضطراب من اضطرابات القلق، عاش صاحبه خبرة سلبية صادمة ، وتكـون قوة هذه الصدمة خارج اطار مظاهر الحياة الانسانية المألوفة . تؤذي بشدتها استقرار وتوازن من يقع تحت تأثيرها قليلا أو كثيرا . على سبيل المثال :

تهديد خطير لحياة الفرد أو لأسرته أو لأطفاله أو للمقربين جدا منه . فقـدان المنزل بشكل مباغت ، مشاهدة شخص يموت بحادث عنف أو تحت التعذيب .

هذه الصدمات كمـا هو معروف في أدبيات الشذوذ النفسي لا تنتهي آثارها بسهولة ، بل على العكس فقد ترافق الإنسان طوال حياته بما تنطوي عليه من قلق وخوف واضطرابات أخرى وتعود هذه الصدمة أو تلـك لتؤثر على صاحبها مـن خـلال :

١ ـ ذكريات الصدمة الاليمة التي تعود لتغزو وعي وأحاسيس الفرد (يعيد الاطفال طقوس الصدمة من خلال اللعب) .

٢ ـ أحلام مزعجة مكررة حول حيثيات الصدمة .

٣ ـ وقوع الفرد تحت تأثير أنماط سلوك شبيهة بتلك التي رافقت الصدمة ، اما بشكل أو بآخر اعادة عيش الخبرة الصادمة .

٤ ـ آلام وضغوط نفسية مكثفة ورمزية عند مرور ذكرى الصدمة .

يعبر المصاب عن القلق من خلال محاولة تجنب المثيرات التي اقترنت بالصدمة

ويطال التجنب الأفكار والأحساسات التي رافقت الصدمة ، والنشاطات التي تذكر بها . وعن طريق التعرض الى فقدان الذاكرة نسبي المنشأ، وكذلك خفض الاهتمامات المتعلقة بالنشاطات ذات الصلة بالصدمة (بعد الصدمة يتراجع الطفل الصغير عن تعلم عدد من المهارات كان قد تعلمها ـ نسيان اللغة ـ أو السير بعد أن يكون قد بدأ جيدا بهما) . وتنامي الاحساس بالاغتراب أو الابتعاد أكثر فأكثر عن الآخرين ، ويتجلى التجنب أيضا بفقدان المقدرة على خوض تجارب الحب، وتبلغ مظاهر التجنب ما بعد الصدمة أوجها عندما يحس المريض بانقطاع صلته مع مستقبله كاعتقاده بأنه لن ينجح باكتساب مهنة ، أو لن يستطيع الزواج والانجاب بل لن تكتب له الحياة طويلا .

كما تظهر على قلق ما بعد الصدمة أعراض أخرى مثل الارق وصعوبات النوم ـ صعوبات في التركيز ـ استجابات حسية مبالغ بها ـ نشاطات فيزيولوجية مضطربة وبخاصة أمام المواقف التي تذكر بالصدمة .

من بين ما يلزم لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة استمرار بعض هذه الاعراض لمدة شهر على الاقل .

* * *

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

ملحق رقم (١)*

تصنيف منظمة الصحة العالمية (Who)

للاضطرابات العقلية والسلوكية

ICD.10 . 1991

- الاضطرابات العقلية العضوية ، بما فيها الاضطرابات الأعراضية (ذات العلاقة بأعراض).

Organic Including Symptomatic Mental Disorders

- الخرف في مرض الزهيمر :

Dementia in Alzheimer Disease

- الخرف الباكر في مرض الزهيمر (النوع ٢).

Dementia in Alzheimer Disease With Early Onset

- الخرف المتأخر في مرض الزهيمر (النوع ١).

Dementia in Alzheimer Disease With Late Onset

- الخرف في مرض الزهيمر ، النوع اللانمطي او المختلط .

Dementia in Alzheimer Disease A Typical or Mixed Type

(٦٨ ـ ٣) وما بعدها)

- غير محدد .

Unspecified

- الخرف الوعائي .

Vascular Dementia

- الخرف ذو البداية الحادة .

Vascular Dementia of Acute Onset

- الخرف الوعائي متعدد الاحتشاءات (القشري في الاغلب).

Multi-Infact (Preedominantly Cortical) Mementia

- الخرف الوعائي تحت القشري .

Subcortical Vascular Dementia

- الخرف الوعائي القشري وتحت القشري المختلط .

Mixed Cortical and Subcortical Vascular Dementia

- اخرى .

Other

- غير محددة .

Unspecified

- **الخرف من امراض مصنفة في مكان اخر**

Dementia in Diseases Classified Elsewhere

- الخرف في مرض « بك »

Dementia in Picks Disease

- الخرف في مرض « جاكوب - كرتشفيلد ».

Dementia in Creutizfeldy Disease

- الخرف في مرض « هنتنجتون ».

Dementia in Huntington Disease

- الخرف في باركنسون (الشلل الرعاش).

Dementia in Parkinson Disease

- الخرف في امراض اخرى مصنفة في مكان اخر .
Dementia in Other Diseases Classified Elsewkere

- الخرف غير المحدد
Unspecified Dementia

- بدون اعراض اضافية .
Without Additional Symptoms

- اعراض اخرى اساسا ضلالية .
Other Symptoms, Predominantly Delusional

- اعراض اخرى اساسا هلوسية
Other Symptoms, Predominantly Hallucinatory

- اعراض اخرى اساسا اكتئابيـة .
Other Symptoms, Predominantly Depressive

- اعراض مختلطة اخرى .
Other Mixed Symptoms

- زمله النساوة العضوية (الزملة العضوية لفقد الذاكرة)، بخلاف المحدثة بالكحول او العقاقير

Organic Amnesic Syndrome-Other Than Induced By Alcohol and Drugs

- الهذيان (البطاح)، بخلاف المحدث بالكحول او العقاقير
Delirium Other Than Induced By Alcohol and Drugs

- هذيان غير مضاف الى خرف .
Delirium Not Superimposed on Dementia

- الهذيان مضافا الى خرف .
Delirium Superimposed on Dementia

- اخرى
Other

- غير محـــددة
Unspecified

- الاضطرابات الاخرى الناجمة عن امراض او اختلالات مخية او امراض بدنية .

Other Mental Disorders Due to Brain Disease and Dysfunction and to Physical Disease

- الهلاوس العضوية

Organic Hallucinosis

- اضطراب التخشب العضوي

Organic Catatonic Disorder

- اضطراب الضلالة العضوي او الاضطرابات شبه الفصامية العضوية .

Organic Delusional (Schizophrenia - Like) Disorder

- الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية

Organic Mood (Affective) Disorders

- اضطراب هوس عضوي

Organic Manic Disorder

- اضطراب تنائي القطب عضوي

Organic Bipolar Disorder

- اضطراب اكتئابي عضوي

Organic Depressive Disorder

- اضطراب وجداني مختلط عضوي

Organic Mixed Affective Disorder

- اضطراب القلق العضوي

Organic Anxiety Disorder

- اضطراب انشقاقي عضوي

Organic Dissorciative Disorder

- اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغير) أو (الاضطراب الوهن العضوي).

Organic Emotionally Labilee (Asthenic) Disorder

- اضطراب معرفي خفيف الشدة

Mild Cognitive Disorder

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- الاضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض او اصابة او خلل وظيفي بالمخ.

Personality and Behavioral Disorders Due to Brain Disease, Damage and Dysfunction

- اضطراب الشخصية العضوي

Organic Personality Disorder

- متلازمة ما بعد الالتهاب الفماغي .

Postencephalitic Syndrome

- زملة ما بعد ارتجاج المخ (زملة ما بعد الاصابة المخية العضوية).

Posteoncussional Syndrome (Post Traumatic Organic Brain Syndrome)

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- الاضطرابات عقلية عضوية او عرضية ، غير محددة .

Unspecified Organic or Symptomatic Mental Disorders

- الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية الفعالية

Mental and Behavioural Disorders Due to Psychoative Substance USE

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول

Disorders Resulting From USE of Alcohol

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الافيون

Disorders Resulting From USE of Opioids

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش

Disorders Resulting From USE of Cannabinoids

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات

Disorders Resulting From USE of Sedatives or Hypnotics

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين

Disorders Resulting From USE of Cocaine

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات اخرى (بما فيها مادة الكافيين)

Disorders Resulting From USE of Other Stimulants (Inc. Caffeine)

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام مقاقير الهلوسة (الهلوسات)

Disorders Resulting From USE of Hallinogens

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين

Disorders Resulting From USE of Tobacco

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة

Disorders Resulting From USE of Volatile Solvents

- الاضطرابات الناجمة عن استخدام مقاقير متعددة واستخدام مواد اخرى نفسانية الفعالية

Disorders Resulting From Multiple Drug USE and USE of Other Psychoactive Substaneas

- التسمم الحاد

Acute Intoxication

- بدون مضاعفات

Uncomplicated

- المصحوب باصابة او اي جروح جسمية اخرى

With trauma or Other Bodily Injury

- المصحوب بمضاعفات طبية اخرى

With Other Medical Complications

- المصحوب بهذيان

With Delerium

- المصحوب بتشوهات ادراكية

With Perceptual Disturbance

- المصحوب بغيبوبة

With Coma

- المصحوب بتشنجات

With Convulsions

- التسمم المرضي

Pathological Intoxication

- استخدام مؤذ (التعاطي)

Harmful USE

- زملة الاعتماد

Dependence Syndrome

- حاليا ممتنع

Currently Abstinent

- حاليا ممتنع ، ولكن في بيئة امنة

Currently Abstinent But in A Protected Environment

- حاليا على نظام ثابت مراقب اكلينيكيا

Currently on A Clinically Supervised Degime

- حاليا ممتنع ولكن يعالج بعقاقير منفرة او (عائقة)

Currently Abstinent But Under Treatment on Aversive or Blocking Drugs

- حاليا يستخدم العقار

Currently Using The Substance

- استخدام مستمر

Continous USE

- استخدام نوابي

Episodic USE

- حالة انسحاب

Withdrawal State

- بدون مضاعفات

Uncomplicated

- مع تشنجات

With Convulsions

- حالة انسحاب مع هذيان

Withdrawal State With Delerium

- بدون تشنجات

Without Convulsions

- مع تشنجات

With Convulsions

- اضطراب ذهاني

Psychotic Disorder

- مثل الفصام

Schizophrenica Like

- ضلالي في أغلبه

Predominantly Delusional

- هلوسي في اغلبه
Predominantly Hallucinatory

- متعدد الشكل في اغلبه
Predominantly Polymorphic

- اعراض اكتئابية في اغلبه
Predominantly Depressive Symptoms

- اعراض هوسي في اغلبه
Predominantly Manic Symptoms

- مختلط
Mixed

- زملة النسيان (فقد الذاكرة) المترتبة على كحول او عقار
Alcohol and Drug Induced Amnesic Syndrome

- الاضطراب المتبقي والذهاني متاخر البداية المترتب على كحول او عقار
Alcohol and Drug Induced Residual and Late Onset Psychotic Disorder

- الارتجاعات الزمنية
Flashbacks

- اضطراب الشخصية او السلوك
Personality or Behaviour Disorder

- اضطراب وجداني متبقي
Residual Affective Disorder

- اضطراب مترتب على كحول او عقار
~~Alcohol and Drug Induced Dementia~~

- خلل معرفي مستمر اخر
Other Persisting Cognitive Impairment

- اضطراب ذهاني متاخر البداية
Late Onset Psychotic Disorder

- اضطرابات عقلية او سلوكية اخرى مترتبة على كحول او عقاقير

Other Mental and Behavioural Disorders Induced by Alcohol and Drugs

- اضطرابات عقلية او سلوكية غير محددة مترتبة على كحول او عقاقير

Unspecified Mental and Behavioural Disorder Induced by Alcohol and Drugs

- الفصام ، والحالات فصامية الطابع واضطرابات الضلالة (الاستضلال)

Schizophrena, Schizotypal and Delusional Disorders

- الفصام

Schizophrenia

- الفصام البارنوي (الزوراني) (الضلالي)

Paranoid Schizophrena

- فصام البلوغ (المراهقة)

Hebephrenic Schizophrenia

- الفصام الكتاتوني (التصلبي او التخشبي او الجامودي)

Catatonic Schizophrenia

- الفصام غير المميز

Undifferentiated Schizophrenia

- اكتئاب ما بعد الفصام

Post Schizophrenic Depression

- الفصام المتبقي

Residual Schizophrenia

- الفصام البسيط

Simple Schizophrenia

- اخرى

Other

- الفصام غير المحدد

Unspecified

- نمط المسار

Pattern of Course

- متصـــل

Continuous

- في نوبات معدل التدهور متزايد

Episodic With Progressive Deficit

- في نوبات معدل التدهور متزايد

Episodic With Stable Deficit

- نوبات تحسن

Episodic Remittent

- نوبة واحدة ، يعدها تحسن غير كامل

Incomplete Remission

- تحسن كامل

Complete Remission

- اخـــرى

Other

- فترة الملاحظة اقل من سنة واحدة

Period of Observation Less Than One Year

- اضطراب فصامي الطابع

Schizotypal Disorder

- اضطرابات الضلالة المستمرة

Persistent Delusional Disorders

- اضطراب الضلالة

Delusional Disorder

- اضطرابات ضلالة مستمرة اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات ذهانية حادة وعابرة
Acute And Transient Psychotic Disorders

- اضطراب ذهاني حاد (بدون أعراض فصام)
Acute Psychotic Disorder Without Symptoms of Schizophrenia

- غير مصاحب بكرب حاد
Without Associated Acute Stress

- مصاحب بكرب حاد
With Associated Acute Stress

- اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أعراض فصام)
Acute Polymorphic Psychotic Disorder With Symptoms of Schizophrenia

- غير مصاحب بكرب حاد
Without Associated Acute Stress

- مصاحب بكرب حاد
With Associated Acute Stress

- اضطراب ذهاني حاد مثل الفصام .
Acute Psychotic Disorder Like Schizophrenia

- غير مصاحب بكرب حاد
Without Associated Acute Stress

- مصاحب بكرب حاد
With Associated Acute Stress

- اضطراب ذهاني حاد اخر ، ضلالي في الاغلب
Other Acute Predominantly Delusional Psychotic Disorder

- غير مصاحب بكرب
Without Associated Stress

- مصاحب بكرب
With Associated Stress

- اخرى — Other
- غير محددة — Unspecified
- اضطراب ضلالي محدث (الجنون المشاطر) — Induced Delusional Disorder
- اضطرابات الفصام الوجداني — Schizoaffective Disorders
- اضطراب الفصام الوجداني ، نوع الهوس — Schizoaffective Disorder, Manic Type
- اضطراب الفصام الوجداني ، نوع الاكتئاب — Schizoaffective Disorder, Depressive Type
- اضطراب الفصام الوجداني ، نوع مختلط — Schizoaffective Disorder, Mixed Type
- اخرى — Other
- غير محددة — Unspecified
- اضطرابات ذهانية غير عضوية اخرى — Other Nonorganic Psychotic Disorders
- ذهان غير عضوي غير محدد — Unspecified Nonorganic Psychosis
- اضطرابات المزاج (الوجدان) — Mania (Affective) Disorders
- نوبة هوس — Manic Episode
- هوس خفيف الشدة — Hypomania

— هوس بدون أعراض ذهانية

Mania Without Psychotic Symptoms

— هوس مع أعراض ذهانية

Mania With Psychotic Symptoms

— أخرى

Other

— غير محددة

Unspecified

— اضطراب وجداني ثنائي القطب

Bipolar Affective Disorder

— النوبة الحالية هوس خفيف الشدة

Current Episode Hypomanic

— النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية

Current Episode Manic Without Psychotic Symptoms

— النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية

Current Episode Manic With Psychotic Cymptoms

— النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة

Current Episode Mild or Moderate Depression

— اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة بدون أعراض بدنية

Without Somatic Symptoms

— اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية

With Somatic Symptoms

— النوبة الحالية اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية

Current Episode Severe Deepression without Psychotic Symptoms

— النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية

Current Episode Severe Depression With Psychotic Symptoms

- النوبة الحالية مختلطة

Current Episode Mixed

- حاليا في تحسن

Curently in Remission

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- نوبة اكتئابية

Depressive Episode

- خفيفة الشدة

Mild Severity

- بدون اعراض بدنية

Without Somatic Symptoms

- مع اعراض بدنية

With Somatic Symptoms

- متوسطة الشدة

Moderate Severity

- بدون اعراض بدنية

Without Somatic Symptoms

- مع اعراض بدنية

With Somatic Symptoms

- نوبة اكتئابية شديدة بدو اعراض ذهانية

Severe Depressive Episode Without Psychotic Symptoms

- نوبة اكتئابية شديدة مع اعراض ذهانية

Severe Depressive Episode With Psychotic Symptoms

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطراب اكتئابي متكرر

Recurrent Depressive Disorder

- النوبة الحالية خفيفة الشدة

Current Episode Mild Severity

- بدون اعراض بدنية

Without Somatic Symptoms

- مع اعراض بدنيـة

With Somatic Symptoms

- النوبة الحالية متوسطة الشدة

Current Episode Moderate Severity

- مع أعراض بدنية

With Somatic Symptoms

- النوبة الحالية شديدة بدون اعراض ذهانية

Current Episode Severe Without Psychotic Symptoms

- النوبة الحالية شديدة مع اعراض ذهانية

Current Episode Severe With Psychotic Symptoms

- حاليا في تحسن

Currently in Remission

- أخـرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات وجدانية مستمرة

Persistent Mode (Affective) Disorders

- المزاج التوائي — Cyclothymia
- عسر المزاج — Dysthmia
- اخرى — Other
- غير محددة — Unspecified
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) اخرى — Other Mood (Affective) Disorders
- نوبة وجدانية مختلطة — Mixed Affective Episode
- اضطرابات وجدانية متكررة اخرى — Other Current Recurrent Mood Disorders
- اضطراب اكتئابي متكرر قصير الامد — Recurrent Brief Depressive Disorder
- اخرى محددة — Other Specified
- اضطراب وجداني غير محدد — Unspecified Mood (Affective) Disorder
- الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل — Neurotic, Stress Related And Somatoform Disorders
- اضطرابات القلق الرهابي — Phobic Anxiety Disorder
- رهاب الساحة (الخلاء) — Agoraphobia

- بدون اضطراب الهلع

Without Panic Disorder

- مع اضطراب الهلع

With Panic Disorder

- الرهاب الاجتماعي

Social Phobias

- الرهاب المحدد (المنفرد)

Specific (Isolated) Phobia

- اخرى

Other

- غير محدد

Unspecified

- اضطرابات قلق اخرى

Other Anxiety Disorders

- اضطراب الهلع (القلق النوابي الدوري)

Panic Disorder

- اضطراب القلع العام

Generalized Anxiety Disorrder

- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط

Mixed Anxiety & Depressive Disorder

- اضطرابات قلق مختلط اخرى

Other Mixed Anxiety

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطراب الوسواس القهري
Obsessive Compulsive Disorder

- اساسا افكار ووساوس واجترارات
Predominatly Obsessional Thoughts or Ruminations

- اساسا افعال قهرية (طقوس حركية)
Predominantly Compulsive Acts (Obsessional Rituals)

- افكار وافعال وسواسية مختلطة
Mixed Obsessional Thoughts Ana Acts

- اخرى محددة
Other Specified

- اخرى
Other

- غير محددة
Unspecified

- اضطرابات انشقاقية (تحولية)
Dissociative (Conversion) Disorders

- فقدان الذاكرة الانشقاقي (أو النساوة الانشقاقية)
Dissociative Amnesia

- الشرود الانشقاقي
Dissociative Fugue

- الخدر (السبات) انشقاقي
Dissociative Stupor

- اضطرابات القشية والتلبس (الاستحواذ ـ المس)
Trance and Possession Disorders

- اضطرابات الحركة الانشقاقية
Dissociative Motor Disorders

- التشنجات الانشقاقية

Dissociative Convulsions

- الخدار وفقدان الاحساس الانشقاقي

Dissociative Anaesthesia And Sensory Loss

- اضطرابات انشقاقية وتحولية مختلطة

Mixed Dissociative (Conversion) Disorders

- اخرى

Other

- زملة جانسر

Ganser Syndrome

- تعدد الشخصية

Multiple Personality Disorders

- اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة والمراهقة

Transient Dissociative (Conversion) Disorders Occurring in Childhood or Adolescence

- أخرى محددة

Other Specified

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorders

- اضطراب الجسدنة

Somatization Disorder

- اضطراب جسدي الشكل غير مميز

Undifferentiated Somatoform Disorders

- اضطراب توهم المرض

Hypochondriacal Disorder

- اضطراب وظيفي جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللارادي

Somatoform Autonomic Dysfunction

- القلب والجهاز القلبي الوعائي

The Heart and Cardiovascular System

- الجهاز المعدي المعوي الاعلى

The Upper Gastrointestinal Tract

- الجهاز المعدي المعوي الاسفل

The Lower Gastrointestinal Tract

- الجهاز التنفسي

The Respiratory System

- الجهاز البولي والتناسلي

The Urogenital System

- اضطراب الالم جسدي الشكل المستمر

Persistent Somatoform Pain Disorder

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات عصابية اخرى

Other Neurotic Disorders

- الوهن العصبي (زملة التعب)

Neurasthenia (Fatigue Syndrome)

- زملة اختلال الانية والعالم الخارجي (تبدد الشخصنة والواقعية)

Depersonalization Derealization Syndrome (Disorder)

- اخرى محددة

Other Specified

- غير محددة

Unspecified

- الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بدنية

Behavioural Syndromes Associated With Physiological Disturbance and Physical Factors

- اضطرابات الأكل

Eating Disorders

- فقدان الشهية العصبي

Anorexia Nervosa

- فقدان الشهية العصبي غير النمطي

A Typical Anorexia Nervosa

- الشره (الشره) العصبي

Bulima Nervosa

- الشره العصبي غير النمطي

A typical Bulimia Nervosa

- فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى

Overeating Associated With Other Psychological Disturbance

- القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى

Vomiting Associated With Other Psychological Disturbances

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات النوم غير العضوية

Nonorganic Sleep Disorders

- الارق غير العضوي

Nonorganic Insomania

- فرط النوم غير العضوي

Nonorganic Hypersomnia

- اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوي

Nonorganic Disorder of the Sleep Wake Schedule

- السير اثناء النوم

Sleepwalking

- فزع النوم

Sleep Terrors

- كوابيس (قلق الحلم)

Nightmares (Dream Anxiety)

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- الفشل الوظيفي الجنسي غير المسبب بمرض او اضطراب عضوي

Sexual Dysfunction not Caused by Organic Disorders or Disease

- افتقار او فقدان الرغبة الجنسية

Lack or Loss of Sexual Desire

- البغض او المقت او عدم الاستمتاع الجنسي

Sexual Aversion and Lack of Sexual Enjoyment

- كره الجنس

Sexual Aversion

- عدم الاستمتاع الجنسي

Lack of Sexual Enjoyment

- فشل الاستجابة الجنسية
Failure of Genital Response

- عسر النشوة الجنسية الوظيفي
Orgasmic Dysfunction

- القذف المبكر
Premature Ejaculation

- التقلص المهبلي غير العضوي
Nonorganic Vaginismus

- عسر الجماع غير العضوي
Nonorganic Dyspareunia

- زيادة الدافع الجنسي
Excessive Sexual Drive

- اخرى
Other

- غير محددة
Unspecified

- الاضطرابات العقلية او السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان اخر .

Mental and Beehavioural Disorders Associated With Puerperium Not Classifiable Elsewhere

- اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان اخر
Mild Mental Disorders Associated With Pueerperium Not Classifiable Elsewhere

- اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة في مكان اخر
Severe Mental Disordrs Associated With Puerperium Not Classifiable Elsewhere

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- عوامل نفسية او سلوكية مصاحبة لاضطرابات او امراض مصنفة في مكان اخر .

Psychological or Behavioural Factors Associated with Disorders or Diseases Classified Elsewhere

- سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد

Abuse of Nonderpendence Producting Substances

- مضادات الاكتئاب

Antidepressants

- ملينات

Laxatives

- مسكنات

Analgesics

- مضادات الحموضة

Antacids

- فيتامينات

Vitamins

- الهرمونات والستروئيد

Steroids or Hormones

- أعشاب محددة او علاجات شعبية

Specific Hebral or Folk Remedies

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- زهلات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي، غير محددة

Unspecified Behavioural Syndromes Associated with Physiological Disturbances and Physical Factors

- اضطرابات الشخصية والسلوك الراشدين

Disorders of Adult Personality and Behaviour

- اضطرابات الشخصية المحددة

Specific Personality Disorders

- اضطراب الشخصية البارانويدية

Par[illegible] Personality Disorder

- اضطراب الشخصية ما قبل الفصامية

[illegible]izoid Personality Disorder

- اضطراب الشخصية ذات الخلل الاجتماعي

Dissocial Personality Disorder

- اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا

Emotionally Unstable Personality Disorder

- النوع الاندفاعي

Impulsive Type

- النوع الحدي

Borderline Type

- اضطراب الشخصية الهستيرية

Hysterionic Personality Disorder

- اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسية القهرية)

Anankastic (Obsessive Compulsive) Personality Disorder

- اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية)

Anxious (Avoidant) Personality Disorder

- اضطراب الشخصية الاعتمادية

Dependent Personality Disorder

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات شخصية اخرى ومختلطة

Mixed And Other Personality Disorder

- اضطرابات الشخصية المختلطة

Mixed Personality Disorders

- تغير دائم في الشخصية ليس مرجعه اذى جسيم أو مرض بالغ

Enduring Personality Change Not Attributable to Gross Brain Damage or Disease

- تغير دائم في الشخصية بعد تجربة فاجعة

Enduring Personality Change After Catastrophic Experience

- تغير دائم في الشخصية بعد مرض طبنفسي

Enduring Personality Change After Psychiatric Illness

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات العادة والاندفاع

Habit And Impulsive Disorder

- القامرة المرضية
Pathological Gambling

- اشعال الحرائق المرضي (هوس الحريق)
Pathological Fire Setting (Pyromania)

- السرقة المرضية (هوس السرقة)
Pothological Stealing (Kleptomania)

- هوس نتف الشعر
Trichotillomania

- أخرى
Other

- غير محددة
Unspecifiede

- اضطرابات الهوية الجنسية
Gender Identity Disorders

- التحول الجنسي
Transsexualism

- تحول الزي ثنائي الدور
Dual Role Transvestism

- اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة
Gender Identity Disorder of Childhood

- اخرى
Other

- غير محددة
Unspecified

- اضطرابات الموضوع الجنسي
Disorder of Sexual Preference

- الفتيشية (الذكورية او التوتين)

Fetishism

- تحول الزي الفتيشي

Fetshistic Transverstism

- الاستعراض الجنسي (الاستعراء)

Exhibtionism

- التطلع الجنسي (لذة المشاهدة)

Voyeurism

- حب الاطفال الجنسي

Paedophilia

- الماسوكية ـ السادية

Sadomasochism

- اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي

Multiple Disorders of sexual Preference

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات نفسية ، سلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسي

Psychological And Behavioural Disorders Associated with Sexual Development and Orientation

- اضطراب النضوج الجنسي

Sexual Maturation Disorder

- توجه مقلق للانا

Ego Dystonic Sexual Orientation

- اضطراب العلاقة الجنسية

Sexual Relationship Disorder

- اضطرابات اخرى في الارتقاء النفسجنسي

Other

- غير محددة

Unspecified

- جنسية غيرية

Heterosexuality

- جنسية مثلية

Homosexuality

- جنسية ثنائية (مزدوجة)

Bisexuality

- اضطرابات اخرى في شخصية وسلوك الراشدين

Other Disorders of Adult Personality And Behaviour

- المبالغة في امراض جسمية لاسباب نفسية

Elaboration of Physical Symptoms for Psychological Reasons

- الاختلاق او التظاهر القصدي بامراض او عجز ، اما جسمي او نفسي (اضطراب التصنع)

Intentional Production of Symptoms or Disabilities Either Physical or Psychological

- اضطرابات اخرى معينة في شخصية وسلوك الراشدين

Other Specifiede

- اضطراب في شخصية وسلوك الراشدين ، غير محدد

Unspecified Disorder of Adult Personality And Behaviour

- التخلف العقلي

Mental Retardation

- تخلف عقلي خفيف الشدة

Mild Mental Retardation

- تخلف عقلي متوسط الشدة

Moderate Mental Retadration

- تخلف عقلي شديد

Severe Mental Retardation

- تخلف عقلي جسيم

Profound Mental Retardation

- تخلف عقلي آخر

Other Mental Retardation

- تخلف عقلي غير محدد

Mental Retardation Unspecified

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات النماء (الارتقاء النفسي)

Disorders of Psychological Development

- اضطرابات نمائية معينة في الكلام واللغة

Specific Developmental Disordeers of Speech And Language

Damascus University

- اضطراب نطق الكلام المحدد
Specific Speech Articulation Disorder

- اضطراب التعبير اللغـوي
Expressive Language Disorder

- اضطراب الاستقبال اللغوي
Receptive Language Disorder

- الحبسة المكتسبة مع الصرع
Acquired Aphasia With Epilepsy (Landau Kleffner Syndrome)

- اخـرى
Other

- غير محددة
Unspecified

- اضطرابات نمائية محددة في المهارات الدراسية
Specific Deveopmental Disorders of Scholastic Skills

- اضطراب قراءة محدد
Specific Reading Disorder

- اضطراب الهجاء المحدد
Specific Spelling Disorder

- اضطراب محدد في المهارات الحسابية
Specific Disorder of Arithmatical Skills

- اضطراب مختلط في المهارات الدراسية
Mixed Disorder of Scholastic Skills

- اخـرى
Other

- غير محددة
Unspecified

- اضطراب انمائي محدد في وظيفة الحركة

Specific Developmental Disorder of Motor Function

- اضطراب انمائي محدد مختلط

Mixed Developmental Disorder

- اضطرابات انمائية منتشرة (شاملة)

Pervasive Developmental Disorders

- ذاتوية الطفولة

Childhood Autism

- لا نمطية (غير نموذجية)

Atypical

- زمله رت

Rett Syndrome

- اضطراب تحللي آخر في الطفولة

Other Childhood Distintegrative Disorder

- اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية

Overactive Disorder Associated with Mental Retardation and Sterotypal Movements

- زمله اسبرجر

Asperger Syndrome

- اخـرى

Other

- غير محدد

Unspecified

- اضطرابات اخرى في النماء النفسي

Other Disorders of Psychological Development

- اضطراب النماء النفسي غير المحدد

Unspecified Disorder of Psychological Development

- اضطرابات سلوكية وعاطفية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة او المراهقة (واضطراب عقلي غير محدد)

Behavioural and Emotional Disorders With Onset Usually Occurring In Childhood and Adolescence (and Mental Disorder Unspecified)

- اضطراب فرط الحركة

Hyperkinetic Disorders

- اختلال النشاط والانتباه

Disturbance of Activity And Attention

- اضطراب المسلك (الجناح) مفرط الحركة

Hyperkinetic Conduct Disorder

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات المسلك (الجناح)

Conduct Disorders

- اضطرابات المسلك (الجناح) المقتصر على اطار العائلة

Conduct Disorder Confined to the Family Context

- اضطرابات المسلك (الجناح) غير المتوافق اجتماعيا

Unsocialized Conduct Disorder

- اضطراب المسلك (الجناح) المتوافق اجتماعيا

Socialized Conduct Disorder

- اضطراب المعارضة المتحدية

Oppositional Defiant Disorder

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- **الاضطرابات المختلطة في السلك (الجناح) والانفعالات**

Mixed Disorders of Conduct and Emotions

- اضطراب السلك (الجناح) الاكتئابي

Depressive Conduct Disorder

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- **اضطرابات الانفعالات ذات البداية المحددة في الطفولة**

Emotional Disorders with Onset Specific to Childhood

- اضطراب قلق الانفصال في الطفولة

Separation Anxiety Disorder of Childhood

- اضطراب القلق الرهابي في الطفولة

Phobic Anxiety Disorder of Childhood

- اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة

Social Anxiety Disorder of Childhood

- اضطراب التنافس مع الاخوة

Sibling Riviary Disorder

- أخرى
- غير محددة

Unspecified

- **اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة او المراهقة**

Disorders of Social Functioning with Onset Specific to Childhood and Adolescence

- الخرس الانتقائي

Elective Mutism

- اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة

Reactive Attachment Disorder of Childhood

اضطراب التعلق غير المكبوت في الطفولة

Disinhibition Attachment Disorder of Childhood

- أخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطراب التوازم

Tic Disorders

- اضطراب التوازم العابر

Transient tic Disordeer

- اضطراب التوازم الحركية او الصوتية المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

- التوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زمله توريت)

Combined Vocal And Multiple Motor Tic Disorder (De La Tourette Syndrome)

- اخرى

Other

- غير محددة

Unspecified

- اضطرابات سلوكية وعاطفية اخرى يبدا عادة اثناء الطفولة او المراهقة

Other Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring in Childhood and Adolescence

- سلس البول اللارادي غير العضوي

Nonorganic Eneuresis

- سلس البراز اللارادي غير العضوي

Nonorganic Encopresis

- اضطراب الاكل في البداءة او الطفولة

Eating Disorder in Infanc and Childhood

- البيكا (وحم الطعام غير الطبيعي) (الوحم)

Pica of Infancy and Childhood

- اضطراب الحركة النمطية

Sterotyped Movement Disorder

- التمتمه (التهتهـة)

Stuttering

- القلقلة في الكلام

Cluttering

- اخـرى

Other

- غير محـددة

Unspecified

- اضطراب عقلي ، غير محدد

Unspecified Mental Disorder

المصادر والمراجع

١ ــ أونيل .و.م. بدايات علم النفس الحديث ، ترجمة شاكر عبد الحميد سلسلة المائة كتاب دار الشؤون الثقافية ــ بغداد ــ ط١ ١٩٨٧ .

٢ ــ سيد اسماعيل . عزت . انهيار العقل في مرض الفصام ــ وكالة المطبوعات الكويت ط١ ــ ١٩٨٤ .

٣ ــ الدباغ . فخري . اصول الطب النفساني دار الطليعة بيروت ١٩٨٣ .

٤ ــ كمال . علي . فصام العقل ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر بيروت١٩٨٦ .

٥ ــ ياسين مطوف . محمود . علم النفس العيادي . دار العلم للملايين ١٩٨٦ .

٦ ــ علي الحاج . فائز محمد . الامراض النفسية ــ ١ ــ المكتب الاسلامي . بيروت ١٩٨٧ .

٧ ــ محمد عودة محمد ــ كمال ابراهيم مرسي ــ الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام ــ دار القلم ــ كويت ١٩٨٦ .

٨ ــ شيلدون . كاشدان ــ علم نفس الشواذ ــ ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ــ دار الشروق بيروت ١٩٨٤ .

٩ ــ عباس . فيصل . اشكالات المعالجة النفسية ــ دار المسيرة ــ بيروت ١٩٨٤ .

١٠ــ ايزنك . الحقيقة والوهم في علم النفس . ترجمة قدري حفني رؤوف نظمي ــ دار المعارف ١٩٦٩ .

١١ـ والترج، كوفيل وآخرون ، علم نفس الشواذ ، ترجمة محمود الزيادي ، دار النهضة العربية ١٩٦٨ .

١٢ـ A Lexicon of Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis - EDIED BY JESSICA KUPER NEW YORK LONDON 1988

١٣ـ رزوق ، اسعد موسوعة علم النفس ـ المؤسسة العربية للدراسات والنشر ، بيروت ١٩٧٧ .

١٤ـ راجح ، احمد عزت ، اصول علم النفس ـ دار القلم بيروت ١٩٦٨ .

١٥ـ العقفي ، عبد المنعم ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي مكتبة مدبولي ـ القاهرة ١٩٨٧ .

١٦ـ بدوي ، احمد زكي ، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان ـ بيروت ١٩٨٦ .

١٧ـ العيسوي ، عبد الرحمن ، الصحة النفسية والعقلية ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت ١٩٩٢ .

١٨ـ Lagache D. - L'unité de la Psychologie, P. U. F. 1979.

١٩ـ سيد اسماعيل ، مسرت ، علم النفس التجريبي ، وكالة المطبوعات الكويت ، بدون تاريخ .

٢٠ـ توتكات ، برنارد ، سيكولوجية الشخصية ـ ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق ـ الانجلو المصرية ١٩٥٩ .

٢١ـ Freud. S. Introduction ale Psychanalyse, Payot, 1981 .

٢٢ـ روكلاين ـ المناهج في علم النفس ترجمة علي مقلد ـ المنشورات العربية ١٩٧٩ .

٢٣ـ جوليان ، روتر ، علم النفس الاكلينيكي ـ ترجمة عطية محمود هنا دار الشروق ١٩٨٤ .

٢٤ـ ريتشارد ، س. لازاروس . الشخصية . ترجمة سيد محمد غنيم دار الشروق . بيروت ١٩٨٤ .

٢٥ـ Saad Ali - Psicologia profunda y sus Aplicaciones Terapeuticas Actuales. Universidad del Salvador - Bs. As. 1992 .

٢٦ـ Jürgen Kriz - Corrientes fundamentales en Psicologia, Buenos Aires 1990.

٢٧ـ Rank Otto - El Trauma del nacimiento Bs. As. Paidos. 1992

٢٨ـ Klein Melaine - Obras Completas Bs. As. - Paidos 1990.

٢٩ـ Winicot D. Transitional object. and transitional Phenomen. 1951

٣٠ـ Winicot D. Realidad y Juego - Editorial Geedisa Barcelona - Espana - 1991.

٣١ـ Spitz René, El primer ano de vida del nino - Fondo de Cultura Economica - Cuarta Ed. Argentina 1985

٣٢ـ Bailly René, Lacan y la Alteridad, Revista Todo el mundo PSI. Publication Periodica, Julio - Ano 3. No. 10. 1991.

٣٣ـ حب الله ، عدنان . التحليل النفسي من فرويد الى لاكان مركز الانماء القومي ـ بيروت ١٩٨٨ .

٣٤ـ Rogers Carl, Psicoterapia centrada en el cliente, Paidos - Bs. As. 1975.

٣٥ـ سعد ، علي . تحقيق الذات ودوره في صحة الشباب النفسية ، جريدة تشرين دمشق تاريخ العدد ١٩٨٦/٧/٨ .

٣٦ـ جودنج ام غازدا وآخرون . نظريات التعلم ـ دراسة مقارنة ترجمة علي حسين حجاج سلسلة عالم المعرفة (٧٠) المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب . الكويت ـ اكتوبر ١٩٨٣ .

٣٧ـ باترسون . س.هـ . نظريات الارشاد والعلاج النفسي . ترجمة حامد عبد العزيز الفقي . دار القلم . الكويت ، ١٩٨١ .

٣٨ـ الشرقاوي . انور محمد . التعلم ، نظرياته وتطبيقاته . دار البحوث العالمية . الكويت ١٩٨٧ .

٣٩ـ Ellis A. Humanistic Psychoberapy : The racional - emotive approach. New York - Julian Press - 1974.

٤٠ـ Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders, New York International Universities Press - 1976.

٤١ـ Bandura, A. Principles of behavior modification, New York : Holt, Reinhart and Winston, 1969.

٤٢ـ Mahoney, M. J. Cognition and behavior modification. Cambridge. Massachusetts : Ballinger, 1974.

٤٣ـ Young, J. E. Terapia cognitiva en pacientes dificiles y en trastornos de Personalidad - Conferencia 7°. Congreso Nacional de Psicologos Clinicos, Santiago de Chile, 1988.

٤٤ـ الطيب ، محمد عبد الطاهر . تيارات جديدة في العلاج النفسي دار المعرفة الجامعية ـ اسكندرية ١٩٨٩ .

٤٥ـ Patterson C. H. Teorias del Counseling y Psicoterapia - Editorial Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao 1979.

٤٦ـ الشطي ، عدنان عبد الكريم . سيكولوجية العلاقات الاسرية ـ جامعة الكويت ١٩٨٨ .

٤٧ـ فنطار فايز . الامومة نحو العلاقة بين الطفل والام سلسلة عالم المعرفة(١٦٦) ـ المجلس الوطني للفنون والاداب ـ الكويت ١٩٩٢ .

٤٨ـ Journal of Abnormal Psychology - American Psychological Association - Vol 100 - No 3 , 1991.

٤٩ـ Millon, T. - Toward a new personology an evolutionary model - New York - wely interscience 1990.

٥٠ـ دسوقي . كمال . علم الامراض النفسية . دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت ١٩٧٤ .

٥١ـ Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. Classification of mental disorders, in H Kaplan & B. Sadock (Eds) Comprehensive textbook of psychiatry (vol. 1) pp 591-613-Baltimor : 1985.

٥٢ـ Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders - DSM - III - American Psychiatric Association. 1980.

٥٣ـ World - health organization. Glossary of mental disorders and Guid to their Classification for use conjunction with the international Classification of deseases, 8th Reveision Geneva, Who - 1974.

٥٤ـ Akiskal. H. S. The Classification of mental disorders - in H Kaplan & Bsadoct (Eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry (vol 1,), 5th ed 583 - 589. Valtimor Williams & Wilkins.

٥٥ـ الودرني . محمود هاشم . مدخل الى الطب النفسي وعلم النفس المرضي ـ دار الحوار اللاذقية ١٩٨٦ .

٥٦ـ Hinsie, Cleland E, & Campel (Robert J.) Psychiatric Dictionary Oxford University Press - 1960.

٥٧ـ Lawrence C. Kolb, Noyes Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., Oxford Publishing Co., Calcutta, Bombay & New Delhi, 1968, (o.).

٥٨ـ الرفاعي . نعيم ، الصحة النفسية . دراسة في سيكولوجية التكيف منشورات جامعة دمشق ١٩٨٦ .

٥٩ـ Brown (J - F) & Menenger (Karl A.) The Psychodinamics of abnormal behaviour, Mac Graw-Hill Co., Ist India Reprent. 1969, (50).

٦٠ـ علم النفس وميادينه من فرويد الى الاكفان . ترجمة وجيد اسعد . وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية ، ١٩٨٥ .

٦١ـ عكاشة . احمد . الطب النفسي المعاصر . دار المعارف القاهرة ، ١٩٦٩ .

٦٢ـ الشرقاوي، مصطفى خليل . علم الصحة النفسية . دار النهضة العربية ـ بيروت ١٩٨٣ .

٦٣ـ أبو حجلة ، نظام . الطب النفسي في الرعاية الصحية الاولية منشورات الجامعة الاردنية ـ عمان ١٩٨٨ .

٦٤ـ A. V. Petrovesky and Yaroshevesky A Concise Psychological Dictionary, progress publishers, Moscow, 1985.

٦٥ـ سعد ، علي ، سليم نعامة . الشخصية السوية والانتاج دمشق ١٩٩٣ .

٦٦ـ الزراد ، فيصل محمد خير . الامراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية ، دار القلم ـ بيروت ١٩٨٤ .

٦٧ـ بيير ، داكو ـ الانتصارات المذهلة لعلم النفس الحديث القسم الاول ، ترجمة وجيه اسعد ـ منشورات وزارة الثقافة في الجمهورية العربية السورية ١٩٨١ .

٦٨ـ عكاشة ، احمد . الطب النفسي المعاصر ، طبعة مزيدة ومنقحة ، مكتبة الانكلو المصرية ١٩٩٢ .

٦٩ـ يعقوب ، سعد . الهستيريا ، دراسة في اليات التلازم النفسي ، سلسلة الطب النفسي ، دار الوثبة ـ دمشق ، بدون تاريخ .

٧٠ـ د. دافيد ، ف ، شيهان . مرض القلق ترجمة عزت شعلان عالم المعرفة (١٢٤) المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب ـ الكويت ١٩٨٨ .

الفهرس

عوضا من المقدمة ٣

ـ الفصل الأول ـ الشذوذ من منظور تاريخي (دينامية المفهوم) ٥

ـ الشذوذ من منظور تاريخ (دينامية المفهوم) ٥
ـ التلبس الشيطاني والاضطراب السلوكي ٩
ـ طبيعية الاضطرابات السلوكية ١٢
ـ الاتجاه العضوي ٢٣
ـ الاتجاهات السيكولوجية والاجتماعية ٢٥

ـ الفصل الثاني ـ علم الشذوذ النفسي ٣٥

ـ العلوم المتصلة بعلم الشذوذ النفسي ٣٩
ـ بين السوية والشذوذ ٤٢
ـ الاطار المرجعي الاجتماعي ـ الثقافي ٤٢
ـ الاطار المرجعي الذاتي ٤٣
ـ الاطار المرجعي الكمي الاحصائي ٤٤
ـ الاطار المرجعي الانساني ٤٥
ـ الاطار المرجعي الباثولوجي ٤٦
ـ نحو مشروع اطار تكاملي لتحديد السلوك الشاذ ٤٧

- الفصل الثالث ـ فلسفة المنهج في علم الشذوذ النفسي ٥١

ـ النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية في علم النفس ٥٢
ـ المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي (العيادي) ٥٦
ـ المنهج التجريبي ٥٧
ـ المتغيرات المستقلة ٥٧
ـ المتغيرات التابعة ٥٨
ـ صعوبة التجريب على الانسان ٥٨
ـ المنهج الاكلينيكي ٥٩
ـ ما تقدمه التجريبية الى الاكلينيكية ٦٢
ـ ما تقدمه الاكلينيكية الى التجريبية ٦٢
ـ مجالات التعاون بين المنهجين ٦٣

- الفصل الرابع ـ العوامل في الشذوذ النفسي ٦٩

ـ عوامل مهيئة ٦٩
ـ عوامل مساعدة او معجلة ٦٩
ـ عوامل نفسية ٧٠
ـ عوامل بيولوجية ٧٠
ـ عوامل اجتماعية ثقافية ٧٠
ـ عوامل داخلية ٧٠
ـ عوامل خارجية ٧٠
ـ المدخل الوراثي ٧١
ـ المدخل البنيوي التكويني ٧٢
ـ المدخل النفسي ٧٦
ـ المدخل المبني على التعلم ٩٤
ـ نظرية التعلم الاجتماعي ١٠٢

- نظرية التعزيز والارشاد النفسي (دولارد - ميللر) ١٠٧
- **الفصل الخامس - العوامل في الشذوذ النفسي** ١١٧
- المدخل المعرفي ١١٩
- المدخل البيئي ١٢٠
- المدخل الاجتماعي - الثقافي ١٣٤
- **الفصل السادس - التصنيف والاعراض** ١٤٧
- التصنيف في علم الشذوذ النفسي ١٤٧
- مفهوم التصنيف ١٤٨
- انظمة التصنيف ١٥١
- الاعراض ١٦١
- اعراض المظهر ١٦١
- اعراض اضطرابات اللغة ١٦٢
- اعراض الاضطرابات المعرفية العقلية ١٦٣
- اعراض اضطرابات الادراك ١٦٤
- اعراض اضطرابات التفكير ١٦٦
- اعراض اضطرابات المحاكمة ١٧٠
- اعراض اضطرابات الذاكرة ١٧٢
- اعراض الاضطرابات الانفعالية ١٧٤
- الاعراض الحركية ١٧٧
- اعراض اضطراب الارادة ١٧٨
- اعراض اضطراب النوم ١٨١
- اعراض السلوك الفطائي المضطرب ١٨٢
- اعراض اضطراب السلوك الجنسي ١٨٣
- اعراض السلوك الضد اجتماعي ١٨٤

الفصل السابع : الفصـــام

ـ مفهوم الفصام	١٨٧
ـ العوامل في الفصام	١٩١
ـ الوراثة	١٩١
ـ شخصية ما قبل المرض (الشخصية الفصامية)	١٩٣
ـ الاضطرابات العضوية العصبية	١٩٦
ـ العوامل البيوكيميائية	٢٠٠
ـ العوامل البيئية ـ الاجتماعية ـ الاسرية	٢٠٢
ـ العوامل السيكولوجية	٢٠٤
ـ الاعراض في الفصـــام	٢٠٧
ـ تصنيف الفصام	٢١٤
ـ اشكال الفصام	٢٢٠
ـ الفصام البسيط	٢٢٠
ـ فصام المراهقة	٢٢١
ـ الفصام غير المنظم	٢٢٦
ـ الفصام التخشبي	٢٢٧
ـ فصام البارانويا (الزور)	٢٣٠
ـ الفصام الكامن	٢٣١
ـ الفصام غير المتميز	٢٣٢
ـ الفصام المتبقي	٢٣٢
ـ الفصام الحالم	٢٣٣
ـ فصام الطفولة	٢٣٣
ـ الفصام الوجداني	٢٣٣
ـ الفصام المنظم	٢٣٤
ـ تناذر كابجراس	٢٣٤
ـ تناذر كوتار	٢٣٤
ـ ذهان لاتسا	٢٣٤

- ذهان اموك ٢٣٥
- ذهان الكورو ٢٣٥
- ذهان وبتيكو ٢٣٥
- موت الفودو ٢٣٦

- الفصل الثامن ـ البارانويا ٢٣٩
- تاريخية المصطلح ٢٣٩
- تحديد المفهوم ٢٤٢
- انماط البارانويا ٢٤٥
- النمط الشهواني ٢٤٦
- النمط الاعتدادي ـ نمط العظمة ٢٤٦
- نمط الغيرة ٢٤٦
- النمط الاضطهادي ٢٤٦
- النمط الجسدي ٢٤٧
- النمط غير النوعي ٢٤٧
- اضطرابات البارانويا العادة ٢٤٧
- البارانويا المزمنة ٢٤٨
- اضطرابات البارانويا المشتركة ٢٤٨
- العوامل في البارانويا ٢٤٨
- العوامل الوراثية ٢٤٨
- العوامل السيكولوجية والاجتماعية ٢٤٩

- الفصل التاسع ـ الاضطرابات الوجدانية الانفعالية
- الاكتئاب ٢٥٦
- عوامل الاكتئاب ٢٥٨
- العامل الوراثي ٢٥٨
- العوامل التكوينية ٢٥٩

- العوامل العضوية والكيميائية ٢٥٩
- العوامل النفسية والبيئية ٢٦٠
- أعراض الاكتئاب ٢٦٢
- أشكال الاكتئاب ٢٦٤
- الاكتئاب العصابي ٢٦٥
- الاكتئاب الذهاني ٢٦٦
- الاكتئاب البسيط ٢٦٨
- الاكتئاب الحاد أو الشديد ٢٦٨
- الاكتئاب الذهولي ٢٦٨
- الاكتئاب الهائج ٢٦٩
- الاكتئاب المقنع ٢٦٩
- الاكتئاب الهاذي ٢٦٩
- حالة اكتئاب وتعليق فينومينولوجي ٢٧٠
- الهوس ٢٧٣
- مفهوم الهوس ٢٧٣
- أعراض الهوس ٢٧٣
- أشكال الهوس ٢٧٤
- الهوس الخفيف أو تحت الهوس ٢٧٥
- الهوس الحاد ٢٧٥
- الهوس الهذائي ٢٧٦
- الهوس المزمن ٢٧٦
- حالتا هوس مع تقديم وتعليقين ٢٧٦
- الاضطرابات الوجدانية المشتركة ـ ثنائية القطب ـ ٢٧٩
- الهوس ثنائي القطب ٢٨٠
- الاكتئاب ثنائي القطب ٢٨٠
- **الفصل العاشر ـ الاضطرابات الجسدية** ٢٨٢

- اضطرابات تشوه الشكل (خوف مرضي من تشوه الشكل) ٢٨٢
- اضطرابات الجسدنة ٢٨٢
- اعراض اضطرابات الجسدنة ٢٨٣
- اعراض هضمية معوية ٢٨٣
- اعراض الالم ٢٨٣
- اعراض القلب والرئة ٢٨٤
- اعراض التحول ٢٨٤
- اعراض جنسية ٢٨٥
- المراق (توهم المرض) ٢٨٦
- العوامل في المراق ٢٨٦
- الالم ذو المصدر النفسي ٢٨٨
- اضطراب التحول (عصاب الهستيريا النمط التحولي) ٢٨٩
- اضطرابات جسدية غير مميزة ٢٩٠

- الفصل الحادي عشر - الاضطرابات التفككية (الهستيريا) ٢٩٥

- الاضطرابات التفككية ٢٩٥
- مفهوم الهستيريا ٢٩٧
- العوامل في الهستيريا ٢٩٩
- العوامل الوراثية ٢٩٩
- العوامل الفيزيولوجية ٣٠٠
- العوامل النفسية ٣٠١
- العوامل الاسرية والاجتماعية ٣٠٢
- اشكال الهستيريا ٣٠٤
- الهستيريا التفككية - اضطرابات التفكك ٣٠٤
- الهستيريا التحولية - اضطرابات التحول ٣٠٤
- أعراض الهستيريا - اعراض الاضطرابات التفككية والتحولية ٣٠٥

- امراض التفكك ـ اشكال التفكك ٣٠٥
- تعدد الشخصية ٣٠٦
- الشرود او التجوال نفسي المنشا ٣٠٦
- فقدان الذاكرة نفسي المنشا ٣٠٧
- تبدد الشخصية ٣٠٨
- شبه العته الهستيري (زملة جانسر) ٣٠٩
- امراض التحول ـ اشكال التحول ٣١٠
- فقدان الاحساس الجلدي ٣١٠
- العمى الهستيري ٣١٠
- الصمم الهستيري ٣١١
- امراض اضطرابات الطاقة الحركية ٣١١
- الشلل ٣١٢
- اللقمة الهستيرية (صعوبة البلع) ٣١٣
- اللازمة العصبية (الرعشة) ٣١٤
- الارتجاف الهستيري ٣١٤
- التهيج الهستيري ٣١٥
- امراض اضطرابات الطاقة الحشوية ٣١٧
- الصداع ٣١٧
- الغثيان او القيء الهستيري ٣١٧
- العمل الكاذب ٣١٨
- فقدان الشهية العصبي ٣١٨
- السعال الهستيري ٣١٩
- البرود الجنسي والام الجماع الجنسي ٣١٩
- الفصل الثاني عشر ـ اضطرابات القلق ٣٢٥
- العوامل في اضطرابات القلق ٣٣٠
- العوامل الوراثية والفيزيولوجية ٣٣٠

- العوامل النفسية ٣٣٣
- العوامل البيئية والاجتماعية ٣٣٥
- فئات اضطرابات القلق ٣٣٦
- القلق المرضي ٣٣٦
- حالات القلق المرضي وتطوره ٣٤٣
- نوبات الهلع الحاد ٣٤٣
- القلق المعلم ٣٤٤
- الخوف المرضي ٣٤٤
- العوامل في المخاوف المرضية ٣٤٦
- اشكال المخاوف المرضية ٣٤٦
- بعض حالات الخوف المرضي ٣٤٨
- المخاوف المرضية من الاماكن العامة (المفتوحة) ٣٥١
- الخوف الاجتماعي ٣٥٢
- الخوف من الاحتجاز ٣٥٣
- الافكار التسلطية والافعال القهرية ٣٥٤
- الافكار التسلطية ٣٥٤
- الافعال القهرية ٣٥٥
- العوامل في الافكار التسلطية والافعال القهرية ٣٥٥
- بعض اشكال الافعال القهرية ٣٥٨
- التكرار القسري ٣٥٨
- الافعال القسرية المتتابعة ٣٥٩
- النظام القسري ٣٥٩
- الوهم او السحر القسري ٣٦٠
- الافعال القسرية المناهضة للمجتمع ٣٦١
- اضطراب (قلق) ما بعد الصدمة الشاقة ٣٦٢

ملحق رقم (١)

تصنيف منظمة الصحة العالمية للاضطرابات العقلية والسلوكية ٣٦٥

المصادر والمراجع ٤٠١

الفهرس ٤٠٧

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University