

مطبوعة بيداغوجية
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم علم النفس



مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي

إعداد: د. سهام بوغندوسة

علم
النفس
المرضي

أفريل 2017

فهرس المحتويات

المحور الأول: المقدمة/ مفهوم علم النفس المرضي وطرق البحث في علم النفس المرضي

- 1- مفهوم علم النفس المرضي.....(1)
- 2- طرق البحث في علم النفس المرضي.....(5)

المحور الثاني: مفاهيم قاعدية في علم النفس المرضي

- 1- مفهوم السواء.....(10)
- 3- مفهوم البنية.....(14)
- 4- مفهوم النزوة.....(19)
- 7- القلق والصراع النفسي.....(24)
- 8- ميكانيزمات الدفاع.....(30)

المحور الثالث: وصف ودراسات الوحدات الكبرى في علم النفس المرضي

- 1- مفهوم العصاب وأنواعه.....(42)
- 2- مفهوم الذهان وأنواعه.....(46)
- 3- الحالات الاكتئابية.....(51)
- 4- الحالات الحدية.....(57)

المحور الرابع: السيميولوجيا في علم النفس المرضي

- 1- المرض النفسي.....(64)
- 2- تصنيفات المرض النفسي.....(69)
- قائمة المراجع.....(76)

فهرس الجداول:

- 1- جدول رقم (1) يلخص عناصر كل بنية.....(18)
- 2- جدول رقم (2) يبين أنواع العصاب (44)
- 3- جدول رقم (3) يوضح التصنيفات الكلاسيكية للأمراض النفسية.....(70)

المحاضرة الأولى

مفهوم علم النفس المرضي

عدد الحصص: (01)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- لمحة عن التطور التاريخي لعلم النفس المرضي

1-1- العصر الوسيط ومفهوم الجنون:

في هذه الفترة كان المرض العقلي يعتبر جنونا وهو ناتج عن عمل شيطاني أو مس وعقاب من الله، يسلط على الأشخاص الذين يخطئون. هذه المعتقدات انتشرت في العصر الوسيط، وهناك عدد من المرضى العقلين الذين أحرقوا لأسباب مرتبطة بالسحر في نهاية هذا العصر

1-2- منتصف القرن التاسع عشر والتطور الطبي:

تميزت هذه المرحلة باعتبار المريض العقلي مجنونا لا علاقة له بالواقع العادي وبالتالي فإن المجنون لم يعد شخصا عاديا إلا بعد نهاية الأزمة التي يعاني منه. في هذه الفترة ظهر أيضا مفهوم المرض العقلي وبدأ البحث عن تفسير تشريحي له.

1-3- نهاية القرن التاسع عشر:

استبدل في هذا القرن الحديث عن المرض العقلي بالحديث عن البنية المرضية هذا المفهوم يعني وجود نواة عامة ثابتة للمرض مقابل وجود تنوع في الأعراض. البنية إذا تتضمن معنى وجود المرض الكامن والمرض الظاهر.

إذا كان القرن التاسع عشر قد تميز بولادة نسق كبير من التصنيفات للاضطرابات العقلية فإن القرن العشرين قد تميز بازدهار الأنساق التفسيرية لهذه الاضطرابات. يعزى تطور علم النفس المرضي إلى تطور الطب العقلي، الفلسفة والتحليل النفسي.

1-4- القرن العشرين:

مصطلح علم النفس المرضي هو ترجمة للمصطلح اللاتيني psychopathologie استخدم هذا المصطلح أول مرة في ألمانيا من طرف "Emmingaus" للإشارة إلى الطب العقلي المهتم بالأفراد المرضى.

شهدت بداية القرن العشرين ولادة علم النفس المرضي كمنهج وتخصص مستقل، كان ميلاده في فرنسا أين بدأت أبحاث "ريبو" "Ribot" حول المنهجية الخاصة بدراسة المرض حيث أراد فهم اضطرابات الشخصية بهدف فهم التوظيف العادي و فيما بعد جاءت أعمال جانيه "Janet" تلميذ "ريبو" الذي درس بالكولاج الفرنسي عام (1895) "جاني" يعتبر من الأوائل الذين تحدثوا عن ما قبل الشعور في دراسته حول الهستيريا وقد سبق

"فرويد" بسنوات حين فسر فقدان الذاكرة الهستيريا بوجود ذكريات محفوظة في ما قبل الشعور "فرويد" طور هذه الفكرة لاحقا حيث تحدث عن كبت الذكريات الصادمة أعمال شاركو "Charko" ساهمت بدورها في تطوير مجال البحث في علم النفس المرضي وقد برزت أعماله حول الهستيريا وعلاجها بالتتويم المغناطيسي .

جهود "فرويد" و"بروير" "Breuer" تواصلت للبحث أكثر في موضوع الهستيريا. وقد قدم فرويد كتاب (1901) علم نفس الحياة اليومية "psychologie de la viequotidienne".

مفاهيم "فرويد" حول التفريغ والتداعي ونظريته التحليلية ساهمت في تطور علم النفس المرضي بشكل واضح.

يعتبر الألماني "جاسبرس JASPERS. K" من الأوائل الذين تحدثوا عن علم النفس المرضي بالمعنى المعاصر سنة (1913) في كتابه علم النفس العام psychologie générale "جاسبرس" طبيب عقلي اهتم بالنزوغرافيا La nosographie (وصف الأعراض) حيث أراد دراسة الحالة النفسية للمريض من خلال معاشه النفسي والسيرورات المسببة للاضطراب العقلي كما سعى إلى فهم كل العوامل التي تساعد على فهم المرض وفقا لمقارنته الفينومينولوجية.

2-تعريف علم النفس المرضي

يعتقد "منكوفسكي" "Minkowski"(1966):أن"علم النفس المرضي يشير إلى علم نفس المرض وإلى المرض النفسي.ويشير أيضا إلى العلم الذي يسمح بفهم المرض (النظريات المفسدة للمرض)".

تعريف "بدينلي" "Pedinilli" : يعرف "بدينلي" علم النفس المرضي بأنه " ذلك الفرع من علم النفس العيادي،الذي يهتم بدراسة وتقييم وتشخيص المعاناة النفسية بالإضافة إلى تقديم المساعدة والعلاج".

ويعرف أيضا بأنه:"العلم الذي يدرس الاضطرابات العقلية وكل ما يتعلق بوصفها وتصنيفها وتقييمها".

على العموم يمكننا تعريف علم النفس المرضي من خلال مجموعة من النقاط التي

نلخصها فيما يلي:

- يهتم علم النفس المرضي بدراسة ووصف الأعراض والعلامات (دراسة سيميولوجية).
- يسعى علم النفس المرضي إلى تصنيف الأعراض (دراسة نزوغرافية).
- يهدف علم النفس المرضي إلى دراسة الآليات والميكانيزمات المنتجة للاضطراب.
- يهتم علم النفس المرضي بتقييم الاضطرابات ومحاولة التنبؤ بمستقبلها.
- يهتم علم النفس المرضي بتقديم العلاج المناسب للاضطراب بعد تشخيصه.

المحاضرة الثانية

طرق البحث في علم النفس المرضي

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- المقابلة:

هي الأداة الأساسية التي يستعملها النفساني سواء في حالات التقييم أو العلاج والهدف منها مزدوج الاصغاء للعميل وجعله يتكلم بكل حرية عن مشكلته بالاطافة إلى فهم مشكلته وتشخيصها وعلاجها.

1-1- أنواع المقابلة

- المقابلة البحثية:

هذا النوع من المقابلات يكون بهدف إجراء بحث علمي حيث يسعى الباحث في علم النفس المرضي إلى جمع المعلومات عن طريق تقنية المقابلة.

- المقابلة التشخيصية:

المقابلة ليست فقط أداة جمع المعلومات لكنها أيضا فرصة لملاحظة معاناة العميل،
المقابلة التشخيصية تتطلب معرفة سمبولوجية وتحديد الدلالات وتكون اما غير موجهة و

إما نصف موجهة

أو موجهة.

- المقابلة العلاجية:

تتم بهدف تنفيذ خطة علاجية يشرف عليها المختص النفسي.

1-2- مميزات المقابلة الناجحة:

- موضوعية وحياد المختص النفسي أثناء المقابلة.
- وضوح أسئلة المختص وقصرها.
- وجود جو من الثقة بحيث يشعر العميل بذلك فيعبر بكل راحة عن مشاعره وأفكاره.
- احترام وتقبل العميل وتفهم معاناته.
- كشف الدوافع اللاشعورية وملاحظة التناقضات الوجدانية.

2- الملاحظة:

يعتمد المختص في علم النفس المرضي على تقنية الملاحظة لجمع المعلومات
الخاصة بمشكلة العميل.

تتم الملاحظة عن طريق مراقبة سلوك العميل أثناء تفاعله في مختلف المواقف هذه المراقبة المنظمة والممنهجة تسمح للمختص بجمع المعلومات وتحليلها بهدف توظيفها في التشخيص والعلاج، تهدف المشاهدة القصديّة المنظمة إلى فهم الحالة بشكل أفضل. في علم النفس العيادي نلجأ إلى الملاحظة عند الحاجة وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات فملاحظة الطفل أثناء اللعب مثلاً يمكنها أن تقدم لنا معلومات هامة حول شخصية هذا الطفل وطبيعة الصراعات النفسية التي يعاني منها.

3- الاختبارات والمقاييس النفسية:

يعتمد المختص في علم النفس المرضي على مجموعة من الاختبارات التي تتوفر في عيادته.

الاختبارات النفسية كثيرة لكن يمكن تصنيفها في فئتين أساسيتين هما:

3-1- الاختبارات الموضوعية

توجد العديد من الاختبارات التي يعتمد عليها في علم النفس المرضي ومنها الاختبارات التي تقيس مستوى القدرات العقلية كاختبارات الذكاء، اختبارات الذاكرة.

2-3- الاختبارات الإسقاطية

هذا النوع من الاختبارات يعتمد على اسقاطات العميل وتداعياته ومن أهم هذه الاختبارات نجد اختبار الرورشاخ، اختبار تفهم الموضوع، اختبار القدم السوداء، اختبار تكلمة الجمل .

3-3- المقاييس والسلالم النفسية

توجد مقاييس وسلالم متنوعة منها ما يقيس الميول والاتجاهات والتوافق النفسي... الخ.

4-دراسة الحالة

كل المعلومات التي تجمع عن طريق مختلف الأدوات تصب في إطار دراسة الحالة ونعتمد في دراسة الحالة على نموذج تتوفر فيه كل العناصر اللازمة لتقديم دراسة مفصلة عن حالة العميل.

- عناصر نموذج دراسة الحالة:

1- البيانات الشخصية والمشكلة الحالية للعميل

2- تاريخ الحالة ويتضمن العناصر التالية

- بيئة العميل .

- التاريخ الشخصي .

- التاريخ التعليمي .

- التاريخ المهني.
- التاريخ الجنسي والزواجي.
- التاريخ الطبي.
- الاهتمامات والعادات الأخرى.
- 3- نشأة وتطور المرض الحالي.
- 4- المظهر العام والسلوك.
- 5- القدرة على التركيز.
- 6- محتوى التفكير.
- 7- الحالة الانفعالية.
- 8- الوظائف الحسية و القدرات العقلية.
- 9- الاختبارات السيكولوجية والتشخيصية.
- 10- الفحوص الطبية.
- 11- الصياغة التشخيصية.

المحاضرة الثالثة

السوي والمرضي

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- مفهوم السواء normalité

مفهوم السواء مأخوذ من الكلمة اللاتينية Norma، اتخذ هذا المفهوم عدة أبعاد حيث قسّم الأطباء العقليين قبل أعمال "فرويد" الأشخاص إلى عاديين ومرضى عقليين، بينما أعطت أعمال "فرويد" فيما بعد أهمية كبرى لعقدة أوديب التي اعتبرها مرحلة فاصلة في تكوين الشخصية السوية أو غير السوية "فرويد" يعتقد أنه لا يوجد فرق أساسي بين الفرد الذي يسمى سويا وبين الفرد العصابي عندما ينتمون إلى نفس البنية الأساسية.

نشير إلى أن الشخصية في تصنيف السوي يمكن أن تدخل ضمن تصنيف المرض العقلي بما في ذلك الذهاني، لكنها يمكن أن تعود إلى السواء بعد العلاج الناجح. إذن الأشخاص الأسوياء أو المرضى يخضعون إلى بنياتهم الأساسية حيث لا تتغير هذه البنية. ومنه يمكننا استبدال مصطلح شخصية سوية personnalités normales بشخصيات شبه سوية pseudo normales.

من خلال ما سبق من المعطيات نستنتج بأن تعريف السواء يواجه بعض الغموض وهذا ما أكدته "بارجوريه" في أعماله.

ج. كانغيلهم G.Canguilhem سنة (1966) أقترح مصطلح "normativité" بالنسبة له الفرد الذي يتمتع بالصحة يمكن أن يصاب بالمرض ويشفى منه، أي أنه شخص قادر على انشاء معايير جديدة يوظفها في سياق مختلف يمكنه أن يتكيف معه.

يعتقد المختصون في علم النفس المرضي أن الأصحاء هم الذين لا يعانون من صعوبات داخلية أو خارجية تفوق قدراتهم العاطفية الموروثة والمكتسبة، وامكانياتهم الشخصية التكيفية.

2-معايير السواء :

2-1-السواء الإحصائي:

يقصد بالسواء الاحصائي تصنيف السلوكات مقارنة مع المعدل الاحصائي. أي أن السواء يعنى به معظم الأشخاص في المجتمع، بينما المرضي ينحصر في طرفي "منحى قوس" عندما ينحصر السواء في أغلبية المجتمع فإنّ وضعية الأقلية تطرح مشكلات. هذا المعيار تعرض للنقد لأنه صنف الأقليات في خانة اللاسواء.

2-2-السواء المثالي normalité idéale:

يقصد به المثالية، المعيار يمكن أن يكون أوبيا أو مؤسساتيا أو جماعيا أو سياسيا. عندما يعرف السواء بمعيار الجماعة المخاطر تكون كثيرة في المقياس أو التعريف إذ يخضع التوازن النفسي إلى بنية المجتمع، هكذا يصبح سويا كل من يوافق المجتمع وغير سوي كل من يعارضه .

السواء الاجتماعي أو المثالي يعني الخضوع لقواعد المجتمع وثقافته، هذا المعيار يمكن أن يدفع الأفراد إلى الخضوع والسلبية من أجل التكيف الاجتماعي وذلك على حساب إخفاء اضطراباتهم (قد تلاحظ شخص يوحى بالهدوء والتكيف في حين أنه يعاني من اضطرابات نفسية خفية فيما يبدو شخص آخر مهماشا اجتماعيا لكنه مستقر نفسيا).

المعايير الاجتماعية والثقافية تؤثر في النوزوغرافيا(تصنيف الأعراض) مثلا: المثلية

كانت تعتبر مرضا إلى غاية 1970 في و.م.أ.

2-3-السواء الوظيفي:

في السواء الوظيفي يقارن الشخص بالآخرين وأيضا بالنسبة لذاته، و السواء هو

التوظيف الأمثل بالنسبة للفرد مقارنة مع سماته السيكولوجية الخاصة.

السواء هنا يرتبط بالتوظيف الواقعي الأساسي لكل شخص.

قبل أعمال فرويد الأشخاص كانوا يصنفون إلى أسوياء ومرضى عقليين، لكن أعمال فرويد والبحوث المعاصرة تؤكد أن الشخصية السوية يمكن أن تمر بلحظات وفترات من الاضطراب النفسي، كما أن المرض الذي يعالج بشكل ناجح يسمح للشخص بأن يعود إلى السواء. وحاليا يعتقد بارجوريه أن الصحة الجيدة (bien portant) لا تعني غياب المرض .

3-سمات الشخص السوي: يتميز الشخص السوي بمجموعة من السمات التي نذكر

بعضها فيما يلي :

-فرد لا يواجه صعوبات تتجاوز قدراته العاطفية، التكيفية ودفاعاته.

- شخص يراعي مبدأ الواقعية.

- شخص يتميز بالتوافق النفسي والتوافق الاجتماعي.

- شخص يشعر بالاستقرار والتوازن النفسي.

- شخص يتميز بالمرونة في مساندة حاجاته الاجتماعية.

المحاضرة الرابعة

مفهوم البنية

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1-تعريف البنية

حدد "بارجوريه Bergeret" في كتابه "الشخصية السوية والمرضية" مفهوم البنية في علم النفس المرضي، حيث وصفها بأنها حالة نفسية مرضية أو غير مرضية، تتكون من عناصر باراسيكولوجية، أساسية في الشخصية ثابتة في كل مستقر ومحدد. البنية عندما تتكون، تصبح غير قابلة للتغيير، ولا تظهر إلا من خلال بعض ميكانيزمات الدفاع وبعض سمات الشخصية أو عند الوقوع في المرض النفسي. أو في حالة مواجهة صعوبات داخلية ترتبط أحيانا بسوء التكيف أو التغيير أو الصدمة.

استعمل فرويد التشبيه بقطعة البلور لشرح البنية، هذه القطعة تتكون في شكل طبقات متتالية وعندما تقع القطعة تنكسر حسب الخطوط الكبرى للانشطار الموجودة بداخلها الشخصية أيضا تعتبر كقطعة البلور لأنها تتكون حسب خطوط أساسية ترسم هذه البنية، ولا تكون مرضية أو سوية، إلا إذا وقع الفرد في المرض النفسي، نمزج بين نمطين من البنية العصابية والذهانية، عندما تنكسر الشخصية البنية العصابية تعطي العصاب والبنية الذهانية تعطي الذهان. والشخصية الحدية تنظم بين البنيتين.

2- تكوين البنية la genèse de la structure

البنية يبدأ تكوينها في عمر مبكر، حسب عناصر محددة كالعلاقة بالوالدين، علاقة جسد/ نفس، الاحباطات، ميكانيزمات الدفاع، واختيارات الموضوع، تكون البنية في وضع مستقر بعد مرورها بمجموعة من المراحل نذكرها فيما يلي .

- مرحلة اعادة التعرف على الاندماج الجسدي la reconnaissance de l'intégrité corporelle

الطفل لا يدرك جسده كوحدة لأنه يعيش حالة عدم تمايز مع الأم. الثدي الذي يرضعه يعتبره جزء منه، تدريجيا وبفضل الرعاية الأمومية و تطور الوعاء اللغوي يكتشف الطفل كينونته من خلال الجسد، وتعتبر هذه المرحلة مرحلة بناء الذات لأنّ الذهان يظهر من خلال الإدراك الجزئي للجسد والذي يذكر بالمرحلة الأولى للإدراك الجسدي

-مرحلة التفرد(التمايز): في هذه المرحلة يعيش الطفل تجربته الجسدية باعتبارها وحدة متميزة ومنفصلة عن الآخر، الطفل يصبح فردا والخطوط الكبرى للبنية تبدأ في التموضع انطلاقا من المعطيات الوراثية وتجارب العلاقات بالموضوع التي تعتبر منبعا للصراعات والاحباطات النفسية.

-مرحلة البنية الحقيقية La veritable structure:

هذه المرحلة تتزامن مع فترة البلوغ والمراهقة ،البنية حينها تكون شبه نهائية، والأنا يكون منتظما بشكل عصابي أو ذهاني، حينها يصبح الشخص خاضعا في تسييره لصراعاته الى نوع بنيتة.

في فترة المراهقة يمكن أن يؤثر العلاج النفسي والتكفل الناجح في مسار البنية الذهانية ويحولها إلى عصابية. لكن هذا لا يمكن أن يحدث بعد المراهقة لأن البنية تكون حينها قد استقرت وثبتت بشكل نهائي.

3-أسس تمييز البنية

يتم التمييز بين البنيات بناء على المعايير التالية:

- طبيعة القلق الكامن.
- نمط العلاقة بالموضوع.
- ميكانيزمات الدفاع الأساسية.
- نمط التعبير العرضي والدلالات الرمزية للأعراض.
- مرحلة التثبيت.

4-انماط البنيات

هناك بنية عصابية وبنية ذهانية بالاضافة إلى التنظيمات الحدية التي تتموقع بين حدود البنيتين الذهانية والعصابية .

1-4- البنية العصابية

تصف وضعية نمو نفسي عاطفي سوي بعيد عن الصدمات الكبرى وقادر على حل الصراع الأوديبي وإلى التعبير عن الانا.
الحقل العصابي غالبا يكون سويا، لكن يمكن أن نسجل تطورات نفسية مرضية .

2-4- البنية الذهانية

تحدث "بارجوريه" عن الاضطرابات الذهانية وقد فسرها بتعرض الشخص الى الاحباطات المبكرة (الاولى) التي تعرقل بناء الأنا بطريقة موحدة والتي تفسر ضعف الأنا الذهاني وعدم نضجه وكذا عدم قدرته على الفصل بين الذات والآخر.

3-4- التنظيم الحدي/ organisation limite/ état limite

يتموقع التنظيم الحدي بين البنيتين الذهانية والعصابية ،في هذا التنظيم يتطور نمو الشخصية بطريقة مشبعة في المرحلة الأولى من الحياة لكن الحدث الصدمي المبكر يحدث الخلل المبكر ويوقف النمو النفسي.الخلل التنظيمي المبكر يمكن أن يرتبط بعدم

الاستثمار الانفعالي désinvestissement émotionnel وحدث فقدان العلاقات (الانفصال عن الأم).

-جدول رقم (1) يلخص عناصر كل بنية:

البنية	الركن المسيطر	طبيعة الصراع	طبيعة القلق	الدفاع الأساسي	طبيعة العلاقة بالموضوع
العصابية	لأنا الأعلى	الأنا الأعلى/ الهو	الخصاء	الكبت	تناسلية Génitale
الذهانية	الهو	الهو/الواقع	التجزئة	الرفض rejet الانكسار الانكار	تلاحمية Fusionnelle
الحالات الحدية	مثالية الأنا	مثالية الأنا مع الهو والواقع	فقدان الموضوع	الانشطار clivage المثالية	انكالية Anaclitique

مفهوم النزوة

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- تعريف النزوة:

النزوة هي قوة لاشعورية توجد بين النفس والجسد، توجه الفرد نحو موضوع معين بهدف تحقيق الاشباع . أصلها بيولوجي كالجوع والجنس وتولد من استثارة الجسد وتحديدا المناطق الشبقية فيه. بالنسبة لفرويد كل المظاهر النفسية ترفق بمظاهر جسدية. النزوة دافع ديناميكي تحمل طاقة تتجه نحو هدف الاشباع. وهي مفهوم حدودي بين ما هو نفسي وما هو جسدي، فالممثل (المتصور، المتمثل) للاستثارات يأتي من داخل الجسد ويصل إلى النفس، كمقياس لمطلب العمل الذي يفرض على النفس نتيجة ارتباطه بالجسدي (فرويد في النزوات).

2- نظرية النزوات:

بعد تقديمنا لمفهوم النزوة سوف نحاول في هذا العنصر معرفة مراحل تطور هذا المفهوم خاصة على مستوى نظرية التحليل النفسي.

مرّت أفكار "فرويد" حول النزوات بثلاث مراحل كالتالي:

- المرحلة الأولى تميزت بثنائية النزوات الجنسية من جهة ونزوات الأنا وحفظ الذات من جهة أخرى.

- المرحلة الثانية أدمج مدخله إلى النرجسية بنظرية النزوات.

- المرحلة الثالثة تميزت بالتمييز بين نزوات الحياة ونزوات الموت.

نلاحظ من خلال هذا التتبع التاريخي أنّ فرويد لم يعط تعريفا واضحا للنزوات إلاّ بعد 50 سنة (1905) في مؤلفه "ثلاث مباحث في نظرية الجنس"، حينها كان قد درس الصراع النفسي ودرس اللاشعور، واعتبر بأنّ الصراع يأتي من الطاقة لكن طبيعته تبقى خفية.

المحاولة الأولى إذن مرّت بين النزوات الجنسية ونزوات الأنا وحفظ الذات، في (1914) قدم مقاله المطول حول "مدخل إلى النرجسية" (فترة الانفصال عن يونغ) وقد ميز بين الاشباع الداتي (satisfaction auto-érotique (plaisir d'organe) والاشباع الموضوعي (satisfaction objectale). وقد أدخل في هذا الوقت مفهوما آخر هو

الاستثمار الكلي للأنا عن طريق الليبيدو (مفهوم النرجسية) انطلاقاً من مختلف الاعتبارات خاصة الجنسية والاقتصادية. بلور مفهوم النرجسية منذ (1910، 1914) في مؤلفه "ثلاث مباحث في نظرية الجنس" من خلال تحليل حالة "شرايبر" Schreber".

فيما بعد عرض "أبراهام" هذا المفهوم في الخرف المبكر (les démence précoces) عندما ينسحب الليبيدو من مواضيع العالم الخارجي يمكن أن ينعكس ويعاد استثماره داخليا (ليبيدو الأنا/ ليبيدو الموضوع). "الأنا يجب أن يكون كخزان كبير لليبيدو الذي يرسله نحو المواضيع ويكون دائماً جاهزاً لامتصاص الليبيدو المنعكس من الآخرين انطلاقاً من المواضيع. الليبيدو هو طاقة النزوات الجنسية، أصله الهو (فهو المخزن الأصلي لليبيدو)

- النرجسية الثانوية: كل الوضعيات التي نسجل فيها انعكاس الليبيدو الموضوعي على الأنا.

- النرجسية الأولى: تشير إلى الوضعية الأولية situation initiale حين يكون الليبيدو مستثمراً في الذات.

المرحلة الأخيرة في نظرية النزوات كانت (1920) في مقال "فوق مبدأ اللذة - Au-delà principe de plaisir" (أيروس/ ثنائوس)، وقبلها (1915) في مقال "النزوات

ومصير النزوات" ميز بين نزوات الحياة ونزوات الموت. ووضع تعريفا للنزوة انطلاقا من مكوناتها الأربع.

3- مكونات النزوة:

حدد فرويد في كتابه (النزوات ومصير النزوات) مكونات النزوة وهي:

- **الدافع (poussé):** هي الطاقة النفسية للنزوة والجانب الدينامي الذي يحرك النزوة ويدفعها إلى الفعل.

- **المصدر (la source):** هو الأصل الجسدي للنزوة، ويرتبط بالحاجة العضوية.

- **الهدف:** الهدف هو تحقيق الاشباع

- **الموضوع:** هو الموضوع الذي يحقق الاشباع.

وحدد لها أربع مسارات:

- الانقلاب إلى الضد *Renversement dans la contraire*.

- الارتداد على الشخص ذاته *Retournement sur la personne propre*.

- الكبت *Refoulement*.

- التسامي *Sublimation*.

هذه المسارات تبين نمط الدفاع ضد النزوات.

(1920): الصراع النفسي حسب فرويد يكون كمعارضة بين نزوات الأنا ونزوات الموضوع كل واحدة منها هي نتيجة الوحدة بين كسور (شظايا) نزوة الموت ونزوة الحياة.

4- الهوام le fantasme :

عند فشل الفرد في إشباع نزواته بطريقة واقعية يلجئ إلى مواجهة الإحباط عن طريق تنشيط الهوامات بهدف التخلص من الإحباط وتحقيق الأشباع التعويضي .

يعرف الهوام بأنه سيناريو خيالي يكون الشخص حاضرا فيه، بطريقة أقل تشويها عن طريق السيرورات الدفاعية تعويضا لرغبة لا واعية، الهوام يكون بشكل هوام واعى أي في شكل أحلام اليقظة diurnes كما يمكن أن يكون لا واعيا .

الهوام اللاواعي يكون في المرض، هو تحقيق لهذا السيناريو وخطورة تحويله إلى

فعل تعويضي

المحاضرة السادسة

القلق والصراع النفسي

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1-القلق

1-1- تعريف القلق l'angoisse

القلق هو حالة مشتركة بين البنات المرضية، و يمكن اعتباره كانداز ضد الخطر المتخيل. ويختلف عن الخوف المرتبط بموضوع حقيقي وعن الحصر الذي يتميز بالاستباقية anticipatoire.

كلاسيكيا نفرق قلق التجزئة في الفصام (المرحلة الفمية)، وقلق الاضطهاد في البرانويا (المرحلة الشرجية الأولى)، قلق فقدان الموضوع في الحالات الحديدية (المرحلة الشرجية)، قلق الخفاء في العصاب (المرحلة الأوديبية).
الشخص يدافع ضد القلق عن طريق ميكانيزمات الدفاع.

حسب فرويد القلق هو استجابة ناتجة عن عدم الاشباع، حينها الأنا يستعمل القلق للتخلص من الطاقة الزائدة. لكن "فرويد" فيما بعد اعتقد بأن الأنا يخضع للقلق (قلق نحو موضوع خطر خارجي أو داخلي) وفي حالة الخطر الداخلي الأنا يكبت النزوات. الخطر

الخارجي يمكن أن يكون أثناء التفاعل مع العالم الخارجي و أن يكون مرتبطا بوضعيات مكبوتة.

1-2- النظرية الأولى للقلق:

منذ 1905 في كتاب "ثلاث محاولات في نظرية الجنس" اعتقد "فرويد" بأن اللبيدو يتحول إلى قلق حين يغيب الاشباع، وفي 1920 أضاف بأن القلق العصابي منتج للبيدو وعندما نلاحظ قلق الطفل سنجد أنه ناتج عن الشعور بغياب الشخص المحبوب. سنوات فيما بعد في فصل مدخل إلى التحليل النفسي introduction à la psychanalyse ميز بين القلق الواقعي والقلق العصابي. القلق الواقعي مرتبط بخطر موضوعي خارجي يتطلب غريزة حفظ الذات.

قلق الطفل مرتبط بغياب الأم، وهو قلق يشبه القلق العصابي عند الراشد لأن الطفل غير قادر على إدراك الخطر الخارجي، الطفل مثلا يزيج هذا القلق إلى مواضيع مشابهة فالخوف من الظلام مثلا مرتبط بعدم قدرته على لرؤية الأم في الظلام. لكن هناك فرق بين قلق الطفل وقلق العصابي حيث أن قلق الطفل مرتبط بالبيدو في الوضع الآني في حين يرتبط القلق العصابي بالبيدو المنفصل على التصورات المكبوتة (الحمولة العاطفية) هو هنا يتحدث عن تفرغ طاقة من خلال القلق وميز فرويد بين القلق الكامن

الذي لم ينفجر في وضعيات خاصة وبين الفوبيا التي تبين وجود موضوع خارجي فجر القلق الكامن. بينما لاحظ أن القلق يعوض بالعرض في العصاب الوسواسي.

في كتابه "الكف، العرض والقلق Inhibition, symptôme et angoisses" أعطى الصبغة الأكثر وضوحاً لنظريته (والتي تسمى أحياناً النظرية الثانية للقلق)، حيث اعتبر أن القلق يظهر كوظيفة للأنا أو كإنذار وعلامة تدل على عدم الإشباع تدفع إلى تحريك كل الطاقة الممكنة لمواجهة الانفعال النزواتي للهو والتي تبقى معزولة أمام مواجهة الأنا لها.

في شرحه لحالة فوبيا الأحصنة عند الطفل هانس بنّ بأن قلق الإخصاء أزيح من الأب إلى الحصان، وهذا ما يحدث في الفوبيا والعصاب بشكل عام. الفرق بين الفوبيا والوسواس القهري مثلاً هو أن القلق في الفوبيا والوسواس القهري لم يسقط على موضوع خارجي كما في الفوبيا بل إستدخل في شكل تأنيب من طرف الأنا الأعلى وهو شكل آخر من أشكال الإخصاء (بالإضافة إلى قلق فقدان الموضوع والذي يشبه قلق الولادة – الانفصال عن الأم، هناك أيضاً قلق الإخصاء.

غياب الأم يولد القلق حتى في غياب الجوع فهنا يكون المرور من مرحلة القلق الآلي غير الإرادي (الجوع) إلى القلق intentionnel المعاد انتاجه كإنذار بالقلق.

إنّ القلق في هذه النظرية يأتي كعنصر من عمل الأنا الدفاعي، إنّ القلق مرتبط بفقدان الموضوع أو بالخوف من فقدانه كذلك فقلق الاخصاء هو خوف ثانوي يرجع إلى الخوف من فقدان الأم إذ يعتبر القضيب طريقة ووسيلة لإعادة الاتصال بالأم والاختصاص هو منع لهذا الاتصال وفقدان الأم من جديد.

من الصعب القول كيف يتطور قلق الاختصاص إلى قلق عقلي بمعنى خوف من الأنا الأعلى يشبه التهديد الذي يكون من فقدان حب الأنا الأعلى الذي يرث عقدة أوديب في (pitances parentales)، فرويد أضاف الشكل ultime الذي يأخذه هذا القلق من الأنا الأعلى والذي يشبه قلق الموت بمعنى القلق اتجاه الأنا الأعلى يسقط على القدرات الخاصة بالقدر.

1-3-القلق الآلي:

استجابة الفرد في كل مرة يواجه وضعية صدمية بمعنى مواجهة استنارات داخلية أو خارجية يعجز عن التحكم فيها بالنسبة لفرويد القلق الآلي يتميز بإنذار بالقلق (signal d'angoisse). المفهوم جاء في نظريته حول القلق (1926) "الكف والعرض والقلق" باعتباره استجابة عفوية من العضو عند التعرض لموقف صدمي.

2- الصراع النفسي

2-1- تعريف الصراع النفسي:

نتحدث عن الصراع عندما يواجه الفرد رغبتين داخليتين متناقضتين، الصراع يمكن أن يكون مظهر (بين رغبة ومطلب أخلاقي مثلا، أو بين مشاعر متناقضة).

الصراع يمكن ترجمته بتكوين الأعراض، واضطراب السلوكات والسمات، التحليليون اعتبروا الصراع كعامل تأسيسي (constitutif) للكائن البشري، ويظهر الصراع في مختلف النواحي

2-2- أشكال الصراع النفسي:

- صراع بين الرغبة والدفاع.

- صراع بين مختلف الأنساق أو الأركان، صراع بين النزوات، صراع أوديبي.

التحليل النفسي وصف الصراع في نظرية العصاب "دراسة الهستيريا"، الصراع في

الموقعية الأولى هو صراع بين أركان الجهاز النفسي ، وفي الاقتصادية الديناميكية هو صراع بين النزوات.

في الموقعية الصراع بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع، الأولى تريد أن تضمن تفوقها على

الثانية بالنسبة لفرويد الصراع يكون بين هذين القوتين.

صراع النزوات يتم أيضا بين النزوات الجنسية (حب الآخر) ونزوات حفظ الذات
(نزوات الأنا أو حب الذات)، ثم نزوات الحياة والموت.

المحاضرة السابعة

ميكانيزمات الدفاع

عدد الحصص: (2)

الحجم الساعي: ثلاث ساعات

1- تعريف ميكانيزمات الدفاع les mécanisme de défense:

عندما يفشل الشخص في ضبط بعض وضعيات حياته اليومية يلجئ إلى ميكانيزمات الدفاع التي يستخدمها الانا في شكل استراتيجيات تعويض العجز بطريقة لاشعورية، تساهم هذه الميكانيزمات في تخفيف حدة القلق والتوتر لتحقيق نوع من الإشباع الذي يكون في الغالب غير واقعي خاصة إذا كان الدفاع قائما على تشويه الحقيقة.

يعتبر "فرويد" أول من تحدث عن الدفاع سنة 1849 وفيما بعد وصفها بالسيرورات التي يستخدمها الأنا للتخفيف من حدة الصراع العصابي. أفكار فرويد حول هذا الموضوع طورتها ابنته "أنا فرويد" "Anna Freud" "ميلاني كلاين" "Mélanie Klein" حيث درست بشكل منتظم مختلف أنماط الدفاع التي يستخدمها الانا في محاولاته لحل الصراعات النفسية

"أنا فرويد" عرفت الدفاع كمنشطات خاصة بالأنا تحمي الفرد من اندفاع النزوات.

2- أهم ميكانزمات الدفاع:

- الكبت:

الكبت يعتبر أحد أهم ميكانزمات الدفاع، تحدث عنه "فرويد" سنة 1895 وقد ظل مرتبطا بمفهوم اللاشعور. يمكن تعريف الكبت بأنه عبارة عن سيرورات نشيطة تتجه إلى حفظ التصورات النزواتية المرفوضة بعيدا عن اللاشعور، وهناك ثلاث أدوار يلعبها هذا الميكانيزم.

- الكبت البدائي **refoulement primaire**: يبقى في مرحلة بدائية فردية أو جماعية وهو كل تصور مزعج (صور من المشهد البدائي من التهديد أو الاغراء من طرف الراشد) تكبت مباشرة لتشكل قطب الجذب فيما بعد، ونقاط التثبيت.
- الكبت الفعلي: الذي يتضمن حركة مزدوجة وجذب عن طريق التثبيتات للكبت الأولي (صراع الأنا والأنا الأعلى).
- عودة المكبوت: عند ضعف الرقابة في الأحلام أو الهومات، الزلات أو في شكل أعراض تبين الفشل الحقيقي للكبت.

الفرق بين الكبت والقمع **Suppression**:

- الكبت عملية لاشعورية تدفع بالمكبوت إلى اللاشعور، أما القمع فهو عملية شعورية تتم إراديا لأن ما يتم قمعه هو الانفعالات والانفعال لا يكبت ولا يمكن أن توجد انفعالات مكبوتة، والتخلص من الانفعال يكون إما بتصريفه وإما بقمعه. المقموع يستبعد إلى ما قبل الشعور لكنه دوما سهل الاستدعاء.

- الكبت يمارسه الأنا والقمع يمارسه الرقيب (وهو القوة النفسية التي يضعها فرويد بين الشعور وما قبل الشعور).

- الكبت يكون للرغبات والدوافع الغريزية المحرمة وغير المرغوبة، أما القمع فيكون للانفعالات والعواطف.

-التقمص **Identification**

يقول بارجوريه في كتابه أن التقمص ليس ميكانيزم دفاع لكنه نشاط للأنا ضروري

لنموه ويوجد:

-التقمص الأولي

مرتبط بالاندماج الفمي (incorporation orale) هنا الموضوع يجب التهامه دون تمييز مسبق بين الحنان والغذاء أو بين الأنا و لأنا ،في هذا الحراك ما قبل التناسلي تحدد الهوية القاعدية.

-التقمص الثانوي:

تلي مرحلة التقمص الأولي مرحلة التقمص الثانوي التي تتزامن مع عقدة أوديب مع العلم أن ميكانيزم التقمص الثانوي ضروري لبلورة الهوية الجنسية والعمل على استقرارها .

تقمص المعتدي:

وصف "فرويد" نمطا ثالثا من التقمص، فيه يتقمص الفرد مواضيعه الخاصة من مواضيع مرتبطة بذات أخرى

شرح هذا الميكانيزم S. Ferenczi وأنا فرويد A. Freud وباختصار يمكننا تعريفه بأنه استدخال فعلي للموضوع المعتدي أو الموضوع الذي يشكل خطرا على الذات (أنا أعلى سادي).

التقمص الإسقاطي Identification projective:

ميكانيزم تحدثت عنه M. Klein في المرحلة الفصامية البرانويدية schizoparanoide كهوام إسقاطي للطفل يتجه نحو الجسد الأمومي للسيطرة عليه وامتلاكه ومن جهة أخرى لتدميره. إذا تسامحت الأم مع هذا الهوام فإنها ستساعده على تجاوز هذه المرحلة أما إذا منعت هذا الهوام فإنها سوف تساهم في تأزم وضعه.

- الاجتياف Introjection:

هو نقل موضوعات أو صفات خاصة بها من الخارج إلى الداخل تبعا لأسلوب هوامي. يقترب الاجتياف من الادمج الذي يشكل نموذجه الجسدي الأول ولكنه لا يستلزم بالضرورة الرجوع إلى الحدود الجسدية (مثل الاجتياف في الأنا، الاجتياف في المثل الأعلى للأنا). والاجتياف على صلة وثيقة بالتماهي.

وصفه "قرنزي" بأنه ميكانيزم دفاع ضد عدم الاشباع الناتج عن غياب الموضوع، الاجتياف بالنسبة لـ "قرنزي" هو ميكانيزم نكوصي عند الراشد لكنه يساعد أنا الطفل على النمو والتبلور، كذلك يكون عند الراشد مجموعة من الهوامات الداخلية اللاواعية المنتظمة، هناك نوع من الغموض والخلط بين الإجتياف والاندماج الفمي الذي تحدثت عنه "كلاين"

والذي اعتبرته كهوام مرتبط بتصور جسدي أكثر منه نفسي وليس كميكانيزم نفسي بمعنى الكلمة.

قدم "فرنزي" مصطلح الاجتياف كمقابل الاسقاط حيث كتب في (الاجتياف والنقلة عام 1909) بينما يطرد العظامي الميول التي أصبحت مزعجة من أناه، يبحث العصابي عن الحل بإدخال أكبر قدر ممكن من العالم الخارجي في أناه، جاعلا من ذلك موضوعا لهواماته اللاواعية. إذن الاجتياف عكس الاسقاط.

ويوضحه "فرويد" أكثر في نصوص (النزوات ومصير النزوات 1915): "الأنا يريد اللذة واجتياف كل ما هو طيب ونبد كل ما هو سيء في ذاته".

يرتبط مفهوم الاجتياف مع الادمج الفمي اذ أنهما يستعملان كمترادفين من قبل "فرويد" وآخرين لكن الادمج يرجع صراحة إلى الوعاء الجسدي في حين يكون الاجتياف أكثر شمولاً ولا يقتصر على الجسد فقط بل يتعداه إلى داخل الجهاز النفسي وإلى داخل أحد أركان الشخصية وهكذا يرد ذكر الاجتياف داخل الأنا، أي اجتياف المثل الأعلى للأنا.

- الإسقاط projection:

هو عملية نفسية لاشعورية من خلالها يتخلص الشخص من أفكاره وعواطفه ورغباته المرفوضة والتي يلقي بها إلى الخارج لينسبها إلى أشياء أو أشخاص آخرين.

- الإلغاء Annulation:

حسب فرويد هو سيرورات تنشط لإبطال فعل ما يرتبط بتصورات مزعجة تستدعي أفكارا أو سلوكات يسعى الفرد إلى التعامل معها كما لو كانت غير موجودة ولهذا يقوم بأفعال أخرى أو أفكار أو سلوكات تهدف إلى محوها بطريقة سحرية ، عموما في كل ميكانيزم وسواسي اتجاه يلغي بواسطة اتجاه ثانوي يهدف إلى محو ليس فقط نتائج الاتجاه الأول بل الاتجاه نفسه الذي يشكل دعم بالنسبة للتصور الممنوع.

- استدخال Intériorisation:

يدل الإستدخال على العملية التي تتحول فيها العلاقات بين الذات والآخرين إلى علاقات داخل الذات (يقال مثلا أن علاقة السلطة مابين الأب والابن تستدخل في علاقة الأنا الأعلى بالأننا، مثلا مع أقول الأوديب يمكن القول بأن الشخص يجتاف الصورة الأبوية الهومية وأنه يستدخل صراع السلطة مع الأب).
معظم الباحثين نلاحظ أنهم يعتبرون بأن الإستدخال هو مرادف للاجتياف.

- الرفض Dénégation :

ميكانيزم أكثر بدائية من الكبت، ممثل النزوة المزعجة التي لا تكبت تظهر في الشعور لكن الفرد يرفض الاعتراف بنزوة تمسه مباشرة مثل أن يصرح العميل أثناء العلاج بأن المرأة التي تظهر في الحلم ليست أمه، تصور يمكنه أن يصبح واعيا بشرط أن يكون أصله مرفوضا (لم أفكر في هذا).

"كلاين" ربطت بين Dénégation وازدواج الأنا في الدفاع ضد الموضوع السيء. لكن بالنسبة لها الموضوع الجيد والسيء هما خارجيان لكن بالنسبة لفرويد الأمر يتعلق فقط باستدخال ما هو جيد ورفض ما هو سيء.

الانكار Déni :

يجب التمييز بين الانكار والإلغاء و النفي، في الانكار الشخص ينفي الحقيقة نفيه لا يعني محو الحقيقة كما يحدث في الإلغاء ولا يعني أيضا رفض التعرف عليها كما يحدث في ميكانيزم الرفض .

ميكانيزم الانكار اذا هو عبارة عن عملية انكار الادراك حيث يتعامل الشخص مع ما يحدث وكأنه لم يرى أي شيء ،هو هنا تقريبا ليس في حاجة الى الكبت لأن الانكار يتعامل مباشرة مع واقع لم يكن شعوريا أصلا

الانكار إذا ميكانيزم يلعب دورا أساسيا في الذهانات و لكن " فرويد" وصفه في حديثه عن رفض الخصاء، حيث ينكر الأطفال غياب العضو الذكري عند البنت ويعتبرونه موجودا، ولا يعتبرون غيابه ناتجا عن الاخفاء إلا بشكل تدريجي، وإن كانت عملية الانكار غير خطيرة لدى الطفل فإنها تعتبر أكثر خطرا لدى الراشد حيث تمثل بداية الذهان (يكبت العصابي متطلبات الهو/ يبدأ الذهاني بالنتكر للواقع).

- العزل Isolation:

وصف "فرويد" منذ سنة 1894 هذا الميكانيزم المتعلق بفصل التصور المزعج عن عاطفته، العزل يعيق العلاقة المقلقة بين الموضوع والأفكار أي أن التصور يبقى لكن ينفصل عن الموضوع الأصلي وفيما بعد يرتبط بموضوع آخر بطريقة وسواسية (تكبت العاطفة ويبقى التصور)، فتاة تقع في حب شاب يغطيها بقميص أبيض في أول لقاء بينهما، فيما بعد طور هذا الشخص سلسلة من الميكانيزمات الوسواسية حين فشل الكبت عزل كل ما يتعلق بالموضوع الجنسي وأصبح لديه وساوس متعلقة باللون الأبيض المعزول عن الموضوع الجنسي الأساسي.

-الازاحة Déplacement:

تزاح العاطفة من موضوع أصلي إلى تصور جديد لديه صلة به (عرض التسوية (une symptôme compromis). يتعلق الأمر بميكانيزم دفاعي بدائي بسيط جدا مرتبط بالسيرورات البدائية (الأولية) التصور المزعج لنزوات ممنوعة ينفصل عن العاطفة ويزاح إلى تصور أقل ازعاجا ويكون مرتبطا بالتصور الأول من خلال عنصر معين.

مثال الطفل هانس: الكره (نزوة ممنوعة)، الأب (تصور) أدى إلى الخوف من الأب (عاطفة) عن طريق إزاحة العاطفة السيئة سوف يتخلى عن تصور الأب ليثبت على تصور الحصان (العلاقة كلاهما لديه قضيب) تحدث الازاحة أيضا على مستوى الحلم.

-ازدواج الأنا:

الخلط بين تفكك الأنا وازدواج الأنا وازدواج الصور يتكرر. تفكك الأنا ليس ميكانيزم دفاع وإنما هو سيرورة تدل على الاضطراب الذهاني. في حين ازدواج الأنا هو ميكانيزم من نمط ذهاني ضد قلق التفكك والموت. ازدواج الصور ميكانيزم خاص بالحالات الحدية لمقاومة قلق فقدان الموضوع وخطر الوصول إلى النمط الذهاني.

ازدواج الانا يعني انقسامه إلى قسمين قسم منه يبقى متصل بالواقع والقسم الثاني ينفصل عن الواقع للتخلص من القلق من خلال اللجوء إلى الهذيان.

- ازدواج الصور الهوامية Dédoublement des imagos :

ميكانيزم نمطي خاص بالحالات الحدية، وسيط بين البنية العصابية (أين يلعب الكبت دورا أساسيا، فالكبت يساند ميكانيزماته المساعدة) والبنية الذهانية التي فيها يوجد ازدواج الأنا حين تكون باقي الميكانيزمات الأكثر بدائية التي تنشط بطريقة غير فعالة. وإن اختلفت التسميات (انشطار الموضوع، انشطار الواقع)، يبقى ازدواج الصور مفهوما منتما إلى المدرسة الكلاينية التي اقترحت الموضوع الجزئي في المرحلة الفصامية العظامية واقترحت الموضوع الكلي في المرحلة الاكتئابية. الممثل النزوي المزعج لا يكبت وبالتالي يظهر في الوعي لكن الشخص يحمي نفسه منه وذلك برفضه التسليم بأن الأمر يتعلق بنزوة تهدمه مباشرة.

- التسامي Sublimation :

وصفه فرويد في حالة "دورا" بأنه لا يمس التصور فقط ولكن بهدف النزوة أيضا، حيث يتم التخلي عن الهدف الممنوع والبحث عن هدف جديد يقبله الأنا الأعلى. ويعتقد فرويد أن النزوات العدوانية يتم التسامي بها على غرار النزوات الجنسية.

-الادماج Incorporation:

عملية يقوم فيها الشخص بإدخال موضوع ما إلى داخل جسده ويحتفظ به هناك، بأسلوب يتفاوت في درجة هواماته، يشكل الادماج هدفا نزويا وأسلوبا من علاقة الموضوع مميزا للمرحلة الفمية، هو النموذج الجسدي الأول للاجتياف والتماهي.

الادماج يحمل ثلاث معاني:

الحصول على اللذة من خلال ادخال موضوع ما داخل الذات وتدمير هذا الموضوع، وتمثّل صفات هذا الموضوع من خلال الاحتفاظ بها داخل الذات هذا الجانب الأخير هو الذي يجعل من الادماج ركيزة الاجتياف والتماهي (الادماج من خلال الأحاسيس الجلدية، التنفس، البصر، السمع). هناك ادماج شرجي، ادماج تناسلي يتجلى أساسا في هوام الاحتفاظ بالعضو الذكري داخل الجسد.

المحاضرة الثامنة

مفهوم العصاب وأنواعه

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- تعريف العصاب:

يعرف العصاب في موسوعة علم النفس بأنه "إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الأعراض تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص ويشكل تسوية بين الرغبة والدفاع.

2- التفسير التحليلي للعصاب:

قدم "فرويد" تفسيرات تحليلية لنشأة العصاب حيث ذكر بأنه ينشأ نتيجة صدمة نفسية جنسية حدثت في الطفولة، كما فسره أيضاً على أساس الصراع الأوديبي الحاصل بين الطفل ووالده من الجنس المعاكس. عدم حل الإشكالية الأوديبيية يؤدي إلى التثبيت في المرحلة القضيبية ثم النكوص إليها فيما بعد.

الصراع العصابي حسب "فرويد" يكون بين مكونات الشخصية خاصة الهو والأنا الأعلى ويؤدي هذا الصراع إلى الشعور بالقلق ويؤدي فشل الكبت إلى ظهور التعبير عن الصراع في شكل أعراض عصابية.

3- سمات العصبيين:

- يتميز العصابي بعدم النضج الانفعالي وبالتمركز حول الذات والأنانية.
- الحساسية المفرطة اتجاه النقد حيث يشعره نقد الآخرين بعدم تعاطفهم فيحبط ويشعر بالذنب.

- القسوة والغضب والخف وذلك راجع إلى طغيان العواطف الطفولة على العصابي
- الشعور بالتعب وعدم السعادة وذلك بسبب صراعاته الداخلية التي تستنزف طاقاته وتؤدي إلى إرهاقه.

- صعوبة الاندماج الاجتماعي بسبب عدم النضج الانفعالي.

- عدم الواقعية في التخطيط للمشاريع.

أنواع العصاب :

تختلف أنواع العصاب حسب اختلاف التصنيفات لذلك فقد اقترحنا جدولاً يتضمن مقارنة بين تصنيفين أساسيين هما التصنيف الفرويدي والتصنيف العالمي للجمعية الأمريكية للطب العقلي.

-جدول رقم (2) يبين أنواع العصاب:

التصنيف الفرودي		تصنيف DSM	
- العصاب الحالي المرتبط بحدث حالي.	- العصاب بالنقلة المرتبط بدفاعات ضد القلق.	- اضطرابات الحصر (حالات عصابية حصرية أو فوبية).	- الاضطرابات الجسدية الشكل
- عصاب ما بعد الصدمة.	- عصاب الهستيريا أو هستيريا التحويل.	- اضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الساح.	- الخوف من التشوه الجسدي.
- عصاب مرتبط بصعوبات جنسية.	- عصاب الفوبيا.	- رهاب الساح بدون اضطراب الهلع.	- اضطراب التحويل أو عصاب هستيري نمط تحويلي.
- عصاب القلق.	- هستيريا القلق.	- اضطراب الهلع.	- توهم المرض.
- النوراستينيا.	- العصاب الوسواسي.	- فوبيا اجتماعية.	- الاضطراب الجسدي الشكل
- توهم المرض.		- اضطرابات الوسواس القهري.	- المؤلم غير الحاد.
		- توتر ما بعد الصدمة.	
		- الحصر المعم.	
		- اضطرابات الحصر غير المحددة.	

ملاحظة

-سنة 1895 ميز فرود بين مفهومي العصابات الحالية والعصابات النفسية.

-سنة 1915 ميز بين العصابات الحالية، عصابات النقلة والذهانات.

-سنة 1925 ميز بين العصابات الحالية،العصابات،العصابات النرجسية والذهانات.

المحاضرة التاسعة

مفهوم الذهان وأنواعه

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- تعريف الذهان:

هو مرض عقلي خطير يتميز بفقدان الاتصال بالواقع وعدم التكيف الاجتماعي
الذهاني يكون غير مستبصر بحالته على عكس العصابي وينعزل الذهاني عن المحيط
الخارجي المحبط جدا لينتج عالمه الخاص من خلال الهذيان والهلاوس.
يعبر المرض الذهاني عن اضطراب في الهوية والعلاقة بالذات والواقع.

2- المقاربة التحليلية المفسرة للذهان:

ترتبط البنية الذهانية بالثبوت في المرحلة الفمية والمرحلة الشرجية الأولى، حيث
تحدث احباطات مبكرة مرتبطة بالأم، هذه الاحباطات المبكرة تعيق وصول تنظيم الأنا إلى
المرحلة الموضوعية مما يؤدي إلى نكوصه إلى المستوى البدائي ما قبل التنظيمي وتكون

العلاقة بالموضوع تلاحمية لا تسمح بالانفصال الجسدي أو النفسي وغالبا ما يكون الأب غائب عن هذه العلاقة الثنائية غيابا جسديا أو غيابا نفسيا.

يعاني الذهاني من قلق التجزئة و/أو قلق الموت (بمعنى الانفجار) ومن أجل مواجهة هذا القلق يلجئ إلى ميكانيزمات دفاع البدائية كالإنكار والإسقاط.

3- التصنيفات الكلاسيكية للذهانات:

3-1- تصنيف 'كراپلين' "Kraepelin" للذهانات:

-العته المبكر (la démence précoce) أو الفصام المستقبلي.

-الجنون الهوسيا لاكتئاب (la folie maniaque-dépressive).

-العُظام la paranoia.

-البرافرينيا (les paraphrénies).

3-2- تصنيف الذهان استنادا إلى مفهوم البنية:

بعد بلورة مفهوم البنية أصبحت الاضطرابات تصنف انطلاقا من البنية التي تنتمي

اليها وقد تضمنت البنية الذهانية مجموعة من الاضطرابات التي قسمتها المدرسة الأوربية

بالشكل التالي:

3-2-1-الذهانات الحادة (psychoses aiguës):

لا تستمر أكثر من ستة أشهر وتتضمن هذه الفئة الأنواع التالية:

-النفحة الهذيانية الحادة (bouffée délirante aiguë).

-ذهان ما بعد النفاس (psychoses du post-partum).

-ذهان تسممي أو عضوي (psychoses toxiques ou organiques).

-هوسية هذيانية (manie délirante).

-سوداوية هذيانية (mélancolie délirante).

3-2-2-الذهانات المزمنة (psychoses chroniques):

تستمر هذه الذهانات لأكثر من ستة أشهر وتتضمن هذه الفئة الأنواع التالية:

-الفصام (Schizophrénie).

-الذهانات الهلوسية المزمنة (la psychose hallucinatoire chronique, PHC).

-البارفرينيا (paraphrénie).

-العظام (la paranoïa).

3-3-التصنيفات العالمية للذهان:

3-3-1- تصنيف الذهانات حسب CIM-10:

تصنف الذهانات ضمن محور الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والاضطرابات

الذهيانية ويتضمن هذا المحور الأنواع التالية:

-الفصام.

-الاضطراب الفصامي النمط.

-الاضطرابات الذهانية المزمنة.

-الاضطرابات الذهانية الحادة والعبارة.

-الاضطرابات الوجدانية الفصامية.

-الاضطرابات الذهانية الأخرى غير العضوية المنشئ.

-الذهان غير عضوي المنشئ وغير المحدد.

3-3-2- تصنيف الذهانات حسب DSM:

الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية صنف الذهانات في

محور طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى:

-الاضطراب الذهاني.

- الاضطراب الذهاني الوجيز.
- الاضطراب الفصامي الشكل.
- الفصام.
- اضطراب الفصام الوجداني.
- الاضطراب الذهاني المحدث بمواد.
- اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى.
- الكتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر.
- اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية المحددة الأخرى.
- اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى غير المحددة.

المحاضرة العاشرة

الحالات الاكتئابية

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

تمهيد

الاكتئاب يظهر في شكل مزاج حزين وفقدان الشعور بالمتعة عند ممارسة جميع الأنشطة المعتادة ويمثل انخفاض في الطاقة. باقي الأعراض هي انخفاض مستوى تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس، الشعور بالذنب غير المبرر، افكار انتحارية، صعوبة التركيز اضطرابات النوم فقدان الشهية، الاكتئاب يمكن أن يكون مصحوبا بأعراض جسدية. هذا الاضطراب لديه تأثير على الحياة العاطفية والعائلية، وكذا المهنية والاجتماعية.

1- أصل الاكتئاب: يرجع الاكتئاب إلى خبرات الطفولة المبكرة كخبرة فقدان، معاناة الفشل وتوجد استعدادات جينية لدى الأشخاص الذين يعانون والديهما من الاكتئاب، أحداث الحياة كالطلاق، الانفصال، المشكلات المهنية والمالية، والضغوط المتكررة كالإرهاق ونقص النوم.

2- النموذج النظري الحالي المفسر للاكتئاب: بيولوجي نفسي اجتماعي يشير إلى التفاعل المعقد مابين الاستعدادات الجينية وتعديل انساق تسيير القلق وتأثير المحيط.

3- تصنيف الاكتئاب:

حاليا يوجد تصنيفان عالميان أساسيان هما:

-التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية الطبعة الثانية.

-الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية للطب العقلي.

يقترح هذين التصنيفين وصفا للتناذرات (مجموعة من الأعراض) لا يكن لا يعطون

أهمية لأصل هذه الأعراض ولا لبنية الشخصية التي تحمل هذه الأعراض.

يسمى الاكتئاب حسب التصنيف العاشر لمنظمة الصحة العالمية النوبة الاكتئابية

(*épisode dépressif*) ويعرف بمجموعة من الأعراض التي تظهر طوال اليوم كل يوم

تقريبا وتمتد على مدى أسبوعين على الأقل.

4- الأعراض الأساسية:

-مزاج مكتئب، حزن، فقدان الرغبة.

-تعب أو فقدان الطاقة (مع انخفاض الوزن أو زيادته).

-اضطرابات النوم (افراط في النوم أو نقص).

-بطئ حسي حركي او استثارة حسية حركية.

-مشاعر الدونية وضعف تقدير الذات.

-مشاعر الذنب.

-صعوبة التركيز.

-أفكار سوداوية وسلوكات انتحارية.

التصنيف العالمي العاشر DSM-10 يصنف النوبات الاكتئابية حسب مدة وشدة

وطبيعة الأعراض.

-نوبة اكتئابية خفيفة:

على الأقل عرضين أو ثلاث من الأعراض التالية والتي تستمر طول اليوم وكل الأيام

تقريبا على مدى أسبوعين على الأقل.

المزاج المكتئب.

فقدان المتعة عند ممارسة نشاطات كانت ممتعة سابقا.

انخفاض الطاقة أو زيادة التعب.

بالإضافة إلى عرض أو عرضين من الأعراض التي ذكرناها سابقا (إذا تكون لدينا في

المجمل أربع أعراض من أجل اعطاء تشخيص). هذه الأعراض لا تكون شديدة.

هذا النمط من النوبات يمكن أن يرفق بحزن وصعوبات عند القيام بالنشاطات الاجتماعية والمهنية.

-نوبة اكتئابية متوسطة:

على الأقل 6 أعراض من الأعراض المذكورة سابقا العديد من هذه الأعراض يكون بدرجة حادة والشخص يعاني من صعوبة ملاحظة أثناء أدائه للنشاط المهني أو العائلي والاجتماعي.

-نوبة اكتئابية حادة:

وجود 8 أعراض على الأقل من الأعراض المذكورة سابقا. الشخص يكون غير قادر على أداء جميع نشاطاته المعتادة. ويمن أن ترفق النوبة بأعراض ذهانية (أفكار هذيانية مرتبطة بتحقيق الذات أمراض عضوية، هاوس سمعية موضوعها سخرية أو ادانة).

الأعراض الذهانية تزيد من احتمالات المحاولات الانتحارية.

-الاضطراب الاكتئابي المتكرر (troubles dépressifs récurrentes):

نتحدث عن اضطراب متكرر حين نلاحظ وجود نوبات اكتئابية متكررة في غياب نوبات الاستثارة (اضطراب ثنائي القطب).كل نوبة لها مدة متوسطة حوالي 6 اشهر إلى سنة.

إذا تمت معالجة الاكتئاب فإن النوبة تكون أقصر وتختفي الأعراض تدريجياً.

-نوبات اكتئابية أخرى:

- اكتئاب متكرر (أكثر من سنتين)

الاكتئاب الدوري (cyclothymie): فترات اكتئاب واستثارة خفيفة متناوبة. غالباً هذه التغيرات المزاجية

عسر المزاج (dysthymie): اكتئاب بسيط مزمن الشخص الذي يعاني منه يكون معظم الوقت حزينا، يفقد إلى الطموح والطاقة ولا يشعر بالأمل في التحسن.

اكتئاب ما بعد الولادة (dépression du post-partum):

بعد أسابيع من الولادة على الأكثر 6 أشهر ويتميز بعدم القدرة على رعاية الرضيع والمشاريع الانتحارية، أخطر أشكاله يكون بعد الولادة مباشرة ويختلف عن دهان النفاس (psychose puerpérale) وهي حالة هذيان حاد يكون في فترة ما بعد الولادة.

الاكتئاب الموسمي (dépression saisonnière): يكون غالباً في القطب الشمالي مابين نهاية سبتمبر وبداية نوفمبر الأعراض هي التعب وزيادة الرغبة في النوم والشهية وارتفاع الوزن .

• الاكتئاب الثانوي (dépression dites secondaires):

الاكتئاب والفصام: بعض حالات الاكتئاب ترافق الأعراض الفصامية.

5- علاج الاضطرابات الاكتئابية:

-العلاج الطبي عن طريق وصف مضادات الاكتئاب.

-العلاج النفسي بمختلف أنواعه (الفردى أو الجماعى، تحليلى، سلوكى معرفى...الخ).

المحاضرة الحادية عشر

الحالات الحديدية

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

تمهيد:

تعتبر الحالات الحديدية تنظيماً ولا تعتبر بنية وذلك راجع إلى تميز هذه الحالات بعد الاستقرار والثبات الذي تتميز به البنية سواء كانت بنية عصبية أو بنية ذهانية. الحالات الحديدية هي حالات ما بين الذهان والعصاب لذلك سميت بالحديدية أو البينية. مفهوم الحالات الحديدية يتميز بالغموض في عدة جوانب منها الجوانب التاريخية والنزوغرافية والسيميولوجية فبعد أن طرح مشكل تصنيف بعض الحالات المرضية اقترح التحليليون وضع تصنيف جديد سمي بالحالات الحديدية لكن هذا التصنيف كان محل نقاش من طرف الباحثين فملا أتباع لا كان لا يعترفون بوجود هذه الفئة.

1- مميزات الحالات الحدية:

-عدم الاستقرار: نلاحظ عدم الاستقرار حتى في التسمية على مستوى اللغة الأجنبية

الفرنسية مثلا نجد التسميات التالية: *border line, cas limite, état limite, pathologie*,

narcissique

ue

عدم الاستقرار ملاحظ أيضا على مستوى سلوكيات، المزاج، صورة الذات والعلاقات.

-المعاناة: عالمهم العلائقي يجعلهم يشعرون بالمعاناة وكذلك المحيط.

-الحد: نقصد بالحد التوقع ما بين العصاب والذهان.

-تنظيم: ليست بنية تتميز بالثبات والاستقرار.

-القلق: قلق ناتج عن الشعور بالفراغ والخوف من التخلي أو الانفصال.

-العلاقة الاتكالية: يتميز الحدي بالحاجة إلى الآخر الذي يعتمد عليه دوما.

-العدوانية: وتكون غير مبررة.

-الاكتئاب: ويحدث حين تنقلب العدوانية نحو الذات.

2- لمحة تاريخية:

مفهوم الحالات الحدية ظهر في القرن العشرين وقد وصفت هذه الحالات في

مناسبات مختلفة من قبل مجموعة من المؤلفين.

-في (1924) "فرويد" تحدث عن الأنا moi déformation المشوه كي يميزه عن الأنا المجزئ moi morceler ويكون الأنا المشوه وسيطا بين الانفجار الذهاني والصراع العصابي، الأعمال الأخيرة لـ "فرويد" وصفت الانشطار le clivage والإنكار le déni حيث ربطهما بنمط الشخصية النرجسية.

-سنة(1952)"فولبرغ" WOLBERG وصف هذه الحالات بعدم التسامح مع الاحباطات والرغبة في التحكم والاستغلال في نفس الوقت.

-سنة (1975) "كارنبرغ"الحالات الحدية بالنسبة له تمثل مرض عصابي خاص يعبر عنه بمكانزمات ذهانية زائلة لكن متكررة تحمي المصاب من التفكك.

استمرار الاتصال بالواقع لدى هذه الحالات يسمح لنا بفصلها عن الذهان نلاحظ تناقضات وجدانية تتضمنها الأفكار والسلوكات كالعنف والعدوانية كلها مؤشرات على انقسام الأنا أي الانشطار بين أنا غير ناضج وأنا أعلى وهذا يعكس عدم استقرار في الهوية.

-سنة (1967) "بوفي" BOUVET طور مفهوم العلاقة ما قبل التناسلية وهي مختلفة عن العلاقة الذهانية والعلاقة بالموضوع العصابية .المرجعية الاوديبية في هذه الحالات مختلفة حيث أن العلاقة الثلاثية لم تلعب دور المنظم.

-في (1975) "بارجوريه" " BERGERET " تحدث عن تنظيم مستقل ومنفصل عن العصاب والذهان هذا التنظيم غير مستقر وبالنسبة له هو مرض النرجسية.

3- سمبولوجيا الحالات الحدية:

تتميز هذه الحالات بما يلي:

-القلق:القلق هنا مرتبط بفقدان الموضوع وهو مرتبط بمعاش مؤلم مر به في الماضي على المستوى النرجسي أكثر منه على المستوى الشبقي.الحدى يحاول تسيير قلقه لكن ضعف الأنا يجعله يفشل في ذلك وهذا ما يدفعه إلى طلب المساعدة النفسية.

-اضطرابات الهوية:عدم استقرار الشعور بالهوية الشخصية، عدم النضج،الشك الحدود بين الأنا والآخر غير واضحة.

الحدى عموما يعاني من عدم النضج العاطفي وعدم القدرة على ضبط انفعالاته ونزواته.
-العلاقة الاتكالية:ونعني بها علاقات التبعية العاطفية حيث يسعى إلى المثالية كي يتقادى تعرضه للتخلي.

-الاكتئاب:بالنسبة ل "بارجوريه" الاكتئاب هو العنصر الأساسي في التنظيمات الحدية وهو مرتبط بالشعور بالوحدة الحدى يشعر بالإحباط لأنه يعتقد بأنه غير قادر على أن يكون مثاليا لتقادي إمكانية تعرضه للانفصال.عدوانية الحدى تنقلب إلى الذات فتؤدي إلى الاكتئاب والشعور بالذنب بسبب الرغبة في تدمير الموضوع في حالة انفصاله؛أيعاني

الحدى من الشعور بالفراغ. القلق بسبب الشعور بالفراغ الداخلى ينشط عند وجود فراغ خارجى.

أحيانا يشعر بتفاهة الحياة فتزيد احتمالات محاولاته الانتحارية.

-المرور إلى الفعل (التنفيد):

شدة القلق قد تؤدي إلى المرور إلى الفعل الذى يكون مرتبطا بالعدوانية وكيفية تسييرها. ضعف الرقابة على النزوات قد يؤدي أيضا إلى إلحاق الأذى بالذات أو إلى ممارسة سلوكات معادية للمجتمع كما يمكن أن يؤثر على التكيف والاستقرار المهني.

-التبعية:

نلاحظ أن المدمنين في حالة تبعية سلبية للأخر هذه التبعية العاطفية قد تتحول إلى خضوع.

-تظاهرات شبه عصابية (manifestation pseudonévrotiques): تتميز بظهور

مجموعة الأعراض التالية:

الأعراض الهستيرية.

الأعراض الوسواسية.

الأعراض الخوفية.

الأعراض الذهانية.

الأعراض السيكوباتية.

الأعراض الانحرافية.

اضطرابات الشخصية.

4- أنواع التنظيمات الحدية:

4-1- التنظيم الطبيعي (aménagement caractériel): وينقسم إلى ثلاث فئات

العصاب الطبيعي (névroses de caractère):

- الشخص لم يصل إلى مستوى البنية العصابية.

- الصراع بين الهو والأنا الأعلى لم يتبلور.

- التبعية الواضحة.

أطلقت "هيلين دوتش" "Hélène Deutch" على هذه الفئة تسمية les personnalités

.As if

الذهان الطبيعي (psychose de caractère):

- عدم فقدان الاتصال مع الواقع.

- صعوبات على مستوى التقييم العاطفي للوضعيات.

-الشخص ينشطر ويسقط الموضوعات السيئة على المحيط الخارجي لكن يحافظ على تكيفه الاجتماعي والمهني.

الانحراف الطبيعي (la perversion de caractère):

-يتميز بإنكار حقوق الآخرين الذين يعتبرهم مجرد موضوعات نرجسية مطمئنة.

-يبحث عن مواضيع لعلاقة سادومازوشية.

2-4 - التنظيم الانحرافي (aménagement pervers): يتميز صاحب هذا التنظيم

بالإنكار لتفادي القلق الاكتئابي ويركز انكاره هذا على جزء محدد من الواقع وهو الجنس الأنثوي.

2- التناذر (le syndrome):

تظهر الاضطرابات النفسية في شكل تناذرات ونعني بالتناذر مجموعة من الأعراض التي تجتمع في جدول إكلينيكي يميز اضطرابا معينا عن باقي الاضطرابات النفسية الأخرى.

3- العرض (le symptôme):

هو العلامة التي تدل على وجود الاضطراب أو المرض النفسي وتختلف شدة ومدة ظهور العرض من حالة إلى أخرى.

الفرق بين الشخصية السوية وغير السوية هو فرق في شدة العرض ومدته.

يحمل العرض دلالات رمزية تحتاج إلى الدراسة والتحليل م أجل الكشف عن طبيعة الصراع الذي يعبر عنه العرض بطريقة رمزية ويعتقد "فرويد" بأن العرض يعبر عن جوانب لاشعورية من الحياة النفسية للشخص كما يعبر عن نمط البنية أو التنظيم النفسي. العرض هو علامة على فشل الكبت. يوظف العرض من أجل تحقيق فوائد أولية تمكن الشخص من حل الصراع الداخلي والتخفيف من حدة القلق الناتج عنه كما تسمح له بكف الدوافع النزواتية وتوجيه الطاقة النفسية الصادرة عنها.

4- السيميولوجيا (la sémiologie):

الدراسة السيميولوجية تعني دراسة كيفية سير الفحص النفسي وما هي المعلومات التي يجب على المختص جمعها من خلال دراسة الحالة بعد مقابلة العميل عند تقدمه للفحص النفسي.

جمع المعلومات لا يتم فقط بالملاحظة الموضوعية و إنما يجب أن نعتمد على الاصغاء لمعانة العميل كما يصفها هو وذلك لتوظيف جميع هذه المعطيات بهدف دراستها وتحليلها.

إذن الدراسة السيميولوجية هي دراسة العرض ودلالاته الرمزية هذه الدراسة تشمل الجوانب التالية:

1-4- سيميولوجيا السلوك:

-المظهر .

-السلوك .

-المرور إلى الفعل .

-الاضطرابات النفسحركية .

2-4- سيميولوجيا الحالة العقلية (دراسة طبيعة التوظيف النفسي):

- الوعي .

-التوجه الزماني والمكاني.

-الذاكرة.

-المزاج.

-اضطرابات النشاط العملياتي.

-اضطرابات الادراك.

3-4-دراسة الشخصية (البنية).

5- النزوغرافيا (la nosographie)

نقصد بالنزوغرافيا التصنيف المنهجي للمرض العقلي وذلك حسب معايير علمية مميزة وفارقة يتم هذا التصنيف بعد جمع المعلومات اللازمة عن الأعراض أي بعد الدراسة السيميولوجية للعرض.

6- علم النزوغرافيا (La nosologie):

هو العلم الذي يدرس النزوغرافيا بمعنى أنه يدرس السمات والعلامات التي تميز اضطراب عن اضطراب آخر كما تسمح بتعريف الأمراض النفسية تعريفا دقيقا.

7- علم السببية المرضية (l'étiologie)

دراسة السببية المرضية تعني البحث في الأصل المرضي، نشير هنا إلى أن البحث في أصل المرض يأتي بعد الدراسة السيميولوجية للعرض وليس قبلها لأنه علينا أن نجيب على السؤال كيف قبل أن نجيب على السؤال لماذا.

المحاضرة الثالثة عشر

تشخيص وتصنيف المرض النفسي

عدد الحصص: (1)

الحجم الساعي: ساعة ونصف

1- تشخيص وتصنيف المرض العقلي:

تختلف تصنيفات المرض العقلي فإذا تتبعنا تطور نزوغرافيا المرض العقلي سنلاحظ أن تصنيفات المرض العقلي قد اختلفت من فترة إلى أخرى وقد تميزت إحدى هذه الفترات بتقسيم الاضطرابات تبعا لبنية الشخصية وقد دعمت النظرية التحليلية هذه التصنيفات لكن ظهور التصنيفات العالمية تجاوز التصنيفات النظرية الكلاسيكية حين قدم تصنيفات عالمية لانظرية a-théorique.

التصنيف العالمي للأمراض النفسية والعقلية يظهر من خلال تصنيفين أساسيين هما الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM الخاص بالجمعية الأمريكية وتصنيف المنظمة العالمية للصحة CIM-10 قبل تقديم لمحة عن هذين التصنيفين العالميين سوف نقدم جدولاً خاصاً بالتصنيف الكلاسيكي للاضطرابات النفسية والعقلية.

1-1 - التصنيفات الكلاسيكية:

- جدول رقم (3) يوضح التصنيفات الكلاسيكية للأمراض النفسية.

مجموعة الأمراض	المميزات الكلاسيكية	الأمراض
العصاب	العميل يعي أنه مريض، ولا يتعرض إلى اضطرابات أساسية في الهوية والعلاقة بالواقع.	الهستيريا، الوسواس القهري، عصاب القلق، عصاب الصدمة، عصاب توهم المرض.
الذهان	الشخص لا يعي أنه مريض، العلاقة مع الواقع والأخرين ومع الذات تكون مضطربة، الشخص يفقد حرية الإرادة.	الفصام (البرانويدي، هبروفريني، الكاثونوني، hébéphrénique, catatonique, dystymiqueforme paranoïde, paranoïaques (هذيان العظمة المنظم les paraphrénies و، systematise، الذهانات، الهالوس و psychoses maniaco dépressives والذهانات الهوسية والاكئابيه (accès maniaques et mélancoliques)، النفخة الهديانية الحادة Bouffée délirants aigus.
الحالات الاكتئابية غير الذهانية	الحزن، البطء، فقدان الحيوية	الاكتئاب (العصابي)، الاكتئاب الرجعي réactionnelle.
العتة Démences	تغيير تدريجي، وعدم القدرة على استرجاع الوظائف العقلية (أصل)	مرض الزهايمر، مرض بيك Bik.

	(جسدي)	
مختلف أصناف التخلف التي ترتبط أحيانا بالوراثة، متلازمة داون...	توقف نمو الدكاء	التخلف
ادمان الكحول، ادمان المخدرات، الحصر، البوليميا، السيكيوباتية، perversion، الانحراف، الشخصيات المرضية	التظاهرات المرضية السلوكية	اضطرابات السلوك
تتاخر confusionnels، اضطرابات مرتبطة بورم دماغي cérébrales encéphalopathies، ادمان الكحول أو الأمراض العصبية.	سبب عضوي ينتج الاضطرابات ذات الشكل النفسي	الاضطرابات العقلية ذات الصلة بالإصابة العضوية
مرض الربو، الاكزيما، الحساسية، الضغط الدموي، القرحة المعدية.	الاضطرابات الجسدية ذات الأصل النفسي أي تطورت بسبب عوامل نفسية	الأمراض النفس جسدية

1-2- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

بلورت الجمعية الأمريكية للطب العقلي هذا الدليل في شكل سلسلة من الطبقات المعدلة استجابات للمعطيات الجديدة التي فرضت نفسها على المختصين.

أول طبعة كانت سنة 1952 ثم تلتها طبقات أخرى إحداها كانت سنة 1980 والأخرى كانت سنة 1984 آخر طبعة كانت سنة 2014 وقد تضمنت تعديلات مست عدة

محاور.

سنعرض أهم المحاور التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للجمعية الأمريكية للطب العقلي. قسمت هذه الجمعية في دليلها التشخيصي الخامس الاضطرابات العقلية إلى عشرين فئة نذكرها فيما يلي:

- الاضطرابات العصبية النمائية.
- اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات الصلة.
- الاضطرابات الاكتئابية.
- اضطرابات الحصر.
- الاضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.
- الاضطرابات المرتبطة بالصدمة أو بالعوامل المجردة.
- الاضطرابات التفككية.
- العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة.
- الاضطرابات التغذية والأكل.
- اضطرابات الافراغ.
- الاضطرابات النوم واليقظة.
- الاختلالات الوظيفية الجنسية.

- الاضطرابات الانزعاج من الجندر.
- الاضطرابات التشوش والتحكم في الاندفاعات والسلوك.
- الاضطرابات متعلقة بمادة والادمانية.
- الاضطرابات العصبية المعرفية.
- الاضطرابات الشخصية.
- الاضطرابات الولع الجنسي.
- الاضطرابات العقلية الأخرى.

التصنيف العالمي الأمريكي ليس التصنيف العالمي الوحيد وذلك لوجود تصنيف عالمي آخر صادر عن منظمة الصحة العالمية هو التصنيف العالمي للأمراض CIM-10.

1-3- التصنيف العالمي للأمراض CIM-10:

الطبعة العاشرة لهذا التصنيف كانت سنة 2006 حيث خصصت منظمة الصحة العالمية

فصلا للاضطرابات العقلية والسلوكيات ويتضمن المحاور التالية:

- الاضطرابات العقلية العضوية.
- الذهانات والحالات الذهانية.
- الاضطرابات العصابية للشخصية واضطرابات أخرى غير ذهانية.

- التأخر العقلي.

قائمة المصادر والمراجع

أولا- باللغة العربية:

1- المصادر

- 1- جان لابانش و ج.ب. بونتاليس (2002)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، ط2، للدراسة والنشر والتوزيع، لبنان، المؤسسة الجامعية.
- 2- عبد المنعم الحنفي: موسوعة علم النفس، المجلد الثاني، ص221
- 3- منظمة الصحة العالمية: المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD 10، ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين الشمس، المكتب الاقليمي للشرق الأوسط.

2- المراجع

- 4- إجلال محمد سرى، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة، 2000.
- 5- سهير كامل، الصحة النفسية والتوافق، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر

ثانيا - باللغة الفرنسية:

1- المصادر

- 6- Dictionnaire dela psychologie Larousse

1- المراجع:

- 7- Agnès Bonnet et Lydia Fernandez (2012). **Psychopathologie**. Dunod. Paris.
- 8- Evelyne pewzner (2011). **Introduction a la psychologie de l'adulte**. Paris.

- 9- Evelyne Pezner (2011). **Introduction a la psychopathologie de l'adulte**. Arman Colin.
- 10- Jean Bergeret (1996). **La personnalité normale et pathologique**. Dunod. Paris.
- 11- Jean-Pierre Clément et Nicolas Darthout Philippe (2002). 2^eédition. Masson.
- 12- Jean Bergeret (2008). **Psychologie pathologique théorique et clinique**. 8^eédition. Masson.
- 13- Jean-Charles Bouchoux. **La pulsion**. Groupe Eyrolles. Paris
- 14- Jo Godefroid (2008)**psychologie science humaine et science cognitive**.2^e édition. De Boeck.
- 15- Lydia Fernandez. **Névroses et psychoses**. Deug. Paris.

ثالثا - المواقع الالكترونية:

- 16- (1974).**La personnalité normal et pathologique**, Paris, Bordas.
- 17- **15 Approches de la psychopathologie** <http://www>
- 18- Daniel Widlocher. **Histoire et définition de concept de psychopathologie**. 5 Avril 2013.
- 19- Françoise Michel. **Les états limites**. Septembre 2014.
- 20- Hala. **Psychologie**. 04 octobre 2013. Réseausavoir.fr
- 21- Leyla Akram. **Introduction à la psychopathologie**. 20/ 09/ 11.<http://www>
- 22- Marc Windisch, **clinique psychiatrique (Normale) fonctionnelle/ statistique**. Geopsy. Com_interculturelle et psychothérapie.

23- Marc Windisch. **clinique psychiatrique**. <http://www.Geopsy.com/> psychologie interculturelle et psychothérapie.

24- Martin Solch. **Psychologie clinique psychopathologie et psychothérapie**. Université de fribourg.

25- SerbanIonescu et Marnie-Madleine Jaquet et ClaudLhot. **les mécanismes de défens** .Nathan.

26- Serge Combaluzier.**Psychopathologie de l'adulte**. université de Rouen.

27- Vincent Estellon. **Les états limites**. 2013.

28- خالد عبد الرازق،دراسة الحالة [.http://dr-banderlotation.com](http://dr-banderlotation.com)