

# الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

(البيانات - التعريف - محاكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المثال والمسار)



دكتور محمد حسن غانم



مكتبة الأنجلو المصرية



# الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

( الوسائل - التعريف - معايير التشخيص )

- الأسباب - العلاج - المآل والمسار )

دكتور  
محمد حسن خانم

## بطاقة فهرسة

فهرسة أئمَّة التَّشْرِيف اعْدَاد الْبَيْبَانَةِ الْمُصْرِيَّةِ الْعَامَّةِ لِدَارِ الْكِتَابِ وَالْوَثَائِقِ  
الْقَوْمِيَّةِ، إِدَارَةِ الشُّنُونِ الْفَنِيَّةِ.

غانم ، محمد حسن

الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية / محمد حسن غانم .

- ط. ١ -

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٦ ،

٣٨٨ ص ٢٤٠١٧ ، سـم

١- الاضطرابات النفسية

٢- الاعراض النفسية أ- العنوان

رقم الإيداع : ١٣٠٦١

ردمك : ٩٧٧-٥٢٤٤-٩ تصنیف دیوی : ١٥٧,٧

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

الناشر : مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة - جمهورية مصر العربية

ت : (٢٠٢) ٣٩١٤٣٣٧ ف : (٢٠٢) ٣٩٥٧٦٤٣

E-mail : angloobs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

بسم الله الرحمن الرحيم

«لقد خلقنا الإنسان في كبد»

صدق الله العظيم



## محتويات الكتاب

### الصفحة

### الموضوع

١٠ - ٥	- فهرس المحتويات
١٢ - ١١	- مقدمة الكتاب
٢٨ - ١٣	الفصل الأول: مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية
١٧ - ١٦	- حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية.
١٨ - ١٧	- تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
١٩ - ١٨	- التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية.
٢١ - ٢٠	- تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية .
٢٣ - ٢١	الأول : تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD
٢٦ - ٢٣	الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية DSM
١٠٠ - ٢٦	الفصل الثاني: اضطرابات القلق.
٣٣ - ٢٦	١ - وياتيات إنتشار القلق .
٥٤ - ٣٣	٢ - اضطراب القلق العام .
٦٤ - ٥٤	٣ - اضطراب الرهاب .
٦٩ - ٦٥	٤ - اضطراب الهلع .
٨٥ - ٧٠	٥ - اضطراب الوسواس القهري .
١٠٠ - ٨٦	٦ - اضطراب الضغوط التالية على الصدمة
١٢٩ - ١٠١	الفصل الثالث: اضطرابات الوجдан.
١٠٤ - ١٠٣	- وياتيات الإضطرابات الوجданية .
١٠٥ - ١٠٤	- حقائق عن الإضطرابات الوجданية .
١٠٦ - ١٠٥	- تعريف الإضطرابات الوجدانية
١٠٦	- تصنيف الإضطرابات الوجدانية .

- أولاً : الإكتئاب الجسيم وأنواعه ومحكات تشخيصه ١٠٦ - ١١٤  
ثانياً : إضطراب عسر المزاج . ١١٤ - ١١٥  
ثالث : إضطراب الهوس : تعريفه - محكات تشخيصه -  
أنواعه . ١١٥ - ١١٩
- رابعاً : إضطرابات إرذواج القطبية : الأنواع - محكات التشخيص . ١٢١ - ١١٩
- أسباب الإضطرابات الوجدانية . ١٢٤ - ١٢١  
- علاج الإضطرابات الوجدانية . ١٢٦ - ١٢٤  
- مآل الإضطرابات الوجدانية . ١٢٩ - ١٢٦
- الفصل الرابع : إضطراب الفصام . ١٥٦ - ١٣٠
- وسائل إضطراب الفصام . ١٣٥ - ١٣١  
- تعريفه . ١٣٦ - ١٣٥
- تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لإضطراب الفصام ١٣٧ - ١٣٦
- تشخيص إضطراب الفصام . ١٣٩ - ١٣٧  
- أعراض إضطراب الفصام . ١٤٢ - ١٤٠  
- أنواع إضطراب الفصام . ١٤٥ - ١٤٢  
- أسباب إضطراب الفصام . ١٤٨ - ١٤٥  
- علاج إضطراب الفصام . ١٥٢ - ١٤٨  
- مآل إضطراب مرض الفصام . ١٥٦ - ١٥٣
- الفصل الخامس : إضطرابات الشخصية . ١٨٩ - ١٥٧
- وسائل إضطرابات الشخصية . ١٦٠ - ١٥٩  
- تعريف إضطرابات الشخصية . ١٦٠  
- تصنيف إضطرابات الشخصية . ١٨٥ - ١٦١  
- أسباب إضطرابات الشخصية . ١٨٦ - ١٨٥  
- علاج إضطرابات الشخصية . ١٨٩ - ١٨٦
- الفصل السادس : الإضطرابات الجسدية الشكل . ٢١٠ - ١٩٠
- أنواع الإضطرابات جسدية الشكل . ١٩٣

- ١ - إضطراب القبدان : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
١٩٥ - ١٩٣
  - ٢ - الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
١٩٦ - ١٩٥
  - ٣ - اضطراب التحول : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
١٩٨ - ١٩٦
  - ٤ - اضطراب الالم : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
١٩٩ - ١٩٨
  - ٥ - توهם المرضى : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
٢٠٠ - ١٩٩
  - ٦ - إضطراب توهם تشوه الجسد : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
٢٠١ - ٢٠٠
  - ٧ - الإضطرابات المصطنعة : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
٢٠٢ - ٢٠١
  - ٨ - التمارض : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
٢٠٣ - ٢٠٢
  - أسباب الإضطرابات جسدية الشكل .  
٢٠٥ - ٢٠٣
  - علاج الإضطرابات جسدية الشكل .  
٢٠٨ - ٢٠٦
  - مسار ومال الإضطرابات جسدية الشكل .  
٢١٠ - ٢٠٨
- الفصل السابع، إضطرابات التحكم في السلوك الانثواعي وإضطرابات التوافق.
- أ - إضطرابات التحكم في السلوك الإنفعاعي : الوبائيات .  
٢١٥ - ٢١٣
  - أولاً : إضطراب النوبات العدوانية المفاجئة : الوبائيات -  
التعريف - محكات التشخيص .  
٢١٥
  - ثانياً : هوس السرقة : الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص .  
٢١٦ - ٢١٥
  - ثالثاً : هوس إشعال الحرائق : الوبائيات - التعريف -  
محكات التشخيص .  
٢١٦
  - رابعاً : هوس المقامرة المرضية : الوبائيات - التعريف -  
محكات التشخيص .  
٢١٨ - ٢١٧

خامساً : هوس نتف الشعر : الوينيات - التعريف -  
٢١٩ - ٢١٨  
محكات التشخيص .

سادساً : إضطرابات التحكم في السلوك الإنفعالي لم  
٢٢٠ - ٢١٩  
يسقى تخصيصها .

- أسباب إضطرابات التحكم في السلوك الإنفعالي .  
٢٢١ - ٢٢٠

- علاج إضطرابات التحكم في السلوك الإنفعالي .  
٢٢٣ - ٢٢١

- مسار ومال إضطرابات التحكم في السلوك الإنفعالي .  
٢٢٥ - ٢٢٢

ب - إضطرابات التوافق : التعريف - الوينيات -  
٢٣٦ - ٢٢٥  
الأنواع - محكات التشخيص

الفصل الثاني : الإضطرابات الإنفصالية .  
٢٤٨ - ٢٣٧

- تعريف الإضطرابات الإنفصالية .  
٢٤٠ - ٢٣٧  
- أنواع الإضطرابات الإنفصالية .

١ - فقدان الذاكرة الإنفصالية : الوينيات - التعريف  
٢٤١  
والأعراض - محكات التشخيص .

٢ - التجوال الإنفصالي : الوينيات - التعريف  
٢٤٢ - ٢٤١  
والأعراض - محكات التشخيص .

٣ - إضطراب إنفصال الهوية : الوينيات - التعريف  
٢٤٢  
والأعراض - محكات التشخيص .

٤ - إضطراب إختلال الانبه : الوينيات - التعريف  
٢٤٥ - ٢٤٢  
والأعراض - محكات التشخيص .

٥ - إضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه .  
٢٤٦ - ٢٤٥  
- أسباب الإضطرابات الإنفصالية .

٢٤٦  
- علاج الإضطرابات الإنفصالية .  
٢٤٧

الفصل التاسع : إضطرابات الأكل ،  
٢٦٩ - ٢٤٩  
- وينيات إضطراب الأكل .

٢٥٣ - ٢٤٩  
- تعريف إضطراب الأكل .  
٢٥٤ - ٢٥٣

- من أنواع إضطرابات الأكل :

- أ - فقدات الشهية العصبية : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٥٦ - ٢٥٤
- ب - الشره العصبي : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٥٩ - ٢٥٧
- العلاقة بين إضطرابات الأكل والإضطرابات النفسية  
٢٦٣ - ٢٥٩ الأخرى .
- ٢٦٥ - ٢٦٣ - أسباب إضطرابات الأكل .
- ٢٦٨ - ٢٦٥ - علاج إضطرابات الأكل .
- ٢٦٩ - ٢٦٨ - مسار ومال إضطرابات الأكل .
- الفصل العاشر : إضطرابات النوم ،  
٢٩٧ - ٢٧١
- ٢٧٤ - ٢٧١ - وبيانات إضطرابات النوم .
- ٢٧٤ - ٢٧٤ - تعريف إضطرابات النوم .
- تصنيف إضطرابات النوم :  
أولاً : إضطرابات النوم الأولية .
- أ - الأرق : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٧٧ - ٢٧٤
- ب - فرط النوم : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٧٨ - ٢٧٧
- ج - إضطرابات مواعيد النوم واليقطة : التعريف -  
٢٧٨ محكّات التشخيص .
- د - غفوات النوم المفاجئة : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٧٩ - ٢٧٨
- هـ - إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس : التعريف -  
٢٧٩ محكّات التشخيص .
- ثانياً : إضطرابات النوم الثانوية ( أو مخلات النوم ) :
- أ - إضطراب الكوابيس الليلية : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٨٠ - ٢٨١
- ب - إضطراب فزع النوم : التعريف - محكّات التشخيص .  
٢٨١
- ج - المشي أثناء النوم : التعريف - محكّات التشخيص  
٢٨٢

الإضطرابات النفسية

- إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات  
النفسية والعقلية الأخرى .  
٢٩٢ - ٢٨٣
- أسباب إضطرابات النوم .  
٢٩٤ - ٢٩٢
- علاج إضطرابات النوم .  
٢٩٤ - ٢٩٤
- مسار ومال إضطرابات النوم .  
٢٩٧ - ٢٩٥
- الفصل الحادي عشر الإعتماد على المخدرات.**
- الإعتماد على المخدرات وما يرتبط بها من مقايم .  
٣٠٩ - ٣٠١
- المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد المؤثرة نفسيا  
وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع .  
٣١٢ - ٣٠٩
- هل إدمان النيكوتين يدخل ضمن الإدمان أم لا ؟  
٣١٣ - ٣١٢
- المواد المخدرة .  
٣١٩ - ٣١٤
- دنیاميات الشخص المدمن .  
٣٢٤ - ٣١٩
- وجهة نظر المجتمع في الإدمان .  
٣٢٦ - ٣٢٤
- هل الإدمان مرض أو جريمة ؟  
٣٣٠ - ٣٢٦
- علاج الإدمان .  
٣٣٣ - ٣٣٠
- محاور التأهيل النفسي والإجتماعي لمدمني المخدرات  
٣٤٦ - ٣٣٣
- مسار ومال الإدمان .  
٣٤٨ - ٣٤٦
- الفصل الثاني عشر الإضطرابات الجنسية،**
- وسائل الإضطرابات الجنسية .  
٣٨٥ - ٣٤٩
- تعريف الجنس وإضطراباته .  
٣٥٤ - ٣٥١
- شروط السواء الجنسي .  
٣٥٦ - ٣٥٥
- الإضطرابات الجنسية وفق الدليل التشخيصي  
والأحصائي .  
٣٨٠ - ٣٥٦
- أسباب الإضطرابات الجنسية .  
٣٨٢ - ٣٨٠
- علاج الإضطرابات الجنسية .  
٣٨٣ - ٣٨٢
- مسار ومال الإضطرابات الجنسية .  
٣٨٥ - ٣٨٣

## مقدمة الكتاب

بسم الله نبدأ وبه وحده نتوكل عليه ونستعينه ، ونصلي على أشرف الخلق الصادق الأمين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين ،

وبعد

كان من المتوقع بعد أن حقق الإنسان هذه الطفرة الكبيرة في العديد من المجالات المادية أن يشعر بالسعادة ، إلا أن الواقع النفسي يشير إلى زيادة معاناة الإنسان ، وإحتمال وقوع العديد أيضاً من الحروب والصدامات في مناطق كثيرة من العالم ، فضلاً عن الصنفوط العديدة ، والكوارث التي لا حصر لها ولا عدد والتي تلقى بالإنسان إلى خضم مشاكل أخرى وأزمات تترك آثارها السلبية بلاشك على النفس والجسم والعقل .

ولذا ومن أجل استبصار وفهم أفضل جاء كتاب : الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لتحقيق عدة أهداف .

**الأول :** تقديم معلومات علمية ومحضرة عن وسائل كل إضطراب .

**الثاني :** تعريف مختصر وواf لكل اضطراب .

**الثالث :** محكات تشخيص كل إضطراب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .

**الرابع :** التعرف على أسباب الإضطرابات المختلفة .

**الخامس :** التعرض للعلاجات المختلفة سواء أكانت دوائية أم نفسية لكل إضطراب .

**السادس :** مسار وآل كل إضطراب .

ولذا فقد جاء هذا الكتاب في إثنتا عشرة فصلاً ، فقد جاء الفصل الأول بعنوان : مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية كمقدمة لأبد منها قبل الولوج إلى الإضطرابات المختلفة ، وجاء الفصل الثاني : ليتم تناول العديد من إضطرابات القلق مثل : إضطرابات القلق العام ، والرهاب والهلع والوسواس القهري والضغوط التالية

للصدمة وفي الفصل الثالث :تناولنا إضطرابات الوجдан خاصة :الاكتئاب الجسيم ، وإضطراب الهوس ، وإضطرابات ازدواجية القطب ، وفي الفصل الرابع :تناولنا إضطراب الفصام من حيث الو悲哀يات والأنواء ومحكات التشخيص ، والأسباب والعلاج وفي الفصل الخامس :تناولنا إضطرابات الشخصية من حيث الو悲哀يات - والأنواء ومحكات تشخيص كل اضطراب . وفي الفصل السادس :تناولنا الإضطرابات الجسدية الشكل من حيث الأنواء ومحكات التشخيص والأسباب والعلاج والمسار والمآل . وفي الفصل السابع :تناولنا :إضطرابات التحكم في السلوك الإندفعي وإضطرابات التوافق ، وفي الفصل الثامن :تناولنا الإضطرابات الإنفصالية من حيث الو悲哀يات ، الأنواء ، محكات التشخيص ، الأساليب ، العلاج ، المسار والمآل . وفي الفصل التاسع :تناولنا إضطرابات الأكل من حيث الو悲哀يات ، مع التركيز على إضطرابي : فقدان الشهية العصبي ، وزيادة الشهية العصبي ، وفي الفصل العاشر: تم تناول إضطرابات النوم من حيث الو悲哀يات ، ثم إضطرابات النوم الأولى ، وإضطرابات النوم الثانية (أو مخلات النوم) من حيث التعريف - محكات التشخيص ، وفي الفصل الحادى عشر :تناولنا الإعتماد على المخدرات وما يرتبط بها من عديد من القضايا ، وأخيراً، وفي الفصل الثاني عشر :تناولنا الإضطرابات الجنسية من حيث الو悲哀يات ، الأنواء ، محكات التشخيص ، الأساليب ، العلاج ، المسار والمآل.

#### وبعد

ما نقدمه في هذا الكتاب هو نتاج جهد بشري عرضه للقصیر أو نسيان بعض المحاور . لكن الأمل قائم في إمكانية إعادة النظر فيما تم كتابته من فترة إلى أخرى ، ومد بـ التعديل أو الحذف أو التطوير . لأن التطور سنة الحياة ، ولن يتم ذلك إلا من خلال الإعتراف بأمكانية وجود جوانب للقصیر إضافة إلى فتح العقل والقلب لكل رأى . وتقبل كل ملاحظة من قبل كل مثقفي .

وفي الختام نسأل المولى عز وجل أن يحقق الفائدة المرجوه من هذا الكتاب . وأن يجد كل من يسعى إلى المعرفة بإضطرابات الإنسان مبتغاه .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

د. محمد حسن خانم

# **الفصل الأول**

## **مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**

محتويات الفصل :

- حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية .
- تصنیف الإضطرابات النفسية والعقلية .
- . I C D . الأولى : تصنیف منظمة الصحة العالمية .
- . D S M . الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية .



## الفصل الأول

### مدخل إلى الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

#### مقدمة :

إن الإصابة بالمرض من أوائل الأخطار التي واجهت الإنسان منذ بداية الخليفة، فقد اعتبرها الإنسان الأول تهديداً للبقاء ، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أمراض وكان يعاني ألواناً من الأذى وكان يحاول أن يلجمأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ ، ص ١ )

كما أن المرض النفسي يعد من أشد العوامل قسوة وعذفاً في إنتزاع سعادة الإنسان وتدميرها بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضاً، فالأسرة التي يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلي أو النفسي تعانى كلاً من التعباسة والبؤس وضيق الصدر وفضلاً عما يسببه المرض من إعاقة لانتاجية الفرد وابداعه وإسهامه في العمل الوطني . وقد يقال إن الأمراض النفسية والعقلية أمراض عصرية حديثة ، وأنها لا توجد في المجتمعات المتقدمة إلا أن الحقيقة أن الأمراض النفسية والعقلية وجدت منذ وجد الإنسان وتعرف عليها علماء اليونان وفلسفتهم ثم تناولوها علماء العرب بالفحص والتخييص والعلاج .

( عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٥ ص ١ - ٢ )

وإن بدايات الإنسان الأولى على وجه الأرض - قد شهدت العديد من المظاهر التي تسبب القلق مثل المعاناة والجروح والمرض والعبودية والحروب والكوارث العامة المختلفة وهي أمور تجعل الإنسان البشري القديم عرضه للقلق .

( إحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧ )

وهي حقيقة أكدتها العديد من الدراسات الأنثربولوجيا المختلفة ( Kaplan.M & Sadock.M, b 1996 )

حقائق حول أرقام الإصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

- يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين بالإضطرابات النفسية

يتراوح ما بين ٣٠ - ٣٥ % من عدد سكان أي دولة .

- كما يقر مركز الخدمات الصحية في أحدى الجامعات الإنجليزية إن ٤% من الرجال و ٥% من النساء يعانون من أعراض إضطرابات نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية .
  - في دراسة مسحية على خمسة الآف أمريكي وجد أن ٤% منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و ١١% يشعرون بالإكتئاب النفسي والتعاسة ، و ١٩% تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى ، و ٢% صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل علاجي .
  - أما نسبة الذهان فهي تصل إلى أكثر من ١% في المجتمع ، كما أن النساء أكثر عرضه للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بفئة الرجال ، وكبار السن يتزايد لديهم الإضطراب أيضاً بمقارنتهم بالصغرى في جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالاكتئاب .
  - وفي مسح اجتماعي لحالات الفحص المزمن في مناطق (غانانا) الأفريقية وجد أن نسبة الفحصيين تصل إلى ٩% من عدد السكان في مقابل ٨% من عدد السكان في دول أوروبا وأمريكا .
  - وفي دراسة أجريت على ثلاث قرى هندية تتكون من تسعةآلاف نسمة تبين إن ٣٧% من السكان صرحو بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بأخر، وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء .
- في العالم العربي :**
- في دراسة أجراها (عبدالستار إبراهيم) حيث قارن بين ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر تبين إن نسبة المصايبين بالقلق تزداد بين الطلاب المصريين يتلوهم الأمريكيون ثم الإنجليز .
  - وفي دراسة أجراها (محمد أحمد غالى) على ١٨٨٣ فرداً من المقيمين في الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور ، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات وجد شیوع العصابة بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتات أو وافدات كن أكثر عصبية . وأن أكثر المجموعات عصبية هي فتاتات التلاميذ في المرحلة الثانوية وأصحاب المهن .
  - وفي دراسة أجراها (عبدالستار إبراهيم) على (٣٠٠) طالب وطالبة في

المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا ، توصل إلى أن ما يقرب من ٦٥٪ من العينة عبرت عن العجز من تأكيد الذات وإنخفاض الثقة بالنفس في موافق التفاعل الاجتماعي .

- وإن الخجل والانسحاب من التفاعل في الموافق الإجتماعية تنتشر بين ما يقرب من ٤٥٪ من أفراد العينة وهي نسبة عالية دون شك .

( عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨ ، ص ص ٣٣ - ٣٩ ) .

- وفي دراسة حديثة أجراها الباحث وأخر حول مدى إنتشار إضطرابات الشخصية بين فئات تعليمية وإجتماعية ومهنية متعددة في المجتمع المصري توصل إلى حقيقة مزداتها إنتشار العديد من إضطرابات الشخصية ( بفئاتها المختلفة ) لدى قطاعات متعددة ( وغير كلينيكية ) في المجتمع المصري ، وإن كانت نسبة الإضطرابات في الإناث أكثر من الذكور بصفة عامة .

( محمد حسن غانم ، مجدى زينة ٢٠٠٥ )

- كما تقدر بعض الدراسات نسبة الإضطرابات النفسية كالتالي :

- عدد المصابين بالإضطراب الإكتئاب في العالم اليوم تصل نسبتهم إلى ٧٪ .

- أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية إن حالات الإنتحار تقدر بحوالي ٨٠٠ ألف حالة كل عام .

- تصل نسبة الإصابة بالتلخف العقلى من ٢ - ٤٪ من السكان .

- يصيب مرض الصرع - وهو أكثر الأمراض العصبية إنتشارا - نسبة تتراوح ما بين ٥ - ١٪ .

- يقدر عدد المصابين بحالات العنة أو الخرف التي تحدث في مرحلة الشيخوخة بنسبة ٥٪ فرق سن الستين ، ثم تزيد بنسبة لتصل إلى ٢٠٠٪ فوق سن ٨٠ سنة .

( لطفي الشربيني ، ١٩٩٩ ، ص ص ١٢ - ١٣ )

#### تعريف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :

يعرف الإضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ( بصفة عامة ) بأن الإضطراب **Disorder** يعني لغوياً الفساد أو الضعف أو الخلل ، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس الأكلينيكي بصفة خاصة ، وكذلك في علم الطب النفسي ، وهو

يطلق على الإضطرابات التي تصيب أنجوانب المختلفة من الشخصية ، أي أن هذا الإضطراب يعني مجموعة من الأمراض تعكس سوء توازن الفرد .. ولذا فإن هناك العديد من المفاهيم التي تعكس إضطرابات متعددة مثل : إضطراب الإدراك **Personality Disorders** وإضطرابات الشخصية **Imperception** أو الإضطراب الإنفعالي **Emotional Disorders** ، وإضطراب الحس **Sensory Disorders** .. الخ .

( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٩٤ - ٩٨ )

في حين يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الملمح الأساسي لإضطراب السلوك بأنه نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للأخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الشخص ، وإن هذه الأشكال السلوكية تتنظم في فئات هي :

- التصرفات العدوانية التي تسبب تهديداً بحدوث ضرر جسمى لأشخاص آخرين أو الحيوانات .
- التصرفات غير العدوائية التي تسبب تخريباً لمتلكات الآخرين .
- النصب أو السرقة والإنتهاكات الخطيرة للقوانين أو المبادئ .

( APA. , 1994 )

والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية التي سوف نناقشها في هذا الكتاب تشمل إضطرابات نفسية (القلق بتصنيفاته المختلفة) ، الذهان ( بت分区اته المختلفة ) ، والإضطرابات السلوكية خاصة (إضطرابات النوم ، الأكل ، الإدمان ، الجنس ) . وتعرف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية بأنها أي إضطراب ينطبق عليه محكّات تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .

#### **التصنيف والإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية :**

مصطلح التصنيف **Classification** يعني حرفيًا تمييز الشئ أو تعينه وقد يفيد المعانى الآتى :

- أ- التمييز بين التصنيف والتاكsonomi و هي الدراسات النظرية للتصنيف دون اعتبار للمضمون .
- ب- التصنيف بمعنى تكوين مجموعات من تجمع أكبر لكتيانات ، والتمييز أو التعين **Identification** أي عملية تعين كيان معين في نظام تصنيف قائم .

ـ قد يقابل التصنيف مصطلح التشخيص في الإستخدام الطبي أى تحديد مجموعة من الأعراض ودرجات معينة حتى يمكن وضع هذا الفرد في فئة اضطرابية محددة .

ـ وقد يقابل التصنف قائمة الأسماء **Nomenclature** وهي القائمة المعتمدة المصطلحات المستخدمة لتعريف الفئات ووصف الكيانات المميزة ، وهي مستقلة عن أى خصائص تكمن وراء الفئات .

ـ علم يسمى : علم تصنيف الأمراض **Nosology** وهو علم يقوم على نظام معين هادفا إلى وضع الفئات المرضية في تصنيف محدد .

(لويس مليكة ، ١٩٩٧ ، ص ٥٧)

**وظائف التصنيف :** تتحدد في الآتى :

١ - اختزال الأوصاف السلوكية .

٢ - توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات وتسهيل التواصل بين المهتمين بالإضطرابات النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية .

٣ - تسهيل جمع وتلخيص وإستعادة المعلومات الأكلينيكية مما ييسر البحث عن المعلومات المرتبطة بغيرها معينة أو غيرها .

٤ - إن التشخيص أساسى البحث الابيديمولوجي ( الوينيات ) لتحديد الفروق فى تواتر الإضطرابات العقلية عبر الثقافات .

٥ - وصف أوجه التشابه والإختلافات الهامة بين المرضى السيكاتريين بحيث تقد معرفة التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحمل ظهرها لدى المريض .

(لويس مليكة ١٩٩٧ ، ص ٥٨)

**عيوب التصنيف :** يعرض البعض على فكرة التصنيف للأسباب الآتية :

١ - لا يمكن للعنوان أو الأسم أن يضم كل البيانات الملائمة عن المريض مما يزيد من إحتمال أن يصبح الأسم ( أو التصنيف ) غالبا نظريا لا يعكس تعدد وفردية الشخص .

٢ - يهتم التشخيص غالبا بتأكيد جوانب الصنع أكثر من جوانب القوة .

٣ - يخلق استخدام الاسم التصنيفي الوهم الخادع بفهم المريض مما قد يبعد الأكلينيكي عن محاولة تخفيف معاناة المريض .

(لويس مليكة ١٩٩٧ ، ٥٩ - ٦٠)

### تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية :

لمسنا في مجال السرد التبعي لعملية تصنیف الأمراض عبر الحقب والصور المختلفة لكن ما نستطيع ذكره في هذا المجال أن كافة المحاولات الإجتهادية والعشوائية عبر العصور والإجهادات الفردية قد تلخصت الآن في ملمحين أساسيين وهما :

الأول : تصنیف منظمة الصحة العالمية والذي يطلق عليه اختصارا ( I C D ) International Classification Diseases وهذا التصنیف قد تم وضمه عام ١٩٤٦ ، وتمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرا إلى المراجعة العاشرة I C D عام ١٩٩٢ ( ICD : Io , ١٩٩٢ ) ( وبالمناسبة توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الأقليمي لشرق المتوسط ( منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩ ).

وتم تصنیف الفئات المرضية - والتي تدرج - كمثال - ضمن الإضطرابات السلوكية - في الفئات الآتية :

- ١ - إضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي في المخ .
- ٢ - الإضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة .
- ٣ - إضطراب الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطي الكحول .
- ٤ - إضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى متربطة على تعاطي كحول أو عقاقير .
- ٥ - إضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة متربطة على تعاطي كحول أو عقاقير .
- ٦ - إضطراب التوافق مع خلل مختلط في المشاعر والسلوك .
- ٧ - إضطراب التوافق مع خلل أساسي في السلوك .
- ٨ - الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بدنية .
- ٩ - الإضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان آخر .
- ١٠ - عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لأضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر .
- ١١ - زملات سلوكية وإضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محدد .

- ١٢ - إضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين .
- ١٣ - إضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للارتفاع والتوجه والجنسى .
- ١٤ - إضطرابات أخرى في شخصية وسلوك الراشدين .
- ١٥ - إضطرابات شخصية وسلوك الراشدين غير محدد .
- ١٦ - المسلك السلوكي المصاحب للتأخر العقلي .
- ١٧ - إضطرابات النماء .
- ١٨ - إضطرابات سلوكية وإنفعالية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة .
- ١٩ - إضطراب سوء المسلك أو الجناح .
- ٢٠ - الإضطرابات المختلطة في المسلك والإنجعاليات .
- ٢١ - إضطرابات في اللوازم .
- ٢٢ - إضطرابات سلوكية وإنفعالية أخرى غالباً ما تظهر إبان فترة الطفولة أو في مرحلة المراهقة .

( W H o , 1992 )

**الثاني : الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية :**

بما أننا سوف نستخدم هذا الدليل التشخيصي طوال عرضنا في هذا الكتاب للإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية لذا فسوف نطيل الحديث عنه قليلاً .

هذا الدليل متوفّر على اصداره الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Association Psychiatric ١٩٥٢ باسم I D S M ، والذي يستخدم كأساساً للتشخيص في العديد من دول العالم ، وقد صدرت حتى الآن (٤) مراجعات من هذا الدليل ، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام ١٩٦٨ باسم II D S M وفي عام ١٩٨٠ صدرت الطبعة الثالثة باسم III D S M - III R ، وفي عام ١٩٨٧ تم إصدار طبعة من الدليل الثالث مراجعة باسم D S M - III R ، وفي عام ١٩٩٤ صدرت الطبعة الرابعة باسم IV D S M - IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام ٢٠٠٠ \*

( A P A , 2000 )

ويرصد المتابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة وطبعة آخر . فالطبعة الثالثة على سبيل المثال - قد أختلفت عن الطبعة الأولى والثانية في إبراز بعض

\* في موقع الجمعية الأمريكية للطب النفسي على شبكة المعلومات الدولية تم ذكر أن الجمعية بقصد إعداد الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس عام ٢٠١١ .

المalam الجديدة والتي تمثلت في :

- ١ - **استخدام المنهج الوصفي :** حيث يكتفى الدليل بوصف الإضطرابات والتلازمات الأكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الإضطرابات .
- ٢ - **استخدام المحركات التشخيصية :** حيث وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحركات الخاصة لتشخيص كل مرض ، تم جمعها بواسطة الملاحظة الأكلينيكية ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من المحركات التابعة لكل مجموعة مرضية .
- ٣ - **الوصف المنهجي :** حيث أعتمد الدليل في وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وأن كان يعتمد أحياناً على المتغيرات الشخصية والزمنية مثل السن عند بداية المرض ، أو مدة استمرار الأعراض .
- ٤ - **تحديد شدة الإضطراب :** لا يكتفى مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية بل أنهم ذهبو إلى صياغة التعريفات الخاصة بشدة الإضطراب مثل : طفيف - متوسط - شديد ، أو متحسن جزئياً ، أو متحسن تماماً .
- ٥ - **تعدد المحاور :** يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى في أنه لا يكتفى بتحديد التشخيص الإكلينيكي بل شمل بالإضافة إلى الحالة الأكلينيكية تحديداً لاضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والأداء العام وذلك من خلال خمسة محاور هما :

  - المحور الأول :** التشخيص الإكلينيكي فصام أو إكتئاب .. الخ ( مثلاً ) .
  - المحور الثاني :** إضطراب الشخصية أو الإضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل إعتلال الشخصية من النوع البارانويدي أو إضطراب المسلوك .
  - المحور الثالث :** الأمراض العضوية .
  - المحور الرابع :** الضغوط النفسية والإجتماعية .
  - المحور الخامس :** تقويم الأداء العام .

- ٦ - **الاستغناء عن مصطلح عصاب واستخدام مصطلح ذهان في أضيق الحدود.**
- ٧ - **التعامل مع التشخيصات غير الواضحة :** وهذا من أهم مزايا هذا الدليل .

٨ - طريقة في التعامل مع الحالات التي يصعب البت فيها بأمر قاطع وضمنها إلى فئة تشخيصية (لم يتم تحديده بعد) .

وصف الدليل :

**المحور الأول : Axis I** ويشمل هذا المحور التشخيصات الاكلينيكية وكان عددها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع D S M - III R (١٨) فئة تشخيصية .

**المحور الثاني : Axis II** ويشمل هذا المحور إضطرابات الشخصية وإضطرابات الطفولة وال Maraقة .

**المحور الثالث : Axis III** ويشمل إمكانية الاصابة بأمراض عضوية أو اصابات مثل: ارتفاع ضغط الدم (أو إنخفاضه) السكر، الصرع ، كسر في الفخذ.. الخ.

**المحور الرابع : Axis IV** ويشمل الضغوط النفسية الإجتماعية محور (٤)

باللون

ضغط متصلة	متغوط حادة
أكثر من ٦ شهور	أقل من ٦ شهور
خلافات زوجية مزمنة	وفاة زواج

المسمى	الرمز	نماذج	حاد	متصل
لا يوجد	١	-	-	-
طفيف	١	التخرج		عدم الرضا عن العمل
متوسط	٣	زواج - تقاعده		مشاغل مالية
شديد	٤	طلاق		بطالة
بالغ	٥	إغتاب		مرض عصوى ، مرض خطير
كارثي	٦	وفاة طفل ، كارثة طبيعية		الاسر ، الإعتقال
صفر		معلومات غير كافية أو عدم حدوث تغير		

## أنواع الضغوط :

- |                           |                |
|---------------------------|----------------|
| ٦ - مالية                 | ١ - زوجية      |
| ٧ - قضائية                | ٢ - أبويه      |
| ٨ - أمراض أو إصابات عضوية | ٣ - شخصية أخرى |
| ٩ - أخرى                  | ٤ - مهنية      |
| ١٠ - عوامل أسرية          | ٥ - معيشية     |

**المحور الخامس : Axis V** تقييم الأداء العام

سلم تقييم الأداء الوظيفي العام :

يحسب عن أفضل أيام للمريض في السنة السابقة على تاريخ التقويم

\* يشمل (٣) مجالات : العلاقات الاجتماعية ، الإداء المهني ، الأداء النفسي .

\* يتم تحديد الأداء الحالى والأداء السابق

\* يبدأ السلم من ١ وينتهي عند ٩٠ كالتالى :

**٩٠ - ٨١** : **أعراض طفيفة** : أداء جيد في كل المجالات التي تهم الشخص

أنشطة عديدة ويشارك فيها كفرد من الناحية الاجتماعية ، راضى عن حياته بشكل عام ، لا يعاني إلا من مشاغل معتادة مثل مشاغل الحياة اليومية العادلة ( خلاف طارئ وعبر مع بعض أفراد الأسرة ) .

**٧١ - ٨٠** : إن وجدت اعراض يمكن اعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة للضغوط النفسية والإجتماعية مثل : صعوبة في التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة ، مجرد عجز طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الدراسي .

**٦١ - ٧٠** : بعض الأعراض الخفيفة ( إكتئاب وأرق عابر ) أو وجود بعض الصعوبات في الأداء الاجتماعي ، المهني ، أو الدراسي ، الأداء بصفة عامة ، ويحتفظ الشخص ببعض العلاقات التي لها وزنها مع الآخرين :

حالة توصيحية :

محور ( ١ ) : إصراب ضلال - متوسط ( ٣ ) .

محور ( ٢ ) : شخصية ضلالية - ( بارانوريدى ) متوسط .

محور (٣) : إرتفاع في ضغط الدم .

محور (٤) : ضغط نفسي إجتماعي بالغ (٦) وفاة الزوجة .

محور (٥) : عجز جسيم في العمل (٤٠) ، تجنب العلاقات الوثيقة ، يشكك في زملائه في العمل (أو الدراسة) ، يتغيب بكثرة (عن العمل أو الإنظام ، في الدراسة ) نظراً لكثرة تكرار نوبات الصداع .

وكل ما سبق يقود إلى :

١ - إن التشخيص يأخذ العديد من الصور أو المحاكمات .

٢ - إن التشخيص السليم يقود إلى وضع الفرد في فئة تصنيفية ( تطبق إلى حد ما مع حالته الفعلية ) .

٣ - إن مasic من ذكر المحاور الخامسة تفصيلاً يقود إلى إجراءات علاجية جيدة و المناسبة مع الحالة المرضية .

٤ - إن كل ما سبق قد أدى إلى إصدار طبعة من الدليل الثالث المراجعة

(DSM III R , 1987)

- إن الدليل الرابع الذي صدر عام ١٩٩٤ كان يحتاجاً لعمل (١٣) مجموعة عمل كل منها كان مسؤولاً عن قسم في هذا الدليل حيث يبدأ الدليل بالتعليمات الخاصة بكيفية استخدامه ، يليها تصنیف الدليل الرابع الذي يقدم قائمة منظمة بالرموز واللغات الخاصة بكل إضطراب ، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ، ثم بعد ذلك يقدم المحاكمات التي يجب البحث عنها لدى الشخص حتى يمكن الحكم عليه وما إذا كان سيقع في فئة تصنيفية أم لا ، ثم شرح وصفى لكل إضطراب .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ٤٧ - ٤٨ )

وهذا الدليل الرابع الذي صدرت منه عدة طبعات أخرى كان عام ٢٠٠٠ ، والذي

يضع خمس فئات أو محاور (سبقت الإشارة إليهم عند القيام بعملية التشخيص) .

وقد اشتمل الدليل الرابع على (٢٩٧) فئة تشخيصية مقابل (٩٢) فئة تشخيصية في الدليل الثالث المراجع ، وبالرغم من هذا التح祸 وإجراء التعديلات والمراجعات إلا أنه يؤخذ على الدليل التشخيصي والإحصائي العديد من الملاحظات الآتية :

- ١ - إن الإضطرابات المتواجدة معاً في الشخص الواحد **Comorbidity** وهي ظاهرة واسعة الإنتشار إذ أن الحالة النفسية تكاد تكون نادرة وتتمثل الظاهرة مشكلة في التقييم وفي العلاج .
- ٢ - عدم التجانس داخل الفئة الواحدة وظهور اعراض مختلفة تقع بين الحدود التشخيصية والتي تعبر عنها فلة : تشخيص غير محدد نوعيا .
- ٣ - مشاكل تنظيمية مثل وضع إضطرابات في فلة معينة بينما يرى آخرون أنه يجب أن توضع في فلة مختلفة .

(لويس مليكة ، ١٩٩٧ . ص ص ٧٧ - ٧٨ ) .

إلا أن ذلك لا يحول دون استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع وتشخيص العديد من الإضطرابات النفسية والعقالية والسلوكية التي سوف تتعرض لها في هذا الكتاب .

وإن وجود دليل تشخيص ( متفق عليه من أغلبية أطباء النفس وفي أماكن مختلفة من العالم ) أفضل بكثير من عدم وجود هذا الدليل ، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن مسألة التصنيف هي مسألة إنسانية أي يقوم بها الإنسان ، وأن الظواهر ( سواء إنسانية أو غير ذلك ) لا توجد مصنفة في الواقع .

وإذا كانت هنالك إنتقادات توجه للتصنيف فيجب أن تنصب في التفكير في كيفية تحسين هذا التصنيف .

## مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) الطب النفسي المعاصر . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢ - جمعة سيد يوسف ( ٢٠٠٠ ) . الإمنطرايات السلوكية وعلاجها ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٣ - عبد الرحمن العيسوى ( ١٩٩٥ ) العلاج النفسي ، الأسكندرية ، منشأة المعارف .
- ٤ - عبد السatar إبراهيم ( ١٩٩٨ ) ، العلاج النفسي السلوكي للمعرفي الحديث - أساليبه وميادين تطبيقه ، القاهرة ، مطبعة الموسكى ، الطبعة الثانية .
- ٥ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر قنديل ، مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٦ - لويس مليكة ( ١٩٩٧ ) . علم النفس الاكلينيكي - الجزء الأول : تقييم القدرات ، القاهرة . مطبعة فيكتور كرلس .
- ٧ - لطفي الشريبي ( ١٩٩٩ ) الإمنطرايات النفسية : حقائق ومعلومات ، القاهرة . كتاب الشعب الطبي ، دار الشعب .
- ٨ - محمد حسن غانم ، مجدى زينة ( ٢٠٠٥ ) إضطرابات الشخصية لدى فئات غير كلينيكية مصرية ، مركز الدراسات النفسية ، جامعة القاهرة ، الحولية الثانية ، إيريل
- ٩ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٤ ) إتجاهات حديثة في العلاج النفسي ، القاهرة . جامعة حلوان .
  
- 10 - American Psychiatric Association ( 1980 ) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders** . washhington, D C.
- 11 - American Psychiatric Association ( 1987 ) **Diagnostic ( Brd. e . rev. )** washington D C
- 12 - American Psyshiatric Association ( 1994 ) **Diagnostic and Statisti cal Manual of Mental disorders** ,washington . D C.

- 13 - American Psychiatric association (2000) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, (4th ed - T R ) .  
Washington, DC
- 14 - Kaplan, H. A Sadock.h. ( 1996 )Pocket Hand book of clinical Psychiatry . London, williamms & Wilkins. second Edition .
- 15 - World Health organi2ation ( 1992 ) the ICD - 10 **classi Fication of Mental and behaviorl disorders, clinical descriptism and diagnostic guidelines** . Geneva

## الفصل الثاني

### اضطرابات القلق Anxiety Disorders

محتويات الفصل

وبائيات انتشار القلق

١- اضطراب القلق العام

٢- اضطراب الرهاب

٣- اضطراب الهلع.

٤- اضطراب الوسواس القهري.

٥- اضطراب الضغوط التالية على الصدمة



## مقدمة

ما لا شك فيه ولا سباب متعددة تم إطلاق اسم : عصر القلق والإكتئاب على القرن العشرين ( colman, Jl 1978 ) وإنما كان المؤرخون يرصدون قيام حربين عالميتين وما ترتب على ذلك من قطلي وجرحى وضغوط وتوترات وغيرها ، فإن القرن الواحد والعشرين قد أطلق ومازالت الحروب الإقليمية مشتعلة ، ليست فقط بين دولة وأخرى بل داخل الدولة الواحدة ، ولعل أحداث ( ١١ سبتمبر ٢٠٠١ ) وما ترتب من شن حروب من قبل أمريكا على أفغانستان ثم العراق واحتلالهما ، وتداعيات ذلك مع إستمرار العنف اليومي في الحياة اليومية في العديد من المناطق خير معبّر على استمرار القلق والإكتئاب والضغوط وغيرها من صور وتنوعات الإضطرابات .

وأضطرابات القلق Anxiety Disorders فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو المراجع DSM III R, 1987 وكذلك الدليل التشخيصي والأحصائي الرابع DSM IV, 1994 والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين والذي يرصد العديد من الإضطرابات ، ويجري العديد من الدراسات حول الإضطرابات في العديد من دول العالم .

وقد استقر الرأي على إن إضطرابات القلق تتضمن الفئات التشخيصية الآتية :

- ١ - إضطراب الهلع .
- ٢ - الخوف من الأماكن الواسعة Agora Phobia ( دون تاريخ من إضطراب الهلع .
- ٣ - المخاوف الاجتماعية الشاذة . Social Phobia
- ٤ - المخاوف الشاذة المحددة .
- ٥ - إضطراب الوسوس القهري .
- ٦ - إضطراب الضغوط التالية للصدمة ( PTSD ) .
- ٧ - إضطراب الضغوط الحادة .
- ٨ - إضطراب القلق العام .
- ٩ - إضطراب القلق الناتج عن حالة طيبة عامة .

- ١٠- إضطراب القلق غير المحدد في موضع آخر .
  - ١١- إضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة .
- ( APA., 1994 )

وسوف نتناول في الصفحات القادمة بعضنا من إضطرابات القلق مركزين على المحاور الآتية في كل إضطراب :

- وسائل الانتشار ( الوبائيات ) . Epidemiology
- تعريف الإضطراب Disor Der
- محكّات تشخيص الإضطراب Dia gnostic Criteria
- الأسباب Reasion
- العلاج Treat Ment
- المسار والمال Prognoses

## ١- إضطراب القلق العام.

### 1 - General Anxiety Disorder

#### مقدمة

يكفي أن نذكر بداية إلى أن الكثير من الكتابات التي تناولت الإضطرابات النفسية قد بدأت بذكر حقيقة مؤداها : إن الكثير من المؤرخون يرون أن القرن العشرين هو عصر القلق وذلك لأسباب وعوامل شتي (أنظر الفصل الأول من هذا الكتاب ) ولذا فقد حظى القلق بأكبر اهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسي وغيرهما من التخصصات على حد سواء ، حيث يقع أضطراب القلق Anxiety Disorder من وجهة نظر علم النفس المرضى في القلب من الإضطرابات النفسية ، فالقلق محور العصابة Neurosis والمرض الجوهري المشترك في الإضطرابات النفسية بل في أمراض عصبية شتى ، وهو أكثر فئات العصابة شيوعا إذ يكون من ٣٠ - ٤٠ % من الإضطرابات العصبية تبعا للتصنيفات المبكرة ، ويجمع الباحثون على أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية ، وأصبح القلق حجر الزاوية في كل من الطب النفسي - جسمى Psychos Matic والنظرية الطب نفسية Psychiatric والتطبيقية كذلك .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٣ - ١٤) .

مع ضرورة الأخذ في الاعتبار أن القلق لم يعد وليد للعصر بل يمكن تتبع العديد من حالات القلق في الأزمة السابقة حيث المعاناة من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

ولذا فقد تزايدت الأبحاث والدراسات بل وتصحص العديد من المراكز الملحقة في كثير من الجامعات وذلك للتتدريب على التعامل مع القلق .

(دایفید شیهان ، ١٩٨٨)

#### وبائيات إنتشار القلق :

تتعدد الإراء حول وبائيات إنتشار القلق ، وسوف نذكر بعضها منها :

- يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعินه ، وهو يصيب واحد في المائة تقريبا إلى درجة العجز ، وأغلب المصابون به ( ثمانون في المائة من النساء ، والغالبية من هؤلاء في سنوات القدرة على الإنجاب ، وتغير زيادة إنتشار المرض في النساء بالنسبة إلى الرجال أي تعرض النساء لأنواع من الصنفوط أكثر من تلك التي يتعرض لها الرجال .

( ديفيد شيهان ، ١٩٨٨ ، ٢٠ )

- إن إضطراب القلق العام يصيب من ٣ - ٨ % من السكان في أي وقت ، وإن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢ : ١ ، وإن سن بداية الإضطراب تكون عادة في بداية سن الرشد .

( Kaplan,H.& Sadock,B. , 1996 )

- وفيما يتعلق بالدراسات التي تناولت التاريخ الاسمي لهذا الإضطراب فقد وجدت العديد من الدراسات أن نسبة الحدوث في أقارب الدرجة الأولى ٢٥ % . في حين تضاربت النسبة في نتائج أبحاث أخرى إذ وجدت أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ % وأن حوالي ٦٥ % يعانون من بعض سمات القلق وقد أختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة فوصلت إلى ٤ % ، أما سمات القلق ظهرت في ١٣ % من الحالات ، وأن النسبة السابقة يدل أصحابها على الدور الذي تلعبه الوراثة في ذلك .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١١١ )

وفي دراسة لأحمد عكاشه وجد أن حوالي ٢٠ % من جميع المرضى المتزددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي ، وهي أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية .

كما تبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة إن نسبة إنتشار إضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكي تصل إلى ٨ % .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١١١ )

#### تعريف القلق :

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم القلق ، وسوف نكتفي بأيراد بعضنا من هذه التعريفات .

\* ، القلق شعور عام بالخشية ، أو أن هناك مصدبة وشيكية الوقوع أو تهدیدا غير معروف المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو خوف لا مسوغ له من الدافية الموضوعية ،

وغالباً ما يتعلّق هذا الخوف بالمستقبل والجهول ، كما يتضمّن القلق استجابة مفرطة مبالغًا فيها لمواقيف لا تمثّل خطرًا حقيقياً ، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادلة ، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثّل خطرًا ملحاً ومواقيف تصعب مواجهتها .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ص ١٤) .

\* القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوّجس والمصحوب بعلامات جسيمة تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي ، ويختلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أى الخوف) يمثل إستجابة لسبب معروف .

(Kaplan. H.,& Sadock,B., 1996 )

\* شعور عام غامض غير سار بالتوّجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادى يأتى في نوبات تتكرر في نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر ، والضيق في التنفس أو الشعور ببنصبات القلب ، أو الصداع ، أو كثرة الحركة .. الخ ،

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٧)

#### تصنيفات اضطراب القلق العام في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

DSM IV, 2000

##### اضطرابات القلق : Anxiety Disorder

وتشمل تلك الإضطرابات الفئات الإضطرابية الآتية :

أ - المخاوف الشاذة Phobias

ب - القلق العام Generalised Anxiety

ج - اضطراب الهلع Panic Disorder

د - اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

هـ - اضطراب الانعصاب التالى للصدمة Post - Traumatic disorder

ز - اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر

#### Aniety Disorders N.O.S

##### ٢ - الإضطرابات جسدية الشكل : Somatoform Disorder

وتتضمن تلك الإضطرابات ما يلى :

أ - إضطراب التجسدن (أى الجسد ) Somaisation Disorder

ب - إضطراب جسمى الشكل وغير متميز .

### Undifferentiated Somatoform Disorder

ج - إضطراب التحول Coonversion Disorder

د - إضطراب الألم Pain Disorder

هـ - توهم المرض Hypochondriasis

و - إضطراب التوهم بتشوه الجسم Bodily Dysmorphic Disorder

ز - إضطراب جسمى الشكل غير مصنف فى مكان آخر

### Somatoform Disorder N.O.S.

### ٣ - الإضطرابات الانشقاقية Dissociative Disorders

وتتضمن هذه الفئة الإضطرابات التالية :

أ - النساوة الانشقاقية Dissociative Amnesia

ب - الشروق الانشقاقية Dissociative Fugue

ج - إضطراب الهوية الانشقاقية Dissociative Identity Disorder

د - إضطراب إختلال الآنية Depersonalization Disorder

هـ - الإضطراب الانشقاقى غير مصنف فى مكان آخر

### Dissociative Disorder N. O. S.

### ٤ - إضطرابات المزاج Mood Disorders

وتتضمن هذه الفئة الإضطرابات الآتية :

أ - نوبة الإكتئاب العظيم Major Depressive Episode

وتشمل بدورها اضطرابين هما :

١ - عسر المزاج Dysthymic

٢ - الإضطراب الإكتئابى غير المصنف فى مكان آخر

### Depressive Disorder N.O. S.

ب - الإضطراب ثنائى القطب Bipolar Disorder

وتحتمل بدورها فئتين هما :

- ١ - المزاج الدورى أو المتناوب Cyclothmic  
٢ - الإضطراب ثنائي القطب غير المصنف في مكان آخر  
**Bipolar Disorder N.O.S.**  
( APA. , 2000 )

معايير تشخيص إضطراب القلق العام في الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي الرابع :

قبل أن نتعرض لمعايير التشخيص الخاص بإضطراب القلق العام يجب أن نشير في عجلة إلى مجموعة من الحقائق ( في هذا المجال ) أوردها تيموثى أ . براون وأخرون Timohy A. Prown. et al وهى :

- أ - ربما لا نجد فئة من فئات الإضطراب النفسي قد طرأت عليها من التغيير والتعديل في الأثنين عشرة سنة الأخيرة مثلاً طرأ على إضطراب القلق العام .  
\* فعد نشر الطبيعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للإضطرابات النفسية DSM III عام ١٩٨٠ تغير اسم فئة القلق الفرعية من عصاب القلق Anxiety Neurosis إلى حالات القلق Anxiety States وقد احتوت هذه الفئة التشخيصية الفرعية على تشخيصين محددين هما : إضطراب الهلع Panic و إضطراب القلق العام مع ضرورة وجود ثلاثة أعراض على الأقل .  
\* ومع ذلك فقد ورد بالدليل التشخيصي الثالث إننا لا يمكن أن نقر بوجود إضطراب القلق العام كتشخيص معتمد حيث كان من الممكن إغفال إضطراب القلق العام بمعنى إذا اشتكى المريض من القلق العام والمخاوف الاجتماعية يتم تشخيصيه على أنه يعاني من المخاوف الاجتماعية .  
\* ونتيجة للعديد من الملاحظات العيادية والدراسات فقد حدث تعديل في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع ( DSM III R, 1987 ) حيث إعيدت صياغة زمرة التوقع الإدراكي ضمن محاكاة تشخيص القلق العام . مع مراجعة في الإعراض المصاحبة ليتم ضرورة وجود ستة أعراض على الأقل من بين ثمانية عشر عرضاً يشكلون فيما بينهم ثلاثة زملاً وهي :

- ١ - القوfer الحركي .
- ٢ - النشاط الذاتي المفرط .
- ٣ - التنبية والفحص الدقيق أو الإحاطة .

إضافة إلى وضع محك المعاناة من الإنزعاج الشديد لفترة زمنية لا تقل عن ٦ أشهر أو أكثر .

ب - في الطبعة الرابعة DSM IV ، ١٩٩٤ ، نمت مراجعة محكات إضطرابات القلق العام مراجعة دقيقة وفي الطبعات التي تلت ذلك ( آخرها عام ٢٠٠٠ ) فقد تم إجراء العديد من التعديلات في الأعراض ( المناسبة لإمكانية التشخيص ( من ١٨ إلى ٦ أعراض فقط ) وغيرها من التعديلات .

( تيموثى براون وأخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص : ٣٣٦ - ٣٤٠ ) .

#### **المحكات التشخيصية لإضطراب القلق العام :**

وفقا للدليل الأمريكي التشيسي والإحصائي الرابع لتصنيف إضطرابات النفسية يصنف القلق العام ك الآتى :

أ - قلق وإنزعاج شديد ( توقع إدراكي ) يدور حول عدد من الأحداث أو الشهادات يستمر حدوثه أيامًا عديدة لا تقل عن ستة شهور .

ب - يجد الشخص صعوبة بالغة في السيطرة على انزعاجه وتوتره .

ج - يربط القلق والإنزعاج - على الأقل - بثلاثة من الأعراض الستة الآتية :

١ - ملل أو شعور بالصدق وإن الشخص يشعر كما لو أنه على حافة الهاوية .

٢ - سهولة الشعور بالتعب والإرهاق ومن أقل مجده بذاته .

٣ - صعوبة التركيز وإدراك العقل وكأنه قد أصبح ( خالي الوفاض ) .

٤ - سرعة وسهولة الإستشاره .

٥ - الشعور بشد عضلي وتوتر .

٦ - المعاناة من صورة أو أكثر من إضطراب النوم .

د - لا يتركز القلق أو المعاناة حول إحدى خصائص إضطرابات المحور الأول الأخرى مثل : القلق من التعرض لنوبة هلع ( إضطراب الهلع ) أو الشعور بالحرج في المواقف الاجتماعية ( التوبيا الاجتماعية ) أو الإنساخ ( إضطراب الوسواس القهري ) أو الإبعاد من المنزل والأقارب ( إضطراب قلق الإنفصال ) أو نقص الوزن ( فقدان الشهية العصبية ) أو المعاناة من شكاوى جسمية متعددة ( إضطراب التبدين ) أو المعاناة من مرض خطير ( توهם المرض ) ، أو أن يقتصر ظهور القلق وإشغال البال

أثناء إضطراب الكرب الناجم عن الصدمة .

هـ- إن يودي القلق وإنشغال البال أو الاعراض الجسمية المصاحبة إلى معاناه إكلينيكية ملحوظة أو أن يتحلا بالوظائف الإجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهمة .

د - إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتعاطف مادة ( دواء أو مادة مخدرة ) أو مرض جسمى ( مثل فرط النشاط للغدة الدرقية ) ولا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجذانى أو إضطراب ذهانى ، أو إضطراب تشهو النمو والارتقاء .  
( APA, IV, 2000 )

والقلق يدرج في التصنيف الدولي العاشر للإضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10 كالتالي :

اضطرابات القلق هي الاختلالات العصبية والاضطرابات المتعلقة بالضغط ، والاضطرابات الجسمية المظهر ، وقد وضعت هذه الاختلالات معا في هذه المجموعة بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العصاب .

وهذه المجموعة من الاختلالات تقسم إلى الفئات السبع الآتية :

### ١ - إضطراب القلق الرهابي Phoblc anxiety disorders

وتشمل أساسا :

أ - رهاب الخلاء .

ب - الرهاب الاجتماعي .

ج - الرهاب النوعي ( المنعزل ) .

### ٢ - إضطرابات القلق الأخرى other anxiety disorders

وتشمل أساسا الفئات الإضطرابية الآتية :

أ - إضطرابات الهلع والقلق النوبى الفجائى الشدة Episodic paroxysmal

ب - إضطراب القلق المعم .

ج - إضطراب القلق والاكتاب المختلط .

د - إضطرابات القلق المختلفة الأخرى .

هـ - اضطرابات القلق التوعية الأخرى .

### ٣ - اضطراب اليسوام، القىدي

#### **Obsessive compulsive**

ويشمل الافكار والاعمال القهريّة المسيطرة والطقوس الوسواسية  
obsessional rituals

٤ - رد الفعل للضغط الشديدة، واصططرارات التوافق

## **Reaction to severe stress and adjustment disorders**

وتشمل أساساً الفئات الآتية :

بـ اضطراب الصنفـ طـ التـ الـ عـلـ الصـ دـ مـ

ج - اضطرابات التوافق ( رد الفعل الاكتئابي التصوير ، رد الفعل الاكتئابي الممتد ، رد فعل القلق والاكتئاب المختلط ، ومع اضطرابات انفعالية اخرى مسيطراً ، ومع اضطراب سلوك مسيطر، ومع اضطراب افعالات وسلوك مختلط ، ومع اعراض مسيطرة اخرى محددة النوعية ، وردود فعل اخرى للضغط الشديدة ) .

٥ - الاضطرابات التفككية (والتحولية) . Dissociative (conversion)

وتشمل الفئات الآتية :

**Dissociative Amnesia** - فقدان الذاكرة التفكيكية (أو النساوة)

### Dissimilative Fugue

→ = اضطرابات النفسية (أو الغشاء) والتدبر

Trance and possession disorders

#### **D - الاضطرابات الحركية التفككية**

٥- الذهن، التفكك، Dissociative

Dissociative convulsions التشتتات التفككية

الحد التفكك، فقدان الحس.

Dissociative anesthesia and sensory loss

#### د - الانحرافات التفككية المختلفة

## Dissociative mixed disorders

ط - الاضطرابات التفككية الأخرى، ك مثل

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| Ganser's syndrome             | ١ - اضطراب الشخصية المتعدد<br>٢ - وغيرها من الاضطرابات .   |
| Somatoform Disorder           | ٦ - <b>الاضطرابات الجسمية المظهر :</b><br>وتحتمل الفئات الآتية:  |
| Somatization disorders        | أ - اضطراب الاستغراق الجسدي  |
| Undifferentiated disorder     | ب - <b>الاضطراب الجسمى المظهر غير المميز</b>   |
| Hypochondriacal disorder      | ج - اضطراب توهם المرض  |
| Somatic autonomic dysfunction | د - اختلال مظهر الجسم الوظيفي  |
| Other neurotic disorders      | ٧ - <b>الاضطرابات العصبية الأخرى :</b><br>وتحتمل الفئات الاضطرابية الآتية :<br>أ - عصاب الوهن النفسي أو الاجهاد<br>ب - زملة اختلال الانية واختلال إدراك الواقع<br>Depersonalization, derealization syndrome<br>ج - اضطرابات عصبية نوعية أخرى :<br>( W H O , 1992 pp. 132 - 175 )<br>وعلى الرغم من التقارب بين الفئات التشخيصية للقلق في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع ( D S M IV 2000 ) والتصنيف الدولي العاشر ( I C D , 10 ) لمنظمة الصحة العالمية إلا أن الدليل التشخيصي والإحصائي يظل الأكثر وضواحاً ، وبالتالي استخداماً في التشخيص في العديد من دول العالم . |

### القلق وما يرتبط به من مفاهيم :

١ - حالة القلق : Trait Anxiety وسمة القلق State Anxiety يذكر سبيليرجر أن كثيراً من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينبع عن عدم التمييز في استخدام هذا المصطلح للإشارة إلى أثنين من المفاهيم البنائية المرتبطة معاً برغم أنها مختلفة ، إذ غالباً ما يستخدم مصطلح القلق معنيين :

الأول : لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والذعر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللارادي أو المستقل . وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منهاها معيناً أو موقفاً على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له .

ثانياً : يستخدم مصطلح القلق ليشير إلى فروق فردية ثابتة نسبياً في الإستهداف Pronencess للقلق بوصفه سمة في الشخصية ، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذه الحالة ، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثل قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٩ - ٢٠ )

### ٢ - القلق والخوف :

عادة ما يكون الخوف والقلق وحدة مترابطة ، لكن هناك بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عاكاشة في الجدول الآتي :

الخوف	القلق	محاور المقارنة
معروف	مجهول	السبب والموضوع
خارجي	داخلي	التهديد
محدد	غامض	التعريف
غير موجود	موجود	الصراع
حاد	مرئي	المدة

(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٨ )

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في زيادة ضغط الدم ، ضربات القلب ، توثر العضلات ، مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة ، أما الخوف الشديد فيصاحبة تغيرات فسيولوجية تتمثل في إنخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء .

(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٠٧)

#### - القلق والوسواس القهري :

ثبتت العديد من الابحاث الدراسات وجود علاقة ما بين القلق وإضطراب الوسواس القهري تلخص في :

- أ - إن القلق هو الاسباب في إضطراب الوسواس القهري والدليل أنه في العلاج بالغموض من الإستجابة يحدث انتفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي .
- ب - هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والفعل القهري ، وإن مريض الوسواس يفوز لديه ( عامل القلق ) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك .
- ج - إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري .

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضي هو المكون الإساسي في إضطراب الوسواس القهري ( بكافة صوره وأشكاله ) .

(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص ٢٠٢ - ٢٠٦)

#### ٤ - القلق السوى والقلق المرضي :

في الغالب يكون القلق السوى خارجي المنشأ وهو الذى يخبره الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر ، أى عندما يستطع الفرد أن يميز بوضوح شيئا يهدد منه وسلامته . ( دافيد شيهان ، ١٩٨٨ ، ١٧ - ١٨ ) في حين يكون القلق المرضي داخلي المنشأ أو لذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي مع توافق أعراض نفسية وجسمية شئ دائمة إلى حد كبير ، فهو قلق مرضي Morbid يسمى أحيانا بالقلق الهائم الطلاق Free Floating Anxiety والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الإيساسية والمشكلة المركزية في كل الإضطرابات العصبية .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٦١ - ١٥)

## ٥ - قلق الموت : Death Anxiety

قلق الموت إستجابة إنفعالية مكدرة ، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص ١١٩)

## ٦ - قلق الإحتضار : Dying Anxiety

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه ( العملية غير المنتهية ) وما يتنازع الشخص فيها من أمل في لا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء .. وقد يغزى هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح من الجسد وما يستلزمها خروجها من حشرجة وكرب ومشقة وهلع .

(أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٥ ، ص من ١٢٦ - ١٢٧)

### الأعراض الأكليدية للقلق النفسي :

نستطيع حصر الأعراض الأكليدية للقلق النفسي في نوعين من القلق لكل منها أعراضه الخاصة :

#### ١ - القلق الحاد : وأعراضه النفسية تتلخص في :

أ - حالة الغرف الحاد : Panic State حيث يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة أو عدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط .

ب - حالة الرعب الحادة : Terror State وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكن المستمر مع تقلص العضلات والإرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير.

#### ج- إعياء القلق الحاد : Anietg Exhaustion Syndrome

مع استمرار القلق يصاب الفرد بـ ياجهاد جسم ، ويصاب بالأرق الشديد لعدة أيام ، وينعكس هذا الإعياء على وجه وسلوك وانفعالات ولغة الشخص المنهك .

٢ - القلق المزمن : وهو مرحلة تالية من الإصابة تلتقي من خلال استمرار القلق لمدة طويلة دون علاج وله العديد من الأعراض والعلامات .

أ - الأعراض الجسمانية : حيث تتأثر جميع أجهزة الجسم الحشوية ولذا من المتوقع أن يشكو الشخص من عديد من الأعراض الخارجية : بالجهاز القلبي الدورى ، الجهاز الهضمى ، الجهاز التنفسى ، الجهاز العصبى ، الجهاز البولى والتناസى ، الجهاز

الغضنى ، الجلد ، جهاز الغدد الصماء .

في حين تكون الأعراض النفسية : الخوف ، التوتر أو التهيج العصبي ، ضعف القدرة على التركيز ، فقدان الشهية للطعام ، تناول الخمر أو العقاقير المنومة أو المهدئة ، الأمراض السيكوسوماتية .

(أحمد عاكاشة ١٩٩٨، ١١٢، ١١٩ - ١١٩)

### أسباب القلق :

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل والأسباب الآتية :

أولاً : العوامل البيولوجية : وقد تم حصرها في العوامل الآتية :

١ - زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولاسيما الشق السيمباولى .

٢ - زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines في الدم .

٣ - إرتفاع نسبة نواتج أيض النور أدينيلين .

٤ - إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام) وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب .

٥ - إنخفاض تركيز حامض (جاما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي .

٦ - إزدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق ، وإزدياد النشاط الدومامين المرتبط بالقلق .

٧ - ظهور بؤرة نشطه في الفص الصدغي .

٨ - إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (حركة العصبونات النور أدينيليه ) ( Kaplan. H. & Sadock, B , 1996 )

ثانياً : النظريات النفسية والقلق :

تتعدد النظريات والإتجاهات التي قدمت لتفصير كيفية نشوء القلق وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق ، وسوف نقتصر على إبراز بعض النظريات التي قدمت لأسباب القلق .

١ - فرويد والقلق : نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد ( مؤسس مدرسة التحليل النفسي في القلق في :

- \* يرى فرويد أن هناك ثلاثة أنواع للقلق هي : القلق الواقعي ، والقلق الأخلاقي ، والقلق العصبي .
- \* وإن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل آليات الدفاع ضد مخاطر القلق .
- \* وإن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق ، وكذلك الصراع الأول بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف .
- \* كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الأخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الاوديبية (القضيبية ) ، كما ربط بين القلق وبين الخوف من الآنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع .
- \* كما فرق فرويد بين العصبي أو المرضي والقلق الموضوعي فالآخر ينبع من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية في حين أن الثاني (أى القلق الموضوعي) يكون ناتجاً أو كامناً في العالم الخارجي وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي فإنه يستشعر نوعاً من القلق .  
( Davison & Neale, 1994, PP. 25 - 36 )

#### ب - يونج وجهة نظره في القلق :

\* أختلف يونج Jung مع فرويد فيما يتعلق بمفهوم اللبيدو والجنس أساساً . وأفترض أن هناك مستودعاً كبيراً للطاقة عامة غير متمايزة تتفق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته ، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تنزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادره عن اللاشعور الجمعي .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ٧٢ ، ٧٣ - ٧٤ )

#### هـ- أوتو رانك وجهة نظره في أسباب القلق :

يرى أوتو رانك Otto Rank إن صدمة الميلاد ( عملية الولادة في حد ذاتها ) مصدرًا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن . ويرى ( أوتو رانك ) أن الإرادة هـ أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها . وأن العصبي شخص معتمد وغير ناضج انتفعالياً ولم تتطور أمكаниاته من الصنبط ومن تأكيد الذات .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٠ )

أما أصحاب مدرسة السلوكية ( أمثال بافلوف ، ميلر ، باندورا .. الخ ) فأنهم يلخصون أسباب القلق في :

- أ - ينتج القلق من الاحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد .
- ب - بمجرد المرور بخبره ( ساره أو مؤلمة ) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط ( عن طريق التعلم ) بموافق أخرى أقل شده واحباطاً واحداً للضغط النفسي .
- ج - يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما ( على سبيل المثال نظرية العلم الاجتماعي لباندورا ) .
- د - يرتبط القلق بالمؤثرات ( المؤثيرات ) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلى ظهور الفobia لذا لا عجب أن نجد ( القلق ) هو المركز والمنطلق الأساسي خلف كافة أنواع الإضطرابات العصبية .  
( Kaplan. H. & Sadock,B. , 1996 )
- كما أكد البعض على أهمية ضرورةأخذ الضغوط البيئية في الإعتبار وهناك نوعين من الضغوط وهما :
  - أ - الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تحدث إختلالاً للفرد في بيئته الخارجية ( طلاق ، موت ، رسوب ، مرض خطير .. الخ ) .
  - ب - الضغط غير المباشر : والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين وعدم الجسم ( عين في الجلة وعين في النار ) ، ( يتمعن وهن الرغبات ) ، ( نفسي فيه وأقول إخيه ) .. الخ .
- بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطراباته بل أن اشتدادها واستمرارها ، وتشابكها ، ونقص المقاومة وغياب التشجيع والمساندة من البيئة .. كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى ( فاعلية ) الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق .

( دافيد شيهان ، ١٩٨٨ )

**علاج القلق :** تتعدد المداخل التي تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن

تلخيصها في النقاط الآتية :

**أ - العلاج الدوائي :**

١ - الديازيبام ( الفالبيوم ) .

- ٢ - التوفارانيل ( مضاد اكتئاب ) .
  - ٣ - الالبرازولام ( زاناكس ) .
  - ٤ - البارنات ( احد مثبطات خميرة أمين الاوكسيداز الاحادية ) .
  - ٥ - بيوسبار .
  - ٦ - الایندرال ( منظم ضربات القلب ) .
  - ٧ - الكلورازايم .
  - ٨ - الكلوميرأمين .
  - ٩ - الفلوكزتين ( البروزاك ) .
- ( Kaplan, H. & Sadock, B., 1996 )

**ب - العلاج النفسي :** وتنعد صور العلاج النفسي وفقاً للمدرسة التي ينتمي إليها المعالج ، بل من الممكن أن نجد اختلافات داخل المدرسة الواحدة ، وسوف نشير في عجلة إلى بعض الإسهامات في مجال العلاج :

**أ - المدرسة التحليلية النفسية :**

حيث يرى فرويد إن السلوك الشاذ تعبير عن صراعات نفسية داخلية ، وهو يعتقد أن كل شخص ( يكتب ) أو يدفع من الشعور والخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلاً عن الرغبات والصراعات وعندما تكتب هذه المواد تصبح لأشورية ، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصي والإجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعي بالسبب الحقيقي لأفعالهم وأقوالهم ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج في جعل ما هو لأشوري شعورياً ويقع على عائق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدفوع والصراعات المكبوتة التي يفترض إنها تحدد سلوك المريض و يجعله المعالج على وعي بها عن طريق استخدام العديد من التقنيات العلاجية .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٤٨ - ٤٩ )

**٢ - العلاج السلوكي :** حيث نجد العديد من الأساليب العلاجية مثل :

**أ - العلاج بالإسترخاء ( سوء ) الاسترخاء العصبي أو النفسي )**

( عبد السنوار إبراهيم ، ١٩٩٨ )

وسوف نطيل الحديث قليلاً عن الاسترخاء relaxation إذ إن تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة تمكن المعالج والشخص العادي من إستثمارها في اعراض عديدة منها :

- ١ - إمكانية استخدام الاسترخاء مع أسلوب التطمئن التدريجي في المواقف المثيرة للقلق .
  - ٢ - يستخدم الاسترخاء بوصفه أسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط في حالات القلق الفعلى .
  - ٣ - يستخدم الاسترخاء مع العلاج بطريقة السيكودrama وخاصة حين يطلب المعالج من المريض تمثيل دور شخص ما عادة ما يكون مصدر القلق لديه عالياً أو مرتفعاً .
  - ٤ - يستخدم الاسترخاء المساعدة مع تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة ، ومن ثم علاج القلق والمخاوف وتوهم المرض .
  - ٥ - يمكن أن يستخدم الاسترخاء في علاج كثير من الاشكال المرضية كعلاج الصنع الجنسي .
  - ٦ - يستخدم الاسترخاء في التخفيف من بعض الأمراض العضوية ، أو تخفيف حدة الآلام مثل . الرؤماتيزم والألم المزمن ، الصداع النصفي ، الألم الظهر ، الألم الرقبة ، إرتفاع ضغط الدم ، الإرهاق بعد النشاط العقلي المستمر ، الكتاب ، القلق ، اضطرابات النوم مع كبار السن ، الأطفال ذوي المشاكل المتعددة .
- ( Karen & syrjala. 1999 ) عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨

#### **أنواع الاسترخاء :**

تتعدد أنواع الإسترخاء العضلي مع ملاحظة أن هناك تداخلاً بينها ، وإن المعالج يستخدم نوعاً معيناً من الإسترخاء يتناسب مع حالة الفرد .

ولعل أهم أنواع الإسترخاء :

- ١ - الإسترخاء العميق .
- ٢ - الإسترخاء الموجز .
- ٣ - الإسترخاء المتدرج .
- ٤ - الإسترخاء العصبي العضلي التأثيرى .
- ٥ - الاسترخاء المتباین .
- ٦ - الإسترخاء السريع .
- ٧ - الإسترخاء المصغر .

( أمثال هادي ، أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٢٧٧ - ٢٧٨ )

### تعليمات تمرن الاسترخاء العصلي العميق

ولقد يستخدم كاتب هذه السطور تمارين الاسترخاء مع فئات إدمانية تميزت بالقلق الشديد وكانت النتيجة جيدة فيما يتعلق بإستخدام الاسترخاء .

إذا كان الشخص يجلس على كرسي ، متحرك ، دعه يحرك ظهره للوراء حتى يتخذ وضعًا مريحاً ، وأطلب منه أن يريح ذراعيه ويديه علي المسندين وأن يمد ساقيه للأمام . أشرح له بالحركة التمارين العصبية المطلوبة ودعه يخلع النظارة أو العدسات اللاصقة .

#### إرخاء اليدين والذراعين :

إجلس مستريحاً في الكرسي .... أغمض عيالك حتى تتمكن من التركيز .. حزم أصابع يديك اليمنى على شكل قبضة ... شد عضلات اليد أكثر وأكثر ... ركز على الشد الذي تحس به في عضلات اليد ... إستمر في أصابعك ولاحظ الشد العصبي في يدك وساعدك ... والآن استرخي ... زرخي عضلات أصابع يدك اليمنى ولاحظ الفرق في الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائهما ... مرة أخرى حزم أصابع يدك المبنى بشدة إستمر في الشد ... والآن أرخي أصابع يدك وإفرد الأصابع ... لا حظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهي مسترخية ... (نفذ التعليمات لليد اليسرى مرتين) ... إستمر في إرخاء يديك .

والآن أترك يديك مسترختين تماماً ، وتنقل إلى عضلة الذراع اليمنى ... أثني كوعك الأيمن ... شد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن ... شد العضلات بقوة أكبر ركز على الإحساس بالشد ... والآن إفرد ذراعك الأيمن وارخيه تماماً ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء وأترك ذراعك المسترخي في وضعه التاريخ على مسند الكرسي تكرر مرة أخرى (نفذ التعليمات بالنسبة للذراع الأيسر) والآن لاحظ زيادة شعورك بإستخاء اليد الميمنى ... أصابع اليد اليمنى ... الساعد الأيمن والذراع الأيمن ... وكذلك لاحظ زيادة شعورك بإستخاء اليد اليسرى ... أصابع اليد اليسرى ... الساعد الأيسر والذراع الأيسر ... ذراعك ويدك مسترختان تماماً ... أو الآن سترنك الذراعين واليدين مسترختين في وضع مريح على المسندين وتنقل إلى منطقة الرأس .

#### إرخاء الجبهة والعينين والوجه والرقبة والكتفين :

ستبدأ بالجبهة ... حتى تشد عضلات الجبهة ، قطب جبينك ... قطبة بصورة

أشد ... أجعله مشدوداً وكأنك ت Krish وجهك .. والآن أرخي عضلات الجبين .. وتخيل أن جبينك أصبح ناعماً مع زيادة إسترخائه (نفذ التعليمات مرة أخرى) ... والآن منتقل للعينين ... أغمس عينيك بقوة أكثر وأكثر .. لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخي عضلات العينين واستمر في أغماضهما .. لاحظ إحساس إسترخاء عضلات إسترخاء عضلات العينين ... والتوتر يختفي ويحل محله إحساس بإسترخاء أكبر وعينك كغمضتان ومستريحتان (مرة أخرى) ... جسنا ... منتقل الآن إلى باقي الوجه ... ركز على على أسلانك ولاحظ توتر عضلات الفكين ... والآن إرخي عضلات الفكين والوجه تماماً ... والآن ركز على عضلات الرقبة ... أضنفط برأسك إلى الخلف على ظهر الكرسي بشدة ... لاحظ التوتر ... إرخي الرقبة ودع رأسك يعود إلى وضعه السابق المريح ... منتقل الآن إلى الكتفين ... أرفع كتفيك إلى أعلى مع شد عضلاتهما ... استمر في الشد ... إرخي الكتفين ... دع الإسترخاء يزيد في الرقبة والكتفين ... أرفع كتفيك مرة أخرى ... لاحظ توتر عضلات الكتفين وأعلى الظهر ... إرخي الكتفين واسترخي تماماً ... دع الإسترخاء ينساب في كتفيك وظهرك ... إرخي عضلات الرقبة والكتفين ... والجبهة والعينين وكل الوجه ... منتقل الآن إلى الصدر والبطن .

#### إرخاء المصدر والمطلب :

تنفس ببطء وهدوء ... شهيق ... زفير ... لاحظ كيف زاد إسترخاء جسمك ... لاحظ إحساس الإسترخاء أثناء تنفسك المريح ... والآن أكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاخب ... أطرد الهواء من صدرك تاركاً عضلات الصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... يستمر في التنفس المريح والملائم ... يستمر في الإسترخاء ... لاحظ إسترخاءك وإستمتع به ... والآن تنفس بعمق وأكتم النفس مرة أخرى ... حسناً أترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر في إسترخاء عضلات الصدر ... ودع الإسترخاء ينشر إلى كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... أترك نفسك تسترخى وإستمتع بالإسترخاء ... والآن منتقل إلى عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... إرخي عضلات البطن ... الآن ... دع العضلات تسترخى ولاحظ الفرق بين الشد والإسترخاء (مرة أخرى) .

#### إرخاء الساقين والقدمين :

شد عضلات ساقيك وقدميك ... إثنى قدميك إلى أسفل بعيداً عن جسمك حتى

تشد عضلي مؤخرة الساق ( لفترة وجيزة حتىلا يصاب العميل بالشد العضلي ) ...  
والأن إرخي العضلات ... دع الإسترخاء يكون بنفسه ( مرة أخرى ) حسنا ... إرخي  
عضلات الساقين والقدمين ... والآن تستطيع مضايقة الإسترخاء بمجرد التنفسمرة  
واحدة بعمق وأطرد الهواء من الصدر ببطء ... نفس عميق ... إملاً صدرك بالهواء ثم  
أطرب الهواء ببطء ... استخدام هذه الطريقة لتصل إلى مستوى الإسترخاء الذي تريده  
... ستحتخدم التنفس في المستقبل كإشارة سريعة لأحداث الإسترخاء ... مرة نفس  
عميق دع الإسترخاء ينتشر في جسمك ... فترخي يديك وذراعيك وجهك ...  
وعضلات الرقبة والكتفين ... والبطن ... والساقيين والقدمين .

#### التعليمات الخاصة بتخفيض المشهد التسكيني :

##### إنتهاء الإسترخاء :

سأقوم بعد لحظة بالعد بالعكس من ٣ إلى ٠٠١ عندما أصل إلى ١ ستشعر  
بالانتباه والراحة بدون أي إحساس بالوجع أو الألم ... حسنا ٣ أكثر انتباه ٢٠٠٠  
بدون آلم أو وجع ١ منتعش ويقط ( وقفه نتيج للعميل فرصة استعادة تركيزه ) إذا لم  
يتتبه بعض العملاء في الجلسة الجمعية ، يضيق المعالج لفتح الجميع عيونهم ) والآن  
أجلس لو سمحت .

#### الإسترخاء بدون الشد العضلي

اجلس مستريحا في كرسيك ... أغمض عينيك حتى ترکز جيدا ... والأن ركز  
على إرخاء العضلات المختلفة ، ولنبدأ بإرخاء أصابع اليد اليمنى ... إرخيها بصورة  
أكبر دع الإسترخاء يمتد ليشمل اليد اليمنى كلها ثم للساعد الأيمن ... والأن أعلى  
الذراع الأيمن .

والأن إرخي أصابع يدك اليسرى ... اليد كلها ... إجعل الإسترخاء يشمل  
الساعد الأيسر والأن الذراع الأيسر ... إسترخاء يشمل اليدين ... الذراعين .

خذ نفس عميق وأطرد الهواء من صدرك ببطء ، يستخدم هذه الطريقة لزيادة  
الإسترخاء ... ثم تنفس بطريقة طبيعية .

والأن ويدك وذراعاك مستريحان ، ستركز على إرخاء جبينك ... دع التوتر  
والتكلقات تخفي في به ... دع الإسترخاء ينتشر إلى عينيك ... وجهك كله بما في ذلك  
الشفتين والفكين ... تحس ب والاسترخاء أكبر وإختفاء التوتر من كل الرأس والوجه .

دع الإسترخاء ينزل إلى الرقبة والكتفين ... إحساس ب والاسترخاء المرح يحل

محل التوتر في هذه الأجزاء ... دع الإسترخاء ينزل إلى صدرك .. بكفك ... الساقين والقدمين ... إسترخاء أكثر ... خذ نفس عميق مرة أخرى للتخلص من بقايا التوتر .. أطرب الهواء ببطء لتحس بالتوتر يغادر جسمك ... تنفس بصورة طبيعية ... راحة وإسترخاء في كل جسدك ... خذ نفس عميق ٣ مرات وأطرب الهواء ببطء حتى يزداد الإسترخاء بصورة أكبر ... أنت الآن مسترخي ... ويستمر الشعور بالإسترخاء .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ص ص ١٦٨ - ١٧٣ )

ب - العلاج عن طريق الكف المتبادل ( جوزيف وولبي ) . والذي يرى أن القلق هو الأساس والمحور في الإضطرابات العصابية ، وقبل أن نشرع في علاج القلق لا بد من تحديد أمرين :

الأول : شكل إستجابات القلق والإستجابات الثانوية المترتبة عليه .

الثاني : معرفة المتغيرات المثيرة لهذه الإستجابات والظروف التي تحدث فيها وأنه من خلال طريقة التقليل المنظمة للحساسية أو التسكين المنظم Systematic Desensitisation أو تكوين مدرج القلق Anxiety Hierarchy تستبدل استجابة

القلق باستجابة الإسترخاء ، ومع مواصلة العلاج يتنهى القلق .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ٥١ - ٥٥ )

وغيرها من العلاجات النفسيّة التي ذكرها تقىلاً ( تيموثي براون وأخرون ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٣٢٣ - ٤٦٨ ) وأحمد عكاشه الذي ذكر العلاجات الآتية :

- العلاج البيئي والإجتماعي .

- العلاج الكهربائي .

- العلاج الجراحي .

- الاعادة الحيوية .

( أحمد عكاشه ١٩٩٨ ، ١٢٢ ، ١٢٤ - )

### المسار والسؤال :

يتعدد ما آل إضطراب القلق العام من خلال المحكّات الآتية :

١ - تعرض الفرد لنوبة واحدة أو عدة نوبات .

٢ - مدى إستجابة الفرد للعلاج من عدمه .

٣ - وجود تاريخ عائلي من عدمه مع إختفاء ( أو عدم إختفاء ) الأعراض

العصبية في العائلة .

- ٤ - شخصية منكاملة ثابتة سوية قبل المرض ألم لا .
- ٥ - تعرض الفرد لإضطرابات نفسية سابقة على اضطرابه الحالي من عدمه .
- ٦ - حدة بداية المرض بمعنى هل ظهر المرض حاد أو عاتياً أم ظهر تدريجياً .
- ٧ - ذكاء الفرد .

والعوامل السابقة نستطيع أن نستنتج منها العوامل التي تؤدي إلى مآل حسن أو مآل سيئ .

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢١)

لكن بعض الدراسات ترصد مآل اضطراب القلق العام في :

- ١ - مسار مزمن وإنحسار الأعراض مع تقدم سن المريض .
- ٢ - قد يصاب المريض بالاكتئاب الثانوي بمرور الوقت وخاصة إذا تم ترك الفرد بلا علاج .

(Kaplan, H. & Sadock, B., 1996)

## ٢ - إضطراب الرهاب

١ - مدى انتشار إضطراب الرهاب :

تعدد نسب إنتشار الرهاب تبعاً للعديد من الدراسات

\* إذ قدر في بعض الدراسات بنسبة ١٥ - ٤ %

\* نسبة الإصابة ١ : ١٠ إذا لم يكن مصحوباً بالاجورا فوبيا

\* بينما تكون نسبة الإصابة ٢ : ٢ إذا كانت تصاحبه

\* وإن الإثاث أكثر إصابة بهذا الإضطراب مقارنة بالذكور

\* وإن سن بداية الإضطراب تكون في الغالب أواخر العشرينات

\* وإن الدراسات التي تناولت التاريخ الأسري للإصابة بهذا الإضطراب قد أوضحت إن ٢٠ % من أقارب الدرجة الأولى لمرضى الأجرورافوفيا يعانون من المرض نفسه

(Kaplan, H. & Sadock, B. 1996)

\* في حين وجدت دراسات أخرى إن الإضطرابات النفسية التي يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعاً فيها تصل نسبته إلى ١٧ % من الأشخاص في أمريكا حيث

المعاناة على الأقل من شكل واحد من أشكال إضطرابات الحصر .  
(Kesslen, et al , 1994 )

\* في حين قدر أحمد عاكاشة أن إضطراب الرهاب بين مجموع الشعب المصري بنسبة ٢٥ - ٥٠ % مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة ، وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ - ٥٠ % من المرضى المتزددين على أطباء القلب والذين لا يجد بهم أنله كافيه على مرض في الشريانين التاجية يعانون من إضطراب الرهاب .  
(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٩٩٨)

\* وعادة ما يبدأ الإضطراب في أوائل العشرينات من العمر ويدأ الفرد من الشكوى في أواخر العشرينات حتى تتحقق بصورة جلية الأعراض كما اوضحت دراسة ( Kaplan. H. & Sadock, B., 1996 )

\* وتوجد علاقة بين إضطراب الرهاب وإضطرابات نفسية أخرى أهمها الإكتئاب ، وسوء إستعمال المواد مثل الكحول والمهدئات ، ومحاولات الإنتحار ( حوالي ٢٠ % ) ، كذلك يصاحب إضطراب الهلع في حوالي ١٥ - ٢٠ % من حالات تدنى الصمام الميترالي .  
(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ . ١٢٦ - ١٢٧ )

#### تعريف المخاوف أو الفوبيا :

أ - في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي :

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ( ١٩٩٣ ) نجد تفرقه ما بين مصطلحي خوف Fear وفوبيا Phobia .

\* حيث يشير المصطلح الأول إلى اعتبار إن الخوف ليس مرضًا ( خاصة إذا كانت أسبابه خارجية ) بل يعد ذلك إرهاصا بأمكانية تمهدًا لأندلاع المرض .

( حسين عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٢٤ )

\* بينما يشير المصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضى من موضوع أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسيويائهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة والذى يهدى من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة ، فإذا دخل غرفة أو منزلًا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب ، وظل قلقا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا .

( حسين عبد القادر ١٩٩٣ ، ص من ٦٠٤ - ٦٠٥ )

ب - في الطب النفسي : حيث نستطيع تعريف استجابة الخوف ك الآتى :

- ١ - إنها إستجابة غير متناسبة مع الموقف .
- ٢ - لا يمكن تفسيرها منطقياً .
- ٣ - لا يستطيع الفرد التحكم فيها أرادياً .
- ٤ - تؤدي إلى الهروب وتجنب المواقف المختلفة .

(أحمد عكاشه ١٩٩٨ ، ص ١٣٠)

#### تصنيف استجابات إضطرابات الرهاب :

إضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لإضطرابات القلق أو الصورة الأساسية هي المخاوف المرضية ، والذي يقود بدوره إلى التجنب .  
ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ثمانية إضطرابات تتميز بالحصر وإستجابات التجنب هي :

١ - إضطرابات الفزع ( مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه )

Panic Disorder ( With or without Agoraphobia

٢ - رهاب الأماكن الفسيحة دون تحديد تاريخ سابق من إضطرابات الفزع

Agoraphobia Without History of Panic Disorder

٣ - فوبيا محددة Specifc Phobia

٤ - فوبيا إجتماعية Social Phobia

٥ - إضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

٦ - إضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder

٧ - اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder

٨ - اضطراب الحصر المعم أو العام Generalized Anxiety Disorder  
( DSM, IV, 2000 )

#### تعريف نوبات الرهاب :

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع نوبات الرهاب أو الفزع وفقاً

للمعايير الآتية :

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذي يظهر بدوره في أربعة

أو أكثر من الأعراض الآتية :

١ - ارتفاع دقات القلب وزيادة سرعته .

- ٢ - العرق .
- ٣ - الإرتجاف .
- ٤ - مشاعر ضيق التنفس أو الخمول .
- ٥ - الشعور بالإختناق .
- ٦ - الآم الصدر ، أو عدم الإرتياح .
- ٧ - الغثيان أو عدم إستقرار المعدة .
- ٨ - الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء .
- ٩ - فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات .
- ١٠ - الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب ( بالجنون ) .
- ١١ - الخوف من الموت .
- ١٢ - تشوش الحس ( والشعور بأحساس من التتميل والوخز ) .
- ١٣ - تعبات من السخونة والبرودة ( مرة يقول جسمى طالع منه صهد ، ومرة آخر يقول حاسس إن جسمى طالع منه ثلج ) .
- إن الأعراض السابقة ( بعضها أو كلها ) تظهر بشكل مفاجئ .
- إن هذه الأعراض تصل إلى قمتها خلال عشر دقائق .
- إن يشعر الشخص بتعبات فزع متعاقبة غير متوقعة .
- واحده - علي الأقل - من تلك التعبات ( السابقة ) ينبغي أن تليها فترة شهر على الأقل يعيش الشخص خلالها في قلق خوفاً من أن تعاوده التعبة مرة أخرى .

( APA, 2000 )

#### أنواع المخاوف المرمنية :

##### ١ - رهاب الأماكن الواسعة Agor Aphobia

تعرف :

وهو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول في المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، ويكون إضطراب الهلع سمه متكررة الحدوث في التعبات الحالية والماضية ، ولذا فهو أشد

إضطرابات الرهاب اعاقه ، حيث أن بعض الأشخاص يظلون جبيسي المنزل تماماً .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٣٠ - ١٣١ )

**معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي**

**الرابع :**

أ - القلق من أن يكون الشخص في أماكن أو مواقف يكون الهروب منها صعباً أو أن تكون المساعدة غير متاحة في حالة حدوث نوبة ذعر يتم التعرض لها على نحو غير متوقع ومخاوف الأماكن الواسعة تتضمن مواقف متميزة مثل امكانية السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة ... الخ .

ب - إن المواقف التي يتتجنبها الشخص تؤدي إلى توتر ملحوظ ، أو تكون مثيرة للقلق من حدوث نوبة ذعر أو أعراض تشبه نوبة الذعر أو تتطلب الوجود مع الرفقاء للمساعدة .

ج - إن القلق أو تجنب الرهاب لا يعد من الإضطرابات العقلية الأخرى مثل الرهاب الاجتماعي ، والرهاب البسيط أو المحدد ، أو إضطراب وسوس قهري أو اضطراب ما بعد الصدمة ، أو إضطراب قلق الإنفصال ( APA, 2000 )

#### **ب - الرهاب الاجتماعي : Social Phobia**

هو الخوف من الواقع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية ، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مفتتعاً إن واحده من هذه المظاهر الثانية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٢ ) .

**معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:**

أ - الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الإداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً ومرتباً أمام الآخرين ، مع ملاحظة أنه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين .

ب - التعرض لأى موقف [جتماعي] يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد

وثابت تقريراً ، والذى يتبدى فى شكل أو أكثر من أشكال نوبات الزعر مع ملاحظة أن الأطفال قد يغرسون عن رهابهم بالفضب أو تجنب المواقف التى تثير لهم وفهم هذه المشاعر المؤلمة .

ج- فى الغالب يدرك الشخص أنه خوف غير مناسب مع المواقف التى تحدثه .

د - يتم تجنب المواقف الإجتماعية التى يخاف منها الفرد والتى تكون دائماً مليئة بالقلق أو الاسي على النفس .

ه- يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الاسي مع المواقف الإجتماعية أو الاداء المهني للفرد وعلاقاته الإجتماعية .

و - إذا كان الفرد أقل من (١٨) سنة فيجب أن تتبع ظهور عرض أو أكثر من اعراض الرهاب لمدة (٦) أشهر على الأقل .

ز - لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً ( مثل : سوء استخدام العقاقير ، أو التعرض للعلاج النفسي عن طريق تناول أدوية نفسية ) أو نتيجة حالة طبية عامة ، أو المعاناة من أى إضطرابات عقلية أخرى .

ح - إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو إضطراب عقلى آخر فإن الخوف فى المعيار (أ) لا يكون مرتبطاً بها ، ويتحدد عموماً ما إذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الإجتماعية مع الأخذ فى الإعتبار تشخيص إضطرابات الشخصية التتجنبية ( حيث تتشابه فى الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الإجتماعية ) .

( APA, 2000 )

ج- الرهاب المحدد : Spoci Fi Phobia

تعريفه :

، وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الإقتراب من حيواناً ، الأماكن المرتفعة ، الرعد ، الظلام ، النبول أو التبرز في مراحيض عامة .. الخ . وبالرغم من أن الموقف المثير محدد إلا أن التعرض له يتغير رعايا كما هو الحال في حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الإجتماعي .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٣٤)

**معايير تشخيص إضطراب الرهاب البسيط وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي**

**الرابع :**

- أ - خوف واضح وبصورة متزايدة بسبب توقع موضع أو موقف محدد .
- ب - التعرض لمثيرات الرهاب التي تستثير استجابة القلق ، والتي قد تأخذ شكل نوبة هلع ولكن بصورة موقفية ( أي مرتبطة بال موقف ) مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن فلسفتهم بالنواح أ بالدخول في نوبة غضب ، أو الاحتماء بالآخرين ( الكبار ) .
- ج- إدراك الفرد أن خوفه غير معقول أو متناسب مع الموقف إلا أنه يدرك أيضاً أن هذا ( أي الخوف ) لا يستطيع السيطرة عليه .
- د - تجنب الموقف أو المواقف المثيرة للرهاب أو الاستمرار في التعرض لهذه المواقف .
- ه- تتعارض مواقف التجنب أو توقع القلق من خلال ترفة إن يتعامل مع الآخرين ، أو يتعرض لمواقف وموضوعات أخرى .
- و - ملاحظة إن الأشخاص أقل من ( ١٨ ) سنة يجب أن يستمر عرض أو أكثر من عرض من اعراض المخاوف ولمدة ( ٦ ) شهور متصلة .
- ز - لا يرجع الرهاب المرتبط بموضع أو موقف معين إلى إضطراب عقلي آخر مثل إضطراب الوسواس القهري ، أو نتيجة لإنعصاب الثاني على الصدمة ، أو نتيجة قلق الانفصال .

( APA, 2000 )

**د - الغوبيا النوعية :**

**التعريف :** مخاوف غير مبررة من شيء أو موقف محدد مثل الأماكن المرتفعة وال الحاجة إلى تجنبها ( كمثال ) ( Kaplan, H. & Sadock , B, 1996 )

**معايير تشخيص إضطرابات الغوبيا النوعية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي**

**الرابع :**

- أ - الخوف الشديد والمتوارد والمبالغ فيه وغير المعقول نتيجة وجود شيء أو موقف محدد أو توقع التعرض له مثل : الطيران ، الإماكن المرتفعة ، الحيوانات ، الحقن ، رؤية الدم .. الخ .
- ب - ظهور أعراض القلق عند التعرض للمثير المؤدى إلى الغوبيا في جميع

الأحوال حيث تتخذ تلك الإعراض شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو مترتبة عليه .  
ملحوظة : يتخذ القلق في حالة الطفل صورة البكاء أو تجمد الجسم أو محاولة الالتصاق بالأب والأم .

- ج- يدرك المريض أن مخاوفه مفرطة وغير معقولة  
ملحوظة : قد لا يظهر هذا المعيار في الطفل .  
د - تجنب الموقف الرهابي أو تحمله بشدة وقلق شديدين .  
ه - يؤدى التجنب والترقب القلق للموقف أو المثير والمعاناة التي يسببها إلى إخلال ملحوظ بأنشطة الشخص الروتينية العادية سواء كانت وظائف مهنية أو مدرسية أو أنشطة أو علاقات إجتماعية ، أو إلى معاناه شديد نتيجة الاصابة بالفوبيا .  
و - يشترط في الاشخاص الذين تقل اعمارهم عن (١٨) سنة أن تكون حدة الاعراض (٦) شهور على الأقل .

ز - الانتباه على القلق وتوبات الهلع والتتجنب الرهابي المرتبط بشئ أو موقف معين معايير اضطراب نفسى آخر مثل الوسوس القهري ( الخوف من الفقاره فى مريض يشكى من وسوس النظافة ) ، أو اضطراب الكرب الناجع عن صدمه ( تجنب المواقف والمثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة ) أو قلق الانفصال ( تجنب المدرسة ) أو الفوبيا الإجتماعية ( تجنب المواقف الإجتماعية خشية التعرض للخرج ) أو اضطراب الهلع المصحوب الاجرافيبيا ، أو الاجوار فوبيا غير المصحوبة باضطراب الهلع .

- ح - حدد نوع الفوبيا :  
- فوبيا الحيوانات .  
- فوبيا مثيرات البيئة الطبيعية : كالخوف من الأماكن المرتفعة ، أو العاصف ، أو الرعد ، أو المياه .  
- فوبيا الدم والحقن والإصابات .

- فوبيا المواقف ( الطائرة ، المصاعد ، الأماكن المغلقة )  
- أنواع أخرى التتجنب الرهابي للمواقف التي قد تؤى إلى الإختناق أو القى أو الدوى ، وفي الأطفال تجنب الأصوات المرتفعة ، والأشخاص الذين يرتدون ملابس تنكرية .

**تفصير أسباب الرهاب :**

تتعدد التفسيرات التي قدمت لأسباب إضطراب الرهاب ومن هذه التفسيرات :  
**أولاً : التفسيرات الفسيولوجية :**

حيث أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أي أسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

\* أجريت دراسات عديدة على الذوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر في نقل إضطرابات الحصر وخاصة الإضطرابات التي تتضمن نوبات القزح وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التتجنب ( Kendler . et . al , 1992 ) .

\* دراسات إجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثير العوامل الجينية في احداث إضطرابات الحصر العام ، لا أن النتائج هنا قد تضاربت وتباعدت .

\* دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالإضطرابات النفسية في أسر محددة ، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والإكتاب قد تكون مرتبطة ، أو أن أسر معينة ( يشع ) فيها الإصابة بالإضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضي لإقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الإكتاب وإضطرابات الهلع والقلق أو إدمان الكحول إلى حد ملحوظ بالمقارنة بأقارب الأسواء وأقارب مرضى الإكتاب بدون حصر . ( Weissman , 1985 )

**ثانياً : التفسيرات النفسية :****أ - إطار التحليل النفسي :**

وينهض على أساس أن الفرد يعاني صراعاً عصبياً بين نوازعه وغراائزه من ناحية ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية ، و بما أن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضنه وبخاف فإنه يسقط هذا الخوف الداخلي على موضوع خارجي من خلال ميكانيزم الازاحة أو النقل . ولعل أشهر الحالات التي تعالجها فرويد هي حالة الطفل هانز الصغير ، وكيف أنه كان يخاف من الحصان ( مما أدى إلى تجنبه الخروج إلى الشارع ) ، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب . ولاشك أن ذلك - كما يقول أبيليرج - قد حقق الغوايد الآتية :

١ - بيازحة رغباته إلى الحصان فقد نجح هانز الصغير في أن يتخلص من الشعور بالخوف من التواجد في المنزل .

- ٢ - إن الخوف من الحصان إنما يرجع إلى كراهية من الأب منشؤها طرد الأب لهازز من الفراش .
- ٣ - العجز عن تدمير الأب والذوم مع أمه ، والعجز عن التخلّى عن هذه الرغبات وكان على هائز أن يكتبهما .
- ٤ - نتاجية لهذا الكبت فإن الحفارات الممدوحة بقيت نشيطة في اللاشعور حيث حيث تظل تحت السيطرة بواسطة الخوف وبالاسقاط حيث تغيرت من: إنني أكره أبي إلى: أبي يكرهني
- ب - أن كل ماسبق قد نجح في أن يجعل الطفل الصغير هائز يتعايش مع الأب.

( من خلال رأفت عسکر ، ١٩٩٠ ، ٣٢ - ٣٥ )

**ب - الإطار السلوكي وتفسير المخاوف :**

ويعتمد أنصار هذا الاتجاه في تفسير الإضطراب الرهابي على ميكانيزم التشريح فالرهاب قد مر في الماضي وغالباً ما يكون في مرحلة الطفولة قد يتعرض الفرد لخوف شديد ، ثم نسي هذا الموقف ، ولكن ظل الارتباط قائماً بين هذا الموقف وبخيبة الخوف المؤلمة ، ولذلك فإن المخاوف وخاصة حين نقرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة . ولعل تجربة ( واطسون ) الشهيرة وكيفية إكتسابه للطفل الصغير ( البورت ) المخاوف من القطط ثم تعليم لهذه المخاوف وخشيته من أي حيوان ذات فراء خير نموذج على ذلك .

( عبد الستار إبراهيم وأخرون ، ١٩٩٣ )

**علاج المخاوف :** يوجد العديد من العلاجات الطبية والنفسية والإجتماعية للمخاوف ، فأما عن العلاجات الطبية فإنه يوصف للمريض الأدوية المهدئة والمضادة للقلق ( والسابق الحديث عنها في إضطراب القلق العام ثم العلاجات النفسية بتوجهاتها المختلفة (تحليلية - سلوكية ، معرفية ، وجودية ... الخ ) . إلا أن العلاجات النفسية السلوكية تعد الإبرز الان على الساحة العلاجية للمخاوف . ذلك لأن العلاج السلوكي للمخاوف يذهب على مجموعة من الاسس هي :

- ١ - لا يبذل المعالج السلوكي مجهوداً كبيراً . عكس زميله في التحليل النفسي في البحث عن تفسيرات لا شورية للسلوك ، بل ينظر إلى الإضطراب على أساس أنه (تعليم شاذ) أمكن إكتسابه بفعل أخطاء في عملية التعليم .
- ٢ - إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئاً ملحوظاً

إذ أن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء التي مر بها الشخص فجعلته يخاف أو يقلق .

٣ - إن المعالج السلوكي لا يرى مالايراه المعالج التحليلي من أنه خطوة أساسية في ضرورة إزالة ما وراء الاعراض من أمراض أو صرعات داخلية مفترضة ولذا يرى أن علاج العرض = علاج المرض .

٤ - يتشكك المعالجون السلوكيون في مقولات أصحاب نظرية التحليل النفسي من امكانية أن تتحول الأعراض المرضية إلى أعراض مرضية أخرى إذا لم تعالج ما وراءها من أمراض . فالخوف حين يستبدل بخوف آخر قول غير مقبول من وجهة النظر السلوكية .

٥ - إن العلاج السلوكي يستظل بعبارة التعلم ، والتجريب .  
وفي هذا الإطار أستطيع العلاج السلوكي أن يحقق سبقاً في علاج العديد من المخاوف ولدى العديد من الأفراد وفي مختلف الأعمار

( عبد الستار إبراهيم وأخرون ، ١٩٩٣ ) ، ( محمد حسن غانم ، ٢٠٠١ ) ،  
( لويس مليكة ، ١٩٩٠ ) ، ( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ )

### ٤- اضطراب الهلع

#### Panic Disor Der

اضطراب الهلع أحد اضطرابات القلق ، وغالباً ما يصاحبه خوف من الأماكن المرتفعة (أو لا يصاحبه)

#### ويائيات اضطراب الهلع :

\* أوضحت العديد من البحوث أن حوالي من ١٠ - ١٢ % من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو أثنتي عشر شهراً السابقة) .

\* أوضحت دراسات أخرى إن من بين ٥ - ٢ % من الجمهور العام قد أطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة .

\* يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الأضطرابات مثل : إضطرابات القلق ( بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة ) واضطرابات المزاج ( بتصنفياتها المتعددة ) .

\* كما أن الهلع قد يرافق اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة أولاً يرافقها ولكن منها محكماتها الخاصة بها .

( Mayers. et. al , 1984 )

\* وما سبق قد أكدته دراسة أحمد عكاشه وإن اختلاف نسبة الو يأتيات المذكورة إذ وصلت حوالي ١٥ - ٢٠ % ، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى ٥٠ % من المرضى المتردد़ين على أطباء القلب ( أو تخصصات أخرى ) .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٢٦ - ١٢٧ )

تعريف اضطراب الهلع : وهي عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومعرفية حسبما يعرف وفق محكات نوبة الهلع في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية وإن نوبات الهلع متقطعة ويرجع السبب في ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجي في نشاط القلق ، كم أن النوبات المتقطعة أحياناً ما تظهر على غير المتوقع ، ويظل مفهوم عدم التوقع أحياناً غير محدد المعنى في محكات

الشخص يشير إلى ظهور الهلع في أوقات وأماكن غير متوقعة كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب والالتحاج به ، مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد العديد من العلامات والأعراض سواء أكانت جسمية أم نفسية .

( مايكيل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ٤ - ٥ )

#### محاكم تشخيص نوبات الهلع وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

**نوبة الهلع :** فترة غير متعلقة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربع من الأعراض المفاجئة الآتية وخلال نوبة فزع واحد على الأقل ، وتصل إلى قوتها في خلال عشر دقائق ، والأعراض هي :

- ١ - زيادة في ضربات معدل دقات القلب .
- ٢ - تعرق ( أو زيادة في إفراز العرق ) .
- ٣ - إرتعاد أو إرتعاش .
- ٤ - احساس بضيق في التنفس أو إنقطاعه .
- ٥ - شعور بالصدمة .
- ٦ -الم في الصدر أو عدم راحة .
- ٧ - قى أو الآم في البطن .
- ٨ - الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء .
- ٩ - عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع .
- ١٠ - الخوف من فقدان التحكم في التنفس مما قد يؤدي إلى إمكانية الإصابة بالجنون .
- ١١ - الخوف من الموت .
- ١٢ - الإحساس بالخذر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم .
- ١٣ - الاحساس بالقشعريرة ( أو إندفاع الدم الحار ) .

( APA. , 2000 )

#### تصنيف إضطرابات الهلع :

يفسر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لإضطرابات الهلع أو إضطراب الهلع المصحوب بخوف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المراجعة ( DSM III-R 1987 ) في :

أولاً : استبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع .

ثانياً : أصبحت الاعراض المعرفية التي تمثل النوبة أو نتائجها جزء من التعريف أو أحياناً ما يكون لدى بعض الأشخاص خوف من أماكن مفتوحة تقليدية ، دون أن يخبروا خبره هلع فعليه ( مايك كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ص ٩ ) . ولذا فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يحدد نوعين من أضطرابات الهلع ( مصحوب أو غير مصحوب ) بالاجوارفيبيا .

أولاً : **معايير الدليل التشخيصي الرابع الخاص باضطرابات الهلع غير المصحوب بالاجوارفيبيا** .

أ - توافر العرضين ( ١ ) ، ( ٢ ) .

١ - نوبات هلع متكررة وغير متوقعة .

٢ - إن يظهر عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية بعد انقضاء شهر واحد أو أكثر من ظهور نوبة هلع واحد على الأقل .

ب - تخوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى .

ج - إنشغال مستمر بشأن ما قد تعيده النوبة أو بعواقبها مثل : فقدان السيطرة على النفس ، الإصابة بنوبة قلبية ، أو الإصابة بالجنون .

د - تغير ملحوظ في السلوك نتيجة النوبات .

هـ - عدم وجود أعراض وعلامات الاجوارفيبيا .

و - الا تكون نوبات الهلع ناتجة عن الإثارة الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ( دواء أو مادة مخدرة ) أو مرض جسمى ( مثل فرط نشاط الغدة الدرقية ) .

ر - الا تتطبق على أعراض نوبات الهلع معايير خاصة باضطراب نفسى آخر ، مثل الفوبيا الاجتماعية ( أي لا تحدث نتيجة لمواقف اجتماعية يخشاها الفرد أو الفوبيا النوعية ( أي موقف محدد يسبب الفوبيا ) أو الوسواس القهري ( مثل التعرض للقادورات لدى شخص يعاني من وسواس التلوث ) أو إضطراب الكرب الناتج عن صدمه ( مثل التعرض لمثيرات ترتبط بعامل صادم ومضاغط شديد ) أو صنطربان قلق الانفصال أو نتيجة أبعاد الشخص عن منزله أو أقاربه المقربين .

**ثانياً : معايير تشخيص إضطراب الهلع المصحوب بالاجوارافيبا وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- أ - لابد من توافر المعيار بين (١) و (٢) على حد سواء
    - ١ - نوبات هلع متكررة تظهر بصورة غير متوقعة .
    - ٢ - إن يقمع عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية نوبة واحدة من النوبات السابقة على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر .
    - ب - خوف مستمر من التعرض للمزيد من نوبات الهلع .
    - جـ- إنشغال البال بما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها ( مثل فقدان السيطرة على النفس أو الإصابة بأزمة قلبية أو الإصابة بالجنون ) .
    - د - تغير السلوك بصورة ملحوظة بعد النوبة .
    - هـ - وجود أعراض الاجوارافيبا .
    - و - إلا تكون نوبات الهلع كنتيجة مباشرة لتعاطي مادة ( دواء أو مادة مخدرة ) أو مرض جسمى ( مثل فرط نشاط الغدة الدرقية ) .
- ( APA. , 2000 )

#### **أسباب إضطراب الهلع :**

تتعدد الإسباب ما بين من يؤيد دور الوراثة والجينات الوراثية في اكتساب (التهيؤ) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب مستقبلاً مبكراً على وجود حالات إضطراب ( مختلفة ) في أسر المرضى وبين أقاربهم من الدرجة الأولى .  
في حين تذهب بعض الإتجاهات الأخرى إلى ضرورةأخذ العوامل النفسية والإجتماعية والضغوط التي يتعرض لها وما إذا كانت في استطاعته مواجهتها أم لا .  
( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ١٩٩٨ )

#### **علاج إضطرابات الهلع :**

تتعدد العلاجات المختلفة التي قدمت لمرضى إضطراب الهلع ما بين علاجات دوائية ( وما زالت الابحاث تجري حول تأثير علاجات دوائية حتى الان ) وما بين العلاجات النفسية خاصة العلاج المعرفي السلوكي ، وإن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محارر النجاح ، وقد شفى تماماً ما بين ٥٠٪ إلى ٨٠٪ من هؤلاء المرضى ، إلا أننا يجب أن ننوه من أساليب العلاجات النفسية خاصة وأن الهلع قد يأتي مرافقاً

لرهاب الاجرافوبيا أو بدونه .

وقد قدم ( مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ٢٠٠٢ ) وصفاً نموذجياً للعديد من العلاجات التي قدمت لحالات الهلع ومخافة الاماكن المفتوحة وفقاً لاستراتيجيات علاجية محددة وتفصيلية .

( مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ١ ، ١١٣ - ١١٤ )

## ٤- إضطراب الوسواس القهري

### Obsessive Compulsive Disorder

وهو أحد إضطرابات القلق ويتم بجانبين هما الوسواس والقهري ونادراً ما يوجد أحدهما دون وجود الآخر  
وبائيات الوسواس القهري :

تتعدد وتبين وبائيات الوسواس القهري من مجتمع إلى آخر ، وسوف نذكر في عجالة بعضها من هذه الوبائيات :

\* إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل إلى ٣٪ لدى مجموع السكان وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التي يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد .

( ب . د .ى سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٩ )

\* وإشارت نتائج أخرى إن مرض الوسواس القهري يظهر في أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفقات قهريّة وسلوكية عند إضافة الدفعات القهريّة العقلية إليها ذكر ٢٪ فقط من أتعيّنة وجود وساوس فقط دون دفعات قهريّة .

( دافيد س. رجز ، إدنافو ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٩ )

- في حين يرى البعض صرورت التفرقة ما بين معدلات إنتشار إضطراب الوسواس القهري في الجمهور العام Population وفي المرضى الذين يحققون المحكّات التشخيصية للإضطراب من بين مرضى الطب النفسي بوجه عام .

- وبينت نسبة الحدوث إنها لا تزيد على (٥٠٪) وإنها لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى في مجال الطب النفسي سواءً أكان ذلك في العيادات الخارجية أم المرضى داخل المستشفى ، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعة العصبية .

- كما كشفت بعض الدراسات أن معدل إنتشار الوسواس القهري يصل إلى ٢٪ طوال الحياة ، واتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً .

- في حين قدرت معدلات إنتشاره في بعض الدراسات بنسبة ٢٪ و ٣٪ طوال

الحياة . بين السكان إلا أن هذه الأرقام تشير إلى الأعراض دون الوصول إلى المحكات التشخيصية .

- وفي دراسة مسحية شاملة عن معدل إنتشاره قدر بنسبة ٦٪ وأن نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ١٥٪ من طلاب الجامعة الأسواء يقومون بسلوك ( التكرار ) ، وإن هذا السلوك يكفي لادراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسوس القهري .

- وفي إحصاء قومي إجرى في الولايات المتحدة الأمريكية أتضح أن اضطراب الوسوس القهري أكثر إنتشارا بمقدار ١٥٠ إلى ١٠٠ مرة وكان يعتقد سابقاً إن إنتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪ وإن شاره طوال الحياة ( ٢٥٪ ) ، وإن معدل إنتشار اضطراب الوسوس القهري منعف معدل إنتشار الهلع والفصام .

- كما كشفت دراسة مسحية إجريت في كندا وتناولت ٣٢٥٨ فردا ، وجد أن معدل اضطراب الوسوس القهري طوال الحياة يصل إلى ٣٪ .

- وفي دراسة مسحية تناولت خمسة آلاف طالب وطالبة من طلاب الجامعات أتضح أن ( ١١٤ ) منهم ( ٨٪ ) لهم درجات أعلى من المعدل ( السوى ) وحين تمت مناظرة هؤلاء الطلاب ( ن = ١١٤ ) مع مجموعة من الأطباء النفسيين ظهر أن ١٥ طالب ( ٣٪ ) من الخمسة آلاف طالب قد حققوا المحكات التشخيصية لأضطراب الوسوس القهري وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المرجع DSM III R .

- وفي دراسة قام بها المعهد القومي للصحة النفسية شملت خمس ولايات في أمريكا وتناولت أكثر من ١٨٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم في منازلهم وجد إن نسبة إنتشار اضطراب الوسوس القهري تقع ما بين ١٩٪ و ٣٣٪ في الولايات الخمس وهو معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠٪ .

- وفي دراسة أخرى وجد أن ما بين ٤ و ٦ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يعانون هذا الإضطراب .

- ووجد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ، ١٩٩٤ ، واعتماد على نتائج العديد من الدراسات المسحية الوبائية بأن ٢٥٪ على الأقل يعانون من اضطراب الوسوس القهري طوال الحياة ، أما معدلات حدوثه في عام واحد فقد تراوح ما بين ٥٪ و ١٢٪ .

( DSM IV , 2000 ) (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٤٠ - ١٤٣ )

( Kyrios, et al. 1996 )

الإضطرابات النفسية

- والأرقام السابقة والنسب تقترب مما ذكره أحمد عكاشة فقد وجد في أحد ابحاثه أن نسبة إضطراب الوسواس القهري بن المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس حوالي ٦٢٪ وهذا الرقم يمثل حوالي ٤٪ من مجموع الإضطرابات العصبية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٦ )

- وفي دراسات أخرى لأحمد عكاشة وزملائه وجد الآتي :

أولاً : الاجترار الوسواسي في نسبة ٥١٪ من الحالات .

ثانياً : المخاوف الوسواسية في نسبة ٤٨٪ من الحالات .

(من خلال وائل أبوهندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤ - ٤٠ )

- في حين رصدت بعض الدراسات أهم الأعراض التي تظهر لدى العينة المصرية التي تتردد على إحدى العيادات النفسية (من المصريين والعرب) وأن هذه الأعراض تأخذ الأشكال الآتية ( مرتبة ترتيباً تنازلياً وإن كان الباحث لم يحدد نسبة كل عرض ) .

١ - أفكار سلطوية دينية ومنها الاجترار الذي يتصل بالأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عموماً .

٢ - أفكار سلطوية تتعلق بالتلوث .

٣ - أفكار سلطوية جنسية .

٤ - أفكار سلطوية تتعلق بالمرض والعدوى .

٥ - أفكار سلطوية تتعلق بالإنضباط والإلتزام والترتيب .

٦ - أفكار سلطوية عدوانية .

(وائل أبوهندى ، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤ )

ونظن إن كثرة الدراسات الوبائية حول إنتشار هذا الإضطراب تعكس الآتي :

أ - الإهتمام المتزايد من قبل الباحثين بهذا الإضطراب .

ب - وجود العديد من مظاهر هذا الإضطراب بصورة كامنة لدى الجمهور العام

(أى الذى لم يتقى للشكوى من هذا الإضطراب أو غيره في العيادات النفسية ) .

- إن الكثير من الجمهور العام إذا تم فحصه جيداً فإنه يكشف عن إمكانية أن تتطبق عليه معايير تشخيص هذا الإضطراب .

- ج - إن هذا الإضطراب منتشر أكثر مما قد عكسته الأرقام السابقة .
- ز - ضرورة الأخذ في الاعتبار أن هذا الإضطراب قد ( يتوارى ) ويختلفى خلف أحد الأعراض الأخرى .
- ح - وليس من المتوقع أن الشخص حين ( يجد ) في نفسه بعضا من اعراض هذا المرض فإنه يتقدم من تلقاء نفسه ( ومبكرا) لتلقى العلاج .

#### تعريف الوساوس القهري :

الوساوس القهري عبارة عن إضطراب عصبي يتميز بالآتى :

- ١ - وجود وساوس فى هيئة أفكار أو إندفاعات أو مخاوف .
- ٢ - وجود (أعراض) ظهرت فى هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية .
- ٣ - يقين المريض بتغافة هذه الوساوس أو لا معقوليتها ، وعلمه الأكيد إنها لاتستحق منه هذا الإهتمام .
- ٤ - محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس ، وعدم الإستسلام لها ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .
- ٥ - إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهيرية عليه مما يتربّب عليه شلل الإجتماعي والألم النفسي وعقلية شديدة .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٣٦ - ١٣٧ )

#### استطراد حول تعريف الوساوس القهري :

من تعريف الوساوس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي بعدة محطات نجملها فيما يلى :

- تم تعريف الوساوس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول ( DSM I , 1952 ) والثاني ( DSM II , 1968 ) بأنه زمرة اعراض قصيرة وغير محددة .
  - في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ( DSM III , 1980 ) والثالث المراجع ( DSM III R , 1987 ) تم تحديد معايير لاضطراب الوساوس القهري ، حيث تم التفرقة ما بين الأفكار والأفعال أو الدفعات القهيرية ، وأن الدليل الثالث المراجع قد عكس ثلاثة وجهات نظر تقليدية لإضطراب الوساوس القهري هي :
- ١ - الوساوس أحدهاث عقلية والدفعات أحدهاث سلوكية .

- ٢ - قد تحدث الوساوس والدفعات الظاهرة معاً أو منفصلة عن بعضها البعض .
- ٣ - يدرك الأفراد دائماً أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم الظاهرة ليس لها معنى .
- وقد ثارت العديد من المناقشات والدراسات والأبحاث حول الأفراد الذين يعانون من إضطراب الوساوس الظاهرة وما إذا كانوا (هم) يدركون أن أفكارهم التي تسيطر عليهم لها معنى أو بدون معنى .
- أدت الدراسات والمناقشات السابقة إلى حدوث العديد من التعديلات المقترنة في الدليل التشخيصي الرابع ( DSM IV , ١٩٩٤ ) خاصة مسألة افتتاح الشخص بيان أفعاله التي يقوم بها ليس لها معنى أو أنه عند نقطة معينة يدرك الشخص (لامعقولة أفكاره) و ( لا معقولية ما يقوم به من وأفعال ) .

( دايفيد رجز ، إدنافرا ، ٢٠٢ ، ٤٧٢ - ٤٧٦ )

#### **معايير تشخيص إضطراب الوساوس الظاهرة ، وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- يصنف الدليل أضطراب الوساوس الظاهرة من خلال تضمنه الخصائص الآتية :
- ١ - الخصائص الجوهرية فيه هي التوتر المستمر للوساوس والأفعال الظاهرة والتشخيصية يجب أن يكون لدى الشخص إما وساوس أو أفعال ظاهرة .
- ٢ - أن تكون هناك وساوس متكررة بشكل مستمر وأفكار لا يمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تنتهي عن الشخص الشعور ورغم إنها تبدو بغيضة وغير معقولة إلا أن الشخص يدرك أنه لا إرادة له في إستدعاء مثل هذه الأفكار .
- ٣ - تبدو الأفعال الظاهرة متكررة وفي شكل سلوك هادف ومتمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية وهي تظهر ، بل ويضطر الفرد إلى ممارستها نتيجة احساسه بالقهر وبالرغبة في المقاومة ، وهذا السلوك غير مقصود في حد ذاته ولكنه يهدف إنتاج بعض المواقف أو منع حدوثها .
- ٤ - تسبب الوساوس والأفعال الظاهرة عجزاً في أداء الشخص ، كما تؤدي إلى شعوره بالإassi على النفس .
- ٥ - أن لا تكون الوساوس والانفعال ناجحة عن أي إضطرابات أخرى ( مثل الاصابة بالعصام ) أو أي إضطرابات عضوية ، أو إضطرابات وجданية كبرى .

( APA. , 2000 )

**الوساوس :** الوساوس عبارة عن أفكار مصنفة وغير مرغوبه ، وصور ذهنية دفعات أو مزاج منها .

وتتعدد الوساوس وفقاً للمحكات الأربع الآتية :

- ١ - أفكار أو دفعات أو صور ذهنية متخبطة ، تكرر وتعادل الفرد رغم عنده ، وتستمر في ذلك ، يخبرها الفرد ويمر بها في مرحلة معينة من مراحل إضطرابه - على أنها (متقدمة) لعقله بالرغم من إنها غير عقلانية ، فضلاً عن أنه يتسبب عنها مزاجاً من القلق والضيق والكره الذي يتبدى على ملامح الفرد .
- ٢ - لا تعد الإفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية إنزعاجاً زائداً من مشكلات الحياة اليومية (الجارحة) .
- ٣ - يحاول الفرد أن يتجاهل أو (ينسى) مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية لا أنه يفشل ، بالرغم من أنه يحاول أن يعادلها أو يقرنها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى حتى لا تكون في صورتها الواضحه إلا أنه يفشل أيضاً في ذلك .
- ٤ - يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية المتخبطة نتاج لعقله الشخصي هو (وليست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات موجودة في الخارج - وهذا يفرق بوضوح ما بين إضطراب الوساوس القهري وإضطراب الهذاءات والضلالات في مرضي الفصام مثلاً )

#### الأفعال القهريّة :

وتحتم الأفعال القهريّة بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهي تمارس ، أو تصاحب بأحساس ذاتي بالقهري ، ويقاومها الشخص عموماً ، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها فإن هذه الاشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص \*

كما يعد السلوك الطفسي ، من الأفعال القهريّة والشائعة ، وهو يتضمن المراجعة والاغتسال والنظافة ، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التسلسل .

( ب . دى . سيلفا ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٠ - ٦١ )

ويمكن تشخيص الأفعال القهريّة وفقاً للمحكات الآتية :

- ١ - السلوك المتكلّر (مثل : غسل اليدين ، الترتيب ، المراجعة) أو الأفعال العقلية (مثل : العد ، تكرار الكلمات بشكل صامت) حيث يشعر الفرد بأنه مجرّد على

القيام بها استجابة لوسواس أو تبعاً لقواعد يتعين إتباعها بالنص (أو وفقاً للمصطلح الشائع : كما أنزلت ) .

٢ - يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق أو الكرب في محاولة للتنقيل منها ، أو إلى منع حادث أو موقف صادم ، ومع ذلك فإن هذا السلوك إنما أنه غير مترابط (مع غيره من السلوكيات الأخرى ، وإنما أنها زائدة بشكل مفرط)

٣ - يسلم الفرد - في مرحلة معينة من مراحل الإضطراب - بأن الأفعال التي يقوم بها بالغة التعقيد وغير معقولة وأنه (يفرط) فيها .  
ملحوظة : هذا المعيار لا ينطبق على الأطفال .

٤ - إن الأفعال القهيرية (مثلها بالضبط مثل الوساوس) تسبب ضيقاً للفرد لأنها تستهلك طاقة ومجهود الشخص ، وتستهلك وقتاً طويلاً ، تؤثر كثيراً في الروتين اليومي للشخص ، وتؤثر في ممارسة الشخص للعديد من الأنشطة الذاتية أو الإجتماعية في علاقاته مع الآخرين .

٥ - لا يعد الإضطراب ناتجاً من تأثيرات فسولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة (اساءه استخدام المواد المخدرة) أو يكون الشخص واقعاً تحت تأثير تناوله العقاقير النفسية (أو نتيجة لحالة طبية عامة .

( APA. , 2000 )

#### الفرق بين الوساوس والقهر :

لابد من أن نفرق بين الوساوس والقهر ، ومن الخطأ استخدام المصطلحين بالتبادل ، لأن لكل منهما استخدام خاص به .

فالوساوين أفكار تطفلية تفتحم الفكر من داخله ، كما أنها مداومة معاودة ، وتتسبب في حدوث القلق ، في حين أن الأفعال القهيرية أفعال نمطية حسية جسمية أو عقلية يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساوس ، ولكنها يوجدان معاً عادة .

( أحمد محمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ٨٩ )

ولاضطراب الوساوس القهيري له الأنماط الآتية :

Cheching

١ - المراجعة

Repeating

٢ - التكرار

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| Ordering         | ٣ - الترتيب                    |
| Hoarding         | ٤ - الخزن أو التخزين           |
| Thinking Rituals | ٥ - طقوس التفكير               |
| Pure Obsessions  | ٦ - الوساوس البحتة (أو النقية) |

وإن لكل نمط من الأنماط السابقة مظاهره الخاصة به

**أ - مظاهر الإغتسال والتنظيف :**

- تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .
- صعوبة التقاط شئ سقط على الأرض .
- تنظيف المنزل بشكل زائد على الحد .
- أخذ حمام مدة طويلة جدا.
- الإنغال بالزائد بالجرائم والمرض .

**ب - مظاهر المراجعة والتكرار (النمط رقم ٣ ، ٤ )**

- المراجعة بشكل متكرر للتأكد من أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثلية ( أو كما أنزلت ) .

- صعوبة في إنجاز الأشياء بسبب التكرار والمعاودة .
- تكرار الإففال حتى تمنع حدوث أمر سيء .
- الإنغال الشديد خوفاً من الوقوع في الخطأ ( تقدير البلاء قبل وقوعه ) .
- أفكار تمر بالذهن إلا أنه يستطرق فيها .

**ج - مظاهر الترتيب :**

- إن توضع الأشياء في ترتيب معين .
- قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء موضوعة في مكانها الصحيح ( كما وضعها هو ، واذكر أننى توليت مسؤولية رئاسة قسم في مكان ما بدلاً من شخص كان يعاني من هذا الإضطراب وكان سيتغير عن العمل لظروف أسرية قاهرة فأوصاني أن لا أحرك أى ورقة من مكانها - طوال رئاستي المؤقتة - حتى لا يتغير فيما بعد إذ أراد الرجوع إلى ( ملف ما ) لإنه وفقاً لروايته : أنا مرتب الملفات بترتيب خاص ) .-

- ملاحظة فورية للأشياء التي لا تكون في مكانها .
- يكون الفرد في غاية الإضطراب ( والهلع ) إذا رتب الأشياء بواسطة الآخرين ، أو وجد خلافاً في ( ترتيب ) كما ( رتبه هو ) .
- د - **مظاهر التخزين :**
- صعوبة إتخاذ قرارات متصلة بالتخلاص من بعض الأشياء .
- جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .
- يصبح ( مكتبه على سبيل المثال ) أقرب إلى المخزن حيث يحتفظ حتى ( بفاتورة ) شراء كتاب معين وكذا كافة ( الفواتير ) ... إلخ .
- يكره أن يلمس الآخرون ممتلكاته ( خشية أن لا يعيدها إلى ترتيبها منه ) .
- يجد نفسه ( في موقف لا يحمد عليه ) إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التي لا قيمة لها .

#### هـ - **مظاهر طقوس التفكير :**

- تكرار كلمات أو أعداد معينة في ذهن الشخص .
- قضاء وقت طويل في الإنطلاقة ( الحمام - الوضوء - الصلاة - تسابيح ما بعد الصلاة ... إلخ )
- مراجعة كافة الأشياء بنفسه حتى يتأكد من أن كل الأمور على ما يرام .
- تكون قوائم عقلية لمنع عواقب غير سارة .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٩١ - ٩٨ )

#### **أهم الملامح الرئيسية للممنطرين باضطراب الوسواس القهري :**

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح الممنطرين بالوسواس القهري في السمات أو الملامح الآتية :

- ١ - **التتجنب :** ونقصد به إن الكثير من الممنطرين بإضطراب الوسواس القهري غالباً ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب المعروف في حالات القوبيا ، كما يتعلق أيضاً التجنب بالمنبهات ، أو القيام بالسلوك الذي يتحمّن إمكانية إطلاق الوسواس أو الأفعال القهريّة .
- ٢ - **الخوف من الكوارث :** إذ يذكر معظم الأشخاص الذين يعانون من

اضطراب الوساوس القهري خشيتهم من امكانية التعرض لکوارث سوف تحدث إذا هم اهملوا القيام بسلوكهم القهري . مثال غسل اليدين بطريقة قهريه لمعلم وقوع حادثة ما .

٣ - **المقاومة :** اعتبرت مقاومة الوساوس والأفعال القهريه خاصية محورية في عصاب الوساوس القهري ، وإذا كان بعض الأشخاص يحاولون المقاومة وستمرون فيها فإن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية ، ويبعدوا الأمر وكأنهم قد ترقووا عن المقاومة واستسلموا تماماً للواقع .

٤ - **السعى للحصول على تأكيدات :** يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهري للسعى الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من إغلاق صنابير المياه مثلاً) وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها من الآخرين أو يقوم هو بها ) يشعر بالتحسن إلا أنه بعد فترة يتذكر طلب التأكيدات (!) !

٥ - **المقاطعة :** عندما ينخرط مرضى الوساوس القهري في سلوكهم القهري فأنتهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهي الدقة أو بدون مقاطعة ، وإذا حدثت المقاطعة ( أي حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهري ) فإنه يبدأ من جديد .

٦ - **تأمل الأفكار :** يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لأضطراب الوساوس القهري ، إذ يظل الشخص في حالة ( طرح ) أسئلة على نفسه و ( طرح ) إحتمالات و ( انشغال دائم ومستمر ) بالتفكير في موضوعات فلسفية مثل : هل هناك حياة بعد الموت ؟ .. وغيرها من التساؤلات .

( ب. دى سلفيا ، ٢٠٠٢ ٦٣ - ٦٥ )

**علاقة إضطراب الوساوس القهري بغيره من الإضطرابات :**

الحقيقة التي يجب أن نذكرها هنا أن أضطراب الوساوس القهري قد ( يتماس ) أو ( يتدخل ) مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .

ولذا سوف نذكر في عجالة سريعة بعض الإضطرابات النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية التي قد يتدخل معها إضطراب الوساوس القهري .

**أولاً : التدخل التشخيصي مع إضطراب الإكتئاب :**

في كثير من الحالات يجد الطبيب النفسي أعراض الوساوس القهري متداخلة مع إضطراب الإكتئاب الجسيم ، ولكن أعراض إضطراب كلاً منها تكون هي الغالبة على الصورة المرضية أو هي سبب شکوى المريض الأولية . ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل هي :

- ١ - إن اضطراب الإكتئاب للجسم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهقرية كجزء من أعراض اضطراب الإكتئاب نفسه .
- ٢ - إن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يشتمل على اعراض إكتئاب كجزء من أمراض اضطراب الوسواس القهري نفسه .
- ٣ - إن الأضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معاً في المريض نفسه في الوقت نفسه . وإن الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل .

( منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٥٢ ، ١٥٣ )

أنظر على سبيل المثال :

( Korno. et al. , 1998 )

#### **ثالثاً : التداخل التشخيصي مع حالات اضطراب توهם المرض :**

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل ما بين تشخيص اضطراب الوسواس القهري وإضطراب توهם المرض Hypochondriacal Disorder وذلك من خلال توهם المريض أنه يعاني من بعض العلل البدنية من خلال ( تسلط ) فكرة إيساسية عليه خلاصتها أنه يعاني من مرض ( بدني ) خطير ، غالباً ما تبدأ الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الأمراض .

( منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ص ١٧٤ )

#### **ثالثاً : التداخل التشخيصي مع أمراض المخ المعنوية :**

والأمراض المعنوية للمخ قد تشمل العديد من الإضطرابات التي تعكس العديد من حالات ( الشذوذ ) في المخ ، ويطلق عليها الان اسم الإضطرابات المعرفية Cognitive Disorders على أساس أن كل الأمراض النفسية حسب الفهم الحالي للأمور هي أمراض مخ عضوية . فمثلاً في حالات مرض الشلل الرعاش أو باركينسون Parkin's Disease ، وكذلك بعض حالات ما بعد التهاب المخ الفيروسي Postencephalitic ، وبعض حالات المصرع وغيرها من الحالات قد يعاني المريض طقوساً قهقرية ، إلا أنه مع الفحص الدقيق يمكن ( التفرقة والفصل ) ما بين هذه الإضطرابات المعنوية وإضطراب الوسواس القهري من عدة وجوه .

( وائل أبوهندى ٢٠٠٣ ، ٢٨١ ، ٢٨٣ )

#### **رابعاً : التداخل التشخيصي مع إضطرابات الطعام :**

خاصة مرض الشره العصبي للطعام ، أو مرض فقدان الشهية للطعام حيث

نجد الملم الإلزامي في كلا الإضطرابين من إضطرابات الطعام وجود ما يمكن أن تسميه (الإنسغال الوسواسي القهري بالذهافة) أو (الانشغال الوسواسي القهري بالطعام وتناوله) ثم (الانشغال بكم السعرات الحرارية) ثم الرغبة (في القيام بفعل التقيؤ) حتى لا يصل (الوزن) إلى الدرجة التي لا يرغبها الفرد ، ويجب في كل الأحوال التفرقة ما بين إضطراب الطعام وإضطراب الوسواس القهري .

( منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ ، ١٨٧ ، ١٩٢ - )

#### **خامساً : التدخل التشخيصي مع إضطرابات اللوازم الحركية :**

إضطراب اللوازم لاشك إنه يتصرف بوجود العديد من اللوازم سواء أكانت حركية أو صوتية ، مع الأخذ في الإعتبار أن هذه (اللوازم) تمثل إلى (النكرار) و (الالزام والقهار) ولذا غالباً ما نجد تداخلاً ما بين هذه (اللوازم) وبين العديد من الأفكار والأفعال القهارية ، بيد أن (الفحص الدقيق) يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الإضطراب .

( وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ٢٨٥ - ٢٨٧ ) .

#### **سادساً : التدخل التشخيصي مع رهاب التشوّه :**

مريض اضطراب التشوّه الجسدي Body Dysmorphic Disorder فأن المريض هنا يعاني فكرة تسلطية أو وسواسية خلاصتها أنه يعاني من تشوّه في منطقة معينة من مناطق جسده ( وخاصة الوجه ) وقد تكون التشوّه في : الأنف ، الشفتان ، الثدي ، الأرداف وبالتالي يزور عيادة الجراح ويتكلّم معه في آهاسه بأن لفته مثلاً كبير أكثر من اللازم ، أو معوج بشكل أو بأخر .. الخ ، وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة لأن الأمور ( من الناحية النفسية ) تتطلّع ( مقلقة ) بالنسبة للشخص ( لأن المشكلة ليست في الأنف أو الشفتان بل في إدراك الشخص لها ) .

( وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٨٧ - ٢٨٨ )

#### **سابعاً : التدخل التشخيصي مع إضطراب الفحاص :**

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهورية في الفحاص ، كما لوحظت الأعراض الذهنية في اضطراب الوسواس القهاري ، ولذا لا بد أن نفرق ما بين الوسواس والضلالات Delusions .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٦ - ٢٥٠ )

#### **ثامناً : التدخل التشخيصي مع اضطرابات الاندفاعية :**

يحدث تداخل ما بين محكّات تشخيص إضطراب الوسواس القهاري ،

وإضطراب الاندفاعية والذى يأخذ العديد من الصور مثل : هوس السرقة ، المقامرة المرضية ، هوس نتف ( أو نزع ) الشعر ، هوس إشعال الحرائق ... الخ ، ولذا لا بد من البحث عن محركات تشخيص كل إضطراب على حده .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٤٥ - ٢٤٦ )

كما نستطيع ليجاد تداخل تشخيصي ما بين الوسواس القهري والإدمان ، والإضطرابات الجنسية ، وغيرها من الإضطرابات .  
( Foa. et. al. 1982 )

**أسباب الوسواس القهري :**

**أولاً : العوامل الوراثية :**

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري ، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض ، كذلك الآخوة والأخوات ، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهريه وقد وجدت في دراسة حديثة إن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في ( ١٦ ) مريض من ( ٨٤ ) حالة أى حوالي ٣ % .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٧ )

**النظريات النفسية :**

١ - **نظيرية التحليل النفسي :** حيث يرى فرويد إن الوسواسين قد حدث لهم ( ثبيت ) Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي ، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام ، ويحدث الصراع - خلال التدريب على الحمام - بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته ، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكراً جداً أو متاخراً جداً ، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن ذلك يؤدي إلى إضطراب الوسواس القهري .

**ب - النظرية التحليلية لفرويد بون الجدد :**

حيث تنظر لمرضى الوسواس القهري على أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للإشمئزاز بشدة الصراعات التي كبرت ، وتهدد أن تقتضم الشعور بما يضع الفرد في خطر الواقع فريسة الوسواس ، ويحصل الدفاع بواسطة كل من الأزاحمة

والابدال ، ويؤدي ذلك بأالية مباشرة للراحة ، وأن ( تقاليد وعادات المجتمع ) لها دور في ذلك .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٧٣ - ٢٧٨ )

#### حـ- النظريات السلوكية :

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوكاً متعلماً تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي يؤدي إليها أحدي هذه النتائج وهو خفض القلق ، والخوف ، ومن ثم فإن إكتشاف ذلك - بالنسبة للفرد - يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك .

( وائل أبو هندي ، ٢٢٠٣ ، ص ١٤٤ )

د - النظريات المعرفية : يفترض أصحاب هذه النظرية إن مرضي الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينفع عنها مداومته على سياق وأفعال معينة ، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاه / عدم المضاهاه ، وإن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال الخارج السلوكية تولدها عقد عصبية قاعدية ، ولذا فإن مرضي الوسواس القهري حين يوجدون في موقف يحتمل أن تتجسد عليه عواقب غير مرغوبية أو مؤذية فإنهم يزيدون من تقرير احتمال حدوث العواقب المضرة ، وإن هذه التوقعات المرتفعة جداً لدى الوسواسين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من إحتمال ( توقعاتهم ) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٢٨٩ - ٢٩٥ )

ونكتفي بهذا القدر من التفسيرات .

**علاج الوسواس القهري :** تتعدد المداخل العلاجية ويمكن تلخيصها في :

#### أولاً : العلاج الدوائي :

تفيد أحياناً العقاقير المضادة للقلق والإكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى في إخفاء القلق ، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن عقار ( الكومبيرامين ) له تأثير جيد وإيجابي على مرضي الوسواس القهري وغيره من العقاقير .

( وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ١٧٨ - ١٨٢ )

#### ثانياً : العلاج النفسي :

أ - العلاج بالتحليل النفسي : من خلال ت McKin المريض من أن يتعرف إلى

الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعورى ، مع تحويل متعمل للدفاعات الوسواسية القهريه ، وإن كانت العديد من الدراسات التى تناولت مدى شفاء الوسواس القهري باستخدام العلاج بالتحليل النفسي قد أثبتت قلة كفاءته .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ٣٢٢ - ٣٢٣ )

**ب - العلاج السلوكى :** وقد أثبتت كفاءته فى علاج هذا الإضطراب والكثير من اعراضه الناجحة عنه ، كما أثبتت العديد من الدراسات التبعية لنتائج هذه العالمة أنه قد حقق فوائد جيدة فى مجال الشفاء .

( عبد السatar إبراهيم ، ١٩٩٨ )

#### ج - العلاج المعرفي :

وقد أثبتت كفاءته فى علاج العديد من الحالات ، وذلك من خلال وضع استراتيجيات معينة تهدف إلى تحديد السلوك وما يرتبط به من أفكار لاعقلانية ، ثم التعامل مع مثل هذه الأفكار .

( ديفيد رجز ، إدن فهو ، ٢٠٠٢ ، ٤٦٩ - ٥٧٦ )

#### ٤ - العلاج البيئي والإجتماعى :

حيث يحتاج المريض أحيانا إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يتبع عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بمتربوبات أو طقوس حركية خاصة .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٥٢ )

#### مآل إضطراب الوسواس القهري :

**محكمات المال الجيد :** وظهور من خلال العلاجات الآتية :

١ - أن يظهر التاريخ الشخصى للفرد قبل المرض قدرًا جيداً من التوافق والتكييف الوظيفي والإجتماعى لأن ذلك يشير إلى شخصية متوافقة .

٢ - إن تزامن بداية الأعراض مع حدوث حيادى ذى تأثير فى حياة المريض أى أن تكون هناك زيادة فى الضغوط النفسية الحياتية فى الفترة التى تسبق أو ترافق بداية المرض .

٣ - إن تكون الأفكار التسلطية أو الأفعال القهريه عرضية فى حياة المريض أى أن يكون ظهورها مؤقتا وليس مستمرا .

٤ - أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب

النفسى للعلاج قصيرة لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض .

### محكات التشخيص السبع :

- ١ - الإستسلام للافعال الفهريه بدلا من مقاومتها .
- ٢ - وجود بعض الأفتناع أو الأفتناع الشام بالآفكار الوسواسية بدلا من رفضها .
- ٣ - أن تكون الأفعال الفهريه غريبة وشاذة .
- ٤ - وجود إضطراب شخصية كما يتضح من وتاريخ حياة المريض قبل المرض خاصة إضطراب الشخصية الفاصامية النوع .
- ٥ - أن تكون بداية اعراض الإضطراب في سن الطفولة .
- ٦ - أن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأدائه الوظيفي كبيرا إلى الحد الذي يستدعي إدخاله إلى المستشفى .
- ٧ - وجود تاريخ للوسواس الفهري في عائلة المريض .
- ٨ - أن يتأخر المريض في اللجوء إلى العلاج النفسي .

( وائل أبو هندى ، ١٩٥٠ ، ٢٠٠٣ ، ١٩٦ - ١٩٧ )

وفي العديد من الدراسات التتبعتية لمسار ومآل المرض توصلت بعض الدراسات النتائج الآتية :

- إن من ٢٠ % إلى ٣٠ % من المرضى تقريبا تحسن اعراضهم تحسنا واضحا .. وأن من ٤٠ إلى ٥٠ % يكون لديهم تحسن متوسط ، وأن من ٢٠ إلى ٤٠ % يظلون مرضى أو قد تسوء حالتهم ، بل وقد يتحول ثلثهم إلى مرض آخر ( الفحص مثلا ) .  
( Kaplan & Sadock . 1996 , P. 407 )

- في حين توصل أحمد عاشة في دراسة تتبعتية لمرضى الوسواس الفهري إن ثلث الحالات تحسن في غضون خمس سنوات بغض النظر عن الطريقة العلاجية أو أن نسبة ٨ % قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس الفهري إلى أعراض نهان الفحص .

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ص ١٥١ )

وقد إطلنا قليلا في الحديث عن هذا الإضطراب نظرا لكثره ضحاياه ، وإختفاء العديد من أعراضه خلف العديد من الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الأخرى .

## ٥- اضطراب الصحوة التالية للصدمة

Post-traumatic Stress Disorder ( ptsd )

### مقدمة :

هذا الاضطراب هو أحد اضطرابات القلق ، ويظهر كرد فعل متأخر أو متعد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الإستثنائية .

### وبيانات اضطراب الصحوة التالية للصدمة :

نتائج بعض الدراسات التي ذكرت بعضاً من وبيانات هذا الاضطراب .

\* فقد توصلت أحدي الدراسات التي تناولت ضحايا الاعتداءات أو العنف الجنسي قد وجدت إن ١٨ % من ضحايا الاعتداء الجنسي كانوا من الذكور ( أطفال أو راشدين ) بالرغم من إن الرجال أكثر ترجماً في الحديث عن مسألة الاعتداء الجنسي عليهم ، ولكن هناك مؤشرات بأنهم يعانون تماماً من الصحوة ( ما بعد الصدمة ) مثلهم في ذلك مثل النساء سواء بسواء .

( Kasganiak, et . al , 1988 )

\* وإن نسبة الإنتشار تقدر بـ ١ إلى ٣ % .

\* وإن نسبة الذكور للإناث ١ : ٢ .

\* وإن سن بداية الاضطراب أى سن بما في ذلك مرحلة الطفولة .

\* وإن لا يشترط البحث عن تاريخ أسرى في مثل هذا الاضطراب .

( Khplan, H. & Sadock, B.,.. 1996 )

\* في حين أوردت دراسة أمريكية إن ٥٤ % من عينة بلغت ( ٣٨٠٠ ) من طالبات الجامعة في ولايات متعددة قررن أنهن أصبحن ضحايا بشكل أو آخر من الجرائم الجنسية وتحقق ١٥ % من هذه الخبرات المحكات القانونية التي تعددها جرائم إغتصاب .

\* وفي دراسة أخرى تناولت ( ١٠٠٧ ) من الراشدين وجد إن أكثر من ثلث العينة ( أي ٣٩ % ) قد خبروا حادثاً صدمياً واحد على الأقل طوال حياتهم ومن أمثلة هذه الحوادث التي قرروها . إصابة فجائية ، حادثة خطيرة ، اعتداء جسمى ، مشاهدة موت شخص .. الخ

\* في حين وجدت دراسة أخرى تناولت (٣٩١) امرأة أمريكية راشدة إن أكثر من ٧٥٪ من أفراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل وقررت غالبية أئمن تعرضن لجرائم متعددة ، وإن معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين : إغتصاب كامل إلى محاولة تحرش ، إلى سرقة ، إلى السطو على المنزل ليلا .  
( من خلال أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٩٦ - ٩٩ )

### مفهوم الضغوط : Stress

الضغط أو الانصباب مصطلح مشتق أو مستعار من علم الفيزياء ويشير إلى اجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام ، والمصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغوط تقع على كاهل الإنسان ، وأن واستمرار التعرض لمثل هذه الضغوط ، أو زيادة حدتها لدرجة تفوق طاقة الإنسان تؤدي في النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد .

( Mitchell & Everly, 1996 P. 6 )

في حين إن المرجع الأخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الانصباب من الممكن أن يكون قريبا من مصطلح الحادث الصدمي Traumatic Events ، وقد اشتقت من ذلك ما يسمى بعلم الصدمة Traumatolgy وهو علم يختص بالدراسة العلمية للأثار النفسية والإجتماعية المترتبة على استمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد .

### متى بدأ مصطلح اضطراب الضغوط الداخلية للصدمة في الظهور .

يحسن بنا أن نشير في عجلة إلى عدة حقائق :

- ١ - إنه قبل عام ١٩٨٠ لم يكن هذا المصطلح له وجود في الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي الأول والثاني .
- ٢ - في عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأطباء والدلال والملاحظات فرضت على أعضاء الرابطة الأمريكية النفسية إن تفرد تصنيفا تشخيصيا مستقلا يجمع اعراض هذا الإضطراب في فئة آضطرابية مستقلة .

٣ - أنه بالنظر في الطبعة الأولى والثانية كان يتم التعبير من مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل : رد الفعل الواضح ، الاضطراب الموقفي العابر ولكن بدون أن يصنف كعصاب .

٤ - أما عن الأدلة التي جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة

تشخيصية لهذا الاضطراب وبداية من الطبعة الثالثة ، فكانت عبارة عن الأدلة الآتية :

أ - التراث التاريخي الذى تراكم عبر القرون مشيراً إلى زمله مرضية تالية للكوارث والحروب بصفة خاصة .

ب - الملاحظات التى سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكدها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة .

ج - تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت اسم واحد هو اضطراب الصنفوفط التالية للصدمة .

د - الحالات النفسية المصنظرية والتالجة عن حروب كبرى حدثت فى هذا القرن الماضى وأهمها الحرب العالمية الأولى ، والثانوية ، وال الحرب الكورية ، وحرب فيتنام .

هـ- دلائل الإضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب وظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على إنتهاء اشتراكهم في هذه الحروب .

و- ارتفاع معدلات حدوث جرائم الإغتصاب ومعانات الضحايا من أعراض اضطراب محدود تالية لهذه الصدمة .

ز - ارتفاع معدلات إنتشار العنف والإإنحراف في كل من المنزل والطريق .

حـ- بداية الاهتمام بدراسة الصنفوفط الشديدة ذات المصدر الداخلى ( كالإصابة بالسرطان ) والصنفوفط الاجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجي ( فقد العائل ) .

ك - التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمررون بحادث صدمي على الرغم من الاختلاف الشديد في نوعية هذا الحادث : الحرب ، الكوارث الطبيعية ، الإغتصاب ، الإصابة بالسرطان ... وغيرها .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ١٧٦ ، ١٧٧ )

**المحاكات التشخيصية لاضطراب الصنفوفط التالية للصدمة تبعاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

أ - يكون الفرد قد تعرض لحدث صدمي ، بحيث يوجد المعياران التاليان :

١ - أن يتعرض الشخص لحدث أو أحداث تتخطى على الموت أو على احتمال التعرض له أو لإصابة خطيرة ، أو خطير يهدد سلامته بدنـه ، أو إيدانـ الغـير أو أن يشاهد مثل هذه الأحداث أو أن يواجهـها .

- ٢ - أن تنسى استجابة الشخص للحدث بالخوف الشديد والعجز والرعب .
- ملحوظة :** قد تتصف استجابة الطفل للحدث بتفكك السلوك أو الفوران بدلاً من المظاهر الأخرى .
- ب - أن تعاود الخبرة الصادمة الشخص بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية :
- ١ - استرجاع متكرر للحدث يفرض نفسه بشكل مزعج ، ويشمل التخيلات والأفكار والإدراك الحسي .
- ملحوظة :** قد يعبر الطفل الصغير عن استرجاعه لوقائع الحدث باللعب المتكرر الذي يدور حول موضوع الصدمة أو جوانبها .
- ٢ - أحلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث .
- ملحوظة :** يصاب الأطفال الصغار بإحالم مخيفة دون تذكرهم لمحاتياتها (عقب إستيقاظهم) .
- ٣ - التصرُّف أو الإحساس بطريقة توحى بأن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى بما في ذلك الشعور بأنه يمر بالخبرة مرة أخرى ، والخداعات ، والهلاوس ، ونوبات إرتجاع الذاكرة الانفصالي ، بما في ذلك تلك التي تحدث أثناء اليقظة وفي حالات السكر (الإدمان) أو اختلال الوعي .
- ٤ - الشعور بمعاناة نفسية شديدة عند التعرض لمؤثرات داخلية أو خارجية ترمز للحادث أو تشبه جوانب منه .
- ٥ - سرعة ظهور الاستجابات الفيسيولوجية عند التعرض للمؤثرات السابقة .
- ج - المواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة وتبدل الاستجابات بصفة عامة (شريطة عدم وجوده قبل التعرض للصدمة) ، كما يتضح من وجود ثلاثة معابر أو أكثر من المعاير التالية :
- (١) تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة أو التحدث عنها .
  - (٢) تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص التي تستثير ذكريات الصدمة .
  - (٣) عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من جوانب الصدمة .
  - (٤) تضليل ملحوظ في الاهتمام بأنشطة مهمة أو بالمشاركة فيها .
  - (٥) الشعور بالانفصال عن الآخرين والإبعاد عنهم .
  - (٦) تقلص الانفعال (عدم القدرة على الشعور بالحب) .

(٧) تخلص أبعاد المستقبل ( مثل : عدم توقيع الإنتحار بمهنة أو الزواج أو الإنجاب أو البقاء على قيد الحياة مدة معقولة )

د - إعراض الإثارة المستمرة التي لم تكن موجودة قبل التعرض للصدمة ، كما يتضمن توافر اثنين أو أكثر من المعايير التالية :

(١) صعوبة بدء النوم والإستمرار فيه .

(٢) العصبية ونوبات الخصب .

(٣) صعوبة التركيز .

(٤) البقظة المفرطة .

(٥) استجابة جفون زائدة .

هـ - أن يستمر الإضطراب ( أعراض معايير ب ، ج ، د ) لمدة تزيد على شهر .

و - أن يسبب الإضطراب معاناة إكلينيكية ملحوظة ، أو اختلال الوظائف الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الأخرى المهمة .

حدد ما إذا كان الإضطراب :

حاداً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض تقل عن ثلاثة شهور .

مزمناً : إذا كانت مدة ظهور الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر .

حدد ما إذا كانت :

بداية الإضطراب متأخرة : أي إذا بدأت الأعراض بعد مرور ستة أشهر على الأقل على التعرض للصدمة .

( APA.., 2000 )

#### محكّات تشخيص إضطراب الضغوط الحاد :

أ - يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم وتشهد عليه كل من الآتي :

١ - أن يمر الفرد بخبرة صادمة ، أو شاهد أو واجه حدثاً تضمن الموت أو التهديد بالموت ، أو الإيذاء ، أو تهديد السلامة الجسمية ذاته أو الآخرين .

٢ - تضمن إستجابة الفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب .

ب - تظهر لدى الفرد ، إما أثناء وقوع الحادث الضاغط أو عقبه مباشرة ، أربعة على الأقل من الأعراض الآتية :

- ١ - الذهول ( إلى درجة الغيبوبة عن حوله ) و يبدو عليه أنه غير واعي بما يدور حوله .
- ٢ - إدراك البيئة كما لو كانت غير واقعية .
- ٣ - اختلال الإحساس بالذات ، كما لو كان الفرد يلاحظ نفسه من الخارج ( الانفصال عن الذات ) .
- ٤ - الإحساس الذاتي ( كما لو كان مخدرا ) ويظهر ذلك في غياب الاستجابة الإنفعالية أو الشعور بالانفصال عن الآخرين .
- ٥ - فقدان الذاكرة ، أي عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة الصناعية المؤلمة .
- جـ - يظهر لدى الفرد إما أثناء وقوع الحادث الصناعي الصادم ، أو عقبه مباشرة ثلاثة من الأعراض الآتية ( أعراض القلق أو غيره ) .
  - ١ - خبرة مرعبة مفاجئة من الخوف أو القلق .
  - ٢ - الاستئثار الإنفعالية الزائدة أو تتضمن صعوبة في التركيز ، الانتباه المفرط ، الإستجابة المفاجئة والمبالغ فيها .
  - ٣ - ظهور العديد من الأعراض أو العلامات الجسمانية مثل : الرعشة ، سرعة التنفس ، ( النهجان ) ، سرعة دقات القلب المتواتلة ، توتر العضلات ، الإرهاق ، الشعور بالإجهاد والوهن .
  - ٤ - إن تفتح ذاكرته الأحداث أو الذكريات المرتبطة بها الصادمة .
  - ٥ - المعاناة من عرض أو أكثر من أعراض إضطرابات التوتر .
  - ٦ - سرعة الغضب .
  - ٧ - إثارة نفسية حركية .
  - ٨ - الشعور بال اليأس وفقدان الأمل .
  - ٩ - الإنطواء الاجتماعي ( أو الإنسحاب من الأنشطة الاجتماعية ) .
  - د - يؤدي الإضطراب إلى صحف واضح أو ضيق ، ويكشف عن نفسه في المظاهر الآتية :
    - ١ - يتعارض بوضوح مع الأنشطة والمهام الاجتماعية أو المهنية .
    - ٢ - يعيق الفرد عن أمكانية متابعة الواجبات والمسؤوليات الضرورية مثل :

الحصول على المساعدة الطبية ، أو القانونية ، أو حشد أماكناته الشخصية لكي يبلغ افراد أسرته بالخبرة الصادمة .

هـ يستمر الإنزعاج والتوتر على الأقل لمدة أربع إسابيع ( عندما يجب القيام بعملية التشخيص ، ويصنف ( هذه الحالة تصنيفا مؤقتا وقبل أن يحرز الفرد الشقاء (قام) ) .

دـ هذا الإنزعاج لا يرجع إلى نتائج تناول الشخص لمادة ( مادة مخدرة ) أو أى إضطرابات نفسية ( تناول أدوية نفسية ) أو أى إعراض مرضية أخرى .  
 APA. . 2000 )

#### ملحوظة :

يضيف المقام عن إستعراض مكبات التشخيص الخاصة بإضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل الرابع مقارنة مع الدليلين الثالث 1980 ، DSM III والدليل التشخيصي الثالث المرابع 1982 DSM III R لكن نتيجة للعديد من الملاحظات والدراسات ، ولكلى تكون هذه الفئة قريبة مما هو مذكور في التصنيف الدورى العاشر للأمراض الذى تصدره منظمة الصحة العالمية ( Icd, 10, 1994 ) ، فقد تم إدخال العديد من التعديلات ظهرت في الطبعة الرابعة مثال :

- في العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor في المرك (أ) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ونصها : « خارج مدى الخبرة الإنسانية المعتادة ، قد حذفت لأن صياغتها غير دقيقة وما تثيره من أفكار» قد لا يكون متفق عليها ، وبدلا من هذا المرك السابق فإن المرك (أ- ٢) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون إستجابة الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة ودرجة عميقه من كل من الخوف Fear والعجز Helplessness ، أو الرعب Horror .

( DSM III , 1980, P. 783 )

وغيرها من التعديلات والتي أوردنا منها مثلا للدلالة على هذا المنظور التطوري للغات التشخيصية ، وإجراء التعديلات بها كلما ثبتت الدراسات والملاحظات ذلك .

**الاضطرابات الأخرى التي من الممكن أن تتدخل في فئة إضطراب الضغوط التالية للصدمة :**

أوردنا هذا الجزء لبيان أمرين :

الأول : أنه من النادر أن يوجد إضطراب الصنفot التالي للصدمة في حالة (بقاء) أى بمفرده .

الثاني : إن الابحاث والدراسات قد أثبتت تداخل هذا الإضطراب مع غيره من الإضطرابات الأخرى سواء أكانت نفسية أم عقلية أم إضطرابات شخصية أم انجرافات سلوکية .

- حيث يتدخل هذا الإضطراب مع الفئات التشخيصية الآتية :

أ - الإكتئاب الجسيم Major Depression

ب - إضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع Antsocial

ج - إضطراب الوسوس القهري

د - إضطراب المخاوف المرئية .

ه - إضطراب القلق العام .

و - الوظائف الجنسية .

ز - وظائف تدبير الذات .

ح - إضطرابات الإدمان على الكحوليات والعاقير.

ط - إضطرابات سواء التوافق ( حيث الاندفاعية واللجوء إلى سلوك المغامرات غير محسوب العواقب والنتائج ) .

( Kipnatic, et , al , 1987 )

( Daniels & Scur Field , 1994 )

**تفسيرات أسباب إضطرابات الصنفot التالية للصدمة :**

تعددت التفسيرات التي قدمت لأسباب إضطراب الصنفot التالية للصدمة .

ونستطيع حصر هذه العوامل في :

**أولاً : التفسيرات البيولوجية :**

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور إضطراب الصنفot التالية للصدمة على مستويات مختلفة .

- فقد تم دراسة التأثيرات الفسيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوى ، وتم تفسير ذلك بأن الصدمة تؤدي إلى تغييرات في نشاط الناقلات العصبية

Her Activity Neurotransnill ، والذي يؤدي بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحادة ، الإستجابات الإنفعالية ذات الشدة والثورات الإنفعالية والغضب والعنف .. وإن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لأفراز الغدة الادرينالية والمثيرات المرتبطة بالصدمة .

- كما درست كيمياء المخ الحيوية ، والنقص في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الادرينالية وما يترتب على ذلك من اختلالات في الوظائف مثل : فقدان الشعور باللذة ، الإحساس بالحذر ( الذي يشبه حالة الحذر في تناول المخدرات ) وكذا الاست Hubbard من الأنشطة الإجتماعية .

- وكذلك دراسات التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي أو التعرض المفاجئ ، أو المستمر أو الشديد للضغط الصادمة تؤدي إلى العديد من النتائج السلبية التي قد تسبب تدمير أو تغيير في المسار العصبي .

- كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمة على المخ ، وما يترتب على ذلك من حدوث تغيرات تجلّى في التغيرات التي تحدث في وظيفة السيروتونين والتي قد ترتبط بفقدان الشعور باللذة ، أو ( الانحباس ) في الخبرة الصادمة والذكريات ( المؤلمة ) والتي أرتبطت وتفاعلـت معها ( Crakem, 1999 pp. 340 - 342 )

#### ثانياً: التفسيرات النفسية :

تتعدد المدخلات النفسية التي قدمت لتفسيـر اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيري الذي قدمه كل من فو و كوزاك al Food Kizak وهو نموذج معرفي سلوكي يتضمن عنصر المعنى Meanly في الحادث الضاغط ، ويستخدم هذا النموذج مفهوم ( تركيب الخوف الذي وضعه ( لانج ) Lang حيث يفترض من هذا النموذج السببي إن الإستجابة التي تترتب على الخبرة الصادمة تضم عناصر ثلاثة هي :

- ١ - معلومات عن موقف المثير الصدمي .
  - ٢ - معلومات عن الإستجابات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية التي تترتب على المثير الصدمي .
  - ٣ - الرابطة ( أو الإقiran الشرطي ) ما بين المثير الصدمي والإستجابة المتوقع أن تصدر عن الفرد .
- وافتراض كل من ( فو ) و ( كوزاك ) إن مركب الخوف والذي يضم العديد من

المكونات المرضية والإنفعالية يتضمن أيضاً معنى الحادث الصدمي على أنه خطر (قد يهدد حياة الشخص أو يصيّبه بأضرار لا قبل للفرد يتحملها) ، كما أقرضاً كل من (فو) و(كوزاك) إن إضطرابات القلق (بأنواعها المختلفة) قد تغزو الفرد حين يدرك أنه يتعرض لمثير صدمي غامض أو خطير وأن فكرة (تلذش الإحساس بالأمان) تزيد من التناقض المنارة .

( Fia. et , 1992 )

وهناك نموذج آخر سببي قدمه كل من (كار كالهون ، وباتريشا ريسك Kateu C al Ptrica. R كارين كالهون ، باتريشا ريسك ، ٢٠٠٢ ، ١١٥ ، ٢٢٥ )

#### العلاج :

هناك مجموعة من العلاجات التي قدمت لمصطري هذا النوع من الإضطرابات منها نموذج العلاج السلوكي Behaviour Therapy . وقد تم التوصل من خلال الخبرة العلاجية - إلى وجود خمس نماذج وطرق علاجية سلوكية لهذا النوع من الأضطراب هي :

- ١ - العلاج الإنفجاري Implisive و الغمر المتخيل . Imaginal Flooding
- ٢ - التسکین المنظم Systematic Desensitization
- ٣ - الاعادة أو التكرار السلوكي Behavioral Rehearsal
- ٤ - التمرین على التحسين ضد الصنفot Stress Inoculation Training
- ٥ - التعرض العلاجي المباشر .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٨ ، ٢١٤ ، ٢١٩ )

#### العلاج بالعقاقير :

حيث عولج إضطراب الصنفot التالية للصدمة والذي يرافقه أعراض إكتئابية ظاهرة عضادات الإكتئاب Antidepressants ، ويرتبط استخدام المركبات ثلاثة العناصر والمهمّبات عادة بانتفاض في شدة الأعراض المستديمة وتكرارها ومنها الكوابيس .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ٢٢١ )

والعلاج المعرفي - السلوكي ( بشقيه الفردي - الجماعي ) : حيث يشترك مجموعة من الأفراد الذين تعرضوا لتجربة صادمة ( سواء

بطريقة فردية أو بطريقة جماعية ، واستخدام ) العديد من الفنون المعرفية القائمة على فحص الأفكار ( اللاعقلانية ) التي ارتبطت بالحادث الصادم ومحاوله ( وضعها) في إطار واقعى ( غير مبالغ فيه ) ثم إستبدال ما هو غير واقعى بما هو واقعى .. وغيرها من الفنون التي تهدف إلى علاج الفرد وإعادة توافقه مع الذات ومع الآخرين حتى يعود نشاطه المهني والإجتماعي كما كان قبل أن يتعرض للحادث الصادم أو الضاغط .

( Michelle . Craske, 1999 . 4 . 344 )

#### **مسار و مآل إضطراب الصنفوط التالية للصدمة :**

- ١ - مسار مزمن .
- ٢ - العودة إلى معيشة الصدمة لمدة سنوات .
- ٣ - مآل سيئ إذا كان المريض يعاني من حالة مرضية نفسية قبل تعرضه للحادث الصادم الآخر .

( Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996 )

## مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشة ( ١٩٩٨ ) الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - أحمد محمد عبد الخالق ( ١٩٩٤ ) ، الدراسة التطورية للقلق ، حوليات كلية الآداب ، الكويت ، الحولية الرابعة عشر ، الرسالة التسعوية .
- ٣ - أحمد محمد عبد الخالق ( ٢٠٠٢ ) ، الوسوس القهري - التشخيص والعلاج ، الكويت ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت .
- ٤ - أحمد محمد عبد الخالق ( ١٩٩٨ ) الصنمة النفسية ، مع إشارة خاصة إلى الدوافع العراقي على دولة الكويت ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت .
- ٥ - أحمد محمد عبد الخالق ( ٢٠٠٥ ) ، سيكولوجية الموت والإحتضار ، الكويت ، مجلس النشر العلمي .
- ٦ - أمثال هادي ، أحمد عبد الخالق ( ٢٠٠٢ ) . مدى فاعلية تمارين الاسترخاء العضلي في تخفيف القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات ، القاهرة ، مجلة دراسات نفسية ، المجلد ( ١٢ ) ، العدد ( ٢ ) من ص ٢٧٣ - ٢٩٤ .
- ٧ - ب. دى . سيلفا ( ٢٠٠٠ ) . فحص الوساوس والأفعال القهورية في كتاب : مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج . بول . ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٥٧ - ٨٠ .
- ٨ - تيموثى براون ، ترجمة أوليري ، بيفيد بارلو ( ٢٠٠٢ ) . إضطراب القلق المعتم في كتاب : مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي ، أشرف على الترجمة والمراجعة : صفوت فرج ، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٣٣٣ - ٤٦٨ .
- ٩ - جمعة سيد يوسف ( ٢٠٠١ ) ، النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية ، مراجعة نقية ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ١٠ - حسين عبد القادر ( ١٩٩٣ ) تعريف مصطلح المخاوف ، في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ١١ - بيفيد شيهان ( ١٩٨٨ ) . مرضي القلق ، ترجمة عزت شعلان ، مراجعة أحمد عبد العزيز سلام ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد ( ١٤ ) مجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

- ١٢ - ديفيد ريجز ، إد نافوا ( ٢٠٠٢ ) . إضطراب الوسواس القهري في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي ، إشرف على الترجمة والمراجعة : صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية . ص من ٤٦٩ - ٥٧٦
- ١٣ - رافت عسکر ( ١٩٩٠ ) . مدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع في الكشف عن المؤشرات الاوبيبية لدى المصابين بالمخاوف المرئية - دراسة اكلينيكية ، ماجستير غير منشور ، أداب الزقازيق .
- ١٤ - عبد السatar إبراهيم ( ١٩٩٨ ) العلاج النفسي السلوكى المعرفى للحديث إساليبه ومتادين تطبيقه ، القاهرة ، غير مبين مكان النشر ، الطبعة الثانية .
- ١٥ - عبد السatar إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم ( ١٩٩٣ ) . العلاج السلوكى للطفل - أساسية ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، الكويت ، العدد ( ١٨٠ ) ، المجلس الوطنى الثقافة والفنون والأدب .
- ١٦ - كارين كالهون ، باتريشيا ريسك ( ٢٠٠٢ ) . إضطراب منقوط ما بعد الصدمة ، ترجمة : مصطفى أحمد تركى في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي ، إشرف على الترجمة والمراجعة : صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ص من ٢٢٧ - ٣٣٢ .
- ١٧ - لويس مليكة ( ١٩٩٠ ) . العلاج السلوكى وتعديل السلوكى ، الكويت ، دار القلم .
- ١٨ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٤ ) إتجاهات حديثة في العلاج النفسي ، القاهرة ، جامعة حلوان .
- ١٩ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠١ ) حياته بلا خوف ، كتاب اليوم الطبي ، القاهرة ، مؤسسة أخبار اليوم .
- ٢٠ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٥ ) ، مقدمة في علم النفس المرضى ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ٢١ - مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ( ٢٠٠٢ ) . إضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة ، ترجمة صفت فرج في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية - دليل علاجي تفصيلي ، إشرف على الترجمة والمراجعة : صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية . ص من ١ - ١١٢ .
- ٢٢ - منظمة الصحة العالمية ( ١٩٩٩ ) ، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ١٠ : ICD ، تصنیف الإضطرابات النفسية والسلوكية ، النسخة العربية ، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية الشخصية ، القاهرة ، المركز

الإقليمي المتوسط .

- ٢٣ - وائل أبو هندي ( ٢٠٠٣ ) ، للوسائل الضروري من منظور عربي - إسلامي ، عالم المعرفة ، الكويت العدد ٢٩٣ . المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- 24 - American Psychiatric Association ( 1994 ) . **Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders**, 4 th. ed. washington. D.C
- 25 - American Psychiatric association ( 2000 ) . **Diagnostic and statistical manual Review of mental Disorders**, washington. D.C.
- 26 - Craske . M. ( 1999 ) . **Anxiety Disorders Psychological Approaches to theory and Treatment**, London. Westview Press.
- 27 - Davsoson, G. & nealej . ( 1994 ) . **Abnormal psychology** , 6 thed., new york, Johnwiley & sons lmc.
- 28 - Daniels, L. & scur Field, R. ( 1994 ) war - related thaumatic Stress disorder chemical addictions and - non - chemical habituating Lebehaviors im M. B. williams & J. F. sommer. J. (EdS.) Hand book of post-traumatic therapy, london : Green wood press., P P. 205 - 217
- 29 - Foa, E. & char Mbless. D., ( 1982 ) . **Habituation of subjective mxiety during Flooding in imagery**. Behaviour Research . vol(45) PP. 177 - 185.
- 30 - KA plan. , Sadock. B. ( 1996 ). **pocket Hand book of clinicsal psychiatry**, london , williams & wilkin, 2 ed.
- 31 - Kendler, K. , neale. M. , Kessler, R. , Heath, A op Eaves,l. (1992) **Generalis2ed anxiety disorder in women : A population - basod twin st udy**. Archiver of General psychiatry, vol (40 ), PP. 267 - 277.
- 32 - Karon. M., Golding. J. , Soresen,s & Bulnam, A.( 1988 ) the **pidemiology of OCD In Five U.S. communiter** . Archiver OFG General psy chiatry, vol ( 45 ) . PP. 1094 - 1099 .

- 33 - Kilpatrick K.D. (1987) Rape Victime : Detection assessment Teand Treatment. clinical psychologist , vol ( 36 ) . PP. 92 95 .
- 34 - Kessler, R., Mc Gonaglek. , 2 aka, nelson. c. Hughes. et al (1994) . lifetime and 12 - Month prevalence of DSM - III R. psychiatric disorder in the united states . Archives of General psychiatry, 51, PP. 8 - 19.
- 35 - Kyrios, M., Bhar,s.,ap wade, D., ( 1996 ) . the assessment of obsessive - compulsive phenomena psychometric and normative data on the padua inventory from an Australian non - clinical student sample. Behavior Research ap therapy. Vol ( 34 ) PP. 85 - 95 .
- 36 - Kaplan, H., ap sadock. B. ( 1991 ) . synopsis of psychiatry : Behaviorol science clinical psychiatry. Baltimore : williams ap wilkins, 6th . ed. Karren, L., ap syrjala . R. (1999 ) ; cancer pain : psychologicap Factors in pain , critic ap perspectivec . new yanpr : wiley
- 37 - Mitchellj. , & Everly, G. ( 1995 ) . critical incident stress debriefing cisd : anoperations manual for the prevention of traumatic stress among emeryency service and disaster workers. Ellicott city. chevron publishing corporaton. sned.ed.
- 35 - Mayers.J., weissman.M., tischer, c. Holzer.c. orvaschel, H., and et al ( 1989 ) . six-month prevalence of psychiatric disorder inthree communities Archives ofGeneral psychiatry, Vol ( 41 ) PP. 959 - 962 .
- 36 - Weissman, M. ( 1985 ) the epidemiology of Anxiety disorder : Rates , risks, and Familial patterns in A.H. Tuma ap J.D. Maser (Eds) , Anxiety and the anxiety disor ders. Hillsdale, Nt : Erlbaum .
- 37 - World Health organi2ation (1992) . the ICD-10 classification of Mental and behavloural disorder, clinical descripton and diagnosticguideline, Geneva.

## الفصل الثالث

### اضطرابات الوجودان

#### محتوى الفصل

- ملدي إنتشار الإضطرابات الوجودانية.
- حقائق عن الإضطرابات الوجودانية.
- تعريف الإضطرابات الوجودانية.
  - أ - تعريف علم النفس.
  - ب - تعريف الطب النفسي.
- تصنیف الإضطرابات الوجودانية.
  - أولا : الاكتئاب الجسيم وأنواعه ومحکات تشخيصه.
  - ثانيا ، اضطراب عسر المزاج.
- ثالثا ، اضطراب الهوس ،تعريفه - كيفية تشخيصه وأنواعه.
- رابعا ، اضطرابات إزداج القطبية ،الأنواع - محکات التشخيص.
- أسباب الإضطرابات الوجودانية.
  - أولا ، أسباب بيولوجية.
  - ثانيا ، أسباب نفسية - اجتماعية.
- علاج الإضطرابات الوجودانية.
- مآل الإضطرابات الوجودانية.



## اضطرابات الوجдан أو المزاج

### Mood Disorders

#### مدى إنتشار الإضطرابات الوجданية :

تعد إضطرابات الوجدان (المزاجية أو الأنفعالية) من أكثر الإضطرابات شيوعاً، وهي مسؤولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية . ويكفي القول إن ٥٠ - ٧٠ % من محاولات الانتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب . ومن العسير تحديد نسبة إنتشار هذا المرض نظراً لأن الحالات البسيطة تشفى تلقائياً ولا تتردد على الأطباء .

وعلى سبيل المثال تقدر منظمة الصحة العالمية في دراستها المسحية للإكتئاب في العالم : إن هناك ما لا يقل عن ( ١٠٠ ) مائة مليون شخص يعانون من الإكتئاب وفي مناطق متعددة من العالم . وإن هذا العدد من المصايبين بالإكتئاب يوثر فيما لا يقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد في الآخرين الذين يتواجدون أو يتواجدون معهم .  
 ( Sartorius, 1993 , PP : 47 - 155 )

كما أن هذه الإضطرابات تنتشر بصورة كبيرة في عالمنا العربي . فعلى سبيل المثال وجد أحمد عكاشة : إن نسبة الإضطرابات الوجданية ( خاصة الإضطرابات الإكتئابية ) اقتربت كثيراً بين الريف والحضر وتلاشى الإختلاف . حيث وجد نسبة الأعراض الإكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية حوالي ٣٦ % مقابلة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢ % . أما الإضطرابات الوجданية فتراوحت بين ٤ - ٧ % من هذه العينة . ( أحمد عكاشة . ١٩٩٨ ، ٣٦٢ )

وقد وجد عبد السنار إبراهيم إنتشار العديد من مظاهر الإضطرابات الإكتئابية بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية بما في ذلك : العدل إلى لوم الذات ( ٦٤ % ) ، الشعور بالعجز ( ٥٢ % ) ، فقدان الشهية ( ٩٤ % ) ، إضطرابات النوم ( ٨٣ % ) . وبالمثل فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متصاوغات مرضية منها : العجز عن التركيز ( ٥٤ % ) ، الخجل الشديد ( ٥٣ % ) ، التشنج عندما تثور أحصابهم ( ٤٢ % ) والصعوبات الدراسية ( ٣٣ % ) وغيرها من الأعراض .

( عبد السنار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٣٧ )

كما أن التقارير الطبية والكلينيكية تؤكد إنتشار هذه الإضطرابات في كثير من دول العالم ( بعض النظر عن محك القدم من عدمه ) . فقد وجد أحمد عكاشة إن نسبة الإضطرابات الوجدانية بين مرضى التفوس في مصر تصل إلى ٢٤% موزعة كالآتي :

١٩٪ إكتئاب تفاعلي على اعسر المزاج .

٦٪ ذهاب المرح الإكتئابي ( إضطراب وجданى ثنائى القطب ) .

٢٪ إكتئاب سن اليأس ( نوبية إكتئابية متاخرة ) .

( أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ٣٦٢ )

#### حقائق عن الإضطرابات الوجدانية :

١ - لوحظ أن هذه الإضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات المثقفة مقارنة بالطبقات التي لايسود فيها التراثية .

٢ - لوحظ أن هذه الإضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات العليا وذات المستوى الاقتصادي - الاجتماعي المرتفع عكس الحال في الطبقات الدنيا التي يسود فيها ( إضطراب الفصم ) .

٣ - تزايد نسبة الإضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال وتصل النسبة إلى ٣ : ٢ ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج النفسي أكثر من الرجال .

٤ - وجدت العديد من الدراسات إن حوالي ٣/٤ من مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية التوابية قبل المرض ( التي تتميز بسمات نفسية / وجدانية ، وجسمانية ، حيث يميل الجسم إلى البدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما .

٥ - يرى البعض إن الشخصية التوابية ما هي إلا محك من خلاله يمكن الإرتكاز إلى حقيقة إحتمال ( إصابة الفرد بالإضطراب الوجداني ثنائى القطب .

٦ - يتبناً الكثيرون من العلماء بزيادة هذه الإضطرابات مستقبلاً نظراً للعديد من العوامل الاجتماعية والإقتصادية والتي تقود بدورها إلى زيادة الضغوط ، وأضطراب القيم والتي تتعكس بلاشك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الإضطراب .

( Kaplan, H. & Sadock., B, 1996 )

٧ - إن الإضطرابات الوجدانية تنتشر بدرجة تفوق إنتشار الإضطرابات

العقلية والعضوية .

٨ - رغم كما ما سبق لا يوجد أحصاء دقيق لعدد المصابين بالإضطرابات الوجدانية للأسباب الآتية :

أ - إن هذه الفئة قد لا تقدم على دخول المستشفيات ونادراً ما تقدم طالبة للعلاج النفسي .

ب - إن نسبة كبيرة قد تعانى من إضطرابات جسدية أما عضوية خالصة لمرض مزمن ، وإنما مرض سيكوسomatic ، وفي كلا الحالتين يصاحبها الإضطرابات الوجدانية . ج - إن الإضطرابات الوجدانية تزامن وتتفاقم ، الكثير من الإضطرابات العقلية .

د - إنخفاض الوعي الثقافي النفسي والطبي وبالتالي لا تتجه الحالات الوجدانية للعلاج إلا في حالات نادرة .

ه - في بعض الإضطرابات الوجدانية - وفي الغالب - لا يحدث تفكك للشخصية ويتحمل المريض المسؤولية كاملة عن تصرفاته .

( آمال عبد السميع باطلة ، ١٩٩٧ ، ٢٠٦ )

#### تعريف الإضطرابات الوجدانية :

##### ١ - تعريف علم النفس للإضطرابات الوجدانية :

يقصد به عدم مناسبة الإنفعال - سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذي يعاشه الفرد ، وعلى هذا فسوف نجد العديد من الإضطرابات الإنفعالية منها الإضطراب الهوسى وفيه يبدو الشخص مرحًا ، متفائلًا ، سعيدًا ، مرتفع الروح المعنوية ... وهناك الإضطراب المتناقض والذى يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينًا ، مهمومًا ، متشائماً يائساً من الحياة ... وقد تتناثب الحالتان السابقتان على نفس الشخص فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة أخرى من الإكتئاب مباشرة ، أو قد تفصل بين النوبتين فترة من الشفاء ، أو قد يبدأ بنوبة من الإكتئاب تليها نوبة من الهوس وهكذا .

كما أن هناك عرضاً آخر من إضطرابات الوجдан يتمثل في : عدم الاستقرار الإنفعالي Emotional Instability ، ويتتمثل في صنف سلطة الشخص على إنجعالياته بحيث يستثيرها أضعف المثيرات . كذلك تعد البلادة الإنفعالية Emotional Hebetude نوعاً من الإضطرابات الوجدانية ، حيث تبدو إنجعاليات الشخص متبلدة

ازاء ما يسمع أو يرى من أحداث .

( فرج عبد القادر طه ، ١٩٧٩ ، ٧١ - ٧٢ )

### ب - تعريف الطلب النفسي :

يعرف إضطراب الوجдан بأنه نبرة إنفعالية مسيطرة تعمد من الحزن إلى الإنتعاش وما بينهما من درجات متفاوتة من الإنفعال ، وتنصف إضطرابات الوجدان بظهور مشاعر إكتتاب أو إنتعاش غير سوية تصاحبها سمات ذهانية في بعض الحالات الشديدة . وتنقسم إلى إضطرابات مزدوجة القطبية (Dipolar) وأخرى إكتتابية .

(Kaplan, H. & Sadock. 1991 )

### تصنيف الإضطرابات الوجданية :

وتصنف إلى إضطرابات التالية :

#### أولا - إضطراب الإكتتاب الجسيم : Major depressive Disydem

وهناك العدد من المعايير والمحكمات التي يمكن الاستناد إليها في التشخيص :

أ - معايير تشخيص نوعية الإكتتاب الجسيم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ومن هذه الأعراض :

١ - وجдан مكتتب طوال معظم ساعات اليوم ( كما يؤكذ ذلك المريض ، أو الأشخاص المحيطين به ) .

٢ - إنخفاض ملحوظ في الاهتمامات والشعور بالذلة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام .

٣ - إنخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم عدم إتباعه نظام ( ريجيمى ) خاص ، أو حدوث إزدياد في الوزن على أن تتجاوز الزيادة نسبة ٥ % من وزن الجسم في الشهر الواحد .

٤ - الارق أو فرط النوم ( المعاناة من صورة أو أكثر من صورة إضطرابات النوم ) .

٥ - البطء الحركي أو الإفراط الحركي يومياً وعلى وجه التفريع .

٦ - سرعة الشعور بالإجهاد ، وضعف النشاط يومياً .

٧ - الشعور بالدونية ، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف ( قد يرفى إلى

مستوى الضلاله ) وذلك بصورة يومية .

٨ - ضعف القدرة على التركيز والتفكير ، ووجود صعوبات في إتخاذ قرارات يومية .

٩ - كثرة في الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده ، ووجود أفكار إنتحارية متكررة ، دون خطة محددة ، أو محاولة الإنتحار ، أو التخطيط للإنتحار .

**ملاحظات :**

أ - لكي شخص نوع الإكتئاب الجسيم لابد من توافر خمسة أعراض ( أو أكثر) من الأعراض السابقة .

ب - أن يعاني الشخص من هذه الأعراض لمدة إسبوعين متصلين .

ج- أن نلاحظ وجود تغيرات في قدرة المريض ( مقارنة بالسابق )

د - يشترط لا تطبق على الأعراض معايير نوبات الوجдан المختلطة .

هـ - يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة ، أو تعطل في الوظائف الاجتماعية أو المرضية أو غيرها من المجالات المهمة الأخرى .

و - يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء ، أو نتيجة مرض جسمى عام ( مثل نقص إفراز الغدة الدرقية ) .

ز - لا تتطبق على الأعراض معايير الفجيعة bereavement أو الحزن الناتج عن وفاة شخص محبب و قريب من نفس الشخص .  
( APA , 2000 )

**ب - بيانات تستند إلى تاريخ الحالة :**

إذ لابد من توافر الأعراض الآتية :

١ - العجز عن الإحساس باللذة Anhedonia

٢ - الإنطواء أو الانسحاب تدريجياً من محيط الأسرة والأصدقاء .

٣ - معاناة الشخص من العلامات والأعراض الجسدية الآتية :

أ - فقدان الرغبة الجنسية .

ب - فقدان الشهية للطعام وبالتالي انخفاض الوزن .

ج- زيادة الوزن الناتج عن الشهية للطعام .

د - انخفاض في مستوى النشاط .

هـ- سرعة الشعور بالإجهاد .

- إضطرابات الدورة الشهرية ( لدى السيدات ) .
- المعاناة من إضطراب أو أكثر من إضطرابات النوم . وبعد الاستيقاظ المبكر من النوم ( أرق نهاية الليل ) القاسم المشترك لدى مرضى الإكتئاب حيث يعاني حوالي ٧٥ % من مرضى الإكتئاب من أرق النوم أو فرط النوم .
- الإمساك .
- الصداع المستمر ( دون سبب عضوي واضح ) .
- ٤- إن الفحص النفسي لمريض الإكتئاب يرتكز على وجود العناصر التالية :
  - أ- السلوك والمظاهر العام للمريض : ويتحقق من خلال العلامات الآتية :
    - البطء النفسي الحركي أو الفوران ( الإفراط ) النفسي الحركي .
    - تجنب النظر في وجه المعالج ( أو الآخرين الذين يتحدثون معه ) .
    - سرعة البكاء .
    - إنكسار الخاطر .
    - عدم الاهتمام بالمظهر الشخصي الخارجي .
  - ب- الإنفعال : حيث نلحظ أن الشخص :
    - مكتئب .
    - عصبي .
    - سريع الشعور بالإحباط .
  - ترتباً به حالة مستمرة من الحزن ( دون ارتباط ذلك بأحداث خارجية ) .
  - ج- الكلام : حيث تجد الآتي :
    - قليل
    - يندر أن يصدر تلقائياً .
    - مقتصب .
    - فقرات طويلة من الصمت .
    - نبراته خافتة وناعمة ورتيبة .
  - د- محتوى التفكير : حيث نلحظ الآتي ( إبان الفحص النفسي ) :
    - وجود قدر كبير من الأفكار الانتحارية حيث ترتباً هذه الأفكار ما يقارب ٦٠ % من مرضى الإكتئاب .

- يقدم ١٥٪ من مرضى الإكتئاب على الإنتحار .
- الاختيار الوسواسي .
- تغافل مشاعر اليأس
- تغافل مشاعر الدونية .
- سيطرة الشعور بالذنب .
- إنشغال دائم ومستمر ومكثف بأمكانية حدوث إضطرابات وتوقف في وظائف الجسم .
- فقر وضحالة في محتوى التفكير .
- وجود هالوس وضلالات تدور في الغالب حول محاور العدمية ، والفقير ، والشعور بالذنب .

**هـ الوظائف المعرفية : حيث نجد :**

- تشتيت الانتباه .
- صعوبة في التركيز .
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة .
- فقر في القدرة على التجريد .
- فقدان الإستبصار .
- ضيافة في الحكم على الأمور .

و- علامات ترتيب بغلات العمر : حيث وجدت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية وجود أعراض وعلامات معينة تميز فئات الإكتئاب وفقاً للفئة العمرية التي يتتمى إليها الشخص .

**أ - إيان مرحلة الطفولة : حيث نجد العلامات الآتية :**

- تسود الشكاوى الجسدية .

- الأفراط الحركي .

- الهالوس السمعية ذات الصوت الواحد .

- المعاناة من مظاهر أو أكثر من علامات القلق .

- المعاناة من مظاهر أو أكثر من علامات المخاوف المرورية .

**ب - إيان مرحلة المراهقة : حيث نجد العلامات الآتية :**

- سوء استخدام المواد المخدرة .
- الهروب من المدرسة .
- العرفة الجنسية .
- الحساسية المفرطة - المرضية لأى إنتقادات من جانب الآخرين السلوكية .
- عدم الاستقرار .
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المضادة لقيم وعادات وتقالييد المجتمع .
- متابعة دراسية (أو مهنية) .
- عدم مراعاة شروط وأصول النظافة الشخصية .

**ج - إيان مرحلة الشيخوخة :** حيث نجد العلامات التالية :

- فقدان الذاكرة .
- إنصراف الوعي .
- الخرف الكاذب أو خرف الإكتتاب .
- تبلد الإنفعال إزاء الأحداث الخارجية .
- فرط تشتت الانتباه .
- ح - علامات أخرى يمكن من خلالها تشخيص نوعية الإكتتاب الجسيم :**
- يصيب هذا المرض النساء أكثر من الذكور .
- تؤدي العوامل المرسية إلى المرض في ٢٥ % من الحالات .
- يتصرف بتقليل الأعراض النهاري حيث تصبح أكثر سوءاً في أوقات الصباح المبكر.

- ظهور البطء أو القرمان النفسي الحركي تصبحه أعراض جسمية وصلبات متوافقة مع الوجдан .
- يصيب الأشخاص لأول مرة في سن الأربعين ( وإن كان ظهوره في أية سن وارادا ) .

- تلعب العوامل الوراثية دوراً في حدوثه .

**تعريف الإكتتاب الجسيم :** ويصنف إلى الفئات الآتية :

- أ - الإكتتاب المصحوب بسمات سوداوية Melancholic** ويشخص - وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع كالتالي :

- ١ - شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كافٍ .
- ٢ - فقدان الشهية وتقصص الوزن الشديد .
- ٣ - بطء حركى أو فرط حركى .
- ٤ - الإستيقاظ فى ساعات مبكرة من الصباح (أى قبل موعد إستيقاظه المعاناد ساعتين على الأقل) .
- ٥ - يزداد الإكتئاب سوءاً فى الصباح وبصورة منتظمة .
- ٦ - وجود علامة أو أكثر من العلامات التي تميز الوجдан المكتئب .

**ملاحظات :**

- لابد من توافر ثلاثة وأكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص .
- ظهور عرض من العرضين التاليين عند ظهورهما أثناء أكثر فترات الدوحة **الحالية شدة :**

- أ - فقدان الاحساس بالذلة تجاه كافة الأنشطة أو معظمها .**
- ب - فقدان القدرة على الإستجابة للمؤثرات الممتعة في العادة ، أى أن الشخص لم يعد يستمتع بالأحداث السارة (كما كان العهد به في الماضي) .**
- ب - نوعية الإكتئاب الجسيم المزمنة : ويتصنف بالآتى :**
  - تستمر لمدة تزيد على السنين على الأقل .
  - أكثر حدوثاً لدى الذكور من المنسنين .
  - تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات أو الكحوليات .
  - تكون الإستجابة للعلاج ضعيفة .
- تبلغ نسبته من ١٠ إلى ١٥ % من جميع حالات الإكتئاب الجسيم .
- قد تحدث في سياق نوبات الإضطرابات المزدوجة القطبية من النوع الأول ومن النوع الثاني .

**ج - الإكتئاب الموسمي : Seasonal Depression** ويتصنف بالآتى :

- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصل الشتاء والخريف .
- يختفي هذا النوع من الإكتئاب في فصلى : الربيع والصيف .
- يتصنف المصايب به بفرط النوم والأفراط في التهام الطعام ، والبطء النفسي

الحركى .

ويثير الإكتئاب الموسمى العديد من القضايا :

أ - قضية الإسباب : وقد ذكر فى هذا الصدد رأيين :

الأول : إن الإصابة به لها علاقة بتمثل مادة الميلاتونين التى تفرزها الغدة الصنوبرية .

الثانى : إن تعرض المريض للضوء يمنع الإصابه بهذا المرض ولذا نجد العديد من الشركات الأمريكية تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربائية ، تصدر أضواء وأشعة ضوئية مماثلة للشمس . إلا أن نتائج هذه المحاولات العلاجية غير مؤكده تماما .

ب - إن قضية التفسير بأشعة الشمس أثارت تساؤل مؤداه : إذا كان هذا الأمر يحدث في الدول الأوروبية فماذا عن الدول التي تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس كالدول الأفريقية والشرقية ؟

وقد طرح هذا التساؤل على مجموعة من الطلاب فأكدوا أن البهجة تتناهى حين تغرب الشمس .

( عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠ )

ج - يطرح أيضا عبد الستار إبراهيم ملاحظة مؤداها أنه لاحظ أن نوبات الإكتئاب تزيد في موسم الكريسماس وعيد رأس السنة ، على الأخذ فى الإعتبار أن هذين العيدان يحلان فى الشتاء فهل لذلك صلة يانتشار الإكتئاب الموسمى فى تلك الفترات من السنة ؟

( عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ٢٠ )

د - إكتئاب النفل : ويتصف بالآتى :

- يصيب النساء اللاتي سبقت إصابتهن بإضطراب وجذانى أو إضطراب نفسى آخر فى معظم الأحيان .

- تظهر نوبات الإكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة .

- تشمل أعراض هذا النوع من الإكتئاب العلامات الآتية :

الأرق ، عدم الثبات الإنفعالي ، شعوره بالانهاك لاقل مجهد ، التفكير فى الإنتحار .

- قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل ولديها ( الامر الذى يقتضى إتخاذ العديد من التدابير لحماية الطفل من الأم ) .
- قد تظهر خلال حالات النفاس : نوبات من الهوس ، ونوبات مختلطة ( هوس - إكتتاب ) ، وإضطراب ذهانى مختصر .
- هـ - **الإكتتاب اللااضططرارى السمات :**
  - وينتصب بالآتى :
  - زيادة الوزن - كثرة النوم .
  - يصيب النساء أكثر من الرجال .
- قد يظهر فى سياق الإصابة بإضطرابات القطبية المزدوجة من النوع الأول والثانى . وأنثناء الأصابة بعسر المزاج .
- ز - **إكتتاب الطفولة :** وينتصب بالآتى :
  - تتطبق عليه نفس علامات وأعراض إكتتاب الراشدين .
  - قد يظهر بصورة مقنعة ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية :
    - ١ - هروب الطفل من المنزل .
    - ٢ - عدم الإنظام فى الدراسة .
  - ٣ - معاناته من خوف ( رهاب ) مرضى من المدرسة
  - ٤ - سوء إستخدام المواد المخدرة ( خاصة المواد المتطايره والتى وجدت العدد من الدراسات إنتشارها بنسبة كبيرة لدى الأطفال والمرأهقين )
  - ٥ - قد يقدم الطفل على الإنتحار .
- د - **الإكتتاب المزدوج :**
  - تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض ما بين ١٠ إلى ١٥ % .
  - يطلق على مرضى إضطراب عسر المزاج الذين يصابون بالإكتتاب الجسيم بالإضافة إلى مرضهم الأصلى .
- ز - **الغرف الكاذب :**
  - هذا المرض يصيب المسنين فى العادة .
  - يحدث بصورة أكثر بين المرضى الذين سبق لهم الإصابة بإضطراب

وجداني .

- يطلق على حالات الإكتاب التي تبدي من خلال أعراض تشبة الخرف .
- يسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفي .
- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محوريين :
  - أ - الصدمات الكهربائية .
  - ب - مضادات الإكتاب .
- ج - فئة لإكتاب الذي لم يسبق تخصيصه :
- يطلق على السمات الإكتابية التي لا تنطبق عليها معايير إضطراب وجداني محدد مثل :

- \* إضطراب الإكتاب الخفيف .
  - \* إضطراب الإكتاب المختصر والمكرر .
  - \* إضطراب سوء المزاج السابق على حدوث الدورة الشهرية .
- تاك كانت أنواع الإكتاب الجسيم .. وهى كما نرى متعددة ، وحقا凡an الإكتاب يرتدى أنثى متعددة ومتغيرة ويسbib كل الأشخاص ومن جميع الفئات والأعمار .

#### ثانياً : إضطراب عسر المزاج : Dysthymic Disorder :

- ويتصف بالآتي :
- أقل شدة من الإكتاب الجسيم .
  - أكثر إنتحارا وزمانا لدى الإناث مقارنة بالذكور .
  - تكون بدايته متدرجة .
  - يصيب الأشخاص الذين سبق لهم التعرض للصنيع النفسي ولفترات طويلة ، أو تعرضوا للخسائر مالية مفاجئة ، أو خسروا أشخاص كانوا يرتبطون بهم بالموت أو الحوادث .

- قد يتزامن مع إضطرابات نفسية أخرى مثل :
- أ - تعاطي المخدرات .
- ب - معاناة الشخص من إضطراب أو أكثر من أضطرابات الشخصية .

- جـ- معاناة الشخص من مرض الوسواس القهري .
- تزداد الأعراض سوءاً في نهاية اليوم .
- يبدأ الإصابة بهذا المرض - في الغالب - في سن العشرينات أو الثلاثينيات من عمر الفرد . ( إلا إنه يوجد نوع مبكر يبدأ قبل سن الواحدة والعشرين ) .
- أكثر إنتشاراً بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى الإكتئاب الجسيم .
- لكي يتم تشخيص الفرد بهذا الاضطراب لابد من توافر أثنتين من الأعراض التالية على الأقل :
- ١ - ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام .
  - ٢ - مشكلات النوم .
  - ٣ - سرعة التعب والإنهاك .
  - ٤ - إنحطاط في تقدير الذات .
  - ٥ - المعاناة من ضعف التركيز .
  - ٦ - التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .
  - ٧ - المعاناة من مشاعر اليأس وتفشيها داخل نفس الشخص .

### **ثالثاً : الهوس :**

ويعرف الهوس - في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي - بأنه - شأنه شأن الإكتئاب - حالة مرضية تبدو أوضحت ما تكون في الجانب الإنفعالي للشخص ، والشخص في حالة الهوس يكون متأثراً تماماً بحالة الإكتئاب حيث نجد ملوء بالنشاط والانشراح والسرور والبهجة والرضا عن النفس ويكون نشاطه الحركي والفكري سرياً ومستعجلًا .. وكثيراً ما يتعرض المهووس للهلاوس والأفكار الهذانية التي توحى بامتيازه وبعظمته وتساند حالة الانشراح والإنبساط التي تميز إنفعالاته وتتعكس على تصرفاته . ويرى التحليل النفسي إن حالة الهوس هي رد فعل لمعاناة الشخص من حالة إكتئاب أعمق يعاني منها .

وتقسم الموسوعة الهوس إلى الأنواع الآتية :

- هوس الإغتسال Ablutomania
- هوس الدين Religious Mania
- هوس الثراء Plutomania
- هوس الشراء

Logorrhea	- هوس الترثرة
Erotomania	- هوس جنسي
Kleptomania	- هوس السرقة
Mythomania	- هوس الكذب
Narcomania	- هوس المخدرات
Dancing Mania	- هوس الرقص

( فرج طه وأخرون ١٩٩٣ ، ٨٢٩ ، ٨٣٣ - )

إلا أن كتب الطب النفسي تصنف في الغالب الهوس إلى الأنواع الثلاث الآتية :

أ - هوس خفي Hypomania

ب - هوس بدون أعراض ذهانية Mania Without Psgdotic Symptoms

ج - هوس مع أعراض ذهانية Mania With Psychotic Symptoms

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٤٣ ، ٣٤٦ - )

وهناك عدة معايير يتم من خلالها تشخيص نوبه الهوس :

أ - تشخيص الهوس وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

حيث نجد الإعراض والعلامات الآتية :

١ - تضخم صورة الذات ( إعتقد العظمة ) .

٢ - إنخفاض الشعور بال الحاجة إلى النوم ( حيث من الممكن أن ينام الشخص

فقط من ساعتين إلى ثلاثة ساعات ويشعر بالراحة والنشاط )

٣ - عدم ترابط الأفكار والانتقال من موضوع إلى آخر .

٤ - سرعة في تشتت الانتباه .

٥ - زيادة الإنغماس والإنهماك في الأنشطة التي تجلب له اللذة والنشوة .

٦ - غزارة وثراء في الكلام بصورة تفوق سلوكه المعتمد .

٧ - زيادة في ممارسة الأنشطة : الاجتماعية - المهنية - الأكاديمية - الجنسية ... الخ .

ملاحظات هامة :

أ - لابد من توافر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن

التشخيص .

ب - أو وجود أربعة أعراض ( على الأقل ) إذا كانت العصبية هي الإنفعال السائد .

ج - لا تتطابق على الأعراض معايير تشخيص التهابات المختلطة .

د - إن تقود شدة إضطراب الوجдан إلى اختلال الوظائف المهنية أو العلاقات والإنشطة الاجتماعية ( مما يقتضي ضرورة إدخال المريض المستشفى حماية لنفسه وللآخرين من الإيذاء )

هـ - الاتكّون الأعراض السابقة ناتجة من :

- تعاطي مواد مخدرة أو كحوليات .

- تناول أدوية نفسية لها نفس الأعراض .

- عدم إصابة الفرد بمرض جسمى مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية .

ب - معايير أخرى تساعد في التشخيص : مثل

١ - معلومات مستمدة من دراسة تاريخ الحالة : من خلال ملاحظات العلامات والأعراض التالية :

أ - المبالغة في السلوك مثل :

- التبذير والسفه في الإنفاق .

- الإفراط في لعب ( الكورتيزىن ) أو القمار .

- الإفراط في ممارسة الجنس والعريدة الجنسية ( مما يدخل الشخص في مشاغل مع الطرف الآخر في حالة الرفض ، أو قد يجعله يدخل في نزوات قد تقوده إلى العديد من المشاكل ) .

ب - التوسيع والرغبة في ( التكويش ) على كل المناصب والمسؤوليات .

ج - سرعة الشعور بالإسلام للاحباط .

د - وجود العلامات الجسمية الآتية :

- زيادة في الرغبة الجنسية .

- نقص الوزن .

- فقدان الشهية .

- المعانة من اضطرابات النوم ( الإرق الذي يأخذ صورة عدم الشعور بال الحاجة إلى النوم ) .
- النشاط المفرط وعدم الاستقرار في مكان محدد .
- ٢ - الاستناد إلى بيانات مستمدة من الفحص الطبي النفسي : مثل
- أ - السلوك والمظاهر العام : ويتضمن الآتي :
- الإفراط النفسي حركي .
  - السلوك الهداف إلى ( لفت ) أنتظار الجنس الآخر .
  - إرتداء ملابس زاهية وذات الوان ملفتة للأنظار .
  - المبالغة في استخدام مساحيق الزينة .
  - إرتداء مجموعة غريبة أو متنافرة من الملابس .
  - التطفل على الآخرين والتدخل فيما لا يعنيه في شؤون الآخرين .
  - خفة الظل .
  - السخرية من كل شيء .
- ب - سرعة الاستئارة ( بما لا يتناسب مع المثير أو الوقوف الذي حدث ) .
- ب - الإنفعال : ويتميز بالآتي :
- إنفعالات حادة .
  - إنفعالات شديدة .
- ج - إنفعالات متقلبة ( حيث من المعken أن ينتقل إنفعال الفرد من التقييض إلى التقييض ) .
- ج - محتوى التفكير : حيث تجد السمات أو العلامات الآتية :
- المبالغة في تقدير الذات .
  - الشعور بالمعظمة .
- المبالغة في الإهتمام بالذات فقط ( يرتدي نظاره لا يرى منها ومن خلالها إلا ذاته ) .
- يعاني من ضلالات ( ب بصورة أقل وتدور حول العظمة ) .
- يعاني من هلاوس ( ولكن بصورة أقل ) .

- تتفق صنالاته وهلاوسه حول العديد من الموضوعات التي تدور حول ذاته مثل : إعتقد مبالغ فيه بأهميته ، وقوته .
- إن الصنالات والهلاوس قد تتراوح ما بين محورى : العظمة والإضطهاد .
- د - الكلام : يتصرف بالآتى :
  - الإلحاد .
  - مرتفع النبرة .
  - يميل إلى العبالغة وتفخيم الأحداث .
  - يرمز على إثارة العواطف والإنفعالات .
- غير مفهوم ( في بعض الأحيان نتيجة عوامل متعددة مثل السرعة ، الإنقال من موضوع إلى آخر ، استخدام مصطلحات غريبة ... الخ ) .
- ه - عمليات التفكير : حيث أنه ومن خلال الفحص نجد الآتى :
  - عدم ترابط الأفكار وإنسيابها .
  - تسارع الأفكار .
  - تفكك ( أو إختلال ) الكلام .
  - استخدام مصطلحات جديدة .
- الميل إلى السجع والتورية والعديد من المحسنات البدوية والبلاغية في الحديث .
- الإسترسال في الكلام .
- الشطط في الكلام ( أي ضعف العلاقة أو حتى عدم وجود علاقة من الأساس ما بين الفكرة وال فكرة التي تالية ) .
- ح - الاستبصار وسلامة الحكم على الأمور : حيث نجد الآتى :
  - الإفتقاد إلى الاستبصار ( الدرجة أن كثيرا جدا من هؤلاء الأفراد ينكرون ومن الأساس أصابتهم بالمرض .
  - العجز عن اتخاذ أي قرار منظم أو يستند إلى الواقع والمنطق .
- رابعا : إضطرابات أزدواج القطبية Bipolar Disorder ويتأخذ الأنواع الآتية :

١ - إضطراب إزدواج القطبية - النوع الأول I  
Bipolar I

ويشخص من خلال :

- تتطبق على المريض كافة معاير نوبة الهوس .
- أو تتطبق على المريض نوبة مختلطة كاملة .

قد يتزامن مع نوبات إكتتاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania

- إضطراب تتطلب شدته في العادة دخول المريض المستشفى .

٢ - إضطراب أزدواج القطبية - النوع الثاني II  
Bipolar II

ويشخص من خلال :

- يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحالة إن المريض أصيب بذروة إكتتاب جسيم واحد على الأقل ( Hypomania )

- أو أصيب بنوبة هوس خفيف واحد على الأقل .
- الا يكون المريض قد أصيب بنوبات الهوس .

٣ - إضطراب إزدواج القطبية سريع التقلب : Rapid Cycling

ويتصف بالآتي :

- يتتصف هذا النوع بظهور نوبات الإكتتاب والهوس .

ويقسم بظهور نوبات مختلفة أو سرعة التقلب .

- يكون عرضه لإنخاذ شكل مزمنا .

٤ - هوس المراهقة :

- تظهر أعراض الهوس السابقة .

- قد تختفي هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى :

\* تعاطي المخدرات .

\* تعاطي الكحوليات .

\* القيام بسلوك أو أخرين من السلوكيات المناهضة للمجتمع .

٥ - إضطراب المزاج الدورى : Cyclothymic Disorder

ويتصف بالآتي :

- إضطراب أقل شدة من إضطراب إزدواج القطبية .
- ظهور خلال الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الإكتئاب متوسط الشدة .
- يتصف بمساره المزمن .
- يخلوا من الأعراض الذهانية .
- يتطلب تشخيصه استمرار وجود الإعراض لفترة لا تقل عن سنتين .
- تتساوى نسبة حدوثه في الإناث مع الذكور .
- تبدأ الإصابة به تدريجياً .
- يظهر لأول مرة في نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .
- ينتشر بصورة كبيرة لدى الفئات التي تقبل على تعاطي المواد المخدرة والكحوليات .
- ينتشر الإكتئاب الجسيم وإضطرابات إزدواج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى .
- يؤدي عدم الثبات الوجداني إلى ظهور العديد من المشاكل الأكاديمية والاجتماعية .

( APA., 2000 )

#### أسباب الإضطرابات الوجدانية :

تعدد النظريات التي حاولت تفسير أسباب الإصابة بإضطرابات الوجدان .  
ويمكن في عجلة - تقديم هذه الأسباب والتفسيرات في :  
**أولاً : الأسباب البيولوجية :** ونستطيع حصر التفسيرات في هذا الجانب في  
الجوانب الآتية :

#### أ - الغدد الصماء :

حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الغددية إحتمالية الإصابة بالإضطرابات الوجدانية ، حيث تم رصد الآتي :

- إختلال مدخل الامينات البيولوجية التي يطلقها تحت المهاد .
- يزداد نشاط محور تحت المهاد ، حيث وجدت الدراسات مثلًا زيادة نشاط

الغدة النخامية والكظرية في حالات الإكتئاب ، كما ينخفض في الإكتئاب أيضاً إطلاق الهرمون الحادث لأفراز الغدة الدرقية ، كما ينخفض هرمون الذكور ( التستستيرون ) ، كما تقل وتضعف الوظائف المناعية في الإكتئاب والهوس على حد سواء .

#### ب - العوامل الوراثية : حيث وجدت الملاحظات الآتية :

- تشير الأدلة إلى انتقال المرض عن طريق الوراثة وتبدو أكثر وضوحاً في إضطراب القطبية .

- يظهر هذا الإضطراب على حد سواء بين أفراد من أسرة المريض .

- احتمال ظهور إضطراب وجدانى في طفل يصل إلى ٢٥ % إذا كان أحد والديه مصاباً بإضطراب إرذاج القطبية من النوع الأول ، وتزداد التوقعات بأصابة الطفل إلى نسبة ٧٥ % إذا كان الوالدين مصابين بالمرض .

- إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالإكتئاب الجسيم فإن احتمالاتإصابة الطفل بإضطراب الوجдан تتراوح بين ١٠ - ١٣ % وهكذا .

- لم يتم التأكيد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة بيد أن الدراسات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة ( الخاصة بالكروموسومات ١١ ، ٥ والكروموسوم الخاص بالجنس X ) وبين الإصابة بأى مرض من أمراض إضطرابات الوجدان .

#### ج - عوامل عصبية كيميائية : وتتلخص في :

- إنخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ ( مثل : السيروتونين ، ونورأدرينالين ، الدواميدين ) . وخاصة في حالات الإكتئاب .

- زيادة تركيز الأمينات الحيوية في المخ ( السابق الاشارة إليها ) في حالات الهوس .

- تغير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أستيك ( وهو مشتق من السيروتونين ) وحامض ( هو موفانيسليك - المشتق من الدواميدين )

- اختلال صبغ منظومة الأدرينالين والاستايل كولين مع سيطرة المسارات الكوليnergية .

( Kaplan, H. & Sadock, B. , 1996 )

#### ثانياً : الإسباب النفسية - الاجتماعية :

حيث توجد العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسيرات نفسية ، اجتماعية

لأسباب الاصابة باضطرابات الوجودان .

### أ - نظرية التحليل النفسي :

يفسر التحليل النفسي الإكتئاب على سبيل المثال على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات وأن الشخص قد يخبر فقداً حقيقةً لموضع الحب أو فقداً مخيلاً . هذا الإحساس بالفقد يولد العديد من مشاعر الرفض والغضب والعدوان . إلا أن هذا الفضول المستشار ضد ( طرف ) موجود في الخارج قد ( يتتحول ) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لـ أنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد .. وبالتالي تجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب والدونية وتحفير الشأن على أن تقديره لذاته يعتمد على تقدير الآخرين له .

( Ingram, 1994 , P. 120 )

ومن جهة أخرى بعد الهوس والإنتعاش ( أو الشعشعة ) من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن ، حيث تجد إن الانماط على يتميز بالقرفة العدوانية والتصلب وعدم المرونة . وقد وصف فرويد الإزدواج الوجوداني تجاه المحبوب المستتدخل ، والذي يؤدي إلى عداء مرضي إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل أو بصورة رمزية مع وجود أفكار إنتحارية .

### ب - نظريات التعليم :

وسوف نقتصر حديثنا في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned Helplessness لـ سيلجمان ، والذي أكد على أن الإكتئاب - كمثال - إستجابة متعلمة . تتعلمها عندما تجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها .

وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات وكانت نظريات التعلم متکتنا لها ولم يكتفى سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تؤدي إلى الإكتئاب بل وصف العوامل التي تؤدي إلى العلاج وبث الأمل وت تقديم الدعم للمريض .. وهي المنطلقات الأساسية التي انطلقت منها باقي نظريات التعليم .

( عبد المستوار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ١٣٧ ، ١٤٤ - )

( Culbertson , 1997 , PP. 25 - 31 )

ج - النظرية المعرفية : حيث وصف هارون بيك الثلاثية المعرفية المتراطة

والتي تقود إلى الإكتئاب ، والتي تتكون من :

- <sup>٦</sup> - نظرية سلبيه للذات ( أنا سيئ وشخص فاشل ) .

٢- التفسير السليم للخبرات ( كل شيء سينما على الدوام )

٢- التوّاقع المستمر للفشل ( قليل البحت يلاقي العظم في الكرشة ! ) .

إضافة إلى تبني الشخص (المكتتب على سبيل المثال) العديد من الأفكار اللاعقلانية والتي يرددتها الفرد لنفسه (إضطراب في التفكير يقود إلى إضطراب في الوجودان ثم يقودان بدورهما إلى إضطراب في السلوك).

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٤ : Ellis & Dryden, 1987 )

## علاج الاختلالات الوجدانية :

يستطيع المعالج واسرة المريض أن يقرروا ما إذا كان الشخص المريض يتم علاجه ورعايته والإهتمام به خارج المستشفى أو داخل المستشفى ( وفقاً لحالة الخطورة والإيذاء المتوفّق ) .

ويحدد البعض خمس حالات لابد أن يتم علاج المريض من خلالها داخل

**المستشفى** ، وهذه الحالات هي :

١- حالات الهوس الحاد وأحياناً تحت الحاد حيث لا يوجد استبصار للمريض

بِمَرْضَه

#### ٢ - حالات الذهول والثبات والغيبوبة الإكتئابية

٢- رفض الشراب والطعام مما يشكل خطورة على حياة المريض .

٤- كثرة الحركة أو هبوطها لدرجة أن أقرباء المريض لا يستطيعون العناية

.4

٥ - محاولات الانتحار المتكررة أو تاريخ محاولة انتحار به حدية سابقة .

(أحمد عكاشه، ١٩٩٨)

و ينقسم العلاج إلى :

**العلاج دوائياً:** حيث يتم علاج حالات الـ «بر» وخاصة الحالات الحادة

يمضادات الذهان ومثبات الانفعال ، أما في حالات الإكتئاب فيتم العلاج بمضادات

الإكتئاب (الليثوريزن) . على إن يستخدم العلاج لمدة ستة أشهر على الأقل بعد أول

نوية إكتئاب . كما قد يستمر بجرعات مساندة لسنوات في حالات تكرارها وقد وجد أن الجمع بين العلاج بالدواء والعلاج النفسي يقود إلى العلاج الناجح في ٧٠ - ٨٠٪ من حالات المرضى .

**العلاج بالصدمات الكهربائية :** ويستخدم العلاج بالصدمات الكهربائية في الحالات الآتية :

- تستخدم مع الأدوية لعلاج حالات الإكتئاب المستعصية .
- يستخدم في الحالات ذات السمات الذهانية .
- يستخدم في حالة الوصول إلى تحسن سريع في الحالات الشديدة قبل استخدام الأدوية .
- يستخدم في حالة ما إذا كانت لمضادات الإكتئاب أثار جانبية شديدة تتحتم على المعالج عدم استخدامها .

رقد أثبتت العديد من التجارب تأثير العلاج الكهربائي في إزالة أو تخفيف حدة الأعراض سواء أكان ذلك في مرض الإكتئاب أو مرض الهوس .

**العلاج النفسي - الاجتماعي :** حيث من الممكن استخدام الانواع العلاجية النفسية الآتية :

**أ - العلاج المعرفي :** وخاصة تلك العلاجات المستخدمة من وجها نظر هارون بيك .. وهو علاج قصير الامد يقوم به المعالج بتفاعل مع المريض ، ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات تهدف إلى دحض وتفكيك الأفكار السلبية اللاعقلانية التي يعتقد فيها الشخص وإستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بثث الأمل والطمأنينة والدعم الاجتماعي .

**ب - العلاج السلوكي :** ويؤتى إلى نظرية التعلم ( الاشرطة التقليدي والإجرائي ) قصير الامد وبصفة عامة والذي يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك غير المرغوب فيها ، تمثل فنية التعزيز الموجب الإجرائية وسيلة معايدة فعالة في علاج الإكتئاب .

**ج - العلاج النفسي التحليلي :** والذي يهدف إلى تزايد مساحات الاستبصار لدى الشخص بطبيعة الأعراض ، وإن يفهم الشخص المكتتب  
- صراعاته .

- دينامياته .

- دوافعه اللاشعورية .

- احتياجاته .

**د - العلاج النفسي التدعيبي :** وذلك من خلال القيام بالآتي :

- تحسين مهارات الفرد المعرفية والاجتماعية .

- تحسين صورته المدركة عن نفسه .

- صحح تدلي اعتبار الذات الناتج عن أزمان المرض .

- تحسين التزام المريض باستعمال الدواء وقدرته على تحمل الآثار الجانبية .

- القيام بتوظيف المريض واسرتة بمسار المرض البيولوجي .

- تقديم التدريم البيئي لاتاحة الفرصة للشخص كي يتجاوز المحن .

- تكوين صداقات جديدة .

( بيتر نوفاليس وأخرون ، ١٩٩٨ ، ١٧ - ١٧٧ )

**ه - العلاج الأسري :** ويتم اللجوء إلى هذا النوع من العلاج في الحالات التي يزعزع إستقرار الأسرة ، وأن الإكتناب أو الهوس يؤثر في العلاقات الأسرية ، أو الإحساس بوجود أنماط أو سلوكيات معينة سائدة داخل الأسرة تدعم الإضطراب أو تعمل على استمراره .

ولذا فإن العلاج الأسري مفيد للمريض ولأسرته . لأنه يتعين على المعالج التصدى - بالطرق والتقنيات النفسية المختلفة والمتناصبة - ليقايا مشاعر القصب والعار والذنب السائد بين أفراد أسرة المريض ، إضافة إلى أن العلاج الأسري يدعم الالتزام ويسهم في التعرف على العوامل التي تفجر التوترات .

**مآل الإضطرابات الوجدانية :**

يختلف سير المرض تبعاً للعديد من العوامل . إلا أن الملاحظات والخبرات والدراسات قد أوقتنا على مجموعة من (المعايير) يمكن الاستناد إليها في تقدير مدى شفاء أو عدم شفاء المريض .

**العوامل التي تؤدي إلى سرعة شفاء المريض :**

١ - إذا كان المريض قد عانى من عدة نوبات متكررة من قبل يقل احتمال

- شفائه عن المريض الذى يعانى من التهاب لأول مرة .
- ٢ - إذا ظهر المرض فجأة وليس بطريقه متدرجة .
- ٣ - حدوث تحسن فى الإضطرابات التى تحدث تلقائيا دون مسببات حيث يلعب الإستعداد الوراثي دورا قويا .
- ٤ - كلما كان المريض صغير السن تحسنت فرصته فى الشفاء .
- ٥ - كلما قل أو انعدم فى التاريخ العائلى للشخص وجود حالات إصابة سابقة بالإضطرابات الوجدانية أو الذهانية .
- ٦ - تكامل شخصية المريض قبل المرض يشير إلى إحتمال حدوث تحسن كبير وشفاء من المرض .

#### **العوامل التى تسين إلى مصير المرض ( المآل السيني )**

- ١ - نوبات متكررة وخاصة نوبات الإكتئاب المتناوبة مع نوبات المرح .
- ٢ - إذا زادت سن المريض عن ٥٠ سنة عند بدء المرض .
- ٣ - ظهور العديد من الأعراض الكلينيكية المميزة مثل : توهם العقل البدنية ، اختلال الانسجة ، وجود أعراض فصامية غامضة ... الخ .
- ( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ٣٨٧ - ٣٨٨ )

وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية إلى الآتى :

- ينتحر ١٥ % من مرضى الإكتئاب في نهاية المطاف .
- تستمر نوبة الإكتئاب المتوسطة عشرة أشهر تقريبا إذا لم يعالج الشخص .
- تنتاب ٧٥ % من المرضى على الأقل نوبة إكتئاب ثانية . خلال السنة أشهر التالية على أول نوبة في معظم الأحوال .
- مآل مرض الإكتئاب مآل جيد إذ يتعافى ٥٠ % من المرضى ، ويتعافي ٣٠ % منهم بصورة جزئية ، ويعانى ٢٠ % منهم من الإكتئاب المزمن .
- تصاب نسبة من مرضى عسر المزاج ، تترواح بين ٢٠ و ٣٠ % بالأمراض التالية ( مرتبة ترتيبا تناظريا ) وهى :
  - الإكتئاب الجسيم .
  - إزدجاج القطبية من النوع الأول والثانى .

- تعاود نوبات الهوس المرضي في ٤٥ % من الحالات .
  - تستمر نوبة الهوس ما بين ثلاثة وستة أشهر إذا لم يعالج المريض .
  - نسبة الانكماش مرتفعة حيث يبلغ متوسط عدد الانكماشات عشر مرات ، يصاب حوالي ٨٠ - ٩٠ % من مرضى الهوس بنوبة أكتابية كاملة .
  - بعد مآل حالات الهوس مآلًا مقبولًا ، إذ يتعافي ١٥ % من المرضى ، وينتعفى ٥٠ - ٦٠ % بصورة جزئية ، ويعانى ثلث المرضى من الهوس المزمن وبالتالي حدوث تدهور في الوظائف : المهنية والدراسية والإجتماعية للشخص .
- ( Kaplan, H. & Sadock, B. . 1996 )

## مراجع الفصل

- أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- آمال عبد السميع باطة ( ١٩٩٧ ) ، **الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- بيتر نوفاليس ، ستيفن ، وجيفيتز ، روجر بيك ( ١٩٩٨ ) ، **العلاج النفسي التدعيي** ترجمة ، لطفي فليم ، عادل دمرداش ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة - المشروع القومي للترجمة ، رقم ٢٥٢ .
- عبد الستار إبراهيم ( ١٩٩٨ ) . **الاكتئاب - إضطراب العصر الحديث - فهمه وأساليب علاجه** . الكويت . عالم المعرفة ، العدد ( ٢٣٩ ) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب .
- فرج طه ( ١٩٧٩ ) ، **الشخصية ومبادئ علم النفس** ، القاهرة ، مكتبة الخانجي .
- فرج طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) موسوعة **علم النفس والتحليل النفسي** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- محمد حسن غانم ( ٢٠٠٤ ) ، **اتجاهات حديثة في العلاج النفسي** ، القاهرة . جامعة حلوان .
- American psychiatric association ( 2000 ) **Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder ( DSM - Iv )** . Wshington DC.
- Sartorius. n ( 1993 ) . Who's work onthe Epidemiology of Mantal disorders. Social psychiatry and psychiatric Epidemiology , 28, PP. 147 - 155.
- Ellis, A& Dryden.w ( 1987 ) **the practice of rational - emotive therapy** . new york springer .
- Ingram. R ( 1994 ) . **Depression**. in. V. Ramachndram (Ed). **Encylopedia of human behavior** . Vol. 2, P : 113. newyork . . Academic press.
- Kaplan, H. & Sadock , B. (1996) **Pocket Handbook of clinical psychiatry** , London. Williams wilkin, Sed.



## الفصل الرابع

### اضطراب الفصام

- محتويات الفصل.
- مدى انتشاره.
- تعريفه.
- تاريخ موجز ل كيفية التعرف والتخيص لاضطراب الفصام.
- تشخيص اضطراب الفصام.
- أعراض الفصام.
- اضطراب التفكير.
- اضطراب الارتك.
- اضطراب الانفعال.
- اضطراب الانبهار.
- اضطراب الإرادة.
- السلوك وانحرافه وشلوده.
- أنواع الفصام.
- أسباب اضطراب الفصام.
- علاج اضطراب الفصام.
- المصير والسؤال لاضطراب الفصام.



## الإضطرابات الذهانية

### الفصام Schizophrenia

ينتمي إضطراب الفصام إلى الإضطرابات الذهانية ، والذهان Psychosis يشير في معجم العلوم الاجتماعية إلى الآتي :

أ - الذهان إصطلاح في الطب النفسي والتحليل النفسي ، يشير إلى إضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية بأسرها ، فتضطرب علاقة المريض بعالمه إضطراباً شديداً ، وتختل إستجاباته الإنفعالية ، كما قد تختل وظائفه العقلية اختلالاً شديداً ، أو اختلالاً محدوداً ، وهو مصطلح مرادف للمريض العقلي ( أو ما يعرف في المصطلح الشعبي الشائع الجنون ) .

ب - ويهم الطب النفسي بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولمختلف فئاته ، وإن الذهان ينقسم إلى مجموعتين رئيسيتين :

١ - الذهان العضوي : ويتميز بوجود إصابات أو تلف عضري بالمرآكز العصبية العليا ( المخ ) . ومن أبرز أمثلته الشلل الجنوني الذي ينشأ من الإصابة بالزهري .

٢ - الذهان الوظيفي : حيث تم اكتشاف العديد من مظاهر الإضطراب والخلال التي تطرأ على الوظائف النفسية ومن أبرز أمثلته الفصام .

ج - في حين إن التحليل النفسي - كمثال - يهتم بالتفسير الدينامي للذهان بوصفه سلوكاً ذاتي ودلالة كالحلم والعصاب تماماً . ولذا نجد العديد من المفاهيم التحليلية التي تحاول سبر أغوار هذه الظاهرة مثل : الإسقاط ، الميل الجنسي الكامن من السادية الفميه .. الخ .

( مصطفى زبور ، ١٩٧٥ ، ٢٧٩ - ٢٨٠ )

وتحتاج الإضطرابات الذهانية بالأعراض الآتية :

١ - إضطراب واضح في السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء ، انعزال ، إهمال في الذات والعمل الإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية .

- ٢ - تغير في الشخصية الأصلية ، وإكتساب عادات وتقالييد وسلوك مختلف عن الشخصية الأولى .
- ٣ - تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه .
- ٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره .
- ٥ - عدم إستبصار المريض بعلمه ، فلا يشعر بمرضه وبالتالي يرفض العلاج .
- ٦ - إضطراب في الإدراك مع وجود الصلالات والهلاوس .
- ٧ - البعد أو الإنفصال عن الواقع والتتعلق بحياة منشؤها إضطراب تفكيره .
- (أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ،

ومن أشهر الإضطرابات الذهانية : الفصام .

#### مدى إنتشاره :

- تتراوح نسبة حدوثه بين ١% و ١٥% في شتى أنحاء العالم في حين تجد البعض يرفع هذه النسبة ما بين ٨٥% و ٣% من المجموع العام لأى شعب .
- أكثر إنتشاراً في المدن منه في الريف .
- يزداد حدوثه في الدول الصناعية المتقدمة أكثر من غيرها من الدول التي لها أنشطة إقتصادية أخرى .
- يتساوى ظهور الفصام في الذكور والإإناث .
- يظهر في العادة من سن (١٥) إلى (٣٥) عاماً ، حيث تبدأ ٥٠% من الحالات قبل سن الـ (٢٥) عاماً . ويندر ظهوره قبل العاشرة أو بعد سن الأربعين .
- يصيب الذكور في سن أصغر مقارنة بالإإناث .
- يزداد إنتشاره في الطبقات الاجتماعية الدنيا ، مما دعا إلى ظهور ما يسمى بفرض الانحدار Downward Drift Hypothesis والذي يؤمن أنصاره بأن مرضى الفصام ينتهيون لأى طبقة اجتماعية في بداية الأمر ، ولكن نتيجة للتدحرجات التي تحدث في مختلف مكونات الفرد فإن ذلك يستتبع بالضرورة إنحداراً في الطبقة أو المستوى الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد ، في حين إن البعض الآخر (يحل) الظروف الاجتماعية ، والإقتصادية ، والثقافية ، وظروف المعيشة والسكن لدى الطبقات الفقيرة و يجعلها المهد والأسان والمنطلق لظهور الفصام . وإن الإزدحام في السكن ، يقود - بدوره - إلى إنتشار العديد من الانحرافات السلوكية المميزة لسكان

هذه المناطق ( جريمة ... بقاء ... مخدرات ... الخ ) ولذا فإن الإصابة بمرض الفصام قد تكون ناتجة عن هذه الظروف ، أو متقاعلة معها .

- وجدت الدراسات إن الإصابة بالفصام تكثر في بعض فصول السنة حيث يرداد حدوثه في الشتاء وبداية الربيع ( وتحديداً بين شهر يناير وإبريل في نصف الكورة الشمالي أو بين يوليو وسبتمبر في نصف الكورة الجنوبي ) .

- وفيما يتعلق بعدد الحالات الفصامية المترددة على العيادات النفسية للعلاج في أمريكا على سبيل المثال - وجد انخفاض في عدد حالات الفصام المترددة على أقسام المستشفيات الداخلية بنسبة تتراوح بين ٤٠ و ٥٠ % من عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٧٥ .

- ويعالج - أيضاً في أمريكا - ما يقارب ٨٩ % من مرضى الفصام في العيادات الخارجية في الوقت الراهن .

- وأنتكلفة علاج مرض الفصام ( فقط ) - في أمريكا على سبيل المثال لا الحصر ، تصل إلى حوالي ( ١٠٠ ) مليار دولار في العام .  
( Kaphn, H., & Sadock B, 1996 )

- في حين وجد في مصر أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية حوالي ١٥ % من حالات الفصام ( كافة الأنواع ) . وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية ، نظراً لأن الأخيرة تستقبل حالات منتفقة من الذهان .  
( أحمد عكاشه ١٩٩٨ )

#### تعريف ضطرب الفصام :

أ - في علم النفس : يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ك الآتي : « الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية إنتشاراً . وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصديع فقدن بذلك التكامل والتتناسق الذي كان يوازن بين جوانبها الفكرية والإيقاعالية والحركية والإدراكية وكان كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى . ومن هنا تبدوا غرابة الشخصية وشذوذها . ومن هنا أيضاً أشتق اسم المرض حيث يشير إلى أن جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض وتتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها .

ولحالات الفصام طائفة من الخصائص المميزة والمشتركة عادة أبرزها هو

البلادة الإنفعالية ، والتفكير في ترابط السلوك ومدى مناسبته مع المواقف .  
( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ )

**ب - في الطب النفسي :**

الفحص هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها ، وتغير تغييرا عميقا من أنماط تفكيرهم ، وشعورهم ، وسلوكهم تجاه العالم ، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتية لا تناسب مع الواقع .  
( سيلفانو أريتي ، ١٩٩١ ، ٢٢ )

**تاريخ موجز لكونية التعريف والتشخيص لاضطراب الفحص :**

هناك عدة محاولات أمكن من خلالها التعرف على مرضي الفحص . وفيما يلي نقدم موجزا لهذه المحاولات .

أ - بعد الطبيب النفسي البالجيكي ( بينديكت موريل B Morel ) أول من وصف الفحص رسميا حيث أطلق عليه مسمى « الخرف المبكر » وكان هذا عام ١٨٥٢ .

ب - ثم جاء بعد ذلك الطبيب النفسي الألماني إميل كريبلين Kraepelin E. والذى أطلق على مجموعة من الأمراض التي تظهر فى سن المراهقة أطلق عليها اسم الخرف المبكر . وكان هذا عام ١٨٩٦ . إلا أن الجديد الذى قدمه - إنذاك - هو مجموعة من المعايير التى يتم الاستناد إليها فى تشخيص هذا الخرف المبكر - عكس الحال مع موريل .

**معايير إميل كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر :**

- إضطراب الانتباه والقدرة على الفهم .

- الهلاوس ( خاصة الهلاوس السمعية ) .

- سماع المريض لأفكاره .

- صنالة الإنفعالات بل وجمودها وأحيانا عدم مناسبتها للمواقف .

- اختلال الوظائف المعرفية خاصة عدم الحكم الصائب على الأمور .

- شعور المريض - بل وإعتقاده - بأن هناك قوى خارجية تسسيطر على أفكاره .

- اختلال محتوى التفكير ( ويمكن رصد أكثر من محور دلالة فى هذا الأمر ) .

- رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل : إنخفاض الدافعية ، المحاكاة ،

التفعيل ، التهيج الكثاثوني ، النمطية .. الخ )

جـ- بعد الطبيب النفسي السويسري : يوجين بلويلر U. Bleuler أول من أطلق اسم الفصام أو ( العقل المشطور ) على هذا المرض . وكان هذا عام ( ١٩١١ ) . وكان يرى بضرورة أن يتم التشخيص وفقاً للعديد من الإضطرابات الأساسية وهي :

**إضطرابات جوهرية :**

- اضطراب التفكير .
- اضطراب الإنفعال .
- الإضطراب الذاتي أو الشعور بالذات .
- اضطراب الإرادة .
- ثنائية الوجود .
- الذاتوية ( أو الإنكفاء على الذات دونأخذ الآخر في الإعتبار ) .

**أعراض إضافية :**

- اضطراب الإدراك الحسى ( الهلاوس بمختلف إشكالها ) .
- الصلالات .
- اضطراب الذاكرة ( سواء للأحداث القريبة أو البعيدة ) .
- تغير نمط الكلام والكتابة .
- وجود العديد من الأعراض الجسمية .
- وجود العديد من الأعراض الكثاثونية .

د - والمعايير السابقة تقريراً قد ذكرها كورت شنادر A. Schenden . ولن أختلف أبداً الترتيب حيث يركز بداية على الهلاوس السمعية وصولاً إلى ما يسميه بالأفلاس أو الفقر الإنفعالي .

هـ- إن كل المحاوولات السابقة والرائدة قد جعلت الإبحاث والملاحظات تتزايد حول هذا المرض العقلى والذى أدرج ضمن معايير الدليل التشخيصى والإخصائى الرابع الأمريكى .

**تشخيص مرض الفصام :**

سوف نعتمد في هذا الحيز على المعايير التشخيصية التي ذكرت في الدليل

التخسيسي والإحصائي الرابع الأمريكي .

**معايير تشخيص الفضام وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

١ - وجود ضلالات .

٢ - وجود هلاوس .

٣ - تفكك الكلام ( مثل إنحراف مسار التفكير ، وعدم ترابط الكلام )

٤ - تفكك السلوك بصورة جسيمة أو ظهور السلوك الكفاحوني .

٥ - ظهور العديد من مظاهر السلوك والأعراض السلالية مثل : صنالة الإنفعال ، عدم مناسبته للموقف ، إفلاس وفقر الفكر ، فقدان الإرادة .

**ملحوظات :**

أ - لا بد من توافر اثنين من الأعراض السابقة أو أكثر لكي يشخص الفرد في هذه الفئة .

ب - إن تستمر الأعراض فترة من الوقت لا يستهان بها خلال مدة شهر واحد ، إذا عولج المريض بنجاح .

ج - وجود أكثر من صورة من صور اختلال الوظائف الاجتماعية والمهنية مثل :

- تدني مستوى الإداء في مجال رئيسي واحد أو أكثر بصورة جسيمة ( مثل : العمل ، العلاقات الاجتماعية ، رعاية الذات ) مقارنة بالمستوى والمظهر السابق على ظهور الأعراض .

د - إستمرار علامات المرض لفترة ستة أشهر على أقل تقدير ، على أن تشمل تلك الفترة أعراضها مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل أو مدة أقل إذا عولج المريض بنجاح .

هـ - أن تكون هذه الأعراض نشطة .

و - إستبعاد الفضام الوجданى وإضطرابات الوجدان المصحوبة بالأعراض الذهانية للأسباب الآتية :

- عدم مصاحبة أعراض أكتئاب أو هوس أو أعراض مختلفة لأعراض المرحلة النشطة للفضام .

- أو : في حالة ظهور أعراض إضطراب وجданى أثناء مرحلة الأعراض

النشطة تتصف مدتها الإجمالية بالإقتصاد عند مقارنتها بمدة إستمرار الأعراض النشطة أو المتبقية عن المرض .

ج- استبعاد سوء استخدام المواد المخدرة أو الإصابة بأحد الأمراض العضوية التي تستدعي استخدام بعض الأدوية .

ط - الأخذ في الإعتبار إذا كان قد سبق للمريض الإصابة بإضطراب الذاتية في الطفولة ، أو قصور النمو ، لا يضاف تشخيص الفحص إلا عند توافر ضلالات أو هلاوس بارزة بالإضافة إلى أعراض الإضطراب الأصلي بصورة مستمرة ، لمدة لا تقل عن شهر ( أو أقل عند النجاح في علاج المريض ) .  
( APA. , 2000 )

#### تدخل الفحص مع بعض الإضطرابات الأخرى :

أكيدت العديد من البحوث والملاحظات وجود تداخل ما بين أعراض إضطراب الفحص مع إضطراب الوسواس القهري على أساس وجود أفكار غير منطقية تدخل حيز تفكير الشخص .

( Kindler. et . ap. 1993)

#### فما هو الفرق بين الوساوس والضلالات ؟

١ - وجود درجة من الإستبصار لا يأس بها في حالة الوساوس عكس الحال في الضلالات Delusions

٢ - إن المريض في الوساوس يقاوم ويحاول الإنعراض ، في حين أنه يكون نسليساً تماماً ، في حالة الضلالات .

٣ - تدرك الآنا ( الوساوس ) على أساس أنه غير متسق معها ، في حين يكون العكس فيما يتعلق بالضلالات ( الإنفاق مع الآنا ومعتقداتها ) .

٤ - إن العديد من الدراسات أكيدت إنتشار معدل الأعراض الوسواسية القهري مع مرضي الفحص .

( أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢ ، ص من ٢٤٦ - ٢٥٠ )

## أعراض الفصام

يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة في المظاهر والعلاقات الآتية :

### ١ - إضطرابات التفكير : Thinking Disorders

وتنقسم إلى إضطرابات الآتية :

- أ - إضطراب في التعبير عن التفكير .
- ب - إضطراب في مجرى التفكير .
- ج - إضطراب التحكم في التفكير .
- د - إضطراب محتوى التفكير .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

### ٢ - إضطراب الإدراك : Perceptual Disorders

وتأخذ المظاهر الآتية :

أ - إدراك أشياء لا وجود لها في الواقع مثل الهالوس Hallucinations ، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست لها تبيهات حقيقة ( وتكون هلاوس سمعية ، لسمية ، تذوقية ) .

ب - سواء التأويل Illusions حيث تدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل بل يدركها في صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية .

( فرج طه ، ١٩٧٩ )

### ٣ - إضطراب الإنفعال : Emotion Disorders

وتأخذ المظاهر الآتية :

أ - عدم إنساق الإنفعال مع المواقف الخارجية ( حيث يفرح مثلاً في المواقف التي لا تستدعي ذلك أو العكس ) .

ب - التblend الإنفعالي وعدم مبالغة بكافة الأحداث التي تقع في نطاق البيئة التي يعيش فيها .

ج - عدم ثبات الإنفعال : حيث نجد الفصامي عرضه لحالات وفدية وذبذبات

إنفعالية مستمرة أو متكررة ، وقد ينتقل من حالة إنفعالية إلى حالة إنفعالية مترافقه تماماً وبدون استغراق وقت طويلاً .

( محمد حسن غانم وأخرون ، ٢٠٠٣ )

٤ - إضطرابات الانتباه : Attention Disordel

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لأخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الموضوع الأول .

ب - تبدل الانتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين .

ج - الدخول في حالات من الهذيان والذهول والتي تقلل من قدرة الفرد على إنتباه الواقع المحيط به .

د - الدخول في حالة غيبوبة Comatose حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به ويقاد بسهولة على المنبهات الخارجية جذب إنتباهه إليها وإستجابته لها ، أو إستقرارتها أيام .

( فرج طه ، ١٩٧٩ )

٥ - إضطراب الإرادة : Volition Disorden

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط .

ب - عدم القدرة على ممارسة الأنشطة .

ج - الإفتقاد إلى المعنى والهدف .

د - الإفتقاد إلى القدرة على المثابرة لحل أي مشكلة .

ه - السلبية التامة .

د - قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه ( وأنه لا حول له ولا قوة ) .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

٦ - إضطرابات السلوك وإنحرافه وشذوذه :

Behavioral Perversins, Abnormalities

ويأخذ المظاهر الآتية :

أ - إغراق السلوك وخروجه عن المألوف .

ب - قد يرتكب العديد من صور وأنواع الجرائم .

ج - قد يقدم على العديد من صور الإنحرافات الجنسية Sexual Perversions والتي تتمثل في أن يحقق الشخص استمتاعه الجنسي بشكل أساسى عن غير الطريق السوى .

د - ويدخل ضمن إنحرافات السلوك وشذوذه : إضطرابات النطق ، والكلام ، والتردد ، وإرتعاشات بعض أجزاء الجسم ، وإتيان أفعال حركية لا معنى لها ، ومع ذلك يجب على تكرارها .

( فرج طه ١٩٧٩ )

**أنواع الفحص :** تتعدد التصنيفات التي قدمت للفحص . ومنها :

**أ - الفحص الذهانى :** Paranoid Schizophrenia

ويتميز بوجود هذه - أفكار ومعتقدات غير واقعية - منظم وثبتت مع احتفاظ الشخصية عادة بأمكانياتها العقلية ، وإن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الذهان الذى يعتقد والذى لا شك لخطه فى واقعيته وصدقه . أما عن الأفكار الذهانية التي يعتقدها الشخص فهي كثيرة ويمكن حصرها في فئات شائعة ثلاثة هي :

Delusion Of Grandeur - هذاء العظمة

Delusion Of Persecution - هذاء الإضطهاد

Delusion Of Jealousy - هذاء الغيرة

( فرج طه ١٩٧٩ )

**تشخيص الفحص البارانويدي :**

١ - فرط الإنشغال بضلالات متصلة مع كثرة ظهور الهلاوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط .

٢ - عدم ظهور أى عرض من الأعراض التالية :

- عدم ترابط الكلام .

- تفكك أو اصر التفكير .

- صحة الإنفعال .

- عدم توافق الانفعال على التفكير .
  - عدم توافق الانفعال مع المواقف .
  - السلوك الكتاتوني .
  - تفكك السلوك ( وعدم ترابطه ) بشكل جسيم .
- ( APA. , 2000 )

#### ب - الفصام المتكلك Dicorganis2ed Schi2aphrenia

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني . وقد يميل المرضى في هذا النوع من الفصام إلى الإكتئاب البسيط ، إلا أن الحالة المزاجية . في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجданى المتطرف ما بين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال ، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحلة والتفكك وعدم الترابط .

( سيلفانو أربى ، ١٩٩١ )

#### تشخيص الفصام المتكلك :

- ١ - عدم ترابط الكلام ، تفكك أواصر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك .
  - ٢ - ضحالة الإنفعال ، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير .
  - ٣ - لا تنطبق عليه معايير تشخيص النوع الكتاتوني
- ( APA. , 2000 )

#### ج- الفصام الكتاتونى : Catatonic Schizophrenie

ويبدأ هذا النوع من الفصام في سن متاخرة بين ٢٠ - ٤٠ سنة ويتميز بإضطرابات الحركة . وأهم أعراضه الإضطرابات الكتاتونية والتي تأخذ المظاهر الآتية :

السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية ، الهياج الكتاتوني ، السلبية المطلقة ، المداومة على حركة أو وضع معين ، الطاعة العمياء أو الأوتوماتيكية ، المداومة على الحركات المشابهة ، إضطراب الكلام ، أضطرابات جسمية .

( أحمد عكاشه ١٩٩٨ )

**تشخيص الفصام الكاتانوبي :**

- ١ - الذهول أو الخرس .
- ٢ - السلوك السلبي .
- ٣ - التصلب أو الجمود أو عدم المرونة .
- ٤ - إتخاذ الجسم أو وضع غريبة .
- ٥ - المرادده والمحاكاة .

( APA. , 2000 )

**د - الفصام غير المتميّز : Undifferentiated Schizophrenia**

وهي حالات ذهانية تستوفى الشروط العامة للفصام ولكنها لا تتطابق على أي نوع من الأنواع المذكورة ( في باقي أنواع الفصام ) وتكتس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأى مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط ( بمعنى أنه يبتعد الفصام المتبقى وإكتناب ما بعد الفصام )

(أحمد عكاشه ١٩٩٨)

**تشخيص الفصام غير المميّز :**

- ١ - صلالات بارزة ( هلاوس ) عدم ترابط الكلام والسلوك غير المترابط وبصورة جسيمة .
- ٢ - لا تتطابق عليه معايير الفصام الذهاني أو الكاتانوبي أو الفصام المفكك .

( APA. , 2000 )

**هـ - فصام متبقى : Residual Schizophrenia**

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة في مسار المرض الفصامي تم فيها إنتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة ثالية تتميز بأعراض وإختلالات سالبة طويلة المدى وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الإتجاه ( بطء نفسي حركي ، فلة نشاط ، تبلد في الوجهان ، سلبية وإفتقاد إلى المبادرة ، فقر في كمية أو مضمون الكلام ، فقر في التواصل الالافظي من خلال تعبيرات الوجه ، انخفاض في مستوى الإداء الاجتماعي ) .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨)

**تشخيص الفصام المتبقي :**

- ١ - عدم وجود صنلالات بازرة ، أو هلاوس ، أو عدم ترابط الكلام ، أو السلوك غير المترابط بصورة جسمية .
- ٢ - وجود ما يفيد إستمرار الإضطراب من خلال عرض أو أثنين من أعراض تخلف المرض .

( APA. . 2000 )

**د - الفصام البسيط : Simple Schizophrenia**

مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية ، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح ، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة ، ولا يعاني من الهلاوس والصنلالات ، وعرضه الرئيسي ، إنزواء المريض وإبعاده عن المواقف الاجتماعية والعمل .

**ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع من الفصام :**

( Kaplan,H.. Sadook, B. 1996 )

- ولأن كانت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام قد إشارت إلى الآتي :
- إن هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصاً نظراً لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقه عن بعض الأمراض وإضطرابات الشخصية .
  - يبدأ في سن مبكرة ما بين ١٥ - ٢٥ سنة .
  - يزحف ببطء وتدرجياً حتى ينتهي بالتدور القائم للشخصية .
  - يتميز بإضطرابات وتدور في الوجدان والإرادة والتفكير .
  - ينتشر هذا النوع من الفصام بين أفراد مرئي الفصام ، وبين موظفي الدرجات السفلية وبين المدمنين وال مجرمين والمنحرفين جنسياً .
  - ولذا يجبأخذ الانطواء والإعزل وقد الإهتمامات بحذر شديد حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

( سيلفانو أربيري ، ١٩٩١ )

**أسباب مرض الفصام :**

تتعدد أسباب مرض الفصام . ويمكن حصرها في :

### أولاً : العوامل البيولوجية :

**أ - الوراثة :** نشأ الاعتقاد بأن للفصام أساساً وراثياً من ملاحظة :

ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى ، وترت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة أجيال . فإذا كان أحد الآبوبين أو أحد الأخوة قد أصيب بالفصام فإن نسبة حدوثه بين باقي الأخوة تتراوح بين ٤ - ١٠ % ( سيلفانو أريتي ، ١٩٩١ ) .

ولذا فإن بحوث الوراثة ترجح إن الفصام يورث عبر جينات متعددة ، كما يتضح من دراسة التوائم ومن دراسات التبني ومما يدعم هذا الاعتقاد إن الفصام ينتشر بين أقارب الدرجة الأولى للمريض حوالي ١٠ إلى ١٢ % وإن نسبة إنتشاره بين أبناء الآبوبين المصابين بهذا المرض قد وصل إلى ٥٠ % .

( Kaplan, H., & Sa Dock, B, 1996 )

**ب - عوامل بيولوجية :** ويمكن تقديم العديد من الأدلة العلمية من خلال :

**١ فرض التور أديريتالين :** حيث وجدت الإبحاث أن زيادة نشاط هذا الناقل في الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي للمثيرات الحسية الواردة من البيئة .

**٢ - فرض حامض أمينوبيبيريك :** حيث يؤدي إلى إنخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين .

**٣ - فرض الدوبامين :** حيث وجدت الدراسات والملاحظات أن أعراض الفصام تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات ناقل الدوبامين العصبي ، أو زيادة نشاط هذا الناقل في المخ . ويسود بين العلماء الآن اعتقاد مؤداته إن المسارات الدوبامينية الخاصة بمنتصف لحاء قشرة المخ وبالفص الطرفى تلعب دوراً جديداً في الفصام وحدوث اعراضه .

**٤ - فرض السيروتونين :** حيث تمت ملاحظة أن ناقل السيروتونين يتخذ مساراً غير طبيعى في بعض مرضى الفصام المزمن . حيث تقيد بحوث بانخفاض نسبته في الدم ، وبحوث أخرى تؤكد ارتفاع نسبته في الدم ، والمهم إن هذه الأبحاث ( رغم اختلافها ) قد أكدت حقيقة وجود اختلالات في الوظيفة .

**٥ - مواد مهلوسة :** حيث رأى البعض أن بعض المواد الأمينية الموجودة أساساً في الجسم تتحول إلى مواد تسبب الهلاوس من خلال عمليات تمثيل كيميائى غير طبيعية . بيد أن هذا الغرض يحتاج إلى مزيد من التجارب للتدليل على مثل هذا الافتراض .

( ديفيد . هملس ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٢٨١ - ٣٥٨ )

### ثانياً : أسباب نفسية :

بالرغم من حديثنا هنا عن الاسباب النفسية إلا أن العوامل البيولوجية والوراثية لا يجب أن تغيب عنا لأن الاسباب النفسية غير السوية وحدها لا تؤدي إلى الفضام ما لم تكن هناك تهيئة بيولوجية . إضافة إلى ضرورة الأخذ في الإعتبار أن العوامل البيولوجية ليست على كافية للفضام ما لم توازيرها سلسلة من الظروف النفسية غير المواتية .

ويلخص سلفانو أريتي تاريخ أو بدايات الإصابة بالفضام من خلال أربع مراحل هي :

**المرحلة الأولى :** وهي مرحلة الطفولة الباكرة حيث يعيش المريض بكثافة إنفعالية داخل أوضاع إسرية يخبرها بقوه بالغة على نحوما غير عادي .

**المرحلة الثانية :** وهي مرحلة الطفولة المتأخرة فغالباً ما يكتسب المريض خلالها نمطاً خاصاً من الشخصية ما لم يتم تصحيحه على نموها واحد تلك الانماط هو النمط الشيذوبودي ( الانطوائي ) حيث يتوقع الشخص علاقات غير مرضية مع الآخرين فيصبح مبالاً للعزلة ، أقل إنفعالات ، وأقل اهتماماً واندماجاً مع الآخرين .

**المرحلة الثالثة :** تبدأ عادة مع المراهقة ، حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تعلوها عليه طبيعة الإنعزالية . فيتبع الآخرين في صمت ، ويظل شخصاً منعزلاً بلا صاحب مع العديد من مشاعر اليأس وأنه لاأمل في المستقبل ويدرك صورة الذات ( كشيء ممتر ) .

**المرحلة الرابعة :** وهي المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصورة الكلينيكية الصريحة فتقطع الروابط بين المريض والواقع وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر ، بل ويصبح العالم مرعباً ، والخطر يتهدد في كل مكان . ولا سبيل أمامه للهروب . ( سلفانو أريتي ، ١٩٩١ ) .

### ثالثاً : الأسباب الاجتماعية - الثقافية :

حيث يركز أصحاب هذه النظريات على العوامل الاجتماعية ، وقد تم التوصل إلى بعض الخطوط الرئيسية في هذا الصدد حيث تتميز عائلة مرضى الفضام المزمنين بالآتي :

أ - يعاني الوالدين أو أحدهما من الذهان أو من الحد الفاصل للذهان .

- ب - تتميز علاقة الآبوبين بالطفل بالتكافل الطويل المدى .
- ج - يعيش الأب والأم في حالة طلاق عاطفي مع إعوجاج واضح في الحياة الزوجية .
- د - وجود الأشخاص في عائلات يبدو الإكتئاب بينها واضحاً إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز .
- هـ - ولذا فإن الأسر الفصامية تتطلب أطفالاً فصاميين عكس الحال في الأسر السوية .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

#### علاج الفصام :

بداية ليس من الضروري حجز المريض في المستشفى ( لأن الإتجاهات الحديثة في العلاج تأخذ العديد من العوامل في الاعتبار ، وتعمل في الوقت نفسه على عدم حجز المريض في مكان منعزل - المستشفى ، بل تحاول من خلال طرق وأساليب التأهيل المختلفة على مد جسور التعاون والاتصال مع البيئة الخارجية ، ومقدار الدعم والمساندة الاجتماعية والنفسية التي يلقاها المريض من أفراد خارج المستشفى .. وقد أشارت العديد من الدراسات عن حدوث تحسن ملحوظ لدى هؤلاء المرضى الفصاميين .

وعومما في صورة معلومات موضوعية معينة ، وتقدير موضوعي يمكن تقرير ما إذا كان من الأفضل حجز المريض في المستشفى أو مد جسور الاتصال مع الواقع الخارجي .

( لاقندر ، واش ، ٢٠٠٢ )

( ديفيد همسلي ، ٢٠٠٠ )

#### وننقسم أساليب العلاج إلى :

##### أولاً : العلاج بالعقاقير :

بدأت ثورة الطب النفسي في سنة ١٩٥٢ عندما بدأ بعض الأطباء في علاج مريض الفصام بالكوريورومازين ( لارجاكتيل - بروماسيد ) مع ظهور نتائج تفوق العلاجات السابقة ، وقد تطور العلاج بالعقاقير ووصل عددها إلى العشرات حسب الأعراض .

(أحمد عكاشه ١٩٩٨ )

ولذا فإن العلاج الدوائي يشمل مضادات الذهان مثل : مضادات مستقبلات ناقل الدوبامين ، ومضادات ناقل الدوبامين ، وناقل السيروتونين .

( Kaplan, H., & Sadock, B. , 1996 )

وتهدف هذه العلاجات إلى الحد من الأعراض الفصامية ( أو إزالتها تماماً ) مثل ظاهرة الهلاوس وال幻الات والتفكك إلى جوانب الشخصية الأخرى حتى يستعيد الشخص صلته المقطوعة والمشوشة والواهية مع الواقع المعاش .

#### ثانياً : العلاج بالصدمات الكهربائية :

ويستخدم هذا العلاج بفاعلية في عدد قليل من حالات الفصام وقد أثبتت هذا النوع من العلاج فاعليته تحديداً مع مرضي الفصام من النمط الكاتاتوني . كما وجدت الملاحظات أن مرضى الفصام الذين تلقوا مدة مرضهم عن سنة واحدة . يستجيبون بصورة جيدة لهذا النوع من العلاج .

#### ثالثاً : العلاجات النفسية :

على الرغم من وجود العديد من المدارس والفنين والطرق العلاجية إلا أنها ستركت - في هذا الجزء على العلاج النفسي التدريجي لمرضى الفصام من خلال :

##### أ - أنواع الاستجابة العلاجية للهلاوس :

- لا توافق المريض على صدق هلاوسه .

- تحرّر الظروف المحبيطة بظهور الهلاوس .

- حاول تفسير حدوثها ( كرد فعل لصدمة لا تعتبر الذات مثلاً ) .

- إشرح آلية ظهور الهلاوس للمريض مرات متكررة .

- حاول معالجة الحالة بزيادة الآثار الخارجية ( ساعات راديو ستريو ) .

- اطلب من المريض القيام بالشوشة على الهلاوس ( بالدندنة ) أو الغاء .

- تجنب التركيز على الهلاوس ، وركز بدلاً من ذلك على التواحي الإيجابية .

( بيتر نوفاليس وآخرون ، ١٩٩٨ )

وما قدمناه سابقاً هو مثال ونموذج عملى يسترشد من خلاله المعالج النفسي التدريجي لكيفية التعامل مع الهلاوس ( بكافة إشكاليتها وأنواعها .. وهى من أهم الأعراض فى مرض الفصام .

وقد ذكرنا هذا النموذج كمثال لأن خبرة العديد من العلماء والباحثين والمهتمين

بمجال مرضى الفصام لا يحبذون استخدام العلاج النفسي التحليلي التقليدى ، فى علاج مرضى الفصام وذلك ( لهشاشة ) أنوائهم ، وفقدان الاستئصار بالواقع وقوانينه . وإن أفضل أنواع العلاجات التى من الممكن أن تقوم فى هذا الصدد هو العلاج التدعيمى والذى يعتمد على العديد من الفنون مثل : النصح ، الطمأنة ، التوعية ، تشكيل السلوك ، ووضع الحدود ، وإختبار الواقع .. وكل ذلك يهدف إلى الوصول بالفرد إلى الواقع والاتصال والتعاون مع الواقع .. ذلك الإتصال الذى كان مقطوعاً أو مشوشًا من قبل .

( Kaplan, H., & Sadock, B., 1996 )

نصائح ومحاذير وأسس يجب مراعاتها عند إجراء مقابلات مع مرضى الفصام سواء أكانت المقابلة طبية أم نفسية أم اجتماعية :

بداية لاشك إن التعامل مع مريض الفصام يحتاج إلى مزيد من المهارة والحكمة خاصة إبان المقابلة مع الأخذ فى الاعتبار أمرين :

**الأول :** كيف تساعد المريض على تخفيف الفوضى النفسية الداخلية تلك التى يعاني منها وتمثل فى هذا الإنفصال بين مكونات الشخصية المختلفة .

**الثانى :** كيف تجعل مريض الفصام يتقبلنا دون أن يشعر إتنا نفرض أنفسنا عليه أو إتنا لستا خطراً عليه .

ورغم ذلك لابد من مراعاة الآتى إبان مقابلة مريض الفصام .

أ - لا تحاول مناقشة صلالات المريض ، أو الدخول فى مناقشات معه حتى تقنعه بخطأ هذا الإعتقاد ، أو تستخدم المنطق والواقع لاتهات خطاً ما يعتقده المريض .. لماذا ؟

لان الخبرة الكلينيكية - كما ذكرها كثير من المتعاملين مع الفصامى - فد أكدت حقيقة موداهما : إن مناقشة الصلال يقود المريض إلى مزيد من التشبت بهذه الصلال .

ب - حاول أثناء حديث المريض عن صلالاته ( من قبيل أن العالم خطير ، وأن المخابرات الغربية تترصد أفكاره وتحركاته ، بل وتسرق أفكاره ورؤاه للعالم .. إلخ حاول أن تستشف الانفعالات القائمة خلف هذه الأفكار أو الفكرة الصلالية .

- هل يشعر المريض بالخوف ؟

- هل يشعر المريض بالغضب ؟

- هل يشعر المريض إن الأمور قد حسمت لصالح المترصددين له ، فضحت

إنفعالاته موجه من اليأس ، وأنه لا أمل في المقاومة ؟

- ما هي طبيعة الصورة المدركة للذات الآن ؟

ج - تقبل ( أو أظهر تقبلك ) لهذه الأفكار وصارح المريض بذلك بأسلوب مبسط واضح . فعلى سبيل المثال عندما يقول المريض : عندما أشاهد التلفزيون مصادفة أشعر وكأن مذيعة النشرة الإخبارية ، تسرق أفكارى .. هنا يقول له القائم بالمقابلة .

- وما شعورك إزاء تلك الأمور ؟

أو - ما هو رد فعلك إزاء هذا الأمر ؟

د - لا تحاول أن تقطع حديث المريض بأن تعلق على شيء . ولكن استمع بانتباه وتعاطف مع المريض .. لماذا ؟ لأن الاستماع يعطي رسالة للمريض مؤداتها أنه إنسان لديه ما يقوله ، وأن ما يقوله هام ويستمع إليه الآخر .

ه - لابد من عدم التقيد بوقت ومكان محمد للمقابلة .. فإذا أكتشفت إن المريض لا يستطيع تحمل أكثر من عشر دقائق ، أو أكثر أو أقل - فلا تضغط عليه حتى تتم المدة المقررة للمقابلة ( ٤٥ دقيقة أو ساعة مثلاً ) بل أخبر المريض بأنك ستسناف المقابلة في وقت لاحق ووضعي له : الموعد والمكان ، والتزم بما ذكرته للمريض لماذا ؟

لان التزام القائم بالمقابلة ( بالموعد والمكان ) ينقل رسالة هامة للمريض مؤداتها: إن القائم بالمقابلة جدير بأن يثق به ( وهذا أول خطوط الأمان ، خاصة إذا أخذنا في الإعتبار أن كثير من مرضى الفصام يسيطر عليهم الشك في الآخرين بل وفي نواباهم ) .

د - كن صريحا مع المريض . لا تنتظار بتصديق الضلال ، فلا تقل له إنها صحيحة ، بل أشعره بأن الصنالة صحيحة من وجه نظره .

حاول أن تجسّد الواقع للمريض مع ما في ذلك من صعوبة إذ عليك أن تصبح مصدراً منسقاً لاختبار الواقع دون إذلال المريض أو نبذه في الوقت نفسه .

مثال : قد يشاهد المريض فيما سينمائيا - أو في التلفزيون - ويقول إن هذا الفيلم قد وضع خصيصاً لكى يسرد قصة حياته .. فهل فهمت المحتوى والرسالة ؟

ويكون رد القائم بالمقابلة : بل هو فيلم يتناول حياة مجموعة من البشر يشعرون بالحزن والإحباط ( كمشاعر غالبية في الفيلم ) وإنك تشعر بشعر وإحساس مماثل .

ز - لاحظ المشاعر التي يولدها المريض في نفسك ، لأنها تجسّد في العادة

أسلوب وسيطر عليها تفاعل المريض المعين . أحرص على أن تفرق بين المشاعر التي تمثل استجابتكم المباشرة للمريض ، والمشاعر التي لا علاقة له بها مثل شعورك بالحزن لخلاف حدث بينك وبين زوجتك أو شقيقتك قبل أن تذهب إلى العيادة (المستشفى لمقابلة المريض) .

ح - لا تضحك بصورة آلية عندما يقول المريض شيئاً غريباً وبصورة تلقائياً قد جعلك تضحك ؟ .. لماذا ؟

لأن المريض سوف يفسر ضحك القائم بالمقابلة على أساس أنه :  
- عدم�احترام له .

- عدم تفهم لحالة الهمج واليأس وفقدان الأمل (الفارق) فيها .

- يدعم عدم تقديره فيك ( وأنتم تمثل الآخر والعالم )

- يشعر أنه لا قيمة له ، مما يدعم ضلالات الإضطهاد من قبل الآخرين )

لكن لا يعني كل ما سبق الا تضحك حين يروي المريض نكتة على سبيل المثال لكن لا تبالغ في الضحك أو تحول جلسة المقابلة إلى ( إلقاء نكت )

ط - ضع في اعتبارك حاجة مريض البارانويا إلى الإبتعاد عن غيره والسيطرة على ما حوله ، فالكثيرون من هؤلاء المرضى يشعرون بالراحة عندما تكون ( رسميًا ) معهم ، ومحظوظاً بهم وتعاملة بصورة من عدم التعبير ( أو الإنحراف ) في المشاعر لأن المشاعر الدافئة من قبل القائم بالمقابلة تجاه المريض البارانيود وقد تشعره بالخطر )

ى - لا تتردد في الإجابة على أسئلة شخصية معينة . حاول أن تعيد مسار المقابلة إلى شؤون المريض ، وتذكر أن الأجابة على بعض أسئلة المريض بشأن شخصك قد يساعدك على التحدث بحرية عن نفسه .

مثال : إذا سألك المريض : هل لديك أولاد .

ففرد القائم بال مقابلة : وهل يهمك أو يعنيك هذا الأمر ؟

المريض : أريد فقط أن أعرف

القائم بال مقابلة : حسناً سوف أخبرك بذلك ، ولكن دعنا نتحدث أولاً عن سبب أهمية هذه المعلومة بالنسبة لك ؟

( Kaplan, H., & Sadock, B., 1996 )

مسار و مآل مرض الفصام :

يمثل القدرة على التنبؤ بمصير ومآل مرض الفصام أهمية قصوى للأسباب الآتية :

١ - اختلاف الباحثين في تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء . هل هو شفاء من الأعراض الكlinيكية ؟ أم هو شفاء إجتماعي ؟ أم هو شفاء الأعراض وشفاء إجتماعي معا ؟

٢ - الفصام مرض يتميز بالنكسات ونوبات دوربة وأحياناً يصبح مزمناً ولذا إذا ذكرنا شفاء بعد ( ٤ ) سنوات فقد يحتمل حدوث النكسة بعد ( ١٠ ) سنوات .

٣ - يختلف المرض في إستجابته للعلاج تبعاً لنمط ونوع الفصام .

٤ - تظل نسبة كبيرة من المرضى تعتمد ولفترات طويلة على العلاج والعقاقير ولكن إذا توافروا عن تناول العقاقير فقد تحدث لهم إنكasaة ولذا من الصعب تقييم مثل هذه الفلة .

٥ - يخلف مرض الفصام بعض الآثار بعد كل نوبة . وبالتالي إذا نظرنا إلى مآل المريض بعد ( ٥ ) أو ( ٦ ) نكسات فهو يختلف تماماً عن الفصامي الذي عانى من نوبة واحدة .

(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨)

ويستخدم بعض الباحثين ما يسمى ( قاعدة الإثلاث ) في وصف مآل الفصام كالتالي :

- حوالي ثلث المرضى يتمكن من الحياة ببصرة شبه طبيعية .

- حوالي الثلث الثاني يعاني من أعراض مهمة مع استمرار قدرتهم على القيام بوظائفهم في المجتمع .

- الثالث الأخير : يعاني من خلل شديد في وظائفه مما يتطلب دخوله المستشفى بصورة متكررة .

- هناك نسبة ( من كل ماسبق ) تبلغ حوالي ١٠ % تحتاج إلى البقاء في دور العلاج طوال حياتهم .

( Kaplan, H., & Sadock, B., 1996 )

محكات تساعد على التنبؤ بالمصير والمآل الجيد :

- ظهور المرض في سن متاخرة .

- توافر عوامل مرسبة واضحة .
- ظهور المرض بصورة فجائية وحاده وعنيفة .
- التوافق الاجتماعي والمهنى الجيد قبل ظهور المرض .
- وجود أعراض إضطراب وجذانى ولاسيما الاكتئاب .
- أن يكون متزوجا قبل إصابته بالمرض .
- وجود حالات أضطراب وجذانى بين الأقارب .
- توافر شبكة دعم ومساندة إجتماعية جيدة .
- ظهور العديد من الأعراض الفياصامية الموجبة .
- محكات تساعد على التنبؤ بالصوير والمال السيني :
  - ظهوره في سن مبكرة .
  - عدم توافر العوامل المرسبة .
  - زحف المرض بصورة تدريجية وبطيئة .
  - عدم التوافق الاجتماعي والمهنى والجنسى والأكاديمى قبل ظهور المرض .
  - الانزواء والميل إلى الإنطواء .
  - أن يكون الشخص قبل المرض أما غير متزوج أو مطلق أو أرمل .
  - وجود حالات فصام بين الأقارب .
  - عدم توافر شبكة من الدعم والمساندة .
  - وجود العديد من الأعراض السالبة للقصام .
  - وجود علامات تدل على إصابة الجهاز العصبى المركزى .
  - وجود تاريخ عن التعرض للإصابة قبل الولادة .
  - عدم التعافي لمدة سنوات متصلة .
  - كثرة الإنكسارات ( أو التوبات المتكررة ) .
  - أن يكون قد سبق للمريض الإعتداء على الغير .

## المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق ( ٢٠٠٢ ) ، *الوساوس القهري - التشخيص والعلاج* ، الكويت ، مجلس النشر العلمي .
- ٢ - أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، *الطب النفسي المعاصر* ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٣ - بيتر نوفاليس وأخرون ( ١٩٩٨ ) ، *العلاج النفسي التدعيبي* ، ترجمة عادل دمرداش ، طلفي فطيم ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة .
- ٤ - ديفيد همسلي ( ٢٠٠٠ ) ، *فحص القسام في كتاب* : مرجع علم النفس الامليتي للاشدين ، تحرير س. ليندراي ، ج. بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص من ٣٤١ - ٣٥٨ .
- ٥ - ديفيد همسلي ( ٢٠٠٠ ) *علاج القسام* ، في كتاب : مرجع في علم النفس الامليتي للاشدين ، تحرير س. ليندراي ، ج. بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص من ٣٥٩ - ٣٨٠ .
- ٦ - سيلفانو أوريتي ( ١٩٩١ ) ، *الفصامي : كيف تفهمه وتساعده* ، ترجمة عاطف أحمد ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد ( ١٥٦ ) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- ٧ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر قنديل ، مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) ، *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي* ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٨ - فرج طه ( ١٩٧٩ ) ، *مبادئ علم النفس* ، القاهرة ، مكتبة الخارجى .
- ٩ - محمد حسن غانم وأخرون ( ٢٠٠٣ ) *أسس علم النفس العام* ، القاهرة ، دار الإتحاد للنشر والتوزيع .
- ١٠ - مصطفى زبور ( ١٩٧٥ ) ، *مصطلح ذهان في معجم العلوم الاجتماعية* ، تصدر ومراجعة إبراهيم مذكر ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص من ٢٧٩ - ٢٨٠ .
- ١١ - لافندر ، واشن ( ٢٠٠٠ ) ، *إعادة التأهيل والتدخل* ، في كتاب : مرجع في علم النفس الامليتي للاشدين ، تحرير س. ليندراي ، ج. بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص من ٥٤٩ - ٥٦٤ .

- 12 - Ameri can psychiatric Association ( 2000 ) . **Diagnostic and statistical manual of menntal dicorders**, 4 eautian . washington DC.
- 13 - Kaplan, H., Sadock, B. ( 1996 ) **Pocket Hand book of clinical psychiatry**, london, willia Ms ap willns, second edition
- 14 - Kindler.s. Kaplan.2. Zohar, J. (1993 ) **obasssive-compulsive symptoms in schizophrenia** in . E. Hallander ( Edj. , obsessive - compulsive - related disorders. washington, DC : Amatican psychiatric press, pp. 203 - 214

## الفصل الخامس

### اضطرابات الشخصية

محتويات الفصل :

- وسائل اضطرابات الشخصية.
- تعريف اضطرابات الشخصية.
- تصنیف اضطرابات الشخصية.
- أنماط اضطرابات الشخصية.
- أسباب اضطرابات الشخصية.
- علاج اضطرابات الشخصية.



## الإضطرابات الشخصية

Personality disorders

### مدى إنتشار إضطرابات الشخصية :

تنتشر إضطرابات الشخصية بأكثر مما نظن . والمشكلة إن كثيرا من الأفراد الذين نتعامل معهم ، ويدبرون شئوننا قد يكونوا مصابين بأعراض إضطراب نمط معين من أنماط الشخصية ، ويمارسون أضطراباتهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون أنهم يفعلون الصواب تجاههم .

فعلى سبيل المثال - لا الحصر - وجدت الدراسات ان أشخاص الذين يعانون من إضطراب الشخصية البنية ( BPD ) Border Line Personality Disorder يسود بينهم التفكير في الانتحار بل الانتحار فعلًا . فمن بين ٧٠ % إلى ٧٥ % من العملاء البنيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة انتحار واحدة ورغم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الانتحار إلا إن الملاحظات - في الغرب - وجدت أن ما بين ٥ % إلى ١٠ % ينتحر .

( مارشا لينهان وأخر ، ٢٠٠٢ ، ٩٥٧ )

إلا أنه فيما يتعلق بإضطرابات الشخصية رصد الآتي :

- يتراوح إنتشار إضطراب الشخصية بين ٦ % إلى ٩ % .
- نجد أيضا العديد من مظاهر إضطرابات الشخصية لدى الأطفال إلا أنها تأخذ شكل إضطراب في الطياع .
- إن إضطرابات الشخصية تبدأ في الظهور في آواخر مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد .

- تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث في إضطرابات الشخصية .

- تنتشر إضطرابات نفسية غير محددة في أسر مرضى إضطرابات الشخصية .

- ثبت إن الوراثة تلعب دورا جزئيا ومحدودا في إصابة الشخص بنمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

( Ellison J. Shader, R., 1994 , P. 259 )

ويكفي أن نشير إلى أن إضطرابات الشخصية قد أصبحت محوراً مستقلاً ببداية من الدليل التشخيصي الثالث .

( DSM III . 1980 )

#### \* تعريف إضطرابات الشخصية :

##### أ - تعريف علم النفس :

يعرف الإضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأن الإضطراب يعني لغويًا الفساد أو الضياع وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة وفي مجال علم النفس الأكالينيكي بصفة خاصة وكذلك في الطب النفسي . وهو يطلق على الإضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك ، وبمعنى سوء توازن الفرد مع ذاته ، أو مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه .

إنفافة إلى العديد من المظاهر - الأخرى - التي تصيب الشخصية من ناحية فقدان اتزانها وثباتها الإنفعالي أو تمييزها بالعديد من السمات التي تميز كل نمط من أنماط إضطرابات الشخصية .

( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ ، ٩٤ )

##### ب - تعريف الطب النفسي :

١ - إضطرابات الشخصية نوع من الإضطرابات تصيب فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة ، وتنسب لصاحبها خال ملحوظ في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة ، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكتها وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذاتهم .

( Kaplan & sadock, 1996 , P. 387 )

٢ - تعرف إضطرابات الشخصية بأنها أنماط متصلة وغير متوافقة من السلوك المتأصل والمتغلي في نسيج الشخصية ، والتي لا ترجع إلى إضطرابات المحور الأول أو الثالث ، أو إضطرابات تنتج عن مشكلات تتعلق بدور الشخص في ثقافته . وهذه الفئة من الأمراض تعود إلى إضطراب سمات الشخصية ، وليس تغيراً طارئاً عليها . وقد يتخذ إضطراب السمة مظهراً سلوكياً ، أو إنفعالياً ، أو معرفياً ، أو حسياً ، أو دينامياً .

( Derkzen , 1995 , P. 5 )

### تصنيف إضطرابات الشخصية :

سوف نعتمد في هذا الحيز على الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع لأضطرابات الشخصية والذي بدوره قد قسمها إلى ثلاثة فئات أو وظائف .

**الطاقة (أ) :** وتضم أنواع إضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ، ويندرج تحت هذه الطائفة إضطرابات الشخصية . البارانويديه ، وشبه الفاصامية ، والفصامية النوع .

**الطاقة (ب) :** وتضم هذه الطائفة كافة الشخصيات المضطربة والتي يغلب على سلوكها وسماتها : التهويل والبالغة ، وتنقلب الانفعالات وعدم ثباتها وأيضا عدم اتساق الانفعالات مع الموقف . ويندرج في هذه الطائفة إضطرابات الشخصية ، الترجسية ، والمناهضة أو المضادة للمجتمع ، والشخصيات البينية .

**الطاقة (ج) :** ويغلب على الشخصيات التي تدرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة . وتضم هذه الطائفة الشخصيات الآتية المتوجبة ، الاعتمادية ، الوسواسية القهيرية .

( APA., 2000 )

### أنماط إضطرابات الشخصية :

أولاً : **الطاقة الأولى : الشخصيات الشاذة والغريبة ( odd and eccentric )**

١ - **إضطرابات الشخصية البارانويدية Paranoid-personality Disorder**

مدى انتشارها :

- ينتشر هذا النمط من إضطرابات الشخصية ما بين ٥٪ إلى ٢٥٪ كما ينتشر هذا النمط من الإضطراب بين أقارب مريضي الفاصام والإضطراب الصنالي .

- هذا النمط من الإضطراب وجد أنه أكثر انتشاراً بين الذكور مقارنة بالإناث .

**تعريف الشخصية البارانويدية :** هو إضطراب شخصية يتميز بحساسية مفرطة نحو الهراء والرفض ، وعدم مغفرة الإهانات ، وحمل الصنافن بشكل مستمر ، الشك في الآخرين ، وميل للتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الإفعال المحايد على أنها عدوانية ، وعلى اعتقاد مستمر إن الجميع يريدون إلحاق الأذى به .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ٥٧٣ )

**معايير تشخيص إضطراب الشخصية البارانوидية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - الشك في أن الآخرين يقومون باستغلاله وإيذائه أو خداعه دونما يستند إلى أدلة كافية .
- ٢ - الإنهاك في شكوك لا يبرر لها في ولاء الأصدقاء وكل المعارف وفي مدى استحقاقهم للثقة التي منحهم إياها .
- ٣ - العزوف عن الإفشاء بأسراره للآخرين خوفاً من استغلالهم لهذه المعلومات صنه .
- ٤ - تراوده شكوك مستمرة في مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم .
- ٥ - يؤمن بأنه يتعرض لاعتداء على خلقه وسمعته ولا يشعر بذلك أحدهما غيره . وهذا سيتوجب منه - بلاشك - سرعة الغضب والمبادرة برد الاعتداء ( إنطلاقاً من المثل القائل : أتعدى بيهم قبل أن يتعدوا بك ) .
- ٦ - لا يغفر الإهانة مهما كانت ويضمراها داخله .
- ٧ - ينقب عن معانٍ خفية أو أخرى تتطور على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من موقف عادٍ .
- ٨ - يشعر بالإهانة والإذراء بسهولة ويستجيب بالغضب والتهور بسرعة أو قد يقوم من فوره بمحاجمة الشخص الآخر الذي يعتقد أنه قد أهانه .

#### **ملحوظات :**

- أ - لا بد من توافر أربعة معايير ( أو أكثر ) من الأعراض السابقة حتى تتمكن من تشخيص هذا النمط من إضطرابات الشخصية .
- ب - يشترط إلا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو إضطراب وجذاني مصحوب بأعراض ذهانية أو أي إضطراب نفسي آخر والا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضري .
- ج - إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي :
  - شك وارتياح في الآخرين .
  - يفسر دوافع وسلوك الآخر على أنه شرير وعدواني .
  - يبدأ الإضطراب في بداية من الرشد .
- تظهر الأعراض السابقة وبصورة متكررة - في الكثير من المواقف الحياتية .

والتفاعلات الاجتماعية التي تتم بين الشخص والآخرين .  
( APA. , 2000 )

## ٢ - إضطراب الشخصية شبه الفيماية :

schi2oid personality Disorder.

مدى الإنتشار : تتحذى وبائياته الصفات الآتية :

- يصيب حوالي ٧٥ % من جملة السكان .

- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لهم تاريخ سابق في الإصابة بمرض الفيما .

- يكثر حدوثه بين الذكور أكثر من حدوثه بين النساء .

تعريف إضطرابات الشخصية شبه الفيماية :

نقط متناصل من عدم الإكتراث بالعلاقات الاجتماعية والقدرة المحدودة على إستشعار الخبرات الإنفعالية والتعبير عنها والذي يبدأ من مرحلة الرشد المبكر ويظهر في مواقف مختلفة .

( spit2er. et al , 1990 )

معايير تشخيص إضطراب الشخصية شبه الفيماية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

١ - لا يرغب في إقامة علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين .

٢ - حتى أفراد إسرته لا يستمتع بعلاقته معهم ولا يسعى إلى توثيق علاقته بهم .

٣ - يختار دوماً أن يمارس الإنشطة الفردية والتي لا تتطلب وجود آخر يشاركه .

٤ - لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقة جنسية مع إفراد الجنس الآخر .

٥ - لا يشعر بالملائمة من ممارسة أي نشاط تقريباً .

٦ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يثقونه على أسراره .

٧ - لا يهتم بما يبديه الآخرون نحوه من مدح أو ذم .

٨ - يظهر عليه البرود العاطفي والتبعاد عن الآخر وتسطيع التفاعلات حيث يظهر عليه : التحفظ ، البرود ، نادراً ما يبادر غيره بتعابيرات الوجه أو الحركة مثل الإبتسامة أو هز الرأس .

**ملحوظات :**

أ - لابد من توافر أربعة محكات أو علامات أو أعراض حتى يمكن أن شخص الفرد في هذه الفئة .

ب - يشترط لتشخيصه الا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفحاص ، أو إضطراب وجذاني مصحوب بأعراض ذهانية ، أو إضطراب نفسي آخر ، أو إضطراب قصور النمو ، وإن لا يكون نتيجة مباشرة للإصابة بمرض عضوي .

ج - إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية يتتصف بالآتى :

- عدم إقامة أي علاقات إجتماعية .

- التعبير الإنفعالي الضحل والمعدوم في المواقف الإجتماعية .

- قيام الإصابة بهذا النوع من الإضطرابات في مرحلة مبكرة من سن الرشد .

- تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الإضطرابات في العديد من المواقف وبصورة متكررة .

( APA., 2000 )

**٣ - إضطراب الشخصية فسامية النوع :**

scho2otypal personality Disorder.

**مدى إنتشارها :** تتخذ وبالإياته الصفات الآتية :

- تبلغ نسبة إنتشاره ( ٣ % ) بين السكان .

- يزداد إنتشاره لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب لهم تاريخ سابق من الإصابة بمرض الفحاص .

- يزداد إنتشاره بين الذكور أكثر من الإناث .

( Kaplan, Sadick., 1996 )

**تعريفه :**

هذا النمط من الشخصية يختلف عن الشخصية شبه الفسامية ، حيث أن الشخصية فسامية النوع تعنى بوجه عام أن الفحاص قد تجسد في شخص يمارس حياته ظاهرياً بالأسلوب العادي ، فهو شخص لا يبالغ ولا يصنع علاقات بأى درجة من السطحية أو العمق ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين ، ولا يعترف بأى مساحة خارج حدود ذاته ، ويسهم بشكل أو آخر في إعاقة نموه وبالتالي نمو من حوله .

( يحيى الرخاوي ، ١٩٧٩ ، ١١٥ )

والشخصية شبه الفصامية نمط متغلغل من القصور في الإرتباط بالآخرين ، وشذوذ التفكير والمظاهر والسلوك التي تبدأ في مرحلة الرشد المبكر وتظهر في مواقف متعددة .

(spitzer. , et al, 1990 )

**معايير تشخيص إضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

١ - الأفكار الإيمائية إلا أنها لا ترقى إلى مستوى الصلالات ( والأفكار الإيمائية تعني أن الشخص يشعر أن الآخرون يتكلمون عنه ويختلف هذا عن الصلالات الإيمانية لأن الشخص في هذه الحالة يجزم بذلك ولا يكتفى بالشك في أن الآخرين يتحدثون عنه ) .

٢ - المعتقدات الغريبة والتفكير السحرى الذي يؤثر على السلوك ولا يتوافق مع معايير الثقافة التي ينتمي إليها الشخص ( مثل الإعتقاد بالخرافات ، والأيمان بمعرفة إن أشخاصاً معينين يعلمون الغيب ، والإيمان بأمكانية التواصل عن بعد ، واعتقاده بامتلاك ما يسمى بالحسنة السادسة ) وإن الأشياء من الممكن أن تحدث بمجرد التفكير فيها ) .

٣ - غرابة التفكير والكلام ( كأن يتصف حديث الشخص بالغموض ، الاسترسال ، استخدام الاستعارة ، التعقيد ، النمطية ) .

٤ - كثرة الشك والتفكير البارانيدي .

٥ - عدم توافق الانفعال مع التفكير أو المواقف الحياتية .

٦ - إتلاف السلوك أو المظاهر بالغرابة أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف .

٧ - ليس لديه أصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسراره .

٨ - خبرات حسيه غير مألوفة بما في ذلك توهمنات خاصة بشكل الجسم .

٩ - فلق إجتماعي مبالغ فيه يرتبط في الغالب بمخاوف بارانيديه بدلاً من الإنشغال بالأراء السلبية المتعلقة بالذات .

١٠ - الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد حوله .

١١ - يحدث أن يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه في المرأة .

## ملاحظات :

- أ - لابد من توافر أربعة معايير ( أو أكثر ) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الفرد وفقاً لهذا النمط من الإضطرابات .
- ب - يشترط لتشخيص هذا النمط إضطرابات الشخصية : عدم إقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام ، أو إضطراب وجذاني مصحوب بأعراض ذهانية أو إضطراب قصور النمو .
- ج - إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية تتصرف بالآتي :
- القصور في إقامة علاقات اجتماعية .
  - قصور في العلاقة بالأخر ( قدر الإمكان ) .
  - الشعور بعدم الارتباط تجاه أي علاقات تبدو وثيقة .
  - تدني في القدرة على إقامة أي علاقة .
  - وجود قدر كبير من النشوء المعرفي والإدراكي وغرابة السلوك ( والتصرفات ) .
  - تبدأ الإصابة بهذا النمط من إضطرابات الشخصية في مرحلة الرشد المبكرة .
  - يمكن رصد العديد من الأعراض التي تميز هذا النمط من إضطرابات الشخصية في مناسبات ومواقف متعددة .

( APA , 2000 )

**ثانياً : الشخصيات التي تتصرف بالتهويل والإنفعالية وعدم الإنساقي**  
( dramatic, emotional, erratic )

وتنقسم هذه الطائفة من الشخصيات إلى الأنواع الآتية :

١ - **[إضطراب الشخصية المضادة أو المناهضة للمجتمع أو غير الاجتماعية]**

Antisocial personality Disorder

مدى إنتشارها : حيث تتصرف وبائيات هذا الإضطراب بالآتي :

- يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الذكور ٣ %

- يبلغ إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث ١ %

- تزداد نسبة إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وإضطراب التبديين وإدمان الخمر في أسر بعضها .

- تشير دراسات التبني إلى وجود عامل وراثي يقود إلى حدوث هذا النمط من الإضطرابات .
- يزداد إنتشار هذا الإضطراب لدى الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الاجتماعي والإقتصادي والثقافي المتدني .  
(Kaplan, H., sadock, B., 1996 )

**التعريف :**

هو إضطراب شخصية يتميز بعدم الاهتمام بالإلتزامات الاجتماعية ، وإفتقار الشعور مع الآخرين ، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة واستهتار . كما أنه متبدل الشعور لا ينال بالآخرين .. علماً بأن الكثير من الاعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ طفولة هذا الشخص .

(أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ )

**معايير تشخيص إضطرابات الشخصية المناهضة للمجتمع وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - كثرة الهروب (التزويع) من المدرسة .
- ٢ - القيام بالهروب من البيت وأمضى ليلة أو أكثر خارج منزل والديه أو من يقمن بتربيته .
- ٣ - كثيراً ما يبدأ بالشجار مع الآخرين .
- ٤ - استخدام سلاح أو أكثر في أكثر من مشاجرة واحدة .
- ٥ - أجبر شخصاً على ممارسة الجنس معه .
- ٦ - القسوة في إيذاء الحيوانات وتعمد ذلك .
- ٧ - القسوة وإيذاء الآخرين في غير المشاجرات .
- ٨ - تعمد إشعال الحرائق .
- ٩ - كثرة الكذب (على أن لا يكون لتجنب العقاب البدني أو الإعتداء الجنسي) .
- ١٠ - السرقة لأشياء ما ويدخل في هذا السياق إمكانية التزوير وتقييم امضاء شخص آخر مثلاً ) .
- ١١ - عدم الشعور بالندم .
- ١٢ - تبرير سلوكياته المضادة للمجتمع السابقة ( مثل الكذب - الغش - السرقة - الإعتداء .. الخ ) .

- ١٣- الإستهثار بسلامة النفس والغير ( ولنا أن تخيل أن مثل هذا الشخص مسؤول عن قيادة مركبة من مركبات المواصلات العامة ) .
- ١٤- إتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية ( مثل إستعارة أسماء الغير ، الاحتيال والنصب على الآخرين .. الخ ) .
- ١٥- التهور والإندفاعية .
- ١٦- عدم وجود أي تخطيط للمستقبل .

#### ملاحظات :

- أ - لابد من توافر ثلاثة معايير ( أو أكثر ) حتى يمكن التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطرابات .
- ب - الأيقل سن الشخص عن ( ١٨ ) عاماً .
- ج - توافر العديد من الدلائل التي تشير إلى إصابته بإضطراب السلوك وقبل بلوغه من ( ١٥ ) عاماً .
- د - لا يقتصر ظهور السلوك المناهض للمجتمع على فترات الإصابة بالفصام أو بنوبة هوس .
- ه - إن الصفات المميزة لهذا النمط من إضطرابات الشخصية يتصرف بالأعلى:
- عجز عن الاستمرار في العمل وبصورة مستقرة .
  - بطاله لمدة ( ٦ ) أشهر ( بالرغم من توافر العمل وإمكانية التحاقه به ) .
  - وإن التحق بالعمل فستجد إن السمه الأساسية الغياب المتكرر بالرغم من عدم وجود ما يستدعي غيابه .
- ( APA , 2000 )

**سمات السيكوباندين :** وجدت العديد من الدراسات أن النمط المضاد للمجتمع يتسم بالصفات الآتية :

- ١ - تظهر نزعاتهم منذ سن مبكرة في صورة أعمال مضادة للخلق أو في صورة تكبر ظاهر وعناد وتحدى لسلطة الكبار .
- ٢ - إنهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج ولذا فإنهم يقومون بهذه الأعمال المضادة بالجاج .
- ٣ - يرتكب السيكوباندين أعمالهم دون خجل وفي بعض الأحيان علانية . بل يفاخرون بها ، وليس في مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم .
- ٤ - لا يلتقطون من التجربة السابقة . كما أنهم يعيشون في ملذات الحاضر وتجرفهم أحواء اللحظة الراهنة . كما أنهم لا يعبأون بالنتائج التي يتعرضون لها .

- ٥ - يرتكبون جميع أنواع الجرائم، أى أنهم لا يتخصصون في جريمة بعينها.
- ٦ - الجرائم السيكوباتية لا معنى لها . أى أنهم يكتذبون من أجل الكذب في حد ذاته وكذلك الامر في السرقة والنصب والإحتيال ( متعة الكذب من أجل الكذب وليس لأغراض أخرى ) .
- ٧ - على الرغم من إستمرار سلوكهم المضاد للمجتمع إلا أنهم يبدون أمام الغرباء كفراء .
- ٨ - سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان بعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيئ في ثوابت متقطعة لأنهم ينتظرون خير فرصة لارتكاب جرائمهم دون إفتتاح .

( فرج طه ، ١٩٧٩ ، ٩٧ ، ٩٨ )

## ٢ - إضطراب الشخصية البينية :

### Borderline personality Disorder

مدى الإنتشار : تشير وبائيات هذا النمط من إضطرابات الشخصية إلى :

- بداية يتفق الأخصائيون الأكليبيكيون على أن تشخيص إضطراب الشخصية البينية وعلاجهما من الأمور المثيرة للتحدي وصعوبة العلاج .
- إن الإقدام على علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات لا يقدم عليه المعالجون وإذا أقدموا أقدموا في رهبة ووجل .
- إن السبب في الاحجام عن علاج مثل هذا النمط من الإضطرابات يتمثل في أمرين :
  - أ - زيادة عدد المنتحرين من بين الذين يعانون من هذا النمط من الإضطرابات .
  - ب - إن المريض قد يقدم على الانتحار دون وجود تاريخ سابق أو مؤشرات تشير إلى حدوث هذا الفعل .

( اليهان ، كيهير ، ٢٠٠٢ ، ص ٩٥٥ )

- يصيب هذا الإضطراب حوالي ٢ % من إجمالي السكان .
- أكثر إنتشاراً بين الإناث .
- ترتفع نسبة حدوث إضطراب الوجдан وتعاطي المخدرات بين أفراد أسر المرضى .

- يزداد إنتشار إضطراب الشخصية الびتينية بين أمهات مرضى هذا الإضطراب .

( Kaplan, H., sadock, B.. 1996 )

#### تعريفه :

هونمط متغفل من عدم الإستقرار الإنفعالي ، وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين ، وعدم ثبات صورته عن ذاته ، والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

( spitzer., et ap 1990 )

مع الأخذ في الإعتبار أن هذا النمط من إضطرابات الشخصية تزايد به الإهتمام مؤخراً للعديد من العوامل :

- إن تعريف هذا النمط من الإضطراب يكتنفه العديد من الاختلاف والتعقيد .

- كثيراً ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان وإضطرابات الشخصية الأخرى ، والإضطرابات المعرفية .

- لذلك فإن مسح البحوث السابقة في هذا المجال قد أكدت أن أكثر من ٤٠ % من الدراسات والبحوث قد تم تخصيصها لدراسة إضطرابات الشخصية الビتينية .

( Wi digen , T. Francen. A. , 1989 , P: 8 )

**تشخيص إضطرابات الشخصية الビتينية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

١ - نمط من العلاقات الاجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقليب بين التطرف في الاعجاب والتطرف في التحقير .

٢ - السلوك المندفع في مجالين - على أقل تقدير - يتصفان بالإضرار بالآذان مثل :

- التبذير إلى درجة السفة .

- المبالغة في ممارسة الجنس .

- تعاطي المخدرات .

- إختلاس المعروضات .

- الاستهتار في القيادة .

- نوبات من الإفراط في تناول ( أو التهام الطعام ) .

٣ - عدم إسقراط الإنفعال . حيث تجد إنجارات واضحة عن الحالة الإنفعالية

المعنادة باتجاه الإكتتاب أو العصبية أو القلق الذي يستغرق في العادة ساعات قليلة ولا يتجاوز بضعة أيام في أحوال نادرة .

٤ - عدم القدرة على التحكم في الغضب ، أو الغضب دون مبرر ، فيثور كثيراً على سبيل المثال ، أو يغضب بصورة مستمرة ، أو يتشابك بالأيدي مع غيره بصورة مستمرة .

٥ - التهديد بالإنتشار أو النظاهر بمحاولته أو القيام به أو السلوك الهداف إلى تشويه صورة الجسم .

٦ - إضطراب ملحوظ ومستمر في إدراك الهوية والذى يتضمن من عدم تأكيد من أثنتين على الأقل من (المواضع) الآتية :

- تصوره عن ذاته .

- إتجاهاته الجنسية .

- أهدافه البعيدة .

- اختياره للمهنة .

- نوع الأصدقاء الذين يريدهم .

- قيمة المفضلة والتي يؤمن بها .

٧ - تناهيه مشاعر من الخواص النفسي والمثل المزمن (دون وجود سبب خارجي واضح) .

٨ - جهود محمومه تهدف إلى منع قيام شخص آخر بتركه في الواقع أو الخيال (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات مثل الإستعطاف) والتي تهدف إلى محاولة إيقاف الطرف الآخر معه وإن لا يفارقه .

٩ - ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغط النفسي .

#### ملحوظات :

أ - لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الإضطراب .

ب - يقسام هذا النوع من الإضطرابات بالصفات الآتية :

- نمط متواصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين .

- تهور ملحوظ وإنفعالية هوجاء تجاه الآخر أو الذات .

- يظهر هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا النمط من الإضطراب في الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين .

( APA . , 2000 )

### ٣ - إضطراب الشخصية الهمسية :

#### Histrionic personality Disorder

مدى الإنتشار : تلخص وبيانات هذا الإضطراب في الصفات الآتية :

- ينتشر بنسبة ٢ ~ ٣ بين السكان .
- أكثر إنتشار بين الإناث .
- يندر تشخيصه بين الذكور .
- يقدر أحمد عكاشه إن نسبة الانتشار تصل إلى حوالي ١٠ % بين أفراد الشعب المصري ، ويحتمل ارتفاع نسبة وجود هذا الإضطراب لدى النساء ( دون الرجال ) إلى حوالي ٣٠ % .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، )

### تعريف إضطراب الشخصية الهمسية :

هو نمط سائد يتصف بالظهور ، والإتفاعالية ، والتزوع إلى الافتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل في الحديث ولذا فإن الشخصية الهمسية ليست مرضيا ولكنها تقلب في العاطفة وتغير سريع في الوجهان لاته الأسباب ، إضافة إلى سرعة التأثر بالأحداث اليومية . والأخبار المثيرة بل يرسمون خططهم وفقاً لهذه الحالة الإتفاعالية ، كما أنها تتميز : بالأناانية ، رغبة في الظهور ، استجلاب الاهتمام ، المحاولات المستمرة والدائمة للفت إنتباه الآخرين ، وحب الاستعراض والمبالغة في : الكلام ، الملابس ، الزينة والتبريج ، إضافة إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى صفات تتصل بالجنس .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

### تشخيص إضطرابات الشخصية الهمسية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

- ١ - السعي إلى المديح بصورة غير عادية .
- ٢ - يبدى من مظهره أو سلوكه الرغبة في الإغراء الجنسي بصورة غير لائقة .
- ٣ - شديد الاهتمام بجازية مظهره ، ولذا يشعر بضيق شديد إذا لم يك موصىع تقدير وإهتمام الآخرين .

- ٤ - يظهر إنفعالاته بصورة مبالغ فيها ( وربما غير لائقة ) .
- ٥ - يشعر بعدم الارتباط في المواقف التي لا يكون فيها محط أنظار وإهتمام الآخرين .
- ٦ - الانانية ، حيث تهدف أفعاله إلى الحصول على المتعة الفورية لأنه بطبيعته - لا يتحمل التأجيل ، أو الاحباط الناتج عن تأجيل الحصول على المتعة .
- ٧ - تتصف طريقة كلامه بعدم الموضوعية أو الإنطباعية الشديدة ، قلة التفاصيل .
- ٨ - سهل التأثير بالإيحاء أو بأفكار الآخرين والمواقف الاستهوائية .
- ٩ - يعتبر علاقاته بالغير أكثر حميمية مما هي عليه بالفعل .

ملاحظات :

- أ - لا بد من توافر خمسة معايير ( أو أكثر ) من الأعراض السابق ذكرها حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .
- ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :
  - يبدأ عادة في مرحلة مبكرة من سن الرشد .
  - يتسم بفرط الانفعال .
  - يهدى إلى لفت أنظار الآخرين .
- يظهر في العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعله مع الآخرين .
- ( APA , 2000 )

٤ - إضطراب الشخصية للدرجية :

narcissistic personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وبيانات هذا الإضطراب بالأتي :

- هذا الإضطراب يصيب نسبة تقل من ١ % من السكان .
- من الأمراض المزمنة ، صعبة العلاج .
- يؤدي هذا المرض إلى المضاعفات الآتية :
  - إضطراب الوجдан .
  - حالات ذهانية عابرة .
  - الإضطرابات جسدية الشكل .
  - إضطراب تعاطي المواد المخدرة .

- المآل لا يدعوا إلى التفاؤل .

#### **تعريف لاضطراب الشخصية الترجسية :**

نمط متخلل من الشعور بالعظمة في الخيال ، ويتحقق من سلوكه عدم القدرة على الشعور بمشاعر الغير ، حساسية مفرطة لآراء الآخرين فيه ، نمط يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة . إضافة إلى شعور بالخيال والانشغال المفرط فيما يتعلق بتقدير الذات .  
( Kplan, Sadoock. , 1996 )

#### **معايير تشخيص اضطراب الشخصية الترجسية وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - يتصف ردد أفعاله للنقد بالشعور بالغبط والخزي أو المهانة حتى لو لم يعبر عنها .
- ٢ - تضخم احساس الشخص بأهميته حيث المبالغة في وصف إنجازاته ومواهبه ، مع التوقع أن يعترف الآخرون بتتفوّقه دون قيامه بما يتفق مع ذلك .
- ٣ - إنشغاله بخيالات النجاح الذي لا يعرف حدوداً ، والقوة ، الالمعية والجمال ، والحب العذري .
- ٤ - يطالب بالحصول على الإعجاب الشديد إلى درجة إستجاءه المدعي من الآخرين .
- ٥ - يشعر بأن له حقوق لا يستحقها بالفعل ( مثل : توقعاته غير المعقوله بأن يلقى معاملة خاصة ، أو أن تقابل توقعاته بالطاعة العميماء ) .
- ٦ - يستغل علاقاته بالآخرين كأن يستفيد من علاقته بهم في تحقيق مآربه الخاصة .
- ٧ - يفتقر إلى التعاطف ، وليس لديه إستعداد للإعتراف بمشاعر الغير وراحاتهم أو التعرف بها .
- ٨ - كثيراً ما يحسد غيره أو يعتقد إن الآخرين يغارون منه .
- ٩ - يتصف سلوكه بالغطرسة والخيال .

#### **ملاحظات :**

- أ - لابد من توافر خمسة معايير ( أو أكثر ) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذه الفئة ( من الأعراض السابقة ) .
- ب - يتسم هذا النوع من الإضطراب بالصفات الآتية :
- نمط متخلل يتصف بالخيال ( في الخيال أو تظاهر في السلوك ) .
- الحاجة إلى استمرار إعجاب الآخرين به ومدحه .

- إنعدام التعاطف (ال حقيقي النابع من الداخل ) تجاه الآخرين .
  - يبدأ هذا الإضطهاد في سن الرشد المبكرة .
  - يظهر في العديد من المواقف الحياة والمعاشة وتجاه تعاملاته مع الآخرين .
- ( APA . , 2000 )

**ثالثاً : شخصيات تتصف بالخرف والقلق :**

- ١ - إضطراب الشخصية الوسواسية الظاهرة :  
obsessive - compulsive personality Disorder

مدى الإنتشار : تتصف وسائليات هذا الإضطراب بالأى :

- يصيب الذكور أكثر من الإناث .
  - احتمال وجود عامل وراثي .
  - إرتفاع تطابق حدوثه في التوقيتين أحادي البوسنة .
  - أكثر حدوثاً بين أكبر البناء ( في الغالب ) .
- ( Kaplan . , Sadock . , 1996 )

وفي مصر يلخص الموقف أحمد عاكاشة كالتالي :

- وجّد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس الظاهرى يعانون من نفس المرض ،  
هذا غير باقى أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية الظاهرة وقد وجدت في دراسة  
حديثة أن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس الظاهرى في مصر يظهر في ( ١٦ )  
مريض من ( ٨٤ ) حالة أي حوالي ٣٠ % .

تبين حديثاً أن الشخصية الظاهرة لا تظهر إلا في حوالي ٢٠ - ٢٥ % من  
حالات الوسواس الظاهرى ، وأنه كثيراً ما يسبق الإضطرابات شخصيات أخرى مثل :  
الشخصية الاعتمادية والبيانية أو شبه الفصامية وكذلك أنماط مختلفة .

- أوضح أن مرض إضطرابات الشخصية في مصر - في دراسة حديثة -  
يأتون بين سن ٢٠ - ٤٠ عاماً .

- يغلب على الشخصيات الوسواسية الظاهرة في مصر طابع الطقوس الحركية  
وخصوصاً تلك المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يتبعها من مخاوف وإن ذاك له صلة  
بالناحية الدينية .

- وجد في مصر - دراسة حديثة - إن ٨ % من الحالات المصابة بالوسواس

القهرى قد تتحول في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهان الفصام .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، )

#### **تعريف إضطراب الشخصية الوسواسية القهورية :**

إضطراب شخصية يتميز بعدم الاستقرار على رأى والشك والخذل الشديد مما يمكن عدم أمان شخصى عميق . إضافة إلى الحاجة إلى التأكيد المتكرر من الأشياء . وانشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ودقة مفرطة وضمير حى . وإنشغال غير ضروري بالانتاجية الشخصية لدرجة استبعاد المتعة والعلاقات الشخصية . إضافة إلى تمييزها بالنظام الشديد ، والدقة المتناهية في الأمور والمطالبة بالمثل العليا وإحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة في الرأى وعدم المرونة في معاملة الناس وميلون للروتين . وإن اختفت أحد معهم في شيء من ذلك أتهموه بالإهمال وإنعدام الضمير . وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء ولا يكادون يخلون إلى الراحة بيدلأن فى لوم أنفسهم . إضافة إلى العدل إلى التكرار والتأكيد من كل عمل ، إضافة إلى اهتمام مبالغ فيها بمسألة نظافة المسكن والملبس ، إضافة إلى ميلهم إلى القراءة في المسائل الطبية .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ) ، (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، )

#### **معايير تشخيص إضطراب الشخصية القهورية وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع :**

- ١ - الإن شغال بالتفاصيل والوازع والقواعد والتنظيم والجدال ، بحيث يغيب عن ذهن الشخص الهدف . النهائي من النشاط المطلوب .
- ٢ - السعي وراء الكمال لدرجة تحول دون إكمال المهام أو العمل ( عدم القدرة على إنهاء المهمة بسبب عدم انطباق معاييره الصارمة عليها ، إضافة إلى إنفاق وقت أطول في إتمام العمل رغبة منه في الوصول به إلى درجة الكمال المطلق ) .
- ٣ - يبالغ في تكريس نفسه للعمل والإنتاج ، متغاضياً عن الأنشطة الترفيهية والصادفات ( شرط لا يكون عدم ممارسته للأنشطة ناتج عن عمرة المالى ) .
- ٤ - يقظة الضمير ، وف्रط الاحتشام ، وعدم المرونة فيما يتعلق بالم موضوعات التي ترتبط بالأخلاقي والقيم ( بشرط لا يكون السلوك السابق مفروضاً عليه من ديناته أو طبيعة الثقافة التي يعيش في كنفها ) .
- ٥ - العجز والتردد وعدم التخلص من الأشياء المستهلكة أو عديمة القيمة حتى

وأن لم يكن لها أى ذكريات عاطفية أو إنجعالية .

- ٦ - العزوف عن تفويض غيره في القيام بآي عمل يخصه ، أو حتى مساعدته في العمل ما لم يضع اللواحة والتفاصيل لتفويق الآخر بأداء جزء من العمل .
  - ٧ - البخل في الإنفاق على النفس والغير . بل يرى أن النقود ( أشياء ثمينة وعظيمة ) يجب تكديسها تحسباً لكونها قد تحدث في المستقبل .
  - ٨ - يتصف سلوكه بالجمود والعناد والصلابة وعدم المرونة .
  - ٩ - نادراً ما يظهر القدرة على التعبير الانفعالي وإظهار العواطف الرقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق ( ولذا قلما يتحسن أو يقبل أعزاء ونادراً ما يبدي الحب والود لهم ) .

ملاحظات:

أ - لابد من توافر أربعة معايير ( أو أكثر من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص .

- يتسم هذا النوع من الإضطراب بالآتي :
  - الإشغال المفرط بالنظام والكمال .
  - القدرة على التحكم في الفكر وال العلاقات الاجتماعية .
  - يتميز بالصلابة ، والعناد والإصرار على رأيه .
  - يظهر هذا الإضطراب في بداية سن الرشد المبكر .
  - يظهر هذا الإضطراب ( من خلال رصد إعراضه السابقة ) في الكثير من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .

( APA , 2000 )

## ٢ - [اضطراب الشخصية المثلجية :

#### Avoidant personality Disorder

## مدى الإنتشار :

- تبلغ نسبة إنتشارها بين السكان من ٥٠٥ رو % إلى ١%.
  - من العوامل التي تهدى لهذا الإضطراب : إضطراب الطفولة والمراهقة المتجلب ، والأمراض الجسيمة المؤدية إلى التشوه .

**تعريفها :** نفط متغفل من الشعور بعدم الارتباط الاجتماعي ، تقسم بالختنوع

والاعتماد على غيرها ، والخوف من التقييم السلبي بواسطة الآخرين والخجل والذى يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

( spit2en. et al. 1990 )

**معايير تشخيص إضطراب الشخصية المتوجدة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - تجنب الأنشطة المهنية والتي تتطلب التعامل مع الجمهور ، لخوفه من : النقد ، أو عدم الرضا عنه ، أو رفضه .
- ٢ - لا يقيم أي علاقة مع أي شخص إلا إذا أخذ الضمانات والتأكيدات من أن هذا الشخص سوف ( يحبه ) ولا ينعتده .
- ٣ - متحفظ تجاه العلاقات الوثيقة خشية تعرضه للسخرية أو إشعاره بالحزن .
- ٤ - منشغل دوماً بأمكانية تعرضه للنقد أو الرفض في المواقف الإجتماعية .
- ٥ - شعوره بالضعف في المواقف الإجتماعية الجديدة الاحساسة بعدم كفاءته ( ولذا يخش النطق بكلام سخيف أو غير مناسب لدرجة إنه يتهرب من الإجابة على بعض الأسئلة ) .
- ٦ - ينتابه إحساس دوماً بأنه أحمق ، وأن مظهره منفر وأنه دوماً أقل وأدنى من الآخرين .
- ٧ - يحجم بشكل غير عادي عن الإقدام على المخاطرة الشخصية أو ممارسة أي نشاط جديد خشية أن يسبب له الضرر .
- ٨ - ليس لديه أصدقاء حميمين أو من يائذهم على أسراره .
- ٩ - يبالغ في الصعوبات أو الأفكار أو المخاطر المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتمد ( مثال : يلغى في آخر لحظة حضوره لحفلة لتوقعه الشعور بالإرهاق من المجهود الذي سيبذله للوصول إلى مكان الحفلة ) .

#### ملاحظات :

- أ - لا بد من توافر أربعة معايير ( أو أكثر ) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الإضطراب .
- ب - لعل أهم السمات الأساسية التي تسود أصحاب هذا النمط من الإضطراب :
  - سيادة مشاعر بعدم الكفاءة .

- فرط الحساسية لأى نقد أو تقييم سلبي .
- يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
- يظهر هذا الإضطراب في العديد من المواقف والتفاعلات الاجتماعية للشخص .

( APA. , 2000 )

### ٣ - إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها :

Dependent personality Disorder

#### مدى إنتشارها :

- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- إضطراب شخصية شائع ( وإن كانت الدراسات لم تحدد النسبة بعد ) .
- من العوامل المضيئه لهذا الإضطراب إمكانية إصابة الشخص بمرض عضوي مزمن أثناء مرحلة الطفولة ، أو معاناته من قلق الإنفصال عن الأم .

( Kaplan. H. , & sadock, 1996 )

#### تعريف إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها :

إضطراب شخصية تتميز بأعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولى مسؤولية جوانب هامة في حياة الشخص ، وتسخير الاحتياجات الذاتية للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص أو رضوخ غير مبرر لرغباتهم إضافة إلى إحساسه بعدم الكفاءة ، أو إلى انشغال بالخوف من الناس كي لا يهجوه والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيدا ، والإحساس بالكارثة حين تنفصم علاقة حميمة مع آخر ، إضافة إلى إبقاء التبعية والمسؤولية على الآخرين دوما . مع إفتقاد إلى الثقة في النفس والإحساس بالعجز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

#### معايير تشخيص إضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها وفقا للدليل

##### الشخصي والإحصائي الرابع :

- ١ - يشعر بصعوبة في اتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين وطمأنتهم بصورة مبالغ فيها .
- ٢ - يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية بشأن جوانب رئيسية من حياته .

— ١٨ —  
الإضطرابات النفسية —

- ٣ - يجد مشقة في التعبير عن اختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من فقدان دعمهم أو رصانهم عنه .
- ٤ - يصعب عليه المبادرة بالقيام بأعمال جديدة أو الإصطلاح بالمهام مع تحمل المسؤولية ( ويستند الشخص إلى عدم ثقته في صحة حكمه على الأمور ، في قدراته وليس لأنعدام داعيته أو نشاطه ) .
- ٥ - يبذل جهداً كبيراً للحصول على رعاية الآخرين ومساندتهم إلى حد تطوعه للقيام بمهام ( مزعجه ) .
- ٦ - يشعر بعدم الارتباط والعجز عندما يكون بمفرده لمخاوف مبالغ فيها من عدم ثقتكه من رعاية نفسه .
- ٧ - يبحث بالجاج عن علاقة جديدة كمصدر لرعايته ومساندته عند إنتهاء علاقةوثيقة تربطه بشخص آخر .
- ٨ - يشغل بصورة غير واقعية بمخاوف تركه ليتولى رعاية نفسه بنفسه .

**ملاحظات :**

- أ - لا بد من توافر أربعة معايير ( أو أكثر ) حتى يتم التشخيص
- ب - من أهم الصفات لهذا النمط من إضطرابات الشخصية وهو :
- فرط الحاجة إلى أن يرعاه الآخرون .
  - الخضوع والإلتصاق بالغير .
  - تناهيه مخاوف الإنفصال .
  - يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
- يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين .
- الطاقة الرابعة : إضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه .**

**ملحوظة :** هذه الإضطرابات الخاصة بهذه الفئة غير مدرجة في الدليل الرابع حالياً أو تخضع للبحث أصلاً في أن تصنف إليه في الإصدار القادم ولذا تقدم محاولة للوقوف على أهم عراض وسمات هذه الإضطرابات الشخصية والذي لم يسبق تصنيفه

## ٥ - أضطرابات الشخصية السلبية العدوانية :

### Passive Aggressive Personality Disorder

مدى إنتشارها :

- لا توجد نسب محددة توضح مدى الإصابة بهذا الإضطراب .
- إصابة الفرد بإضطراب التحدي والعناد في المفرولة ( كسمة ) يمكن أن تؤشر لإصابة الفرد - فيما بعد - بإضطراب الشخصية السلبية العدوانية .  
( Kaplan, H. & sadock, 1996)

تعريفها :

نوع متغّل من المقاومة السلبية لما يطلب منه من أداء اجتماعي أو مهني ناف ، حيث يكون الفرد متباطئاً في إيجازه للأعمال ، ويصبح كثير الجدل عندما طلب منه فعل شيء لا يريد ، إضافة إلى ( تعمد نسيانه ) الأعمال والوعود التي عاهد نفسه مع الواقع بها بحجج أنه قد نسي ذلك ( Cpitsen. , et al , 1990 , 1990 )

معايير تشخيص إضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقاً للدليل التشخيصي

الإحصائي الرابع :

- ١ - يتخاذ المقاومة السلبية سلاحاً له عند تنفيذ المهام الروتينية والإجتماعية المهنية .
- ٢ - دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرون حقيقة ما يقوم به من الأعمال شفافة إلى عدم تقديرهم له التقدير الذي يستحقه .
- ٣ - دائم الامتعاض وكثير التبرم ( والقرف ) .
- ٤ - دائم النقد والسخرية لرؤساه ، ويسخر منهم حتى مبارز .
- ٥ - دائم الحسد والسطخ تجاه الشخص الأفضل منه حظاً ومكانة .
- ٦ - دائم الشكوى من سوء الحظ الذي يلازمه .
- ٧ - يتقلب سلوكه ما بين التحدي العدوانى للآخرين أو إبداء الندم على ما اقترفه من سلوك .
- ٨ - يتبرم من الإقتراحات المفيدة التي يتقى بها الغير حول كيفية تحسين تأججه .
- ٩ - يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إنجازه لمهامه .

## ملاحظات :

أ - لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التخخيص وفقاً لهذا النمط من إضطرابات الشخصية .

ب - لعل أهم سمات هذا الإضطراب الآتي :

- نمط متأصل في الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية .

- تعطيل الأعمال وتعمد تأخيرها .

- التبرم عند أي توجيه لتحسين العمل .

- هذا الإضطراب يبدأ في سن الرشد المبكرة .

- يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تتم بين الشخص والآخرين .

( APA., 2000 )

## ٦ - إضطراب الشخصية المكتبة :

Depressive Personality Disorder

## مدى الإنتشار :

- إضطراب شائع . ولكن غالباً لا توجد بيانات يمكن الاعتماد عليها .

- الوضع في مصر كالتالي :

\* من ٥٠ - ٧٠ % من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام (للشعب المصري) سببها هذا الإضطراب .

\* يعاني أكثر من عشرة ملايين فرد في عالمنا العربي من إضطرابات المزاجية والإكتئابية .

\* في دراسة ميدانية وجد أن نسبة الأعراض الإكتئابية في مصر وبين مجموعة ريفية حوالي ٣٦ % مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢ % . أما الإضطرابات الوجدانية ( بمختلف صورها الأخرى ) فقد تراوحت بين ٤ - ٧ % .

( أحمد عكاشه ١٩٩٨ )

## تعريف إضطراب الشخصية المكتبة :

نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معاً ، كما أنه يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه في حقيقة الأمر إضافة إلى غياب التقدير أو اعتبار الذات المبنى ، داخلياً أو المبني داخل البناء النفسي للفرد . مع

سمات : التشاوُم ، فقدان الشعور بالملائمة ، الالتزام المفرط بأداء الواجب ، والشك في قيمة ما يفعل مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء . وإستجابة مفرطة بالإنهيار لأقل إيجاباً.

( أنطونى ستور ، ١٩٩١ )

**معايير تشخيص إضطراب الشخصية المكتابة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - سيطرة مشاعر البؤس والكآبة وإنعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص .
- ٢ - تنشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والذئبية .
- ٣ - تتصف إتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد والتلوم والتهريين من شأنه والحط من اعتبار الذات وقيمتها .
- ٤ - دائماً ما تسيطر على أفكار الشخص التفكير التشاوُمي والقلق .
- ٥ - يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم .
- ٦ - يعد التشاوُم العنوان الرئيسي للشخص المصاب بهذا الإضطراب .
- ٧ - حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم .

**ملاحظات :**

- أ - لا بد من توافر خمسة معايير ( أو أكثر ) حتى يتم التشخيص وفقاً لهذا النمط من الإضطراب .
  - ب - يشترط التشخيص ، عدم إقصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الإكتئاب الجسيم ، والا يفسرها وجود مرض عقلي آخر .
    - ج - أهم سمات هذا النمط من الإضطراب :
      - إكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك .
      - يبدأ هذا الإضطراب في سن الرشد المبكرة .
      - يظهر في العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين .
- ( APA, 2000 )

## ٦ - [اضطراب الشخصية الهازمه لذاتها :

Self defeating Personality Disorder

مدى إنتشارها :

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها لتحديد مدى إنتشارها هذا النمط من إضطراب .

- كثير ما تعود إلى إعتداء أحد الوالدين عليه في الطفولة .

**تعريف إضطراب الشخصية الهازمه لذاتها :** نمط متغلل من السلوك الهازمه للذات ، حيث يتصرف الشخص بتجنب أو إفساد الخبرات الممتعة ، ويسعي لأن يستدرج مواقف أو علاقات تسبب له المعاناه ، ويمنع الآخرين من مساعدته أو وضع نفسه في موقف تسبب له القهر والمعاناه .

**تشخيص الشخصية الهازمه للذات وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - يختار الأشخاص والمواقف التي تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توافر فرص أفضل وبصورة واصحة .
- ٢ - يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم .
- ٣ - يستجيب للإحداثات الشخصية الإيجابية ( مثل: الإنجاز - النجاح - الحصول على أي شهادات تفوق ) بالإكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يسبب له الألم مثل الحوادث .
- ٤ - يثير غضب الآخرين أو رفضهم له - نتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال .
- ٥ - يترك فرص الاستمتاع دون أن ينتهزها ، أو يمتنع عن الإعتراف بالإستمتاع بالرغم من توفر المهارات الإجتماعية الازمة لديه وقدرته على إستشاره المتعة .

٦ - يفشل في إنجاز المهام الأساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز .

٧ - يشعر بالملل من يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة أو لا يهتم بهم مثل ( لا يجدبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدي اهتماما به من الجنس الآخر ) .

٨ - يبالغ في التضحيه بنفسه دون أن يطلب منه ذلك ، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيددين من تلك التضحيه .

**ملاحظات :**

- أ - لابد من توافر خمسة معايير ( أو أكثر ) حتى يكن تشخيص هذا النمط من الإضطراب .
- ب - أهم سمات هذا الإضطراب :
- إن الشخص لا يشعر بالمتعبة في المواقف التي تتطلب ذلك .
  - يستدعي الخبرات السهلة كرد فعل لهذه المواقف السعيدة .
  - يضع نفسه في المواقف التي تجلب له المهانة والتعasse .
  - يظهر هذا الإضطراب بداية مرحلة سن الرشد المبكرة .
  - يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تقتضى وجود الفرد مع الآخرين .

( APA, 2000 )

**أسباب إضطرابات الشخصية :**

**أولاً : الإسباب الوراثية - البيولوجية :**

- وجدت العديد من الدراسات إن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث هذه الإضطرابات مثل : الوراثة ، الإصابات السابقة على الولادة ، التهاب المخ ، (إصابات الدماغ المختلفة ) .

- ترتفع نسبة توافق حدوث الإضطراب في التوأمين الأحادي الوريثة .
- توافر العديد من الأدلة التي تشير إلى إضطراب وظائف من أجزاء بعينها في المخ في اضطرابات الشخصية وفيما يلى أمثلة عليها .
- أ - **الفص الببيهي :** حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود اختلالات به خاصة عند ظهور سمة الإنفاق والتهور لدى الشخص ، وسوء الحكم على الأمور ، مع عدم في الإرادة أو تحطتها .

- ب - **الفص الصدغي :** حيث وجد إختلال في هذه الوظيفة خاصة لدى أشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضي ، وإحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية في سلوكهم .

- ج - **الفص الجدري :** حيث كشفت الدراسات عن وجود إختلال في هذا جانب من المخ خاصة لدى الأشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض ، والشعور

بالنشوة ، وفقدان الاستئصار بالكثير من قواعد قوانين الواقع المعاش .

### ثانياً : العوامل النفسية - الإجتماعية :

١ - وجدت العديد من الدراسات إن هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية ، والإعتداء عليهم في كثير من الأحيان سواء كان هذا الإعتداء بدنياً أم جنسياً على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك .

٢ - إضافة إلى إدراك أكبر للرفض الوالدى وخاصة لدى الأفراد ذوى الشخصيات المناهضة للمجتمع . حيث يدرك الطفل من خلال هذه الخبرة بعمى - هكذا يدرك - إن الآخرين يرفضون .. ومادام الأمر كذلك فلماذا لا يبادرهم بالإعتداء عليهم وتزويج أنفسهم قبل أن يبادرونه هم بذلك ؟

( VITOUSEK, MANK, 1994 )

٣ - وإن اضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التي يملكتها الشخص .

( محمد شعلان ، ١٩٧٩ )

### علاج اضطرابات الشخصية :

يشير العديد من المعالجين إلى تعدد الصعوبات التي تواجه المعالج النفسي في مجال علاج مثل هذه الإضطرابات . والتي تعود إلى الأسباب الآتية :

١ - عدم حضور المريض للعلاج إلا إذا تصادم مع المجتمع ، والمريض عادة لا يهدف إلى تغيير سلوكه ولكنه يحاول أن يتخلص من الصعوبة الطارئة .

٢ - إن أي محاولات ومن خلال العلاج - تهدف إلى تعديل هذه الأنماط المضطربة قد تؤدي إلى إختلال توازن الفرد النفسي . ولذا قد يزداد السلوك سوءاً .

٣ - كما إن أسرة المريض قد تتوافق مع هذه السلوكيات وتقبلها على أساس أنها سمة لا يمكن تعديليها .

٤ - لجوء العديد من المضطربين شخصياً إلى الإنتحار بالرغم من إن العدالة من الأدلة كانت لا تؤكد ذلك .

أنظر على سبيل المثال ( عمر شاهين ، يحيى الرخاوي ، ١٩٧٧ )

( مارشا لينهان ، كوتستنن كيهير ، ٢٠٠٢ )

أما عن العلاجات التي من الممكن أن تقدم - بالرغم من الملاحظات السابقة - فهى :

أولاً : العلاج بالعقاقير : حيث من الممكن أن يستخدم العديد من العقاقير التي تعمل على تهدئة الأعراض مثل : في حالة إضطرابات الشخصية البارانويدية من الممكن استخدام مضادات الذهان بجرعات صغيرة مثل : أقراص الهالوبيبريدول ، أو مضاد للقلق مثل الفالبيوم وذلك للتعامل مع الفوران والقلق عند ظهرهما .. وكذلك إمكانية فعل نفس الشى لدى مرضى إضطراب الشخصية شبه الفاصامية .

( KAPLAN, H. & SADOCK, B., 1996 )

### ثانياً : العلاجات النفسية :

أ - العلاج التدريسي : من الممكن استخدام هذا النوع من العلاج بفاعلية مع العديد من مرضي الشخصية . مثال : لاستخدام العلاج التدريسي لدى شخص يعاني من إضطراب هستيري :

- أهتم بالآلهة والتجارب طول الوقت ، لأن فقدان ذلك يعني فقدان المريض .
- بالرغم من النصيحة السابقة لا تجعل حرصك على الإحتفاظ بالمريض يمنعك من المحافظة علىأمانتك كمعالج .
- كن مستعداً لعمليات طرح شديد وعاصفة ولا سيماء إذا كان المريض من الجنس المغاير لجنس المعالج .. الخ .

( بيتر نوفا ليس وأخرون ، ١٩٩٨ )

ب - العلاج المعرفي : القائم على منحى أرون بييك والذي ينظر إلى أخطاء التفكير على إنها مسؤولة في المقام الأول عن مشكلات سلوك الفرد أو تفاعلاتة مع الآخرين وإن الشخصية البديلة - كمثال - يسود لديهم ثلاثة فروض .

أ - العالم خطير وحقود .

ب - أنا يلاقوه وعرضه للإنجراج .

ج - أنا غير مقبول أساساً .

وعن طريق الفيتات المختلفة يمكن التعامل مع مثل هذه الإضطرابات .

( مارشا لينهان ، كوتستتن كيهيرر ، ٢٠٠٢ )

## المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) الوسوس القهري ، التشخيص والعلاج ، الكويت ، مجلس النشر العلمي.
- ٢ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، الانجلو المصرية.
- ٣ - أنطونى ستور (١٩٩١) . فن العلاج النفسي ، ترجمة لطفي خطيم ، القاهرة ، النهضة المصرية .
- ٤ - بيتر توكاليس ، ستيفن روجسيفيس ، روجر بيك (١٩٩٨) ، العلاج النفسي التدعيّي ، ترجمة لطفي خطيم ، عادل دمرداش ، القاهرة ، المجلس الأعلى للثقافة ، المشروع القومي للترجمة ، الكتاب رقم ٥٢ .
- ٥ - عمر شاهين ، يحيى الرخاوي (١٩٧٧) ، مبادئ الأمراض النفسية ، القاهرة ، مكتبة النصر الحديثة ، الطبعة الثالثة .
- ٦ - فرج طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٧ - مارشا لينهان ، كوتستنس كيهيرر (٢٠٠٢) ، إضطراب الشخصية البينية ترجمة صفوت فرج في كتاب : مرجع اكلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي ، تحرير ديفيد بارلو ، اشرف على الترجمة والمراجعة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية . ص من ٩٥٣ - ١٠٥٤ .
- ٨ - محمد شعلان (١٩٧٩) . الإضطرابات النفسية في الأطفال ، الجزء الثاني ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية .
- 9 - American psychiatric Association (1994) . Diagnostic and statisticap Manual of Mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC.
- 10 - Aamerican Psychiatric Association (2000) . DSM IV

- .Diagnostic and Staistical Manual of Mental Disorders ,  
Washing ton , D. C. Psybiatric.
- 11 - Derksen. J., ( 1995 ) **Personality Disorders : Clinical & Social** Derksen, J. hon & Sons Ltd, England .
- 12- Ellison J. & Shader, R . ( 1994 ) . **the Pharmacologic Treatment of Personality disorders : Adimensionsl approach** In : **Richard J Shader** ( 1994 ) : Manual of Psychiatric therapeutic, 2nd ed., lihe Brownap company Boston, inc
- 13- Spitzer, R. , Willia MS, J, Gibbon, M. . Firsth. (1990 ) **User's Guide Forthe Structured clinical interview For DSM - III - R**, **A Merican Psaychiatic Press, Inc** , Washington, PP : 174 - 1212.
- 14 - Kaplan. Sadoock . (1996 ) . **pocket Homd book of clinicap psychiatry**, Laondon. , wiliams wilkins. secnd editon.
- 15- Vitousek, K, ap Mank, F (1994 ) . **Personality Variabler and disordersin anorexia and bulimia nervosa**, Journal of Abnormal Psycology , Vol . 103 , no.1 PP. : 137 - 147.
- 16- Widgen T. ap Francen . A ( 1989 ) . **Epdemiology diagnosis and comorbidity of borderline Personality Disorderin A Tasman. , R.H. alen ap A. Francen** ( Eds ) . American Psychiatric Press. Review of psychiatry . Vol 8 , PP : 8 - 24 Washi ngton, DC. Americam Psychiatric Press



## الفصل السادس

### الإضطرابات الجسدية الشكل Somato Form Disorder

#### محتويات الفصل

- أنواع الإضطرابات جسدية الشكل :

- ١ - أضطرابات التبدين، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٢ - الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٣ - إضطراب التحول، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٤ - إضطراب الألم، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٥ - توهّم المرض، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٦ - إضطراب توهّم تشوه الجسم، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٧ - الإضطرابات المصطنعة، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
  - ٨ - التمارض، الويلانيات - التعريف - محكّات التشخيص.
- أسباب الإضطرابات الجسدية الشكل .
- علاج الإضطرابات الجسدية الشكل .
- مسار وسائل الإضطرابات الجسدية الشكل .



## الإضطرابات الجسدية الشكل

### SOMATO FORM DISORDERS

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الإستقصاءات الطبية ، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنه الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني .. ويوجد في هذه الإضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للإنتباه (المهستيرى) خاصة في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في أفعال الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالنهاية إلى إجراء المزيد من الإستقصاءات أو الفحوصات

(أحمد عكاشه ١٩٩٨)

ولذا فإن أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الإضطرابات هي : وجود شكاوى بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص إضافة إلى عدم توافق أية آلية فسيولوجية توضح علامات الإضطراب ، ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعدد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلاً عضوياً في حين إن أسبابها تكون نفسية .

#### أنواع الإضطرابات الجسدية الشكل :

تأخذ هذه الإضطرابات أنواعاً وأنماطاً الآتية :

#### ١ - إضطراب التبدين : Somatisation Disorder

مدى انتشاره :

- تبلغ نسبة انتشاره بين السكان (في أي دولة) من ١٥% - ٥٠% .
- وجدت الملاحظات הקלينيكية ونتائج العديد من الدراسات الوبائية التي أكدت إن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور .
- وجدت - أيضاً - الملاحظات والدراسات إن هذا الإضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة .
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدنيا ( ذات الخصائص الاجتماعية والثقافية والإقتصادية المحدودة ) .

- يبدأ عادة في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

**تعريفه :**

هو إضطراب يتم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة في جسده أو أكثر وإن هذه الشكاوى لا تلتقي من مرض معروفة .  
 ( Kaplan , H. , & Sadock , B. 1996 )

**معايير تشخيص إضطراب التبدين وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

أ - كثرة الشكاوى الجسمية في تاريخ الحالة ، التي تبدأ قبل سن الثلاثين ، وتستمر لعدة سنوات ، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج أو تؤدي إلى عجز ملحوظ في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص لوظائفه .

ب - انتباق كل من المعايير التالية على الحالة ، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الإضطرابات :

( ١ ) أربعة أعراض سمتها الرئيسية الألم : تاريخ المعاناة من الألم في أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه ، مثل الدماغ ، البطن ، الظهر ، المفاصل ، الأطراف ، الصدر ، الشرج ، أثناء الدورة الشهرية ، أثناء الجماع أو التبول .

( ٢ ) عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمى : الشكوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمى على أقل تقدير ، شريطة لا يكون الألم من بينهما ، مثل الغثيان ، الإنفاس ، القيء في غير أوقات الحمل ، الإسهال ، عدم تحمل عدة أنواع من الأطعمة .

( ٣ ) عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية : تاريخ شكوى واحدة خاصة بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير ، لا تقتصر على الألم ، مثل عدم الاكتئارات بالنشاط الجنسي ، إضطراب الإنتصاب أو القذف ، عدم إنتظام الدورة الشهرية ، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية ، استمرار القيء طوال فترة الحمل .

( ٤ ) عرض واحد كائب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي : تاريخ وجود عرض واحد أو قصور في وظيفة من وظائف الجهاز العصبي يوحى بإصابة الشخص بمرض عصبي عضوي ، مثل أمراض تمولية كاختلال تناسب الحركة أو التوازن ، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته ، أو احتباس البول ، أو الهلالوس ، أو صعوبة البلع أو الشعور بغصة في الحلق ، أو احتباس الصوت ، أو فقدان حاسة اللمس أو

الإحساس بالألم ، إزدواج الرؤيا أو العمى ، أو الصمم ، أو التشنجات ؟ أو أعراض انصهالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعي الذي لا يؤدي إلى الإغماء .

ج ) توافر المعيار ( ١ ) أو ( ٢ ) :

( ١ ) يتذرع إرهاق كل عرض من أعراض المعيار بداء ، بصورة كاملة إلى مرض عضوي معروف أو إلى الآثار المباشرة لتعاطي مادة أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .

( ٢ ) في حالة توافر مرض عضوي له علاقة بالأعراض ، تفوق شكاوى المريض وتدنى وظائفه الاجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بهد دراسة تاريخ الحالة وتقييم الكشف الطبي ونتائج الفحوص الطبية .

د ) يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعدد اصطناع الأعراض أو استحداثها كما يحدث في الإضطرابات المصطنعة والتامرض ) .  
( APA , 2000 )

## ٢ - الإضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز

Undifferentiated Somato Form

مدى الإنتشار :

- لا توجد إحصاءات دقيقة تشير إلى حجم هذا الإضطراب .
  - لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الإضطراب مع العديد من الإضطرابات النفسية الأخرى .
  - من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الإضطراب أكثر من الذكور نظراً للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الاجتماعية .
- ( أحمد عاكاشة ١٩٩٨ - ٢٠٢ ، ٢٠٣ - ٢٠٤ )

تعريفه :

وهو عبارة عن فئة متخلفة أو متبقية من الإضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية الإضطراب بشكله الكامل ، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الإضطراب الجسدي الشكل ، لأن شكوى الإعراض لا ترقى إلى مستوى الإضطراب الجسدي الكامل الصورة ، أو لغموض الأعراض . وإن الشكوى من الإرهاق المزمن هي الشكوى الأكثر توافراً لدى هؤلاء المرضى .

**معيير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص الإضطراب الجسدي**

**الشكل :**

- أ - شكوى جسمية واحدة أو أكثر ( مثل ، سرعة التعب ، أو فقدان الشهية ، أو شكاوى خاصة بالجهاز الهضمي أو البولي )
  - ب - توافر المعيار ( ١ ) أو ( ٢ ) :
    - ( ١ ) لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوي معروف أو يأنها نتيجة مباشرة لتعاطي مخدر أو دواء ، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة .
    - ( ٢ ) في حالة وجود مرض عضوي له علاقة بالحالة ، تفوق الأعراض أو تدنى الوظائف الاجتماعية والمهنية الناتج ، ما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوي المذكور كما يتضح من تاريخ الحالة ، والكشف الطيني ، ونتائج الفحوص المختبرية .
    - ج ) تتسبّب الأعراض في معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدي إلى تدنى وظائفه الاجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة .
    - د ) لا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر .
    - ه ) لا يفسر مرض نفسي آخر أعراض المريض على نحو أفضل ( مثل : إضطراب آخر جسدي الشكل ، أو إضطراب جنسي ، أو إضطراب فاق ، إضطراب ذهاني ) .
    - و ) لا تكون الأعراض متعددة أو مصطلحة ( مثلاً يحدث في حالة الإضطراب المصطلح والتعارض ) .
- ( APA. , 2000 )

### ٣ - إضطراب التحول : Conversion Disorder

**مدى الإنتشار :**

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ما بين ٥ % إلى ١٥ % من إجمالي المترددين على عيادات الطب النفسي الخارجية .
- في حين إن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الإضطراب ب ١٠ % من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات .
- تبلغإصابة الإناث بهذا الإضطراب ضعفإصابة الذكور .
- يظهر عادة في سن الرشد المبكرة ( في الغالب ) .

- لكن بالرغم من ذلك - فقد يظهر هذا الإضطراب في منتصف العمر أو في الشيخوخة .

(Kaplan, D., Srock, B. 1996 )

تعريفه :

يعرف التحول - في موسوعة علم النفس التحليل النفسي - بأنه : عملية يلجأ فيها إلاتها إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تنويعه إلى حل يبدو في عرض جسمى . وكان الشخص هنا بدلًا من أن يعبر عن صراعاته تعبيرا نفسيا خالصا يحوله إلى تعبير جسمى . وتنتم هذه العملية على مستوى لا شعوري .. مثل حدوث شلل هستيري للذراع مثلا : إذ في هذه الحالة لا توجد بالذراع ولا بمرآكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية أية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طيبا ومع هذا يكون الذراع مشلولا .. ولذا يفشل - في مثل هذه الحالة العلاج الجسدي وينجح العلاج النفسي والذي يتعامل مع الصراعات التي أدت إلى هذا العرض التبديلي .

( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ )

وقد نجد إضطراب التحول هذا في عرض واحد أو أكثر من عرض ويكون له صلة بالجهاز العصبي المركزي . وأن هذه الاعراض ليست نتيجة إضطراب عضوي أو عصبي أو تعاطي مادة مخدرة .

#### التشخص، العلامات والأعراض :

أ - إضطرابات حركية مثل : الشلل والتخلج ataxia ( عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كال الوقوف وغيرها ) ، وصعوبة البلع والقيء وإحتباس الصوت .

ب - إضطرابات الوعي مثل : النوبات التشنجية الكاذبة وفقدان الوعي .

ج - إضطراب الإحساس : مثل العمى ، الصمم ، فقدان الشم ، نقص الحس ، فقدان الإحساس بالألم ، نقص الحس الطرفى في موضع الفغاز والجوارب .

د - علاقة زمنية وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسي أو إنفعالات شديدة .

ه - ظهور الأعراض في نصف الجسم الأيسر أكثر من نصفه الأيمن .

و - عدم تعدد الشخص استحداث الإعراض .

ز - عدم توافق الإعراض مع ثقافة المريض ، أو وجود أصول عضوية كما يتصفح من الكشف الطبي والفحوص الطبية .  
 (APA. , 2000 )

#### ٤ - إضطراب الألم : Pain Disorder

**مدى الإنتشار :** يشكل إضطراب الألم مشكلةً اقتصاديةً كبرى ، مثلاً يشكل مشكلة طبية ، - كمثال في المملكة المتحدة - إذ تسبب الألم أسفل الظهر بمفردتها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام ، بالإضافة إلى تكفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير والمشكلات الاقتصادية والأسرية المصاحبة والتي تغري إلى التكاليف غير المنظورة وللألم المزمن .

( شيرلي بيرس وأخرين ، ٢٠٠٠ )

- ويظهر إضطراب الألم في أي سن ولا سيما في العقد الثالث والرابع .
- أكثر إنتشاراً بين الإناث .
- تتوافر بعض الأدلة على ارتفاع نسبة حدوث الألم والإكتئاب وإدمان الخمر في أفراد الدرجة الأولى .

( Kaplan, H & sadock, B, 1996)

#### معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص إضطراب الألم :

- أ - يجسد بالألم في مكان واحد أو أكثر من الجسم المرض الإكلينيكي الرئيسي ، على أن تستدعي شدته تدخل الطبيب .
- ب - يؤدي الألم معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الاجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة .
- ج - تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره .
- د - يشترط لا يكون العرض أو القصور متعمداً أو مصطنعاً ، كما يحدث في الإضطرابات المصطنعة والتمارض .
- ه - يشترط لا يكون الألم نتيجة لمرض نفسي آخر ، مثل إضطراب الوجдан أو القلق ، وألا تتطابق عليه معايير تشخيص ألم الجماع .

خاصصة :

**إضطراب ألم مصحوب بعوامل نفسية :** تلعب العوامل النفسية دوراً رئيسياً في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره . (في حالة وجود مرض عضوي ، يشترط

لتشخيص الإضطراب لا يلعب ذلك المرض دوراً رئيسياً في ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره ) . لا يشخص هذا النوع من إضطراب الألم إذا كانت معاييره تنطبق أيضاً على إضطراب التبدين . خصص ما إذا كان :

حادياً : نقل مدته عن ستة أشهر .

مزمناً : مدته ستة أشهر أو أكثر .

إضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية ومرض عضوية : العوامل النفسية ومرض عضوي دوراً مهماً في ظهور الألم وشنته وتفاقمه وستمراره ، بدون المرض العضوي أو مكان الألم على المحور الثالث .

حدد ما إذا كان :

حادياً : مدته نقل عن ستة أشهر .

مزمناً : مدته ستة أشهر أو أكثر .

( APA., 2000 )

#### ٥ - توهם المرض : Hypochondriasis

مدى الإنتشار :

- يصيب ١٠ % من إجمالي المصابين بأمراض باطنية .

- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث .

- يصيب جميع الأعمار ويزداد إنتشاره في العقد الثالث في الذكور والعقد الرابع في الإناث .

- يصيب أفراد الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوأم .

( Kaplan, H., & sadock, B, 1996 )

**تعريفه :**

هو عبارة من إضطراب السمة الأساسية فيه : إنشغال دائم بأحتمال الإصابة بوحد أو أكثر من الإضطرابات البدنية الخطيرة والمتفاقمة يعبر عنه بشكاري جسدية مستمرة ، كما يركز الإنتباه عادة على واحدة أو أثنتين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكر المريض اسم الإضطراب الجسمى الذى يخشاه ومع ذلك فإن درجة إيقناعه بوجود المريض والتوكيل على إضطراب بعيده دون إضطراب آخر تباين عادة ما بين الإستشارات الطبية .

و غالباً ما يكون الإكتئاب والقلق الشديدين موجودين .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، )

#### **التشخيص :**

- أ - يصيب أي عضو أو جهاز في الجسم .
  - ب - يصيب - في الغالب - الجهاز الدورى أو الهضمى أكثر من غيرهما من أجهزة الجسم الأخرى .
  - ج - يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوى بالفعل .
  - د - يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض في الكشف الطبى والفحوص . ثم تعاوده الاعراض .
  - ه - نفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية .
  - و - تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير .
  - ز - لا يرقى في اعتقاد المريض في إصابته بالمرض إلى مستوى الصنالة .
- (APA., 2000)

#### **٦ - إضطراب توهם تشوه الجسم : Body Dysmorphic Disorder**

##### **مدى الإنتشار :**

- يبدأ ظهور المرض بدأية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكرة .
- يصيب الذكور والإثاث بنفس النسبة .

##### **تعريفه :**

هو إضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم ، وقد يمتد هذا التوهם ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الصنالة .

(Kaplan, D., & Sadock , B, 1996 )

#### **التشخيص :**

- يشكو المريض من عيوب في جسمه مثل وجود التجاعيد وكثتها أو سقوط الشعر أو صغر أو كبر حجم بعض الأعضاء التناسلية .

- أو قد تمت الشكوى لتشمل الشكوى من وجود عيوب في أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة ( مثل الأنف ) أو مستترة ( مثل وجود بقع شيخوخة على الجلد ) .
- وعند وجود تشوه جسمى طفيف يشغل المريض به على نحو مفرط ومبانع فيه .

- لا يصل مستوى إنشغاله إلى مستوى الصنالة ( كما يحدث في اضطراب الصنالة الجسدي النوع ) .
- (APA., 2000 )

#### ٧ - الإضطرابات المصطنعة : Factitious Disorders

مدى الانتشار :

- نسب الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بشكل محدد .
  - يصيب الذكور أكثر من الإناث .
  - تبلغ نسبة مرض إصطناع المرضى الذين يدخلون المستشفيات من ١٠ % إلى ١٥ % حيث يعاني معظمهم من ارتفاع مصطنع في درجة الحرارة ( كمثال شائع لذلك ) .
  - ينتشر هذا الإضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين في المجال الطبي ( أطباء - ممرضين - ممرضات .. الخ ) .
- ( Kaplan. & Sadock., 1996 )

#### تعريفه :

هو عبارة عن اضطرابات يتواهم الشخص من خلال أعراضنا يستحدثها عمداً بصورة شعورية قد تصايب الجسم ، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض نفسية مثل الهلاوس أو عضوية مثل الشعور بالألم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم .

#### الشخص والعلامات والأعراض :

تنقسم هذه الإضطرابات إلى الفئات التالية :

- أ - إضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة : وتشمل :
- تعمد استحداث الأعراض الجسمانية كالغثيان والقيء والآلام والتشنجات .
- قد يتعمد المريض إصابة الدم إلى برازهم أو بولهم .
- قد يتعمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرق مصطنعة .

- أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض نسبة مستوى السكر في الجسم .
- ومن علاماته : البطن المختلط ( للتدبات التي تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التي يعرض المريض نفسه لها ) .
- ب - إضطرابات مصطلحة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة :
  - تعمد إصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل : الهلاوس والضلالات والإكتئاب وشذوذ السلوك .
  - لجوء المريض إلى الكذب وتقديم روايات يصعب تصديقها في أسباب إصابته إلا أنه يعتقد في صحتها .
  - ينتشر إدمان المواد المخدرة بين مرض إضطرابات النوعين السابعين (أ - ب) .

ج - إضطرابات مصطلحة لم يسبق تخصيصها :

- تشمل الإضطرابات التي لا تتطابق عليها معايير الإضطرابات المصطلحة مثل إصطناع المرض بالإنابة ( تعمد شخص آخر يرى المريض إصطناع الأعراض لاكتساب الدور المرضى بصورة غير مباشرة ) .
- (APA., 2000 )

٨ - التعارض : Malingering

مدى الإنتشار :

- غير معروف بصورة محددة أو تقريرية نسب الإصابة به .
- أكثر إنتشارا في الأماكن التي يكثر فيها الذكر مثل : الثكنات العسكرية ، السجون ، المصانع ، وغيرها من المؤسسات .
- قد يظهر هذا الإضطراب أيضا لدى الإناث .

تعريفه :

هو لجوء الفرد إلى الاستحداث الإرادى لأحداث أعراض جسدية أو نفسية ولتحقيق هدف معين مثل : الحصول على إجازة من الثكنة العسكرية ، أو التهرب من حكم بالحبس ، أو التهرب من عقاب ، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين .  
( ولعل أكثر صور أحداث هذا الإضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة / مواد حريفة ) يعقبها تناول حلوى مما يؤدى ذلك إلى

ارتفاع في درجة حرارة الشخص وبالتالي يطلب (كارنيه) عيادة .. وتتعدد باقي الإجراءات حتى يتبع عن الخدمات والأعمال المكلفت بها داخل المعسكر .

( Kaplan. & Saock. , 1996 )

### التشخيص والعلامات والأعراض :

- يبدى الشخص في العادة شكاوى مبهمة وغير محددة ويعرضها بالتفصيل .
- يغضب المريض عند إبداء الطبيب تشكيه في صدق أعراضه .
- يتضح من التاريخ النفسي والإجتماعي وجود حاجة لدى الشخص المعنى لتجنب أحد المرافق الضاغطة أو الحصول على المال ، أو الهروب من مشاكل قانونية .
- ابحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلال ( المكتب الثاني للمرض ) .

( APA. , 2000 )

### أسباب الإضطرابات جسدية الشكل :

تنتمي فئة الإضطرابات الجسدية الشكل إلى الإضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب ( المسقة ) .

- \* من أسباب الإصابة بهذا الإضطراب .

### أولاً : العوامل التكوبية الوراثية :

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الإضطرابات .

- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب ( مثلاً ) فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض .

- دلت دراسات العائلات على أن إستجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإستجابة لإضطراب معين تجاوبت معه باقى أفراد الأسرة بالإستجابة لهذا العرض .

- ولذا نلجأ في علاج بعض هذه الإضطرابات إلى استخدام الأدوية النفسية خاصة أثناء فترات إصابة المريض بالقلق أو الإكتئاب الحاد ( فقط ) خشية من أن العلاج بالدواء في مختلف الفترات قد يقود المريض لتعاطي الدواء سواء أكان الشخص في حاجة إلى الدواء أم لا .

- الإضطرابات النفسية —
- وجود خلل في قشرة المخ . فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب [إضطرابات التحول البيولوجي] تتلخص في :
    - يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط آلية مثبطة في المخ .
    - يصب الإضطراب فرط إثارة قشرة المخ التي تنشط بدورها آلية الجهاز العصبي المركزي المثبطة في المخ ( فجوة تفصل الخلايا العصبية عن بعضها ) وساق المخ ، والمنظومة الشبكية التنشيطية .
    - يرتفع احتمال حدوث الإضطرابات فيمن يعانون من إصابات الفحص الجيبي أو أوجه قصور أخرى في الجهاز العصبي المركزي .

### ثانياً : أسباب نفسية - اجتماعية :

تتعدد المخلفات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية ( بمختلفاتها المختلفة ) .

- ولذا نجد العديد من التفسيرات التي قدمت للإضطرابات جسدية الشكل .
- مثلاً : الشخص الذي يعاني من إضطراب التدرين وجد أن الأسباب النفسية تتلخص في :

- إن هذا الشخص يميل إلى كبت العداون .
- إن هذا العداون المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويلة إلى الذات .
- إنه يتمتع بضمير أنا أعلى Super egee جد حساس مما يؤدي إلى أرتداد العداون إلى الذات وعقابها ( ليس لمجرد عقاب الآخر بل التفكير في ذلك ) .
- إنتشار وشيع مشاعر الدونية والإنحطاط من قيمة الذات .
- توحد غير سوي بأحد الوالدين .

في حين إن التفسير النفسي الذي قدم لأضطراب التحول فهو :

- بعد الإضطراب تغيراً عن صراع نفسي لا شعوري مكبوت .
- تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالإضطراب بسمات إضطراب الشخصية المتوجبة ، وأخرى هستيرية .
- التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلى .
- وجود دوافع جنسية وعدوانية لا شعورية ترفضها الانما وتتكرر في صورة أعراض مرضية .

- في حين إن الجانب النفسي الذي يفسر إضطراب توهם المرضي كالتالي :
- إن الشخص لديه استعداداً خلقياً لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه ، وإنخفاض عنبة الإحساس بالألم أو المعاناة الجسمية .
- ارتزاق النزعات العدوانية إلى الذات بدلاً من الآخر ومن خلال جزء معين من الجسم .

- لابد من التركيز حول إحتمالية أن يكون للعضو الجسمي المصايب معنى رمزياً (أو وفقاً لمفهوم التحليل النفسي لأبُد من البحث عن عامل الحتمية ) - ليس العشوائية - المقصودة في إصابة هذا العضو من الجسم دون غيره بهذا الإضطرابات ، وأن الإصابة تكون محظومة المعنى والدلالة ولا بد من البحث عنها ) .

ونستنتج مما سبق الآتي :

- ١ - لابد منأخذ تاريخ الشخص في الإعتبار .
- ٢ - لابد من فهم الدلالة أو الدلائل النفسية - لأسباب إصابة الشخص وتحديداً في عضو من جسده دون الآخر .
- ٣ -أخذ طريقة التربية في الإعتبار لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتي تعمل على ( كبت العدوان أو كف ) الرغبات الجنسية التي بدورها تضررها لتحول مسارها من (والآخر) ، إلى ( الذات ) .
- ٤ - التركيز على الهدف أو المكسب الثاني من وراء العرض فعلى سبيل المثال وجد أن إضطراب الألم - مثلاً - له علاقة بالأخر حيث يستخدم الفرد الألم كوسيلة للسيطرة على علاقة بأخرين والإستفادة منها مثل إستقرار علاقه زوجيه هشه .
- ٥ - التعرف على نمط الشخصية ( إضطرابات أنماط الشخصية ) إذا على سبيل المثال وجد أن الشخصية لا تقبل التي تقبل إلى التمارض يميل أصحابها إلى نمط الشخصية المناهضة للمجتمع .
- ٦ - التركيز على ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها الفرد ، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض إضطراب توهם تشوه الجسم لأساليب الدفاعية الآتية :

- الكبت (الصراعات لا شعورية ) .

- تشويه أو ترميز جزء من الجسم .

- الاستقطاب (الأعتقد بأن الآخرين يرون أيضنا التشوه المتخلل ) .

(أحمد عاكشة ، ١٩٩٨)

(شيرلي بيرس ، جوس مايز ، ٢٠٠٠ ، ٧٣٧ - ٧٥٦)

### علاج الصنطريات جسدية الشكل :

#### تستخدم العلاجات الآتية :

أولاً : العلاجات الدوائية : وقد ذكرنا ضرورة عدم الإفراط في تصديق ( توهם المريض ، أو إطاعته في كتابة أدوية مخدرة ) نظراً لأمكانية إدمان الشخص لهذه الأدوية .

مثال : إضطراب مرضى تشوه الجسم : يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تخفف مثبطات استعادة السيروتونين الانتقائية مثل :

البروزاك ، والكلوميبرامين ( الانافرانيل ) الأعراض في ٥٠ % من المرضى على أقل تقدير .

مثال آخر : مريض توهם المرض : يتم إعطائهم العقاقير الآتية :

- تستخدم مضادات القلق أو الإكتناب في علاج القلق أو الإكتناب عند ظهورهما .

- تقييد المركبات مع استعادة السيروتونين الإنقائية ، الإكتناب ، والأعراض الوسواسية .

( Kaplan. Sadock. , 1996 )

#### ثانياً : العلاجات النفسية :

تتعدد صور وأشكال العلاجات النفسية ما بين علاج نفسي متعدد ( من خلال البحث عن الأسباب الدقيقة في طفولة الفرد ) أو السطحي ( من خلال التركيز على شفاء الأعراض وحل المشاكل الحالية ) .

ومن هذه المدارس :

أ - التحليل النفسي : حيث ترتكز على :

- طفولة الشخص .

- الصدامات التي تعرض لها .

- أساليبه ومكانته الداعية .

- المكاسب الأساسية والثانوية للأصابة بهذا المرض .

- طرق حل للصراعات اللاشعورية .

- طرق التعبير عن عدوانية وغرائز الجنسية .

- المعنى الرمزي للأعراض .

- الصراعات اللاشعورية المرتبطة بالإضطراب والتي لها علاقة به .

**بـ العلاج التدعيبي :** وذلك من خلال استخدام العديد من التقنيات العلاجية التدعيمية والتي تنهض على : الإيحاء - التغيير والتشجيع ، المعاضة والتدعيم ، الصحية والإرشاد ، تقديم المعلومات ، التنفيذ الإنفعالي ، التجاوب الإنفعالي ، بث الثقة والإرادة لدى الفرد .

**جـ العلاج النفسي المعرفي :** وهو جد هام خاصة مع المرضى ذوى إضطراب الألم . خاصة إذا كان هذا الإضطراب - أو غيره - به بعض المكونات المعرفية الخاطئة ( تفكير - وجдан .. سلوك ) .

وقد تم تطوير العديد من الإستراتيجيات المعرفية في هذا الصدد وت تكون من :

- الصور الذهنية السارة .

- النشاط الإيقاعي المعرفي .

- التركيز الخارجي للانتباه .

- تغيير الألم .

- التغلب الدرامي .

- التخيل المحايد .

- النشاط التنفسى .

- النشاط السلوكي .

( شيرلى بيرس وآخر ، ٢٠٠٠ )

**دـ العلاج بالتعليم :** خاصة الاستناد إلى إستراتيجيات الاسترخاء والتي أثبتت فاعليتها في العديد من الإضطرابات مثل :

- إضطرابات الألم .

- التبدين .

- التوهم المرضي .

- المصداع النصفي .

عسر الطمث .. الخ .

فعلى سبيل المثال وجد أن استخدام التدريب على الإسترخاء لدى مرضى الألم المزمن جد هام للأسباب الآتية :

أولاً : قد يكون للتدريب على الإسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلي للجسم كله .

ثانياً : قد يرتبط الإسترخاء بخفض القلق .

ثالثاً : تعمل إجراءات الإسترخاء في حد ذاتها كمشتت للأنتباه ، أي أن الإنبعاث إلى تفريقات الإسترخاء والمصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الإنبعاث إلى المدخلات الحسية غير السارة .

رابعاً : إن الإسترخاء قد يعمل على زيادة التحكم الذاتي المدرك لدى المرض لانشطتهم الفسيولوجية وألمهم .

خامساً : إن العديد من الدراسات النفسية قد وجدت ما للإسترخاء من نتائج جداً إيجابية وفاعلية في علاج العديد من الإضطرابات .

( شيرلي بيرس وأخر ، ٢٠٠٠ )

ثالثاً : العلاج البيئي والاجتماعي : إن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العديد من الإضطرابات الجسدية الشكل واضح . ومن هنا يمكن أن يتوجه العلاج إلى :

- تحسين ظروف العمل .

- تحسين ظروف المنزل .

- حل الخلافات الزوجية .

- تشجيع الهوايات الخاصة للأشخاص من ثقافة وفنون أو رياضة أو الإيمان الديني خاصة في هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية .

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ )

#### **مسار ومال الإضطرابات جسدية الشكل :**

تنعدد مسارات ومال الإضطرابات جسدية الشكل وذلك من خلال أخذ العديد من العوامل والأسباب في الاعتبار عند تحديد مال إضطراب بعينه لدى شخص مقارنة بنفس هذا الإضطراب - أو غيره - لدى شخص آخر .

وسوف ذكر في عجاله مسار ومال بعض الإضطرابات جسدية الشكل .

#### مسار إضطرابات القبدين :

- مسار مزمن تتحله فترات تعافٍ قليلة . ومع ذلك قد تنقلب شدة الأعراض .
- ومن مخناعفات المرض : تعرض المريض لعمليات جراحية لا لزوم لها ، فحوص طبية متعددة ومتكررة ، الإدمان ، الآثار الجانبية الضارة للعديد من الأدوية التي توصف للمريض بدون داع .

#### مسار إضطراب التحول :

##### المآل الحسن : ويظهر من خلال :

- ظهور الأعراض فجأة .

- وجود صبغوط نفسية واضحة أدت إلى ظهور الإضطراب .

- قصر الفترة الفاصلة بين بداية الإضطراب وتلقى العلاج .

- معدل ذكاء يفوق المتوسط .

- وجود بعض الأعراض مثل : الشلل - إحباس الصوت - العمى .

##### المآل السيء : ويظهر من خلال :

- وجود إضطرابات نفسية أخرى مصاحبة .

- دخول المريض في مشكلات قضائية .

- وجود بعض الأعراض مثل : الرعشة ، نوبات التشنج .

#### مسار الإضطرابات المصطمعة :

- مسار مزمن في العادة .

- يبدأ في سن الرشد ولكنه قد يبدأ في سن مبكرة عن ذلك .

- كثرة التردد على الإطباء وتاريخ متعدد لدخول المستشفيات وذلك يسعي المريض للحصول على الرعاية الطبية والإهتمام .

- يتصف هؤلاء المرضى بتعرضهم بشكل خاص للإدمان .

- يتحسن المآل إذا كان الإضطراب مصحوب بالإكتئاب أو القلق لاستجابتهما للأدوية النفسية .

- قد يتعرض المريض للوفاة نتيجة التدخلات الجراحية الكثيرة والتي قد تهدد حياته .

## المراجع

- أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
- شيرلي بيرس ، جوس مايز ( ٢٠٠٠ ) ، فحص الألم المزمن في كتاب : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليدزا ، ج. بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص من ٧١٧ - ٧٣٦ .
- شيرلي بير ، جوس مايز ( ٢٠٠٠ ) المتأخر النفسي لتدبر الألم المزمن في كتاب : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاس ، ج ، بول ، ترجمة: صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص من ٧٣٧ - ٧٥٦ .
- فرج طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- American Psychiatric Association ( 2000 ) Diagnostic and Staistical Manual of Mental disorder Editions . Washington D.C.
- Kaplan , A. , Sadock. B. ( 1996 ) Pocket hand book of clinical psychiatry . london , Wiliams & Wilkins, Second Edition

## الفصل السابع

### اضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي واضطرابات التوافق

#### محتويات الفصل

أ - اضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي .  
- الوبائيات .

أولاً : اضطراب النوبات العدوانية المفاجئة .

- معاير تشخيص اضطرابات النوبات العدوانية المفاجئة .

ثانياً : هوس السرقة ، الوبائيات - التعريف - محكّات التشخيص .

ثالثاً : هوس إشعال الحرائق ، الوبائيات - التعريف - محكّات التشخيص .

رابعاً ، هوس المقامرة الرضية ، الوبائيات - التعريف - محكّات التشخيص .

خامساً ، هوس نتف الشعر ، الوبائيات - التعريف - محكّات التشخيص .

سادساً : اضطرابات تحكم في السلوك الاندفاعي لم يسبق تخصيصها .

- أسباب اضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي .

- علاج اضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي .

- المسار والمآل لإضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي .

ب - اضطرابات التوافق ، التعريف - الوبائيات - الأنواع - محكّات التشخيص .



## الإضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي وأضطرابات التوافق

**Impulse - Control And Adjustment Disorder**

وهو أحد إضطرابات القلق ، ويشير إلى مجموعة من الحالات الناتجة من الضيق الذاتي أو الإضطراب الإنفعالي غالباً ما تتدخل مع الوظيفة والإداء الاجتماعي، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذى دلالة في الحياة أو مع تبعات حادث حيائى شديد الإجهاد ، وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي والشخصى (موت عزيز خبرات إنفصال) أو في الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الاجتماعية (هجره) أو يمكن أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد (الإحالة إلى التقاعد مثلاً) .

### **أولاً : إضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي**

**البيانات :**

- ١ - **نوبات العداون الفجائية :** أكثر إنتشاراً بين الذكور .  
\* تبلغ نسبة إنتشاره بين المترددين على خدمات الطب النفسي التابعة لإحدى الجامعات حوالي ٢ % .
- \* يوجد الذكور المصابون بالمرض في المؤسسات العقابية بصورة رئيسية وذلك لإرتکابهم جرائم تدينهم و يجعلهم يقعون تحت طائلة القانون .
- \* بينما توجد الإناث في مستشفيات الطب النفسي .
- \* هذا الإضطراب أكثر إنتشاراً بين أقرباء الدرجة الأولى للمصاب بهذا الإضطراب .

### **٢ - هوس المرققة :**

- \* نسبة إنتشاره غير معروفة .
- \* أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور .

### **٣ - هوس إشعال المرائق :**

- \* نسبة إنتشاره غير معروفة .
- \* أكثر إنتشاراً بين الذكور .
- \* تشير البحوث إلى وجود علاقة بين أشغال الحرائق وممارسة القسوة مع الحيوانات المنزلية الأليفة .

#### ٤ - المقامرة المرضية :

- \* تتراوح نسبة إنتشار هذا الإضطراب - كمثال - في الولايات المتحدة الأمريكية بين ١ - ٣ % .
  - \* هذا الإضطراب أكثر إنتشاراً بين الذكور .
  - \* ينتشر الإدمان على الكحوليات بين أبناء المعنطرين بهذا الإضطراب .
- ( Kaplan, H., & sadock. B., (1996 )

#### ٥ - هوس نصف الشعر :

- \* نسبة إنتشاره غير معروفة .
  - \* قد يتزامن مع اضطراب الوسواس القهري .
  - \* أكثر إنتشاراً بين الإناث .
  - \* قد يتزامن - أيضاً - مع اضطراب الاكتئاب والشخصية البينية .
- ( Kaplan, H., & Sadock, B. ( 1996 )
- \* أشارت بعض الدراسات إلى أنه ينتشر بنسبة ٢ % بين الجمهور العام .
  - \* الفروق بين الجنسين غير معروفة .
  - \* وإن الحالات التي تتقدم للعلاج من هذا الإضطراب بالعيادات النفسية من الإناث أساساً .
  - \* وإن الكثير من المترددات للعلاج ذكرن إنهم يعمن بهذا السلوك بصورة قهريّة ، وإنهن قد قدرن للعلاج النفسي خوفاً من الدخول إلى ( الجنون ) .
- ( Swedo, 1993 )

#### تعريف إضطرابات الحكم :

وتعنى عدم القدرة على مقاومة الإنصياع للزوجه أو دافع يمثل خطراً على الآخرين ، وعلى النفس أو يولد في نفس الفاعل شعوراً باللذة والإشباع في معظم الأحيان .

( Kaplan, H., & Sadock, B. ( 1996 )

ويقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع هذه النوبة من الإضطرابات الى (٦) فئات :

**أولاً : إضطراب نوبات العداون الفجائية :**

Inter mihent explosive Disorder

**١ - تعريفه :**

وينتسب بمجموعة من السلوكيات العدوانية التي تضر الآخرين .

٢ - معايير تشخيص إضطراب نوبات العداون الفجائية وفقاً للدليل الرابع :

- أ - عدة نوبات منفصلة تتصف بالعجز عن مقاومة النزعات العدوانية ، مما يؤدي إلى اعتداءات خطيرة على الغير أو تدمير الممتلكات .
- ب - عدم تناسب درجة العداون التي تبدي أثناء النوبة مع أية ضغوط نفسية / اجتماعية بصورة كبيرة .

ج - لا تطبق على نوبات العداون معايير إضطراب نفسي آخر مثل أضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع أو إضطراب الشخصية البينية ، أو أي إضطراب ذهاني أو نوبه هوس ، أو إضطراب السلوك ، أو إضطراب قصور الإنتباه ، ونقص الحركة ، ولا تكون النوبات نتيجة مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء نفسي أو بسبب مرض عضوي ( مثل تعرض الدماغ للرضا ومرض الزهايمير ) (APA. , 2000 )

**ثانياً : هويس السرقة :**

١ - تعريفه : دفع قوى للسرقة ، بحيث تصبح وكأنها حواز أصبحت به الشخصية ، وعادة يسرق المريض بهذا المرض أشياء تافهة أو ليس في حاجة إليها ، وكان السرقة هدف في حد ذاته ، والسرقة في هذه الحالة تكون رمزاً لدافع قوى في أعماق المريض يجعله يفضل إنقراض الأشباح بالقوة وبالشكل غير المشروع عملاً لآنه بشكل مشروع . ويكون دافع المريض بهوس ( أو جنون ) السرقة من القوة والالاحاح بحيث لا يستطيع مقاومته أو الهروب منه ، وهو دليل على فقدان الحب في مستوى لاشعوري .

( حسين عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٢٨٦ - ٢٨٧ )

٢ - **معايير تشخيص هوس السرقة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:**

- أ - تكرار العجز عن مقاومة دافع سرقة إشیاء لا يحتاج إليها السارق لاستخدامه الشخصى أو من أجل قيمتها المالية .
  - ب - تصاعد الإحساس بالتوتر قبل الإقدام على ارتكاب السرقة مباشرة .
  - ج - شعور باللذة والإشباع أو الراحة يصاحب قيامه ب فعل السرقة .
  - د - لا يقدم الشخص على السرقة للتعبير عن الغضب أو للإنتقام ، كما لا يسرق إنسياعاً واستجابة لضلاله أو لإحدى الملاوين .
  - هـ - لا تتطبق على السرقة معايير إضطراب السلوك ، أو نوبات مرض الهوس ، أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .
- (APA. , 2000 )

**ثالثاً : هوس إشعال الحرائق : pyromania**

- ١ - **تعريفها :** هو سلوك مرضي يتصف بالرغبة التي لا تقاوم إلى إشعال الحرائق من أجل الشعور بالسرور أو لإشباع دافع داخلي لا يستطيع مقاومته أو لتهديده التوتر العنيد الذي يستشعره داخليا .
- ٢ - **مifikات تشخيص إضطراب هوس إشعال الحرائق وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع .**

- أ - تعمد إشعال الحرائق في أكثر من مناسبة واحدة .
  - ب - شعور بالتوتر أو الإثارة والإنغماطة يسبق القيام بالفعل .
  - ج - الإنبهار بالحرائق ، والمواقوف المحبيطة بها والإهتمام بها أو الإنجذاب إليها ، والفضول بشأن كل ما يتعلق بها ( مثل : الأدوات أو المعدات ذات الصلة بإشعال الحرائق ، و استخدامها والعواقب المترتبة على ذلك الاستخدام ) .
  - د - إلا يكن الإقدام على فعل إشعال الحرائق بداعي تحقيق مكسب مادي ، أو بداعي عقيدة سياسية أو اجتماعية ، أو بداعي الإنتقام أو بداعي التعبير عن الغضب ، أو التحسين الظروفي المعيشية أو إنطباعية لضلاله أو هلاوين ، أو نتيجة إختلال القدرة على صواب الحكم على الأمد ( كما في حالات الخرف والتخلُّف العقلي أو للتأثير بمادة مخدرة ) .
  - هـ - لا تتطبق معايير إضطراب نفسى آخر على إشعال الحرائق مثل : إضطراب السلوك ، أو نوبة هوس أو إضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع .
- (APA. , 2000 )

رابعاً : هوس المقامرة المرضية (إدمان القمار) . Pathological gambling .

- ١ - التعريف : بداية يجب أن نشير إلى أن هناك مشكلة في تحديد مصطلح المقامرة المرضية للأسباب الآتية :
- أ - ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة .

- ب - كثرة المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة .

- ج - تضارب وإختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة .

- د - كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامر حيث تم تصنيفها ضمن علم الإدمان Addictionology وعلم البيولوجيا والوراثة والبايثولوجيا .. الخ .

- هـ - تداخل مصطلح المقامرة مع العديد من المصطلحات الأخرى مثل : المقامرة المرضية ، المقامرة المرضية الكامنة ، المقامرة المرضية المحتملة ، المقامرة القهريّة ، إدمان المقامرة .. الخ .

لكن المقامرة كما يعرفها (فولبيرغ ومور) هي حالة أكليديكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدي إلى تمزق شخصية الفرد وتهدم حياته ومهنته وأسرته ، وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث يتشعب أظافره في جميع جوانب الشخصية والإجتماعية وله طبيعة الإنتشار والسرطان أى أنه إضطراب كلى دينامي ووظيفي في الخارج والداخل .  
(أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ١٨ ، ٢٢)

- ٢ - معايير تشخيص المقامرة المرضية (إدمان القمار) وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أ - لعب القمار بصورة متصلة ومتكررة وغير متوافقة كما يتضح من توافر خمسة أو أكثر من المعايير الآتية :

- ١ - إنشغال البال بالقامار (مثل الإن شغال بالعوده إلى معايشة خبرات مغامرة سابقة ، أو التخطيط لجولة لعب القمار المقبلة أو التفكير في إفسادها ، أو الإن شغال بطريق الحصول على المال اللازم لكي يمارس لعب القمار) .

- ٢ - الشعور بالحاجة إلى المقامرة بكميات متزايدة من المال لتحقيق الإثارة المرجوحة .

- ٣ - فشل المحاولات السابقة المتكررة للسيطرة على المقامرة أو تقليل أو الكف عنها .

- ٤ - الشعور بعدم الإستقرار والعصبية عند محاولة التقليل من لعب القمار أو

التوقف عنه .

- ٥ - الإقدام على لعب القمار للهروب من المشكلات أو التخفيف عن المزاج (مثل مشاعر العجز أو الذنب أو القلق أو الإكتئاب) .
- ٦ - يعود إلى لعب القمار بعد خسارة ماله التعويض خسائره .
- ٧ - يكذب على أفراد الأسرة والمعالج لإخفاء مدى تورطه في لعب القمار .
- ٨ - إرتكاب أفعال غير مشروعه مثل التزوير أو النصب أو السرقة أو الإحتلاس لتمويل استمراره في اللعب .
- ٩ - إن يتسبب القمار في خسارة علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة دراسية أو مهنية .
- ١٠ - يعتمد على غيره في الحصول على المال للخروج من المأزق المالية التي يؤدي إليها لعب القمار .
- ب - لا تتطيق على إدمان لعب القمار معايير تشخيص إضطراب نفسي آخر مثل نوبات الهوس .

(APA., 2000 )

#### **خامساً: هوس نتف الشعر : Trichotillo mania**

- ١ - تعريفه : إضطراب هوس نتف الشعر زمله أو مجموعة من الأعراض تتمرکز حول نتف الشعر من الجسم بطريقة قهقرية ، بحيث لا يستطيع الشخص (الصواب بهذا الإضطراب ) أن يقاوم الدفعات التي تجعله ينزع الشعر من فروة الرأس، أو الحواجب ، أو الرموش أو أي منطقة أخرى من مناطق الجسم .. وإن الشخص لا يهدأ ( أو يستقر فلته إلا بعد أن يقوم بهذه السلوك ، وما أن يشعر بالهدوء حتى يعاود نزع الشعر مرة أخرى (استجابة الدافع أو دفعات قهقرية لا يستطيع الفكاك منها ) .

( Swedo, 1993 )

- ٢ - معايير تشخيص هوس نتف أو نزع الشعر وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :
  - أ - نتف الشعر بصورة متكررة ، وبصورة تؤدي إلى فقدانه بصورة ملحوظة.
  - ب - أزيد من الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة أو عند محاولة مقاومته هذا الدافع للنتف .

- ج - لا تتطابق على الحالة معايير إضطراب نفسي آخر ، أو أن ينبع ذلك من الإصابة بمرض عضوي مثل الإصابة بمرض جلدي .
- هـ - أن يؤدي الإضطراب إلى معاناة اكلينيكية ظاهرة أو تعطل الوظائف الاجتماعية أو المرضية أو وظائف أخرى مهمة .
- (APA., 2000 )

سادسا : إضطرابات تحكم في السلوك الاندفاعي لم يسبق تخصيصها :

تشمل هذه الفئة إضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي في (مثل : نتف الجلد) التي لا تتطابق عليها معايير أي إضطراب محدد من هذه الإضطرابات ، كما تشمل إضطراب نفسي آخر من سماته : فقدان السيطرة على السلوك الإندفاعي من التي سبق وصفها في الدليل مثل : الإعتماد على مادة (تعاطي مادة مخدرة) أو إضطراب أحد الإنحرافات الجنسية .

(APA., 2000 . P . 284 )

#### الأسباب :

تتعدد الأسباب والإجهادات التي قدمت، الإضطراب التحكم في السلوك الإندفاعي ، وإضطرابات التوافق ، ويمكن حصر هذه الأسباب في :

#### أولاً : العوامل البيولوجية :

\* الأبحاث قليلة في هذا المجال بصفة عامة .

\* وقد وجدت بعض المؤشرات التي تظهر في رسام المخ الكهربائي لبعض الأنواع حيث وجدت تغيرات غير طبيعية .

\* وقد ظهر على بعض المرضى تداخل في سيطرة فصي المخ وبعض العلامات الطفيفة الدالة على إصابة الجهاز العصبي المركزي ولاسيما في نوبات العدوان الفجائية .

\* وجدت بعض الدراسات أن تناول المريض الذي لديه هذا الإضطراب للخمر والمخدرات فإن ذلك يقلل من قدرة الشخص على التحكم في سلوكه الإندفاعي (إبطال الكف) .

( Kaplan,H. & Sadock, B . 1996 )

#### ثانياً : الأسباب النفسية :

تتعدد الأسباب والعوامل النفسية في هذا الصدد ، فعلى سبيل المثال تم دراسة

الأسباب إلى اللجوء إلى المقامرة من خلال منظوريين :

الأول : أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون : حيث تلخصت :

الأسباب من وجهة نظرهم في :

١ - الرغبة الشديدة في الفوز بالثروة الكبيرة .

٢ - التسلية والمرح والمتعة والتسلق والإثارة .

٣ - المسابقة الاجتماعية والإندماج في وسط إجتماعي .

الثاني : دراسة الأسباب من وجهة نظر ديناميكية - سلوكية .

١ - اللجوء إلى ما يسمى بنموذج الحالة - الحاجة Need - State

Modle ويخلص في أن ( حالة لديها إدمان القمار ) و يجب النظر إليها كظاهرة فردية تتشكل حسب ظروف كل فرد و حاجته الشخصية .

٢ - الأخذ في الاعتبار سلوك المخاطر Rist - taking الموجود لدى المقامر والذي يلتجأ إليه لتحقيق العديد من الدوافع ، وإشباعاً للعديد من الاحتياجات .

٣ - اللجوء إلى اللذة والتي تتزايد أثناء المقامرة خاصة عند ما يريد المقامر أن يهرب من بعض مشاكله باللجوء إلى القمار .

٤ - الاستعراضية لدى المقامر المرضى ، وهو دافع قهري يجعل الفرد من نفسه مركزاً ثابتاً للانتباه .

٥ - النظارية لدى المقامر المرضى من خلال استraction النظر أو إختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء اللعب .

٦ - السادية لدى المقامر المرضى من خلال لذة تعذيب الآخرين .

٧ - المازوخية لدى المقامر المرضى من خلال لذة تعذيب الذات .

( أكرم زيدان ، ٢٠٠٥ ، ٥٧ ، ١١٠ )

٨ - أو ارتباط هذه الأعراض ( خاصة لعب القمار المرضى ) باكتتاب مقنع حيث يعبر اللعب عن رغبة لأشعورية في الخسارة والتعرض وبالتالي للعقاب .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

**التشخصين الفارق :**

١ - صراع النص الصدغي Lemporal Lob Epilepsy يتصرف بوجود بؤر غير طبيعية في النص الصدغي تفسر نوبات العدوان أو هوس السرقة أو

هوس إشعال الحرائق .

٢ - إصابات الدماغ : يستطيع الممارس الكشف عنها باستخدام وسائل تصوير المخ التي تبين الآثار المختلفة عن الإصابة .

٣ - إضطراب القطبية المزدوجة النوع الأول : قد يمثل لعب القمار سمة من السمات المعاصرة [Pf] لنوعية الهوس .

٤ - الإضطرابات المرتبطة بتعاطي مخدر أو عقار وهذا يتضح من خلال القيام بدراسة الحالة .

٥ - الأمراض العضوية : ينبغي إمعتناد الأمراض العضوية أو أورام المخ والأمراض التنفسية ، وأمراض الغدد الصماء عند تشخيص فئة من حالات إضطرابات التحكم في السلوك الاندفاعي .

٦ - الفحص : حيث أنه من المعروف أن مريض الفحص يعاني من الهلاوس والضلالات التي قد تساهم في تفسير سلوكه الاندفاعي .

( Kaplan., H., & Sadock, B. 1996 )

#### العلاج لإضطرابات التحكم في السلوك :

تتعدد المداخل العلاجية على قدر تعدد المدخل الذي تناولت الأسباب وسوف نشير بصفة عامة إلى أنواع العلاجات التي تصلح لعلاج إضطراب التحكم في السلوك، ثم نخصص الحديث لعلاج كل إضطراب من إضطرابات التحكم في السلوك على حدة .

أولاً : العلاج بالدواء : وهذا النوع من العلاج يفيد خاصة إذا تواجد في العقار صفة توقف إعادة امتصاص أو تقليل مادة السيروتونين Serotonin في المخ ( وهو ناقل عصبي ) ويوجد عقاران في هذه الفئة هما :

مضادات الإكتئاب المسماة ( فلوكسيتين ) Flouxetine والأسم التجاري له بروزاك Prozac ، وعقار الكلومبرامين Clomopramine والأسم التجاري له أنافرانيل Anafranil ، وقد أدت فاعلية هذه العقاقير إلى الإعتقاد بأن الإختلال في تنظيم نقل السيروتونين في المخ قد يؤدي إلى نشأ إضطراب ( أو أكثر ) لدى الفرد .

( Nevid. et . al., 1997 , P. 223 )

#### ثانياً : العلاجات النفسية :

توجد الكثير من العلاجات النفسية نجملها في الآتي :

١ - العلاج بنظرية التحليل النفسي : وتهدف إلى إعادة توازن المريض ، والتعامل مع دفاعاته ، وإعادة توازن الآنا مع الواقع الخارجي عن طريق العديد من الفنون النفسية ( خاصة الطرح / المقاومة ) .

إلا أن الابحاث التنبؤية لهذا العلاج قد أثبتت قلة فاعليته ( Becaria & Hollander, 1993 )

٢ - العلاج السلوكي : حيث ينظر العلاج السلوكي إلى أي سلوك على أنه متعطل أو يمكن القضاء عليه وعلاجه من خلال العديد من الفنون التي تهدف إلى إعادة التعلم وتعديل سلوك الشخص عن طريق الإشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning ، وأيضا العلاج باللغور Aversion therapy والعلاج بالمعنى Mutual Logotherapy والعلاج بالتنور Hypo therapy ، والتدعيم المتبادل Support والإسترخاء .. الخ .

( عبد السatar إبراهيم ، ١٩٩٨ ) ، ( عبد السtar إبراهيم وأخرون ، ١٩٩٣ )

### ثالثاً : الجراحة النفسية :

الجراحة النفسية Psych osurgery نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها ( إزالة جراحية إنتقائية أو توحيد لمسارات عصب وذلك لتأثيرها السلوكى ، وهى علاج جراحي لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن اعطب Lesions متمركزه في أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتوحيد نسيج تشريحى سليم بهدف إحداث تغير مرغوب في السلوك أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل القولون والقلق .

وقد قامت أحدث الدراسات باستعراض الحالات ( ٣٢٠ ) مريضاً نلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجي أو المحجري ، ووجدت معدلات تحسن كالتالي :

- ٦٩ % للأكتاب .

- ٤٤ % للقلق .

- ٣٠ % للعصيب الوسواس

ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية - من الناحية التاريخية - تحت ثلاثة فئات تشخيصية كبيرة : الفصام المزمن ، الحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها وحالات الألم غير المحتمل ، والمرضى ذوي الشخصيات

لمتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوساوسية إلى الحد الذي تعجزهم فيه.

( كولز ، ١٩٩٢ ، ص ص ٥٠٤ - ٥١١ )

- وفيما يلى ستقدم العلاج المناسب لكل فئة من فئات إضطراب التحكم فى لسلوك الإنفاسى وال سابق شرحها :

١ نوبات العدوان الفجائية : يستخدم فى علاجها مزيج من العلاج الدوائى والعلاج النفسي ، و تستخدم مركبات مختلفة فى محاولة للتخفيف من النوبات مثل : مركبات الفيفوثيازين ، والتوفانيل ، والليثيوم . أما إذا كان رسام المخ الكهربائى غير طبيعى فيستخدم ( التيجر بتول ) المضاد للتشنج .

و جدير بالذكر إن مركبات البنزوديازيبين بين المهدئة قد تزيد الحالة سوءاً مما تسببه من إبطال الكف . ويستخدم دواء ( الاندرال ) الذى ينظم ضربات قلب البعض فى حالات متتفاہ .

أما عن العلاجات النفسية فقد ثبتت فاعلية العلاج النفسي التدعيمى ، وكذا العلاج النفسي الأسرى ( خاصة إذا كان المريض فى مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة ) ، كذلك من الممكن استخدام العلاج النفسي الجماعي لكن يجب استخدام هذا النوع من العلاج بحذر خاصة عند إحتمال قيام المريض بأمكانية الإعتداء على أفراد الجماعة الآخرين .

## ٢ - هوس السرقة :

- يصلح العلاج النفسي التحليلي فى علاج الأفراد المضطربين بهذا النوع من الإضطراب ، خاصة وأن الرغبة فى أمكانية فهم الدافع الكامنة خلف هذا السلوك جد هامة ( مثل : الشعور بالذنب ، وال الحاجة إلى الخصوص للعقاب وكأن الشخص فى هذه الحالة يدور فى دائرة مغلقة : يرتكب السلوك ثم يشعر بالذنب ثم يتعرض للعقاب فيشعر بالخفف من الذنب فيعود التعل الإنفاسى ( السرقة ) مرة أخرى ، وهكذا .

- كذلك اثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج السلوكي خاصة تعليم المريض أنماطاً جديدة من السلوك بدلاً من تلك السلوكيات الشاذة .

- أما عن العلاج الدوائى مع الأفراد المضطربين بمثل هذا النوع من الإضطراب فقد ثبتت من خلال العديد من الدراسات التتبعة إن استخدام مثبطات إستعادة ناقل السيروتونين مثل :

البروزاك أو الفلوكيزنين والتي أثبتت الكثير من النتائج إنها تقييد الكثير من الحالات .

### ٣ - المقاومة المرضية :

- العلاج النفسي التحليلي المقرن بجماعات الاقران التدعيمية ولاسيما جماعة لاعب القمار المجهول Gambler Anongmous ، وبهدف العلاج النفسي هنا إلى إمكانية التوقف عن لعب القمار بصفة نهائية و كاملة ، وتراعي في علاج مثل هذه الحالات معالجة أي إضطرابات نفسية أخرى تكون متواجدة مثل : الإكتئاب الهروس ، سوء استخدام للمواد ( أدمان كحوليات أو مواد مخدرة ) أو إضطراب جنسي مصاحب .

### ٤ - هوس إشعال الحرائق :

- العلاج النفسي التحليلي وذلك لفهم الدوافع اللاشعورية التي تكمن خلف الإندفاع وراء هذا الفعل أو السلوك .

- العلاج النفسي السلوكي من خلال العمل على تعليم المريض أساليب سلوكية أخرى يشعر من خلالها بالذلة ( وليس من خلال إشعال الحرائق ) .

- إمكانية التوصية بأدخال مثل هؤلاء المرضى ( خاصة الحالات التي يستشعر فيها المعالج إن الحالة غير مسيطرة بدرجة كبيرة على سلوكياتها الإندفاعية ) إلى المستشفى ، أو إتباع نظام المستشفى الليلي أو أي إطار علاجي منهجه يسمح بمراقبة هؤلاء الأشخاص حتى لا يقوموا بأضمamar النيران .

### ٥ - هوس نتف الشعر :

- قد يستفيد المرضى من العلاج النفسي التدعيمي ومن خلال فنياته العلاجية المختلفة والتي تعمل على تدعيم الثقة في المريض والتحكم في الكثير من إنذفاته .

- العلاج النفسي التحليلي خاصة فهم الدوافع اللاشعورية وإضفاء مزيداً من الاستبسار وتحويل ما هو لأشعورى إلى شعوري .

- لا مانع من أن يرافق ( أو يسبق ) العلاج النفسي إعطاء العديد من الحالات ( التي تحتاج إلى ذلك ) إلى العلاج بالأدوية ، حيث تستخدم مركبات البنزوديازيبينين في حالة وجود درجة مرتفعة من القلق ، أو في حالة ما إذا كان المريض يعاني من عرض أو أكثر من أعراض الإكتئاب فيتم إعطاء المريض مضادات الإكتئاب .

- من الممكن أيضنا اللجوء إلى أساليب علاجية أخرى مثل : ( البيوفيدباك ) أو الإرجاع الحيوي والذي يساعد الشخص على التدريب على إمكانية الإسترخاء ، والتخييل الإيجابي .

- وكذلك استخدام التنويم المغناطيسي .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

### المسار والمآل :

يتوقف المسار والمآل الجيد على مجموعة من المحكّات مثل : مدى معاناة الفرد من أكثر من إضطراب ، تاريخ الأسرى السابق ، وجود أو عدم وجود بيئة مساعدة أو سوية ( أو غير ذلك ) لكن المسار في مثل هذه الإضطرابات نستطيع تلخيصه في :

- تتصف هذه الإضطرابات بمسارها المزمن .

- يتصاعد السلوك الإنفعالي في بعض الأحيان .

- قد يتتصف بعض السلوكيات الإنفعافية بالتحسن ( خاصة هوس نفف الشعر ) وأيضاً نجد سلوكيات إنفعافية أخرى لا يحدث فيها تحسن ( مثل المقامرة المرضى كمثال ) .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

### ثانياً : إضطرابات التوافق

Adjustment Disorders

#### البيانات :

- لا توجد الكثير من الدراسات حول هذا النوع من الإضطرابات .

- يكثر ظهوره إبان فترة المراهقة .

- ولكنه قد يصيب أي عمر من الأعمار .

- يلعب الاستعداد الشخصي للفرد دوراً أساسياً في تحديد إحتمال حدوث وتشكيل مظاهر إضطرابات التوافق إلا أنه قد يحدث بعد تعرض الفرد لحدث صناعي .

- يبدأ الإضطراب خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغير في الحياة ولا تتجاوز فترة الإعراض عادة ستة أشهر إلا بالنسبة للإستجابة الإكتئابية المطولة .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ١٥٨ )

#### تعريف إضطرابات التوافق :

- لا يُعرف إضطرابات التوافق أولاً يجب أن نشير إلى مفهوم التوافق النفسي

والذى يعني : كل سلوك أو نشاط يهدف منه إلى تحقيق التوافق ، والتوافق النفسي يتمتعن إشباع حاجات الفرد ودواجهه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمه ولا تورط الفرد في محظورات تعود عليه بالعقاب .

( فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ ، ص ٢٥٩ )

ولذا فإن إضطرابات التوافق تعنى : إستجابات سلوكية مرضية لضغوط نفسية اجتماعية تؤدي إلى إعاقة ( أو توقف ) الوظائف الاجتماعية أو المهنية . وتتصف الضغوط السابقة بأنها في إطار الخبرات العادلة التي يمر بها غالبية الأشخاص ( مثل ولادة طفل جديد ، الذهاب لأول مرة إلى المدرسة ، الزواج ، الفصل من العمل ، الطلاق ، الإصابة بمرض خطير .. الخ ) .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

**تشخيص إضطرابات التوافق وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- أ - ظهور أعراض إنفعالية أو سلوكية نتيجة عامل ضاغط محدد خلال ثلاثة أشهر من التعرض للعامل ( أو العوامل ) المذكور .
  - ب - تتطوى الإعراض أو أنماط السلوك على دلالة إكلينيكية كما يتضح من ظهور أي من العرضين التاليين :
- ١ - معاناة ملحوظة تفوق المتوقع من التعرض لعامل أو عوامل من هذا النوع .

٢ - تعطل له شأنه في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو المدرسية .

ج - الا تتطبق على الإضطراب المرتبط بالعامل الضاغط معايير إضطراب آخر من إضطرابات المحور الأول ، ولا تمثل مجرد إنتكاس لإضطراب سابق من إضطرابات المحور الأول أو الثاني .

د - الا تعتبر الإعراض عن فجيعة .

ه - الا تستمر الإعراض بمجرد زوال العامل الضاغط أو عواقبه مدة تتجاوز ستة أشهر أخرى .

**حدد ما إذا كان الإضطراب :**

حالا : في حالة إستمراره مدة أقل من ستة أشهر .

مزمنا : في حالة إستمرار مدة ستة أشهر أو أكثر .

ترقّم إضطرابات التوافق وفق فئاتها الفرعية التي تستند إلى العرض المسلط ،  
وبدون الصناغة المعنى على المحور الرابع .

الفئة الفرعية : وتنقسم إلى الفئات الآتية :

- إضطراب توازن إكتناب الطابع .
  - إضطراب توازن مصحوب بالقلق .
  - إضطراب توازن مصحوب بمزيج من القلق والإكتناب .
  - إضطراب توازن مصحوب بإضطراب السلوك .
  - إضطراب توازن بمزيج من إضطراب الإنفعال والسلوك .
  - إضطراب توازن غير محدد السمة أو الملامح .
- ( APA. , 2000 )

الأسباب : تتعدد الأسباب التي حاولت أن تفسر أسباب إضطرابات التوافق ،  
ويمكن تلخيص هذه الإجهادات في :

١ - **أسباب وراثية** : تلخصت طباع القلق الشديد أكثر إستعداداً من غيرهم  
للتفاعل بصورة مفرطة للأحداث الصناغطة أو الإصابة بإضطرابات التوافق في وقت  
لاحق .

٢ - **أسباب بيولوجية** : حيث ثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين سبق  
لهم الإصابة بأمراض عضوية خطيرة أكثر عرضه للوقوع في إضطرابات التوافق  
مقارنة بغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتجربة المرض العضوي الخطير .

٣ - **عوامل نفسية وإجتماعية** : حيث رصدت الإبحاث والملاحظات  
الكلينيكية الآتى :

أ - يعاني الأشخاص الذين مرروا بتجربة فقد أحد الوالدين ( أو كليهما ) أثناء  
مرحلة الطفولة ( أكثر إستعداداً للوقوع في إضطرابات التوافق .

ب - إن الأفراد الذين خبروا تجربة الحرمان ( سواء أكان ذلك حقيقياً أو  
متخيلاً ) أكثر إستعداد للوقوع في هذه الإضطرابات .

ج - إن الأفراد الذين حرموا من التواصل والدفء مع الآخرين خاصة أيام  
سنوات طفولتهم أكثر عرضة للوقوع في هذه الإضطرابات .

د - وجود علاقة ما بين القدرة على تحمل الاحتباط في سن الرشد ومواجهته

الضغوط ( وهذا ينبع عن زيادة القدرة على الصلاحة النفسية ) .  
 هـ - عدم إشباع الحاجات الأساسية في مرحلة الطفولة ( خاصة ) تجعل مثل هؤلاء الأفراد أكثر عرضه للوقوع في اضطراب سوء التوافق .  
 ( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

#### **الشخصين الفارق :**

- ١ - إضطراب الكرب الناجع من صدمة وإضطراب الكرب العاد : يحدد نوع العامل الضاغط النفسي طبيعة الشخص ، فالضغوط المرتبطة بإضطراب الكرب تتجاوز الخبرات البشرية العادية مثل : الحروب ، الإغتصاب ، الكوارث الجماعية ، الفيضانات ، التعرض للخطف والتحول إلى رهينة .
- ٢ - إضطراب الذهان المختصر : يتم بوجود هلاوس وضلالات .
- ٣ - الفجيعة غير المتوقعة بمضاعفات : تصيب الشخص قبل وفاة من يحبه أو فور وفاته أو بعد فترة قصيرة ، تعطل الوظائف المرضية والاجتماعية في الحدود المتوقعة ، والتعافي .

#### **العلاج : تتعدد المداخل العلاجية ومنها :**

- ١ - العلاج الدوائي : حيث يعالج مرضي التوافق بالآتي :
  - \* يعالج المرضى بمضادات القلق ( حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالقلق ) .
  - \* يعالج المرضى بمضادات الاكتئاب ( حسب نوع إضطراب التوافق إن كان مصحوبا بالإكتئاب ) .
  - \* على المعالج توخي الحذر من الإستمرار في وصف المهدئات لتجنب إدمان مثل هذه الأدوية ولا سيما عند إستعمال مركبات البنزوديازيبين .
- ٢ - العلاج النفسي :

- أفضن أنواع العلاجات النفسية هي العلاج السلوكي الذي ينهض على فنيات الاسترخاء والتنمية ، البيوفيدباك في حالات المعاناة من القلق .
- من الممكن إستخدام فنيات العلاج النفسي التدعيمي مثل :
  - الإيحاء - الطمأنة - تعديل البيئة والمناقشة - الإقناع بدخول المستشفى عند الضرورة .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

### المسار والمآل :

- عن طريق مجموعة من المحاولات يتحدد ما إذا كان المسار والمآل جيداً أو سيئاً .

- وفيما يتعلق بمسار ومآل إضطراب التوافق نجد الآتي :

- \* تقل حدة معظم الإعراض بمروء الوقت دون اللجوء إلى العلاج ولا سيما عند إزالة العامل الضاغط الذي أحدث هذا الإضطراب .
- \* في الحالات الفرعية ( السابق ذكرها ) فمن الممكن أن تتبع مساراً مزمناً تكتنفه مخاطر الإصابة بإكتئاب ثانوي ، أو قلق ، أو إضطراب استخدام المواد المخدرة .

### اضطراب توريت

Tourette's Disrder

### نسبة الإنتشار :

- كان يعتقد فيما مضى أن إضطراب توريت حالة نادرة .
  - أوضحت - بعد ذلك - العديد من الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الإصابة بهذا الإضطراب تتراوح بين ١% إلى ٦% من الأولاد .
  - أوضحت الدراسات إن إنتشار إضطرابات ( توريت ) لدى البنات أقل مما هو عليه هذا الإضطراب لدى الذكور .
  - في حين أوضحت بعض الدراسات أن نسبة إضطراب الأولاد الذكور لا تختلف عن نسبة إضطراب الإناث بنفس النسبة السابقة ١% إلى ٦% .
  - اشارة العديد من الدراسات أن العوامل الوراثية تلعب الدور الأساسي في الإصابة بهذا الإضطراب ، وأن التهيج الوراثي الكامن يلعب دوراً في ذلك .
- ( Leckman, 1993 )

### تعريف إضطرابات توريت :

هو شكل من إضطراب اللوازم فيه ، أو كان فيه لوازم حرافية متعددة وواحدة أو أكثر من اللوازم الصوتية ، بالرغم من أنه لا يشترط تزامنه واللوازم الصوتية كثيراً ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة .. وقد تستخدم كلمات ( وجمل فاحشة )

أحياناً تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية قد تكون لها أيضاً طبيعة فاحشة (بذاعة الحركة) .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ٦٦٧)

#### تعريف اللزمة :

##### أ - في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي :

إستجابة حركية قهيرية في الأطراف أو في الوجه وهي إستجابة لا إرادية وتعنى تعبيراً عن شدة مظاهر التوتر والقلق الإنفعالي الذي يعانيه الفرد أو يصاحب حالته المرضية . كما أنها تعنى سيكولوجياً رمزاً لا شعورياً لمدى ما يعانيه الفرد من ضغوط أو صراعات يفتقد معها أسلوب الضغط الذاتي إزاء دفعاته اللاشعورية . وتكون اللزمات هي أحد الأساليب الدفاعية الالاتوفيقية لمواجهة هذه الصراعات أو الضغوط أو ما يصاحبها من توتر إنفعالي شديد ، وهي تظهر عادة في العديد من الإضطرابات النفسية ولكنها تعتبر إحدى الدفاعات المميزة والدالة في العصاب الوسواسى القهري .

(مصطفى كامل في فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ ص ٦٥٩)

##### ب - في الطب النفسي :

**اللزمة : Tic** تعنى حركة أو إيماءه أو نطق صوت ما ، وتحدد بطريقه فجائيه ومتكررة ، وكلها تناكي أو تشبه بعض جوانب من السلوك السوى ، وتكون عادة ذات دوام قصير فيندر أن تدوم اللزمة أكثر من ثانية واحدة ، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts وأحياناً تشد فجأة Paroxysm وبشكل مسرحي (درامي) ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية أو على شكل تجمع (أو اكتسراً) وتحتاج في شدتها وقوتها .

وتأخذ اللوازم العديد من الأشكال مثل :

أ - اللوازم الحركية البسيطة الشائعة مثل : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى قسمات الوجه .

ب - اللوازم الصوتية الشائعة : مثل : النباح ، الفحيح .

ج - لوازم صوتية مركبة : مثل تكرار كلمات بعينها وأحياناً استخدام كلمات (خارجة في كثير من الأحيان) وغير مقبولة إجتماعية (بذاعة) .  
Coprolalia (.

د - لوازم أخرى غير محددة :

other and unspecified tic Disorders

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٦٦٥ - ٦٦٨)

العلاقة بين اللزمات Tic وإضطراب الوسواس القهري :

بالرغم من صعوبة التمييز بين اللزمات الحركية المركبة وإضطراب الوسواس القهري إلا أن العديد من الدراسات قد أوضحت أن نسبة لا تقل عن ٣٠٪ من مرضى إضطراب الوسواس القهري قد تزيد عن ٤٠٪ منهم نجد لديهم تداخلاً ما بين إضطراب اللزمات (أو توربيت) وإضطراب الوسواس القهري من خلال الآتي :

اللزمات مربطة بالأفكار الوسواسية :

ترتبط اللزمات مع الأفكار الوسواسية من خلال ملاحظة وجود دفعات حسية متكررة غير مرغوبية ، أو أفكار مربطة باللزمات ، أفكار مفادها أن إيقاع اللزمات في حاجة إلى أن يكون منطقياً .

اللزمات والسلوك القهري :

حيث ترتبط اللزمات المركبة في تداخل مع السلوك القهري من خلال زمله من (اللزمات الحركية والصوتية) مثل : النقر بالأصابع في تتبع رتيبة ، الشهق ، لمس أشياء محددة ، التقبيل ، أفعال فاحشة ، الضرب ، العض . ومن هنا - كما يؤكد Leckman - ضرورة أن تمييز بين اللزمات الحركية المركبة والسلوك والأفكار القهريّة مع الأخذ في الإعتبار أنه من الصعب التمييز بين الوعي الشعوري الكامن في الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية .

(Leckman, 1993)

كما يجب الأخذ في الإعتبار أن اللوازم قد تظهر في إضطراب الهستيريا وتأخذ اللازمة عدة مظاهر فمن رجفة في عضلات الوجه ، إلى إرتعاش في جفون العين ، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب ، كذلك البالغة في حركات اليدين أو اللعب بالشارب أو الشعر أو ربط العنق أو تسليق الحلق (النححة) .. الخ .

ويجب أن يتم التمييز ما بين اللوازم الهستيرية وما يحدث بعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص .

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ١٧٤)

المكتات التشخيصية لإضطراب توربيت وفق الدليل التشخيصي والإحصائي

## الرابع :

أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة أو واحدة أو أكثر من اللزمات الصوتية في وقت معين في أثناء المرض ، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معا .

( اللزمة : حركة أو صوت فجائي وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع في نمط أو قالب محدد ) .

ب - تحدث اللزمات مرات متكررة في اليوم الواحد ( في نوبات عاده ) وتحدث كل يوم تقريباً أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحداً وخلال هذه الفترة لا تزداد مطلقاً فترة متاخرة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متغافية .

ج - يسبب الإضطراب كرباً وضيقاً وأضحاً أو إعاقة كبيرة ، في الوظائف الاجتماعية والمهنية وغير هامة من المجالات المهمة .

د - تكون بداية الإصابة بهذا الإضطراب قبل سن ١٨ سنة .

هـ - لا يكون الإضطراب راجعاً إلى الإثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما ( منبهة مثلاً ) أو نتيجة حالة طبية عامة خاصة الإصابة بمرض هنتنجلون ( أو التهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية ) .

( APA. , 2000 )

**أنواع اللزمات :** التصنيف الحالى لإضطراب اللزمات Tics كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائى الرابع يضع اللزمات ضمن الإضطرابات التي تشخيص غالباً في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل اللزمات ( ٤ ) أقسام هي :

- إضطراب توريت .

- إضطراب اللزمات الحركية أو اللغوية المزمن .

- إضطراب اللزمات العابر .

- إضطراباً للزمات غير المحدد في مكان آخر .

( APA. , 2000 )

**تاریخ مختصر في الاهتمام باللزمات :**

- تم ملاحظة اللزمات منذ فترة بعيدة .

- إلا أن الدراسة العلمية المنظمة للزمات تعود إلى القرن التاسع عشر حين قدم (إيتارد) Itard عام ١٨٢٥ وكذا جيل دي لاتوريت Gilleadleatouret والذى أخذ هذا الإضطراب اسم هذا العالم الأخير (توريت) حيث وصفه وصفاً كلاسيكياً ومفصلاً في دراستة المأثوره (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ حين وصف تسع حالات تعانى من إضطراب اللزمات ، إضافة إلى بعض الأعراض الأخرى من قبيل عدم التناسق أو التاذر الحركي ، فضلاً عن (هممات أو صيحات) غير متراقبة تصاحبها الفاظ منطقه ومسقطة وقد تحاكي حديث الآخرين Echoalia أو الفاظ بذئنة فاحشة Coprolia أو بعد الوصف التفصيلي لكل حالة مرضية من الحالات التسع النموذجية التي أوردها (توريت) أنتهى من تقريره إلى التأكيد على جانبيين :

الأول: الارتباط بين إضطراب اللزمات وأعراض إضطراب الوسواس القهري ، حيث أن اللزمات تكون من ضمن الزمرة الرئيسية لإضطراب الوسواس القهري كما تكشف العديد من حالات الدراسة المتعمقة لبعض هذه الحالات :

الثاني: إن هذه اللزمات يدخل فيها العامل الوراثي بصورة كبيرة جداً ، ولذا يجب أن يتجه البحث جيداً في هذا الصدد .

( Leckman , 1993 )

#### أسباب إضطراب توريت :

أوضحت العديد من الدراسات إن الجانب الوراثي يلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذا الإضطراب ، وقد بيّنت العديد من الدراسات التي استخدمت منهاج دراسات التوائم الصناعية ما يدل على هذا الجانب الوراثي خاصّة : حوادث قبل المولد ، والتعرض للعديد من الكوارث أو الصنوف الشديدة ، وكذا استخدام المواد التي تعمل على تبيّه الجهاز العصبي المركزي ، أو تناول العديد من المواد المؤثرة نفسياً .

في حين إن دراسات أخرى استنتجت إن ( العقد العصبية القاعدية ) Basal ganglia أو التركيب اللحائني والمهدية المرتبطة بها قد تكون مؤدية أو مسببة عن الأساس الفسيولوجي ( المهد والمفجر ) لأمكانية الإصابة بهذا الإضطراب .

( Leckman, 1993 )

- كذلك كشفت العديد من الدراسات التي تناولت ( آسر يوجد به أكثر من مصاب بهذا الإضطراب ) ما يؤكّد فاعليه الجانب الوراثي من خلال تتبع أباء وأشقاء

وأبناء بل وأحفاد هذه الأسر وجدت هذه الدراسات إن نسبة الإضطراب تكاد تكون ثابتة ، وإن أفراد الأسرة الواحدة لديهم خطر مرتفع لتطوير مرض الاصابة بهذا الإضطراب مع إضطراب اللزمات الحركية المزمن وكذا إضطراب الوسوس القهري أكثر من غيرهم من الأفراد غير المرتبطين بهم بقراية أو وراثة محددة . وكل ما سبق يؤكد مرة أخرى على أن عامل الوراثة عاملاً جديداً في الإصابة بهذا الإضطراب .

( Leck Man , 1993 )

#### علاج إضطراب توريت :

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكي في هيئة المعارضة السلبية بتكرار اللوازم أمام المرأة عدة مرات حتى تصبح ارادية أكثر منها لا شعورية وثبت نجاح العلاج بالعقارات ( بيموزيد ) خاصة في مرحلة توريت ، وحدينا وجد أحمد عكاشه نتائجاً مشجعة من خلال استخدام العقاقير المضادة للإكتئاب مع هذه الفئة من الإضطراب وخاصة مع زيادة الموصى العصبي السيروتونين .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

## المراجع

- ١ - أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٢ - أكرم زيدان ( ٢٠٠٥ ) ، سينكولوجية المقامر : التشخيص والتدريب والعلاج ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد ( ٣١٣ ) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- ٣ - حسين عبد القادر ( ١٩٩٣ ) ، مصطلح هوس السرقة في قاموس علم النفس والتحليل النفسي ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح . ص من ٢٨٦ - ٢٨٧ .
- ٤ - عبد الستار إبراهيم ( ١٩٩٨ ) ، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ، القاهرة ، مطبعة الموسكي ، الطبعة الثانية .
- ٥ - عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم ( ١٩٩٣ ) ، العلاج السلوكي للطفل - أساليبه ، ونماذج من حالاته ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد ( ١٨٠ ) المجلس الوطني للثقافة والفنون والإلاد .
- ٦ - فرج طه ، حسين عبد القادر ، شاكر فنديل ، مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) ، موسوعة عالم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٧ - كولز ( ١٩٩٢ ) ، المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي ، ترجمة : عبد الغفار الدمامي ، ماجدة حامد ، حسن على حسن ، الأسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- ٨ - American Psychiatric association ( 2000 ) **Diagnostic**

- and statistical manual of mental Disorders.** 4 th. ed.  
washington. DC.
- 9 - Kaplan, H., & sadock, B. ( 1996 ) **Pocket Hand book  
of clini cal psychiatry**, London, williams & wikins,  
second Edition.
- 10 - Leckman, J. ( 1993 ) **Touyette's syndrme . in  
Hollander. E ( Ed. ) , obsessive - compulsive - related  
disordrs**, washington, DC. : American Psychiatric  
Press.
- 11 - nevid,J., Rathus,s ap Greene, B. ( 1992 ) , **Abnormal  
Psychlogy in a changing world** . new Jersey : Prentice  
Hall. 3rd. ed.
- 12 - Swedo,s (1993 ) . **Trichotilloma. in . Hollander E,**  
**(Ed.), obsessive - compulsive - related disorder.**  
washington , DC : American psychiatyic press.

## الفصل الثامن

### الإضطرابات الانفصالية

#### Dissociative Disorders

##### محتويات الفصل

- تعريف الإضطرابات الانفصالية.
- أنواع الإضطرابات الانفصالية.
  - ١ - فقدان الذاكرة الانفصالي:
    - مدى الانتشار.
    - الإعراض والعلامات.
  - ٢ - التجوال الانفصالي:
    - مدى الانتشار.
    - الإعراض والعلامات.
  - ٣ - إضطراب انفصال الهوية:
    - مدى الانتشار.
    - الإعراض والعلامات.
  - ٤ - إضطراب اختلال الأنية:
    - مدى الانتشار.
    - الإعراض والعلامات.
  - ٥ - إضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه.
    - الأسباب.
    - العلاج.



## الإضطرابات الإنفصالية Dissociative Disorders

### تعريف الإضطرابات الإنفصالية :

تعد الإضطرابات الإنفصالية أو التفككية أحد الأساليب الدفاعية، وينجلي ذلك في العيل إلى الفصل أو التفرقة أو التقسيم ، حيث يحدث إنقسام يتفاوت تحديداً في الوظائف النفسية . فإذا أشتد المرض فقدت الشخصية وحدتها حيث تتعزل مجموعة من العمليات العقلية عن الجانب الشعوري وتتصبح مستقلة أو آلية .

( مصطفى كامل في : فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ )

وقد كانت هذه الإضطرابات في الماضي تعرف باسم أعصبة الهمستيريا الإنثيقافية والحقيقة إن عملية تحويل الإنفعال موجود في كل من الهمستيريا والتلك ، ولكن في الهمستيريا يحدث التحويل إلى مرض جسمى ، وفي الإنفصال والتفكك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعي .

( حامد زهران ، ١٩٩٨ )

وتنقسم الإضطرابات الإنفصالية إلى خمسة أنواع رئيسية :

- ١ - فقدان الذكرة الإنفصالي .
- ٢ - التجوال الإنفصالي .
- ٣ - إضطراب إنفصال الهوية ( والمعروف أيضاً بأزدواج الشخصية ) .
- ٤ - إضطراب إختلال الانية ( أو الهوية ) .
- ٥ - إضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه أو تصنيفه .

ولعل الصفة الأساسية المشتركة بين هذه الأنواع هي :

- فقدان الذكرة .
- فقدان الوعي .
- فقدان الهوية .
- فقدان إدراك البيئة نتيجة لأسباب نفسية .

- إن هذه الإضطرابات لا تصاحبها أمراض عضوية في المخ .  
وسوف نتناول في هذا الفصل كل إضطراب من الإضطرابات السابقة على حده .

### ١ - إضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالي :

dissociative amnesia

#### مدى الإنتشار :

- يعد إضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالي أكثر إضطرابات الإنفصالية إنتشارا .
- لا توجد نسب محددة لمدى إنتشاره أو بانياته .
- يحدث كرد فعل للكوارث والأزمات الحادة .
- يحدث عادة أثناء الحروب .
- أكثر إنتشارا بين الإناث مقارنة بالذكور .
- يبدأ في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة .

#### تعريفه :

هو عبارة عن طمس ( كلى أو جزئي ) للذاكرة الخاصة بخبرة اليeme سابقة ،  
ويكون عادة نتيجة للكبت ( أي أن الخبرة تتخل في غيابه اللاشعور ) وعندما يواجه  
المريض موقفا يرمز إلى الخاصة المكبوتة تتتعطل ذاكرته الوعي ليتجنب القلق .  
وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض أسمه وسنه ومحل إقامته ولا يتعرف  
على أهله أو أصدقائه ولكنه يظل محافظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما  
عدا فقدان الذاكرة الخاص .

( حامد زهران ، ١٩٩٨ )

وقد ينسى المريض أحداث فترة زمنية قصيرة ، وقد يظهر على المصاب أحيانا  
عدم الأكتراث بفقدان الذاكرة .

#### العلامات والأعراض :

- فقدان ذاكرة فجائي في العادة .
- يدرك الشخص أنه فقد الذاكرة .
- يتمس بالدقيقة قبل فقدانها وبعد .

- كما قد يحدث إختلال طفيف في الوعي .

**معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص فقدان الذاكرة الإنفصالي :**

أ - يتصف النعut السائد للإضطراب بنبوات من العجز عن استرجاع معلومات شخصية هامة ذات طابع صارم أو مؤلم في العادة على نطاق واسع يتتجاوز النسيان العادي .

ب - لا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة بإضطراب الهوية الإنفصالي أو التجوال الإنفصالي أو إضطراب الكرب الناتج عن صدمة أو إضطراب التبدين ولا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة ( مخدرة أو دراء ) أو مرض عصبي ، أو مرض عصبي آخر مثل إضطراب النساوه الناتج عن إصابة الدماغ .

ج - إن تسبب الأعراض معاناة اكيلينيكية واضحة للمريض ، أو إخلال بوظائفه الاجتماعية أو المرضية أو بوظائف أخرى مهمة .

( APA. , 2000 )

**٢ - إضطراب التجوال الإنفصالي : Dissociative Fugue**

**مدى الإنتشار :**

- هذا الإضطراب نادر الحدوث .

- لا توجد بيانات إحصائية دقيقة توضح مدى إنتشاره .

- ينتشر بشكل خاص بعد الكوارث .

- ينتشر أيضاً - بعد الحروب .

- تختلف نسب حدوثه بين الجنسين .

- ليس له عمر بداية محدد .

**تعريفه :**

هو إضطراب يظهر في سفر الشخص المفاجئ وغير المتوقع بعيداً عن منزله أو عمله ، وعجزه عن تذكر جوانب مهمة من هويته السابقة ( الأسم والاسرة ، والمهنة ) . ويتحول هوية جديدة في أحياناً كثيرة وفترة التجوال هذه قد تطول وقد تقتصر ، وقد يمارس أثناءها العديد من الأنشطة والأعمال ، حتى إذا أفاق من نوبة التجوال هذه عادة إلى بيته وأهله وعمله .. وغالباً ما تفشل المحاولات في جعل الفرد يتذكر ما الذي

حدث أثناء نوبة التجوال .

( Kaplan, H. Sadock, B. 1996 )

الإعراض والعلامات :

- تجوال على نحو هادف .
- هذا التجوال يكون لمسافات طويلة في العادة .
- ينسى حياته الماضية .
- لا يشعر عادة أنه فقد الذاكرة .
- ينتحل هوية جديدة .
- يتسم سلوكه قبل النوبة وبعدها ( نوبة التجوال ) بالسوء .
- معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لتشخيص التجوال الإنفصالي :**
- أ - سنته الرئيسية السفر أو الإنقال المفاجئ وغير المتوقع بعيدا عن المنزل أو مكان العمل المعتمد المصحوب بالعجز عن تذكر الشخص لماضيه .
- ب - الذهول المؤدى إلى عجز الشخص عن تحديد هويته .
- ج - إنتحال الشخص لهوية جديدة ( كاملة أو جزئية ) .
- د - الا يقتصر ظهور التجوال على فترات الإصابة باضطراب إنفصال الهوية، ولا يكون نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوي ( مثل صرع الفص الصدغي ) .
- هـ - إن يسبب هذا الإضطراب للمصاب معاناة ملحوظة أو خلل في أدائه الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو أي وظائف أخرى مهمة .

( APA. , 2000 )

**٣ - إضطراب إنفصال الهوية ( أو ازدواج الشخصية ) :  
dissociative identity Disorder ( Multiple. P.D)**

مدى الانتشار :

- هذا الإضطراب ليس نادرا كما قد تعتقد .
- يصيب حوالي ٥ % من المرضى النفسيين .
- يظهر عادة في المراهقة وسن الرشد المبكرة .
- ( كما قد يظهر في بعض الحالات قبل سن المراهقة ) .

- أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور .
- ترتفع نسبة حدوثه بين أقرباء الدرجة الأولى .

**تعريفه :**

نوع من الإضطراب تتمثل أعراضه الرئيسية في أن يواجه مع شخصية الفرد الأساسية - التي يعرفه الناس بها - شخصية أخرى أو أكثر ، بحيث تتمايز على سنه وتتعارض في خصائصها وتسود في الفترة المعنية وفي هذه الحالة يكون لكل شخصية اسم خاص ، وهوية خاصة ، وصفات خاصة ، وعلاقات خاصة ، وأنشطة خاصة ، ولا تعنى الشخصية الأساسية من هذه الشخصيات الأخرى شيئاً ، وإن علمت عنها شيئاً أدركتها على أنها مستقلة عنها مقطوعه الصله بها أو أشارت إليها بضمير الغائب . وهكذا تكون الحال بين بقية الشخصيات .

وينتقل الفرد من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجئ وغالباً ما يكون في فترات الضغط النفسي .

( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ )

**العلامات والأعراض :**

- شخصية واحد أو أكثر وأصنفة المعالم .
- تسيطر كل منها على سلوك المريض وتفكيره في حالة وجودها .
- تحول من شخصية إلى أخرى بصورة مفاجئة .
- عدم تذكر الشخصيات الأخرى بصفة عامة .
- قد تدرك بعض الشخصيات جوانب تتعلق بالشخصيات الداخلية .
- لكل شخصية جديدة ذكرياتها وتفكيرها المتراوحة مثل إختلاف معدل الذكاء .
- قد تختلف الشخصيات الأخرى من ناحية النوع والسن .
- قد تبدي شخصية دخيلة واحدة أو أكثر أعراض مرض نفسي مصاحب مثل إضطراب الوجдан أو إضطراب الشخصية .

**معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لتشخيص إنفصال الهوية :**

- ظهور هويتين أو شخصيتين أو أكثر ( لكل منها نمط إدراك للبيئة والذات والتفاعل معهما والتفكير فيما يتصرف بالإستمرار ) .

- ب - إن تتحكم إثنتان من تلك الهراءات أو الشخصيات على أقل تقدير في سلوك المريض .
- ج - عجز المريض عن تذكر معلومات شخصية مهمة يصعب إرجاع كثرتها إلى النسيان العادي .
- د - إلا يكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عصبي .

**ملحوظة :** لا تفسر الأعراض في الأطفال إنها نتيجة اللعب مع رفيق وهمي أو أي نوع آخر من لعب الطفولة الخيالية .

( APA. , 2000 )

#### ٤ - إضطراب إختلال الانية : depersonalisation Disorder

مدى الإنتشار :

- يندر ظهور الإضطراب بصورته النقاية .
- نعمة الشائع نوبات منطقية من إختلال الانية .
- يندر ظهوه بعد سن الأربعين .
- قد ترتفع نسبة بين الإناث .

تعريفه :

هو إضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كيفي في نشاطه العقلي والجسدي أو العالم المحيط به بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقة ويعيده أو آلية ، وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به ، وأن جسمه يبدو مفتقداً للحياة ، أو معزولاً ، أو غريباً ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة . ويندو الحياة كمسرح يتناول عليه الناس تقميل الأدوار . وفي بعض الأحيان قد يشعر الشخص بأنه يشاهد نفسه من على بعد أو بأنه ميت . وتحدث هذه الظاهرة في الغالب في إطار إضطراب إكتنابي وإضطراب الرهاب وإضطراب الوسواس القهري .

ولن الشخص ينظر إلى نفسه وكأن شعوره منفصل عن جسمه أو ذاته كالشعور بأنه يعمل بطريقة آلية أو يعيش في حلم .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ )

العلامات والأعراض :

- شعور دائم ومستمر بعدم واقعية الجسم والذات .

- يوجد قدر من اختبار الواقع .
- يشعر بنشوة في إدراكه للزمن .
- يشعر بنشوة في إدراكه للمكان .
- يتخيل أن أطراقه كبيرة أو صغيرة .
- ينتشر شعور بغرابة ولا معقولية العالم الخارجي .
- يشعر - في بعض الأحيان - وكأنه إنسان آلي .
- تكثر شكوك الشعور بالدوران .
- تتكرر لديه مجموعة من الأفكار الإكتنابية والموسافية والقلق .
- مشغول دوما بالجسم ووظائفه .

**معايير تشخيص إضطراب إختلال الانية وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي**

#### الرابع :

أ - خبرات متصلة ومتكررة تتصف بالشعور بالإنفصال عن الجسم أو العمليات الفكرية ومراقبتها كشخص آخر خارجي ( مثل الشعور بأن الإنسان فيما يشبه الحلم ) .

ب - يحتفظ المريض خلال النوبات بقدرته على اختبار الواقع .  
ج - يسبب إختلال الانية لصاحبه معاناة ملحوظة أو خال في وظائفه الإجتماعية أو المرضية أو في مجالات وظيفية أخرى مهمة .

د - لا تقتصر ظهور إختلال الانية على نوبات الاصابة بمرض نفسى آخر كالفصام أو إضطراب الهلع أو إضطراب إنفصالي آخر ، ويشرط الا يكون نتيجة فسيولوجية لتعاطى مادة مخدرة أو دواء أو مرض عضوى ( مثل صراع الفص الصدغي ) .

( APA. , 2000 )

٥ - إضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه :  
*dissociative disorder not otherwise specified*

#### تعريفه :

اعراض إنفصالية بارزة ييد أن معايير تشخيص الإضطراب الإنفصالي بعينها لا تتطابق بشكل كامل على السمات الأكيلينيكية الرئيسية ومنها على سبيل المثال :

**الإضطرابات النفسية —**

إضطرابات سمعها الرئيسية عرض إنفصالي مثل : إضطراب وظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي التكاملية أو تغيرها والتي لا تتطابق عليها معايير إضطراب إنفصالي محدد .

**أمثلة :**

- ١ - الشعور بغرابة البيئة غير المصحوب بإختلال الآية .
- ٢ - حالات إنفصالية تصيب أشخاص تعرضوا لعمليات مستمرة . أو متقطعة من غسيل المخ والتلقين المتباعن مع الإرهابيين وبعض المعتقلين .
- ٣ - الغيبوبة ، والذهول فقدان الوعي التي لا تعود لمرض عضوى ، حالات السفر المفاجئ وغير المتوقع والسلوك المنظم وعدم ارتباط فقدان الذاكرة على تذكر ماضي الشخص المعنى بانتهائه هوية أو شخصية جديدة .  
وغيرها من الأمثلة التي لم تشخص بعد .

**أسباب الإضطرابات الإنفصالية :**

تعدد الأسباب التي تعود إلى إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الإنفصالية ( السابق الحديث عنها ) ويمكن إجمال هذه الأسباب في مجموعتين هما :

**أولاً : الأسباب الوراثية :** حيث تلعب الوراثة دورا هاما - بالإضافة إلى العديد من العوامل البيولوجية في احداث بعضا من الإضطرابات الإنفصالية مثل : حدوث صدمة أو ارتجاج في المخ ، جرح بالمخ تم عن إصابة ، أو مواصلة الإنمان خاصة إدمان المواد الكحولية ( غير النقية ) وكل ما سبق يقود إلى إمكانية الإصابة بإضطراب النساوة أو فقدان الذاكرة .

( Kaplan, H. & Sadock, B. 1996 )

**ثانياً : الأسباب النفسية :** تلعب الأسباب النفسية دورا مؤثرا وجد هام في إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات الإنفصالية خاصة تعرض الفرد للعديد من أنواع الضغوط التي قد تفوق قدرته على تحملها ، وكذا استمرار هذه الضغوط دون أن يصدر عن الفرد ما يشير إلى إتخاذ خطوات لتخفييف حدة هذه الضغوط أو كذا المرور بالعديد من الصدمات النفسية التي تعقب تعرض الفرد للعديد من الكوارث .

( محمود حموده ، ١٩٩١ )

### علاج الإضطرابات الإنفصالية :

تتعدد العلاجات التي تقدم لمرضى الإضطرابات الإنفصالية ما بين العلاج النفسي خاصه العلاج السلوكي في الغالب والعلاج بالتحليل النفسي للكشف عن الدينامييات النفسية التي تكمن خلف الإضطرابات ودلائله ومغزاه ، وكذا العلاج الاجتماعي البيئي ، وكذا العلاج الدوائي المتنوع من خلال بعض العقاقير ، أو إجراء بعض الجراحات النفسية ، أو العلاج بجلسات الكهرباء وغيرها من أنواع العلاجات المناسبة لطبيعة الإضطراب .

(أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، )

(Kaplan, H. Sadock, B. 1996 )

## المراجع

- أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- محمود حمودة ( ١٩٩١ ) ، الطفولة والراهقة - المشكلات النفسية والعلاج ، القاهرة ، الناشر المؤلف .
- مصطفى كامل ( ١٩٩٣ ) تعریف مصطلح الإضطرابات الانفصالية ، في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، إشراف فرج طه ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- حامد زهران ( ١٩٩٨ ) الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب : الطبيعة الرابعة ،
- فرج طه وأخرون ( ١٩٩٣ ) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- American psychiatric association ( 2000 ) **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**, 4 th,ed. washkngton, DC.
- Kaplan, H., & Sadocek, B. ( 1996 ) . **pocet Hand book of clinical psychiatry**, London, williams & wikins, Sed.

## الفصل التاسع

### اضطرابات الأكل

#### Eating Disorder

#### محتويات الفصل

- ويانيات إضطراب الأكل.
- تعريف إضطراب الأكل.
- من أنواع إضطرابات الأكل.
  - أ - فقدان الشهية العصبي، التعريف - محاكيات التشخيص
  - ب - الشره العصبي، التعريف - محاكيات التشخيص.
  - العلاقة بين إضطرابات الأكل وبعض الإضطرابات النفسية الأخرى.
  - أسباب إضطرابات الأكل.
  - علاج إضطرابات الأكل.
  - مسار ومال إضطرابات الأكل.



## إضطرابات الأكل

### Eating Disorder

#### مقدمة :

تتمثل نوبات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه ، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد ، وقد يما كانت تصنف إضطرابات الأكل ضمن الإضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع ١٩٨٧ DSM III-R . وأعقبه الدليل الرابع لعام ١٩٩٤ ووضع هذه الفئة من الإضطراب مفصلة تحت عنوان إضطرابات الأكل ، وهذه الإضطرابات تتميز بإختلال كبير في سلوك تناول الطعام .  
 ( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١ )

#### بيانات إضطراب الطعام :

سوف يقتصر تناولنا في أضطرابات الطعام على نوعين فقط هما :

أ - فقدان الشهية العصبي . Anoxia nervosa .

ب - الشره العصبي . Bulimia nervosa .

أ - **بيانات فقدان الشهية العصبي :** تعدد نتائج الدراسات الخاصة بهذا الإضطراب لكن نستطيع رصد النتائج الآتية :

- يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من إضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠ % إلى ٥٠ % وإنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية ، ويقدر نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلى ١٥ % على الأقل من وزنهم الأصلي .  
 ( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٢٢ - ٣٣ )

- في دراسة قام بها زينب شقير عام ١٩٩٨ من خلال عينة قوامها (٦٢٥) طالب وطالبة من جامعة طنطا ، توصلت نتائجها إلى أن النسبة المئوية لانتشار فقدان الشهية تصل إلى ٨٩٢ % لدى الذكور ، وكانت ٤٥٪ لدى الإناث ، وهذا يؤكد تزايد هذه الظاهرة بين شبابنا .

( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٤٥ )

- إن فقدان الشهية العصبي هو أكثر شيوعاً لدى المراهقات ذوات الخلفية الإقتصادية الإجتماعية المرتفعة على الرغم من إن ٩٠ - ٩٥ % من المصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث إلا أن الرجال قد تظهر لديهم تلك الحالة أحياناً .
- تباين التقييمات المعاصرة لهذا الإضطراب ، ولكن ما يقرب من ١ % من المراهقات يتأثرن بالإضطراب وقد يكون مسار الإضطراب مزمناً ، ولذا فإن ٥ % من المصابين بفقدان الشهية العصبي يجرون حتى الموت .

( جين وأريل ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٩٥ - ٦١٨ )

#### ب - ويانيات الشره العصبي :

- يبدأ إضطراب الشره العصبي في المراهقة عادة .
  - تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور .
  - تنتشر نسبة ٤ % تقريباً لدى النساء ، ٥٠٪ لدى الرجال .
  - إن البدانة في المراهقة يمكن أن تهيء الشخص وتجعله مستعد للدخول في إضطراب الشراهة في مرحلة الرشد وما بعدها .
- ( APA. , 2000 , PP. 545 - 550 )

- في حين قدرته بعض الدراسات الأخرى بنسبة إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال بنسبة ١ إلى ٣ % تقريباً ، وإن كان نادراً ما يظهر باعراضه الواضحة لدى الرجال .

( Walson, 1993 )

- في حين ذكرت نتائج دراسات مسحية لإضطراب الشره العصبي الآتي :
- \* معدل الإصابة بهذا الإضطراب غير معروفة بدقة لانه مشكلة سرية أساساً .
- \* ربما كان حوالي ٢ % من السكان في عمر الدراسة الجامعية لديهم هذا الإضطراب ( بإحدى صورة المتعددة ) .
- \* يبدأ الإضطراب في نهاية العقد الثاني من العمر في الغالب .
- \* وهو لدى النساء أكثر شيوعاً من الرجال .
- \* قد يظهر الشره العصبي ( كعرض أو إضطراب في حد ذاته ) وقد يرافقه العديد من الإضطرابات الأخرى مثل الإكتئاب ، أو إدمان الكحوليات .

\* يقرر بعض المصابين بفقدان الشهية العصبي أنهم ليس لديهم شهية للأكل ، ولكننا نجد لدى بعضهم نوبات من الأكل المفرط ، ويقرر ٦٩٪ منهم وجود حفزات قوية لديهم تدفعهم لأن يأكلوا ، وإن ٥٠٪ من فاقدى الشهية العصبيين لديهم نوبات من الأكل الصاخب .

( أولمانز وأخرون ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٦٣ )

- وفي مصر قامت زينب شقير بدراسة الشره العصبي لدى طلاب جامعة طنطا عام ( ١٩٩٨ ) وكانت نسبة إنتشاره لدى الإناث ١٠٪ و ٧٦٪ لدى الذكور . وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما .

( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٩ )

#### تعريف إضطرابات الأكل :

هي إختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات ما بين الإمتاع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده ، وいくميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم .

( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٣١ )

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV للأمراض النفسية والعقلية متضمناً إضطرابات الأكل في مرضي :

أولاً : إضطرابات تشخيص لأول مرة عادة في المهد أو الطفولة المبكرة وتتضمن

( ٢ ) فئات فرعية هم :

أ - إشتهاء أطعمة شاذة pica

ب - إضطراب الأجرار Ruminatio n Disorder .

ج - إضطراب الطعام Feeding Disorder .

ثانياً : إضطرابات الأكل التي تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة .

وتضم فئتين إضطرابيتين هما :

أ - فقدان الشهية العصبي .

ب - زيادة الشهية العصبي .

وسوف يقتصر حديثنا في هذا الفصل على الفئتين ( فقدان الشهية ، وزيادة الشهية ) للأسباب الآتية :

- ١ - إنهم من أكثر الإضطرابات شيوعا في فئة إضطرابات الأكل .
- ٢ - إجراء العديد من الدراسات حول هذين النوعين من الإضطرابات .
- ٣ - إمكانية تحديد (معايير) معينة يتم من خلالها التشخيص .
- ٤ - وجود العديد من الإتجاهات العلاجية لهذين النوعين ( تحديدا ) من إضطرابات الأكل .

#### **أولاً إضطراب فقدان الشهية العصبي :**

**تعريفه :** هو إضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها ، ويحدث المرض غالبا في الفتيات المراهقات والشابات من النساء ولكن قد يصاب به الفتيات المراهقات والشباب ولكن بدرجة أكثر قدره ، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنا حتى سن انقطاع الدورة الشهرية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٥)

أى أن فقدان الشهية العصبي هو عدم إنتظام في تناول الطعام غالبا ما يبدو في شكل (رغبة دائمة في الجوع) وهو يوجد بشكل أو بأخر لدى الفتاة في سن المراهقة ويتربى على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص (أو فقد) المستمر في الوزن وشكل الجسم ، والعديد من المظاهر الأخرى (الفيسيولوجية) التي تترتب على استمرار حالة الجوع (مثل إنخفاض درجة حرارة الجسم ، إنخفاض سرعة دقات القلب .. الخ) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

(Kaplan, H. & sadock, B., 1996)

#### **أنواع فقدان الشهية العصبي :** يجب أن نفرق بين نوعين هما :

**أ - فقدان الشهية العصبي :** ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلى للشهية ويكون ذلك نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول ، كما يعد مصاحبا لعدد من الأمراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة ، سرطان المعدة ، والقولون) كما تحدث بشكل تقليدي في حالات التهاب الكبد الوبائي المعدي ، وفي إضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص أفراز الغدة الدرقية أو إنخفاض وظائف الغدة النخامية) كما أن فقدان الشهية العصبي ، قد يكون من بين أعراض مرض السكر ، أورام المخ وغيرها .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٠٧)

## ٢ - فقدان الشهية العصبي :

ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام ، أو القنبلة المتعتمد بعد الأكل مباشرة ، مما يتسبب عنه إنخفاض ملحوظ في وزن الجسم ، ويسمى أحياناً بالتجويع الذاتي المرضي Abnormalself-savation الإضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل :

- أ - الشهية .
- ب - سلوك الأكل .
- و - صورة الجسم .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٣٢ - ٣٣ )

**معايير تشخيص إضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :**

- ١ - رفض الإحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوق ذلك المعدل الذي يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص
- ٢ - خوف عميق ومتغلل من أن يصبح الشخص بيئياً حتى وإن بدأ جسمه في معدل الوزن الطبيعي .
- ٣ - إضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله ، بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بيئي ، حتى عندما يكون الوزن الطبيعي مع انكسار واضح في إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم .
- ٤ - يحدث لدى الإناث - على الأقل - إقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل .

( APA. , 2000 )

وقد ورد في العديد من مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي العديد من المحکات الأخرى التي توضح محکات التشخيص أو تزيد عنها وضوها مثل :

- ١ - فقد الوزن : ويحدث نتيجة للإنخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه ، ويفقد الفرد على الأقل ١٠ % من وزنه السابق .
  - ٢ - إقطاع الحيض : في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصلة على الأقل ويشرط أن يكون دورة الحيض منتقطة قبل ذلك .
  - ٣ - عدم ظهور مؤشرات لإضطرابات أخرى تعد سبباً أساسياً لفقدان الشهية ( خاصة أعراض الفحاص ، الإكتئاب الجسيم ، أو بعض الأمراض العصبية ) .
- ( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ٤٢ - ٤٣ )

ألم أعراض إضطراب فقدان الشهية العصبي :

ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أن إضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتية :

- ١ - إنخفاض الوزن .
- ٢ - إضطرابات المعدة ( تراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالانتفاخ .. الخ . )
- ٣ - الإستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم .
- ٤ - الجفاف ( تلجلج والحلق ) .
- ٥ - حدوث ( زرقة ) في الأطراف .
- ٦ - نوبات من الصرع .
- ٧ - السرقة .
- ٨ - الدخول في حفلات الأكل ثم السرعة في التقيؤ العمدى أوأخذ ميليات حتى لا يبقى الطعام في معدته ( أو يستفيد منه الجسم ) .
- ٩ - التدقيق في اختيار أنواع معينة من الطعام ( غالباً ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة ) .
- ١٠ - القيام ( أو أجبار الشخص لنفسه ) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبة منه في ( حرق ) الدهون التي ( يدرك ) أنها ( متراكمة ) في أمكن كثيرة بالجسم .
- ١١ - التحديق في المرأة بهدف الأطمننان على أنه لم ( يزد وزنه بالصورة الملفنة للنظر - حتى وأن كان الأمر على غير ذلك ) .
- ١٢ - تناقص الإهتمام بالجنس ، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة ( أو شريك الحياة نهائياً . )
- ١٣ - حدوث تغيرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان .
- ١٤ - إن غالبية ( مضمون الاحلام ) تدور حول ( الجسد البدين ) وأنه ( لشعورها ) يرغب في أن يكون جسمه ( في المعدل الطبيعي - حتى وأن كان الأمر على عكس ذلك ) .  
( Eagles, et al., 1990, 119 - 123 )

**ثانياً : الشره العصبي :**

١ - تعريفه : هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وانشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه في أو استخدام الملينات ويشترك هذا الإضطراب في كثير من السمات النفسية مع إضطراب فقدان الشهية بما فيها الإهتمام الشديد بشكل وزن الجسم ، ويعرف إضطراب الأكل الشهري Binge Eating بأنه تناول كمية كبيرة من الطعام تفوق بكثير ما اعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهة وذلك في فترة زمنية قصيرة ، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين .

( جمعة سید یوسف ، ۲۰۰۰ ص ۱۰۳ )

٢ - المحاكم التشخيصية للشره العصبي وفق الدليل التشخيصي والإحصائي : الرابع

أ - نوبات تظاهر بين الحين والآخر من الإفراط في الأكل ( حفلات اغتراف الطعام ) وتتصف بالظواهر الآتية :

١ - الأكل في فترات غير مترابطة من الوقت ( تقدر بساعتين من الوقت ) أو تناول كمية من الطعام تكون في الغالب ( بل من المؤكد ) أكبر من أي كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا استغرقوا الوقت أو نفس المظروف ( في تناول الطعام .

٢ - شعور بفقدان التحكم في الطعام خلال نوبة الأكل (أي أن الفرد لا يستطيع أن يتحكم أو يتوقف عن التهام الطعام أو كميته) .

**ب - ظهور سلوك تعويضي غير مناسب يفرض منع زيادة الوزن مثل : التقوير المتمدد ، إستعمال المليفات ، إستعمال أدوية مدرة للبول ، وغيرها من الأدوية ، اضافة إلى الصوم ، الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية ويعنف .**

ج - تظهر نوبات إغتراف الطعام ، والسلوك التعويضي غير المناسب على الأقل مررتين خلال الأسبوع الواحد ولمدة ثلاثة أشهر .

د - التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وشكل الجسم .

هـ - لا يظهر الإضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي .

تحديد النمط :

- نمط القى : يزاول الفرد وبشكل منظم النقيو المعتمد ، أو سوء استعمال الملينات ، أو تناول الأدوية المدرة للبول .

- نمط دون قى : حيث يزاول الشخص أنواعاً من السلوك التعويضي من قبيل: الصيام ، الرياضة العنيفة ، ولكنه لا يزاول التقيؤ المتعمد أو يسى إستعمال الملينات أو الأدوية المدرة للبول .

( APA , 2000 )

أى إن الشره العصبي يتم على الأقل بثلاث خصائص اكلينيكية هي :

١ - الإفراط في الأكل والشرب ( أى تناول الطعام وبكميات كبيرة في وقت أقل مقارنة بغيره من الأفراد ) .

٢ - محاولة الرجوع المنتظم إلى إتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل : تعمد القى أو إستخدام الملينات ، أو الصوم ، أو ممارسة الرياضة المتطرفة العنيفة .

٣ - التقييم الذاتي والذي يتاثر بشكل غير مبرر بشكل وزن الجسم .

( تيرينس ويلون ، كاثلين بابك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦٢ )

**أنواع الشره العصبي :** وينقسم إلى :

١ - النوع الشره : أثناء حالات الشره قد يرغم الشخص المصطرب نفسه على التقيؤ أو يفرط في إساءة إستخدام الملينات .

٢ - النوع غير الشره : حيث يبالغ في السلوك التعويضي من قبيل اللجوء إلى الإمتناع عن تناول الطعام لفترات ( الصيام ) أو يجر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة .

**ظواهر وأعراض الشره العصبي :**

تستطيع تحخيص هذه المظاهر والأعراض والتي تتباين وفقاً لما يلى :

١ - الوقت الذي قضته الرياضة التي تعانى من هذا الإضطراب من معاناة الشره ( إدمان المرض ) .

٢ - قدرة الجسم على تحمل الخلل أو إنعدام التوازن الكيميائي فيه .

٣ - تكرار وإنظام عملية الشراهه والتقيؤ .

٤ - نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهه والتقيؤ .

٥ - الإن شغال الدائم والتفكير المستمر ( الذي يقترب من القهر ) في الأكل ، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام .

٦ - تكرار نوبات التهام الأكل بشراهة .

- ٧ - الأكل فترات متقطعة من الوقت ( مثلاً خلال ساعتين ) مع تناول كمية من الطعام قطعاً تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف .
- ٨ - الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة .
- ٩ - محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحداً أو أكثر من الأساليب التالية :
- تعمد القى .
  - سوء استخدام الملابس .
  - سوء استخدام مدرات البول .
  - الصيام .
  - التمارين الرياضية المفرطة .
- ١٠ - بعض مرضى الشهوة يكونوا ضممن معدل الوزن الطبيعي ، والبعض الآخر يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن .
- ١١ - يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر .
- ١٢ - إنقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم إنتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ص : ٤٠ - ٤١ )

العلاقة بين إضطرابات الأكل والإضطرابات النفسية الأخرى :

تتدخل العديد من محكّات التشخيص في إضطرابات الأكل خاصة إضطرابي الشهوة وفقدان ( الشهية العصبي ) مع العديد من الإضطرابات الأخرى مثل :

أولاً : إضطرابات الطعام والإضطراب الوجданى :

أحياناً ما تتدخل محكّات تشخيص إضطراب الطعام مع محكّات تشخيص الإضطراب الوجданى Affective Disorder وبخاصة الإكتئاب ، حيث ثبتت العديد من الدراسات والملاحظات أرتباط ( فقدان الشهية العصبي - كمثال ) مع إضطراب الإكتئاب من خلال الملاحظات الآتية :

- ١ - كثير من مرضى فقدان الشهية يكشفون عن أعراض إكتئابية .
- ٢ - كثير من مرضى فقدان الشهية يظهرون أعراض إكتئابية عند تتبع حالاتهم .

- ٣ - يحدث الإكتئاب بتكرار أكبر من المتوقع في أعضاء أسرة مريض فقدان الشهية العصبي وبخاصة الأم .
- ٤ - كثير من مرضى فقدان الشهية العصبي يستجيبون للعقارات المضادة للإكتئاب .
- ٥ - هناك ملامح كثيرة مشتركة بين مرض فقدان الشهية العصبي والإكتئاب مثل : إضطراب النوم ، فقدان الوزن ، تناقص الدافع الجنسي ، توقف الحيض لدى الإناث ، الإضطراب المعرفي ، إنخفاض تقدير الذات .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٠٣)

في حين أظهرت بعض الدراسات التي تناولت الأشخاص الذين يعانون من إضطراب الشهية وجود علاقة تشخيصية ما بين الشهية العصبية وإضطراب المزاج الدورى (إكتئاب - هوس ) ، وكذلك الإكتئاب الجسمى ، أو المعاناة من إضطراب ، أو أكثر من إضطرابات القلق ( خاصة حفلات أغذراف الطعام ، تناول كميات أكبر من المعناد .. الخ أو اللجوء إلى تناول الطعام بهذه الدرجة من الشراهة قد يعكس إحساسا بالرغبة في الشعور بالأمانة ، أو قد يعكس - على المستوى اللاشعوري - رغبة في الإنقاوم والتدمير للذات .

( Wilson, 1993 )

#### ثانياً : إضطرابات الطعام وعلاقتها بإضطراب الوسوس القهري :

العلاقة ما بين فقدان الشهية والوسوس القهري واضحة من خلال سيطرة فكرة معينة على عقل المريض تسيطر على كثير من سلوكه ( إنفاص الوزن ) فيحاول المريض أن يزيد من نحافته فيدخل الدائرة المغلقة الآتية :

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب بالمريض أن ينقص من وزنه .
- تأكيد المريض من تفاهة هذه الفكرة .
- عدم القدرة على التخلص من استحواذ هذه الفكرة عليه .
- شعور بالقلق الشديد إذا لم ينفذ ما تأمر به الفكرة .
- الإنصياع لهذه الفكرة طوعاً أو كرها .

- مزيد من السيطرة على الفكرة ومزيد من إنفاص الوزن .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٠٨)

أما عن العلاقة ما بين الوسواس الذهري وزيادة الشهية العصبي فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة أكيدة ما بين محكات التشخيص الوسواسي الذهري ، ومحكات تشخيص زيادة الشهية العصبي فعلى سبيل المثال وجد تامبلر وزملاؤه في دراسة لهم ضمن ٢٥١ مريض مصابون بإضطراب الشهية العصبي ، وجدوا أن ٣٣ % منهم تتطبق عليهم المحكات التشخيصية لإضطراب الوسواس الذهري .

(Templin, et al, 1993)

حيث تسسيطر على المريض بالعصاب ( بالشره ) أنه قد ( أسرف ) في تناول كميات من الطعام تفوق إحتياجات جسمه ، ولذا فإنه يقوم بالعديد من السلوكيات الذهنية في محاولة ( لعدم إستفادة الجسم من الطعام ) بداية من التقيؤ المتعمد بعد تناول الأكل على الأقل بساعة) معأخذ العديد من المليارات .. الخ ،

(Formea & Borns, 1995)

### ثالثاً : إضطرابات الطعام والمخاوف المرورية (الفوبيا) :

حيث توصلت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ما بين المحكات التشخيصية لإضطرابات الطعام وبين محكات تشخيص الفوبيا ، فعلى سبيل المثال وجدت العديد من الدراسات وجود المحكات التشخيصية لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي مع المحكات التشخيصية لإضطراب الفوبيا أي الخوف غير المنطقي من موضوع معين ( والموضوع هنا وهو الطعام وتأثيره على الجسم ) ولذا لا مانع في أن يتناول كميات كبيرة من الطعام حفلات الاتهام ثم القيام بسلوكيات تهدف إلى ( تقليل فاعلية وقيمة السعرات الحرارية لما تناوله من طعام خوفاً من أشياء كثيرة مرتبطة بتناول الطعام سواء أكانت شعورية أو لا شعورية لدى المريض .

(Spiser, et al, 1992)

### رابعاً : إضطرابات الطعام والهستيريا :

حيث توصلت العديد من الملاحظات ، والتي تمت إلى وقت مبكر وتحديداً في عام ١٨٩٥ ، إلى إدراك طبيعة العلاقة ما بين إضطرابات الطعام ( بشقيها فقدان والشره ) وبين إضطراب الهستيريا ، حيث يرتبط فقدان الشهية العصبي كمثال بفقدان الشعور بالجوع والحرز ، والطعم الغريب في الفم واللسان والحلق ، والنشاط الزائد دون شعور بالتعب ، مما يشير إلى وجود تداخل ما بين إضطراب فقدان الشهية العصبي والهستيريا ، ليس فقط في المحكات التشخيصية بل في العديد من الخصائص والسمات الشخصية مثل :

- عدم النصح الإنفعالي .
- الانبساط .
- الإجتماعية وحب الإختلاط .
- القابلية المرتفعة للإيحاء .
- عدم التحكم في الإنفعالات .
- القلق والتوتر .
- الأنانية وحب الذات .
- محاولة جذب إنتباه الآخرين .
- إنفصال الشخصية .
- التصرفات الغريبة .
- الإغماء أو الغيوبية .
- الغثيان أو القئ .
- فقدان الشهية العصبية .
- المشى أثناء النوم .
- الحمل الكاذب .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ص ١١٠ - ١١٣ )

#### خامساً : إضطرابات الطعام والقصام :

هناك علاقة تداخل ما بين إضطرابات الطعام وإضطراب الف quam ، حيث أفترض الباحثين - في وقت مبكر - إن فقدان الشهية العصبية - كمثال - شكل من أشكال الق quam أو أن الإضطرابين يرتبطان معاً ، وكان هذا الأفتراض ينكمأ على فكرة مسلمة أساسها: أن المرضى الذهانيين بصفة عامة تنتشر بينهم الحالات أو الهزاءات، والتي قد تدور حول الطعام (بداية من أنه مسموم أو سوف يدمر خلايا الجسم إلى فكرة إن الطعام هام جداً لحمايته من الأعداء ، ولذا فإن الصلالات ومحتوها لدى مرضى الذهان بصفة عامة ، والقصاص (بكافحة تشخيصاته بصفة خاصة) يدور حول الطعام (سواء أكان ذلك يؤدي إلى الامتناع عن تناول الطعام إلى الدرجة التي تستدعي التدخل العلاجي لذلك وإرغام المريض على تناول الطعام إبقاءاً على حياته أو الشره للطعام إلى درجة تفوق قدراته وامكانياته وإحتياجاته الجسمية عن التحمل ) .

( Dacosta Halmi, 1992 )

وهكذا تتدخل محکات تشخيص إضطرابات الأكل مع العديد من محکات تشخيص بعض الإضطرابات النفسية والعقلية .

### أسباب إضطرابات الأكل :

تعددت الإجتهادات والتفسيرات حول هذا الإضطراب ويمكن حصر هذه الإجتهادات في العوامل والأسباب الآتية :

أولاً : العوامل الوراثية والعصبية : وقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل : دراسات التوائم أو الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة بالجمهور العام ، وكذلك الأخيرة ( سواء أكانت صنوية أم غير ذلك ) وذلك لإثبات مدى تأثير الوراثة في أفراد يفترض أنهم يشتركون تقريباً في نفس الخصائص الآتية :

وقد توصلت هذه الدراسات إلى المؤشرات الآتية :

- إن مرضى فقدان الشهية العصبي - كمثال - ينتشر بمقدار ثمانى مرات بين الأقارب المقربين للمريض بالمقارنة إلى الجمهور العام .
- أن أخوات المرضى الذين اشتد لديهم فقدان الشهية العصبي نسبتهم من ٦ - ١٠ % كانوا يعانون من هذه الحالة ، وتقابل هذه النسبة نسبة ١ - ٢ % الموجودة في الجمهور العام في العمر نفسه إلا إن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلى بيئة الأسرة أو تأثيرات التوائم .

- ثبّتت دراسات التوائم - كمثال - صحة تأثير عامل الوراثة ، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثي يمكن وراء إضطراب فقدان الشهية العصبي ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجي ( في وظائف أعضاء الجسم ) المسؤول عن هذا العامل الوراثي .

- أثبتت الأبحاث وجود إضطراب أولى لوظيفة ما تحت المهاد ، إضافة إلى وجود شذوذ أولى في منطقة ما تحت المهاد والنخامية ، وكذلك في الغدد وعمليات الأيض ، ونواحي شذوذ كيميائي عصبي عديدة لحالات إضطراب فقدان الشهية العصبية .

لكن القضية التي تواجه العلماء في هذا الجانب هو كيفية عزل ومعرفة تأثير العامل الوراثي في حد ذاته وبشرط أن يكون غير متداخل عن تأثير العامل البيئي .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٢٩ - ١٣٢ )

- عدم ممارسة التمارين الرياضية .

( زينب شقر ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٤ )

- أما عن العوامل النفسية فكثيره مثل الخوف ( من شيء محدد أو غير محدد ) ، أو الشعور بالإحباط ، الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية ( إتجاه فرد ما من الأسرة أو خاجها ) إضافة إلى الإنشغال الزائد بصورة الجسم والخوف من أن يصبح الفرد بدينا ، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلى والضغط الاجتماعي نحو الحافة ، وزيادة الحساسية نحو كيف يدرى الآخرون الصابرين بالشره العصبي .

- كما أن بعض المحتلين النفسيين قد فسروا إضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الأفراد الذين يخافون الجنس أو الذين يعادلون رمزاً بين الجنس والأكل أو أن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب العمل ، ويحدث الأكل بشرابة حين لا تستطيع الحفظات الجنسية المكتوبة أن تعبر عن نفسها .

( أولمانز وأخرون ، ٢٠٠٠ ، وص ٣٦٥ - ٣٦٦ )

- ولعل ( هيلدا بروش ) رائدة في مجال إضطرابات الأكل وعلاجها قد وضعت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الإضطراب ، حيث فسرت هذا الإضطراب عند مريض فقدان الشهية العصبي - كمثال - بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص في مفهوم الذات ، الخوف من الخواء أو السوء الداخلي إضافة إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع ، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الواقع .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٤ ، ١٣٨ ، ١٣٩ - )

ثانياً : الأسباب النفسية والإجتماعية : تتعدد هذه العوامل مثل :

- الحث الإعلامي في العديد من الحضارات ( خاصة الحضارة الغربية ) على ضرورة النحافة والرشاقة ( وهذا يؤكد دور العوامل الاجتماعية ) .

- إن المستوى الاجتماعي والظروف البيئية والإقتصادية تلعب دوراً هاماً في إصابة الشخص ( بفقدان الشهية العصبي أو بالبدانة ) حيث تلعب ( الأموال ووفرتها أدواراً في ذلك أى في شراء الأطعمة وبكميات قد تفوق ما يحتاجه الفرد ) .

( Martin. et al, 1993. PP. 76 - 92 )

- إضافة إلى العديد من العادات السلوكية والجسمية عن الصحيحة مثل :

\* هناك بعض الحالات التي تعاني من عسر في عملية البلع ( حتى وإن كان

عسر الابلع وأخذ طابعاً نفسياً .

- \* إن المصابين يأضطرابات في القدرة على الحركة وكذلك ذوى الإعاقات المختلفة قد يصابون بأضطرابات في الأكل .
- \* كثرة الولائم وتكرار تناول الأكل بدون نظام متبوع في الأسرة .
- \* جعل تناول الأكل مكافأة لسلوك معين يصدر عن الفرد .
- \* إستخدام وسائل التسلية والمشروبات بين الوجبات الأساسية قد تزيد من رغبة الأكل وقد تقلل منها بشكل زائد .
- \* عدم وجود رقابة ومتابعة للأطفال من قبل الوالدين .
- \* كثرة حضور الحفلات والأفراح التي يكثر فيها تناول الأكل .
- \* إعطاء الحرية للطفل لتناول ما يريد من طعام في أي وقت .
- \* تناول إدوية وملينات .

#### علاج إضطرابات الأكل :

توجد العديد من الإجتهادات العلاجية في هذا الصدد مثل :

#### أولاً : العلاج بالعقاقير :

في علاج فقدان الشهية العصبي تستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض إستخدام دواء الكلوربرومازين chlorproma فإن آخرين يفضلون مضادات الإكتئاب ، كما يجب مراعاة أن تعطي جرعات مخفضة ابتداء نظراً للانخفاض المفروط في وزن المريض . كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنوب ، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعره حرارية يومياً وذلك بواسطة أنبوب أنفي معدى طبق حدثاً قدرًا أقل من المائة مقارنة بالرعب الناتج عن التغذية الأنبوية التي كانت تستخدم في الماضي .

( جيمس ويلس ، جون ماركس ، ١٩٩٩ ، ٢٢٤ - ٢٢٥ )

كما تقتضي بعض العلامات إدخال المريض ( خاصة مريض فقدان الشهية العصبي ) المستشفى إذا توافر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات :

- ١ - فقدان الوزن أكثر من ٣٠ % لمدة تزيد على ثلاثة أشهر .
- ٢ - بطء القلب Bradycrdiy ( نبض أقل من / ٤٠ دقيقة .
- ٣ - درجة حرارة أقل من ٣٦ درجة ( سنتجراد )
- ٤ - إنخفاض ضغط الدم Hypotension ( ضغط دم إنقباضي أقل من ٧٠ ) .

- ٥ - نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢٥ .
- ٦ - أكتئاب حاد .
- ٧ - إسهال شديد .
- ٨ - الفشل في تنفيذ اتفاق الاحتفاظ بالوزن في العيادات الخارجية .
- ٩ - تشخيص فارق معقد .
- ١٠ - اذهان أو المرض العقلي .
- ١١ - حدوث كارثة أسرية .
- ١٢ - ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحال برغم تدهورها .
- ١٣ - ضرورة البدء في علاج فردي أو أسرى بالأدوية تحت إشراف طبي ونفسى مستمر .
- ١٤ - زيادة إحتمال حدوث الإنتحار .

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٦٥ - ١٦٦ )

#### ثانياً: العلاجات النفسية :

##### أ - العلاج بالتحليل النفسي :

عن طريق فهم الدوافع اللاشعورية ، تفسير الحيل الدفاعية ، الرغبات العدوانية المكاملة داخل الفرد والتي تقود بدورها أنها إلى العدوان تجاه الجسم عن طريق تناول كميات كبيرة من الطعام وكأنه يتنحر بمزيد من الأكل ، أو الإمتاع تماماً عن الأكل وكلا الموقفين - عدم الأكل أو الشره - عدوان يصبه الفرد ويوجهه تجاه الذات ) إضافة إلى إختلال إدراك صورة الجسم . وفي كل الأحوال فإن الكثير من المعالجين لحالات إضطراب الأكل يلتقطون النظر وبؤردون من خلال الخبرة على ضرورة تعديل طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي في العلاج ، وإن الحالة وتاريخها أو نوع الإضطراب وطبيعة البيئة أو الأسرة التي يتواجد فيها الشخص لا بد منأخذ كل هذه العوامل وغيرها في الإعتبار .

( Kaplan , et. al , 1994 )

##### ٥ - العلاجات السلوكية والمعرفية :

من المعروف إن العلاجات السلوكية تركز على الأعراض دون بحث الأسباب (سواء القريبة أو البعيدة ) والتي تكمن خلف سلوك الإضطراب ولذا تعدد الوسائل والفيزيات السلوكية مثل :

- ١ - الإشراط المضاد .
- ٢ - التحسين التدريجي : من خلال التدريب على إنقاص الأساليب الآتية :

- استجابات الأستراخاء .
  - توكيد الذات .
  - كيفية التعامل مع القلق .
  - التخيل الإيجابي .
- وأخيراً توجد العديد من الاستراتيجيات التي شرحت وبالتفصيل ومن خلال نماذج معينة لكيفية التعامل مع هذا الإضطراب .

( تيرنس ولسون ، كاتلين بايك ، ٢٠٠٢ ، ٦٦١ - ٨٥٨ )  
 - وكان العلاج السلوكي المعرفي هو أنجح طرق العلاج المستخدمة مع حالات فقدان الشهية وقد يستخدمه وفضله العديد من الدارسين ، والذين سخذلوا كل من : العلاج السلوكي المعرفي التجريبى المعتمد على الإكتشاف الفردى ، والعلاج النفسي والعلاج السلوكي المعرفى ، والعلاج السلوكي الأسرى ، والعلاج السلوكي الفردى ، وقد نجحت كل هذه الأساليب العلاجية في تصحيح العديد من الأفكار الخاطئة لدى ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي ، وفي خفض الصراع بين المريض ووالديه ، وخفض معدل التواصل السلى بين المريض وأسرته ، والتحسن في سلوك تناول الأكل ، وتعديل تشوه صورة الجسم ، وخفض التوتر الانفعالي العاطفى ، والارضاع عن الذات لدى هذه الحالات المرضية .

( زينب شقير ، ٢٠٠٤ ، ص ٥١ )

#### **مسار ومال إضطرابات الأكل :**

- يتحدد المسار والمآل من خلال عدد معين من المحكات تتلخص في :
- إن إضطرابات الأكل تتحذّر خطأ مزمنا على المدى الطويل وإن ١٨ % من المرضى يموتون ( من مرضي فقدان الشهية العصبي ) .
  - في حين ذكرت دراسة أخرى إن نسبة الموت تصل إلى ١٥ % تقريباً وإن المرضى يتحول إلى درجة مزمونة في ٥٠ % من الحالات .
  - ومن خلال استعراض شامل لخمس عشرة مسلسلة من الدراسات ( ومع مايزيد عن ٢٠ عاماً من المتابعة ) وجد إن ٥ % فقط هم الذين يتوفون مما يشير إلى وجود تحسن .

( أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٧ ، ١٢٣ - ١٢٦ )

والهم إن المال الجيد أو السيء يتوقف على مجموعة من العوامل لا بد منأخذها في الإعتبار عند التقييم ، وعند خطة - أو خطط - للعلاج ( ب مختلف مسمياته وتتنوعاته وبما يتفق مع الإضطراب الذي يعاني منه الشخص ) .

## المراجع

- ١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٧) ، **فقدان الشهية العصبي** ، الكويت ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي - إدارة التأليف والترجمة والنشر .
- ٢ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) ، **الدراسة التطورية للقلق** ، الكويت ، كلية الآداب ، جامعة الكويت .
- ٣ - أحمد عكاشه (١٩٩٨) ، **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٤ - اولتمانز نيل ، دافيسون (٢٠٠٠) ، **دراسات حالة في علم النفس العرضي** ، ترجمة رزق سند ، تقديم لويس ملكة ، القاهرة ، دار حكيم للطباعة .
- ٥ - تيزنس ويلسون ، كاثلين بايك (٢٠٠٢) ، **اضطرابات الأكل** ، ترجمة حصة عبد الرحمن الناصر في كتاب : مرجع أكلينيكي في الإضطرابات النفسية - دليل علاجي وتفصيلي تحريره ديفيد هوبارل ، إشرف على الترجمة والمراجعة صفتون فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٦٥٩ - ٧٤٨ .
- ٦ - جين واردل (٢٠٠٠) ، **فحص اضطرابات الأكل والوزن في كتاب** : مرجع في علم النفس الأكلينيكي للراشدين ، تحرير من. ليندزاي ، ج. بول ، ترجمة صفتون فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ص ص ٢٩٥ - ٦١٨ .
- ٧ - جين واردل (٢٠٠٠) ، **علاج اضطرابات الأكل والوزن في كتاب** : مرجع في علم النفس الأكلينيكي للراشدين ، تحرير من. ليندزاي ، ج. بول ، ترجمة صفتون فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ٦١٩ - ٦٤٨ .
- ٨ - جيمس ويليس ، جون ماركس (١٤٢٠ هـ) ، **الطب النفسي المبسط** ، السعودية ، جامعة الملك سعود ، النشر العلمي والمطبع .

- 9 - American psychiatric Association ( 2000 ) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders**, 4 th. ed . washington. DC : Author
- 10 - Dacosta, M. & Halmi.K. ( 1992 ) . **classification of anorexia nervosa : question of subtypes.** international, Journal of Eating Disorders, vol (11) . PP. 305 - 314.
- 11 - Eagles, J. et al . 1990 ) **Acomparison of anoxia nervosa and affective Psychosis in young feales.** Psychlogic al Medicine, vol ( 20 ) PP. 119 - 123.
- 12 - Formea, G., ap Burns, G. ( 1995 ) **Relation between the syndroms of bulimia nervosa and obsessive compulsive disrder.** Journal of Psycho Pathologg ap behavioral assess ment , ual ( 17 ) , PP. 167 - 176.
- 13 - Kaplan, H. , sadock, B. & Grebb.J. ( 1994 ) . **Kaplan & sadoock's synopsis of Psychiatry, behavioral sciences, clinical Psychiatry.** Baltimorei williams & wilkins, 7 th. ed.
- 14 - Kaplan, H., & sadock. B, ( 1996 ) . **Pocket Hand book of clinical Psychiatry,** Lo ndon, williams ap wilkins, second edition
- 15 - Martin, D., torner, c. ap lang, B. ( 1993 ) . **clinical laboratory aspects of eatling disordrs.** in Giannini, A. ap slaby, A. ( Eds. ) **the eating disorders ,** new york springer . vorlage.
- 16 - spi2er, R. Devlin, M., walsh, B. et. ap ( 1992 ) **Bing eating dislderi tobe of notto beim DSM - IV imternational,** Journal of eating disorders , vol ( 10 ) . PP. 627 - 630 .
- 17 - temper, D. . spencer, D. ap Hartlage. ( 1993 ) **Biosocial psychopatholgy : Epidmiological Perspective .** Newyork : springer.
- 18 - wilson, G ( 1993 ) . **psychologic al An evaluation of the eating Disorder Examination.** imternational, Journal of eating disordors. vol(8) , PP. 173 - 179.



## الفصل العاشر

### اضطرابات النوم

Sleep Disorders

#### محتويات الفصل

- وسائل إضطرابات النوم.

- تعريف إضطراب النوم.

- تصنیف إضطرابات النوم.

##### أولاً : إضطرابات النوم الأولية

أ - الأرق : التعريف - محكّات التشخيص.

ب - فرط النوم : التعريف - محكّات التشخيص.

ج - إضطرابات مواعيد النوم واليقظة : التعريف - محكّات التشخيص.

د - غفوّات النوم المفاجئة : التعريف - محكّات التشخيص.

ه - إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس : التعريف - محكّات التشخيص.

##### ثانياً : إضطرابات النوم الثانوية (أو مخلّات النوم)

أ - إضطراب الكوايس الليلية : التعريف - محكّات التشخيص.

ب - إضطراب فزع النوم : التعريف - محكّات التشخيص.

ج - المش أثناء النوم : التعريف - محكّات التشخيص.

- إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى.

- أسباب إضطرابات النوم.

- علاج إضطرابات النوم.

- مسار و مآل إضطرابات النوم.



## إضطرابات النوم

Sleep Disor Ders

### مقدمة :

شغل موضوع النوم وإضطراباته أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفى عام إلى الدرجة التي خصص فيها اليونانيون القدامى إليها للنوم هو هيبنوس ، Hopnos نوأم الموت . ولكن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم ، لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عاماً ، حيث شغل مزيداً من الاهتمام في الوقت الراهن .

( أحمد عبد الخالق ، مایسه النیال ، ١٩٩٢ ، ص ٣٤ )

### بيانيات إضطرابات النوم :

توصلت الدراسات الوبائية إلى الخطوط الرئيسية الآتية :

- إن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشاراً مما نتوقع . ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت أحدى الدراسات إلى أن ٢٥ % من إفراد عينة الدراسة ( وذلك في عينة مكونة من ١١٣ مفحوصاً ) يعانون من الأرق .
- وفي ولاية لوس أنجلوس ارتفعت النسبة إلى ٤٢ %
- وفي شمال النرويج وجد إن ٤٢ % من النساء ، ٣٠ % من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة وذلك في عينة مولفة من ١٥٦ مفحوصاً .
- وفي السويد وجد إن ١٤ % يعانون من الأرق ، و ١٧ % من فرط النوم ، و ١٦ % من الشخير .

- وفي سويسرا وجد إن ٥٠ % من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ، و ٧ % من الذكور ، ١٢ % من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة .

- كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة ١١٢ % وذكرت ١٦٨ % من العينة أنهن يستخدمن بصفة دائمة العاقير المنومة خلاصاً من الأرق .

وفي بريطانيا في إستفتاء شمل ( ٢٥ ) الف شخص قررت نسبة تقدر بحوالي

- ٢٥٪ إنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر في حياتهم .
- كما تنتشر مشاكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠٪ لدى الأطفال فيما بين ١ - ١٢ عاماً وبنسبة ٢٥٪ لدى الراشدين .
- كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل :

توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو إضطراب ليقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل ، والفزع والكتابيس والشخير وينسب عالية لدى المسنين والمسنات ، فوق سن ( ٦٥ ) عاماً .

- وفي واقعنا المصري وجدت دراسة خالد عبد الغنى ( ١٩٩٨ ) شيع مشكلات النوم لدى الراشدين والمسنين ، حيث بلغ الأرق الخفيف نسبة ٥٥٪ والمتوسط ٤١٪ ، والشديد ٥٪ ، في حين وصل الأرق الخفيف إلى ٤٣٪ ، والمتوسط ٥٤٪ والشديد ٣٪ عند الراشدين . على عينة مكونة من ٣٨٨ منهن ١٤٤ من الذكور ، و ١٤٤ من الإناث وعينة من المسنين ( بلغت ١٠٠ مسن ) .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٢ ، ٦٧ - ٦٨ )

#### تعريف إضطرابات النوم :

ونقصد بها معاناة الفرد من إضطرابات أو أكثر من إضطرابات النوم ، كما ذكرت في الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع ( DSM IV. 2000 ) ، وأن هذه المعاناة متكررة وتؤدي إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية :

#### تصنيف إضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

يقسم تصنيف إضطرابات النوم في فئة مستقلة تحمل هذا العنوان ، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية :

#### الأول : إضطرابات النوم الأولية : prim qaryslsleep disorders

وتنقسم بدورها إلى :

##### أ - الأرق الأولى : primary insomnia

##### ب - إضطراب فرط النوم الأولى primary hypersomnia

##### ج - غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy

##### د - إضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس

هـ - إضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر .

**الثاني : إضطرابات النوم الثانوية parasmnias** وتشمل بدورها :

أ - إضطرابات الكوابيس الليلية nightmare Disorder

ب - إضطراب الفزع أثناء النوم sleep error disorder

هـ - إضطراب المشي أثناء النوم sleepwalking disorder

د - إضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة في مكان آخر

والقسم الثاني من إضطرابات النوم : يضم إضطرابات النوم المرتبطة بإضطراب نفسى آخر سواء كانت هذه الإضطرابات فى صورة أرق وفروط نوم .

**القسم الثالث :** ويضم إضطرابات النوم الآخر وهى التى ترجع إلى حالة عصبية / طبية عامة سواء كانت فى صورة أرق ، أو فروط نوم ، أو إضطراب نوم ثانوى ، أو نوع مختلط ، أو تلك المرتبطة بتعاطى عقاقير معينة .

( APA .. 2000 )

وفىما يلى وصفا تفصيليا للتفصيل فى بعض قنوات إضطرابات النوم :

**أولاً : إضطرابات النوم الأولية**

**أ - الأرق :**

١ - تعريفه : هو حالة عدم إكتفاء كمى أو كيفى من النوم تستمر لفترة لا يأس بها من الوقت ، وبعد الأرق من أكثر الشكاوى إنتشارا بين مصابى الأرق ، ويميل الأرق إلى أن يكون أكثر شيوعا عند النساء والأولاد ، كبار السن والأشخاص المضطربين نفسيا ، إذ فى أوضاع غير مواتية إجتماعيا وإقتصاديا ، وعندما تذكر خبرة الأرق فإنها تؤدى إلى خوف متزايد من عدم النوم والإنشغال بنتائجاته مما يخلق دائرة خبيثة تفاقم من مشكلة المرض .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ٥١٢ ، ٥١٣ )

٢ - المحكات التشخيصية لإضطراب الأرق طبقا للدليل التشخيصى

**والأقصى الرابع :**

يشخص الإضطراب الأولى للأرق إذا توافرت المحكات الآتية :

أ - الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم ، أو الإستمرار فيه

أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل .

ب - يسبب الأرق كريا distress وضغطًا اكتينيكيًا جوهريًا أو يؤدي إلى خلل في إداء الفرد (وكفاءته) الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى من التفاعل.

ج - لا تحدث إضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة ، وإضطراب النوم المرتبط بالتنفس ، وإضطراب جدول النوم واليقظة ، أو إضطرابات النوم الثانية .

د - لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار إضطراب نفسي آخر ( خاصة إضطراب الإكتئاب أو إضطرابات القلق العام ، أو إضطراب الهذيان كمؤثر للإصابة بأحد الإضطرابات الذهنية ) .

ه - لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة تعاطى مواد (تعاطى مادة مخدرة ) أو (أدوية نفسية ) أو أي حالة طيبة أخرى .  
( APA. , 2000 )

٣ - **المتغيرات التي من الممكن أن تؤثر في الأرق :** تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر في الأرق كالتالي :

- زيادة تعاطى الكافيين ( مثل القهوة والشاي ) .
- إستخدام المنومات ، التحمل الناتج عن إستمرار الإستخدام ( إسبوعين أو أكثر ) .

- التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة ( القراءة في السرير ، الإنشغال بالإضافة لليوم التالي ) .

- الأكلات الثقيلة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير .

- الإنشغال ( خاصة الإنشغال بفكرة عدم القدرة على النوم كمثال ) .
- القلق المزمن من خلال النهار .

- التبيهات الحسية غير المتوقعة ( الضوضاء - الإضاءة مثلا ) .

- المؤشرات ذات الدلالة ( صباح طفل مثلا ) .
- إضطراب النشاط ودورة الراحة .

- التبيهات الحسية الشديدة ( الحرارة أو الرطوبة المرتفعة مثلا ) .

- زيادة النوم خلال النهار .

- مشكلات صحية جسمية مزمنة .

- الحاجة المتكررة للنوم .
- الآثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة .
- مشكلات سينكاثيرية ( الإكتئاب ) .
- مشكلات التنفس ( الإختناق الليلي مثلًا ) .
- الضغوط النهارية .
- الذعر الليلي .

( ليندساي ، جاهنشاهي ، ٢٠٠٠ ، ٦٩٤ - ٦٩٥ )

#### ب - فرط النوم Hypersomnia

- ١ - تعريفه : هو حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم أو استغراف فترة طويلة للإنقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ في غياب عامل عصبي يفسر حدوث فرط النوم ، وغالباً ما تكون الحالة مصحوبة بإضطرابات عقلية ، وكثيراً ما تكون في الواقع عرضًا لإضطراب وجذاني ثانوي القطب ( أثناء الإكتئاب ) ، أو إضطراب أكتئابي متكرر ، أو نوبية إكتئابية .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ٥١٤ )

- ٢ - المعايير التشخيصية لإضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

يشخص هذا الإضطراب وفقاً للمعايير الآتية :

- أ - الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل ( أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولاً وتكراراً ) ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو نوبات النوم النهاري التي تحدث يومياً .

- ب - يسبب فرط النوم كرباً إكلينيكياً جوهرياً أو خللاً في الاداء الاجتماعي أو المهني الوظيفي أو أي مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء .

- ج - لا يتم تفسير إضطراب فرط النوم بواسطة الأرق أو لا يحدث أثناء حدوث أي إضطراب آخر من إضطرابات النوم ( مثل : غفوات النوم المفاجئة ، إضطراب النوم المرتبطة بالتنفس ، إضطراب جدول النوم واليقظة ، أو أي نوع من أنواع إضطرابات النوم الثانوية ) .

- د - لا يحدث الإضطراب أثناء مسار إضطراب نفسي آخر .

هـ - لا يرجع الإضطراب إلى أي عوامل أخرى خارجية أو فسيولوجية مثل ( تعاطي المخدرات ) أو تناول أي أدوية نفسية ، أو أي حالة طبية عامة .  
 ( APA . 2000 )

#### جـ - [اضطراب مواعيد النوم واليقظة :

Disorder of the sleep wake schedule

##### أـ - التعريف :

يعرف إضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للتزامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة ، وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد مما يتربّب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم . وقد يكون هذا الإضطراب نفسي المنشأ أو قد يكون له مصدر عضوي مفترض تبعاً للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في أحدهما .

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٦ )

#### ٢ - المحكات التشخيصية لإضطراب مواعيد النوم واليقظة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

أـ - نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليناسب مع المتطلبات الاجتماعية وليناسب مع أغلب الأشخاص في محيط حياة الفرد .

بـ - يعاني الفرد نتيجة لهذا الإضطراب من الأرق أثناء الجزء الأكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الاستيقاظ وذلك كل يوم تقريباً لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر ولفترات أقل من الوقت .

جـ - الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في إزعاج شديد أو تتعارض مع أداء الفرد لمهامه الاجتماعية والمهنية .

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥١٧ )

#### دـ - غفوات النوم المفاجئة : nakolepsy

١ - التعريف : من الممكن اعتبار هذا النمط من إضطرابات النوم مظهراً من مظاهر فرط النوم ، ويشير هذا الإضطراب إلى زمرة من الأعراض تتضمن نوبات فجائحة من النوم تنتاب الفرد وتستمر لبعض دقائق ( يقدرها البعض بربع ساعة ) ويمكن أن تحدث في أي وقت ، وغالباً ما تكون مسبوقة بشحنة إنجعالية قوية .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٥٣ )

٢ - المحاولات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

تشخيص غفوات النوم المفاجئة إذا توافرت المحاولات الآتية :

- أ - نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يومياً على مدى ٣ شهور .
- ب - وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما :
  - ١ - التوقف العضلي Cataplexy ( مثل نوبات قصيرة من فقدان المفاجئ للتوتر العضلي في كلا الجانبين ، وهي أكثر ارتباطاً مع الانفعالات الشديدة ) .
  - ج - إفتحام متكرر لعناصر حركة العين لسرعة تخلل الانتقال بين النوم واليقظة ، كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم .
  - ه - لا يرجع هذا الإضطراب إلى أي آثار فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة ( مخدرة ) أو مواد نفسية ( تدوى ) أو أي حالة طبية عامة أخرى .

( APA. , 2000 )

هـ - إضطراب النوم المرتبط بالتنفس :

أ - إنقطاع ( تشوّش ) في النوم يؤدي إلى فرط النوم والأرق ، ويرجع ذلك إلى حالة التنفس المرتبط بالنوم ( مثل زمامرة الإختناق الأنسدادي أو الرئيسي أو التنفسية الشريانية المختفضة ) .

ب - لا يفسر الإضطراب بواسطة نفس آخر ، ولا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة ( تعاطي مخدر ) أو تعاطي مادة نفسية ( التداوى ) أو أي حال طبية عامة .

( APA. , 2000 )

ثانياً : إضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم : parasomnia

تعريفها : هي إضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فسيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة في النوم أو عند الانتقال من النوم لليقظة .

وإضطرابات النوم الثانوية - تعكس الإضطرابات الأولى لا تشتمل على إضطرابات في الميكانيزمات المسؤولة عن مراحل النوم - اليقظة ، أو عن توقيت النوم واليقظة ، بل هي تمثل تنشيطاً لأنساق فسيولوجية في أوقات غير ملائمة أثناء دورة النوم - اليقظة . وتشمل هذه الإضطرابات - بوجه خاص تنشيط الجهاز العصبى

الارادة والجهاز الحركي أو العمليات المعرفية أثناء النوم أو عند الانتقال من النوم للبيضة.

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠١٠ ، ١٥٨ )

وتضم هذه الفئات الإضطرابات الآتية :

أ - إضطراب الكوابيس الليلية : nightmare Disorder

١ - التعريف : الكابوس هو خبرة حلم محمل بالقلق ويليه إسترجاع تفصيلي شديد لمحن الحلم . وتتضمن عادة هذه الخبرة موضوعات تخص تهديديات البقاء أو موضوعات مشابهة لها ، أو أثناء النوبة النمognية توجد درجة من النشاط العصبي اللارادى ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسمية وعند الإستيقاظ يصبح الفرد منتباً ومهتماً بسرعة ويستطيع التواصل مع الآخرين فيعطي عادة تقريراً تفصيلياً لخبرة الحلم وذلك أما في الفترة النائية على الإستيقاظ مباشرة أو في الصباح التالي .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ص ٥٢١ )

٢ - محكّات تشخيص إضطراب الكابوس الليلي وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع :

أ - الإستيقاظ من النوم الليلي أو الغفوات النهارية باسترجاع مفصل للأحلام المفزعة والتي تتضمن عادة تهديداً للحياة أو الأمان أو احترام الذات ، قد يحدث الإستيقاظ في أي وقت من فترة النوم وعندما يكون الكابوس نموذجياً يحدث في النصف الثاني منه .

ب - ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعاً فور الإستيقاظ من هذا الكابوس المخيف .

ج - تتسرب الأحلام وإضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ ويكون الفرد ( فور إستيقاظه ) في حالة ضيق وتوتر شديدين .

د - لا يحدث الكابوس أثناء مسار إضطراب نفسى آخر ( الهذيان مثلاً ، أو أي إضطراب يمر به الفرد بعد تجربة صارمة ) أو لا يرجع ذلك أيضاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة ( دواء مخدر ) أو تعاطي مواد نفسية ( بهدف العلاج من إضطراب نفسى أو عقلى ) أو أي حالة طبية عامة .

( APA. , 2000 )

**ب - إضطراب فرع النوم : sleep terror disorder :**

١ - **التعريف :** هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة دائمة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللارادى ينهض الفرد من نومه جالسا أو واقفا وذلك أثناء الثالث الأول من النوم الليلي عادة ، أو بصرخ صرخة رعب ، في أحيان كثيرة ويسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب أو إن كان شاردا غالبا ما يترك الفرد غرفته وقد تؤدي محاولات الآخرين التحكم في حدوث الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد وذلك لأن المريض لا يستجيب عادة لهذه المحاولات .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٠ - ١٦١ )

**٢ - المحكات التشخيصية لأضطراب الفزع أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع :**

حيث تتلخص المحكات في :

أ - العرض الأساسي هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم في الغالب تبدأ بصرخة خوف حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفرط في النشاط العصبي اللارادى مثل : سرعة ضربات القلب ، النهجان ، تلاحق التنفس ، وإتساع حدقتي العين مع وجود عرق غزير مصاحب لهذه الحالة .

ب - هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجئ من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجي ، وتستمر عادة هذه الفترة ( والذهول ) وتتراوح هذه الفترة في الغالب ما بين دقيقة إلى عشر دقائق ، وتحدث خلال الثالث الأول من النوم الليلي .

ج - إن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين في السيطرة على الفزع الذي لديه ، يلي ذلك فترة تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتمام مع صدور حركات نمطية من الفرد .

د - يكون استرجاع ما حدث في النوبة محدودا .

ه - غياب أي دليل على وجود إضطراب عصبي ولا يرجع ذلك إلى تعاطي الفرد لمادة ( تعاطي المخدرات ) أو تعاطي أدوية نفسية ( بهدف العلاج ) أو أي حالة طبية عامة .

و - تسبب النوبات ضغطا إكلينيكيا جوهريا أو خللا في إداء الفرد لوظائفه سواء أكانت إجتماعية أو مهنية أو أي مجالات أخرى من التفاعل .

( APA. , 2000 )

ـ - المشي أثناء النوم : Sleep walking disorder ( Somnambulism )

١ - التعريف : هو حالة تحدث أثناء النوم ويحدث تبدل الوعي حيث تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجوال يقوم الفرد من السرير غالباً أثناء الثالث الأول من النوم الليلي ويسير متوجلاً مبدياً مستوى منخفض من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية عادة ما يترك الجالون حجرات نومهم أثناء النوم وأحياناً يتجلوون فعلاً خارج بيوتهم وبالتالي فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة بالإصابة أثناء نوبتهم، لكنهم في أحيان كثيرة يعودون سريعاً إلى أسرتهم إما من تلقاء أنفسهم أو يقودهم إليها بهدوء شخص آخر وحين يستيقظون ( أما من نوبة التجوال أو في صباح اليوم التالي ) عادة لا يتذكرون أي شيء عن الحدث .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ٥١٧ - ٥١٨ )

٢ - المحكات التشخيصية لاضطرابات السير أثناء النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع :

لابد من توافر المحكات التشخيصية الآتية :

أ - نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثالث الأول من النوم الليلي .

ب - يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحباً وبدون تعبير ، أو من الصعب أن يستجيب المريض لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه ، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

ج - عند الاستيقاظ لا يذكر الفرد شيئاً عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة أو في الصباح .

د - عند الاستيقاظ تكون هناك فترة صغيرة من بعض التشوش وعدم التوجّه ( أو الاستجابة لتوجيهات الآخرين ) .

هـ - غياب أي دليل على وجود إضطراب عقلي عضوي أو جسمى .

و - يسبب المشي أثناء النوم ضغطاً إكلينيكياً جوهرياً وكذا قصوراً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات أخرى للأداء أو التفاعل .

ز - لا يفسر الإضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة نفسية ( دواء مخدر أو مواد نفسية ) نتيجة العلاج من بعض الإضطرابات النفسية أو العقلية ( أو أي حالة طبية عامة ) .

( APA. , 2000 )

**إضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى :**  
 يتدخل تشخيص إضطرابات النوم مع العديد من الإضطرابات النفسية بل مع الكثير من الأمراض العصبية ( خاصة المزمنة ) والمشكلة إن بعض إضطرابات النوم قد تكون سبباً في بعض الإضطرابات وفي بعضها الآخر تكون نتيجة مترتبة عليها .  
 وسوف نذكر في عجلة سريعة علاقة إضطرابات النوم ببعض الإضطرابات النفسية والعقلية الأخرى .

### أولاً : القلق وإضطرابات النوم \*

يعد القلق من العوامل الهامة في حدوث مشكلات النوم . ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق ، كما أن الأفكار التي تلح على الفرد بصورة قهريّة سبب آخر لمشكلات النوم ونقطعه . ومن الممكن أن يهدّن نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية فإن نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطاً ومرتاباً أو حزيناً فلما بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم .

( أحمد عبد الخالق ، مایسنه النيال ، ١٩٩٢ ، ص ص ٤٥ - ٤٦ )

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الابيريفية ( القليلة ) عن وجود علاقة بين القلق وإضطرابات النوم ، فقد وجد - على سبيل المثال - فريدمان وسانتلر Freedman & Sattler من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم ، ومجموعة ضابطة ليس لديها أي شكاوى ( حادة ) من النوم ، حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (٤٧) فرداً وجميعهم من الذكور ، أو بتطبيق مقياساً للتقدير الذاتي للقلق ، وجد أن المجموعة التي تعاني من الأرق حصلت على درجة مرتفعة في القلق مقارنة بالمجموعة التي ليس لديها مشاكل حادة مع النوم . وهذا في رأينا أمر متوقع لكنه يثبت بصورة عملية طبيعية العلاقة القوية بين المعاناة من القلق في مشكلة أو أكثر من مشاكل النوم Freedman & Sattler. 1982. pp. 380 - 390 .

كما توصلت دراسة أخرى إلى أن القلق يظهر في صورة متعددة أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية ( القليلة ) عن وجود علاقة بين القلق ومشاكلات النوم ، فقد وجد فريمان ساتلر ( Freedman & Sattler . 1982 ) . ومن خلال دراستهم التي حاولوا رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة لا تعاني من الأرق ، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الإضطراب كانت في جانب العينة

\* اعتمدنا في كتابة هذا الجزء من بحث : مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والإكتئاب الباحث .

المضطربة ٣٩٠ - ٣٨٠ . Freedman & Sattler. 1982 . pp. 380 - 390 . كما وجد في دراسة أخرى إن القلق يظهر في صورة متعددة لحدوث مشكلات النوم فقد يحدث في بداية النوم أو في خلاله ، بل ويقود إلى الفزع الليلي والدخول في الكوابيس وكلها عوامل ترتبط بالخوف ( Brown & Black . 1994 . ) حيث توصل شتاين وزملاؤه إلى أن معاناة الشخص من القلق يقود إلى العديد من مشكلات النوم مثل : صعوبة التنفس والتجلو الليلي والكوابيس المزعجة ( Stein et al. 1995 ) . وقد تأكّدت هذه النتيجة في دراسة أحمد عبد الخالق ، ومايسة النبالي ( ١٩٩٢ ) من وجود إرتباطات موجبة بين مشكلات النوم وكل من القلق ومظاهره المختلفة ، وهو ما توصل إليه خالد عبد الغنى ( ١٩٩٨ ) وهو ما أكدته أيضًا ( ريتشارد وسوزان ) من أن الشخصيات التي تتميز بوجود درجة لديها عالية من القلق يظهر لديها العديد من الإضطرابات سواءً أضطرابات الطعام أو النوم ( Richard & Susan . 2000 pp. 170 - 185 . ) . وأن ٥٠ % من الذين عانوا من مشكلة أو أكثر من مشكل النوم إنما تم ذلك بسبب معاناتهم من القلق .

( ليندساي ، جاهنشاهي ، ٢٠٠٠ ، ص ٦٩١ ) .

#### ثانياً : الإكتئاب وإضطرابات النوم :

لعل من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم ارتفاع معدلات الإكتئاب ، حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل نومه مباشرة ويجسدتها بما تحيّنه هذه الأحداث من جوانب سارة وأخرى مؤلمة مع التركيز على الأخيرة لدى مثل هؤلاء الأفراد .. ويظل الفرد يفكّر فيها بصورة مركزة بحيث تتمكن منه وتترافق مستويات الإكتئاب من الماضي وتزيد معدلات القلق من المستقبل عنده ، فإذا نام أنس نومه بالتوتر والتقطيع والإضطراب وشعر بالتعب ، وقد تلازمه أحلام مزعجة تعزّز نومه تماماً .

( أحمد عبد الخالق ، مايسة النبالي ، ١٩٩٤ ، ص ٤٥ ) .

وقد ربطت العديد من الدراسات بين الإكتئاب ومشكلات النوم Wuislin et al. 1994 pp. 554 - 556 . ذلك لأن مشكلات النوم تعد من أكثر الأعراض شيوعاً في مرضى الإكتئاب ، وأن من يتصرف أي اختبار للأكتئاب سوف يجد العديد من البنود التي تعكس معاناة الشخص من مشكلات النوم كمؤشر على الإكتئاب ( غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، ص ٥ ) . ويكون النوم عند مرضى الإكتئاب متسمًا بالأرق مع كثرة الاستيقاظ أثناء الليل ، وأرق في الصباح الباكر ( الكسندر بوريلى ، ١٩٩٢ ، ص ١٩٢ ) . وهو ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ومايسة النبالي ( ١٩٩٢ ) ( من وجود

صلة بين معاناة الشخص من الإكتئاب وبين مشكلات النوم . وأيضاً أيدت ذلك راسة كرسب وشالبيرو ، حيث وجداً من خلال تتبع مشكلات النوم لدى مجموعة من الأفراد يعانون من الإكتئاب أنهم أكثر معاناة من مشكلة أو أكثر من مشكلات النوم قارنة بأفراد العينة التي لا تعاني من الإكتئاب بصورة حادة (Crisp & Shapiro, 1993 : 45 - 47) . وقد توصل في البيئة العربية كل من عبد الستار إبراهيم رضوى إبراهيم إلى وجود علاقة ما بين الإكتئاب ومشكلات النوم لدى عينة من طلاب الجامعات (Ibrahim & Ibrahim, 1996 . p. 27) . وهو ما ذكره بصورة نقصيلية (ليندساي) في مجمل عرضه للعديد من البحوث والدراسات في التراث الأجنبي والتي أكدت وجود علاقة بين الإكتئاب ومشكلات النوم (ليندساي ، ٢٠٠٠ ، من ص ٧١٥ - ٧٠٨) .

والقلق من الإضطرابات العصابية تقريباً ، كما يعد السمة المميزة لكثير من الأضطرابات السلوكية والذهان (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٧ : ٢٥) . ومع تعدد نظريات القلق وتنوعها ، اختلفت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق إختلافاً بيناً حيث يركز الباحثون على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق ، ما بين أنه إنفعال سلبي ، وزمرة إكلينيكية ، ومستويات متعددة ، لأن القلق يعد من أكثر السمات المزاجية أهمية وتأثيراً في حالة الفرد الجسدية والنفسية والعقلية والسلوكية (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٤ : ٣) ، كما أن القلق ينقسم إلى حالة State حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وباختفاء هذه الأحداث تنتهي حالة القلق ، أو تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطير Threat والتي يدكها الفرد متضمنة في الموقف ، أما بعدها فتشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبياً تميز شخصية الفرد وبعبارة أخرى تميز سمة القلق وإستعداد طبيعي وإتجاه سلوكى يجعل الفرد قلقاً (سمحة عبد الفتاح إسماعيل ، ١٩٩٤ : ٥٠) . كما أن القلق أنواع عدّة ، فهناك قلق الإمتحان Test Anxiety وقلق الجنس Sex Anxiety والقلق الاجتماعي وقلق الموت (أحمد عبد الخالق ١٩٨٧ : ٣١ - ٣٤) . وقد وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المعاناة من القلق (بصفة عامة) وبين إضطرابات النوم مثل زيادة فترة اليقظة بصفة عامة والمعاناة من الفزع الليلي والكتابيس وتوقف التنفس وغيرها من الإضطرابات (Crisp & Shapiro, 1993 : 46) . ( Brown, et al. 1994 ).(Arriaga, et al. 1996)

**ثالثاً : الإكتئاب العصبي وإضطرابات النوم :**

والإكتئاب هو إضطراب مزاجي ، يفصح عن نفسه من نفسه من مجموعة من الزمرة الإكتئابية Depressive Syndrome بعضها عصبي ، والبعض الآخر ذهني ومزاجي ، وبعضها الثالث اجتماعي وهي تشتمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث متراقبة ، والتي تساعد في النهاية في تشخيص السلوك بالإكتئاب ( عبد السنار إبراهيم ١٩٩٨ : ٢١ ) وتوجد علاقة بين الإكتئاب والإنتشار ، بل إن الذين يعانون من الإكتئاب يتزايد الاستهداف للإنتشار لديهم وفقدان الأمل واليأس ٣٠ - ١٦ : Rudd, M. M, 1990 : 364 - 373 ), ( Rieh, A. et al, 1992 : 364 - 373 ).

والإكتئاب خبرة وجاذبية شخصية تتسم أعراضها بالتشاؤم ، وفقدان الاهتمام ، والشعور بالفشل وعدم الرضا ، والرغبة في إيناء الذات ، مشاعر الذنب والألم وفقدان الشهية ، وحدوث إضطرابات في النوم ، وبطء الإستجابة Corsini Encycl Opedia ( 2001 : 441 )

ويصنف الإكتئاب وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ضمن الإضطرابات المزاجية Mood Disorders والتي تنقسم بدورها إلى أربعة أقسام ، وكل قسم من تلك الأقسام يتفرع إلى فئات أخرى تتضمن أنماطاً من حالات الإكتئاب كما يلى :

**١ - النوبة المزاجية وتنقسم إلى :**

- نوبة الإكتئاب الرئيسي Major Repressive Episode

- نوبة الهوس Manic Episode

- نوبة مختلطة Mixed Episode

**٢ - إضطرابات الإكتئابية : وتنقسم إلى :**

- إضطراب الإكتئاب الرئيسي Major Depressive Disorder

- إضطرابات اليأس Dysthymic Disorder

- إضطراب إكتئاب غير محدد Depressive Disorder Not Other Wise

Spesified

**٣ - إضطرابات ثنائية القطب : وتنقسم إلى :**

- إضطرابات ثنائية القطب الفئة الأولى Bipolar I Disorder

- اضطرابات ثنائية القطب الفئة الثانية Bipolar II Disorder
- الإضطراب الدورى Cyclothymic Disorder
- ٤ - اضطرابات مزاجية أخرى مثل :
- اضطراب مزاجى يرجع لأسباب طبية عامة Other Mood Disorder ( APA, 1994 )

وهناك العديد من النظريات التى حاولت تفسير الإكتئاب مثل المنحى التحليلي والمنحى البيولوجي ( Myers, 1995 : 518 - 519 ) ، والتفسير المعرفي Pinnigton et al. 1999: 170 - 171 ).

وتوجد علاقة بين اضطرابات النوم والإكتئاب ، حيث تُعد اضطرابات النوم من أكثر الأعراض شوياً في الإكتئاب حيث يعاني من الأرق الشديد الذى يحيل حياته إلى مزيد من المعاناة والألم ، وعلل هذه الإضطرابات تزيد حالة المكتئب إكتئاباً لأنه قد يظل أرقاً والناس من حوله ينامون .

( الكسندر بوريلى ، ١٩٩٢ : ٢١٩ ) .

رابعاً : إضطرابات النوم لدى مرضى الوسوس القهري في الدراسات السابقة :  
يعد إضطراب الوسوس القهري من الإضطرابات العصبية ، وإن كان أقلها شيوعاً . وعلى الرغم من ذلك يعد مصدراً أساسياً لكل من القلق والإكتئاب والمخاوف وهو وبالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد .

( توفيق عبد المنعم ، ٢٠٠٠ : ٦٤ )

وإن كانت الدراسات التي حاولت معرفة نسب إنتشاره في العالم العربي ومصر مازالت جد قليلة ومتفرقة .

( وائل أبو هندى ، ٢٠٠٣ ، ١٠٩ ، ١١٠ )

كما يجب التفرقة بين عصاب الوسوس القهري وبين الشخصية الوسواسية حيث تتبدى مظاهرها في عديد من السمات .

( سيلفيا . ب . د . ، ٢٠٠٠ ، ٥٩ - ٦٠ )

وقد اختلفت النسب الإحصائية المقدمة لمدى إنتشاره ما بين ٥٠% من الجمهور العام وصولاً إلى ٦٢% .

( حسن مصطفى عبد المعطى ، ١٩٩٨ ، ٩٠ - ٩٦ )

لكن لابد من التعامل مع هذه الأرقام بحذر وتتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الوسواس القهري Obsessive Compulsive Coupulsive .

إلا أننا نستطيع رصد أهم ملامحه في :

- وجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية أو أدوية غريبة وشاذة .
- معرفة الشخص بتفاهة مثل هذه الأفكار ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه كل هذا الاهتمام .

- محاولات الشخص المستمرة مقاومة مثل هذه الأفكار وعدم الاستسلام لهل بسهولة ، ولكن مع الإلحاح يستسلم أملاً في الخلاص منه .

- إحساس الشخص بسيطرة مثل هذه الأفكار أو الأفعال وقوتها القهريّة عليه مما يتربّى على ذلك إهدار طاقاته وحدوث (تفسخ) في علاقاته الاجتماعية .

( Richard , Kim, W. et al. 1993 : 37 - 44 )

( ١٨٥ - ١٨٦ Susan. K. 2000 ) و ( توفيق عبد المنعم توفيق ، ٢٠٠٠ ، ٦٧ ) و ( سيلفيا . د ، ٢٠٠٠ : ٦٠ - ٦١ ) و ( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٢ ، ١٩٩٩ ، ١٩٩٩ ) صفت فرج ( ٢٢٤ - ١٩١ ، ١٩١ ، ١٩٩٩ )

و عموماً ، فإن الدراسات التي أجريت على فئة الوسواس القهري قليلة في المجال العربي إذ حاولت الدراسات دراسة طبيعة التفكير التجريدي لدى العصابيين القهريين .

( محمد سامي هنا ، ١٩٦٤ )

ودراسة الفروق بين الذكور والإناث ( أحمد عبد الخالق ، عبد الغفار الدماسط ، ١٩٩٥ ، ١ - ١٨ ) و دراسة حالات لمرضى الوسواس القهري من خلال الإستجابة على اختبار تفهم الموضوع ( عادل خضر ، ٢٠٠٠ : ٧٨ - ١٣٩ ) ، ( صفت فرج ، ١٩٩٩ ، ١٩١ ، ٢٤٢ - ٢٤٢ ) ، ( سعاد البشر ، صفت فرج ، ٢٠٠٢ ، ٢٠٧ ، ٢٠٧ - ٢٢٧ ) .

و صنف إضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسي ضمن إضطرابات الفلق ويأخذ الصور الآتية :

- إضطرابات الشخصية الوسواسية وهو نمط مستمر ومداوم للشخصية يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال والنظام المفرط ، وعدم القدرة على الحلول الوسطى مع شعور مبالغ فيه بالمسؤولية .

إن هذه الأفكار أو الأفعال تمكنتنا من إمكانية تصنيف الشخص في فئة قهريه وسواسية معينة (أفعال تأخذ صورة المراجعة والفحص والتذمّر / فئة لديها أفعال النظافة والإغتسال ... الخ) ( APA, 1994 )

ومن الجدير بالذكر أنه حتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مقاييس متاحة للتعرف على ملامح الوسواس القهري ولكن بعد ذلك توالت المقاييس السيكومترية سواء في البيئة الأجنبية أو البيئة العربية .

( أحمد عبد الخالق ، أحمد الدماطي ، ١٩٩٥ )

ومن الجدير بالذكر أن القليل من الدراسات قد تناولت إضطرابات النوم لدى فئة الوسواس القهري ومن هذه الدراسات دراسة أحمد عبد الخالق ، مايسة البیال ، ١٩٩٢ حيث توصل إلى أن فئة الوسواس القهري تعانى من إضطرابات النوم ، ٣٣ - ٤٩ دراسة ( Okasha, A. et al. 1984 : 143 - 147 ) .

مع العلم أن الدراسات قد وجدت تداخلاً ما بين القلق والمخاوف الإكتناب والوسواس القهري ، وأن ما يجمع مثل هذه الإضطرابات أنها تتمثل تجتمعاً أو تكتلاً واحداً .

( أحمد عبد الخالق ومايسة البیال ١٩٩٠ : ٥٤٥ - ٥٧٥ )

إذ من الشائع لدى المرضى بإضطراب الوسواس القهري إن يمرروا بخبرة الإصابة بالقلق العام الشديد ، والمخاوف المرضية ، ونبوات الهم المتكررة ، وتجنب المعمق ، والإكتناب الأساسي وتكون جميعاً مرتبطة بأعراض الوسواس القهري .

( أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٠ ، ص ١٩٩ )

ولذا فإن الخط العام المشتركة لدى مرضى الوسواس القهري هو محور المرض المشترك Comorbidity والذي يعني معاشرة الفرد من أكثر من مرض واحد أو عرض واحد في نفس الوقت ومن هؤلاء الأعراض فقدان الشهية العصبي ، توهם المرض ، إضطراب اختلا صورة الجسم وإضطرابات النوم وغيرهم .

( campll, 1996 , p. 139 )

( volk, 1997 , pp. 140 - 144 )

#### **خامساً : إضطرابات النوم مرضى المخاوف :**

يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة وأن ما يتصل بها من حالات القلق بشكل جزءاً كبيراً من الدافع البشرية ، وأن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة هو الخوف .

( وفاء مسعود ٢٠٠١ : ٦٤ )

وقد وصف وكسلر وزملاؤه المخاوف بإنها العرض الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، فعلى سبيل المثال يعاني في أي عام ١٧٪ من الناس من شكل واحد على الأقل من أشكال المخاوف ، بل ويتنقى واحداً من كل أربعة من أولئك الناس علاجاً لتلك المشكلة . ( Kessler et al, 1994 )

وعدد من التعريفات قدمت للمخاوف المرضية إلا إننا سنكتفي بإيراد تعريفين:  
**الأول :** حيث يرى أحمد عاكاشة ( ١٩٩٨ ) إن إستجابة الخوف هي حيلة دفاعية للاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لنكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه ورغم ذلك ينتشأه .

( أحمد عاكاشة ، ١٩٩٨ ، ٩٢ : ٩٣ - ٩٤ ) .

**١ -** حالة خوف شديد ومستمر بلا مبرر واضح ، إزاء شيء ما أو موقف ما أو مكان ما أوتوقعه .

**٢ -** أن التعرض لمثير المخاوف بسبب حالة من القلق التلقائي والذي من الممكن أن يكون مصحوباً أو مسبباً لحالة من الرعب .

**٣ -** أن الشخص الذي يعاني من المخاوف يعي أن خوفه غير ملائم للموقف ولا مبرره .

**٤ -** يتتجنب الشخص الموقف المثير لمخاوفه وإلا فإنه يتعرض لقلق شديد .

**٥ -** أن التجنب أو المتوقع أو التعرض للموقف المثير للخوف يعيق بشكل دال نظام حياة الشخص في كافة مناطشه العملية أو الشخصية أو الإجتماعية .

**٦ -** ينبغي أن تكون المخاوف المرضية غير ناجحة عن زمرة مرضية أخرى تفسر هذا الخوف ( الوسوس القهري مثلاً ) ( APA, 1994 : 199 )

كما أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل في عددها إلى أكثر من خمسين نوعاً ومن أمثلتها: الخوف من الأماكن العلية ، الخوف من الأماكن المفتوحة ، الخوف من الرعد ، من الأماكن المغلقة ، وفيبيا النوم ... الخ .

( عبد الرحمن سيد سليمان ، ١٩٩٠ ، ١٢٥ : ٢٠٠٠ ) ( ليダメسي ، ٢٠٠٠ ، ١٧٠ : ١٧٠ -

ولعل العرض الشائع في كافة المخاوف المرضية هو التجنب ودخول الشخص الخائف في نوبات فزع ، حيث حدد الدليل التشخيص والإحصائي الرابع DSM IV ضرورة معاناة الشخص من عدة أعراض مثل : لوحدة / الشعور بالإختناق / آلم الصدر أو عدم الإرتياح / الغثيان أو عدم إستقرار المعدة / الشعور بالدوخة ... الخ .  
( A. P. A. DSM IV , 1994 p. 395 )

كما أن هناك علاقة بين العمر ، وكذا النوع وبين المخاوف ( نيفين زبور . ١٩٩٠ - ٣٧ - ٢٢ ) ( عبد المنعم طلعت عباس ، ١٩٩٢ - ٤٠ ) ( Dimberg, V. et al 1998 , 75 - 80 )

كما أن الكثير من النظريات قد حاولت تفسير المخاوف منها نظرية التحليل النفسي التقليدية لفرويد والذي يرى أن أساس الخوف هو خبرات الطفولة والتي ينشأ نتيجة : غياب مصدر إشباع الاحتياجات ، الخوف من فقدان الحب ، الخوف من الخصاء والجل الشديد والتعاasse المرتبطة بالموقف الأوديبي ، والخوف نتيجة لمشاعر الذنب وأن القلق شيئا ضروريا للشخص الخائف .

( وفاء مسعود ، ٢٠٠١ ، ٦٦ - ٦٧ )

في حين ترى المدرسة السلوكية أن الخوف هو استجابة ترجع إلى التعلم الشرطي ، كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة ( المثير الأصلي للخوف ) وإرتبط بمثير شرطي حيث تنتقل استجابة الخوف من المثير الأصلي الذي سبب الخوف إلى مثير يكون قد أقرن به شرطيا .

( أمينة مختار ، ١٩٨٠ ، ٢٥ - ٣١ ) ، ( عبد الله جاد ، ١٩٩١ : ٥٩ - ٦٦ )

في حين ترى المدرسة المعرفية وبأندورا ونظريته في التعلم الاجتماعي - تحدیدا - التعلم الاجتماعي عملية حيث أوضح أن عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها ( ١٩٦٩ ، B andora ) وقد توسيع نظريات التعلم المعرفي في التوصل إلىحقيقة أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد التشريطية بل من خلال إدراكات وتقسيمات العوائد والخبرات والموافق التي يمر بها الأشخاص والعلاقة بين المخاوف وإنضرابات النوم وعلاقة أرتباطية فقد وجد ( ١٩٩٤ - Brown, et al. ) على سبيل المثال - علاقة بين إنضرابات النوم والمخاوف المرضية ، وكذلك دراسة Stein , et al. , 1995

في عام ١٩٨٠تناول Berrettini دراسة حالة لشخص يعاني من ذهان

البارانويا ويعاني من الشخير ، وتوقف التنفس أثناء النوم مع زيادة وزنه كما ظهرت لديه مشكلة غفوات النوم أثناء النهار ، إضافة إلى شعوره المستمر بالتعب الجسدي مع زيادة الوزن ، وقد تم إجراء العديد من التدخلات الطبية والنفسية لعلاج مثل هذه الإضطرابات .

( Berrttini, 1988 , pp. 493 - 494 )

في عام ١٩٨٦ قام بلويز وزملاؤه Bliwise, et al. بدراسة الأرق وعلاقته بالعمر لدى مجموعة من الأشخاص الذين تم تشخيصهم بمعاناتهم من الأرق ، وتتراوح أعمارهم ما بين ١٦ - ٨٥ عاما ، وقد تم تطبيق اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MPPI ، وقد أتاحت مظاهر الأرق لدى الأعمار الأقل ، إضافة إلى وجود العديد من الإضطرابات البيلوجية الأخرى في فئة المسنين وأن الفرد كلما كان يعاني من الأرق يكون غير قادر على حسم مشاكله كلما زادت إضطرابات نومه .

( Bliwise, et al., 1986 pp. 3 - 6 )

وفي عام ١٩٨٧ قام عز الدين E.Z-Eldin بدراسة أنماط النوم وعلاقتها بسمات الشخصية ، وأن عينة الدراسة شملت مجموعة من المرضى بالأرق ، والإكتئاب والهوس والفصام ، وقد استخدم جهاز النوم ومجات دلتا كعلامة على الاستغرق والإستعداد أو الاستغرق في النوم ، وقد وجد أن ساعات النوم الأقل تميز مرضى القلق والعصبي ، في حين أن فئة الإكتئاب يظهر لديهم الإضطراب في صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه وقصر المدة ، في حين وجد أن مرضى الهوس يكونوا غير قادرين على الاستقرار وبالتالي يمكن أن يظلوا لأيام بلا نوم ، في حين تميز نوم فئة .

#### أسباب إضطرابات النوم :

وننقسم هذه الأسباب إلى :

- أ - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة ، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكتئار من تعاطى العقاقير المنبهة ، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كالآم الأسنان، تعاطى أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة أدوية الحساسية ( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص ١٦٦ ) ، وبعض هذه العوامل الخارجية مثل : الضوضاء ، تغيرات في المناخ ، الإنفاق من العمل النهارى إلى العمل الليلي ، وما يترتب على التقاعد من إختلال في دورة اليقظة - النوم ( ديتريشك لانجين ، ١٩٨٤ ، ص ٦١ ) .

ب - مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة وتنقسم بدورها إلى  
مجموعتين من الأسباب :

١ - مجموعة الأسباب التي يعد إضطراب النوم ثانوية بالنسبة لها مثل إصابة  
الفرد بالأمراض العصبية ، أو النفسية والعقلية .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ ، ص من ١٦٦ - ١٦٧ )

٢ - مجموعة الأسباب المخلة بالنوم : حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية  
حدوث مشكلات في النوم ، ومن هذه النظريات :

أ - **النظريّة الديورنية للنوم** : ويذهب أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة  
يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب إتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ ، بالإضافة  
لنقص الدورة الدموية للمخ ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ  
حدث النوم ، وإذا انحصر تلاشي النوم (سامي عبد القوى ، ١٩٩١ ، ص ١٢١٣ ) . ويشار  
إلى السيد أبو شعيبش ، ١٩٩٣ ، ص من ٢٩٦ - ٢٩٨ (Empson , 1993) . ويشار  
إلى الخلاف بين رأيين ، يرى أصحاب الرأي الأول أنه ليس هناك مراكز خاصة بالنوم  
في المخ لأن الكف والنوم واقع بطرأ على كل خلية ولذا لا حاجة لوجود خلايا لهذا  
الغرض (Empson 1993, p 187) . في حين توکد وجهة نظر أخرى على وجود  
خلايا خاصة في المخ ووظيفتها لإحداث النوم ، بل وتحددون أماكن هذه المراكز  
وتحديداً فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي للهيكل التاموس (تحت  
المهاد) وهذه المراكز مسؤولة عن إيقاع دورة النوم - اليقظة .  
( Guyton. 1996, pp. 763 - 68 )

ب - **النظريّة الإيضيّة للنوم** : وتنهض هذه النظرية على أن المخ في فترة  
اليقظة يقوم بـ تخليل مادة تسمى الحامل الحادث للنوم - S - وهذه المادة تجتمع في  
السائل المخى النخاعى وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم ، وأن  
دورية التجمع والتخلص من هذا العام تؤدى إلى دورية للنوم واليقظة ( خالد عبد الغنى ،  
١٩٩٨ ص ١٢ ) . ووفقاً لهذه المادة ودرجة تركيزها من عدمه تكون أنماط النوم  
Sleep Patterns والتي تنقسم بدورها إلى نوم أريثوذوكسي يتميز بالعمق نشاط  
موجات دلتا ، أو النوم النقيضي ، حيث السطحية وإنخفاض نشاط موجات دلتا  
Harding, 1982, pp. 290 - 292. Shapiro & Flanigan  
وحديث الأحلام

جـ - **الأسباب النفسية والإجتماعية :** حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والإجتماعية التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها: الصنفوط النفسية والإجتماعية سوء تنظيم إيقاع النوم - البقاء العادات السيئة في الطعام والشراب ، زيادة الوزن والسمنة .

( جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ص من ١٦٩ - ١٧٠ )

وهكذا تتعدد العوامل التي من الممكن أن تؤدي إلى حدوث مشاكل النوم ما بين عوامل نورانية عصبية ، وعوامل إيجابية - كيميائية ، وعوامل نفسية - إجتماعية .

#### علاج إضطرابات النوم :

ركزت العديد من الإجهادات في هذا الصدد على علاج الأرق باعتباره الإضطراب الأكثر شيوعا في زمرة إضطرابات النوم من خلال المحاور الآتية :

١ - العلاج النفسي مع بعض المعلميات من مجموعة البزوريازيين مثل : الفاليوم ، آتي凡 ، موجودون ، تورمرون خاصة في حالات القلق ويستحسن إستعمال هذه العقاقير لمدة لا تزيد عن ستة أسابيع حتى لا يتعود المريض على التعاطي .

٢ - إذا كان الأرق ثانويا لإضطراب اكتئاب فالعلاج الأمثل بعد مضادات الإكتئاب خاصة النوع المهدئ مثل : التريبتينول التريبتوفان .

٣ - إذا كان الأرق ثانويا بالإضطراب ذهابي فهنا يتوجه العلاج إلى مضادات الذهان مثل : الالرجاكتيل ، الميلبريل .

٤ - إذا كان الأرق ثانويا لاستعمال المواد مثل المتباهات أو الهيردين حتى مانع من إفقاء خليط من مضادات القلق والإكتئاب والذهان .

٥ - عندما لا تجد سببا نفسيا أو إضطرابا عقليا للأرق نحاول العلاج نوعه غير كيميائي بما يسمى ( النوم الصحي ) .

( أحمد عكاشه ، ١٩٩٨ ، ٥٢٢ - ٥٢٣ )

٦ - إضافة إلى تدريب المريض على الإسترخاء العضلي التدريجي والتسكين أو التدريب على توليد التنبية الذاتي .

٧ - تصميم برامج للتحكم في المنبه الذي يقود إلى الأرق خاصة تلك الإندرطة التي قد يمارسها الشخص قبيل دخوله إلى الفراش .

( ليندساي ، ٢٠٠٠ ، ص من ٧٠٦ - ٧١٦ )

مسار و مآل إضطرابات النوم :

- الدراسات عموماً في هذا المجال قليلة .
- تتوقف ظروف المسار والمآل الجيد أو السيء على العديد من توافر العديد من المحركات .
- إن إضطراب الأرق يهدى الإضطراب أكثر دراسة وإهتماماً من قبل الباحثين الذين يتقدمون للشكوى من إضطرابات النوم سواء في السيارة الخاصة أو مراكز علاج إضطرابات النوم .
- وجد على سبيل المثال أن الأرق يتحسن إذا كان :
  - أ - مرتبط ببعض الضغوط الخارجية .
  - ب - سواء ونكمال شخصية الفرد قبل حدوث اضطراب أو أكثر في النوم.
  - ج - وجود بيئة إسرية مشجعة ومدعاة للفرد إيجابياً .
  - د - وجود إنفراجه لأزمات الفرد الخارجية .
  - ه - وجود قدر من الواقعية والصلة النفسية ) لدى الفرد .
- ( Altshuler. et al , 2001 , pp. 48 - 61 )

## المراجع

- ١ - أحمد عاكاشة ( ١٩٩٨ ) ، **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - أحمد عبد الخالق ، ميسة النيل ( ١٩٩٢ ) ، **اضطرابات اللوم وعلاقتها بكل من القلق والإكتئاب والتلوسان** ، القاهرة ، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص من ٣٣ - ٤٩ .
- ٣ - الكسندر بوريلى ( ١٩٩٢ ) ، **أسرار اللوم** ، ترجمة محمد عبد العزيز سالمه ، الكويت ، عالم المعرفة ، العدد ( ٦٣ ) ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- ٤ - جمعة سيد يوسف ( ٢٠٠١ ) ، **الاضطرابات السلوكية وعلاجها** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٥ - غريب عبد الفتاح ( ١٩٩٢ ) ، **مقاييس بيك للاكتئاب** ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة الثانية .
- ٦ - ليندلسي ، جاهنشاهي ( ٢٠٠٠ ) ، **علاج اضطرابات اللوم** ، في مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية من ص ٦٩٩ - ٧١٦ .
- ٧ - ليندلسي ، جاهنشاهي ( ٢٠٠٠ ) ، **فحص اضطراب اللوم** ، في : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ج. بول ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص من ٦٨٣ - ٦٩٨ .
- ٨ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٢ ) ، **مشكلات اللوم وعلاقتها بالقلق الصربيع والإكتئاب** ، مجلة : دراسات عربية في علم النفس ، القاهرة ، المجلد الأول ، العدد الرابع ، ص من ٦٥ - ١١٩ .
- ٩ - American psychiatric association ( 2000 ) . **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** 4th , ed. washington. DC.

- 10 - Altshuler, er. L., cohen, Moline, M. et al . ( 2001 ) Expert consensus guidelines for treatment of sleep disorders in women : Anewtreatment tool . Journal of the economics of neuros cience vol ( 3 ) pp. 48 - 61



## الفصل الحادى عشر

### الإعتماد على المخدرات

### Drugs Dependency

#### محتويات الفصل

- الإعتماد على المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم،
- المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد المؤثرة نفسياً وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- هل إدمان النيكوتين يدخل ضمن باب الإدمان أم لا؟
- المواد المخدرة.
- ديناميات الشخص المدمن.
- وجهة نظر المجتمع في الإدمان.
- هل الإدمان مرض أم جريمة.
- في علاج الإدمان، النظريات التي فسرت ظاهرة الإدمان.
- معاور التأهيل النفسي والاجتماعي لدعني المخدرات.
- مآل الإدمان.



## الإعتماد على المخدرات

Drugs Dependence

### مقدمة :

أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر ، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها أو ذلك بعد أن اجتاح وباء الإدمان - وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى - مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية ، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والإجتماعية والأمنية والإقتصادية الخطيرة ، ووصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى إرقام قياسية غير مسبوقة ، وأخذت أجهزة المكافحة - خاصة في ظل المتغيرات - التي يموج بها العالم الآن - تواجه صعوبات متزايدة في الحد من عمليات إنتاج المخدرات والإتجار غير المشروع بها .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ، ١٧ )

### الإعتماد على المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم :

#### التعاطي : Drug abuse

إن المتبع للمفاهيم المرتبطة بفعل التعاطي سوف يلاحظ الآتي :

أ - تعدد المفاهيم المرتبطة بالتعاطي ، ومن هذه المفاهيم : إستخدام المخدرات Drug addiction ، الإعتماد على المخدرات Drug dependence ) physical dependence : الإعتماد النفسي psychic dependence والإعتماد العضوي dependence . Drug abituation

ب - أن الكثير من الباحثون يستخدمون بعض المفاهيم مثل الإدمان والتعاطي والإعتماد وبالتناوب دون الاستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث .

ج - إن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما إذا كانت هناك فعلاً فروق بين هذه المفاهيم أو لا ؟

فهل فعلاً هناك فروق بين هذه المفاهيم أم أن الأمر مجرد يعكس

( سيولة ) في المفاهيم ؟ وهل كل مفهوم من المفاهيم السابقة

كافة حالات فعل التعاطى ؟ أم كل مفهوم له معنى محدد ولا بد أن يكون الباحث واعياً بذلك وقادراً على استخدامه لمفهوم محدد دون مفهوم آخر . وسوف نشير في عجلة إلى المقصود بكل مفهوم من المفاهيم التي إرتبطت بفعل التعاطى .

١ - استخدام المخدرات Drug use وهو أبسط صور استخدام المخدر حيث يامكان الشخص أن يستخدمه في المناسبات لكن لا يسعى ترقى إلى البحث عنه لكن إذا توفر لا مانع من إستخدامه .

٢ - تعاطى المخدرات Drug abuse حيث يسعى الفرد للحصول على المخدر ويسعى إليه إذا ترك الشخص المخدر فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الإعتماد بالرغم من أن التعاطى قد يحدث خللاً في بعض الوظائف الحياتية للمتعاطى .

٣ - إدمان المخدرات Drug addiction حيث الرغبة القهيرية الملحة من قبل الشخص في الحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، وأن الشخص بجد نفسه م فهو را على الإستخدام المفرط للمخدر ، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه / ونزعه قوية للانكسارة . ( من خلال راشد بن سعد الياز ، ١٩٩٩ ، ٤٠ ) Blum. 1984

٤ - الإعتماد على المخدر Drug dependence وهي حالة نفسية وأحياناً تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية ، وتتسم هذه الحالة بتصدر استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري وذلك بقصد أن يخبر أثارها النفسية وأحياناً لكي يتحاشى المتع المترتبة على اتفاقادها وأحياناً قد يصعبها تحمل أو لا يصحبها ، وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر . وتستخدم أحياناً عبارة ( زمرة أعراض الأعتماد ) لوصف مجموعة من الإضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ١٨ ، ٢٠ )

٥ - الإعتياد على المخدر Drug Habituation : حيث إن المعتمد بوسعي الإقلاع عن التعاطى مع بعض العناء ويستطيع بمفرده أو مساعدة ( بسيطة ) طبية أو نفسية أن يتجاوز هذه المرحلة .

ومن وجهة نظرنا أن كل هذه المفاهيم تعبر عن فعل التعاطى وأن الفرق بينهم يكون في الدرجة فالاعتيا والإستخدام بعدان أقل درجة في فعل التعاطى في حين أن

مفهوم التعاطى يمثل درجة أقوى من الإعتماد والإستخدام ، أما مفهومي الإعتماد والإدمان فيمتلان أعلى الدرجات حيث يصبح المخدر هو محور إهتمام وتفكير الفرد ، بل والمحور الذى تدور من خلاله كافة مناشطه وإن كان ذلك يمكن أن نجده مع مفهوم التعاطى المتكرر والتکثيف لمادة مخدرة ، وسوف نستخدم فى هذه المراجعة (مفهوم التعاطى) فما هي محاولات تعريف هذا المفهوم؟!

يعرف فرج أحمد ( ١٩٧١ ) التعاطى بأنه : تناول المادة المخدرة من آن لآخر دون الإعتماد عليها وال الحاجة إليها ، ودون وجود لأعراض انسحابية جسمية كانت أو نفسية ، ودون زيادة في كمية المادة المخدرة المتعاطاه .

( فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ٢٤٣ )

إلا أنه يؤخذ على هذا التعريف افتقاره على تناول العقاقير التي تؤدى إلى الإعتماد فقط وإغفال العقاقير التي تؤدى إلى الإعتماد Dependence وما يجره ذلك من أعراض إنسحابية في حالة توقف المتعاطى عن التعاطى .

أما مصطفى سويف ( ١٩٨٨ ) فيعرف التعاطى بأنه تناول أية مادة من المواد المسببة للأدمان للأعتماد بغير إذن طبى .

( مصطفى سويف ، ١٩٨٨ ، ٨ - ٩ )

و واضح إن التعريف قد ركز على تعاطى المواد المخدرة التي تؤدى إلى الإعتماد بشقية البدنى والنفسي ، وهو تعريف قریب من الواقع فى عالم المخدرات ، وفي الحقيقة ومنذ أوائل السنتين حين أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط مصطلحى : الإدمان والتعمود على أن يحل محلها مصطلح الإعتماد إلا أن مصطلح الإدمان ما زال يستخدم حتى الآن ، بيد أننا سنتستخدم فى دراستنا هذه مصطلح التعاطى أو المتعاطى والذي يعرف بأنه التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطى يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع أو لتعديل تعاطيه وكثيراً ما تظهر عليه الأعراض الإنسحابية إذا ما إنقطع عن التعاطى ، بل تصبح حياة المتعاطى تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أي نشاط آخر غير الإهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه وهكذا .. ومن أهم سمات الشخص المتعاطى .

أ - ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل .

ب - إعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة .

ج - حالة تسمم عابرة أو مزمنة .

- د - رغبة فهريّة قد ترجم المتعاطي على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأية وسيلة .
- ه - تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ١٧ ، ١٨ - )

ويرى الباحث أن هذا التعريف يحدد المعايير التي تكمن خلف المتعاطي ، وكذا أخذة في الإعتبار حلقات المتعاطي الثلاث : ( المتعاطي - المادة المخدرة - المجتمع ) . ولن كان مصطلح الإدمان Addiction مازال يستخدم حتى الآن في الموسوعات النفسية ، أنظر على سبيل المثال ( McCrady. 1996 . pp. 11 - 13 ) . ويثير المفهوم العديد من الأمور مثل :

- **أشكال المتعاطي** : حيث يرى البعض أن المتعاطي الشخص لأى عقار مخدر يمر بأربع مراحل أساسية هي : مرحلة التجريب أو الاكتشاف . ثم مرحلة المتعاطي الاجتماعي ، ثم المتعاطي المنتظم ، وأخيراً مرحلة الإعتماد على تعاطي العقار المخدر .  
 ( روبرت ديبونت ١٩٨٩ ، ٥٥٥ - ٥٧ )

في حين نجد البعض يدمج المرحلتين الثالثة والرابعة في مرحلة واحدة على أساس أن الانظام في المتعاطي قد يقود إلى الإعتماد وهذا هو جوهر المشكلة .

( مصطفى سيف ، ٢٠٠٠ ، ٢٠ )

وهو ما أكد كل من ( زل اسلو بودي وينكليل . ج. كوزل من أن حالة الإعتماد ( أو المتعاطي ) ليست حالة الكل أو اللاشيء ولكن الإعتماد درجة قصوى على متصل بيها بالتعاطي .

( Zili. s & Nicholas. J.K. 1999 p. 63 )

#### ـ لماذا يستمر بعض الأفراد في المتعاطي ؟

هذه تعدد وجهات النظر في هذا الأمر . فيرى قرويد وأنصاره أن المتعاطي الأفراد دون بعضهم الآخر - للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من الإحباطات والتي تولد بدورها العديد من الإنفعالات السيئة ، وأن المتعاطي يسقط صرعاته على العاققير المخدرة كنوع من الدفاع ضد التهوس إلى حالة أكثر ذهانية .

( Breham & Khantzi an. 1992. 106 - 110 )

في حين يرى أنصار النظريّة السلوكيّة أن التعلم يلعب دوراً أساسياً في إستمرار

تعاطى الفرد ، وأن الفرد الذى يشعر بحالة من القلق والتوتر . ويتصادف أن يتعاطى كحولاً أو مخدراً ويشعر بعده بالهدوء والسكنينة فإنه يميل إلى تكرار مثل هذه الخبرة بل قد يتعلم الشخص أن يسارع إلى تعاطى المادة المخدرة حتى يتخفف من آثار أعراض الانسحاب المؤلمة ( 15 . Stderman 1991 ) في حين يرى أنصار الأتجاه السلوكي المعرفى Cognitive Behavioural Approach إن القهر يعد مدخلًا أساسياً في عملية التعاطى لأنه يبني على عامل التوقعات الناتجة من عملية التعلم وأن الفرد حين يتعاطى مخدراً ما فانهم غالباً ما يشعرون بأنه لا يستطيع التحكم في سلوكه ، وأن قليلاً من المدمر لن يضر به أو يقوده إلى تدهور قدراته ( 147 . Valleman , 1991 ) ولذا فإن المتعاطى لديه منظومة من الأفكار والإعتقادات الخاطئة حول التعاطى والمخدرات وتأثيراته ولذا لابد من ( نحض ) هذه الأفكار أو لا ثم ( بث ) أفكار جديدة في عقل المتعاطى ( النافذة ) حتى يستمر في التعافي وعدم الإنكسار ( Beck, A.T. ) ( 1993 )

#### - ولماذا ينتقل الأفراد من تعاطى عقار مخدر إلى عقار مخدر آخر ؟

يتصدى فرج أحمد ( ١٩٧١ ) للإجابة عن هذا التساؤل مؤكداً على صدوره أن نتسلح بالمعرفة الشاملة والعميقة للأسباب والظروف التي تحبط بتعاطى المخدرات وأن من بين الأسباب : الأسباب النفسية وأن ثمة دوافع نفسية متعددة تحفز المتعاطى إلى الإقبال على مخدر ما ، وأننا هنا إزاء تحول في البناء النفسي . وتغير في الخواص النفسية تدفع إلى هذا الإنقال ، اخذين في الإعتبار أيضاً التأثير المعاير لهذا المخدر الجديد ، والتي زيادة حجم ضغوط الواقع التي يتعرض لها المتعاطى مما قد يدفعه إلى البحث عن مخدر ذي تأثير ( قوي ) يستطيع أن يساعدته على مواجهة ذلك الواقع المؤلم المحبط به . إضافة إلى ضرورة الأخذ في الإعتبار العوامل الاجتماعية ومنها طبيعة العمل الذى يقوم به المتعاطى وما يطرأ على حالته الجسمية والصحية من تغيرات متعددة .

( فرج أحمد ، ١٩٧١ ، ١٠٥ - ١١١ )

#### - ولماذا يختار الأفراد عقاقير مخدرة معينة ؟

إن لجوء الشخص إلى التعاطى لا يتم بصورة عشوائية ، بل يكون محظوظ المعنى والدلالة ، وهناك نظرية تفسر أن لما يختار الشخص عقاراً مخدراً دون غيره ؟

أولاً : نظرية النمط الاجتماعي الدوائى ؟

حيث يركز أنصار هذه النظرية على فرض العلاج الذاتي Self Medication من خلال تطابق بين التأثير الفارماكولوجي للعقار المخدر وبين حالات الشعور أو الوجдан من جهة ثانية ، وأن تعاطى الشخص المخدر ما سوف يقود إلى حالة من التفاعل بين خصائص المادة المخدرة وخصائص شخصية الفرد المتعاطى ، أخذين بعين الإعتبار العديد من العوامل المساعدة على إستمرار التعاطى مثل : تأثير الأقران ، أدوات التعاطى ، وفراة المخدر .

( محمود رشاد ، ١٩٩٧ ، ٥٨ - ٦٥ )

ويلاحظ أن أنصار هذا الإتجاه قد ركزوا على خصائص العقار وخصائص شخصية المتعاطى متفاولين عن ذكر دور العوامل البيئية والإجتماعية ومدى توافر أو عدم توافر العقار المخدر في محیط البيئة التي يعيش في سياقها الفرد .

#### ثانياً : نظرية النمط الأكلينيكي النفسي :

حيث يرى أنصار هذا الإتجاه بوجود علاقة بين التعاطى وجود إضطرابات شخصية سواء في صورة كامنة أو في صورة واضحة العلامات والأعراض ، ولذا فإن التعاطى للمواد المخدرة إنما يعد جزءاً من مجموعة الأعراض والإضطرابات النفسية والسلوكية المتواجدة لدى فئات من الشخصيات المرضية ، وإن مثل هذه الشخصيات ( بنفس هذا البناء النفسي المضطرب ) إن لم تجد المخدر ( لاحتزنه ) ، وإن نسبة كبيرة من المتعاطين يندرجون تحت مسمى : التشخيص المزدوج ، حيث يكون الشخص لديه مشكلة تعاطى متداخلة مع إضطراب نفسي - أو أكثر من إضطراب آخر ( 9. 310 . Winter 1991 . Bell Stephen,a et al 1993 293 ) . ونرى أنه لا يوجد تناقض بين الأنماط العلاج الذاتي والأنماط الكلينيكى ، وأنه في الحالتين يعاني المتعاطى من العديد من الأعراض والصعوبات النفسية مما قد يجره ذلك التعاطى خلاصاً من المعاناة .

وقد أكد كل ما سبق وجود علاقة بين البناء النفسي للمتعاطى وطبيعة العقار المخدر الذي يفضله ، وأن ذلك إنما يرتبط بالعديد من الاحتياجات الازمة للبناء النفسي للمتعاطى . Wilson. 1999 p. 45-52 ( t. وانظر كذلك ماهر نجيب ١٩٩٠ ) . وإن العديد من الدراسات التي تناولت مدمى عقار مخدر ما ، مركزة على الخصائص النفسية للشخص المتعاطى والإحتياجات التي يشعّبها هذا المخدر قد كشفت عن العديد من الحقائق :

- ١ - وجود فروق في البناء النفسي بين المتعاطفين لعقار مخدراً ، وبين المتعاطفين لعقار آخر .
- ٢ - أن هذه الفروق كمية وليس كيفية .
- ٣ - وجود " مقام مشترك " كما يذكر مصطفى سويف ( ١٩٩٦ ) بين جميع المدمنين مثل سمات : الإكتتاب / مشاعر الندب / الخجل / الشعور بفقدان القيمة / الإحساس بالعدم الدور / زيادة الأنطوانية / الإنحراف السيكوتى / مخاوف مرضية / سلوك قهر مع ميل إلى الخضوع .
- ٤ - أن هذه الأمور يجب أن تكون واضحة حين نتعامل مع هؤلاء المتعاطفين في المراحل المختلفة للعلاج والتأهيل ( بمراحله المختلفة ) .
- ٥ - وأن تعلق الشخص بالمخدر إنما يجد صدى وقبولاً في بنائه النفسي ثم يتأكّد حين ( يخلص ) الشخص لمخدره المفضل لأنّه يشعّ عليه بذاته احتياجات نفسية معينة ، فإذا لم يوجد في المخدر هذان الشرطان ( الإتفاق مع البناء النفسي + إشباع الاحتياجات ) فإنه يرفضه بدليل أن الدارسين للأدمان وفتّياته المتعددة يؤكّدون على ضرورة التفرقة والتمييز بين مستويات ثلاث لتعاطي وهي :
  - التعاطي الإستكشافي / الإستطلاعي .
  - التعاطي في المناسبات .
  - التعاطي المتصل أو المستمر ( وهذا هو لب وجوه الأدمان ) .( مصطفى سويف ، ٢٠٠١ ، ٢٠ )

### ثالثاً : مفهوم المخدرات Drugs

بداية يشير مصطفى سويف ( ١٩٩٦ ) أن مصطلح المخدرات يشير إلى معانٍ متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على تأمّلها منه إلى هذا المعنى أو ذاك ، ولذلك يتخرج كثير من أهل الاختصاص الآن في استخدامه إلا في أصناف الدود .

( مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ١٦٢ )

وتعرف المخدرات بأنها أي مواد مخدرة يتعاطاها بصورة منتظمة وتؤدي إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد

على وظائف الجهاز العصبي المركزي ، ولما تحدثه من الإضطرابات في الإدراك أو المزاج أو التقييد أو السلوك .

( مصطفى سيف وأخرين ١٩٩١ ، ص ١٣ )

وترى أن هذا التعريف هو الأقرب إلى الواقع وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور في الإدراك والمزاج والتفكير وكل ذلك إنما ينعكس على سلوك الشخص المتعاطي ، فضلاً عن ظاهرة تعاطي المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الإختلافات في تحديد أو تصنيف المخدرات إلا أن ذكر يمكننا حصر المتغيرات التي قادت إلى هذه الإختلافات في :

- \* نوع المخدر ودرجة تدخيره وطبيعته من حيث التهدئة والتسكنين أو التنبية .
- \* علاقة المخدر وأثاره المختلفة .
- \* علاقة المخدر بدرجة الاعتماد أو الإعتماد .
- \* طريقة تعاطي المخدر .
- \* طبيعة التكوين الفردي من الناحية الحسية والنفسية وعلاقتها بالإستجابة للمخدر .

( سعد المغربي ، ١٩٨٦ ، ٤٣ - ٧٦ )

- العلاقة بين انتشار مخدر ما وحضاره معينة :

ثبتت العديد من الدراسات التي تناولت انتشار مخدر ما في ثقافة ما بحيث يصبح هو المخدر المفضل في هذه الثقافة ، أن هذا الانتشار لا يتم مصادفة بل محظوظ بالعديد من الدلالات والمعانوي ، وأن اختبار المخدر ( المعنى بالأمر ) يعتمد على التفاصيل بين المعنى المزاجي الخاص والأثر الفيزيائي للمخدر ، وأنه يجد قبولاً في بنية الشخص النفسية طوال مراحل تطوره أو أثناءه ( Wiederh. K., Kaplan. E. 1969. 399 )

المخدرات وفقاً لتنوع الدوافع والأمزجة التي تجد صدى وقبولاً وراحة في تعاطي مخدر ما . وقد يsei أو لا يsei الشخص التعاطي .  
( Robert. I. P. & Valerie L. J. 1999 pp. 119 - 148 )

وقد يsei الشخص في تعاطيه لمخدر ما وقد لا يsei بناء على مدى إشباع المخدر لحاجاته النفسية ، مع العلم بأن أنواع المخدرات تتعدد وفقاً لطبيعة البيئة الحضارية التي يعيش فيها الشخص  
( انظر على سبيل المثال )

( Codern, H. , 1973, pp. 1 - 16 )

( Girden, J. F & Watter . A, C, 1992, 357 - 370 )

( Bagnall, G. 1988 , 241 - 251 )

( Barr, H. & Cohen, A, 1987 6,252 - 541 )

( Beeker, U. et al. 1989, 75 - 82 )

( Chapman L & Huggerns, L, 1988, I, 67 - 81 )

( فتحى عيد ١٩٨٧ ، ١٤ )

وأنظر كذلك : Soueif et al. 1980 )

( مصطفى زبور ، ١٩٨٦ )

المحكات التشخيصية للأعتماد على المولاد والمؤثرات نفسيا طبقا للدليل  
التشخيصي والإحصائي الرابع : (\*)

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ أنواع معينة من المحكات  
 يجب توافقها لكي يتم إستيفاء غرض تشخيص إضطرابات التعاطي والإدمان وهي :

\* تحديد هوية المادة أو المواد المستخدمة .

\* تاريخ استخدام هذه المادة أو المواد .

\* تاريخ استخدام المادة في حالة الطوارئ والعلاج .

\* مدى حدوث إضطراب معرفي ( اختلال وتشوش زمانى أو مكانى ،  
اختلال الإنتماه ... الخ .

\* مدى وجود إضطرابات فسيولوجية ترتب على التعاطى مثل ( زيادة سرعة  
ضربات القلب ، زيادة الصنفط ، إنخفاض الصنفط .. الخ ) .

\* مدى وجود إضطرابات عصبية ( مثل عدم التوازن ، نوبات صرعية ..  
الخ ) .

\* النهيج أو التأخر النفسي الحركى .

\* مدى حدوث تغيرات في الإدراك والإنتباه والتفكير .

\* مدى حدوث تغيرات في الشخصية والمزاج .

\* الفحوص التي تجرى للبول ومستويات الدم للكشف عن طبيعة المادة الخدرة

(\*) أعتمدنا في كتابة هذا الجزء على كتابنا : الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره ،

علاجه ( ٢٠٠٥ ) للمؤلف . ( دار غريب )

التي تم تعاطيها .

- \* مدى حدوث إضطرابات في الحياة الإسرية والمهنية (أو الأكاديمية) للشخص المتعاطي .
- \* مدى حدوث مشكلات قانونية (سجن - أحكام) قد ترتب على هذا التعاطي .

#### ويطلب التشخيص توافر المحركات الآتية :

- ١ - أن نموذج سوء التكيف لا يستخدم المادة المؤثرة نفسياً يؤدي إلى أنسى أو كرب دال إكلينيكي ، كما يشار إليه بوحدة أو أكثر من الخصائص التالية والتي لابد من أن تحدث في فترة عام (١٢ شهراً) .
  - ١ - الاستخدام ، المتكرر للمادة والذي يؤدي إلى فشل في تحقيق المسؤوليات والواجبات المفروض أن ينهض بها الشخص في نطاق البيئة التي يعيش فيها .
  - ٢ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسياً في المواقف التي يكون الاستخدام فيها مضر وخطر (مثل قيادة السيارات أباج عقلية التخدير) .
  - ٣ - الاستخدام المتكرر للمادة المؤثرة نفسياً بالرغم من معرفة أن هذا الاستخدام يقود الفرد إلى العديد من المشاكل والأمات سواء أكانت شخصية (شخص الفرد) أو تخص أفراد آخرين .
  - ٤ - تكرار المشاكل القانونية المرتبطة بإستخدام المادة المؤثرة نفسياً .
  - ٥ - لا يمكن مطابقة معايير الإعتماد على المادة المؤثرة نفسياً على الإطلاق بالنسبة لهذه المادة (على سبيل المثال - حالات إلقاء القبض على الفرد ، الحوادث المرورية المتعلقة باستخدام مادة العقار أو المخدر ، أو الدخول في (عراك) بدني متعلق بإستخدام تلك المادة ) .

#### معايير تشخيص الإعتماد على المواد المخدرة :

استخدام المواد المخدرة - على الأقل لمدة عام - مع حدوث حالات من الأنسى على النفس والكرب Stress من خلال المحركات الآتية :

- ١ - التحمل أو الإحتمال : ويتحدد من خلال :
  - أ - الحاجة المتزايدة إلى كميات متزايدة من المسار والمتعاطاه لتحقيق التأثير المباشر والفورى لها .

ب - الشعور بالتأثير الذي لا يجده بالرغم من الاستمرار في استخدام نفس الجرعة لأنّ الجرعة كانت في البداية تقوم بأداء التأثيرات الفسيولوجية والنفسية المطلوبة ولكن مع استمرار التعاطي وبنفس كمية المادة أصبح تأثيرها منخفضا .. ولذا يميل الشخص إلى زيادة كمية المادة المتعاطاه .

٢ - الأنسحاب : ويتحدد من خلال :

أ - زملة أعراض الإنسحاب المعين للمادة المتعاطاه كما تتحدد من خلال معيار (أ - ب ) في الانسحاب للمواد المؤثرة نفسيا .

ب - تعاطي نفس المادة لتجنب اعراض الانسحاب أو التخلص من تلك الأعراض .

٣ - غالباً ما يتم تعاطي المادة المتعاطاه بكميات كبيرة .

٤ - وجود دافع قوى ورغبة شديدة في تقليل أو ضبط كمية المخدرات (أو المادة المتعاطاه ) إلا أن هذه الرغبة (أو الجهد ) تفشل .

٥ - صناع وقت أكبر في أنشطة مرتبطة بالمادة المتعاطاه مثل (كيفية تدبير النقود التي ميشترى بها المخدر ، والتاجر .. الخ .

٦ - أحداث شال ( أو توقف في الأنشطة الإجتماعية أو المهنية أو الترفيهية الهامة مع الآخرين ) .

٧ - الإصرار على استخدام المادة المتعاطاه بالرغم من معرفة الفرد المسبقه بأضرار الاستمرار في التعاطي ( سواء أكانت هذه الإضرار فسيولوجية جسمية ، أو نفسية عقلية ، أو إجتماعية أخلاقية ) .

ويتحدد الإعتماد وما إذا كان فسيولوجيا أو نفسيا من خلال المعيار ( ٢ + ١ )  
الإعتماد الفسيولوجي ، بينما لا توجد دليل على الإعتماد أو الإنفصال في البدن ١  
التسمم :

يتم تشخيص التسمم من خلال المعايير الآتية :

أ - زيادة في الأعراض الناتجة عن تعاطي مادة مؤثرة نفسيا وبصورة نوعية ( تعاطي أكثر من مادة مخدرة يعود بالطبع إلى زيادة الأعراض الناتجة بل وتشابكها ) .

ب - تعود التغييرات النفسية أو السلوكية الدالة على سوء التكيف إلى تأثير

المادة على الجهاز العصبي المركزي ، وتحدث هذه التغيرات السلبية بالطبع ) بعد فترة وجيزة من استخدام المادة النفسية .

جـ لا ترجع تلك الأعراض إلى حالة طبية عامة ( تعاطي مواد نفسية ، أو نتيجة الإصابة بإضطراب عقلي آخر .

#### الإنسحاب:

ويتم تشخيصه وفقاً لتوافر المعايير الآتية :

أـ زيادة زملة الأعراض الخاصة بالمادة التي يتعاطاها الفرد بعقبها التوقف أو تقليل الجرعة من المادة المتعاطاه والتي اعتاد الشخص أن يتعاطاها بانتظام .

بـ تحدث هذه الزملة من الأعراض كربلا دلا في حياة الفرد من خلال حدوث ( شلل ) أو توقف في حياة الفرد الاجتماعية أو المهنية أو أي إنشطة أخرى .

جـ إن هذه الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة أو إضطراب عقلي آخر .

( APA. , 1994 )

#### هل إدمان النيكوتين ( التدخين ) يدخل ضمن باب الإدمان أم لا ؟

يثير البعض قضية أن تعاطي السجائر ( أو الشيشة ) لا يدخل في باب الإدمان أو معى حيل دفاعية معروفة في مجال السلوك الإنساني . لكن الحقيقة التي يجب أن نقدمها في هذا الصدد هي :

أـ يوجد ما يسمى بالإضطرابات المتعلقة بالنيكوتين Nicotine - Related Disorders .

بـ أن هذا الإضطراب وفقاً للتصنيف الرابع DSM IV ، 1994 للرابطة الأمريكية للطب النفسي يتحدد في :

أـ إضطراب استخدام النيكوتين :

ـ الاعتماد على النيكوتين .

بـ الإضطراب الناجم عن النيكوتين :

ـ إنسحاب النيكوتين .

جـ إضطراب متعلق بالنيكوتين غير مصنف في مكان آخر .

إنسحاب النيكوتين : Nicotine withdrawal

- ١ - إستخدام يومى للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل .
- ٢ - ظهور ( ٤ ) علامات أو أكثر من العلامات الآتية ( بعد ٢٤ ساعة ) من التوقف عن استخدام النيكوتين أو تقليل الكمية التى اعتاد الفرد أن يتعاطاها ويستمرار .

العلامات هى :

- أ - المزاج المنقبض أو الإكتنابى .
- ب - الأرق .
- ج - سرعة الاستشاره والإحباط أو التعصب .
- د - القلق .
- ه - صعوبة التركيز .
- و - عدم الاستقرار .
- ز - إنخفاض خفقان القلب .
- ح - زيادة الشهية للطعام مع ما يتربى عليه من زيادة الوزن
- ٢ - إن الأعراض السابقة في المحك ( ٢ ) تتسبب فى إضطراب أو خلل ذى مغزى اكلينيكي فى الأداء الاجتماعى والمهنى أو غيرها من مجالات الحياة الهامة .
- ٤ - إن هذه الأعراض لا تكون نتيجة أى حالة مرضية أو طبية عامة أو أى إصابة بـإضطراب عقلى آخر .

( APA., 1994 )

الإضطرابات التى تحدثها المخدرات والكحوليات : تقسم إلى :

١ - [إضطرابات إستخدام المواد المخدرة .

Substance Use disorder

مثل الاعتماد على المخدر والعقار أو إساءة إستخدام المخدر أو العقار .

٢ - [إضطرابات تحدثها المواد المخدرة .

Substance induced disorder

مثل التسمم أو الشحمة بالمخدر ، وإنحساب العقار أو الصنلالات وفقد الذاكرة أو الإضطرابات الذهانية ، وإضطراب المزاج والقلق . والإضطرابات الجنسية الوظيفية وأضطرابات النوم ( وغيرها من الإضطرابات التى تترتب على استخدام المادة المخدرة .

### المواد المخدرة :

فأما عن المخدرات فتاريخ الإنسان معها قديم ، ولعل نبات الحشيش Hashish يعد أكثر أنواع المخدرات إنتشارا في دول الشرق الأوسط ويعرف بأسماء متعددة (هانى عمروش ، ١٩٩٣ ، ٩٢) . وقد ارتبط الحشيش ببعض المذاهب المتطرفة وذلك لأن كلمة «الحشاشين» قد أطلقت في الأصل على طائفة من الإسماعيلية عاشت مع زعيمها، حسن بن صباح، حيث كان يوحى إليهم وهم تحت تأثير المخدر بإغتياله .

(عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ٢١٠)

إلا أن الاستخدام الطبي للحشيش وفي أماكن متعددة من العالم لم يختلف عليه المؤرخون وكان الاستخدام في مصر قد تعرض للمد والجزر .

(مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ٣٨ ، ٤٤)

ويرغم من أن هذا المخدر من أقدم المخدرات التي اكتشفها الإنسان واستخدمها لفترات طويلة إلا أنه لم يتتبه إلا مؤخرا إلى أضراره المتعددة (Lesler Grinspoon & Jamesd B. 1992. pp. 236 - 240) ، بالرغم من أنه منتشر في أماكن كثيرة في العالم طبقاً لتقرير لجنة المخدرات بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة .

(أحمد على ريان ، ١٩٨٤ ، ١٩٠)

كما تتعدد طرق تعاطي الحشيش ويرجع اختيار الطريقة إلى عوامل متعددة خاصة بالفرد ومكانته الاجتماعية .

(سلوى سليم ، ١٩٨٩ ، ٤٠)

وكذا عرف نبات الخشاش (الأفيون) Opium منذ القدم ولازال حتى الآن وعند كثير من الشعوب يستخدم في الطب الشعبي كعلاج لكثير من الأمراض ، هذا فضلاً عن التعاطي لأغراض الكيف وتحقيق الشعور بالنشوة والراحة وتحمل العمل والنشاط الناتج عن حالة الاعتماد الفسيولوجي على المخدر يسبب الإدمان .

(سد المغربي ، ١٩٨٦ ، ١٢ ، ١٣ - )

ورغم وجود قوانين تمنع زراعته إلا أن زراعته وإنتاجه يتم بحيل وطرق متعددة .

( عز الدين الدنشارى وأخرون ، ١٩٨٨ ، ١٢ ، ١٤ )

ولعل أهمل الفحوص فى تاريخ الأفيون هو التكهن من عزل العنصر الفعال فى الأفيون وهو المورفين ، إضافة إلى إمكانية تخليق الهيروين معملياً .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ٣٨ )

وبنات الكوكا Coca - أيضًا - يعد من المخدرات الطبيعية والتى عرفها الإنسان منذ القم ، كما أرتبط إنتشاره بالطقوس الدينية فى ذلك الوقت البعيد إلا أنه قد جاءت مرحلة زمنية أخرى قد تغيرت هذه النظرية وعد مصنوع الكوكا عملاً مشيناً وتدينساً لل المقدسات ، كما يحدثنا التاريخ الآسيان كانوا يعطون أوراق الكوكا الخضراء ( كعملة ) معترف بها إبان فترة الإستعمار الأسيانى ( Marks. Gold , 1992, pp. 205 - 209 )  
والقات Khat يعد من المخدرات الطبيعية ، وهو شجرة دائمة الخضررة ، وله  
أسماء مختلفة في البلدان التي تستخدمه .

( عبد الله عسكر ، كمال أبو شهدة ، ١٩٩٣ ، ٥٢٦ )

ولعل المادة المخدرة في هذا النبات هي ، القاتين ، وهو العنصر الفعال في أوراق نبات القات ، إذ يشعر المتعاطي بالتنiqط ، وتحمل الجوع والإحساس بالعطمة ثم تصيبه حالة من الغيبوبة يظل فيها عاجزاً عن مزاولة أي عمل حتى يحين موعد تعاطيه للجرعة التالية ... وهكذا .

( غريب سيد أحمد ، ١٩٨٥ ، ٣٠ )

كما أن هناك طقوساً يلزم بها أهل اليمن في تعاطي القات تسمى مجالس القات، حيث يضعون أوراق القات في الفم ويقومون بمضغها ببطء شديد وبطرق على هذه الظاهرة اسم التخزين ( Luqmanw & Donansk. 1976, pp. 246 ) . ولذا فإن العديد من بعض المجتمعات الشرفية تعد القات مادة منبهة مثل البن والشاي إلا أن الكثير منها تستخدم عقاباً صارماً لامضغ القات ( Taha Baashers . 1981, p. 239 ) . كما أن أهل مصر لا يستخدمون القات كما أوضح ذلك التقرير التمهيدى للجنة المستشارين العلميين ( لجنة المستشارين العلميين . ١٩٩١ ، ٣٩ - ٩٢ ) .

أما عن المخدرات الصناعية فهي أكثر خطورة على الأفراد وفتكت من المخدرات الطبيعية ومنها مخدر الهيروين Heroin ، والذى يعد من المخدرات الأكثر خطورة وله تاريخ طويل من الإستخدام في الولايات المتحدة الأمريكية ( Jeromeg Platt , 1988 , V. I , pp. 3 - 34 ) وهو أحد مشتقات الأفيون وأقوى من المورفين خمس مرات ، كما

أن سلطنته على المتعاطي سريعة.

( عادل صادق ، ١٩٨٦ . ٦٠ )

ولعل لهذا المخدر وظيفة حيوية هي قدرته على إزالة القلق والشعور بالنشاط وفي الميدان الطبي تستخدم هذه المخدرات لقتل الآلام (بيترلوري، ١٩٩٠، ٢٧) وقد تزيد الإقبال على إدمان الهيروين بصورة مفزعية في عديد من دول العالم (سلوى سليم، ١٩٨٩، ٦٠)، ولذا فقد نظر إلى الهيرويين على أساس أنه مصدر الشرور بالمجتمع الحديث.

( روی رویرنسون ، ۱۹۸۹ ، ۴۲ )

أما المخدرات التخليفية ، فقد صنفتها هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ إلى ثلاثة أنواع هي : عقاقير تؤدي إلى التتبّع الشديد للجهاز العصبي وهي تسمى بالعقاقير المنهضة ، وأخرى تؤدي إلى الهدوء والهدبوت وتسمى بالعقاقير المهدئة ، وعقاقير تؤدي إلى الإدراك والإفتعال والتفكير وسرعة الحركة وتسمى بعقاقير الهلوسة ) ٢٤٧ - ٢٥١ ، أما العقاقير المهدئة - المنومة Depressants فتنقسم إلى عدة أنواع أشهرها مضادات الاكتئاب .

( عادل دمرداش - ۱۹۸۲، ۱۴۲، ۱۴۴ )

أما النوع الثالث فمن أشهر الأنواع عقار الهموسة L. S. D ، وقد شاع استخدام هذا العقار في السنيات بين جماعات الهيبز ، وبعض الفنانين والكتاب في أوروبا . (Dotheye. D. 1989. pp. 55 - 65)

أما الخمر فقد استخدمها الإنسان منذآلاف السنين كدواء ومسكن لل الألم وأيضا في ممارسة الطقوس الوثنية القديمة ، كما جاء ذكرها في عدة حضارات قديمة .

( عادل دمرداش ، ۱۹۸۲ ، ۸ )

كما أن هناك دراسات عديدة تتحدث عن دور الكحوليات في حياة المجتمعات .

• ( مصطفى سويف ١٩٩٦ ، ٣٥ )

ويعد من أكثر أنواع الإدمان إنتشاراً في الولايات المتحدة الأمريكية ، خاصة بين الطبقات الاجتماعية العليا والتي ترى أن تعاطي الكحوليات جزءاً أساسياً من الحياة الاجتماعية

( روپرٹ - ل. دیبوونت ۱۹۸۲، ۱۲۷)

ولذا يسود اعتقاد بأن تعاطى الكحول مثله مثل الإتجاه نحو لعب النس (The drinking Game)

ولذا فإن استخدام المواد المخدرة والمغيرة للحالة النفسية تعد من أخطر المشاكل التي تواجه الأفراد والحكومات (Yishiaj Almog et al, 1993 p 220) كما يتزايد عدد مدمني الكحوليات بالرغم من التحذيرات الكثيرة التي يطلقها العلماء حول أضرار الكحوليات وحملات التوعية المختلفة (Donaldw. J. 1992 p 199)

أما المواد الطيارة (Volatile Suds Tances) فهي مجموعة أدرجتها هيئة الصحة العالمية مع المواد التي تسبب الإدمان عام ١٩٧٣ . ولعل ما لفت الأنماط إلى إدمان هذه المواد هو إنتشارها بين قطاعات واسعة من الشباب وتحديدا طلاب المدارس خاصة المراهقين منهم (Cherlesw S. neki . L. Berg. 1992, pp : 303 - 305 ) ( Khalidak Umran et. el . 1993. p. 520 - 524 ) ( ناصر ثابت ، ١٩٨٤ ، ١٧ )

والمواد الطيارة من المواد المخدرة والتي عرفت منذ القدم حيث كان الإنسان القديم يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة الفناء كوسيلة إلى تغيير الحالة النفسية في إطار طقوس تقام لأغراض سحرية أو دينية & (Sharp. C. W. & Kormn. M. 1981. pp. 233 - 255 ) ولكن البدايات عرفها المجتمع الإنساني الحديث للمواد الطيارة قد بدأت مع ظهور ما عرف باسم الغاز المضحك Nitousoxide والذي عرف في السويد منذ وقت مبكر.

( مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ٦٠ - ٦١ )

### أضرار المواد المخدرة :

إذا إنطلاقنا للحديث عن إضرار المواد المخدرة فنجد أن لها العديد من الأضرار فإذا أشرنا إلى الأضرار الجسمية فنجد أن الحشيش يقود إلى العديد من المشاكل الجسدية (Jackh Mendelson & Nance. K. Mello. 1991. pp. 184 - 185) وكذلك تعاطي الأفيون يقود إلى العديد من المشاكل الصحية .

( سعد المغربي . ١٩٨٤ ، ٣٠ - ٣٧ )

أما إدمان الهيروين فيصيب الفرد المدمن بالعديد من الأضرار الجسمية حيث أثبتت العديد من الدراسات أن إدمان الهيروين يؤثر على القلب والشريان التاجي (Ahmen G. Abuasayem et. et. 1989. pp. 38 - 42) ، كما أن استمرار الإدمان يؤدي إلى التهاب الكبد الفيروسي .

(عز الدين الدنشاري وأخرون ١٩٨٩، ٦٨ - ٧٢ )

إضافة إلى مرضي الا. I. H. أو الإيدز ( روی روبرتسون ، ١٩٨٩ ، ١٢٢ - ١٢٦ )

والذى لا ينبع فقط عن العلاقات الجنسية الشاذة بل يتشر بين المدمنين والذين يقumen بحق أنفسهم ، ناهيك عن أن العديد من الإحصاءات قد أثبتت وجود عدد من الوفيات نتيجة الحقن الزائدة بالجرعة Overdose والذى يقود سريعا إلى الوفاة ( Gennato, O. 199. pp. 3 - 4 ) ، ولعل الموت المفاجئ Suddendeath أثناء

التعاطي نتيجة الحقن الزائد يحدث نتيجة لخمس طرق حدتها وأخرون .

( Louria et et 1995 ) ومن أهمها الجهل بالكمية التي يتحملها الجسم ، والميل إلى زيادة الجرعة ، فضلا عن عدم استخدام الهيرويين النقي ( Jerome J. Poure Polatt )

1995. 2. pp 85 - 87 )

كما أن المشاكل الصحية التي يحدثها إدمان الخمر كثيرة وخاصة على الكبد وتشحمه ناهيك عن الأضرار الأخرى ( Bejamin G. Lahey . 1980 pp. 463 - 465 ) وهي غالباً أضرار متصلة ومستمرة .

( نبيل الطويل . ١٩٨٥ . ٧١ - ٧٧ )

كما أن إدمان القات يقود إلى العديد من الأضرار الصحية خاصة على الجهاز الهضمي ( Yusut H. Khalif B. et el. 1976. pp. 246 - 249 ) إضافة إلى تأثير القلب ومعدل التنفس وضغط الدم ( Abdullah. S. Elmi. 1983 pp. 153 - 154 )

( عبد الله عسكر ، كمال أبو شده ، ١٩٩٣ ، ٥٢٧ )

والأضرار الجسمية / الصحية لمدمني إستنشاق الطيارة فكثيرة ومن أهم مضاعفاتها الوفاة الفجائية إضافة لتصدع في الأبدية والقيم الإجتماعية التقليدية .. بل ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه أضراراً خطيرة متعلقة بالمخدرات & Griffitle. ( 5 Awni, Afif (eds) 1980 pp. 24 246 ) وهو ما وجده الباحث من خلال أطروحته للماجستير وتحليل البيانات الإحصائية لبعض الجرائم في مصر إذ وجد أن القتل يتم من أجل المعرفة ، والسرقة من أجل الشم .

( محمد حسن غانم ، ١٩٩٠ ، ٢٠٩ - ٢١٠ )

وهو نفس ما أكدته دراسة بال وأخرون 1982 Ball et al. من أن ارتفاع معدلات الجريمة جاء مقتربا بالإدمان ، كما جاء الإنخفاض مقتربا بالإفلات عن التعاطي خاصه لدى مدمني الهيرويين ( Ball et al. 1983 pp. 119 - 142 ) إضافة إلى

أن فعل التعاطي وحيازة المخدرات جريمة يعاقب عليها القانون .

( عبد الحكيم عفيفي ، ١٩٨٦ ، ١٦٠ )

كما أن الإدمان - خاصةً أدمان الهايروين يقود المدمن إلى فعل أي شيء مما يأبه الواقع والدين .

( محمد على البار ، ١٩٨٨ ، ١٩٦٠ ) ، ( هاني عرموش ، ١٩٩٣ ، ٣٦٥ - ٣٧٨ )

وهكذا تتكامل حلقات الأضرار . ولقد أوضحت ( Mary Jeanne Kreelc, 1992 ) إن مشاكل الإعتماد على المخدرات ليست قاصرة على مخدر دون آخر ، بل أن جميع أنواع المخدرات ضارة ، وتحتاج مشاكل طيبة Medical Problems وضطرابات نفسية وعقلية قد ذكر في الدا DSM III R 1994 و الدا Anto Social Personality Types وهي أنماط من الشخصية تحفل طفولتها بمشاكل سلوكية توافقية تعبر عن العداون الشديد مع المجتمع ( Maty. J. 1992, pp. 997 - 1007 )

#### الشخص المدمن وبيئته :

فإن إنطلاقنا للحديث عن الحلقة الثانية من حلقات الفعل الإدماني ( بعد أن تحدثنا عن المواد المخدرة وأضرارها ) وأقصد به الشخص المدمن وبيئيات شخصيته نجد أن عديداً من الدراسات قد ذهبت إلى القول بوجود سمات نفسية معينة تميز شخصية المدمنين

( بيترلوري ١٩٩٠ ، ٥١ ) ، ( جون ج. تايلور ١٩٨٥ ، ١٤٨ - ١٤٩ ) ،

( عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١١٤ ) ، ( سعد جلال ١٩٨٦ ، ٤٥٠ ) ( عادل صادق ١٩٨٦ ، ٢٩ - ٣٣ ) ، ( محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ١١٢ - ١١٣ )

بل أن عديداً من الأبحاث والدراسات قد طرحت قضية : هل الإلإمان وراثي أم سلوك مكتسب ؟ ولقد أتبع دارسو العلاقة بين الوراثة والإدمان مناهج متعددة منها : دراسة الحيوانات في المختبر ، ودراسات التوائم ، ودراسات التبني ، وطريقة العلاقة بين الإدمان والأمراض الوراثية ، ورغم تضارب النتائج في بعض الدراسات إلا أنه - على سبيل المثال - قد ذكر نورمان ميلر ومارك جولد ( ١٩٩١ ) أن الدراسات التي أجريت على أطفال أسر المدمنين في كل من شمال أمريكا وغرب أوروبا قد أوضحت أن الأطفال الذين يتthمون إلى آباء مدمنين للكحوليات يشيع بينهم الإدمان ( Not. mans Miller & Matks gild, 1991 p. 31 )

الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمتين للكحوليات يزيد معدل إنتشار الإدمان بينهم على نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمتين ، وذلك رغم التتشله في بيئة التبني حيث لا يوجد إدمان (Anthenelli & Schuckit A, 1992, pp. 39 - 50)

### النظريات التي فسرت ظاهرة الإدمان :

هناك عديد من النظريات التي فسرت ظاهرة الإدمان ومنها رأى المعالجين النفسيين ، والصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك المرضي تجري كالتالي : «إحباط لا يقوى الراسد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعى مناسب سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط ، أو لاستعداد نشوى قوامه عدم القدرة على إحتمال الإحباط والأغلب أن يكون ذلك مزيجاً من العاملين معاً . وتؤدى نتائج الإحباط الصدمي للنفس الى توتر يؤدي بدوره إلى التكوص إلى أنماط من السلوك تتميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحيط .. وإذا تساءلنا عن المرحلة التي ينتهي إليها سلوك متعاطي المخدرات فهي مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتهي إليها المرضي بذهان ، الهوس والإكتئاب ، أى المرحلة الفمية المتأخرة ،

( مصطفى زبور ، ١٩٨٢ ، ١٩٤ ، ١٩٥ - ١٩٦ )

ولذا فإن المدمن هو شخص محبط ومكتئب ، ويتميز بالعجز والسلبية تجاه العالم .

( أحمد فائق ، ١٩٨٢ ، ٤٢٠ )

كما أكد تشارلز ونيك ( Charles Winick , 1980 ) أن مدمى المخدرات بصفة عامة يميلون إلى التبرير Rationalisation لتعاطيهم ، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكر والإثاث والإحساس بفقدان الدور الفعال في صنع ما يجرى داخل المجتمع ( Charles W. 1980 , p. 22 ) ولذا فإن الإدمان ما هو إلا عملية هروبية تعنى تدمير جانب من الموضوعات ، وجانب من المشاعر ومن الآتا الذى يحيى هذه المشاعر أى تزوير الواقع النفسي وإكاراته .

( فرج أحمد ، ١٩٦٤ ، ٤٢٢ )

كما أجمل سعد المغربي عدداً من السمات التي تميز الصورة العامة للمدمرين في صيغة نظرية التحليل النفسي ( سعد المغربي ، ١٩٨٤ ، ٤١٩ ، ٤٢١ ) كما أن هناك عدداً من الدراسات التي أيدت وجود سمات تميز شخصية المدمرين ، فقد

أجرى هوفمان Hoffmann, II عدداً من البحوث على نزلاء مستشفى ولاية مينيسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية وهم من مدمني المخمر ، روجد أن إدمان المخمر يرتبط لدى المدمنين بعدد من الخصال الشخصية غير السوية مثل : الإكتئاب ومشاعر الذنب، والخجل من الذات ، والشعور بفقدان القيمة ، وإنعدام الدور ، إضافة إلى الاعتماد على الآخرين ، والسلبية ، وإنخفاض سمات الاستقلال والسيطرة على النفس وتحمل الآلام ( Hoffmann, H. 1970 Hoffmann, H. 1970 App. 23 - 26 ) (B0 pp. 166 - 171 )

كما وجد هوفمان أيضاً أن تقدم العمر يؤدي إلى تدهور في عديد من سمات الشخصية مثل زيادة الانطوائية عن الآخرين ، وتدحر درجات الذكاء ، ونقص القدرة الجنسية الغيرية ، والإهانة السيكوباتي والسيكاستي والمخاوف المرضية والسلوك القهري مع ميل إلى الخضوع - 559 ( Hoffman , H. & Nelson. J. 1971. pp. 134 - 146 ) ( Hoffman , H. & Nelson. J. 1971(A) pp: 46 - 562 )

فإذا تناولنا رأي علماء النفس السلوكيين في تفسير ظاهرة الإدمان فإنهم يرون أن الإدمان عملية متعلمة ، وأن البيئة التي يتواجد فيها الفرد لها دور فعال ، إلا أنهم يرون أن هناك عديداً من الأفراد من يتعرضون للمخدرات في بيئة لكتهم لا يتعلمون الإدمان .

( سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٥٢ ) ، ( عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٤٦ ، ٤٧ )  
( بيترلوري ، ١٩٩٠ ، ٥٩ )

كما أن هناك عديداً من الأسباب المهيأة للإدمان مثل توافر المخدر وسهولة الحصول عليه ، وضغط الرفاق إضافة إلى عدم توفر النموذج والقدوة في بيئة المدمن والمعاناة من القلق والظروف المعيشية الصناعية .

( عبد العزيز بن عبد الله الدخيل ، ١٩٩٠ ، ١٠٩ ، ١١٦ - ١١٣ )

أما رأى علماء الاجتماع في تفسير ظاهرة الأدمان فإنهم يرجعون الإدمان إلى طبيعة ومشاكل المجتمع الذي يتواجد فيه الفرد ، إلا أن هناك ظواهر عامة تسود المجتمع ككل خاصة السلوك المنحرف مثل الإجرام والإدمان والبغاء وغيرها .

( عبد الحكم العفيفي ، ١٩٨٦ ، ٦٣ ، ٦٤ - ٦٥ )

ولذا فقد حظيت الأسرة بالعديد من الدراسات مثل دراسة D. G. Hunt 1975 ، والذي تناول العلاقة بين الآباء والأبناء وطبيعة المناخ الأسري وقد

وجد أن البيانات الأسرية الفرضية والديكتاتورية يسود فيها التعاطي كرد فعل لهذه العلاقة غير السوية ، بينما يكاد ينعدم التعاطي في العلاقات التي يسودها جو من الألفة وتبادل الرأي بين الآباء وأبنائهم (D.G. Humt, 1975 pp: 267 - 285 ) وهي نفس النتيجة التي أكد عليها هاندلبي ومارشر ( ١٩٨٧ ) من حيث أهمية دور الأسرة في دفع الأبناء من عدمه إلى سلوك التعاطي أو الإنحراف ، وكذا القرآن وتأثيرهم في التعاطي من عدمه - ( Nanelledy , J. D. & Melcer G. W. 1982 pp . 151 ) ( 164 ) ولمتداداً لتأكيد دور الأسرة كشفت دراسة ويلسون ( Wilson 1980 ) عن وجود العديد من العوامل التي تقود المراهقين إلى تعاطي المخدرات مثل غياب دور الوالدين في الإشراف والتوجيه أو الإهتمام بسلوك أبنائهم ، وأن تجاهل الآباء لسلوك الأبناء .. أين كانوا .. ومتى يعودون .. ولماذا يتأخرؤن .. كل ذلك يمثل الأراضية الخصبة للإنحراف والإدمان ( Wellson H. 1980 pp. 203 - 235 ) كما أكد موريس ( Morris 1983 ) على الدور الذي يلعبه غياب الوالدين أو أحدهما في تعاطي المخدرات ، حيث أجرى دراسة مقارنة بين الأسرة المفككة ( أو المتصدعة ) ، والأسرة ذات البنيان المتماسك ( غير المتصدعة ) وقد وجد سيادة سلوكيات التعاطي والإنحراف لدى أبناء الأسرة المتصدعة وقد عزا ذلك إلى غياب مشاعر الأمان والحب والطمأنينة والتوصيل الإنساني Human Comunaction وسيادة مشاعر الحرمان ( Earl W., Morris, 1983 pp. 1 - 2 ) وهي نفس النتيجة التي توصل إليها مصطفى سيف وزملاوه ( ١٩٩٥ ) في دراستهم عن تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعات

( مصطفى سيف وأخرون ، ١٩٩٠ ، ٤٤٣ - ٤٤٤ )

كما أن المناخ غير السوى إنما يوحى للفرد بأنه مبذود ومرفوض من قبل أسرته ، وأن هذا الشعور في حد ذاته يرتبط إرتياحاً إيجابياً بتعاطي الماريجوانا كما وجد كابلن وأخرون في دراستهم ( Kaplan et al , 1984 , pp. 270 - 189 ) كما أن العلاقات المخلطة مع الأسرة وانعدام أساليب التكيف إنما يؤكّد بصورة قاطعة الاتجاه نحو التعاطي ( Laux & Evns, 1992 pp. 193 - 202 ) ، كما أن هناك العديد من النظريات الاجتماعية التي فسرت السلوك الإجرامي مستندين إلى نظرية التقليد تنازد ، ونظرية الإختلاط الفاصلني لسندرلاند ، حيث إن النظريتين قد أوضحت بعض العوامل ذات الارتباط بتعاطي المخدرات .

( سليمان بن قاسم الفالح ، ١٤٠٩ هـ ، ٦٥ - ٦٧ )

أما تفسيرات علماء الفسيولوجيا للإدمان فيرى أنصارها إن المدمن إنما يقع ضحية للتأثيرات الفسيولوجية التي يحدثها العقار في جسمه حيث يجد نفسه مضطراً للتعاطي .

( عبد الوهاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٧٦ - ٢٨٠ )

كما يفسر (جيلاينيك ١٩٦٠) إدمان الخمور من الناحية الفسيولوجية على أساس أن العوامل الحضارية هي المسببه لبداية عادة الشرب ومع الاستمرار في التعاطي قد يجد الفرد صعوبة في التوقف .

( عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ٨٢ - ٨٥ )

ولعل هذا يفسر لنا إستمرار المدمن في إرتکاب الجرائم ليستمر في إدمانه .

( جون ج . نايلور ، ١٩٨٥ ، ١٥١ )

وتعتبر التفسيرات البيولوجية هي الخطوة المكملة للبحوث التي أجريت في مجال وراثة السلوك الإدماني ، حيث أن التغيرات البيولوجية قد نهضت لنوضيح الكيفية التي يتم الوراثة وخاصة في مجال إدمان الكحوليات .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ٧٠ )

وهو ما أكدته دراسة Robettel et al عام ١٩٩٢ من خلال التأكيد على العامل الوراثي والتأثيرات البيولوجية للتعاطي ( Robert , M. et al, 1992 pp. 39 - 48 ) . وتتفق مع مصطفى سيف ( ١٩٩٦ ) في أن مثل هذه الدراسات قد أجريت بالفعل على إدمان الكحوليات وعمم نتائجها على إدمان سائر المواد المخدرة الأخرى ، رغم ما ينطوي عليه هذا التعميم من إحتمالات الخطأ .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٦ ، ٦٧ )

ولعل مشكلة إدمان الكحوليات واستفحالها في المجتمعات الغربية يحتم إجراء العديد من الدراسات حول مدمنى الكحوليات لدرجة تحصيص مجلة لنشر نتائج بحوث إدمان الكحوليات والمخدرات Aleonol and Drug . Journal of

أما عن التفسيرات البيولوجية للإدمان فتهاضم على أساس أن مخ الإنسان يحتوى على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات المنبهة من خلية إلى خلية أخرى ، كما أن هناك ثلاثة نظريات نفس الإدمان من خلال المنظور البيولوجي .

( عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٤٩ ، ٥٠ - ٥١ ؛ هانى عمروش ، ١٩٩٣ ، ٣١٣ )

( عبد الرحاب محمد كامل ، ١٩٩١ ، ٢٨٢ ، ٢٩٣ - ٢٩٤ ) ، عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٨ - ٩٠ .)

كما أن هناك وجهة أخرى تربط بين طبيعة إصابة الفرد بمرض سيكاتری أو نفسي معين ، وطبيعة إدمانه لعقار معين ، ولقد عرض Roger D. Weiss. 1992 لوجهة النظر هذه من خلال استعراضه لعدد من الدراسات التي إسْتَطاعت التوصل إلى إيجاد علاقة ارتباطية بين إصابة الفرد بمرض كالفالق Anxiety والإكتئاب Depression أو الهاوس Mania ، حيث إن الفرد يلجأ إلى المخدر ويُسْعى لاستعماله أو يعتمد عليه دون أن يستبصر بالعواقب التي تترتب على إدمانه هذا ، ولذلك يظل اعتماد الشخص على مخدر معين دون آخر في حاجة إلى صنورة التعرف على الاحتياج السيكولوجي الذي يشعه هذا المخدر لديه - Roger Weiss.1992, pp. 137 - 145 ، كما أن هناك وجهة نظر تقسم أشكال التعاطي إلى التعاطي التجربى ، والتعاطى العرضى ، والتعاطى المنتظم ، والتعاطى الكثيف أو القهري .

( أحمد عبد الله السيد ، ١٩٩٠ ، ٩٦ - ١٠٠ )

ولقد قام L. Baner بالتعرف على العديد من نتائج البحوث التي أجريت في مجال السيكوبيلوجى Psycho Biology والمرتبطة بعملية الإشتياق Crving إلى المخدر وعلاقة ذلك بالإنتكاس Relapse فتوصل إلى تحديد عدد من المؤشرات البيولوجية والتي ترجع لاحتمالية هذا الإلقاء ( Lonce O. Baner, 1951 , pp. 51 - 55 . )

#### وجهة نظر المجتمع في الإدمان :

إذا إنطلقنا إلى العنصر الثالث من حلقات ( الفعل الإدمانى ) وأقصد به وجهة نظر المجتمع إلى الإدمان ، حيث لاحظ العلماء وجود فروق ثقافية وحضارية في تعاطي المخدرات ، حيث إن بعضها يكون مفضلاً في ثقافة معينة دون الأخرى .

( سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣٤ - ٥٣٤ ) ، ولعل نظرة إلى الإحصاءات التي قدمت في هذا المجال من حيث نوعية المدمنين ، وكمية المضبوبات من مخدر معين ، والسمات النفسية العامة والشائعة لهذا المجتمع أو الحضارة كل ذلك يعطي فكرة عن طبيعة المخدر ( المفضل ) في ثقافة وحضارة ما .

ففي دراسة لكودير (1973) على تعاطي القنب Cannaps في رواندا لاحظ إن انتشار هذا العقار لدى القبائل ذات المكانة الاجتماعية الدنيا . في حين لا ينتشر تعاطي الحشيش بين الجماعات المحبيّة بهم ذات المستوى الاجتماعي الأرقى ( Codere H. 1973, pp. 1 - 16 ) . في حين وجد جونز Jones 1975 أن تدخين

الخشيش بين قبائل التونجا Tonga مسموح به كجزء من الإطار الحضاري بل وتوجد شروط على الجميع الالتزام بها ( Jones A. D. 1975 . pp. 292 - 332 ) أما مكجلوثين 1975 . Meglothlin ، فقد استفاض في شرح المناخ الاجتماعي والثقافي في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الخمسينيات وأوائل ستينيات ، وانتشار تعاطي القنب بين الشباب في هذه المرحلة وخاصة المذكورين إلى حركة ( الهبيز ) آنذاك ( Mcglotin W. H. 1975 . pp. 45-84 ) ، وبعد كاميرون Cameron ( 1978 ) من أشهر العلماء الذين قدموا إستعراضاً طبيعية المشكلة في عديد من دول العالم مثل إيران ، والهند ، وتايلاند ، وسنغافورة ، وهونج كونج ، والفلبين ، واليابان ( D. Cameron . 1978 . pp. 1267 - 1271 ) ، في حين ينتشر تعاطي الكحوليات في الولايات المتحدة الأمريكية .

( عبد الحليم محمود ، ١٩٧٢ ، ١٤٢ ، ١٤٤ )

وتعاني فرنسا ، وكندا ، وأنجلترا ، وهولندا ، وبولندا ، وإيرلندا ، والذريع من مشكلة تعاطي الكحوليات .

( أحمد درويش ، ١٩٩٢ ، ٢٢ ، ٢٤ - ٢٦ ) ، ( عبد الحليم العفيفي ، ١٩٨٦ ، ٢١٥ )

( عبد الرحمن مصيفر ، ١٩٨١ ، ٢٦ )

في حين لو نظرنا إلى المخدر المفضل في البلاد العربية نجد الخشيش ، كما في لبنان .

( غسان يعقوب ، ١٩٩٦ ، ١٤٤ )

صنافة إلى اندلاع الحرب الأهلية بها والتي أدت إلى تعاطي المخدرات وبصورة ويانية ( آلان لا بروس ، ١٩٩٣ ، ٩٥ ) ، كما ينتشر تعاطي الخشيش في الأردن وسوريا والقدس ، كما أوضحت خبرة كارتياس ( خبرة كارتياس ، ١٩٨٩ ) . وهو ما أكدته فتحى عيد ( ١٩٨٧ ) والذي قام بتحليل لحجم المصبوّطات من المول المخدرة على مستوى العالم .

( فتحى عيد ، ١٤ ، ١٩٨٧ )

ولذلك فإن استخدام أو تفضيل عقار معين في حضارة معينة [إما يتبّع من الاحتياج النفسي لهذا العقار ( فعلى سبيل المثال استخدم الشعب الصيني الأفيونات لأنها يتناسب وطبيعته من حيث أن الصيني مهدب وهادئ ومطين على عكس الجزيرة العربية والتي كانت يسودها طابع العنف فانتشر استخدام الخمر ، أما في مصر فإنه في

عصور الإنكماش والإستعمار إننشر تعاطي الحشيش .

( طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ١ )

ذلك أن موقف الحضارة من المخدر إنما يتدرج حول عدة محاور . ولقد قام بيتمان pettman بتقسيم إتجاهات الحضارات المختلفة نحو شرب الخمر إلى :  
الحضارات الممتعة ، والحضارات الأردولاجية ، والحضارات المتساهمة .

( عادل دمرداش ، ١٩٨٢ ، ٦٢ - ٦٥ ) ، ( طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ١٤ - ٤٤ ) ،

( عبد المجيد منصور ، ١٩٨٦ ، ١٢٦ - ١٣٤ )

وهذا تتحقق أهمية الفروق الحضارية والتي تلعب دوراً بارزاً في نشأة الإضطرابات النفسية والتي من بين أعراضها الإدمان ، والتي تزيد بصورة واضحة في المجتمعات ذات الإيقاع السريع اللافت ، وهنا يلجأ الفرد إلى مختلف أساليب الهروب والمرض ومن بينها المخدرات هروباً من الواقع المحيط القاسي إلى واقع بديل ( محمد رمضان ، ١٩٨٨ ، ١٨٦ )

### هل الإدمان جريمة أم مرض ؟

وكما تعرضاً للإدمان في إطار عبر حضاري وطبيعة نظرية المجتمع له تقتضي مما الضرورة العلمية أن نعرض بسرعة لطبيعة النظر إلى الإدمان : وهل الإدمان مرض أم إنحراف سلوكي يستوجب العقاب ؟ وذا كانت المخدرات قد عرفها الإنسان منذ القدم واستخدماً لأغراض شتى ( D. Pausubel , 1966 , p. 5 ) فلماذا تحولت المخدرات إلى كارثة في هذا القرن ، وفي هذا المرحلة التاريخية بالذات ؟

ولاشك أن الإجابة على هذا التساؤل تقودنا إلى عديد من المسلمات منها أن ظاهرة الإدمان أصبحت عالمية ولم تعد قاصرة على مجتمع معين .

( عزة حجازي ، ١٩٩١ ، ٢٩ - ٣٠ )

كما أن الإدمان لم يعد قاصراً على الطبقات الاجتماعية الدنيا كما كان الحال في القرن التاسع عشر .

( فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ، ١٠ )

كما أن جميع الدول تصنم القوانين وتضع العقوبات الرادعة في محاولة للحد من ظاهرة الإتجار أو التوزيع أو التعاطي . ورغم ذلك يتزايد الإدمان .

( نايف المرؤاني ، ١٩٩٣ ، ١٥ - ١٦ )

كما حدثنا مارك جرثمت (1995 , Maek Griffiths ) عن نوع آخر من الإدمان هو إدمان التكنولوجيا Addicties Technological أو إدمان الآلات العلمية Machine ddicties ( ولعل أوضح صور الإدمان هنا هو إدمان الإنترن特 ) وذكر بأن هذا النوع من الإدمان وإن كان يختلف عن إدمان المواد الكيميائية إلا أن السلوك الإدماني يكاد يتطابق في كلا النوعين من الإدمان (Mark Griffiths 1995, pp. 14 .- 19 )

ولعل الموقف من الإدمان في الغرب كان في البداية التحرير ، فكان ينظر إلى المدمن على أساس أنه مجرم ومسئولي عن إدمانه شأنه شأن اللص والقاتل فيسجن ويُعاقب ، إلا أنه مع تفاقم مشكلة الإدمان وإنشاره كالوباء واتصاف إمكانية علاجه ولو جزئياً تحول الرأي إلى اعتبار إدمان الخمر مرضًا ، ولم يتم ترسخ هذا المفهوم إلا منذ عام ١٩٥٦م ، حين اعترفت رابطة الأطباء الأمريكيين بإدمان الكحول بأنه مرض وقد جاء هذا الاعتراف بعد الجهود الجبارة والتي قام بها الطبيب الأمريكي جيلنوك Jellinek E. M. والذي أدخل هذا المفهوم في كتابه المعنون بإدمان الكحول مرضًا (Jellinek E. M. , ١٩٦٠) . إلا إن المشكلة في الغرب لم تنته إذ تم الاعتراف بأن مدمني الخمر مرضى ، ولكن مدمني المواد الأخرى ظلوا في نظر القانون الغربي مجرمين ، وقد اقتضت أخيراً أكاديمية نيويورك الطبية بأن المدمن مريض وليس مجرماً ، وربما يرتكب أعمالاً إجرامية في سبيل الحصول على عقاره وليس من العدل في شيء أن نعتبره مجرماً .

( روپرٹ س. دی. روپ ۱۹۷۴ء، ۱۶۴، ۱۶۹)

وهو يفعل ما تحقق حيث نجد Normans, Miller في فصله المعنون Drud

يسطلع آراء عدداً من الناس حول طبيعة النظر إلى الإدمان على أساس أنه مرض أم لا وقد اتفقت الآراء حولحقيقة خلاصتها أن الكحول وباقى المخدرات مرض يستحق الوقاية العلاجية (Notmans Milles, 1991, pp. 295 - 308) ، ولعل تفاصيل مشكلة الكحول في الغرب قد جعلت الكثير من الباحثين يتصدون بشكل موسع لإدمان هذا العقار ، وإن كان بعضهم مثل Mary J. Kreek (١٩٩٢) قد ذكر صراحة بأن الإدمان على أي مخدر مهما كان - فهو مدين مريض The Addict as Patient وذلك لأن الأدمان يسبب مشاكل طبية Mcdical Problems ، ومشاكل واضطرابات نفسية

وعلقية قد ذكرت في الـ R D.S. MII ، إضافة إلى أن هناك عديداً من الشخصيات المهدية للإدمان مثل الشخصيات السيكوباتية ، وهي شخصيات يكون الأمل معذوماً في شفاءها ( Mary Kteek, 1992, pp. 992 1009 ) .

أى أن مفهوم الإدمان كمرض ظهر أول ما ظهر على مدمى الكحوليات ثم بعد ذلك امتد ليشمل مدمى المواد الأخرى ( 5 - 3 . Cry Leuson et al . 1993, pp . 27 - 44 ) ورغم ذلك فإن الجدل ما زال مستمراً بين أنصار أن الإدمان مرض . وبين أصحاب النظرية السلوكية أو الذين يأخذون بنظرية التعلم الاجتماعي ، ذلك أن المدمنين قد لا يعون بأنهم مرضى يستحقون العلاج .

( محمد حمدى الحجار ، ١٤٢٢ هـ - ٢٧ ، ٤٤ )

علماً بأنه قد زادت مناقشات في البداية بين علماء الأدمان على أساس هل الإدمان مرض نفسي أم عضوي ؟

( نبيل الطويل ، ١٩٨٥ ، ٥٨ - ٦٠ )

بيد أن المتصفح لغالبية كتب « الطب النفسي » يجدها تفرد باباً خاصاً للإدمان على أساس أنه مرض ، له علامات ، وعوامل مهيئة . وطرق للعلاج .

( سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٤٣١ - ٤٦٢ ) ، ( عبد الرؤوف ثابت ، ١٩٩٣ ، الباب السابع ) ، ( محمود حمودة ، ١٩٩٠ ، ٢٨ - ٢٣١ ) ، ( الزين عباس عمارة ، ١٩٨٦ ، ٢٥٠ - ٢٧٧ )

كما أن التصنيف الأمريكي الرابع المعدل D S M IV يفرداً باباً بعنوان : إضطرابات المواد الفعالة نفسياً ، حيث يتناول كل مادة مخدرة بوضع إجراءات أو محكّات Crit. eria وكذا الأعراض الإنسحابية Withdrawal ، والتشخيص Diagnosis ، والإضطرابات النفسية أو الجسمية أو العقلية التي قد تترافق أو تنتجه عن إدمان عقار ما ( D S M IV, 1994, pp. 175 - 272 )

كما أن العلاقة بين الأدمان وإضطرابات الشخصية قد أثبته عديد من الدراسات تذكر منها دراسة كوستن وأخرين ( Kosten T. et al , 1982, pp. 572 - 581 ) ودراسة كانتزيان ( Khantsian E. & treece C. 1985, pp. 1067 - 1071 ) ودراسة نيس وأخرين ( Nace E. et al. 1991, pp. 118 - 120 ) ودراسة برونز وأخرين ( Broner R. et al. 1993 , pp. 313 - 319 ) ومحمود رشاد ١٩٩٧ .

كما قد يكون الإدمان ناتجاً أو سبباً أو يسير جنباً إلى جنب مع مشكلة المرض النفسي ، وهذا تظهر مشكلة : التشخيص المزدوج Doul Diagnosis حيث يعاني الفرد من مشكلة إدمان مع مشكلة نفسية أخرى . Richardik et al . 1993 , pp . 131 - 138 )

ويتبين تقبل الإدمان بأنه مرض يتقبل حقيقة أن العمليان الفسيولوجية والتمثيل الغذائي لدى المدمن تختلف تماماً عن مثيلاتها لدى غير المدمن ، خاصة في حالة إدمان الكحول .

( لطفي فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠ )

أما الموقف من الإدمان في مصر فقد أتجه نحو تغليظ العقوبة .

( مصطفى سيف ، ١٩٩٠ - ٩٦ )

وهو ما أكدته عبد العزيز الجندي ( النائب العام السابق ) حيث تناول من خلال العرض التاريخي للتشريعات المصرية الميل إلى تغليظ العقوبة حتى وصلت إلى الإعدام .

( عبد العزيز الجندي . ١٩٩٤ ، ١٣١ - ١٦٦ )

ثم أوضح أن التشديد لم يمنع جريمة التعاطي والإتجار ويرى بضرورة وضع استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ، ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان ، يكون القانون أحد حماورها ولكنه ليس المحور الوحيد

( عبد العزيز الجندي ، ١٩٩٤ - ١٦٩ )

وهو نفس ما ذهب إليه مدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في مصر في الورقة التي قدمها إلى ندوة علاج المخدرات .

( عصام الترساوي ، ١٩٩٤ ، ١٩١ - ٢٠٨ )

وهذا تباين الآراء فيرى يحيى الرخاوي بضرورة الإبادة للمروج ، وعزل المدمن في الصحراء ( يحيى الرخاوي ، ١٩٩٣ ، ٨١ - ٨٢ ) ، في حين يرى محمد شعلان ( ١٩٨٦ ) بأن العقاب لا ينفي ، وأن مشكلة الإدمان لها جذور في المجتمع ، وما لم تعالج هذه الجذور فلن تحل المشكلة بالقانون أو حتى بالإعدام .

( محمد شعلان ، ١٩٨٦ ، ٥٢ - ٦٨ )

كما أن هناك العديد من إجراءات القصور في الضبط مما يؤدي إلى صدور أحكام ببراءة المروجين

(أحمد أبوالروس . ب. ت ، ١٠٢ ، ٤٠٠)

وإن كان هناك إعتراف الآن متزايد في مصر بضرورة علاج المدمنين ومنهم فرضا للعلاج .

أما في دول الخليج العربي - المملكة العربية السعودية نموذجا فإن الموقف ينراوح بين الإعتراف بالإدمان كمرض ولذا فقد تم إفتتاح ثلاث مستشفيات لعلاج الإدمان ، وبين العقاب ، ومنع أي مدمن أربع فرص للعلاج . فإذا تكرر دخوله إلى المستشفى (أي المرة الخامسة) يمكن بذلك قد أرتكب جريمة التعاطي ويعاقب عليها . علما بأنه تم القاء القبض عليه في أي وقت - بصرف النظر عن عدد الفرص المتاحة له - من قبل مكافحة المخدرات تحرر له قضية .

#### في علاج لإدمان :

إذا كانت هذه وجهة النظر التي حاولنا في عجالة إستعراضها حول مرضي الإدمان فإن ذلك يقودنا إلى الحديث - أيضا في عجالة - حول الخطوط الرئيسية لعلاج الإدمان وهذا عده إتجاهات لعلاج الإدمان ، فيرى علماء الطب النفسي أن علاج الإدمان يكون في التخلص من الأعراض الناجمة عن التوقف عن التعاطي علما بأن التوقف عن تعاطي كل مادة مخدرة يكون لها أعراضها الإنسحابية ، كما قد تتعرض بعض الحالات وبشكل مفاجئ إلى ما يسمى بأعراض الذهان التسممي Toxic Psychosis وما يرافقه من هلاوس وخداعات قد تصل في بعض الحالات إلى إيهام الغير (Arig A. & Wesretmeyer. 1988. p 195) ، وهذا يأتي دور الطبيب في التعامل مع الأعراض الإنسحابية Withdawal Syndrome سواء كانت في مرحلتها المبكرة أو المتأخرة - 48 (Domenic A. et al, 1991.pp. 48) 36 ولم يقتصر دور الأطباء النفسيين في مصر على التعامل مع الأعراض الإنسحابية بل قاما بنشر الوعي بداء الإدمان .

(يسرى عبد المحسن ١٩٨٩ ، ١٩٩٠ ، ١٨٤ - ١٨٥ ) ، (إحمد شوقي العقاوى ، ١٩٩١ ، ٢١٤ - ٢٢٠ )

أما علاج الإدمان من وجهة نظر علماء النفس فيرون أنه بعد المرور بمرحلة الأعراض الانسحابية لا بد أن ينتظم المريض في العلاج النفسي حتى يستبصر

بالدروافع التى قادته وتقوده إلى الإدمان أو الانكماش ، وفي هذا الصدد ذكر مصطفى سويف (١٩٩٠) علاج الإدمان - الخبرة المصرية فى إطارها الحضاري (مصطفى سويف ١٩٩٠، ٨٣ - ٩٥) ، كما يتحدث أيضاً عن السياسة الوقائية المتكاملة فى مواجهة مشكلات الإدمان (مصطفى سويف ، ١٩٨٨)

وأن هناك طريقاً آخر فى مكافحة المخدرات وهو طريق خفض الطلب (مصطفى سويف ١٩٩٠) . فى حين يرى عبد الحليم محمود السيد (١٩٩١) فى إطار تعليقه على البحوث المسحية الوبائية والتى تجرى بواسطة لجنة البحوث الدائمة بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية أهمية التركيز على رسم سياسة وقائية كهدف استراتيجى لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات . ( عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٩٣ - ٣٢٩ - ٣٣٩ ) ، وفي هذا الإطار تقدم لطفي فطيم (١٩٩٤) بعرض خبرته فى العلاج النفسي الجماعى لمدمنى المخدرات . ( لطفي فطيم ، ١٩٩٤ ، ٢٠٠ - ٢١٨ )

ثم قدم ذلك خطة عمل علاجية وفقاً لمراحل مرضى الإدمان ( لطفي فطيم ، ٥٨ - ٦٢ ) ، وقدم محمد حمدى الحجار (١٤١٢ هـ) نموذجاً لما يمكن أن تساهم به مدارس علم النفس فى علاج الإدمان خاصة مدرسة العلاج الإنفعالي ( محمد حمدى الحجار ١٤١٢ هـ ) ، وكذلك قدم أرونت بك (Aaront Beck 1993) وأخرون إمكانية تطوير فنيات العلاج النفسي المعرفى فى التعامل مع المدمنين ( Aaront Beck 1993 )

وليس هذا فحسب بل إن العلاج النفسي الحق هو الذى يأخذ فى اعتباره كيفية التعامل مع مشاعر المريض خاصة تلك المتعلقة بالقلق المرضى ( جيبيل ريدلىنى وأخرون ، ١٩٩٥ ) ، كما أن العلاقة بين إصابة الفرد بالإكتئاب ولجهونه إلى الإدمان كعلاج ذاتى أمر شائع لدى المدمنين ( مارك ووردن ١٩٩٤ ) ، كذلك لابد من التعامل مع ميكانيزم الإنكار (ويليام . س. نيلي ١٩٩٤ ) ، كما أنه ليس من السهل على الأسرة أن تعرف بإدمان أحد أبنائها بل وتحتاج للأسرة دروساً من الإنكار والتهاون لا حدود لها ( مارى . أم ١٩٩٣ ) . وكذلك لابد أن تأخذ فى الإعتبار كيفية التعامل مع الإنكماشة ( تشارلز و. كرورا ١٩٩٤ ) . إضافة إلى ضرورة تدريب المدمن على التعامل مع الغضب ( Leomadow 1972 ) أو كيفية تعامل مع الخجل Shane أو عدم القدرة على توكيد الذات فى المواقف المختلفة ( Hosilden 1981 ).

إذا تناولنا جهود علماء الإجتماع فى علاج الإدمان ، فقد انصبت الجهود على

أسرة المدمن ، وإمدادها بالمعلومات الكافية لفهم المدمن والتعرف على العلاقات المندمرة بالإنتكاس ومحاولة مساعدته على إحتيازها (Revised Edition ١٩٨٨ ، ٩٠ - ٩٥) كما يجب القيام بالعلاج الأسرى لأسر المدمنين ( محمد أحمد النابلسي ، ١٩٨٨ ) كما يجب أيضاً أن يشمل العلاج مشاعر الرفض والتبذل لدى المدمنين . ( محمد حسن غانم . ١٩٩٤ ، ٥٧ - ٥٢ ) كما أن للآباء دوراً هاماً في تعاطي أولادهم المدمنين من الإدمان (باربراكوثمان بكل ١٩٩٤ ) ، كما أن الإهتمام بدينامييات الأسرة والأدوار التي يمكن أن تساهم من خلالها في علاج الإدمان وزر إضطرابات أخرى قد أكد عليه سلفادور مينوشن Sladar Minuchin ( ١٩٨٠ ) ، وجاي هالي Jay Haley ( ١٩٨٠ ) حيث إن الإدمان يقود إلى إضطراب شديد في دورة حياتها Maly . J Life Cycle ١٩٨٠ . كما أن طبيعة الإدمان لدى الأسرة يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة مع الإيمان (David J. et al, 1991 , pp. 822 - 879 )

فؤذاً إنتقانا إلى العلاج للإدمان من وجهة نظر السلوكيات فسوف نكتفى بذكر طريقة H. Boudin . بون H. Boudin وهى في جملها طريقة مرنة ، ويمكن أن تطبق على المدمن أما دخل المستشفى أو من خلال متابعة لوحدة الرعاية المستمرة Afier Care وتنهض هذه الطريقة في قيام المعالج بتدريب المريض على كيفية ملاحظة ذاته ورصد كما ما يصدر عنها من أنماط سلوكية ، إضافة إلى تدريبه على تقييم الذات Self evan - Luation . ثم يقوم المعالج بمساعدة المريض على تغيير الأنماط السلوكية والتي قد تقود إلى الإننكاس ( Boudin H.H, 1977 , pp. 1 - 16 ) .

أما عن علاج الإدمان من وجهة نظر جماعات المدمن المجهول (A.A) فقد مررت بمراحل وأطوار متعددة استحقت بحق أن تكتب قصتها (Alcoholics 1976 ) كما أن منهمهم في العلاج يقتضي صدوره الإلتزام بالاثنتي عشر خطوة (Helcon p. 1992 . pp. 248 - 314 ) ، وكذلك التأكيد على جماعة المساعدة الذاتية Sup potgroups ، ومساعدة الذين سقطوا في مرض إدمان المخدرات (Jetome E. S. 1991 , pp. 1255 - 1270 )

كما أن على مرشدى التعافي (C.D.C) صدوره أن يعي تأثير الإدمان على أفراد الأسرة وخاصة في الحالات المزمنة (Madilineic el al . 1994 , pp. 15 - 18 ) إلا أن هذه الأفكار لم تظل حبيسة المجتمع الأمريكي بل إننتقلت إلى كافة جهات العالم ( لطفي فطيم ١٩٩٤ . ١٩٨ )

إلا أن المشكلة في مثل هذه الجمعيات أن الطريقة العلاج فيها غير منتظمة ،  
كما أنه من الصعب تقويم فعاليتها بدقة

( عبد العزيز الدخيل ١٩٩١ ، ١٢٢ )

أيضاً هناك إتجاه لعلاج الإدمان من خلال الإزعاج الحيوي Biofeed Back وهذا العديد من الدراسات التي أكدت ذلك ومنها دراسة بنستون وكالكوس ( Peniston N.E.G. & Kvlkosy . 1990 pp. J . 37 - 55 ) وكذا دراسة ديني وأخرين ( Denney M. el al, 1991, pp. 335 - 341 ) ودراسة ديني وباف ( Denney M. & Bavy, 1992 pp. 1293 - 1300 ) ودراسة فارونس وزملاؤه ( Fahtions Lal , 1992, pp. 347 - 552 ) وقد أكدت هذه الدراسات على أهمية تدريب المدمن على التحكم في العمليات الفسيولوجية من خلال استخدام أجهزة خاصة بذلك ، وتقليل الشوق إلى المخدر وبالتالي تجنب الوقوع في الإنكسار .

وأخيراً علاج الإدمان من وجهة نظر رجال الدين ، فنرى أن الأديان كافة قد نهت عن إيهاد البدن وإيهاد الآخر ، كما أن الإسلام - على سبيل المثال - قد إتجه إلى معالجة هذه المشكلة عن طريق التدرج ، وأن الفرد الذي لا ينتهي قد وضع له أمرین : الأول : العزيز ، الثاني : إقامة الحد .

( سعود بن عبد العزيز التركي ، ١٤١٣ هـ ٤٦٨ ) ، ( أحمد على طه ريان ١٩٨٢ ، ٢٠٤ ) ، كما إن الإسلام قد وضع مقوله : إن كل مسكر خمر ، وكل خمر حرام ، للرد على إدعاءات البعض بأن بعض المواد المخدرة لم ينزل نص قرآنی صريح يحرمها .

( طاهر شلتوت ، ١٩٨٩ ، ٩٧ - ١٠١ ) ، كما أن هناك عديد من الدراسات التي أكدت على أهمية العلاقة بالدين في الابتعاد عن تعاطي المخدرات ، إضافة إلى تجربة العلاج النفسي الإسلامي ( أسامة الزاضني . ب . ت ) تلك كانت الإسهامات المختلفة لعديد من القضايا والتي أثارتها : المخدرات - المدمن - نظرة المجتمع إلى الإدمان .

والمدمن كإنسان له احتياجات معينة يسعى إلى تحقيقها ، ويتعرض لعديد من الضغوط ، وقد يكون لديه اعتقاد بأن أمور حياته تسير وفقاً لإرادته الداخلية ، أو تسير حسبما أتفق .

**محارب التأهيل النفسي الاجتماعي لمرضى المخدرات :**

**— مدخل إلى التأهيل Rehsbilitation —**

أثارت الترجمة الإنجليزية الكثير من المناقشات ، فكلمة Rehsbilitation تبدأ

حرف RE ومعناها بالعربية إعادة الشئ إلى وضعه الطبيعي ، وهذا لا ينطبق على حالات الصنف العقلي ولذلك يفضل استخدام كلمة Habilitatin ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولاً فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل.

( ناظك عفيفي ١٩٩٣ ، ٣٢ )

وهو ما ناقشه محى الدين حسين ( ١٩٩٤ ) من خلال استعراض لتعريف Ellison Backhout والتي تأثرت في منحاه بالنموذج الطبي الذي فيه يتحدد الشفاء بعودة المريض إلى حالة سابقة كان عليها قبل بدء المرض ويتصور أن حالة ما قبل الإصابة بالمرض هي حالة النسوية ، ولا يمكن لهذا النموذج أن ينطبق على الوضع الخاص بظاهرة تعاطي المخدرات ، إذ قد يكون الوضع قبل الدخول في خبرة التعاطي وضعياً مهيناً لهذه الخبرة وممهداً لها . إضافة إلى وجود العديد من التصورات الخاطئة التي تضمنها مفهوم إعادة التأهيل ، والذي أرتأى شتراوس ضرورة إستبعادها .

( محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٦ ، ٢٥٨ )

- **تعريف التأهيل (\*) :** تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم التأهيل ، ويتوقف ذلك على طبيعة المجال المقصود به التأهيل ( المسنين / المعوقين - حالات التخلف العقلي / التأهيل المهني ... إلخ ) . إلا أن المعنى العام من التأهيل يكاد يتفق مع هذا التعريف والذي يقصد به عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تسمح لهم بدنياً واجتماعياً بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم ، مما يمكنهم من إستغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع من هم في مرحلة العمر نفسها ( من خلال : مصطفى سويف ١٩٩٠ ، Shahendah 1985 ) . وتكتسب هذه العملية وضعاً مركزاً في صعيم العملية العلاجية من حيث كونها دافعة في إتجاه تحقيق إستمرار التعافي من الانكسار . ومن حيث كونها مؤهلاً للفرد على تحقيق موقعه في الإطار الاجتماعي كذلك فاعلية وهو ما يسمسه البعض عملية التمج الإجتماعي . Social reintegration

- ومن الجدير بالذكر أن التأهيل قد أضحت عملية أساسية في التعامل مع العديد من حالات الأمراض النفسية ( كالاكتئاب ) والعقالية ( كالفصام ) والسلوكية ( كالتعرض لحالات الإغتصاب ) أو الإصابة بالعديد من الأمراض العضوية الخطيرة

---

\* أعدنا في كتابة هذا الجزء على كتابنا : التأهيل النفسي والإجتماعي لمدمني المخدرات ، ٢٠٠٠ ، مكتبة الأنجلو المصرية .

(كالإيدز وفirus Hiv أو جلطة المخ أو الذبحة الصدرية وغيرها من الأمراض التي تتطلب برامج تأهيل للشخص . ولكن يتوافق مع الوضع الراهن وتحقيق قدر أكبر من توافق مع مؤسسات المجتمع المختلفة ( انظر على سبيل المثال : أ. لافندر ، ف. ن . واتس ، ٢٠٠٠ ، ٥٣٤ - ٥٦٣ ، سى . بندى ، ٢٠٠٢ ، ٦٥٠ - ٦٨٥ ،

( Shephevd, G. 1991 , Wilson, Balmoffat, N. 1992

- **أهداف التأهيل الكبرى :** يرى محي الدين أحمد حسين أن أهداف التأهيل الكبرى تتلخص فى :

- ١ - معاونة الفرد على الإستibusار بوضعه المرضى وملابساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الإجتماعى فى جوانبه ومظاهره المتعددة ، مع إياضح المقومات النفسية والإجتماعية والبدنية التى أسهمت فى تشكيل أو تدعيم المسار المرضى والذى أخذ صورة الإعتماد على المخدرات كأسلوب للحياة .
- ٢ - إساء دعائم الشعور بفاعليية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والإجتماعية والبدنية . ويعد هذا الهدف من الأهداف التأهيلية الهامة بالنسبة لمتعاطى المخدرات ، إذ به ومن خلاله تتعدد إمكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خبرة التعاطى وخبرات أخرى إيجابية فى مجال التعاطى .
- ٣ - إنماء الربط الفعال بين الوسائل والغايات ، إذ أنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم ، إلا أنهم يؤذون أنفسهم . كما أنهم وهم يتحركون بدافع تحاشى آلامهم يزيدون من آلامهم .
- ٤ - إنماء الإتجاهات الإيجابية تجاه الآخرين ، ذلك لأن ثقافة المخدر قد أكسبتهم العديد من السلوكيات والقيم والإتجاهات والتى جعلتهم فى النهاية يتحللون من القيم الإجتماعية على نحو أضعف لديهم إغراء التواصل资料ى مع الإطار الإجتماعى .
- ٥ - التمهيد بجهود التأهيل إلى عملية الدمج الإجتماعى بمعنى وصل الفرد بالمسياق الإجتماعى على نحو يراه السابق الإجتماعى ملائماً .

( محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٥٩ - ٢٦٢ )

- **مبادئ التأهيل :** ينهض التأهيل على مجموعة من المبادئ أهمها :

- ١ - احترام وتقدير الشخص و التعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل والثقة بامكانياته المتبقية .

- ٢ - الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للأفراد لكي يعتمدوا على ذاتهم وفي نفس الوقت لا يكونوا عالة على المجتمع .
- ٣ - ضرورة الأخذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية ، فيتم تأهيل الفرد وفقاً لخبرته الشخصية وتاريخه الاجتماعي والمرضى ، ولا يمكن الإدعاء بأن الفرد قد تم تأهيله إلا إذا كان قد شفى تماماً من الحادث نفسيًا وإنجعماً وقد استعاد مكانة السابقة في المجتمع .

( سيد عبد الحميد ، ١٩٧٦ ، ١٤٦ )

- ٤ - الأخذ بمبدأ مشاركة الشخص في وضع الخطط التأهيلية الخاصة به وبذلك يعيد الثقة إلى نفسه ، ويشعر بكيانه مرة أخرى ، ولا يشعر بأي تسلط من جانب الآخرين في التخطيط لحياته .
- ٥ - الأخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحسامية للحاجات الفردية والوعي بالمحيط الاجتماعي والإقتصادي .

( ناظك عيسى عفيفي ، ١٩٩٣ ، ٣٥ )

المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمتعاطي المخدرات :

وقد حددها محي الدين أحمد حسين ( ١٩٩٤ ) في المحاور الآتية :

- ١ - التحليل المبدئي للمشكلة والذي يعني الوقف على :
- أ - مدى الإفراط في حدوث سلوك غير مرغوب ، وذلك من منظور التكرار أو الشدة أو الإستمرار . فلتقرير أن المتعاطي يتعاطى على نحو منتظم ويرجعات كبيرة وفي ظروف مختلفة وتبينه هو نموذج لهذا النوع من التحليل المبدئي .
- ب - أن نحدد ضروب السلوك التي وجدت نتيجة التعاطي مثل : عدم القدرة على التعاطي الملائم مع الآخرين أو ضعف القدرة على تحقيق التوافق الاجتماعي .
- ج - تحديد مواطن قوة الفرد يعني هذا أن نحدد ما يستطيع الفرد أداءه حتى يمكن ( استثماره ) في حل المشكلة .
- ٢ - تحليل سياق المشكلة من خلال الإجابة عن القساولات التالية :
- أ - من هم الأشخاص المعترضون على ما يصدر من ضروب معينة

- للسلاوك؟ هل هو الشخص صاحب المشكلة أم أن هناك آخرين غيره ؟
- ب - ومن الذى يساعد تفاقم المشكلة من خلال تأييده لصاحب المشكلة ومن هو أو هم ؟ .
- ج - وما النتائج المترتبة على وجود هذه المشكلة سواء لصاحب المشكلة أو غيره ؟ .
- د - وكيف يسير المتعاطى أمره وهو متورط فى خبرة لتعاطى ؟ وكيف يسير أمره بعد أن يقلع عنها ؟
- ه - وهل من الممكن لحل المشكلة أن يخلق مشكلات أخرى جانبية ؟ وما هي هذه المشكلات ؟
- و - وهل من الممكن للشخص أن يعتمد على نفسه فقط فى حل مشاكله أم أنه بحاجة إلى آخرين يعاونونه فى هذا الأمر ؟
- ٣ - الوقوف على شكل التداعيات التي يمكن توظيفها فى اتجاه تكين المتعاطى من الإقلاع عن خبرة التعاطى . من خلال إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها .
- أ - هل هو تحقيق القبول والموافقة من جانب بعض الأشخاص الذين يمثلون أهمية بالنسبة له ؟
- ب - أم التخلص من خبرة تهدد بخطر على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو البدنى ؟
- ج - أم محاولة إنقاذ ما يمكن إنقاذه سواء من المنظور الدراسي ( إن كان دارساً ) أو المنظور المهني ( إن كان عاملًا أو موظفًا ) .
- د - أم التخلص من عباء مالى يمثله الحصول على المخدر ؟
- ه - ضرورةأخذ تاريخ المتعاطى فى الإعتبار وانتظر إليه من خلال خبرات النجاح أو الفشل وتتأثير هذا على توقعاته المستقبلية .
- ٤ - التحليل الإرتقائى للمشكلة : من خلال الإهتمام بالزوايا الثلاث الآتية :
- أ - الزوايا البيولوجية Biology : بمعنى هل ثمة متاعب بدنية ارتبطت بشكل أو آخر بظروف التعاطى ، وما حدود التدخل العلاجى المناسب ؟
- ب - الزوايا السوسنولوجية Soeiology : حيث تحدد الملامح المميزة

للوسيط الاجتماعي الذي يمثله متعاطى المخدرات ، وحدود اتساق إنجاهات المتعاطى مع ظروفه الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها ، وبيان ما إذا كانت هناك تغيرات قد حدثت في الوسط الاجتماعي بالمتعاطى وكان لها إنعكاساتها عليه بشكل أو آخر من حيث التورط في خبرة التعاطي . وكيفية إنعكاسات الخبرة .

عليه هذه من منظور الآثار المباشرة أو غير المباشرة ، وكذا بيان حدود التصاريح في أدوار المتعاطى الاجتماعية وكيفية خلق هذا الصراع وهل كان لهذا صلة بسلوكه ؟ .

**ج - الزاوية النفسية Psychology :** حيث يكون الإهتمام موجهاً إلى عدد من الجوانب المختلفة مثل :

- بيان حدود شذوذ هذه الخبرة إذا ما وضعت موضع المقارنة مع ضروب سلوكية أخرى للمتعاطى نفسه .

- بيان العوامل النفسية الاجتماعية التي رشحت خبرة التعاطي مسلكاً في الحياة .

- كيفية إدراكه لهذه العوامل من منظور تأثيرها عليه أو على غيره من المحيطين به .

- في أي ظروف يشعر المتعاطى بالحاج المخدر .

- في أي ظروف أخرى يشعر بأهمية إعادة النظر في مسلكه ؟

- هل هناك قدرات يتأسى بها المتعاطى وينسج سلوكه على غرارهم ؟

- ومن هم أولئك القدرات ؟

٥ - تحليل إمكانات التعامل مع المشكلة من خلال :

- بيان الحد الذي يمكن البدء في مواجهة المشكلة .

- بيان الحدود الأخرى التي يمكن الوصول إليها بعد ذلك .

- بيان الكيفية التي يقوم بها تعزيز الخطوات المبدئية على حل المشكلة .

- حدود حرية صاحب المشكلة في التعامل مع الحلول المطروحة .

٦ - تحليل السياق الاجتماعي الذي سيلتصق الغرفة فيه بعد الإنتهاء من الخبرة التأهيلية من خلال الإجابة عن التساؤلات الآتية :

- من هم الأشخاص الذين سيعامل معهم المتعاطى بعد إفلاته؟
- هل هناك أفراد يمكن أن يلعبوا دوراً مناهضاً ضد الوجهة التأهيلية؟
- وهل هناك آخرون غيرهم يمكن أن يلعبوا دوراً إيجابياً.
- وما الظروف التي يمكن تطبيقها لصالح البرنامج التأهيلي موضع التنفيذ؟

( محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٤ - ٢٦٧ )

#### **الأهداف الإستراتيجية لبرامج التأهيل:**

- ١ - التوقف التام عن تعاطي المخدرات .
- ٢ - التأمين التام على دافعية المتعاطفين إلى الإبراء من المخدر وعدم الاعتماد عليه .
- ٣ - الالتزام التام بمجموعة صارمة من القواعد المنظمة لسلوك المتعاطى في المداشط الحياتية المختلفة مع وجود نظام صارم للإثابة والعقاب .
- ٤ - تهيئة المتعاطى وإعداده لمرحلة النجاح في الإطار الاجتماعي بعد المرور الموفق بخبرة التأهيل في جوانبها المختلفة ، من خلال مهمنان أساسيان هما:
  - أ - إعانته الفرد على التغلب على أوجه القصور التي يمكن أن تكون قد لحقت بقدراته ومهاراته المختلفة نتيجة المرور بذرة التعاطى .
  - ب - المعاونة في إتجاه أن يجد الفرد سبيلاً إلى ممارسة الأدوار المنوطة في الحياة الاجتماعية .

( محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٨ - ٢٦٩ )

#### **الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل:**

- ١ - إنشاء مهارات الفرد الشخصية والإجتماعية .
- ٢ - إنشاء إتجاه الفرد الإيجابي حيال الصحة العامة .
- ٣ - إنشاء الإتجاه حيال الإنسنة الترويحية الإيجابية .
- ٤ - إنشاء الإتجاه الإيجابي حيال الوقت .
- ٥ - إنشاء الإتجاه الإيجابي حيال المستقبل .

- ٦ - إذكاء الوعي بالأخر وأهمية الآخر بالنسبة للفرد .
- ٧ - إنماء الإتجاهات المهنية والدراسية .
- ٨ - إنعام الإتجاه الإيجابي حيال القانون وإحترامه .
- ٩ - إنماء الإتجاه الإيجابي حيال الذات كذات فاعلة ومؤثرة .
- ١٠ - إنماء الإتجاه الأسري .
- ١١ - إنماء الإتجاه الديني بمفهومه الصحيح .

( محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ٢٦٩ )

( سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ١٤٦ )

**مكان التأهيل :** إن المهتمين بقضية التأهيل يطرحون هذه القضية :  
أين يتم التأهيل ؟ وما هو المكان الذي سيتم فيه التأهيل ؟ وما هي الشروط  
الواجب توافرها في هذا المكان ( كمقومات ودعائم ) حتى نضمن نجاح البرنامج  
التأهيلي ؟ وتتفرع الإجابة عن المسائلات السابقة في أمرين هما :  
إتجاه يؤكد ( ولدية مبرراته القوية وحججه المنطقية ) في ضرورة أن يتم  
التأهيل في مكان له مواصفات خاصة ، وشروط دقيقة ومدرسة وفق أسس علمية ثابتة  
حتى نضمن نجاح برامج التأهيل .

**والاتجاه الثاني :** يؤكد أصحابه رفضهم أن يتم التأهيل في مكان منعزل عن  
البيئة الاجتماعية ، ومن الأفضل أن يتم التأهيل في إطار المجتمع الكبير لأنه المكان  
الذي نعد فيه واليه الفرد للتفاعل .

أنظر على سبيل المثال :

( George Deleon, 1999, 395 - 430 )

( Alterman A et al, 1993 , pp : 150 - 162 )

( Barrh & Antes, D, 1981 )

Deleong (Ed) 1997 )

( Graham. W. F& Wexler. H. K, 1997, pp : 69 - 86 )

( Erich, G, 1999, pp : 358 - 362 )

وإذا كان محى الدين أحمد حسين يؤكد على ضرورة أن يتم في مصر التأهيل  
في مستشفى حكومي له العديد من المواصفات والشروط

(محى أدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ٢٧٤ - ٢٧٦ )

إلا أننا نؤكد أنه لا يوجد في مصر مكان تتوافر فيه الشروط أو الأشخاص الذين يجب أن تتوافر من خلالهم وبهم الظروف والعوامل المهيأة لإنجاح التأهيل وبرامجه ولذا لماذا لا يتم إنشاء مجتمع علاجي *therapeutic Community* أو حتى معسكر علاجي *therapeutic Camping* في أي مكان في صحراء مصر ويتم تدريب المدمنين (والذين خسروا الكثير من قدراتهم وتدهورات شبكة علاقاتهم الإجتماعية) حيث يتم تأهيل وتوجيههم وتدريبهم على العديد من المهن والهobbies والتى تملئ سلوكيات الإدمان (والذى يسعى التأهيل إلى إزالتها ودحضها) وإحلال سلوكيات وأعمال مهن تكون مفيدة للشخص وتساعده على إعادة الدمج مع نسيج المجتمع وخاصة بعد أن حدث له ما يسمى أستاذى الدكتور / مصطفى سويف الخان *dislocation* (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٣٦ )

**خطوات التأهيل الإجتماعي :** يشمل التأهيل الإجتماعي سلسلة من الخطوات المتكررة والمرتبطة مع بعضها البعض وتؤدي في النهاية إلى تحقيق الهدف (أو الأهداف من عملية التأهيل . وهذه الخطوات هي :

- ١ - تحديد وحصر الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات التأهيل .
- ٢ - تحديد الحالة الصحية للفرد من خلال التشخيص الطبي .
- ٣ - التوجيه والإرشاد النفسي ويتم ذلك من خلال مساعدة الفرد على اكتشاف قدراته ومهاراته والعمل على الإنقاء منها لتحرير ذات الفرد .
- ٤ - إستعادة الطاقة البدنية للفرد وحتى يتسعى لها تحقيق الأداء الإجتماعي المطلوب .
- ٥ - تدريب الفرد على ألوان متعددة من المناوشات الإجتماعية التي تتناسب مع حالة الفرد البدنية والنفسيه والإجتماعية .
- ٦ - الخدمات المساعدة التي قد تتطلبها عملية التأهيل كنفقات الإقامة أو الإنقال أو توفير بعض الأجهزة التعويضية التي قد يحتاج إليها الفرد ... إلخ هذه الخدمات .

( سيد عبد الحميد مرسى ، ١٩٧٦ ، ٣٤٦ ، ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ٣٨ )

**خطوات التأهيل الإجتماعي لمدمنى المخدرات :**

إن المتتبع لكتابات التي تناولت دور الإخصائى الاجتماعى فى التأهيل يجد أنها تتمد لتشمل العديد من المراحل ، ودوره يبدأ وبالتوافق مع دور الأخصائى النفسي الاكلينيكي من خلال المحاور الآتية :

**أولاً : العمل مع أعضاء الفريق العلاجى وفق تنسيق كامل .**

**ثانياً : العمل المهني المتخصص : من خلال :**

- أ - التقييم الاجتماعى الشامل ( وفق نموذج معد لذلك ) .**
- ب - الاتصال بأسرة المدمن بشرط موافقتها ، فإذا لم يوافق فى البداية أكد على ضرورة أن تشارك التزمرة ( ويمكن أن يقوم بهذا الدور مع الأخصائى الاجتماعى باقى أفراد الفريق العلاجى ) .**

**ج - تحديد العوامل والمشكلات المباشرة - وغير المباشرة - والتي يرى الأخصائى الاجتماعى - وباقى أعضاء الفريق العلاجى وكذلك المريض / المدمن إنها قد تعيق استمرار تعافيه مثل :**

**١ - موقف الأسرة من المريض / المدمنين وهل موقفها تقبل ودعم أم رفض ونبذ؟**

**٢ - نمط حياته اليومى والأساليب التى من خلالها يشغل وقت فراغه .**

**٣ - العمل ، هل يوجد عمل ، وإذا كان يوجد عمل هل يواجه بعض الضغوط والعقبات التى تعيق استمراره فى هذا العمل ؟ أو هل هو مهدد بالفصل أو فصل فعلاً - وإذا كان الأمر كذلك فهل لديه خطة مستقبلية للإلحاق بعمل أم أن ذلك ليس فى حيز تفكيره الآن ؟ وما هو العمل المناسب لقدراته الراهنة فى الوقت الراهن ؟**

**٤ - تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية على انتكاسته أو إستمرار تعافيه .**

**٥ - تحديد المواقف المؤدية إلى الانتكاسة مع باقى أعضاء الفريق العلاجى وخاصة الإخصائى النفسي الإكلينيكي .**

**د - إعداد قائمة بالمشكلات التى تعيق استمرار التعافي ، وذلك يتطلب :**

- ١ - وضع خطط بعيدة المدى وأخرى قصيرة المدى لكل مشكلة .**
- ٢ - أن تراعى الخطط قصيرة المدى أن تتجز و يتم التعامل معها أثناء تواجد المدمن ( النافقة ) في المستشفى .**

٣ - حت المريض على المشاركة في كافة الأنشطة العلاجية داخل المستشفى أو المتابعة من خلال وحدة الرعاية اللاحقة After ، أو المجتمع العلاجي therapeutic Community

٤ - تقييم ما تم من نتائج - من خلال تدخلات أعضاء الفريق العلاجي وتحديد أي المشاكل تم التعامل معها ، وأيهم لم يتم إحراز أي تقدم بشأنها وأسباب ذلك ، وتحديد الشخص الذي يمكن أن يقوم بالتدخل على المستوى الفردي والجماعي مع ملاحظة الربط بين تلك القائمة وأهدافها وتناسقها مع الخطط بعيدة وقصيرة المدى الخاصة بالمدمن / المريض .  
و - الإستمرار في متابعة المدمن (الذaque) من خلال التأكيد على المحاور الآتية :

١ - أن يفهم المريض / المدمن طبيعة المشكلات المرتبطة على إدمانه ، وأنه ليس من الممكن حل مشكلات سنوات طويلة خلال فترة قصيرة من الزمن وأن يتسم بالصبر والتعامل العقلاني مع مشكلاته .

٢ - الحرص على الإتصال بأسرة المدمن / المريض من خلال المحاور الآتية :

أ - تكوين علاقة مهنية معهم .  
ب - أن يعمل على (تنفيذ) أسرة المدمن / المريض ، نقل إطار معرفى إليهم يتعلق بـ :

- ١ - شرح طبيعة الإدمان كمرض .
- ٢ - التعامل مع إنكار الأسرة .
- ٣ - الأدوار الجديدة في الأسرة .
- ٤ - نمط الإدمان المصاحب .

٥ - تزويد الأسرة بآجابيات علمية عن استفساراتها والأسئلة التي تطرح من أي عضو من أعضاء الأسرة .

٦ - تحديد مسؤوليات الأسرة في تنفيذ ما يرتبط بها من أهداف بعيدة المدى أو قصيرة المدى .

٧ - التأكيد على الأسرة أن تقوم بأدوارها خاصة التأكيد على حضور

(المدمن النافقة) جلسات التعافي من خلال تردده على وحدة العلاج الخارجى للمستشفى .

٨ - إتاحة الفرصة للأسرة لحضور جلسات العلاج النفسي الأسري ( وإن يتم ذلك وفق تكتيكات معينة ) ويمكن أن يشارك أكثر من عضو من أعضاء الفريق العلاجي في ذلك وخاصة الأخصائي النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي .

وما سبق من أدوار لأخصائي التأهيل الاجتماعي والنفسي قد أستند إلى أمرين :  
الأول : خبرة الباحث في هذا المجال ومن خلال التعاون مع باقى أعضاء الفريق العلاجي في إنجاز كافة الخطوات السابقة .

الثاني : أنه على سبيل المثال قد ذكرت العديد من المراجع ديناميات الأسرة ، والأدوار التي يمكن أن تساهم من خلالها في تأهيل المدمنين وخاصة ما أكد عليه سلفادور مينوش Salvador Minuchin وجاي هالي Jay Haley (1980) حيث أن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة ، وخلل في شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد ( David. J et al, 1991 , 822 - 1991 ) بل يمكن استخدام الأنساق الأسرية كمدخل علاجي .

( Thomas. C. T. 1991 , Payan, M. 1991 , Marc . G. 1994 )  
فتحى عبد الواحد أمين ، ١٩٨٩ ، سوسن عثمان عبد اللطيف ١٩٨٨ ، ص ص ١١  
- ٤٠ ، مدحية مصطفى فتحى ، ١٩٨٨ ، ص ص ٢٣٣ - ٢٩٤ )

#### التأهيل الاجتماعي النفسي في المجتمع العلاجي :

أن فكرة المجتمعات العلاجية therapeutic Community يجد المتتبع لها بعض الدراسات وتخصيص بعض الفصول في الكتابات الأجنبية والتي بدأت فكرتها من منطلق حقيقة أن الإدمان مزمن ويحتاج إلى وقت وجهد طويلين سواء من جانب المدمن أو أسرته أو حتى من جانب الفريق العلاجي ، وأن الأبحاث التي تناولت بالدراسة مثل هذه المجتمعات العلاجية قد أوضحت نجاحها في تحقيق تغيير في سلوكيات الشخص المتعاطي ( سابقًا ) كما سنشير لاحقًا .

ومن هنا جاءت فكرة المجتمعات العلاجية على أساس الإهتمام بالشخص المدمن أو المسرف في تعاطي المواد المخدرة لأن المخدرة لأن التعاطي قد يكون عرض صنف زمرة من الأعراض التي تقصص عن أننا بصدد شخصية تورطت في

تنمية ودعم نمط معقد من سوء التوافق محوره الإعتماد على مادة مخدرة

(لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ : ٢٤٠)

ولستا بقصد الحديث عن كيفية ظهور مثل هذه الفكرة ، وأين بدأت لكنها بدأت تاريخياً في الولايات المتحدة ويدعم من المركز العلمي للمخدرات (NARA) عام ١٩٦١ .

( How RD, A, 1999 p : 182 . 1961 )

ومن خلال مجموعة من «اللاءات» إن جاز التعبير من حيث :

- لا للمخدرات .

- لا للمرأوغة .

- لا لأى سلوك عنيف Violence

- لا لأى سرقات .

- لا للجنس .

- لا لأى وعود premission تقطعها على نفسك تجاه الآخرين ( Erich G., 1999 , p : 358 )

ولن العلاج يقوم على مجموعة من الأسس :

- العلاج البيونفسي إجتماعي Biopsychosocial

- مساعدة الشخص لنفسه .

- الإنضمام إلى جماعات الدعم الذاتي N. A. أو A. A.

- الإنضمام إلى العلاج النفسي الجماعي .

- المحافظة على التعافي .

- تجنب أي علاقات أو سلوكيات قد تقود الشخص إلى الإنكماشة .

- أن يكون للمدمن Responser أي ( كفيل - إن جازت الترجمة ) يصارخه بأى مشاعر أو سلوكيات قد تقوده إلى الإنكماشة .

- إتباع الاثنتي عشرة خطوة Twelve steps لجماعات المدمن الكحولي المجهول (A.A.) Methadone programs ودراسة تأثيراته وأهمية

استخدامه لبعض الحالات وتحت ظروف معينة :

- التدريب على تعديل السلوك .
- الإهتمام بالوقاية الصحية والمحافظة على الصحة الجسمية .
- التعامل مع الحالات التي تعانى من الإيدز AIDS and HIV أو نقص المناعة المكتسبة Vocational rehabilitation
- إمكانية الإرشاد المهني Occupational Counselling من حيث الأخذ في الاعتبار اختبار الوظيفة الملائمة ووضع الشخص (المدمن السابق) والأحوال السائدة في سوق العمل .
- إمكانية التوجيه المهني Occupational guidance من حيث الموازنة بين ما يمتلكه الشخص من إمكانيات وقدرات إلى العمل الذي يتناسب وهذه القدرات التي يمتلكها المدمن (الناقة) في الوقت الراهن .
- إمكانية التدريب على وظائف مختارة training ووفقاً لحالة المدمن في الوقت الراهن .
- المتابعة والتقويم Evaluation

( أنظر : لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ٢٤٠ - ٢٥٠ )

( Erich, G, 1999 pp : 358 - 380 )

( Howard, A, 1999, pp : 171 - 203 )

( Geore Deleon, 1999 pp : 395 - 430 )

( فيكتور سامي ، ١٩٨٩ ، ١٥٧ - ١٦٠ )

#### مسألة الاعتماد : ثُبّتت الإِبَاحَاتُ الآتِيَ :

- يوجد صعوبة بالغة في إعطاء صورة واضحة لمصير علاج الإدمان لأنها تتوقف على العديد من العوامل .
- وجدت بعض الدراسات أن حوالي ٧٠ - ٨٠ % من المدمنين يتوقفون عن التردد لإستكمال العلاج التأهيلي النفسي بعد خروجهم من المستشفى أو إختفاء الأعراض النفسية .
- إن المآل الجيد أو السيء يتوقف على العديد من العوامل وما إذا كان الإدمان أساسياً أم ثانوياً .
- تدل الأبحاث الحديثة والمتابعة لإدمان الهايروين - كمثال : إن نسبة الوفاة

تتراوح بين ٣ - ٥ % كل عام أى أن ١٥ % من المرضى يموتون خلال ثلاثة سنوات من الإدمان والبعض الآخر ينتهي بأمراض عقلية أو الإيداع في السجون .

- إن ٤٧ % من مدمنى الأفيون والهيروبين قد فقطر عن التعاطى بعد (٦) شهور ويعتمل أن يتتعاطى الفرد مرة أو مررتين المواد أقناع المتابعة ولكنها تنتهى بنكسة أو إننكاسة Relapses .

- من خلال متابعة ( ١٠٠ ) مدمن هيروبين فى مصر وجد الآتى :

\* - نسبة التوقف عن التعاطى بعد (٦) أشهر حوالي ٣٤ % .

\* ويبعد أن النسبة العالمية لامال إدمان الهيروبين هو الإنقطاع عن التعاطى فى الثالث وعدد نكسات وإضطرابات فى العمل والتوقف أحيانا ثم العودة ثانية فى الثالث الآخر ، أما الثالث الباقى فتنتهى فى السجون أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة .  
( أحمد عاكاشة ١٩٩٨ ، ص ٥٠٤ )

## مراجع الفصل

- ١ - أحمد عكاشه ( ١٩٩٨ ) ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٢ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٤ ) ، المدمنون وقضايا الإدمان ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ٣ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٥ - أ ) ، الإدمان : أضراره ، نظريات تفسيره . علاجه ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٤ - محمد حسن غنيم ( ٢٠٠٥ - ب ) ، العلاج والتأهيل النفسي والإجتماعي لمعاطي المخدرات ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٥ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٦ ) . دراسات ميدانية في الإدمان ، القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٦ - American psychiatric Association ( 1994 ) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) washington. D.C.

## الفصل الثاني عشر

### الإضطرابات الجنسية Sexual Disorders

#### محتويات الفصل

- ويانيات الإضطرابات الجنسية.
- تعريف الجنس وأضطراباته.
- شروط المساء الجنسي.
- الإضطرابات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.
- أسباب الإضطرابات الجنسية.
- علاج الإضطرابات الجنسية.
- مسار ومال الإضطرابات الجنسية.



## الإضطرابات الجنسية Sexual Disorders

وبائيات الإضطرابات الجنسية :

- بالطبع لا توجد بيانات إحصائية دقيقة أو شبه دقيقة يمكن أن توفر لنا الصورة عن قرب للإضطرابات الجنسية وذلك وفقاً للعديد من العوامل والأسباب أهمها سرية مثل هذه الإضطرابات في غالبية الأحوال وغيرها من العوامل .
- لكن فيما يتعلق - على سبيل المثال - بالعادفة السرية أو الاستفهام وجد أن نسبة ممارسة الاستفهام بين طلبة الإعدادية حوالي ٢٩ % ، وبين طلبة الثانوية ٣٧ % وتصل النسبة بين طلبة الجامعة إلى ٦٦ % وكذلك تنتشر العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال .
- وفيما يتعلق بإضطراب الاستجناس أو الجنسية المثلية وجد أن هذا الإضطراب ينتشر بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعاً في بعض الدول عن بعضها الآخر .
- تصل نسبة الاستجناس أو الجنسية المثلية في بريطانيا والولايات المتحدة على سبيل المثال من ١٨ - ٢٢ % من مجموع كل الرجال .
- في حين قد تصل هذه النسبة في بعض الواحات المصرية إلى ٥٠ % ، وعادة ما يقتصر الاستجناس في النساء على امرأة واحدة أى أنها لا تمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما في الرجال فعادة ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص .
- وفيما يتعلق ببعض الإضطرابات الأخرى الجنسية فلا توجد عنها بيانات دقيقة ، وإن من يعمل في مجال الدعاارة ، أو حتى (المترددين) من الرجال عليهم لاتوجد نسبة إحصائية دقيقة يمكن الاعتماد عليها في هذا الصدد .

( Kaplan, H. & sadock, B. 1996 )

- كما يجبأخذ مدى السعادة الزوجية في الإعتبار إذ ذكر فرانك وزملاؤه في دراسة لهم على مئة من الأزواج المتعلمين تعليماً عالياً والذين ذكروا أنهم سعداء أن ٨٠ % ذكروا أن علاقاتهم الجنسية الزوجية سعيدة ومرضية ، وعلى الرغم من ذلك فقد

ذكر ٤٠ % من الرجال مشكلات تتعلق بالإنتصاب أو القذف ، وذكرت أكثر من ٦٠ % من النساء مشكلات تتعلق بالإثارة أو الإشباع .

( ب. دى سيفا ، ٢٠٠٠ ، ٢٣٢ )

- وقد قدرت بعض الدراسات أن مشكلة ضعف الإنتصاب لدى الذكور تصل لحوالى ٥٠ % من الرجال .

- في حين وجدت بعض التقديرات المتحفظة أن إضطراب الإنتصاب لدى الذكور قد يؤثر فيما يرتفع بين ٤ % و ٩ % من مجموع السكان البالغين ، أو أن هذا الإضطراب يحدث لدى أقل من ١ % من السكان الذكور قبل عمر ١٩ عاماً وتزيد هذه النسبة لتصل إلى ٢٥ % مع بلوغ ٧٥ عاماً .

- وقد ذكر ماستر وجونسون بعض الحقائق الآتية

\* ٥٠ % من الرجال الذين يطلبون العلاج في معهدهم يشكون من أعراض ثانوية ( أي مكتسبة ) لإضطراب الإنتصاب .

\* يشكون ٨ % من أعراض أولية ( أي معتمدة على مدى العمر ) لإضطراب الإنتصاب .

( اندرور . ميسليز ، ٢٠٠٢ ، ١٠٦ - ١٠٦ )

- كما أن مثل هذه الإضطرابات وغيرها تعود إلى الكدر الزواجي .

( جيمس كوردوفا ، نيل جاكوبسون ، ٢٠٠٢ ، ص ١١٤٥ - ١٢٠٨ )

وفي دراسة عن بعض أشكال السلوك الجنسي لدى عينة من طلبة الجامعة ( الذكور ) عددهم ١٨٢ من الريفين والحضربيين توصل طه المستكاوى إلى :

أ - فيما يتعلق بممارسة العادة السرية :

- ٩١ % لديهم إتجاهها سلبيا نحو العادة السرية .

- إن إتجاه الريفين نحو العادة السرية كان أكثر سلبية من إتجاه الحضربيين .

- إن الغالبية العظمى من عينة الدراسة ( ٩٥.٦ % ) ذكروا أنهم قد مارسوا العادة السرية مرة واحدة على الأقل طوال حياتهم .

- إن ٨٩ % من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا العادة السرية خلال الأسبوع الأخير ( أي قبل إجراء الدراسة ) مرة واحدة على الأقل .

— لا توجد فروق دالة بين متوسطي عدد مرات ممارسة العادة السرية خلال الأسبوع الأخير بين مجموعتي الريفيين والحضريين .

**ب - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع موسمات :**

— ٦٣٪ من عينة الدراسة لديهم إنجهاها سلبيا نحو الموسمات .

— على الرغم من النظرة السلبية تجاه الموسم إلا أنه يوجد قدر من التسامح تجاهها في عينة الحضر مقارنة بعينة الريف .

— ٩٣٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع موسمات .

— ٦٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الموسمات .

— لم تتجاوز مرات الممارسة مع الموسم ( ما بين مرة إلى ثلاثة مرات ) .

**ج - النتائج الخاصة بالجنسية المثلية :**

— إن ٩٩٪ من عينة الدراسة لديهم إنجهاها سلبيا نحو ممارسة الجنسية المثلية .

— هناك تشابهاً كبيراً بين إتجاهات كلاً من الريفيين والحضريين نحو الجنسية المثلية ( وهي إتجاهات سلبية في الغالب ) .

— ٧٦٪ من عينة الدراسة ذكرت أنها لم تمارس الجنسية المثلية ولو مرة واحدة على الأقل طوال حياتها .

— ٢٣٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثلية مرة واحدة في حياتهم .

— ٧٨٪ من العينة ذكروا أن عدد مرات ممارستهم للجنسية المثلية ما بين مرة واحدة إلى ثلاثة مرات طوال فترة حياتهم .

— ٢١٪ ذكروا أنهم مارسوا الجنسية المثلية ما بين أربع مرات إلى ثمانى مرات طوال حياتهم .

**د - النتائج الخاصة بممارسة الجنس مع الحيوانات :**

— ٩٦٪ من عينة الدراسة لديها إنجهاها سلبيا نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات .

— إن الإتجاه الأكثر سلبية نحو ممارسة الجنس مع الحيوانات كان في عينة الريف أكثر من عينة المدن .

- ٣٧٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم لم يمارسوا الجنس مع حيوانات .
- ٢٤٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات لمرة واحدة .
- ٦٠٪ من عينة الدراسة ذكروا أنهم مارسوا الجنس مع الحيوانات من مرة إلى مرنان فقط .

- ٨٦٪ من أفراد العينة ذكروا أنهم مارسوا هذا السلوك ما بين مرة واحدة إلى أربع مرات .

- ذكر الذين مارسوا الجنس مع الحيوانات أنها تمت بداع التجريب ، وتغريغ للطاقة الجنسية في مرحلة المراهقة (تحديا) .

- بمقارنة نتائج مجموعتي الريفيين والحضريين ، كانت نسبة من مارس هذا السلوك من الريفيين ٣٧٪ وهي نسبة أعلى ويشكل دال إحصائيًا عدد مستوى ١٠٠ من نسبة الحضريين والتي بلغت ١٢٪ .

( طه أحمد المستكاوى ، ٢٠٠٦ )

مع الأخذ في الإعتبار أننا قد أوردنا ( بعض من نتائج هذه الدراسة ) كالتالي :

- أ - إنها دراسة حداثة ( ٢٠٠٦ ) .
  - ب - أجريت على قطاع من طلاب كلية الآداب - جامعة أسيوط ( من أقسام التاريخ - علم النفس - الفلسفة - اللغة العربية ) .
  - ج - إنها قد أعطت مؤشرات - صادقة إلى حد ما - عن أزمة الجنس في مرحلة المراهقة ( خاصة مع الفضائيات والكليبات وغيرها من مواقع الأثاره والتي غزت منازلنا ) .
  - د - إن الدراسة قد أفتتحت هذا ( التابو ) المحرم في المجتمع حيث أن الحديث ( في الجنس وعن الجنس ، من الخطايا التي لا تنتهي ) .
  - ه - إن النتائج بصفة عامة تعطي فكرة عن ( وسائل الإضطرابات الجنسية في المجتمع المصري وفي قطاع هام منه ( قطاع الذكور ) .
- ( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٦ )

### تعريف الجنس : Sexuality

تعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الجنس إلا أن الشئ الثابت أن اسهامات التحليل النفسي في موضوع الجنس قد فتحت الأعين والأذان إلى محاولة فهم طبيعة الجنس وإقرار حقيقة أن الحياة الجنسية لا تبدأ عند البلوغ بل تبدأ مع الميلاد ، وقد أكد هذا إلكتناب كنسي Kinsy ومعانوه .

( مصطفى زبور ، ١٩٧٥ ، ٢١٥ - ٢١٧ )

ولذا فقد أحسنت موسوعة علم النفس والتحليل النفسي حين قام مؤلفوها بتقديم العديد من المفاهيم حول مفهوم الجنس : جنسية مثالية Homosexuality وجنسيّة طفلية Infanti Ieseyualit ، وجنسيّة حيوانية Sooer asty وجنسيّة غيرية Heterosexul وجنسية ذاتية A utosexuality وغيرها من صور الجنسية ( فرج طه وأخرون ، ١٩٩٣ ، ٢٨١ - ٢٨٥ )

ولذا فإن الإضطرابات الجنسية تعنى الحصول على اللذة بطريق غير المعتادة أو المألوفة مثل الجنسية الطمية أو الشرجية أو غيرها من صور الإنحرافات التي سنشير إليها في ثنایا هذا الفصل .

وقد خلق الله الجنس من أجل إعمار الأرض وتحقيق الخلود للفرد . وأن ، اللي خلف مامتش ، ولا يمنع ذلك من تحقيق المتعة في الممارسة ، ومع موضوع يحبه الشخص ، أي أن الغريزة الجنسية لم تخلق كمتعة في ذاتها ، بل هي وسيلة لحفظ النوع ، إذ تتفرع عنها ثلاثة غرائز فرعية :

أ - غريزة خاصة بالشهوة بين الرجل والمرأة .

ب - عاطفة نفسية متبادلة بين الرجل والمرأة .

ج - الحب العائلي الذي يربط بين الزوجين والأولاد ( غريزة الأمومة / غريزة الأبوة ) .

ولكي يتحقق السواء الجنسي لابد من توافر الشروط الآتية :

أ ظهور الغريزة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة ، صحيح أن معالم الجنس توجد وتحديداً منذ فترة البلوغ أو المراهقة حيث يظهر - تلقائياً - الميل إلى الجنس التالي .

ب - الاختيار الحر بين الطرفين ، حين يختار الرجل المرأة ، والعكس فيما يتعلق بالمرأة : ( إذا اختارك وزنت في نفس الوقت تختاريني ) .

ج - أن يكون الجنس محققاً المتعة لكلا الطرفين ، هذا يتوقف على العديد من العوامل أهمها : مراعاة ظروف كل طرف لظروف الطرف الآخر ، حتى لا تتحول الممارسة إلى قهر أو عدم مراعاة البعد الإنساني . وهذا يذكرنا بالعديد من الشكاوى التي تقدم في المجتمع الغربي من خلال اتهام السيدة بأن زوجها يغتصبها إذا واقعها دون رضاها أو استعدادها النفسي لذلك .

د - أن يكون الجنس مع نفس الشخص (أى عامل التكرار) وعدم لرغبة في التغيير أو تجريب الممارسة مع شخص آخر .

ه - أن تستمر العلاقة عقب نهاية الفعل الجنسي .

و - أن يكون الهدف من الجنس الإنزال (أى الإنجاب) ولا مانع من تحقيق المتعة .

ط - أن تكون هناك مداعبة (وتسمين) قبل الممارسة أى أن يكون الطرفين مهيئان نفسياً وفسيولوجياً لذلك .

ظ - أن تتم الممارسة بصورة طبيعية (أى في الأماكن المخصصة لذلك )

ع - أن يحرص كل طرف على الوصول بالذروة بالنسبة للطرف الآخر ، ومراعاة ذلك تماماً .

غ - أن يعبر كل طرف عن إمتنانه وشكره وتقديره للطرف الآخر .

ف - أن يتم كل ذلك في جو حالم ورومانتي ، وأن تكون الظروف - الفيزيقية والنفسية - مهيئة لذلك حتى تتم بلا إزعاج .

#### الإضطرابات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع :

يصنف الإضطراب الجنسي في أربع فئات هي :

**أولاً : إخلال الوظائف الجنسية :** Sexual Dysfunctions

وينقسم إلى :

**١ - إضطرابات الرغبة الجنسية** Sexual Desires Disorders

وتشمل نوعين من الإضطرابات هي :

**أ - إضطراب نقص الرغبة الجنسية .**

محكات تشخيصها :

**١ - تكرار غياب الرغبة الممارسة الجنسية ، مع ضرورة أن يتم التشخيص**

من قبل إكلينيكي مع ضرورة الأخذ في الاعتبار عوامل العمر / الحالة الصحية / أو أمراض قد تصيب بها.

٢ - إن هذا الإضطراب يسبب آسي ملحوظ لدى الشخص فضلاً عن حدوث صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً أو لا يكون نتيجة لحالة طيبة عامة .

**ب - إضطراب تجذب اللقاء الجنسي :**

**محكات التشخيص :**

١ - تجنب ثابت ومتكرر للدخول في علاقات جنسية مع شريك الحياة .

٢ - يسبب الإضطراب آسي ملحوظ .

٣ - لا يفسر هذا الإضطراب في حالة وجود إضطراب عقلي آخر على المحور الأول مثل الاكتئاب .

**٤ - إضطرابات الإثارة الجنسية :**

**وينقسم إلى :**

**أ - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى :**

**محكات التشخيص :**

١ - الفشل المتكرر في الوصول إلى الإثارة الجنسية - كلياً أو جزئياً - أثناء العملية الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب حزن وآسي ملحوظ ، إضافة إلى وجود صعوبات مع الشريك .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لاستخدام عقاقير أو أدوية نفسية .

**ب - إضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكور (إضطرابات الإنصاب) .**

**محكات التشخيص :**

١ - الفشل المتكرر والمستمر والثابت في إنصاب العضو الذكري بشكل جزئي أو كلي حتى إنتمام العملية الجنسية لي نهايتها .

٢ - هذا الإضطراب يسبب آسي وحزن وصعوبة في العلاقات الشخصية المتبادلة

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة للمادة المؤثرة نفسياً ، ولا يكون نتيجة لحالة طيبة عامة .

### ٣ - إضطرابات الذروة ( أو الوصول إلى قمة النشوة ) الجنسية :

#### Orgasmic Disorders

ويشمل الإضطرابات الآتية :

##### أ - إضطرابات الذروة الجنسية لدى الأنثى :

معايير التشخيص :

١ - تأخير أو غياب ثابت ومتكرر للذروة الجنسية لدى الأنثى بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسٍ وصعوبة في العلاقات الإنسانية المتبادلة مع الطرف الآخر ( الزوج ) .

٣ - لا يرجع هذا الرضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة الجنسية ولا يكون نتيجة لحالة طيبة عامة .

##### ب - إضطرابات الذروة الجنسية لدى الذكر :

معايير التشخيص :

١ - تأخير أو غياب الذروة الجنسية المتكررة أو المستمرة لدى الذكر بعد مرحلة الإثارة الجنسية الطبيعية خلال الممارسة الجنسية .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسٍ وصعوبة في العلاقات المتبادلة .

٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً أو نتيجة لضطراب نفسي آخر في المحور الأول مثل الإكتئاب .

### ج - سرعة القذف Premkature Ejaculation

معايير التشخيص :

١ - قذف سريع متكرر بعد الإثارة الجنسية أو قبل حدوثها ( أما قبل الإبلاغ أو بعده ) ولذلك يأخذ العديد من العوامل في الإعتبار : السن / الأمراض ... الخ .

٢ - يسبب هذا الإضطراب آسٍ ملحوظ وينعكس في العلاقات الشخصية مع الطرف الآخر .

٣ - لا ترجع سرعة القذف إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً .

#### ٤ - إضطرابات الألم الجنسية : Sexual Pain Disorders :

ويتضمن فتلين هما :

##### أ - ألم الإتصال الجنسي Dyspareunia :

محكات التشخيص :

- ١ - وجود ألم تناسلي متكرر في العضو التناسلي ( لدى الجنسين ) أما قبل أو أثناء أو حتى بعد الممارسة الجنسية .
- ٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى واضح وإضطراب في العلاقة بالطرف الآخر .
- ٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التهاب المهبل أو إنقباض المهبل أو نقص في الإفرازات التي تساعد على عملية الإيلاج ، كما لا يرجع إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً ولا يكون نتيجة حالة طيبة عامة .

##### ب - التقلص المهبل Vaginismus :

محكات التشخيص :

- ١ - وجود تقلص لا إرادى متكرر في عضلات الثالث الخارجى للمهبل والذى يكون عائقاً أمام عملية الإيلاج .
- ٢ - يسبب هذا الإضطراب آسى ملحوظ وإضطراب في العلاقة بالطرف الآخر .
- ٣ - لا يرجع هذا الإضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمادة المؤثرة نفسياً ، كما لا يرجع لإضطراب عقلى آخر في المحور الأول مثل وجود إضطرابات بدنية .

#### ثانياً : الشذوذ الجنسي Paraphilic disorders :

وتشتمل تلك الفئة الرضّطارات الجنسية الآتية :

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| Exhibitionism    | ١ - الإستعراضية       |
| Fatishism        | ٢ - الفتيشية          |
| Frotteism        | ٣ - الإحتكاك          |
| Pedophilia       | ٤ - الولع بالأطفال    |
| Sexual Masochism | ٥ - المازوخية الجنسية |

- ٦ - السادية الجنسية Sexual Aadism
  - ٧ - التبصص Voyeurism
  - ٨ - الفيتيشية الشاذة في الملابس : معايير التشخيص
  - ٩ - وجود نزعات جنسية أو خيالات جنسية شديدة ومتكررة لمدة لا تقل عن سهور تتضمن إرتداء ملابس الإناث لحصول على الإثارة الجنسية .
  - ١٠ - تسبب تلك النزعات أو الخيالات آسي دالا إكلينيكيا وإضطراب في العلاقات الاجتماعية والمرضية مع الآخرين .
  - ١١ - الشذوذ الجنسي غير المصنف في مكان آخر Paraphilia مثل :
  - ١٢ - ممارسة الجنس من خلال الهاتف Telephone Scatalogia
    - ١٣ - شذوذ إشهاء الموتى Necrophilia
    - ١٤ - شذوذ الولع بالبراز Coprophilia
    - ١٥ - شذوذ الولع بالحيوانات Zoophilia
    - ١٦ - شذوذ الولع بجزء من الجسم Partializm
    - ١٧ - شذوذ الولع بالحقن الشرجية enemas-Klisma philia
    - ١٨ - شذوذ الولع بالبيول Urophilia
- ( APA. , 2000 )

**الانحرافات الجنسية بين الشباب في مصر من واقع نتائج بعض الدراسات الميدانية حيث تأخذ الانحرافات الجنسية الأشكال الآتية :**

- ١ - الجنسية المثلية اللواط ) .
- ٢ - الجنسية الغيرية ( الزنا ) .
- ٣ - الإغتصاب .
- ٤ - البغاء والدعارة .
- ٥ - ممارسة الجنس مع الحيوانات .
- ٦ - ممارسة الجنس مع الأطفال .
- ٧ - نكاح المحارم .
- ٨ - نكاح الموتى .

- ٩ - الإستعراضية .
- ١٠ - الفيتيشية .
- ١١ - الماسوكية .
- ١٢ - العاديّة .
- ١٣ - هوس الجنس .
- ١٤ - أستراق ( إخلاص ) النظر والإحتاكات الجنسية .
- ١٥ - عشق ملابس الجنس الآخر .
- ١٦ - الاستئماء .

( من خلال محمد نجيب المصبوه ، ٢٠١١ ، ص ٧٦ )  
لكن هناك العديد من الإنحرافات ستر بعض حالاتها .

### أ - الفيتيشية

حيث يكون الجنس هنا غير مرتبط بالشخص وإنما بجزء من المتعلقات الشخصية الذي يمتلكه الشخص . بمعنى أن الشخص المصايب بهذا الإنحراف يسعى جاهداً إلى سرقة جزء من ملابس المرأة ، وإن هذا الجزء يتبرأ ويوصله إلى قمة النشوة وكأنه بالفعل يمارس الجنس ممارسة كاملة ( مع من سرق جزءاً من ملابسها ) .

والتراث السيكولوجي الغربي مليء بذكر العديد من هذه الحالات :

\* مثلاً شاب منحرف كان في الخامسة عشرة من عمره لا يشعر إلا باللذة من خلال متابعة أو سرقة ، أحذية النساء ، لدرجة أنه قد وصل إلى قمة اللذة حين كايسير وراء إحدى السيدات معجبًا فقط بحذائهما ، وحين رفعت السيدة قدميها في أحدي المنحدرات لتنظيف الحذاء جن جنونه ، ولم يتمالك نفسه فخطف منها الحذاء ، وأنزوى به جانبًا وأخذ يمارس العادة السرية .

\* شاب أخذ يتبع سيدة ليلاً وحين تلقت يمنه ويسره ولم يجد أى شيء ، انقض على السيدة ، ظلت أنه يريد إغتصابها ، خاصة بعد أن شل حركتها وأوقعها أرضاً ولكنها فوجئت به فقط سلبها جوربها ، وبأخذه ويعود ركضنا تاركاً إياها في بحيرة من الذهول .

\* شاب لا يعنيه فقط الا سرقة ، الكورسيهات والسوبيات ، ولذا يتحين أى فرصة لممارسة هذه الهواية سواء بالسرقة من أصحاب الغسيل ، أو سرقتها من محلات

التي تبيع الملابس الداخلية للسيدات والفتيات .

إلا أن هذا الإضطراب لا يصيب فقط الرجال ولكن أيضا السيدات :

- امرأة متزوجة كانت تحرص على « نشل » الأقلام من جيوب الرجال وتختفيها بسرعة بين طيات ملابسها .

- امرأة متزوجة كانت تسرق الدمى من المحلات وقد قبض عليها أكثر من مرة لدرجة أنها قد أعترفت لزوجها أن دولابها الخاص وأسفل السرير مليئ بالدمى ، وأنها لا تعرف لماذا تفعل ذلك ، إلا أنها تشعر « باللذة والمتعة الجنسية » حين تفعل ذلك .

- فتاة لا تجد متعة إلا في سرقة « كوفيات » الرجال وتختفيها بين طيات صدرها أو في « الكورسيه » الخاص بها .

وهكذا تتعدد حالات « الفيتشيهية » أو الأنثوية حيث التعلق الجنسي بالأشياء التي يستخدمها الجنس الآخر متمثلة في أي « آخر » له .

### ب - المازوخية

وتشمل المتعة هنا أن يعذبها الشخص ( قبل الممارسة ) فإذا « أنهك » جسدها ، ويدعى الدماء تفور في أماكن مختلفة من جسدها ، وأصبحت كالخرقة البالية هنا فقط تستطيع أن تندمج في الممارسة الجنسية وتشعر باللذة .

- ومن الغريب أننا نجد العديد من الأمثل الشعبية تؤيد ذلك مثل :
- \* ضرب الحبيب زى أكل الزبيب .

فإن أثار الناس ضد هذه المرأة وكيف تتحمل كل هذا الأذى والهوان ترد قائمة :

\* أنا زى القطة أحب خنافي .

والأمثلة كثيرة على ذلك ونجد لها أكثر ذكرًا في التراث الغربي ، وأحياناً شذرات بعض الحالات هنا في بلادنا العربية ، لكن لا يمنع ذلك من وجود هذا الانحراف ، خاصة مع أساليب التربية التي تحرض الرجل على الفعل والأنثى على تلقى ردود الفعل وفي صمت ، وأن المرأة « المؤدية » هي التي تصمت وتبتلع إهاناتها خاصة من زوجها ومع التكرار يصبح « الضرب والإهانة وأهدار الكرامة » سلوكاً لا تشكو منه المرأة .

- زوج يشكو من أن زوجته - في لحظات الغرام والنشوة - تطلب منه راجحة

أى يقول لها كلام ، فذر ، قبل الممارسة فإذا تجرء وتحامل على نفسه وقال لها كلمة ..  
تقول في نشوه : الله .. وطالبه بالمرزيد .

— زوجة طلقها زوجها لأنها كانت تزير منه قبل الممارسة أن ينهال عليها  
منرياً وتكون قد أعدت له خيزرانة لها شروط معينة ، فعل ذلك عدة مرات من باب  
المجامدة - كما قال - لكنه بعد ذلك وجد أن الموضوع لا تلوح له نهاية في الأفق ،  
خاصة وأنه يعيش في منطقة شعبية ، وأن الضرب وتأوهات الزوجة يثير إستطلاع  
الجيران ، حاول أن يكف عن ذلك ، وحين كانت الزوجة « تصر » على ذلك ، اكتشف  
عن ثقته أن الأمر لابد أن يكون به شذوذنا ، وأنه لو تصادى في ذلك فسوف يكون  
منحرفاً معها وفي نفس الخندق . والمشكلة ماذا يفعل ولديهما طفل ؟

### ج - السادية

على العكس هنا فالرجل لا يشعر بالملائكة - وربما السيدة - إلا إذا أوقع العذاب  
بالطرف الآخر ، فإذا تفجرت الدماء ، وبده كخرفة بالالية هنا يترك آلة التعذيب  
وينخرط في متعة الممارسة .

وهذا الإنحراف - تاريخياً - يعود إلى الكونت دي ساد ، ذلك الرجل الفرنسي  
والذى كان يذله أن يرى الدماء تسيل من صاحباه ، وعلى مشهد الدماء وإيقاعها  
تكون الممارسة والإشباع الجنسي .

— وإذا كان هذا الإنحراف ينسب إلى المركيز دي ساد إلا أن جذوره في النفس  
الإنسانية أكثر عمقاً من ذلك .

— وليس فقط التعذيب بل أحياناً يكون قتل المحبوب سبباً في التخلص منه .

واللهم بعض الحالات التي سجلها التاريخ :

— حدث لكونت دي فرانس خلال حكم نابليون الثالث ، وكان رجل متزوجاً  
من ماركيزة صاحبة جمال وثروة ، أن تعرف على فتاة متعلمة ، فجعلها سكرتيرة له ،  
ثم ذهب معها شوطاً في طريق الغرام ، ولما اكتشفت الزوجة هذه العلاقة قطعت الصلة  
بينهما ، فاغتاظت الخليفة ، وأحضرت مسدساً وانتظرت في أحد الأمسيات وكان  
الرجل عائداً مع زوجته إلى داره ، وكانت الفتاة تختفي بين أشجار الحديقة ، فلما ظهر  
شبحه برزت له وكانت تقف من خلفه ونادته باسمه فالتفت لها فصوبيت إلى قلبه  
مسدسها ، وأطلقت عليه ست رصاصات ولما حاولت زوجته أن تلقى بنفسها أمامه  
تحول بيته وبين القتل قائلة لها : أقتلني أنا وأتركك حتى أوقفت إطلاق النار خشية

أن تصاب زوجته وأزاحتها من على زوجها ، واستمرت في إطلاق النار حتى أجهزت عليه والغريب أن الأطباء قد وجدوا أن السنت طلقات قد أصابت القلب في مقتل ، وحين سألها القضاة عن ذلك قالت : لأنني أحبه ، وحبه قد تمكن من قلبي ، وحين سار وراء زوجته مقررا إنتهاء العلاقة التي كانت بيننا أردت أن أحرق قلبه مثلا حرق قلبي . وقد كان ، وحين سألها عن السر في عدم قتل زوجته قالت : ليس لها من ذنب أنها حذرته لكنه كان باستطاعته أن يستمر معى ، لكنه جبان وأطاع زوجته ، وابتعد عنى تاركا كل نار العالم تهشى فأرادت أن أقطعه حتى أنفك من أسر هذا العذاب الرابض بداخلي .

- قصة أخرى - من الواقع الفرنسي وترائه - عن امرأة كانت تحب أحد النساء ، وعشقته إلى درجة لا يمكن وصفها ، وكانت مستسلمة له ولكافحة نزواته ، وتعلقت به أكثر لأنه كان يحب العنف قبل الممارسة ، وكانت هي من النوع الذي يحب تلقى الإساءة والإيذاء والعنف ، فلما علمت أنه يخونها مع فتاة أخرى لم تتحمل ذلك ، وإنترنت إلى أن نام ثم استلت (شفرة حلقة) أو موس وقطعت جزءا معينا من جسده وأخذته وفرت هاربة ، ولما سبقت إلى المحاكمة وقفت في قفص الإتهام تبرر تصرفاتها بأن الرجل قد غدر بها ، لعب على عواطفها وعقولها فإذا رأت أن يكون لها بمفردها ، وأن تنقض بذات جنسها من غدره ، لأنها رائعة ، في عذابه ، وهي ترى أن تحافظ بهذه الروعة لنفسها .

- وقد تصل الإنحرافات الجنسية إلى إنفاق الرجل وزوجته في الميلول الساديه ومن هذه القصص قصة امرأة متزوجة عاشت مع زوجها ، وكانت فائقة الجمال ، فاتفقتو مع زوجها أن تستدرج الرجال من أصحاب المتعة الرخيصة إلى شقتها وأن تهنى الجو ، وحين يكون الرجل الآخر في وضع جنسي ، يفاجئها الزوج وهي مع الغريب ، في وضع جنسي شاذ ، ثم تكون المتعة لكلا الطرفين هو مشاهدة اعراض الخوف والفزع والاستذلةذ بذلك ، وبعد أن يجمد دم «الغربي» تصل متعتها إلى طرده إلى الشارع وهو عاري تماماً وحين قبض البوليس على أحد الشباب العاري وتم استجوابه ، أتضحت حقيقة القصة ، وأنه ليس الرجل الوحيد الذي يخرج عاريا هكذا بل سبقه عشرات من الرجال .

#### د - تحول الزى

وهو إنحراف جنسى لا تتحقق الإثارة فيه ، ولا تتحقق النشوة إلا بارتداء ملابس الجنس الآخر ، وهكذا قد يفعل بعض الرجال ذلك ، وقد تفعل السيدات ذلك .

واليكم بعض الحالات كما صرخ بها أصحابها وبسانهم :

- أبلغ من العمر ٢٣ عاماً متزوج ولد بنت وولد .. زوجتي سيدة محترمة تخشى الله في كل تصرفاتها ، تزوجنا عن حب شديد ، قصة كفاح طويلة من أجل بناء عشا الصغير ، مشككى هي أنتى أصبحت مدمتنا لارتداء فمchan نوم زوجتي وكل ملابسها الداخلية قطعة قطعة ، بل كثيراً ما أستمتع بأن أضع المكيّاج كامل أيضاً بل وصل الأمر إلا أن عرفت زوجتي ذلك ، وأصبحت متعنى إلا أمارات الجنس مع زوجتي إلا إذا كنت مرتدية لقميص نوم زوجتي مما أدى بزوجتي إلى أن تقول لي : أنها لا تحترمني .

- حالة أخرى لشاب صعيدي ذهب بنفسه إلى قسم الأمراض النفسية بالقصر العيني شاكيناً من أنه يرتدي ملابس زوجته ليلاً ، لدرجة أنه يشعر بطغطع أنوثته على رجولته ، ويقف أما المرأة بالساعات - أكثر من زوجته - وأضعوا الإكسسوارات والمكيّاج ويتجول في شقته ليلاً وهو هكذا . وزوجته هي الأخرى يذكر أنها لا تحترمه وماذا يفعل إذا كان يشعر أنه في أعمقه أنثى ، وأن لذته الجنسية والشخصية يجدها من خلال ارتداء الملابis الزوجة / الأنثى ، بل تصل لذته إلى القمة وهو مستغرق في ممارسة العادة السرية وهو مازال مرتدياً للملابس الأنثوية .

- شاب كان يميل إلى إرتداء الملابس الحريرية النسائية ، ويصف شعره في أناقة ودقة ، وكان دائماً ما يتخيّل امرأة بمواصفات معينة وقريبة من الرجلة ، كان يميل للسيدة التي في أرجلها شعيرات نامية أو لها شارب صغير ، وبالطبع فإن هؤلاء النساء أما مطلقات ، أو أرامل أو كبار السن .

- على العكس امرأة كانت تشعر باللذة وهي ترتدي صدري زوجها - الفلاح - وسرواله . وحين كان يتعجب زوجها منها تقول له مبررة هذا الموقف : إنها تشعر في أعماقها إنها رجل ومن ظهر رجل ، وكانت تأخذ دائماً المبادرات الأولى في الممارسة الجنسية .

#### هـ - التعرى

وهو إنحراف جنسى ، يهدف من خلاله الشخص إلى الكشف عنأعضاءه الجنسية أمام المرأة وحين تقزع يشعر باللذة والنشوة ويفكّه ذلك . وقد يحدث العكس .

- ولذا فإن التعرى قد يكون ارتداداً لمرحلة الطفولة ، تلك المرحلة التي يحب من خلالها الصغار التعرى أو الوقوف عرايا ، والرقص عرايا قبل الذهاب إلى الفراش ، كما أنه عودة إلى البدائية الأولى عندما ولد الإنسان دون ملابس وصور التعرى تكون

واضحة على «البلاغات»، كما أن هناك العديد من الأشخاص الذين يحبون التعرى ويحبون أن يعيشوا هكذا كما ولدتهم أمهاتهم.

- والتعرى نوع من السادزم أو القسوة الجنسية حيث يتلذذ المريض في تعذيب المرأة وترويعها من خلال الظهور المفاجئ أمامها - هكذا - عاريا -

- ومثل هذا النوع من الإنحراف قد يدخل صاحبه في العديد من الاستشكالات، حيث يمكن للسيدة أن تسبب فضيحة ، ويمكن أن تستدعى له البوليس ، ويمكن أن يتدخل أنصار الكرامة والخير في تلقين هذا الشخص درساً لن ينساه ويمكن أيضاً لسيدة أخرى أن تصنحه وتواصل السير .

#### واليكم بعض الحالات الواقعية :

- شاب في التاسعة عشرة من عمره ، يعمل خادماً بأحد البيوت ومصاب بمرض التعرى إذ كان ينتهز فرصة وجود سيدة مواجهة له فيتعرى أمامها مدعياً أن العرى محض صدفة ، فكانت تتركه وتذهب إلى مكان آخر ، حتى تأكّدت أن عريه مقصوداً وهذا كان قرارها الطرد له . وقد تكرر ذلك في أكثر من منزل حتى شاهده صاحب أحد البيوت التي كان يعمل فيها فأنهال عليه ضرباً واستدعاي له البوليس .

- طالب جامعي قد تم فصله لأنه كان ينتهز فرصة إنفراد بعض الطالبات وحدهن ويتعري أمامهن . وقد حدث أن شاهده مصادفة أحد الأساتذة فرفع أمره إلى إدارة الجامعة وفصل ، وكان يسير مرة في الطريق العام فواجهته فتاة في ريعان الشباب وكان الشارع مزدحماً ، إلا أن ذلك لم يمنعه من أن يعزى نفسه ورغم ذلك وقف في الشارع يمارس العادة السرية ناهيك عن الرجل والنصف الذي ناله من الآخرين و «الجر» إلى قسم الشرطة وقد ذكر أنه كان يشعر باللذة القصوى حين كان يختبئ «ليلًا بين الأشجار ثم يظهر فجأة لسيدة أو فتاة وهو عارياً للجزء التناسلي وأن اللذة كل اللذة حين تأخذ السيدة في الصباح ويرى علامات الرعب مجسدة في وجهها، أما إذا نظرت إلى «الأمر» بلا مبالغة فإن ذلك كان يؤدي شهونه .

#### و - تحول الجنس

وفي هذه الحالات ينتمي الشخص إلى جنس إلا أنه «يحن وينتمي» ، للجنس الآخر ولذا يصبح جسده غريباً عنه ، وتصبح نفسه غريبة عن جسدها ، لديه جسد رجل إلا أنه يشعر في داخله أنه إمرأة . أو العكس ، وطبعاً ممكناً أن نجد ذلك عند النساء امرأة جسدها جسد امرأة لكنها في داخلها تشعر أنها رجل ، لذا لا يثيرها جنسياً

رجل ، لأنها في داخلها تشعر أنها رجل .

— ولعل أشهر حالات التحول الجنسي حالة سالي التي كانت سيد حيث بلغ الثلاثة والعشرون عاماً وكان منتظماً في طب بنين الأزهر وتم فصله عام ١٩٨٨ ، حيث كان يذهب إلى الكلية مرتدياً ملابس النساء ومتخللاً بالعديد من الإكسسوارات ، وأوضاعاً الزوج والمكياج ، وقد فجرت هذه القضية وأثاررة الرأي العام ولعدة سنوات ، حيث أجرى عملية جراحية وتحول من « سيد » إلى « سالي » وهذا رفضته الكلية لأن الأزهر - كما هو معروف - به كليتين أحدهما للذكر والآخر للإناث ، وقد فررت نقابة الأطباء في شتاء ١٩٨٩ بتحريم مثل هذه العمليات إلا أنها عدلت عن قرارها - بعد ذلك - ووافقت على إجراء مثل هذه العمليات ( تحويل الجنس ) بشرط أن يتقدم طبيب نفسى وجراح تجميل إلى لجنة نقابة خاصة مكونة من العديد من مختلف التخصصات للموافقة على إجراء العملية الجراحية .

— ومن ساعتها وقد هدأت الأمور ، إلا أنها لا تذكر أن حالة سالي ( سيد سابقاً ) قد فجرت وأظهرت إلى سطح الرأي العام العديد من المشاكل التي ما كانت لتظهر أولاً أن ظهرت هذه الحالة وأنثارة ما أثارت من قضايا وإشكالات .

— وهذه حالة ثانية تعرض لها للتحول الجنسي ذكر من مواليد ١٩٧٣ ، أكدت والدته أن أعضاء الذكورة لدى إبنتها ضامرة وأعضاء الأنوثة واضحة ، وأن جسده أقرب للأنثى ، وأن الأشعة فوق الصوتية ، أكدت وجود رحم ومبين أسفل البطن ، وقد قام ثلاثة من الأساتذة الطب النفسي ، الغدد ، جراحة التجميل بتحويل أوراق هذا الشاب إلى مصلحة الطب الشرعي ، وقد ذهب بالفعل - هذا الفتى سابقاً - وهو يرتدى فستان قصير ، وشعره طويلاً ومكياج أنثوي كامل ، وجاء تقرير الطب الشرعي ليؤكد الحقائق السابقة إضافة إلى أن جسده خالي من الشعر ، وأن صورته ( يتماعي ) بين الذكر والأنثى ، وأجياله الصوتية تبدو أطول نسبياً من الأجيال الصوتية للأنثى ، وأن عملية إجراء التحول إلى أنثى يجب أن تتم بعد فشل كافة الوسائل العلاجية والطبية والنفسية في إيقاعه كذكر ، كما كان يرتدي ملابس نسائية / داخلية ( خارجية ) وكان على درجة عالية من الجمال والجاذبية ، وتم بالفعل تحويله إلى أنثى تحب أن يناديه الجميع باسم « سارة » أو « سوسو » .

#### ط - البنى والمومس

ويعرف البغاء Prostitution بأنه ذلك الفعل الذي تقدم فيه الأنثى نفسها للاتصال الجنسي مع الذكور بدون تمييز ، ويقصد الحصول على المال .

ولن البغاء لكي يتم لابد من توافر (٣) شروط هي :

- ١ - عدم التمييز في علاقة البغي بالذكر .
- ٢ - تكون الممارسة بقصد الحصول على فائدة مالية .
- ٣ - الإعتياد على فعل الفاحشة .

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥ ،)

البغى : هي امرأة تقيم علاقة جنسية مع أي رجل لا ترتبط به عاطفياً نظير وقت وأجر، معلومين

وبهذا التعريف نستطيع أن نفرق بين البغي وأى إنحراف آخر ، فالبغى تناجر فى جسدها أو جزء منه ، وهذه السلعة مقاومة للجميع طالما أن الجميع يدفع ، وبالتالي فالكل سواء وهو حق للجميع .

**إليكم بعض التقصص الواقعية :**

- عمري ٣٠ عاماً ، تعرفت على العديد من الرجال تقريباً بعدد شعر رأسى . فى آخر النهار - فى أمسيات الصيف - أقف تلقطنى السيارات ، أحب جنسات «الفرشة والأنس» ، أحياناً يكون الشاب بمفرده وأحياناً يقام على حفلات من شلة أصدقائه ، ولكن بمجرد أن ينتهى كل منهم من شهوته تنقطع علاقتي بهم ، لا أحب العلاقات الجنسية الثابتة ، بالرغم من طلب الكثيرين مني أعرفهم من ذاك ، أحب التغيير ، التجديد ، كل يوم المرور بتجربة جديدة ، يتقدم بي العمر تداعبى أحياناً فكرة الزواج والاستقرار مع رجل وفي علاقة مغامقة وأنشغل بهذه الفكرة عدت أيام ثم أجد نفسي أخرج إلى الشارع تلقطنى السيارات ... وهكذا .

- الحالة الثانية : فرحت جداً وأنا أغادر القرية لكي أسكن في المدينة الجامعية التي تقع في «مصره» أم الدنيا وحين فرحت بحربيتي بعيداً عن بخل ورقابة الأب وكانت أول صدمة لي : موت الأم ، ثم اكتشفت أن القاهرة أو الجامعة تحديداً ما هي إلا كرنفال كبير فكلت استثير من بعض زميلاتي ملابسهم حتى لا أظهر في الكلية كل يوم بنفس «الفستان» أو «التبيير» الذي لا أملك سواهما حتى عرضت على زميلاتي أن نعمل بجوار الدراسة حتى نتمكن من أن نشتري أنفسنا ورغم أنني كنت أعلم جيداً مغزى هذا الأمر إلا أنني مرت في الطريق حتى نهايته ، وأستطيع أقول أنني في فترة وجيزة قد أصبحت داعرة محترفة تملك المال والأزياء المتنوعة ، بل ولى سجايرى المفضلة وأخرين «قرشين» في البنك تحسباً لإجراء عملية «الترقيع» ، إذا تقدم لي أبن

الحلال ولم يكشفه مصيبي؛ وهكذا تعمضي بي الحياة وأأشعر بالقلق إذا أنتهت سنوات دراستي الجامعية وأعود مرة أخرى إلى حظيرة «الأوامر»، فياليت سنوات التعليم الجامعي، تعمد.

الحالة الثالثة : زوج أختي ظل يطاردني ويغزل في جمالي ، من وراء ظهر زوجته ( أختي في نفس الوقت ) لكن هذه الكلمات المعاوسة بدأت تؤثر في ، وفي يوم اتصلت بي أختي تريدينى . كان زوجها مريضاً وهى تريدينى أن أظل بجواره ومع الأولاد حتى تذهب إلى عملها . استسلمت له ، وتم كل شيء ، وحين حدث ما حدث سرت بنفس القوة والإندفاع ، وأصبحت أسلم نفسي لأول رجل أو شاب يتغزل في جمالي أو حتى يسرح في بنظارته ، لا أفهم بالفقد ولكن بي رغبة لا تقاوم لأن أرتمى في أحضنان أى رجل بالرغم من أننى في داخلى أكره كل الرجال وأعترف أن كل كلاماتهم نفاق ورياء وأنهم مثل الكلاب يقبلون يدك إذا كانت لهم عنده مصلحة فإذا قصتوها كان شيئاً لم يكن .

القواد والقواعد - ظ

- القوادة أصلها يغى فلما تقدم بها السن احترفت مهنة القوادة حتى تكون قريبة -  
النفس والعقل والقلب والإحساس - من العمل الذي تجيد وتحب احترافه ولذا يقول المثل  
الشعبي : أن الموسس ، إن ثابت قردت وإن عميت تبحث عن مكان معارسة الجنس .

القواعد : هو وسيط بين موس وعميل (أوزيون) ولذا فإن دوره هام جداً في هذا ، الفعل ، وحتى البغى يمكن أن تقوم بالدورين معاً وستجد فارقاً بين ، لهجتها وأيماعتها ، وهي تتفق مختلطة تماماً عن لهجتها وإيماعتها وهي تقوم بالدور الثاني ،

- وطالما أن القواد يقوم بالدورين فهو مزيج من شخصيتين ، أثرية لم تكتمل  
ورجلة أيضا لم تكتمل .

- كما يمكن أن نجد بعض الحالات - وهي موجودة بالفعل - يمكن أن نجد الزوج يقدم زوجته لزملاءه أو لغيرهم من الرجال الذين يكون على علاقة معهم ، أو حتى بدون هذه العلاقة .

- وقد يقتربن رجل لديه هذه العيوب القوادية ، وتكون فرصة لكي يملك امرأة بهذه المواصفات ويكونوا ، شركة مساهمة ، يمكن أن تجذب العديد من العمليات والمعاملات لماركة هذا النشاط .

هناك العديد من الحالات الواقعية والتي نترك إيطالها لكي يروها بأنفسهم :

- زوجي أبي رجل طاعن في السن ، هذا الرجل خليجي وقد أغرق والدى -

الفقير - في الهدايا والأموال ، وحين جد الجد وترك الأهل وأصبحت هكذا مع قدرى وجهها لوجه فشل تماماً وكان يكتفى بأن «المسن» أو «أذلك» له بعض أجزاء جسده ثم بعد ذلك أرغمنى على تقديمى لزملاءه نتيجة صفتات تجارية مازال زوجى يعدها رغم تقدمه في السن ، في البداية رفضت ومع تذكرى لأحوالنا وافقت . ومازالت سائرة في الطريق .

- الحاله الثانية : وقد فجرتها الصحفة والمجلات ( روز اليوسف بتاريخ ٢٥/١٢/١٩٩٥ - العدد ٣٥٢٤ من ص ٦٩ : ٧٣ ) عن زوج أرغم زوجته على أن نمارس الجنس مع أصدقاءه ثم أى رجل في الشارع ولسمع من الزوجة القصة :

منذ ٢٢ عاماً تزوجت بطريقة رومانسية جداً . أحببت جارها وتبادل النظارات والإبتسامات واللقاءات ثم فوجئت به يتقدم لخطبتها ، كانت أيامها في دبلوم التجارة ٢٠ عاماً وفي السنوات العشر الأول من الزواج كانت الأمور طبيعية تماماً ، بل يغار على جداً ويمكن أن يتشارج مع أى شخص يبدى إهتماماً بي فجأة ودون سابق إنذار أدمى زوجي مشاهدة أفلام الفيديو الجنسية وبالذات الأفلام التي تصور أوضاعاً شاذة وعمليات جنس جماعي وأجبني على مشاهدة الأفلام ، وبدأ يشتري الكتب والمجلات الجنسية وملء بها البيت فجأة وأنباء مشاهدة أحد الأفلام توقف عند مشهد جنسي جماعي وسألني : أيه رايك نعمل زي الفيلم ؟ فذهلت وصعقت ، وظل يلح ، ثم بدأ يتجه إلى العنف والضرب والشتائم وأحال البيت إلى جحيم وكان يغلق على الباب طوال اليوم لمجرد تعذيبى وإذلالى ويعامل أبنائنا بقسوة ، قاومت لمدة عاين ووجدت أن بيته سيخرب فوافت وأقسم أنه سيفعلاها مرة واحدة وفي الظلام ولن يكررها مرة ثانية وأحضر بالفعل زملاء له . لكن المرة أصبحت مرات وحين اكتشف المستور قدمت الزوجة للديابرة مستنداً غريباً عباراً عن إقرار كتابي موقع من الزوج بأن ذلك الجنس يتم بموافقة الزوج وأنه يجد لذة شخصية في ذلك وأنه هو الذي يستدعي أو يحضر لها « الزبائن » .

ونعل هذه الحالات الواقعية جزء من الواقع نفسى لا يجب تجاهله بل التمعن فيه وغض مجده .

#### ع - الجنسية المثلية

وهو إنحراف جنسى يتمثل فى الشعور باللذة والشبق من خلال ممارسة الجنس مع نفس نوعه .

ولنقسام في الغالب إلى :

١ - **اللواط** : ويعنى ممارسة الجنس بين ذكر مع ذكر ، والشخص هنا يشعر بمجرد «القرف» من أنه سيمارس الجنس مع امرأة . لكن الرجل هو الذى يثيره ، يوقف أحاسيسه ، يحرك عواطفه ، يجعل الدماء تجري حارة فى أعضاءه ، يحبه إلى درجة اللوله . يشغل به ، يلبى كل مطالبته ، يصبح خادمه المطيع للأمين ، فقط بأمره . وسوف يلبى كل مطالبته .

- وقد يمارس الذكران الجنس مع بعضهما البعض بالتبادل ، وقد يأخذ ذكر وعلى طول الخط منحى إيجابى وأخر سلبى . وقد تكون الممارسة سطحية أو مجرد التقبيل واللمس وقد تكون علاقة جنسية كاملة .

- والأمثلة كثيرة ، وتبدأ عادة بأن يتعرض الطفل لحادث إغتصاب ويظن أن الأمر قد عبر بسلام - وقد يكون كذلك ، وما أن يصل إلى مرحلة المراهقة وتتجدد الذكريات حتى يدخل فى الممارسة مع نفس نوعه وكذا قد تتكرر الأمور ، ويمكن أن يتزوج أو يفشل فى الزواج ، ويمكن أن يكون حذرا ويمكن أن يهتك ستراه ويفضح ويمكن أن يلجأ لذلك وقت الأزمات ، ويمكن أن يكون ذلك عادة وسلوى لا يستطيع نسيانه .

\* ولذا فقد لا ينفصلان الطرفان وينشأ بينهما علاقة عاطفية غالية فى القوة ، بل يمكن لكل طرف أن يشعر بمشاعر الغير على الطرف الآخر لدرجة أنه لو أجبر على الإنفصال عنه فسوف يصرخ ويبكي صراخ المكلوم الذى خسر كل شئ .

\* من ذلك مثلا سيدة تشكى من أنها متزوجة وتبشيش فى إشباع تام مع زوجها أنجبت منه بنتا جميلة . لكنها اكتشفت مصادفة أن هناك من يمارس الجنس مع زوجها ، وكانت صدمة لها قررت على أثر هذه المشاهدة أن «تصر على الطلاق لأنها لا تتصور نفسها أن تهبه نفسها وهو فى نهاية الأمر هكذا .

\* وقد يحدث العكس . حين اكتشفت سيدة أن زوجها يمارس الجنس مع رجال آخرين ناجح معها ، وتلبى كل مطالبته ورغم ذلك يفعل هذا الأمر ولا تعرف ماذا ستفعل باختصار أن اللواط يتعدد ويتتنوع صوره وأشكاله كما يختلف ذلك الأمر من شخص إلى آخر .

**السحاق** : حيث يكون الجنس هو الأكثر شيوعا وتعيش امرأتان قصة حب ملتهبة ومتصلة والخيانة تكون قاتلة وجارحة لكلا الطرفين . لقد تعاهدا على الإخلاص ، ولذا

يا ويل من تفكير في الخيانة ولذا قد نجد فتاتين لافرقان ، أو امرأة متزوجة تحب امرأة أخرى ، وقد يصل بينهما الحب إلى درجة الممارسة الكاملة للجنس ، بحيث لا تشعر إلا باللذة مع زميلتها .

- نقرأ معا هذه الحكاية لإحدى الحالات :

**حالة أولى :** أبلغ من العمر ٢٥ عاما من أسرة متوسطة وأعيش عيشه لأجلها، كان لي شقيق مات في حادث . حزن الجميع لرحيله المفاجأ ولم يبق للوالدين المكلومين سوى أنا بنتهم الوحيدة كل طلباتي مجانية . في الكلية قابلت فتاة للوهلة الأولى أحببتها . وطلبت منها أن تترك غرفتها أو لأكون أكثر دقة سريرها في غرفة المدينة الجامعية وتأتي لتقيم معي ، علمتني هذه الصديقة أشياء كثيرة ، كنا نتفق على أنفسنا بباب الحجرة ، نذهب ملابسنا كاملة ، تعطيني المتعة واللذة ولا تجعلني أقبل أو أشتهي أو حتى أفكر في رجل ، أصبحنا مثل العاشقين ، نكره الإنفصال ، ونفك في بعضنا البعض حتى ونحن معا ، لا يمر يوم إلا ونحن معا ونمارس الجنس معا ولعدة مرات ، حين تقابل كان بحرا من العواطف الجياشة يجتählني فلا نملك إلا الإسلام ، نريد الأم أن تفرح بي ، تقدم لي الكثيرون لكنني أرفضه ، وأطلع فقط الفاطس في أي شاب يتقدم لي ، متى ستستمر هذه اللعبة . لقد تعاهدنا على الوفاء والإخلاص لبعضنا البعض وأن لا يدخل أي رجل في حياتنا فهل يعرف الأهل مأساستنا وهل يتركونا نعيش أجمل سن حياتنا أم سينقصون علينا مثل الموت ويفرقوننا بالزواج .

**حالة ثانية :** تبلغ من العمر (٢٨) عاما تعمل موظفة حكومية مات والديها ولم يسأل عنها حتى الأقارب ولو بالโทรศัفيون تقدم لها رجل طاعن في السن وحين علمت أنه طامع في الشقة رفضت اكتفت بأن تشبع ذاتها بذاتها رافضة الدخول في رزى تجارب جنسية تقربت إليها زميلة تعمل معها في نفس المكتب وهي متزوجة وزوجها بالخارج ولا يأتي كل عام إلا مدة شهر يكون مشغولا بتجديد أوراقه واستخراج تصاريح أخرى جديدة أصبحت الصديقة الجديدة تكثر من زيارتها ، وتحكى لها عن وحدتها وعن رغباتها الجنسية المكبودة . حضرت في أحد الأيام أدارت شريط فيديو جنسي لنساء يمارسن الجنس معا ، من خلال التقارب والهمسات استجبت لها . أصبحنا لا نفترق ، حتى في المكتب لا ت肯 عن النظر إلى بعضنا البعض وكأننا عاشقان يرقصان الإنفصال . لدرجة أنها عرضت على أن تتطلب من زوجها الطلاق وتترك منزلها وأولادها ونعيش معا إلا أننى رفضت قائلة لها : لنطبق كل الأمور كما كانت .

## غ - العادة السرية

- العادة السرية تعنى لجوء الشخص إلى إشباع رغبته الجنسية بنفسه دون اللجوء إلى شخص آخر .
- وهذه العادة تكون منتشرة بين المراهقين سواء الذكور أو الإناث . خاصة في بدايات المراهقة وشعور الشخص بعنفوان الرغبة الجنسية .
- ويلعب الخيال دورا لا ينكر في ذلك فالقى يمكن أن يستدعي صورة أو جسم أي امرأة أو فتاة يريد لها على المستوى الخيالي متخيلا أنه يمارس فعلا أو قد تفعل البنت ذلك .
- وقد يلجأ المراهق والمراهقة إلى الإستعانة بأدوات معينة تكون عاما معاضا في الوصول إلى ذروة الإشباع الجنسي الذاتي .
- والعادة السرية مرحلة طبيعية طالما هي في بداية المراهقة بيد أن الاستمرار فيها يقود الشخص إلى العديد من ضروب الألم العضوى والنفسى تاهيك عن العديد من الأفكار التي تنتشر عن الإفراط في ممارسة العادة السرية مثل الدخول في الجنون . اضافة إلى الآلام العضوية مثل الإحساس بالصداع والبلادة والتهاب الأعصاب وزغالة العيون والعمق والموت المبكر والجنون وحب الشباب وضعف التركيز .
- قد تكون العادة السرية مرحلة مؤقتة وقد تلازم الشخص عبر مراحل حياته وقد تجعله يستغنى عن الإرتباط بأى عضو من الجنس الآخر له وقد يتزوج ورغم ذلك يجد الرجل لهذه في أن يمارس العادة بعد ممارسته مع زوجته . أو العكس في حالة الإناث .
- وتذكر المراجع الطبية حكاية عن رجل كان يتولى منصبا هاما في بريطانيا ودخل إلى الحمام العام ، وجاء رجل ووقف بجانبه ونظر كل منها إلى الآخر وإنخرط كل منها في « تدليك » العضو الذكري للآخر ، وحين تم القبض عليهما ذكر كل منها أن هو زوجه الوحيدة هي العادة السرية ولكن الجديد الذي تم هو تبادل العادة السرية مع الطرف الآخر .
- ويمكن أن تتم عملية العادة السرية لدى الإناث ، وقد تتم بصورة ذاتية وقد تتبادل فتاتين ذلك .
- وعموما هناك مخاطر من جراء الإنغماس في ممارستها نجملها عند القناة في :
- أ - لا يتم إشباع الرغبة الجنسية كاملا مما يتسبب في حدوث إحتقان مزمن

بالحوض قد يقود بدوره إلى العديد من الإضطرابات الأخرى .  
 ب - أثناء ممارسة العادة السرية تكون كل الحواس مجذدة للشعور باللذة الجنسية دون غيرها وقد يتمزق غشاء البكارة دون وعي خاصه إذا تم استخدام جسم صلب .

### ف - الإغتصاب

إبان عام ٢٠٠٠ آثار الكاتب الصحفي عزت السعدنى عبر تحقيق السبت العددى من حوادث الإغتصاب ، حيث قايمه واتصل به العديد من الحالات التى تعرضت للإغتصاب وبطرق وظروف مختصة ، والإغتصاب ك فعل هو ممارسة الجنس بالقوة مع طرف آخر دون موافقته ، إلا أن العديد من الدراسات أثبتت أن شخصية المجنى عليها تثير الجانى وأن بها قدر من المازجية التى تجبرها على الإستسلام لأن ما بعد حادث الإغتصاب هو الفعل المؤثر فقد يترك صدمة ، وقد تظن أنه حدث عادى لا داعى للتفكير فيه .

كما أن العديد من ضحايا الإغتصاب يحجبن عن الإبلاغ لوقوعهن ضحايا هذه الجريمة للأسباب الآتية :

#### أ - أسباب شخصية وإجتماعية وتلخص فى :

- ١ - الخوف من وصمة العار .
- ٢ - الخوف من إفصاح الأمر .
- ٣ - الخوف من إتهامها بما ليس فيها .
- ٤ - الخوف من يبتعد الناي عنها والنظر إليها نظرة متدينة .

ب - وجود العديد من التفسيرات المجلعية الخاطئة حول الأنثى المنحية ..  
 ومنها :

- ١ - لم يحدث فى الحقيقة ، أنها تحارب أن ترتفع الفتى فى المتابع .
- ٢ - لقد حرصت الفتاة على حدوث هذا الفعل وشجعت عليه بمظهرها الجسمى وملابسها .
- ٣ - إذا كانت تحافظ على أخلاقيها فإن ذلك لن يحدث لها .
- ٤ - لقد أحب أن يحدث لها ذلك وسمحت لنفسها أن تصبح منحية وتغتصب .
- ٥ - أنها فتاة أو امرأة سهلة تستحق ذلك .

- ٦ - إنها تزید من الرجل أن يغتصبها لأنها تنفر إلى الحب .

٧ - تستمتع المرأة بأنها أغتصبت .

**ج - وجود العديد من التفسيرات المجتمعية حول المغتصب مثلاً :**

  - ١ - لقد تغلبت عليه مشاعره الجنسية والعدوانية وقد السيطرة على نفسه .
  - ٢ - أتى من بيته فقيرة . ويجب أن تتعاطف معه وتشفق عليه .
  - ٣ - قد يكون مخموراً ، ومحروماً من العاطفة وإرتكب هذا الفعل دون أن

© محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠١، ٩٨، ١٠١

#### **معدلات انتشار الاغتصاب:**

- إن جريمة الإغتصاب من الجرائم التي لا نستطيع أن تقدم لها إحصاءات دقيقة نظراً للعديد من الأسباب.

وإذا كانت العديد من الدراسات الأجنبية قد توصلت إلى أن التقديرات المنشرة عن جرائم الإغتصاب في الولايات المتحدة - على سبيل المثال - غير دقيقة نظراً للعديد من الأسباب أهمها التحرج من الذهاب إلى أقسام الشرطة ، وكذا عدم تلقى العلاج الطبي والنفسى الذى يؤهله - من تعرض له - للتأهيل فإن الأمر سيكون أكثر حرجاً في عالمنا العربي .

وعلى أية حال فسوف نورد بعضاً من الإحصاءات - بالطبع ذكرت في دراسات أجنبية - عن معدلات انتشار الاغتصاب ( وهي أرقام رغم عدم مصادقتها وموضوعيتها العلمية إلا أنها على أية حال تعكس ملامح إرتكاب هذه الجرائم في بعض من دول العالم :

- يزداد احتمال إغتصاب المرأة الأمريكية بمقدار ست مرات عن المرأة الأوروبية ( ويزداد الإحتمال بمقدار عشرين مرة من المرأة البرتغالية ، وخمس عشرة مرة عن اليابانية ، وثلاثة ، وعشرين مرة عن الإيطالية ، و٦٤ مرة نسبياً ) .

وإن حالات الإغتصاب المبلغ عنها في الولايات المتحدة الأمريكية ٣٥٧ في كل مائة ألف من النساء مقابل ٤٢٥ في كل مائة ألف في أوروبا .

- وترتبد حالات الإغتصاب وضحاياها أكثر بين الجنود المحاربين إذ وصل عدد ضحايا الإغتصاب في أمريكا إلى ١٠٠٠ ر٢٧٥٠ ( وفقاً لإحصاء عام ١٩٨٠ ) على سبيل المثال .

( من خلل : أحمد محمد عبد الخالق ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٦٥ - ٢٦٩ )

### الأضرار التي يحدثها المغتصب بالضحية :

في دراسة لكليلاتريك وزملاؤها تناولت مجموعة من النساء اللائي تعرضن لتجربة الإغتصاب ، فقد أقررنـ أنهم أثناء تجربة الإغتصاب - قد تعرضن للعديد من الآثار والأضرار النفسية والفيسيولوجية ، وإذا كانت الأضرار الفيسيولوجية - رغم بشاعة ما ذكرنه من تعذيب خاصة الضرب والتعرض في أماكن حساسة للحرق أو الوخذ بالآلة حادة ... إلخ - يمكن التسامحها لكن الأضرار النفسية من الصعب علاجها لأنها تظل - كمشاعر مؤلمة - تطارد الضحية ربما طول الحياة ، ولذا فإن العلاج والتأهيل النفسي لضحايا الإغتصاب واجبة حتى تستعيد (الضحية) لياقتها النفسية .  
( Kilpatrick, et. al. , 1985 )

**د الواقع الإغتصاب :** دلت الدراسات أن هناك ستة دوافع أساسية تكمن خلف جريمة الإغتصاب ، وتشير هذه الدوافع - بدورها عن ستة أنماط من الرجال القائمين ب فعل الإغتصاب وهم :

١ - **النمط الاتهاري :** وهو شخص لم يخطط لجريمة ولكن وجود الفرصة سانحة فإنه ينتهزها .

٢ - **النمط الغضوب :** وهو رجال لديهم العديد من الأفكار غير العقلانية عن المرأة ، وهذا الغضب يكون المحرك الأساسي للإقدام على هذا الفعل ( الإغتصاب ) .

٣ - **النمط الجنسي :** وهذا النمط من الرجال يكون مشغول دوماً بالجنس و دائم الإستراق إلى جسد المرأة ، وقد يكون الدافع الجنسي لدى هؤلاء الرجال عنيفاً ( وغير مروض ) .

٤ - **النمط العادى :** وهو نمط من الرجال يحصل على اللذة من خلال إيقاعه الأذى - إلى درجة إسالة الدماء - من جسد الضحية .

٥ - **النمط الحقد المحب للانتقام :** وهو أنماط من الرجال لا يحصلون على اللذة إلا من خلال الحط من أماكنيات وقدرات الطرف الآخر ( سادية نفسية إن جاز المصطلح ) .

٦ - **النمط الذي يمثل القوة ولديه شعور بالنقص :** وهو نمط من الرجال يمثل القوة ويمارسها في محاولة لتعويض مشاعر النقص وعدم الكفاءة التي يشعر بها ، وقد يكون النقص هنا جنسياً أو في الشخصية .

**وليك بعض القصص التي حدثت فعلاً لواقع إغتصاب:**

- فتاة اعتاد عمها الشاب الذي كان ينزل في شقته في القاهرة لفترة بعض مصالحة وقد أتته فرصة خلو الشقة من أخيه وزوجته وحين دق جرس الباب وفتح لأبنت شقيقه (أى أنه عمها) حتى أغتصبها وقد تكررت اللقياً حتى اكتشفت الأم أن أبنتها البالغة من العمر ٢٠ عاماً عارية تماماً وفي أحضان عمها .. وسؤال الفتاة ذكرت أنه قد أغتصبها في البداية وكتبت الأمر خوفاً من الفضائح، ثم بعد ذلك هي التي كانت تذهب إليه في غرفة الصالون حتى اكتشفت الأم الحقيقة مصادفة.
- تكررت نفس القصة الثانية مع فارق أساسى هو أن خال البت هو الذي قام بهذا الفعل ، وخوفاً من افتضاح أمره قام بقتلها بعد إغتصابها .
- ومن أشهر القصص التي حدثت في هذا المجال وفي أوروبا ، حالة شاب فرنسي قد تلقى تعليماً عالياً وفي أرقى الجامعات الأوروبية ، وكانت هوايته أن يسرر ليلاً في الطريق وخاصة في الشوارع الهدئة ذات الإضاءة الخافتة أو المظلمة فإذا قابل فتاة صغيرة أو حتى امرأة كبيرة في السن ( لا فرق لديه ) سارع إلى القاء مادة مخدرة كالكلوروفورم فتفقع مفعى عليها فينال منها في الشارع أو ينتحى بها جانبها وهي تحت تأثير المخدر ثم يتركها وشأنها حتى تمكن البوليس أحيناً من القبض عليه .
- أيضاً حالة فتاة كانت تزعج بشدة أو تتنابها الكواكب المزعجة وبدأت تعاني من تشتت الانتباه وعدم التركيز ، إضافة إلى معاناتها من شكاوى في علاقتها مع الآخرين وأنباء جلسات الإرشاد النفسي كشفت عن واقعة تعرضها للأغتصاب من معيد بالجامعة ذهب إلى ليساعدها في كتابة بحث وبالرغم من حضورها إلى شقته مع بعض الأفراد والزملاء إلا أن المعيد قد تشاغل عنها حتى انصرف الجميع فساقها إلى غرفة النوم وإغتصبها دون مقاومة منها إلا قليلاً ، لدرجة أن المعالج حين أراده الإستفسار أكثر عن هذا الحادث بدأت منهشة قائلة له ، إن ذلك الحادث لم يؤثر في كثيراً على الإطلاق ، لكن هذا الكلام كان بعيداً عن الواقع لأنه جر ، المريضة ، إلى العديد من صنوف التشنج والضياع النفسي وأدخلها في العديد من المتأهبات والأمراض النفسية .

وهكذا تتعدد حالات الإغتصاب . ونحن بازاء رجل لا يشعر بالذلة إلا من خلال قهر الطرف الآخر ، وهذا تتبادر استجابات الطرف الآخر ما بين الرضوخ ، أو الإعراض لفظياً فقط ( سبني الله يخليك ... الخ ) وما بين القتال العضوي الجاد حيث تتشبث أظافرها في عنق وجه الشخص الذي يريد الإغتصاب مقاومة تصل إلى

درجة أنها تفضل الموت عن ذلك ، وبين فتاة أو امرأة تقاوم من باب « عملنا اللي علينا والباقي على رينا أو أمشي يا أين أدم وأجرى جرى الوحوش غير رزقك لن تخوش أو قدر ومحظوظ وهنهرب من المكتوب فين وإزاي ، ولذا فإن ردود الأفعال تتباين ، وقد تدخل الصحبة في العديد من المشاكل الإنفعالية مثل :

- ١ - محاولات لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحديث عن الصدمة .
- ٢ - محاولات تجنب النشاطات والأماكن أو الناس التي تثير ذكريات الصدمة .
- ٣ - العجز عن تذكر مظهر مهم من مظاهر الصدمة .
- ٤ - تناقض الإهتمام بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية التي كانت تقوم بها من قبل .
- ٥ - الشعور بالإنسحاب والإغتراب عن الآخرين وعدم الدخول في تواصل أن حوارات أو تفاعلات إجتماعية معهم بالرغم من تواجدهم معهم .
- ٦ - ضيق مدى الرجدان ويتمثل في العجز عن الشعور بمشاعر الحب .
- ٧ - الشعور بأن المستقبل مظلم والتفكير دوماً في الإنتحار والتخلص من الحياة .
- ٨ - الحذر الزائد إلى درجة الشك في كل المحبيطين بها .
- ٩ - إستجابة انزعاج هائلة ومبالغ فيها إزاء حدث عادي .
- ١٠ - القابلية الشديدة للإشتارة وتنيبات من الغضب الزائد .

ولذا تتباين العلاجات النفسية لحالة الشخص وعمق إضطرابه ، وإذا كان الغالب في حوادث الأغتصاب يكون الرجل هو الجاني والفتاة هي المجني عليها . إلا أن بعض حالات الإغتصاب يكون الفاعل هو المرأة والضحية هو الرجل ، وفي الغالب فإن النسوة اللاحقة يملأ إلى ذلك قد يكون عصايات لذلك .

ـ ومن ذلك مثلاً تلك الحالة التي سمعتها من رجل وكان في إحدى الدول العربية وأنباء سيرة على إحدى الطرق السريعة ، فوجد مجموعة من الفتيات يقفن حول سيارة مرفوع ، كبوتها ، الأمامي وشهامة أبناء البلد . أوقفت سيارته جانبها وذهب إليهن لكنه يعرض عليهن أي خدمة يستطيع القيام بها إزاء هذا الجنس الناعم الضعيف ، وما أن انحنى ليكشف عن الأسلاك ويفحص حالة المотор والبطارية حتى

تلقى ضربة على رأسه وما يدرى بنفسه إلا في شقة وحوله هؤلاء الفتيات طالبات منه أن «يختصبهن»، وبالإكراه وإلا قتلها ومزقناها إرباً إرباً وقد ظل محجوماً في هذا «السجن الإجباري»، لمدة أسبوعين حتى انتهت تماماً. فالقلين به بجوار عريته .. ثم تتناوكل رحلة صيد الرجال الآخرين .. هكذا.

ق - إغتصاب الأطفال

فلة من الأشخاص لا تستشعر بالذلة إلا من خلال جماع الصغار وهو يعرف طبيباً بـ Nfanto Sexuality وقد يتم ذلك باستخدام العنف ، وقد يقتل الطفل ثم يغتصبه أو قد يحدث القتل ، أو الضرب فقط ، أو قد يجر ، الصغير - طفل أو طفلة ياغراءات معينة ، وقد يتراكم عقاب الممارسة أو يقتله أو يضربه ضرباً مبرحاً .

- مثلاً حدث في القاهرة أن قام مدرس كان يعطي تلاميذه دروساً خصوصية وهم في مرحلة الإبتدائية بالإعتماد عليهم جنسياً مهديداً إياهم بعدم كشف ذلك وإلا سيكون مصيراً لهم الضرب والرسوب ، وقد امتنع في نزواته تلك فترة طويلة تقدر بثلاثة أعوام حتى تم اكتشاف أمره رغم أنه متزوج ، ولديه أطفال والمحيطون به يشكرون في أخلاقه وصفاته .

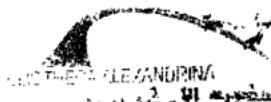
- مهندس ديكور هادى ، رزين قرر أنه نجح في استدراج العديد من الأطفال  
لـ كان يقوم بقطعنهم عقب اعتداءه جنسياً عليهم خوفاً من افتقن أحمره .

- رغم أنه كبير في السن ، ورفضنا الزواج ولعل السبب أنه قد تعرض لبيان طفولته لحادث اعتقد عليه من شاب يكبره في السن حين صنحه عليه وإغتصبه بعد أن أعطيه بعض قطع من الحريري . ومازالت هذه الحادثة تلقي بظلالها النفسية عليه وتجعله فقد الإحساس برجليه ، خائفاً من مجرد الإقتراب من أي امرأة .

### **ك - ممارسة الجنس مع الحيوانات**

حيث يجامع الفرد إحدى الحيوانات المستأنسة ، وتنشر هذه العادة بين الفلاحين وفي القرى وتحديداً في سن المراهقة وكذا الأشخاص المحرومين جنسياً ، ويعتقد أحياناً للنساء مع بعض الحيوانات المنزلية وخاصة في المشهيات خلقاً ومعيار ذلك هل هو فعل عارض ، أم أنه سلوك يجد من خلاله الشخص اللذة ومن خلال تكراره ؟

- شاب مراهق ذكر أنه كان يشاهد الأفلام والمصور الإباحية كثيراً جداً حتى شعر بضرورة أن يمارس الجنس من أي فتاة أو مرأة . حاول كثيراً ولكن خجله قد جعله



يفشل ثم جاءت الفرصة له بأنه مارس الجنس مع « ماعز » فوق السطح ، ويدرك أنه قد شعر بلذة الجنس منذ هذا اللقاء وما زال مستمراً حتى الآن .

- امرأة وحيدة ، لأن الزوج مشغول بعمله أو في حالة سفر مرتبطة بالعمل ، كبير الأولاد وتفرقوا ، لم تجد ونيساً يشبّع رغباتها - كما تقول - إلا من خلال شراء كلب ثم تدريبه على كيفية إشباعها وإرضائها جنسياً .

وليس هذا فحسب تعدد صور وأشكال الإنحرافات منها مثلاً : جماع الكبار : حيث لا يجد الشاب لذة إلا من خلال جماع سيدة طاعنة في السن أو قد يحدث العكس حين تجرى العجوز المتضايبة خلف الصغار وتتدخل معهم في علاقات جنسية وربما متعددة وليس قاصرة على مراهق واحد وقد تعرفه بالأموال في محاولة لأن لا يتركها ويستمر معها .

وهناك جماع الأموات : حيث نجد بعض الأشخاص لا يستشعر اللذة إلا من خلال جماعه للأموات وخاصة الذين ماتوا حديثاً ، ورغم ندرة هذا الإنحراف إلا أن الواقع والأحداث قد سجلته كأحد إنحرافات دروب الرغبة الجنسية عن مسارها ، إضافة إلى العديد من صروب الإنحرافات الأخرى مثل التلصص وفي . ومشاهدة الأفلام والصور الجنسية ، أو التفوه بكتابية العبارات الخادشة للحياة .

وكذا العنة أو الصنف الجنسي ، لدى السيدات ، وسرعة القذف وقد تصل الأمور إلى درجة الكراهة الشديدة للجنس وعدة فعلًا فدراً وسيصيب الفرد بالعديد من الأمراض المعنية والخطيرة والقاتلة ولذا فإن الإسلام هو عدم الإقتراب تماماً من منطقة الجنس .

- وقد أشارت العديد من الدراسات والملاحظات إلى شيوع هذه الإنحرافات ، ربما أن مثل هذه الأمور تتم بصورة سرية ، وأن ذكر أي أرقام توضح حجم الإنحرافات ستكون من قبيل التخمين .

### محاولة تفسيرية لأسباب الإنحرافات الجنسية

تشابك وتعدد العوامل التي تقود إلى الإنحراف ومن هذه الإتجاهات :

**أولاً : النظريات البيولوجية :** وتركز هذه النظريات على الأسباب البيولوجية وإرجاع هذه الإنحرافات إلى أسباب بيولوجية مثل وجود إضطرابات في الغدد الصماء وكذا إضطرابات في إفرازات الهرمونات ، أو إعطاء هرمونات غير ملائمة قبل الولادة أو لخلل في الجينات الوراثية .

**ثانياً: النظريات النفسية : ومنها :**

**أ - نظرية ميجموند فرويد :** يرى فرويد أن الطفل بطبيعته غير متمايز جنسياً ومن ثم فهو قابل للتوجيه نحو مختلف الموضوعات الجنسية السوية منها والشاذة ، ومع النمو وزيادة النضج ، والمورر ببعض الخبرات وتأثيرها في النفس فأن ذلك وغيره من العوامل يساهم في توجيه الفرد نحو موضوع جنسي ما أو سلوكاً ما مركزاً على عقدة أو ديب ، وإن الفشل فيها يقود الشخص مثلاً إلى الجنسية المثلية أو الإيجابية ، وكذلك عقدة الخصاء واليكترا عند البنات وما تقوده من ضرورة من الإنحراف وأن الأشخاص الذين يميلون إلى ممارسة الجنس مثلاً مع الأطفال أحياناً ما يكون السبب هو التعلق الشديد بالأم بحيث لا يستطيع الإختلاف أو إحتواء أي امرأة غير الأم لأنها من المحرمات عليه جنسياً وتمثل أو تعادل أمه في ذهنه ، وكذلك الأشخاص الذين يميلون مثلاً إلى جماع الشيوخ أو الكبار في السن هنا نجد سلوكاً يمثل نوعاً من التعريض لحنان الأبوة والأمومة المفقودة .

**ب - نظرية التعلم :** حيث يؤكد علماء السلوكية على التعلم والبيئة وكافة الظروف بها تساهم في توجيه الفرد إلى الجنسية السوية أو المثلية أو أي طريق أو مسلك من ضرورة الإنحرافات السابقة الإشارة إليها ، فمثلاً تؤمن النظرية السلوكية بأن كل شيء متعلم من البيئة ، وأن الإنسان حين يولد لا يعرف الصواب من الخطأ وهنا يتجلّى دور البيئة والمحيطين بالشخص في إمداده ببعض المعلومات ، بل إن الشخص - مثلاً - من خلال ملاحظته للنمذج في بيئته فإنه يتأثر بهم ويقتدى بهم ، إضافة إلى الأساليب الأخرى التي تمارسها البيئة على سلوكيات معينة من قبل المكافأة والثواب والععقاب . فمثلاً العقاب الصارم على سلوكيات الجنسية الطفولية في الصغر بسبب كراهية لها ، فإذا ما تقابلت مع خبرات لذة أو سارة لسلوكيات الجنسية المثلية فمن المتحمل جداً أن يصبح الفرد جنسياً مثلياً .

**ثالثاً : العوامل الاجتماعية والثقافية :** حيث يؤكد علماء الاجتماع على أثر البيئة والظروف والمناخ الثقافي الذي قد يسامم في خلق العديد من صور الإنحرافات فمثلاً لنفترض أن هناك صبياً صغيراً تبدو عليه بعض مظاهر الأنوثة والنعومة هذا الصبي قد سمع أشخاصاً في البيئة المحيطة به يصفونه بأنه أنثى أو شكل الأنثى ، فإن ذلك الكلام سوف يجعله متبنها إلى البنات ومن ثم يميل إلى تقليدهن ، وهكذا ، إضافة إلى العديد من العوامل الاجتماعية والحضارية التي تساعد على إنحرافات الجنس مثل الغوصي في الأسرة ، عدم التفريق بين الأطفال المراهقين في المضاجع .

- وربما قبل ذلك - في المضاجع ، وممارسة الأباء للجنس بجوار أبنائهم ظناً منهم أن الأولاد نائم ( وهناك العديد من الشكاوى التي ذكرها أصحاب إنحراف جنسي ما سواه ذكور أو بنات بأنهم قد استيقظوا ليلاً على صوت تأوهات الأم وكتموا أنفسهم وواصلوا متابعة ذلك بل وانتظاره ( وكأنه فيلم مثير ) تاهيك عما يصاحب ذلك من تخيلات لدى مثل هذه النوعية ذات الحظ السيئ والظروف الاجتماعية بالغة السوء ) إضافة إلى إنتشار تجار الجنس ( صور - أفلام - جرائد - مجلات ) مما يقود إلى إثارة الغرائز وكذا طول فترات التواجد في المدارس الداخلية أو السجون أو المعسكرات . حيث وجدت العديد من الدراسات وجود العديد من صور الإنحرافات الجنسية في مثل هذه المجتمعات المغلقة حيث تكثر الجنسية المثلية أو العادة السرية أو الإحتكاك بالآخرين أو حتى جرائم الإغتصاب ) إضافة إلى وجود العديد من حالات الإضطراب والظروف النفسية السيئة التي تعقب حالات الإنفصال والفشل في التوافق والطلاق والدرمل أو المرور بخبرات جد صارمة ، إضافة إلى العديد من الإغراءات التي قد تدفع ضعاف النفوس إلى الإتجار بأجسادهن ( وهنا نجد فلة محترفي الدعاارة ) وكذا الطامعين في الكسب وبأقل التكاليف وأرخص الطرق ( وهنا نجد العاهرات والقوادين ) . وكذا الأعلام الخاطئ الذي لا يرعى القيم والتقاليد والأخلاقيات المطلوب بثها من خلال ما يعرض على المشاهدين ، إضافة إلى بث قيم إستهلاكية وجنسية مثلاً : أن الراقصات أكثر شهرة من العلماء ، كما أن الراقصات معهن تقود ونفوذ وواسطة أكبر ، وأن ( ن ) الراقصة الشهيرة ، قد هربت من قريتهم دون أن تكمل الإعدادية مثلاً وقد اهتمت بجسدها حتى اكتشفها المخرج فلان فعرض عليها أن تعمل في بعض الإعلانات ثم كانت الفقرة العليا حين ظهرت في مشهد سينمائي ثم توالت بعد ذلك الفقرات ثم الدعاية وإعتبرها من نجوم وصفوف المجتمع الأولى ، ولا شك أن نشر مثل هذه الأفكار والنماذج في تبوء مكانة رفيعة ، كل هذا وغيره قد يساهم في اللجوء إلى أي صورة من صور الإنحرافات الجنسية ، والتي وجدناها متعددة ومتفرعة ومتباينة ومعقدة ، ولله في خلقه شتون ( خاصة في دراستنا عن القدرة لدى الشباب والمراهقين ) .

#### علاج الإضطرابات الجنسية :

يتبخض العلاج في النقاط الآتى :

- ١ - العلاج النفسي مع تفسير تعليم المريض وتوجيهه للطريقة الصحيحة .
- ٢ - الإيحاء بالتشجيع والعلاج النفسي التحذيري .

- ٣ - العلاج بالتحليل النفسي ( خاصة في الحالات التي لديها كراهية من ممارسة الجنس لوجود العديد من الأفكار والتصورات غير المعقولة في لاشعور الشخص ) .
- ٤ - العلاج الشرطي السلوكي ( خاصة العلاج بالتنفير لمن يفضلون ممارسة الجنس مع نفس جنسهم ) .
- ٥ - العلاج الكيميائي بالعقاقير المضادة للقلق والخوف والإكتئاب .
- ٦ - طريقة ماسترزوجوش لعلاج الإضطرابات الجنسية .
- ٧ - العلاج الجراحي ( لبعض الحالات ) .

( أحمد عاكشة ، ١٩٩٨ ، ٥٤١ - ٥٤٢ )

إضافة إلى العديد من العلاجات الأخرى مثل : الحبة الزرقاء الساحرة ( الفياجرا ) والتي تعالج مشكلة الإنتصاب لدى الرجل ، وكذلك استخدام الهرمون الذكري ( التستستيرون ) ( إلا أن هذه العلاجات العضوية يجب أن تتم تحت إشراف طبي دقيق ) .

( Kaplan. & Sadock., 1996 )

#### **مسار ومال الإضطرابات الجنسية :**

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الإعتماد عليها في هذا الصدد .
  - لكن العديد من الدراسات التنبغية قد توصلت إلى الحقائق الآتية :
    - ١٠٠ % شفاء من حالات التقلص المهبلي .
    - ٨٩ % في حالات القذف المبكر .
    - ٨٣ % في حالات البرود الجنسي .
    - ٨٢ % في حالات فشل القذف .
    - ٧٢ % في العنة الثانية .
    - ٥٩ % في العنة الأولى ( أي لم يحدث إنتصاب على الإطلاق ) .
- ( أحمد عاكشة ، ١٩٩٨ ، ٥٤٣ من )

## مراجع هذا الفصل

- ١ - أحمد عبد الخالق (١٩٩٨) ، **الصدمة النفسية** ، الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت.
- ٢ - أحمد عاكاشة (١٩٩٨) ، **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٣ - ب. دى. سيلفا (٢٠٠٠) ، **فحص إختلال الوظائف الجنسية** في كتاب : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية . ص ص ٢٢٩ - ٢٤٦ .
- ٤ - ب. دى. سيلفا (٢٠٠٠) ، **علاج إختلال الوظائف الجنسية** في كتاب : مجمع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين ، تحرير س. ليندزاي ، ج بول ، ترجمة صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٤٧ - ٢٦٤ .
- ٥ - جيمس كوردوغا، نيل جاكسون (٢٠٠٢) ، **الكر الزواجي** ، ترجمة هدى جعفر في كتاب : مرجع اكلينيكي في الاختurbabات النفسية - دليل علاجي تفصيلي ، تحرير : ديفيد . ه بارلو ، إشراف على الترجمة والمراجعة : صفت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١١٤٣ - ١٢٠٨ .
- ٦ - طه أحمد المستكاوى (٢٠٠٦) ، **بعض آثار السلوك الجنسي لدى عينة من طلبة الجامعة (الذكور)** من الريفيين والحضربيين : دراسة نفسية ، بحث قدم إلى مؤتمر العلاج النفسي .. رؤية تكاملية ، (١٢ - ١٤ فبراير) ، جامعة المنوفية ، كلية الآداب .
- ٧ - فرج طه وآخرون (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي** ، القاهرة ، دار سعاد الصباح .
- ٨ - مصطفى زبور (١٩٧٥) ، **مصطلح الجنس** في : معجم العلوم الاجتماعية ، إشراف وتصدير إبراهيم مذكر ، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢١٥ - ٢١٧ .
- ٩ - محمد حسن غانم (٢٠٠٥) ، **المسجونون والسلطة** ، دراسة نفسية مقارنة ، الأسكندرية ، المكتبة المصري .

- ١٠ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٤ ) ، دراسات كلينيكية لحالات عربية ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ١١ - محمد حسن غانم ( ٢٠٠٦ ) ، أزمة الجنس في المراهقة ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- ١٢ - محمد نجيب الصبوه ( ٢٠٠١ ) ، الانحرافات السلوكية والشباب في مصر ، القاهرة ، سلسلة محاضرات لجنة علم النفس ، المجلس الأعلى للثقافة ، ص ص ٦٩ - ١٠٦ .
- ١٣ - ميشيل كاري ، جون ديتسرز ، اندره ميسنر ( ٢٠٠٢ ) ، الإختلالات الجنسيه : إضطراب الانتساب لدى الذكور ، ترجمة صفوت فرج في كتاب : مرجع كلينيكي في الإضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي تحرير : ديفيد . ه . بارلو ، إشرف على الترجمة والمراجعة ، صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص ١٠٥٥ - ١١٤٢ .

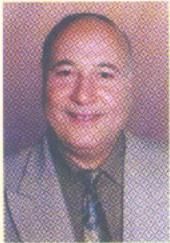
- 14- Ameri can psychiatrie assoeiation ( 2000 ) **Diagnostic and statir-stical manual of mental Disorrderes**, 4 . th. ed wachington . DC.
- 15- Kipatrick. D. , veronen, L. Best. c. ( 1985 ) **Factor predeting psycholigay ap distreses among rape victims.** in C.R. Figley (Ed). Trauma and it wake Vol . 1 : the study and treatment of post-traumtic stressrdisords. new york . Brunner / Ma2el. pp. 113 - 141
- 6 - Kaplan. H. & sadock. B. ( 1996 ) **pocket Hand book of clincal psychiatry , london , williamsal wikins , second, Edition.**











# الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية

## هذا الكتاب

يمثل مرجع هاماً وأساسياً لا غنى عن قراءته للمتخصصين في العلوم الإنسانية ( علم نفس - اجتماع - طب نفسى .. وغيرها من التخصصات ) .. كما أنه لا غنى عنه للقارئ العادى .. لماذا ؟ لأنه تناول العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية مثل: القلق وأنواعه ، الاكتئاب والفصام ، الاكتئاب والهوس ، الانحرافات الجنسية ، اضطرابات الشخصية ، الاعتماد على المخدرات، اضطرابات النوم - واضطرابات الفصام وغيرها من الاضطرابات . حيث تم تناول كل اضطراب من الاضطرابات السابقة من حيث : وسائل الانتشار - التعريف بالاضطرابات - محكّات التشخيص وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي ( الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية ( APA ) .. أسباب الاضطراب - طرق العلاج - مسار وملأ كل اضطراب .

أملين أن يظل هذا الكتاب مرجعاً أساسياً ، ونفعه يتضمن مجاهل المعرفة بالنفس الإنسانية .

Bibliotheca Alexandrina



0646816

ال

