

## الفصل الأول:

### علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

- 1- تعريف علم النفس المرضي للطفل والمراهق.
- 2- مفهوم الأمراض النفسية والذهانية والفروق الأساسية بينهما:
  - 1-2- مفهوم الأمراض النفسية "العصائية".
  - 2-2- مدى انتشار الأمراض العصائية.
  - 3-2- أسباب الأمراض العصائية.
  - 2-3-1- نظرية التحليل النفسي.
  - 2-3-2- النظرية غير التحليلية.
  - 2-3-3- النظرية الشرطية السلوكية.
  - 2-3-4- نظرية النشأة التكوينية.
  - 2-3-5- العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة.
- 3- العوامل المساعدة.
- 4- أنواع العصاب.
- 5- مفهوم المرض العقلي.
- 6- الفروق الأساسية بين الذهان والعصاب.
- 7- السلوك العادي والسلوك الشاذ.
  - 1-7- الاتجاه الذاتي.
  - 2-7- المعيار الاجتماعي في تحديد الشذوذ.
  - 3-7- المعيار الإحصائي.
  - 4-7- المعيار السيكولوجي الموضوعي في تحديد الشذوذ.
- 8- الشروط الأساسية للسلوك الشاذ.

- 9- تشخيص الشذوذ.
- 10- صعوبات تحديد السواء والشذوذ عند الطفل والمراهق.
- 11- الفحص النفسي للطفل والمراهق.
- 12- التشخيص.
- 13- مفهوم البنية.
- 14- التشخيص المفارق.
- 15- مفهوم البنية في علم النفس المرضي للطفل والمراهق.



## الفصل الأول: علم النفس المرضي للطفل والمراهق

### 1- تعريف علم النفس المرضي للطفل والمراهق:

يعرف العالم جون برجري J. Bergeret علم النفس المرضي هو دراسة التطور النفسي واضطراباته دون الاهتمام بالجانب التقني للعلاجات، أما هدفه فهو تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها لدى الفرد في صراعه من أجل الحياة والتكيف يصطدم الفرد بضغط بيولوجية من جهة، وهذا في صراع دائم بين نزواته ومعارضة المحيط بحوافزه الاجتماعية، الأخلاقية، الثقافية... الخ. يتأسس علم النفس المرضي على ملاحظة المرضى نفسيا وعقليا منذ أن حث ت. ح. ريبو (1839 - 1816) T. H. Ribot وتلاميذه على أهمية هذه الملاحظة لتعويض التجريب المستحيل على الإنسان لأسباب أخلاقية.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه رغم أن الطفل نظرا لمكانته الوجودية والاجتماعية إلا أنه لم يحظ بدراسات عديدة باستثناء الدراسات البيداغوجية على المتخلفين عقليا أو ذوي العاهات الحسية، أما المراهق فقد حظي منذ بداية القرن التاسع عشر مع الدراسات على الخرف (la démence) باهتمام كبير لكن الطفل واضطراباته بقيت تقريبا غائبة من دراسات علم النفس المرضي (1905). ولقد قدما العالمان أ. بيني وسيمون A. Binet et Simon اختبار للذكاء وفي نفس السنة قدم فرويد S. Freud ثلاثة مقالات في نظرية الجنس، وهذا هز العالم الأوروبي خاصة ولفت أنظار الباحثين حول الطفل واضطراباته، وفي البداية كان الاهتمام بنقص الذكاء خاصة، ثم تدريجيا بدأ اهتمام كبير مع كل من أ. فالون و ج. بياجيه H. Wallon et J. Piaget والمحللين النفسانيين بتكوين الطفل ونموه واضطرابات هذا النمو، لكن انطلاقا من الأربعينات تطورت الدراسات على الأطفال المضطربين نفسيا وعقليا وأخذ الطفل مكانة معتبرة ككائن قائم بذاته منفصلا عن الراشد له خصائصه المرضية.

كما أن علم النفس التحليلي أثرى الفروع الأخرى لعلم النفس ووسع مجال الدراسات على الذكاء: الذكاء ليس مستقلا عن الوجدان والانفعال وأخرج علم النفس المرضي للطفل من حلقة العضوية، حيث أن الملاحظة المباشرة للطفل والمراهق ساعدت على معرفة مراحل تطوره والميكانيزمات التي تسيره والعوامل التي تؤثر عليه ذلك أن الطفل كل ييو - نفسي - اجتماعي حيث يقول أ. فالون H. Wallon وإن الإنسان ككل ووحدة نفسية وسوماتية يعيش في محيط يؤثر عليه ويتأثر به، وهذه التأثيرات تفتح المجال لتطوير إمكانيات الطفل أو قمعها وتشويهها، وهذا يتطلب تعاون الباحثين والعمل في جماعات متعددة التخصص للإلمام بالظاهرة الإنسانية وفهمها لمساعدة نفسية أنجح.

### 2- مفهوم الأمراض النفسية والذهانية والفروق الأساسية بينهما:

## 2 - 1 - مفهوم الأمراض النفسية "العصائية":

جاء في التقرير السنوي لجمعية الطب النفسي عام 1952 أن الأمراض النفسية (العصائية) عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في تركيب المخ... ومعنى ذلك أن المرض النفسي ليس جسمياً أو عضوياً من حيث المنشأ بل اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساساً إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات العلاقات الاجتماعية، إلى غير ذلك من ألوان الخبرة المؤلمة التي تعرض لها الفرد في ماضي حياته في طفولته المبكرة، وتتسم الأمراض العصائية بوجود صراعات داخلية وظهور أعراض مختلفة أهمها القلق والخوف والاكتئاب والوسواس والأفعال القسرية (القهرية) وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطرابات في النوم، وفي الطعام، وكذلك الأعراض الهستيرية ويحدث ذلك دون المساس بترابط أو تكامل الشخصية، ويحتمل المريض المسؤولية الكاملة، والقيام بواجباته بصفة عادية والتجاوب مع الآخرين، مع سلامة الإدراك والاستبصار بالآلام والتحكم في الذات مما يميز هذه الاستجابات العصائية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات، وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن أسباب الأمراض العصائية تعود إلى عدة عوامل منها:

- الاستعداد التكويني الوراثي.
- مراحل النمو من الطفولة.
- العوامل النفسية والاجتماعية الحالية التي تؤدي إلى سوء التكيف.
- العوامل الحضارية.

إن الإنسان من طبيعته أنه لا يخلو من دوافع تحركه فيسلك سلوكاً معيناً في البيئة التي يعيش فيها، وهو يهدف من هذا السلوك الحصول على الملاءمة التي تحقق له الشعور بالأمن والارتياح إلا أنه يحدث أثناء محاولة الإنسان للتكيف أن ينجح وإما أن يفشل أحياناً وفي حالة الفشل ينشأ سوء التوافق، وهذا نتيجة لردود الأفعال الناتجة عن اصطدام الفرد بالبيئة الخارجية، وما تحويه من عقبات وصعاب، وكف ومنع وإحباط وما تسببه من توتر وقلق وارتجاج للشخصية. ويلجأ الفرد إلى استخدام طرق كثيرة لعل يجد فيها وسيلة للتخفيف التوتر الذي ينشأ بسبب عدم التوافق بين الفرد وبيئته، وتشمل هذه الطرق ما يسمى بميكانيزمات الدفاع النافية، وإلى جانب هذه الطرق يقوم الفرد بأنماط أخرى من السلوك الشاذ أو المنحرف والتي لها قيمة وظيفية بالنسبة لهؤلاء الأفراد إذ يجد الشخص الذي يعاني من هذه الأعراض أكبر قدر من الملاءمة والتكيف تحت تأثير الظروف الشاذة التي يعيش فيها.

وعلى الرغم من أن المرض النفسي يبدو في شكل مجموعة كبيرة من الأعراض، إلا أنه يكمن وراء هذه الأعراض عوامل عدة، أو عناصر تتضافر مع بعض وتكون الشخصية العصابية، وتعتبر القدرة الضعيفة على تحمل الصراع هي من أبرز الخصائص التي تميز الشخصية العصابية فالمريض نفسياً تتناهب مشاعر الهم والتوتر بالنسبة لأبسط الأمور في حياته اليومية، وبالنسبة للأشياء غير الهامة، وبالإضافة إلى ذلك كثيراً ما نجد أن نمط الشخصية العصابية يكون ثابتاً وشديداً، أو حاداً غير مرن أو متكيف.

وفيما يخص الأعراض فإن العصاب يتميز إما بدرجة عالية من القلق والتي لا تتناسب مع طبيعة الموقف الذي يستثيره، وإما بوجود ميكانزمات معينة تستخدم في التخفيف من حدة القلق الحاد. وفي الوقت نفسه تؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، ويمكننا القول أن الشخصية العصابية تختلف في الدرجة فقط عن الشخصية السوية.

## 2 - 2 - مدى انتشار الأمراض العصابية:

إن الحصول على أرقام دقيقة بهذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً. لأن معظم المرضى العصبيين لا يدخلون المستشفيات النفسية والعقلية، بل إن نسبتهم في هذه المستشفيات لا تتعدى نسبة 3 - 5% من المقبولين لأول مرة في المستشفيات والواقع أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يتردد على كافة العيادات الطبية ويعانون من أعراض وآلام جسدية، وينتقلون من طبيب إلى آخر دون معرفة التشخيص الحقيقي، وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي 40% من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من مرض العصاب. وقد قام "وات Watt" (1952) ببعض الأبحاث في شأن هذا الموضوع في بريطانيا، ووجد أن 12% من مرضاه يعانون من العصاب وكذلك 10% يعانون من أمراض سيكوسوماتية (أمراض نفسجسمية) وتعتبر هذه النسبة قليلة، حيث أن الوعي الطبي في بريطانيا يتيح لهؤلاء المرضى أن يلجأوا للعلاج التخصصي، ومن المعتقد أن هذه النسبة تزداد في عالمنا العربي، حيث أن مستوى التعليم ومدى انتشار الوعي الصحي وخاصة من الناحية السيكولوجية متخلف. ففي إحدى الإحصائيات التي قام بها الدكتور "أحمد عكاشة" في مصر وجد أن نسبة المرضى العصبيين اللذين يترددون على عيادات أطباء الأعصاب تبلغ 70% وهي أكبر نسبة بين نسب اللذين يترددون على أطباء القلب أو الصدر أو الجلد... الخ، وتعتبر هذه النسبة عالية وقد يكون من أسباب ذلك عدم وعي الفرد في البلاد العربية، بالفرق بين طب الجهاز العصبي، والطب النفسي والعقلي ويلجأ المرضى أحياناً إلى كافة الأطباء يشكون إليهم أعراض القلق و سوء الهضم و الغضب العام والدوار (الدوخة) و الاكتئاب والحساسية العصبية والخوف من الأمراض وانقباض الصدر وصعوبة البلع والإمساك المزمن والإسهال المزمن وضغط الدم والتحسس الجلدي وأعراض القرحة. وتجدر الإشارة هنا إلى أن الأمراض العصابية تشكل تهديداً لاقتصاديات البلد، حيث أشارت إحدى الدراسات

الحديثة أن حوالي 40 - 60% من عمال المصانع يتخلفون عن عملهم لأسباب نفسية أو عقلية مما يزيد من الوقت الضائع في ميدان الصناعة ومما يقلل من الإنتاج.

كما تنتشر الأمراض العصابية بين النساء أكثر من انتشارها بين الرجال، وقد يكون ذلك راجع إلى أن الرجل لديه الفرصة أكبر في مجتمعه للتصرف في مشكلاته والتعبير عن انفعالاته والتنفيس عن توتراته، وهذا ما يقلل من حدة الصراع النفسي، كذلك قد يرجع إلى تقبل النساء العلاج النفسي قبولا سهلا مع رغبة سريعة في الشفاء، وكثيرا ما يخشى مرضى العصاب أن يتحول مرضهم إلى ذهان، وعلى الرغم من أن هناك بعض الآراء تفترض أن العصاب ما هو إلا مرحلة مبكرة للذهان.

إلا أن الرأي الحالي يتفق على أن العصاب والذهان فئتان منفصلتان وتكشف لنا الدراسات أن من 4 - 7% من مرضى العصاب ينتهي بهم الأمر إلى الإصابة بمرض الذهان، وإذا أخذنا في الاعتبار أن نسبة الذهان بين المجموع العام حوالي 5 - 10% تبين لنا على الفور عدم ترابط الذهان والعصاب، وأخيرا يمكن القول أن نسبة العصاب بين المجموع العام تتراوح بين 10-25% (الطب النفسي المعاصر لأحمد عكاشة 1969).

## 2 - 3 - النظريات المفسرة للأمراض العصابية:

من حيث أسباب الأمراض العصابية، فما زالت الرؤية غير واضحة بالنسبة للأسباب الرئيسية فما زالت تفسر بنظريات مختلفة ومدارس سيكولوجية متنافرة، ولكن البرهان العلمي لأي مرض لم يثبت بعد وإن تعددت الأسباب - يمكن تلخيصها في نظريتين هما:

• النظرية التكوينية: /

وتعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية.

• النظرية البيئية: /

وتعتمد على العوامل البيئية الاجتماعية المسببة للعصاب.

أولا - النظرية التكوينية:

يختلف العلماء في تفسيرهم لكلمة تكوين، فالبعض يعني بها الأساس العقلي والجسمي للفرد متأثراً بتجارب الحياة، والبعض الآخر يعني بها مجموعة المميزات النفسية والفسولوجية والجسمية التي تقوم على أساس الاستعداد الوراثي، وأن البيئة لها الدور المتواضع ولا شك أن للعامل الوراثي أثر في نشأة الأمراض العصبية.

وقد أجريت عدة دراسات على التوائم المتشابهة (من بويضة واحدة) فوجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب فعادة ما يصاب التوأم بنفس المرض، كذلك دلت دراسات على بعض الأسر على أن استجابات أفراد الأسرة الواحدة تتشابه في نوعية العصاب.

ويمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة عادة ما يتعرضون لنفس العوامل البيئية، مما يجعل استجاباتهم العصبية متشابهة، ولذا كان من الصعب أن نفصل عوامل البيئة عن عوامل الوراثة. وبين الجدول التالي بعض الأبحاث الحديثة بالنسبة للعامل الوراثي للأمراض العصبية بين التوائم:

جدول (01) الأبحاث الحديثة بالنسبة للعامل الوراثي للأمراض العصابية بين التوائم.

الباحث	السنة	توائم متشابهة	توائم غير متشابهة
سليتر SLATER	1952	%25	%19
اهدا IHDA	1960	%20	%40
براكوني BRACONI	1961	%90	%43
تيناري TIENARI	1962	%57	لم يدرس
باركر PARKER	1964	%70	%26
شليدز SHIELDES	1966	%40	%15

يتضح من الجدول أعلاه صحيح أن هناك اختلاف بين نتائج الباحثين، لكن لا شك أن معظم الأبحاث تشير إلى

أن النسبة تزيد بين التوائم المتشابهة وهذا ما يؤكد أهمية العامل الوراثي في الأمراض العصابية.

#### ثانياً: النظرية البيئية:

من المعروف أن العوامل البيئية تؤثر على نمو الفرد وعلى تطوره خلال جميع المراحل وبنى المجتمع الحضاري

على أساس التغيير والتكيف والتأثير على السلوك والشخصية من خلال التعليم والثقافة مما يجعل استجابات الأفراد

تختلف حسب مجتمعهم وسنعرض فيما يلي لأهم النظريات البيئية.

#### 2-3-1 - نظرية التحليل النفسي:

افترض س. فرويد Freud أن العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية وسبب الاستجابات العصابية هي مؤثرات

بيئية تظهر في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد، وأن أي صدمة نفسية خلال هذه الفترة تؤثر على النمو الجنسي

للطفل، وتجعله في حالة تثبيت ولا يستطيع بعدها العبور إلى المرحلة التالية، مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية

وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد وقد ميز س. فرويد S.Freud بين العصاب الحقيقي والعصاب

النفسي، فالعصاب الحقيقي يظهر نتيجة حالات جسمية تنشأ من اضطرابات في الحياة الجنسية للفرد، أما العصاب

النفسي فهو سيكولوجي المنشأ، وقد فسر "فرويد" السلوك العصابي بنظريات مختلفة.

• ذكر س. فرويد S.Freud أول الأمر أن العصاب النفسي ينشأ نتيجة لصدمة نفسية جنسية خلال السنوات الأولى.

• ثم قسم السلوك العصابي على أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر، ثم أضاف أن أصل العصاب النفسي هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية وخاصة الصراع بين الهي وبين الأنا الأعلى، ثم فسّر الإهمال البيئي المبكر بأنه من العوامل المشجعة للعصاب.

• ثم وصل على أساس بحوثه السابقة إلى أن أسباب العصاب النفسي متعددة، وأرجعه لعدة عوامل ثم أظهر تصنيفه للاستجابات العصابية الأربع (عصاب الوسواس القهري، هستيريا القلق، والهستيريا التحويلية، والنيوراستينيا).

وقد اختلف أ. أدلر A. Adler أحد أتباع فرويد في كثير من نظريات أستاذه فقد اعتبر القوة الدافعة في الإنسان هي الرغبة في القوة (التفوق) بدلا من الليبيدو الغريزي، كما وضع الرغبة في العدوان محل الرغبة في الجنس، أ. أدلر A. Adler يعتبر رائد علم النفس الفردي الذي يعتمد على فكرة التفوق التي هي نوع من التعويض للشعور بالنقص، والذي بدأ في الطفولة عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار والمحيطين به جسميا وعقليا، وثم يبدأ بالشعور بالنقص ويستجيب لذلك بالكفاح من أجل التفوق والسمو والعظمة كتعويض لشعوره بالعجز.

كذلك أشار أ. أدلر A. Adler إلى بعض المواقف الأسرية من ناحية تدليل وإهمال الطفل، وترتيب الطفل بين إخوته، وأسلوب الحياة الذي يضعه كل فرد هدفا مبكرا في حياته، بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، وتعتمد الفرص التي يتخذها أسلوبا للحياة على المؤثرات البيئية المبكرة، والنمط الأسري وطبيعته. ومن الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الإيجابي المفيد اجتماعيا ولكن من الممكن أن يؤدي أيضا إلى تعويض مرض زائد.

وقد طرح أ. أدلر A. Adler النظرية الجنسية في العصاب جانبا واعتبر العصاب محاولة لتجريد الفرد نفسه من الشعور بالنقص وذلك لكي يحصل على الشعور بالتفوق، كما وجد س. ق. يونغ C.G. Jung أحد أتباع س. فرويد S. Freud نفسه في خلاف مع نظرية التحليل النفسي، ومن ثم انفصل عن س. فرويد S. Freud أسس مدرسة علم النفس التحليلي، فهو لم يقتنع أن مفهوم الليبيدو جنسي أساسا وافترض أن هناك مستودعا كبيرا في طاقته تنبثق منه القوى الدفعية للإنسان في حياته، ثم أدخل س. ق. يونغ C.G. Jung مفهوم الانطواء والانبساط، فقال إن الليبيدو لدى الانبساطيين يتجه نحو الخارج وهم يستجيبون للعالم الواقعي، أما الانطوائيون فيرتد عندهم الليبيدو إلى الداخل نحو حقائق ذاتية وهم يميلون إلى الحياة في عالم الخيال وهذا الاتجاه نحو الذات الداخلية أو الواقع الخارجي، جزء أساسي في التكوين الجسمي النفسي للفرد ويحدد نمطه إلى درجة كبيرة.

أما أتورانك Otto rank فقد عارض بعض أفكار فرويد واعتبر صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) منطلقا للقلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته، وذلك على أساس التهديد بأنه انفصل عن مأوى الحب والأمن. كما يرى أتورانك Rank "كذلك أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تفاعل أو تفكك الشخصية، وأن العصابي إنسان معتمد وغير ناضج فعليا.

وقد ظهرت ومازالت تظهر نظريات جديدة عن اتباع فرويد مثل نظرية إيريك فروم Eric Fromm والتي تعتمد أساسا على أن علم النفس لا معنى له إلا إذا وضع في إطار انثروبولوجي وفلسفي.

أما كارن هورني K. Horney فقد ابتعدت عن وجهة النظر البيولوجية س. فرويد S. Freud ووضعت في نظرياتها في الشخصية التأكيد على أهمية التضاريس الحضارية والخبرات الشخصية، واعتبرت أن القلق الأساسي هو سبب العصاب، وهو شعور بالبوؤس وسط عالم معاد ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكرهية التي تنبعث من إهمال الوالدين للطفل، وكذلك سوليفان Sullivan الذي يلخص نظريته في فكرة التشكيل الحضاري Accuturation، وأن بناء الشخصية هو نتاج التفاعل مع الكائنات الإنسانية الأخرى وهناك نظريات أخرى مشابهة كنظرية ارنست جونز Ernette. Jones وكلاين Milanie Klein.

### 3. 2 - النظريات غير التحليلية:

ظهرت عدة نظريات هامة لفهم الشخصية العصابية، مستقلة تماما عن المدارس الفرويدية، أول هذه النظريات:

### 3- 2. 1- النظريات البسيكولوجية: ومؤسسها أودولف ماير Adolphe. Meyer (1866 - 1950) وقد ألح

على ضرورة دراسة الميول الوراثية وخبرات الحياة وضغوط البيئة، وذلك إذا أردنا أن نتبع أصل اضطراب معين ونفهمه أي اننا نستطيع فهم السلوك فهما حقيقيا إذا نحن درسنا الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد، ولتلخيص نظريته في العصاب نقول أن اودولف ماير Adolphe Mayer يعتبر أن مستويات الطموح الغير الواقعية وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في الشخصية الشاذة، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غير قادرين على تقبل طبيعتهم الخاصة، والعالم الخارجي كما هو، وبالتالي غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقا لحالاتهم. ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العصابية الأخرى.

ويميل الطب النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية إلى الاعتقاد بنظرية اودولف ماير Adolphe Mayer وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا استجابات توافقية أو تكيفية بين البيئة والفرد مستخدما الإجراءات الدفاعية العصابية.

**3-2 . 2- المنهج الوجودي:** وهو من النظريات الغير التحليلية، فقد شعر عدد كبير من المعالجين النفسيين بسخف تلك الطرق، التي تحاول وضع الشخص المريض ضمن مجموعة محددة أو تحاول فهمه ضمن إطار نظري محدد سابقا أو ضمن مدرسة خاصة، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمرض العقلي فهم الخبرات الذاتية للمريض في علاقتها بالمريض نفسه وبالعالمه والناس من حوله.

### **3-3 - النظرية الشرطية السلوكية:**

كان لا بد لبافلوف Pavlov أن يتعرض لاضطرابات الجهاز العصبي لدى الإنسان من خلال الاضطرابات التي درسها لدى الحيوان، لا يمكن أن تعمم على كافة مستويات الجهاز العصبي، لذلك خاض بافلوف Pavlov ميدان الأمراض العقلية والنفسية، فقام بتفسير الهستيريا والفصام، وابتدع طرقا للعلاج، وكان يعتبر الطب العقلي والنفسي فرعا من فروع فسيولوجية الجهاز العصبي، وقد تأثر بافلوف Pavlov بعالم روسي آخر هو سيشانوف Sichanov الذي كان عالما نفسيا وفسيولوجيا، والذي وضع البذرة الأولى لنظريات الفعل المنعكس والكف الفسيولوجي، ويجب الانتباه إلى أن النجاح الكبير الذي حققه بافلوف Pavlov في كشف خبايا الجهاز العصبي للحيوان دفعه إلى تعميم أحكامه على الإنسان، بحيث لم يبق في نظره فرق نوعي بين النشاط العصبي لدى الحيوان والإنسان وهذا ما جعل أفكاره الخاصة بسمات النشاط النفسي البشري ليس على نفس المستوى من الدقة والعمق الذي بلغته دراسته على الحيوان ويسمى بافلوف Pavlov نظريته هذه النشاط العصبي الراقى ويعني بذلك محاولة توسيع مدى تأثير الجهاز العصبي على أكبر عدد ممكن لنشاط الكائن العضوي، ويقوم هذا التأثير العصبي على أساس الترابط أو الانعكاس الشرطي، فأصغر الأحداث والتغيرات في العالم الخارجي والعالم الداخلي للكائن يمكنها أن ترتبط بحالات عصبية معينة مكونة ما يسمى بالفعل المنعكس الشرطي.

### **3-4 - نظرية النشأة التكوينية:**

مما لا شك فيه أن للمنزل والنشأة في الأسرة أهمية كبرى في تكوين الكثير من الأمراض النفسية، بالإضافة إلى علاقة الطفل بوالديه فعادة ما يحتاج الطفل إلى الحب والأمن والحنان من أبوين صالحين، كذلك حاجة الطفل إلى اللعب والطعام وإلى النظام في متابعة الطفل لتقاليد ونظم خاصة، مع ملاحظة إعطاء الفرصة للتعبير عن انفعالاته. فقد لوحظ أنه كلما ابتعدنا بالطفل عن ذلك، نجد شخصيته مصحوبة بسمات وأنماط معينة، مع استعداد لتكوين أعراض عصابية، سواء في طفولته أو بعد نضجه، ولا شك أن الأم التي تبالغ في حب ولدها تربطه بها ارتباطا مرضيا، ستجعله عاجزا للاستقلال الانفعالي بذاته والعكس بالنسبة للأم التي تهمل طفلها ولا تشعره بالحنان الدائم أو الوالدين

الذين يفرقان في معاملتهما بالنسبة لأطفالهما، كذلك المنافسة والغيرة بين الأخوة ثم احترام أو سخرية زملاء في المدرسة أو وجود الطفل في شجار دائم بين الأبوين، كما أن لترتيب الطفل في الأسرة دور كبير في نشأته وتكوينه.

### 3.5 - العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة:

أثبت علماء الأجناس أن للحالة الاجتماعية والثقافية والحضارية أثر بالغ في تكوين أو تشكيل الشخصية، وبالتالي استعداد الفرد للإصابة بالأمراض النفسية ونشير هنا إلى أبحاث مارجرت ميد M. Mead كذلك أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي والولادة الغير شرعية، وفقد أو انفصال أحد الأبوين والطلاق، والإدمان والنشأة في الملاجئ.

وقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضا يستحق العلاج، ينظر إليه في مجتمع آخر على أنه نوع من الانحراف يجب استئصاله من المجتمع، أو عزل صاحبه في أحد السجون، وفي مجتمع ثالث يقبلون هذا النوع من السلوك الذي لا يحتاج إلى العلاج أو العقاب.

وعليه فإن الناحية الاجتماعية ومدى تفهم المجتمع لنوع الأعراض والسلوك سيكون له نوع من التفاعل الخاص، وقد كان الاعتقاد شائعا بأن نسبة الأمراض النفسية في المجتمعات المتحضرة تفوق نسبتها في المجتمعات المتخلفة، غير أن هذا الاعتقاد قابل للمناقشة ويحتاج إلى دراسة ميدانية تؤكد حيث أن مظاهر المرض أحيانا ما تختلف حسب الناحية الحضارية (راجع المعيار الاجتماعي في تحديد السواء والشذوذ) هذا وقد أظهرت بعض الدراسات الميدانية الإحصائية أن الأمراض النفسية تزيد نسبتها بين أفراد الطبقة العليا من المجتمع، وأن الأمراض الذهانية العقلية تكثر بين أفراد الطبقات الدنيا.

### 3.6 - العوامل المساعدة:

هناك بعض العوامل المساعدة في نشأة الأعراض العصابية فمثلا، أن الانعصاب هو تحديد عوامل غير سارة لطاقة تكييف الفرد. وتعتمد كمية الشدة أو الانعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية إلى تكوين واستعداد الفرد الوراثي.

#### 4. أنواع العصاب: وهي متعددة، منها:

**الحاد:** يمثل الصراعات الجنسية في الطفولة أو فقدان أحد الوالدين أو أحد الأعمام، فقدان المال أو العمل المفاجئ، اتهام سياسي... إلخ.

**الطويل المدى:** وذلك عندما تتجمع الشدة وتتراكم على مدى الأيام مثل الشخصية التي ينقصها الطموح، وعدم القدرة على تحقيق أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها، عدم التوافق في الحياة الزوجية سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية.

**الانعصاب الذاتي:** وهناك تكون الشدة والإجهاد مؤثر على فرد معين نظرا لحاجاته الخاصة مثل النزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل أو ما يعتبره إهانة لذاته وكرامته.

**الجسمي:** مثل الأمراض الشديدة كالحميات والتسممات وارتجاج الدماغ، فهذه العوامل الجسمية تنقص من قدرة الفرد على التكيف، مما يجعله ينهار تحت وطأة العصاب بسيط مثل فترة ما قبل الطمث وبعد الولادة... إلخ. وهناك بعض الحاجات الخاصة لكل فرد يريد إرضاءها وإلا سيكون كبتها وإحباطها عاملا لإضعاف مقاومة الفرد، وبالتالي يكون عرضة للأمراض النفسية، وقد تكون الحاجات السابق ذكرها، حاجات جسمية وانفعالية وروحية أو فكرية.

### 3- مفهوم المرض العقلي "الذهان" PSYCHOSE:

يعتبر المرض العقلي أو الذهان اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها ويبدو هذا المرض في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام، كما يتميز باضطراب ملحوظ في الحياة الانفعالية، وعجز شديد عن ضبط النفس يحول دون المريض ورعاية نفسه، ويمنعه من التوافق الاجتماعي في مختلف صورته، التوافق العائلي والمهني والديني وغير ذلك بالإضافة إلى أن المريض عقليا يجهل الأسباب الكامنة وراء شذوذه وذلك لأنه لا تكون لديه بصيرة بمشكلته.

وأحيانا ما يفهم العامة أن المرض العقلي مرادفه لكلمة "جنون Insanity" وهذا خطأ واضح، ذلك أن كلمة جنون ليس لها دلالة بسلوكية أو طبية واضحة. ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي أو العقلي اسمه الجنون، والجنون كلمة عامة لا تعني إلا اضطراب في السلوك والتفكير بعيدا عما هو مألوف في المجتمع، فيعتبر البعض الجنون قريبا من العبقرية.

وتختلف المجتمعات في نظرتها لمفهوم الجنون، فبعض المجتمعات البدائية تحمي هؤلاء الأفراد وتعتبرهم ذوي لمسة مقدسة تستحق الاحترام، والبعض الآخر يعذبهم لأنهم من أتباع الشيطان، وفي مجتمعات أخرى يوضع هؤلاء في السجون، وفي البعض الآخر يعالجون في المستشفيات. لذا نرجو التخلص من هذه الكلمة عند المناقشة العلمية لمفهوم الأمراض الذهانية.

وسنوضح فيما يلي مفهوم الأمراض الذهانية بمقارنتها بمفهوم الأمراض النفسية العصابية.

## الفروق الأساسية بين الذهان والعصاب:

يرى بعض العلماء أن الأمراض العقلية ما هي في الواقع سوى أشكال خطيرة من الأمراض النفسية، ويرى البعض الآخر أنهما يختلفان في الدرجة والنوع، والواقع أن هناك حالات كثيرة من الاضطراب يصعب الجزم فيما إذا كانت ذهانية أم عصابية، وحالات أخرى تبرز فيها الفروق بينهما من الناحية الوصفية والعلاجية على نحو لا يخطئه التقدير، وكثيرا ما يواجه المعالج في مرحلة التشخيص صعوبة كبيرة في التفرقة خصوصا في الحالات التي تقع في الحد الفال بين الأمراض العصابية والذهانية، وعلى ضوء ذلك يمكننا أن نحدد بعض الفروق الأساسية التي تميز بينهما على النحو التالي:

**6. 1 -** إن الذهان اضطراب يتناول شخصية المريض بأسرها في حين أن العصاب اضطراب يبدو واضحا في الجانب الانفعالي فقط، فلا تضطرب الوظائف العقلية فيه إلا بصورة طفيفة عارضة (من هذه الوظائف القدرة على التفكير، الحكم، الفهم، والنقد والتمييز وإدراك العالم الخارجي) على عكس المريض الذهاني الذي يظهر لديه الاختلال الواضح في القوى العقلية، وهذا يؤدي بدوره إلى اختلال جميع وسائل التوافق الاجتماعي.

وهذه حالة ذهاني مدمن على المخدرات عمره (70 سنة) دار الحديث التالي بينه وبين الطبيب:

**الطبيب:** هل يزورك أحد في المستشفى؟

**المريض:** نعم، أمي وأختي

**الطبيب:** ما عمر أمك؟

**المريض:** 38 سنة.

**الطبيب:** وما عمرك أنت؟

**المريض:** 67 سنة بالضبط.

**الطبيب:** عجبا أيكون عمرك (67) وعمر أمك (38)؟

**المريض:** أعتقد أن هذا هو عمرها العادي.

**الطبيب:** يعني ذلك أنك أنت أكبر من أمك.

**المريض:** هذا يدهشني لأنك نبهتني إليه.

**الطبيب:** وكيف حدث ذلك؟

المريض: لا أعرف.

الطبيب: إذن أنت ولدت قبل أمك؟

المريض: نعم، بكل تأكيد.

**6. 2 -** لا يكون لدى الذهاني في العادة أي بصيرة بمشكلته وحالته وبما يقوم به من أفعال وتصرفات شاذة، فهو يعمى عن حقيقة سلوكه، ولا يدرك شذوذ ما يقوم به من سلوك على عكس العصابي، ولهذا الفرق أهمية من حيث العلاج، فالمريض إذا كان متبصرا بمشكلته استطاع المعالج أن يظفر بتعاونه، أما إذا كان ينكر ما هو عليه من شذوذ، صعب على المعالج ذلك، ولكن هذا الفارق في الواقع ليس حاسما، فبعض الذهانيين قد يفتنون إلى شذوذ حالتهم بينما قد لا يشعر بعض العصبيين بذلك، كالشخص المغرور أو الأناني أو المنحرف الذي لا يفتن لذلك بل قد يرى نفسه متواضعا عاديا... وتجدر الإشارة إلى أن العصابي قد يكون متبصرا بمشكلته إلا أنه يجهل الأسباب النفسية والعوامل الكامنة وراء شذوذه

**6. 3 -** الذهاني شخص قطع صلته بالواقع الموضوعي حيث أن الانحطاط الذي يصيب قواه العقلية يجعله عديم الاهتمام بالواقع وتشويبه إذ يتغير الواقع والعالم الموضوعي تغيرا واضحا في نظر الذهاني، فبعض الذهانيين قد يرون الناس يتربصون بهم ويكيدون لهم، أو أن البوليس يجري وراءهم في كل مكان، وإذا كان الذهاني قد قطع صلته بالواقع الموضوعي وكون لنفسه عالما من الخيالات والأوهام فإن العصابي لا يزال متصلا بواقعه مندمجا فيه يعمل ما في وسعه لكي يعيش ويتكيف مع محيطه، أو بعبارة أخرى إن الذهاني شخص أعرض عن الكفاح في الحياة ولا يشعر بأن عليه أن يقدم اعتذارا عن استسلامه، وذلك على عكس الوسواسي، والهستيري الذي يكافح بالرغم من أعراضه.

**6. 4 -** إن الذهاني كثيرا ما يكون خطرا على الناس وعلى نفسه، هذا بالإضافة إلى عجزه عن إعالة نفسه وغيره، لذا يتعين عزله في مصحات عقلية أو مستشفيات خاصة لعلاجه والعناية به، أما العصابي فهو شخص يعيش حياته ويلعب دوره في المجتمع، إلا أنه يقاسي من مشاعر القلق والاضطراب أثناء ذلك، وهو شخص قادر عن الإفصاح عن مشكلته وعن رغبته في الخلاص منها، ولذا لا يجب العناية به في مصحات إلا في الحالات الحادة.

**6. 5 -** إن العلاج النفسي الذي يفيد مع العصبيين، قد يكون يساعد البعض الذهانيين غير أنه لا يجدي أحيانا، وخاصة في بعض الحالات وذلك لصعوبة الاتصال بهم، إما لاستغراقهم في عالم الخيال، أو لصعوبة إخضاعهم لمتطلبات العملية العلاجية النفسية، والتفاهم معهم، أو الحصول على مساعدتهم في التوجيه.

**6.6 - إن الهلاوس من الأعراض الشائعة لدى الذهانيين، والنادرة بين العصبيين، وهي عبارة عن مدركات حسية خاطئة، ذات طابع قسري لا تنشأ عن موضوعات واقعية في العالم الخارجي بل هي عبارة عن أخيلة يحسبها الشخص وقائع ويستجيب لها، فقد يسمع الذهاني صوتا يهتف بأذنه ويؤمره بأن يلقي بطفلته من النافذة في الساعة كذا... وقد تدفع الهلاوس بالمريض إلى الاعتداء على الغير، أو الانتحار.**

والهلاوس قد تكون بصرية كأن يرى المريض أشباحا تهدده، أو سمعية كأن يسمع أصواتا تناديه أو تشتمه، كما تكون هلاوس لمسية كأن يعتقد الشخص الذهاني بأن حشرات تلسعه، أو هلاوس شمعية كأن يشم الذهاني روائح تثير الارتباب.

**6.7 - يبدأ النكوص بشكل واضح وعميق عند الذهاني، فيرتد الفرد إلى عاداته السابقة والتصرف على شكل أكثر بدائية، فالتبول والتبرز اللاإرادي والاستمناء العلني أحيانا وكشف العورات دون خجل، والعجز عن ضبط النفس كالأطفال، وهذه كلها من أعراض الذهاني.**

**6.8 - ويعتبر الذهان (الذهيان) من الأعراض التي ينفرد بها الذهاني، ويقصد بالهذاء اعتقاد باطل لا يتفق مع الواقع، ولا تستطيع البراهين الموضوعية تصحيحه، كأن يعتقد الذهاني أن الناس يضعون له السم في كل مكان، وأنه مرسل لهداية الناس، أو أنه مريض بالسرطان بالرغم من الكشف الطبية النافية لذلك.**

ويسمى الهذاء بمحتواه ومضمونه، فقد يكون هذاء العظمة كأن يعتقد الذهاني أنه شخصية عظيمة ذات مال وجاه، وهناك هذاء الاضطهاد حيث يعزو الذهاني مثله في الحياة إلى مؤامرات تحاك ضده، وهناك الهذاء الديني حيث يعتقد المريض أنه نبي مرسل لهداية الناس، وهناك الهذاء السوداوي الذي يعتقد فيه المريض بأنه مذنب.

ويجب التمييز هنا بين الهذاء Délusion والوسواس Obsession بأنه في الوسواس قد تحاصر المريض فكرة ثابتة كأن يعتقد بأنه مريض القلب مثلا ويعلم أن هذا ليس له أساس فالشخص الوسواسي شاذا وغريبا عنه ويقاومه أحيانا أما الذهاني فيتشبث بهدائه، ويدافع عنه ويقاوم من أجله.

**6.9 - إن لغة العصابي لغة متماسكة لا يصيبها تفكك، من حيث التسلسل والنطق والمعنى، والارتباط بالواقع، على عكس الذهاني الذي تمتاز لغته بالتفكك وعدم الانسجام، والتعابير السخيفة. وهذا مثل الذهاني مصاب بفصام الهذاء يقول لصاحبه ما يلي:**

"في المستشفى الذي نحن فيه عصافير كثيرة، يستطيع الشخص أن يصطاد (90) عصفورا في الدقيقة، أي في خمسة دقائق (450) عصفورا وفي ربع ساعة (1800) عصفورا، وفي الساعة عدد كبير من العصافير، فإذا أحضرنا (100)

شخص اصطادوا (720000) عصفورا في اليوم، فإذا بعنا العصفور بقرش واحد حصلنا على الآلاف من الجنيهات في اليوم وهذا ربح عظيم لوزارة الصحة".

6. 10- إن الذهان في مرحلة الطفولة نادرا جدا، وهو لا يفصح عن نفسه قبل منتصف المراهقة، أي حوالي 15 سنة تقريبا إلا ما ندر. أما الأمراض العصابية كالمخاوف المرضية والقلق النفسي العصابي والهستيريا، فأمور معروفة يصاب بها الأشخاص في كل الأعمار في الطفولة والرشد... الخ.

### 7- السلوك العادي والسلوك الشاذ:

يظهر لنا سلوك الناس مقبولا أحيانا وغير مقبول أحيانا أخرى. وفي الحالة الأولى يظهر الارتياح دون أن نطلق أي حكم خاص باعتباره سلوك عادي، أما في الحالة الثانية فغالبا ما نقف موقف المستغرب أو الناقد ونطلق على هذا السلوك (سلوك غير عادي، سلوك غريب، أو منحرف، أو شاذ).

ولتوضيح معنى الشذوذ، نأتي بالمثل التالي:

م. م شاب في مقتبل العمر، تجاوز مرحلة الدراسة الإعدادية ويزاول دراسته الثانوية، جاء يوما إلى الأخصائي النفسي برفقة أبيه يطلب العون في فحص حالته ومحاولة معالجته، ولكنه لا يشكو ضعفا في قوته الجسدية ولا يشكو ضعفا في مادة دراسية معينة، ولكنه يشكو من تشتت سريع في انتباهه مما يشعره بالخوف من الناس، فيلجأ إلى المنزل ابتعادا عنهم، بحيث أنه إذا وجد بالشارع لوحده (دون مرافقة أحد) قدر له أن كلا من في الشارع ينظر إليه ويراقبه، ونتيجة لهذا يغمى عليه ولا ينجيه من حالته إلا الرجوع إلى المنزل بسرعة، غير أنه حالته تكون أخف عند وجوده مع أبيه أو أحد أقربائه، ومع هذا نراه ممسكا بتلابيب من يكون برفقته نتيجة الخوف وينتحل الأعذار والمبررات للعودة بسرعة إلى المنزل حيث لا يرى الناس كما هو الحال بالشارع.

إن حالة من هذا النوع من السلوك ليست مألوفة بالنسبة لشباب في العشرين من عمره، أدت به إلى البقاء في المنزل أياما طويلة. قال الأب عن ابنه أنه مريض، وقال الابن للأخصائي في أول الأمر عن نفسه أنه شاذ.

والسؤال المطروح في هذه الحالة هو ما الذي يجعل هذا السلوك شاذاً؟

إن الخوف من الناس يتكرر في مناسبات متعددة، في حياة الأطفال والراشدين، وليست حالة الامتحانات الشفوية وإلقاء الخطب أمام الجمهور إلا أمثلة على ذلك.

فهل تكون هذه الحالات كلها شذوذاً؟ أم يكون البعض فقط؟ إننا نلاحظ قضم الأظافر عند بعض الأطفال ولا نلاحظ هذه الحالة عند جميعهم، فهل نحن أمام سلوك شاذ عن ذلك البعض؟ وحالة الطفلة التي تمص إبهامها قبل

النوم، وقبل الطعام وبعده، وفي مناسبات أخرى، وذلك الضيق الذي يبدو على أهلها حيث يراها الآخرون. فهل هذه العادة سلوك شاذ فعلا؟

إننا نقرأ عن الحب ونقدره من حيث هو عاطفة إنسانية وكثيرا ما نتمناه لأنفسنا فإذا تحدثنا عنه أشرنا إلى العطف والحنان الذي يرافقه، ولكننا مع ذلك نسمي حب نفس الجنس شذوذاً، وكذلك التلذذ بتعذيب المحبوب شذوذاً. فلماذا يكون هذا النوع من اللذة شذوذاً بينما نحن نقدر اللذة التي يوفرها الحب الإنساني؟

ثم إننا كثيراً ما نمتنع عن الإمساك بشيء تجنبنا لقدارته ونحن نقدر أن هذا الوضع ضروري ولازم ولكننا مع ذلك نقول عن الإنسان الذي يسعى وراء الماء والصابون لغسل يديه كلما ظن شيئاً (وسواس Obsession) بأن عمله هذا شاذ. الواقع أننا حين نسأل عن الشذوذ نجد أنفسنا أمام عدد كبير من الإجابات، فهو تارة ما يخالف الاستواء (السواء) وهو تارة أخرى الاضطراب النفسي الشديد، أو السلوك الذي يبعد عن درجة غير مألوفة من التناسق داخل الشخصية، وهو أحيانا السلوك غير المألوف أو السلوك المتطرف إلى آخر ما هنالك من إجابات.

يعرف وات Watt سيكولوجية الشذوذ قائلاً: "إن ميدان سيكولوجية الشذوذ يمكن أن يوصف بصفة عامة، دراسة ردود أفعال الشخصية المضطربة تجاه الحياة و مناسباتها".

حيث يحاول وات Watt تفسير معنى كلمة مضطربة بقول: "إنه يعني الأشخاص الذين تضطرب حياتهم بحيث يجدون أنفسهم قلقين مرتبكين غير سعداء..."

إن هذا التعريف لسيكولوجية الشذوذ ومعه التعاريف الأخرى المختلفة هي في حاجة إلى أسس ومعايير نسمي بها الحالة النفسية شاذة كما أنّ كلمة التطرف التي تستعمل في تحديد الحالات الشاذة، وكلمة الاعتدال التي يستعملها البعض في تحديد الحالات السوية تحتاجان إلى معيار به نتأكد من وجود الاعتدال أو التطرف، فالتطرف تطرف بالنسبة لشيء، أو نموذج، والاعتدال اعتدال بالنسبة لمعيار أو نموذج أيضاً. فما هي إذن المعايير أو الأسس التي تحدد الشذوذ؟.

**7. 1- الاتجاه الذاتي:** من مؤيدي هذا الاتجاه موس Moss وهانت Hunt فهما يذهبان في كتابهما عن أساس

سيكولوجية الشذوذ إلى تحليل البناء الشخصي لكل منا إلى الآراء التي نعلنها عمن هو الشاذ ومن هو السوي، ننظر إلى الناس ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم وكثيرا ما نقول عنها سوية حين تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول أنها غير سوية عندما تختلف مع هذه الآراء والأفكار، وهكذا فإننا نحكم ذاتنا حين نتحدث عن السوي والشاذ.

إن هذا التحديد الذي انتهى إليه كل من موس Moss وهانت Hunt ، وكما يذهب إليه عدد غير قليل من الناس في حياتنا اليومية ويترك مجالاً للكشف عن معيار عام يتميز به بين ما هو شاذ وما هو سوي، ونحن نتفق مع موس Moss وهانت Hunt بأن معظم الناس ذاتيين، إلا أننا لا نرى ضرورة لتعميم هذا الوضع على البحث العلمي، وخاصة حين يكون البحث ساعياً وراء الأسس المشتركة بين الحالات المماثلة بغية وضع تلك الأسس على شكل معيار عام.

## 2.7 - المعيار الاجتماعي في تحديد الشذوذ: يعتمد هذا المعيار على الأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة

البشرية، فالمجتمع كما يراه أصحاب هذا المعيار أو الاتجاه يضم مجموعة من العادات والتقاليد، والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد اللذين يتألف منهم هذا المجتمع فإذا خرج أحد الأفراد عن هذه المعايير التي تسود المجتمع اعتبر سلوكه شاذاً، وكذا يكون توافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع استواء ويكون عدم التوافق شذوذاً.

وحيث تأتي الدراسات الانثروبولوجية، وتضع كل هذه العادات والتقاليد والآراء التي تسود المجتمع ضمت كلمة "الثقافة" وتشير بها إلى كل ذلك الذات العام من الأفكار والعادات التي ينقلها المجتمع إلى الأجيال الجديدة فيه، فإن هذه الدراسات الانثروبولوجية ترى الشذوذ في السلوك الذي لا يتفق ونمط الثقافة السائد في المجتمع، بينما ترى السلوك في تطابق سلوك الفرد مع نمط الثقافي في مجتمعه، والدليل على ذلك قبائل زوني Zoni مثلاً تنتظر من الأفراد ألا يظهروا الكثير من الطموح، وإنما يضبطوا انفعالاتهم، وأن يتعاونوا، بينما نلاحظ أن المفاضل بين أفراد كواكيوت KwaKut تقوم على التبجح بالطمع، وعلى جمع الثروة، وعلى الخلاص من الآخرين دحرهم، والقسوة والقتل (فهيمي، فؤاد إبراهيم، 1955).

إن هذا المعيار الاجتماعي يؤكد لنا على أن ما هو شاذ في مكان قد يكون سواء في مكان آخر، بالإضافة إلى أن هناك أشكالاً من الشذوذ تعتبر شذوذاً في كافة الجهات، وبناء على ذلك تجد أن المعيار الاجتماعي، رغم أهميته لا يكفي وحده كأساس في تحديد الشذوذ.

## 3.7 - المعيار الإحصائي: يعتمد هذا المعيار على فكرة ان الطبيعة تميل بصورة عامة إلى الاعتدال والتوسط

بالنسبة لما تنطوي عليه من الحوادث وظواهرها الكمية وأن أكثر الحالات تقع عادة حول المتوسط، بينما لا يقع في المكان المتطرف إلا القليل منها. فإذا أخذنا مثلاً فترة الحياة بالنسبة لإنسان في بلد ما، وكان متوسط الأعمار في هذا البلد خمسين سنة، فإننا نجد الأكثرية تعيش لتصل إلى ذلك المتوسط، بينما يقل نسبياً من يموت صغيراً، ويقل نسبياً من يعمر طويلاً إن هذه الفكرة تمثل إحصائياً بمنحنى قوس Guess وينظر إلى المتوسط على أنه الاستواء أو الاعتدال، وإلى التطرف في شدة الانحراف عند المتوسط على أنه الشذوذ.

إن هذا التحديد الإحصائي للشذوذ يبقى صحيحا ما دمنا نأخذ بالأرقام أما إذا اتجهنا إلى الذكاء أو التكيف الاجتماعي أو ما شابه ذلك من الظواهر النفسية، فإن الاهتمام يبدو لنا مرضيا على الضعيف. فنحن لا نسمي العبقرى شاذا عادة بل تلحق كلمة الشذوذ بالضعيف أو التخلف عقليا، ولا نسمي الممتاز في تكيف الاجتماعي شاذا. وإذا أردنا أن نفسر المعيار الإحصائي من الناحية السيكولوجية أمكننا القول أن سعي الإنسان ما يلذ له أمر غالب على الإنسان، والغارقون جدا في السعي وراء ملذاتهم مهما كانت العواقب مثلا نسيبا، والمنكرون لما يجلب لهم اللذة مثلا نسيبا. فإذا أخذنا من يسعى إلى اللذة عن طريق تعذيب المحبوب رأينا نسبة وجوده قليلة ومن هذه الناحية يكون هذا النوع من السلوك شاذا. ومثل ذلك الميل إلى الإجرام، الوسواس، والعتة، والانحراف الجنسي، والصراع إننا نسميها حالات شاذة من حيث النسبة المئوية لتكرارها أو حدوثها.

إننا نلاحظ في هذا التحديد الإحصائي اتجاهها علميا مناسبا، ولكننا نسأل عما إذا كان هذا المعيار كافيا، فهل يكون السلوك شاذا إذا كان نادر الوقوع، أم هو في الواقع نادر الوقوع لأنه شاذ؟ هل يكون الشذوذ الجنسي في مرحلة الرشد شاذا لأنه قل أن يحدث في مجتمعاتنا الإنسانية أم أنه نادر حدوثه لأنه شاذ وظيفيا؟ إن أصحاب المعيار الإحصائي يجيبون على ذلك بأن النادر الحدوث شاذ مهما كانت الأسباب.

**7.4 - المعيار السيكولوجي الموضوعي في تحديد الشذوذ:** إن السلوك في جميع أشكاله عبارة عن عملية دينامية تحركها الدوافع الكامنة وراءها من أصل غرض أو مجموعة أغراض، ومن هذه الناحية يكون كل سلوك ذا مظهر وظيفي. فإذا اعتبرنا السلوك السوي هو الأصل، باعتباره الغالب، وقبلنا نقطة انطلاق التحديد الإحصائي هنا، فإننا نعتبر الشذوذ انحرافا ولكن بعض هذا الانحراف مقبول لأن منطقة التوسط واسعة، ويجب إذن أن ننظر إلى الشذوذ على أنه الانحراف الشديد، فإذا رجعنا إلى الوظيفة في العملية الدينامية التي ينطوي عليها السلوك، قلنا أن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد؟ إلا أننا نسأل هنا أين تبدأ حدود الاضطراب الشديد، وكيف ندرك وجوده؟ يقول جاسترو Jastro في حديثه عن الشاذ والسوي يكمن الشذوذ في تلك الحالة المختلفة عن غيرها والتي يقودنا تحليلنا لها إلى معرفة حول طبيعة تكشف لنا هي نفسها عن المعنى الحقيقي عن الشذوذ.

كما أن كل حالة نفسية عبارة عن عملية دينامية تؤدي وظيفة وتظهر في عدد من المظاهر يمكن للملاحظ أن يحيط بها، فلا يكفي في هذه المظاهر أن تكون نادرة الوقوع نسميها شذوذا. ولا يكفي فيها لتكون مختلفة عن المألوف نسميها شذوذا.

بل تسمى بالشدوذ حين يقودنا التحليل العلمي لها إلى التأكد من وجود الاضطراب الوظيفي الشديد منها وهذا هو الأساس في الشدوذ.

ولكن السؤال الذي طرحناه سابقا هو أين تبدأ حدود الاضطراب الشديد؟ وكيف ندرك وجوده؟ يبقى من غير جواب، والواقع أن تحليل الحالة النفسية أمر ممكن بحيث نستطيع تحليلها في مظاهرها، ووظيفتها وديناميتها. وقد تعتمد في ذلك على دراستنا المباشرة لهذه المظاهر وقد نضمها إلى ملاحظات الآخرين وقد نعتمد الاستجواب طريقة، وقد نعتمد على المقاييس المختلفة، وقد نجمع بين أكثر من طريقة واحدة، وبذلك كله نستطيع إدراك وجود الاضطراب. أما التأكيد على حدود الاضطراب الشديد فنقف فيه عند الوظيفة ومقدار الأثر الذي تتركه حالة الاضطراب في سير العمليات النفسية الأخرى، إن عددا غير قليل من الناس يمرون في فترات تتناوب فيها الهواجس والوساوس. ولكن هذه الحالة من الاضطراب تمر دون أن تخلف أثرا يذكر في سير الحياة النفسية لأصحابها حتى حين تمس المناسبة موضوع الوسواس، أما حين يتسلط الوسواس، ويوجه الفعالية النفسية، ويعطلها بذلك عن مجراها الأصلي بالنسبة لوظائفها من حيث هي عمليات داخلية أو من حيث الوسائل التي تستعملها، فإن الاضطراب يعتبر عندئذ شديدا وحالة الشدوذ واقعة.

## 8- الشروط الأساسية للسلوك الشاذ:

8. 1- الألم: هو الإحساس بألم نفسي كالكتابة أو القلق مثلا حالات العصابات خاصة في حالات الاكتئاب.
8. 2- صعوبة التكيف: هو تكيف الفرد في المجتمع أو ممارسة الحياة الاجتماعية بالحالات العادية. لكن قد نجد أشخاص مضطربين لا يمكنهم التفاعل قاصرين في أداء نشاطات أو ممارسة الحياة الجماعية، عدم الاتصال فيخاف الكلام أو الاتصال بالجماعة أو العمل كحالات السيكيوباتي.
8. 3- اللاعقلانية واللامفهومية: يجب أن تكون سلوكياتنا التي نقوم بها لها هدف ذو معنى، فالشخص الذي يتصف باللاعقلانية (عدم القدرة على التعبير على أفكاره وكلامه غير مفهوم) واللامفهومية مثل هذا النوع هو الفصامي، (إدراك أشياء لا وجود لها كرؤية أشخاص أو سماع الأصوات، الهلاوس السمعية البصرية). ولكن اللامفهومية واللاعقلانية قد نجدها عند الإنسان السوي لكن بدرجة ضعيفة وتكون عابرة.
8. 4- اللاواقعية وفقدان التحكم: تتمثل في عدم السيطرة أو القدرة في التحكم بسلوكات الفرد وأفكاره حيث يعيش الفرد في تفكك دائم وعالم توقعي.
8. 5- البروز وعدم احترام القواعد: البروز نلاحظه عندما يكون سلوك الفرد وتفكيره نادرا وبارزا، كما أنه لا يمكن اعتبار هذا الشرط ضروري أو كاف لأن الاكتئاب يعتبر شاذ لكنه غير نادر.

8. 6 - عدم الارتياح عند المشاهد: هناك قواعد نتعلمها في الحياة الاجتماعية وإذا لم نحترمها تثير في نفسيات الآخرين عدم الارتياح كالأشخاص الاتكاليين الذي يخلقون في نفسية الذين يتكلمون عليهم عدم الارتياح وقد تجدهم يتبعونهم في كل مكان.

8. 7 - خرق المعايير الأخلاقية والمثالية: يمكن الحكم على السلوك الشاذ من الناحية الأخلاقية حيث ننظر إلى طريقة كلام الشخص، لباسه متعامله مع الأفراد اللذين يتفاعل معهم يومياً، والأخلاق تبنى على القيم، الأخلاق كالأمانة الإخلاص، الصدق فالإنسان الشاذ لا يولي أهميته لهذه المعايير الأخلاقية والمثالية لأنه يصبح لا يدرك أهميته بالنسبة له وبالنسبة للآخرين بسبب انفصاله عن الواقع كما هو الحال عند الإنسان الذهاني الذي يمكن أن لا يستر عورته أمام الآخرين.

### الإنسان السوي نفسياً:

\*من الناحية العاطفية: عنده أقل ما يمكن من الصراعات وله القابلية والرغبة في العمل وفي مقدوره أن يحب أحداً غير نفسه.

### من الناحية السلوكية:

- 1- له المقدرة على البث بالأمر بدون عناء كبير أو تأخر زائد.
- 2- يحب عمله ولا يشعر بالتعب إلا بما يتناسب مع الجهد.
- 3- لا يرغب في تغيير مستمر في نوعية عمله.
- 4- يجد ارتياحاً في العلاقات الاجتماعية وفي الحياة الزوجية والعائلية.
- 5- يتفهم الحاجات العاطفية ووجهة نظر الآخرين ويتجاوب معها.

\*من الناحية الجسمية: خلوه من الشكوى من الأمراض الجسمية والنفسية التي لا ترد لأسباب عضوية المنشأ.

### الإنسان المريض نفسياً: يمكن أن نحكم على الفرد بأنه مريض نفسياً من خلال الخصائص التالية:

- 1- سلوك الفرد وما يقوم به من أفعال.
- 2- مدى تحسس المريض (شكوى المريض).
- 3- الأعراض التي تكشف على وجود الاضطراب النفسي.

### 9- تشخيص الشذوذ:

يتم تشخيص الشذوذ عن طريق الفحص العيادي بحيث يساعد على عملية التصنيف للأشخاص عن أساس التشابه والسمات التي يشتركون فيها، ويتم الفحص عن طريق 03 طرق رئيسية: المقابلة العيادية والاختبارات النفسية واستبيانات الشخصية.

والتشخيص يفيدنا في تقرير بشكل كتابي دقيق Le contre rendu وأول ميزة يقدمها الفاحص يظهر لنا الأسباب، اتولوجية الاضطرابات التي توحى للفاحص بإمكانيات العلاج. ونجد أبرز التصنيفات والتشخيصات القائمة على التحليل النفسي ويقسم الاضطرابات إلى ذهانات مثال (الهستيرى الكثير الحركة، كثير الكلام...)، (الفوبي الأنا الأعلى هو المسيطر...)، (المضطهد القهري غسل اليدين، كثرة الاستحمام، هز الأكتاف، تحريك الرأس...)

والتصنيف الثاني هو القائم على التصنيف الإحصائي Manuel base de statistique عام 1952 يضم 05 محاور رئيسية DSM1, DSM2, DSM3, DSM4, DSM5 فمثلا:

- التناذرات العيادية (Syndrome clinique) نجد اضطرابات الفصام، البرانويا.
  - اضطرابات الشخصية واضطرابات النمو (اضطرابات النطق، الاتكالية، النرجسية...)
  - اضطرابات عضوية (Les troubles organiques)
  - الضغوط الاجتماعية (Dépressions sociales) مثال المشكلات الناجمة عن التقاعد أثرها على الصحة النفسية
- والآخر التصنيف السيكوسوماتي يوجد بمجلة علم النفس لعام 1994 في الصفحة 256 و290 حيث نتحدث عن التركيبات الأساسية Les structures fondamentale والعصاب والذهان.

ونتيجة للجهد الدؤوب الذي بذله الإكلينيكيون والمختصون في الصحة النفسية، فقد توصلت نتائج جهودهم العلمية والتطبيقية سواء على صعيد البحوث في المؤتمرات وحلقات البحث العلمي، أو تقديم التقارير النفسية، وعملهم في العيادات النفسية بأن مصطلح العصاب النفسي Psycho Neurosis هو أكثر دلالة على المرض طالما أن منشأه ليس عضويا، وتدرج أعراضه ضمن مجموعة من الأمراض.

وقدمت منظمة الصحة العالمية عام 1992 تصنيفا تفصيليا للاضطرابات النفسية والعقلية، وهو (التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية)، ويتضمن قائمة بالفئات ثلاثية الصفحة ف... ف. 89، وهي كالآتي:

\*التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية:

- ف0 الاضطرابات العقلية العضوية، بما فيها الاضطرابات الإعراضية (ذات العلاقة بأعراض).

FO organic including symptomatic Mental Disorders.

ف0 الخرف من مرض الزهايمر:

FOO Dementia in Alzheimer Disorders

ف0 ر00 الخرف المبكر من مرض الزهايمر (النوع 2):

FOO.O Dementia in Alzheimer Disorders with Early onset

ف1 ر00 الخرف المتأخر من مرض الزهايمر (النوع 1).

FOO.1 Dementia in Alzheimer Disorders with late onset

ف2 ر00 الخرف في مرض الزهايمر، النوع اللانمطي أو المختلط.

FOO.2 Dementia in Alzheimer Disorders atypical or Mixed type

ف9 ر00 غير محدد.

FOO.9 Unspecified.

ف10 الخرف الوعائي.

F01 Vascular Dementia.

ف0 ر10 الخرف ذو البداية الحادة

F01.0 Vascular Dementia of acute onset.

ف1 ر10 الخرف الوعائي متعدد الاحتشاءات (القشري غالباً).

F01.1 Multi-infact (Predominantly cortical) Dementia.

ف2 ر10 الخرف الوعائي تحت القشري.

F01.2 Subcortical vascular Dementia

ف3 ر1 الخرف الوعائي القشري وتحت القشري المختلط

F01.3 Mixed cortical and subcortical vascular Dementia

ف8 ر1 أخرى.

F01.8 Pther

ف9 ر1 غير محددة.

F01.9 Unspecified

ف2 ر0 الخرف في أمراض مصنفة في مكان آخر.

F02 Dementia in Diseases classifies Elsewhere.

ف0 ر2 الخرف في مرض "بك".

F02.0 Dementia in Piks diseases.

ف1 ر2 الخرف في مرض "جاكوب - كرتشفيلد"

F02.1 Dementia in Creutzfeldt Disease

ف1 ر2 الخرف في مرض "هنتجتون"

F02.2 Dementia in Huntington disease

ف3 ر2 الخرف في مرض باركنسون (الشلل الرعاش)

F02.3 Dementia in Parkinson disease

ف4 ر2 الخرف في مرض خمج فيروس نقص المناعة

F02.4 Dementia in HIV Disease

ف8 ر02 الخرف في أمراض مصنفة في مكان آخر

F0.28 Dementia in other Diseases classified Elsewhere

ف03 الخرف غير المحدد

F03 Unspecified Dementia.

• الصفة الخامسة التي تحدد الخرف ف.. – ف03 المصاحب بأعراض إضافية.

5Th character specifying Dementia in F00 – F03 with additional symptoms.

ر0 بدون أعراض إضافية.

\*0 without Additional symptoms.

\*1 ر0 أعراض أخرى أساسا ضلالية.

\*1 other symptoms, predominantly Delusional.

\*2 ر0 أعراض أخرى أساسا هلوسية.

\*2 other symptoms, predominantly Hallucinatory.

\*3 ر0 أعراض أخرى أساسا اكتئابية.

\*3 other symptoms, predominantly Depressive.

\*4 ر0 أعراض مختلفة أخرى.

\*4 other Mixed symptoms.

ف04 زملة النساوة العضوية (الزملة العضوية لفقد الذاكرة) بخلاف المحدثه بالكحول والعقاقير

F04 organic Amnesic syndrome-other than induced by alcohol and drugs.

ف05 الهذيان (البطاح) بخلاف المحدث بالكحول أو العقاقير.

F05 Delirium other than induced by alcohol and drugs.

ف0 ر5 هذيان غير مضاف إلى خرف.

F05.0 Delirium not superimposed on Dementia.

ف1 ر05 الهذيان مضافا إلى خرف.

F05.1 Delirium superimposed on Dementia.

ف8 ر05 أخرى.

F05.8 Other.

ف9 ر05 غير محددة.

F05.9 Unspecified.

ف06 الاضطرابات الأخرى الناجمة عن أعراض أو اختلالات مخية أو أمراض بدنية.

F05 other mental Disorders due to brain disease and dysfunction and to physical Disease.

ف0 ر06 الخيلولة العضوية (الهلوسة العضوية).

F06.0 organic Hallucinosi.

ف1 ر06 اضطراب الجامود العضوي.

F01. organic catatonic disorder.

ف2 ر06 اضطراب الضلالة العضوي أو الاضطرابات شبه الفصامية العضوية.

F06.2 organic Delusional (schizophrenia-like) Disorder.

ف3 ر06 الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية.

F06.3 organic mood (Affective) Disorder.

ف03 اضطراب هوس عضوي.

F06.30 organic Manic Disorder.

ف13 اضطراب ثنائي القطب عضوي.

F06.31 organic Bipolar Disorder.

ف23 اضطراب اكتئابي عضوي.

F06.32 organic Depressive Disorder.

ف33 اضطراب وجداني مختلط عضوي.

F06.33 organic Mixed Affective Disorder.

ف4 ر06 اضطراب القلق عضوي.

F06.4 organic Anxiety Disorder

ف5 ر06 اضطراب انشقاقي عضوي

F06.5 organic Dissociative Disorder

ف6 ر06 اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغير) أو (اضطراب الوهن العضوي)

F06.6 organic Emotionally labile (Asthenic) Disorder

ف7 ر06 اضطراب معرفي خفيف الشدة.

F06.7 mild cognitive disorder.

ف06 8 أخرى.

F06.8 other.

ف06 9 غير محددة.

F06.9 Unspecified.

ف07 اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي بالمخ.

F07 Personality And Behavioral Disorders Due to Brain Disease, Damage And Dysfunction.

ف07 0 اضطراب الشخصية العضوي.

F07.0 organic personality Disorder.

ف07 1 زملة ما بعد الالتهاب الدماغى.

F07.1 Postencephalitic syndrome.

ف07 2 زملة ما بعد ارتجاج المخ (زملة ما بعد الإصابة المخية العضوية).

F07.2 Postencephalitic syndrome (post traumatic organic Brain syndrome).

ف07 8 أخرى.

F07.8 other.

ف07 9 غير محددة.

F07.9 Unspecified.

ف09 اضطرابات عقلية عضوية أو أعراضية غير محددة.

F09 Unspecified organic or syndrome Mental Disorders.

ف1 اضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية الفاعلية.

F1 Mental And Behavioural Disorders Due to psychoactive substance use.

ف10 الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول.

F10 Disorders Resulting from use of Alcohol.

ف11 الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون.

F11 disorders resulting from use of opioids.

ف12 الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش.

F12 disorders resulting from use of cannabinoids.

ف13 الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات.

F13 disorders resulting from use of sedatives or hypnotics.

ف14 الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين.

F14 Disorders Resulting from use of Cocaine.

ف15 الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها مادة الكافيين).

F15 Disorders Resulting from use of other stimulants (INC. Caffeine).

ف16 الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير (المهلوسات).

F16 Disorders Resulting from use of Hallucinogens.

ف17 الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين.

F17 Disorders Resulting from use of Tobacco.

ف18 الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبيات المتبخرة.

F18 Disorders Resulting from use of volatile solvents.

ف19 الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة واستخدام مواد أخرى نفسانية الفاعلية.

F19 Disorders Resulting from Multiple use And use of other psychoactive substances.

الشفرة الخاصة بالصفة الرابعة والخامسة لتحديد الحالة الإكلينيكية.

4Th and 5Th characters codes for specifying the clinical conditions.

0 ر التسمم الحاد.

F1.0 acute Intoxication.

ر بدون مضاعفات.

00 Uncomplicated.

01 ر المصحوب بإصابة أو أي جروح جسمية أخرى.

01 with trauma or other Bodily injury.

02 ر المصحوب بمضاعفات طبية أخرى.

02 with other Medical complications.

03 ر المصحوب بهذيان.

03 with Delirium.

04 ر المصحوب بتشوهات إدراكية.

04 with perceptual Distortions.

05 ر المصحوب بغيوبة.

05 with coma.

06 with convulsions.	06 ر المصحوب بتشنجات.
07 Pathological intoxication.	07 ر التسمم المرضي.
F1*.1 Harmful use .	1 ر استخدام مؤذ (التعاطي).
F1*.2 Dependence syndrome.	2 ر زملة الاعتماد.
Currently Abstinent ,20	20 ر حاليا ممتنع.
Currently Abstinent But in a protected Environment,21.	21 ر حاليا ممتنع، ولكن في بيئة آمنة.
Currently on A clinically supervised Regime,22.	22 ر حاليا على نظام ثابت مراقب إكلينيكيًا.
Currently Abstinent But under treatment on Aversive or Blocking Drugs,23.	23 ر حاليا ممتنع، ولكن يعالج بعقاقير منفردة أو (عائقة).
Currently using substance,24.	24 ر حاليا يستخدم العقار.
Continous use,25.	25 ر استخدام مستمر.
Episodic use,26.	26 ر استخدام نوابي.
F1*.3 Withdrawal state.	3 ر حالة انسحاب.
Uncomplicated,30.	30 ر بدون مضاعفات.
with convulsions,31	31 ر مع تشنجات.
F1*.4 Withdrawal state with delirium.	4 ر حالة انسحاب مع هذيان.
	40 ر بدون تشنجات.

with convulsions,40.	5 ر اضطراب ذهاني.
F1*.5 psychotic Disorder	51 ر ضلالي أساسا.
predominantly delusional,51.	52 ر هلوسي أساسا.
Predominantly Hallucinatory,52.	53 ر متعدد الشكل أساسا.
Perdominantly polymorphic,53.	54 ر أعراض اكتئابية أساسا.
Predominantly depressive symptoms,54.	55 ر أعراض هوس أساسا.
Predominantly manic symptoms ,55.	56 ر مختلط.
Mixed,56	6 ر زملة النساوة (فقد الذاكرة) المترتبة على كحول أو عقار.
F1*.6 Alcohol and Drug induced Amnesic symptoms	7 ر الاضطراب المتبقي والذهاني متأخر البداية المترتب على كحول أو عقار.
F1*.7 Alcohol And Drug induced residual and late onset psychotic Disorder.	70 ر الارتجاجات الزمنية.
Flashbacks,70.	72 ر اضطراب الشخصية أو السلوك.
72 Residual affective disorder,72.	73 ر اضطراب مترتب على كحول أو عقار
Alcohol and drug induced dementia,73.	74 ر أنواع أخرى من الخلل المعرفي المستمر.
otherpersisting cognitive impairment,74.	75 ر اضطراب ذهاني متأخر البداية
late onset psychotic Disorder,75.	8 ر اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة على كحول أو عقاقير
F1*.8 Other mental and Behavioural Disorders induced by Alcohol And Drugs	

9 ر اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة على كحول أو عقاقير

F1\*.9 Unspecified Mental And Behavioural Disorders induced by Alcohol and Drugs.

ف 3 الفصام، والحالات فصامية الطابع واضطرابات الضلالة (الاستضلال).

Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, F3.

ف20\* الفصام.

F20 Schizophrenia\*.

ف 20 الفصام البارنوي (الزوراني) (الضلالي).

Paranoid schizophrenia, 0.

ف 21 فصام البلوغ (المراهقة) الفصان الهيفريني.

Hebephrenic schizophrenia, 1.

ف22 فصام الكتاتوني (التصليبي أو التشخيبي أو الجامودي).

Catatonic schizophrenia, 2.

ف23 الفصام غير المميز.

Undifferentiated schizophrenia, 3.

ف 24 اكتئاب ما بعد الفصام.

Post schizophrenia Depression, 4.

ف 25 الفصام المتبقي.

Residual schizophrenia, 5.

ف 26 الفصام المبسط.

Simple schizophrenia, 06.

ف 28 أخرى.

Other, 8.

ف 29 الفصام غير المحدد.

Unspecified, 9.

نمط المسار.

Pattern of course\*.

ف 0 ر 20 متصل.

F20.\*0 Continuous.

ف 1 ر 20 نوابي مع تدهور متزايد.

F20.\*1 Episodic with progressive Deficit.

- ف 2 ر 20 نوابي مع تدهور ثابت.
- F20.\*2 Episodic with stable Deficit.
- ف 3 ر 20 نوابي متحسن.
- F20.\*3 Episodic Remittent.
- ف 4 ر تحسن غير كامل.
- F20.\*4 Incomplete Remittent.
- ف 5 ر 20 تحسن كامل.
- F20.\*5 Complete remittent.
- ف 8 ر 20 أخرى.
- F20.\*8 Other.
- ف 9 ر 20 فترة الملاحظة أقل من سنة واحدة.
- F20.\*9 Period of observation less than one year.
- 31 اضطرابات فصامي الطابع.
- F21 Schzotypal Disorders.
- ف 22 اضطرابات الضلالة المستمرة.
- F22.0 Delusionnal Disorders.
- ف 8 ر 22 اضطرابات ضلالة مستمرة أخرى.
- F22.8 Other.
- ف 9 ر 22 غير محددة.
- F22.9 Unspecified.
- ف 22 اضطرابات ذهانية حادة وعابرة.
- F23 Acute And transeisent psychotic Disorders.
- ف 23 ر اضطراب ذهاني حاد (بدون أعراض فصام).
- F23.0 Acute psychotic Disorder without symptoms of schizophrenia
- ف 00 ر 23 غير مصاحب بكارب حاد.
- with associated acute stress,01.
- ف 1 ر 23 اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أعراض فصام).
- F23.1 Acute polymorphic psychotic Disorder with symptoms of schizophrenia.
- ف 10 ر 23 غير مصاحب بكارب حاد.
- without associated acute stress,10.
- ف 11 ر 23 مصاحب بكارب حاد.

with associated acute stress,01.	*ف2 ر23 اضطراب ذهاني حاد شبه فصام.
F23.2 acute schizophrenia like polymorphic psychotic,F23.2.	
without associated acute stress,20.	ف20 ر23 غير مصاحب بـكرب حاد.
with associated acute stress,21.	ف21 ر23 مصاحب بـكرب حاد.
F23.3 other acute predominantly Delusional psychotic.	ف3 ر23 اضطراب ذهاني حاد آخر غالبا ضلالي.
without associated stress,30.	ف3 ر23 غير مصاحب بـكرب.
with associated stress,31.	ف31 ر23 مصاحب بـكرب.
F23.8 other.	ف8 ر23 أخرى.
F23.9 unspecified.	ف9 ر23 غير محددة.
F24 induced delusional Disorder.	ف24 اضطراب ضلالي محدد (الجنون المشاطر).
F25 schizoaffective Disorders.	ف25 اضطرابات الفصام الوجداني.
F25.0 schizoaffective Disorder, manic type.	ف0 ر25 اضطراب الفصام الوجداني، نوع الهوس.
F25.1 schizoaffective Disorder, depressive type.	ف1 ر25 اضطراب الفصام الوجداني، نوع الاكتئاب.
F25.2 schizoaffective Disorder, mixed type.	ف2 ر25 اضطراب الفصام الوجداني، نوع مختلط.
F25.8 other.	ف8 ر25 أخرى.
F25.9 Unspecified.	ف9 ر25 غير محددة.

ف28 اضطرابات ذهانية غير عضوية أخرى.

F28 other Nonorganic psychotic Disorders.

ف29 ذهان غير عضوي غير محدد.

F29 Unspecified Nonorganic psychosis.

ف3 اضطرابات المزاج (الوجدان).

F3 Mood (affective) Disorders.

ف30 نوبة هوس.

F30 manic episode.

ف0 ر30 هوس خفيف الشدة.

Hypomania,5.

ف1 ر30 هوس بدون أعراض ذهانية.

Manic without psychotic Disorders,1.

ف2 ر30 هوس مع أعراض ذهانية.

Manic with psychotic Disorders,2.

ف8 ر30 أخرى.

Other,8.

ف9 ر30 غير محددة.

Unspecified,9.

ف21 اضطراب وجداني ثنائي القطب.

F31 Bipolar affective Disorder.

ف0 ر31 النوبة الحالية هوس خفيف الشدة.

Current episode manic hypomanic,5.

ف1 ر31 النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية.

Current episode Manic without hypomanic symptoms,1.

ف2 ر31 النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية.

Current episode Manic with psychotic symptoms,2.

ف3 ر31 النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة.

Current episode mild moderate depression,3.

ف30 ر31 اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة بدون أعراض بدنية.

without somatic symptoms,30.

ف31 ر31 اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية.

with somatic symptoms,31.

ف4 ر31 النوبة الحالية اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية.

Current Episode severe Depression without psychotic symptoms,4.

ف5 ر31 النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية.

Current Episode severe Depression with psychotic symptoms,5.

ف6 ر31 النوبة الحالية مختلطة.

Current Episode Mixed,6.

ف7 ر31 حاليا في تحسن.

Current in Remission,7.

ف8 ر31 أخرى.

Other, 8.

ف9 ر31 غير محددة.

Unspecified,9.

ف32 نوبة اكتئابية.

F32 Depressive Episode.

ف0 ر32 خفيفة الشدة.

Mild severity,5.

ف00 ر32 بدون أعراض بدنية.

without somatic symptoms,00.

ف01 ر32 مع أعراض بدنية.

with somatic symptoms,01.

ف1 ر32 متوسطة الشدة.

Moderate severity,1.

ف10 ر32 بدون أعراض بدنية.

without somatic symptoms,10.

ف11 ر32 مع أعراض بدنية .

with somatic symptoms,11.

ف2 ر32 نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية.

Severe depression episode without psychotic symptoms,2.

ف3 ر32 نوبة اكتئابية مع أعراض ذهانية.

Severe depression episode with psychotic symptoms,3.

ف8 ر32 أخرى.

Other ,8.

ف9 ر32 غير محددة.

Unspecified,9.

ف38 اضطراب اكتئابي متكرر.

F33 Recurrebt Depressive Disorder.

ف0 ر32 النوبة الحالية خفيفة الشدة.

F0 Current Episode Mixed Mild severity.

ف00 ر32 بدون أعراض بدنية.

without somatic symptoms,00.

ف01 ر32 مع أعراض بدنية.

with somatic symptoms,01.

ف10 ر32 بدون أعراض بدنية.

Current episode moderate severity,1.

ف1 ر32 النوبة الحالية متوسطة الشدة.

without somatic symptoms,10.

ف11 ر32 مع أعراض بدنية.

with somatic symptoms,11.

ف2 ر33 النوبة الحالية شديدة بدون أعراض ذهانية.

F2 Current episode severe without psychotic symptoms,2.

ف3 ر33 النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية.

Current Episode severe with psychotic symptoms,2.

ف3 ر33 حاليا في تحسن.

Currently in Remission,4.

ف8 ر33 أخرى.

other,8.

ف9 ر33 غير محددة.

Unspecified,9.

ف34 اضطرابات وجدانية مستمرة.

F34 Persistent Mood (Affective) Disorders.

ف0 ر34 المزاج النوابي.

Cyclothymia,0.

ف 1 ر 34 عسر المزاج.

Dysthymia,1.

ف 8 ر 34 أخرى.

Other,8.

ف 9 ر 34 غير محددة.

Unspecified,9.

ف 38 اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى.

F38 other Mood (Affective) Disorders.  
other single mood disorders,0.

ف 00 نوبة وجدانية مختلطة.

Mixed Affective Episode,00.

ف 1 ر 38 اضطرابات دائمة متكررة أخرى.

Other current Recurrent Mood Disorder.

ف 10 اضطرابات اكتئابي متكرر قصير الأمد.

Recurrent brief depressive disorder,10.

ف 80 ر 38 أخرى محددة.

other pecified,80.

ف 39 اضطراب وجداني غير محدد.

F39 Unpecified Mood (Affective) Disorders.

ف 4 الاضطرابات العصبية والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل.

F4 Neutrotic stress Related And somatoform Disorders.

ف 40 اضطراب القلق الرهابي.

F40 Phobic anxiety disorders.

	ف0 ر40 رهاب الساحة (الخلاء).
Agoraphobis,5.	
	ف00 ر بدون اضطراب الهلع.
without panic disorders,00.	
	ف10 ر مع اضطراب الهلع.
with panic disorders,01.	
	ف1 ر40 رهاب الاجتماعي.
social phobis,1.	
	ف2 ر40 رهاب المحدد (المنفرد).
specific (isolated) phobis,2.	
	ف8 ر40 أخرى.
Other,8.	
	ف9 ر40 غير محددة.
Unspecified,9.	
	ف0 ر41 اضطراب الهلع (القلق النوبى الدورى).
Panic disorders,0.	
	ف1 ر41 اضطراب القلق العام.
Generalized anxiety disorders,1.	
	ف2 ر41 اضطراب القلق والاكتئاب المختلط.
Mixed Anxiety & Depressive Disorders.	
	ف3 ر41 اضطراب المختلط أخرى.
other mixed anxiety,3.	
	ف8 ر41 أخرى.
Other,8.	
	ف9 ر41 غير محددة.
Unspecified,9.	
	<b>ف42 اضطراب الوسواس القهري</b>
F42 obsessive compulsive Disorders.	
	ف0 ر42 أساسا أفكار أو اجترارات وسواسية.
F Predominantly obsessional thoughts or Ruminatons	

ف ر 42 أساسا أفعال قهرية (طقوس حركية)

F1 Predominantly compulsive Acts (obsessional Rituals),1.

ف ر 42,2 أفكار وأفعال وسواسية مختلطة.

mixed obsessional thoughts and acts,2.

ف ر 42 أخرى.

Other,8.

ف ر 42 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف ر 43 استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق.**

F43 Reaction to severe stress And djustment Disorders

ف ر 43 استجابة الكرب الحادة.

Acute stress reaction,0.

ف ر 43 اضطراب كرب ما بعد حادث.

Post traumatic stress Disorder,1.

ف ر 43 اضطراب التوافق.

Adjustment Disorder,2.

ف ر 2 استجابة اكتئابية قصيرة.

Brief derressive reaction ,20.

ف ر 21 استجابة اكتئابية طويلة.

Prolonged derressive reaction,21.

ف ر 22 استجابة قلق واكتئاب مختلط.

Mixed Anxiety and Depressive Reaction,21.

ف ر 23 مع خلل أساسي في مشاعر أخرى.

F23 with predominant Disturbance of other Emotions.

ف ر 24 مع خلل أساسي في المسلك (الجناح).

with predominant disturbance of conduct,24.

ف ر 28 أخرى محددة.

other specified,28.

ف ر 43 أخرى.

Other,8.

ف ر 43 غير محددة.

Unspecified,9.

ف 44 اضطرابات انشقاقية (تحويلية).

F44 Dissociative (conversion) disorders.

ف 0 ر 44 فقدان الذاكرة الانشقاقي (أو النساوة الانشقاقية).

Dissociative amnesia,0

ف 1 ر 44 الشذوذ الانشقاقي.

Dissociative fugue,1.

ف 2 ر 44 الخدر (السبات) الانشقاقي.

Dissociative stupor,2.

ف 3 ر 43 اضطرابات الغشية والتلبس (الاستحواذ - المس).

Trance and possession disorder,3.

ف 4 ر 43 اضطرابات الحركة الانشقاقية.

Dissociative motor disorders,4.

ف 5 ر 44 التشجنات الانشقاقية.

Dissociative convulsions,5.

ف 6 ر 44 الخدار وفقدان الإحساس الانشقاقي.

Dissociative anaesthesia and sensory loss,6.

ف 7 ر 43 اضطرابات انشقاقية وتحويلية مختلطة.

Mixed Dissociative (conversion) Disorders,7.

ف 8 ر 44 أخرى.

Other,8.

80 ر زملة جانسر.

Ganser syndrome,80.

81 ر تعدد الشخصية.

Multiple personality Disorders,81.

82 ر اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة والمراهقة.

Transient Dissociative (conversion) Disorders occurring in childhood adolescence,7.

88 ر أخرى محددة.

Other specified,88.

ف 9 ر 44 غير محددة.

Unspecified,9.

## ف54 اضطرابات جسدية الشكل.

F54 somatoform Disorders

ف0 ر45 اضطرابات الجسدنة.

somatoform Disorders,0.

ف1 ر45 اضطرابات جسدية الشكل غير مميز.

Undifferentiated somato-form disorders,1.

ف2 ر45 اضطراب التوهم المرضي.

F2 Hypochondriacal Disorder.

ف3 ر45 اضطراب وظيفي جسدي الشكل في الجهاز اللارادي.

Somato autonomic Dysfunction,2.

30 القلب والجهاز القلبي الوعائي.

The heart and cardiovascular system,30.

30 ر الجهاز المعدي المعوي الأعلى.

The upper gastrintestinal tract,31.

32 ر الجهاز المعدي المعوي الأسفل.

F32 The lower gastrintestinal tract,32.

33 ر الجهاز التنفسي.

F33 The respiratory,33.

34 ر الجهاز البولي والتناسلي.

The urogenital system,34

ف4 ر45 اضطراب الألم الجسدي الشكل المستمر.

Persistent somatoform pain disorder,4.

ف8 ر45 أخرى.

Other,8.

ف9 ر45 غير محددة.

Unspecified,9.

## ف48 اضطراب عصائية أخرى.

F48 Other neurotic disorder.

ف0 ر48 الوهن العصبي (زملة التعب).

Neurotic (fatigue syndrome),0.

ف1 ر48 زملة اختلال الآنية والعالم الخارجي (تبدد الشخصية والواقعية).

F1 Depersonalization derealization syndrome (Disorder),1.

ف8 ر48 أخرى محددة.

other specified,8.

ف9 ر48 غير محددة.

F9 Unspecified,9.

**ف50 الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي (فسيولوجي) وعوامل بدنية.**

F50 Behavioural syndromes Associated with physiological Disorder And physical factors

ف50 اضطراب الأكل.

F50 Eating disorder.

ف0 ر50 فقدان الشهية العصبي (القمة العصابي).

Anorexia nervosa,0.

ف1 ر50 فقدان الشهية العصبي غير النمطي.

Atypical Anorexia Nervosa,1.

ف2 ر50 الضور (الشوه) العصبي.

Bulimia Nervosa,2.

ف3 ر50 الضور العصبي غير النمطي.

Atypical bulimia nervosa,3.

ف4 ر50 فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى.

Overeating associated with other psychological disturbance,4.

ف5 ر50 القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخرى.

F5 Vomiting associated with other psychological disturbance,5.

ف8 ر50 أخرى.

Other,8.

ف9 ر50 غير محددة.

F9 Unspecified

**ف51 اضطراب النوم غير العضوية.**

**F51 NonOrganic sleep Disorder**

ف0 ر51 الأرق غير العضوي.

Nonorganic insomina,0.

ف1 ر51 فرط النوم غير العضوي.

Nonorganic hypersomnia,1.

ف2 ر51 اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوي.

Nonorganic Disorder of the sleep wake schedule.

ف3 ر51 السير أثناء النوم (الجوال الليلي).

Sleep walking,3.

ف4 ر51 فزع النوم.

Sleep terrors,4.

ف0 ر51 كوابيس (قلق الحلم).

Nightmares (Dream Anxiety),5.

ف8 ر51 أخرى.

Other,8.

ف9 ر51 غير محددة.

Unspecified,9.

ف52 العسر الوظيفي الجنسي فير المسبب بمرض أو اضطراب العضوي.

**F52 Sewual Dysfunction Not caused by organic Disorder**

ف0 ر52 افتقار أو فقدان الرغبة الجنسية.

Lack or loss sexual desire,0.

ف1 ر52 كراهية الجنس أو عدم الاستمتاع الجنسي.

Sexual aversion and lack of sexual enjoyment,1.

ف10 ر كراهية الجنس.

Sexual aversion,10.

ف11 ر عدم الاستمتاع الجنسي.

Lack of sexual Enjoyment,11.

ف2 ر52 فشل الاستجابة الجنسية.

Failure of Genital Response,2.

ف3 ر52 عسر الذروة الجنسية الوظيفي.

Orgasmic dysfunction,3.

ف4 ر52 القذف المبكر.

Premature ejaculation.,4.

ف5 ر52 التقلص المهبلي غير العضوي.

Nonorganic vaginismus,5.

ف6 ر52 عسر الجماع غير العضوي.

Nonorganic dyspareunia,7.

ف7 ر52 زيادة الدافع الجنسي.

Excessive sexual drive,7.

ف8 ر52 أخرى.

Other,8.

ف9 ر52 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف53 الاضطرابات العقلية والسلوكية المصاحبة للنفاس، غير المصنفة في مكان آخر.**

**F53 Mental and Behavioural Disorder-Associated with puerperium Not classifiable Elsewhere**

ف0 ر53 اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس، غير المصنفة في مكان آخر.

Mild mental disorders associated with puerperium not classifiable elsewhere,0.

ف1 ر53 اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس، غير المصنفة في مكان آخر.

Severe Mental Disorders Associated with puerperium not classifiable Elsewhere,1.

ف8 ر53 أخرى.

Other,8.

ف9 ر53 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف54 عوامل نفسية أو السلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر.**

**F54 Psychological OR Behavioural Factors associated with Disorders or Diseases classified Elsewhere.**

ف55 سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد.

F55 Abuse of Nondependence producing substances.

ف0 ر55 مضادات الاكتئاب.

Antidepressants,0.

ف1 ر55 ملينات.

Laxatives,1.

ف2 ر55 ملينات.

Analgesics,2.

ف3 ر55 مضادات الحموضة.

Antacids,3.

ف4 ر55 فيتامينات.

Vitamins ,4.

ف5 ر55 الهرمونات والستيرويد.

Steroids or hormones,5.

ف6 ر55 أعشاب محددة أو علاجات شعبية.

Specific hebral or folk remedies,6.

ف8 ر55 أخرى.

Other,8.

ف9 ر55 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف59 زمالات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محددة.**

**F59 Unspecified Behavioural syndromes Associated with physiological Disturb-Ances And physical Factors.**

ف60 اضطرابات الشخصية والسلوك للراشدين.

F60 Disoeders of Adult Ersonality and behavior.

ف60 اضطرابات الشخصية المحددة.

F60 specidfic personality Disorders.

ف0 ر60 اضطراب الشخصية البارانويدية.

Paranodid personality Disorder,0.

ف1 ر60 اضطراب الشخصية الشبفصامية.

F1 Schizoid personality Disorder,1.

ف2 ر60 اضطراب الشخصية ذات الخلل الاجتماعي

Dissocial personality Disorder,2.

ف3 ر60 اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا.

Emotionally unstable personality Disorder,3.

30 ر النوع الاندفاعي.

Impulsive type,30.

31 ر النوع الحدي.

Borderline type,31.

ف4 ر60 اضطراب الشخصية الهستيرية.

F4 Hysterionic personality Disorder.

ف5 ر60 اضطراب الشخصية القهرية (الوسواسية القهرية).

Anankastic (obsessive compulsive) personality disorder,1.

ف6 ر60 اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية).

Anxious (avoidant) personality disorder,6.

ف7 ر60 اضطراب الشخصية الاعتمادية.

Dependent personality Disorders,7.

ف8 ر60 أخرى.

Other,8.

ف9 ر60 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف61 اضطرابات شخصية أخرى ومختلطة.**

F61 Mixed And other personality Disorders?

ف0 ر61 تغيرات مزعجة في الشخصية لا يمكن تصنيفها تحت ف60 أو ف62.

Troublesome personality changes not Assifiable IN F60 or F62,1.

**ف62 تغير دائم في الشخصية ليس مرجعه أذى جسيم أو مرض بالمخ.**

F62 Enduring personality change not Attributable to Gross Brain Damage or Disorders.

ف0 ر62 تغير دائم في الشخصية بعض تجربة فاجعة.

Enduring personality change After catastrophic Experience,0.

ف1 ر62 تغير دائم في الشخصية بعض مرض طبي نفسي.

Enduring personality change After psychiatric illness,1.

ف8 ر62 أخرى.

Other,8.

ف9 ر62 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف63 اضطرابات العادة والاندفاع.**

F63 Habit and impulsive mixed and disorders.

ف0 ر63 المقامرة المرضية.

Pathological Gambling,0.

ف1 ر63 إشعال الحرائق المرضي (هوس الحريق).

Pathological Fire setting (pyromania),1.

ف2 ر63 السرقة المرضية (هوس السرقة).

Pathological fire stealing (Kleptomania),1.

ف3 ر63 هوس نتف الشعر.

Trichotillomania,3.

ف8 ر63 أخرى.

Other,8.

ف9 ر63 غير محددة.

Unspecified,9.

## ف64 اضطرابات الهوية الجنسية

### F64 Gender identity Disorders

ف0 ر64 التحول الجنسي.

Transsexualism,0.

ف1 ر64 تحول الري ثنائي الدور.

Dual Role Transsexualism,1.

ف2 ر64 اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة.

Gender identity Disorder of childhood,2.

ف8 ر64 أخرى.

Other,8.

ف9 ر64 غير محددة.

Unspecified,9.

ف65 اضطرابات التفضيل الجنسي.

### F65 Disorder of sexual preference

ف0 ر65 الفتيشية (الدكورية أو التوثين).

Fetishism,0.

ف0,1 ر65 تحول الزي الفتيشي.

Fetishistic transvestism,1.

ف2 ر65 الاستعراض الجنسي (الاستعراض).

Exhibitionism,2.

ف3 ر65 التطلع الجنسي (لذة المشاهدة).

Voyeurism,3.

ف4 ر65 حب الأطفال الجنسي.

Paedophilia,4.

ف5 ر65 الماسوكية – السادية.

Sadomaochism,5.

ف6 ر65 اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي.

Multiple disorders sexual preference,6.

ف8 ر65 أخرى.

Other,8.

ف9 ر65 غير محددة.

Unspecified,9.

**ف66 اضطرابات نفسية، السلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسي.**

### **F66 Psychological And Behavioural Disorders Associated with sexual Development And orientauion**

ف0 ر66 اضطرابات النضوج الجنسي.

Sexual maturation disorder,0.

ف1 ر66 توجه جنس مقلقل للأنأ.

Ego Dystonic sexual orientation,1.

ف2 ر66 اضطراب العلاقة الجنسية.

Sexual Relationship Disorder,2.

ف9 ر66 غير محددة.

Unspecified ,9.

الرمز الخامس يشير إلى تصاحب الاضطراب مع.

Fifth character to indicate association with.

0 ر جنسية غيرية.

\*1 Hererosexuallity.

1 ر جنسية مثلية.

\*2 Homosexuality.

2 ر جنسية ثنائية (مزوجة).

\*3 Bisexuality.

**ف68 اضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين.**

F68 Other Disorders of Adult personality And Behavior

ف0 ر68 المبالغة في أعراض جسيمة لأسباب نفسية.

Elaboration of physical symptoms psychological Reasons,0.

ف1 ر68 الاختلاق أو التظاهر القصدي بأعراض أو عجز، إما جسمي أو نفسي (اضطراب التصنع).

Intentional production of symptoms or disabilities either physical or psychological,1.

ف8 ر68 اضطرابات أخرى معينة في شخصية وسلوك الراشدين.

Other specified,8.

ف9 ر69 اضطراب في شخصية وسلوك الراشدين، غير محدد.

F69 Unspecified disorders of adult personality and behaviour

ف7 تخلف العقلي (يجري استبدالها بلفظ العجز الدراسي).

F7 Mental Retardation.

ف70 تخلف العقلي (عجز دراسي) خفيف الشدة.

F70 Mild Mental Retardation.

ف71 تخلف العقلي (عجز دراسي) متوسط الشدة.

F71 Moderate Mental Retardation.

ف72 تخلف العقلي (عجز دراسي) شديد.

F72 severe Mental Retardation.

ف73 تخلف العقلي (عجز دراسي) جسيم.

F73 Profound mental retardation.

ف78 تخلف العقلي (عجز دراسي) آخر.

F78 Other mental retardation.

ف79 تخلف العقلي (عجز دراسي) غير محدد.

F79 Mental retardation unspecified.

الرمز الرابع يحدد الخلل السلوكي المصاحب.

Fifte character to specify the Extent of Associated Behavioural Impairment.

ف0\*7 لا يوجد خلل سلوكي ضئيل.

F7\*0 No or Minimal Behavioural Impairment.

ف1\*7 خلل سلوكي شديد يستدعي الانتباه أو العلاج.

F7\*1 Significant Behavioural Impairment Requiring Attention treatment.

ف8\*7 أخرى.

F7\*8 Other,

ف9\*7 غير محددة.

F7\*9 Unspecified

ف8 اضطرابات النماء (الارتقاء النفسي).

F8 Disorders of psychological development.

ف80 اضطرابات إنمائية معينة في الكلام واللغة.

F80 Specific developmental disorders of speech and language

ف0 ر80 اضطراب نطق الكلام المحدد.

F0\*.80 Specific speech Articulation Disorders.

ف1 ر80 اضطراب التعبير اللغوي.

F1\*.80 Expressive Language Disorders.

ف2 ر80 اضطراب الاستقبال اللغوي.

Receptive Language Disorders,2.

ف3 ر80 الحبسة المكتسبة مع الصرع.

Acquired aphasia with epilepsy (ladau kleffner syndrome),3.

ف8 ر80 أخرى.

Other,8.

ف9 ر80 غير محددة.

Unspecified,9.

ف81 اضطرابات إنمائية محددة في المهارات الدراسي.

F81 Specific developmental disorders of scholastic skills.

ف0 ر81 اضطراب قراءة محدد.

Specific reading disorders,0.

ف1 ر81 اضطراب الهجاء المحدد

F1 Specific spelling disorders

ف2 ر81 اضطراب محدد في المهارات الحسابية.

Specific disorders of arithmatical skills,1.

ف3 ر81 اضطراب مختلط في امهارات الدراسية

Mixed disorders of scholastgic skills,3.

ف8 ر81 أخرى.

Other,8.

ف9 ر81 غير محددة.

Unspecified ,9.

## ف82 اضطراب إنمائي محدد في وظيفة الحركة

**F82 Specific Developmental Disorders of Motor function.**

ف83 اضطراب إنمائي محدد مختلط.

F83 Mixed developmental disorders.

ف84 اضطرابات إنمائية منتشرة (شاملة).

F84 Pervasive Developmental Disorders

ف0 ر84 ذاتية الطفولة.

Childhood autism,0.

ف1 ر84 ذاتية لا نمطية (غير نموذجية).

Atypical,1.

ف2 ر84 زملة رت.

Rett syndrome,2.

ف3 ر84 اضطراب تحللي آخر في الطفولة.

Other childhood ditintegrative disorder,3.

ف4 ر84 اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية.

Overactive disorder associated with mental retardation and stereotypal movements,4.

ف5 ر84 زملة اسبرجر.

Asperger syndrome,5.

## الفصل السابع:

### فحص اضطرابات القلق

1- فحص قلق الانفصال والفراق لدى الطفل

2- مفهوم المرض النفسي Psycho Disease Concept

3- مفهوم العصاب Neurosis Concept

4- القلق عند الطفل والمراهق

5- الاضطرابات النفسية (العصابية)

5 - 1 - فحص اضطراب القلق Anxiety Disorder : Investigation

5 - 2 - علاج اضطراب القلق Anxiety Disorder : Treatment

## 1- القلق العصابي لدى الطفل والمراهق:

### 1.1- فحص قلق الانفصال:

يجب أن نفرق بين القلق العادي وقلق الانفصال المرضي خصوصا عند الطفل، فالقلق العادي يحدث في مختلف مراحل العمر فيندرننا بوجود خطر ما يمكن أن تكون شدة القلق غير مناسبة مع مقدار الخطر، كما قد لا يوجد سبب القلق وقد يكون هناك تكرار لسبب القلق.

• هناك قلق من نوع عصابي عند الطفل، فاستشارة الأخصائي النفسي لا تجعل هذا الأخير قادرا على إدراك المشكل الحقيقي لحالة الطفل.

• الذهاني له قلق واضح ولا تظهر سماته خاصة أن أعراض القلق عادية عند الطفل، لأنه يسعى لفهم الأشياء التي تقلقه عندما لا يجد المعلومات الكافية عن ذلك الشيء أما العصابي فقلقه لا تظهر سماته.

• يعيش المراهق كل المراحل التي مر بها في طفولته فيعيد عيش كل الصراعات النفسية الطفولية في مرحلة قصيرة، وهناك ثلاثة أنواع من الصراع: صراع إقدام إقدام، إحجام إحجام، إقدام أحجام.

• يجب أن نفرق بين ما يعود للقلق وما يعود لاضطراب الإفراط في النشاط، كما لا بد أن نفرق بين القلق كحالة وقلق سمة وقلق عصابي وقلق ذهاني.

• قد نجد القلق كخاصية بعض الاضطرابات نجدها في DSM4 تحت عنوان الاضطرابات الحصرية compulsive disorders والخصائص المصاحبة عموما نجد الطفل مثلا الخوف من الظلام، ومن أعراضه: عدم الذهاب إلى المدرسة، الخوف من أشياء تحصل للأولياء.

### 2.1 - الخصائص المصاحبة:

• المزاج الاكتئابي عندما يكون الاضطراب اكتئابي مزمن فهذه الحالة خاصة، أما عندما يكون اكتئاب حاد لا نستطيع انتظار 06 أشهر للتأكد من الاضطراب بل لا بد من التصرف معه في الحين.

• هناك نوع من الأطفال يحاولون دوما الالتزام والتقيد بكل ما يطلبه منهم الآخريين لأن لهم شعور دام بالذنب.

• قلق الفراق يظهر في المرحلة قبل دراسية قبل 18 سنة حيث يكون نادرا في سن المراهقة.

• أما بالنسبة لتطوره فنجد في الحياة النموذجية أنه يوجد فترات يرتفع فيها ويتضخم الاضطراب وفترات يزول لمدة

طويلة، فمثلا يظهر الاضطراب عند دخول الطفل المدرسة ثم يزول تماما، ثم يظهر مرة أخرى عندما نريد إرسال الطفل

لعطلة في مكان ما، ثم يختفي حتى يأتي وقت الدخول للجامعة، وإذا لاحظنا أن الاضطراب، ظهر في المراهقة يجب التأكد من أنه لم تكن له مظاهر في الطفولة.

## 2.1- الإعاقة المترتبة عن هذا الاضطراب:

إعاقة كبيرة حيث يصبح الطفل غير قادر على الذهاب للمدرسة، فلا يتكيف مع متطلبات الفراق التي تفرضها المدرسة، كما يمكن أن يصبح عاجزا عن الاستقلالية فكلما هو منطقي ليس حتما أنه صحيح.

## 1.3 - العوامل المؤهلة:

لا نجد اضطرابات خاصة بشخصية مميزة، فمثلا الأطفال الذين تعرضوا لصدمات معينة (أعمال إرهابية) لا يريدون فراق أوليائهم خوفا من حدوث شيء لهم أو لأوليائهم خوفا من شيء ما، حتى بعد أن يسود الأمن إذا لم تتكفل بهم نفسيا جيدا يشتد الاضطراب ويتطور في الرشد وعموما يتفجر هذا الاضطراب بعد وضعية ضاغطة.

الانتشار: ليس هناك من دراسات حول هذا الاضطراب، لكن يبدو أنه منتشر وقد يعود عدم وجد دراسات مثلا في حالة المراهق لا يصرح بمشكلته، ونجد التوزيع متساوي بين الجنسين.

## 1.4 - خصائص عائلته:

يبدو أن هذا الاضطراب منتشرا أكثر عند الأولياء بالدرجة الأولى إذا ما قارناه بالمجتمع العام، فالأم التي أصيبت بهذا الاضطراب تصبح تخاف كثيرا على أطفالها خاصة عند الأمهات اللواتي تعاني الخوف حيث تخاف من فراق ابنها عنها فتزرع فيه الخوف من فراقها.

## التشخيص الفارقي:

- بين قلق الفراق العادي أي الفرق في الدرجة، إذ هناك قلق عادي في الطفولة والفرق فقط في الدرجة.
- نفرق الاستجابة لفراق وهنا الفرق في الشدة والمدة.
- بي قلق الفراق والقلق المفرط الذي فيه لا يكون القلق متحور على الفراق.
- القلق الذهاني قلق مكثف Angoise Massive
- الاكتئاب العميق نرى هذا النوع من القلق ونظرا لخطورة الاضطراب، نضع تشخيص ونضيف اكتئاب يصاحبه قلق الفراق.
- في اضطراب الهلع، هذه الحالات نادرة جدا قبل 18 سنة لأن هذا الاضطراب مرتبط بالعجز أو التخوف من العجز.

## 2- الخصائص المصاحبة:

- الخوف من الليل (الظلام).
- الأطفال يتكلمون عن أمور غريبة (الغول، الأشباح) وهنا تدخل المعتقدات والأساطير في تكوين المخاوف عند الأطفال.

## 2 . 1 - قلق الفراق:

من المشاكل التي يعاني منها الأطفال والمراهقين هي التجارة بالمخدرات والتعرض لمختلف الصدمات، يجب التكفل بهم إذا أردنا أن نقطع الحلقة، ولقد بينت الدراسات حول الاعتداءات الجنسية أنهم قد تعرضوا إلى هذا الاعتداء فهنا تظهر عملية الامتثال أو تقمص شخصية المعتدي لأنه يمثل القوة فيريد أن يتهرب من وضعية (التهرب) الضعف إلى وضعية القوة والقيام بالاعتداء.

## 2 . 2 - التشخيص الفريقي:

- الخوف من التصدي لمشكلة ما في وضعية ما.
- في اضطرابات التصرف نجد أن الطفل يهرب من المدرسة ليتجول في مكان آخر، ولكن في قلق الفراق الطفل يهرب من المدرسة ليذهب إلى مكان لشخص يحميه كما لا نجد قلق الفراق في اضطراب التصرف.
- من اضطرابات القلق المخاوف من المظاهر الطبيعية عند الطفل أو المراهق وتدعم هذه الفوييا كل من التربية والمعتقدات كالخوف من الظلام، الخوف من الأشباح.

- 1-القلق العصابي لدى الطفل والمراهق
- 2-الخصائص المصاحبة.
- 3-ماهية القلق والقلق العصابي.
- 4-تعريف القلق والقلق العصابي.
- 5-أنواع القلق.
- 6-الاتجاهات النظرية ونتائج البحوث عن القلق.
- 7-القلق العصابي عند الطفل والمراهق - الأسباب والأعراض - .
  - 7 - 1 - أسباب القلق العصابي عند الطفل والمراهق.
  - 7 - 2 - أعراض القلق العصابي عند الطفل والمراهق.
  - 8-علاقة القلق العصابي بالأمراض الأخرى.
  - 9-القلق العصابي عند الطفل والمراهق - الوقاية والعلاج - .
    - 9 - 1 - الوقاية من القلق العصابي.
    - 9 - 2 - علاج القلق العصابي عند الطفل والمراهق.
  - 10- بعض حالات العصابي عند الطفل والمراهق.
  - 11- مفهوم المرض النفسي.
  - 12- العوامل المساعدة للإصابة بالأعراض العصابية.

## تمهيد:

كثيرا ما يطلق على عصرنا الحالي وصف عصر القلق، نظرا لكثرة الضغوطات النفسية والاجتماعية والمادية التي يعاني منها الأفراد والناجمة عن متطلبات الحياة في العصر الحديث، وإن كان القلق ظاهرة عامة وطبيعية في المجتمعات، إلا أنه قد يتطور ويصبح حالة مرضية تعرف بالقلق العصابي والذي يمكن أن يصاب به حتى الأطفال والمراهقين، فما هو القلق العصابي؟ وما هي تجلياته عند الطفل والمراهق؟ وفيما تكمن أسبابه؟ وكيف يمكن الوقاية منه وعلاجه؟

### 3- ماهية القلق والقلق العصابي عند الطفل والمراهق:

#### 3. 1 - تعريف القلق والقلق العصابي:

##### • تعريف القلق لغة:

إن كلمة القلق لم ترد في القرآن الكريم ولا في أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم، وذكر بدلا منها الحزن والخوف والهجم، واستخدمها الأفراد بمعاني كثيرة منها الأرق والاضطراب وعدم الاستقرار، ويقول العرب أقلق الشيء أي حركه من مكانه، إذن القلق هو الحركة والاضطراب وهو عكس الطمأنينة التي أشار إليها القرآن عن النفس المطمئنة.

##### • تعريف القلق اصطلاحا:

• يعرفه روجرز Rogers: بأنه الخبرة التي يعيشها الفرد حينما يهدد شيء ما مفهومه لذاته.

• ويعرفه ريبس Ribs: بأنه حالة عاطفية غير مريحة تتصف بتوقع الشر والتوتر (مجيد، 2008، ص:179)

ليس هناك اتفاق حول مفهوم القلق العصابي، ولعل السبب في هذا يكمن في أن القلق العصابي مرض داخلي المصدر غير مفهوم، ولا يعرف له الفرد أصلا أو سببا، ولا يستطيع أن يجد له مبررا موضوعيا أو سببا واضح وصريح، فأسبابه لا شعورية مكبوتة (عبد الله، 2000، ص:149)

إلا أنه يمكن القول بأن القلق العصابي بمثابة شعور عام مبهم وغامض غير سار بالتوقع والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية مثل الشعور بالضيق في التنفس أو الصداع وكثرة الحركة دون أن ترتبط بشكل خاص ومحدد بأي حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير بدرجة كافية.

ولقد جاء في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية 1994 DSM-IV وفي المراجعة النصية التي أجريت عليه DSM-IV 2000 يعد اضطراب القلق العصائبي، قلق مفرط أو توقع أو ترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك في عدد من الأحداث أو الأنشطة كالعامل أو الأداء المدرسي، ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو انشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة للأطفال فيكفي توفر عرض واحد فقط، وهذه الأعراض هي:

- الشعور بالتعب والاستياء والضجر، أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.
- سرعة الشعور بالتعب.
- صعوبة التركيز.
- التهيج المفرط.
- التوتر العضلي.

#### • صعوبات النوم (محمد، 2011، ص: 272 – 274)

ومن المعلوم أن مشاعر الطفل نحو الأمن دقيقة، إن الضجة المفاجئة على سبيل المثال تقلقه وفي سن الثالثة يظهر القلق على الأطفال في شكل خوف من الأذى الجسدي أو فقدان الحب الأبوي، كذلك من عدم قدرتهم على التكيف مع الأحداث، وفي الطفولة المبكرة، يكون مصدر القلق عند الأطفال من أخطار خيالية، ويزداد عند الأطفال من السن 2 وحتى السادسة من العمر، ويزداد القلق عندما يفكر الطفل بخطر حقيقي أو خيالي (ملمان، 1999، ص: 84).

ويستثار الشعور بالخوف لدى الأطفال القلقين بسهولة وهم يبدون وكأنهم يبحثون عن أشياء تثير اضطرابهم، كما أنهم فريسة سهلة للمرض والتكدر، ويظهرون قلقا زائدا اتجاه مواقف الحياة اليومية التي تثير عادة اهتمام الآخرين والذين يعانون من قلق مرتفع منهم هو غالبا أقل شعبية لأقل ابداعا ومرونة وأكثر ترددا حذرا ومفهوم الذات لديهم فقير نسبيا ويعتمدون على الراشدين اعتمادا زائدا، ولا يعبرون عن غضبهم من الآخرين، بحرية، ويحصلون على درجات أقل في اختبارات الذكاء، ذلك لتدخل عامل القلق في قدراتهم على الأداء بفاعلية، كما أن الأطفال الصغار ينظرون إلى آبائهم كمصدر للأمن والحماية من الخطر، ومن خلال هذه الخبرة تنمو قدرة الطفل على التعامل مع القلق وتحمله. (شيفر،

2001، ص: 113)

#### 4- أنواع القلق:

القلق عند فرويد: يميز فرويد بين نوعين من القلق:

**5 - 1 - القلق الموضوعي:** وهذا النوع أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الفرد.

**5 - 2 - القلق العصبي:** وهو الخوف من خطر غير معروف المصدر، حيث لا يدرك صاحبه مصدره وسببه.

وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر والعام الغير المحدد.

أما القلق عند شيمان sheiman: ميز بين نوعين من القلق :

• **القلق الخارجي المنشأ:** إذا يتهدد أمن الفرد بشيء ما.

• **القلق الداخلي المنشأ:** وذلك هو الاضطراب وإن ضحاياه ذوا استعداد وراثي للإصابة به وه ينبع من مصدر

داخلي عند الفرد ويدهم المصابين فجأة.

القلق عند كاتل وسيلبرجر catell et spilberger:

**1- القلق كحالة:** الذي هو عبارة عن حالة انفعالية يشعر بها الفرد في موقف وتزول بزوال التهديد، وإنها تتغير من

موقف لآخر حسب شدة التهديد.

القلق كسمة: الذي هو عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب له خاصية الثبات النسبي، تنشطه منبهات داخلية أو

خارجية ولا يختلف مستواه عند الشخص من وقت لآخر (مجيد، 2008، ص182).

تصنيف آخر: قلق طبيعي: ناتج عن متاعب خارجية واضحة، يزول بزوالها.

-**عصاب القلق:** راجع إلى الصراع النفسي ويحتاج إلى العلاج النفسي.

**3.5- القلق الثانوي:** وهو الذي يصاحب بعض الأمراض العقلية المبتدئة كالفصام، وهذه الحالات تحتاج إلى

علاج المرض الأصلي، وسبب القلق فيها هو مقاومة بعض الأعراض كالوسواس. (فهيم، 1980، ص57)

يأخذ القلق العصبي شكلين سريرين هما:

• **حالة القلق الدائمة:** حيث يكون المريض بشكل دائم مشغول البال بأمور لا يعرف مصدرها، كما أنه يخشى

الموت ويبحث عن الأمن العاطفي.

• **نوبة القلق الحاد:** تحدث بشكل مفاجئ دون سبب منطقي وقد يكون المريض وحيد أو مع الآخرين في مكان

ما، وغالبا تحدث النوبة في الليل. (قاسم عبد الله، 2007، ص288).

## 1- الاتجاهات النظرية ونتائج البحوث حول القلق:

عند توضيح الأسباب التي تؤدي إلى نشأة القلق العصابي، نذكر خلاصة الآراء النظرية في تفسير القلق ثم نتائج البحوث والدراسات الحديثة عن القلق.

### 1.6 - الاتجاهات النظرية في تفسير القلق العصابي:

رأي فرويد Freud: ينشأ القلق العصابي نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهوى ومطالب الأنا الأعلى وعجز الأنا عن التفريق بينهما، وسبب هذا العجز يرجع إلى خبرات الطفولة وخاصة عقدة الخشاء أو عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلي، والشعور بالذنب الذي يحيط بالرغبات الجنسية.

رأي إدلر Adler: يحدث القلق نتيجة شعور الفرد بأنه ناقص في نظر نفسه، فيزيد شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ لديه القلق، سواء كان القصور عضوي أو اجتماعي.

رأي مندرسون Manderson: ينشأ نتيجة لتعرض الفرد لمواقف إحباطية متكررة سواء كانت عادية أو عائلية أو نفسية، تؤدي إلى الصراع النفسي ثم إلى القلق.

رأي رالك: يحدث بسبب الولادة القاسية، وانفصال الطفل عن عالمه المليء بالأمن والطمأنينة، ودخوله عالماً مليئاً بالضجة والضوضاء.

رأي كارن هورني: ينشأ نتيجة رغبة الطفل في احترام والديه لأنهما مصدر الحنان ورغبته في التمرد عليهما نتيجة إحباطهما له، ويعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان في نفسه، ثم تصبح هذه العادة استجابة تقابل كل خطر يواجهه، فيكون مسالماً في مواقف لا ينبغي أن يكون فيها كذلك، لأن العداء في نظره يؤدي إلى حرمانه من الحنان وعطف الطرف المعتدي والذي كان في بداية الأمر والديه ومن هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف والحنان. (عبد الله، 2000، ص 150 - 151).

### 2.6- رأي المدرسة السلوكية الجديدة: القلق العصابي استجابة مكتسبة تنتج عن:

- تعرض الفرد لمواقف ليس فيها إشباع، ولمواقف خوف وتهديد مع عدم التكيف الناجم عنهما.
- إسراف الوالدين في حماية الأطفال فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.
- الضعف العام في الجهاز العصبي، والخطأ في التركيب العضوي مثل اختلال الأوعية.

1- رأي بودلسكي Bedalsky: أساس القلق هو إدراك الفرد أن حياته محدودة، ولا بد أن تنتهي بالموت مما يهدد خطته المستقبلية.

### 3.6- نتائج الأبحاث والدراسات الحديثة في القلق العصابي:

دلت الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب دورا أساسيا في الاستعداد لهذا المرض، حيث أن نسبة القلق في التوائم المتماثلة 50%، و40% في التوائم الغير متماثلة، وحوالي 15% في أبناء وأخوة مرضى القلق. إن نسبة القلق عند النساء تزيد عنها في الرجال.

السن له علاقة بنشأة القلق وذلك تبعا لحالة الجهاز العصبي فيزيد القلق العصابي في الطفولة نتيجة لعدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، ويقل نسبيا عند سن النضج، ثم يظهر ثانيا في سن اليأس والشيخوخة بسبب جمود الجهاز العصبي لدى المرضى المسنين. (عبد الله، 2000، ص151)

يظهر أكثر في سن المراهقة ويمثل من 30% إلى 40% من العصابات. (قاسم عبد الله، 2007: 287).

### 2- القلق العصابي عند الطفل والمراهق والأسباب والأعراض:

#### 7. 1 - أسباب القلق العصابي عند الطفل والمراهق:

- الافتقار للأمن: إن السبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور الداخلي بالأمن والشكوك حول الذات.
- عدم الثبات: يؤدي تقلب الآباء والمدرسين في معاملة الطفل إلى التشويش وقلق لدى الطفل.
- الكمال والمثالية إن توقعات الكبار من الأطفال أن تكون انجازاتهم تامة وغير ناقصة تشكل مصدرا من القلق وذلك بسبب عدم القيام بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.
- الإهمال: يشعر الأطفال عادة بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هناك حدود واضحة، وفقدانهم الثقة والخبرة تشعرهم بالضيق والتراجع فهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم لتصبح تسر الآخرين وتسرههم، فهم يبحثون عن حدود يحددها لهم الكبار. (ملمان، 1999: 85)
- النقد: يؤدي النقد الزائد من الراشدين والرفاق إلى حالة من الاضطراب والتوتر والشك في الذات.
- الثقة الزائدة من الراشدين: يقوم بعض الكبار بمعاملة أولادهم معاملة الكبار وإئتمانهم على أسرارهم وهمومهم وهذا يؤدي إلى القلق.

- الذنب: يشعر الأطفال بالقلق الشديد عندما يعتقدون أنهم قد تصرفوا على نحو سيء، وتزداد المشكلة تعقيدا عندما يكون لدى الطفل إحساس عام بأنه لا يتصرف بالطريقة الصحيحة. (شيفر، 2001: 116).
- تقليد الوالدين: يراقب الأطفال سلوك آبائهم وبذلك ينتقل قلق الوالدين إلى الطفل، فإذا كان أحد الأبوين مصابا بالقلق ينتقل هذا القلق إلى الطفل نتيجة لتصرفات الأب أو الأم المضطربة.
- التهديد المستمر للطفل كلما أتى بأمر لا يرضي الوالدين.
- تكرار تعرض الطفل لمواقف الخوف والخطر والقسوة والعنف.
- من مكونات الشخصية، ويحدث ذلك عندما يكون أحد الأبوين قاسيا أو كارها للطفل، يعاقبه ويهدده كثيرا.
- إذا تعرض الطفل إلى صعوبات كثيرة ومتكررة في الحياة، أو فشل فشلا متكررا دون أن يجد من يساعده ويوجهه أو يشجعه.

- يحدث القلق من مواقف الصراع.

- الإحباط المتزايد: إن الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق، والأطفال لا يستطيعون التعبير عن غضبهم بسبب اعتمادهم على الراشدين، ولذلك فهم يعانون من قلق مرتفع. (فهيم، 1980، ص 29).
- والإحباط ينبع من مصادر عديدة منها:

- يشعر الأطفال بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم المختلفة.
- يشعرون بأنهم لم يعاملوا جيدا في المدرسة، مع الأصدقاء أو مع الأقران. (ملمان، 1999، ص 87).

## 7. 2 - الأعراض الإكلينيكية للقلق العصبي عند الطفل والمراهق:

- 7. 2. 1- أعراض فسيولوجية: برود الأطراف، تصبب العرق، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطراب في النوم، الصداع فقدان الشهية، اضطرابات في التنفس، اتساع حدقة العينين، اضطرابات في عملية الإخراج والتبول.
- 7. 2. 2- أعراض نفسية: مثل الخوف الشديد، توقع الأذى والمصائب، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكنتاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، فقدان الطمأنينة، الرغبة في الهروب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة، الخوف من الإصابة بأحد الأمراض على أن يكون خوفه عام غامض غير متعلق بشيء معين. (عبد الله، 2000: 154).

إن الأعراض من هذا النوع قد لا تختلف في بعض الأحيان عما يتعرض له الأسوياء، ولكن الأمر يصل في حالة المرضى بالقلق العصابي إلى حد يعطلهم تعطيلًا ظاهرًا وملحوظًا وقد يؤدي بهم إلى العجز في بعض الأحيان، وعلى الرغم أن المصاب على درجة من الشدة والخطورة وأن القلق له آثاره المدمرة، إلا أنه يكون قادر على الاحتفاظ بقدر من الاتصال بالبيئة، فلا يكون لديه إلا أقل تشويه للواقع، ولا يكون الإيداع في المستشفى داع أو مبرر، ومعظم المصابين يظلون قادرين على مواجهة ما يتوقعه منهم المجتمع، ومواجهة مسؤوليتهم ووظائفهم والنشاطات التي هم منخرطون فيها، ولكن القلق مع ذلك يمنعهم من أدائها في سلاسة كما كانوا يفعلون لو لم يصابوا به. (كاشدان، 1989: 57).

كما يظهر القلق عند الطفل على هيئة مخاوف على صورة الخوف من الظلام والغرباء والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون وحيدًا في المنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلي، وهي مخاوف غير محددة وتختلف من يوم لآخر ويصحبها إنطواء وخجل وعدم نضوج انفعالي، ويزداد الطفل في اعتماده على والديه ويتجنب الاختلاط مع باقي الأطفال. (عوض، 1999: 132).

أما في المراهقة فيأخذ القلق مظهرًا آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والحرص الاجتماعي وخصوصًا عند مقابلة الجنس الآخر، والإحساس الذاتي بشكل الوجه والجسم والحركات والتصرفات، ومحاسبة النفس على كل شيء، والقلق على حجم العضو التناسلي، مع الخجل والحياء الشديد مع ممارسة العادة السرية والشكوى من علل بدنية مختلفة. (عبد الله، 2000: 154).

ومن الأعراض نذكر:

- سهولة البكاء وكثرته فالطفل القلق يبكي لأقل شيء ويستمر فيه طويلاً.
- كثرة الحركة وعدم الاستقرار دون أن يكون لهذه الحركة هدف واضح.
- اضطراب النوم: بمعنى كثرة الحركة في النوم.
- تناول الطعام: تقل شهية الطفل للطعام فلا يقبل على طعامه بانسراح، كما يضطرب هضمه ونظامه في عملية التفرغ فيصاب بالإسهال وخاصة الإمساك والقيء.
- سلوك الطفل: يدفع القلق الطفل إلى هدوء غير طبيعي، فينصرف عن اللعب ويميل إلى الانزواء ويبدو وكأنه مهموم وغير مستمتع بالحياة، أو قد يدفعه لأن يكون كثير الحركة غير مستقر، كثير الأخطاء في تصرفاته مما يعرضه للعقاب فتزداد حالته سوء. (فهيم، 1980، 30-31)

- النقص في رغبته في التعلم والمعرفة، ومقاومة التعليم المدرسي، بل كل ما يدخل الولد في مجال المعرفة، وقد يمتد ذلك إلى عدم استيعاب أي معرفة.
- الألعاب المتكررة وبشكل آلي: أو ما يسمى بالألعاب الهجاسية التي تحول إلى نوع من الطقوس، والتكرار الثابت الذي يظهر بسبب القيود المفروضة على ما لديه من دوافع.
- نقص الطمأنينة ونقص في نمو العلاقات مع المحيط وموقفه غير متساهل.
- التكيف الملح وتنمية الأنا الأعلى، فيصبح الولد صالحا مطيعا، ولكن ذلك يكون على حساب حرية التعبير، فالسلوكات الخاضعة جدا أو العاطفية جدا أو حتى العدوانية جدا حسب ميلاني كلاين Melanie Klein هي إشارات على عدم قدرة الولد والمراهق لمواجهة القلق (شحيمي، 1994: 144).

### 3- علاقة القلق العصابي بالأمراض الأخرى:

**القلق والخوف:** هناك أوجه شبه بين القلق والخوف، فأعراض القلق تشبه أعراض الخوف ورغم ذلك هناك فروق بينهما يمكن أن نلخصها في:

**أ- الفروق في الناحية الفيزيولوجية:** في الخوف نلاحظ نقص في ضغط الدم وضربات القلب، ارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء، أما القلق العصابي نلاحظ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة.

#### ب- الفروق في الناحية السيكولوجية:

- من حيث السبب والموضوع: فهو مجهول في القلق ومعروف في الخوف.

- في القلق يكون التهديد داخلي وفي الخوف يكون خارجي.

- القلق من حيث التعريف يكون غامضا، أما الخوف فهو محدد.

- في القلق يكون الصراع موجود، بينما في الخوف غير محدد.

- في القلق تكون المدة مزمنة، أما في الخوف تكون حادة. (عبد الله، 2000: 150).

**القلق والأمراض الأخرى:** القلق العصابي مرض أولي مستقل، ومع ذلك فهو يظهر كعرض في معظم الأمراض

النفسية والعقلية ويكون علاجه بالتالي علاج المرض المسبب له، ومن أهم الأمراض التي يصاحبها:

- أمراض عصابية: كالهستيريا التحويلية والتفكيكية، والاكتئاب التفاعلي، الإعياء النفسي المزمن، عصاب الحوادث، التوهم المرضي.
  - أمراض ذهانية: اكتئاب سن اليأس.
  - ذهان الهوس الاكتئابي.
  - الفصام: بوجه خاص فصام المراهقة.
  - أمراض عضوية: أورام الغدة فوق الكلوية، زيادة إفراز الغدة الدرقية، تصلب الشرايين المخ، الشلل الاهتزازي.
- ويجب أن نلاحظ أن أعراض القلق التي تظهر في الأمراض السابقة تخلف في حدتها، حيث تخف حدتها في الأمراض الأخرى، بينما تزداد وطأتها في حالات القلق العصابي. (عبد الله، 153 - 154).
- وعليه يجب التفرقة بين القلق العصابي كمرض مستقل وبين القلق كعرض مرضي، بحيث لا يرتبط بنوبة الهلع أو الخوف الاجتماعي، أو باضطراب الوسواس القهري، أو قلق الانفصال أو بفقد الشهية العصبي أو بعصاب ما بعد الصدمة وغيرها من الأمراض. (محمد، 2011: 274).

#### 4- القلق العصابي عند الطفل والمراهق - الوقاية والعلاج -:

##### 1.9- الوقاية من القلق العصابي:

- العمل على تطوير قدرة الطفل والمراهق على الفهم وحل المشكلات، فعلى الوالدين توضيح الأمور للأطفال بلغة يستوعبونها في وقت مبكر، مثل فهم وظائف الجسم، وكذلك كيفية فهم المشاكل والتعامل معها وحلها.
- مساعدة الطفل والمراهق على الشعور بالأمن والثقة في الذات، وذلك بالتقديم التدريجي للمواقف المثيرة للقلق دون إجبارهم على فعل شيء يخيفهم، وتشجيع الأطفال على أن يقضوا بعض الوقت بعيدا عن البيت والأهل، وتقوية الثقة بالذات أمر يتم على نحو تدريجي من خلال خبرات النجاح المتكرر.
  - تقبل جميع تخيلات الطفل: كثيرا ما يخاف الأطفال من التخيلات التي يحملونها عن الموت أو الوحوش، ويحمل المراهقون تخيلات حول إيذاء الآخرين أو الموت أو الجنس، والتي هي مصدر قلق من أن تتحول إلى واقع،

ولذلك على الآباء أن يوصلوا لأبنائهم تقبلهم لهذه التخيلات والتي هي في كثير من الأحيان تشعرهم بالخجل والنقص وتحديثهم على أنها أمر طبيعي، فتخيل الشيء لا يعني بالضرورة أنه واقع. (شيفر، 2001: 118-119).

- أينما كانت الصورة التي يبدو فيها الطفل، فإنها تعبر عن حاجته إلى الحب والحنان، وأية محاولة لعلاج الصورة الظاهرية للقلق بعيدا عن مدلولها الحقيقي فإن مآلها الفشل، لذلك يجب إعطاء الطفل الحب بأمانة وسخاء وإشعاره بأنه موضع تقدير. (فهيم، 1980: 31).

## 9.2 - علاج القلق العصابي عند الطفل والمراهق:

يختلف علاج القلق العصابي تبعا للفرد المصاب وشدة القلق، ومن طرق العلاج:

**1.2.9- العلاج النفسي:** ويستخدم أكثر العلاج النفسي المباشر الذي يعتمد على التفسير والتوجيه والتشجيع والاستماع إلى صراعات المريض محاولة حلها ويقتصر استخدامه على الحالات المزمنة الشديدة التي تتطلب التضحية بالوقت والمال والجهد.

**2.2.9- العلاج البيئي والاجتماعي:** ويعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة النفسية التي سببت القلق، وأحيانا تتطلب تغير الوضع الاجتماعي.

**3.2.9- العلاج الكيميائي:** ويستخدم في حالات القلق الشديد وذلك باستخدام عقاقير تخفف من حدة القلق.

**4.2.9- العلاج بالكهرباء:** لا يستخدم إلا في حالات القلق التي يصاحبها أعراض اكتئابية.

**5.2.9- العلاج السلوكي:** وذلك باستخدام تقنية الاسترخاء لتخلص من الفعل المرضي واكتساب فعل سوي.

كما أن المصابين بالقلق العصابي يتعرضون للنوبات القلق من آونة لأخرى، تتخللها فترة من الصحة النفسية، وهؤلاء يمكن شفاؤهم بعد مدة قصيرة وهناك أفراد يتعرضون لقلق مرضي مزمن وهؤلاء لا يستجيبون لكل أنواع العلاج، وقد ذكر أحمد عكاشة أن 3/2 من حالات النوع الثاني تتحسن حالتهم بعد مدى قصيرة. (عبد الله، 2000، 155 - 156). وللعلاج يمكن أن يقوم على الأسس التالية:

• تقبل الطفل وإعطائه شعور بالطمأنينة: يحتاج الأطفال القلقون إلى تطمين من الكبار الذين يتصفون بالهدوء والثبات، فمن الضروري الهدوء عندما يصرخ الأطفال أو يصابون بالذعر، وتقبل مشاعر القلق لديهم وعدم تقديم مع إيجاد جو آمن.

• التدرب على الاسترخاء: إن القلق والاسترخاء لا يمكن أن يوجد معا، ويمكن تدريب الأطفال والمراهقين على التنفس بعمق وعلى إرخاء عضلاتهم والشعور بالاسترخاء التام، كما يمكن أن يتعلم الطفل والمراهق أن يستمر في شد أجزاء من جسمه مثل الفك والرقبة والجبهة والذراعين، وبد أن يتعلم الأطفال الاسترخاء يمكن استخدام طريقة الاسترخاء بالإشارة، أي التدرب على قول كلمة أو عبارة لأنفسهم تساعد على الاسترخاء.

• استخدام طرق متعددة في مواجهة القلق، إضافة إلى تقنية الاسترخاء، يمكن استخدام طرق أخرى في الوقت نفسه، كأن يقوم الفرد بالتفكير في مشاهد سارة أثناء الاسترخاء ويسمى هذا بالتخيل الإيجابي، والتنفس البطيء العميق طريقة أخرى مفيدة، ويجد بعض المراهقين أن من المفيد لهم أن يعدوا أنفسهم من واحد إلى عشرة مع تركيز انتباههم على الأرقام، والعديد من الطرق الأخرى.

• الحديث الإيجابي مع النفس: وذلك يهدف إلى مساعدة الأطفال على تعلم أن يقولوا لأنفسهم عبارات معينة بحيث يصبحون قادرين على تحليل الموقف باستقلال والاستجابة تبعا لذلك. (شيفر، 2001: 120 - 124).

• تشجيع التعبير عن الانفعالات، ويعتبر ذلك مضادا لحالات القلق التي لا يتحدث عنها الطفل أو المراهق، وهناك مجالات كثيرة للتعبير عن الانفعالات كاللعب ورواية القصص.

• الطرق المتخصصة: عندما يكون القلق شديدا ومزمنا فإن المساعدة المتخصصة تكون أكثر من ضرورية ويجب البحث عنها، خاصة إذا لم تنفع محاولات الآباء، ومن الأساليب التي يستعملها الكثير من المختصين هي طريقة تقليل المواجهة التدريجية للمواقف والأفكار المثيرة للقلق، كما توجد طريقة التغذية الحيوية المرتدة، حيث يشاهد الأطفال بعض مظاهر وظائفهم الجسمية، كما يمكن استعمال التنويم المغناطيسي. (ملمان، 1999: 90).

• موقف الأهل من العلاج يحدد إمكانية الاستجابة لطلبهما، فهناك بعض الأولياء يأتون للمعالج وفي أذهانهم أفكار مسبقة وهو ما يشكل عائقا للعلاج، والحقيقة أن الولد الذي يقدم إلى العيادة النفسية من قبل الوالدين يعكس مشاكلهما الخاصة، ويصبح الولد وسيطا في علاقتهما بالمحلل النفسي، بحيث يحتاجان هما إلى المحلل النفسي بالقدر الذي يحتاج إليه الولد. (شحيمة، 1994: 147).

ومنه فإن الخطة السليمة لعلاج المريض تتلخص في:

- علاج المريض اليومي لمنع القلق الإضافي.

- تقليل العوامل التي تؤدي إلى زيادة القلق أثناء العلاج.

- منع أي احتمال للإصابة بمرض عضوي خلال الملاحظة التمريضية.

-مساعدة المريض لفهم العلاقة بين القلق والأعراض الجسمية المصاحبة له.

-تعزيز الراحة النفسية والجسمية للمريض. (عبد الله، 2000: 157)

## 10- بعض حالات القلق عند الأطفال والمراهقين:

**الحالة الأولى:** طفلة عمرها خمس سنوات طورت فجأة حالة من القلق الشديد والاضطراب دون سبب ظاهر، وكانت تخشى أن يتركها والداها أو أن يموتا، وأن يهاجم اللصوص بيتها ويتخلى عنها جميع أصدقائها، كانت تبكي بسهولة وتبدو متوترة بشكل عام، وقد تم اقتراح طريقتين لتستخدمهما من قبل الوالدين: الأولى تقوم على تشجيع الطفلة على التعبير الحر عن مشاعرها من خلال اللعب والحديث، وكانت هذه الطريقة فعالة حيث كانت الطفلة تجعل الدمى تعبر عن جميع المصائب المتخيلة، وبعد جلسات لعب متعددة أصبحت حدة القلق أقل سوء أثناء اللعب أو في الأوقات الأخرى، والطريقة الثانية تقوم على استخدام الوالدين لأية استراتيجية مضادة لحالات ارتفاع القلق، فعندما تشعر الطفلة بتهدئة القلق يلعب معها الوالدين ويرويان لها قصصا مبهجة، وتبعا لخطة محددة أخذ الوالدان ينتقلان للعب بشكل أكثر مع الطفلة عندما لا تكون قلقة وذلك لوقف تعزيز القلق، إن مزيجا من زيادة التعبير الحر والإسراع في تشويش حالة القلق كان ناجحا حيث أن سلوك الطفلة عاد إلى الوضع الطبيعي خلال أسبوعين. (شيفر، 2001: 135-136).

**الحالة الثانية:** فتاة عمرها 19 سنة، كانت كبرى أفراد أسرتها المكونة من خمس أفراد، حضرت للمعالج النفسي تشكو من الأرق ومن نوبات الإغماء التي ما تكاد تفيق منها حتى يصيبها شعور بالقيء، وذكرت الفتاة أن هذه النوبات بدأت منذ تسعة أشهر، وأنها صارت تخشى من أن يتأثر قلبها نتيجة تلك النوبات.

من خلال دراسة الحالة وتحليلها تبين أن الفتاة كانت تعمل كثيرا مدة 15 ساعة دون أي فترة راحة أو لا تنام لمدة تزيد عن أربع ساعات، وأحوالها المادية صعبة إضافة لمشكلات أسرية، وتبين أن والدتها تعاني من مرض قلبي وكذلك جدتها، مما دفعها للتفكير بأن ما تعانيه من اضطراب قلبي خلال النوبة ربما يرجع لعوامل الوراثة، لقد تضافرت العوامل السابقة جميعها محدثة نوبات الهلع. (قاسم عبد الله، 2007: 288).

**الحالة الثالثة:** كان أهل ع يؤنّبونه ويعتبرونه فاشلا، وأخبرهم يوما أن مدير المدرسة هنا لذكائه الحاد، لكن أهله أنبوه لأنه لم يحصل على الدرجات العليا في صفه، وقد سبق لأهله أن تشددوا في مطالبهم عليه، حيث فاقت هداياهم له مستواه العقلي والكثير من اللعب التي يقدمونها له، لم يستطيع أن يركبها لنفسه فيساعدوه في تركيبها، وارتفع طموح الولد وأراد أن يصبح طبيبا ولكنه لم يتمتع بما ينتج ولم يكن النجاح يجلب له الهناء، لأن ما يحققه من نجاح لا يبلغ مستوى

طموحهم المتزايد، وأصبح مجرد الإحساس البسيط بالفشل شديداً حتى يتحول إلى قلق حاد، تصاحب القلق والخوف من الفشل بأعراض عضوية تشير إلى تدهور مكائته، وشعر فجأة أنه غير ناجح وغير محترم من طرف الغير، فزاد من مطالعته وعانى الأرق والشعور بالآلام غامضة خشي معها أن يقع ضحية السكتة القلبية.

تتلخص أعراض الحالة بما يلي:

- إحساسه أنه مشدود بين شيئين هما طموحه المرتفع وإحساسه بالعجز.
- الاهتياج والتوتر والعجز عن التركيز مع اضطراب النوم.
- العجز عن اتخاذ القرار والتردد.
- خوف غامض كنوع من القلق المنتشر المعمم.
- كثرة الشكوى والشعور بتدهور قيمة الذات. (قاسم عبد الله، 2007: 289).

### الحالة الرابعة (قلق الخصاء)

المفحوص سبستيان سنوات 10 جاء من ضواحي باريس، مع أمه طفل عصبي، عاصي ذو كذب تهكمي سلطوي، لم ينجح في التعليم، المعلم أصبح لا يطيقه، قمنا باستعمال رايتر في 5 أكتوبر.

12 أكتوبر:

النتائج لرائز سيمون ديني بينيه أعطى عمر عقلي 8 سنوات و6 أشهر (من المحتمل كثيراً أنه مضطرب)، أثناء الاختبارات الطفل تظاهر مسروراً بذاته، غير مستقر، يجيب بدون أن يفكر، مقتنع بما يعرف، تكيفه سيء مع عدد كبير من الأفعال المتعاقبة، شكت أمه أنه في الأسبوع كان سيء، حنقات أكاذيب (الهوس الكذب).

استيقظ صباحاً على الساعة 5 لكي يقطع أزرار سرواله (قبض عليه أثناء فعلته لكن لم يقال له شيء، عاد إلى نومه مرة ثانية وبعض ساعات قال بأن الآخرين في المدرسة هم الذين قاموا بهذا العمل، تقول أمه أن أزرار سرواله دائماً مقطعة، ويقول دائماً بأن زميله هو الذي قطعه أزراره، أمه تتساءل إذا كان يكذب أو هو مجنون، يكاد يقتل دون أن يعترف كان الاتصال سريع مع الأم، التي حدثتني عن تفاصيل الحياة الصعبة التي يخلقها سبستيان في المنزل، عن حماقاته لتحطيم كل شيء، ولا أحد يستطيع أن يخجله الأم لا تستطيع أن تشتغل بصفة عادية (تقوم بتدبيرات المنزل)، لأن سبستيان في المدرسة لا يستطيعون مراقبته، حيث لا يقوم بفروضه المنزلية، متابعتة من طرف أمه التي تقوم في آخر الأمر بمساعدته على القيام بها وفي بعض الأحيان القيام هي بحلها في مكانه.

الطفل أثناء محادثتنا يظهر قلقاً، عنيد لا يجيب عن أي سؤال كان، وكان لا يأبه لحديث أمه عنه. الأم تظهر لنا لطيفة إلا أنها قليلة الذكاء.

تقول بأن الطفل عموماً يطيع أباه أحسن من ما يطيعها الأب ممرض في ناحية قريبة ولا يأتي إلا يوماً واحداً في الأسبوع إلى البيت بسيط الدخل، والأم في حاجة إلى حريتها لتعمل على مساعد زوجها مادياً. تطالبتنا إجمالاً، عملاً بنصيحة معلم المدرسة عنوان مدرسة داخلية خاصة حيث يراعون الأطفال المشاكسون نطلب من الأم بتغيير سلوكها اتجاه سبستيان خلال الأسبوع القادم حيث لا تقول له مرتين أن يستيقظ للذهاب إلى المدرسة واسفاه إن لم يستيقظ؟! يجب أن تعدنا على أنك لم تستكفين بأن سبستيان قادر على معرفة أن المدرسة ليست إزعاج وإذا كان ويكون قد تعلم على أنه حر أن يتعلم ويبقى متخلف بالنسبة للآخرين.

نشرح للأم بأن سبستيان إذا كان فضا هذا يدل على أنه يريد ذلك، فهو حر الأطباء ليسوا هنا لتوبيخه، بل لفهمه ومحاولة مساعدته لقدر الإمكان وإذا لم تقبلي بشروطنا سوف نعطيك عناوين ملاجئ للأطفال المشاكسين (الصغار)، حيث يكون في غلية إلا أنه من المؤسف أن يضم نهائياً في وسط الأطفال المشاكسين مع أنه ذو قلب طيب. الأم تعدنا باحترام إرشاداتنا غير أنها قلقة على النتائج، فقلنا لها حتى ولو لم يطرأ عليه تغير في القسم هذا الأسبوع يجب أن تبقى غير مبالية إلا أن تجده لنا بعد 8 أيام فقط.

أثناء محادثتي مع أم سبستيان، غير هذا الأخير من موقفه لأنه كان يستمع لما قلناه ثم بقينا لوحدها نحن الاثنين، نتحدث بصفة عامة عن تأخره المدرسي وسلوكه الصبياني في الحياة ربما كانت ماما تضايقت وهي ضانة حسن ما فعلت هذا لا يستدعي إذا أن 10 سنوات سن كاف لنعرف من خلاله هل نريد أن نتعلم أم لا، وإذا لم نريد هذا لا يستدعي أن نقلب البيت رأساً عن عقب. نعم، سوف أكون مهذباً... نعم أكون مهذباً، (كثير الحركة، وصوته لومي، وهام).

**19 أكتوبر:** سبستيان كان يذهب إلى المدرسة كل يوم، كل الأسبوع كان حسن السيرة في المنزل حتى الأمس تقلب مخيف في ساعة الفطور رفض أن يأتي للجلوس على الطاولة، هذا ما قالت لنا الأم وهرب فاراً للحقل.

• وحيدة مع سبستيان.

محادثة عامة بدأت بدون حدود، شكرته على المجهودات التي قام بها حتى الأمس.

• لكن ماذا جرى بالأمس؟

نعم، إنه شيء غير لطيف، لا أقرره إنني أعلم جيداً بأنه ليس لطيف الخ... سألته متى ترى أباك؟...

الخميس إذ يقضون كل النهار (يعتنون بالحديقة) أبي لطيف: كنت أقدم له كراسي وذلك أفضل، (كثير الحركة، دائما مضطرب، قلق، كما لو كان يتكلم بصوت الراشد الذي يقوم بالوعض).

• هل يحلم... ينام جيدا؟

أحلام القلق والإزعاج كان يصرخ كما أنه كان يبدو خائف رغم يقظته، لهيب نار، طائرة محروقة، لصوص، في ما يخص المدرسة كان سبستيان محرج. كأنه منفعل بأعمال الآخرين، الذين يقومون بأعمال قدرة. سيء... سيء، كانوا يغلقون الأبواب وراءهم حتى لا يراهم أحد.

فطلبت: لوحدهم؟

نعم، إذ لم يكن مثبت للهمة (وبكمية كبيرة من التفاصيل وصف لي العادة استثنائية سوء الطرقات لأنهم لا يفعلون هذه بدون شيء عدة مرات لم تترك لي الفرصة على التعقيب بكلمة واحدة)، وفي نفس الوقت فكرت في إزرار السراويل التي لم أكلمه فيها أبدا، الأم:- قالت هذا الحادث للطبيب سيكون لكن لم تعلني به، بدون أدنى شك سبستيان لم يدرك أنني محذر.

وكما بدى لي أن النكهة كانت لها رائحة تخيلونية طلبت اختبار تحليل البول فأودعت الممرضة سبستيان الذي طلبت منه هو، كذلك أن يعود إلي من بعد ما يجرون له التحليل البولي، فأجري له اختبار تحليلي الذي كشف عن عدم وجود تخلون مشهد حدث لما كان عليه أن يبول في الزجاجة، حدث بؤس وسقطت دموعه أسرع أمه إليه سبستيان أخفى رأسه في تنويراتها منهارا، وبقي حتى جاءت الممرضة التي أخبرتني على أن النتيجة سلبية.

لم يريد الرجوع معي. أمه ابتسمت قائلة:

- هل ترى، يخجل من أن يبول في الزجاجة إنه غير متعود.

- عدت وأخذته من يده.

تعال لا تخف، هل ترى أمك تظن أنك خجلان من البول في الزجاجة.

ولكن هذا لا يدعي الخجل وبعد لم تخجل، عندما تخجل، لا تخاف من عودتك إلي بل أنا الذي طلبته لم

تخجل، وإنما خفت، عن ما قلته إلي عن الآخرين منذ لحظة إن لم تكن أنت الفاعل لكل هذه الأشياء.

ظننت أنه يظهر في بولك، فعاد منهارا في بكائه بعد أن اعترف بأنني محقة فتركته يبكي ثم كلمته عن هذا

الاستمناء التي سماها: - أفعال هذا: - حسب تعبيره قلت بأنه ليس الوحيد بل الكثير من الأطفال الصغار هم مساكين

مع هذا طمأنته عن مخاوف البتر الجنسي، وتهديدات الأمراض، من البادرة المرض العقلي، السجن قلت له، لا يمكن

أن تكون مشغلة مريحة جدا لما تخاف من أشياء عادية، يجب أن تؤمن بأنه أراد بشدة إلى درجة أنه غامر بعدة أخطار رغم الخوف فعلا، لا تحدث أشياء مثل هذه إلا أننا بكل بساطة نحشي أدمغتنا بندم.

سألته إذا كانت هناك حكمة؟ هل يعرف الغسل لوحده لا، لا يمس أبدا هذا (ما يفسر الخرافات) قلت له إذا يجب أن يغسل في هذه المنطقة مثل كل المناطق، وشرحت له كيف، أثناء هذه الفرصة بما أنه متضايق، قلت له: - اعتبرني كأملك وكأم طبيبك: - له أعضاء تناسلية ناضجة بالنسبة لسنه، الحشفة (رأس العضو التناسلي الذكري)، مثارة. قلت له: - وأمك التي تظنك لا زلت صبيبا لكنك طفل كبير وتعرف أشياء كثيرة قد تدهشها وأنا متأكد من هذا، لا تقولون لها ما قلته لكم هذا يخصك هذه أشياء شخصية، كل الناس يعرفونها لكن لا نتكلم فيها إذا بما أن أمك قالت لك كل الذي ذكرناه من قبل، ربما كانت تعتقد بأن هذا سوف يجعلك مريضا؟.

نعم يوجد من هو أبله القولية.

• اذن البلهاء يفعلون هذا كل وقت لأنهم بلهاء لكن ليسوا بلهاء لأنهم يفعلون هذا.

إنني طبيب وأعلم هذا أكثر من ماما كل الأطفال وحتى الراشدين يقومون في بعض الأحيان بمثل هذا الفعل. لكن ليس باستمرار وحتى ولو كان هذا ضارا نقول بأنه ضار، يجب أن نعتمد على أنفسنا وليس في التفيق قصص عن الآخرين... وأضيف.

لا أقول أنك تكذب ولو يبدو كذلك، بل وصلت تؤمن بما اخترعته من قصص، أليس كذلك.

نعم، كما لو لم يكن أنا الذي فعل هذا.

نعم لكن أنت على أية حال.

وهل يقوم أصدقاؤك بذلك؟

اه، لا ! اه ربما !.

ربما لماذا؟

لا أعرف، لم أراهم، لكن أحيانا يتحدثون ولا أنصت لهم لا أريد الإصغاء إليهم، لأن ذلك ليس بطيب.

أي هذه الأشياء؟

هكذا الأطفال... وأناس متزوجون.

لكن ليس ببذئ لا يقال للأطفال الصغار لأنه ليس بالشيء الجميل بل عندما تكبر كل شيء يعد هام وهذه

الأشياء طبيعية جدا.

أبي وأمي أيضا كان صغيران وكبيرا.

أتركه يفكر ثم أضيف:

نعم ربما لا يعرفه.

تبعا لوصف غامض للعلاقات الجنسية، الرجل يضع شيئا في المرأة، أوضح... يوجد غياب مفهوم القضيب عند المرأة وليس عضوا آخر المعني، أشرح التكوين العضوي للمرأة.  
وأقول:

الرجل هو الذي يضع الحيوان المنوي، وهذا الأخير يبدأ في النضج داخل الرحم هذا طبيعي ولا يؤلمها، الصبي ينمو خلال 9 أشهر في الداخل وبعده تأتي مرحلة الولادة، كيف ذلك؟  
يقال:- إنه يأتيها عن جانب، ثم من أسفل بل هذه عملية:- تذهب:- إلى المستشفى وتقول أنها تستلقي على الفراش.

نعم من الأسفل، هل رأيت كيف تفتح الوردة إذن بالنسبة لأمك نفس الشيء وهذا شيء طبيعي، قد تتألم قليلا، قائلة ها هو سوف يولد وتذهب إلى المستشفى لكي يكون كل شيء على أحسن ما يرام، لأن الصبي يولد صغيرا ولا يستطيع أن يفعل شيء إلا الصراخ وفي بعض الأحيان ماما تكون تعبانة أو مرهقة. إنه في الملائم لها أن تكون في المستشفى لكي يقومون بخدمتها وخدمة صبيها، وبعد عن قريب الحليب يتكون لوحده في نهدي ماما وما على الصبي أن يبدأ بعملية الامتصاص، بابا وماما فرحين لأنهم لهم صبي لوحدهم يشبههم.

• سبستيان يفكر، ثم قال لي: إذا علمت ماذا قلنا.

إذن تدهش لوهلة الأولى لأنها تعتقد أو تظن بأنك لا تعرف كيف أصبحت أمك وهذا يجعلها فخورة بأنك كبرت.

نعم، لكن؟

ولكن ماذا؟

هل تعلم كل هذا؟

- أه !

- كم أنا غبي، حيث انني ولدت بطريقة جد عادية إهام أم مقدسة "Mère tabou" بعدها المقابلة، قلت له:- إذن

يجب أن تعمل جيدا حتى تحصل على شهادتك وتتعلم مهنة تكسبك مالا ولتصبح مثل أبيك.

وكما أنني أعرف أهازيل التي تقع كل مساء في شأن الفروض، قلت له ما عليك إلا أن تذهب إلى البيت وتقوم بفروضك وبعد تستطيع اللعب كل النهار أو في المساء.

وبإعادته هادئا وابتسما لأمه قلت لها: - إنه طفل كبير وعن قريب تصبحين فخورة به.

وطلبت منها أن تواصل مجهودها خلال هذا الأسبوع: لا تهتمي بأشغاله المدرسية سواء قام بهم أم لا، هذا شأنه. لا تفحص كراسه إلا مرة واحدة في الأسبوع في يوم كشف النقاط بل تترك سيبيستيان لوحده يراقب من طرف معلمه.

## 26 أكتوبر:

تغير سيبيستيان كثيرا، تقول أمه أنها لم تعد تتعرف عليه، لقد غيرناه لها، تقول أنها مندهشة أكثر فيما يخص التظاهرات الليلية، لأنه كان يتكلم دون انقطاع ويصرخ أثناء كوابيسه كل ليلة دون من غير أن يستيقظ، إنه ينام الآن بهدوء، لم يغضبها هذا الأسبوع لقد اتبعت تعليماتي (نصائحي) فيما يخص فروضه والأب هو الذي صححهم يوم الخميس حصل على 10 في السلوك، كانت فرحة جدا حتى كادت لن ترجعه إلى نظره لبعدهم عن باريس - لو لم يلح سيبيستيان على أن يأتوا ليعلموني بهذه الأخبار السارة.

والآن أصبح (هادئ) ظريف هل نستطيع أن نضعه في منزل التربية حتى نستطيع أن نقوم بأعمالها في البيت.

طلبت أن أتكلم لأول مرة مع سيبيستيان.

إنه هادئ يتكلم ببطء أو أقول عاديا بسيط وعادي أعاد نفس الشيء الذي قالته أمه لي، النقاط التي حصل عليها

في الفروض والدروس. - قال المدرس أنها من الأحسن أنه لم يحصل على 10 من قبل في السلوك.

## 11- مفهوم المرض النفسي Psycho Diseases:

هو اضطراب وظيفي في شخصية الفرد نتيجة لوجود خلل أو تلف أو الانحراف عن السواء، والمرض النفسي هنا لا يرجع إلى الانسراخ في الدماغ، وإنما يعود بأسبابه إلى خبرات الفرد المؤلمة، أو إلى صدمات انفعالية حادة التي تعرض لها.

## 1.11- مفهوم العصاب Neurosis Concept:

هو خلل وظيفي في شخصية الفرد يدل على وجود صراعات داخلية، وتصدع في العلاقات الشخصية، وظهور أعراض مختلفة كالقلق، والاكتئاب، والأفعال القهرية، وسهولة الاستشارة والحساسية الزائدة، واضطرابات النوم والطعام وغيرها من الأعراض التي يعانها الفرد العصابي دون المساس بترابط شخصيته، فهو يتحمل المسؤولية، ويمتلك الاستبصار بمعاناته، ويحاول التحكم بذاته، ويطلب التدخل العلاجي لمساعدته للوصول إلى درجة مناسبة من الشعور

بالرضا عن حياته، ومهنته، والاستمرار في عمله خشية تفاقم صراعاته الداخلية التي تحول دون إمكانية تفاعله الاجتماعي، وسقوطه في حضرة الأمراض النفسية التي تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج. فالعصابي عادة يواصل نشاطه بالرغم من إحساسه الظاهر بالعجز والتقييد، وسيطرة مشاعر الذنب والثرثرة والتعاسة.

ويذكر أديب الخالدي (2000) أن العصاب Neurosis هو اضطراب وظيفي Functional Disorder دينامي نفسي المنشأ يتصف بالانفعالية الحادة، وعندما يأخذ صفة الاستمرارية يسمى (بالعصاب الموصول). وإن الاضطراب الوظيفي هو اضطراب تفككي. فالعصاب يعد بداية التعرض للأمراض النفسية...، أي أنه رأس الأمراض العصبية.

ويمكن تحديد معنى العصاب من خلال وصف خصائص الأفراد العصبيين وأنماطهم السلوكية الدالة على اضطراب علاقاتهم الشخصية، مما يؤدي بهم إلى الشعور بانعدام التفاؤل واستمرارية التشاؤم، والضيق، والكرب، والمكابدة، والشعور بالقلق الشديد والمبالغة في استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية كمحاولة من قبل الفرد العصابي للتخلص من معاناته هذه. والفرد العصابي (المضطرب نفسياً) يدرك ما يعانيه من اضطرابات، ولكن تنقصه القدرة في السيطرة عليها والتخلص منها.

ونتيجة للجهد الدؤوب الذي يبذله الإكلينيكيون ورجال الطب النفسي، فقد أوضحت نتائج تلك الجهود أن مصطلح العصاب النفسي Psycho Neurosis هو أكثر دلالة على المرض طالما أن منشأه ليس عضوياً، وتتدرج أعراضه ضمن مجموعة من الأمراض التي أقرها التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية والعقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

## 12- العوامل المساعدة للإصابة بالأعراض العصبية:

إن الأعراض العصبية تحدث نتيجة عوامل مركبة هي:

أولاً: الاستعداد الوراثي.

ثانياً: تغيرات في النمو بمرحلة الطفولة.

ثالثاً: التأثيرات البيئية أو العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم بصورة واضحة على ظهور الأعراض المرضية.

رابعاً: الاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي.

لقد أصبحت الاضطرابات العصبية أو الأعراض النفسية تشكل مشكلة صحية عامة ومنتشرة، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما يكتب عن الأمراض العقلية، وهي الآن تعد من أبرز اهتمامات علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي شيوفاً، لذا نجد من الأفضل أن نختار الأمراض النفسية الأكثر انتشاراً والمحددة في دليل التصنيف الدولي الأخير لمنظمة الصحة العالمية.

## 13- الاضطرابات النفسية (العصبية) Psycho Diseases:

1- اضطرابات القلق Anxiety.

2- الاضطرابات الانشقاقية والتحولية (الهستيرية) Hysteria.

3- اضطرابات الوسوس والأفعال القهرية Obsessions and Compulsions.

4- اضطرابات الوهن والإرهاك النفسي Neurasthenia.

## الفصل الحادي عشر:

### فحص البسيكاثينيا Psychasthenia

- 1- استجابة الحصر القهري (الوهن أو الإعياء النفسي).
- 2- مدى انتشار الاضطراب.
- 3- الشخصية الحصرية الوسواسية القهرية.
- 4- القهرية والحرص الزائد على الكمال.
- 5- أنواع البسيكاستينيا أو العصاب القهري psychasthenia Compulsion Nervosa
- 6- المظاهر القهرية عند الأطفال.
- 7- أسباب اضطراب الوسواس القهري.
- 8- طرق الوقاية من السلوك القهري.
- 9- هل الوسواس القهري قابل للعلاج.
- 10- علاج اضطراب الوسواس القهرية.
  - 1.10- العلاج النفسي.
  - 1.10-1- العلاج بالتحليل النفسي.
  - 2.10- العلاج السلوكي المعرفي.
  - 3.10- العلاج الكيميائي.
- 11- الحالات.
- 12- اضطراب الوسواس القهري.
- 13- الوصف العيادي لاضطراب الوسواس القهري.
- 14- النموذج السلوكي للوسواس القهري.
- 15- النماذج المعرفية لاضطراب الوسواس القهري.

**1- استجابة الحصر القهري (الوهن أو الإعياء النفسي):**

الحصر obsession أطلق عليه العالم جانيه p.janet اصطلاح (سيكاتينيا) أو (الضعف النفساني) psychasthenia: ويمثل هذا الاضطراب أهمية كبيرة في الطب النفساني، نظرا لأنه من أصعب وأعند أنواع العصاب في الشفاء، ولأنه يتضمن أيضا أعراض ((القهر)) Compulsion، والفرع Phobia.

ويمكن تعريف الحصر بأنه: "تفكير غير معقول أو ليس بذي نفع، يلزم صاحبه دائما، ويحتل جزءا من الوعي والشعور" مثل تكرار فكرة الموت، أو القتل، أو التلفظ بجمل نائية وكلمات كافرة أو فاضحة، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية في كل مناسبة وغير مناسبة، مما يتعب ويؤلم المصاب.

أما القهر، فهو سلوك اندفاعي لا معقول، يضطر صاحبه إلى القيام به رغما عن إرادته و ضد استنكاره له، مهما بذل من جهد لمقاومته، كالقيام بغسل اليدين عشرات المرات، أو فتح رسالة عدة مرات للتأكد من العنوان أو من محتويات الرسالة، أو الذهاب إلى باب الغرفة باستمرار، للتأكد من أنه موصد بإحكام، أو أن المدفأة أو الطباخ قد أطفئ فعلا. وقد تحدث الأفعال القهرية بصورة خفيفة ووقتيية عند بعض الناس، وخاصة في أدوار الطفولة، ولا تعتبر شاذة أو مرضية، فبعض الأطفال يميلون إلى تكرار النقر على الخشب أو عدّ الأعمدة الكهربائية في الشارع أو السير على قطع معينة من الأرصفة، أو عدّ درجات السلالم...إلخ

وللحصر القهري علاقة بالسحر والشر والعقائد القديمة والتشجيع، فالناس الذين تخيفهم الغيبات والمجهول يشعرون بمخاطر لا يدرون كُنْهَهَا. فيلجأون إلى تلطيف مخاوفهم وإطفائها بالقيام بطقوس شعبية وبدائية تكتسب صفة الحصر القهري كتعليق حُدوة الحصان على مدخل الدار، أو تعليق خرز أخضر أو زوج أحذية بالية. وقراءة المستقبل بالفنجان والقهوة لها علاقة بذلك. كما أن الاعتقاد بأيام الشؤم وأرقام النحس تعد مجموعة من الأفكار الخرافية التسلطية "الحصرية" كالاعتقاد بشؤم اليوم الفلاني أو الرقم 13، أو انسكاب الملح على المائدة أو الماء المغلي على الأرض. (فخري الدباغ، 1983: 111-112).

إذا العصاب القهري أو الوسواس القهري، يمكن أن يكون فكرة أو صورة أو شعور أو دافع أو حركة يحس المريض أنها مفروضة عليه، وأنه مضطر للقيام بها بشكل متكرر بالرغم من مقاومته لها، ومعرفته تمام المعرفة أن ما يقو به لا داعي له، وأن دوافعه سخيفة وغير عقلانية. (دري حسن عزت، 1982: 103).

هذا التفسير يجسد فعلا مصطلح الوهن أو الإعياء أو التعب النفسي (السيكاثينيا)، بحيث أن المصاب لا يملك القوة والإرادة اللازمة لصد الهجمات المتكررة للأفكار والأفعال أو الانفعالات (المخاوف المرضية) الشاذة والغريبة عن المصاب فيسقط ضحية لذلك.

كما أن الاضطرابات التسلطية هذه هي إحدى مظاهر الاضطراب النفسي، وفيه تسيطر على المريض أفكار وأفعال ومخاوف رغما عنه... إن هذه الأفكار ليس لها سبب واضح، فهي تعتبر آلية من آليات الدفاع، تعبيرا عن أفكار لا شعورية وغير مقبولة، تسبب أو تثير القلق لهذا الشخص إضافة إلى شعوره بالذنب. (محمد عبيدي، ب ت: 113).

ومرض الحصر القهري أو السيكاثينيا، هو أحد الاضطرابات النفسية (العصابية) الشائعة بين الناس، حيث قلما ينجو منه شخص. والفرق بين السوي والمريض هو فرق في الدرجة فقط، فالسوي لا يتأثر به إلا لفترات قصيرة ولا تترك أثرا كبيرا في تفكيره، بل سرعان ما ينساه وينهمك في أعماله واهتماماته الأخرى، أما المريض فيبقى خاضعا لتأثيره وثاروده باستمرار الأفكار التسلطية وتجبره على السلوك بطريقة معينة حتى تخفف وطأتها ويقل إلحاحها. (إبراهيم وجيه، ب ت: 64).

## 2- مدى انتشار الاضطراب:

ينتشر السلوك الوسواسي بين الأطفال وكذلك في سنّ الكبر إذا كانت الشخصية أقل قابلية للتكيف، ويظهر الوسواس العصابي بعد سن المراهقة وبداية مرحلة النضج لكن بعض الوسواس الطارئة يمكن أن تظهر في أي وقت عند معظم الناس، كدوافع القفز من الأماكن العالية أو الاندفاع نحو سيارة مسرعة أو قطار. (دري حسن عزت، 1982: 103).

كما أن الحصر القهري أقل أنواع العصاب حدوثا. وتدخل الوراثة في الاستعداد للمرض، إذ أن حوالي 25% إلى 35% من أقرباء المصاب يُحتمل إصابتهم بالمرض أيضا. ووجوده بأسر معينة دون الأخرى، يعد دليلا عن تأثير البيئة والتربية والمحيط أيضا، حسب منطوق النظريات النفسية، لأن شخصية الأبوين الحصرية لا شك في تأثيرها على عادات وسلوك واتجاهات الأطفال في ذلك البيت. (فخري الدباغ، 1983: 112).

\* إذا كان المرء مصابا بالوسواس القهري، فما هي فرص أن يُصاب به أطفاله ؟

إن خطر أن يصاب الطفل بمرض الوسواس القهري، يختلف اعتمادا على ما إذا كان الأب أصيب بالمرض في طفولته أو كبره (هناك نسبة أعلى لانتشار المرض بين أطفال الأشخاص الذين أصيبوا بالمرض في الطفولة). وإن كان كل من الأبوين يعاني من المرض فإن خطر الإصابة به يتضاعف، وتكون النسبة حوالي 20% في المتوسط. (نساء نصر حجازي، 2009، ص 165).

### 3- الشخصية الحصرية، الوسواسية القهرية:

تؤيد معظم النظريات النفسية بما فيها نظرية التحليل النفسي وجود شخصية مستعدة لعصاب الحصر، أي شخصية (قبل مرضية)، تهيأت منذ أدوار أو أطوار الطفولة الأولى للإصابة بهذا المرض، وهي التي نسميها بـ "الشخصية الحصرية" Obsessional personality، ومن صفاتها أنها شخصية جامدة Regide. وصارمة، متزمنة، نظيفة، دقيقة، ومحافظ على مواعيدها وأوقاتها، مطيعة، مثالية، مجدة وحساسة، لكنها لا تحسن التصرف في المفاجآت والمواقف السريعة، أي أنها غير مرنة.

كما أن الشخصية الحصرية ليست في عداد المرضى العصبيين ولا تصبح مضطربة ما لم تتعرض إلى شدة نفسية أو حدث يزعزع كيانه وتماسكها، ويجعل من تلك الطباع والصفات شديدة وقوية ومتكررة... أي أن الشخصية الحصرية متوازنة ومنسجمة مع ذاتها ومع الناس، ويمكن أن تظل على هذه الوثيرة حتى الممات. وقد نجد مثل هذه الشخصيات المتكاملة والمتكيفة والحصرية بين بعض موظفي البنوك، والمعلمات والمعلمين، والمحاسبين، والمتدينين.

ولقد سمى العالم "كيرت شنايدر" K.Shneider الشخصية الحصرية بالشخصية الشكوكية والحساسة، والتي تعاني من سوء تكيف جنسي، ويكون ذكاء الشخصية الحصرية عادة متوسط أو فوق المتوسط. (فخري الدباغ، 1983: 112).

### 4- القهرية والحرص الزائد على الكمال:

القهرية هي نزعة لا تقاوم، والكمالية توجد عندما لا يكون هناك أخطاء أو عيوب. والكمالي (Perfectionist) شخص يعتبر أي شيء لا يصل إلى درجة الكمال غير مقبول... هؤلاء الأشخاص يشعرون أنهم مجبرون على التصرف بطريقة تتسم بالكمال... وهو ما يجعلهم يقومون بتصرفات آلية متكررة... كما يؤمن الكماليون بأن الأشياء يجب أن تعمل "بطريقة محددة" وإلا فإنهم يشعرون بالقلق والانزعاج، فترتيب الفراش، والملابس، وعمل الواجبات المدرسية.. الخ، كل ذلك يجب أن ينظم بطريقة محددة ومقبولة لديهم. (شارلز شيفر، هوارد ميلمان -بتصرف-، 2001).

قد نجد هذا السلوك، القهري الأطفال الذين يشعرون بأنهم مجبرون على التصرف بطريقة الكمال أو التمام. يشعر الأطفال الصغار غالبا بأن عليهم أن يقوموا بعمل مكرّر لنموذج دارج، مثل الطقوس الدينية، أو غسل الأيدي عدة مرات متلاحقة، كما أن أشياءهم تنظم بشكل وسواسي أو شديد التدقيق.

كما أن السلوكات القهرية مألوفة وعادية من سن 8 إلى 10 سنوات، أما إذا أثر هذا السلوك القهري على نشاطات الأطفال العادية، أو استغرق وقتا متزايدا، فإن هذا يدل على وجود مشكلة. وفي سن 12 سنة، تصبح الاستبدادية تدريجيا

نسبية لديهم، وتعليم الأطفال الخبرات والذكاء سيجعلهم أكثر مرونة، وعندها يفهمون أن هذه القوانين ليست مطلقة. (شيفر وملمان، 199، 34).

والأفراد الذين طوّروا شخصية قهرية يوصفون عادة بأنهم نظاميون يصعب إرضاءهم، ودقيقون، ومستيقظوا الضمير، وشديدوا الاهتمام بالتفاصيل، يكرهون القذارة وعدم النظام والفوضى، وينظرون إلى سماتهم كفضائل.

وعليه، يمكن القول أن القهرية أو الكمالية البسيطة إذا أحسن استخدامها، يمكن أن تكون عوناً مؤكداً للطفل، فهذا الطفل يمكن أن ينجح في إنجاز الكثير ويكافئ من قبل الآخرين.

وينظر كثير من الآباء والمعلمين إلى الكمالية والترتيب كفضائل، ولا يعملون على تعديل مثل هذه السمات، فهؤلاء الأطفال يهتمون بالأشياء وينظمونها ويجمعونها، وهم اقتصاديون في صرف النقود، وقد يكونوا مهتمين وجادين في أعمالهم، لكن قد يكونوا أيضاً زائدي الدقة بحيث يضيعون في التفاصيل، لذا، يصبح الحكم عائداً للراشدين فيما يتعلق بالتوازن لدى الطفل بين الحرص على التفوق والكمال والبقاء كشخص مرن، سهل التعامل، مما يسمح بالتكيف مع الصعوبات، أو حالات الفشل الواقعية، بسبب استخدام طرق صعبة لا فائدة منها أحياناً. (شيفر وملمان، 2001: 217-218).

## 5- أنواع السيكاثينيا أو العصاب القهري: Psychasthenia. Compulsion Nervosa

تعني باختصار نقص في الطاقة النفسية للإبقاء على التكامل العادي، وقد قسم العالم: بجانيه p.janet الاضطرابات القهرية إلى ثلاثة أنواع:

- المخاوف المرضية: Phobias
  - الوسواس المتسلطة: Obsessive Réaction
  - الأفعال القسرية أو القهرية: Compulsive réaction
- ### 5-1 المخاوف المرضية (الفوبيا):

هي مخاوف وهمية لا أساس لها في عالم الواقع، كالخوف من الماء أو الأماكن العالية، والمريض لا يعرف سبباً لها ولا طريقاً للتحكم فيها. ويرى السلوكيون بأنها نوع من التعلم الشرطي السلبي، انتقلت فيه القدرة على إحداث الاستجابة من المثير الأصلي الطبيعي إلى بعض الظروف التي اقترنت بالمثير الأصلي في حادثة قديمة مرّ بها المريض في طفولته. وقد قامت دراسة إكلينيكية كشفت عما يزيد عن ثلاثين نوعاً من المخاوف، وأبرزها ما يلي:

Cynophobia	-	الخوف من الكلاب
Acrophobia	-	الخوف من المرتفعات
Astrophobia	-	الخوف من البرق
Agorophobia	-	الخوف من الأماكن المفتوحة
Clanctrophobia	-	الخوف من الأماكن المغلقة
Anthrophobia	-	الخوف من الناس
Aquaphobia	-	الخوف من الماء

وهناك الخوف من الققط والثعابين، النار، الحيوان، الظلام، الجسد الميّت، الحصان، المكروبات، الصاعقة، الزهور وغيرها من المخاوف (عطوف محمود ياسين، 1981: 175، 176).

وقد يأخذ المرض شكل الخوف الشديد من أشياء خاصة مثل الأسلحة والأدوات الحادّة. فيخشى الاقتراب منها، حتى لا تمتدّ إليها يده فيؤذي بها نفسه أو غيره، ويطلب من الأشخاص المحيطين به إبعادها عنه (إبراهيم وجيه، ب ت: 66 - 67).

## 5. 2- الوسواس المتسلطة (الأفكار الوسواسية):

وهي نوع من العصاب القهري (السيكاثينيا)، وهي عبارة عن الأفكار والخواطر المتسلطة على ذهن المريض، والتي يصعب عليه التخلص منها، فالزوجة قد يتسلط على ذهنها أن هناك من يستعد للاحاق الأذى بزوجها وأطفالها، وقد يتسلط على ذهن المريض صحة نسبه إلى والديه. وهذا ما يشكل خوفا عند المريض يدفعه للوساوس، فيقوم ببعض الحركات ليدفع عن نفسه هذه الأفكار كتقلص حركات عضلات العنق والوجه، أو ضرب الأرض بالقدم أو غيرها من التصرفات.

كما تتسلط الوسواس على الإنسان، فالأم تشعر بمجرد تأخر طفلها على المنزل أن ثمة مكروها قد أصابه، أو خطرا ما وقع له، وتبدأ لديها الشكوك المريبة (عطوف محمود ياسين: 1981، 177- 178).

وهذه الأفكار تمر بذهن المريض وتفرض نفسها عليه، يقاومها ويحاول طردها وإزاحتها، لكنها تلح عليه باستمرار، وغالبا ما تكون هذه الأفكار ذات طبيعة غير سارة، مثل أفكار عن الكفر والإيمان، عن طبيعة خلق الكون، أسئلة تعاود

طرح نفسها باستمرار... وكمثال عن ذلك، التساؤل بصفة متكررة ومستمرة عن السماء، لونها أزرق؟ هل أنا موجود حقيقة...؟ هل أنا حي؟.. أو أفكار عن الجنس و الأمراض التناسلية، أو المقارنة المستمرة بين ما هو حلال وما هو حرام، والتخوف من أن يكون أي فعل يدخل من باب المحرمات لدرجة أن المريض بعجز عن اتخاذ أي قرار أو بيت في أي موضوع. (دري حسن عزت: 1982، 104).

كما يمكن أن نلاحظ بوادر المرض عند الأطفال، فيظهر في صورة أعراض بسيطة مثل إدارة الوجه باستمرار لناحية معينة، فإذا حاولت الأم جذب رأس طفلها ناحيتها أو إلى ناحية ثانية، يرجع بسرعة رأسه إلى الناحية المعينة من جديد، أو مثل عدم نوم الطفل إلا إذا وضعناه على ظهره، أو عدم تناوله الطعام إلا في وعاء معين، أو استخدام أدوات أكل معينة... أو نحو ذلك ليس شرطا أن تستمر هذه الحالة مع الأطفال، فقد تزول مع تقدمهم في السن، ولكن، يجب أيضا أخذ هذه الأعراض بعين الاعتبار، إذا ما تم ملاحظتها لديهم، فهذا قد يدل على استعدادهم للمرض في المستقبل، ولذلك، يستحسن الانتباه لها، والبحث عن أسبابها، ومساعدتهم على التخلص منها حتى لا تتفاقم وتتطور إلى أعراض أخرى تتسلط عليهم في المستقبل.

هناك أيضا ما يسمى بالبطء الوسواسي، وهو سلوك يتميز بالبطء في أداء الأعمال وإنجاز الأنشطة المختلفة، كمثال الشاب الذي يقضي وقتا طويلا في ارتداء ملابسه، ويُفسّر هذا السلوك على أنه يرغب بالوصول إلى الدقة والكمال في الأداء والتفكير. (سعفان، 2003: 07).

### 3-5 الأفعال القهرية:

وهي نوع من العصاب القهري (أو الحصر القهري). وهي كالوساوس التي يقع بها السلوك تحت صورة قهرية إجبارية لا يعرف المريض سببا لها، ولا يكون له خيار فيها.

ومن الطقوس القهرية الحركية المشهورة، طقوس عدّ الأشياء، مثل النقود والسلالم وأعمدة الكهرباء، فالشخص الذي يكرر هذا الفعل يؤكد لنفسه أن الأشياء لم تنقص، أو أنه يريد امتلاكها كاملة. وقد نجد شخصا يكرر النظر إلى الخلف باستمرار ليؤكد لنفسه أنه لم يفعل شيئا هاما وراءه، أو أنه لم يقتل كائنا حيا دون أن يشعر بذلك، أو أن أحد الأفراد ينادي عليه وهو لا يسمعه. (سعفان، 2003، 07-08).

قد نجد أيضا شخصا يساوره الشك بأنه لم يغلق باب بيته -وهذا طبعا غير صحيح- وتسيطر عليه الفكرة لدرجة أنه قد يعود من منتصف الطريق إلى بيته من جديد ليقوم بإغلاقه، ويتكرر معه الأمر كلما غادر البيت.

وهناك شكل آخر للوساوس المتسلطة المنتشرة، وهو وساوس الخوف من العدوى وغسل اليدين باستمرار، وفيما تتسلط على المريض فكرة أنه سيصاب بالعدوى إذا لمس شيئاً أو صافح إنساناً، لذلك نجده يهتم بغسل يديه عدة مرات كل يوم. بل وفي بعض الأحيان يلجأ إلى استخدام المطهرات بدلا من الماء والصابون، وربما يصل به الأمر إلى تطهير الجسم كله بدلا من اليدين فقط لزيادة الاطمئنان علما أن كل هذه الأشكال المذكورة، يقتصر ضررها على صاحبها فقط، ولا تقوده إلى الجريمة في العادة. (وجيه، ب ت: 64-77).

لكن في بعض الحالات، قد تتعدى الأفعال القهرية إيذاء النفس إلى إيذاء الآخرين، مثل بعض حالات السرقة والإجرام وإحداث الحرائق، وبعضها يتصف بالتركرار أو التتابع، أو الأفعال المناهضة للمجتمع. (محمود ياسين، 1981، 178). وعليه فمن الأفعال القهرية التي تقود إلى الجريمة، نذكر السرقة القسرية أو هوس السرقة أو clatomania، التي يشعر صاحبها بأنه مدفوع نحوها دفعا قهريا، فيسرق رغم أنه غير محتاج، أو إشعال النار في البيت أو المزرعة. ولأهمية هذين النوعين من الأفعال التسلطية، نتعرض لها فيما يلي بنوع من التفصيل.

الكلتومانيا clatomania، هو مرض السرقة، فهو أحد الاضطرابات التسلطية حيث يخضع المصاب إلى فكرة تجعله يقدم على السرقة كلما أتاحت له الفرصة، من غير أن يعرف سببا لذلك، ولا حقيقة دافعه للسرقة، رغم عدم حاجته، بل وفي كثير من الحالات يكون المصابون بهذا المرض من الأغنياء الذين تتوافر لديهم الإمكانيات للحصول على هذه الأشياء، لكنهم يسرقونها. غالبا ما نجد هؤلاء المرضى من أوساط اجتماعية لا يمكن تصور أن أحد أفرادها يقدم على السرقة، ومع ذلك يسرقون، وفي بعض الأحيان أو أغلبها تكون المسروقات أشياء تافهة لا قيمة لها. والمصاب بالسرقة خلافا للّص العادي، هذا الأخير الذي يرتكب أعماله وهو يشعر بحقيقة دوافعه وبما يرتكبه، ويخطط مسبقا لجرائمه، عكس المصاب بالحالة التي نعنيها هنا، فهو يندفع إلى السرقة بلا تدبير ولا تروّي، بل وقد يسرق على مرآى من الناس بلا تحفظ، ولا ينكر في أغلب الأحيان ما يفعله، وإذا سؤل لماذا سرق؟... لا يستطيع الإجابة، أو يجيب باستجابات لا صلة بما فعله.

وقد دلت دراسات كثيرة على أن الأشياء التي يسرقها المصابون بهذا الاضطراب، لها صلة بالدوافع التي تسيطر عليهم... وتدل على هذه الدوافع، وغالبا ما تكون لهذه الدلالة رمزية، كأن يسرق رجل مصاب بهذا المرض، ملابس السيدات، مما قد يدل على دافع جنسي قوي مكبوت... ظهر بعد ذلك في تصرفه على هذا النحو... وهكذا.

كما مرض إضرام النار (البيرومانيا) يشبه مرض السرقة القسرية إلى حد بعيد، فالمصاب به يشعر برغبة قوية في إشعال النار فيما حوله، في الأشياء وفي البيوت وفي الشوارع وفي المزارع... وغيرها، وقد يتسبب الأمر في خسائر جمة، لكن ذلك لا يهمله طالما أنه يشبع رغبته، ويشعر بالراحة والسرور لذلك. (صحة النفس، د ت، 67-68).

## 6- المظاهر القهرية عند الأطفال: Impulsion symptoms

يتصرف الأطفال القهريون:

- تلقائيا، وبشكل عفوي، وفي معظم الأحيان تكون ردود أفعالهم الأولى للمواقف غير ملائمة.
- بطريقة مفاجئة واضطرابية.
- بطريقة غير مقصودة وليس على سبق إصرار.
- لا يحسبون حسابا للنتائج "ليكن ما يكن"، بالرغم من أنهم قادرين على وصف النتائج السالبة التي لا يحبونها.
- يتصرفون بشكل سريع وبدون تفكير.
- غير قادرين على تأخير رغباتهم، لذا فهم غالبا ما يوصفون بالمدللين.
- لا يخططون للمستقبل.
- كثيرا ما تكون سلوكيات القهريين مصحوبة بالعدوان، فهم يُلحّون على أقرانهم لتنفيذ رغباتهم وقد يقاتلون من أجل ذلك.

## 7- أسباب مرض الوسواس القهري:

لا يمكن أن نرجح سبب أي مرض إلى عامل واحد، بل إلى مجموعة من العوامل، وإن تغيرت درجة تأثير كل منها. كما توجد فروق فردية للاستجابة لتأثير الحدث الواحد، ويمكن حصر الأسباب التي تؤدي إلى مرض الوسواس القهري في:

### 1.7 - العوامل الوراثية:

الوراثة هي كل سلوك يتم توريثه من الآباء والأجداد إلى الشخص... تشارل داروين Charles Darwin اعتقد أن الخصائص العقلية والجسمية لكل شخص موروثه، وأنها تطورت من أجل الصراع على البقاء (لأن البقاء من وجهة نظره للأقوى والأفضل والأجمل والأروع، وأن العملة الجيدة تطرد من أمامها الرديئة). وكذلك إسهامات فرانسيس جالتون Galton Fracise، وهو أحد أقرباء داروين، الذي يرى أن الذكاء يورث والغباء كذلك... ويلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري، فقد وجدت العديد من الدراسات والبحوث (مثلا)، أن أولاد المرضى المصابين بالوسواس القهري

يعانون من نفس المرض، وكذلك الإخوة والأخوات، بل وباقي الأفراد في نفس الأسرة، ولا يمكن إرجاع ذلك إلى عامل الصدفة، بل إلى أثر الوراثة.

## 7. 2- الأسباب البيئية الاجتماعية:

يرفض أصحاب هذا الاتجاه وجهة نظر أصحاب الوراثة... بل أن الأقرب إلى الحقيقة أن مرض الوسواس القهري مثل أي مرض نفسي آخر، له أسباب نفسية وأخرى اجتماعية، وأن الحرمان من الحب الحقيقي ومن العاطفة والإحساس بالتقبل في البيئة التي كان يعيش فيها الشخص، وتحديدًا إبان فترة طفولته، كل ذلك ترك آثاره التي لا تمحى سواء على حالة الفرد الانفعالية أو العقلية أو حتى الإرادة والسلوك. كذلك وجدت العديد من الدراسات مدى تأثير جانب التربية من قبل الوالدين على الأبناء، وأن الأبناء الذين لديهم العديد من سمات الوسواس القهري يشجعون أولادهم في الغالب على اكتساب هذه الصفات، لأنها من وجهة نظرهم جيدة وتؤدي إلى النجاح، بل ويشعر الآباء بالسرور البالغ حين يجدون أن سماتهم انتقلت واندمجت في سمات أولادهم...

## 7. 3- الأسباب النفسية:

ولعل أهم الآراء في هذا الصدد رأي سيجموند فرويد Sigmund Freud، والذي أوضحه في رسالته المعنونة ب (الطابع الأسي والشعوري)... وأن السلوك الوسواسي تعبير عن استعداد عقلي معين على الأقل، مشابه للوراثة، ويمكن النظر إليه على أنه رد فعل دفاعي للأنا (ذات الشخص) ضد فكرة غير مقبولة وغير مسموح بها -على الأقل من الناحية الاجتماعية-. وأن (المرحلة) الفترة التي يتكون فيها هذا الاضطراب هي المرحلة الثانية من الطفولة وتحديدًا من سن السادسة حتى الثامنة، وإن كانت الأعراض كامنة ولا تظهر إلى في وقت متأخر. وحين تواجه الشخص أعباء أو أعمال جديدة غير مألوفة، هنا تتفجر السمات التي كانت كامنة وتنتقل إلى حيز التنفيذ.

وقد أفاض المحللون النفسانيون وصف المرحلة الأستية (الشرجية) (بالمنحنى الذهبي) والمرتكز الأساسي لبدء تكوين هذا المرض، حين تهتم الأسرة عادة بعمليات الإخراج والتدريب والضرب على ضرورة النظافة. مع وجود ميول سادية عدوانية اتجاه أي سلوك يخالف المألوف والمتفق عليه، وهنا تظهر لدى الطفل العوامل الأساسية المسببة للعقاب.

7. 3. 1- إلا أن الاتجاهات الحديثة من الفرويديون الجدد، يرون بأنه بدلا من ربط الشخصية للمريض المصاب بالوسواس القهري بالمجال الأسي الشرجي و فقط، لماذا لا يتم تفسير هذه الاستجابات على أنها مجموعة من الخبرات (بغض النظر عن نوعها، وما إذا كانت سارة أو مؤلمة أو حتى صادقة). بما دار في فترة الطفولة المبكرة، والتي ترسبت

في عقل ووجدان الطفل، مما يجعله يتصرف بأساليب معينة حتى يتحاشى ويتجنب أي تأنيب أو لوم أو حتى عقاب، وربما نظرات الاستهجان من قبل الآخرين.

7. 3. 2- الاتجاه السلوكي يرفض وراثته السلوك، أو ربطه بمرحلة نمو معينة، لكنه يربطه بالتعلم، فالشخص المريض بسمات قهرية ووسواسية وعانى منها، لم يجد غير هذه الأساليب في بيئته لكي يتعلمها، وبهذا يتعلم التردد وعدم النضج الانفعالي، عشق النظافة والترتيب والاهتمام بالتفاصيل، أخذ نفسه بالشدة والحزم، والميل إلى الروتين... (محمد غانم، 2004، 59-67).

7. 3. 3- قد يطور الطفل أفكارا خاطئة تنشأ لديه فيما بعد انفعالات راسخة وحادة، قد تؤدي بها إلى تطوير اضطرابات مرتبطة بهذه المخاوف، كالخوف من الموت (Louise Reid، 2002، 24) الطفل الذي لطالما وجد نفسه محاطا بالرعاية المطلقة، يطور نوعا من الحصر (L'anxiété) إذا ما وجد مجبرا على اتخاذ أي قرار، وتحمل مسؤولية ذلك القرار. \* حيث يجد نفسه في صراع، إذ لا يمكن أن يرجع ضعف قدرته على تحمل المسؤولية على والديه، اللذان لطالما أحاطاه بالرعاية والحماية والحنان، وبشكل مفرط، فكيف يمكن اليوم أن يقابل كل ذلك باللوم، ولذلك نجده يشعر بالغضب اتجاه نفسه، ولكن وفي الحقيقة، الصعوبة الوحيدة لديه مرتبطة باعتقاده الخاطيء حول تقديره لإمكانيته منذ الطفولة، لذلك فهو لم يتعلم كيفية اتخاذ قراره بنفسه (نفس المرجع السابق، 26) وقد تم وصف هذه الانفعالات بالسامة، كونها (تشدنا إليها) تشد المريض إليها، لحد إبقائه كسجين لديها، فهي تسيطر عليه إلى حد كبير (Reid، 40).

#### 6. 4- الأسباب الكيميائية:

حيث يرجع البعض أسباب الإصابة بالوسواس القهري إلى وجود خلل في كيمياء أو كهرباء المخ، وتحديدًا، وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعا أو حتى صورة ذهنية، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة الفرد مقاومتها، تماسا كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة وتستمر كذلك إذا لم يحركها الفرد إلى نغمة جديدة.

وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، ولذا يتبين للمخ عدم صحة الفكرة، لأن بقية اللحاء، أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة. (غانم، 2004، 68).

كما أثبتت فحوصات الأشعة المختلفة وجود زيادة نشاطها واندفاع الدم في بعض الأماكن في المخ، مثل الفص الأساسي (Basal Ganglia cingulum).

أيضا، وجد اختلاف في منطقة (Basal Ganglia Cudate) وكثير من الأمراض الراجعة إلى خلل في هذه المنطقة تكون مصاحبة للوسواس. (حجازي، 2009: ص 152).

يمكن القول أن السبب يعود إلى اضطراب في نوافل عصبية معينة في المنطقة المسؤولة عن الاستقرار النفسي من الجهاز العصبي، والمعروف بالجهاز القمي.

لذلك فإن الأدوية المستخدمة في مثل هذه الحالات (أي لعلاج مرض الوسواس القهري) هي مثبطات إعادة سحب السيروتونين الاختيارية، مثل أدوية بروزاك وكذلك أقراص أنفرانيل. وهذه هي الأدوية الوحيدة التي أثبتت فعالية في العلاج. وعادة ما يتم إضافة أدوية أخرى لتحسين التأثير الطبي وعلاج الأعراض المصاحبة مثل القلق النفسي.

## 8- طرق الوقاية من السلوك القهري:

### 8. 1- تأخير الجوائز وتأجيل الإشباع:

يجب أن يتعلم الطفل الانتظار، أي تأجيل الإشباع الفوري لحاجاته ورغباته، وهو أحد أهم الدروس في مرحلة الطفولة المبكرة. لكي يصل إلى الرضا بأدنى مستوى من الغضب والتوتر. إن عملية الانتظار يعلمها الآباء الحازمون لأطفالهم. فالطفل لا يستطيع أن يحصل على ما يريد ومتى يريد، وموقف الوالدين هنا مهم جدا، فالأب الغاضب والمتوتر يعلم ابنه أن عملية الانتظار عملية صعبة، ويلقنه خبرات سالبة، بينما الأب الإيجابي والحيادي يعلم ابنه أن الانتظار ضروري، وهو جزء هام في عملية النمو، حتى أنه يمكن استخدام بعض العبارات التي تساعد الطفل على تعلم تأجيل الإشباع، كأن يردّد الطفل "أنا لا أستطيع أن أكل كل الكعكة الآن، وإن فعلت فسوف أمرض". أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنًا، فإن مدحهم وتقديم الجوائز لهم شيء هام ومفيد.

كذلك فإن لعب الأطفال يمكن أن يكون طريقة مفيدة لتعليمه كيفية التصرف بشكل مناسب، مثلا، تمثيل دور يتطلب الصبر واحترام الآخرين، وتعليمه الانتظار.

8. 2- تعليم الطفل بأن أعماله لها نتائج على الآخرين، فهذا المفهوم يجب أن يرسخ في ذاكرته بشكل مبكر وواضح، حتى يساعدهم على تأخير الاستجابات، بحيث يُشرح لهم بأن قلة صبرهم وإلحاحهم في الحصول على الأشياء مباشرة يسبب مشاكل وإزعاج للآخرين.

8. 3- تعزيز سلوكيات الأطفال بإعطائهم جوائز كلما نجحوا في تأجيل رغباتهم.

8. 4- تعليم الأطفال حل المشاكل، وإقناعهم بوجود بدائل، فإذا طلب طفل من صديقه أن يلعب معه ورفض، لا يجب أن يغضب أو يحزن، فمناقشة صغيرة للبدائل مع الطفل تحل المشكلة.

8. 5- تعليم الأطفال القهريين التعبير عن ذواتهم، كأن يتعلم الطفل كيف ينتظر إعطائه دورا في اللعبة، أو أن لا يقاطع في الحديث ولا يُفسد الأفكار.

من المفيد أيضا هنا استخدام اللعب التظاهري، ليتعلم الطفل كيف يُفكر ويتصرف في مشكلة ما، كأن يمثل الأب دور الطفل الغاضب من صديقه الذي يرفض اللعب معه، فيقول "أنا لن أضربه حتى ولو كنت غاضبا منه"، وقوله أيضا "أنا سأذهب وأقوم بشيء آخر، سوف أتجاهله"...

كذلك يمكن استخدام الصور ورسوم الكرتون، كأن نرهب لوحة مكتوب فيها، "فكر قبل أن تتكلم"، أو نجعله يرسم وجها لشخص له أذنان طويلة، ثم نطلب منه أن يكتب في أسفلها "انتبه لما يقوله الناس"... ذلك أن الطفل يتعلم بواسطة الحواس والخيال.

## 9- الوسواس القهري قابل للعلاج؟

يعتبر الوسواس القهري مرضا طبيا مرتبطا بالمخ، ويسبب مشكلات في معالجة المعلومات التي تصل إلى المخ، وليست الإصابة بهذا الاضطراب لخطأ من المريض، أو أن شخصيته ضعيفة أو غير مستقرة. فقبل استخدام الأدوية الطبية الحديثة والعلاج النفسي المعرفي، كان الوسواس القهري يُصنف بأنه غير قابل للعلاج.

ومن جهة أخرى، استمر معظم الناس المصابين بهذا المرض في المعاناة. على الرغم من خضوعهم للعلاج النفسي لسنين طويلة. لكن العلاج الناجح لهذا المرض، كأى مرض طبي متعلق بالمخ، يتطلب تغييرات معينة في السلوك، وفي بعض الأحيان، اللجوء إلى الأدوية النفسية. (سواء نصر حجازي، 2009، 154).

ومما تجدر الإشارة إليه فإن علاج استحواذ الطفل أكثر نجاحا من علاج الراشد.

- شفاء تلقائي بفضل ديناميكية النمو.
- تصنيف الظروف التربوية والعلائقية في العائلة يكفي لشفاء البعض.
- في عدد من الحالات ينتج الاستحواذ عن تربية صارمة وصلبة، لذا يتطلب علاج الطفل مقابلات مع العائلة ونصحها باستعمال طرق تربوية مرنة.

ذلك أن العلاج النفسي يرمي إلى التخفيف من الإرغام والقلق والشعور بالغضب المخفي وراء الأعراض؟

- في حالات نظام استحواذي صلب غالبا ما تختفي اضطرابات أضخم وأخطر يستحسن حسب ج.برجوري j.Bergeret عدم علاجها كي لا يجرى الفرد من دفاعاته ضد التفكك.

- العلاج السلوكي:

يفيد في العديد من الحالات التي يطعن عليها الإشراف، باستعمال إزالة التحسس والطرق الأخرى.

## • العلاج الكيماوي:

دراسات تثبت أهمية بعض الأدوية مثل clamipramine التي جربت على عدد من الاستحواذيين، وأعطت نتائج جد مرضية (Rapport : 1989) تستعمل الأدوية المضادة للانهايار amtidepresseurs للتطيف من القلق.

وهذه المادة clonipramine لها مفعول كبير على الأعراض الاستحواذية، مما أدى بالباحثة إلى أن تعتبر هذه الاضطرابات كيبولوجية، وتنتج عن اضطرابات وظائف النواة في الدماغ وهدم مرتفع للكوكوز، ولا تأتي نتائج clomipremine عن مفعولها المعتاد للانهايار فقط، لأن الأدوية الأخرى لا تنجح.

## 10- علاج اضطراب الوسواس القهرية:

تتوزع أساليب العلاج لمرضى العصاب القهري بين أنواع متعددة جميعها تهدف إلى تخليص المريض من محتته العصابية القهرية، وفيما يلي أنواع العلاج:

### 10. 1- العلاج النفسي:

يحتاج المريض هنا للعلاج النفسي من أجل توضيح طبيعة الأعراض، وتشجيعه لتقبل العلاج، وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون، وخفض درجة مخاوفه على إمكاناته العقلية، وتبصيره بالأسباب التي أدت إلى ظهور هذه الأعراض، وتحديد المعنى الرمزي لأعراضه.

والعلاج النفسي لمرضى العصاب القهري يشمل عدة طرق هي:

### 10. 1. 1- العلاج بالتحليل النفسي:

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن العصبيين القهريين يحتاجون لفترة طويلة في العلاج بسبب جمود دفاعاتهم، لأن الأعراض لديهم تشكل جزءًا من بنية الشخصية، ومن هنا فإن المعالج يواجه بشخصية جامدة Rigid، وقد يواجه أيضًا بطرح سالب، أو كراهية، أو حشد للدفاعات، وقوة ميكانيزمات الأفكار ومحاولات الرفض. وينبه أصحاب هذا الاتجاه العلاجي إلى الصعوبات التي يواجهها المحللون النفسيون مع هؤلاء المرضى ويشيرون إلى تحديد فينكل fenickle لهذه الصعوبات كالاتي:

• صعوبة عملية الطرح، وبالتالي عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل النفسي.

• التغير المستمر في أعراض المريض، مما يجعل الاستمرار في تحليل الأعراض صعبًا.

- إن المريض بالعصاب القهري يصعب عليه الاسترخاء التام أو الخضوع لعملية التداعي الحر، نظرًا لمتابعته الحذرة لكلامه وسلوكه ونقضه لذاته، وارتفاع درجة حساسيته لطبيعته شخصيته القهرية.
- يعتمد المحلل في علاجه على استعمال الجزء المتكامل في الشخصية للتقدم البطيء في التحليل، وفي حالات الوسواس القهري المزمّن تكون الشخصية قد تداخلت مع المرض بطريقة يستحيل معها فصل أي جزء متكامل منها للنفاد إلى العلاج التحليلي.
- يتمركز المريض حول مثاليته بحيث يستحيل عليه الاقتناع بالتنازل عن تلك المثالية. والواقع أن علاج اضطراب الوسواس القهري باستخدام التحليل النفسي بقي في نطاق ضيق، وإنه يستخدم من قبل البعض أملاً في تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض.

إذاً يصبح بالإمكان علاج اضطراب العصاب القهري بواسطة العلاج السلوكي المعرفي، حيث أشرنا في بداية هذا الفصل أن الاضطرابات الوسواسية القهرية تنشأ من بين ما تنشأ منه من أسباب بيئية فتكون السمات القهرية متعلمة ومكتسبة. إضافة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي في معالجة هذه الأعراض لا يتطلب الوقت والمال والجهد مثل العلاج بالتحليل النفسي.

لذلك يحتاج المريض في بعض الأحيان لتغيير مكان عمله أو سكنه حتى يبتعد على الأقل عن مصادر الوسواس والأفعال القهرية خاصة إذا كانت لهذه الاضطرابات علاقة بمخاوف التلوث، أو ممارسة طقوس حركية معينة.

## 10. 2- العلاج السلوكي المعرفي:

يهدف هذا العلاج إلى تعديل السلوك القهري، ومصطلح (تعديل السلوك) يشير إلى عدد كبير من الفنيات التي تتميز بالتطبيق الصريح لمبادئ التشريط على المشكلات العصائية. وتتضمن هذه الفنيات ثلاثة أصناف أساسية هي كالاتي:

أ- **التحصين المنهجي Systematic Desensitization** أو الكف بالنقيض Reciprocal Inhibition لاستجابات الخوف. والقلق. وهنا ما يمر المريض بعدة خطوات. في البداية يقيم المعالج مدرجات من مواقف العلامات المرهوبة (مدرج القلق) الذي يمتد من أشد المواقف إثارة للخوف أو القلق، التي يكون على المريض أن يتعامل معها، ثم نأخذ هذه المواقف بالتدرج التنازلي حتى المواقف الأقل إثارة للخوف أو القلق. ويدرب المريض على طرائق الاسترخاء حسب تعليمات وإشراف المعالج. فيصبح المدرج عبارة عن تنظيم متصل في المواقف (حلقات) المترابطة من الأسهل إثارة إلى السهل، ثم الصعب حتى الأصعب أو الأشد إثارة، مع الاسترخاء المنظم. فالمعالج هنا يعلم المريض أن يتخيل واحداً من المواقف التي هي أقل إثارة للخوف أو القلق وأن يسترخي في الوقت نفسه، وبهذا فإن استجابات القلق تلقى التشريط

المضاد بمصاحبة الارتخاء العضلي مع موقف متخيل مخيف أو مقلق. عندئذ يتقدم المعالج بطريقة منهجية صعودا في تدرج القلق، وذلك بالتقدم نحو مواقف أكثر فأكثر شدة في تنفيذها وهو يداوم بانتظام على الارتخاء العضلي العميق مع هذه المواقف المتخيلة. وعندما تكون استجابات القلق لموقف ما قد لقيت (التشريط المضاد) أي بمعنى واجهت (الكف بالنقيض) يصبح حينئذ المريض مستعد لتخيل المنظر التالي من مدرج القلق لديه فولبه Wolpe.

ب- **التشريط المضاد النفوري Aversive Counterconditioning** ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي للتحسين باستخدام الاستئصال للمسالك التكيفية غير المرغوبة.

ج- **التعزيز الموجب Positive Reinforcement** ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي لإقامة مسالك تكيفية جديدة. أي تعليم المريض القهري أفعالا ومسالك تكيفية مناسبة (تعلم بديل).

حالات:

### الحالة الأولى:

قام كرافت Kraft بعلاج سيدة كانت تعاني من سرقة قهرية، وذلك باستخدام فنية أطلق عليها "العلاج بتبديل الاحتمالات الاجتماعية" بأن وجه إليها العبارة الآتية: (عندما تقومين بسرقة شيء ما من محل تجاري، وهذه هي مشكلتك القهرية، فإنه يجب أن ترسلي ثمن هذا الشيء إلى المحل في ظرف مغلق، وليس هناك ما يدعو إلى أن تكتبي اسمك أو عنوانك، وبعد ذلك يجب أن تعودى إلى هذا المحل وتأكدي أنك لن تسرقي في المرة الثانية)، ويقول كرافت Kraft أنها بعد فترة من تكرار هذا السلوك وجدت أنها قامت بشراء أشياء كثيرة لا تلزمها (وإن كانت قد دفعت الثمن)، وفي نفس الوقت كان المعالج يقوم بامتداحها عندما تذهب لزيارة المحل ولا تسرق، فامتنعت عن السرقة تدريجيا.

### الحالة الثانية:

قام ايزنك Eysenck بعلاج شاب يعاني من رغبة قهرية لغسل يديه باستخدام أسلوب (الكف بالنقيض) عن طريق بث الثقة بالنفس واستمر العلاج ثلاثة أشهر، وخلال هذه الفترة كان المريض يشجع بصفة دورية على أن يثق بنفسه.

### الحالة الثالثة:

قام كل من هودجسون ورخمان handjjonson riheiman بعلاج ثلاث حالات، وذلك باستخدام أسلوب (التحصين المنهجي)، الأول كان يعاني من غسل قهري لليدين، وكانت النتيجة مشجعة. والثاني كان يعاني من اضطراب قهري يتميز ببطء زائد وسلوك مدقق وطقوس، وقد تم توجيه العلاج نحو زيادة السرعة وتشجيع السلوك الذي لا يكون مدققا أو طقوسيا. وكانت النتيجة ناجحة نسبيا. أما الثالث فكان يعاني من (استمناء قهري) واستخدم أسلوب التحصين المنهجي، وكذلك أسلوب الكف بالنقيض وكانت النتيجة مشجعة. بحيث تم استخدام هذه الفنيات مع عدد أكبر من المرضى. (محمد الطيب، 1991).

ويؤكد المعالجون النفسيون السلوكيون أن كثيرا من أعراض مرض الوسواس القهري تتحسن بالعلاج السلوكي خلال مسار العلاج واستبصار المرضى بنزعاتهم. ويرى المعالجون أن حوالي (70%) من هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج الذي يتضمن فنيات سلب الحساسية (التحصين)، والتشريط المضاد.

### 10. 3- العلاج الكيميائي:

تفيد أحيانا العقاقير المضادة للقلق، والاكتئاب، والأدوية المطمئنة الكبرى في اختفاء التوتر والاكتئاب المصاحبين للوسواس، مما يجعل المريض قادرًا على مقاومته، ويرغب في الاستمرار بنشاطه الاجتماعي، وقد استطاعت هذه العقاقير أن تخفف بعض آلام الكثير من المرضى وتجعلهم يتكيفون اجتماعيًا. وقد ظهرت حديثًا العقاقير المضادة للاكتئاب والتي لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين (أنافريل، وبروزاك، فافارين، لسترال)، وأثبتت فعاليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب.

كما لوحظ أن عقار الكلوميبرامين Clomipramine له فعالية في علاج الوسواس القهري، وقد يظهر مفعوله متأخرًا بعد شهرين من بدء العلاج، وتظهر فاعليته بصفة خاصة في وجود طقوس قهرية، ويظل العلاج لمدة تتراوح من 6 شهور إلى عام قبل إيقاف العلاج.

## 11- الحالة:

طفل عمره 8 سنوات، يعاني من سلوك قهري سبب له الكثير من المشاكل، "كان يتكلم في الصف ويقاطع الآخرين باستمرار، ولا يطيع الأوامر في اللعب ولا يستطيع أن ينتظر"، يحصل على ما يريد، في الوقت الذي يريد، فتم تعليم الطفل ما يلي:

- الاسترخاء العضلي.
- التخفيض من حدّة تشاؤمه.
- تخفيض المشاعر السلبية لديه.
- دُرّب الوالدين على كيفية تعليم طفلهم حل المشاكل، كما علّماه أسلوب التحدث مع نفسه.
- \* بمساعدة المعلم المتخصص في حل المشاكل، ولمدة مرتين في الأسبوع، مع تعليم الطفل على البدائل لحل المشاكل المحددة التي تظهر في غرفة الصف، بدلا من الغضب والمقاطعة في الحديث، تعلم الصّبي كيف يكتسب أفكاره، وأن يقولها عندما يأتي دوره في التحدث، كما تعلّم كيف يفكر بشكل أحسن وأفضل من أن يقوم بما يريد كلما خطر على باله ذلك، كما تعلم التحدث مع نفسه كأن يقول "الأطفال يحبونني عندما لا أقاطع"، وهكذا تحول جوّ الأسرة من الغضب والتوتر إلى جوّ متفائل وأكثر جاذبية وإيجابية.

أصبح الطفل متفائلا وأقل تشاؤما وسلبية، وخلال شهرين، تحسن الطفل بشكل ملحوظ، وامتدحه كثير من الراشدين بشكل عفوي، لأنه أصبح أكثر قدرة على الانتظار وعلى احترام القوانين، سر هذا التغير المستمر هو تطوير الطفل

لمهارات ضبط النفس "Seft-control" في بيئة مشجعة باستمرار ومعتادة، ساعدته على كل خطوة تحسن أظهرها الطفل. (شيفر وملمان، 1999، 26).

#### • دراسة حالة (عصاب قهري):

طفل يبلغ من عمره 8 سنوات، وجه للأخصائي النفسي لمعاناته من صعوبة في الاكتساب الدراسي إذ أنه يهاب المدرسة ويقرأ بصعوبة ويرتكب أخطاء إملائية، وعلى الرغم من ذكائه فهو لا يستطيع التركيز.

إنه بكر والديه وله أخ يبلغ من العمر 5 سنوات، وأمه تشغل منصباً غير مستقر، ولذا كانت في فترات عملها تضعه في كفالة مربية، وقد ألحق بروضة الأطفال في الثالثة وتكيف معها جيداً لم يشعر والده بصعوبات الاكتساب التي يعانها إلا بعد التحاقه بالمدرسة.

وفيما يخص سوابق المريض فإن أهم عنصر هو عصاب الوسواس الخطير الذي يعاني منه الأب المداوي بعلاج كيميائي مكثف. وقد توقف عن العمل منذ ستة أشهر وأكثر. وكاد يمتنع عن كل نشاط على الرغم من أن اتصال الطفل مع الغير جيد فهو قليل التحدث ونادراً ما يقبل على الغير.

إنه يرسم باخرة لا يضع على متنها أحد ولا تتخذ هذه الباخرة أي اتجاه، ويصرح الطفل بأنها لا تمضي بعيداً لأن في ذلك خطر ثم يشرع في عدّ أصوات قطرات المطر الساقطة على الزجاج، فالكتب الموجودة في المكتبة ثم أشياء أخرى، وكاد يواصل هذا النشاط مدة اللقاء.

#### 12- اضطراب الوسواس القهري:

إن اضطراب الوسواس القهري (OCD) يعد المرض الرابع الأكثر تشخيصاً في العالم بشكل عام وفي الولايات المتحدة الأمريكية بشكل خاص. إن بالغاً من بين أربعين من الراشدين البالغين تنطبق عليه محركات اضطراب الوسواس القهري التشخيصية في مرحلة ما من مراحل حياته. ويتكون العلاج السلوكي من التعرض المباشر ومنع الاستجابة Exposure and response prevention، وهذا النوع من العلاج النفسي كان هو العلاج المعتمد والأوسع انتشاراً، والخيار الوحيد لعلاج الوسواس القهري حيث أظهر 75% من مرضى الوسواس القهري الذين عولجوا به تحسناً ملحوظاً. واستمر التحسن من دون انتكاس بشكل عام بعد توقف العلاج السلوكي (لكن المؤلف لم يحدد طول مدة عدم الانتكاس). كما أن الأدوية المنشطة لإفراز السيروتونين - كهرمون دماغى من النواقل العصبية، مثل أنافرانيل Anafranil، ومضادات الاكتئاب كالبروزاك Prozac، والباكسل Paxil، قد تبين أنها فعالة في علاج الوسواس القهري ومع ذلك، فإن معدلات الانتكاس

بعد العلاج بالأدوية الطبية النفسية تصل إلى 89% إذا لم يصاحبه العلاج السلوكي. أما إذا تم خضوع المرضى للعلاج السلوكي والطبي معًا، فإن 89% من المرضى لا ينتكسون.

ولكن الوقت الراهن يشهد نموًا مطردًا في الإنتاج العلاجي البحثي للعلاجات المعرفية Cognitive treatments للوسواس القهري. فقد تبين في التسعينات المبكرة - عبر ثلاث دراسات علاجية معرفية كانت تفحص قُدْر كفاءة العلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy، أنه علاج فعال للوسواس القهري ولا يقل كفاءة عن العلاج السلوكي. وكذلك افترض "سالكوفسكس Salkovskis" (1989) أن الجمع بين العلاج السلوكي وبعض أساليب العلاج المعرفي سيققل جوهريًا تسرب المرضى من الجلسات العلاجية ويمنع الانتكاس، ويرفع النسبة المئوية للتحسن وفرص الشفاء وفعالية هذا النمط العلاجي.

ويعرض هذا الفصل للنموذج العلاجي الذي يستخدم كلاً من أساليب العلاج المعرفي والسلوكي معا لمهاجمة المخططات المعرفية Cognitive schemas التي يفترض أن مرضى الوسواس القهري يطورونها.

### 13- الوصف العيادي لاضطراب الوسواس القهري:

لكي يتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري وفقًا لمحكات الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV, 1994) لابد أن يعاني المريض إما من الوسواس Obsessions، أو الأفعال والطقوس القهرية Compulsions. والوسواس عبارة عن أفكار وسواسية معاودة ملحة ومتكررة، واندفاعات Imulses أو صور خيالية تسبب للمريض كربًا نفسيًا شديدًا كلما أراد أن يجمعها ويكفها. وتُعرف الأفعال القهرية على أنها طقوس Rituals متكررة، أو أنماط من الأفعال والتصرفات المتكررة أو الأحداث والأفعال العقلية (الذهنية) Mental acts التي يشعر المريض بأنه مجبر على فعلها لكي يقلل حدة الكرب النفسي وفي الحقيقة أن معظم المرضى يعانون من الوسواس والأفعال القهرية. ويظهر معظم المرضى تجنبًا حقيقيًا للمواقف التي تثير لديهم المخاوف الوسواسية والأفعال القهرية أو واحدًا منها.

### 14- النموذج السلوكي للوسواس القهري:

يؤكد النموذج السلوكي Behavioral Model دور التشريط Conditioning في اكتساب اضطراب الوسواس القهري والاحتفاظ به، كأفكار وأفعال وعادات جديدة تم تعلمها. وتُظهر الدراسات المسحية أن 80% من جمهور الأشخاص العاديين أقروا بأن كل واحد منهم عانى عددًا من المرات على مدى حياته من الأفكار المقتحمة لذهنه Intrusive thoughts شبيهة بالوسواس المرضية التي يعاني منها مرضى اضطراب الوسواس القهري. ومع ذلك يظهر مرضى اضطراب

الوسواس القهري بشكل عام معاناة شديدة من الكرب النفسي الذي يُسبب لهم هذه الأفكار المقتحمة والمتكررة. وغالبًا ما يكمن خلف هذه الأفكار الوسواسية مجموعة القيم والمعتقدات الخاطئة المتماسكة values and beliefs أو واحدة منها. ويشعر مرضى الكرب الانفعالي Emotional distress patients أنهم في نهاية الأمر سيرتبطون بهذه الأفكار الوسواسية عبر عمليات طويلة من الإشراف التقليدي Classical conditioning. ويكمن الأساس الحقيقي لهذا الاضطراب في أن المرضى يشعرون بالكرب طوال الوقت الذي تقتحم فيه الأفكار الوسواسية أذهانهم أو عقولهم، ومن ثم فهم يطورون مخاوف أو رهابًا شرطيًا Conditioned phobia يرتبط بأفكارهم الوسواسية، وغالبًا ما يحاول هؤلاء المرضى مواجهة أفكارهم الوسواسية بمحاولتهم تجنب التفكير فيها، بالإضافة إلى كونهم -في الوقت نفسه- يتورطون في القيام بأفعال وتصرفات محددة كمحاولة منهم لتخفيف أو تقليل حدة الكرب النفسي والقلق الذي يعانون منه. فالخوف مثلاً من التلوث بالقاذورات، يدفعهم لتكرار غسل أيديهم، كما قد يدفعهم إلى تجنب المواقف التي تثير أفكارهم الوسواسية كذلك. وينتج عن مثل هذه الأفعال القهرية بصفة عامة انخفاضًا مؤقتًا في حدة الكرب والقلق النفسي، الأمر الذي من شأنه بعد ذلك دعم السلوك المرضي.

وهناك مشكلتان ترتبطان بأنماط الأفعال والسلوك التجنبي وأنماط السلوك التعويضي Compensatory behaviors. وتتبدى المشكلة الأولى في أن محاولة المريض عدم التفكير في شيء ما يجعله يفكر في هذا الشيء مضطرًا أو مجبرًا، بمعنى آخر، كلما حاول المريض تجنب التفكير في الأفكار الوسواسية التي يعاني منها، ألحت عليه وعاود التفكير فيها مرات عديدة، أما المشكلة الثانية، فتتمثل في أن الراحة النفسية التي تسببها له الأفعال القهرية - استجابة لضغط الأفكار الوسواسية- تعد فقط راحة مؤقتة لا تدوم إلا مدة قصيرة جدًا. ولأن الأفكار الوسواسية ذات طبيعة ملحة ومعاودة ومتكررة، فإن الأفعال القهرية -كعمليات تخفيف وتعويض وراحة- ستتكرر باستمرار ومن ثم فهي دائرة تغذي بعضها بعضًا ولا تنتهي (عمليات الدائرة المرضية المفرغة) والنتيجة النهائية هي المعاناة من اضطراب الوسواس القهري.

وتم اختراع العلاج السلوكي التقليدي لاضطراب الوسواس القهري لكسر هذه الترابطات الشرطية والاستجابات الشرطية. وهو يتكون من أسلوبين علاجيين هما:

- التعرض المباشر للأفكار الوسواسية المخيفة Feared thoughts.
  - ومنع استجابات التجنب والطقوس القهرية المعتادة أو منع إحداها.
- ويسمح أسلوب التعرض المباشر للمرضى باكتشاف أنهم إذا ما ركزوا على أفكارهم الوسواسية المخيفة أكثر من تركيزهم على تجنبها، لن يترتب على ذلك عواقب وخيمة وسيقل الكرب والقلق شيئًا فشيئًا حتى يتلاشى تمامًا. ويعد

أسلوب منع استجابات الأفعال القهرية أمرًا ضروريًا تمامًا لأن المرضى ربما يستخدمون الطقوس القهرية لتجنب المعاناة من القلق المرتبط بالتعرض المباشر للأفكار الوسواسية الأمر الذي سيحد من فعالية وتأثير أسلوب التعرض. كما أن البحوث قد أشارت إلى أن استخدام أسلوب واحد منهما دون الآخر لم يكن له تأثير علاجي ولا فعالية الجمع بين الأسلوبين لأنهما يفكان الترابطات الشرطية بين الأفكار الوسواسية والأفعال والطقوس القهرية.

## 15- النماذج المعرفية لاضطراب الوسواس القهري:

لقد اقترح "سالكوفسكس solkovskis (1989) وفان أوبن Van Oppen وآرنتز Arntz 1994 نماذج معرفية لتفسير منشأ اضطراب الوسواس القهري، إن كلا النوعين من النماذج السلوكية والمعرفية ينظران إلى الأفكار المقترحة على أنها أفكار طبيعية، ولكن الذي يجعل هذه الأفكار تكتسب الصبغة المرضية واستمرار الرابطة بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية (أي استمرار المعاناة من الوسواس القهري) هو اعتقادات Belifs المرضى حول أفكارهم المقترحة، ولأنهم بسبب هذه الاعتقادات الخاطئة، يميلون إلى المبالغة في تقدير Overestimate:

- احتمالات حدوث وتكرار حدوث الأحداث السلبية.
- وما ينجم عن هذا الحدوث المتكرر من خسائر.
- ودرجة المسؤولية التي يجب عليهم تحملها.
- والعواقب التي ستترتب على تحملهم لهذه المسؤولية.

بمعنى آخر، إن مرضى اضطراب الوسواس القهري ينشطون مخططات معرفية ذات طبيعة مهددة وخطرة، ومخططات معرفية تحملهم مسؤولية جسيمة. وأكد جوايدانو Guidano وليوتي Liotti (1983) قدر حاجة مرضى اضطراب الوسواس القهري للتفكير الكمالي Perfectionistic thinking والكمالية Perfectionism في كل شيء يفكرون فيه أو يقومون بفعله، لتقليل معاناتهم من الكرب النفسي والشعور بالأمن النفسي. وينصب تأثير العلاج المعرفي على مهاجمة الاعتقادات الخاطئة لدى مرضى الوسواس القهري بتعديلها وإعادة صياغتها أو تبديلها أو تنفيذها، وهي الاعتقادات التي تدور حول الأفكار الوسواسية، ولا ينصب على الأفكار الوسواسية ذاتها. أما الآن فقد تطور كثير من النماذج والأساليب العلاجية المعرفية التي تقتضي على كل من المخططات والاعتقادات الخاطئة والأفكار الوسواسية ذاتها.

## 15.1- مثال لدراسة حالة:

يتم العلاج أو نموذج العلاج المعرفي السلوكي الذي The cognitive behavioral treatment model تم استخدامه في علاج هذه الحال التي نعرضها كمثال، بثلاث مراحل تتكون المرحلة الأولى من التقدير النفسي العيادي، وتعليم المريض،

وإعداده أو تجهيزه لتلقي العلاج المعرفي السلوكي، أما المرحلة الثانية، فتتكون من التعرض للأفكار الوسواسية خيالياً ومنع الاستجابة، وتتضمن المرحلة الثالثة وهي مرحلة بطبيعتها مفتوحة النهاية، على تنفيذ وعلاج المخططات المعرفية باستخدام بعض أساسيات العلاج المعرفي، لأنها هي التي تعمل على بقاء واستمرار الأفكار الوسواسية والمعاناة من كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والصعوبات التي يواجهها مريض الوسواس القهري عند أدائه الحياتية المتنوعة والمتباينة، ولأن إجراءات تطبيق أسلوب التعرض التخيلي للأفكار الوسواسية ومنع الاستجابات القهرية تم عرضها ووصفها بتوسع في موضع آخر، فإن هذا الفصل سيركز فقط على عرض المرحلة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القهري.

### تاريخ الحالة (خلفياتها):

كانت أول مكالمة هاتفية حول حالة روبرت Robert تلقيتها من والدته، أخبرني أن ابنها الذي بلغ من السن خمسة وعشرين عاماً يعاني من اضطراب الوسواس القهري منذ عدة سنوات، وعرضته حديثاً على طبيب نفسي، الذي عالجه بدواء البروزاك prazac، ومع ذلك، أصبح روبرت قلقاً بعد ما قرأ عن آثاره الجانبية السلبية كالدوار والغثيان، ومن ثم فقد رفض الاستمرار في العلاج الطبي، وذكرت لي والدته كذلك أنها عانت من القلق لعدة سنوات، كما كانت والدتها تعاني من اضطراب الوسواس القهري. وبعد انتهائها من المقابلة معي وتأكدتها من طبيعة العلاج النفسي الذي تقدمه لمرضى الوسواس القهري، ضربت لابنها روبرت موعداً للانتظام في العلاج المعرفي السلوكي بعد إعداده له.

حضر روبرت إلى الجلسة الأولى كشاب جذاب ذي بنية هزيلة ولكن حسن المظهر ومهذب، بادي عليه القلق إلى حد ما. وبدأ وصف تاريخه مع المخاوف الوسواسية والطقوس القهرية التي غالباً ما انحصرت في الأفعال المتكررة والذي بدأت المعاناة منه وهو في سن العاشرة، وذكر أن حالته المرضية قد ساءت بشدة في السنتين الأخيرتين، وأنه يعزي ذلك لشعوره الشديد بالقلق، وذلك عندما بدأ ينخرط في مهنته وعمله كمصور. وتتناهى الآن وتكرر الطقوس القهرية يومياً عدة ساعات (ولم يحدد عددها). وعند الشعور بالخوف والقلق يظل يتنفس بصوت مرتفع لمدة ساعة ونصف الساعة ليلاً، وتتضمن الطقوس الأخرى فتح بعض ملفات الصور بالحاسب الآلي وإعادة غلقها في العمل بلا مبرر، وتكرار طباعة الصور الضوئية داخل حجرة مظلمة، والاستمرار على هذه الحال حتى تتوقف أفكاره ومخاوفه الوسواسية تماماً، أو يستطيع طباعة الصور الضوئية من دون صدور الأفكار الوسواسية. كما أنه يعاني شدة النقر Tapping وتكراره بأنماط مختلفة على كثير من الأشياء المتباينة في الحجرة التي يعمل بها، ويقوم بعدد من الطقوس القهرية في الحمام وتكرر هذه الطقوس مئات المرات.

وتشمل مخاوف روبرت الوسواسية، الخوف من التقيؤ Vomiting، والعدد 13 (ثلاثة عشر)، وأن وجهه سيشوه ويتحطم في حادث سيارة، أو عند سقوط الطائرة التي يقلها، ويخاف وسواسيا من توقعه لموت أحد أفراد أسرته. كما أنه يتجنب ركوب الحافلات Buses، والمراكب Boats، والطائرات. ويتجنب النزول والسير في شوارع معينة لأنها أصبحت مرتبطة لديه بأفكار وسواسية محددة. ويتجنب شراء أسطوانات أو أقراص CD's مدمجة للأغاني التي غناها وعزف موسيقاها موسيقيين قضوا نحبهم في حوادث الطائرات. ويتجنب كذلك تناول أطعمة محددة لظنه الوسواسي وخوفه من كونها قد تصيبه بالمرض.

وذكر روبرت أنه قد نشأ ونما في أسرة مستواها الاقتصادي الاجتماعي يتراوح بين المرتفع والمتوسط، وتقطن في إحدى الضواحي المتحضرة، علما بأن والديه كانا قد تطلقا منذ خمس سنوات، ولديه أخت تكبره بسنتين، وكان والده يعمل وكيلا لمكتب محاماة ثم محاميا، ولكن لا وجود له في حياة روبرت تماما، على عكس والدته التي يرتبط بها عاطفيا واجتماعيا تماما، وعلاقته بها علاقة متينة، وذكر لي كذلك أن والدته كانت قلقة جدا، وعانت من القلق فترة طويلة حول فكرة مؤاها أن شيئا ما سيحدث لواحد من طفليها (أنا وأختي)، وبالطبع كانت تتصور أنه شيئا سيئا، ولذلك كنت تجدها مثلا، تذهب معنا إلى المدرسة، واستمرت على هذه الحال حتى وصلنا المدرسة المتوسطة (المرحلة الإعدادية في مصر). وحتى الآن وعلى الرغم من كوني "أختي وأنا" أصبحنا في العشرينيات من أعمارنا، فإنها لازالت تأخذ أرقام هواتفنا لتطمئن علينا كل مدة عددا من المرات هاتفيا، وتعرف المكان الذي نوجد فيه الآن، وهل هو مكان آمن أم لا، ويعيش روبرت الآن مع أمه وأخته، وعندما يناقش والدته في أمر استقلاله والعيش بمفرده في مكان أو بيت آخر تقول له والدته عليك الانتظار حتى تأخذ قرار الزواج أو تتزوج بالفعل، علما بأن هذا أمرا ثقافيا ليس سائدا في مجتمعهم أو في ضاحتهم.

ويطمح روبرت أن يحقق ترقية وتقدما في مهنته كمصور بحيث يصبح مصورا تجاريا (في مجال تصميم الإعلانات والدعايا التجارية)، ومع ذلك، فإنه الآن يدير مكتبا في شركة صغيرة للتصوير، ولم يحقق إلا قليل من التقدم في أعمال التصوير الجذابة والتي تشد الآخرين، كما أن صديقه الجامعية قد أنهت علاقتها به منذ ثلاث سنوات بسبب مخاوفه الوسواسية وطقوسه القهرية، ولم يتعرف على أخريات، ومنذ أن انفصل عن صديقه لم يمارس الجنس مع أخريات إلا مرتين فقط على مدى ثلاث سنوات

• المرحلة الأولى: التقييم النفسي العيادي وإعداد روبرت للعلاج النفسي

الجلسات من الأولى إلى التاسعة:

بعد جمع المعلومات السابقة عن حالة روبرت، بدأت أشرح له منشأ اضطراب الوسواس القهري وأعراضه، وحدة المعاناة منه، وطلبت منه أن يبدأ في قراءة كتاب كيف توقف الوسواس وبعد ذلك تعلم روبرت أساليب متعددة للاسترخاء وطلبنا منه أن يكتب لنا جميع الطرق التي تجعل حياته تصبح أيسر وأفضل إذا ما تخلص من طقوسه القهرية، وطلبنا منه هذه القائمة لنحصل على قائمة بمزايا وعيوب أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، وبعد هذا التدريب، عبر روبرت عن حاجته الشديدة للدخول في البرنامج العلاجي

بعد ذلك طلبنا منه أن يسجل كل أفعاله وطقوسه القهرية على مدى أسبوع كامل، وكشفت لنا قائمة الطقوس عن اتساق واستقرار دائم لعدد محدد من الطقوس القهرية المتكررة، وذكر روبرت ملاحظة مهمة للغاية مؤداها أن تدريبه على المراقبة الذاتية Self monitoring قد انتهى به إلى نقص في الطقوس القهرية، وتحسنت حالته النفسية لهذا السبب بعد ذلك طلبنا منه أن يدخل في تجربة علاجية الهدف منها منع الطقوس والأفعال القهرية من الصدور، باتباعه أسلوبية علاجين هما: أن يقوم بهذه الطقوس ببطء شديد، وأن يقوم بكل فعل أو طقس قهري على حدة ببطء شديد، وأن يقوم به عددا من المرات أكبر من العدد الذي كان يصدر به الفعل القهري أسبوعيا حتى تحدث له عملية كف وقرف، أو يؤجل الاستجابة للقيام بالفعل القهري أطول مدة ممكنة، لقد اندهش روبرت لأنه اكتشف أنه عندما كان يؤجل صدور الفعل القهري ولو لعدد قليل من الدقائق، فإن إلحاح الطقس غالبا ما يتبدد وينتهي أو يتأخر لفترة طويلة. وضعنا جدولاً للتعرض التخلي ومنع الاستجابة على مدى الأسابيع الثلاثة التالية، بحيث كان روبرت يتلقى جلسة في أول كل أسبوع يتدرب فيها لمدة تسعين دقيقة على التعرض التخيلي Imagin للمخاوف الوسواسية، ويتلقى جلسة أخرى في نهاية الأسبوع مدتها خمس وأربعين دقيقة لمراجعة قدر التحسن والتقدم ووضع خطة يقوم روبرت بمقتضاها بالتعرض الذاتي المباشر والواقعي في الحياة exposure in vivo الاجتماعية للمواقف التي كان يتجنبها حتى لا توظف وساوسه وطقوسه القهرية، وطلبنا من روبرت أن يوقف الطقس أو الفعل القهري بمجرد أن يبدأ في عملية التخيل أو التعرض لأي فكرة وسواسية أو لأي موقف يثيرها، كما طلبنا منه أن يفكر فيما إذا كان يفضل إيقاف جميع الطقوس والأفعال القهرية في الحال، أي عند اللحظة التي تلح عليه، أم يفضل إيقاف الأفعال القهرية وفقا لارتباط كل فعل قهري منها بكل خوف من المخاوف أو الأفكار الوسواسية على حدة، حتى يحدث التعرض التخيلي أو في الواقع بالتدريج

• المرحلة الثانية: التعرض ومنع الاستجابة

\* الجلسات من العاشرة حتى الرابعة عشرة:

ذكر روبرت في بداية الجلسة التالية أنه أصبح لا يبالي ولا يهتم بالأفعال القهرية أصبح "كالديك الرومي البارد Cold torkey"، ولم يعد يصدر أية أفعال قهرية منذ عدة أيام وكان فخورا بذلك، ومع ذلك فقد حذرناه بأن الانتكاس أمر وارد ومحتمل جدا في حالات الوسواس القهري، وأنه ينبغي ألا يحبط إذا ما حدثت الوسواس والأفعال القهرية مرة أخرى حسب قانون العودة التلقائية، وبدأنا تدريبه على مزيد من التعرض التخيلي، وأثناء التدريب على التعرض التخيلي، كان يطلب من المريض أن يتخيل نفسه داخل الموقف الذي يرتبط بالقصص والحكايات التي ترتبط بالمخاوف والأفكار الوسواسية التي تثيرها هذه المواقف، ولكي نساعد المريض على تفعيل إداركه للمنظر ورؤيته له بصريا، ولكي يصبح أكثر اندماجا فيه بشكل انفعالي، طلبنا منه كثيرا من التفاصيل التي يتم روايتها من قبل المعالج حول هذا المنظر، كأن يذكر نوع الانفعالات أو الإحساسات الجسمية التي يشعر بها ويخبرها أو ما هي الأفعال التي كان يقوم بها وأثناء حوار للمريض وأثناء التعرض التخيلي للنماذج والمواقف المثيرة للمخاوف والأفكار الوسواسية، كان يتم تسجيل درجة القلق أو الكرب النفسي على مقياس تقدير ذاتي يتراوح بين صفر (لا يوجد قلق أو كرب نفسي)، إلى مائة (أعلى درجات القلق والكرب النفسي) وكان يتم تسجيل الحوار على شريط تسجيل ليسمعه المريض مرات أخرى خلال إنجازه لواجباته المنزلية، ونظرا لتكرار سماع المريض لهذا الحوار أثناء التدريب على التعرض التخيلي في الجلسة ثم أثناء إنجازه لواجباته المنزلية، انخفض لديه بشدة مستوى القلق والكرب النفسي ويشير هذا التدريب والتعويد إلى أن الرابطة الشرطية بين التفكير الوسواسي والقلق النفسي قد ضعفت إلى حد كبير

كان الموقف الأول ضمن قائمة المواقف المتدرجة في إثارة مخاوفه الوسواسية وطقوسه القهرية هو الخوف من تشوه وجهه في حادث السيارة قبل التعرض لتخيل هذا الموقف أو المنظر الذي يخيفه، فذكر لي أنه مشغول جدا وخائف من أن تشويه وجهه يجعل شكله بشعا ومقززا للدرجة التي تجعل أية فتاة أو سيدة تعوفه وترفض الارتباط به أو حتى مواعدهته واللقاء معه، وربما لا يجد أي وظيفة يعمل بها قمت بعد ذلك، أي بعد تخيله لهذا المنظر بطرح مزيدا من التفاصيل على مسامعه، بأنك بالفعل الآن قد وقعت لك الحادثة، وأنتك بالفعل تجد نفسك عاجزا تماما عن الحصول على عمل أو وظيفة، وترفضك كل الفتيات والسيدات اللائي أردت التعرف عليهن ومع كل هذه الحوارات والإحباءات لم يرتفع مستوى القلق لدى روبرت عن أربعين درجة حسب تقديره الشخصي أو الذاتي من مائة، وأنه قد تعود على معايشة المنظر بسرعة. تحركنا بعد ذلك لعلاج الموقف المخيف الثاني في المدرج الوسواسي، وهو التقيؤ لسوء الحظ، ارتفع مستوى القلق إلى ذروته لدى روبرت وهو في منتصف الوقت المتاح للتعرض التخيلي بطريقة فجائية، ومن ثم لم يوجد وقت كاف يسمح له بالتعود الكامل على هذا الموقف (أو المنظر) هبط مستوى القلق من تسعين درجة إلى ستين درجة مع مرور

الوقت، ولكن كان من الضروري استخدام أسلوب العلاج السلوكي بالتشتيت (Distraction technique) (حيث طلبنا منه وصف الأشياء الموجودة بالمكتب) لتخفيف حدة قلقه قبل مغادرة الجلسة.

وفي الجلسة التالية التي عقدناها بعد مرور يومين من الجلسة السابقة، ذكر روبرت أنه شعر بقلق شديد جدا بعد الجلسة السابقة، ومن ثم فقد قام ببعض الأفعال والطقوس القهرية، وأنه عجز تماما عن الاستماع بإنصات لشريط التسجيل ليقوم بإنجاز واجباته المنزلية فقررت أنه من الأصح قبل تنفيذ برنامج هذه الجلسة، والذي كان سيدور حول تدريبه على التعرض المباشر في الحياة، من الأصح أن نعيد التعرض التخيلي لموقف خوفه من التقيؤ Vomiting. وخططت أن يتاح له وقت طويل لتأكد بأن هذا الوقت يسمح له أن ينخفض مستوى قلقه بالفعل أثناء الجلسة، ووافق روبرت على هذه الخطة. وعندما ذكرت العبارات ذاتها التي تقوم بتفعيل منظر التقيؤ، لم يرتفع مستوى القلق لديه عن خمس وعشرين درجة، مما جعله شديد الدهول والاندهاش. ففسرت له ذلك، بأن عملية التعويد Habituation قد أتت ثمارها. وبالفعل تخلي روبرت عن التعرض التخيلي لمنظر التقيؤ إنجازا لواجباته المنزلية، وبدأ يعرض نفسه ويواجه المواقف التالية لها في مدرج المخاوف الوسواسية، وهي المواقف التي عادة ما كان يتجنبها. إن خبرة انخفاض القلق لديه، التي كان يشعر في البداية بأنها مهددة له، قد شجعتة سريعا ودفعته للتمسك بقرار الاستمرار بالعلاج السلوكي، ومن ثم فإنه على مدى أسبوعين فقط قمنا بالتعرض التخيلي لكل ما تبقى من مواقف في مدرج المخاوف الوسواسية، حيث تعود روبرت على كل موقف منها بسرعة ولم يعد مهددا له. وأظهر بعض النفور والمقاومة للإستمتاع للشرائط المسجلة بين الجلسات لأنها تجعله يشعر بأنه "غير نظيف"، فأخبرته أن هذا نوع من التجنب، وشجعتة على الاستماع إلى شرائط التسجيل يوميا. واستمر روبرت كذلك في التعرض المباشر التخيلي كواجب منزلي لكل موقف من المواقف التي كان يتجنبها والتي يضمها مدرج المخاوف الوسواسية.

ذكر روبرت في نهاية الأسابيع الثلاثة التي تم تخصيصها لتدريبه على التعرض التخيلي والتعرض الواقعي (في الحياة)، أنه قد حدث له تقدم ملحوظ ومعتبر. إنه قد أصبح أقل معاناة من أفكاره الوسواسية، كما انخفضت معدلات صدور الطقوس القهرية من عدد معين من الساعات يوميا إلى عدد قليل جدا أسبوعيا، وأصبح قادرا على أداء أشياء كان يشعر بالعجز عن أدائها مسبقا، كركوبه حافلة، والسير في شوارع كان يتجنب السير فيها مسبقا. كذلك ذكر وجود تقدم في جوانب من شخصيته لم تكن هدفا من أهداف علاجه. مثال ذلك، حينما ذكر أنه لديه القدرة الآن لمعارضة والدته في بعض الأمور التي تخصه من دون أي شعور بالذنب وأنه أصبح قادرا على تقليل اعتذاراته عن الأخطاء التي يرتكبها في عمله، بالإضافة إلى أنه بدأ يعمل على تسجيل وكتابة سيرته الذاتية كمصور محترف لكي يقدمها لجهات أكثر تقدما.

وتناقشت مع روبرت حول ضرورة تلقيه بعض الجلسات الإضافية لتثبيت مكاسبه العلاجية والعمل على منع الانتكاسة ثم بعد ذلك نتهي العلاج النفسي. ومع ذلك، فإن روبرت وأنا كعلاج شعرنا بأن هناك جوانب عديدة في حياته يمكن أن تفيد تماما من الاستمرار في تلقيه العلاج المعرفي السلوكي، ومن أبرز هذه الجوانب المخاوف الوسواسية التي تدور حول تقدمه وتحقيق طموحاته المهنية، وضعفه الواضح في اهتماماته الخيالية العاطفية والجنسية، وصراعه وخلافاته مع والده التي تصر على عدم استقلالية وعيشه في منزل خاص به إلا بعد أن يتزوج، هذه بعض الأمثلة التي تعد أهدافا علاجية مهمة، ومن ثم فقد اتفقنا على مواصلة العلاج المعرفي السلوكي بواقع جلسة أسبوعيا.

### المرحلة الثالثة: العلاج المعرفي للمخططات المعرفية المضطربة

الجلسات من 15-52:

ظهرت مجموعة من المخططات المعرفية المشوهة أثناء الجلسات السبع التالية، ومن ثم فقد استخدمنا العلاج المعرفي ذكر روبرت أنه دائما على خلاف مع والدته ومع رغباتها التي تبدو له رغبات سيئة، ولكنه يخشى أن هذا الخلاف الذي أصبح بالنسبة له نوع من الصراع النفسي، قد ينتهي به حدوث طقس وفعل قهري سيء يتمثل في التقيؤ، ومن ثم فقد بدأ في التعبير عن الخلاف معها وعدم طاعتها، وتحدد نفوره منها واعتراضه الثابت عليها في شكل فعل قهري يعني ضرورة وقف أذاها الذي سينجم عنه عواقب وخيمة، وبلور كل ذلك في فكرة آلية وسواسية مؤاذاها (ينبغي أن أكون لطيفا دائما مع والدتي، فإذا ما كانت سعيدة، أكون سعيدا، والعكس صحيح). وبعد عدة جلسات أخرى، ذكر روبرت أنه لأول مرة يدخل في حوار ومناقشة حادة مع والدته، وسيطرت عليه ساعتها فكرة آلية تلقائية مؤاذاها (لماذا لا تموت والدتي؟)، فشعر بالذنب الشديد وبدأت تتكرر الأفعال القهرية.

وبدأ روبرت يحرز بعض التقدم في مهنته. وكان يعمل مستخدما في محل للتصوير الضوئي، ولكنه شعر بالقلق الشديد إذا ما عمل مساعدا للتصوير، كما كان يشعر بالقلق الشديد عند التقاط الصور الضوئية، وذكر أن هدفه العلاجي عدم الشعور بالقلق عند التصوير والتقاط الصور. ولكنني افترضت أن هذا هدفا علاجيا غير واقعي، والهدف العلاجي الأكثر واقعية منه هو ضرورة تقبل روبرت لدرجة من القلق. إن العلاقة بين القلق والتصوير قد تم مناقشتها وتنفيذها، ومن ثم فقد ذكر روبرت أن دقة التصوير تصل لدي إلى ذروتها في ظل المستويات المعتدلة من القلق، كما بدأ روبرت في تسطير سيرته الذاتية ورؤيته الذاتية portfolio لقدرته على التقاط الصور من زوايا متعددة وسعية لالتقاطها، ولكنه ذكر أنه يجد صعوبة في الانتهاء من تسجيل وكتابة هذه الرؤية الذاتية لإنجازاته وكيفية تطويرها مستقبلا، لأنها يجب أن تأتي كاملة وتامة. وسيطرت عليه هذه الوجهة من النظر، والحقيقة أن الكمال Perfection يعد هدفا علاجيا آخر بعيد المنال، ومن

ثم كان يجب مناقشته وتفنيده معرفيا. وذكر روبرت في الجلسة التالية، أنه انتهى من كتابة رؤيته الذاتية لمهاراته في التصوير، وبدأ يحاول عرضها على مؤسسات التوظيف للاطلاع عليها بهدف الحصول على عمل أرقى في مؤسسات كبرى كمؤسسات الإعلان.

كذلك ناقشنا رغبة روبرت في الارتباط بإحدى الصديقات، ومع ذلك طرح منذ البداية مجموعة من الاعتقادات المشوهة معرفيا من قبيل إنه ليس جذابا، وأن ثمة شيئا ما خاطئا دائما يحدث معه عند محاولته الارتباط بواحدة من الجنس الآخر، وإنه لن توجد من تقبل الخروج معه. وأقر أيضا أنه يششعر أنه سيواجه مخاطرة جمة ولا معقولة إذا ما طلب من فتاة أو سيدة الخروج معه.

واستمر روبرت أثناء هذه الجلسات في ممارسة التعرض ومنع الإستجابة واستطاع خلال أسبوع واحد أن يطبع بعض الصور الضوئية من دون أن تصدر منه الطقوس والأفعال القهرية، وأقر في الأسبوع التالي أنه أنهى عمله بشكل ممتاز، ومن ثم فقد بحث عن كأس صوديوم (مياه غازية بالبوطة A can of soda) لكي يكرر عملية الرشف التي كان يقوم بها مسبقا، وهو فعل قهري اعتاد عليه مسبقا ولكنه سكب الكأس ودمر مجموعة كبيرة من الصور، وبرر ذلك بأن هناك فكرة آلية تسيطر عليه وتقول له إن مجرد شريك كأسا من البوطة بالصوديوم ستوفر لك قدرا من الأمان، ولذا فقد طلبنا من روبرت أن يكتب لنا مزايا قياما بهذا الفعل القهري، أي الشرب، وعيوبه بهدف الشعور بالأمن والأمان، وانتهى إلى أن الميزة الوحيدة له هي الانخفاض المؤقت في مستوى القلق، أما العيوب فتشمل ضياع الوقت والجهد والمال، واحتمال وقوع حوادث، ودعم اضطرابه وتعزيز وساوسه القهرية وأعراض الاضطراب بحيث لا يمكنني احتمالها.

وذكر روبرت بعد شهرين أنه بدأ لأول مرة في حياته يعمل مصورا حرا، بدأ مسرورا جدا ولكنه لازال قلقا وخائفا من المستقبل، لسيطرة مجموعة من الأفكار والمخاوف الوسواسية أبرزها أنه قد تهاجمه إحدى نوبات القلق، ومن ثم قد يعجز عن العمل كمصور حر، وربما يعتقد بعض الناس إنني لست متمكنا كمصور له شهرته. ولذا فقد أخذ قرارا علاجيا، بضرورة تدريبه على بعض (أساليب إدارة القلق Anxiety management technique) كالاسترخاء العضلي العميق، وبعض أساليب العلاج العقلاني الانفعالي كأسلوب الدحض والتفنيد، والتركيز على إنجاز المهمة التي بين يديه، ودرجة مقبولة من القلق والعمل في ظلها، ولا تخشى من معرفة الآخرين بأنه يعاني من درجة من درجات القلق.

ووجد روبرت أن هذه الأساليب العلاجية تساعده في التغلب على بعض مشكلاته المرضية، وبعد عدة أسابيع، ذكر أن أدائه لعمله يسير على خير وجه. ومع ذلك، ذكر أيضا أنه يخشى إذا ما حصل على عمل دائم في أحد محلات التصوير، ربما يظل قلقا مدة تمتد لعدة أسابيع قبل أن يبدأ العمل، ومن ثم سيكون عاجزا عن الوقوف فترات طويلة

لالتقاط الصور بدقة وأداء واجباته المهنية كما ينبغي. وكانت الفكرة الوسواسية المسيطرة عليه فحواها أنت ينبغي ألا تقلق إلا قبل استلامك للوظيفة الجديدة لمدة ساعتين فقط، وإلا ستبدو شخصا غير طبيعي.

واكتشفنا خلال عدد من الجلسات التالية هذه المخاوف والأفكار الوسواسية، وانتهيا إلى أن مستوى قلقه من المحتمل أن ينخفض بالخبرة والممارسة العملية، ومن ثم فقد طلبنا منه أن يتأمل مستوى قلقه في ضوء مستوى قلق زملائه المصورين وهم يؤدون عملهم، ويطلعهم على نتائج هذه المقارنه. وكان واجبه المنزلي هو سؤال زملاء مهنته عن مستوى قلقهم أثناء إنجازهم لأعمالهم وسؤال أي أشخاص آخرين يعملون في مهن أخرى، فذكر أنه يخشى جدا من توجيه هذا السؤال للآخرين، ولكن ما أستطيع القيام به هو الاستمتاع إلى بعض الأشخاص الذين يعانون من خبرة القلق. وهنا شاركه المعالج خبرته عندما كان خريجا وفي بداية حياته العملية، فذكر له أنه ظل قلقا لعدة شهور بعد التخرج، وعند هذه النقطة، قال روبرت: "كل ما تقولونه جميل جدا، ولكن لا أحد يريد أن يكون قلقا أبدا. فقلت له لو كان هذا صحيحا وحقيقيا، فلماذا توجد بعض الألعاب المخفية بمدن الملاهي كقطار الموت السريع Roller coasters، وأفلام الرعب Horror films؟ وبدا روبرت مستغربا لسماحه هذا السؤال، ومن ثم فقد بدأ يتأمل فكرة أن قلقه يمكن أن يكون جزءا من عملية الاستشارة والتنبه لديه قبل استلامه مهنة أو عملا جديا، ومن دون شعوره بهذا القلق، فإنه لن يشعر بالتحدي وتحمل المسؤولية. ولأنه خلال شهور عديدة تالية، كان يمارس مهنته كمصور حر، فبدأ يركز على درجة استعدادة للاستشارة بهدف التحدي وتحمل المسؤولية بدلا من تركيزه على مستوى القلق الذي ينتابه.

ذكر روبرت أثناء هذه الجلسات أنه يعاني من صعوبات متزايدة بالنسبة للطقوس والأفعال القهرية، على الرغم من عدم وجود أي شيء يقترب من مستوى السلوك القهري الذي عانى منه في بداية العلاج المعرفي السلوكي وفي حين أنه كان شديد الوعي بعدم إصدار أي فعل قهري استجابة للأفكار المثيرة للقلق Anxious thoughts والتي تتصل بارتقائه سلم مهنة التصوير، فإنه أحيانا كانت تصدر منه بعض الأفعال القهرية استجابة لبعض الأفكار الوسواسية الأخرى، لأنه إذا لم يصدر هذه الأفعال القهرية فإن قلقه سيتزايد بشدة الأمر الذي سيؤثر سلبيا على أدائه لعمله. كذلك أظهر معارضة ونفورا من استمرار التدريب على التعرض، لأنه عاد يخاف مرة أخرى من أن يرتفع مستوى القلق، ومن ثم لن يستطيع إلتقاط الصور والمناظر التي يقوم بتصويرها بدقة. ومن ثم فقد استخدمنا أسلوب فحص الدليل أو الفرض Examination of evidence، بحيث انتهينا إلى أنه عندما يشعر بقلق شديد ولو مؤقتا إذا لم يقيم بالفعل القهري، فإنه إذا أحجم عن القيام بهذه الأفكار الوسواسية. وعندما عاد روبرت إلى ممارسة أسلوب التعرض ومنع الاستجابة والاستمرار فيه، ذكر أنه حدث انخفاض جوهري في الأفعال القهرية، وعندما بدأ روبرت في الحصول على عمل حر كمصور بشكل شبه، ظهر مخطط معرفي

مشوه جديد مؤداه: ظهور مشاعر الذنب ومخاوف من أنه إذا لم يكفر عن ذنوبه بإصدار مزيد من الطقوس القهرية، ستحل به كارثة أو مصيبة تتمثل في وفاة أحد أفراد أسرته. وظهر هذا المخطط المشوه بطرق شتى، أولها أنه يشعر بالذنب لأنه بدأ يذوق طعم خبرة النجاح في مهنته، في الوقت الذي لازال فيه بعض أصدقائه وزملاء المهنة التابعين والمبدعين يكافحون بهدف الحصول على عمل والنجاح فيه. وبالإضافة إلى انغماس روبرت في عمله، بدأ يواجه بعض الصراعات العادية مع المساعدين له من العمال حول بعض القرارات التي تتطلب حلولاً إبداعية. ومع ذلك بدأ يشعر بالذنب الشديد لأنه يبدو غاضباً ويختلف مع الآخرين، حتى عندما يكون واضحاً أن عليه وفقاً لموقعه ولمكانته، إصدار أو اتخاذ القرارات النهائية، ومن ثم فقد ذكر بعض الأفكار من قبيل: أنا لا أستحق كل هذا، أنا لا أريد القيام بأي شيء لا يحقق لي السعادة مائة بالمائة (الاتجاه أو التفكير الكمالي)، وليس من اللطيف أن نقول أشياء سلبية للآخرين، وإذا لم استجب لكل هذه الأفكار الوسواسية بأي أفعال قهرية | إن فإن شيئاً ما سيحدث لا محالة.

وراودته هذه المخاوف الوسواسية مرة ثانية، ومن ثم فقد استخدمنا بعض الأساليب المعرفية لاختيار الفروض التالية، والتي يراها روبرت على أنها حقائق نهائية لا تقبل التغيير:

- يواجه كثير من الأفراد أشياء كثيرة سيئة في حياتهم من دون أن تحدث لهم حوادث طائرات تقتل بعض أفراد أسرهم أو تبيد أسرهم بالكامل.
- ويوجد أناس آخرون يستجيبون للسعادة ويهتمون بها أكثر منه دون أن تكون مائة بالمائة.
- وإنه، أي روبرت، ما لم يؤكد وجهة نظره والتي بمقتضاها يجب أن يعيش الناس في مستوى مرتفع، فإنه سيعجز عن أداء وظيفته كمصور.

بعد تنفيذ هذه الفروض وبيان خطئها، طلبت من روبرت القيام بعمله بجدية على مدى عدة أسابيع للتدريب على تأكيد ذاته بنفسه عبر تنوع من المواقف، ومع مرور الوقت ذكر روبرت أنه يشعر بمزيد من الراحة النفسية والنجاح لكونه أصبح مؤكداً لذاته في عمله ومع أصدقائه. وعندما بدأت مشاعر الذنب لدى روبرت تظهر مرة أخرى لكونه أصبح ناجحاً في عمله، وبدا مؤكداً لذاته ولتحقيق رغباته، عاودته إلحاحات الأفعال القهرية، ولكنها هذه المرة أصبحت مكثفة وأكثر شراسة عن ذي قبل. وذكر روبرت أنه قد قام ببعض الأفعال القهرية لمدة ساعة كاملة لمجرد أن إحدى الصور التي حصل عليها من أحد ملفات حاسوبه كانت حادثة الطائرة. وحينما ناقشنا جهوده للسيطرة على أفعاله القهرية إزاء المثير الأخير صورة الطائرة المحطمة أصبح واضحاً أن روبرت يعتمد على منح الاستجابة، واضعاً بعض الأهداف العلاجية قصيرة المدى لعدة أيام أو أسابيع ولكنه في الوقت نفسه يتجنب تماماً التدريب على التعرض.

## الفصل الثاني عشر: فحص اضطراب الاكتئاب.

تمهيد.

1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب.

2- انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه.

3- أنواع الاكتئاب وأعراضه.

4- الاكتئاب وعلاقته بالقلق.

5- شخصية المكتئب.

6- النظريات المفسرة للمكتئب.

6-1- النظرية الطبية.

6-2- النظرية النفسية التحليلية.

6-3- النظرية السلوكية.

6-4- النظرية السلوكية المعرفية.

6-5- النظرية السيكوسوماتية.

7- تشخيص الاكتئاب.

8- مختلف التناولات العلاجية للاكتئاب.

8-1- العلاج البيولوجي العضوي للاكتئاب.

8-2- العلاج عن طريق التحليل النفسي.

8-3- العلاج النفسي السلوكي.

8-4- العلاج المعرفي للاكتئاب.

9- علاقة الاكتئاب بتقدير الذات.

تمهيد:

إن الاكتئاب يشير إلى الحزن والأسى الشديدين، اللذين يتصف بهما الشخص المكتئب، فهو يرفض العالم الخارجي، ويجد صعوبة بالغة في التكيف معه بنجاح، ولا يستطيع أن ينجز المهام والأعمال التي كان يضطلع بها من قبل إصابته بالحالة الاكتئابية، حيث يفقد الفرد عاطفة تقدير الذات واحترامها، وتقدير المواهب والإمكانات الشخصية، ويكون في حالة من الإفلاس النفسي والعقلي والإرادي، ناهيك عن إفلاسه الوجداني.

ويعمل الاكتئاب على سحب طاقة الحب كلها من المواضيع الخارجية، ويركزها على شيء معين مفقود، تعتبر العوامل الحادة كالمفاجآت، وفقدان الأحبة، ومرض الأعداء، والأحوال المالية المتدهورة، والأمراض المزمنة لأحد أفراد الأسرة، من أهم الأسباب المفجرة لهذا الانفعال.

ومن أهم ما يميز الاكتئاب نجد: العجز الإرادي، فالمكتئب لا يستطيع أن يقبل على العالم من حوله، يغيره ويسيطر عليه، بل إنه يظل أسير تلك الدهانات، التي تكبل فكره وعواطفه وإرادته.

(أسعد، 1988: 145-159)

وفي هذا الصدد يقول الشاعر "جون فورد" JEAN ford عرضا شعريا، وتصويرا بديعا مختصرا عن حالة الاكتئاب، في

الكلمات التالية:

الاكتئاب ليس كل ما نراه من ظلمات ونور

ولم يكن فقط توعكا في الجسم ولا في الشعور

لكنه لم يكن فقط توعكا في الجسم ولا في الشعور

لكنه مرض وعلة في النفس ووجد وهم ونفور

قد يكون خيالا جامحا وهراء وجنونا وصمنا وأنينا

أو سيحات بعيدة أو قريبة ذات مزاج أسود وطيننا

إنه العقل، عقلنا المفعم بالمخاوف والأسى وكل الهلوسات

موطئ الفكر هنا...وهناك من خلال أجواء سابحات

ومناجاة قلوب مريضة...حطمتها عواطف غاضبات (ليفيت ولوين، تر.ج: الطويل، 1985، ص ط)

وعليه، فإنه يبدو واضحا أن الاكتئاب يرتبط بمشاعر الذنب ارتباطا وثيقا، فالأنا يكبت تصورات متناقضة، لكنه يحتفظ بمشاعر ذنب لا يمكن التخفيف منها، إلا برجوع هذه التصورات إلى الشعور والاعتراف بها، فإذا كانت مشاعر الذنب قوية، وفاقت حدتها عتبة ما، فإنها من المحتمل أن توقف عمل نظام عاطفة-تصور-كبت "le système affect représentation-refoulement".

وبالتالي، فإن الجهاز النفسي يواجه بكميات كبيرة من الإثارات، ولا يعرف الشخص أنها ناتجة عن مشاعر الذنب، تكون هذه الأخيرة ضاربة ودفينة ولا شعورية، فإنها تعوض بعد فترة من الزمن بالحاجة إلى العقاب، بهدف التخفيف من ضراوتها وشدة قساوتها، فمشاعر الذنب اللاشعورية والقوية جدا، يمكن أن تتعاضم حتى تصبح كحاجة ملحة لتوبيخ الذات. (COURNUT,1994 :80-100).

وعندما نفقد شخصا عزيزا علينا، تكون مشاعر الذنب اللاشعورية حاضرة، فنحن نتهم أنفسنا بطريقة أو بأخرى على أننا مسؤولون عن هذا الفقدان، كمحاولة للحفاظ عن هذا الموضوع المفقود، نفضل الإحساس بالذنب على أن نحس بنقص القيمة، أو الهجر والإحباط.(IBID :12).

وانطلاقا مما سبق، فإن هذا الفصل جاء ليقدّم لنا صورة واضحة عن الاكتئاب ومدى انتشاره وحدوثه، أنواع الاكتئاب وأعراضه، علاقة الاكتئاب بالقلق، دون أن ننسى النظريات المفسرة للاكتئاب واتجاهاتها المختلفة، التي ساهمت في تقديم شروحات وتوضيحات حول عوامل الاكتئاب الذي يصيب الفرد، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، التعرف على خصائص شخصية المكتئب، وكيف يمكن لنا تشخيص هذا المرض وعلاجه بطرق متعددة، تختلف باختلاف أنواع الاكتئاب، وأخيرا الوصول إلى معرفة علاقة الاكتئاب بتقدير الذات عند المريض.

## 1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض شيوعاً منذ أقدم العصور، وعرف خاصة عند المصريين واليونانيين، وهو أكثر الأمراض النفسية قدماً وتكراراً، وقد رافق الاكتئاب الإنسان عبر التاريخ، فوصفه أبو الطب "أبو قراط" في القرن الرابع قبل الميلاد بالملانخوليا، أي السوداوية الصفراء. (SHENEIDER, 1980 :39).

وقد ذكرت أعراض الاكتئاب في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين، وعند العرب المسلمين، حيث قدم كل من ابن سينا والرازي أمثلة رائعة على دقة الوصف لحالات "الملانخوليا"، والعلاجات الطبية التي اقترحها، زيادة على العلاجات النفسية بالراحة والاسترخاء والإيمان. (حجار، 1989 :82).

وقد فطن المسلمون الأوائل، ومنهم أبو بكر محمد بن زكريا الرازي إلى مرض الاكتئاب، وعرفه باسم "الهم والوجد"، ويرجع سبب الاكتئاب إلى إفراط في العمليات العقلية، كالفكر والتذكر والإدراك، مما يجلب الهم...، فكثرة التفكير وحل الأعمال الذهنية تجلب الوسواس والملانخوليا، وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال العام، ويضرب لذلك أمثلة كثيرة، منها أن كل من الإفراط أو التقصير في طلب العلم، أو حذق الحرفة أو المهنة وإجادتها أو إهمالها، ويؤدي بنا في نهاية الأمر إلى الإصابة بالهم والوسواس، وبالتالي "بالاكتئاب"، ومن ثم يجدر بنا أن نتوسط ونعتدل في فكرنا وهمومنا التي نريد بها بلوغ مطالبنا، لنبلغها ولا نعدمها بسبب الزيادة أو الإهمال. (الطويل، 1988 :18).

كما بين وعالج كتاب "مصالح الأبدان والنفس" لأبي زيد البلخي (236-320هـ) أساسيات الصحة النفسية، مبيناً أربع انفعالات منشئة للمشكلات النفسية، الغضب، الخوف، الحزن والوسواس، حيث أشار إلى خصائص هذه الانفعالات، المتمثلة في الخصائص النفسجسمية، التي تؤثر وتتأثر بالصحة الجسمية، كما بين أن الحزن يسبب أعراضاً بدنية ونفسية، "فهو يمنع من النشاط وإظهار السرور وصدق الاستماع بشيء من الذات والشهوات، وقد وصف البلخي نوعين من الحزن: الحزن الطبيعي، والحزن المرضي المؤدي إلى الاكتئاب". (المجلة العربية للطب النفسي، 1993 :132).

هذا بالإضافة إلى وصف الاكتئاب، وحددت له جماعة من الأعراض عند ألوان الشخصيات المكتئبة، التي وردت في الأدب العربي والعالمي.

أما بالنسبة للأدب العربي، فوجد أبا فرج الأصفهاني الذي توفي سنة 967م، الذي وصف حالة قيس بن الملوح، المعروف باسم مجنون ليلى، وصفاً طبيياً أقرب إلى المفهوم السريري الحديث للاكتئاب المرضي، وهي القصة التي انتهت بوفاة قيس بطريقة غامضة في واد كثير الحجارة، حيث وصف أبو فرج الأصفهاني قيس بأوصاف تشبه أوصاف المكتئبين عندما يتعرضون لمواقف خارجية تتضمن الفشل وفقدان موضوعات الحب.

وقد كان قيس يشبه على نحو نموذجي حالات الاكتئاب الشديدة، بما فيها من الإهمال الحاد للمظهر الخارجي (إهمال النظافة)، بكاء، حزن شديد، إهمال الحاجات البيولوجية (الطعام، النوم)، زيادة على الانشغال الذهني الشديد، الذي يؤدي إلى الخبل.

كما أشار أبو بكر محمد بن زكريا الرازي إلى أن الاكتئاب وأعراضه يتخذ أشكالاً متنوعة، منها على سبيل المثال أشكال " الوجد " وصوره... وألوانا من "المناجاة" تتسم بالعزلة والانطواء...، وأنماطاً من الهموم تأخذ طابع الدوام والاستمرار.

وفي هذا المجال، يشير الإمام الغزالي على لسان أبي سعيد بن الأعرابي، بأن " الوجد ما يكون عند فكر مزعج، أو خوف مقلق، أو توبيخ على زلة، ومحادثة بلطينة، أو إشارة إلى فائدة أو شوق إلى غائب، أو أسف على فائت، أو ندم على ماض، أو استجلاب إلى حال، أو داع إلى واجب، أو مناجاة بسر، وهو مقابلة الظاهر بالظاهر، والباطن بالباطن، والغيب بالغيب، والسر بالسر، واستخراج مالك بما عليك مما سبق لك السعي فيه، فيكتب ذلك لك بعد كونه منك، فيثبت لك قدماً بلا قدم، وذكر بلا ذكر، إذ كان هو المبتدئ بالنعم والمتولى، وإليه يرجع الأمر كله، فهذا ظاهر علم الوجد". ( الطويل، 1988: 19-20).

هذا بالإضافة إلى دراسة المحللين النفسانيين فرويد وأتباعه Freud & al حول الاكتئاب، على أن الحالة الاكتئابية "وضعية فقدان موضوع الحب"، التي تثير نكوص من مرحلة اختيار الموضوع، إلى مرحلة تقمص الأنا مع الموضوع المفقود، بحيث تبنى هذه العلاقة على نموذج نرجسي وازدواجي. (ADOUCEUR&BOUVHAR, San date :300).

أما بالنسبة إلى دراسات السلوكيين والمعرفيين الجدد، التي تؤكد أن الاكتئاب يتم تعلمه من المحيط عن طريق تعزيزات، هذا بالإضافة إلى اعتقادات وأفكار خاطئة لدى الفرد اتجاه الذات، المحيط والمستقبل.

وعليه، يعتبر الكثير أن الاكتئاب هو مرض العصر، وكرثة القرن العشرين، لأنه يصيب جميع الأجناس، ومن مختلف الأعمار والفئات الاجتماعية، فحوالي 3% إلى 5% من السكان، فمن ثم ليس هناك جنس أو شعب في مأمن من هذا الداء، وهو يمس النساء والرجال من مختلف الأعمار، أي أن الاكتئاب كمرض هو شكل مجسم لما للشخص العادي الذي تصيبه نكبة طارئة، " بحيث يظهر الاكتئاب عبارة عن رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجم عن حادث مفاجئ". (يعقوب، 1984: 05).

كما يتميز الاكتئاب كغيره من الأمراض النفسية بأعراض عدة، أعراض جسدية كالأرق، ونقص القوة الجسمية والنفسية، وعدة تغيرات فيزيولوجية أخرى، وأعراض نفسية، كالمزاج الاكتئابي، الإحساس بالذنب، والنظرة التشاؤمية للحياة وغيرها، وتختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وتعتبر الأفكار الانتحارية من أخطر أعراض الاكتئاب.

وهناك عدة إكتئابيات عصابية، فصامية، واكتئابيات ذهانية، إلى جانبها نجد الاكتئاب الاستجابي، الذي غالبا ما يكون سببه ناتج عن صعوبة الحياة، الوحدة، موت شخص، صراعات زوجية، فشل في الدراسة، فقدان عمل... الخ. تتنوع الاكتئابيات وتختلف حسب أسبابها وأعراضها، وشدها، وأيضاً بتشخيصها وخطورتها وعلاجها، خاصة عند تعرض كل مريض إلى محاولة انتحارية، وهذا الخطر هو عظيم في بعض الأشكال الاكتئابية، لذا من الضروري القيام بتشخيص سريع لمعرفة - بكل دقة - طبيعة الحقيقة لكل اكتئاب. (LECHEMIA, 1995 :16).

## 2- انتشار الاكتئاب ونسبة حدوثه:

يمكن القول أن الاكتئاب هو أكثر الاضطرابات انتشاراً، حيث يوجد في العالم حوالي مائة مليون مكتئب، تدوم لديهم الحالة الاكتئابية سنة كاملة، كما وجد أنه جد منتشر عند النساء، لذا تمثل نسبة تردده لديهن ضعفاً عند الرجال، والميزة الأساسية لهذا الاضطراب تكمن في كونه متردداً، حيث أن 50% من الحالات تنعكس في نفس السن التي تحدث فيها أول فترة اكتئابية. (يعقوب، 1984: 125).

وعموماً، يعتبر الاكتئاب اضطراباً شائع الحدوث في المجتمعات، وكثيراً من الأشخاص المصابين به، الذين يلتمسون العون والعلاج من الأطباء العالميين، يشكون الكثير من الأمراض البدنية، النفسية المنشأ. وقد أكدت دراسات عديدة أن ما يقارب 20% من المرضى الذين يراجعون الأطباء من أعراض مرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض الاكتئاب، إما أنها مصحوبة بمرض بدني أو غير مصحوبة به، وأن نصف هؤلاء المرضى تقريباً، أي 10%، تكون الأعراض الاكتئابية لديهم شديدة.

وخلافاً للكاتب السيكاتريّة الغربية، التي كانت تعتبر مرض الاكتئاب مرض العالم الغربي، فإن اضطرابات الاكتئاب تشهد في جميع المجتمعات بدون تمييز ولا تشخيص، ومثلنا على ذلك الهند، حيث يشخص مرض الاكتئاب المنشأ في العامة بنسبة 20% إلى 30% من المرضى المصابين باضطرابات سيكاترية مختلفة. (العيسوي، 1990: 68).

كما يفسر الاكتئاب جزئياً بأنه عداء ضد النفس، أقصى درجات هذا العداء هو الانتحار، وهو ظاهرة توجد خاصة بين المسنين، خصوصاً عند الذكور، وقد ثبت أن 70% من الذين لجؤوا إلى الانتحار على المستوى العالمي يعانون من الاكتئاب، وهناك 20% من مرضى الاكتئاب يحاولون الانتحار.

وعموماً، فإن العقد الثالث من العمر يسجل زيادة مطردة بالنسبة إلى حالات الاكتئاب، أما قيمة الإصابات بالاكتئاب، فهي بين سن الخامسة والأربعين، إلى سن الخامسة والخمسين. (رفعت، 1992: 27-28).

وتشير دراسات الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمع الإنساني، أن المرأة تعاني أكثر من الرجال من الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب.

تذكر كلبرتسون (1997) CULBERSON في تقريرها، أن النساء تفوق عن الرجال خلال الثلاثين سنة الأخيرة، من حيث نسبة الإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف، وهذه النتيجة تنطبق على المستوى العالمي. (عبد الستار، 1998: 37).

وفي دراسات أخرى، بينت نتائجها أن هذا الفرق يمكن أن نصل إلى الثلث، إن احتمال الإصابة بالاكتئاب خلال الحياة تتراوح ما بين 10% بالنسبة للرجال، و 20% بالنسبة للنساء، هذا بالنسبة للمجتمع العام. (KACHA, 1996: 60). ولقد بينت دراسة روتر (1985) RUTTER أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى مرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الإناث بعد سن المراهقة، وأثبتت بعض الدراسات لروفاك (1984) ROVAK وويسمان (1987) WISMAN أن نسبة الاكتئاب هي نفسها عند الجنسين بين مرحلة ما قبل الرشد.

كما أثبتت الدراسات التي أقامها المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية، أن الاكتئاب ينتشر بنسبة أكبر أثناء المراهقة عند الإناث، وهذا راجع إلى ميكانيزمات بيولوجية نفسية واجتماعية، ويربط كل من غراهام و روتر (1985) GRAHAM & RUTTER، وريان (1986) RAYEN، بين الاكتئاب وبين هذه المتغيرات، فإذا كان منشط الأنوثة مسؤولاً عن الاكتئاب عند الفتاة، فإن منشط الذكورة عند الفتى يحميه من الاكتئاب، أو يسهل السلوك الذي يخفيه. (شابول، 1998: 18-19).

### 3- أنواع الاكتئاب وأعراضه:

عند التعرض إلى تصنيف الاكتئاب، لا بد من الإشارة إلى تعدد تصنيفاته، وذلك بناء على أسس نظرية مختلفة، حيث تناول كل منهما أسباب الاكتئاب بشكل مختلف عن الأسس الأخرى، وخاص بها، مما نتج عنه تناول التصنيف، ولقد حاولنا إدراج التصنيف الشامل لمختلف أنواع الاكتئاب، الذي كان على الشكل التالي: (KOUERNIK & LARIFIAN, 1982: 102-103).

### 1.3- الأشكال العيادية:

#### 1.1.3- الأشكال العيادية الأولية:

### 1.1.1.3- الاكتئاب داخلي المنشأ:

يعد هذا النوع من الاكتئاب الشكل النموذجي للذهان العاطفي، حيث تلعب العوامل الوراثية والتغيرات البيوكيميائية دوراً هاماً في ظهوره، أكثر من العوامل الاجتماعية والشخصية، ذلك أن المصابين بهذا الاكتئاب يستخدمون العلاج الكيميائي والكهربائي، ويظهر هذا النوع من الاكتئاب عادة من خلال نوبة الميلانخوليا، والتي تعد أكثر الأشكال العيادية تعقداً وخطورة، خاصة من خلال تكرار المحاولات الانتحارية، ونلاحظ نوبة الميلانخوليا عادة من خلال الأصناف الاكتئابية التالية:

#### • ذهان الهوس الاكتئابي:

الذي يكون في شكله الثنائي، أين يحدث تناوب بين النوبات الاكتئابية والهوسية، وفيما بينهما فترات متتالية، وإما في شكله الأحادي، أو ما يسمى بالاكتئاب الداخلي المنشأ المتكرر، كما أنه أكثر خطورة لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط، بل يصيب جانب كبير من قدراته العليا، بما فيها قدرته على التفكير السليم، علاقاته الاجتماعية، ويضطرب إدراك الشخص لنفسه وللعالم الخارجي من حوله، فيصبح الفرد خطراً على نفسه وعلى الآخرين، بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار، حيث أن 15% من حالات الاكتئابية الميلانخوليا، يموتون عن طريق الانتحار. (LECHEMIA, 1995, P50).

كما تدل الدراسات التي أجراها بيرى (1966) Berry نيوكور (1969) Newcore، كارلسون (1977) Karlson، وارانجيه ولينين (1978) Linine، أن 35% من الاضطرابات الثنائية القطب تبدأ خلال فترة المراهقة، وهي صعبة التشخيص أثناء المراهقة، أن هذه الأخيرة تتميز بالاستقرار العاطفي، ونذرة حدوث حالات من هذه الاضطرابات في هذا العمر.

ويحدد دليل التشخيص الإحصائي الثالث (DSM<sub>3</sub> (R)، "الجنون الدوري" بتكراره عدة فترات عند الشخص لسنة على الأقل، من المزاج المتحمس والمنبسط، بفترات أخرى يغلب عليها المزاج الاكتئابي وفقدان اللذة، ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية الهوس بتوفر ثلاث أعراض من الأعراض التالية، كشرط أساسي لتشخيص الهوس عند الفرد:

1- تقدير ذاتي مبالغ فيه، وأفكار العظمة، قد تتحول إلى أفكار ذهانية.

2- حاجات بسيطة للنوم.

3- حاجة مستمرة إلى الحديث.

4- ضياع الأفكار.

5- ذهول.

6- نشاط مفرط (اجتماعي، مهني، جنسي)، احتياج.

7- تروط مبالغ في نشاطات، حيث لا يبدو الضرر منه للمريض، كالمبالغة في المشتريات، وعدم الحياء الجنسي. (شابول، 1998: 42).

هذا بالإضافة إلى "ميلانخوليا الانحطاط"، التي تظهر عادة بعد سن الخمسين، الأشخاص الذين ليس لديهم سوابق مرضية نفسية، وتتميز بكثرة الأوهام المرضية.

### • الاكتئاب الفصامي:

الفصام هو ذهان خطير يصيب 1% من المجتمع الراشد، يكون التناذر الاكتئابي أحد أشكال بداية الفصام، تدريجيا المريض يصبح لا يهتم بانشغالاته اليومية، بمحيطه، ونظافته، وحتى غذائه، يكون مغمورا بإحساس عميق من القلق، وألم داخلي يحتم عليه أن يقلص من نشاطه بصفة كبيرة جدا، ويصل به الحد إلى عدم الخروج حتى من غرفته، فيصبح سلوكه غريبا، ويشعر بانفصام جسده بالرغم من أنه لا يشكو أي تخلف عقلي، خطر الانتحار قائم، يمكن أن تتطور حالته وتتجه نحو الفصام. (LECHEMIA, 1995: 48).

ويبين الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، أن الاكتئاب الذهاني يمكن أن يظهر بواسطة الهذيان والهلوسة المناسبين للمزاج، من مضامين متطابقة للاكتئاب النموذجي بعد الكمال والشعور بالذنب والمرض والموت والهدمية والعقاب، والتأثير وتسجيل الأفكار ونشرها، ويشير ستروبر (1981) STRAUBER، أن المواضيع الهذيانية هي نفسها عند المراهق أو الراشد. (شابول، 1998: 36).

### 2.1.1.3- الاكتئاب خارجي المنشأ:

ويعد هذا النوع من الاكتئاب الأكثر انتشاراً، أين تلعب العوامل المحيطة الضاغطة والعوامل النفسية دورا هاما في ظهوره، فنادرا ما يستجيب المصابون بهذا النوع من الاكتئاب للعلاج الكيميائي، إذ الكفالة النفسية في هذه الحالة ضرورية لهم، ونميز ثلاث أنواع رئيسية من هذا الشكل للاكتئاب، وهي:

### • الاكتئاب الارتكاسي أو الاكتئاب الاستجابي:

إشارة إلى خاصية ارتباطية بوجود مواقف أو أحداث خارجية، أو نزالات تلم بالشخص، وفي هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف (عبد الستار، 1998: 18).

ويعتبر الاكتئاب الاستجابي النوع الأكثر معرفة من طرف الناس، والأقل خطورة، والأكثر انتشارا حاليا بسبب الأزمة الاقتصادية، وهو الاكتئاب الذي يظهر نتيجة الضغط بمختلف أشكاله، لقد بين كلارك CLARCK، لامبارس LEMPERS، نيتوسل NETUSIL، كابسي CAPSI، إيلدر ELDER (1988)، ماري MARIE، لويس LUISE، فريدمان FRIEDMAN (1986)، ماكلويد، ليان، ويلسون، فوني، (1990) WILSON, VONNIE, MACLOYD, LEAN، أن الظروف الاقتصادية تؤثر تأثيرا بالغا في الأطفال داخل أسرهم، من خلال التغيرات التي تتعرض لها الأسرة في علاقاتها وتكيفاتها الاقتصادية، كما توصل هؤلاء العلماء إلى أن الأطفال والمراهقين يتأثرون بالظروف المالية للأسرة، تنعكس عليهم بالاكتئاب. (عبد الباقي، 1992: 449).

كما يظهر الاكتئاب الاستجابي عند الأفراد الخاليين من أي مرض سيكاتري، يظهر عند الأشخاص الذين يعانون القلق، لديهم إفراط في الحساسية، الذين يحتاجون دائما إلى التشجيع والتقدير ليجدون توازنهم. وهذا النوع من الاكتئاب يكون نتيجة أو استجابة لمواقف خارجية مأساوية، حيث يدعى بالاكتئاب الاستجابي، موت أحد الأقارب والأعضاء، الانفصال، الخسائر المادية، غالبا ما يرتبط بالموقف الذي أثاره، الذي يستمر أكثر من أسبوعين، من أعراضه الشعور بالتعب والإجهاد، الملل العضوي، الشعور بالحزن والقلق والآلام الجسمية (LECHEMIA, 1995: 21). كما يستطيع الفرد أن يصاب في هذا النوع من المرض بحزن شديد، حتى أن المريض لا يستطيع أن يخفف معاناته وآلامه بالبكاء، يرفض الكل، يصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة، وقد تراوده أفكار انتحارية.

### • الاكتئاب النفسي العصابي:

ويسميه الآخرون بالاكتئاب العصابي، من حيث انتشاره يأتي في المرتبة الثانية بعد النوع الاستجابي، أن الاكتئاب العصابي - كما يدل اسمه - فهو حالة من جراء عصاب تطور عند الفرد خلال حياته. وفي حالة استمرار الاكتئاب حتى بعد زوال فترة الحداد لفترة طويلة ( يحددها الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي بأسبوعين أو أكثر)، فهنا يحدث ما يمكن تسميته بالاكتئاب العصابي. وما يميز الاكتئاب العصابي عن الاكتئاب الاستجابي، أن المزاج مضطرب، مشاعر النكد واليأس تكون أكثر حدة واستمرارية، ويمزج الاكتئاب العصابي بخليط من المشاعر العصابية، ما فيها القلق والتوجس والخوف من المستقبل، مشاعر التهديد والإحباط. (عبد الستار، 1998: 18).

ويترجم القلق غالباً بضيق الصدر، لم في الحنجرة... كذلك الخوف من المستقبل، يستطيع المريض أن يساب بوسواس المرض، بالتالي يتجلى عليه الحذر الكبير على صحته، من الممكن أن يفقد الشهية، ويكون له إفراط فيها. (LECHEMIA, 1995 :25) .

وانطلاقاً مما سبق، يبدو واضحاً أن هناك فروقاً بين الاكتئاب النفسي والاكتئاب الذهاني، يمكن تمثيل ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم(1) يبين الفرق بين الاكتئاب النفسي والاكتئاب الذهاني.

الاكتئاب الذهاني.	الاكتئاب النفسي.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• حالة غالبا ما تكون وراثية.</li> <li>• تمتاز بخصائص كيميائية واستعادة المريض لنشاطه بعد العلاج بالأدوية.</li> <li>• يمتاز بأعراض خاصة هي:</li> <li>• بطء دائم في الاكتئاب ثنائي القطب.</li> <li>• يشكو المصاب من قلق حاد، واضطراب قوي، وتوهم المرض في الاكتئاب الأحادي القطب.</li> <li>• شخصية المكتئب ذهانية دورية.</li> <li>• احتمالات الانتحار أكثر شيوعا في هذا النوع من الاكتئاب.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حالة ذات مصدر نفسي بيئي اجتماعي.</li> <li>• عدم وجود الهذات والهلاوس.</li> <li>• يظهر بعد حدوث مشاكل نفسية اجتماعية مقلقة.</li> <li>• حسب المحللين النفسانيين ينتج الاكتئاب النفسي عن صراعات لا شعورية.</li> <li>• شخصية المكتئب نفسيا تكون راهنة متقلبة المزاج، غير ناضجة انفعاليا.</li> <li>• يصيب الاكتئاب النفسي الأشخاص في مختلف أعمارهم.</li> <li>• استبصار المكتئب بحالته وملازمته للواقع.</li> <li>• احتمال الانتحار ضعيف.</li> </ul>

(PICHOT & AL, 1980:12).

ومن خلال مقارنة الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ من حيث الأسباب والأعراض والتقدير، بالإضافة إلى رد فعل الفحوص لمختلف العلاجات، نجد أن هناك فروق يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول رقم(2) خاص بالفرق بين الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ من حيث الأسباب-الأعراض-العلاج:

الفئات	الاكتئاب الداخلي المنشأ.	الخارجي المنشأ.
الفئة(أ) الأسباب	أسباب بيوكيميائية، اختلال في التوازن الهرموني أو في بعض المواد الأساسية للخلايا العصبية الناقلة.	أسباب نفسية اجتماعية، حادث نفسي مصدم.
الفئة(ب) الأعراض.	كف حركي، شعور بالذنب، هذيان، استيقاظ مبكر في الصباح، كآبة عميقة، نقصان في الوزن، نقص في رد الفعل اتجاه المحيط، محاولة انتحارية.	قلق شديد، شفقة ذاتية، أرق، احتمال الانتحار.
الفئة(ج) التقدير.	أزمات متتالية تتكرر خلال مجال زمني منتظم بمعدل 2 إلى 3 أزمات خلال فترة تمتد من 6 أشهر إلى 12 شهر.	احتمال نادر للانتكاس، ويدوم هذا النوع غالباً أكثر من 6 أشهر.
الفئة (د) رد المفحوص لمختلف العلاجات.	رد فعل خاص لبعض العلاجات المضادة للاكتئاب.	رد فعل غير ثابت وغير خاص لبعض الأدوية.

ومن هنا فإننا نلاحظ أن التشخيص السيكاتري للاكتئاب يتركز على خليط من الأسباب والأعراض والعلاج. ( FREDEN, 1982 :13).

### 2.1.3- الأشكال العيادية الثانوية:

وتحدث بشكل متزامن مع أعراض مرضية أخرى، نفسية أو عضوية، بمعنى أن التناذر الاكتئابي يكون كعرض مصاحب لأعراض اضطراب آخر، كما هو الحال في الحالات التالية:

## • الاضطرابات النفسية:

كالفصام والذهانات الهذائية المزمنة، والحالات العصائية، الشخصيات السيكوباتية، وحالات التخلف العقلي.

## • الاضطرابات العضوية الخطيرة:

كالأورام السرطانية، الأمراض التعفنفة والاضطرابات الغدية، الأورام الدماغية، الإصابات القلبية والصرع... استعمال الأدوية المسببة للاكتئاب كحبوب منع الحمل، التي تحتوي على نسبة كبيرة من البروجسترون Progestérone والدوبامين Dopamine، إلى غيرها من الأدوية.

وعليه، فإن اكتئاب الأمراض العضوية يستطيع أن يكون عبارة عن تمظهر لمرض عضوي، ومن هنا تتضح أهمية تشخيص المرض العضوي، المسؤول عن ظهور الأعراض الاكتئابية في بعض الالتهابات الدماغية، مثل مرض باركسون، الأورام الدماغية، وبعض أنواع الصرع.

وبصفة عامة، فإن كل الأمراض المتبعة تكون مرفوقة باستجابة اكتئابية، بفعل التعب النفسي الذي يحدثه: السل، السرطان، أمراض الدم...، في دراسة لكشاني KACHENAY على مرضى يعالجون في وحدات متعلقة بالدم، وجد 6 حالات من الاكتئاب الأساسي، و 48% من الأعراض الاكتئابية. (شايرول، 1998، ص32).

## • الأشكال العيادية المقنعة:

نتحدث على مثل هذا النوع من الاكتئاب، عندما يتخذ هذا الأخير شكلا مقنعا، إذ يبدو ضمن أعراض وظيفية جسمية، والتي لا تتحسن إلا تحت تأثير مفعول الأدوية المضادة للاكتئاب، وتتمثل هذه الأعراض الجسمية على وجه الخصوص فيما يلي:

A. الإرهاق: والذي لا تخفف من حدته لا الراحة ولا الأدوية المقوية.

B. اضطرابات النوم: والتي غالبا ما تأخذ شكل أرق مصاحب بقلق حاد.

C. اضطرابات هضمية: متمثلة أساسا في فقدان الشهية، آلام بطنية، ثقل وضغط بطني.

D. حالات الألم: كالصداع، آلام وجاهية، وآلام على شكل روماتيزم.

E. اضطرابات صدرية: على شكل حصر صدري، ضيق تنفسي.

F. صعوبات جنسية: الناتجة عن انخفاض الرغبة في الممارسة الجنسية. (KOUERNIK & LARIFIAN, 1982 :102).

يعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة، التي يطلق عليها الزملة الاكتئابية، وتختلف هذه الأعراض من فرد لآخر، والبعض قد يتخذ لديهم شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس، ويجيء عند البعض الآخر مختلطا مع شكاوي جسمية وأمراض بدنية، بصورة لا تعرف الحدود بينهما، ويعبر البعض الآخر عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم والملل السريع من الحياة والناس وهكذا، وربما تجتمع كل هذه الأعراض في شخص واحد.

كما يفصح الاكتئاب عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتراملة، بعضها مادي (عضوي)، وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي)، وبعضها الثالث اجتماعي، فهي تشمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر المترابطة، التي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه، ويمكن تفصيل هذه الزملة من الأعراض على النحو التالي: ( عبد الستار، 1998: 16-18).

### 1.2.3- الانهباط والكدر:

ونقصد هنا الإشارة إلى سيطرة مشاعر الاستيلاء والكدر وعدم البهجة، ومن ثم نجد أن المكتئب عادة ما يبدو حزينا ومغموما يائسا وبائسا من حياته، التي تبدو له في الغالب خالية من المعنى والقيمة. وقد بينت البحوث أن المكتئبين يصفون أنفسهم على اختبارات الشخصية بالفشل، ويسمون سلوكهم وشخصياتهم بالنقص، خاصة في المجالات التي تمثل لهم قيمة حيوية، كالعامل مثلا. (نفس المرجع السابق: 21).

### 2.2.3- الأعراض التي تدل على الهبوط العضوي:

وتنقسم إلى جانبين أساسيين، هما:

#### 1.2.2.3- الجانب الحركي:

#### • ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

هنا يكون مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب أقل بشكل واضح مما كان عليه في السابق في حالته العادية، وهنا يظهر لدينا اكتئاب متأخر واكتئاب هياجي. حسب أحد تصنيفات الاكتئاب، فحين يكون العرض البطء أو الكف الحركي، تكون شدة هذا البطء مختلفة، وقد تصل إلى كف كامل للدوافع والاهتمامات، إذ يكون المريض عادة خامل، بطيء الحركات، خافت النطق، أما إذا كان العرض البارز هو الهياج، نجد المريض غير مستقر، يبدو وكأنه مدفوع من داخله بقوى عقلية، حيث نجده لا يهدأ، ويشكو من آلام جسمية عديدة متناقضة ومحيرة. (يعقوب، 1984: 33-34).

كما يمكن التعرف على المكتئب من هيئته، يكون خاملاً، تنخفض ردود أفعاله إلى الحد الأدنى، يقلص من حركاته، بحيث يتسبب أي فعل في إرهاقه. (داكويار، ت.ج: إسكندر، 1988: 45).

حيث يكون مستوى النشاط العام لديه أقل بشكل واضح مما كان عليه سابقاً، وهو في حالته العادية، وعادة ما نجده يقضي يومه جالساً في مكانه أو متكئاً أو نائماً، دون أي نشاط إيجابي، فالقيام بالنشاطات المعتادة، كالذهاب للعمل أو القيام بالواجبات المنزلية أو الاجتماعية، تبدو للفرد المكتئب شيئاً صعباً، حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل، بما في ذلك بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية، فهي تبدو له الآن غير مرغوب فيها، ولا دافع نحوها. (عبد الستار، 1998: 22).

وبالتالي يشعر المكتئب بتناقل الأعباء، ويشعر بأنه غير مسؤول عن اكتئابه، وبالتالي تتزايد شكواه من أن الآخرين يحملونه ما لا طاقة له به، ونجده يلوم الظروف الخارجية، والضغط الموضوع عليه، ويبقى خاملاً طوال اليوم، ولا يؤدي أي نشاط، حتى تأدية الصلاة، التي يكتسي فيها طابع الاستمرارية، لما ترمز إليه من الناحية الدينية والعقائدية، فهو ينقطع عنها ويستسلم للنوم.

### 2.2.2.3- الجانب العضوي:

□ الشكاوي الجسمية والآلام العضوية: غالباً ما يكون الاكتئاب مقنعاً في شكل شكاوى دالة على سرعة التعب والإرهاق، فضلاً عن أوجاع الرأس، ارتفاع ضغط الدم، وآلام في الرقبة والظهر وكل أنحاء الجسم، دون أن يكون هناك سبباً عضوياً واضحاً.

ومن الشكاوى الأساسية في الاكتئاب، والتي أصبحت مميزة له:

□ اضطرابات النوم: أو ما يعرف بالأرق، ويشمل كل الاضطرابات التي تمس النوم، بما فيها الاستيقاظ المبكر، عدم القدرة على مواصلة النوم، النوم المنقطع، أو صعوبة الاستيقاظ في الصباح.

□ اضطرابات الشهية: وتتمثل في التغيرات التي تحدث على مستوى شهية الفرد، كفقدان الشهية، الذي يترتب عنه الانقطاع، ومن ثمة تظهر على الفرد النحافة، أو الإفراط في الأكل، ويترتب عنه زيادة في الوزن.

❖ الآلام الخاصة بالمعدة وكثرة تقلصاتها دون سبب عضوي.

❖ فقدان الرغبة الجنسية والعزوف عنها، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها قبل الاستجابة الاكتئابية. (عبد

الستار، 1998: 24).

### 3.2.3- توتر العلاقات الاجتماعية:

إن نسبة كبيرة من المكتئبين يعبرون عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ لديهم الصعوبة مظاهر متنوعة، منها: عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية، وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية. وقد يشعر البعض منهم بأنه وحيد، ويفقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الايجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.

### 4.3.3- مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس:

يعبر بعض المرضى عن الاكتئاب بمشاعر حادة من الذنب ولوم النفس، فنجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما عليه فعلاً، أو أسوأ مما يراهم الناس عليه، ونجد أن هؤلاء الأشخاص غالباً ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبئ على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحسين وتلبية احتياجات المحيطين بهم. (عبد الستار إبراهيم، 1998: 23-25).

### 5.3.3- الأمراض التي تدل على اضطراب مستوى المزاج:

يشعر الشخص بتزايد تدريجي في شدة الحزن، وكأن الشخص يرتدي قناعاً حزينا، ومصدر هذا الحزن- كما اتفقت معظم التفسيرات النفسية والاجتماعية- أساسه فقدان، ومع كل تجربة جديدة يتولد المزيد من الحزن، أي أن مريض الاكتئاب تنحصر حساسيته في خبرات فقدان والخسارة، اللذين يلعبان دور مفتاح الحزن والتبدل. كما أن المكتئب له ميل إلى استخلاص الأشياء التي توحى بالخسارة والفقد، ويتغافل عن الأشياء الأخرى التي تؤدي إلى الاكتئاب، هذا هو التجريد الانتقائي Sélective Abstraction، الذي يجعل المريض يفرط في تفسير الأحداث اليومية كدلائل فقدان، ويهمل أو يغفل عن التأويلات الأكثر إيجابية، وبنفس النمط المعرفي المشوه " الانتقاء السلبي"، يتذكر تجاربه الماضية، فيفرط في تذكر خبراته الماضية الأليمة، ويترك الخبرات الإيجابية والسعيدة، لا يتكلم عنها حتى يُسأل عنها. (بيك، ت.ج: عادل، 2000: 133).

وعليه، فإن الحزن هو النتيجة العادية للفقدان، غير أن الانسحاب السلبي الذي يظهر عند بعض المكتئبين، قد يؤدي بهم إلى حالة انفعالية مختلفة، وهي التبدل، وغالباً ما يفسرها المكتئب على أنه غير قادر على الانفعال، فهو ميت داخلياً. (نفس المرجع السابق: 134).

وتجدر الإشارة إلى أن تراكم الحزن يتطور إلى السوداوية، وهو حزن عميق ودائم، ولا يمكن تبريره، ويسري على جميع الأشياء، ولقد وصف جي. سوتر G.SUTTER- الطبيب النفساني الشهير- حالة السوداوي: " يتوافق حديث السوداوي

مع مظهره الخارجي، ويعد كل شيء بالنسبة له مدعاة للحزن، كما يضحخ الأحداث المشؤومة بشكل غير معقول، أو حتى الأحداث السعيدة قد تكون في بعض الأحيان حجة للحزن، ويذهب تشاؤمه إلى الأشياء كافة بطريقة غير منطقية وغير متوقعة، ولا ينسى سلاحه ولو للحظة واحدة. (داكوييار، تر.ج: إسكندر، 1988: 53).

ونتيجة لهذه السوداوية، يكره المكتئب الحياة، فيصبح كل شيء بالنسبة إليه عديم القيمة، فيتسم باللامبالاة، ونتيجة لذلك يلوم نفسه، وغالبا ما تسيطر عليه أفكار معينة، حيث تهيمن عليه مشاعر قاسية من اتهام الذات والندم والشعور بالذنب، ويتهم نفسه بارتكاب أسوأ الأفعال، ويتوجه نشاطه المعرفي نحو أفكار الشعور بالذنب والندم، وتقوده في بعض الأحيان إلى الاجترار، الذي يوصله إلى الجمود الكامل، وإلى الامتناع عن الطعام، وبما أنه مثقل بمشاعر الندم، فإنه يعاقب نفسه بعقوبات قد تصل إلى الانتحار. (نفس المرجع السابق: 54).

كما أن المكتئب يصف ويتعامل مع المواقف والأحداث الخارجية والسلبية أو الصعبة نسبيا على أنها محبطة، وتطرح صعوبات يستحيل عليه التعامل معها. (عبد الستار، 1998: 25).

وتجدر الإشارة هنا إلى التلخيص الذي قدمه أيد AYD، المتمثل في جدول الأعراض الجسمية النفسية، ونسب انتشارها بين المكتئبين، وهو كالآتي:

الجدول رقم (3): يمثل الأعراض الجسمية النفسية، ونسب انتشارها بين المكتئبين.

نوع العرض	الأعراض	نسب انتشارها بين المكتئبين
الأعراض الجسمية	G. اضطرابات النوم (الأرق).	90%
	H. الاستيقاظ المبكر.	80%
	I. الإمساك	80%
	J. نقص الوزن.	70%
	K. ضعف وتعب عام وفرط التبول.	70%
	L. الإحساس بالدوار.	70%
	M. الضعف الجنسي.	60%
	N. أعراض قلبية (الخفقان).	60%
	O. الصداع.	50%
	P. الغثيان.	40%
Q. تبدل سيرة الدورة الحوضية.	25%	

90%	R. المزاج القاتم الكئيب.	الأعراض الانفعالية
80%	S. الشعور بالذنب واليأس والوحدة.	
80%	T. قلق، تهيج وبكاء.	
60%	U. الإحساس بالخوف.	
50%	V. اجترار الذكريات الماضية والحاضرة، والأفكار نحو المستقبل.	
90%	W. ضعف التركيز والانتباه (خاصة في الصباح).	الأعراض النفسية
80%	X. صعوبة في اتخاذ القرار وفقدان الاهتمام والطموح.	
60%	Y. ضعف الذاكرة.	
30%	Z. التفكير في الاضرار بالنفس.	

(يعقوب، 1984 : 36-37).

### 7.3.3- الأعراض الدالة على اضطرابات المستوى المعرفي:

نستطيع تفسير التدهور المطرد لمرض الاكتئاب وفقا لنموذج التغذية الرجعية Feed back، تحت تأثير اتجاهات المكتئب السلبية، يقوم بتفسير إحساسه بالفقد وأعراضه الجسمية تفسيراً سلبياً، ويستنتج أن به نقصاً لا يشفى، هذا الاستنتاج يدعم التوقعات السلبية عند المكتئب والصورة السلبية لذاته، فيؤدي به إلى مزيد من الحزن، فيضطر إلى تجنب مطالب محيطه والتزاماته، وهكذا تنشأ الحلقة المفرغة، التي تؤدي إلى استمرار الاكتئاب وتطوره. (بيك، تر. ج: عادل، 2000 : 130-143).

### 4- شخصية المكتئب:

الاكتئاب هو فشل مستمر، يمس الحصرية العصبية النفسية، وهذه التغيرات مطابقة للأحداث المختلفة، التي تكون مصدراً للاكتئاب، الذي يضم مكونتين: نفسية عضوية، ونفسية عاطفية، وهذا ما يميز شخصية المكتئب.

### 1.4- المركبة النفسية الجسدية:

المكتئب يعرف من البداية عن طريق تواضعه ومواقفه، حيث تنخفض نشاطاته، إذ يكون مقتصدًا في حركاته، أغلب الأحيان يكون جالساً أو مستلقياً، نظراته حزينة، ويبدو الخمول والحزن والقلق الشديد على ملامح الوجه. نجد عند المكتئب عادة أنه يشتكى من التعب الشديد الجسدي، رغم عدم قيامه بأعمال مرهقة، كذلك الإرهاق والأرق، وفي بعض الحالات نجد أعراضاً إعاشية، كما تبدو عليه النحالة وصعوبة عملية الهضم، فقدان الشهية،

الإمساك، كذلك القابلية للعطب والجروح، والشعور بعدم القيمة، وهناك حالات نجد فيها الاكتئاب هو عرض لالتهاب عصبي أو عضوي، أو غغرة عضو هام في الجسم، كما هو الحال في الاحتشاء القلبي.

#### 2.4- المركبة النفسية العاطفية:

المكتئب لديه إحساس بعدم القدرة على بذل جهد فكري، مقاومة ضعيفة للاحتباطات، ضعف في الانتباه، وصعوبة في القدرة على التذكر، وفي حالة قيامه بنشاط معرفي يصاب بالإرهاق، ويعاني على وجه الخصوص من عدم الكفاءة والقدرة على الأداء، والشعور بالنقص والتعبية للآخر، الذي يجعله يشعر بالحزن والألم النفسي والقلق، كما نجد عند المكتئب عدم النضج السيكوعاطفي، والاندفاعية وعدم التحكم، إضافة إلى الحصر الدائم، والشعور بعدم القيمة، والحذر من الآخر والمحيط. (DAMART, 1990:24).

وعليه، فإن أدوات ماير ADOLF Mayer بشير إلى أن الاكتئاب هو اضطراب عاطفي، يتمظهر بأعراض نفسية بدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته، وتتدخل في حدوث هذا الاضطراب عوامل بيئية، ثقافية، بيوكيميائية، ووراثية، إضافة إلى تركيب الشخصية. (يحياوي، 1995-1996:77).

#### 5- علاقة الاكتئاب بالقلق:

إن الاكتئاب كالقلق، يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه يعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام، ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات، لكنهما عادة ما يكونان متلازمين، وبعض أشكال الاكتئاب-بسبب ما فيها من عزلة وحزن، وعدم فاعلية وقلق- تؤدي إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ يتحول الاكتئاب العصابي إلى اكتئاب ذهاني، وهذه هي الحالات التي تنتهي بسيطرة هواجس تلك الأفكار الثابتة، التي تسيطر على بعض المكتئبين، مبينة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى، وفي هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب، يقيم الشخص اعتقاده بأن حياته عديمة الجدوى، بالرغم من كل الحجج التي يحاول الآخرون إقناعه بها، وبأن ما يفكر فيه غير صحيح. (عبد الستار، 1998: 26-27).

كما أن القلق والاكتئاب هما أهم ما يميز السلوك العصابي، لذلك يفضل بعض الأخصائيين دمج كل أقسام العصاب تحت اسم واحد، "عرض القلق والاكتئاب المركب" « clagharn anxiety depression syndrome », ولا يعول البعض كثيرا على الفروق الشخصية بين القلق والاكتئاب.

وتثبت دراسات أخرى أن المرضى بالقلق والاكتئاب، إذا غلب عندهم الاكتئاب على القلق، فإن الأمل في شفائهم، يزيد، وإذا سيطر القلق على الاكتئاب تضاءلت فرص الشفاء، الأمر الذي يدل على أن القلق غير الاكتئاب. (الحفني، 1992: 866).

## 6- النظريات المفسرة للاكتئاب:

نجد عدة اتجاهات تعطي تفسيرات مختلفة للاكتئاب، وهذا حسب الاتجاه الذي تنتمي إليه، فنجدها مختلفة عن بعضها، لأن كل منظور يعمل وفق جانب معين خاص به، ويهمل الجوانب الأخرى للاضطرابات، مثل النوع والسبب والعرض، لكن يمكن فهم وتفسير الاكتئاب، وذلك يأخذ كل الاتجاهات بعين الاعتبار، لأننا نجدها تكمل بعضها البعض، ومن بينها نجد:

### 1.6- النظرية الطبية:

والتي انبثقت من النزعة الفيزيائية للقرن التاسع عشر *physiculisme*، التي تبحث عن الأسباب البيولوجية للاضطراب الانفعالي، كأن تكون هناك تغيرات كيميائية أو عصبية قد أدت إليه، وبالتالي هي تستعين بالوسائل الطبية من أدوية وغيرها لإزالة الاضطراب. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 14).

وتمثل هذه النظرية مدرستين، "المدرسة الانجليزية Newcastle"، "مدرسة لندن"، يرجع أصحاب هذا التناول أسباب الاكتئاب إلى العوامل التالية: العوامل البيولوجية، عوامل بيوكيميائية، وعوامل خاصة بالمحيط الخارجي.

فبالنسبة للمدرسة الانجليزية Newcastle، فهي ترى أن الاكتئاب نوعان، الأول داخلي المنشأ، ويكون له أصل بيوكيميائي أو وراثي، أما الثاني فهو خارجي، يرتبط ظهوره خاصة بالمحيط الخارجي للفرد، كالصدمة مثلاً.

أما مدرسة لندن، فتبنت فرضية التواصل «Continuum» (التواصل العوامل الداخلية والخارجية للاكتئاب)، فإنهم من المستحيل التوصل إلى تحديد واضح لأسباب الاكتئاب، بل أن هذه الأسباب بصفة عامة تتداخل فيما بينها لتشكيل سلسلة متتابعة تتسبب في ظهور الاكتئاب (FREDEN, 1982: 112).

ذلك أنه عند تشخيص الاكتئاب مثلاً أو تفسيره، لا نستطيع التحدث عن الأسباب الداخلية فقط دون الأسباب الخارجية أو العكس، لأنه من الممكن لهذه الأسباب الداخلية أن تجعل الشخص المكتئب يبدي سلوكيات (خارجية) غير متكيفة، تنتج عنها انعكاسات سيكولوجية على الفرد نفسه، قد تزيد من حدة اكتابه، كما أنه يمكن للأسباب الخارجية عندما تكون شديدة التأثير على الشخص المكتئب، أن ينتج عنها بعض الأعراض الخارجية، التي تزيد بدورها من شدة حالته.

وعليه، فإن العوامل البيولوجية وعوامل الضغط، وحتى التحكم الاجتماعي الذي يؤدي إلى اكتساب أنماط شخصية، قد تكون مرضية، فإن عامل واحد قد لا يكون كفيلا وحده بإحداث الاضطراب والتوتر والمرض، فإن الاكتئاب يحدث عادة بسبب التقاء عدة عوامل مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. (عبد الستار، 1998: 101).

وسوف نتعرض في هذه النظرية إلى التفسيرات المتعلقة بالاتجاه الوراثي، الاتجاه الكيميائي، والاتجاه الهرموني، في علاقتها بظهور الاكتئاب.

### 1.1.6- الاتجاه الوراثي:

أصبح اليوم العامل أو الجانب الوراثي ثابتا لا جدال فيه، باعتباره عاملا هاما في ظهور الاكتئاب الشديد، حيث هناك فرصة كبيرة لتعرض أبناء أو أحفاد نفس العائلة للإصابة بالاكتئاب من فترة لأخرى. ولقد لخص أحمد عكاشة (1969) نتائج سبع دراسات، أجريت في مختلف أنحاء العالم، واستنتج فيها أن نسبة الإصابة عند التوائم المتشابهة وصلت إلى 68% في حالة الاكتئاب، أما عند التوائم المتأخية فهي 23%. (عكاشة، 1969: 246).

كذلك نجد روزنتال ROSEBTHAL (1970) يقول أن أبناء وإخوة المصابين بالهوس الاكتئاب، هم متعرضون لنفس الإصابة عشرة مرات من باقي الأطفال.

كما أكدت دراسات ميدانية حول خطر انبثاق الذهان الهوسي، كانت نتائجها كالتالي:

0.5- 1% عند مجموع سكان العالم، 20% عند الخلق المباشرين، 25% عند التوائم ثنائية اللاحقة، 50-100% عند

التوائم أحادية اللاحقة. (COTTRAUX, 1990: 13).

بينما نجد في القرن التاسع عشر وضع كريبلس KREPLESS فرضية وراثية في الهوس الاكتئابي، فدراسته على التوائم من بويضة واحدة أوضحت تكرارا ذا معنى لوقوع مرحلة اكتئابية أو هوسية للتوائم السليم.

في حين وجد كولمان COLLMAN في دراسته على التوائم أنه إذا أصيب أحد التوائم المتشابهة بهذا المرض، فسيصاب التوأم الآخر في 96% من الحالات. (عطوف، 1981: 289).

ويلخص لنا كتاب أكسفورد OXFORD في الطب النفسي، عددا من الدراسات التي تشير في مجملها أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس والاكتئاب بين التوائم المتطابقين الذين نشؤوا معا إلى 68%، أما بين التوائم الأخويين فقد وصلت إلى 23%. (عبد الستار، 1998: 102-103).

كما أوضحت حقيقة التوريث في بعض العائلات الهوسية، بأن هذا الهذيان يتحول حسب كيفية وراثية سائدة مرتبطة بالصفة الجنسية، حيث ينتقل الطبع الاكتئابي عبر كروموزوم (X). (COTTRAUX, 1990: 13).

أما بالنسبة للأعمال المنجزة من طرف ماندلويز MENDLEWIZ (1972)، فهي تؤكد بأن الشذوذ الكروموزومي يقع في الكروموزوم (X)، وهذا ما يفسر انتشار حالات الاكتئاب عند النساء. (KOUERNIK & LARIFIAN, 1982:105).  
كما تشير الدراسات أنه إذا كان أحد الوالدين مصاب بالاكتئاب الشديد، فإن فرصة إصابة الأبناء تتراوح ما بين 10-15%. (الحسيني، 1994: 47).

وهناك من يرى أن الظهور المبكر لمرض الاكتئاب، يعني أن نوعه مشبع بالعامل الوراثي، أم الظهور المتأخر بعد سن الخمسين لمرض الاكتئاب، يعني أن نوعه ضعيف التشبع بالعامل الوراثي. (الحجار، 1989: 85).  
وقد تعمق هنري شابرول HENRY Chbrool في دراسة العوامل الوراثية، ومدى ارتباطها بالإصابة بالاكتئاب، بعد أن لاحظ أن أغلب حالات اضطراب المزاج في العائلات نفسها، تطرح احتمال تدخل العامل الوراثي وعوامل البيئة، ولكي يضع تميزا بين العوامل الوراثية والبيئية، لجأ إلى دراسة التوائم والأشخاص بالتبني، وأدت مراجعة شابرول لثمانية دراسات قام بها بترسون PATERSON (1979) إلى النتائج التالية:

ففي مجموع من التوائم الحقيقية وغير الحقيقية، أن يكون أحدهما مصاب بمرض الاكتئاب، وجد أن نسبة التطابق الدقيقة لاضطراب المزاج كانت 59% لدى التوائم الحقيقية، و 18% للتوائم الغير حقيقية.  
وفي دراسة لـ 110 توأم، كان أحدهم يعاني الاكتئاب، وجد نسبة التطابق 67% للتوائم الحقيقية، و 20% للتوائم الغير حقيقية.

وفي دراسة قام بها تسونغ (1977) TASUNG على توائم حقيقية من بويضة واحدة، عاشوا منفصلين في بيئات مختلفة، وجد نسبة التطابق تعد بـ 67% مقابل 76% بالنسبة للتوائم التي عاشت معا في نفس البيئة.  
وفي دراسة لماندلويز MENDLEWIZ ورينر RENER (1977)، للبحث في التأثير الوراثي والعوامل البيئية والاجتماعية والعائلية، بينت هذه الدراسات عن العائلات البيولوجية وعن عائلات التبني لـ 29 مصاب بالاكتئاب الثنائي، ولـ 20 شخص عادي متبني، سيطرة الاضطرابات بنسبة 31% عند العائلات البيولوجية للأفراد الثنائيين، مقابل 2% للعائلات البيولوجية المتبنية للأشخاص العاديين، و 12% لدى العائلات المتبنية للثنائيين، و 10% لدى الأشخاص العاديين.

كما بينت دراسة لوندرا EWANDER (1986) غلبة الاكتئاب الأحادي بين الأهل البيولوجيين والمتبنيين للأشخاص الأسوياء من المجموعة الضابطة، تبين هذه الدراسات للتوائم والأفراد العاديين مساهمة بيولوجية ملموسة في اضطرابات المزاج. (شابرول، 1998: 49-50).

## 2.1.6- الاتجاه البيوكيميائي:

إن كثير من حالات الاكتئاب يستدل عليها من خلال وجود مؤشرات بدنية، فهناك عدد كبير من الأعراض الاكتئابية تظهر في شكل أعراض بدنية، وهي بذلك تؤيد الفكرة العضوية، القائلة بأن هناك عوامل وتغيرات عضوية قد تكون مسؤولة بشكل ما عن تطور الاكتئاب، أو عن بعض جوانب وأشكال محددة منه، وتشمل هذه المؤشرات العضوية الاستثارة العصبية، كالإفراط في الكلام أو السير، أو الخمول الشديد واضطرابات النوم (إما بالإفراط أو الأرق أو بصعوبات النوم...)، واضطرابات الشهية للأكل، فضلا عن بعض الاضطرابات والأعراض العضوية الأخرى، كالإمساك وفقدان الرغبة الجنسية. ( عبد الستار، 1998: 102).

وعلى هذا الأساس، نجد أبحاث البيوسيكاترين ركزت حول الاكتئاب على منطقة الهيبوتالاموس ومنطقة الغدة النخامية، ولقد أرجعوا نشأة الاضطرابات إلى الاختلالات الأمنية الخاصة بالإرسال العصبي، وقد لوحظ عند المكتئبين في حالة الميلانخوليا والهوس زيادة الصوديوم ( $Na^+$ )، وانخفاض البوتاسيوم ( $K^+$ )، وقد تبين أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب من الرجال، نظرا للتغيرات الهرمونية التي تطرأ عليهن، كالعادة الشهرية وفترة الحمل وسن اليأس، وتزداد نسبة الإصابة مع تقدم السن. (COTTRAUX, 1990: 13).

حيث أن الاكتئاب هو أحد الاستجابات المرجحة إذ شح وجود العناصر الأمنية أو أحدها، والهوس هو الاستجابة المرجحة إذا زاد وجود هذه العناصر وتكثيفها.

لقد كشف شلدكرو (SHILDKRUT (1970)، وساشار وآخرون (SUCHART & AL (1972)، وكوبان (COPPEN (1972)، وجود اضطرابات في كمية الأمينات الدماغية، كاتيكولامين وسيروتونين catécholamines et sérotonines عند الأفراد الذين يشكون الاكتئاب الداخلي المنشأ. (شايرول هنري، 1998: 49-50).

كما وجد نقص المواصلات الكيميائية من نوع مونو أمينتر (Mono-Amines)، يؤدي إلى نقص التنبيه المخي، وضعف الانسجام النفسي والشعور بالاكتئاب.

واتضح للباحثين في هذه العلاقة من خلال دراسة العلاقة بين بعض الأدوية المعالجة لارتفاع ضغط الدم والإصابة بالاكتئاب، فوجد أن من بين بعض المرضى بارتفاع ضغط الدم، المعالجين بالأدوية المناسبة لتخفيض الضغط، يصابون بالاكتئاب، نظرا لأن الأدوية الموصوفة لهم تقلل من الأمينات الدماغية من نوع أحادي أمين (Mono-Amines)، على مستوى المشابك العصبية Synapse. ( الحسيني، 1994: 32).

في حين تبين أن غالبية العقاقير التي تستخدم في علاج الاكتئاب، تعمل على زيادة نسبة المواصلات الأمنية في المخ، ففي تجربة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، أعطيت مجموعة من المرضى المكتئبين عقارا يعمل على

زيادة نسبة تركيز الموصلات الأمينية في المخ، وبعد عدة أسابيع، تحسنت درجة الاكتئاب بشكل واضح، ولكن المرضى انتكسوا وعاد إليهم الاكتئاب من جديد خلال يومين فقط من تعاطي عقار آخر، يعمل على تقليل نسبة الأمينات، ولمدة أخرى تحقق الشفاء من الاكتئاب عندما أوقف العقار الآخر، مما سمح للأمينات أن تعود لنسبة تركيزها العالية من جديد (BURNS, 1992).

ومثل هذه الدراسة قد توهي بأن الموصلات الأمنية في المخ قد تقوم بدور سلبي في التحكم، وعلى الأقل في بعض أشكال الاكتئاب، بدليل التآرجح في المزاج ارتفاعا وانخفاضا، بحسب زيادة الأمينات أو هبوط مستوى تركيزها في المخ. (عبد الستار، 1998: 106).

كما يرى كرين (1975) KRAINES، أن النتائج العلاجية المستمرة بالأدوية المضادة للاكتئاب والصدمة الكهربائية، وأيضا تأثير الأدوية المبددة للأمينات الدماغية، مثل أزرين، وألفا مثل دوبا، وحاصرات مستقبلات بيتا (Béta Blockers)، وغيرها كلها أحسن، مؤكدا على دور العوامل الكيميائية الحيوية حدوث متلازمة الاكتئاب.

في حين دلت التقنيات الدوائية العصبية أن التغيرات التي تطرأ على تصنيع الأمينات الدماغية ومستوياتها واستقلاباتها (دوبامين، سيروتونين، نورادرينالين، أحادي أمين، أكسيداز)، أي مواد النقل العصبي في مناطق الاشتباك الخاصة بالخلايا العصبية، هذه التغيرات يفترض أن تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب، ويمكن اكتشاف هذه التغيرات الأمنية من خلال تحليل مستقبلاتها في البول والدم وفي السائل الشوكي. (الحجار، 1989: 85).

كما اكتشفت البحوث الطبية وجود أمراض تعتبر من العوامل المثيرة لظهور الذهان الدوري، وأهمها الالتهاب الرئوي، الصفراء، وبعض العقاقير، مثل السلفا Salfa، وسربازيل Serbasil، والأدوية المستعملة لخفض ضغط الدم، ومن المعروف أن هذا النوع من الأدوية يستنزف الموصلات الكيميائية الأمنية من المخ، التي تفجر النوبة الاكتئابية، كما لاحظ بعض العلماء منذ سنوات، أن كثيرا من مرضى الضغط، والذين يتناولون عقار السربازيل Serbasil تتناهم نوبات من الاكتئاب الشديد. (KOUERNIK & LARIFIAN, 1982: 105).

### 3.1.6- العوامل الهرمونية:

إن الاضطرابات الهرمونية التي تحدث في الجسم، تؤثر على الحالة المزاجية للفرد، وفي حالة وجود ورم في إحدى الغدد الصماء، مصدر الهرمونات، وقد يظهر المريض - زيادة على الأعراض المعروفة بالاضطراب الهرموني - أعراض تدل على الاكتئاب، وبالأخص اكتئاب المزاج، وفي الحالات التالية، تظهر أعراض تدل على الاكتئاب.

### 1.3.1.6- مرض أديسون Addison's disease :

عندما يقل إفراز هرمون الكورتيزون من الغدة الكظرية، يصاب الفرد بمرض أديسون، ومن أعراضه فقدان الشهية، نقص الحيوية والنشاط، نقص الوزن والتعب السريع، هذا ما يعطي صورة مشابهة لحالات الاكتئاب.

#### **2.3.1.6- ضعف الغدة الدرقية Hypothyroidies:**

عندما يقل إفراز الثيروكسين من الغدة الدرقية، تتأثر حالة المزاج، ويشعر الفرد بالاكتئاب الشديد، وتعتبر هذه الحالة من أكثر الاضطرابات الهرمونية التي تتشابه بالاكتئاب في بداية المرض، لكن التشخيص الفارقي بين ضعف الغدة الدرقية والاكتئاب ظهر في علامات مميزة، مثل شعور المريض بالبرودة، ويظهر انتفاخ بالقدمين، كما يصبح الجلد سميكاً بلون يميل للاصفرار، ويصبح الصوت غليظاً. (الحسيني، 1994: 41).

#### **3.3.1.6- ضعف الغدة النخامية Hypopituitarism:**

من المعروف أن هرمون الغدة النخامية يؤثر على الغدد الصماء الأخرى، ويساعدها على إفراز هرموناتها المميزة، في حالة ضعف إفراز هرمون الغدة النخامية، ينعكس هذا الضعف على إنتاج الهرمونات الأخرى، فتكون هي الأخرى ضعيفة في إفرازاتها، وتتميز هذه الحالة بأعراض تجمع ما بين أعراض مرض أديسون وضعف نشاط الغدة الدرقية، زيادة على أعراض أخرى، نجملها في انقطاع الحيض، والإصابة بالعقم، ومن ثم يصاب الفرد في هذه الحالة بالاكتئاب. (الحسيني، 1994: 41).

#### **4.3.1.6- متلازمة كوشنج Cushing's syndrome:**

يصاب الفرد بمتلازمة كوشنج في حالتين، الأولى عندما يزداد إفراز هرمون الكورتيزون من الغدة الكظرية، والثانية عندما يتلقى الفرد علاجاً من الكورتيزون الخارجي بكميات كبيرة ولمدة طويلة، ومن الأعراض المميزة لهذا المرض: انتفاخ الوجه والجسم، بينما تبقى الأطراف نحيفة، وقد يصاب المريض بمرض السكر أو ارتفاع ضغط الدم، ويشعر المريض بأن قواه منهكة، ويتعب سريعاً ومزاجه مكتئب (نفس المرجع السابق: 12).

#### **5.3.1.6- زيادة نشاط غدد جار الدرقية Hyperparathyroidism:**

يوجد بجوار الغدة الدرقية غدد صغيرة، ويؤدي زيادة إفرازها إلى زيادة كمية الكالسيوم في الجسم، الذي يكون مصدره من الطعام، ويتميز هذا المرض في بدايته بعسر الهضم والاكتئاب، ثم تظهر صورته العيادية، فنلاحظ أن المريض يصاب بحصوات الكلى بسبب ترسب الكالسيوم بالكلية، من جراء زيادة مستواه بالدم. (الحسيني، 1994: 62).

نستنتج أن هذه النظريات لها درجة من الصحة، لأنها تقرر العلاقة بين الاكتئاب والجسم، إلا أنه من المفروض ألا تقتصر على هذه العوامل، فالإكتئاب له علاقة أيضاً بالعوامل النفسية والطفولية والبيئية والاقتصادية.

أما بالنسبة لاضطراب الاكتئاب، أو نوبة الاكتئاب المنفردة، فكان مختلفا عن الهوس - اكتئاب (الاضطراب الدوري)، فلقد كان تأثير العامل الوراثي فيها غير واضح بصورة قاطعة، وتعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للاكتئاب الخالص، بما فيه الاكتئاب العصابي، أو الاكتئاب الاستجابي.

مما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب، فتأثير المورثات الجينية لا بد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى، توجهها إلى المرض أو الصحة.

كذلك بالنسبة للنظرية التي تقول أن الاكتئاب منتشر عند النساء أكثر منه عند الرجال، ويرجع ذلك إلى شذوذ في الكروموزوم (X)، فهذا السبب لا يمكن اعتباره بيولوجيا بحثا، بل قد يكون نفسيا أكثر مما هو تكويني، حيث أن معظم الدراسات التي أجريت في هذا الصدد ترجع السبب في الإصابة إلى عوامل خارجية، كتفكك الأسرة والانعزال الاجتماعي، والضغط النفسي المسلطة على المرأة، وتراكم الاحباطات.

انطلاقا مما سبق، يبدو واضحا أن النظرية الطبية - في نظرتها لنشأة الاكتئاب - ماهي إلا مقتضية، لأن الاكتئاب الذي يصاحب به الإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية، زادت بها الأمينات الدماغية أو انخفضت، إنه ليس عبارة عن مرض ينتقل وراثيا، منقولات على الجينات من الآباء إلى الأبناء، أو ليس عبارة عن اختلالات عصبية وتلف في أجهزتها فقط، بل الإنسان بطبيعته كائن حي، يعيش وسط بيئته الاجتماعية، حتما سوف يتعرض في هذه الحياة إلى مواقف تعلم، وربما يكون محل تعلم خاطئ، أو ربما يكون عرضة للأفكار الانهزامية والسلبية اتجاه نفسه واتجاه العالم الذي من حوله، وعليه، فإنه يجب التطرق إلى النظرية النفسية التحليلية.

## 2.6- النظرية النفسية التحليلية:

لقد طرح محللون نفسانيون كثيرون عدة نظريات حول أسباب الإصابة بالاكتئاب، وقد اتفق معظمهم على أن الاكتئاب حالة مرضية، تعبر عن حالة نفسية يعيشها المكتئب، وتؤثر في نمط حياته.

حيث نجد عالم النفس سيجموند فرويد (1857) SIGMUND Freud، زعيم المدرسة التحليلية، يرى بأن الاكتئاب ما هو إلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وينسب الاكتئاب الميلانخولي عامة إلى فقدان انفعالي، راجع إلى الفشل في استرجاع الموضوع المفقود أو عوامل متشابهة، وهو يميز بين مصطلح الحزن والميلانخوليا، فافتراض أن الاكتئاب هو فقدان للأنا على مستوى اللاشعور، بينما الحزن يكون شعوريا والأنا سليمة.

ومن ثم نجد أن سيجموند فرويد (1917) SIGMUND Freud في بحثه المسمى " الحداد والميلانخوليا MOURNING & MELANCHOLY"، يكشف العديد من أوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي،

فالإكتئاب عادة ما يحدث ويشند إثر وفاة موضوعات حيناً، أو عند فقدانها بالهجر والخسارة، وهذه النوبات من الإكتئاب التي تنفجر، وتشتد بعد وفاة أو فقدان الموضوع حيناً، هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاة أو الفقدان، ما يضاعف بدوره مشاعر الإكتئاب والغضب الداخلي، واتهام الذات. (عبد الستار، 1998: 97).

حيث قدم فرويد تفسيراً للإكتئاب، عندما لاحظ أن هناك تشابه كبير بين الحداد والملائخوليا، وكلاهما يتضمن قدراً كبيراً من الغم والكدر، والانسحاب عن العالم، وتقلص في الاهتمامات والأنشطة، ولكن إذا تعذر القيام بعمل الحداد ينشط الأعراض الاكتئابية المرضية، ولكن في الإكتئاب-على خلاف الحداد- نجد المشاعر تتضمن تقديراً منخفضاً للذات، ورغبة في عقابها. (عبد اللطيف، 1997: 50).

وعليه، فإن فرويد FREUD يرى بأن فقدان وخسارة موضوع الحب أو لانفصال عنه، سواء كان شخصاً أو رمزاً، يؤدي إلى حالة الحزن والحداد، وعندما يكتشف الأنا أن الحبيب (موضوع الحب) قد انتهى من الوجود، يشعر بالحزن والإكتئاب.

ويشير فينجل FINICHEL إلى أن أفكار فرويد تعني أن الشخص المفقود -خاصة إذا كان يمثل الأنا الأعلى، الذي يعادل سلطة الضمير الاجتماعي والأخلاقي- إذا كان أنه الأعلى عدواني، فالأنا يقوم بتحويل الكراهية إلى ذاته، ويرغب في تحطيم ذاته. (عبد الباقي، 1992: 440).

كما أن الموضوع عندما ينزع فجأة من حياة الإنسان، وقد كانت هناك روابط غنية ومعقدة معه، فهذا يشكل أحد الصدمات النفسية القوية في الحياة، خصوصاً إذا لم يهيأ الفرد لهذا الفقدان، كأن يكون ذلك نتيجة حادث أو مرض قاتلين بصفة مفاجئة، أو في ظروف مرعبة وغامضة، أو إذا كان الفرد ضعيفاً بسبب عدم نضجه، كأن يكون طفلاً مرتبطاً بالموضوع المفقود بعلاقة تبعية كبيرة، ذلك أن الأنا يواجه كمية كبيرة من الإثارات، نتيجة قطع هذه الروابط مع الموضوع المفقود، ويتوجب عليه حينها القيام بعمل مؤلم وشاق، قصد ربط هذه السلسلة من الإثارات المؤلمة، فعندما يفقد الإنسان شخصاً عزيزاً، فإنه يواجه بضعفه، ذلك أن حبه لم يتمكن من إنقاذ الموضوع المفقود، وكل الجهود المبذولة في هذا الاتجاه تبدو له وهمية ودون جدوى، نتيجة عدم قدرته على إبعاد المكروه الذي ألم به.

بالتالي، فإنه يجابه من جديد مشاعر الذنب، المرتبطة بنزعاته التدميرية، التي تنشط من الاعتقاد بكونه هو الذي دمر الموضوع، ويظن أن هذا الفقدان إنما هو عقاب نتيجة أخطاء ارتكبها، أو يعتقد أنه قد ارتكبها.

هذا بالإضافة إلى أن هذا الاكتئاب حسب فرويد هو ينتج عن عدم تحقيق الانفصال على الموضوع، وبالتالي فإن التعلق المستمر بالموضوع المفقود يكون مصدر إحباط يدل أن يكون مصدر إشباع للشخص المكتئب، وهذا ما يؤدي إلى تخزين أو تراكم الطاقة الليبيدية على مستوى "الأنا"، إذ ينتج صراع وجداني بين دوافع "الأنا" وهذه الطاقة الليبيدية، مما يسبب قوة تحطيمية للأنا، قد تصل إلى فقدانه (FREDEN, 1982:15).

أما ميلاني كلاين (1943-1940) MELANIE, Klein، فترجع إحياء الوضعية الاكتئابية الطفلية عند الفرد الذي لم يستطع في طفولته الأولى أن يبني موضعه الجيدة الداخلية، ولم يستطع أن يشعر بالأمان في عالمه الداخلي، حيث أن الطفل يمر عادة في حوالي أربعة أشهر الأولى من عمره بالمرحلة الاكتئابية، أساسها الخوف من فقدان الموضوع الطيب المتمثل في الأم، إن الوضعية التي يعيش فيها الطفل هي التي تحدد فيها بعد اكتتابه أو عدمه.

ويؤكد بالمر BALMER أن فقدان الوالدين أو أحدهما، أو مجرد غيابهما لفترة طويلة، يولد عند الطفل عاطفة الكره والاكتئاب، ويؤدي هذا الغياب أيضا إلى عدم نضج الطفل وشعوره بالقلق. (عبد الباقي، 1992: 400).

لقد واصل جاكبسون JAKOBSON أعمال فرويد، حيث حاول توسيع مفهوم الحزن ليشمل الكآبة، ويرى في حالة الحداد أو الحزن أفكار الشخص موجهة نحو تجاربه الداخلية الايجابية، فتكون رغبة ملحة لعودة الموضوع المفقود، وهذا ما يحدث في حالة الاكتئاب، أي يكون التعبير عن الكآبة منفصل عن تلك العدوانية الموجهة، سواء نحو العالم الخارجي أو نحو الفرد نفسه، ولقد ركز جاكبسون JAKOBSON على ضعف الأنا وأهمية فقدان تقدير الذات في حدوث الاكتئاب، ولعل أكثر ما يميز الاكتئاب حسبه، هو ذلك الاضطراب في المزاج، الذي يعود إلى القطيعة الموجودة بين الصورة التي توجد عليها الأنا، والمثال الأعلى للأنا، أو الصورة التي يتمنى أن يكون عليها الأنا. (FREDEN, 1982:16).

أما أبرهام ABRAHAM "فقد ركز على الجنسية قبل المرحلة التناسلية فيما يخص الاكتئاب، فطرح مفهوم المرحلة الجنسية النفسية للنمو، وأكد على أن الاكتئاب هو تثبيت المرحلة بفعل الاستعداد الوراثي، وخيبة آمال الطفولة في الحب، كما افترض أن مشاعر العدوان والكرهية المدمرتين للقوة العاطفية تنجمان عن رغبات مكبوتة، وهذا ما يسبب الاكتئاب، فالعدوان الناتج عن الإسقاط المعكوس، أي نحو الذات، يخلق مشاعر الألم، الانتقام والتهيج". (الحجار، 1989: 87).

كما أن نظرة إدوارد بريدرنيك EDWARD Bridring "حول الاكتئاب، تؤكد على عامل العلاقات الاجتماعية للفرد على محيطه، وليس فقط على الصراعات الداخلية للفرد في حد ذاته، وهو يرى أنه مهما كان نوع الاكتئاب (عصابي أو ذهاني)، فإن مصدره يكون فقدان تقدير الذات، الذي يؤدي بالفرد إلى التخلص من عدوانيته". (FREDEN, 1982: 18). وعليه، فإن الدراسات التحليلية ترى في الحالة الاكتئابية "وضعية فقدان موضوع الحب"، التي تثير نكوص من مرحلة اختيار الموضوع إلى مرحلة تكمص الأنا مع الموضوع المفقود، أين العلاقة بين الفاقد (الفرد) والمفقود (الموضوع) تبنى على نموذج نرجسي وازدواجي. (ADOUCEUR & BOUCHAR, S.D:300).

وحسب نظرة آرون بيك ARON Beck لنشأة الاضطراب الانفعالي -حسب النظرية النفسية التحليلية- يكون كالتالي: إن النظرية النفسية التحليلية ترى أن هناك مثيرا أو حدثا يثير رغبة أو دفعة لا شعورية، وبما أن هذه الرغبة غير مقبولة من جانب الفرد، فإن بوابة خروجها إلى الشعور تشكل تهديدا داخليا، وما لم يستطع الفرد تجاوز هذه الرغبة المحرمة باستخدام ميكانيزم دفاعي، فإنه يشعر بالقلق والذنب.

وعلى سبيل المثال، يرى فرويد Freud -حسب نظريته- من عقدة أوديب أن الطفل (الولد) يستجيب عندما يرى أمه برغبة جنسية لا شعورية نحوها، فإذا هددت هذه الرغبة اللاشعورية بالاندفاع إلى حيز الشعور واقتحامه، فإن الولد يشعر بقلق يرده إلى الخوف من عقاب غريمه الأب. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 67).

إن اعتماد النظرية النفسية التحليلية في تفسيرها للاكتئاب على الخبرات الطفولية المبكرة يعتبر ثغرة خطيرة ومضللة، لأنها لم تكشف لنا عن تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية بيك (BECK, 1974).

ومع ذلك، فقد بقيت للنظرية النفسية التحليلية فكرة رئيسية، كان لها بعض الإثراء في إغناء البحث العلمي، ومن ثم إلقاء الضوء على بعض ميكانيزمات وعوامل الاكتئاب، ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين وموضوعات حبنا المبكرة على نمو الاكتئاب وتطوره، فقدت وجهة النظرية النفسية التحليلية للاكتئاب النظر لدور الحرمان المبكر من الأبوين، وأثاره العميقة في إثارة مشاعر الاكتئاب المبكر.

حيث يذكر مونورز (1987) MUNORZ -بعد أن استعرض عددا من البحوث في هذا الموضوع- أن فقدان المبكر للوالدين يعتبر من المخاطر الرئيسية ومن العلامات المنذرة للاكتئاب، ويبين براون (1961) BROWN من خلال دراسته للخبرات المبكرة لمجموعة من المرضى المكتئبين نتيجة مماثلة، أي أنهم يعرضوا بدرجة عالية 41% للحرمان المبكر من الوالدين، ولكن كان لتأثير الحرمان من الأب دور كبير في ذلك، ويستعرض بيك (1974) BECK كذلك عددا من

البحوث في هذا الموضوع، ليقرر أن الحرمان المبكر من الأبوين ينتشر بالفعل بين المرضى بالاكئاب الاستجابي، ولكن ليست له علاقة تذكر بالاكئاب الذهاني ( الدال على وجود مرض عقلي).

هذا بالإضافة إلى أن التحليل النفسي جعل الإنسان رهين نزوات عمياء، لذا وجهت عدة انتقادات له، فمنهم من يرى أن المفاهيم التي ابتكرها فرويد Freud أو المنشقون عنه لوصف وتفسير الأمراض النفسية بصفة عامة تتصف بالعمومية والاتساع، فهي عامة فضفاضة. (عبد الستار، 1994: 68).

ذلك أن الغرائز التي يعتبرها فرويد مصدر السلوك المرضي، أدت إلى جعل المشكلة النفسية مجردة من أساسها النفسي، وأصبحت حبيسة قوى لا يتحكم فيها الفرد، حيث يقول أيزنك EYSENCK في هذا الإطار: "لقد أصبح لدينا بدلا من الشياطين والعمالقة مركبات أوديب إكترأ". (نفس المرجع السابق: 69).

كما نستنتج أن نظرية التحليل النفسي لها نظرة واحدة للاكتئاب، وهي التأكيد على العوامل النفسية في الطفولة كعوامل مؤدية للاكتئاب، وأهملت عوامل أخرى، منها العوامل التكوينية والوراثية والعضوية والاقتصادية والاجتماعية... الخ، والتي لها دور كبير في تفجير اضطراب الاكتئاب، بالإضافة إلى تأثير ودور التعلم والخبرة في توجيه سلوك الفرد نحو الصحة أو المرض، وهذا ما سنتعرف عليه من خلال النظرية السلوكية.

### 3.6- النظرية السلوكية:

ترى هذه النظرية أن الاضطراب النفسي ما هو إلا انعكاسات لا إرادية، قائمة على اشتراطات قديمة وقعت على المريض في سالف أيامه. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 14).

وتقوم النظرية السلوكية على مسلمة، وهي أن السلوك نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث، فكلما تكرر السبب ظهرت النتيجة، ويرتبط سلوك الإنسان بمجموع الخبرات التي سبق له أن مر بها، ويمكن تغيير ذلك السلوك بالأساليب النفسية، اعتمادا بالدرجة الأولى على عملية التعلم.

إن الخبرات الحياتية التي يتعرض لها الفرد، لها دور أساسي في عملية تشكيل السلوك أو انطفاءه، كما أن عملية تشكيل السلوك تكون بتعزيز ذلك السلوك إيجابيا، أما انطفاءه فيكون عن طريق إهماله، أو استخدام أساليب التعزيز السلبي له. (القذافي، 1997: 187).

وعليه، فإن القاعدة الأساسية التي يقوم عليها النموذج السلوكي في تصوره للسلوك المرضي، تتمثل في تعديل هذا السلوك بواسطة تطبيق قوانين الإشراف والتعزيز. (عشوي، 1994: 128).

وقد قدم أصحاب المدرسة السلوكية مساعدة كبيرة في تفسير الاكتئاب، بالرغم من أن النظريتين البيوكيميائية والتحليلية بادرا إلى الاهتمام بنشأة الاكتئاب قبل اهتمام النظرية السلوكية به، ويرى السلوكيون أن الاكتئاب هو سلوك متعلم مثل أي نمط من أنماط السلوكات السوية، ويكون هذا التعلم وفق مفهوميين استخدمه أصحاب هذه النظرية، وهما الاشرط والتعزيز. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 66).

كما يرى لوينسون وآخرون LEWINSOHN & AL أن الاكتئاب والتعزيز مفهوميين يتوقف الأول على الثاني، ويرون أن السلوك الاكتئابي دالة لانخفاض معدل الاستجابة المتوقفة على التعزيز الايجابي. (عبد اللطيف، 1997: 47). أما سكينر (1951) SKINNER، فيرى أن السلوك الاكتئابي يعتبر ظاهرة انطفاء ناتجة عن حرمان كبير من التعزيزات الاجتماعية، وينتج عن ذلك فقدان وانخفاض المعلومات حول السلوكات الاجتماعية ووضعية العزلة، لذلك تكون التظاهرات الاكتئابية هي الوحيدة المعززة، ويضيف فرستر FERSTER (1973) إلى ما قدمه سكينر عنصرا هاما، والذي حصره في الظروف المساعدة في ظهور السلوكات الاكتئابية، والمتمثلة في العجز الذي يظهره الفرد في تفادي وضعيات اجتماعية معقدة ومنفردة.

ويرى لوينسون LEWINSOHN أن الاكتئاب هو اضطراب السلوك الإجرائي، يرجع إلى النشاطات ذات التعزيز الايجابي المحدود، وقد يعود ذلك إلى عجز الفرد عن القيام بنشاطات تجلب له المكافأة. (XAVIER, 1977: 82-83).

وعليه لا بد من التعرض إلى وجهتي نظر مختلفتين لتفسير الاكتئاب في النظرية السلوكية، وهما:

**1- وجهة النظر الأولى:** ويشترك فيها كل من أولمان وكراسمر (1969) ULLMAN & KRASMER ولوينسون وماك فيلامبي (1974) LEWINSOHN & MAC PHILLAMY، حيث يرون بأن الاكتئاب ينتج عن التحديد المبالغ للنشاطات ذات التعزيز الايجابي، فيصبح الفرد عاجزا عن القيام بالسلوكات التي يجازى عليها. (FREDEN, 1982: 17).

وعلى هذا، فإن الاكتئاب حسبهم يظهر عند افتقاد الفرد إلى التعزيز الايجابي، أو عند تعرضه للعقاب، (أي للتعزيز السلبي)، وقد دعمت هذه الجماعة من الباحثين تفسيرهم للاكتئاب بأدلة نفسية اجتماعية، وخاصة بحوث كل من أولمان وكراسمر (1969) ULLMAN & KRASMER، إذ يشيران إلى أن المجتمع قد يقتصر في توفير الأدوات ذات التعزيز الايجابي للأشخاص الذين يجدون أن حياتهم ليس لها أي معنى، وفي هذه الحالة، فإن ما يعرف (بالدور الاكتئابي) (le role dépressif) يمكن أن يصبح مزمنًا عند هؤلاء الأشخاص، الذين لم يتمكنوا من إيجاد سلوكات تعويضية لسلوكاتهم الداخلية، التي لا تجلب لهم أي تعزيز إيجابي.

وعليه، فإن الفرد المكتئب هو ذلك الفرد الذي لا يجد أي تدعيم من طرف محيطه لمختلف السلوكيات (الداخلية والخارجية) التي يقوم بها، والتي يسعى من خلالها إلى تحقيق التكيف مع التقدير الذاتي، إذ يكون هذا التدعيم بمثابة تعزيزات إيجابية، والذي يؤدي إلى افتقار الفرد لها عن أية محاولة لتبني سلوكيات أخرى، قد تجعله يحقق التكيف الذي يسعى إليه، فنجدته يتخذ من الاكتئاب سلوكا يبرر من خلاله عجزه المكتسب عن الخوض في أي تجارب جديدة. (FREDEN, 1982:190).

**2- أما وجهة النظر الثانية:** فهي تلك التي يتبناها سليقمان SELIGMAN، بحيث يفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان التحكم والمراقبة لتقنيات ووسائل اكتساب التعزيز الايجابي، ويطلق على هذه الحالة اسم "العجز المتعلم"، ولكن يؤكد على أن العجز المتعلم يوافق فقط ما يسمى "بالاكتئاب الارتكاسي"، حيث يكون الفرد قليل المبادرة، وقليل الثقة بالنفس والمستقبل، ويعتبر سليقمان SELIGMAN الاكتئاب نتيجة لفقد المراقبة لوسائل اكتساب التعزيز الايجابي أو السلبي.

وحسب سليقمان SELIGMAN، فإن الأفراد الذين لم تتح لهم الفرصة أثناء طفولتهم في مراقبة المحيط، الأكثر تعرضا في الرشد للاستجابة عن طريق العجز المتعلم (المكتسب). (COTTRAUX,1990:107).

ولقد تعرضت نظرية سليقمان SELIGMAN حول التناظر القائم بين الاكتئاب والعجز المتعلم إلى عدة انتقادات، خاصة من طرف زميله أبرامسون (1978) ABRAMSON وآخرون، وانحصر هذا النقد في نقطتين أساسيتين هما:

**1- إن تعرض الكائن الحي (حيوان أو إنسان) إلى منبهات أو حوادث خارجية سيئة يصعب السيطرة عليها، لا تؤدي دوما بصورة حتمية إلى الاكتئاب أو العجز.**

**2- إن نظرية العجز المتعلم لا تفسر فقدان اعتبار الذات، الذي غالبا ما نراه عند مرضى الاكتئاب.**

مما أثار هذا النقد حوافز سليقمان SELIGMAN، ليعيد النظر من جديد في نظريته بالتعاون مع زملائه سنة 1978، حيث عدّل نظرية العجز المتعلم لتشمل الأنماط التفسيرية للأحداث الحياتية، وهي طريقة خاصة، يفسر المكتئبون من خلالها الحوادث التي تعترض حياتهم على أنها أشياء ثابتة أو غير مستقرة، شاملة أو نوعية، داخلية أو خارجية. (يحياوي، 1996-95:72).

وطبقا لنظرية سليقمان SELIGMAN المعدلة، فإن الفرد الذي يميل إلى تفسير الأشياء السيئة من مدركات داخلية وثابتة وشمولية، هم أكثر الأفراد تعرضا للاكتئاب عندما تواجههم مصائب، وتعرض سبيل حياتهم الشدائد.

أما اختبار سليقمان SELIGMAN الأول لنظريته المعدلة، عمدا إلى فحص 34 طالبا جامعا باختبار بالكاشف للأعراض الاكتئابية، والمؤلف من 13 بنداً، بدرجة اتساق وصدق عالية في الكشف عن أعراض الاضطراب الاكتئابي. وكما هو متوقع، يمكن التنبؤ بالاكتئاب من خلال أنماط التفسيرات التي يطرحونها (المفحوصين)، فالطلاب الذين أعطوا تفسيرات داخلية وشمولية وثابتة عن حوادث سيئة، كانوا أكثر اكتئابا من الذين قدموا تفسيرات خارجية ونوعية وغير ثابتة، والنتائج نفسها وجدت عند اختبار سجناء الأمن طلاب بالمدارس.

كما أجرى سليقمان SELIGMAN وزملائه أكثر من 104 تجربة، شملت ما يقارب 15 ألف مفحوصا، اتضح فيها أن الأنماط التفسيرية أو الوجاهات التشاؤمية ترتبط بالاضطراب الاكتئابي. (يحياوي، 95-1996: 92-95).

حيث أن بعض الأفراد الذين يتميزون بنموذج تفسيري سيء، يحتمل أن يكونوا أكثر تعرضا لضعف الصحة البدنية من أولئك الذين يبدون نظرة تفاؤلية، كما يضيف أن التقدير المنخفض للذات الذي يظهر في الاكتئاب، وهو نتيجة الانتساب الداخلي، وترتبط مدة الاكتئاب بدرجة الانتساب الثابت، وأما شدته وخطورته فهما مرتبطان بوجود انتساب داخلي، وبدرجة تشدد اعتقاد الفرد.

وبناءً على ما جاء في وجهتي النظر المختلفتين في مجال تفسير الاكتئاب حسب تناول السلوكي، فإننا نصل إلى الاختلاف الوارد بينهما، حيث أننا نستنتج أن التفسير الأول يركز أكثر على تدخل العوامل الاجتماعية المحيطة في ظهور الاكتئاب، وذلك بتقصير المحيط في توفير التعزيزات الايجابية للفرد، وبالتالي تعرضه لتعززات سلبية، بينما يركز التفسير الثاني للاكتئاب أكثر على قدرات الفرد الشخصية، في التحكم في وسائل اكتساب مثل هذا التعزيز الايجابي، أي السبب يعود أكثر إلى افتقار الفرد لهذه الوسائل التي تساعد بدورها على التحكم في هذه التعزيزات الايجابية، وبالتالي، فإن أصحاب هذا التفسير ينسبون ظهور الاكتئاب إلى مصدر شخصي أكثر منه اجتماعي. (FREDEN, 1982: 20).

أما دراسات العالم باندورا (1965-1969) BANDURA على التعلم، فقد سمحت على الأقل بفهم مشاعر تحقير الذات، حيث بينت هذه الأبحاث أنه في وضعية التعلم، يبنى الأفراد عامة معايير التعزيز الذاتي المقدم من طرف النموذج، إذا كان النموذج يقدم أداءات عالية، يستطيع الأفراد ربما أن يظهروا كثيرا من عدم الرضا اتجاه أنفسهم واتجاه أدائهم، حتى وإن كان متوافقا وجيدا، هذا الرأي يذهب إلى تفسير مشاعر الذنب، الذي يكون المكتئب ضحية لها.

(ADOUCEUR & BOUCHAR, S.D : 320).

وعليه، نلاحظ أن الافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية وتفسيرات أصحابها للاكتئاب محصورة في انخفاض معدل التعزيزات الايجابية أو ارتفاع في معدل الخبرات السلبية (السيئة)، فحالة الاكتئاب تظهر عندما ينخفض الثواب المرغوب فيه.

ويتضح لنا بعد عرض النظرية السلوكية أن الفرد يكتسب السلوكات الاكتئابية عن طريق التعلم، تحت تأثير نقص التعزيزات الايجابية من المحيط، وهكذا نلاحظ أن الفرد لا يملك تعديل هذه الانعكاسات بمجرد فهمها، بل يحتاج المريض إلى إشراف مضاد، يقوم به معالج كفاء. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 14).

وبناءً على ماسبق، فإن النظرية السلوكية تعتبر الاكتئاب كخبرة نفسية سلبية مؤلمة، ما هو إلا ترديد لخبرات أليمة تعلمها أو صادفها أو مر بها الإنسان منذ صغره، ولم يستطع أن يحلها أو يزيلها من عقله، فالذي لم يتغلب على ألمه في الصغر بسبب موت أو اختفاء أو سفر شخص عزيز عليه، فإنه معرض للإصابة بالاكتئاب في الكبر إذا تعرض لنفس الأزمات، وربما يحدث له تعميم لظاهرة الحزن، والذي يجعله يكتب من اختفاء أو فقدان أيا كان، سواء إنسان أو حيوان أو حتى جماد. (عفيفي، 1990: 23).

ومن ثم، فإن معظم المحاولات الحديثة تقوم على نظريات التعلم، ولتوضيح ذلك، سوف يتبين في هذا التنسيق:

1- معدل منخفض لأفعال التعزيز الايجابي لإظهار المنبه ببعض السلوك الاكتئابي، كما هو الحال في نواحي الأخطاء اللفظية أو الإجهاد أو الأعراض الجسمية الأخرى.

2- معدل منخفض للدعم الايجابي الذي يشكل صرحا وافيا للأجزاء الأخرى من أعضاء الاكتئاب مثل المعدل المنخفض للنشاط أو السلوك اللفظي حيث يدخل المكتئب في حالة الخمود والانطفاء.

3- تعمل البيئة الاجتماعية على إمداد التدعيم في شكل تخاطب ومشاركة وجدانية وشعور بأهمية الفرد، وهذا بدوره يقوي سلوك المكتئب.

كما أن الاكتئاب ناتج عن عجز وعدم مقدرة الفرد على التصرف، واستعادة الإثارة ورد فعل البهجة والسرور من الآخرين. (الطويل، 1975: 65).

ويمكن القول أن النظرية السلوكية بهذا الشكل تعتبر الإنسان رهين انعكاسات آلية، وتكون قد نرعت عنه كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تقدم مزيدا من الفهم للسلوك غير السوي، وبالتالي علاجه، بما أنها تصنع كل ما ليس بظاهر جانبا، ولا يكون له قيمة في التفسير والعلاج، وبالتالي، فإن علاج شخص يعاني الاكتئاب يمكن أن يتم بتعليمه أساليب

جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعد على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف. (عبد الستار، 1994: 77).

هذا بالإضافة إلى أن السلوكيون الجدد لم يذكروا وجود الحياة العقلية للإنسان وعلى مدى تأثيرها على السلوك، لدى يؤكدون على العلاقة المباشرة الموجودة بين المحيط والسلوك، وهذا الأخير ما هو إلا نتيجة لأفكار من معتقدات وتنبؤات وتفسيرات، تؤثر على الطريقة التي يستجيب بها الأفراد مع المحيط والأشياء.

#### 4.6- النظرية السلوكية المعرفية:

تعتبر النظرية السلوكية المعرفية ثمرة حديثة للتطور الحاصل في ميدان علم النفس الإكلينيكي، حيث كانت مساهمته في تفسير مختلف السلوكيات المرضية بما فيها الاكتئاب، كتكملة لما جاءت به المدرسة السلوكية الكلاسيكية، والتي تفسر سلوك الفرد على أنه رد فعل لمثيرات محيطية بحثة.

إذ يرى المعرفيون أن السلوك الإنساني ليس مجرد استجابة مباشرة لمثيرات محيطية فحسب، بل هو عبارة عن إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان، اعتقاداته، تنبؤاته وتفسيراته، ولقد ركز السلوكيون المعرفيون على معرفة أسباب الاضطرابات النفسية وطرق علاجها، حيث أنهم توصلوا إلى أن الاكتئاب-على سبيل المثال- هو عبارة عن اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان السيئة حول ذاته ونظرته السلبية، وبالتالي تقديره المنخفض لذاته.

وعليه، يرى السلوكيون المعرفيون المرض النفسي على أساس اضطراب معرفي، فيتعامل أساساً مع الأفكار، ويهدف إلى دراسة السلوك البشري بصفته المعقدة.

وترى هذه النظرية أن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم، بينما تعكس الاضطرابات الذهانية اضطرابات عميقة في الوظيفة والتنظيم. (FONTAINE, 1984: 108-109).

وعلى هذا الأساس، يرى أ.إليس A.ELLIS - وهو أحد رواد هذه النظرية- بأن السلوك يمر بثلاث مراحل، هي:

1- وجود بعض الأحداث الخارجية التي تؤثر على الفرد وتطبعها.

2- يفكر الفرد في تلك الأحداث ويفسرها بطريقة معرفية خاصة.

3- يبدي الفرد سلوكاً مطبوعاً بتلك الأفكار والمعتقدات.

ذلك أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد إذن حسب إليس ELLIS هو ترجمة لأفكاره ومعارفه عن ذاته وعن العالم من حوله، وما يمكن أن ينتج عن ذلك من شعور منخفض لتقدير الذات، وأفكار خاصة بانعدام القيمة، وعدم القدرة على العطاء والإنتاج.

ويرى إليس ألبرت ELLIS ALBERT أن الأفكار تكون غير منطقية، لأنه في كثير من الأحيان مبالغاً فيها. (E.M.C, 1980:12-13).

وعليه، نجد المنهج المعرفي يقوم على دعائم فلسفية ليست حديثة، بل منحدره في القدم، وتعود إلى زمن الرواقين Stoics، حيث يقول الفيلسوف اليوناني أبقتيطس Epictitus: " ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا، ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا إزاء هذه الحوادث الخارجية هي المتسببة للكدر والغم والقلق". (الحجار، 1992: 16).

بتعبير آخر، فإن العنصر المعرفي الإدراكي والتفكير يلعب الوسط في ترجمة الحوادث الخارجية ورد الفعل الانفعالي، ومن هذه النظرية فإن الاضطراب النفسي تسببه تأويلاتنا للمنبهات الداخلية، الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجي.

ومن هنا، فإن الاكتئاب حسب هذه النظرية، يعتبر اضطراباً يعطي لنا فكرة عن الاعتقادات السلبية للشخص حول ذاته والعالم المحيط به ومستقبله، وهذا استناداً إلى الثلاثية المعرفية *la triade cognitive* التي قدمها بيك BECK، وهو من أشهر رواد هذا التناول المعرفي في مجال تفسير الاكتئاب على وجه الخصوص، حيث قدم بيك BECK سنة 1979 شرحاً للمعرفة الاكتئابية، والذي يقوم أساساً على افتراضين أساسيين، وهما. (COTTRAUX, 1984, P129).

أولاً: يترتب الاكتئاب عن تفكير سلبي وأخطاء المنطق، وقد أوضحت نتائج دراسات عديدة صحة هذا الافتراض، أهمها دراسة كندال KENDEL وهولان HOLLAN.

ثانياً: أن الاضطراب المعرفي لا يعتبر اضطراباً انفعالياً فحسب، بل هو الذي يسبب الطابع الاكتئابي.

كما أن شعور الفرد -عموماً- يرتبط بطريقة بناءه وتصوره للأحداث ومعايشته لها، ويرى بيك BECK أن الشخص المكتئب يقدم نظاماً مخالفاً للمنطق والمعتقدات، أو مخططاً ينشط في بعض الوضعيات.

وأما الكف النفسي، فهو راجع إلى مونولوج داخلي يترجم عن طريق التقدير السلبي للذات، إذ يكتسب هذا المخطط منذ الطفولة تبعاً للظواهر غير المتحكم فيها، والتي أدت إلى نشوء مرجع معرفي، الذي يظهر كطريقة تفكير مشوهة للواقع، ويصبح قاعدة بديهية، يرجع إليها الشخص المكتئب كلما دعت الضرورة لذلك، ولقد عرّف بيك BECK - في البداية - المعرفة الاكتئابية أنها عمليات وضع المفاهيم غير مناسبة، وذات محتوى اكتئابي. (E.M.C, 1980: 14).

وعليه، سوف نتطرق في هذه النظرية المعرفية إلى نظريتين هما:

#### 6-4-1- نظرية بيك في تفسير الاكتئاب:

يرى بيك أن الأفكار والمعتقدات تلعب دورا كبيرا في نشأة الاكتئاب، حيث " يركز المضمون الفكري المرضى للاكتئاب على فكرة فقدان أو وقوع فقدان كبير، فيشعر أنه خسر شيئا يراه ضروريا لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقدا للصفات التي تؤهله لتحقيق أهداف ذات شأن. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 15).

ونلاحظ أن بيك فسر وجود الاكتئاب عند الإنسان بسبب توفر الثلاثي المعرفي، والذي يتمثل في تصور سلبي للذات وخبرات الحياة، للمحيط والمستقبل، ويؤدي الإحساس بالفقد النهائي إلى المظاهر المتمثلة في اضطراب الانفعالات، والتي تكمن في الحزن، والتوقعات السلبية، الإحباط، التبلد، وعندما يقوى هذا الإحساس، تتبدد الدافعية، وربما لجأ المكتئب إلى الهروب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار. (نفس المرجع السابق: 99).

وانطلاقا من هذا، حدد بيك BECK الثلاثية المعرفية، المسؤولة عن ظهور المعرفة الاكتئابية بالشكل التالي:

**1- النظرة السلبية للذات:** حيث يرى المكتئب نفسه كإنسان معدوم القدرة، لا يصلح لشيء، عاجز، لا يستطيع تحقيق السعادة.

**2- النظرة السلبية للمحيط الخارجي:** أن يرى المكتئب عالمه الخارجي، سلسلة من العناصر التي تمثل عوائق تمنعه من مواصلة سيره، وتحقيق أهدافه.

**3- النظرة السلبية للمستقبل:** حيث لا يرى المكتئب نهاية لوضعيته، التي يبررها على مستواه الشخصي، أكثر منه على مستوى الأحداث الخارجية. (E.M.C, 1980 :14).

كما يرى بيك BECK أن هذه الثلاثية المعرفية يمكن أن تصنف على أساس الأخطاء المنطقية التي تبدو منظمة ومبررة، وكذا المبالغة في التعميم، وغيرها، حيث أن شدة كآبة ومعاناة الشخص المكتئب -مثلا- لا تتوافق مع الأحداث التي تسببت له في ذلك، كما أن تفسيره لكل ما يحيط به تفسير غير منطقي مبالغ فيه ونهائي، لا يرضى بديل عنه، كما تنسب إلى هذه الثلاثية المعرفية المسؤولة عن ظهور الاكتئاب بعض الخصائص الشكلية، حيث أن الشخص المكتئب يشعر بهذه الأخطاء المنطقية ويعتبرها لا إرادية أوتوماتيكية، ولكنها مقبولة من طرفه.

وحدد بيك BECK فيما بعد مفهوم آخر للمعرفة الاكتئابية، حيث عرفها على أنها كل نشاط عقلي ذوي محتوى، كالأفكار والأحكام، والنقد الذاتي والآمال التي يعبر عنها الشخص لفظيا، وعليه مؤخرا، عدل بيك BECK مفهوم المعرفة الاكتئابية بشيء من التحديد، حيث عرفها على أنها باختصار محتوى الفكر le contenu de la pensée. (IBID :15).

وقد تعرض في هذا الصدد إلى تحديد السياقات المعرفية التي تتدخل في عملية تكوين هذه المعرفة، حيث حدد هذه السياقات بطرق الإدراك، طرق إثارة، أو استرجاع المادة الفكرية المنسية، وكذلك السلوكيات أو الاستراتيجيات المستقلة، في عملية إيجاد حلول للمشاكل، حيث تعمل هذه السياقات في إطار ما يعرف " بالمخطط المعرفي"، والذي يعرفه بيك BECK من خلال تحديد للتفاعل القائم بين كل من المثير الخارجي، والمخطط المعرفي والمعرفة الاكتئابية. وبهذا الشكل، عند تكوين المعرفة الاكتئابية، فإن المخطط المعرفي يعتبر بمثابة الإطار التصوري، الذي تنظم فيه كل معطيات التي يوفرها المثير الخارجي. (EMC, 1980 :15).

وقد تعرض بيك BECK من خلال أعماله دائما في تفسير الاكتئاب، إلى العلاقة الموجودة بين الفكر أو المعرفة والجانب العاطفي للشخص، حيث يرى أن المعرفة الاكتئابية تؤدي إلى ظهور استجابة عاطفية اكتئابية، إذ تحدد هذه الاستجابة بالطريقة التي يعتمد عليها الفرد في بناء تجاربه، وإن شدة هذه الاستجابة مرتبطة بالطابع المنطقي، الذي تكتسبه المعرفة الاكتئابية بالنسبة للشخص المكتئب، وعلى العكس من ذلك، فإن كلما زادت شدة هذه الاستجابة الاكتئابية المثارة عن طريق المعرفة الاكتئابية، فإن هذه الأخيرة تصبح أكثر مصداقية عند المكتئب، الذي يجد صعوبة في تقبل الخلل الموجود في هذه المعرفة. (IBID :15-16).

كما حدد بيك BECK نوع التشوهات المعرفية وجمعها في خمسة أنماط من التفكير، تترتب عنها أخطاء الحكم واضطراب السلوك.

• **أخطاء الاستنتاج:** تتضمن استنتاجات عشوائية، حيث يخلص الفرد إلى استنتاجات ليس لها مبررات في الوضعية نفسها.

• **التجريد الانتقائي:** حيث يركز الفرد اهتمامه ومشاعره وتفكيره على جزء مأخوذ من مضمون السياق، جاهلا العناصر المهمة والمكونة للوضعية.

• **التعميم:** انطلاقا من عنصر ليس له معنى واضح، يعمم الفرد المكتئب النتائج التي يصل إليها.

• **أخطاء ذاتية:** راجعة إلى التقليل في الموارد الشخصية، إذ ترجع كل الأخطاء إلى الذات، وتلقي المسؤولية تامة عليها عند الفشل والإخفاق.

• **أخطاء دلالية:** راجعة إلى تعظيم وتصغير الأحداث التي تعترض حياة الفرد، إذ يلجأ لاستعمال نعوت خاطئة، وتوصف الأحداث بطريقة دراماتيكية وصدمية مخالفة لما جاءت به في الواقع.

حيث أن هذه السمات المعرفية هي مقدمة على أنها صفات خاصة بالمكتئبين، ولكنها تكون أرضية للسقوط في الاكتئاب عند بعض الأفراد، وتعتبر التشوهات التي تظهر على السلوك، من إحساس باليأس، ونقص الدافعية، والأعراض الجسدية كالكبح النفسي الحركي... الخ، نتيجة للجانب المعرفي المشوه.

كما يرى بيك BECK أن الشخص المكتئب يقدم نظاما مخالفا للمنطق من المعتقدات، وهو يرجع الكف النفسي إلى مونولوج داخلي، يترجم عن طريق التقدير السلبي للذات (EMC, 1980: 14).

وهذا بالإضافة إلى أن أخطاء الاستنتاج ما يسميه بيك BECK وعلماء النفس العلاجي التفسيرات الشخصية للأمور personnalisation، وبمقتضى هذا الأسلوب، ينجح المريض بالاكتئاب إلى التورط في تحمل مسؤولية الأخطاء الخارجية، وبعبارة أخرى، تجده هنا ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان) مسؤولية الخطأ والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (أو حتى التي لا تتعلق به شخصيا).

وأثارت إحدى الطبيبات الشابات (ممن كان معروفا عنها الاكتئاب والشعور الدائم بالذنب) في إحدى الاجتماعات طرحت سؤالا لإحدى المتحدثين، وكان أن أثار نقاشا طويلا بين الموجودين، وفوجئ الجميع بعد الاجتماع بهذه الطيبة وهي تعلن عن نفسها، لأنها هي السبب في إثارة هذا النقاش الساخن (والذي لم أراه شخصا خارجا عن الحدود المعقولة عندما تختلف وجهات النظر في الجلسات العلمية)، وسيدة أخرى تلاحظ أن زوجها يميل إلى الصمت معها هذه الأيام (كانت هذه عادته على أي حال)، ولم تجد ما تفسر به ذلك إلا أنها هي الملوثة في ذلك بسبب مرضها، وما تشكله من أعباء على هذا الزوج المظلوم معها.

حيث يكشف لنا هذا النوع من التفسيرات الشخصية، السبب فيما يصيب المصابين بهذا النوع من الاضطراب الوجداني، من مشاعر عميقة بالذنب، والندم الدائم على أشياء هي في واقع الأمر ليست من صناعتهم الشخصية، ولكن يرون أنهم مسؤولون عنها.

وهنا نقدم الجدول رقم (4) الذي يلخص لنا أساليب من التفكير التي تؤدي إلى الاضطراب.

أسلوب التفكير	معناه.
1. التهويل والمبالغة.	1. إضفاء دلالات مبالغ فيها على موضوعات محايدة، أو التي يتعذر تفسيرها.
2. التعميم.	2. تعميم خبرة سلبية منعزلة عن الذات ككل.
3. الكل واللاشيء.	3. إدراك الأشياء على أنها إما سيئة تماما أو لا شيء.
4. عزل الأشياء عن سياقها.	4. أو الانتقاء السلبي، ويعني عزل الخاصية عن سياقها العام، مع تأكيدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.
5. التفسير السلبي لما هو إيجابي.	5. تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة تفسيرها سلبيا.
6. الفقر إلى الاستنتاجات.	6. إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر واستهان دون أن تكون دلالة على ذلك.
7. قراءة المستقبل سلبيا وحتميا.	7. التوقع السلبي للمستقبل، والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيية.
8. التأويل الشخصي للأمور.	8. أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.

(عبد الستار إبراهيم، 1998: 191-192-193).

كما ركز بيك BECK في تفسير الاكتئاب على التفسير الشخصي الذي يقدمه المكتئب للواقع، إذ يعتبر هذا التفسير الشخصي كقاعدة ينطلق منها أي فاحص لفهم السياق المعرفي للمكتئب، حيث أن هذا التفسير الشخصي يحدد لنا الجانب الوجداني للشخص، وكذا قاعدة تفكيره الإجرائي، واللذين يعتبرهما بيك BECK الأساس النظري والتطبيقي لنموذجه، الذي يحدده بالافتراضات التالية:

❖ إن إدراك وتفسير المكتئب للواقع يكون مخالفا للواقع.

❖ إن تفسير المكتتب للواقع يكون مرتبط بسياقات معرفية غير منطقية.

❖ إن اعتقادات المكتتب تمثل جملة من الافتراضات غير (ثابتة قابلة للتعديل).

ذلك أنه من أجل الحصول على تغير لهذه الافتراضات، وبالتالي التغير من سلوك المكتتب، يؤكد بيك أنه لا بد من إخضاع الشخص لتجربة تعلم سليمة، بدلا من أن نجعله يتبنى نظام تعلم لفظي محض، وهذا قد يندرج في إطار علاج الاكتئاب دائما حسب وجهة النظر المعرفية. (ECM,1980:15-16).

بناء على ذلك أحدثت نظرية بيك ثورة علمية أعادت النظر في تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها، خاصة فيما يتعلق بالاكتئاب كما رأيناه سابقا، وذلك راجع إلى أن بيك BECK قد تخصص في هذا الاضطراب. أما فيما يخص تقييم هذه النظرية فيستند على التحقق من صحة الافتراضات التي تقوم عليها، لذلك ينبغي البدء بافتراضين، اللذان تقوم عليهما النظرية المعرفية بقيادة بيك BECK، حيث يترتب الاكتئاب عن التفكير السلبي وأخطاء المنطق.

وقد وضعت نتائج دراسات عديدة صحة هذا الافتراض وعززته، منها دراسات كرانتز KRANTZ، هامان HAMMAN (1979)، هولون HOLLON و كاندال KANDEL (1980)، ودافيسون DAVISON و وايت WHITE (1985).

علما أن الاضطراب المعرفي للمكتتبين لا يتبع اضطرابا انفعاليا، وإنما هو السبب الذي يسبب الطابع الاكتئابي، وقد أوضحت أبحاث تجريبية عديدة بأن شعور الفرد عموما يرتبط بطريقة بناءه وتصوره للأحداث وعيشه لها، مثل دراسات جير GEER ودافيسون DAVISON وجاتشل GATCHEL (1970)، وهناك جوانب إيجابية لهذه النظرية، منها:

1- أنها قابلة للقياس والمراجعة.

2- استنارت العديد من الأبحاث حول الاكتئاب. (BECK & KENDALL, 1989:127).

هذا بالإضافة إلى أن وجود سيطرة معرفية خاطئة عند المكتتب تنتج مقدمات اكتئابية، تحول إلى قاعدة للتقديرات، وإستراتيجية للحلول عند المكتتب، والنتائج تظهر في أقوال وكلام المكتتب وفي ردود أفعاله.

كما أن التأكيدات التي يلجأ إليها المكتتب تظهر على شكل قواعد صارمة وغير قابلة للتفاوض، تسبق الالتزام المفرط وغير المعقول، الذي يسميه أليس ELLIS "بطاغية الواجب"، يجب أن يكون كاملا في كل شيء، أو تصدر عن فكرة تصل حسب قاعدة الكل أو اللاشيء، متجاهلة الفروقات الطفيفة وحلول الوسط، إذا كان كل الناس لا يحبونني، فإني لا أساوي شيئا.

فحسب بيك BECK، فإن "الإطار الاكثابي" يجمع بين مجموعة من السيرورة المعرفية التي تنتقي وترمز وتصنف وتقيم وتؤول إلى المعلومات والأخبار الناتجة عن الظروف وتشوهها باتجاه سلبي، هذه الأطر تمثل في بني إدراكية ثابتة، وهي عادة كامنة، تصنعها ظروف الفشل، أو النبد والخسارة، وتحل محلها أنماط أكثر ملاءمة لتنظيم وتقييم المعلومات، ولتصنيف وترتيب الأوضاع، إن تفعيلها يحدد الأعراض الأخرى للاكتئاب، هذه الأطر الإدراكية المرضية تكتسب خلال مرحلة الطفولة، تحت تأثير التجارب السلبية للخسارة أو النبد، فالتربية المتسلطة ذات القواعد القاسية والمتصلبة، أو خلق نموذج من قبل أحد الوالدين الاكثابين، يمكن أن تساهم في تشكيل المخططات المولدة للاكتئاب. (شابروول: 54-60).

#### 2.4.6- نظرية ألبرت إليس ELLIS Albert في مختصرها ABC:

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في المرض النفسي عند الفرد، وبدون تعديل في هذه المكونات المعرفية يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي. (الحجار، 1992: 45).  
كما يبينها إليس ألبرت ELLIS Albert وزملائه إلى وجود معتقدات ثلاثة على الأقل تتسبب في اللاعقلانية والتطرف، من شأنها أن تسم حياتنا بالمعاناة والاضطراب، وهي:

- 1- يجب أن أكون دائما قادرا على النجاح والفوز بتأييد الآخرين ودعمهم.
  - 2- على الآخرين أن يعاملوني دائما معاملة جيدة تتفق دائما مع ما أرغب فيه.
  - 3- يجب أن تكون الظروف من حولي ممهدة، بحيث أحصل بسهولة على كل ما أريد.
- ولا شك أن جزءا كبيرا من المشاعر الاكثابية لدى المكتئبين قد تتضاءل أو تشفى إذا ما أدرك المكتئب أننا لسنا بكاملنا هذا أو ذلك، فلا مجال للكمال المطلق. (عبد الستار، 1998: 184).

وفيما يخص إليس ELLIS أحد رواد التناول المعرفي أيضا، يرى أن النظرة المشوهة للذات والمحيط والمستقبل من طرف الشخص، تدفعه للاستجابة عن طريق أفكار مزيفة وغير منطقية في بعض المواقف، مثل أن يقول الشخص: "لم أستطع القيام بأي شيء"، فالسلوك يكون مطبوعا بتلك الأفكار والاعتقادات، حيث يفسرها الفرد بطريقته المعرفية الخاصة، إذن فالسلوك هو ناتج عن العالم المعرفي للفرد. (COTTRAUX, 1984: 175).

كما أنه يرى أن السلوك يمر بثلاث مراحل، وهي:

1. وجود بعض الأحداث الخارجية التي تؤثر على الفرد وتطبعها.
2. يفكر الفرد في تلك الأحداث ويفسرها بطريقة معرفية خاصة.

### 3. ييدي الفرد سلوكا مطبوعا بتلك الأفكار والمعتقدات.

ذلك أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد إذن حسب إليس ELLIS هو ترجمة لأفكاره ومعارفه عن ذاته وعن العالم من حوله، ما يمكن أن ينتج عن ذلك شعور منخفض للذات، وأفكار خاصة بانعدام القيمة، وانعدام القدرة على العطاء والإنتاج وفرض الذات، والأفكار تكون غير منطقية. (PICHOT & AL, 1989: 17).

كما تختص هذه النظرية بعدم إهمالها للعوامل البيئية والبيوكيميائية والوراثية في تأثيرها على السلوك الإنساني، ولكن تؤكد على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الإنسان والتي تساهم بقسط كبير في تغيير التفكير المسبب للمرض وجعله عبارة عن تفكير سليم. وبناء يزخر بالأمل والتفاؤل، ويمثل شرح نظرية إليس (ABC) في مختصرها كالاتي:

A. الحدث أو الموقف الخارجي الذي يثير وينشط العمليات الإدراكية والفكرية.

B. التأويل، التفكير أو الاعتقاد الخاص بالموقف أو الحدث الخارجي.

C. رد فعل الذي صدر عن التأويل وتفسير الموقف الخارجي.

لنضرب مثال عن موقف خارجي ما وفق السيرة السابقة (ABC)، وليكن المثال الذي قدمه الحجار محمد حمدي، والمتمثل في موقف الانتقاء:

A. الموقف الخارجي، والذي يتمثل في الانتقاء.

B. تأويل الموقف، والذي يؤخذ دوما حديثا مع الذات:

❖ لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد.

❖ الذي انتقدني هو إنسان ظالم غير محق.

❖ أنا إنسان مرفوض.

❖ أنا إنسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس.

C. رد الفعل الذي نتج عن تأويل موقف الانتقاد: الشعور بالإحباط والاكتئاب، قيمتي ضعيفة أمام الناس.

انطلاقا من هذا المثال، تظهر الأفكار غير المنطقية التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، وهناك العديد من الأفكار والأحداث مع الذات التي تتسبب في انزعاج كثير من الأفراد، وتسبب لهم اضطرابات نفسية، والكثير منهم يصل إلى تعزيبها في نفسه، وهذه الأفكار السلبية تتمثل في الأفكار الحتمية، والأفكار التي تبالغ في وصف وتضخيم المواقف.

أما الأفكار الحتمية المفروضة على الذات، هي عبارة عن مقولات تأكيدية جدا في وصف الموقف الخارجي مثل:

يجب علينا أن... أي فرض على الذات مطالب يجب تحقيقها حتما، وفيما يخص المقولات المبالغ فيها، التي تحتم وقعها على النفس، تتمثل " إنه لأمر مخيف... لا أستطيع تحمل هذا الأمر المرعب"، إنها مقولات غير واقعية ومحل مبالغات، ومثل هذا التفكير الكارثي يؤدي إلى تشويه الواقع (الحجار، 1992: 19).

وعليه، فإن نظرية إليس تستند إلى منطق أن الاضطراب النفسي، يرجع بالدرجة الأولى إلى أن الفرد "يقوم بتحريفات اتجاه الواقع للحقائق، بناء على مقدمات خاطئة وافتراسات مماثلة، وتنجم هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث للفرد أثناء نموه المعرفي، والعلاج يتمثل في مساعدة المعالج المريض على كشف المغالطة الفكرية، وتعلم طرائق بديلة أكثر واقعية لصياغة خبراته". (بيك تر.ج: عادل، 2000: 15).

## 5.6- النظرية السيكوسوماتية DEBRAY Rosine & MARTY Pierre:

اعتمدت علوم عدة من بينها الطب على النظرية الثنائية (نفس-جسد) في مختلف أعمالها التشخيصية والعلاجية، خصوصا بعدما بين فرويد FREUD أهمية الجانب النفسي، وبالخصوص اللاشعور، ودوره في ظهور بعض الأمراض الجسدية، انطلاقا من هذه الفكرة الدالة على وجود علاقة تأثير وتأثر بين هذين العنصرين (النفس والجسد)، ظهر ما يسمى بالمنظور السيكوسوماتي، والذي استعمل لأول مرة من طرف اينروت HEINROTH سنة 1818 (نفس الجسد Psycho-Somatique) كما استعمل مصطلح آخر، وهو Somato-Psychique جسد نفس، في حالة تأثير الإصابة الجسدية على الحياة النفسية، مما ينتج عنها الاكتئاب الاستجابي. (PASSINI, 1978: 03).

ويعتبر المنظور السيكوسوماتي حاليا تيارا قائما بذاته، ومن رواده روزين دوبري وبيار مارتى pierre MARTY & Rosine DEBRAY، تفحص خصائصه في إعطاء أجوبة على الجدالات المتمحورة حول الوحدة الأساسية للإنسان. ونتيجة للمجهودات التي أقيمت حول معرفة مدى ارتباط النفس والجسد، توصل بيار مارتى pierre MARTY وشركائه دافيد وفاو FAW & DAVID رواد المدرسة الفرنسية إلى رفض النظرية الثنائية، واستبدالها بنظرية الوحدة الفردية (السيكوسوماتية)، والتي استمدت في بنائها على معطيات التحليل النفسي، الذي يبقى المرجع الأساسي والدائم لها. وحسب رواد هذه النظرية، ليست هناك جهاز عضوي مريض، وإنما هناك جهاز عقلي مختل في نظام سيره، فالأفراد الذين يصابون بأمراض عديدة تتفاوت في حدة خطورتها خلال حياتهم، أفراد يفتقدون للدفعات العقلية الصارمة الصلبة، فالمرض الجسدي إذن لا يظهر صدفة عند شخص ما، وإنما تدخل عدة متغيرات، خاصة الاقتصاد السيكوسوماتي بصفة عامة.

ينصح ذلك عندما يتعرض الفرد إلى حدث صدمي معين، يشوش توازن الأميوستاتيك، ويؤدي إلى عرقلة المسار الطبيعي للتطور، فتظهر حركة اختلال التنظيم، وبذلك تسيطر غرائز الموت، فنلاحظ بداية الدخول في الحالة التي يسميها بيار مارتي Pierre MART بالاكئاب الأساسي، وتطور الاختلال السوماتي.

وعليه، يتعلق الأمر هنا بحالة اكتئابية، مرتبطة بعلامات العذاب والنقص، فهذا النمط من الاكتئاب لا يدرك من طرف الشخص كمعاناة، بحيث لا يشعر بشيء غريب، إذ أنه يستمر بصورة طبيعية في نشاطاته العلائقية والمهنية، دون أن يشترك من شيء إلا من الشعور بالتعب، فعادة المحيطون به هم اللذين ينتبهون ويشيرون إلى هذا التغير من خلال آلية طبعه وتصرفاته، وعدم الحيوية التي يظهرها توظيف هذا الشخص.

وقد تستدعي هذه الأخيرة فحصا سيكوسوماتيا في غياب عرضية جسدية، يلاحظ عند هؤلاء ضعف أو نقص في مقوية غرائز الحياة، وهذا يدل على الرجوع إلى الحياة الإجرائية، بحيث لا يشغل الساحة الشعورية سوى المشاكل الملموسة دون أن تكون لها صيغة عاطفية. (DEBRAY, 1983 :28).

وبعد التطرق لأهم النظريات المفسرة للاكتئاب، ووجهات النظر لكل تناول، نلاحظ أن النظرية الطبية فسرت الاكتئاب على أساس الوراثة والعوامل البيوكيميائية والهرمونية والأمراض التي تصيب الإنسان، على أن الاكتئاب لا ينشأ دائما عن هذه العوامل فقط، فالإنسان يعيش في وسط بيئته الاجتماعية، حيث يتعرض إلى مواقف تعلم خاطئ، أو عرضة للأفكار السلبية اتجاه نفسه والعالم والمستقبل.

أما نظرية التحليل النفسي، فقد تناولت الاكتئاب كحالة يوجه فيها المكتئب عدوانية نحو ذاته، عوضا من أن يوجهها نحو غيره، بحيث يرجع فرويد Freud الاكتئاب إلى فقدان انفعالي، راجع إلى الفشل أو عوامل أخرى مشابهة، وأيضا نتيجة لفقدان عاطفي لموضوع ما، يتكون عنه إحساس بالفراغ والحزن.

ولقد اهتمت النظرية السلوكية بالاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان المراقبة لوسائل اكتئاب التعزيز الايجابي أو السلبي، فيفقد المكتئب الثقة بنفسه وبالمستقبل، فيسلك سلوكا اكتئابية.

وأخيرا، نلاحظ أن النظرية المعرفية قد اهتمت بهذا الاضطراب، حيث يرى أصحابها-وعلى رأسهم بيك BECK- أن الفرد يصاب بالاكتئاب عندما تتشكل لديه سلسلة من المفاهيم السلبية، والتي يفسرها بواسطة محتوى أفكار المكتئب اتجاه نفسه، محيطه ومستقبله.

وعليه، فإن كل هذه النظريات تعتبر أساسية في تفسير الاكتئاب وعلاجه، وفقا لاستراتيجيات وتقنيات علاجية تختلف باختلاف هذه النظريات.

## 7- تشخيص الاكتئاب:

تعتبر عملية التشخيص من الخطوات الأساسية، تتضمن جمع المعلومات الخاصة حول المفحوص، ثم تحليل وتنظيم بغرض فهمها ووضع خطة لها، تتعلق بمجالات الاضطراب.

أما الصعوبة التي تكمن في تشخيص الاكتئاب، تتمثل بوجود الكثير من الحالات الاكتئابية مختلفة تحت مظاهر غير عادية وغير منتظمة (كالإكتئاب المقنع)، مما يجعل التفطن بها أمرا صعبا.

وعليه، فإن تشخيص الاكتئاب أمر صعب بالنسبة للمعنيين بالأمر، وهذا نظرا لوجود عدة تشابهات بين الحزن والاكتئاب من جهة، ومن جهة أخرى وجود بعض الأعراض العضوية الخطيرة التي تكون سبب في حدوث الاكتئاب. (الدباغ، 1974: 108-109).

ولقد تحدث جيسبر GEISPER .L.S عن قضية التشخيص، فأول خطوة يجب أن يقوم بها أي طبيب هي:

- توضيح الأعراض من طرف الطبيب للمريض.
- القيام بالفحوصات التالية: قياس الضغط الشرياني، اضطراب القلب، معدل الانزيمات في المصل، استعمال جهاز Electro cardio grame، ثم يتم التحقق، هل هناك اضطرابات النوم، كل هذا يبين إن كان الأمر متعلق بالاكتئاب أو لا.

كما وضع هيلمان HELMAN .E مايلي:

1. تبين أولا ما إذا كان المريض يتعاطى الخمر، الكحول أو المخدرات.
2. بعد ذلك، لا بد من ظهور ثلاثة أعراض نفسية أساسية هي:

• اليأس Désespoir.

• المزاج الاكتئابي L'humeur Dépressive.

• أفكار انتحارية.

3. كما يلاحظ أيضا ظهور الأعراض التالية:

• نقص أو عدم الاهتمام وعدم مراعاة الأشخاص والأشياء.

• نقص القدرة على العمل. (KIELHOLZ, 1973: 278-279).

4. ومما هو أكيد ظهور الأعراض الجسدية التالية:

• اضطرابات الشهية.

• اضطرابات النوم.

• اضطرابات الهضم.

كما يجب أن يهتم المختص وينتبه إلى نقطتين أساسيتين وهاتين هما:

• **النقطة الأولى: الاكتئاب المقنع.**

لقد عرف كيلهولز. ب. KIELHOLZ.P "الاكتئاب بقناع هو الاكتئاب يختفي وراء ظواهر جسدية، وأغلبها تأتي من نوع هوس اكتئابي، فهناك عدة حالات أين المريض يأتي من أجل علاج جسمي، لكن أن يكون وراء هذا المريض مرض نفسي، ألا وهو الاكتئاب، والاختلالات الجسدية التي يعاني منها ما هي إلا عرض من أعراض الاكتئاب. (IBID: 11). هذا بالإضافة إلى أقنعة أخرى أكثر خطورة منها، وهي:

• **تعاطي كحول:** نجد هناك العديد من الأشخاص يطلبون العلاج من أجل مشكلة الإدمان على الكحول، ولكن في الحقيقة اتجهوا إلى الإدمان للخروج من المشاكل التي تواجههم، وبالتالي فإنهم يجدون في الكحول المخرج الوحيد من الضغط الذي يلاحقهم.

• **الإدمان على المخدرات:** من الممكن أن يكون وراء المدمن شخصية مكتئبة، فالمدمن هو شخص يمتاز بالحيل، فعندما يحاول الخروج من الضغط النفسي ولم يستطع ذلك، يلجأ إلى المخدرات. لكن هذه ليست قاعدة دائمة، أي أن المدمنين والكحوليين ليسوا دائما أشخاص مكتئبين، لكن من الممكن جدا أن ترجع إلى حالات عادية، أو إلى اضطرابات نفسية أخرى خارجية عن الاكتئاب. (KIELHOLZ, 1973: 12).

• **النقطة الثانية:**

الاكتئاب ممكن أن يكون قناعا ليحقق الاضطرابات، فهناك عدة أشخاص يأتون للاستشارة من أجل الاكتئاب، لكن في الحقيقة الاكتئاب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب آخر، فمثلا عند المراهقين نجد التهاون عن أداء الواجبات المدرسية، التأمل في جسمه أهو كبير أو صغير، فمن الممكن أن يكون التشخيص كما يلي: قلق أو اكتئاب عابر، لكن في الحقيقة يمكن أن يكون وراء هذا اضطراب جد خطير، ألا وهو الفصام، ولهذا يجب الحذر، خاصة عند ملاحظة أفكار هذائية بعيدة عن الواقع. (TATOSSION, S.D: 49).

وانطلاقا مما سبق، يبدو واضحا أن التشخيص الايجابي للاكتئاب يتمثل فيما يلي:

**1- اضطراب المزاج:**

تتمثل الحالة الاكتئابية في اضطراب المزاج في الاتجاه السلبي، أي الكآبة والعذاب الباطني، وتعني بالمزاج ذلك التهيؤ الوجداني الأساسي الغني بجميع القوات الانفعالية والغريزية، والذي يعطي إلى حالتنا النفسية انطبعا مزعجا، وتذبذب هذا الانطباع بين القطبين المتعارضين (الألم واللذة).

وباختصار، فالمزاج هو قوة عاطفية وقاعدية، تتذبذب بصفة منتظمة، قلق أو رجعة دورية، هذه بين قطب إيجابي وهو اللذة، وقطب سلبي وهو الألم، لكن هناك ملاحظة أساسية، هي أن الكآبة والعذاب أو المعاناة لم يكونا في حد ذاتهما حالة اكتئابية. (DELEY & AL, 1975: 50).

## 2- مميزات الكآبة:

كآبة المزاج قد تبلغ قسوتها وتطول، بحيث أنها تؤدي إلى نتائج تلاحظ على عدة مستويات عند المكتئب:

### أ- على الحياة النفسية:

- ❖ الحزن، الذي من الممكن أن يقع بين التقطيب والعذاب الأخلاقي الشديد.
- ❖ الاشمئزاز من الحياة، لا يوجد شيء آخر يهتم به المكتئب غير آلامه التي تحاصره.
- ❖ الفشل، يعاني هذا العذاب كفشل، ويشك المكتئب دائما في قيمته الذاتية.
- ❖ وإذا كانت عمليات الحياة العقلية غير مشوهة كالانتباه، الذاكرة، الخيال والمحكمة العقلية، إنها تصبح جد متباطئة إن لم تضرب، لكن يكون نشاطها متعبا، ويتطلب جهدا مستمرا، كما تكون المعيشة نفسها متعبة.

### ب- الحياة الجسدية:

نجد تشوه الوظائف العامة دائما، ولا يستطيع التكلم كذلك، نجد اضطرابات غذائية تؤدي إلى فقدان الشهية، وكذلك نقص الوزن، نزلات نفسية، ضعف وتعب عام، إفراط التبول، أعراض قلبية وعائية، كذلك اضطرابات حسية عصبية، كالغثيان، اضطرابات الدورة الطمثية عند الإناث، اضطرابات النوم، اضطرابات في الغريزة الجنسية، كذلك نجد الإنهاك الذي يتجاوز بكثرة الإطار الجسدي، إنه تام ويذهل الذكاء والحركة، وتبقى العاطفة المؤلمة هي الوحيدة المستيقظة.

### ج- الحياة العلائقية:

يظهر تشوه في الاتصال مع الغير بصفة متغيرة، فإما يعتزل المصاب ويصعب الاتصال معه، وإما يعبر عن ما يبطن، أي حزنه وانقباضه وعذابه، على شكل صراخ وبكاء، أو برطمات وتهيج انقباضي، وهذا ما يجعله غير قادر على تأدية دوره العائلي، وممارسة نشاطه المهني.

وتخلق لدى المكتئب حالة الصعوبات الاجتماعية، فيقاومون التعامل مع الآخرين، بحيث يشمئز المريض من نفسه، وكذلك الشعور بالندم العميق على أفعال سابقة، غالبا ما يجد كذلك صعوبة في التعامل مع الآخرين بسبب فقدان الأمل. (FELINE & AL, 1991:15-17).

## 8- مختلف التناولات العلاجية:

في بداية القرن التاسع عشر، تحول التفكير الثوري إلى دراسة الطب العضوي والنفسي، "حيث أصبحت الأمراض النفسية لأول مرة في تاريخ التفكير البشري موضوعات قابلة للبحث العلمي، وليست لاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين". (عبد الستار، 1998: 62).

وعليه، أصبحت مختلف النماذج النظرية والعلاجية هي نماذج مكملة بعضها البعض، لأنها تتوجه إلى مستويات من الحتميات، والتي على أساس تعددها تجيب العلاجات المقترحة للاكتئاب، والمتمثلة فيما يلي:

### 1.8- العلاج البيولوجي العضوي للاكتئاب:

يرى النموذج العضوي المرض النفسي بنفس التصور الذي يرى به المرض العضوي، بمعنى أن المرض النفسي ما هو إلا أعراض سطحية لتلف المخ، أو تلف في الأنسجة بسبب طفرات وراثية، أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد، أو باختصار، راجع لاختلالات جسمية. (نفس المرجع السابق، 1998: 36).

#### 1.1.8- العلاج عن طريق الصدمات الكهربائية:

يفيد هذا النوع من العلاج في كل أنواع الاكتئاب، ولاسيما الحالات الخطيرة، كالاكتئاب الحاد، وكذلك الاكتئاب البسيط والتفاعلي، إذ يستحسن مزاج المريض، ويصبح طبيعيا بعد جلسيتين أو ثلاث جلسات، وتجري عادة من 06 إلى 12 جلسة، بمعدل جلسة واحدة كل يومين.

ونذكر هنا أنه نظرا لفائدة الصدمات الكهربائية الممتازة، فقد أوصى بعض الأطباء في مذكراتهم بأن يعالجوا فورا بالصدمات الكهربائية إذا ما أصيبوا بالاكتئاب، دون انتظار تأثير الأدوية. (يعقوب، 1984: 101-102).

ومبدأ هذه الطريقة هو إحداث نوبة صرعية متعممة، بتمرير شحنة كهربائية في الدماغ. (DANGIER, 1976:29-30).

كما يسمى هذا النوع من العلاج برجفات الكهرباء العلاجية (Electro- Convulsive Therapy (ECT)، ويرتكز على إحداث صدمة تمرير تيار كهربائي داخل المخ قوته 100 فولت، حيث تحدث هذه الصدمة حالة مشابهة لنوبة الصرع،

حيث تتشنج العضلات، ويغيب المريض عن الوعي لدقائق، ويوصف هذا العلاج بمعدل حوالي 5 إلى 6 جلسات خلال أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. (الحسيني، 1994: 71-72).

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج ضد الاكتئاب على المستوى الجسمي يكون أساسا دوائيا، وبالصدمة الكهربائية المستعملة كثيرا في السابق، لكن لا تستعمل حاليا إلا في الحالات الخطيرة، خاصة المقاومة للأدوية المضادة للاكتئاب Antidépresseurs بنسبة 10% إلى 15%. (قاموس علم النفس، 1997: 33-329).

كما تعتبر الصدمات الكهربائية أقوى علاج ضد الاكتئاب، كما أنه يعتبر أكثر الأمراض استجابة لتطبيق العلاج الكهربائي، وهذا رغم أن العقاقير قللت من استعمال الكهرباء.

كما أن مرض اكتئاب سن اليأس يشفى بنسبة 90%-95%، ويحتاج مريض الاكتئاب حوالي ستة إلى ثمانية (6-8) جلسات كهربائية، موزعة على أساس جلستين أو أكثر في الأسبوع، أما في حالة الهوس، فيحتاج المريض إلى عدة جلسات، وتكون متقاربة إلى حد ما، وإذا لم يشفى المريض بعد ثماني جلسات، يجب توقيف العلاج والعودة إلى العقاقير، مع تكرار الصدمة الكهربائية كل شهر أو شهرين إذا استمر المريض في آلامه، وتعطي الصدمات الكهربائية بتمرير تيار كهربائي متناوب 70-170 فولط، ولمدة (0,4-0,7) ثانية على جانبي الجبهة، وقد تطورت هذه العملية بإعطاء مخدر قبل الجلسة حتى ينام المريض، ثم حقنة لرخي العضلات، وحتى لا تحدث له تشنجات. (خير الزراد، 1984: 56).

ومن الانتقادات التي وجهت لهذا النوع من العلاج، هي أنها تحدث ضعفا في الذاكرة، وهذا عادة ضعف مؤقت، وقد يدوم طويلا في بعض الأحيان، كما أن هناك حالات خاصة لا يجوز فيها إجراء الصدمات الكهربائية، مثل: أورام الدماغ، أمراض القلب الشديدة، وسوء حالة المريض الصحية العامة.

## 2.1.8- العلاج عن طريق الأدوية الكيميائية:

مهما كان نوع الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد، يجب أن يستفيد المريض من تقنية علاجية كيميائية، وتمثل العقاقير النفسية les psychotropes، التي تعتبر أحد أهم الأدوية المضادة للاكتئاب والأكثر فعالية، والتي تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الجهاز العصبي المركزي. (LECHEMIA, 1995: 69).

وعليه، فإن العلاج الطبي يمكن أن يقدمه الطبيب العام، لكن في الحالات البسيطة، بينما اللجوء إلى الطبيب العقلي يكون ضروريا في الاكتئاب الحادة والمزمنة، إضافة إلى استشفاء المريض يكون نادرا لكونه ليس ضروريا إلا في حالات محاولة الانتحار، أو العدوانية نحو الغير.

وتستعمل عادة لعلاج الاكتئاب الأدوية المضادة للاكتئاب les antidépresseurs، وتنقسم إلى ثلاث أصناف، وهي:

❖ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، وتتضمن زميرتين:

- **الزمرة الأولى:** "الإيميبرامين" ومنها توفرانيل Tofranil، الأنافرانيل Anafranil، ديفانيل Defanyl، ونوربرامين Neurapramine، وكلها أدوية تفيد في تعديل مزاج المريض، وتمنع في حالة أمراض القلب الإكليلية، ارتفاع الضغط، وضخامة غدة البروستات عند الرجال، ويعتبر التوفرانيل tofranil العلاج القاعدي للاكتئاب الحادة، أو لدى الأشخاص ذوي الشخصية الهشة. (نفس المرجع السابق: 84).

- **الزمرة الثانية:** وهي (تربتالين)، منها تريبتورزول إنتيتيل.

مثبطات مونزامين أكسيدار: مثل دواء نروتريلين Neurotriline، تأثيرها يمنع تشكيل الخميرة التي تقوم بتخزين المونوأمينات، لذا فهي تعدل المزاج، وهي عبارة عن هرمونات عصبية مسؤولة عن التوازن النفسي والعقلي. كربونات الليثيوم Lithium: منها دواء ليتاراكس Litarax، تستعمل في حالة الانتكاس عن طريق نوبات ملانخولية، وهي تفيد لحالات القلق والهياج والأرق.

كما يمكن إضافة أدوية أخرى، كالمهدئات les anxiolytiques، مثل التيمستا Témésta، الليكسوميل Lexomil، الترونكسان Tranxéne، والمنومات les Hypnotique، مثل: كاردينال Cardenal، والبيوتوباريتال Biotobarital، والأبتانوكس Optanox، أو Neuroliptique مثل: التريبريدول Tripridol، والدوقماتيل Dogmatil، حسب الأعراض المصاحبة للاكتئاب، كالقلق، الأرق، الهلوس، أو الهذات.

وقد أثبتت معالجة الاكتئاب بالأدوية فائدتها، إذ أعطيت بصورة صحيحة، فهي تحسن المزاج الاكتئابي وتزيل الارتخاء والشعور بالضيق، وغيرها من الأعراض. (LECHEMIA, 1995: 70).

وعليه، فإن الأدوية المضادة للاكتئاب تسمى بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (anti Tricyclic dépressants)، لأن تركيبها الكيميائي يحتوي على ثلاث حلقات، وهناك كذلك أنواع حديثة تحتوي على أربع حلقات، ولذلك تسمى بمضادات الاكتئاب رباعية الحلقة (Tetracyclic anti-dépressants).

تستخدم هذه الأدوية في علاج حالات الاكتئاب الشديدة، وخاصة المصحوبة بأعراض أو متاعب جسمانية واضحة، حيث تزيد فرصة نجاح هذه الأدوية في العلاج بزيادة الأعراض الجسمانية، كما تقاوم هذه الأدوية الاكتئاب وفقا للنظرية الكيميائية للاكتئاب، كما تعمل على زيادة فاعلية الموصلات العصبية من نوع " مونو أميتير Mono Amines"، ويجب

استمرار العلاج بها لفترة لا تقل عن عشرة أيام إلى أسبوعين للحصول على تأثير مضاد للاكتئاب. (عبد الستار، 1998: 36).

كما يقصد بالعلاج عن طريق الأدوية، علاج الأعراض المصاحبة للاكتئاب، مثل، الأرق، فقدان الشهية، نقص الوزن والاجتهاد... ولقد أبرزت العقاقير أهميتها في علاج الاكتئاب بتهدئة حدة الإثارة أو النوبة الاكتئابية.

وفي حالات الإثارة، هنا يجري البدء في علاج الاكتئاب بالحقن في العضلة بأحد هذه المركبات: سلفات المغنيسيوم و بروميد الصوديوم، وعندما يهدأ المريض نقدم له بعض العقاقير المهدئة، كالفاليوم و الباريتنوراس Valiome & Paritnoras، وأدوية أخرى تبعث على النوم، وذلك عن طريق الفم.

وتنقسم العقاقير المستخدمة في علاج الاكتئاب إلى عقاقير مهدئة وعقاقير منشطة، وتمثل العقاقير المنبهة في الكافين Caffeine والنيكوتين Nicotine والكوكايين Cocaine والأمافيامين Lamafiamine، وذلك مثلاً لزيادة الدافع النفسي الحركي...، أما العقاقير المهدئة، فتتمثل في الكحول، المورفين Mortfine، الهيروين Héroine، والمسكنات الطبية المختلفة، وذلك لتخفيف حدة القلق مثلاً. (سلامة، 1979: 434).

وقد أثبتت معالجة الاكتئاب بالأدوية فائدتها إذا أعطيت بصورة صحيحة، فهي تحسن المزاج الاكتئابي وتزيل الوهن والارتخاء والشعور بالضيق والانقباض وبطئ التفكير وضعف الإرادة والعجز في الأداء، وتعيد للمريض قدرته على الاهتمام بالحياة والاستمتاع بها، وبذلك يستعيد المريض قدراته الانفعالية الجسمية كاملة.

كما أن اللجوء إلى الأدوية الكيميائية والمداومة عليه بكثرة، قد تصل بالإنسان إلى الإدمان عليها، وهذا ما يؤدي إلى عواقب جسمية خطيرة.

وعلى الرغم من ذلك، يقدم بيك (1980) BECK بعض التحفظات المتعلقة بفعالية الأدوية المضادة للاكتئاب، والتي يمكن أن تعمل على عدم السيطرة على الاكتئاب، وتساعد على الانتكاسة وسقوط المكتئب في مراحل لاحقة، مما يترك المكتئب في حالة عجز كما كان في المرحلة الأولى.

إن ردود الفعل الإيجابية والسريعة جداً للأدوية المضادة للاكتئاب قد تلعب دوراً في إخماد الدوافع من أجل علاج نفسي، وهذا ما أشار إليه جيمث (1985) JIMTH بقوله: "إن التحسن المبكر بواسطة تناول الأدوية المضادة للاكتئاب، تساعد على الانطواء في موقع النفي، مع الحفاظ على مخاطر الإصابة بالاكتئاب لاحقاً".

ويؤكد جيمث JIMTH أن وصف الأدوية المضادة للاكتئاب يجب أن لا تكون بمفردها، بل يجب أن تكون مقترحة بالعلاج النفسي، لأن وصفها بمفردها تشكل حجرة عقبة أمام القضاء على الاكتئاب، وتمثل طريقة ميكانيكية للإجابة على الأعراض الاكتئابية، وكرفض لكلام المكتتب ومواجهته لآلامه.

كما أن وصف الأدوية المضادة للاكتئاب في حالة السوداوية أو الاكتئاب الذهاني حتمية وضرورية، أما في حالة الاكتئاب الأساسي، وخاصة في حالات الاكتئاب الصغير، وصف علاج بديل وهمي Placebo يكون أفضل عند المراهق. (شابول، 1998: 86-90).

### 3.1.8- العلاج عن طريق الأعشاب الطبية:

لقد أثبت الميدان نجاعة فعالية طب الأعشاب التقليدي منذ آلاف السنين، الذي أدى إلى استعمال النبات في الصناعة الصيدلانية، حيث أن 63% من الأدوية مستخرجة من النبات.

كما أن طب الأعشاب phytothérapie هي استعمال النبات بجرعات مختلفة، فاستعمالها في المقاربة العلاجية ضد الاكتئاب مهمة جدا، فيمكن استعمالها من جهة كعلاج وقائي من القلق، وبالتالي الاكتئاب، حيث تساعد الفرد على تحمل الأحداث المقلقة في الحياة دون اللجوء إلى استعمال الأدوية الكيميائية، والتي بالمدامومة على استعمالها تؤدي إلى عواقب جسمية خطيرة جدا، قد تصل إلى حد الإدمان عليها، أما من جهة أخرى، فيمكن استعمال طب الأعشاب كعلاج عند ظهور الاكتئاب، باستثناء الاكتئاب الشديد، فإن الأولوية تعود إلى المضادات الاكتئابية الكلاسيكية، وإذا ما تحسنت الوضعية، فأصبح الاكتئاب معتدلا، فإن الرجوع إلى الأعشاب يعتبر عاملا نافعا.

#### ◆ الأعشاب المضادة للاكتئاب:

1. لاکوریندر la coriandre: مستعملة للرجال خمسين قطرة يوميا.
2. لیلوثیروکوک l'élenthérocoque: وهي وقائية ضد العنف الخارجي، خمسين قطرة يوميا.
3. البابونج la lavande: وهي تنشط الجملة العصبية المركزية، ومستعملة عادة لدى النساء خمسين قطرة يوميا.
4. لومیلبرتویس le millepertuis: وهي عشبة قديمة جدا، تخص الحيوية، وفعالة جدا في علاج الاكتئاب خمسين قطرة صباحا. (LECHEMIA, 1995: 108-109).

وفضلا عن هذا، بينت عدة دراسات، منها دراسة حديثة لياپکو (1997) yapko ، ومفادها أن نسبة التحسن في تزايد مستمر عندما يتعلم المريض أن يتولى بنفسه مسؤوليات التوجيه الذاتي، وعندما يسلح ببعض التقنيات السلوكية التي تمكنه من مواجهة مشكلاته ومصيره.

كما بينت دراسات أن نسبة الانتكاس تزيد بنسبة 50% إذا عولج المرضى باستخدام العلاج بالعقاقير بمفردها، مما لو عولجوا باستخدام العقاقير المصحوبة بأي شكل من أشكال العلاج النفسي أو السلوكي.

بعبارة أخرى، فإن للاكتئاب جوانب متعددة، منها الاجتماعية، الإنسانية، اللاكيميائية، والتي يجب أن نتوجه بكل طاقتنا من أجل إخضاعها للعلاج النفسي بأشكاله المختلفة، منه العلاجات النفسية السلوكية المعرفية للاكتئاب.

#### 4.1.8- العلاج بالجراحة:

في حالة فشل كل العلاجات السابقة، واستمرار الاكتئاب الشديد لمدة طويلة تصل إلى 10 سنوات على الأقل، يمكن اللجوء إلى جراحة المخ لعلاج حالة الاكتئاب الشديد، هذه العملية تتمثل في قطع بعض الممرات العصبية في المخ، المتعلقة بالشعور Stétréo tactic limbic pucotomy (الحسيني، 1994: 72).

ولقد انخفض استعمال الجراحة بعد تطور العقاقير والكهرباء، ونادرا ما يلجأ المعالج إلى العملية الجراحية، التي تقطع فيها الألياف الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس، وتجري العملية الآن في حالات الاكتئاب الشديدة، المستعصية على العلاج بالطرق العلاجية الأخرى، والمصحوبة بتوتر، هياج، وأفكار انتحارية دائمة، وأهم مضاعفات الجراحة، تغير الشخصية الانفصال، ولكن بتقدم الجراحة أصبح نادرا ما تحدث مثل هذه المضاعفات، أما حالات الوفاة فنسبتها 1%. (خير الزراد، 1984: 69).

#### 2.8- العلاج عن طريق التحليل النفسي:

في مطلع القرن العشرين، بدأ التراجع عن التفسير العضوي للأمراض النفسية، عندما ظهر إلى الوجود طبيب يدعى سيجموند فرويد SUGMAND Freud، والذي وضع نظريته في التحليل، والتي ترجع الأمراض النفسية إلى وجود صراعات داخلية لا شعورية، تعمل على تكوين الأعراض المرضية، والتي ما هي إلا علامات سطحية لاضطرابات وصراعات أعمق في الشخصية. (عبد الستار، 1994: 68).

وحسب هذا الإطار النظري، فإن الاكتئاب سببه وجود عصاب شخصي يردده إلى عوامل لا شعورية، وأن عناصر اللاشعور هذه شيء مغمور ومدفون، ختم عليه بأختام منيعة، وحجب بعوامل نفسية لا يملك أن يكشفها إلا المحلل النفسي. (بيك، تر.ج: عادل، 2000: 14).

كما أنه لعلاج الاكتئاب وجب الخوض في أعماق الشخصية لفترة تمتد إلى سنين طويلة من التحليل النفسي والتداعي الحر، حيث يستغرق وقتاً طويلاً يصل إلى أربع جلسات في الأسبوع الواحد لأكثر من 3 سنوات، وبالتالي يستفيد مالا أكبر، مما يشكل عقبة مادية وحياتية في أوجه أغلبية المرضى، هذا ما يمنعهم من متابعته. (أسعد، 1991: 73).

ويعمل المحلل النفسي عبر الأساليب الثلاثة: المجابهة، التفسير وإعادة البناء على جر عناصر اللاشعور على مركز الشعور، وعلى تشجيع المريض على التدقيق في تلك العناصر في إطار الموقف التحليلي، والذي يولد "عصاب التحويل"، الذي يشكل العمود الفقري للتحليل النفسي، لأنه المؤشر على الغوص في عالم اللاشعور، وعندما تدرس كل رغبات المريض بالتحليل، يقال اكتمل فيتوقف. (نفس المرجع السابق: 101).

وعليه، يعتبر العلاج النفسي التحليلي من أقدم الطرق المستعملة في العلاج، حيث يعتمد على نظريات التحليل النفسي، وبالتالي الوصول إلى الخبرات السابقة المنسية والمكبوتة في الطفولة المبكرة، إذ يعتبر التحليل النفسي هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصبية، وابتاع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرتة للعالم. (عطوف، 1981: 120).

أما في الاكتئاب، نجد أنه يستعمل العلاج التدعيمي وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي سببت الاكتئاب، بالإضافة إلى فهم وحل الصراعات، وإزالة عوامل الضغط، وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود للمريض، وإبراز إيجابيات الشخصية، والمساندة العاطفية، كذلك التشجيع وإعادة الثقة بالنفس، والوقوف بجانب المريض وتنمية روح التفاؤل لديه، (عطوف، 1981: 121).

ذلك أن المعالجة النفسية التحليلية تتطلب توظيف وتركيز نفسي خاص من طرف المفحوص، وهذا يساعد العلاج النفسي التحليلي عند استعماله لأسلوب التحفظ في كل الوضعيات التي تكون فيها شخصية المفحوص بحاجة إلى تقوية، بشرط أن يكون لدى المفحوص القدرة على مواجهة نفسه وملاحظتها، والقدرة على التعبير عنها لفظياً. (LECHEMIA, 1995: 98).

وتجدر الإشارة إلى أن العلاجات النفسية التحليلية القديمة قليلة الاستعمال، بحيث يلجأ أكثر إلى العلاجات التحليلية، إذ تقوم بتقويم الشخص المكتئب والتخفيف من أعراضه، دون اللجوء إلى تغيير شخصيته في أعماقها.

والعلاجات الشخصية المستوحاة تهتم بالربط بين الاكتئاب والظهور الطارئ للحدث، وكذلك الانعكاسات الثانوية الظاهرة من المرض، والانتقادات الموجهة نحو الذات، وهذه العلاجات تركز أكثر على تخفيف وطمأنة الشخص المكتئب، وذلك بمساعدته على إيجاد حلول لمشكلة الحياتية. (نفس المرجع السابق: 84).

وعليه، فإن جلسات التحليل النفسي لم تعد مستعملة في معالجة الاكتئاب هذه الأيام، وبالرغم من جوانب التصور التي اشتملت عليها نظرية التحليل النفسي، حيث استطاعت أن توجه الأنظار إلى دور العوامل المتعلقة بالتفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكرة، الذي أدى إلى إعطاء بعض الثمار الأكيدة في ميدان العلاج، إلا أن تعدد الأسباب أدى بالعلماء إلى عدم الاكتفاء بهذه الطريقة في العلاج، بل اتجهوا إلى علاجات من نوع آخر، منها العلاج السلوكي للاكتئاب.

### 3.8- العلاج النفسي السلوكي:

خلال السنوات الخمس عشر المنصرمة، ظهرت عدة دراسات خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، وولب (1971) Wolpe ، لازاروس (1968) LAZARUS ، وأخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي.

ذلك أن التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغييرات في نوعية وتكرار نموذج المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية، من خلال التوجيه والتدريب الميداني، هي العوامل الهامة في تعلم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي والسيطرة عليها.

وتعتمد الإستراتيجية العلاجية التي طرحها لازاروس LAZARUS في المقولة التالية: " إن الحوادث الحالية هي خالية من أي أثر أو انزعاجات، ولكن تأويلنا لهذه الأخيرة، هو الذي يخلق الانزعاجات في أنفسنا"، لذا فإن العلاج الذي أسماه: "علاج إعادة تركيب البنية المعرفية"، يقوم على تدريب المريض على كيفية تبديل تأويلاته للحوادث الخارجية، وتغيير توقعاته منها، إضافة إلى تبديل حديثه مع ذاته، وتعلم الاسترخاء في مواجهة هذه الحوادث. (الحجار، 1989: 93).

وعليه، فإن العلاج النفسي السلوكي يعتمد الممارسة السلوكية على التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث يكون التعزيز الإيجابي للسلوكات كيفية متعلمة جديدة، هي أساس هذا العلاج، ويكون التوجيه والتدريب الميداني عاملين ضروريين لمواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي، وبالتالي السيطرة عليها. (LECHEMIA, 1995: 98).

ولقد أصبح من المسلم به بين عدد كبير من المعالجين أيضا، أن ما نتعلمه يمكن ألا نتعلمه، أو نتعلم أساليب أفضل منه، ولهذا نجد أن أحد الأهداف الأساسية للعلاج السلوكي، أن توجه السلوك -بغض النظر عن مسبباته الوراثية أو الاجتماعية- إلى وجهات مقبولة ومرغوبة، وتحقق للفرد وللمن حوله من أفراد الأسرة والمجتمع الأكبر الرضا والفعالية، ولا تعوقه عن التفاعل والتوافق والتكيف، وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية.

ويرى المعالج الحديث أيضا أنه بالإمكان ملاحظة هذا السلوك وتحديدده، ومن ثم يمكن ضبطه أو استبداله أو توجيهه وجهات إيجابية وبناءة، ومن الميسور أن ترد بدايات التصورات السلوكية للعقد الأول من هذا القرن، ففي نفس الفترة التي شهدت سيجموند فرويد SIGMUND Freud، برز إيفان بافلوف IVAEN BAVLOV في روسيا، بدراسته عن الفعل المنعكس تلك، التي أكسبته تقديرا واسعا، لقاء نظرياته فيه، والتي منحتها بسببها اللجنة العلمية لجائزة نوبل جائزتها المعروفة، والتي تحمل نفس الاسم.

ومن ثم، قام كثير من المعالجين النفسانيين السلوكيون بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية واطسن Watson، الأمر الذي أدى إلى تبلور كامل لحركة العلاج السلوكي المعاصر، بمساهماتها المعروفة في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه.

صحيح أن الغالبية العظمى من المعالجين ينظرون الآن إلى تجربة واطسن WATSON المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية، إلا أن اتجاههم الفكري يتشابه في أنهم جميعا تقريبا:

1. ينظرون للمرض النفسي سلوكا شاذا ومكتسبا، وأنه يكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم.

2. يستخدمون لذلك البحوث التجريبية، للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في إحداث الاضطراب، وإزالة السلوك المضطرب، تماما كما فعل واطسن WATSON مع ألبرت ALBERT الطفل الصغير.

3. ينظرون إلى الأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه إليه العلاج، أن إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب.

4. لا يبذلون مجهودا كبيرا في البحث عن تفسيرات للسلوك في إطار الصراعات الطفولية أو الغريزية أو الوراثية، فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج، وأن وجود وراثية أو غريزة أو أي شيء، وعلى هذا الأساس، يجب أن لا يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

5. من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي ترغب في تعديله أو علاجه، والإجراءات التي يستخدمها المعالج السلوكي، لذلك تختلف في أهدافها عما يقوم به المحلل النفسي، أو الطبيب النفسي التقليدي، فالعلاج الحديث لا يتعامل مع الاضطرابات ومفاهيم عامة فضفاضة، فالإكتئاب مثلا

بالنسبة لحركة العلاج الحديثة، ما هو إلا مجموعة من أنماط سلوكية، مثلاً: النظرة التشاؤمية، الأرق، الكسل، العجز الاجتماعي، عدم القدرة، الشكاوي الجسيمة... الخ.

6. ومن ثم نجد عملية العلاج والتشخيص متلاحمة، فالتشخيص يعني الاهتمام ببداية تكون الأعراض، أي أن يكون الاهتمام الرئيسي بالظروف المحيطة بتكوين سلوك المريض، والعلاج يتطلب الاهتمام بخلق شروط وأنماط جديدة من السلوك. (الحجار، 1989: 95-103).

وعليه، فإن العلاج النفسي السلوكي للاكتئاب يركز على تقييم وتغيير لسلوكات الشخص، فهو يقترح علاج يهدف إلى تجديد وترميم سجل ملائم وكامل للتعزيزات الإيجابية، وذلك بتدريب المفحوص على التعبير عن سلوكات متكيفة، قابلة لأن تعزز بشكل أكبر من طرف الآخرين المحيطين به، مع توجيه المفحوص للقيام بأعمال خاصة لتقويم سلوكه، وبالتالي تشعره بالرضى وترفع من معنوياته. (BOUGHARD, 1977: 300-101).

انطلاقاً مما سبق، سنتناول بعض العلاجات السلوكية للاكتئاب، والتي تتمحور حول تعديل السلوك، برامج النشاطات، العلاج المتعدد المحاور للازاروس LAZARUS، وعلاج الاكتئاب المصاحب للقلق.

### 1.3.8- تعديل السلوك الاجتماعي:

يهدف هذا البرنامج مع التعديل والتدريب على تحسين علاقات المكتئبين، وينصح به في حالة العجز عن القيام باتصالات، أو في حالة المواقف الاجتماعية المنحرفة، كزيادة السلوك العدواني، يركز هذا البرنامج على لعب الأدوار، حيث يتم تكرار وتنشيط المواقف بين الأشخاص في ظروف اجتماعية معينة، إن نتائج البرنامج تعطي تحسناً تدريجياً، بواسطة التعليمات وتعزيز وحوار، أو تقليد نموذج معين يسمح بالتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية، وتستعمل هذه الطرق في علاج جماعي.

وقد أثبتت عدة دراسات لـ لوينسون LEWINSHON وشاو SHOW (1969) فعالية برامج تعديل السلوك الاجتماعي، والتدريب على المهارات الاجتماعية في حالة الاكتئاب عند الطفل والراشد. (شابول، 1998: 103).

حيث يلح لوينسون وفريقه LEWINSHON & AI على العلاج الجماعي، بهدف خلق جو يسمح بتحسين حالة المكتئب، حيث تحدد أهداف العلاج قبل الشروع في الحصص العلاجية، ثم تقييم تفاعلات المكتئبين وفق دليل محدد، يشمل الفرد، طبيعة السلوك، رد الفعل المثار، المهارة الاجتماعية والفعالية البيشخصية، عن طريق ملاحظين.

بالإضافة إلى هذا، فإن كل مكتئب كانت له وسائل لدراسة يقوم بها هو نفسه عن الجماعة، وسلوكه الشخصي اتجاه الآخرين، وتعزز السلوكات كلما كانت بناءة وإيجابية، في آخر العلاج، أوضحت السلالم التقييمية والمقابلات تغيرات

بالنسبة لعدد كبير من المرضى، حيث سجل ارتفاع في المهارات الاجتماعية، وتناقص في السلوكيات الاكتئابية.

(ADOUCEUR & BOUCHAR, S.D : 304-305).

### 2.3.8- برنامج النشاطات:

إن النقص في السلوك المتكيف للمكتئب، ونتائجه على سير العمل المهني والاجتماعي، يحافظ ويطور التقدير الذاتي السلبي، فعدم النشاط بحد ذاته يرفع من حدة المزاج الاكتئابي، والعلاج السلوكي يقترح وسائل لمساعدة المكتئب على زيادة النشاطات الإيجابية، التي تتلخص في وصف مهمات تدريجية وبرنامج للنشاطات.

إن طريقة المهمات التدريجية مفيدة لمساعدة المكتئب على الالتزام من جديد بالنشاطات قد تركها بعد الإصابة بالاكتئاب، إن برامج النشاط تهدف إلى زيادة السلوك المتكيف، وتقوية التعزيز الايجابي الذي ينتظره المكتئب.

ومن بين الذين استعملوا هذا النوع من العلاج برغس (1969) BURGESS، الذي استعمل طريقة مؤسسة على تعزيز السلوكيات الايجابية، والعمل على كف السلوكيات الاكتئابية، طبقت هذه الطريقة على 6 حالات، كون المعالج في الأول معلومات عن السجلات السلوكية التي كان يمتلكها المرضى قبل استجابتهم الاكتئابية، وتوصل إلى جميع الأنواع من المعززات الهامة، لكي يتسنى له تحديد المعززات الأخرى، التي تحافظ على استمرار الحالة الاكتئابية.

بعد هذه المرحلة، حاول المعالج ترميم مصدر التعزيز عندما يكون خاص جدا، وعندما يكون قليل الضمان، على الفرد إنجاز نشاطات متدرجة الصعوبة، يعزز كل نشاط إيجابي يقوم به المكتئب من طرف المعالج عن طريق (الانتباه، المجاملة)، بدأ الاهتمام بالسلوكيات الاكتئابية في الزوال بعد المقابلة الأولى، وبعد ثلاث أسابيع من العلاج، استطاع كل المرضى تنفيذ نشاطاتهم الاجتماعية.

### 3.3.8- الطريقة المتعددة لنمط لزاروس LAZARUS:

أشار لزاروس (1968) Lazarus إلى ضرورة فحص ما يسمى "بتأثير المحيط"، قبل محاولة علاج الاكتئاب الارتكاسي، وهذا عن طريق التعرف على تاريخ الحالة.

يذكر لزاروس Lazarus ثلاث تقنيات خاصة بهذا العلاج:

1. الإسقاط عبر الزمن بواسطة التعزيز الايجابي.

2. التعبير عن الانفعالات.

3. الحرمان من السلوك وإعادة التدريب عليه.

## 1- الإسقاط عبر الزمن:

تهدف هذه الطريقة إلى إيصال المفحوص إلى تخيل الأحداث التي تنبثق من نشاطات هامة وسارة، والتي مارسها قبل استجابة الاكتئاب، ويبدأ المفحوص في تذكر النشاطات السارة التي مارسها في الماضي، وشيئا فشيئا يستطيع المعالج أن يقرب هذه الذكريات إلى الحاضر، ويشعر المفحوص بالبهجة التي كان يشعر بها أثناء الذكريات السابقة قبل الاستجابة الاكتئابية.

وذكر لزاروس LAZARUS (11) حالة عولجت بهذه الطريقة، 6 حالات استجابوا للعلاج استجابة ناجحة، حالتين استجابتا لاعتدال (بتخفيف الأعراض)، وثلاث حالات لم تتحسن، بين لزاروس LAZARUS صعوبة الحكم على شفاء الحالات الستة.

هذه الخلاصة التي قدمها لزاروس تفرض نفسها أكثر من أي تقويم عيادي أو سيكومتري، الذي لم يقارن بين حالة المرض قبل وبعد العلاج.

## 2- التعبير عن الانفعالات:

وتتضمن إثارة التعبير عن الغضب، العدوانية، المزاج والوجدان عند المكتئب، وإثارة عدة مشاعر غير متوافقة مع الحالة الاكتئابية.

لم يذكر لزاروس LAZARUS حتى ولو حالة واحدة خضعت لهذه التقنية من العلاج.

## 3- الحرمان من السلوك وإعادة التدريب عليه:

يشير لزاروس أن فترة "الحرمان الحسي" تستطيع أن تجعل الفرد أكثر إحساسا بمنبهات جديدة، ومن ثم يصبح الفرد حساسا لأي منبه خارجي بعد فترة راحة، مثلا تتراوح من خمسة إلى سبعة أيام، دون أي قراءة، زيارة... الخ.

بعد سنوات، طبق لزاروس LAZARUS طريقته المتعددة النمط سنة 1974 في علاج المكتئبين، حيث سجل سبعة أبعاد، وفي هذه الطريقة:

1. السلوك الموضوعي.

2. السياق الوجداني.

3. ردود الفعل الانفعالية.

4. التخيل Emargenic Emotion.

5. المكونات المعرفية.

6. العلاقات البيشخصية.

7. نمط الأدوية (التعليمات وضد التعليمات الدوائية).

ويقترح المعالج على الشخص أن يبنى جدول نشاطات التي كان يحبها بشدة قبل استجابته الاكتئابية. وبالتركيز على هذه القائمة، يبدأ المعالج عن وصف سلاسل من الاستجابات التعزيزية التدريجية للمكتئب، إن أظهر المكتئب أي فشل في أي محاولة، يعطيه الممارس العلاجي وقتاً آخر، يستطيع حتى أن يزوره بالبيت، إن وضعية المفحوص المملوءة بجو من الاستقلالية والمعززات الايجابية، تسمح له بالمبادرة إلى بعض النشاطات. إن الأدوية والتقنيات الأخرى المستعملة على تعديل المكونات المعرفية والعلاقات البيشخصية، في هذا المجال، بين لامونتان LAMONTAGNE وروبرت ROBERTS أن على المستوى المعرفي نستطيع أن نستعمل العلاج المنطقي لإليس ELLIS (1962-1973)، أو تقنية توقيف الأفكار، كما بينت عدة تجارب، أن قصص السبر، لعب الأدوار، تأكيد الذات، أنها فعالة لتحسين العلاقات بين الأشخاص. (ADOUCEUR & BOUCHAR, S.D :309-310).

تكمّن قيمة هذا النوع من العلاج في تعدده، ولكن لزاروس Lazarus لم يبين لنا كيف نستطيع أن نخفف من مشاعر تحقير الذات، حيث لم يذكر أية حالة عولجت بهذه الطريقة.

### 4.3.8- علاج الاكتئاب المرفوق بالقلق:

يحدث استمرار المرضي لرد الفعل العادي اتجاه فقدان موضوع ما بسبب السياق الإشرافي، الذي هو نتيجة لفقدان متكرر في الماضي، تركز هذا الحزن الإشرافي دائماً يكون مولداً للقلق الذي يجب فك إشراطه، وهذا ما يسمح بمعالجة هذا الاكتئاب العصابي، الذي يرتكز على سلب الحساسية المنتظم، المرتبطة بتنفيذ نشاطات ذات صعوبة متدرجة.

كما أن إبطال ظروف القلق يلجأ إلى عوامل غير محددة، تتعلق بتعزيز المعالج، وإلى عوامل خاصة بالتعرض للوضعيات المولدة للقلق.

أما الطريقة الكلاسيكية لسلب الحساسية المنتظم، تكون من عرض مشترك ومتدرج في الخيال، ومن ثم الواقع، حيث يتطوران بشكل متوازن (إبطال الحساسية المنتظم التي تترافق مع وصف نشاطات تطابقها وتناسبها في الواقع).

كما اقترح أدامس ADAMS وهاني HANNIE (1974) في هذه الطريقة تقنية أخرى تستعمل الانغماس في الخيال، لـ 27 مكتتبة خلال 9 حصص في الأسبوع، لمدة 45 دقيقة لكل مكتتبة، وهكذا يمكن وضع حد للقلق، من خلال مداخلات معرفية تعدل الخلل الوظيفي في الإدراك والتقييم السلبي المولد للقلق. إن وجهة النظر السلوكية تقترح بالدرجة الأولى استعمال هذه الطرق، من إبطال ظروف القلق في حالات الاكتئاب، أين يكون القلق شديداً. (IBID:311).

وبعد استعراضنا للعلاج السلوكي الخاص بالاكتئاب، نستنتج أن التقنيات السلوكية التي ذكرناها تتطلب دافعية كبيرة، ومشاركة منتظمة وصارمة من طرف المفحوصين في العلاج، وهذه الصفات لا توجد عند كل المكتتبين، لذلك النقاش حول نوع العلاج النفسي يصبح يحتمل الصدارة عند المكتتبين، الذين يعانون من اكتئاب داخلي المنشأ، الذي يمتاز بالبحث عن الموت، الإحساس بعدم القدرة، والشعور بالذنب، هذا النوع من الاكتئاب يبقى حبيس العلاج الكيميائي، المتمثل خاصة في وصف الليثيوم Lithium.

وعليه، نجد أن الاكتئاب الذي يمكن أن يستفيد من العلاجات السلوكية هو الاكتئاب الارتكاسي والاكتئاب العصبي. (ADOUCEUR & BOUCHAR, S.D:112).

#### 4.8- العلاج المعرفي للاكتئاب:

اعتمادا على المنطق النظري الذي يؤكد بأن اعتقادات وأفكار الشخص هي التي تحدد سلوكه الخارجي، لذلك، فإن المعالج المعرفي يبحث عن أسباب الباتولوجية بالعودة إلى الناحية المعرفية، حيث يهدف إلى تغيير العالم المعرفي للفرد، الأمر الذي يؤدي إلى تغيير سلوكه.

وقد أثبت المعالج المعرفي فعالية منطقته النظير في علاج الاكتئاب، حيث يلجأ المعالج أولا إلى البحث عن الأفكار والاعتقادات المسببة للاكتئاب، ثم يقوم بتحليلها، وأخيرا بتغييرها، أملا في القضاء على تلك الأفكار المسببة لليأس. ويعتمد المعالج في عملة على فرضيتين وهما: أولا أن المفحوص هو كما يصف نفسه بالفعل، وعندما يتم التحقق من خطأ اعتقادات الفرد بفعل ما يعرضه الواقع العقلاني، تدحض هذه الفرضية، وتترك المكان لفرضية أخرى، وهي أن الأفكار والاعتقادات الموجودة عند المفحوص تشوه الحقيقة وتربكها، وهكذا يلجأ المعالج إلى تغيير تلك الأفكار بحقيقة أخرى مناقضة تماما، بإظهار حجج دامغة وعقلانية. (بلعزوق، 1991: 177-178).

وعليه، يعرف العلاج المعرفي بأنه علاج نفسي مختصر، حيث يتعاون المريض المعالج على استعمال منهجية تجريبية من أجل تحديد مشاكل متخصصة ومحددة.

إن العلاج المعرفي يركز على ثلاث مسلمات قاعدية، ويتكون من ثلاث مراحل متتابة، المبدأ في العلاج المعرفي يتمثل في أن التشوه المعرفي يستطيع أو يولد انفعالات وسلوكات مرضية، بإمكان الممارس النفسي أن يعدل هذا النشاط المعرفي المضطرب، ويتلقى في المقابل تعديل علاجي للانفعالات والسلوكات، فالأخصائي النفسي يلعب دور البيداغوجي أكثر من دور المعالج.

ويعتبر المبدأ الثالث للعلاج المعرفي المفحوص طرفاً أساسياً في تحليل المشاكل والبحث عن حلولها، وهذه الطريقة تمر بثلاث مراحل: يتعلق الأمر أولاً بتحديد الأفكار الخاطئة، ثم توضيح سبب ظهور هذه الأفكار، محللين بذلك طريقة معالجة المعلومات من طرف المريض، ثم توضيح الطريقة الأقل سلبية والأكثر فعالية من طرف المعالج والمفحوص بغرض تطبيقها.

ويعتبر آرون بيك أحد مؤسسي العلاج المعرفي، والذي يرى أن الاكتئاب ينشأ من ثلاث تصورات مرضية، صورة سلبية للذات، صورة سلبية للمحيط (عدواني، محبط...)، وصورة سلبية للمستقبل، وهذا نتيجة العمليات الذهنية الخاطئة. (LACOMTE, 1993: 24).

وحسب كولد فريد. أ (1975) GOLFRID. A ، فإن تعديل المتغيرات المعرفية تمر بأربع مراحل هي:

1. على المعالج قبل البدء بالاهتمام بمشكل المفحوص أن يشرح له بأمثلة بسيطة تأثير الأفكار على السلوك، وأن كل سلوك مسبوق بفكرة معينة.

2. بمجرد تحكم المريض بهذا المنهج، يبدأ المعالج الفحص النفسي لمشكلة المفحوص ومختلف أفكاره المعرفية.

3. يترجم فيها الصعوبات الخارجية عند المريض، وبهذا يعملان على ضبط الأفكار التي تظهر، وربطها مع مختلف الأقسام التي صنفت في المرحلة السابقة.

4. اقتراح المعالج على المفحوص ممارسة هذه التحاليل في مختلف ظروف حياته اليومية. (OVIDE, 1978: 241-242).

ويكشف المعالج تدريجياً عن المنولوجات الداخلية ذات المضمون الاكتئابي، ثم يلجأ إلى تطوير قدرات معرفية جديدة مناقضة تماماً للأطر المعرفية القديمة اللامنطقية، والهدف من ذلك كله هو السماح للمفحوص الخاضع للانفعال الاكتئابي بتعويض ذلك كله باستجابات أكثر توافقاً مع الواقع.

علماً أن العلاج يتم أثناء الحصة، ويستمر خارجها أيضاً، عن طريق تقنيات المراقبة الذاتية، والنشاط المنزلي التي تجعل المفحوص نشطاً وفعالاً، إذ يتلقى المريض برنامجاً من النشاطات الموجهة أساساً لرفع عدد الوضعيات التي يمكن

أن تجلب له الراحة والاطمئنان، وتبين قدراته وفعاليته، بالإضافة إلى تزويده ببرامج خاصة تجعله يختبر تلك المسلمات اللاعقلانية بصورة واقعية. (بلعزوق، 1991: 178-179).

#### 1.4.8- أهداف العلاج المعرفي للاكتئاب وأساليبه:

إن العمل العلاجي المعرفي للاكتئاب يدور حول التعبير عن المشاعر للوصول إلى وعي العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك الاكتئابي، والاعتراف بميزة الأفكار التفسيرية وتجديد الأفكار السلبية المتعلقة بالخلل الوظيفي لدى المكتئب والمحيط والمستقبل ووضعها جانبا، واستبدالها بأفكار منطقية وأكثر واقعية. (شابول، 1998: 103). كما أن أغلب المقابلات التي تجمع بين المعالج والمكتئب تستخدم في تنمية طاقة الاستبطان لدى المكتئب، وتلمس منه أفكاره عن طريق الأسئلة والحوار.

إن الحملة الاستكشافية التي يستعملها المعالج تبدأ من خلال العالم الخارجي، وما يترتب عنه من مواقف وأحداث يتلقاها المكتئب، حتى يصل إلى العالم الداخلي للمكتئب، من خلال الآراء والأحكام والأفكار التي يطلقها المكتئب عن نفسه، وعلى محيطه ومستقبله، حيث يقول بيك: "غير أن بناء الأحكام الخاطئة قد تصبح عادة متأصلة، عميقة الجذور في نفسه، بعيدة عن منال وعيه ودرايته، بحيث يتطلب تصحيحها خطوات عديدة، إن عليه أولا أن يصبح واعيا بما يفكر به، ويجب عليه ثانيا أن يميز أي الأفكار هي المنحرفة (المشوهة)، وعليه عندئذ أن يستبدل الأحكام المختلفة أحكاما دقيقة، وهو بحاجة في النهاية إلى تغذية راجحة Feed Back، تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغيير، إنه نفس الصنف من التابع اللازم لكل تغيير سلوكي". (بيك. تر.ج: عادل، 2000: 230).

هذا بالإضافة إلى أن آرون بيك ARON BECK يجعل العلاج المعرفي للاكتئاب في عدة وسائل وأساليب، لمساعدة المكتئب على أن يقيم نفسه وعالمه تقييما أكثر واقعية، فهناك:

أ- المدخل العقلاني: الذي يهدف إلى كشف الأفكار الخاطئة، واختبار صحتها، وتعويضها بأفكار واقعية.

ب- المدخل الخبروي: الذي يهدف إلى تعريف المكتئب لخبرات هي من الشدة، بحيث تجعله يغير مفاهيمه.

ج- المدخل السلوكي: يهدف إلى حث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك، تستطيع أن تغير نظرتة على نفسه وإلى العالم الواقعي، كما يحدث مثلا في تدريبات تأكيد الذات، التي تعزز ثقته في نفسه، وتكسبه نظرة أكثر واقعية اتجاه الآخرين.

ويضم هذا التناول طرقا عديدة في العلاج، يمكن أن ندرجها في طريقتين أساسيتين، إلى جانب طرق أخرى ثانوية هي: العلاج الانفعالي العقلاني لإليس ELLIS rational emotive therapy والعلاج المعرفي لبيك Beck's cognitive therapy.

## 2.4.8- العلاج العقلاني الانفعالي لإليس ELLIS:

إذا كان للإرشاد النفسي دور في علاج الاكتئاب، فإنه يعتبر بمثابة العلاقة المهنية والصلة الإنسانية، التي يتم من خلالها التفاعل بين طرفين، أحدهما متخصص وهو المرشد النفسي، والذي يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر-وهو صاحب المشكلة- في موقف الإرشاد، ويهدف إلى تبصير صاحب المشكلة بمشكلته، وإعادة تقييم قدراته وإمكاناته، وتشجيعه على اتخاذ القرار المناسب. (طه فرج وآخرون، ب.ت: 41).

وعليه، كانت أكبر محاولة لإدخال العقل أو المنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، وهي الأعمال الشيقة لإليس في الستينات، والتي سميت أولا بالعلاج العقلي، وأخيرا بالعلاج العقلاني الانفعالي. وقد اهتم إليس ELLIS في ممارسته الأولى للإرشاد في مجال الزواج، بتقديم توجيهات عن طريق مجموعة من المعلومات، ولكنه أدرك أن المشكلات التي تعرض عليه تحتاج إلى أكثر من تقديم معلومات، ولهذا لجأ إلى التعديل في آرائه، فبدأ يمارس العلاج بالتحليل التقليدي.

إلا أنه رغم ذلك لم يكن راضيا عن النتائج التي تحصل عليها، والأهم من ذلك أنه لم يكن متقبلا لنظرية التحليل النفسي وأساليبها، حيث كان يتساءل لماذا ينبغي عليه أن يظل منتظرا بصورة سلبية لعدة أسابيع، أو ربما لعدة شهور، حتى يتمكن المريض بمبادرة شخصية أن يبرهن على التهيؤ لتقبل العلاج؟، ولهذا عليه أن يظل سلبيا، بينما يظل المريض يناضل بمرارة من أجل مواصلة عملية التداوي الحر، وينحصر التفاعل في كلمات قليلة أثناء الجلسة؟، ولماذا لا يكون من حقه أن يقدم بعض المساعدة عن طريق توجيه بعض الأسئلة أو التعليقات؟.

ونتيجة لكل هذه التساؤلات، التي كانت تحتمل في صدر إليس ELLIS، تحول من الفرويدية التقليدية إلى الفرويدية الحديثة، ثم إلى العلاج النفسي، وأصبح في أسلوبه العلاج أكثر نشاطا وإيجابية ومباشرة في تناوله للحالة. (الفقي، 1986: 173).

حيث يمكن القول أن اسم الطريقة العلاجية المستمدة من اعتقاد خاص، بأن اضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد، كالاكتئاب والقلق والشعور بالذنب...، مرجعها أفكار غير عقلانية وخاطئة، والمنطق النظري وراء هذه الطريقة العلاجية هو أن إليس ELLIS يعتقد أن الاستجابة الانفعالية تمر بثلاث مراحل هي:

1. بعض الأحداث الخارجية تؤثر على حياة الفرد وتطبعها.
  2. يفكر الفرد في تلك الأحداث، ويفسرها بطريقة معرفية خاصة.
  3. يظهر سلوك الفرد مطبوعا بتلك الأفكار والمعتقدات، فالسلوك هو نتاج العالم المعرفي للفرد.
- وحسب إيليس ELLIS، فإن الاضطراب الانفعالي يحدث وفقا للمخطط التالي:

المثير ← المعتقدات غير العقلانية ← الانفعالات السلبية ← السلوك غير العقلاني.

S→Croyance irrationnelles→Emotions négatives→Comportements Irrationnelles (BLOCH, 1982:69).

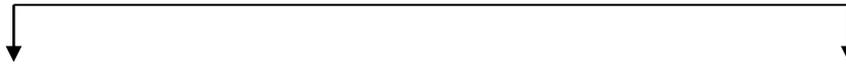
ويوضح الشكل التالي مثلا تصوريا على أساس نظرية إيليس ELLIS، حيث يمثل شخصين، أحدهما لديه أفكار منطقية، والثاني لديه أفكار غير منطقية، وما يترتب على ذهاب كل منهما إلى مقابلة الحصول على وظيفة، ثم الفشل في الحصول عليها.

### الشكل رقم (3) يوضح مثلا تصوريا على أساس نظرية إيليس ELLIS

أ- حادث منشط. (A)

ذهبت لمقابلة للحصول على وظيفة ولكني  
فشلت في الحصول عليها.

ب - الأفكار المرتبطة بالحادث أ. (B)



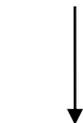
الشخص الأول لديه أفكار عقلانية

الشخص الثاني لديه أفكار غير عقلانية

- لا أحب أن أكون مرفوضا.
- كم أنه أمر يضايقني.
- يبدو وأنه هناك مشكلة في حصولي على

- كم هو مزعج أن أكون مرفوضا.
- أنا لا أستطيع أن أتحمل هذه الإهانة.
- هذا الرفض يجعلني شخصا وضعيا.

ج - النتائج المترتبة عن ب حول أ



- نتائج انفعالية مرغوبة.
- لقد شعرت بالأسف والإحباط.
- ولكنني سأستمر في المحاولة.

- نتائج انفعالية غير مرغوبة
- لقد أحسست بالاكئاب.
- شعرت أنه ليس لي قيمة.



نتائج سلوكية مناسبة

واصلت البحث عن العمل.



نتائج سلوكية غير مرغوبة

لقد رفضت أن أذهب إلى أي مقابلة أخرى

(عبد الرحمان، الشناوي، 1998: 216-217).

وكل هذا يلخصه إليس ELLIS في قوله: " يقوم العلاج العقلاني الانفعالي على افتراض أن الانفعال والفكر ليس حادثين مختلفين كلياً، إنهما يتداخلان بشكل ملحوظ في العديد من المجالات، لذلك غالباً ما تعمل الانفعالات المضطربة وفقاً لتغيير الفكر المضطرب...، فالتفكير والانفعال يتداخلان كثيراً ولا يختلفان أحياناً، إلا في أن التفكير أكثر هدوءاً، وأقل إثارة للظواهر العضوية، وفي أنه نمط أبطئ توجهها من الانفعال".

لذلك، فإن على المعالج أن ينزع الأقنعة عن التفكير اللامنطقي لمريضه، وعن العبارات التي تجر الهزيمة للذات، وذلك بأن يعلم مريضه كيف يفكر من جديد، وكيف يغير صياغة العبارة بطريقة أكثر منطقية، وكيف يتعامل مع الآخرين. (ميخائيل، 1991: 274).

أما الخطوة الأولى في هذه العملية، هي أن تثبت للمفحوص أنه غير منطقي، ثم تساعد على أن يفهم لماذا هو غير منطقي، وأما الخطوة الثانية هي أن توضح له العلاقة بين أفكاره اللامنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واكتئاب. حيث يعتقد إليس ELLIS أن معظم الأساليب العلاجية تضع نفس الشيء، ولكنها تفعله بطريقة إذعانية غير مباشرة، ثم تتوقف عن هذه الخطوة.

أما طريقة إليس ELLIS، فتقدم خطوة أخرى، وذلك بأن تطلع المفحوص عن كيفية احتفاظه بالاضطراب، طالما أنه مستمر بالتفكير بصورة غير منطقية، أي أن تفكيره الحالي غير المنطقي هو المسؤول عن حالته، أما الخطوة الموالية، فهي تكمن في جعل المفحوص يغير تفكيره، بينما تترك الأساليب العلاجية الأخرى هذه الخطوة للمفحوص، دون تدخل منها.

ذلك أنه في النهاية يذهب المعالج إلى أبعد من مجرد التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع فلسفة المفحوص ونظراته للحياة.

وبعد ذلك يعد المفحوص لتجنب الوقوع ضحية الأفكار الخاطئة مرة ثانية، وبهذا يكسب المفحوص فلسفة حياة جديدة وسليمة من كل الأفكار غير العقلانية، التي يمكن أن تشوهها، وتوقعه في الاضطراب النفسي مرة أخرى، ولهذا يعتقد إيليس ELLIS أن العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر الطرق فعالية في إحداث تغيير أساسي في الشخصية. (الفقي، 1986: 184-186).

وانطلاقاً مما سبق، يمكن القول أن الأساليب الفنية للإرشاد العقلاني الانفعالي لإيليس ELLIS تتكون من ثلاثة أساليب:

### 1- الطرق المعرفية:

يستخدم الإرشاد العقلاني الانفعالي مجموعة كبيرة من الطرق العلاجية المعرفية، والتي تشتمل على التحليل المنطقي للأفكار غير المنطقية، التعليم، تنفيذ الاستجابات غير الواقعية، توقيف الأفكار، وقد اشتهر الإرشاد العقلاني الانفعالي في صورته المعروفة بتوضيح العلاقة ABC، حيث نتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التي تسبقها، وإنما هي نتيجة الأفكار (B)، ثم الانتقال إلى تنفيذ الأفكار غير المنطقية، ومن خلال مساعدة المسترشد على تنفيذ أفكاره، ومساعدته على تكوين أفكار منطقية، يكون المرشد النفسي قد أحدث الأثر المعرفي (E) «Cognitive Effect». (الرحمان، الشناوي، 1994: 115).

### 2- الأساليب الانفعالية:

يستعمل المرشد النفسي في العلاج العقلاني الانفعالي للاكتئاب مجموعة من الطرق الانفعالية الموجهة للعمل مع انفعالات المرشد (المكتئب)، كأسلوب تمثيل الأدوار Role playing، وأسلوب النمذجة Modeling مثلاً، لمساعدة المكتئب على التخفيف من معاناته النفسية.

### 3- أساليب العلاج السلوكي المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي:

بما أن العلاج العقلاني الانفعالي نوع من العلاج السلوكي المعرفي، فهو يستخدم الأساليب السلوكية الأساسية لعلاج الاكتئاب.

- الواجبات المنزلية النشطة، والتعرف وتدوين الأفكار غير المنطقية.
- التدريب على أسلوب الاسترخاء.
- التدريب على تأكيد الذات عن طريق التخيل. (نفس المرجع السابق: 116).

كما يمكن الإشارة إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يقوم على الإقناع الخارجي، وتشجيع المفحوص على التعبير المكثف عن معاناته وأفكاره.

كما أولى إيليس ELLIS اهتماما كبيرا بالوظائف المنزلية الموكلة للمفحوص، حيث يطلب منه أداءها والقيام بها كوسائل تدعيمية، وعلى شكل مكافأة أو إثابة ذاتية عند النجاح في التخلص من الأفكار والاتجاهات الانهزامية.

ويقول إيليس ELLIS في هذا الصدد: " لقد نجحت شخصا في مساعدة مرضاي في السنوات العشر الأخيرة على التخلص من المعتقدات غير المنطقية، من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب، أو الاتصال الجنسي)، بعد أن ينجح الواحد منهم في الدحض المستمر للاعتقادات الخاطئة التي تمتلكه، وتؤدي للمرض والهزيمة، أو بعقاب أنفسهم بالتعرض لمنبه غير سار( كالقيام بالنظافة المنزلية أو أداء تمرين رياضي، عمل)، وذلك إذا لم يقوم الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يوميا".

حيث تقوم إستراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي بالهجوم على الأفكار غير المنطقية لدى الشخص المضطرب على طريقتين:

1- أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح، الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة، والخرافات المتأصلة في نفس المفحوص.

2- أن يتقلد دور المشجع المقنع، الذي يصر أحيانا على أن يقوم المفحوص ببعض الأنشطة، ويمارس بعض الأعمال التي يتباطئ عن فعلها وممارستها، كربط علاقات اجتماعية، والتفاعل المستمر مع العالم الخارجي، نتيجة الاكتئاب المبني على أفكار خاطئة، ويعتبر إيليس ELLIS القيام بهذه الأنشطة هجوما مضادا على تلك الأفكار الخاطئة. (الفقي، 1986: 187-188).

كما لا يدعي إيليس ELLIS أن أسلوبه ذا فعالية مع جميع أنواع الحالات، و يعترف بالقصور الموجود فيه، وبالفائدة الموجودة في الأساليب الأخرى، فطريقته غير فعالة مع الحالات القاصر في الذكاء، وكذلك الاختلاط العقلي البالغ، كذلك مع الأطفال الصغار، والكبار المسنين، وشديدي الحساسية الذاتية، وكذا المتعصبين، والذين لا يؤمنون بالعقل والمنطق.

ويعتبر هذا النوع من العلاج من الطرق الفعالة في تغيير السلوك وتعديله، ولكن من الضروري جدا مراجعة هذه الطريقة، لمعرفة مدى فعاليتها وثباتها.

وعلى العموم، فهو علاج شائع الاستخدام في الأوساط الإكلينيكية، غير أن له حدود لا ينبغي تجاهلها، منها أنها طريقة مباشرة جدا، وكثيرا ما تظهر بصورة عدوانية، ولهذا فهو لا يتلاءم مع المرضى الذين يظهرون مقاومة لتغيير اعتقاداتهم، عندما يلاقون ضغطا حادا (الهجوم المعرفي)، إذ يحتاج هؤلاء الأفراد إلى طريقة أخرى أكثر مرونة وتدرجية. (بلعزوق، 1991: 183).

### 3.4.8- العلاج المعرفي لبيك Beck:

عندما تشخص الحالة بأنها حالة اكتئاب، فإن اللجوء إلى العلاج الكيميائي هو الأكثر وصفا، ولكن هناك الكثير من الحالات التي يكون فيها التدخل الكيميائي غير كافي، وهذا راجع إلى عدة أسباب، منها:

1. عدم فاعلية العلاج الكيميائي عند 25% إلى 30% من الحالات الاكتئابية.

2. المضاعفات الطبية.

3. الرفض الذي يتلقاه العلاج الطبي السيكاتري عند الكثير من المرضى، نتيجة وجود أفكار سلبية نحو العلاج العقاقيري.

ومنه، هناك ضرورة ملحة لاكتشاف أو اقتحام نوع من العلاج، ألا وهو العلاج النفسي، وخاصة العلاج المعرفي عند بيك BECK، الذي أثبت فعالية بالغة في علاج الاكتئاب.

حيث ظهرت أعمال الباحث العيادي أرون بيك ARONT Beck في الستينات من هذا القرن العشرين، وخضعت لتطورات منهجية، ولتعديلات عديدة، ولتقييمات متتالية، لا تزال قائمة إلى حد الآن.

ويعتقد بيك BECK أن بعض الاضطرابات النفسية - وخاصة الاكتئاب - راجعة إلى أنماط خاصة من التفكير لدى الأفراد، ورؤيتهم لدواتهم وللعالم وللمستقبل، وهذا ما عرف بالثلاثية المعرفية.

كما درس بيك BECK أساسا الاكتئاب، ووجد أنه يضم نظم معرفية خاصة، وهي:

1. التفسيرات السلبية للأحداث الخارجية.

2. رفض الذات وكرهها.

3. النظر إلى المستقبل بطريقة سلبية.

حيث أن تلك الإدراكات والتفسيرات السلبية ناتجة عن أخطاء في المنطق، ومهمة المعالج هي:

1. جعل المفحوص يعطي أخطاء المنطق التي يملكها عند تفسيره للأحداث الخارجية (المحيطة).

2. مساعدة المفحوص على تغيير أفكاره غير المنطقية.

### 3. النظر إلى الأحداث بنظرة موضوعية.

وأن يتم تشجيع المفحوص على التمييز بين أفكاره الذاتية، والأحداث التي يمثّلها، ورؤية أفكاره واعتقاداته كفرضيات قابلة للاختبار الأمبريقي والمناقشة الموضوعية. (بلعزوق، 1991: 194-185).

وقبل التحاق المفحوص بالعلاج لا يصدق أنه لجأ إلى رصد أفكاره وتخيالاته ومشاعره بصورة واعية، عندما يواجه مواقف مؤثرة، ويستخدم العلاج المعرفي لبيك Beck عدة تقنيات سلوكية ومعرفية على مستويات مختلفة، مثل: تقنية سلب الحساسية المنتظم مع بعض المكتئبين، وتقنية المراقبة الذاتية، حيث يطلب من المفحوص أن يسهم على شكل مراقبة ذاتية لمشاعره وأفكاره مرات عديدة في اليوم، كلما ظهر السلوك المشكل، وإذا ما تبين أنه يوجد تغيير على محتوى هذه التقارير إيجابيا، فإن هذا سوف يغير من نظرة المفحوص للحياة من السلبية إلى الايجابية، وهذا التغيير في التفكير سوف يؤدي حتما إلى تغيير السلوك، وهذا جوهر المنطلق النظري لهذا التناول.

إضافة إلى وجود تقنيات أخرى تدعى بالتمرين على الحديث، التي تسعى إلى جعل المفحوص يطرح مشكلاته والمعوقات المحددة له في نشاطاته، ثم يخضع تلك المشكلات والمعوقات إلى التحليل العقلاني.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض تلك الإجراءات تهدف إلى تغيير السلوك الظاهر، الذي يعتقد بأنه يؤثر بدوره على أفكار واعتقادات المفحوص، وذلك باستعمال تقنية خاصة بتقسيم الأداء، إذ أن جعل المفحوص يقوم بالنشاطات المختلفة، من البسيطة إلى المعقدة، يقود إلى الدليل الواقعي على خطأ أفكاره واعتقاداته بخصوص عجزه على أداء أدنى نشاط، مما يساهم في تثبيت وتعزيز الأفكار الإيجابية للذات.

كما يتضح أن العلاج المعرفي يؤكد على تدريب المفحوص على التفكير المنطقي السليم، البعيد عن اللاعقلانية، بإجراء إعادة بناء معرفي شامل لأفكاره واعتقاداته. (VERA & LEVEAU, 1990: 134-136).

وقد تكلم بيك BECK عن خمس أنماط من التفكير، والتي تترتب عنها أخطاء المنطق واضطراب السلوك.

#### 1- الاستنتاج العشوائي La déduction Arbitraire:

مثلا: إذا ما رفضت صديقتي تلبية الدعوة، فهذا يعني عند المكتئب أنه مسؤول وسيء الحظ، فيكون أفكار سوداوية مكتئبة.

#### 2- التجريد الانتقائي:

مثلا: إذا ما تحصل المريض على نقطة ضعيفة في امتحان البكالوريا، فهذا يعتبر بالنسبة له فشل كبير وغير مسموح به، فهو ينطلق من عنصر واحد من مجموعة ليحكم على نفسه بالضعف.

### 3- التعظيم والتصغير للنجاحات La Minimisation des Réussites:

مثلا: إذا ما تحصل على نقطة جيدة، فيرجعه المريض إلى سهولة الامتحان، فهو يصغر من قيمته دائما، وبأي طريقة.

### 4- الذاتية La personnalisation:

حيث يربط المكتئب كل الأخطاء المرتكبة بنقص في ذاته، إذا ما تعلق الأمر بالفشل والإخفاق.

### 5- التعميم الظاهر La généralisation:

مثلا: إذا ما فشل المكتئب في امتحان معين، فإنه يعممه ليجعل منه فشلا عاما، وبالتالي يحكم على عدم قدرته.

والمرحلة الأخيرة، هي تعليم المريض إعادة هيكلة معارفه بعد كشف أخطائه، فيبدأ بطرح الأسئلة التالية، مثلا:

• هل أنا فاشل لأن صديقي رفض التعامل معي؟

• هل أنا غير قادر لأنني أشعر بالتعب في الوقت الحالي؟

وبعدها يشجع المريض لإعطاء تفسيرات أخرى، مثلا كقوله:

• إذا كنت متعب، ذلك لأنني مثقل بالعمل، وعليه يجب أن أخطط عملي وفق حدود مرسومة.

بالإضافة إلى تكليف المفحوص بمهام و وظائف منزلية متدرجة، وذلك بإدخال التعزيز.

ومما سبق، يتضح لنا أن أية نظرية يستند تقييمها إلى التحقق من صحة الافتراضات التي يقوم عليها، لذلك ينبغي

البدء بافتراضين أساسيين اللذين تقوم عليهما نظرية بيك Beck في التشخيص والعلاج لمختلف الاضطرابات، وخاصة

الاكتئاب، وهما:

1- يترتب الاكتئاب عن التفكير السلبي وأخطاء المنطق، وقد وضحت نتائج دراسات عديدة صحة هذا الافتراض

وعززته، منها دراسات هممان، كاندال، دافيسون، وايت، كرانتر DAVISON, KENDAL, HAMMENE Krantz , White.

2- الاضطراب المعرفي للمكتئبين لا يتبع اضطرابا انفعاليا، وإنما هو الذي يسبب الطابع الاكتئابي، وقد وضحت

أبحاث تجريبية عديدة بأن شعور الفرد عموما يرتبط بطريقة بناءه وتصوره للأحداث وعيشه لها، مثل دراسات جيير،

دافيسون، كاشتال، دافيسون ونايك DAVISON & GEER، GATCHEL (1970)، DAVISON & NEAK (1986).

وعليه، هناك جوانب إيجابية لهذا العلاج، منها:

1. أنه قابل للقياس والمراجعة.

2. استئثار العديد من الدراسات حول الاكتئاب.

3. مقتصد في الوقت والمال.

كما يمكن أن يكون كبديل للعلاج الكيميائي في بعض الحالات التي يخفق فيها هذا الأخير، عند بعض المرضى الذين يرفضون تناول الأدوية، أو تبعا لإرشادات طبية مضادة، لا تتوافق وحالتهم الصحية عموما، وذلك يعني أن العلاج المعرفي يتجاوز الصعوبات التي تعرقل العلاج الكيميائي.

بناء على ما سبق، فإن العلاج السلوكي المعرفي يقوم على الدمج والتكامل بين الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية المعرفية، وهو يتناول الإنسان في كليته، حيث يركز على جميع العوامل الكامنة والظاهرة، ولا يهمل أحد منها على حساب الآخر، إذ أنه يتعامل مع العالم المعرفي للفرد، معتقداته وأفكاره وتقييماته وتوقعاته وانتساباته، كما يهتم أيضا بسلوكه الظاهر، وبجميع العوامل المحيطة النفسية الاجتماعية والخبرات السابقة والأداء والتعلم، بالإضافة إلى اهتمامه بالضبط الذاتي، أي التحكم في السلوك، ويسعى إلى تزويد المفحوص بالميكانيزمات الضرورية واللازمة لمواجهة، ليس المشكلات الآنية فحسب، بل المشكلات المستقبلية.

## 9- علاقة الاكتئاب بتقدير الذات:

التقدير هو تقييم إنجاز الفرد بالنسبة للمكانة الاجتماعية التي يستغلها، سواء كانت هذه المكانة مرتفعة أم منخفضة، وسواء كان الفرد يحصل على تقدير منخفض أو مرتفع، أما العالم رولاند Roland فيعرفه بأنه درجة تقبل الذات (عبد الحميد، 1981: 279)، وهو رضى المرء عن نفسه وعن صفاته وقدراته، وإدراكه لحدوده. (حنفي، 1992: 279).

ويعني كذلك تقليل الفرد من انتقاداته لذاته، وأخذ المسؤولية فيما يتعلق بشعوره وسلوكه والتقليل من انتقاد الظروف الخارجية والناس المحيطين به، والتقليل من كبت الشعور الذي لا يرغب فيه ويزعجه، والذي لا يعبر عن ذاته المثالية. إن أهم ما يحقق تقبل الذات، هو تحقيق أفكار النمو والنضج والتجديد، وتحدي ما لا يرضيه، وهكذا يتقبل ذاته، وتصبح شخصيته أكثر نضجا وواقعية.

"وعليه، فإنه نتكلم عن تقدير الذات، حيث نرجع الحكم الشخصي للفرد عن الاستحقاق أو عدم الاستحقاق، الذي يتم التعبير عنه بالاتجاهات التي يحملها اتجاه نفسه. (عبد الستار، 1998: 190).

كما أن تقدير الذات هو مجموع المدركات وردود أفعال الأشخاص الآخرين، الذين لهم مكانة معينة لدى الفرد. (LECUYER, 1978: 62).

ومنه، فإن تقدير الذات هو ما يصنعه الشخص بنفسه عن نفسه، نتيجة معرفته لنفسه. (عبد الخالق، 1981: 23). أما في حالة الاكتئاب، فنجد أن الشخصية الاكتئابية تتميز بتقدير منخفض للذات، لذا فإن الأعراض الرئيسية لهذا الأخير مبهمة، إلى درجة وصف الذات بالتفاهة والنقص والعجز. (عبد الستار، 1998: 25).

وفي هذا الصدد، فإنه قد تكون نظرتنا لذواتنا سلبية، من نحو الإحساس بالدونية والتبعية والشك والتردد.

ولقد بين شوتز (1950) SHUTZ وروزمبورغ (1965) ROSENBERG ، أن الذين يرون في العلاقات الاجتماعية ذات المستوى المنخفض، يلاحظ عندهم تقدير ذات منخفض فهم لا يحبون المشاركة في النشاطات وحديث الجماعة، ويفضلون أن يكونوا موجهين، ويخضعون لقواعد منضبطة، ويتميزون بالخجل والحساسية المفطرة، متخوفون ومحترسون، ويفضلون الوحدة.

ويرى كل من فاركاش FARKHACHE وكوين COHIEN (1966)، أن هؤلاء الذين يتميزون بتقدير منخفض للذات يشاركون بصفة أقل في مجال الآراء، ووصفوا من طرف الآخرين أنهم أقل تسلطا وأشد تأثرا على المستوى العاطفي، ويتوصلون بصعوبة إلى تكوين علاقة مرضية، وغالبا يكونون مطبعين، وأضاف روزمبورغ (1965) ROSENBERG أن التقدير الذاتي الضعيف أو المنخفض مرتبط بظاهرة اكتئابية لمشاعر محيطية وأعراض القلق. (BRANDAN, 1975: 93-94).

وفي هذا الإطار، يرى ريتشارد سوين RITCHARD Swine أن تقدير الذات أو قدرة الفرد على تقبل ذاته... جانب هام من التوافق، ويرتبط بعدة صفات، المتصلة بالاعتماد على النفس والثقة بها، وإحساس المرء بكفاءته، والبعد عن السلوك الدفاعي لتجنب القلق، وتقبل الخبرات الجديدة، واحترام الذات، وقدرة المرء على أن يعيش مع نفسه في هدوء وسلام. (سوين، تر.ج: 1979: 369).

وبعد ظهور هذه المشكلة المرضية وبلورتها بوضوح، قمنا بتدريبه على التعرض التخيلي خلال الجلسات الأخيرة تدريبا إضافيا، على مواجهة بعض المناظر المخيفة مثل تصوره أنه يموت في حادثة طائرة. بعد ذلك طلبت منه ممارسة التعرض التخيلي والواقعي كواجب منزلي بشكل مستمر من دون استشارة المعالج النفسي أو الرجوع إليه، وكلفناه بهذه المهمة لتخفيض ميله واستعداداه لضرورة أن يأخذ أمرا من المعالج بضرورة التعرض بهدف تخفيض مستوى القلق ومشاعر الاستجابة له، ومشاعر تحمل المسؤولية وبالفعل استجاب روبرت لهذه التدخلات العلاجية بحيث حدث انخفاض جوهري في الإلحاحات القهرية، واقتنع تماما بأن أسلوب منع الاستجابة بمفرده ليس كافيا ومن ثم فقد ذكر ما نصه: إن أسلوب التعرض أشبه بقرص أو جرعة الدواء التي يجب علي تناولها للمحافظة على حياتي مدى حياتي. إنني لن أنساه أبدا.

وبعد ذلك لم ينفر مطلقا أو يعارض عملية القيام بالتعرض التخيلي والواقعي، ومن ثم انخفضت الإلحاحات القهرية إلى أدنى درجة.

وبدأ روبرت في هذا التوقيت كذلك يتحدث عن توقفه عن الجلسات العلاجية وأنه أن الأوان لذلك، ومن ثم بدأ يتحدث عن إنه أصبح يشعر إنه أكثر ثقة بنفسه وفي قدرته على السيطرة على اضطراب الوسواس القهري، وقال ما نصه: إنه أمر يشبه ضرورة تركي لبيت أسرتي والعيش بمفردي لأتعود الاعتماد على نفسي، لأنه في النهاية لابد أن أتوقف عن تلقي العلاج النفسي. وبالفعل قد قررنا وضع هدف علاجي مؤقت لإنهاء العلاج النفسي خلال الشهرين التاليين.

قادت ممارسة روبرت لأسلوب التعرض للتخلص من مخاوفه الوسواسية من الطيران إلى مناقشة فرض آخر أكثر أهمية، فقد ذكر أن والدته كانت دائما تقول أنا أرفض فكرة الموت على الرغم من إنه قدر محتوم. ومن ثم فقد تحدثنا عن مزايا وعيوب رفض قبول الموت كقدر محتوم، وانتهينا إلى أن جزءا من المخاوف الوسواسية من الطيران يبدو أنه مرتبط بفكرة أنه أو عائلته استطاعوا بطريقة ما تجنب الموت إلى الآن. وذكر روبرت أنه وجد أن فكرة قبول الموت كقدر محتوم فكرة مفيدة جدا.

طوال الجلسات التي ذكرناها سابقا نما وتطور موضوع الحب والارتباط العاطفي الذي يريد روبرت تحقيقه مع أية فتاة أو سيدة، خاض روبرت في مزيد من الحديث عن المواقف الاجتماعية التي قابل فيها فتيات وسيدات كثيرات، ولكنه يشعر بالقلق الشديد إزاء حدوث أي نوع من التقدم ما لم يوجد دليل واضح Unmistakable يشير إلى أن المرأة التي يريدتها واقعة في غرامه. وبدأ يتحدث روبرت عن سيدة معينة تسمى "جودي Judy" تجذب انتباهه. وذكر مجموعة من الأفكار الوسواسية التي تدور حولها: "إنني عاجز عن الوصول إليها وإقامة علاقة معها". "ولا أستطيع تحمل أي رفض منها"، وناقشنا مزايا وعيوب التأكد المطلق المطلوب قبل أن نجد المرأة الجذابة التي تريدها، وشجعنا روبرت للنظر إلى الغزل واهتمامه بالبحث عن زوجة المستقبل على إنه نوع من ممارسة التعرض الواقعي في الحياة الاجتماعية ينبغي ألا يخاف منه، بل لابد من مواجهة هذا الموقف الاجتماعي حتى ينجح في الحصول على ما يريد برزت قضية الجنس Sex والزواج بشدة، بعد ما ذكر روبرت أن والدته قد بدأت علاقة غرامية الآن، وهي التي لم تهتم مطلقا بهذا الأمر منذ أن طلقت وأقر بأنه يشعر أنها تتصرف كأمرأة حمقاء، وأنه أصبح يغضب منها ويقع في خلافات وصراعات معها وفي الجلسة التالية، ذكر روبرت أن لديه خوفا من مسألة أنه لم يعبر عن هذا الموضوع مسبقا بهذا الوضوح، وخاض في بعض التفاصيل السرية أبرزها أن لديه بعض الأورام أو التواءات البارزة Bumps في عضوه الذكري، ويعتقد أنها عيوب خلقية نشوئية وبسبب هذا الموضوع، وعلى الرغم من كونه لا يعاني أية آلام فيه، فحصه لدى ستة أطباء، وأكدوا له جميعهم أن هذا شيئا طبيعيا ولا توجد أية مشكلات، وأن نتائج تحليل أنسجة القضيبي Biopsy كلها كانت سلبية ولم تثبت وجود أية أورام سرطانية، ومع ذلك لم تكن لديه قناعة بتوكيدات الأطباء الذين استشارهم، فقام بمراجعة وقراءة بعض المصادر

الطبية، وسيطرت عليه بعض الأفكار الوسواسية أهمها: إنني محكوم علي بهذه العيوب الخلقية ولن أستطيع الزواج"، وعندما أجتمع بصديقتي سترى قضيتي وما فيه من عيوب وساعتها ستغادرنى ولن تبقى معي بحال من الأحوال، ولن أكون مرتاحا أو راضيا نفسيا إلا إذا اختفت هذه التوتوات وأصبح جلد القضيب أملسا إنني رجلا كامل الذكورة إنني ضعيف ولست كفتا.

حاولنا التصدي لهذه الأفكار مستخدمين بعض أساليب العلاج المعرفي على مدى عدد من الجلسات ومع كل ذلك، أحيانا يقرر روبرت أن القلق ينخفض خلال الجلسات، ولكنه يعاود الشدة والارتفاع مرة أخرى وقرر روبرت استشارة الطبيب رقم سبعة الذي أكد له مرة ثانية أنه لا يوجد شيء غير طبيعي في عضوه وأن هذه البثور لا قيمة لها ولا خوف منها وبسبب تكرار استشاراته الطبية كان علينا أن نفترض أن مخاوفه ما هي إلا مجموعة من الأفكار الوسواسية حول قضيبه وتمثل شكلا من أشكال الوسواس القهري، خلال هذا الوقت كان يقضي معظم وقته مع السيدة "جودي" التي تعرف عليها، ولكن لم يكن واضحا له ما إذا كانت مغرمة به عاطفيا أم لا، ومن ثم فقد تبين أن مخاوفه الوسواسية حول قضيبه تزداد سوءا عندما يشتد قلقه حول ما إذا كانت ستستمر علاقته بهذه السيدة وتتطور إلى الأحسن وأوصيته بضرورة ممارسة أسلوب التعرض ومنع الاستجابة للقضاء على هذه المخاوف الوسواسية، وتتمثل واجباته المنزلية في الامتناع التام عن البحث في المصادر الطبية أو عن مراجعة الأطباء وأن يسجل حوارا أثناء التعرض يذكر فيه ما الذي فعله عند اجتماعه بسيدة يحبها، وما الذي قاله لها عند جماعها، وعندما رفضته لكونها رأت البثور الجلدية لقضيبه.

وذكر روبرت في الأسبوع التالي أنه قد مارس الجنس بالفعل، وكانت شريكته سيدة يعرفها منذ عدة سنوات، ودائما ما كانت تهتم به وتنجذب إليه جاء الجلسة مسرورا جدا، وانخفض لديه الوسواس القهري تماما حول قضيبه وذكر أنه أصبح يدرك أن كل شيء يستحق أن نجربه ونغامر من أجله، وأن هناك بعض الأمور التي تستحق المخاطرة والتجريب حتى نكتسب مزيدا من الخبرات الفعلية والعملية إن هذا الأمر الذي لفت نظري في جسم هذه السيدة التي جامعتها أن ثدييها كان بهما كثير من الشعر بشكل واضح ولم أرفضها وأتركها، ومن ثم فقد استنتجت أن "كل فرد منا غير كامل وبه بعض العيوب".

وفقا لهذه التطورات الإيجابية، حذفت بعض المواعيد التي كانت مضروبة لروبرت كمواعيد طوارئ، وذكر روبرت أنه أصبح يسيطر على أفكاره المتصلة بقضيبه تماما وأصبح يشعر أنه مستعد لتحمل مسؤولية التخلص تماما من هذه الأفكار وكان لابد أن نقرر معا أنه لازالت هناك قضايا وأمور ومشكلات تحتاج إلى تدخل، أبرزها أنه لازال يعيش في منزل والدته، وأنه لم يستطع بعد تكوين علاقة عاطفية ومع ذلك، هو يشعر أنه قادر على السيطرة على اضطراب الوسواس

القهري، وأصبح موفقا في عمله، وأنه رغب في التركيز على عمله واستثمار كل وقته وأمواله لتطوير مهنته ووضعها فوافقت على إنهاء العلاج، مع الاتفاق معه على إنه من الممكن أن تحدث انتكاسات له في أي وقت، ومن المحتمل أن يعود مرة أخرى ليستمر في العلاج المعرفي السلوكي.

لاحظ روبرت في جلستنا الأخيرة أن لديه عملا حرا مهما في اليوم التالي، ومع ذلك فإنه لم يناقشني في حالة القلق التي تتناوبه قبل التصوير بساعات، بل أقر بأنه لم يشعر بالقلق قبل أدائه لعمله كالعادة، وعندما سألته عن السبب في هذا التغيير الإيجابي قال: إنه يقبل درجة معينة من القلق وأن هذا أمر طبيعي لدى كل البشر.

وبدأ ينشط ويخطط للتعرف على الشابات والسيدات في المناسبات والمواقف الاجتماعية، وعديد منهن بدأت تنجذبن إليه، وتلفتن إليه، وقد اعترف بأنه لازال يشعر بالقلق نحو علاقته بالسيدة "جودي"، وهي العلاقة التي لم تتضح معالمها العاطفية وناقشنا أيضا موضوع العلاقات العاطفية التي بدأتها والدته مؤخرا، وأن حدوث هذه العلاقة من جانب والدته قد يسر عليه مسألة إقامة علاقات عاطفية على مسؤوليته الخاصة من دون أدنى شعور بالذنب إزاء هذا الموضوع.

وبعد متابعتي للحالة المرضية لروبرت بعد توقفه عن تلقي العلاج المعرفي السلوكي لمدة ثلاثة شهور، ذكر أنه يسير من حسن إلى أحسن في مهنته وعمله كمصور محترف، وأن الأفعال والطقوس القهرية لازالت في أدنى مستوياتها، ولم يعد إلحاحها والكرب النفسي الناتج عنها له إلا وجود قليل وسافر بالطائرة ولم تتناوبه أي نوبات قلق حادة وأخيرا تطورت علاقته العاطفية بقوة مع السيدة "جودي"، ولكنه مع ذلك، قد اعترف بأن لديه مستوى مرتفعا من القلق والغيرة عليها، ومن ثم قد يضطر للعودة لجلسات العلاج المعرفي السلوكي في أحيان أخرى في المستقبل

#### • المناقشة:

إن المريض "روبرت" قد أتى لهذا البرنامج العلاجي، وهو يعاني بدرجة متوسطة الشدة من اضطراب الوسواس القهري، وفي البداية تم علاجه بأحد أساليب العلاج السلوكي المعروف، بالتعرض ومنع الاستجابة. وعلى الرغم من أن روبرت كانت استجابته للعلاج السلوكي استجابة جيدة، فقد استمر يعاني من بعض المشكلات المرضية في حياته المهنية والوظيفية، ومن ثم فقد استمر يتلقى مزيدا من الجلسات العلاجية، وخلال العملية العلاجية بدأت تظهر مجموعة من المخططات المعرفية والأفكار الوسواسية المتصلة بمرضه والأعراض التي يعاني منها، وكان كثير منها ينعكس على حياته الاجتماعية والمهنية، وبدأ يطفو على السطح بوضوح، ومن أبرزها الآتي:

• إن أية درجة من درجات القلق تعد أمرا سيئا، ومن ثم يجب تجنبه.

• إن الأشياء يتوفر لها الكمال، هي الأشياء التي نقبلها.

- جميع أنواع المخاطرة والمجازفة يجب تجنبها، ومن ثم فإن الفرد لابد أن يعيش بدرجة أمان مائة بالمائة، وخاصة قبل أن يبدأ في القيام بأي عمل من الأعمال.
  - إذا ما وضعت احتياجاتي واهتماماتي قبل احتياجات الآخرين واهتماماتهم، فإن ذلك أمر سيء وسوف يترتب عليه لا محالة عواقب وخيمة وسيئة.
  - إنني مسؤول عما يحدث للآخرين.
  - ثمة شيء ما خطأ يحدث معي باستمرار، ومن ثم فإنني غير كفء وغير مقبول من الآخرين.
- ولقد تم علاج هذه المخططات المعرفية الخاطئة بالتعرض ومنع الاستجابة وبعض أساليب العلاج المعرفي، كالدحض والتفنيد واختيار بدائل من الأفكار الإيجابية أكثر واقعية، واستمرت معاناة روبرت من الطقوس والأفعال القهرية لساعات يومياً، حتى تبين لنا أنه لم يعد يمارس التعرض التخيلي والواقعي مع أسلوب منع الاستجابة لوقف هذه المخاوف والأفكار الوسواسية ولما قام بواجباته المنزلية ومارس أسلوب التعرض ومنع الاستجابة معاً، وأدرك أهميتها، بدأ يشعر بأنه أكثر ثقة بنفسه وبقدراته في إدارة قلقه وأعراضه المرضية في سياق العمل وفي حياته الاجتماعية.
- وكان من المثير والمدهش لنا أن نلاحظ بعض المخططات المعرفية التي كان يعاني منها روبرت، كانت تتفق وبعض أفكار العلاج النفسي التحليلي Psychoanalytic therapy، التي تتصل بتفسير منشأ اضطراب الوسواس القهري، خاصة الطقوس والأفعال القهرية التي كانت بمثابة بعض المعاني والآليات الدفاعية Defensive mechanisms التي يقاوم بها الدفاعات غير المقبولة، من نوبات الغضب الحاد على والدته. إن علاقته بوالدته، كان لها بالتأكيد دور أساسي في صراعه الجنسي والعاطفي مع الشابات والسيدات، ووفقاً لهذا النمط من العلاج المعرفي السلوكي، فقد تم التخلص إلى حد كبير من المخططات المعرفية والوسواس القهرية باستخدام منحنى علاجي منظم ومفصل ومباشر ومكثف، لأننا نرى أن هذه الخطة العلاجية هي أنسب الخطط العلاجية النفسية لاضطراب الوسواس القهري، ومن ثم فقد استطعنا أن نقلل أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى روبرت من ناحية، وأن ندفعه للثقة بنفسه وأن يحدث تقدماً جوهرياً في أدوار حياته المهنية والاجتماعية والوظيفية.

## الفصل الحادي عشر:

# فحص البسيكاثينيا Psychasthenia

- 11- استجابة الحصر القهري (الوهن أو الإعياء النفسي).
- 12- مدى انتشار الاضطراب.
- 13- الشخصية الحصرية الوسواسية القهرية.
- 14- القهرية والحرص الزائد على الكمال.
- 15- أنواع البسيكاستينيا أو العصاب القهري psychasthenia Compulsion Nervosa
- 16- المظاهر القهرية عند الأطفال.
- 17- أسباب اضطراب الوسواس القهري.
- 18- طرق الوقاية من السلوك القهري.
- 19- هل الوسواس القهري قابل للعلاج.
- 20- علاج اضطراب الوسواس القهرية.
  - 1.10- العلاج النفسي.
  - 1.10-1- العلاج بالتحليل النفسي.
  - 2.10- العلاج السلوكي المعرفي.
  - 3.10- العلاج الكيميائي.
- 16- الحالات.