

أطفال الخليج الخمسة

ومسئلتهم

دكتور

رئيس الجمعية الطبية

للدراسات النفسية

دكتور

أطفال الخليج



مركز دراسات وبحوث الطفولة
www.gulfkids.com

أصول الفحص النفسي ومبادئه

دكتور

محمد أحمد النابلسي

رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

لبنان

١٩٩٧

النشر

المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع

٢ ش الدكتور سامي جنبه - الشاطبي

الإسكندرية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقَوْلِكَ كَلِمَاتٍ عَلَى كَلِمَاتِهِمْ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

سورة يوسف: آية ٧٦

المقدمة

تشعبت الممارسات التطبيقية للعلوم النفسية حتى جاوزت حدود الانتماء بتقديم الخدمات العلاجية الى الفلق تطرح على الاختصاص مسؤوليات اخلاقية جديدة وتضعه امام جملة مأزق ناجمة عن تداخله مع الاختصاصات الاخرى. فالى جانب الطب النفسي الوقائي والجامعي نشأت فروع الطب النفسي، وعلم النفس، العسكري والسياسي والاقتصادي. بل ان العلوم النفسية باتت تطبق في ميادين الالطب والفنون وعلم السلالات... الخ حتى بات بإمكاننا الكلام على تورط علم النفس والطب النفسي في ميادين الصراع. حتى اشاعت بعض الدول وجود مشاريع للحروب النفسية.

لهذه الاسباب فلننا عاجزون اليوم عن اعطاء تعريف دقيق ومحدد للفحص النفسي. فقد ادى تفرع العلوم النفسية الى اختلاف اساليب وطرائق وغايات الفحص النفسي، حتى بات لبعض هذه الفروع ادواتها الخاصة ومنطلقاتها النظرية المميزة التي تستند اليها لتحقيق غايتها من الفحص النفسي اذ نلاحظ ان الطب النفسي العسكري يعتمد اختبارات معينة لقبول الكوادر وهي اختبارات مختلفة تماماً عن تلك التي يعتمدها اختصاصي علم نفس الاعلان والدعاية... الخ.

امام هذه التعددية حافظنا، في هذا الكتاب، على موقف محافظ يصر على النظر الى الفحص النفسي في اطاره العلاجي، حيث للفحص علاقة انسانية ذات طبيعتين: كإحصاء - مفحوص. وبما ان هذه العلاقة هي الاساس الذي انبثقت منه اساليب الفحص الاخرى فلننا نؤذي الغرض دون التورط في الجدل حول مدى مشروعية او اخلاقية استخدام مبادئ هذا الفحص في بعض الميادين. المثيرة للجدل.

بناء عليه فالتأثير ان الفحص النفسي هو فن يحتاج الى موهبة تستند الى ارضية صلبة من المعلومات وتحتاج الى الصقل والتطوير من طريق الممارسة. فالفحص النفسي لا يتحدد في مبادئ جامدة ولا تحتويه اطر محددة الجوانب لانه موهبة ابداعية لا يحددها الا تراكمية الخبرات والمعلومات. والتدريب على الفحص النفسي هو نقلة نوعية لكونه خطوة مفصلية بين النظري وبين التطبيقي، حيث الهوة التي لا يدركها الا الذين خبروا الفوارق بين النظرية وبين التطبيق. فلو عدنا الى المدرس الاوروبية المريقة لوجدنا انها لا تسمح بممارسة الفحص النفسي والعلاج للاختصاصيين النظريين. فهذه الممارسة تكتصر على الذين يتبعون دورات تدريبية في المجال، مدة ثلاث سنوات او اكثر، بعد حصولهم على درجة الدكتوراة في علم النفس العيادي. انطلاقاً من اعتبار ان الحاصل على هذه الدرجة يملك محصولاً نظرياً كافياً كي يبدأ بالتدريب على الفحص النفسي وعلى وضع التشخيص وخطه للعلاج بناء عليه. واذا كان الفحص العيادي التقليدي يركز على جدول عيادية محددة بمظاهر واعراض مرضية (يمكن للفحوصات المخبرية ونظيرة العيادة تأكيد وجودها او نفيه) فان الفحص النفسي لا يملك الا النزر اليسير من المعطيات المساعدة للوصول الى التشخيص الموضوعي. فيبقى الحوار عماداً لهذا الفحص ومرجعاً له. هذا الحوار الذي يصفه شترن وروبينز بالقول: "ان فن الفحص النفسي يعني ان يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتكلم ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه. كما يجب على الفاحص ان يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وان يتدرب على التحكم في مجرى الفحص".

هذا ويصل الفحص النفسي الى غايته من خلال توصل الفاحص لوضع تشخيص دقيق للحالة بما ينطوي عليه هذا التشخيص من تحديد استراتيجيات لعلاج الحالة. فاذا ما تخللت بعض الثغرات الفحص فان ذلك سيخلف آثاره على التشخيص وعلى النتائج المرجوة من العلاج. ذلك ان اخطاء التشخيص تستتبع حكماً اخطاء

العلاج. مما يقودنا الى مناقشة مسائل اكثر تعقيداً. فطعم مسببة نشوء الامراض النفسية لا يزال بعد في بدايته. فنحن لا نعرف على وجه الدقة الاسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الامراض. فهل ينشأ القسام نتيجة عطل في الافرازات المؤثرة في حالة الاختمار الدماغى؟ ام ان سببه يعود الى اعطال دماغية على صعيد الهيوكامب؟ ام انه تشوه الزوج الخامس من الصبغيات... فح من الفرضيات التي نعتقد بتضارها نون ان نمالك البراهين على ذلك. مما يحرمنا من تحديد اساليب موضوعية لتشخيص المرض. من هذا الواقع انبثقت التصنيفات العديدة للامراض النفسية معتمدة مذهب الظواهرية (Phenomenologie). بمعنى ان تشخيص المرض يستند الى تحري الفاحص لمظاهره واعراضه التي تحددها التصنيفات مع بعض الاختلاف في ما بينها.

لكن هذه الظواهرية تستوجب الحذر الشديد من قبل الفاحص. فهناك مثلاً البدايات غير التقليدية للامراض. مثال ذلك تلك الحالات القصلمية التي ترتدي في بدايتها قناعاً مضللاً فتظهر على شكل عصب وسواسي - فكري من شأنه ان يضلل الفاحص وان يؤخر تشخيص الحالة وبالتالي علاجها. وعلى عكس المثال السابق فان بعض الحالات والتأخرات الذهنية العابرة تتبدى بمظاهر عولجية تورط الفاحص في تشخيصها على انها ذهنية تقليدية وقس عليه.

تجنباً لهذه المأزق عمدت بعض المدروس النفسية (بالينت، ملرتي، موسون) للدعوة الى عدم التشبث بالتشخيص. لان الحالة الدماغية- العقلية للانسان ليست بالمستقرة الجامدة. بل انها تتفاعل دينامياً مع قائمة طويلة من العوامل الداخلية المنشأ والخارجية. فهناك الامراض التي تتراجع مع التقدم في السن وفي مقابلها امراض اخرى تتطور معه. وفي الحالتين فان تعديل التشخيص يصبح ضرورة والامر ذاته يقال بالنسبة للامراض والاضطرابات العضوية المرافقة للمرض النفسي. كما يقال

بالنسبة للشدائد وعوامل الضغط الخارجية. والاهم من هذا وذلك ضرورة تعديل التشخيص او حتى تخييره تماما في حالات تطور او تراجع الاضطراب النفسي ذاته.

فهل يستطيع الفاحص تحمل تبعات التشيبت بتشخيص اللومواسي القهري وهو يجد المظاهر القسامية- التفكيرية واضحة امامه؟ وهل هو قادر على تحمل المسؤولية الاخلاقية الناجمة عن تصنيفه لحالة عابرة على انها ذهان تقليدي يدمع مستقبل المريض؟ وهنا نذكر بتأكيد ساشاناخت: "ليس هناك امراضا بل يوجد مرضى" فالمصابون بمرض واحد يتقون مختلفين شديد الاختلاف في ما بينهم. فأسباب المرض ومناسبة ظهوره وطرائق تطاهره واسلوب علاجه واحتمالات تراجعه او تطوره وغير ذلك من العوامل هي امور شديدة الاختلاف من مريض لآخر. لذا كل من الضروري ان ننظر للمرضى من خلال ذاتيتهم وفردتهم وليس من خلال مرضهم. لو نحن نظرنا للصحة من خلال التركيز على المرض وتناسي المرضى فلنا نصل بذلك الى نتيجة موداها ان عدم وجود المظاهر المرضية هو دليل ساطع على الصحة. بذلك نكون قد ارتكبنا هفوة تجاهل الامراض التي تتطور وسط اجراء من الهدوء البعيد عن ضجيج المظاهر المرضية فنلغي بذلك كافة مبادئ الوقاية الصحية.

للمزيد من التوضيح نؤكد ان الفحص النفسي ليس مجرد خطوات روتينية تدعمها الاختبارات النفسية وبعض الحوار الذي قد يسبقها او يليها. والدلالة على ذلك فلنأخذ حالة تمتل المرض (كأن يقلد طفل سليم أخاه المريض في مظاهر مرضه وفي سلوكه) تعرض على فاحص يفترق للخلفية النظرية والتطبيقية الكافية فماذا يحدث في مثل هذه الحالة؟ ان تصبر ذلك يفسر لنا العديد من الاخطاء الناجمة عن عدم وجود قوانين تنظم ممارسة مهنة العلاج النفسي.

لذلك نتوجه بهذا الكتاب الى الذين يملكون الخلفية النظرية الكافية ويودون تحقيق النقلة من النظري الى التطبيقي. كما نتوجه به الى الاطباء غير النفسيين الذين تضعهم ظروف ممارستهم امام طلبات علاج لحالات نفسية عضائية وخصوصا نفسية-جسدية والتي الذين يتهبأون الدخول الى العيادة النفسية كعمالجن تقدم هذا الكتاب الذي قد يجد فيه زملاؤنا من الاطباء النفسيين بعضا من خصوصية تجربتنا وبعضا من آراء قد يؤيدونها او يعارضونها.

ان طرقتنا لموضوع الفحص النفسي التنضى منا الاستماعة بجملته من المعلومات التي تنتمي الى اختصاصات مختلفة كالطب النفسي وعلم النفس الحيادي والطب العصبي والقروع الطبية نظيرة العيادية مما يضيق بصفحات هذا الكتاب عن استيفائها شرحا. لذا عمدنا الى تبديل للصفحات بالاشارة الى المراجع والمصادر التي تساعد القارئ على التعمق في المواضيع التي يرغب في تفصي عوامل ارتباطها بالفحص النفسي .

املنا ان نكون قد نجحنا في نقل ما استطعنا استيعابه من اصول الفحص النفسي ومبادئه ورجاؤنا ان يشكل ذلك مساهمة ولو متواضعة في مكتبتنا العربية.

والله ولي التوفيق

د. محمد التاهليسي

طرابلس في ١/٧/١٩٩٥



الفصل الاول

دراسة الشكل الخارجي

١- دراسة شكل الوجه.

٢- دراسة سمات الوجه.

الانف	الجبهة
الشفتان	الحاجبان
الذقن	العنان
الانثان	الخدان

٣- دراسة شكل الجسم

تقسيم هيوقراط

التقسيم الفيزيولوجي

تقسيم سيغود

تقسيم فيولا

تقسيم كرتشمير

ان دراسة الشخصية من خلال الوجه وقسماته ومن خلال التكوين الجسدي ومن خلال المظهر الخارجي (اللباس، تسريحة، نظرة... الخ)، ليست بالفكرة المستحدثة فقد عرفها اليونان والفرس لها القواعد وكذلك فقد عرفها العرب وسماها علما خلاصا بها سموه "علم القراسة" وهذا النوع من الدراسة كيناه عدد من العلماء المحدثين. وبالرغم من هذا التاريخ الطويل لهذا النوع من الدراسات، الا اننا ولغاية الان لا نستطيع قبوله بشكل علمي يتوخ لنا الاعتماد على مبادئه في تحديد شخصية إنسان ما. ذلك أن تعدد الحياة وإمكانيات التعلم في عصرنا تستطيع ان تساعد أي شخص على تخطي العديد من صفاته الوراثية. فإذا ما سلمنا بحقيقة النتائج التي تعطيها مثل هذه الدراسات. فنحن لا نستطيع تجاهل التخيرات السلوكية التي يمكن ان تطرا على هذه الشخصية.

بناء على الاسباب المشروحة اعلاه فان علم الصفات او علم دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي لم يكتسب بعد صفة العلم ولكن غالبية الباحثين يعملون لتسميته بالفن. وبالتالي فاننا في هذا الفصل سنتكلم على فن دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي. ونحن لن نبدأ كتابنا بهذا الفن فان دافعنا لذلك هو الاسباب التالية:

١- وجود قائمة طويلة من الامراض الجسدية التي تتبدى واضحة على المظهر الخارجي كالصفراء والجدري وزيادة قنارز الدرقية والمياه الزرقاء واصابات الجهاز العصبي الخ...

٢- الأشكال المميزة لوجوه المصابين ببعض الامراض العقلية كالمنغوليين والمهوسين والقصابيين ومنخصص قسما من هذا الفصل لعرض صور المصابين بهذه الامراض مع شروح لها.

٣- بعض الامراض العصبية الخلقية التي تترك بصماتها على الشكل الخارجي للشخص - انظر الصور.

٤- الأهتمام الزائد بدراسة فن الصفات، وتحقيق هذا الفن لبعض التقدم في الفترة الأخيرة، الأمر الذي يجعل من الخطأ إهمال التعرف على هذا الفن.

لمحة تاريخية.

منذ القدم استطاع العلماء ان يلاحظوا ويفترضوا وجود رابطة بين الشكل الخارجي للإنسان وبين شخصية هذا الإنسان وطباعه.

واستطاع الأقدمون أن يشرحوا بطرقهم الخاصة كيف يمكن للوجه بصماته وتعبيره وحركته أن يعطونا فكرة عن خصائص الشخصية. وها نحن نعرض بعض الملاحظات في هذا المجال. ونقول ملاحظات لأنها كما سنرى لا تستند إلى أسس علمية أو إحصائية سليمة. ومن هذه الآراء:

١- نستطيع أن نعرف الناس وأعمالهم من طريق تحديد درجة شبيههم بحيوان ما، فوجه قلاطون مثلاً يشبه وجه كلب سيد.

(أرسطو)

٢- إن العيون الكبيرة لا تقوم فقط بإضفاء الجمال على الوجه ولكنها تمكس وتميز نكاه صاحبها.

(هوميروس)

٣- إن الذي يحمل في وجهه انفاً طويلاً لحمياً هو شخص محب للجمال. ولكنه يكون أقل نكاه مما يعتقد (أي أنه مفرور). أما ذلك الذي يملك شعراً اسود فهو إنسان يعمل كل ما يوسع له لانتهاء العمل الذي بدأه. أما ذلك الذي يدور برأسه دون

سبب أو مبرر فهو شخص متعثر، كذوب، لا يصلح لشئ، غادر وميال لفعل
السوء.

(الراهب البرت الكبير)

٤- إن أصحاب الجبهة الضيقة هم أناس مخادعون. وهكذا قام فوشيه
(Fouché) (ذو الجبهة الضيقة) بخداع نابليون والتفريط به.

(بوربون)

وفي محاولة حديثة لتطبيق رأي أرسطو وجد تشابه بين شكل روبيسبير
(Robespierre) وبين وجه النمر وكذلك بين وجه فولتير (Voltaire) ووجه
القطب وأخيراً بين وجه بيتهوفن (Beethoven) ووجه الأسد.



Beethoven



Voltaire



Robespierre

ونحن لو قمنا بمراجعة ما نعرفه عن خصائص أصحاب هذه الشخصيات
وتصرفاتهم لوجدنا أنها تتطبق فعلاً مع بعض صفات الحيوانات التي تشبهها.
والحقيقة أن بداية الخطوات الجدية المركزة على أسس علمية جاءت في العام
١٧٧٢ على يد العالم لافاتير (Lavater) الذي وضع أسس علم دراسة الصفات في
كتاب ضمنه تجربته الواسعة. ويسمى هذا العالم كتابه بالموجز في معرفة الناس
(Précis de l'art de connaître hommes).

وبعد هذا التاريخ اجتذب علم دراسة الصفات عدداً من كبار المفكرين في العصر الحديث أمثال فيلاند (Wieland) هيردري (Herder) وغوته (Goethe) وغيرهم ممن تبنا هذا العلم ودافعوا عنه. الأمر الذي أعطى لهذا العلم القدرة على الإسترار في مواجهة المعارضة القوية التي قامت ضده. هذه المعارضة التي قادها مفكرون بلوزون من أمثال ليختبرغ (Lichtenberg).

وفي مرحلة لاحقة نلاحظ بأن علماء جدد تبناهم علم دراسة الصفات ولعل أبرزهم هو العالم كرتشمير (Krestchmer) الذي قام بتصنيف الناس إلى أعماط نسبية محددة الصفات والتصرفات اعتماداً على مظهرهم الخارجي (متعرض لأعماط كرتشمير في الفصل الثاني).

وفي نهاية المطاف فإن علم دراسة الصفات تدعم عن طريق إدخال عامل جديد مساعد. وهذا العامل هو دراسة تعبير الوجه وحركته. مما أضفى على هذا العلم طابعاً أكثر موضوعية وأكثر التصاقاً بالواقع. وكان من الطبيعي بذلك أن يجتذب هذا العلم عدداً جديداً من المؤيدين فظهرت الكتب والدراسات العديدة التي تناولت هذا الموضوع وصولاً إلى ترسيخ فرع جديد يهتم بدراسة أسماء الوجه (Mimiques) وتعابير الانفعالية^(١) ولقد وضعت البروفيسورة موسون لختيلر التماهي بالحالات الانفعالية^(٢) المؤلف من ستة عشرة صورة ذاتية رسمها للرسم الألماني رودولف لنفسه وهو يقلد إيماءات تعبيرية مختلفة^(٣).

١ - يشهد هذا الفرع اعتماداً خاصاً في الآونة الأخيرة ويستعمل فيه التمييز كإداة للدراسة ومراقبة التماهي الانفعالية للشخص.

٢ - روز ماري شاهين: اختيار رودولف منشور في مجلة الثقافية النفسية، العدد ١٨، ١٩٩٤.

٣ - اليزابيث موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

١- دراسة الشكل العام للوجه.

يقسم علم دراسة الصفات الوجه الى ثلاثة اقسام: (١) الطوي، (٢) للوسط و (٣) السفلي. وتحدد شخصية انسان ما من خلال هيمنة احد هذه الالسام. وهذه الهيمنة تحدد في رأي الباحثين استعدادات الشخص وميوله النفسية. ولتستعرض الآن للخطوط العريضة لتحليل الشخصية من خلال شكل الوجه ونبدأ بالشكل رقم (١).



نلاحظ في هذا الوجه هيمنة القسم الطوي على باقي اقسام الوجه. وهذا الشكل يتميز، كما نلاحظ بالجبهة العريضة. والجبهة تعتبر مسؤولة عن العلاقات الاجتماعية والانسانية المتميزة بالذكاء. وعرض الجبهة هو اذا نليل على الذكاء وعلى القدرات الذهنية والتفكيرية المتطورة وخاصة في الميدان العملي - التطبيقي. وبالطبع فإن شكل الجبهة العريضة يلعب دوراً مهماً في تحديد الشخصية.

فالذوق هو السمة المميزة اذا كانت الجبهة العريضة مدورة، أما القدرة التخيلية للذكاء فهي التي تسيطر اذا ما اتسعت الجبهة في اقسامها الاعلى.

أما حين يكون اتساع الجبهة العريضة في اقسامها الاسفل فان هذا يعنى سيطرة القدرة التطبيقية للذكاء.

وايضاً فيما يخص الجبهة العريضة فان الباحثين يلاحظون بأن وجود الأخاديد والتجاعيد فيها يعكس ميل الشخص نحو التجريد، نحو البحث عن الأسباب وخلفياتها وايضاً قدرة متفوقة على التحليل المنطقي.

أما إذا كانت الجبهة العريضة صافية وغير متموجة فهي تعكس ميل صاحبها لأحلام اليقظة وعجزه عن التكيف مع الحياة العملية.

لما إذا كانت الجبهة العريضة بشكل مربع منحرف (Trapéze) مع الضلع الأكبر نحو الأعلى. فإن مثل هذه الجبهة تعكس قدرة صاحبها على الإبداع والخلق.

وأخيراً فإن الجبهة العريضة ممكن أن تكون على شكل قوس قوسوي وهي في هذه الحالة تعكس سلبية وعمق أفكار صاحبها.

وننتقل الآن إلى الشكل رقم ٢ حيث يهيمن القسم الأوسط من الوجه.



ويتميز هذا الشكل كما نلاحظ بسيطرة الدهليز: (نم - أنف). أي بأنف وشم كبيرين. وسيطرة القسم الأوسط تعكس قدرة وزخماً عاطفيين. فهذا الشكل يعكس شخصية ذات مزاج عاطفي متقدم مما يجعل من هذا الشخص ميالاً للحياة الاندماجية العاطفية والهادئة. وهذا الشخص يتميز في الوقت ذاته بقدرة فائقة على المواجهة. وهذه الصفات جميعها تزداد تأكيداً في حالة وجود الأنف المتطول والضخم.

لما إذا كان الأنف حاداً فهو في هذه الحالة يبرهن عن العنف والعصبية. والعكس صحيح، أي أن نفاً وصغير القسم الأوسط للوجه يعكسان شخصية تمتاز بالبرودة العاطفية والاتصال الاجتماعي. وعندما يكون الأنف دقيقاً جداً فهو يعكس برودة أعين وقدرة فائقة على التحكم في العواطف والانفعالات. بحيث تهيمن البرودة على علاقات صاحب هذا الوجه.

وأخيراً نعرض الشكل رقم ٣ حيث يهيمن القسم السفلي للوجه على باقي أقسامه.



ومن خلال الصورة نلاحظ الفم والفك الكبيرين. ومثل هذا الوجه يعكس حساسية وشهوانية وكذلك قدرة على التحمل وقدرة جسدية كبيرة. ولهذا الشخص إقبال زائد على النشاط والقدرة على التحكم في انفعالاته. والعكس صحيح، فإن نكسة القسم الأسفل للوجه تعكس السلبية والخمول. وخاصة إذا كان الفك دقيقاً. فهذه النكسة

تعكس ضعفاً معيناً، تردداً وضغطاً لراية كما تعكس الافتقار للدبلوماسية في التعامل مع الآخرين.

أما بالنسبة للفم الصغير ذي الجوانب المتجهة نحو الأسفل على شكل ٨ فإن مثل هذا الفم يعكس تعاسة صاحبه وميله نحو الاكتئاب.

ويعد استعراضنا للأشكال الثلاثة وأمميزاتها. نلفت النظر إلى أن ثلثة قليلة من الناس فقط يمتازون بهيمنة واضحة لأحد أقسام الوجه. ففي الغالب نجد أنفسنا أمام وجوه تنقسم السيطرة فيها بين قسمين على حساب القسم الثالث.

وكثيراً ما يحدث أن تتوزع هذه السيطرة على الأقسام الثلاثة بنسب متفاوتة. ولهذه الأسباب رأينا أن نضيف إلى الأشكال الثلاثة الرئيسية الأشكال التالية:

١- وجه تنقسم فيه السيطرة بين القسم العلوي (الجبهة) والقسم الأوسط (الفك الأعلى، الأنف والخدين). بحيث تكون نسبة السيطرة متساوية بين القسمين على حساب القسم الأسفل.

إن مثل هذا الوجه يعكس شخصية مترنة. تتمتع بخصال حميدة متعددة. وهذه الشخصية هي في ذات الوقت شخصية فكر، ومبدأ ولكن كذلك فهي شخصية فعل وإنما نوع معين من الفعل. ذلك الفعل الخاضع للمنطق وللعقل. ومثل هذا الشخص

يستطيع أن يضع قيد التنفيذ قدرته على الإبداع هذه القدرة المتوازنة مع رغبته في تحقيق ذاته.

مما تقدم نلاحظ بأن لهذا الشخص سلوكاً متشعباً في تفاصيله. إذ إن هذا الشخص ممكن أن يلعب أدواراً متعددة في آن معاً. فهو طليعي، قائد، زعيم ورائد.

٢- الوجه الذي يمتاز بتناسق النسب بين أقسامه الثلاثة. ولكن مع تفاوت السيطرة. بحيث تقل هيمنة القسمين الأعلى والأوسط (دون أن يقل حجمهما). وهذا يحدث إجمالاً في الوجوه الصغيرة حيث نلاحظ التناسق بين الأقسام الثلاثة. كما نلاحظ أن الجبهة، الأنف والخدين تمتاز بالندفة.

ومثل هذا الوجه يعكس شخصية متوازنة لآسان متواضع، جتد ونشيط ولكن هذا الشخص يكون عادة عاجزاً عن القيام بالأعمال المميزة. فهو لا يستطيع أن يتسلم دور القيادة وإعطاء الأوامر. بل هو ميل لأن يتلقاها وينفذها بأمان ونشاط. كما نلاحظ لدى هذه الشخصية درجة معينة من السذاجة.

وهذه الصفات التي ذكرناها أعلاه لا تمنع بعض أصحاب هذا الوجه من الإرتقاء في الحياة وفي المناصب. واعتماداً على الخداع الذي يجيدونه وخاصة في حال وجود من يشجعهم على هذا الخداع.

٣- الوجه الذي يمتاز بفتحات عريضة ومفتوحة (فم كبير + قف كبير). وصاحب هذا الوجه يكون منفتحاً، متحرراً، كريماً، ملبناً بالفتصب وكذلك فهو عاطفي. وهذه العاطفية قد تجعله يبدو متكبياً، كثير التنقل وصاحب نزوات.

٤- الوجه الذي يمتاز بالأنف والقم للذيقين والمنطقين. وصاحب هذا الوجه يكون ميالاً للعزلة وإخفاء عواطفه. ومثل هذا الشخص يجيد السيطرة على انفعالاته إلا أنه قليل الثقة بالنفس، تتاليه أحياناً نوبات من الحشرية. ومثل هذا الشخص نتيجة لحشرته ولاخفائه لعواطفه ممكن أن يفاجئنا ويعرضنا لمواقف غير منتظرة.

وخاصة عندما نكون عنه فكرة خاطئة نتيجة إخفاؤه لعواطفه. ومفاجأة هذا الشخص ممكن أن تكون سارة (إذا ما أخفى الشخص طبيعة) أو غير سارة إذا كان العكس. ولكنها مفاجأة في أية حال من الأحوال.

٢- دراسة قسّمات الوجه:

إن دراسة الشكل العام للوجه بأقسامه الثلاثة. لا تكفي وحدها لتكوين فكرة متكاملة عن الشخصية. وفي سبيل تكويرين مثل هذه الفكرة يرى الباحثون وجوب دراسة قسّمات الوجه وأجزائه كل على حدة (العينان، الحاجبان، الأنف، الخدان، الفكّان والجبهة) وهذا ما سنعرض له في هذه الفقرة. ونبدأ بدراسة الجبّهة.

أ- الجبّهة:

يحدد الباحثون أشكال الجبّهة على النحو التالي:

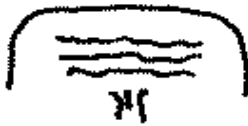
١- الجبّهة العريضة، الكبيرة والعالية: ويمتاز صاحب هذه الجبّهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبّهة تميز صاحبها بالحس العملي.



٢- الجبّهة الضيقة- المنخفضة: ويمتاز صاحب هذه الجبّهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبّهة تميز صاحبها بالحس العملي.



٣- الجبّهة ذات التجاعيد والأخدود: ويمتاز صاحب هذه الجبّهة بكونه صاحب هموم وطموحات. الأمر الذي يجعله مضطرباً وبحاجة دقمة للتركيز وهو مفكر بطبعه.



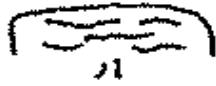
٤- الجبهة المقوسمة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بسايبته وميله لأحلام الرقطة. وهو يمتاز كذلك بطيب طويته.



٥- الجبهة المربعة المنحرفة: وتكس هذه الجبهة حيوية خيال صاحبها وقدرته على الخلق والإبداع.



٦- الجبهة المنثنجة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بالمسائله وراء رغباته ونزواته. وكذلك فإن هذه الجبهة توحى بالبرهيمية.



٧- الجبهة المنثخفة في وسطها: وهذه الجبهة تعكس تركيز تفكير للشخص حول ذاته. الأمر الذي يميز هذا الشخص بالأنانية المتطورة وهذا الشخص يكون عادة وصولياً ومستعداً للقيام بأي شئ في سبيل تحقيق أهدافه وأغنيته.



ب- الحاجبان

١- الحاجبان الكثيفان: وهذان الحاجبان يفتنان بالحيوية الجنسية والقنرة على التحكم في الأشياء.



٢- الحاجبان الرقيقان: وهذان الحاجبان يعكسان ضعف القدرات الذهنية لصاحبهما.



٣- الحاجبان غير المنتظمين وغير المرتبين:
وهذان الحاجبان يعكسان نزق صاحبهما وعدم انتظام
افكاره.



٤- الحاجبان المتقاربان مع وجود التجاعيد
بينهما: ويعكس هذان الحاجبان تركيز صاحبهما،
توتره، حيويته، اضطرابه النفسي وكذلك حزنه
وتشاومه.

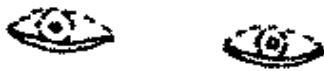
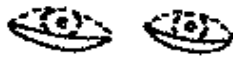


٥- الحاجبان المنحنيان نحو الخارج مع
انخفاض اطرافهما الخارجية: وهذان الحاجبان
يعكسان التماسه، عدم الاطمئنان، والتهيؤ واخيراً
حسرية قد تقل بحيث تصعب ملاحظتها، أو قد تزيد
بحيث تضيق المحيط.



ج- العينان

١- الجفون: اذا كان الجفن الأسفل للعين
قوياً فهو يعكس الحيوية والنشاط . أما إذا كان
الجفن الأسفل ضعيفاً ورفيقاً فهو يعكس الضعف.
ومن الممكن أن نلاحظ حركة ما على صعيد
الجفنين. فإذا كانت الحركة لا إرادية تشبه رفة أو
غمزة العين. فإن هذه الحركة تعكس عدم الاطمئنان،
العصبية الزائدة والإرهاق.



أما إذا كانت حركة الجفنين لا تحصل إلا في مواقف معينة. فهي في هذه الحالة
تعكس القلق الناتج عن الكذب أو عن الشعور بالذنب.

أما في حال حركة الجفون حركة لورتجالية فإبها في هذه الحالة تعكس الإرهاق
النفسي، للخوف أو الهستيريا.

وأخيراً فإن هذه الحركة ممكن أن تحدث بشكل تلقىات وهي في هذه الحالة
غالباً ما تعكس الهستيريا.

٢- وجود الدوائر السوداء حول العين:

وهذه الدوائر تعكس تعب العينين والإرهاق
النفسي والجسدي. ولكنها قد تنجم أيضاً عن الهزال
(التخف) أو عن البكاء الحاد أو عن المبالغة في
ممارسة الجنس.



والحقيقة أن العيون هي الباب الحقيقي للإيمان نحو العالم. فمن خلالها يرى
الإيمان العالم ويتفاعل معه. ولكن العيون ليست مصدر احساس فقط ولكنها أيضاً
مصدر فعل. وهي مرآة حقيقية تعكس الشخصية. والعيون لغتها الخاصة. وهي تتكلم
لغتها هذه من طريق حركتها في محاورها وعن طريق حركة البؤبؤ في داخلها.
ولكبر العيون تأثير بالغ في مساعدتها على جعل لغتها مفهومة من الآخرين. وهكذا
فإننا نستطيع أن نستشف من خلال العيون أفكار الشخص ونيته. عواطفه وأهواءه
وكذلك مواقفه النفسية السوية والمريضة على حد سواء.

٤- الخدان

يولف الخدان كما رأينا الجزء الأكبر من القسم الأوسط للوجه. وهذان الخدان
هما أما:



١- ممثلان ومثلخان: وهما يعكسان الهدوء،
الوداعة، الطيبة والتناول (خاصة عندما يكونا مثلين
للحمرة). وهما يعكسان أيضاً السذاجة (بدرجات

متفاوتة) أما عندما يكون لون الخدين مائلاً للصفرة والشحوب فقد يعكسان ضعفاً عقلياً.

٢- متكلمان ومشدودان: وفي هذه الحالة فهما يعكسان قوة الإرادة، القدرة على التركيز، الجدية والقدرة على اتخاذ القرار. ولكنهما يعكسان أيضاً الخبث بدرجات متفاوتة) وفي حالة تراققهما بالتجويف بين الأنف والشفة فهما يعكسان بالإضافة لما ورد أعلاه للكآبة، الأكم الاخلاقي، العصبية، القلق وأحياناً الأرق.



٣- غير معننى بهما، تتخللهما الأفساد والتجاعيد ويعكسان في هذه الصورة حالة انهيار حيوي، شيخوخة مبكرة (العمان، سهر، لرق، هبوط حيوي لو اصابة مبكرة بتصلب الشرايين). كما يمكن ان يعكسا انهياراً عصبياً. أو لا مبالاة، بأساء، إهمالاً أو عوضاً عن ذلك شخصية شاذة.



هـ- الأنف

والأنف أيضاً مكون رئيسي للقسم الأوسط من الوجه. وقد رأينا أثناء حديثنا عن الشكل العام للوجه أهمية الأنف الذي سندرسه الآن في جميع أشكاله.

١- الأنف المستقيم الكبير: ويعكس الطيبة، المزاج المعتدل والأنصاف في مواقفه وعلاقاته.

٢- الأنف العريض: ويعكس البساطة والموهبة العقلية المحدودة مع درجات متفاوتة من الأقتضاب.



٣- الأنف العناد: ويعكس القسوة ودرجات متفاوتة من الخبث والبخل وكذلك الغضب والثورة السريعين.



٤- الأنف الصغير نسبياً والمنحني إلى الأعلى: ويميز صاحبه بالرفقة والتسامح وكذلك بالبساطة والهموتيريا والإقدام ولكن أيضاً بالقليل من المسطحية.



٥- الأنف المسطح الشبيه بأنف القط: وهذا الأنف يوحي ببدائية صاحبه ويميله للخبت.



٦- الأنف المعكوف إلى أعلى: رغبة في السيطرة، وميل للبخل.



٧- الأنف العبري: ثنية متطورة ودرجات متفاوتة من البخل والوقاحة.



٨- الأنف الشبيه بالمنقار: متحمس عادة للأخلاق النبيلة، ميل للأعمال الذهنية والفكرية. إلى حد ما مغامر.



٩- الأنف ذو المنخرين المفتوحين إلى الامام: وهذا الأنف يعكس تسلط صاحبه وفتاحه على الآخرين.



و- الشفاه

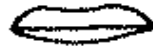
تتخلل الشفاه كعامل أساسي في تحديد القسم الأسفل للوجه، وهي التي تعطي للقم شكله وتحدد حجمه، وها هي متغيرات شكل الشفاه مع ما يعكسه كل منها.

١- الشفاه المتساوية: وهذه لشفاه تعكس



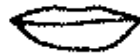
التوازن النفسي والميل لاحقاق الحق. كما تعكس النزاهة والتجرد.

٢- الشفة العليا كبيرة: وهذه الشفاه تعكس



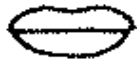
طيبة صاحبها.

٣- الشفة السفلى كبيرة: وهذه الشفاه تعكس



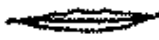
شعور صاحبها بالتفوق. كما تعكس ميل للشخص للسيطرة. وكذلك فإن هذا الشخص يظهر بعض الاحقار للآخرين.

٤- الشفاه الحمية الحادة والواضحة: وهذه



الشفاه تعكس الشبق.

٥- الشفاه الرقيقة - المسطحة: وهذه الشفاه



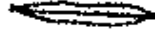
تعكس حساسية محدودة، تساو وخبث. كما يمكن أن تعكس هذه الشفاه الميل للنش والخداع.

٦- الشفاه المقومة (المتماوجة): وهذه الشفاه



تعكس خجل صاحبها وبراعته وكذلك فهي تعكس بساطته.

٧- الشفاه المشدودة: وتنعكس هذه الشفاه



حيزية صاحبها وكذلك طموحه ويخله. كما تعكس هذه الشفاه كون صاحبها ذا ارادة قوية، متصليبا ومنفورا.

٨- الشفاه المتباعدة: وهذه الشفاه تدلنا على



التردد في اتخاذ القرار وكذلك على درجات متفاوتة من الضعف النفسي والعاطفي وأخيراً فإن هذه الشفاه تدلنا على ضعف صاحبها وكسله.

وفي نهاية حديثنا عن الشفاه لا بد لنا من استعراض الدلالات النفسية لحركات الشفاه. وهذه الحركات قد تتبدى من خلال ارتجاف الشفاه وتدلنا في هذه الحالة على عصبية، هysterية الشخص وكذلك ارهاقه للنفسى وشعوره بالتظلم.

أما إذا كانت للشفاه حركات عصبية مثل عادة عض الشفاه أو مص الأصبع... الخ، فهذه الحركات تعكس معاناة الشخص للضغوط النفسية، مشاعر الندم، رغبة مكبوتة بالثورة وكذلك القلق. ومن الممكن في بعض الحالات أن تكون هذه الحركات دليلاً على حالات متفاوتة الحدة من العصبان وأحياناً التخلف العقلي.

أما إذا كانت الشفاه لا تتحرك بشكل متناسق أثناء الكلام فإن ذلك قد يعكس اضطراباً في النطق (Logonévrose) أو قد يوحى لنا بوجود أعطال عصبية.

والشفاه كما نثرنا في بداية الكلام عنهما تولفان الفم، وحجم الشفتين وبالتالي حجم الفم يلعب دوراً مهماً في تحديد شخصية المرء. فإذا كان الفم صغيراً فإن ذلك يدلنا على بساطة التصرفات والقررات الذهنية. أما إذا كان الفم كبيراً فإنه يدلنا على العاطفية والتولد. ولكنه قد يعكس أيضاً الميل لكثرة الكلام أو لاستعمال الالفاظ غير

المهنية. أما إذا كان الفم مقوساً نحو الأسفل على شكل ٨ فإنه يعكس الحزن
والتماسة وفقدان الأمل كما قد يعكس الاتيهار.

وأخيراً عندما يكون الفم مقوساً نحو الأعلى على شكل ٧ فهو يدلنا على حسن
النية، التفاؤل، المرح وعلى قوة الشخصية.

ز - الذقن

وهي بعد الشفاه ثاني المعالم الرئيسية للقسم الأسفل للوجه. والذقن يمكن أن
تكون بأحد الأشكال التالية:



١- الذقن الكبيرة: وتعكس قوة الإرادة، الطاقة،
الهدوء والقدرة على التحكم بالذات.



٢- الذقن الصغيرة و/أو المشدودة نحو
الخلف: وتعكس ضعف الإرادة وضعف القدرة على
الاحتمال والمثابرة.



٣- الذقن البارزة والطويلة الفكين: وتعكس
الطموح القوة والقدرة.



٤- الذقن البارزة والمشدودة نحو الأعلى:
وهذه الذقن تعكس عادة خيب صاحبها.



٥- الذقن المربعة: وتعكس مثل هذه الذقن قوة
إرادة صاحبها.



٦- الذقن الحادة: وهذه الذقن تدل على لا
منطقية صاحبها.

٧- الأذن المدورة: وتعكس هذه الأذن طبيعة صاحبها حسن معشره وكذلك لطفه وكونه محبوباً.

٨- الأذن البيضاوية: وتدل هذه الأذن على الثبات والتوازن الانفعالي.

ح- الأذن

١- الأذن الكهجرة: وتدلنا على سخافة صاحبها.

٢- الأذن العالسة: وتدلنا على الوقاحة والاستهتار بالقيم.

٣- الأذن العريضة المجوفة: (مثل الصنفة) وتدلنا على الحس الموسيقي لصاحبها.

٤- الأذن الصغيرة: وتدل هذه الأذن على التهذيب، الطرف واللباقة.

٥- الأذن المفروسة نحو الأسفل: وتدلنا هذه الأذن على شجاعة صاحبها وقدمه.

٦- الأذن الممبينة: وتدلنا هذه الأذن على كون صاحبها شجيراً مع ميل للسرقية.

٧- الأذن المدورة: وهذه الأذن تعكس تفوق صاحبها الذهني كما تعكس كونه صاحب مواهب.



٨- الأذن غير المسطحة جيداً: وهذه الأذن
تعكس ضعف صاحبها.



٩- الأذن القريبة من الراس والملتصقة به:
وهذه الأذن تتلنا على عناد صاحبها.



١٠- الأذن الحادة: وتلنا على ميل صاحبها
للكراهة والتندر.



١١- الأذن محددة الحواشي: وتلنا على
الطاقة والقدرة على اتخاذ القرار.



١٢- الأذن البعيدة عن الراس: ويمكن أن
تعكس تخلفاً عقلياً نسبياً. إلا أنها من الممكن أن
تعكس أيضاً الخبيث والميل للأذى.

وفي نهاية حديثنا عن أساليب تحديد الشخصية من خلال دراسة الوجه
وخصامته. نجد لزماً علينا أن نتناش نقطتين مهمتين هما:

أ- الشكل العام للوجه

ب- النظرة

أ- الشكل العام للوجه.

١- الوجه المربع: ويدلنا هذا الوجه على الحيوية، الطاقة والتسلط. وهذا الوجه
هو وجه القادة، المجددين (نابليون، هيجو، بيتهوفن)، ولكن صاحب هذا الوجه قد
يكون ميالاً للسخرية اللاذعة (فولتير) أو قد يتميز بالكبرياء الزائد (ريتشارد فاغنر).

٢- الوجه المستطيل: ويدل هذا الوجه أيضاً على الحيوية، الطاقة والميل للسيطرة ولكنه أقل قوة من صاحب الوجه المربع، وصاحب هذا الوجه يحقق ذاته في ميادين مثل السياسة، الرياضة والأعمال. فصاحب هذا الوجه يمتاز بقدرته على الحفاظ على التوازن (خاصة إذا كانت له جبهة عريضة) ومن أصحاب الوجه المستطيل (دقتي، بولو،... الخ).

٣- الوجه المتطاول: ويميز هذا الوجه الأشخاص الذين يميلون للتأمل، الزنادي السامية والميلين للتسامح، الوحدة والتماسة. ولكنهم في المقابل يتمتعون بقدرات عقلية وذهنية جيدة وكذلك بخيال خصب. إلا أن قوتهم الجسدية تكون محدودة ومن أصحاب هذا الوجه (تاتول فرانس، برناردشو، نيكارت... الخ).

٤- الوجه المثلث: (رأس المثلث نمو الأسفل): ويدل على الذهن المتفوق والمتولد وكذلك فهو يدل على الجراءة، سعة الخيال والقدرة على الابتكار. وهو أيضاً مقامر. وهذه المجموعة تحوي الصوفيين، الفنانين والفلاسفة ومنهم تذكر (شوبان، كقط... الخ).

٥- الوجه المنور: ويشع هذا الوجه بالحرارة والسعادة والتفاؤل وهو يعكس أيضاً لطيفة والشره والمرح.

وصاحب هذا الوجه يغضب بسرعة ولكنه لا يحمل الحقد وهو كثير الحركة وصديق جيد ووفى ومن أصحاب هذا الوجه (بلازاك، لكسنندر ديماس... الخ).



نلاحظ في هذه الصورة القوس الربع دائري الذي يساعدنا في تحديد مدى دائرية الوجه وكذلك مدى انتفاخ الخدود.

أما الخط الأسفل، المتقطع فهو الفاصل بين القسم الأسفل للوجه ويبين قسمه الأوسط.

في حين أن الخط الأعلى، المتقطع ايضاً، فهو الفاصل بين القسم الأوسط للوجه ويبين قسمه الأعلى.

وأخيراً فإن الدائرة الموجودة على يمين الصورة مع الخط المنبثق منها فهما تساعدان على تحديد حجم الوجه.

٦- لوجه البيضاوي: اصحابه يشابهون الى حد بعيد مع اصحاب الوجه المنحرف ولكنهم يمتازون عنه بديناميستيهم وكذلك من خلال كونهم اقل نشاطا وحيوية. واصحاب هذا الوجه يمكن احيانا ان يوجهوا قراتهم نحو مشاعرهم السلبية وهم بذلك قد يصبحون خطرين اذا ما استكثروا او تعرضوا للاستفزاز. ومنهم (ياغثيني، لرامام لكونان... الخ).

ومن الطبيعي القول بأن شكل الوجه الهندسي لوجهه لا يستطيع ان يعطينا فكرة متكاملة عن الشخصية ما لم نقرن ذلك بدراسة سمات الوجه وحركاته. وكذلك مقدار العناية به (النظافة- التسريحة- اللقن... الخ).

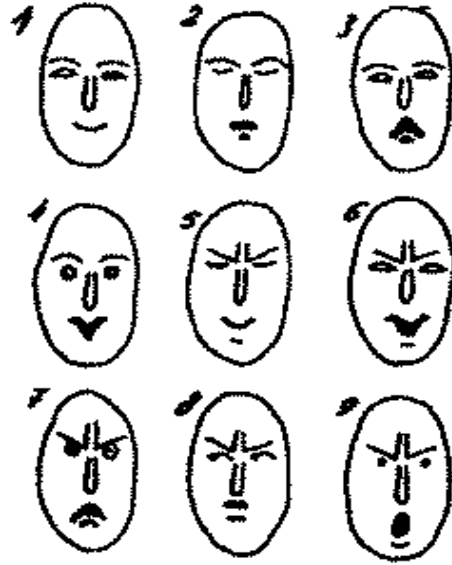
ب- النظرة

إن النظرة لا تنقل فقط العالم الخارجي الى داخل الشخص ولكنها ايضا تعكس دواخل النفس وتعرضها على العالم الخارجي. وكما سبق القول فإن العين لغتها الخاصة. هذه اللغة التي تحدها العين من طريق اسمائها. اتجاه نظرتها، حدة أو سطحية النظرة، وكذلك درجة حركتها. والعين لكي تعبر عن داخل صاحبها تستعين بالحاجيين لتعطيها الشكل الملائم لما تريد ان تعبر عنه وكذلك فإن النظرة تستعين بمضغلات الوجه ككل وتعطي للتم واللحنين تفاصيل وأشكالا معينة.

وفي هذا المجال نذكر بقول بلزك: "إن نظرة واحدة يمكن أحيانا أن تكون كافية لتقول كل شيء عن جمال أو عن قبح إحدى النفوس".

وبما أن المجال يضيق بنا لشرح تفاصيل دلالات النظرة فإننا نكتفي بأن نورد بعض رموز لغة العين ونظراتها.

والحقيقة أن مجموع هذه الصور لا يساعدنا ويلخص لنا النظرات ولكنه يختصر لنا مجمل تعابير الوجه ولناخذ كل صورة على حدة فنلاحظ.



جدول عن B. Jacobson

الصورة رقم ١ وتمثل تعابير الشخص المنتظر، اللامبئي، المتردد وكذلك

المسرور.

الصورة رقم ٢ وتمثل تعابير الشخص المكتفي، الراضي عن نفسه والجددي.

الصورة رقم ٣ وتمثل تعابير الشخص المكتئب، المنهار والمحبب.

الصورة رقم ٤ وتمثل تعابير الشخص المفاجأ بمفاجأة سارة، الحوي والمسرور.

الصورة رقم ٥ وتمثل تعابير الشخص الذي يقاوم لظهور سروره.

الصورة رقم ٦ وتمثل تعابير الشخص المسرور والمنشرح من كل قلبه.

الصورة رقم ٧ وتمثل تعابير الشخص المتعرض لمفاجأة غير سارة، الخائف

والقلق

الصورة رقم ٨ وتمثل تعابير الشخص الحشري، غير الوثيق من نفسه وغير

المطمئن.

الصورة رقم ٩ وتمثل تعابير الشخص القرف، انفجار أمام مفاجأة غير سارة، للغضب، التعرض للتهديد والثرثرة.

وأخيراً فما نحن نهي عرضنا للدلالات النفسية لشكل الوجه باستعراض بعض الصور المرضية. بحيث نعرض الصورة ونشرح تحتها المرض الذي تعكسه ومظاهر هذا المرض. وفي هذا العرض فائدة ليس فقط من حيث التطبيق العملي كما أوردناه عن طرق دراسة الوجه ولكن فيه أيضاً فائدة من حيث تكوين نظرة عامة مقارنة حول هذا الموضوع.



مرض كروزون، يتميز بأنف (منقار)، تنافر زولن Zwohlen: وجه مثل وحول في كلتا العينين، انخفاض في السمكة، أنف أطلس، نحف الخدين، النظر. وطرش جزئي



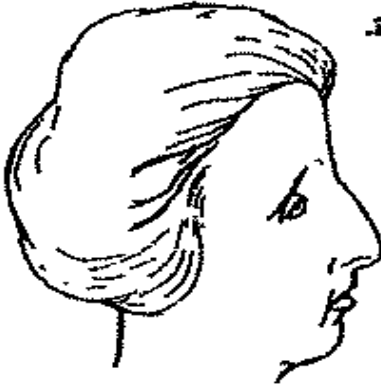
المنغولي. لاحظ ميلان العين الخاص بالمنغولي والمنظر العام للوجه (أنف لقط الأذن... الخ) وهو متخلف عقلياً تصور اهراز الدرقية. لاحظ المنظر المميز. انتفاخ الأغشية... الخ. وهذا للصور يؤدي للغبوة في حال تطوره.



زيادة قرار الدرقية. لاحظ النظرة للخلفة
لو الغضبي، بريق العينين وجحوظهما.
ويتميز المريض بسرعة الغضب
والاستغارة.



تصور الدرقية في مرحلة متقدمة. لاحظ
انتفاخ الجفون، والتحفظ وفي هذه
المرحلة فان نكاه المريض يكون
مطوياً.



تأخر هيرمان-ستريف-فرسبوا. المميز
بوجه يشبه وجه الطيور. أنف ضامر
وحاد. قعر شعر الحاجبين، وعينان جد
صغيرتين.



تشارلز Cushing الوجه مدور أحمر
اللون، يوحى بالصحة ولكن تعبيره شبه
مخدومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة.



تأخر نمو نصف الوجه (وجه Romber)
وميزته واضحة في الصورة.



تشارلز فريمان-شيلدون لاحظ: الميلان
غارتان، مائلتان بعكس الميلان المنغولي.



الكثمة (Acromégalie) لاحظ تضخم
الأنف، الشفاة، الأصابع. وكذلك زيادة
الشعر في الحاجبين.



قصورة الغراز الخصى. لاحظ تجعد
الجلد ونشققه وغيباب شعر المشارب
والنخن.



قصور الاقراز الدرقي لدى الأطفال
مظهر الوجه واضح. ومن صفات هولاء
الأطفال الخباء.



التسائر الشعري- الأنفي- الأناملبي
Tricho - Rhino - Phallangien يتميز
بندرة الشعر وخفته، مع أنف ضخمة
لحمي، الأسنان مزروعة بشكل مشوه.
مع ضعف للنمو العقلي.

٣- دراسة شكل الجسم

كما قد أشرنا في بداية هذا الفصل الى أن فكرة الربط بين مظهر الشخص وبين طباعه هي فكرة قديمة . ذلك أن الأقدمين اعتقدوا بأن مظهر الشخص وطباعه إنما يعودان لنفس الأسس البيولوجية التي تحددنا بيئتنا ووراثة الشخص.

والحقيقة ان هذه النظرة تتمتع بالكثير من الموضوعية العلمية. فنحن نعرف اليوم التأثيرات المهمة التي تمارسها غددنا الصماء سواء على الصعيد النفسي أو على الصعيد الجسدي. فقصور إفراز هورمون النمو لا يؤدي فقط الى إعاقة النمو الجسدي ولكنه يعوق أيضا النمو العقلي للشخص المصاب بهذا القصور. وليس عليه بالنسبة لباقي اضطرابات الغدد الصماء.

وإذا كنا في مجال عرض الآراء الرابطة بين شكل الجسم وبين الخصائص النفسية للشخص فإننا نبدأ بـ:

١- تقسيم هيبوقراط

ان أولى التصنيفات الشكلية لطبائع الانسان. هي التصنيفات التي ارساها الطب اليوناني القديم. يوم كان الطب فلسفة أكثر منه علما تجريبيا. وقد رأينا كيف اقترح لرسطو دراسة طبائع الشخص عن طريق إيجاد الشبه بينه وبين الحيوان. أما هيبوقراط فقد اعتمد تقسيما آخر. قسم الناس الى أربعة اشكال رئيسية، وهذا التقسيم الرباعي يأتي اعتماداً ومقارنة مع التقسيم الفلسفي للعوامل الأساسية للحياة وهي الماء، التراب، النار والهواء. ولغاية وقتنا الحاضر فان هنالك عددا من المفكرين الذين لا يزالون يعتمدون هذه القواعد في شرح شخصية الانسان. ومن هؤلاء نذكر المفكر الفرنسي غاستون باشلار.

٢- التقسيم الفيزيولوجي.

وهذا التقسيم يعتمد مبدأ وجود أربعة طباع أو أشكال للطباع. ويقسمها على النحو التالي: (١) النمط الصفراوي، (٢) النمط العصبي، (٣) النمط الدموي، (٤) النمط الليمفاوي. أما فيما يتعلق بالخصائص الجسدية والنفسية لهذه الأنماط فهي التالي:

أ- النمط الصفراوي: ويتميز هذا الشخص بطول اليدين ولكن أيضاً بنمو مختلف قوائمه الجسدية. ولهذا النمط مزاج نفسي-حركي أي أنه فاعل وعملي.

ب- النمط الليمفاوي: ويتميز هذا النمط بنقل اعطافه وسمنتها. وهو إلى ذلك ذو حيوية محدودة.

ج- النمط العصبي: وهذا الشخص يوجد دائماً تحت تأثير ميوله وردات فعله العصبية. ومن الناحية الجسدية فهو يمتاز بهيمنة القسم الأعلى من وجهه (الجهة والجمجمة أجمالاً) على الوجه بل وعلى الجسد ككل. إذ أن هذا النمط يتميز برأس كبير ويجسد هش وهزيل.

د- النمط الدموي: وهذا الشخص تستهويه الاثارة الانفصالات. بحيث يبحث عنها. وهو كثير الحركة، أما على صعيد الجسد فهو يتميز بالصدر الواسع وبهيمنة القسم الأوسط من وجهه على باقي أقسام الوجه.

والحقيقة أنه في الواقع العملي قلما نلاقي نمطاً بحتاً ولكننا غالباً ما نصادف مزيجاً من هذه الأنماط في شخص واحد. وتكثير هذا التمازج ودرجته يعتمدان أساساً على خبرة الفاحص وحتمه.

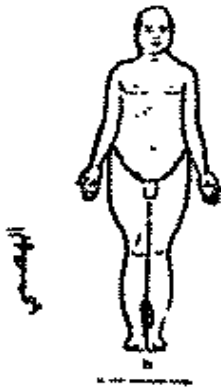
٣- تقسيم المدرسة الفرنسية (Sigaud)

لقد تبنى سيجو Sigaud نظرية الفيلسوف لامارك (Lamarck) القائلة بتأثير البيئة في النمو العضوي للإنسان. لذا أن الظروف البيئية للإنسان هي التي تحدد

تطور أحد أجهزته الفيزيولوجية على حساب بقية هذه الأجهزة. وبناء على هذه النظرية أتى تقسيم المدرسة الفرنسية للنحو التالي:



أ- النمط التنمطي: جسدياً يمتاز هذا النمط بجذع صغير يؤثر على المظهر الخارجي العام للجسم. بحيث يجعله يبدو وكأنه مربع منحرف قاعدته الكبرى نحو الأعلى. وبهذا فإن الكتفين تكونان عرضيتين ولتقص الصدري يكون نامياً سواء لجهة الطول أو العرض. أما عن شكل الوجه فهو على شكل معين يهيمن عليه القسم الأوسط (الأنف والخدان). والأنف يكون طويلاً يفصله عن الجبهة انخفاض في منطقة ما بين الحاجبين.



ب- النمط الهضمي: يمتاز هذا النمط بنمو البطن. وبطول نسبي للجذع. وذلك بحيث يبدو الجذع وكأنه ينفذ الصدر إلى أعلى أما الحنق فيكون قصيراً وسميناً.

أما الكتفان فتكونان ضيقين وهابطتين. وعلى صعيد الوجه نلاحظ هيمنة القسم الأسفل منه (اللم والذقن) مع جبهة ضيقة. (راجع معنى هيمنة القسم الأسفل للوجه والجبهة الضيقة).



ج- النمط العضلي: ويمتاز هذا النمط بتطور ملحوظ لأعضاء الجسم وكذلك لعضلاته. ويكون الجذع على شكل مستطيل. إلا أن هذا الجذع يكون متناغماً من حيث الحجم مع صدره.

أما وجهه فيكون مستطيلاً ويمتاز بالتناسق النسبي لأقسامه الثلاثة. ويمتاز هذا النمط أيضاً بنمو زائد للشعر في مختلف أنحاء الجسم.

د- النمط الدماغى: تهيمن جمجمة هذا الشخص على جسده. ويبدو وجهه على شكل مثلث قاعدته إلى الأعلى. ووجهة هذا الشخص تكون عادة مقومة. أما الأنف فيكون صغيراً أو متوسطاً. في حين أن الفم والشفتين يكونان صغيرين وتكون العينان واسعتين، كما يكون الحاجبان مقومين ومتباعدين. وهذا الشخص عرضة للصلح أما وجهه فيكون عادة أجرد (دون شعر). قامته تكون عادة قصيرة. ويكون الجسم عاممة متناسقاً من حيث حجم الصدر والبطن وكذلك من حيث طول اليدين والرجلين.



٤- تقسيم المدرسة الإيطالية (Viola)

ينقسم الجهاز العصبى إلى قسمين كبيرين هما: (١) الجهاز اللا ارادى أو التلقائى ويتحكم بنرفزة الاضواء. و(٢) الجهاز العصبى الارادى أو المركزى ويتحكم فى الحركات الارادية. ولقد بنى الباحث الايطالى (Viola) نظريته بناء على هذه المصلمة العلمية. فقال بأن هيمنة الجهاز اللا ارادى تؤدى إلى تضخم الجذع (Mégalosplanchnique) وسمى صاحب هذا الجسم بالنمط المربع (Bréviline).

أما إذا هيمن الجهاز الادارى فإن ذلك يؤدى إلى تحول وضمور الجذع (Microsplanchnique) وذلك إضافة إلى طول اليدين والرجلين (يحركهما الجهاز الارادى المهيمن فى هذه الحالة) وسمى فيولا هذا النمط بالمتناول (Longiline).

وفى حالة تعادل تأثير الجهازين نلاحظ عندهما النمط العادى (Normotype).

أما عن خصائص هذه الأنماط فهي التالية:

أ- النمط المربوع (Breviline) من حيث الشكل الخارجي نلاحظ ان هذا النمط يتميز بجذع اكبر من اليدين. ووزن الجسم متوزع بشكل القسي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلاً للسمنة. أما البطن فهو يكون أضخم من الصدر وأكبر منه حجماً. لما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا الشكل فيتمثل من خلال قوة كبيرة وقدره على التحمل. اما الصفات الجنسية فتبدأ متأخرة.

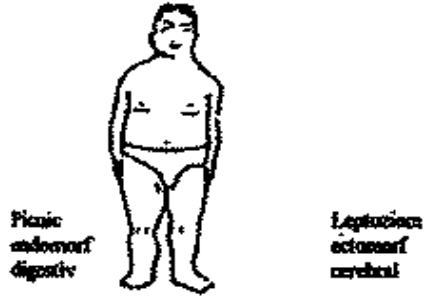
ب- النمط المتطاول (Longiline) : من حيث الشكل الخارجي نلاحظ طول اليدين بالنسبة للجذع. ووزن الجسم يتوزع بشكل عمودي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلاً للطول وللحول. أما القفص الصدري فهو طويل وأكبر من الجذع. كما يتميز هذا النمط بالعنق النحيف والطويل. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا النمط فيتمثل من خلال الوهن والتعب بسرعة. والصفات الجنسية والفرائز المميزة لهذا النمط فهي تكون ضعيفة نسبياً وان ابتداء في سن متقدمة (أي في سن بلوغ مبكر). كما يتميز هذا النمط بالذكاء وخاصة فيما يتعلق بالمسائل الذهنية. أما في القضايا العملية فذكاء هذا النمط محدود.

هـ- تقسيم المدرسة الألمانية (Kretschmer)

وفي النهاية نعرض لتقسيمات كرتشمير. الذي اعتمد هذا التقسيم على معطيات بيولوجية ووراثية فنقسم الناس الى ثلاثة أنماط هي:

أ- النمط الرياضي: ويمتاز بعظام وعضلات متطورة مع صدر قوي، رأس كبير وتقاسيم حادة وقوية.

ب- النمط الواهن: ويكون الشخص نحيلاً ورشيقاتاً، أما رأسه فيكون صغيراً. أما قفصه الصدري فيكون ضيقاً وطويلاً. كما تكون يداه طويلتين.



أ جيداً وسميئاً، أما وجهه فهو مدور
ميل زائد نحو السفن.

ه المدارس فأتنا نهي هذا الفصل
في بداية الثمانينيات طلبت إحدى
دوا لها دراسة نفسية حول الجينز
من جنس جني من الدرجة الأولى.
المجال فكانت أنه بالإمكان الاستدلال على
قد قسمت هذه الدراسة لشكال

٣- العننية



٦- المتحررة



٢٥ الجميلة



٤- المثيرة



٩- مدمن الكحول



٨- الكسولة



٧- القوية



١١- المنبسطة



١٠- المنقرفة



وكما نلاحظ فمن خلال التسميات نستطيع تحديد الشخصية المطابقة لها. ويرى هؤلاء الباحثون ان صغر حجم المؤخرة يكون دليلاً على الحيوية، النشاط وكذلك التعرض للضغوط النفسية. أما كبر حجم المؤخرة فهو دليل على الشخصية المتحررة والقليلة النشاط. أما المؤخرة المنبسطة فهي تعكس شخصية منفتحة على للعلاقات الاجتماعية ومحبة لها (Extravertit).

ولعله من المفيد التأكيد في نهاية هذا الفصل على ان الشكل الخارجي للشخص يبقى مرآة تمكس توافقه النفسي والجسدي. فالامراض والاضطرابات الجسدية تظف أثرها على المظهر الخارجي حتى بعد علاجها وشفائها، فمجموع العينين يبقى بعد علاج اضطرابات الرؤية وايضا اضطرابات المشية (انظر الفصل الخامس) يبقى بعد علاج الاصابة العصبية ومن عليه. أما على الصعيد النفسي فإن الحالة النفسية للشخص تتمكس على مظهره الخارجي من خلال تأثيرها في عضلاته. لا تولد الانفعالات ما يسمى بالدروع العضلية (انظر الفصل الثاني).

الفصل الثاني

نظريات الشخصية

- ١- رأي المدرسة التحليلية الفرويدية.
- ٢- رأي ك. غ. يونغ.
- ٣- رأي السلوكيين الجدد.
- ٤- رأي الجيشتالت.
- ٥- الطب النفسي والشخصية.

إن تحديد الشخصية من خلال دراسة تفاصيل الوجه والجسد والمظهر الخارجي لجمالاً، اعتبر ولفترة قريبة نوعاً من التنجيم.

ولعل أولى الاتهامات التي وجهت لهذا الأسلوب، في تحديد الشخصية، هي عدم مراعاته للتغيرات السلوكية التي يمكن أن تطرأ على الشخص في خضم حياته. ولكن اعتماد هذه الطريقة على المبادئ البيولوجية والوراثية وكذلك الإحصاءات الموسعة التي أجراها مويبدو هذه النظرية أعطت ثمارها ودفعت الباحثين إلى الأخذ بها بعين الاعتبار كعامل مساعد في دراسة الشخصية.

والعلماء لا يزالون يختلفون في تحديد الطريقة المثالية التي تستطيع أن تسطينا فكرة واضحة ومتكاملة عن الشخصية. فالمطلوبون النفسيون يرون أن الشخصية الأساسية للإنسان إنما تحددها عقده الطفولية ونكوصاته إلى المراحل الطفولية. في حين ينطلق السلوكيون من مبدأ وجود حالات عقلية مختلفة لدى الشخص. وهذه الحالات إنما تتأثر بالعوامل الخارجية. وهكذا يخلص السلوكيون إلى القول بأن العوامل الخارجية التي يمرض لها شخص ما، هي التي تقوم بتحديد معالم شخصيته. وأخيراً فإن للجيشتاين نظرتهم الخاصة للأمور. فهم يعتبرون بأن الشخصية الحالية للإنسان إنما تتجم عن تدخل عدد من العوامل والأحداث التي سنذكرها في حينه.

وإذا كنا في مجال الحديث عن هذه النظريات فلننا سنعمد إلى تبسيطها ونبدأ بـ:

١- نظرية التحليل النفسي الفرويدي.

في البداية قسم فرويد للجهاز النفسي إلى ثلاثة أجزاء هي: الوعي، ما قبل الوعي واللاوعي. ولكنه ما لبث أن اعتمد تقسيماً آخر أقره نهائياً في العام ١٩٢٠.

ويقتضي التقسيم الجديد إعتبار الجهاز النفسي مرتكزاً على أركان ثلاثة هي: الأنا والهو والأنا الأعلى. ويشرح فرويد هذه الأركان على النحو التالي:

أ- الأنا: تمثل الشخصية الواعية. والأنا هي القطب الداخلي للشخصية فالأنا تقوم بكبح نزوات الهو وتقال من سيطرة الأنا الأعلى. وذلك بحيث تكون الأنا هي المسؤولة عن توازن الشخصية وممثلة للشخصية الواعية كما قلنا.

ب- الهو: تمثل الميول الخفية واللاواعية للشخص. وهو توجه بالخفاء سلوك الشخص وذلك مع بقائها لاواعية. وهو نموي عامة مجموعة نزوات الشخص ورغباته الاجتماعية اللاواعية.

ج- الأنا الأعلى: وتقوم بدور مراقبة الميول البدئية لدى الشخص. وتتم هذه المراقبة انطلاقاً من المبادئ التربوية التي اعتمدها مربي الشخص في طفولته. والحقيقة أن الأعلى تلعب دوراً ضاملاً على ضمير الشخص. هذا الضغط الذي تتولى الأنا مهمة تخفيفه.

وهذا التقسيم كما رأينا يأخذ بعين الاعتبار تربية الشخص وميوله اللاواعية التي يرى فرويد بأن تحديدها يتم من خلال تحديد علمين رئيسيين هما:

أ- مراحل النمو الجنسي.

ب- العهد الطفولي.

أ- مراحل النمو الجنسي.

يؤكد فرويد بأن اللامعان، ومنذ فترة طفولته الأولى، حياته الوجدانية والجنسية. وهو يعتبر بأن الصبغة الجنسية لا تنقضي عندما يعتمد الطفل في أشباع رغباته أعضاء غير تناسلية.

ويقسم فرويد مراحل تطور الحياة الجنسية لدى الطفل الى ثلاثة تعتمد كل منها على قطب^(١). وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الفمية: وتمتد هذه المرحلة خلال ثلاثة او اربعة اشهر الاولى من حياة الانسان. وتتجلى هذه المرحلة بالرضاعة التي تؤمن للطفل النشوة. وهذه النشوة لا علاقة لها بشدي الأم او بكفاية الشبع التي تعقب الرضاعة. فالطفل يستطيع الحصول على هذه النشوة من خلال عضه او مصه للاشياء.

٢- المرحلة الشرجية: وتبدأ مع نهاية السنة الاولى في حياة الطفل. واللذة الشرجية للطفل تزداد بازدياد تدخل الام واصرارها على تعاليم الطفل على التحكم في برازه. وهذه اللذة تتظاهر بطريقة متعارضة: (١) لذة تأخير البراز وبالتالي رقابة الآخرين (٢) لذة التبرز في المكان المناسب. هذا التبرز الذي يشكل هدية للطفل الاولى الى أمه. (فهو يرضيها بهذا التبرز).

٣- المرحلة التناسلية او النرجسية: وتشهد هذه المرحلة (تبدأ في حوالي الثلاث سنوات) الايروسية الذاتية (الكفاية الجنسية للذاتية). ففي حوالي الثلاث سنوات قد نلاحظ لدى الطفل أولى محاولات الامتناء (القضيب او البظر). والفتاة في هذه المرحلة تبدأ بوعي عدم ملكيتها للقضيب مما يولد لديها قلق الخصاء (Angoisse de Castration). أما لدى الواد فان الخوف من الخصاء يكون ذا علاقة مباشرة بميوله الاوديبية^(٢).

١- يقصد بالقطب هنا تلك المنطقة من الجسم التي تصطب اللذة في كل مرحلة من مراحل تطور الحياة

الجنسية. بل ان التحول النفسي يسمى كل مرحلة من هذه المراحل نسبة الى قطبها.

٢- أي لها على علاقة بالفتنة الاوديبية - انظر الفقرة التالية.

وفي حالة حصول التثبيت^(٣) (Fixation) على ولحظة من هذه المراحل فإننا نلاحظ بأن هذه المرحلة تطبع سلوك الشخص وشخصيته. فإذا ما حصل التثبيت مثلاً في المرحلة القمية لاحظنا ان الشخص يعاني من الإحباط وقد يتحول الى الشره^(٤) (النهام) وإن نلتزماً. لما إذا طال التثبيت في المرحلة الشرجية فإننا نرى الشخص مهوراً بالنظافة والترتيب والاعتناء بمظهره الخارجي ولعل السمة الأكثر بروزاً هي بحثه عن الكمال في كل ما يقوم به من أعمال.

ولخيراً فإذا ما طال التثبيت للمرحلة الترجسية فإننا نلاحظ لدى الشخص الرغبة الجامحة في ان يكون محبوباً، هيمنة الاثمال بالذات على الاتهامك بالآخرين. وهذا التثبيت يطبع صاحبه بصفات الشخصية الترجسية (منفرداً لاحقاً).

ب- العقد الطفولية.

إن العقدة النفسية هي عبارة عن مجموعة منتظمة من العيول المتحكمة في سلوك الشخص وتصرفاته. والعقدة لا تكون مطلقاً متشابهة لدى شخصين فلكل تسان نمطه الخاص بالتفكير وبالتالي طريقته الخاصة في الوصول الى العلاقات الفكرية القريبة والقائمة (علاقات خطيرة)^(٥).

٣- التثبيت: وينجم عن تعلق اليدي السباع بالشخص معين أو بهومات وسور هوائية واعادة إنتاج

سلوك ما من سلب الانتباه القوي، وهو يهدف طريق التفكير أمام الشخص.

٤- الشره النفسي أو النهام (Houlimie) وينظر له على أنه اضطراب مزاجي وليس أجاج الأهل الشره على تناول الطعام.

٥- علاقة خطيرة هي علاقة الرطب غير المنطقي بين الأفكار أو بينها وبين الأحداث.

والخاصية التي يمارس فيها كل شخص عقده لم تمنع فرويد من تبيين الصفات المشتركة لأصحاب العقدة ذاتها. خالقاً بذلك نوعاً من الإرثية^(٦) النفسية. ويوزع فرويد العقد النفسية على النحو التالي:

١- عقدة أوديب.

٢- عقدة قايبل.

٣- عقدة ديان.

١- عقدة أوديب: يمكننا تلخيص عقدة أوديب على أنها نتيجة لترايط شعورين لدى الطفل. يتمثل الأول منهما بحب الأم (الأب إذا كانت طفلة وعندها نتكلم عن عقدة الكترا). أما الثاني فيتمثل بالخضوع للأب (للأم في عقدة الكترا). وكثيراً ما يحصل أن يؤدي تثبيت الولد على أمه إلى تفجير عدائته ضدها. والولد عندما يكره أباه (البنات أمها) فهو يظن أن والده يدرك هذه الكراهية. الأمر الذي قد يدفع الطفل إلى التثبيت السلبي في أبيه. ونحن أبلغ تلخيص لمظاهر الأوديبية هو تقسيم شارل بودوان (Charles Baudouin) لها إلى:

١- عندما يحب الولد أمه (والبنات أباهما) فهو يميل لأن يرى في والده بمثابة المنافس والعكس بالعكس.

٢- حب الأم والخضوع للأب هو الأكثر انتشاراً لدى الأولاد الذكور. أما حب الأب والخضوع للأم فهو أكثر انتشاراً بين الفتيات (على أن الفتاة لكي تثبت حبهما

٦- أي أن فرويد قد جعل عقدة أوديب عالمية حين أخذها في طوبوغرافية الجوار النفسي. وقد عرضها في تلك علماء كثيرون ممن أظهروا وجود العقدة في بعض المجتمعات.

على أيها عليها أولاً لأن تتحرر من لها. هذا التحرر الذي لا يتم بسهولة ومن هنا نقول بأن عقدة الكترا هي أصعب دراسة وتحليلاً من عقدة أوديب^(٧).

والحقيقة أن العقدة الأوديبية تلعب دوراً أساسياً في سلوك الشخص وفي تكوين شخصيته. فالرضوخ الأوديب للأب غالباً ما ينتقل إلى بديل الأب (الأستاذ، الرئيس، رب العمل... الخ). كما نلاحظ أحياناً حالات التمرد الأوديب الذي قد يمتد إلى المعلم، القيم، الدين... الخ التي يخرج عليها المتمرد الأوديب.

لما كتبت الأوديب لحب الأم فهو يترافق مع الشعور بالذنب والشعور بالممنوع وهذه المشاعر قد تلمس على شخصية الأوديب في أية علاقة حب يخوضها مستقبلاً. وأخيراً فإن التمرد الأوديب - الفرجسي، الذي رأيناه، قد يتحول إلى عنصرية نحو الأم. وهذه العنصرية قد تمتد وتعم على جميع النساء.

٢- عقدة كبل (٨): وتتلخص هذه العقدة بالخبرة التي تقوم بين الأخوة. هذه الخبرة التي تكون منبع خلافات ومعارك الأخوة الصغار. وهذه الخبرة تستمر كاملة عند البلوغ. ويخلق فرويد أهمية خاصة على طريقة استبدال هذه الخبرة بالعواطف الأخوية. تلك إن حيثيات تطور المنافسة بين الأخوة (وتحولها لم عدم تحولها إلى عواطف أخوية) هي المتحكمة بالسلوك الاجتماعي للشخص.

ويطلق العالم سوندي (Leopold Szondi) وهو أشهر تلامذة فرويد، أهمية لصوى على هذه العقدة يرى أنها تلمس على الصعيد الاجتماعي مع الغرباء (غير

٧- تعني الأم الشخصيات الفرجسية لطفلها (كتراً كان لم تسمى). وهذه الشخصيات هي التي تضمن الطفل استمرارية حياته. من هنا عودة بعض المحللين للكلام على المرحلة ما قبل الأوديبية. لذلك نجد البنت صغيرة توليه ملامحتها بعد الكترا. لأن هذه الممارسة تكتمل منها الانفصال عن أمها.

٨- التسمية مشتقة من قصة أبليل ككل أخيه هليل. وقد عاد المحلل سوندي إلى هذه العقدة في بناء نظريته حول التحليل النفسي للفر. حيث يعتبر أن كلاً منا يحمل في وركته عناصر القبلية وأخرى هيلولة.

الأخوة) دون ضوابط عاطفية ودون مشاعر الذنب. ويؤكد هذا العالم في كتابه: قابيل - وجوه الشر (Caïn. les figures du mal) بأن المشاعر العنابية (يأس، حقد، غضب، حسد... الخ) تؤدي لتفجير العقدة القابلية مولدة لدى الشخص الرغبة في القتل. هذه الرغبة التي تعتبر بمنزلة تفجير العقدة القابلية حتى ولو بقيت الرغبة مجرد شعور ولم يتم تنفيذها^(٩).

٣- عقدة ديان (Diane): إن عدم قدرة الفتاة على تخطي عقدة الكترا (أوديب لدى الوالد) يؤدي إلى اضطراب نضجها الجنسي ويتيح لترجسيتها هيمنة مطلقة. هذه النرجسية التي تتحول إلى نرجسية ثقوية. بحيث تبحث الفتاة عن شبيهة لها تصب عليها نرجسيتها. ويصعب على الفتاة في هذه الحالة التخلي عن حبها لأبيها (لأنها لم تتخط عقدة الكترا). وهذا الوضع يؤدي إلى عملية اجتياف^(١٠) ذات وجهين، فمن جهة تجتاف الفتاة صورة أبيها - لتمثل دوره واضعة نفسها مكانه) ومن جهة أخرى فإن عدم تخطيها لعقدة الكترا يجعلها لا تتطور جنسياً بشكل طبيعي مما يدفعها إلى رفض جنسها.

وهكذا يؤدي هذا الاجتياف بالفتاة لأن تلعب دور الصبي وهذا ما يسمى بـ "عقدة ديان" (العكس يحدث لدى الوالد). وهكذا تميل الفتاة للعب مع الصبيان ولاحقاً تختار مهنة رجولية. وهذه الفتاة إما أن تصرب عن الزواج وإما أن تتزوج رجلاً تعمد إلى تجريده من رجولته سواءً من طريق الاحتفاظ به دائماً لربها كتابع لها لو من خلال إحاطته بالرعاية المبالغ فيها.

٩- تتصور العمول القابلية حول الأفكار الحدافية التي تتضمن رغبات القتل والتدمير.

١٠- اجتياف (Introjection): عملية يقوم الشخص فيها بنقل موضوعات أو صفات خاصة بهذه

الموضوعات من الخارج إلى الداخل وفقاً لاسلوب فرويدي.

وهذه العقدة المؤدية في النهاية للشذوذ الجنسي هي أكثر انتشاراً لدى الفتيات
نظراً لأن الشذوذ الأثوي غير ذي طابع صدمي وهو يظف آثاراً نفسية وجسدية أقل من
تلك التي يخلفها الشذوذ الرجولي.

٤- الهوس، الأنا، والأنا العليا (شرحهما في الصفحات السابقة).

فرويد وأنماط الشخصية.

في إحدى مقالاته^(١١) يقسم فرويد أنماط الشخصية إلى ستة هي التالية:

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| ١- الشهواني | ٤- الشهواني | -الموسوس. |
| ٢- النرجسي | ٥- النرجسي | - للموسوس |
| ٣- الموسوس | ٦- النرجسي | - الشهواني. |

(١) النمط الشهواني: حين يكون الليبيدو (الطاقة الجنسية) موجهاً نحو الجنس.
بحيث يمكننا أن نلاحظ اهتمامات هذا الشخص برغبته في أن يُحب ويُحب. وهذا
الشخص يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له، مما يجعل من هذا
الإنسان متردداً، خائفاً من اتخاذ القرار، خاضعاً وتابعاً للأشخاص الذين يحبهم. ومما
تقدم نستنتج خضوع صاحب هذا النمط "الهوس" أي لرغباته ونزواته وتسييلته
وراءها.

(٢) النمط النرجسي: يرفض الخضوع للآخرين. تسيطر "الأنا" على تصرفاته
بحيث لا يعني أي صراع بين أناه وأناه الأعلى. والهاجس الوحيد للنرجسي هو
الحفاظ على أناه ولهذا فهو غير خاضع لو تابع للآخرين.

١١ Freud. S: Veber Libidinöse Typen. in international Strchr. Für Psychoanalyse.

والحقيقة أن للترجسي ميولاً عدوانية متطورة يمكن أن تنفجر في حال إحصائه بأي خطر أو خسارة تهدد أناه. وهو عن طريق هذه العدائية قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الآخرين كما يحسن قياتهم وأحياناً مساعدتهم. وكثيرة هي الحالات التي تتوجه فيها للترجسية نحو الانجازات الفنية والثقافية والشعر منها بشكل خاص.

(٣) النمط الموسوم: ويتميز هذا النمط بسيطرة الأنا العليا. وهذا الشخص لا يخشى فقدان محبة الآخرين له (مثل الشهواني) ولكنه يخشى فقدان ضميره، قيمه وأخلاقه. وهكذا فإن هذا الشخص يعاني تسمية نحو ذاته ونحو أناه التي تخوض في حالة الموسوس صراعاً عنيفاً مع الأنا.

(٤) النمط الشهواني - الموسوم: وهذا الشخص يخوض نوعين من الصراع في آن معاً. فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض أناه العليا مع أناه. وصراعاً آخر بين الهو والأنا. وهكذا نلاحظ بأن الأنا في هذه الحالة تكون معرضة لأقصى الضغوط. ومثل هذا الشخص يتميز بتبعيته للأشخاص الذين يحبهم حالياً (ينسى الذين أحبهم قبلاً) وهو شديد الوفاء لأهله (ممتلي الأنا الأعلى).

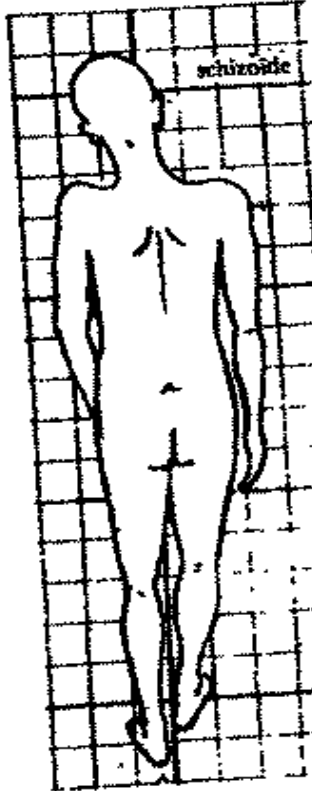
(٥) النمط الترجسي - الموسوم: ويتميز هذا الشخص بنشاطه وقدرته على حماية أناه من تأثيره أناه الأعلى (بسبب نرجسوته). ولدى هذا الشخص ميل لاختضاع الآخرين لأرقته ولمسكاته الخاصة.

ولهذا النمط متغيرات عديدة وذلك حسب هيمنة الترجسية أو الوسواس وكذلك حسب المرحلة الطفولية التي ينكس إليها. وهذا النمط بمتغيراته هو الذي نصادفه عادة لدى المبدعين في مختلف الميادين الثقافية.

١) النمط النرجسي - الشهواني: وهذا النمط يجمع خصائص كل من النرجسي والشهواني بحيث يحد كل من السلوكين الآخر. وهذا النمط هو الأكثر انتشاراً وفيه يكون الصراع بين هذا والأنا المرضية المتضخمة الميزة للنرجسية.

وتولى أحد تلاميذ فرويد وهو فيلهلم رايبخ (Wilhelm Reich) مهمة الجمع بين اللاوعي الجسد فاعتبر أن الانفعالات تولد طاقة تصيب تؤدي لزيادة نشاط العضلات وتشنجها. وفي حال استمرار هذه الزيادة فإن العضلات المتشنجة تتحول إلى دروع عضلية (Cuirasses musculaires). وجاء بعدها تلميذ لرايبخ يدعى ألكسندر لوفان (Alexander Löwen) فقام بتحديد خمسة أنماط الشخصية الانفسية انطلاقاً من العلاقة التطيلية بشكل الجسد. وهذه الأنماط هي التالية:

١- النمط الفصامي (Schizoïde)



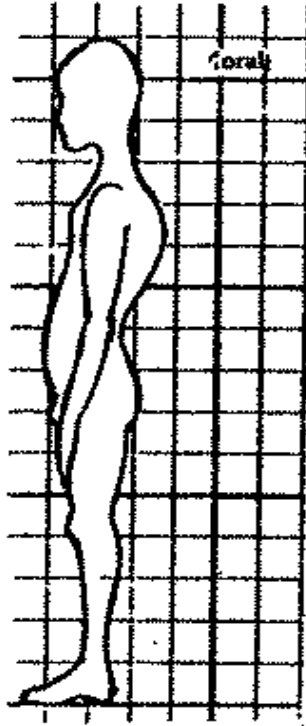
من الناحية الجنسية يتميز هذا النمط بعزم وحدة الجسد. وذلك بحيث تصادف غالباً مقطوعاً جسدياً (Coupure) على مستوى الصدر وكذلك على مستوى الرقبة. مما يجعل الجسد تقادماً لتناسقه خاصة أن هناك تعارضاً لافتاً للنظر بين كسبي الجسد الأعلى والأسفل.

ذا النمط فهي متصورة بحيث نلاحظ اتصاله بالعالم الخارجي (البدان، والأعضاء الجنسية... الخ).

وهذا الانقسام الجسدي والحيوي ينعكس جلياً في شخصية صاحب هذا النمط فنلاحظ لديه ميلاً للاعتزال عن حقائق العالم الخارجي ويمكن ذلك أنما وأهية ووعي متبني للذات. ومن حيث صواب صاحب هذا النمط فالتناسق

نجد بأنه شعر في طفولته بتخلي أمه عنه. هذا التخلي الذي جعله يشعر بأن بقاءه أصبح مهدداً^(١٢) وهو عرضة للاهتزاز^(١٣).

٢- النمط الفمي (oral)



من الوجهة الطاقوية الجسدية لهذا النمط هي دون المتوسط. أما الجسم فهو طويل ونحيل.

أما القسم الأسفل من الجسم فيتميز بنقص واضمح في طاقته (لاحظ تحول الساقين والقسم الأسفل إجمالاً).

وصاحب هذا النمط يتنفس بشكل سطحي لأن التثبيت في المرحلة الفمية يؤدي إلى انقاص غريزة المص عنده. ولهذا فهذا النمط يمتاز بزيادة عدد مرات التنفس.

وصاحب هذا النمط لديه احساس بأنه يجب أن يُساعد كما نلاحظ لديه تكالبات مزاجية تتراوح بين النفوس والاهتزاز.

وإذا ما أمعنا في سوابق الشخص لرأينا أنه تعرض لظلم مبكر. كما نلاحظ بأن نموه النفسي - العضوي (الكلمة الأولى - الخطوة الأولى... الخ) تلى أبكر من

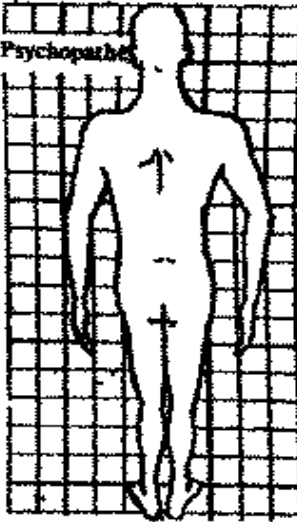
١٢- منذ الولادة تشكل الأم وسيلة اتصال الطفل بالعالم الخارجي، لذا فهو ينظر لأمه على أنها سبب بقاءه ولسان هذا البقاء. ومن هنا اعتقاده بجبروتها وبقوتها الفاتحة. لذا ما لمس الطفل بتخلي أمه عنه (تخلي فملي أم لا) فإنه يشعر أن بقاءه بات مهدداً فيصطب بما يسميه المحطون بصناب الهجر.

١٣- إن وضعية الهجر المشار لها أعلاه تشجع ظهور الملامح الاهتزازية.

الطبيعي. لأن في هذا تعويضا عن التثبيت النفسي. وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالامراض التنفسية.

٣- النمط النفسي - المرضي (Psychopathe)

يمتاز هذا النمط بخصلة رئيسية تتمثل بأنكاره للانفعالات وتجاهله لها. وذلك لحساب توظيف ميالغ فيه للانا (الفرودية). أما الصفة الثانية التي تميز هذا النمط فهي بحثه عن السلطة والميطرة أيضا للتحكم. ويقسم هذا النمط بدوره الى نوعين:



١- المتسلط: حيث تلاحظ تركيز طاقة الجسم في القسم الأعلى منه. بحيث تكون نظراته حذرة وعيناه نصف مغمضتين وذلك كي يتمكن من رؤية الاشياء وفهمها.

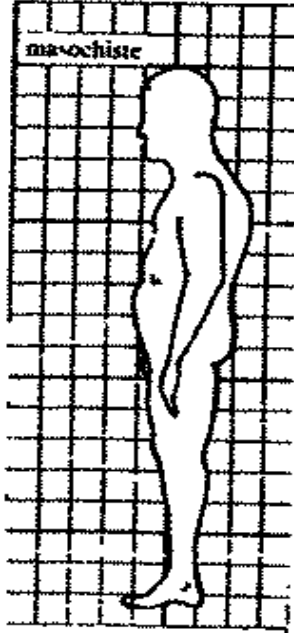
٢- الفائق: وجسده يكون أكثر تماسقا. أما ظهره فيكون فائق المرونة. أما مناطق العينين والساعدة الجمجمة (أعلى الرقبة) فومتزان بالتوتر الشديد.

ورفض صاحب هذا النمط الاعتراف بإفعاله إنما ينبع من رفضه لاعتزاقه بحاجته للمساعدة. لأن لعبة له ببيكوبتي (أي مضطرب الشخصية) تتلخص باعتباره بأن الناس هم الذين يحتاجون اليه وبالتالي فهو يجب ألا يعترف بحاجته اليهم.

وخلف هذه الشخصية نلاحظ سوابق نفسية من نوع الهجر والفتنة اللذين قام بهما أحد الوالدين (من الجنس المخالف لجنس صاحب النمط). وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالذئبة القلبية^(١)

٤ - النمط المازوشي (Masochiste)

هذا النمط يخص أولئك الناس الذين يتألمون، يتشكون، يتأهون وينتحبون ولكنهم يظلون على خضوعهم لمسببات الألم وشكواهم.



ذلك أنه في داخل المازوشي احساس مكبوت بتفوقه وكذلك شعور عدائي. إلا أن عضلاته السديكة تصرفه عن المطالبة بحقوقه وتجعله مكتفياً بالشكوى والنواح وعضلات هذا الشخص تنخر بالطاقة ولكن ليس بالحبوية. لأن هذه الطاقة محجوزة بحيث لا يستطيع استخدامها وتقديرها.

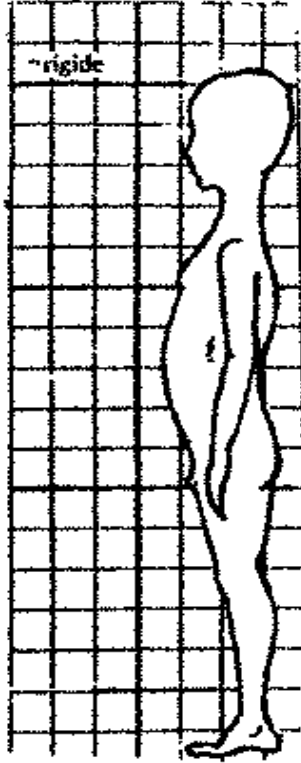
أما بالنسبة للسوابق النفسية لهذا الشخص فإتينا نلاحظ سيطرة الام وتضحياتها. في حين يكون الاب سلبياً وخاضعاً. بحيث يتركز اهتمام الطفل على لرضاء امه (راجع الام الأنثوية في كتابنا نكاه الجنين) وذلك من خلال تغذيه بشكل جيد وكذلك نظافته (التبرز في المكان المخصص) وبمعنى آخر فإن اهتمام الطفل يتركز على لرضاء أمه تلافياً لتعجيرها لأنثويتها.

١٤ - تعبير خصائص النمط لفتن قريباً من ناحية لتطهر السلوكي، من علام النمط السلوكي (١) الذي يشجع على ظهور الإصابات بالأمراض الإبتدائية - فطر رأي السلوكيين الجدد في هذا الفصل.

وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالاضطرابات الغددية والسكري بوجه خاص وايضا بالقرحة^(١٥).

٥- النمط الصلرم (Rigide)

يميل صاحب هذا النمط الى الوقوف مستقيماً ومتصلباً بفخر (هو لا يخفي رأسه لا في الواقع ولا أمام الحجابات). وهو يخاف التعديل من تصلبيه خوفاً من وقوعه في الخضوع والاستسلام. ولدى هذا الشخص مخزوناً قوياً من الطاقة. هذا المخزون الذي يتيح له التعامل بواقعية مع العالم الخارجي (الأخرين، الأزمات... الخ) وبهذا فإن لنا هذا الشخص تنمو بشكل صحي وجيد. وهو يربط الحب بالجنس بما ينسجم مع واقعية نظراته للعالم الخارجي.



والحقيقة ان توترن الأنا لدى هذا الشخص يحتم عليه الاعتماد عليها بشكل دائم. وهو لذا ما يرغب بالحميمية فهو يسلك الى ذلك طرقاً غير مباشرة. وهو يشعر بجرح في كبريائه اذا ما تعرض للرفض الجنسي. أما من حيث المواقف النفسية لهذا الشخص فاننا غالباً ما نلاحظ تعرضه لتجربة الاحباط الجنسي. وهو بدوره عرضة للتذبة القلبية.

١٥ - التعلق في هذا الموضوع انظر: محمد احمد الفخاسي: الامراض النفسية وعلاجها، منشورات مدن (١٩٨٧). حيث يشرح المواقف هذه العمالات ويعرض للنمط السلوكي لمرضى الأمراض النفسية: نتيجة القية والقرحة والسكري والأمراض النفسية والجلدية.

٢- رأي كارل غوستاف يونغ (C.G. Jung)

ينتمي يونغ إلى مدرسة التحليل النفسي ولكن له آراءه الخاصة المخالفة ل فرويد. ومن حيث تقسيم الشخصية إلى أنماط فإن يونغ يرى أنه بالإمكان اختصار عوامل الشخصية. ويرى في هذا الاختصار نقولاً من احتمالات الخطأ. وهكذا وضع يونغ تعريفاً للشخصية انطلاقاً من أحد أبعادها وهو التفاعل الاجتماعي. فهذا التفاعل في رأي يونغ هو المحرك الرئيسي المتحكم في سلوك الشخص. وبناء على هذه النظرة يقسم يونغ الشخصية إلى:

١- المنفتح اجتماعياً أو (المنبسط) (Extravertit): وهذا الشخص يتخلل الحياة الاجتماعية ويقبل على الاختلاط بالناس.

٢- المنغلق اجتماعياً (Introvertit) وهو الهارب من الحياة الاجتماعية. والذي يفضل أن يعيش معقلته ذاتياً.

وفيما بعد تمت إضافة نمط ثالث إلى هذين النمطين وهو بمثابة نمط وسيط لهذين النمطين. بحيث أن صاحب هذا النمط يكون متروكاً بين الانبساط والاتقاف الاجتماعيين.

والواقع أن سهولة هذا التقسيم كانت عاملاً مهماً في انتشاره واستعماله من قبل غالبية الباحثين. إلا أننا نلاحظ في حال تعمقنا في بحث ودراسة الشخصية، القصور الواضح لهذا التقسيم.

٣- رأي الملوكيين الجدد:

يرفض هؤلاء أن يحددوا أنماطاً شخصية. فهم يرون بأن الشخصية هي عرضة لتغيرات دائمة بسبب الأحداث وللتجارب التي تمر فيها هذه الشخصية. وانطلاقاً من هذا الرأي فإن هؤلاء لا يحددون نمطاً شخصياً بل يحددون نمطاً سلوكياً. والنمط السلوكي هو كناية عن نهج سلوكي معين. تتلخس إلى اتباعه مجموعة من الأحداث

والتجارب والعوامل النفسية. بحيث أننا لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون باتباع هذا النمط. وذلك بصورة مؤقتة ربما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى.

ولقد استطاع العالم روزنمان (كثاء بحثه عن التصرفات وعن أنماط الشخصية المشجعة للاصابة بالنوبة القلبية) أن يعرف نمطين سلوكيين هما اليوم أشهر الأنماط السلوكية وأكثرها استعمالاً في مجال البسيكوسوماتيك^(١٦)

١- النمط السلوكي (أ) ويرمز له بـ S.C.T.A

وهذا النمط هو عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. هذه العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعاً دائماً بهدف الحصول، وبأقل وقت ممكن، على عدد معين من الأشياء والاهداف. وهذا النمط يختلف تماماً عن حالات القلق للعادية حيث يطلب القلق النصح حتى نسي الأمور المتألمة، في حين أن متبع النمط (أ) قد يظهر الوداعة أمام المراقب التي تعرض له لكنه لا يتراجع أمامها.

وفي سبيل فهم أوضح للنمط السلوكي (أ) فلنأخذ مثلاً فيما يلي بعرض صفاته وهذه الصفات هي:

- ١- منظم، مرتب، يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيد.
- ٢- متحكم في ذاته، واثق منها ومن جدارته، وهو مستعد لأن يعمل وحيداً لذا اقتضت تلك الظروف. لأنه لا يتراجع عن هدفه.
- ٣- عدائي يمارس عدائيته في مختلف المجالات. وتتراوح عدائيته بين الحادة والمريضة. واحد مظاهر عدائيته يتجلى في رغبته الشديدة بالمنافسة.

١٦- القسطنطين في هذا الموضوع نشر: محمد أحمد النابلسي: أمراض قلب النفسية، منشورات الرسالة -

٤- صاحب طموح، متعدد الأهداف. أو غير محدود الأهداف. مما يجعله دائماً متشجعاً لا يقوى على الاسترخاء. فهو إذا ما حقق هدفاً ما، لا يترك لنفسه فرصة للراحة، وإنما تراه يخلق هدفاً جديداً ويبدأ من جديد بالركض نحوه.

٥- يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره لذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئاً ولذلك نراه دائماً ناقد الصبر وعديمه ومستعجلاً من أجل تحقيق أهدافه.

٦- يظهر الوداعة أمام العراقيين التي تعترض طموحه. ولكنه لا يتراجع أمامها.

٧- يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحاولة جديدة.

٨- يهمل تجهه ويقلل من شأن الأمة. ويرفض فكرة إصابته بالمرض. وإذا ما حذرتة سخر منك في أعماله.

٩- إن اعتماده الزائد على نفسه بالإضافة إلى عدائته، يجعله ميالاً للسيطرة وخاصة إذا كان من شأن هذه السيطرة أن تساعد على التخلص من العقبات التي تواجهه أثناء عمله لتحقيق أهدافه.

ب- النمط السلوكي (ب): وهو على عكس الأول.

٤- نظرية الجيشتالت (Gesthalt)

يرى متبعو هذه النظرية بأن الجهاز النفسي للشخص يملك عدداً من عوامل الدفاع ووسائله. والشخص يستعمل هذه الوسائل لدى إحساسه بوجود عوامل الضغط النفسي التي تمارس تأثيرها عليه بحيث تهدد توازنه النفسي. والحقيقة أن لكل شخص ميلاً خاصاً لاستعمال عامل دفاع معين دون غيره. وهذا الميل ينبع من أسباب عديدة كالتربية، البيئة، الوراثة والقدرات الشخصية. وفي النتيجة نستطيع

القول بإمكانية تقسيم الشخصية وفقاً لاسلوب أو عامل الدفاع الذي تستعمله في تروء للقلق والاضطراب النفسي عنها.

وعوامل الدفاع التي يحددها الجيشتالتيون هي التالية:

١- التعمام (confluence): ويتطلب هذا العامل الدفاعي من خلال محاولة التلاقي والاتفاق مع كل الناس. وذلك رغبة من الشخص في عدم التعرض لمواقف المجابهة سواء مع الآخرين أو مع مشاكله.

والاستعمال المبالغ فيه لهذا العامل الدفاعي يفضي على الشخصية صفة الخضوع والاستسلام والضعف.

٢- التهرب والانحراف عن المشكلة (Déflexion): وآلية هذا الدفاع تكمن في الهرب من مواجهة المشاكل. والحديث عن أي شيء إلا عن حل هذه المشاكل. والاعتماد على هذا العامل الدفاعي، بشكل مبالغ فيه، يفضي على الشخصية صفة الهروبية وقلة الثقة بالنفس. وهؤلاء يتحولون بسهولة إلى مدمنين (كخين، كحول... الخ).

٣- عكس للمشاكل نحو الداخل (Rétroflexion): وآلية هذا الدفاع تتلخص في تحويل طاقات الشخص الداخلية نحو ذاته (وهذا ما يسميه المحللون بتكمير الذات). فهو عوضاً عن التصدي لحل مشاكله فإنه يقوم بثورة على ذاته. وهذا مثال معادل لما يسميه روزنمان بالتمط السلوكي (أ). وآلية الدفاع هذه تنفع إلى الاصطباة بالأمراض النفسية - الجسدية على اختلاف أنواعها (نبحة صدرية، ربو، صل، حكاك عصبي... الخ).

والحقيقة أن الاعتماد على هذه الآلية الدفاعية بشكل أساسي يجعل من الشخص انساناً ثقراً لا يرضيه الواقع ولا يقنعه.

٤ - الاستدخال (Interiorisation): وتتمثل آلية الدفاع هذه ببعض العناصر النفسية غير المهضومة من قبل الشخصية (لا تتسجم معها) والمترسبة من خلال التربية أو الدين أو... الخ (الأنا الأعلى كما يسميها التحليل النفسي). وهذه العناصر تمارس تأثيراً هاماً في الشخصية سواء من ناحية المواقف أو من ناحية التصرفات. والإعتماد الزائد على هذه الآلية الدفاعية يضيء على الشخصية طابع الاستسلام للقضاء والقدر وكذلك فهو يضيء طابع اليأس على هذه الشخصية.

٥ - الإسقاط (Projection): والإسقاط هنا له نفس معناه في التحليل النفسي. ففي كلتا الحالتين يعني الإسقاط أن يقوم الشخص بإضفاء أحاسيسه، مواقفه وطباعه النفسية على الآخرين. ومثل هذا الشخص ينتظر أن يأتيه الآخرون بالحلول لمشاكله. فإذا لم يحصل ذلك فإن هذا الشخص يقوم بإضفاء كافة صفاته الحسنة على الآخرين بحيث يفقد حتى الحد الأدنى من الثقة بالنفس. مما يدفع بهذا الشخص نحو الانهيار وأحياناً إلى الانتحار. وتتميز هذه الشخصية صفة عدم الاستقرار النفسي.

مما تقدم نلاحظ بأن هيمنة أي من العوامل الدفاعية تؤدي إلى اضطراب الشخصية أو على الأقل اضطراب السلوك. وللحقيقة فإن الواقع العملي يثبتنا بأن الإيمان يستعمل عدداً من هذه الآليات الدفاعية دفعة واحدة. كما تبين لنا التجربة بأن الشخص نفسه يستعمل آلية دفاع معينة في المشاكل البسيطة ولكنه في المشاكل للصعبة يستعمل آليات دفاع أخرى.

وعلى أية حال فإن عملية حساسية بسيطة تخبرنا بأن هذه الآليات الخمس تستطيع أن تولد ٢٠٦ أنماط سلوكية^(١٧) وفي النهاية لا بد لنا من الإشارة إلى أن العلاج الجبرشتالتي لا يزال يخلو خطواته الأولى. وبهذا فهو قابل للتطوير وخاصة

١٧ - النمط السلوكي (Schema comportamental) هو أسلوب تصرف في مواجهة المشاكل الحياتية التي تعرض للشخص. وهو ليس نمطاً من أنماط الشخصية. إذ يمكن للشخص توري النمط مختلفة للشخصية أن يتغير وأن يتغير نمطاً سلوكياً واحداً.

بعد ما تخلى القائمون عليه عن معادلتهم للتحليل النفسي وابتدأ يعملون من منطلق أن أحد هذين العلاجين يتم الآخر^(١٨).

٥- الطب النفسي والشخصية:

تتشارك العوامل المكونة للشخصية (ذاكرة، انقباض، تفاعل، تعاطف، فكر... الخ) في تحديد سلوك الشخص. هذا السلوك الذي يؤكد للطب النفسي على أصله عن الشخصية. ذلك أن للشخصية الواحدة عدة أوجه من السلوك. وكما رأينا لدى تعريفنا للنمط السلوكي. فإنه يتغير بتغيير الوضع النفسي للشخص. والسلوك في رأي الطب النفسي هو عبارة عن مجموعة من التصرفات التي يقوم بها الفرد في محاولة التكيف مع الضغوطات الخارجية التي يتعرض لها. فإذا ما زالت هذه الظروف أو إذا ما ازدادت حثتها فإن الشخص يغير سلوكه (طبعاً دون أن تتغير شخصيته أو بنيته النفسية).

وبخلاصة القول إن الطب النفسي يعتبر أن المبادئ العقلية هي العوامل المكونة للشخصية. ومنحصر الفصل التالي لعرض هذه العوامل.

والطب النفسي كما هو معروف يختص بدراسة اضطرابات السلوك والشخصية لدى المرضى النفسيين. إذ إن هذه الاضطرابات هي أولى مظاهر المرض النفسي، ونوعية الاضطراب السلوكي، لدى مريض ما، هي التي توجه الطبيب النفسي في وضعه لتشخيص الحالة. وذلك بمساعدة عدد من العلامات العيادية (الإيماءات، الحركات وطريقة ومحتوى الكلام... الخ) وعدد من الفحوصات (تخطيط دماغ، فحص العين، الاختبارات النفسية... الخ). وعليه فإن الطب النفسي يحدد نوعين من اضطرابات الشخصية.

١٨ - هذا ما يؤكدته البحوث لبريدريك برلز (F. Perls) الذي نقل بالنظرية الجيشتالتية من الميدان النظري إلى الميدان العلاجي. لتعمق نظر كتاب برلز: F. Ma Gesthaltotherapie Paris.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا.

٢- الاضطرابات النفسية العظمى.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا: يتميز هذا المريض بالاحتفاظ بقدرته على التحليل المنطقي في الأمور المتعلقة بشخصه وعلاقاته الاجتماعية. وهذا النوع من الاضطرابات يضم: (١) الهستيريا (٢) الخوف من اللوع في المرض (المراق) (٣) صعوبات التكيف مع المحيط (٤) صعوبة للتلازم مع متطلبات الحياة (نقص القدرة على التجريد وانخفاض القدرة على الاستنتاج).

٢- الاضطرابات النفسية العظمة: ويمتاز هذا المريض بفقدان القدرة على التحليل المنطقي فيما يتعلق بشخصه او بعلاقاته الاجتماعية. ومثل هذه الاضطرابات تصادف في الأمراض التالية: (١) القصور العقلي (Oligophrenie)، (٢) أفسام الشخصية، (٣) الهلوسة، (٤) ذهان الهلوسة الانهياري، (٥) الكآبة، (٦) الذهان المتآني من أسباب خارجية- داخلية، (٧) الخرف... (٨) للذهانات على أنواعها.

على ان تعرفنا الى رأي الطب النفسي في الشخصية يقتضي التعرف الى النقاط التالية:

١- تعريف الشخصية الطبيعية (من وجهة نظر الطب النفسي).

٢- نظريات نمو الشخصية.

٣- اضطرابات نمو الشخصية.

٤- للشخصية المرضية والاضطرابات العقلية.

٥- تصنيف اضطرابات الشخصية.

١- تعريف الشخصية الطبيعية:

ينظر الطب النفسي الى الشخصية على أنها ذلك التنظيم الديناميكي المستقر لمختلف عوامل الشخصية. مثل العوامل الانفعالية والذهنية والتعبيرية والبيولوجية والشكلية والتاريخية الحياتية والوراثية وأخيراً العوامل الذاتية، ومن الطبيعي أن تختلف هذه العوامل من شخص لآخر تماماً كما تختلف بصمات أصابعهم. من هذا الاختلاف ينشأ تنظيم الشخصية الديناميكي الخاص بكل شخص على حدة. مما يتيح لكل شخصية ثبات تمايزها وذاتيتها اللذين يفرقتها عن باقي الشخصيات. وذلك سواء من حيث طريقة التفكير والكلام أو من حيث التصرف والسلوك أو من حيث الحب والألم أو أخيراً من حيث تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين ومستوى تواصلها الانساني.

ولكل شخصية خطوطها ومعالمها الرئيسية التي تحدد مدى التوازن الداخلي لصاحبها. وهذه المعالم هي التي تحدد خصائص الشخصية ونقاط ضغطها وقوتها وإيضاً مدى مرونتها وقدرتها على التكيف. وهنا يجب التذكير أن هذه المعالم هي من الكثرة بحيث يصعب تحديدها والاطلاع عليها كافة. لا يمكننا القول ان الكرم والبخل، الكمال والإهمال، اللامبالاة والانفراج... الخ. كلها صفات لا يمكننا اعتبارها مرضية ما لم تؤد الى اضطراب في تنظيم الشخصية يؤدي بدوره الى خلل تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين وخلق في مرونة الشخص وإمكانيات تكيفه وأخيراً إلى خلل في تقبل الشخص لذاته وحفاظه على توازنه الداخلي.

من خلال هذا العرض نستطيع أن نتفهم استحالة الوصول الى رسم معالم الشخصية الطبيعية الصالحة للاستخدام كمعيار لتقييم الشخصيات المرضية. وبناء عليه علينا أن نعظم بأن القول بمرض شخصية ما هو قول يستند الى إقامة هذه

الشخصية لعلاقات وروابط انفعالية- عاطفية من شأنها أن تتسبب بإحداث الألم المعنوي، وربما المادي، للشخص و/أو لمحيطه.

ولهذا التعريف أهميته القصوى التي توجب التقيّد به. فمن خلال تعريفنا على خصائص الشخصية المرضية، من خلال هذا الفصل، فإننا سنلاحظ أن في شخصياتنا بعضاً من هذه الخصائص ليست كافية لإتهام الشخصية بالمرض ما دامت قادرة على تجنب إحداث الألم المعنوي أو المادي لنفسها أو لمحيطها. ومن الأهمية بمكان أن نعرف بأن الخصائص نفسها يمكنها أن تكون مرضية في أوضاع معينة وصحية في أوضاع أخرى. فالجراح الذي يجري جراحات دقيقة عليه أن يكون كامل الدقة وباحثاً عن الكمال ومدققاً بكل ما حوله. وكلما زادت دقته ورغبته في الكمال كان نجاحه أكبر وذلك دون أن يحق لأحد اعتباره صاحب شخصية ومواسية مع أنه يملك علامتها.

وفي نهاية حديثنا عن الشخصية الطبيعية لا بد لنا من الإشارة إلى الأوضاع الخاصة حيث يؤدي اتصال شخصيتين مرضيتين إلى نشوء علاقة تنافسية من شأنها تسهيل تكيف كلتا الشخصيتين كأن يتمل صاحب الميول المازوشية بأخر لديه ميول سادية.

وفي العبادة النفسية كثيراً ما نلاحظ تفجر الأزمان والمظاهر العصابية لدى زوجين يملكان ميولاً نفسية غير قابلة للتعايش ولكن دون أن يكونا من مضطربي الشخصية. فزواج ميول ومواسية مع ميول رهابية أو ميول عظمية مع ميول هيستيرية... الخ هو زواج من شأنه أن يهذي هذه الميول ويدفعها للتبدي بشكل عصابي.

وإعمل للعالم سوندي^(١٩) هو أفضل من درس هذه المواضيع، من خلال اختبار^(٢٠) إذ قام بتمييز الفئات التالية للميول.

المحور	العامل	الميول المرضي
S: Sexuel ج: الجنسي	H ش	١- المثلا Homosexuel
	S س	٢- السدي Sadique
P: Paroxitique ع: عشوائي	E ص	٣- الصرعي Epileptique
	Hy هـ	٤- الهستيريك Hysterique
ف: قصاصي	K خ	٥- التخشب Catatonique
Sch: chizophrénique	P عظ	٦- العظامي Paranoide
C: Cyclothymique د: دوري	D ا	٧- الانهيازي Depressiv
	M هو	٨- الهوسي Maniac

٢- نظريات نمو الشخصية:

تختلف آراء العلماء حول موضوع نمو الشخصية ومراحل هذا النمو. وذلك باختلاف المدارس والمنطلقات النظرية لهؤلاء العلماء، وفيما يلي عرض لأهم الآراء، في هذا المجال.

١٩- مقابلة مع سوندي في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١، المجلد ١، ١٩٩٠.

٢٠- أسقاط الشخصية في اختبار سوندي - سلسلة الاختبارات النفسية - منشورات ملن.

(أ) المدرسة الإدراكية^(٢١)

ترتكز هذه المدرسة على مبدأ دراسة النمو الإدراكي للشخص، وتحديدًا فاتها تركز على دراستها للوظائف الإدراكية المؤدية إلى الوعي والمعرفة والقدرات الذهنية على وجه العموم.

من طرفه يطرح بياجيه، مؤسس هذه المدرسة، الرأي القائل إن الذكاء هو بمنزلة وظيفة تساعد الجسم على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه. شأن الذكاء في ذلك شأن سائر الوظائف الحيوية. ويؤكد هذا العالم أن اتصال الشخص بمحيطه هو اتصال خاضع لعمليتين ذهنيّتين أساسيتين هما:

١- الملاءمة Accomodation

وهي انعكاس للتكيف الداخلي تبعاً للظروف الخارجية (المحيط). وفي هذا المجال فإن تجارب الشخص وتنوعها يجعلانه مالكا لأسلوبه الخاص في التكيف. هذا الأسلوب الذي يميز بين الشخصيات ويفرق بينها.

٢- الاستيعاب Assimilation

وهو إمكانية الشخص وقدرته على تفهم الحقائق الخارجية بمختلف وجوهها وهذا التفهم إنما يتم اعتماداً على أنماط فهم سابقة ومشابهة للحقائق الخارجية. ومن طريق الاستيعاب يستطيع الشخص تعميم تجاربه وتطوير قدرته على التكيف وعلى فهم الحقائق. هذا ويؤكد بياجيه على التلازم المستمر بين الأعمال الحركية والأعمال الذهنية (الأفكار). فهو يعتبر أن الارتكاسات هي أعمال بدائية وأن الأعمال الحركية

٢١- شهدت هذه النظرية تطورات وتحديثات كثيرة. انظر كتاب نكاه لطلق المدرسي. سلسلة طر عمر

لطلق د. محمد أحمد الفيلسفي، دار النهضة العربية ١٩٨٨

تسمح بإحداث تغييرات في المحيط. أما الأعمال الذهنية فتتميز بكونها مستقلة وقابلة للتغيير. وهكذا يقسم بياجيه نمو الشخصية لى مراحل هي التالية:

١- المرحلة الحسية - الحركية.

٢- مرحلة ما قبل الفعل.

٣- مرحلة الفعل.

٤- المرحلة السليمانية.

(ب) نظريات التعلم:

وتتبع هذه النظريات من علم النفس التطبيقي والسلوكي. وهي تدرس علاقة الشخص بمحيطه من خلال تحفيزها لآليات التعلم. التي تعتمد أساساً على قدرة الشخص على التلاوم والتكيف. وقد حدد بافلوف ما يسمى بتلاوم الاستجابة كما حدد سكاينر التلاوم العملي من طريق التدعيم والتكرار.

لى هذه الاسس تستند بعض نظريات الشخصية التي تعتبر العادة بمنزلة العنصر الأساسي للشخصية. وفي رأيها أن العادة هي الرابط الحقيقي بين الإثارة وردة الفعل عليهما. وهكذا فإن الشخصية في نظر هؤلاء هي عبارة عن مجموعة كبيرة من العادات المكتسبة أثناء نمو الشخصية. وهذه العادات ما هي إلا حصيلة لآليات التعلم المعتمدة على السليات الأولية والسليات الثانوية. ولا تهمل هذه النظريات تأثير فترة الطفولة والعوامل الاجتماعية - الثقافية في تكوين الشخصية.

(ج) المدرسة التحليلية:

اعتمد فرويد على المظاهر المزاجية-العلائقية للشخصية وبنى نظريته على أساسها.

(راجع رأي المدرسة التحليلية في هذا الفصل).

٣- اضطرابات نمو الشخصية:

يختلف تصنيف هذه الاضطرابات باختلاف المدارس. لذلك فإننا نورد من لوجهة العيادية التجريبية حيث نلاحظ:

(أ) الاضطرابات العابرة أثناء تطور الشخصية: وهي اضطرابات تتمكس في سلوك الشخص وتصرفاته، وهي تعود الى سوء تنظيم الجهاز النفسي في مرحلة ما قبل الـ ١٨ عاماً. وتشخص هذه الاضطرابات بالسلوكية. وهي تتبدى في فترات منقطعة ويمكننا تشخيصها من خلال استعراضنا لتاريخ طفولة المريض ومراقبته. حيث نجد في هذا التاريخ مسببات الاضطرابات التي أعادت تطور الشخصية بشكل جزئي.

(ب) اضطرابات طريقة تنظيم الشخصية (الشخصية المرضية): وتتووع هذه الاضطرابات تنوعاً كبيراً لتضم طائفة كبيرة من اضطرابات نمو الشخصية. وتحديداً الشخصيات المرضية (البيسكوباتية). هذه الشخصيات التي تعاني اضطرابات كمية او نوعية على الصعيد المزاجي - العاطفي أو على الصعيد الغريزي. وتترسخ هذه الاضطرابات خلال فترة المراهقة وتستمر طيلة الحياة. وتتميز الشخصية المرضية (البيسكوباتية) بـ:

- عدم القدرة الشخص على التحكم بنزواته ومزاجه العاطفي.
- عدم اعترافه وعدم وعيه لأعطال بنيته الشخصية- النفسية- المرضية.
- عدم القدرة على التكيف مع محيطه الاجتماعي.

وسنخصص الفترات اللاحقة لعرض الجداول العيادية لمختلف أنواع الشخصيات المرضية.

(ج) اضطرابات الشخصية والحوادث الدماغية: وهي الاضطرابات الناجمة عن اصابات دماغية. سواء أكانت مباشرة (رضوض، حوادث، عمليات جراحية-

دماغية... الخ) لم كانت نتيجة لظهور أمراض معينة مثل الصرع والأورام
للدماغية... الخ.

ومن الممكن أن تحدث الإصابة للدماغية قبل اكتمال نمو الشخصية. وفي هذه
الحالة فإنها تعوق تطور الشخصية وتحدده. أما إذا أتت الإصابة بعد اكتمال نضج
الشخصية فإنها، في هذه الحالة، تتسبب بالنكوص والتراجع للمتلين اللذين قد
وصلان إلى حدود الذهان (نظر لاحقا لآثارها لتأجمة عن الرضوض والإصابات
للدماغية).

٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية:

إن مظاهر القلق والعدائية والشدة النفسية واضطرابات النوم ومرحلة الإعاقلة
النفسية هي جميعاً مظاهر ممكنة للملاحظة لدى الشخص الطبيعي. فالشخصية
الطبيعية لا بد لها أن تمر بآزمات ومآزق نفسية من شأنها تزايد مثل هذه المظاهر.
فالصراعات لا تؤدي إلى اضطراب الشخصية وإنما يؤدي إلى هذا الاضطراب
عجز الشخصية عن مواجهة هذه الصراعات. وبمعنى آخر فإن الشخصية الطبيعية
ليست تلك المحالطة على تولزنها ولكنها تلك القادرة على مجابهة اختلال التوازن
والقصدى له بحيث تعيد تولزنها إلى حالته العادية. وهكذا فإن الشخصية لا تكون
طبيعية ما لم تتعرض لجحيم التجارب وتخرج من هذا الجحيم متناسقة ومتوازنة.
وهنا نذكر بقول Canguilhem^(١٧): "أن تكون بصحة جيدة يعني أن تستطيع أن
تمرض وأن تبرا من المرض".

وفي المعنى نفسه يقول Mac Dougall^(٢٣) " يجب الحذر من التلويح في
امر الطبيعية المرضية"^(٢٤)

وبهذا يتأكد لنا، مرة أخرى، عدم وجود الحدود الفاصلة بين شخصية طبيعية
وشخصية مرضية. بل إن التمازج بين الطبيعي والمرضى يصل إلى حدود
تستعصي على فهم علماء النفس وذلك في حالات المبدعين الذين يشكون من
اضطراب شخصياتهم. وفي تأكيد لغراب هذه الحدود يقول فرويد "إن طبيعة
الشخصية هي من الأمور النسبية".

بناء على ما تقدم كان من الطبيعي أن يعجز الباحثون عن التحديد الواضح
للعلاقة المفترضة بين الشخصية المرضية من جهة والاضطراب العقلي من جهة
أخرى. ومن أهم المدارس الدارسة لهذه العلاقة نذكر التالية:

١- مدرسة أنماط كرتشمير:

يعتمد كرتشمير في تقسيمه للأنماط إلى معطيات بيولوجية ووراثية. وهو يقترح
تقسيماً يضم ثلاثة أنماط هي:

١- النمط الرياضي.

٢- النمط الواهن.

٣- النمط المربع (انظر الصور).

٢٣ - Mac Dougall, J: Plaidoyer pour une certaine anormalité Gallimard, ١٩٧٨

٢٤ - مثال ذلك أنه من الطبيعي أن نخاف عندما تكون لهذا الخوف نواع حقيقية. ولكن هذا الطبيعي يتحول
إلى مرضي عندما نستمر بالخوف في غياب الدواعي الحقيقية لهذا الخوف.

هذا ويؤكد العديد من الباحثين على كون "النمط المربع" الأكثر عرضة للاضطرابات المزاجية. في حين أن "النمط المتطول" هو الأكثر عرضة للذهنيات الفصامية. وكما هو ملاحظ فإن هذه المدرسة تنطلق من اعتبار مفاده أن المرض العقلي هو نتاج اضطراب بيولوجي ينعكس على الشكل الخارجي للمريض وعلى شخصيته. ومدرسة كرتشمير ليست الوحيدة التي تعتمد هذه الفرضية التي لم يمكن إثباتها حتى اليوم.

٢- المدرسة الأميركية:

إن الجمعية الأميركية للطب النفسي تولي عناية كبيرة لموضوع اضطراب الشخصية. وقد بلغت هذه العناية حداً جعل من اضطراب الشخصية محورا من معاور التشخيص الخمسة التي تعتمد عليها هذه الجمعية.

ومن مظاهر هذه العناية أيضا قيام المدرسة الأميركية بتعديل تصنيفها كسي يستوعب أنماطا جديدة لاضطرابات الشخصية، يعتبرها المؤلفون الأمريكيون بمنزلة توطئة لظهور المرض العقلي. وعلى هذا الأساس ادخل الأمريكيون "اضطراب الشخصية من النمط الفصامي" (انظر الفقرات التالية).

٣- المدرسة التحليلية:

كما سبقنا الإشارة فإن هذه المدرسة لم تتوصل إلى تصنيف اضطرابات الشخصية. إلا أن المحللين يتكلمون عن الشخصية الذهانية ويعرفونها على النحو التالي: "إن الشخصية الذهانية هي تلك الشخصية التي تهيمن عليها (بمطريقة قهوية وقاسية) الإسقاطات والتماهيات الإسقاطية ورفض وعي الواقع". أما الشخصيات العصابية فيقسمها التحليل إلى مصابة بأعصاب تقليدية (على علاقة بالعقد الطفولية ومصابة بأعصاب راننة.

٥ - تصنيف اضطرابات الشخصية:

إن التعددية الهائلة، لتصنيفات اضطرابات الشخصية، تمنعنا من عرض هذا التصنيف بطريقة شاملة. لذلك فإننا سننعمد إلى عرض هذا التصنيف على طريقتنا الخاصة. وذلك استناداً إلى تجربتنا ومراعاة لعدد من المستجبات في الميدان. ولكن اختيارنا هذا لا يعني مطلقاً التزامنا بموقف أو تجربتنا على أهمال بقية التصنيفات الواردة عند بقية المدروس. وهكذا فإن عدم عرضنا لأنماط معينة لا يعني إهمالها ونبدأ عرضنا بـ:

١ - الشخصية العظامية (ذات العلام البارالتويكالية):

في رأي العالم Porot يتميز هذا الاضطراب من خلال للكبرياء المبالغ فيها وعدم الثقة بالآخرين وعدم القدرة على تفهم دوافعهم للنفسية. وكذلك فثقة يتميز بالقساوة النفسية المتظاهرة من خلال الإصرار (الذي لا يمكن تحديله) على اقتناعته الخاصة (المهنية على أساس مرضي). إلى ذلك يضاف نزق غير مبرر، واتتماد المرهونة في مواقف حياتية كثيرة. وذلك حتى في حال تقديم جميع الأدلة على عدم منطقية الأفكار المتسببة بهذا النزق.

عناصر التشخيص:

- ١- كبرياء مبالغ فيها (مبالغة في تقدير الذات).
- ٢- لعدم الثقة بالآخرين.
- ٣- للقساوة النفسية.
- ٤- التأويل غير الموضوعي.
- ٥- فقدان القدرة على التحكم بالمواقف المزاجية.

٢- الشخصية المضطربة مزاجياً (Affective)

تمتاز هذه الشخصية بمواقف مزاجية غير متناسبة مع الواقع. ويمكن لهذه المواقف أن تشمل نحو الانهيار والكآبة أو نحو الحبور أو هي تتراوح بين الاثنين.

عناصر تشخيص المزاج الانهيازي:

- ١- مزاج أساسي ميل نحو الانهيار.
- ٢- العزلة الاجتماعية.
- ٣- التألف مع الحوادث النسة.
- ٤- الاهتمام باللاقات الاجتماعية.

عناصر تشخيص الحبور:

- ١- ميل أساسي نحو الحبور.
- ٢- المسطحة العاطفية.
- ٣- نشاط زائد.
- ٤- اللامبالاة باللاقات.

عناصر تشخيص الحالات المتراوحة:

- ١- متراوحة مزاجية هامة بين الانهيار والحبور.
- ٢- غياب دور العوامل الخارجية والأسباب المبررة لهذه المتراوحة.

٣- الشخصية المنصمة (Schizoid):

ويتميز هذا النمط أساساً بمجز الشخص عن إقامة علاقات اجتماعية، ويعود هذا العجز إلى غياب الدفء العاطفي وإلى لا مبالاة الشخص بالتقريب وبالانقباد وبمشاعر الآخرين عامة.

عناصر التشخيص:

- ١- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية.

٢- العزلة.

٣- انخفاض النشاط

٤- البرودة العاطفية واللامبالاة.

٥- عدم كفاية الدوافع للتزوية.

٤- الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotype):^(٢٥)

عناصر التشخيص:

يجب أن يلاحظ ادى المريض ٤ على الأقل من العناصر التالية:

١- التفكير الخيالي (حاسة سلامة، تنبؤات، تولد أفكار... الخ).

٢- أفكار علائقية.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- أوهام تنبؤى من حين لآخر (تبدد الشخصية، انعدام التحقيق، تهويلات رؤية

الأموات... الخ).

٥- الحديث الشاذ لغوياً.

٦- اضطراب العلاقات الشخصية.

٧- نزق وأفكار عظامية.

٨- قلق لاجتماعي او حساسية بالغة أمام النقد.

وإلى هذه العناصر يمكن أن تضاف المظاهر التالية: خليط متنوع من مظاهر

القلق والانهيار وانعدام المزاج. وغالباً ما نجد لدى هذا الشخص مظاهر الشخصية

الحدية (نظر للشخصية الحدية) وفي حالات الشدة أو الصدمة النفسية تمكن ملاحظة

بعض المظاهر الذهانية العابرة.

٢٥- يفرح تصنيف الجمعية الأمريكية DSM III هذا النمط ويظهره مقدمة للفصل

٥- الشخصية الانفجارية:

تتميز هذه الشخصية بالميل المبالغ فيه لتفريغ الانفعالات بطريقة تصادمية ومحدثة للضجة.

عناصر التشخيص:

- ١- تفريغ تصادمي للانفعالات.
- ٢- سلوك غير متساو.
- ٣- ردود فعل غير متناسقة.
- ٤- ميل للمزاج نحو الهمود (تعدام المزاج).

٦- الشخصية الوسواسية (Obsessive)

ويسمونها جانيه (P.Janet) بأنها فائدة احساس الواقع من خلال انخفاض القدرة للشخص على استيعاب الحقيقة كاملة وفي مختلف وجوهها. ويعود هذا الانخفاض الى خلل في آلية القدرة على الربط بين المعطيات الإدراكية والتفكير والعواطف والمواقف.

عناصر التشخيص:

- ١- قدرة محدودة على الإعراب عن العواطف والمشاعر.
- ٢- التردد.
- ٣- المعجز عن استيعاب الحقائق.
- ٤- عدم الثقة بالقرارات الذاتية.
- ٥- الرغبة في الكمال.
- ٦- تعب جسدي- نفسي (بسيكاستنيا) ومن هنا تسمية بعضهم لهذه الشخصية بالبيسيكاستنية.

٧- الشخصية التجنبية (Evitante):

أدخل المؤلفون الأميركيون (DSM III) نوعاً جديداً من اضطراب الشخصية هو "التجني". وهذا النمط يشترك مع سابقه في سمات عديدة منها الثقة بالقدرات الذاتية والمعجز عن امتصاص الحقائق في مختلف وجوهها... الخ.

عناصر التشخيص:

- ١- حساسية بالغة أمام علائم الرفض (من قبل الآخرين: والانتقاد، والاستفهام لدى ظهور أية علامة تنبئ بتراجع تقدير المجتمع له، والميل إلى تفسير الأحداث البريئة على أنها سخرية.
- ٢- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية إلا بشرط التأكيد الجازم بأنه سيكون مقبولاً دون شروط.

٣- العزلة الاجتماعية.

- ٤- الرغبة في أن يكون مقبولاً ومحبوياً.
- ٥- ضعف الثقة بالذات وبالقدرات الذاتية.

٨- الشخصية الهستيرية:

يعتبر جاسبرز (Jaspers) أن السمة الأساسية لهذه الشخصية هي مبالغتها ودراماتيكيته بحيث تريد أن تبدو أكثر مما هي عليه في الواقع وذلك إضافة إلى مظاهر عدم نضج التفكير والعواطف والنشاطات.

عناصر التشخيص:

- ١- الحركات التمثيلية المسرحية.
- ٢- عدم النضج وعدم الثبات الانفعالي.
- ٣- زيادة تقدير أهمية الذات.
- ٤- التعلق بالمطفي.
- ٥- محاولات تجنب العلاقات الاجتماعية.

٩- الشخصية الترجسية:

عديون هم العلماء الذين اهتموا بهذا النمط من اضطراب الشخصية. وفي مقدمتهم Hartman و Kernberg. ويتميز هذا النمط بالمبالغة في تقدير الذات، الاهتمام المحموم بتحقيق نجاحات غير محدودة ورغبة استعراضية في جلب الانتباه والإعجاب. أما العلاقات مع الآخرين فهي عرضة دائماً للانتكاسات بسبب سطحية العلاقات التي يقيمها الترجسي ويسبب عدم تحمله للنقد وانتظاره للمكافآت. ويظهر هذا المريض اهتماماً بذاته يتراقق ظاهرياً مع تكيف اجتماعي فاعل ولكن مع اضطرابات هامة في بعض العلاقات. وتحتوي شخصية الترجسي على مزيج متغير من الطموح للحدا وهوام العظمة وشعور بالدونية وزيادة التعلق بأجواء الإعجاب والتقدير والموافقة الخارجية. ولقد أعاد الأميركيون طرح هذا النمط في تصنيفهم.

عناصر التشخيص:

- ١- الشعور القلق بأهمية الذات.
- ٢- الانشغال الهواشي بتحقيق النجاح الذاتي على مختلف المستويات.
- ٣- الاستعراضية.
- ٤- اللامبالاة أو الغضب البالغ أمام الجروح الترجسية.
- ٥- السعي وراء المكاسب الشخصية (كأن يغضب ويفاجأ إذا لم يقدم له الآخرون مطالبه).
- ٦- استغلال العلاقات الشخصية.
- ٧- تراوح العلاقات الاجتماعية^(٢١).
- ٨- غياب عمق العلاقات الاجتماعية.

٢٦- في علاقة بذات الشخص يتراوح الترجسي بين المبالغة في تقدير الآخر وبين تجريده من الأهمية

١٠- الشخصية الواهنة (Asthénique):

يعرف شنايدر K. Schneider أصحاب هذه الشخصية بأنهم "ناس يصلون بسرعة إلى وضعية المأزق مهما كان الجهد المطلوب منهم بسيطاً، وذلك لاسباب "طبيعية". ويتميز هذا النمط من اضطراب الشخصية بحالة وهم (نفسى وجسدي) مزمنة مترافقة مع درجة استتارة عالية (الانفعالية والنزق).

عناصر التشخيص:

- ١- وهم مزمن.
- ٢- هشاشة نفسية.
- ٣- مردود (عملي وفكري) غير كاف.
- ٤- نقص التوازن المزاجي.
- ٥- غياب احترام الجسد (بسبب ضعف الجسد والنفس فإن لهذا المريض شكاوى نفسية وجسدية لا تنتهي).

١١- الشخصية المعادية للمجتمع:

يتميز هذا النمط بغياب القدرة على التكيف (المستمر) مع الأعراف الاجتماعية - الأخلاقية للمجتمع الذي يعيش فيه هذا المريض. وهكذا يؤدي سلوك المريض إلى صراع مباشر مع هذا المجتمع. ويختلف هذا الاضطراب عن باقي اضطرابات الشخصية من حيث شموله لمجموعة من الاضطرابات المتبدية بأشكال مختلفة وعلى أصعدة متميزة. وذلك بحيث يمكننا تقسيم هؤلاء المرضى إلى ثلاث فئات:

- ١- معاداة المجتمع القطرية.
- ٢- للشواذ جنسياً.
- ٣- أصحاب النزوات. وتشارك هذه الفئات بعناصر التشخيص التالية:

عناصر التشخيص:

- ١- غياب التكيف المزمن مع العادات والأعراف الاجتماعية السائدة.
- ٢- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية بشكل طبيعي.
- ٣- بدائية العواطف وعدم تهذيبها. وهي مترافقة مع اضطرابات عريضة.

١٢- الشخصية الحدية (Border Line):

دخل العالم Hugues هذا المصطلح للمرة الأولى، في العام ١٨٨٣. وما لبث المصطلح أن دخل في التصنيفات عام ١٩٢٨ (Stern). وأُعد عرف مبدأ الشخصية الحدية (الحد بين العصاب والذهان) أبولاً ونجالماً واسعين. وذلك بسبب الحاجة التي مثل هذا المصطلح لاستخدامه في تصنيف وتبويب عدد من الاضطرابات العيادية التي لا يمكن إدراجها في عدد الأبواب التقليدية المعروفة في التصنيفات النفسية. لهذه الأسباب تعرض مفهوم الشخصية الحدية إلى تغيرات عميقة وعديدة مع مرور الزمن. وقد اهتم الأميركيون بشكل خاص بهذا النمط من اضطراب الشخصية وعملوا على إيضاحه وجلاء عناصره وهم يعرفونه على أنه اضطراب للشخصية يطال عدداً متغيراً من أبعاد الحياة النفسية. وخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات الشخصية والمزاج الأساسي وصورة الذات إضافة إلى تغيرات فائقة في الشخصية. وذلك بحيث لا تحافظ الشخصية على أي من ملامحها بشكل دائم.

عناصر التشخيص:

- ١- العلاقات الشخصية المتغيرة.
- ٢- عدم ثبات للحالة المزاجية الأساسية.
- ٣- اضطراب الهوية الذاتية.
- ٤- وجود سوابق سلوك تكميري (إيمان، سلوك مؤذ، إيذاء الذات، محاولات الانتحار ... الخ).

١٣ - الشخصية التابعة (Dépendante):

إن اضطرابات الشخصية المعروضة اعلاه هي، كما رأينا، اضطرابات تطل كافة نواحي الحياة النفسية للمريض. ولكننا لدى قيامنا بمراجعة مختلف التصنيفات نلاحظ أن بعضها يحتوي اضطرابات تطل وجهها من وجوه الحياة النفسية (مثل التكيف الاجتماعي والمهني أو مستوى ونوعية العلاقات للشخصية... الخ) دون غيره. ومن هذه الأنماط يركز المؤلفون الأميركيون على نمطين هما.

١- الشخصية للتابعة.

٢- الشخصية السلبية- العدائية.

عناصر التشخيص:

- ١- نظراً لعجزه عن الفعل منفرداً فإن التابع يقبل، بشكل سلبي، قيام الآخرين بتحمل مسؤولياته الحياتية الأساسية عوضاً عنه.
- ٢- القبول بوصاية الآخرين (الذين يتبع لهم) على مصالحه الشخصية. وذلك بهدف تجنب تعرضه وحيداً للمضايقات.
- ٣- غياب الثقة بالذات (يعتبر نفسه عاجزاً ومهملًا... الخ).

وهذا النمط غالباً ما نخالطه مظاهر اضطرابات الشخصية الأخرى (مثل الشخصية الهستيرية أو النرجسية أو التجنيدية أو النمط القسامي). ومظاهر القلق والانهيار هي مظاهر مصاحبة غالباً للشخصية التابعة.

١٤ - الشخصية السلبية - العدائية (Passive - Aggressive):

عناصر التشخيص:

- ١- مقاومة ومعارضة المتطلبات الضرورية، في الأحوال العادية، للحصول على الكفاءات الملائمة سواء في الحياة الاجتماعية أو المهنية.

٢- المقاومة غير المباشرة في موقفين على الأقل من المواقف التالية: المرابحة والكسل، الحد الادعاء بعدم القدرة (مثل ادعاء للتعبان مثلاً).

٣- استناداً الى العنصرين المشار اليهما اعلاه نلاحظ لتعدام فعالية عميق وطويل المدى لدى المريض. واتعدام الفعالية هذا قد يظل أدوراً أساسية في حياة المريض (دور الطالب أو دور الزوج... الخ) مما يعيق تقدم المريض ونجاحه.

٤- استمرار المريض في هذا السلوك حتى ولو تأمنت له ظروف تأكيد ذاته وفعالته.

٥- لا تظهر لدى المريض أعراض اخرى تصنفه في خاتمة أخرى من اضطرابات الشخصية ولا في خاتمة اضطرابات المعارضة للملاحظة لدى بعض المراقبين قبل سن الثامنة عشرة.

الشخصية متعددة الاضطرابات (Polymorpha):

إن جهود تصنيف اضطرابات الشخصية تصطدم بوقائع عريضة حيث تتمازج لدى نفس المريض علائم تنتمي الى أنماط مختلفة لاضطرابات الشخصية. وعلى هذا الأساس يقترح اسطنطين غورغوس C. Gorgos لتصنيفين التاليين:

١- الشخصية متعددة الاضطرابات.

٢- الشخصية المزيجية.

عناصر التشخيص:

يشخص اضطراب الشخصية من النوع متعدد الاضطرابات عندما نجد فيها عناصر مرضية لتشخيص اضطرابات متعددة (كالنمط الفصامي، ومعادي المجتمع والسلبى - العدائى).

١٦- الشخصية المزيجية (Mixte):

عناصر التشخيص:

وذلك عندما تظهر لدى الشخص علام اضطراب الشخصية التي تنتمي الي أنماط مختلفة. ولكن دون أن تكون هذه الاضطرابات كافية لتصنيف الاضطراب في أي من هذه الأنماط.

١٧- اضطراب الشخصية اللانمطي (Atypique):

حددت الجمعية الأميركية للطب النفسي هذا النوع من اضطرابات الشخصية لتصنف في إطاره جميع حالات الشخصية التي لا يمكن تصنيفها في عداد الأنماط التي تقترحها هذه الجمعية لاضطرابات الشخصية (سنعرضها في الفقرة التالية) ويستند تشخيص اضطراب الشخصية اللانمطي أساسا إلى وجود العناصر الثلاثة الرئيسية لكافة اضطرابات الشخصية وهي:

- ١- عجز الشخص عن التكامل المتناسق في محيطه الاجتماعي.
- ٢- عجزه عن التحكم في التولحي الغريزية والتولحي العنيفة - الإرادية.
- ٣- عدم وعيه واعترافه بوجود الاضطراب لديه.

جدول يلخص علام اضطرابات الشخصية

نمط الاضطراب	اضطرابات على سبيل الـ			
	الفرق	المزاج	السلوك	التوليحي- الاجتماعي
عقلاني (بارانوي)	-	تضبط المزاج	سلوة نفسية وعدم الثقة بالآخرين	بمستوى طبيعي
التعديلات				رتود فعل عصبانية وسلوس مرضية هذيان الظلم

التحديات	اضطرابات على متعدد الـ				نمط الاضطراب
	الاجتماعي- الثقافي	السلوك	المزاج	الغرائز	
إدمان كحول- مخدر بقاء وتهور.	نسبياً جيد	سطحية العلاقات	ميول تهيبارية	اضطراب الغريزة الجنسية	مزاجي Affective
تتعار أو لا العمل معالجة للمجتمع.	انطوائي	العزلة وأهمية الذات المبالغة	انسواء نفسية	عدم كفاية الدواع الغريزية	المناسم Schizoide
نوبات غضب إيمان.	محدود صعب الاستمرار والتحمل	عدائية	انعدام المزاج	ردات فعل بدائية	التفجاري Explosive
نوبات وسواسية (محصرة) والتهويل وعدم استيعاب.	نسبياً جيدة	العزل التردد	عدم ثقة بعواطفه	كبت الغرائز	وسواسي Obsessive
التهويل، إغماء هستيري، محاولات لتحلو استعراضية.	متغيرة	حركات مسرحية دراماتيكية	لصور التضخ العاطفي	ضعف التزوف	هستيري
التهويل، وهن جنسي ووساوس مرضية	منخفض	عدم القدرة على مواجهة الأحداث	تخدير عاطفي	تحمس نفسى	واهن
إيمان - جريمة- شذوذ- سرقة...	منخفضة جداً أو غائبة	معادي المجتمع	مزاج مضطرب	شذوذ نزوي	معاد للمجتمع
لتتحار إيذاء الذات.	سلوك غير مناسب	أفعال مؤذية للذات	عدم الثبات الانفعالي	نزوائية متحكمة	شخصية حدية Border Line

١٨ - تصنيفات أخرى:

نختم حديثنا عن اضطرابات الشخصية، من الناحية التصنيفية، بعرض أهم التصنيفات المعتمدة ونبدأ بـ:

(أ) الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III R)

- ١- معادية للمجتمع
- ٢- التجنيدية.
- ٣- الحدية.
- ٤- التابعة.
- ٥- الهوسيرية.
- ٦- المتعددة.
- ٧- النرجسية.
- ٨- اللامطية.
- ٩- الوسواسية- القهرية.
- ١٠- العضوية.
- ١١- العظامية.
- ١٢- السببية- العدائية.
- ١٣- الصادية.
- ١٤- المنافسة:
- ١٥- لتمط الضماني.
- ١٦- Self Defacting.

(ب) منظمة الصحة العالمية (ICD٩):

- ١- عظامية.
- ٢- مزاجية.

- ٣- منقصمة.
- ٤- تفجارية (صرعية).
- ٥- وسواسية (قهريّة).
- ٦- هيستيرية.
- ٧- واهنة.
- ٨- فرضية- اجتماعية.
- ٩- غيرها (الخارج عن المؤلف- السببي العدائى).
- ١٠- غير محددة.

(ج) تصنيف ليونهارد Leonhard:

- ١- زائدة المزاج.
- ٢- منخفضة المزاج.
- ٣- فائقة الدقة.
- ٤- فائقة الإصرار.
- ٥- المتروحة.
- ٦- البالغة الحماس.
- ٧- اللبقة.
- ٨- الانفعالية.
- ٩- غير قادرة على الضبط.
- ١٠- استعراضية.

٦- علاج اضطرابات الشخصية: (٢٧)

يمتاز هذا العلاج بتعقيد وبصعوبته الفائقة، وترداد هذه الصعوبة بشكل مبالغ في عيادتنا العربية. ويمكننا تلخيص أسباب هذه الزيادة بالنقاط التالية:

(أ) إن غياب أو انخفاض مستوى الوعي الصحي - للنفسى بضاعفان احتمالات عدم وعي وعدم الاعتراف بالاضطراب. وهما يدفعان المحيط أيضاً إلى أعمال الاضطراب وعدم وعيه وأحياناً للتهرب من الاعتراف به في حال وعيه.

(ب) إن المريض لا يتوجه للمعينة إلا في حالات اللامعاوضة الحادة. وهنا نستطيع تمييز موافق عديدة هي:

١- اللامعاوضة المؤدية إلى ظهور الوسواس المرضية (المراق). وفي هذه الحالة فإن المريض لا يصل إلى العيادة النفسية إلا بعد فترة طويلة (من بضعة أشهر إلى بضع سنوات) من المراجعات الطبية الاختصاصية.

٢- اللامعاوضة العصبية. وتنادراً ما يصل هذا المريض (العربي) إلى العيادة النفسية.

٣- اللامعاوضة الذهانية: وهي عرضة لاقتباسات للتشخيص.

٤- حالات إهداء الذات أو الآخرين. حيث تطرح إشكاليات الطب النفسى الشرعى.

(ج) غالباً ما يعجز المحيط عن إعطاء آراء موضوعية حول نشوء الاضطراب وتطوره. بل إن للمحيط غالباً من يعرف الفحص بأخفائه عدداً من المظاهر السابقة لاضطراب الشخصية من منطلق أنها تعيب العائلة. إضافة لجزم جاهل بأن لا علاقة

٢٧- للتحقق بموضوع التقارير النفسية المستخدمة في علاج اضطرابات الشخصية انظر - محمد أحمد الغابلسي: معجم العلاج النفسى الحديث، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

لهذه الممارسات المعيبة (التي هي في الواقع من صلب أعراض اضطراب الشخصية) بالوضع الحالي للمريض. وهكذا نجد الأهل وهم يخفون ممارسات من نوع إيذاء الذات، محاولات الانتحار، محاولات القتل، الايمان، السرقة... الخ من منطلق أن لا علاقة لهذه الممارسات بالوضع الحالي للمريض وهم يقيمون هذا الوضع على أنها حالة بسيطة عابرة.

(د) بناء على مجموعة الأسباب المذكورة أعلاه فإن المحيط قد يمارس دوراً سلبياً ومعيقاً أكثر خطورة. ففي حالات كثيرة يخفي الأهل تعرض المريض للرضوض الدماغية أو هم يخفون الوراثة المرضية - النفسية، وأحياناً على عكس ذلك نلاحظ أن الأهل يحاولون الإيحاء برد المرض إلى رضة دماغية (يضحون قترها) في محاولة للتخلص من عار إصابة ابنهم بالمرض أو بالاضطراب. وهكذا تتنوع مظاهر سلبية الأهل المؤدية إلى إعاقة التشخيص وتأخير العلاج.

إن النقاط المشار إليها أعلاه تؤدي إلى زيادة مهمة الطبيب العربي صعوبة وإلى تريك مهمة إضافة للصعوبة البالغة في التعامل مع محيط المريض.

بعد هذا العرض الموجز لخصائص الممارسة في العيادة العربية نأتي إلى عرض اقتراحاتنا العلاجية لحالات اضطراب الشخصية من خلال النقاط التالية:

١- الاضطرابات الناجمة عن الحوادث الدماغية:

في حالات اضطراب الشخصية الناجم عن الحوادث الدماغية - المرضية، والمؤدي إلى تغيرات عاطفية- مزاجية بالغة، فإن المهدئات العظمية تكون ذات تأثير محدود. ولعل أكثرها فعالية عقار الـ Fluphenazine. وفي حال شكوى هذا المريض من الصداع فإننا ننصح باستعمال الـ Sulfate de Magnesium مع محلول السكر (١٠٪) وفيتامين ج (كلها بالحقن الوريدي- مصل).

٢- العلاج الوقائي:

ويهدف هذا العلاج الى الحد من الأسباب والظروف والعوامل التي كانت سبباً في ظهور الاضطراب او في تشجيع ظهور اللامعوضة.

٣- علاج مختلف الانماط المعروضة سابقاً:

كما سبقت الإشارة فإن المدارس النفسية المعاصرة تختلف في تصنيفها لهذه الاضطرابات. وهذا الاختلاف لا ينحصر في نطق التسميات بل انه أعمق من ذلك بكثير. فغالب المقاييس الذاتية لتحديد الشخصية الطبيعية يستتبع معه غياب المقاييس التي من شأنها تحديد عمق اضطراب الشخصية. ومن الطبيعي ان تؤدي مجمل هذه العوامل الى اختلافات عميقة تمتد من التشخيص الى العوارض ومنها الى العلاج. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد أن نفس العارض يتخذ دلالات مختلفة باختلاف الثقافات فالعزلة العائلية تعتبر نوعاً من الاستقلالية في العائلة الأميركية وعليه فإن ظهورها لدى الشاب الأميركي ليست له أية دلالة. أما اذا تعزل الشاب العربي عن عائلته فإن ذلك يجب ان يكون مدعاة للقلق. لان جهاز العلاقات يرفض هذه العزلة ومن هنا يمكننا اعتبار الإصرار عليها من قبل الشاب بمنزلة علامة مرضية. وليس عليه بالنسبة لسوارض اضطراب الشخصية الأخرى. وهكذا يتضح لنا ان علاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية هو مثير للجدل ولتضارب الآراء. ودون ان نتجراً على وضع أنفسنا في موقع الحكم في هذه الصراعات ودون أن نعتبر أنفسنا في مصاف أولئك الذين يخوضون فيها فإننا نعرض فيما يلي وجهة نظرنا للشخصية ونلخصها كما يلي:

أ- العلاج بالمهندئات العظمى:

يمكننا تقسيم اضطرابات الشخصية الى مجموعتين كبيرتين. الأولى تحتاج للعلاج بالمهندئات العظمى (العظامية وفصامية النمط والفصامية والحدية والعائلية

ومعادية المجتمع والعدائية.. الخ حسب للتصنيف). والثانية لا تحتاج للعلاج بهذه الأدوية (الهستيرية والترجسية والتجنينية والوسواسية- القهرية والتابعة والواهنة).

وفي الحالات التي يحتاج فيها الاضطراب الى العلاج بهذه الأدوية فإننا نلاحظ اختلافاً في تحديد نوعية هذه الأدوية فبعضهم ينصح بعائلة الفينوتيازين وآخرون بالعائلات الأخرى. وبما أننا نأثرنا الاقتصار على تجربتنا الشخصية فإننا نستعمل في علاج هذه الحالات دواء "البريسيازين" للمسوق باسم Neuleptil (وهو من عائلة فينوتيازين ويسمى بفينوتيازين الشباب لانه ملائم لعلاج اضطرابات الشباب ولانهم أكثر على تحمل آثاره الجانبية). ويستعمل هذا الدواء بالجرعة المناسبة للحالة.

أما في حالات اضطرابات الشخصية للخطرة وبخاصة الشخصية الحدية Etat Limite و Border Line فإننا نستعمل حقن (خزان يدوم مفعولها ٢- ٤ أسابيع الـ Flupentixol) بأعيرة تتراوح بين ٢٠ و ٦٠ مغ).

٢- العلاج بمضادات الالتهاب:

إن مضاد الالتهاب يفرض نفسه في حالات اضطراب الشخصية حيث يستند التشخيص الى الصراعات التكيفية. وهذه الصراعات تقتضي استعمال مضادات الالتهاب على أن يتم اختيار المناسب منها تبعاً لنوعية الاضطراب وللبنية الجسدية للمريض ولوضعه الصحي للعلم. ولعل أكثر مضادات الالتهاب استعمالاً في المجال هما عقاران: Imipramine و Clomipramine ولكننا يجب ألا نهمل مضادات الالتهاب المسوقة حديثاً والتي تبدو فلتقة للفعالية وفي مقدمتها عقار الـ Faverin المسوق الذي تدل الأبحاث المبثثة على فعاليته.

٢- لمحة موجزة عن علاج اضطرابات الشخصية:

(أ) الشخصية العظامية:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Melleril أو Fluvoxol).
- العلاج النفسي.

ب- الشخصية فصامية النمط:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).
- Imipramine.
- العلاج النفسي.

(ج) الشخصية المنقسمة:

- Neuleptil (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).
- IMAO (أحد الأنواع الجديدة ذات الأثر المحدود).
- علاج نفسي داعم.

(د) الشخصية الهستيرية:

- علاج نفسي - إحتثي.
- يمكن استخدام الـ IMAO الحديث في حال ترافقها مع اضطراب المزاج.
- يمكن استخدام العلاج الدوائي المصلح (Armée).

(هـ) الشخصية الترجسية:

- علاج نفسي
- Clomipramine
- أملاح الليثيوم.

(و) شخصية الحد الفاصل:

- Fluanxol حقه خزان عوار ٢٠ مع مرة كل ٤ أسابيع.
- Carbamazepine -
- أملاح الليثيوم (في حال ترافقها مع اضطراب المزاج).
- منشطات (في حال ترافقها مع الانحطاط).
- العلاج النفسي (له في هذه الحالات أهميته الخاصة).

(ز) الشخصية التجنبية:

- علاج نفسي إدراكي.
- مضاد انهيار من نوع (IMAO).

(ح) الشخصية الوسواسية - القهرية:

- Imipramine أو Clomipramine.
- علاج نفسي.

(ط) الشخصية السلبية - العدائية:

- مضاد انهيار من نوع (IMAO) - العائلات الحديثة.
- Lorazepam أو Xanax .
- علاج نفسي.

(ل) الشخصية المعادية للمجتمع:

- علاج نفسي جماعي (في مؤسسات متخصصة).
- علاج توائي ظواهري.

الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في الشخصية

١ - التفاعل الوجداني

أ- المزاج

ج- التأثر والانفعال

٢- المعرفة

أ- الفهم

ب- التعلم

٣- التصور

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

أ- الانتباه

ب- الذاكرة

ج- الخيال

٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك

أ- التفكير

ج- الذكاء

ب- الغرائز

د- العواطف والاهواء

ب- اللغة

د- الارادة

كما قد عرضنا في نهاية الفصل السابق لمتغيرات الشخصية واضطراباتها. ونود ان نناقش في هذا الفصل العوامل المؤثرة في الشخصية برأي الطب النفسي وهي التالية:

١- التفاعل الوجداني.

٢- المعرفة.

٣- التصور.

٤- الوظائف الموجهة للسلوك والمؤدية لتكامله.

٥- السمات المؤدية الى ترابط السلوك.

١- التفاعل الوجداني

يلعب الوجدان دوراً أساسياً في تحديد الشخصية. ذلك أن الوجدان بطبع الشخصية بطابعه. هذا بالإضافة الى الأدوار الرئيسية التي يلعبها الوجدان في عمليات التعلم، التقدم والتفوق. فالخشية والاهتمام والمزاج ليست الا مفرعات للوجدان كما سنرى.

والحالات الوجدانية تؤثر أيضاً في عملية الإدراك هذه العملية المتأثرة بالمعرفة والتصوير الى جانب تأثيرها بالوجدان.

مما تقدم نستنتج بأن الوجدان يلون بطابعه الحياة النفسية للشخص. ومن هنا ياتي اعتبارها وجهاً من وجوه الشخصية. وليس مجرد عمل مكون لهذه الشخصية.

أ- دور الوجدان في تحديد السلوك: ان ردة فعل الشخص أمام مشكلة ما لا تتعلق فقط بحجم هذه المشكلة ولكنها تتعلق مباشرة بحالته الوجدانية أثناء تعرضه

المشكلة. وننطلق من المسألة الفيزيولوجية القائلة بأن لكل إثارة ردة فعل تأتي بمنزلة الجواب على هذه الإثارة.

وإذا كنا في مجال الحديث عن الوجدان فمن الطبيعي القول بأن ردة الفعل هذه تختلف باختلاف التفاعل الوجداني من شخص لآخر. ولكنها تختلف أيضا باختلاف حدة الإثارة وباختلاف الوقت الذي نعرض فيه هذا الشخص للإثارة.

ونبدأ أولا بشرح كيفية تفاعل الجسد مع الإثارة، فالجسد يتلقى هذه الإثارة ويعايشها وجدانيا، وهذه المعيشة تترجم على الصعيد الجسدي بمجموعة معقدة من التغيرات الفيزيولوجية الناجمة في معظمها عن تدخل الجهاز العصبي الودي (اللاودي) والغدد الصماء. ونفصيل ذلك في الإثارة تؤدي إلى:

١- تحريك الجهاز الودي (السمبتي) الذي يقوم بتهيئة الجسم للقيام بردة الفعل. وذلك بمساعدة الجهاز الغدي الذي يفرز الأدرينالين ومعدلاته. الأمر الذي يساهم في تحديد ردة فعل الحافزة (Engelope) بحيث ترتفع مقدرة الجسم على الإيصال الكهربائي وكذلك ارتفاع ضغط الدم وتوسع التنفس وزيادة الحيوية العضلية... الخ والواقع أن أي معيشة من نوع الحافزة، كالغضب مثلا، تؤدي إلى تحريك الجهاز الودي (السمبتي).

٢- في حالة الإثارة التي تهيئ الجهاز نظير الودي (الباراسمبتي) فإن هذا التهيئ يؤدي إلى تهيئ لفرز الكولين (Choline) مما يؤدي إلى مظاهر جسدية مثل تباطؤ نبض القلب، تباطؤ التنفس، الشحوب... الخ.

وسيطرة إحدى الآليات المشروحة أعلاه هي في الواقع سيطرة نسبية. إذ إن أية إثارة كانت تؤدي إلى تهيئ للجهازين معا^(١). فالخوف على سبيل المثال وبالرغم من

١ - يقسم الجهاز العصبي إلى قسمين أساسيين: مركزي أو الأودي والنباتي أو اللاودي. وهذا الأخير مسؤول عن تهيئة الأعضاء التي تمارس وظائفها بصورة كلية دون تدخل الإرادة. مثل نبض

مظاهره الجسدية الدالة على هيمنة الجهاز الودي (السميتاوي) إلا أنه يكون أيضاً متلازماً بمظاهر توبيج الجهاز نظير الودي (الباراسميتاوي) مثل الغثيان أو التقيؤ أو التبول... الخ.

ونحن عندما نقوم بدراسة الحالات الوجدانية نلاحظ دائماً وجود علاقة متشابكة بين العوامل الخارجية (نوع الاثارة، حدثها، ديمومتها... الخ) وبين العوامل الداخلية الخاصة بكل انسان على حدة والخاصة أيضاً بالوضع الآتي (الحالة المزاجية) للشخص. وكل واحد من هذه العوامل يمارس تأثيراته الخاصة ويتحكم بشكل أو بآخر في ظهور ردة الفعل وفي تحديد الحالة المزاجية التي تعقب الاثارة. بهذه الطريقة وحدها نستطيع ان نفسر اختلاف ردات الفعل، أمام نفس الاثارة، من شخص لآخر. أي بمعنى آخر هكذا نستطيع أن نفهم لماذا تؤدي نفس عوامل الازعاج الى اصابة شخص ما بالقرحة^(٢) واخر بارتفاع الضغط^(٣) أو بالذبحة القلبية^(٤) أو غيرها من الامراض الانسدادية.

القلب والفرزات فتحد وعركت الامعاء... الخ. ولهذا الجهاز اللا وادي نقلاته الكيميائية الخاصة وهي الكاتيكولا مينيات (ادرينالين ونور ادرينالين) بالنسبة اسمه الودي والكولين بالنسبة اسمه نظير الودي.

٢- للتسقي نظير الامراض النفسية وعلاجها- مرجع سابق الذكر - فصل القرحة. (ص ٢٩).

٣- المرجع السابق ص (٣٠)

٤- المرجع السابق ص (١٧)

وفي نهاية حديثنا عن دور الوجدان في تحديد السلوك نورد عدداً من العوامل المؤثرة في الحالة الوجدانية لشخص ما. ومن هذه العوامل نذكر: التعب، الارهاق النفسي، الاكتفاء، العادة الشهرية، الانتظار، الحرمان الحسي^(٥)

ب- الوجدان من وجهة نظر طبية: إن آلية الوجدان وتغير الحالة المزاجية كانت مثال نقائص عديدة. وقد طرح حول هذه المسألة عدد من التساؤلات والفرضيات. ولعل لولى النظريات النفسية - الفيزيولوجية حول الوجدان هي تلك النظرية التي طرحها الملمان (James , Lange) في العام ١٨٨٤. والقائلة بأن الاتفعال والمعاشات الوجدانية بشكل عام يمكن أن تفسر من خلال تأثيرها على الشخص ومن خلال التغييرات الظاهرة التي تحدثها فيه. وبقيت عبارة جيمس (James) الشهيرة: " عندما نشاهد دجاً نصاب بالخوف لأننا نهرب " .

على أن هذه النظرية لا تغطي إلا الدرجة الأولى من سلم التأثيرات التي يحدثها الوجدان ولهذا فهي تعتبر اليوم نظرية سابقة. ففي العام ١٩٢٧ ظهرت نظرية كانون (Cannon) و (Bard) وعرفت هذه النظرية بنظرية اللحاء - الدماغ الأوسط (Cortico - Diencephlique) وهذه النظرية لا تزال تلامي الكثير من القبول لغاية الآن.

وإذ أثبت بلرد بأنه لا يمكن الاستغناء عن الهيبوتالاموس في شرح الحالات الوجدانية. ذلك أن استئصاله لدى القطط يؤدي إلى فقدان الاتفعال لديها. وبهذا يعتبر بلرد بأن الهيبوتالاموس هو المسؤول عن تسجيل ردود الفعل الوجدانية وذلك طبقاً تحت مراقبة اللحاء الدماغى. ونحن إذا أردنا أن نلخص هذه النظرية فإن التلخيص

٥- الحرمان الحسي: ويقصد به حرمان الشخص من استخدام حواسه كأن يوضع في مكان مظلم ليعرّم من استخدامه حسّة النظر... الخ من ممارسات الحرمان الحسي المستخدمة في عمليات غسل الدماغ.

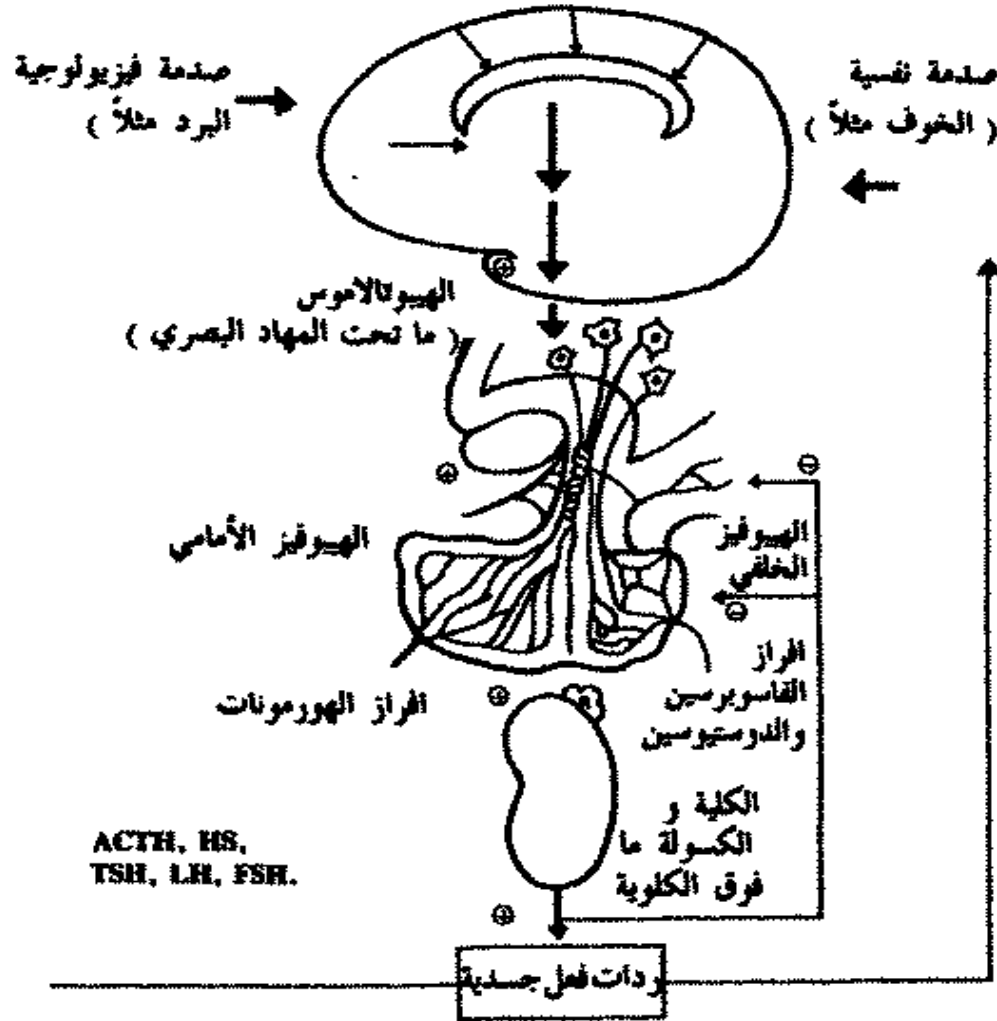
يأتي على النحو التالي: يقوم اللحاء الدماغى بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء المعاشات الوجدانية. إلا أن اظهار وتنفيذ ردود الفعل فهي من اختصاص الهيوتالاموس.

وفي العام ١٩٥٠ استطاع العالمان ليندسلي (Lindsley) ولرنولد (Arnold) أن يكملوا هذه النظرية وأن يسدا بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهما لآلية التنشيط (Activation). هذه الآلية التي تستطيع أن تشرح لنا أسباب استمرار لو حتى زيادة أثر المعاشات الوجدانية السابقة. فهذه النظرية تقول بأن المثير يحدث تهييجا يصل إلى المركز الخاص به في اللحاء. وعندما يبدأ المرء بوعي المثير وفي هذه اللحظة يكف اللحاء عن كبح الهيوتالاموس بحيث يتيح له ممارسة التأثيرات المتلائمة مع المثير. وهذه الرابطة بين اللحاء والهيوتالاموس تلعب دوراً مزدوجاً. فهي من ناحية تقوم بإرسال المسائل العصبية (influx Nerveux) الضروري لمواجهة المثير. أما من ناحية أخرى فهي تقود التيار العصبى (Flux Nerveux) من المحيط نحو اللحاء متيحة بذلك إمكانية دعم واستمرار وتقوية ردة الفعل.

ولا بد هنا من الإشارة إلى الاضافة التي أتى بها العالم ماك لين (Mac ken) من خلال دراساته على الجهاز الهامشى (الليمبى) (أنظر الصفحة التالية) وآرائه في التكامل السلوكى. بحيث أصبح بالإمكان تحديد دائرة مغلقة للفعل واردة للفعل.

وهذه الدائرة تستطيع أن تفسر لنا ما يجري بشكل متكامل. وهذه الدائرة العصبية المغلقة هي: لحاء دماغى - هيوتالاموس - أعصاب محيطية - هيوتالاموس - لحاء دماغى (Cortico - perferico Hypothalamo) - Cortical - Hypothalamique. هذه الدائرة العصبية تستطيع أن تفسر لنا الآلية المسؤولة عن الاستمرار التلقائى للمعاشة الوجدانية التي تدوم طويلاً.

وهذه النظرية تعتبر نقلة هامة في فهم وظيفة الجهاز العصبي. وذلك من خلال تخطيطها دراسة للدماغ من حيث بنيته التي دراسة الأوتار الوظيفية للدماغ. فهذه النظرية قادرة على شرح تكامل البواصت والطاقة والوجدانية.



وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القائمة بين الجهاز العصبي من جهة وبين الغدد الصماء من جهة أخرى. هذه المشاركة التي تتم إثر مواجهة الجسد لصدمة ما، سواء أكانت نفسية (كالخوف مثلاً) أو فيزيولوجية (كالتعرض للبرد مثلاً).

وفي كلتا الحالتين نلاحظ أن الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. فالمثير يؤدي إلى تهييج الهيبوتالاموس (ما تحت المهاد) مما يؤدي إلى إفراز الغدة النخامية للهرمونات: T.S.H. A.C.T.H. , L.H. و F.S.H. وهذه الهرمونات تصب في الدم وعن طريقه تصل إلى الغدد الكظرية للأحائية حيث تقوم بمراقبة إفراز A.C.T.H. وتشجيع ردات الفعل الجسدية الكفيلة بمقاومة آثار الصدمة.

ومن المهم أن نلاحظ الرابطة العصبية - الهرمونية الدقيقة القائمة بين الهيبوتالاموس والغدة النخامية، إذ نلاحظ أن الهيبوتالاموس يفرز الهرمونات (Releasing factors) التي تؤدي بدورها إلى إفراز الهرمونات النخامية (A.C.T.H- L.H- T.S.H. F.S.H).

ج- تكون الوجدان ونموه لدى الطفل: خلال العام الأول من عمره يعيش الطفل البشري حالات وجدانية بدائية، فطرية ومنقبة. كما أن المعاشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها تؤدي إلى ردود فعل واسعة وشاملة.

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لسن ٣-٤ سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الأفعال والتفاعل. إلا أن طفل هذه السن يبقى مقيداً بما يعرض عليه محيطه. إلا أنه يجيب بحزم وبسرعة، بعنف ودون أن يتردد كثيراً في الانتقاء. أما في السن المتروحة بين ٣ و ٦ سنوات فنحن نلاحظ لدى الطفل لولى علامت القدرة على تعديل وإخفاء معاشاته الوجدانية. فطفل هذه السن يقوم بالانتقاء ويفضل بعض الدمى أو الأكلان أو الملابس على أخرى. ولكن المعاشة الوجدانية في هذه السن تبقى قصيرة المدى وغير ثابتة وخاضعة لتأثير الإيحاء والرغبة في تقليد الكبار. وفي هذه المرحلة يجب علينا أن نهذب نوق الطفل وأن نولط لديه الإحساس بالجمال والخير.

أما المرحلة الدراسية الممتدة من سن ٦ إلى ١٦ سنة. فهي تشهد تضجج
العواطف وعقلنتها. وفي هذه المرحلة يتجسد النمط الحيثي للشخص وفقاً للمثل
العباء، التقاليد والابطال الموجودين في محيطه.

د- السلوك الوجداني: إن تحديد السلوك الوجداني لشخص ما هو أمر في غاية
الصعوبة. إذ إن العوامل المكونة لهذا السلوك والمؤثرة فيه هي عوامل متنسجة
ومتداخلة بشكل يصعب معه حصرها أو حتى تحديدها. ومنقتصر هنا على مناقشة
الخطوط العريضة للعوامل المؤثرة في السلوك الوجداني. وهذه العوامل هي:

١- الحالة المزاجية.

٢- الغرائز.

٣- التكرار أو الاتساع.

٤- العواطف والأهواء.

١- الحالة المزاجية:

إن التسامح الانفعالي- الوجداني للحياة النفسية يتركز على مجموعة من
التأثيرات الخارجية والداخوية الخاصة بكل شخصية على حدة. والروابط القائمة بين
هذه التأثيرات هي التي تحدد مدى تكامل الملكات والقدرات العقلية.

وبإمكاننا اعتبار المزاج بمنزلة الميزان الحقيقي للقوى العقلية المتحركة في
التوازن النفسي. فمن الملاحظ بأن أي تغيير أو اضطراب، يحصل على الصعيد
الجسدي، يؤدي إلى تغير الحالة المزاجية. هذا وقد تعودنا على وصف المزاج بأنه
جيد أو سيء، بأنه مستحب أو بغيره.

ويقسم الطب النفسي اضطرابات المزاج وفقاً لخطتين متعامدين: أولهما يقسم
الحالات المزاجية من حيث حدوثها وديمومتها إلى ثلاثة أنواع هي:

أ- المزاج الزائد الانفعال (Hyperthymie).

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي) (Athyrie).

ج- المزاج المكنني الانفعال (Hypothymie).

لما الخط الثاني فيقسم اضطرابات المزاج، وفقا لانعكاسها على السلوك الى قسمين هما:

د- المزاج النظير الانفعالي Parathymic.

هـ- المزاج العسير (المولم) Dyathymic.

أ- المزاج الزائد الانفعال (ارتفاع التأثير الوجداني) : وهذا النوع من اضطرابات المزاج تمكن مصافته في أمراض نفسية وعقلية متعددة مثل: الذمضات المتبدية بزيادة الانفعال، الصرع، أثناء النشوة الصوفية لمرض الصرع، حالات المرح المصلحية لتعاطي المخدرات وفي بعض حالات التخلف العقلي... الخ.

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي): ويتبدى هذا المزاج من خلال لا ميالة وجدانية مبالغ فيها. ويحدث احيانا لن تترلق هذه اللامبالاة بالهلوسات وهذا ما نصادفه لدى بعض مرضى الفصام بشكل خاص.

ج- المزاج المكنني الانفعال (الهامد): ويتميز بتناقص الصدى الوجداني والاندفاع الحيوي للشخص ومثل هذا الاضطراب المزاجي تمكن ملاحظته في حالات رضوض الجمجمة، وفصام الشخصية وفي غالبية حالات الخيل. وتجدر الاشارة هنا بأن الكلبة ليست حالة جمود وتنسي لفعالي كما قد يخيل لنا للوهلة الاولى ولكنها حالة ارتفاع في التأثير الوجداني. هذا الارتفاع الذي يجعل المريض يضمخ عوامل حزنه مما يرفع تأثيرها الوجداني على مزاجه بحيث يصبح كئيبا.

د- المزاج العسير: لو المزاج المولم ويتبدى هذا المزاج من خلال الخطوط للمريضة التالية: مزاج حزيني يتراوح بين الألم الاخلاقي، أي التركيب الانهيارى،

ولكن تكثر المزاج هذا يمكن أن يصل إلى مرحلة الانقباض الشاق والمكدر الذي يمتد إلى التفكير ككل ويطبوع المزاج بالخوف من الوحدة أو رهاب الذات (Egophobie) ومثل هذه الحالة تميز عصاب فيرا (Névrose Vera) إلا أن هذا المزاج العسير ممكن أن ينشأ عن حالات الأكم المعنوي المترافق مع العمى العقلي كما يحدث لدى مرضى كآبة القلق.

والحقيقة أن المزاج العسير كثيراً ما يصاحب حالات الانهيار الارتكاسي، ذهانات التقهر بسبب التقدم في العمر، حالات الصرع (فترة ما بين النوبات) وكذلك في حالات النوراستنيزا... الخ.

هـ- المزاج التظير الانفعالي: وهذا الاضطراب المزاجي هو مرحلة تطورية للمزاج العسير. وهو يحدث عندما يتلازم الأكم المعنوي والحالات المكدرية مع الحساسية المفرطة والخوف والمصيبة. وهذه للحالة المزاجية تلاحظ بشكل خاص لدى بعض مرضى الصرع وكذلك في حالات الهذيان الحاد المترافق مع الخبل الحتمي. وأخيراً لدى مدمني المخدرات في فترات منعهم عن تعاطيها.

٢- الغرائز:

تعرف الغريزة على أنها ملكة القيام بأفعال معينة ومحددة تتفق مع الوراثة دون أن تكون هناك حاجة لتعلم هذه الأفعال.

ويتفق العلماء اليوم على تقسيم الغرائز إلى مجموعتين كبيرتين هما:

١- الغرائز المودية للحفاظ على الذات (البقاء) وفيها تدخل غرائز التغذية والدفاع عن النفس... الخ.

٢- الغرائز الهادفة للحفاظ على النوع ومنها غرائز الانجاب والأمومة.. الخ.

لما عن مواقف العلماء من الغرائز. فقد كانت هذه المواقف شديدة التباين ففي حين يطلق فرويد الامة القصوى على الغرائز والجنسية منها بشكل خاص، فإننا نلاحظ أن لورنز (K. Lorenz) يؤكد بأن الغرائز قابلة للتهديب والتأثر بالمحيط.

ولخيراً فإن علماء الجراحة العصبية استطاعوا أن يثبتوا بأن التحكم في الغرائز هو من الأمور الممكنة خاصة بعدما حددوا المناطق الدماغية ما تحت الحافية المتحركة بهذه الغرائز (راجع الصورة التي تبين روابط لثالاموس).

هذا وقد استطاع العلماء أن يدخلوا للكثير من الموضوعية على معرفتنا لهذه الغرائز وذلك من خلال اكتشافهم لتلك الناقلات العصبية المسماة بالاندورفين^(١). ذات المفعول المخدر الذي يفوق مفعول المورفين بحشرات الأضغاف. فقد أثبتت التجارب بأن من شأن هذه الناقلات أن تتحكم بالمزاج أيضاً بالغرائز. ولن نطيل الشرح أكثر من هذا. وسنبداً باستعراض اضطرابات الغرائز:

أ- اضطراب غريزة التقفية: وهذا الاضطراب يمكن أن يتظاهر بأشكال ومناسبات عديدة:

١- النهام: زيادة كمية الأكل المتناولة وهذه الزيادة ممكن أن تنجم عن أمراض عقلية (تخلف عقلي، لعتة، وفصام الشخصية... الخ) أو أمراض نفسية كالانتهيار الارتكاسي أو أمراض عضوية مثل أمراض البنكرياس، السكري أو لورم الدماغ الأوسط.

٢- العطش الزائد: أي زيادة شرب السوائل وهي صفة مميزة للعصابيات بشكل أساسي ولكننا يجب ألا ننسى السكري الكاذب.

١- الاندورفينات أو مورفينات الدماغ (Endorphins) هي ناقلات عصبية- كيميائية يفرزها الجهاز العصبي على صعيد الدماغ بصورة خاصة). وهي تلك خصائص مخدرة شبيهة بخصائص المورفينات.

٣- انخفاض الشهية: هذا الانخفاض يمكن أن يصل لغاية الامتناع الكلي عن الطعام (إياء الطعام) وافترت طويلة كما في حالة عصاب الخفة العقلي (٧). كما يمكن أن تصادف انخفاض الشهية في حالات القلق والتهيؤ والاندمان والكآبة... الخ.

٤- شذوذ الغريزة الغذائية: وهذا الشذوذ يتبدى بأشكال عديدة منها:

أ- أكل البراز (فضلات الأمعاء) (Coprophagic) تصادف في حالة القصام المزمن المتطور.

ب- أكل الأتسياء الغريبة (Alotrioptagic): مثل أكل الزجاج، الفحم، الطباشير، المسامير... الخ وهذه تصادف في الاضطرابات النفسية المرضية أو في حالة المعارمة مع المحيط.

ج- اللوحام أو شهية الحامل: ومنها رغبة الحامل في أكل الأتسياء المالحة وفي بعض الحالات المتطرفة أكل الوحل المالح وهذا يدخل في الاضطرابات النفسية لمرافقة الحمل.

ب- اضطراب الغريزة الجنسية:

١- ازدياد الرغبة الجنسية أو الشبق: وتلاحظ مثل هذه الزيادة في حالات الهيستيريا والتخلف العقلي وبداية حالات العته وكذلك في حالات الهوس. والشبق يمكن أن يؤدي إلى ارتكاب أعمال مناقية للحشمة (اغتصاب، تهتك، شذوذ... الخ).

٧- عصاب الخفة العقلي (Anorexia Mentale) أو القهم: حالة مرضية تتبدى لدى الفتيات في سن المراهقة بمظاهر الامتناع عن تناول الطعام (إياء الطعام) والقنوء الأزدي عقب تناول أي طعام. إضافة لانقطاع العادة الشهرية و بروز مظاهر الهزال المعنوية. لتتسق في هذا الموضوع نظرة محمد أحمد النابلسي: الهزال وعلاجه النفسي، الرسالة- الإيمن بهت.

٢- انخفاض الرغبة الجنسية أو البرودة الجنسية (مرأة) أو العضة (الرجل): وهذا الانخفاض يظهر في حالات الإرهاق، الإتهوار، التوتر استقيا (العباء) انحراف الغريزة أو الإمان على المخدرات أو تعاطي المهدنات.

٣- الشذوذ الجنسي: ويمكن أن ينشأ عن أسباب متنوعة كالمقد النفسية القروبية، أو الاضطرابات الهرمونية أو تحت تأثير المحيط أو نتيجة للأمراض النفسية أو العقلية. والشذوذ على أنواع عديدة نذكر منها:

١- الواط: وهو ممارسة الجنس بين ذكرين.

٢- المحاق: وهو ممارسة الجنس بين امرأتين.

٣- شذوذ العمر: وهو عبارة عن اختيار رفيق جنسي (سوي أو غير سوي) من عمر غير مناسب. كأن يكون الشريك طفلا (pedophilie) أو أن يكون مسنفا (Gerentophilie).

٤- القوتشية: وهي التعلق بالملايس والأشياء ذات المغزى الجنسي.

٥- المازوشية: وهي عبارة عن الرغبة في التعرض للذئاب أثناء الممارسة.

٦- السادية: وهي لذة تعذيب الشريك الجنسي.

٧- الامتناء: وهو لكفلية الجنسية الذاتية. وتصادف في حالة غياب الشريك الجنسي أو عدم توفره. وكذلك لدى الخائفين من المنفس والابز وأيضا عند أولئك الذين تعرضوا لأحياط جنسي أضالة في الثبطين.

٨- امان الجنس: وهو عبارة عن ممارسة الجنس دون وجود رغبة حقيقية فيه: القباء، الاجبار، الخوف الخ...

٣- للتأثر والانفعالات:

إن الانفعال هو الطريقة الخاصة التي يعيش وقتها الشخص احساسه الذاتي لوعيه وانتشاطاته. والانفعال يؤثر مباشرة في التوازن العصبي- الهرموني والتوازن الغريزي وكذلك في توقع الشخص الذي يعيشه.

فالانفعال هو إذا الطريقة النفسية - الفيزيولوجية للمعيشات الذاتية. وتتميز الانفعالات بظهورها المفاجئ،ديمومتها القصيرة ولكن أيضاً حداثتها وتأثيرها على الجسد فهي تؤدي إلى مشاركة الجهاز العصبي- النباتي والجهاز الغدي بشكل مرهق وفعال.

ولا بد لنا من لفت النظر إلى الاضطراب الانفعالي. هذا الاضطراب المتميز بالانتقال السريع من حالة عاطفية إلى أخرى بسرعة. مثل الانتقال المفاجئ من الضحك إلى البكاء، ومثل هذا الاضطراب يصاحف في حالات الهستيريا، تناثر القلق الانهاري، حالات الغثه الناجمة عن الشيخوخة أو عن سوء تغذية الدماغ وكذلك في حالة المصابين بحادث شبيه بصيبي Pseudobulbaire^(٨) حيث يصبح الانتقال من الضحك إلى البكاء عشوائياً ولا يمكن أن نجد له أي مبرر. هذا الوضع الذي يمكن ان يعيه للمريض نفسه.

٤- العواطف والأهواء:

لذا كانت الغرائز والانفعالات لا تخضع كثيراً لسيطرة الوعي ورقابته فلإن العواطف والأهواء تخضع لهذه السيطرة. فالعواطف هي وسيلة التقدير الذاتية

٨- تناثر شبيه بصيبي Pseudo - Bulbaire: هو تناثر عصبي يمزج فيه الاختلاط العقلي، بدرجاته المتفاوتة، مع مظاهر عصبية محددة تطلق نواحي الحركة والضمبط. وهو يأتي غالباً عقب اسباب شلل نصفي والتمصاب به خطوة مميزة (خطوة صغيرة متروكة) - تناثر اضطرابات المشية في أصل الفحص الطبي العام.

للشخص. هذه الوسيلة المؤثرة في تلقي الشخص للانطباعات، وهي تعتمد أساساً على تجربة الشخص الذاتية.

والعاطفة هي مرحلة متطورة للمعايشة الوجدانية تتجلى بتفاعلات فكرية - مزاجية تعكس النكاه الانساني في تطوره التاريخي - الاجتماعي وذلك من خلال المحتوى الاخلاقي، الجمالي والذهني لهذه العواطف. وظهور العواطف يبدأ عادة معقداً، بطيئاً وتكرجياً. وتستمر العواطف عادة لفترة طويلة ولكن تطورها يكون بطيئاً ومعتدلاً. وخلال ذلك فان العواطف تسيطر على الشخصية برمتها.

والعواطف السوية لكي تظهر يجب ان تكون مدعمة بتربية حسية - اخلاقية، تطور طبيعي لقدرات للشخص الذكائية ويتفكير مترن (هو الذي يحدد العواطف في اغلب الاحيان).

والاضطراب العاطفي يمكن أن يظهر في حالات وأوضاع مختلفة، وخاصة في حالات الأمراض النفسية. هذه الأمراض التي تترافق دائماً بالاضطراب العاطفي. أما أنواع الاضطراب العاطفي فهي متعددة نذكر منها:

- ١- الشعور بالدونية وعدم الاكتفاء، لدى مرضى العصاب.
- ٢- الأثلية البالغة لحدة لدى المرضى النفسيين مضطربي الشخصية.
- ٣- الغيرة والاستبداد لدى مدمني الكحول.
- ٤- الشعور بالغرابة (لغاية رفض الاعتراف بالوالدين) لدى مرضى فصام الشخصية.
- ٥- الغرور وزيادة تقدير الذات لدى مرض العظام.
- ٦- إنكار الأنا لدى المحتومين.

وفي نهاية حديثنا عن الوجدان. نقول بأن تحديد الاضطرابات الوجدانية يقتضي منا أن نقوم بمراقبة المريض لفترة كافية. بحيث ندعه يتصرف على سجيته ودون أن يحس بأنه مراقب.

ومن أهم الملاحظات التي يجب تكوينها في هذا المجال هي مدى تطابق قناعات الشخص مع طريقته في الاعراب عنها. إذ قد يخفي المفحوص أفكاراً ذهنية. كما أنه قد يعرض أمثال هذه الأفكار دون أن يكون مقتنعاً بها.

لما إذا أردنا التعمق في دراسة الوجدان فعندها يجب علينا أن نلجأ لاستخدام اختبارات الشخصية على أنواعها.

٢- المعرفة

إن المفهوم النفسي للمعرفة يمثلها على أنها القدرة على وعي مجموعة من المعلومات التي يحويها الحقل العقلي (Champ mental) في لحظة ما. وكذلك فإن المعرفة هي الطريقة التي تنظم ونقها المعلومات بحيث يمكن استخدامها في وجوها مختلفة من أجل التكيف مع المحيط والتكامل فيه.

والمعرفة تعتمد على ملكتين أساسيتين هما:

١- التفهم

٢- التعلم.

١- التفهم:

يعتبر التفهم والاستيعاب أولى وسائل التكيف مع المحيط والتكامل فيه. فالتفهم هو عبارة عن الصورة الذاتية المعقدة والموحدة التي تحدد في الوعي كميبدأ فكري- مزيجي. وذلك من خلال انعكاس خصائص الأشياء والظواهر الطبيعية التي تمارس تأثيرها دون تقطاع في لغات الحس (العين، الأذن... الخ) وبهذا فهي تحدد لخصائص بطلها الدماغ ويركبها بشكل رتود لعل ارتكاسية في القشرة الدماغية.

وهكذا نلاحظ بأن للفهم يتعلق مباشرة بالمزاج، وكذلك بالتفكير. وكذلك نلاحظ بأن طريقة الفهم هي القاعدة التي تساعد على فهم وتبين مفاهيم الزمان، المكان، الحركة وكذلك حالة الجسد.

والحقيقة ان الانعكاس الواضح للعالم المادي في وعينا انما يرتين بإرسال هذا العالم للمهيجات التي تستطيع حواسنا ان تفهمها. فالائن البشرية لا تتلصق من الاصوات الا تلك المترابحة بين (١٦ - ٣٢٠٠٠ Vib/ Sec) والحقل العقلي للانسان يحتوي على مجموعة من المعلومات والاحساسات الاصلية وعملية الفهم هي كتابة عن استقبال المعلومات الجديدة (من خلال أجهزة حسية معقدة متمثلة في الواقع مرحلة من مراحل الفهم. وهو يعتمد على المستقبلات الحسية التي تقسم الى:

أ- مستقبلات حسية- ميكانيكية: وتتمثل هذه المستقبلات بالجلد، المفاصل، العضلات والأغشية المبطننة... الخ.

ب- مستقبلات حسية- كيميائية: وتتمثل في حاستي الشم والذوق.

ج- مستقبلات حسية- كهرومغناطيسية: وتتمثل في حاسة النظر وكذلك الاحساس بالحرارة.

وانتقال المعلومات من العالم الخارجي الى اللحاء الدماغى. يفرض على هذه المعلومات ان تمر عبر شبكة معقدة من الألياف والوصلات العصبية وأثناء مرور هذه المعلومات فان الجهاز العصبي يقوم بتحويلها. وهذا الانتقال يعتبر بمثابة تنقية لهذه المعلومات ومراقبة الاحساس العصبي لتقدم الى اللحاء. وتتم هذه المراقبة من طريق الوصلات العصبية المعكوسة (Connexions inverses). ومن شأن هذه المراقبة ان تصحح أخطاء المعلومات الواردة (إذا وجدت مثل هذه الأخطاء).

وعندما تصل المعلومات الى اللحاء تجرى لها هناك عملية تراطط الاشارات (Corrélation des messages) وذلك على شكل مجموعات من الرموز وهكذا

نستنتج بأن القشرة الدماغية تجري وبشكل دائم عمليات تحليل للمعلومات وتركيب الرموز لها.

وفي النهاية تصل المعلومات (بشكل رموز يمثلها احساس عصبي وتغيرات كيميائية)^(٩) إلى المركز الرئيسي (المختص بتحليلها وفهمها) الموجود في الدماغ^(١٠) والذي يحولها إلى احساس مفهومة.

أما عن الطريقة التي يتوصل جهازنا العصبي من خلالها إلى فهم الأشياء فنحن لا نعرف سوى اسماً منها^(١١).

وفي النهاية نذكر بأن عملية الفهم لدى الطفل تنمو من خلال تعلمه. فكلما تعلم الطفل زادت قدرته على الفهم والادراك.

أما لدى البالغ فإن عملية الفهم تصبح أكثر تعقيداً فهي تصبح قابلة للتوجيه وللاستقاء.

٢- التعلم:

إن عملية التعلم هي ثاني العوامل المحددة للمعرفة. وهذه العملية تعتمد في أساسها على ثلاثة عوامل رئيسية هي:

١- الجهاز العصبي المركزي: ومدى تطور هذا الجهاز هو الذي يحدد مدى قابلية التطور ومدى امكانيات التعلم.

٩ - يوجد دماغ بشري في حالة من الاختلال الدماغي المميزة بتوازن كيميائي فائق التعقيد. وتتغير هذه الحالة بتغير الاورقات الدماغية. أما التغيرات المشار لها هنا فهي ناجمة عن تحريك الناقلات العصبية - الكيميائية (Mediateurs Chimiques) التي تفرز كي تنقل المعلومات من الدماغ واليه.

١٠ - هذا التحليل يطرح شكلياً شبكة تلخص بالسؤال: كيف يعمل الدماغ؟

١١ - تميل غالبية العلماء إلى القول باستحالة توسلنا لفهم هذه الطريقة. وبعضهم يطرح المسألة على أن الكمبيوتر لا يستطيع ان يرمج نفسه بنفسه.

ب- الظروف العائلية والمادية.

ج- المحيط الذي ينشأ فيه الطفل.

د- العمر الذي يتم خلاله التعليم.

ولعله من المفيد أن نستعرض مراحل التعلم. وهذه المراحل هي التالية في رأي الطب النفسي^(١٧).

١- المرحلة الأولى: الممتدة من سنة إلى ثلاث سنوات. وفي هذه المرحلة نلاحظ أن ملكة الفهم تتطور بشكل إجمالي وأولي. وذلك بحيث تنحصر عملية الفهم في نطاق الأشياء البسيطة، الثابتة والمعروضة أمام الطفل بشكل دائم.

٢- المرحلة الثانية: وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث إلى ست سنوات. وخلال هذه المرحلة نلاحظ توسعاً في عملية الفهم بحيث يبدأ الطفل بامتلاك القدرة على إدراك المفارقات المختلفة للمعلومات المستقبلية. وكذلك فإن طفل هذه المرحلة يميز بين الأشكال وكذلك بين الألوان. وأيضاً يجب الانتباه إلى أن الطفل يبدأ في هذه المرحلة بإدراك هيمنة المجرّد (التجريد) وتفرقه.

إلا أن مفاهيم الزمان والنضاء لدى هذا الطفل تبقى مفاهيم غامضة وغير ثابتة إلى حد بعيد.

٣- المرحلة الثالثة أو المرحلة المدرسية: الممتدة من سن ٦ سنوات إلى عشر سنوات. وهذه المرحلة تحمل معها تطوراً ذهنياً ملحوظاً تقضي أولى مظاهره بدقة الملاحظة. حيث نلاحظ كثرة الأسئلة والتساؤلات لدى الأطفال في هذه

١٧ - هذه المراحل مبنية على أساس مرحلة النمو الحسوي النفسي للطفل. حيث وضع الطب النفسي جداول تعدد علامت هذا النمو في كل مرحلة عمرية لتتسق تطور: محمد لعمد النابلسي: نكاه الرضيع، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

المرحلة. كما يلاحظ لدى أولاد هذه المرحلة اتساع دائرة الاحساسات. هذا الاتساع الذي يتوج بهيمنة حاسة البصر على بقية الحواس.

٤- المرحلة الرابعة أو مرحلة البلوغ: وتشهد هذه المرحلة تنامياً ملحوظاً في مختلف القدرات الحسية وخاصة البصرية منها. وأثناء هذه المرحلة تصبح عمليات الفهم متمسكة بالحيوية وبالمعايشة الوجدانية القوية.

كما أن مرحلة البلوغ سمة مميزة فيها يعيش الولد مركزاً على حاضره ومهتماً به. وذلك دون التفكير في الماضي أو في المستقبل.

٥- مرحلة المراهقة: وتشهد هذه المرحلة تنامي الولد وبدلية نضجه. وبالطبع فإن ملكات الفهم والقدرة على التعلم تولكان هذا التطور الذي يبلغ مداه في نهاية هذه المرحلة وذلك بحيث يتركز نمو ملكات الفهم في الاتجاهات والميادين التي يختارها المراهق. أي التي تلائم مزاجه.

ولكن ملكات الفهم تبدأ بالتناقص تدريجياً مع تقدم الإنسان بالعن ومع اقترابه من سن اليأس (بالنسبة للمرأة) ومن القمة الرجولية (Climax viril) بالنسبة للرجل. وهذا الانخفاض في ملكات الفهم، بسبب السن، يتبدى من خلال انخفاض القدرة على تحليل المعلومات الواردة. وفي أقصى حالاته فإن هذا الانخفاض يصل إلى حد الخرف.

٣- اضطرابات الفهم:

في الواقع أن هناك بواعث عديدة لاضطرابات الفهم. ومن الملاحظات التي سجلها المعاء أن الحرمان الحسي المتمثل بعدم استعمال الحواس (كما في غسيل الدماغ) أو الإمتناع عن استقبال المعلومات لمدة معينة (العصى أو الصمم الهيسثيري... الخ) من شأنه أن يؤدي في النهاية إلى اضطراب ملكات الفهم.

وانطلاقاً من هذا المبدأ تنشأ اضطرابات الفهم لدى رجال الفضاء بعد عزلهم في غرف منفردة معدة للتمرين على فقدان الجاذبية أو لدى البحارين الذين يقومون منفردين برحلات بحرية طويلة الأمد. وأخيراً فإن الحرمان الحسي هو الأساس الذي تعتمد عليه عمليات غسل الدماغ ولذا كان سبب اضطراب الفهم فإن لهذا الاضطراب أنواعاً عديدة هي:

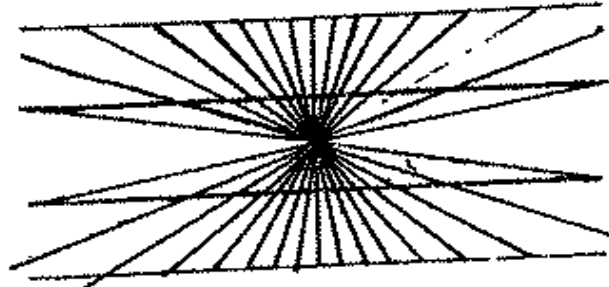
أ- التهييج الحسي (Hyperesthésie): ونعني به الحساسية المبالغة، وتهييج الحواس المستقبلية للتأثرة. وهذا التهييج ممكن أن يعم عدداً من أدوات الحس أو أن يقتصر على أداة واحدة منها (الجلد عادة). وحالات التهييج الحسي ممكن أن تنشأ نتيجة لتعاطي المهيجات (قهوة، أمفيتامين، قات، كوكايين... الخ) أو نتيجة لوجود لمرض نفسية معينة مثل النوراستكيا، عصب لقلق... الخ).

ب- الهمود الحسي (Hypoesthésie) ونعني به انخفاض الحساسية المؤدية إلى تباطؤ ملكات الفهم. وذلك نتيجة لهبوط قدرة أدوات الحس على استقبال المعلومات. وهذا الانخفاض في الحساسية يمكن أن يعود في أسبابه إلى حالات نفسية مرضية مثل الانهيار، الإرهاق النفسي، الاستنزاف الجسدي أو لسهر... الخ، كما يمكن أن ينجم انخفاض الحساسية عن أسباب غذائية (تسمم، سوء تغذية... الخ).

ج- فقدان الاحساس (Amésthésie): ونعني بها حالة انقطاع أدوات الحس عن استقبال المثيرات الواردة إليها والمعروضة أمامها. وهذا الانقطاع ممكن أن ينجم عن الأمراض العصبية أو عن الأمراض النفسية مثل المصاب الهيستيري (عسى، مثل... الخ) كما أن هذا الاعتماد ممكن أن ينجم أخيراً عن بعض الأمراض العقلية مثل بعض حالات التخلف العقلي أو الاخلال العقلي.

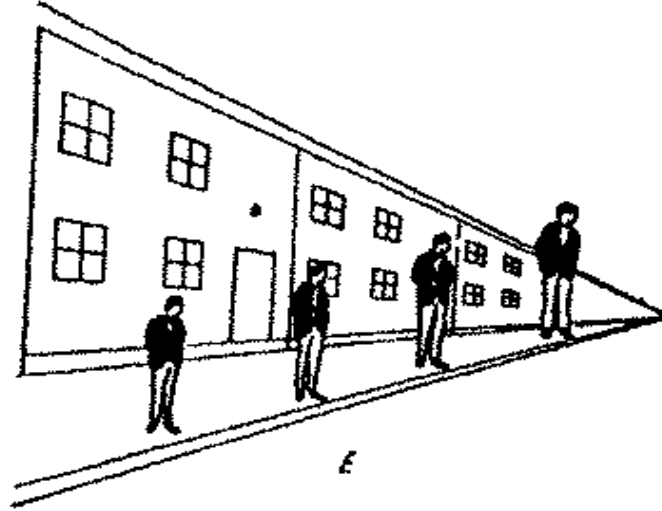
هذا ويعتبر العالم يوجين مينوكوفسكي E. Minkowski (١٦) بأن هناك نوعاً خاصاً من حالات تعذام الحس، وهي حالة تعذام الحس النفسية المتجلية بشلال التفاعل للوجداني والمزاج، وذلك بحيث يميز المريض عن انتقاء الاجابة الملائمة لما يعرض عليه من أسئلة (بسبب العجز عن استقبال السؤال وبالتالي فهمه). ويحذير هذا العالم بأن الشلل النفسي للفهم ممكن أن يحدث في حالات نفسية متنوعة مثل الأكم المعنوي، الشعور بالذنب، الاثهير، الكلبة... الخ.

د- الأوهام (Illusions) والوهم هو الفهم المشوه للأشياء. بحيث تفهم الأشياء على غير حقيقتها. ومثل هذا التشويه ممكن أن ينشأ عن أسباب عديدة متنوعة مثل التعب الجسدي أو الفكري أو نتيجة الإصابة بمرض نفسي. وتشويه الفهم يأتي ليعكس اضطرابات الدماغ أو ليعكس الإحساسات المرضية التي تشجعها حالة الاضطراب النفسي. ولعل أفضل مثال نعطيه على الأوهام هو ذلك المتمثل في الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بوهم Hering حيث تبدو لنا الخطوط الأفقية وكأنها مقوسة، مع أنها أفقية تماماً، ووهم التقويس هذا إنما ينشأ عن الخطوط الموجودة في مركز الصورة.

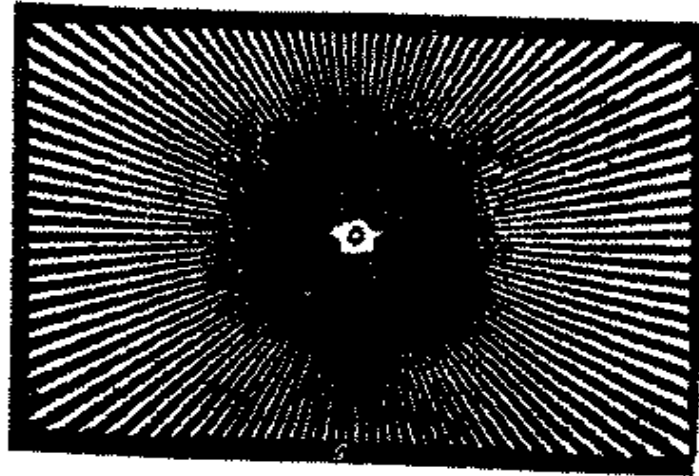
لدى مراجعتنا للصورة فلننا سوف نلاحظ ونتأكد بأن الخطين الوسطيين هما أفقيان تماماً ودون أي انحناء فيهما.



في هذه الصورة ترى أربعة أشخاص لهم نفس الطول والحجم. ومن الواضح أن احترام للرسم لتضيق المبني في نهاية الشارع يجعل هؤلاء الأشخاص يبدوون أكبر حجماً من اليسار إلى اليمين.

ويمكننا تقسيم اضطرابات الفهم الواعية إلى:

أ- الأوهام ما حول المنطقية: أو الـ (pareidole) كما يسميها العالم جاسبرز (Jaspers). وينتشر هذا النوع من الأوهام لدى الأطفال والأولاد، وكثيراً ما يكون الباعث عليها تحديق الطفل برسوم معقدة مثل السجادة مثلاً أو نسي الأعمى الدقيقة. ولتأخذ مثلاً على ذلك الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بصورة اشعاعات (Mac-Kay) وهذه الصورة تبرق بشكل غريب اذا ما حدثنا فيها بضعة ثوان. واذا ما حدث وأن نظرنا بعد ذلك الى حائط عار فإتينا ستلاحظ وكأن على الحائط آتانا من حبات الأرز المتساقطة بشكل عمودي (على اشعاعات الصورة). وهذا الوهم البصري يعود الى اضطرابات في بعض الألياف العقلية أو الى تهيج المستقبلات العصبية في قزحية العين. وربما نتخلت اسباب عصبية أخرى لتؤدي الى هذا الوهم. ومن تجربتنا للخاصة فإن من شأن هذه الصورة أن تشجع ظهور اللوية الصرعية لدى بعض مرضى الصرع.

كما يمكن أن تنشأ هذه الأوهام نتيجة الإصابة بالالتهابات، التسمم، رضوض الجمجمة، الصرع، الخبل، أو الذهان الحظمي... الخ.

ب- أوهام التحوير التامسي (Métamorphopsy) وهذه الأوهام هي عبارة عن اضطراب فهم الاتياف في الفضاء. بحيث يمكن أن يرى المريض الأتياف أكبر من حجمها الحقيقي (Macropsy) أو أصغر منه (Micropsy) أو من الممكن أن يراها أقرب أو أبعد، أطول أو أقصر عما هي في حقيقتها. كما يمكن لأوهام التحوير أن تشوه الصورة ككل.

وهذه الأوهام ممكن أن تنشأ نتيجة للاضطرابات البصرية، قنائة الأذن أو دهليزها، التسمم رضوض الجمجمة، إيمان المخدرات المسببة للهوس، الصرع وأخيراً ذهانات الشبخوخة.

ج- التعرف الخاطي على الأتياف: وتتجلى هذه الأوهام عن طريق ايمان المريض مثلاً بأنه يعرف شخصاً، تعرف اليه حديثاً للمرة الأولى، منذ فترة طويلة. بل وأحياناً يهيا للمريض بأن هذا الشخص ما هو الا صديقه أو قريبه القلاني.

ومثل هذه الأوهام تكثر لدى المصابين بالهوس، الخبل، تناثر كورساكوف (Korsakov) (١٩) أو في الاختلال العقلي الناتج عن التقدم في السن.

د- أوهام المزوجة: كما يسميها العالم (Capgras) وتظاهر هذه الأوهام بأن يخلط المريض بين قسطن وأخر يشبهه، ولو قليلاً، ويتصرف معه على غرار تصرفه مع الآخر (العائيب). والحقيقة أن أوهام المزوجة تحصل غالباً لدى مرضى الفصام، لبارتويا (العظام)، أو الفصام الهذلي (Paraphrénie).

هـ- الأوهام الناجمة عن تناثر الغشاء (١٠) - العسة الحركي - الحركي (Syndrome Agnose - Apraxo - Aphasique) وهذا التناثر كما يُستشف من اسمه يجمع ثلاثة أنواع من مسببات اضطراب الفهم. ومن الممكن أن تقتصر الأوهام على واحد أو أكثر من هذه المسببات ولذلك فقد رأينا أن نعرضها كلا على حدة:

ال- عته وهو فقدان قدرة الشخص على فهم المنبهات الحسية التي تنقلها له حواسه فهو يرى الأشياء على غير حقيقتها. والعته بدوره ينقسم إلى عدة أصناف:

* عدم قدرة الشخص على القراءة (Alexie).

** يستطيع التعرف على الشيء ويصفه بشكل جيد ولكنه لا يعلم لماذا يُستعمل

هذا الشيء وينسى طريقة استعماله (Astérognoisie).

١٤ - تناثر كورساكوف (Syndrome Korsakov): هو تناثر خللي يظهر عقب الكحول المزمن، وفيه يهين فقدان القدرة على الحفظ والتعرف العقلي إلى الأشياء. والتهاب نويات الاعصاب - لتصلح نظر نسل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فترة الاضطرابات المسماة بالتسمم الكحولي.

١٥ - العسة (Agnosie): هو فقدان القدرة على فهم المنبهات الحسية. أما العسة الحركي (Apraxie) فهو فقدان القدرة على القيام بالحركات المتتالية مثل لبس القالب أو الأكل والتسريح... الخ من المهام الحركية البسيطة التي تكفي لتساق عدة حركات وتتمسكها.

*** يفقد الشخص القدرة على تحديد مكان أعضائه. فلا يستطيع مثلاً أن يدلنا على أنفه. (Autotopoagnosie) أو تناذر بيك^(١٦) (Pick).

٢- لا عمه الحركي: ويتجلى بعدم القدرة على استعمال الأشياء أو عدم القدرة على الكتابة مثلاً (Apraxie).

٣- اضطراب النطق (الخرس): وهو عبارة عن عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسمائها. واضطرابات النطق تنقسم بدورها إلى عدة أنواع:

• عدم القدرة على فهم الكلام والكتابة (Aphasie Réceptive).

** يتكلم كثيراً ولكن كلمات غير مفهومة (Jargono - Aphasie).

*** يستخدم من وقت لآخر كلمات غير مفهومة (Paraphasie).

وفي نهاية حديثنا عن هذه الاضطرابات العصبية لا بد لنا من ذكر حالة الأطفال الذين يعانون صعوبات في النطق مصحوبة بمظاهر شلل ذات منشأ دماغي وتسمى هذه الحالة بالـ (Aphasoïde).

٣- التصور

يعتبر التصور بمثابة حالة ذاتية للوعي، ويتجسد التصور على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو للأحداث التي شهدتها الشخص سابقاً والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي.

١٦- تناذر بيك (Syndrome Pick): يبدأ لدى النساء خلاصة بين ٥٠ و ٦٥ سنة ويتطور ببطء. ولدى استقراره تظهر أعراض العكس - للتحقق تقرر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية. المنشأ - فقرة الاضطرابات العقلية المعدلة للشهوخة.

على أن بعض العلماء ومن بينهم جاينش (Jaensch) يعرفون التصور على أنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص. والمتمثلة بقدرة هؤلاء الأشخاص على معلومة رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رأوها سابقاً.

وفي الحالات الطبيعية نلاحظ دائماً وجود علاقات تصورية - مزاجية (وجدانية) وعلاقات تنقيب - خيال وذلك تبعاً لأنماط الحياة العملية. فمن الملاحظ بأن التصور يكون متطوراً وحاداً لدى الفنانين. إذ إن بعضهم يرى أو يسمع عمله قبل أن يخلقه. هذا مع التأكيد بعدم وجود أية علاقة مؤكدة وموضوعية نفسر للتصور وتربطه بالواقع العلمي أو العملي. ولعل أوضح هذه العلاقات هي ما أثبتته العالم أ. ر. جون بأن التصور إنما يعود لسيطرة العوامل الداخلية^(١٧) على الوعي.

وإذا كنا في مجال الحديث عن التصور فلا بد لنا من ذكر ما يسمى بالذاكرة التصويرية (mémoire Eidetic) وهي كناية عن القدرة على استحضار الصور وتخيل تفاصيلها. أما التصور التصويري (Eidetisme) فهو القدرة على استحضار الصور وإضفاء بعض التفاصيل (غير الموجودة أصلاً في الصور) عليها. ويعرف للعالم (Jaensch) هذا التصور على أنه تصور متطور وحاد بحيث يعيشه الشخص وكأنه الواقع الراهن. أما العالم مورغ (Mourgue) فيعتبر التصور التصويري بمثابة اضطراب، من نوع خاص، يطال إحساس الشخص ويتميز بالهلوسات المتجاورة (Hallucinations - Limitrophes). على أن لذاكرة والتصور التصويري يكونان متطورين لدى الأولاد لغاية بلوغهم من الثانية عشرة. وبعد هذه

١٧- أثبت العالم أ. ر. جون E.R. Rhon بأن سيطرة العوامل الداخلية (تكريات) معينة مسؤولة في الذاكرة تجعل الشخص يعيش هذه التكريات. بحيث يعجز الشخص عن تطويل واقعه بشكل منطقي. وكان هذا العالم قد أجرى تجاربه على لقطط وحلوس في نظرية عمل الدماغ وفق الأسس الاحصائية. محققاً بذلك تماماً مقلداً في مراحلتنا تكيفية عمل الدماغ البشري. للتصق في هذا الموضوع نظر مقالة كيف يعمل الدماغ في مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٤٠.

المن نلاحظ بأن الذاكرة التصويرية تبدأ بالذبول. أما التصور التصويري فنحن نلاحظ بأن نمو القدرة المنطقية لدى الأولاد في هذه السن يؤدي إلى الحد من هذا التصور وإلى عقنته.

إلا أن الذاكرة والتصوير للتصويريين قد يستمران مدى الحياة لدى الناس الذين يكثرون من الاعتماد على خيالهم كالفنانين مثلاً. فاستحضار الصور هو أمر طبيعي وغير مرضي لدى الرسامين مثلاً. وكذلك فقد لاحظنا أن الذاكرة التصويرية قابلة للنمو من جديد بعد ذبولها. فأتساءل دراستنا لبعض الشباب المحاربين، في الحرب اللبنانية^(١٨) لاحظنا بأن هؤلاء يستحضرون وبذلة (ذاكرة تصويرية) صور رفاههم في السلاح وتفصيل المعارك. كما كان هؤلاء أحياناً يتصورون (تصور تصويري) بأنهم يرون القائد أو يسمعون صوته أو... الخ. والحقيقة أن نمو هذه الذاكرة (التصويرية) وظهور التصورات المرضية هما النتيجة الطبيعية للتهيج الحسي الشاق (الصوت، صور قتلى، مشاهد نملر... الخ) وغير العادي وكذلك نتيجة للمشاركة العاطفية الحادة (درجات قصوى من الخوف، التعامل مع الموت، الانفصال على القتل... الخ). وهنا لا بد لنا من التذكير بأن هذه التصورات (Reactions) تختلف تمام الاختلاف عن المظاهر الذهنية^(١٩). وبالتالي فإنه من الخطأ اعتبارها كذلك والتعجيل في وضع تشخيص القسام لهؤلاء الشباب.

أما في حال كون التصورات التصويرية غير مترافقة بالتهيج الحسي فمن الممكن أن تعكس القسام، الخيل، الذهان المبكر أو الصرع أو الخوف البالغ من

١٨- الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر.

١٩- لدى النحل الأمريكي للاضطرابات العقلية بند الذخائف المعبرة. وفي رأينا الشخصي أن الحالات المذكورة أعلاه تشكل مثلاً أساساً للاضطرابات العقلية المعبرة. فمصحح أن منشأ الأوهام في هذه الحالة هو التهيج الحسي وليس الذهان. لكن المريض يبقى عاجزاً عن التحكم في هذه الأوهام في كلتا الحالتين.

الموت. وهكذا نرى بأن التصورات، التي ما هي إلا انعكاس لأشياء محسومة سابقاً و متميزة بالاستمرار والديمومة، ممكن أن تصبح مرضية. وذلك حين تصل هذه التصورات إلى مرحلة يفقد معها الشخص قدرته على نقد محتواها. أو يرفض الاعتراف بإمكانية عدم وجود التفاصيل المتخيلة. وفي مثل هذه الحالات تصبح هذه التصورات مرضية، كما قلنا، وعندما يطلق عليها اسم الهلوسات (Hallucinations).

ويجمع المشتغلون بالطب النفسي على اعتبار هذه الهلوسات بمنزلة الهذيان. وهي بالتالي تدخل في نطاق اضطرابات الفهم إلى جانب كونها اضطرابات تصور.

ويختلف العلماء في تقسيم الهلوسات لذا رأينا أن نعتمد التقسيم التالي:

١- الهلوسات الحقيقية

وتقسم بدورها إلى:

أ- هلوسات متعددة الاحساسات (سَمعية، شمية، بصرية، لمسية وذوقية).

ب- هلوسات متعلقة بالاحساس الذاتي للجسد: وتسمى أيضاً بهلوسات الأضواء (وتتعلق بالاحساس العلم بالجسد، أو بالاحساس النباتي أي بالأعضاء التي يتفرعها الجهاز العصبي النباتي بما فيها الحساسية الجنسية - التناسلية).

ج- الهلوسات المتعلقة بالأحاسيس العميقة بالحركة.

٢- الهلوسات الناجمة عن اضطراب الفهم والتلقي.

ويختلف العلماء في تسمية هذه الهلوسات فيسميها بولارجير (Baillarger) بالهلوسات النفسية - الحركية. أما بيتي (Petit) فيسميها بالتصورات الذاتية غير المفهومة. كما يسميها العالمان كاندنيسكي (Kandinski) وكليرامبو (Clerambault) بأشياء الهلوسات (Pseudo - Hallucinations). وهذا النوع

من الهوسات ويختلف عن الهوسات الحقيقية من حيث أنه يعكس اضطراباً نفسياً داخلياً وليس خارجياً (متميزاً باضطراب قدرة الحواس على الفهم والتلقي) فالمريض يرى ويسمع هذه الهوسات ولكن يأن ويعين عقله. وغالباً ما تحدث هذه الهوسات كردة فعل (تشبه الصدى) أمام تركيز التفكير على موضوع أو حلالة معينة.

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

إن توجيه وتكامل السلوك يعتمد على ثلاث وظائف هي: (أ) الانتباه، (ب) الذاكرة، (ج) الخيال. ومن الطبيعي القول بأن تغير واحدة أو أكثر من هذه الوظائف من شأنه أن يحدث تغيراً في سلوك الشخص وكأنة تسنأ آخر غير الذي نعرفه. وانتقلش كل وظيفة من هذه الوظائف على حدة ونبدأ بـ:

أ- الانتباه:

إن الانتباه هو عبارة عن وظيفة نفسية تركيبية تتجلى من خلال تنشيط وتقوية، وتحريك، وتوجيه إنتقائي وتركيز بؤروي للعلاقات النفسية السلوكية. وذلك بهدف الوصول إلى فهم يمثل بأقصى حدود التكامل والسهولة. وكذلك إلى القدرة على التمثل الفعال للهدف إلى التعديل الذاتي للأنشطة ويقسم العلماء الانتباه إلى ثلاثة أقسام هي:

١- الانتباه التلقائي أو اللاإرادي.

٢- الانتباه الإرادي.

٣- الانتباه ما بعد الإرادي.

أما اضطرابات الانتباه (Dysprosexies) فهي يمكن أن تطلق الانتباه الإرادي أو اللاإرادي وهي تقسم إلى:

١- ارتفاع القدرة على الانتباه (Hyperprosexie).

٢- انخفاض القدرة على الانتباه (Hypoproséxie).

٣- فقدان الانتباه (Aproséxie).

ب- الذاكرة:

للذاكرة هي مجموعة النشاطات التذكيرية المؤدية إلى الحفظ والتذكر. وذلك من خلال القدرة على التعرف أو على إحداث التجارب السابقة للشخص.

والمستطربات للذاكرة تقسم إلى أنواع عدة هي التالية:

١- زيادة القدرة للتذكيرية (Hypermnésie).

٢- نقص القدرة للتذكيرية (Hypomnésie).

٣- فقدان الذاكرة (Amnésie) الجزئي أو الكلي ويقسم إلى:

أ- فقدان الذاكرة الرجعي (Amnésie Retrograde).

ب- فقدان الذاكرة التقدمي (القدرة على الحفظ) (Amnésie Anterograde).

٤- التباسات للذاكرة وتقسّم إلى:

أ- التعرف الواهم على الأشياء المجهولة.

ب- عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة.

ج- الذاكرة الموسوعية الشاملة. (تذكر عدة أشياء دفعة واحدة).

د- التهيؤات التذكيرية وتختلف عن الكذب من حيث أن الشخص يعتقد فعلاً بحدوثها.

هـ- إعادة إحياء الماضي (Ecmnésie).

و- إخفاء الذكريات (Criptomnésie) (بحيث ينسى المريض اسم مخترع

آلة ما يعتقد بأنه هو الذي اكتشفها).

ج- الخيال:

إن الخيال هو عبارة عن خلق مخططات ومشاريع عملانية مختلفة عن الواقع العملي الذي يعيشه للشخص. فالخيال هو إذاً عبارة عن عملية إعادة ترتيب لعناصر الواقع تجري خلالها عمليات تبادل لأنوار بين المعنى والمعنى.

واضطرابات الخيال على أنواع نستطيع تلخيصها بـ:

١- انخفاض القدرة على التخيل: وتنتشأ عادة عن اضطراب للتفكير وهي قد تكون دائمة كما في حالات التخلف العقلي، العته وحالات الخيل... الخ. كما يمكن أن يكون هذا الانخفاض عابراً كما في حالات الانهيار وبعض حالات الصرع... الخ.

٢- تنامي الخيال: ويمكن أن يحصل هذا التنامي بشكل تدريجي ليؤدي في النهاية إلى تشويه الواقع. وسيطرة الخيال هذه ممكن أن تكون دائمة ومصاحبة للتطورات الهذلية في حالات مثل الفصام العظمي، الامتياز... الخ. كما يمكن أن تكون هذه السيطرة عابرة وهي تكون طبيعية لدى الفنانين وأصحاب المهن المعتمدة على الخيال.

٥- العمليات المؤدية إلى ترايبط السلوك

لكل نمط من أنماط السلوك آلياته المتحركة به. وسواء أكانت هذه الآليات نابعة من العقد الجنسية أو من الصدمات العاطفية أو غيرها فهي في النهاية خاضعة لتأثير أربع عمليات ذهنية هي: (أ) التفكير، (ب) اللغة، (ج) النكاه. ود) الإرادة ونبدأ بـ:

أ- التفكير:

إن التفكير هو أرقى العمليات للذهنية والوظائف النفسية على الإطلاق، فمن خلال التفكير تتم عمليات تكامل وإعادة صياغة المعلومات التي تتيح لنا معرفة

للحقائق الخارجية والداخلية. والتفكير هو الذي يتيح لنا قدرة الانتقال من درجة معرفية معينة إلى أخرى أرقى منها. وهو الذي يتيح لنا الانتقال من الظاهري إلى الأساسي.

مما تقدم نستنتج بأن هذه العملية الذهنية للمعماء بالتفكير تعتمد في أساسها على مجموعة القدرات للذهنية للعقل من لفتباه وذكره ومزاج وتفاعل... الخ.

لما اضطرابات التفكير فإمكاننا تقسيمها على النحو التالي:

١- اضطراب مجرى التفكير ويمكن أن يكون:

أ- تسارع أو تباطؤ التفكير (اضطراب سرعة التفكير).

ب- اضطراب مجرى التفكير وتأثيره.

٢- اضطراب محتوى التفكير ويمكن أن تكون:

أ- اضطراب كمي (مثل فقر التفكير).

ب- اضطراب نوعي للفكر (عدم الترابط، الأفكار المرضية، الترابط غير المنطقي، الربط الأكي - السطحي للأفكار، الترابط للموجه (مثل حالة التتويم للمغناطيسي)، لجتزر الأفكار... الخ).

ج- عدم التفكير.

٣- اضطراب التفكير باجماله ويقسم إلى:

أ- اضطراب في تقييم ومنطقية الأفكار (الأفكار المسيطرة على الوعي، للوسوس القهرية، الأفكار الهذلية... الخ).

ب- اضطراب عمليات التفكير. ويقسم إلى عابر وقابل للشفاء ودائم كما في حالات توقف النمو الفكري أو في حالات العته.

ب- اللغة:

يميل بعض الباحثين إلى تقريب العلاقة بين اللغة والتفكير لدرجة الخلط بينهما ومطابقتها مطابقة تامة. ولكننا نعارض هذه المطابقة انطلاقاً من المسلمة القائلة بأن الفكرة تكون دقماً أكثر ديناميةً من معناها اللغوي. وعلى هذا الأساس بنى العالم جاك لاكان نظريته الشهيرة.

وإذا أردنا أن نعرف اللغة أمكننا ذلك على النحو التالي: "إن اللغة هي إحدى أعتد الوظائف النفسية الخاصة بالإنسان. والتركيب اللغوي (ترتيب الكلمات) يهدف إلى نقل الأفكار الغير بعد أن قام الفكر بإعادة صياغتها".

من خلال هذا التعريف نلاحظ الرابطة الوثيقة بين التفكير واللغة. ولكن وثوق هذه الرابطة يجب ألا يدفعنا للخلط بينهما. فكم من اضطراب ينال التفكير دون أن يؤثر في القدرة اللغوية للشخص والعكس صحيح.

ونحن لو أردنا القيام بتحليل اللغة لوجدنا أنها تعتمد على:

أ- الإشارة (Signe): وهي عبارة عن مجموعة من الاصطلاحات اللفظية أو الكتابية التي يرمز إليها بالكلمات.

ب- المعجم (Lexique): وهو كناية عن مجموعة الكلمات التي تحويها لغة ما.

ج- الدلالة (Semantique): وهي كناية عن علاقة تقيمها اللغة بين المعنى (الشيء) والمعنى به (الكلمة). على أن تصور الدلالة اللغوية هي كافة اللغات هو منبع عجز للكلمات عن التعبير عن الأشياء. وهذا ما يدركه الأدباء والمحللون النفسيون بشكل رئيسي.

د- القواعد والنحو (Syntaxe): وهو عبارة عن مجموعة العلاقات التي تحدد مواقع الكلمات وطرائق لفظها وأيضاً طرائق تركيب الجمل.

إذا أردنا تحديد اضطرابات اللغة فإنها تنقسم على النحو التالي:

١- اضطرابات الكلام وتنقسم إلى:

أ- اضطرابات شكلية وتنقسم بدورها إلى:

١- اضطرابات كمية (الثرثرة، كثرة الكلام، قلة الكلام، الخرس أو العجز عن الكلام وأخيراً الخرس أو المسكوت الإرادي كما في حالات الاحتجاج، الانهيار والجمود النفسي - الحركي).

٢- اضطرابات تواتر الكلام (سرعة الكلام، بطؤه وعدم انتظام سرعة الكلام).

٣- نبرات الكلام: ويمكن أن تكون عالية أو خفيفة، مزاجية أو متكلفة... الخ.

ب- اضطرابات صوتية وتنقسم إلى:

١- اضطراب ترابط الكلمات ويمكن أن تطال الكلمات، الجمل، اللغة وكذلك الدلالات اللغوية كما في حالة التصلب عندما يلفظ المريض كلمات يقصد من خلالها التعبير عن دلالات غير دلالاتها الأساسية.

٢- اضطرابات اللفظ ويقصد بها التأتأة على أنواعها وعدم القدرة على لفظ حروف معينة أو صعوبة هذا اللفظ.

٢- اضطرابات الكتابة وتنقسم إلى:

أ- اضطراب النشاط الكتابي (سرعة تحول الكتابة إلى خريشة أو بطء مبالغ بعكس الخواء الفكري).

ب- اضطراب هيئة الكتابة (استعمال الحروف الصغيرة أو الكبيرة أو الاثنين معاً في كلمة واحدة).

ج- اضطراب تنويب الكتابة (موقع الكتابة في الصفحة الذي يمكن أن يكون غير مرتب أو غير مكثف).

د- الأخطاء الاملائية والقواعدية.

٣- فقدان القدرة على الكتابة وقد سبق عرضها.

ج- الذكاء:

الذكاء هو ملكة المعرفة والفهم. وهذا التعريف ليس الوحيد الذي يعرف الذكاء. بل إن هذه التعريفات عديدة ولكن أياً منها لم ينجح في تعريف الذكاء تعريفاً وافياً. ومن هذا القصور في فهم وتعريف الذكاء ينبع قصور قياسات الذكاء على أنواعها. ذلك أن هذه القياسات لا تعطينا دائماً نتائج متطابقة مع الواقع. ومن مظاهر عدم المطابقة هذه نذكر بأن هذه القياسات لا تستطيع أن تفسر لنا الفروق الأكاديمية بين الطلاب. بمعنى أن الطالب الحاصل على نسبة ذكاء أعلى لا يكون بالضرورة متوقفاً دراسياً على بقية زملائه. والعكس صحيح.

وعلى أية حال فإن قياسات الذكاء تحاول قياس العمر العقلي للمفحوص وتقارن هذا العمر بعمره الزمني بحيث يكون حاصل الذكاء مساوياً لـ $\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$ فإذا كان نمو الذكاء طبيعياً، بمعنى أن العمر العقلي يساوي العمر الزمني، فإن حاصل الذكاء يكون مساوياً لـ 100.

أما عن اضطرابات الذكاء للمرضية فيتم تصنيفها على النحو التالي:

- ١- إذا كان حاصل الذكاء تحت الـ 70 فإن هذا يعكس تأخر النمو العقلي، ونسبة هؤلاء 3%.
- ٢- إذا كان حاصل الذكاء مرادفاً بين 70 - 79 فهو يعكس تنبسي الذكاء ونسبة هؤلاء 6%.
- ٣- إذا كان حاصل الذكاء مرادفاً بين 80 - 89 فهو يعكس ذكاء نور الوسط ونسبة هؤلاء 15%.

٤- إذا كان حاصل الذكاء مرئوحاً بين ٩٠ - ١٠٩ فهو يعكس ذكاء متوسطاً ونسبة هولاء ٤٦٪.

٥- إذا كان حاصل الذكاء مرئوحاً بين ١١٠ - ١١٩ فهو يعكس ذكاء فوق المتوسط ونسبة هولاء ١٨٪.

٦- إذا كان حاصل الذكاء مرئوحاً بين ١٢٠ - ١٣٩ فهو يعكس ذكاء متفوقاً ونسبة هولاء ١١٪.

٧- إذا كان حاصل الذكاء فوق الـ ١٤٠ فهو يعكس الذكاء الممتاز ونسبة هولاء ١٪.

د- الإرادة:

الإرادة هي الوظيفة النفسية التي يتم من خلالها إحداث وتحقيق المقاصد.

ويتم ذلك من خلال التنظيم الفاعل للنشاطات والبنيتات القريرية (Décissives).

والعالم مودسلي (Maudsly) يعتبر أن الإرادة هي أقوى وأسمى قوة أمة استطاعت الطبيعة أن تنتجها لغاية الآن.

وأخيراً فإن الطب النفسي يقسم الإرادة إلى قسمين كبيرين هما:

(١) الإرادة الوازنة و(٢) الإرادة المُحرَكة أو الدافعة. والحقيقة أن ممارسة أي فعل إرادي تقتضي ممارسة للتوعين معاً.

لما بالنسبة لاضطرابات الإرادة فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

أ- تضخم الإرادة ويمكن أن تكون مرضية (الذهان على أنواعه) أو طبيعية وفي هذه الحالة تتركز قوة الإرادة في ناحية معينة.

ب- ضعف الإرادة ويمكن أن تكون عامة (في حالات العصاب، التخلف العقلي والاهتياج حيث ينبع ضعف الإرادة من عدم القدرة على التركيز) أو انتقائية كما في حالات الرهاب (المخاوف) والوساوس.

ج- انعدام الإرادة وغيبها: وهي اضطراب خطير للإرادة. ومثل هذا الاضطراب نصادفه في حالات الاتهاب العصبي الذهني، الفصام، التخلف العقلي الحاد وحالات السه المتقدمة.

د- التباسات الإرادة: وتتجلى بضعف الإرادة التي يمكن أن تنجم عن ثنائية العواطف أو عن الفصام أو عن أي اضطراب يضعف الإرادة من طريق تشيخ العواطف المتضاربة بشكل يشل الإرادة.

الفصل الرابع

أساليب الفحص النفسي

- ١- صفات الفاحص
- ٢- طريقة الدنو من المفحوص.
- ٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.
- ٤- مبادئ الفحص النفسي.
- ٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي.

إن ما نقصده بالفحص النفسي هو مجموعة الخطوات التقنية المودية الى تحديد مدى تولزن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن. من هنا فإن الفحص النفسي في رأينا هو مجموعة الخطوات التي تستطيع ان تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونعني بها:

- ١- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- ٢- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- ٣- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
- ٤- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
- ٥- مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

والفحص النفسي اذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وهكذا فإننا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهماً بقية أبعادها. ومن هنا كان تكويننا على شرح أبعاد الشخصية والعوامل المكونة لها.

والتعرف على شخصية إنسان ما هي عملية جد معقدة تمر بمراحل عديدة ربما كانت أولها، المتمثلة باللقاء الأول، هي الأكثر تأثيراً وصعوبة في آن معاً. فالفحص النفسي، الذي يريد تحديد معالم شخصية المفحوص، مجبر على اتباع أساليب معينة وخطوات مدروسة لكي يستطيع في النهاية الوصول الى هدفه.

والحقيقة أن الحوار أثناء الفحص النفسي هو فن وإبداع وممارسة أكثر منه مبادئ جامدة ودراسة محددة الجوانب. فهذا الحوار هو الذي سيساعدنا على تبيين المتغيرات الخمسة المذكورة أعلاه. وهو بالتالي الذي مسبقاً خطواتنا لوضع التشخيص ولكن أيضاً لتقرير أساليب ووسائل العلاج.

لهذه الأسباب واللاهية القصوى التي يمتاز بها الفحص النفسي نلاحظ أن الفاحصين النفسيين يعملون دوماً ويلبسون جدهم للتعلم في فن الفحص النفسي وتتمية مواهبهم في هذا المجال. وذلك بحيث يصعب على المراقب أن يترجم تطور هذا الفن من طريق الكلمات. إلا أننا في شرحنا لحيثيات وتقنيات هذا الفن سنحاول أن نمتخلص لصوله ومبادئه العامة التي لا تعطي كبير نفع ما لم تصقل وتعدل بالتجربة بحيث تتحول إلى فن حقيقي يؤديه كل فاحص بطريقته ولسلوبه الخاصين. والمبادئ العامة التي سنعرضها في هذا المجال هي مبادئ مستخلصة من تجارب كبار الباحثين في هذا المجال.

ونبدأ باستعراض آراء العالمين^(١) شترن Stern وروبينسن Robbins: إن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتكرب على التحكم بمجرى الفحص.

ونلاحظ من خلال هذا الرأي أهمية اكتساب الفاحص لبعض الصفات التي تمكنه من القيام بدوره. ومن طرفنا فأتنا سنحاول شرح الشروط الواجب توافرها في الفاحص من خلال نقاط ثلاث هي:

- ١- الصفات الواجب توافرها في شخص الفاحص.
- ٢- طريقة اللحو من المريض أو المفحوص.
- ٣- موقف الفاحص من المرضى المهتلجين.

- 1 Robbins. E- Stern. M: Assessment of psychiatric Emergencies - New- York.

١- صفات الفاحص :

إن التوصل إلى حوار مثمر مع المفحوص يفرض على الفاحص للتقيد بمواقف معينة من شأنها أن تشجع المفحوص على الإيضاح بما يعتل في نفسه من أحاسيس (بغض النظر عما إذا كانت هذه الأحاسيس سلبية أو إيجابية). وفي سبيل ذلك على الفاحص أن يعتمد موقفين قد يبدوان وكأنهما متعارضان ولكنهما في الواقع متسجمان تمام الاتسجام.

الموقف الأول: على الفاحص أن يتخذ موقف المتفهم، المتعاطف والإنساني. مما يتيح له للتقرب من المفحوص وهذا الموقف يقتضي من الفاحص أن يكون صاحب حضور حار، مليئاً بالهدوء، حسن النية وقادراً على تقديم العزاء بعد التفهم.

الموقف الثاني: وهو استمرار للموقف الأول ولا يتعارض معه كما قد يبدو لنا للوهلة الأولى. ويتجلى هذا الموقف، الذي يلي توصل للفاحص للحصول على ثقة المفحوص بالإيجابية. فبعد التعاطف، الذي يظهره الموقف الأول، يأتي دور الحزم واستعمال القدرة على الإنصاف للهاتين أساساً إلى أحداث تأثيرات إيجابية في تصرفات المفحوص. وفي محاولته للإنصاح على الفاحص أن يلجأ لمختلف الشروح والتعليمات^(٧) التي يصطبها للمفحوص بشكل حازم ومقنع في آن معاً. هذا مع الاحتفاظ دائماً بمواقف المتفهم.

والحقيقة أن الوصول إلى هذه النتائج، وفي الدرجة الأولى كسب ثقة المريض، يفرض على الفاحص أن يبدو في نظر المفحوص على النحو الآتي:

٧ - هذه الصفات تؤخذ في الاعتبار مجموعة المعلومات التي جمعها الفاحص من خلال مراحل الفحص السابقة.

- ١- أن يكون الفاحص متفرغاً بحيث يخلف لدى المفحوص تطبوعاً بأنه مستعد لإضاعة الوقت في سبيل التوصل إلى فهمه وفهم معانيته، وهو أي الفاحص، يملك الصبر الكافي لذلك^(٣).
- ٢- على الفاحص أن يفرغ للمفحوص انفعاله وتصرفاته. حتى ولو احتوت على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه (كما يحدث لدى بعض المرضى المهتاجين مثلاً).
- ٣- على الفاحص أن يكون مرحاً ولكن نون أن يتكلم كثيراً، نشطاً هادئاً ومرتاحاً بحيث يكون قادراً على التركيز. وبناء عليه وجب على الفاحص أن يرفض للظهور أمام المفحوص بمظهر المثار أو المتوتر أو اللعيف أو الضجر، لأن ظهور الفاحص بأي من هذه المظاهر من شأنه أن يجعل المفحوص أكثر تحفزاً وأقل اطمئناناً.
- ٤- على الفاحص أن يتحلى بصفات المستمع الجيد الإصغاء والصبور. ولكن كذلك أن يتمتع بالقدرة على المراقبة الدقيقة، الدبلوماسية في طرح الاستمثة^(٤) وأخيراً أن يملك القدرة على الإقناع والتأثير في المفحوص^(٥).
- ٥- على الفاحص أن يحسن التحكم في ردات فعله. بحيث لا يظهر تعجبا أو يتخذ موقفاً هزئياً مما يرويه المفحوص. فمن واجب الفاحص أن يحافظ على هدوء أعصابه أمام أية مفاجأة قد يبادره بها المفحوص^(٦).

٣ - إن هذا الموقف سهل على الفاحص كسب ثقة مفحوصه من طريق اظهاره الاستعداد لتقبل المفحوص ومساعدته.

٤ - على الفاحص أن يحترم دفاعات المفحوص ولا ينتهكها عن طريق الإلحاح أو التهالك للوصول إلى المعلومات بسرعة. لأن ذلك قد يعزل الفاحص عن نوع من التحقيق أو الاستجواب بالنسبة للمفحوص.

٥ - هذه القدرة تختلف لدى الفاحص الواحد من مفحوص لآخر وهي تتمر بالخبرة.

٦ - غالباً ما يعتمد المفحوص خلق مثل هذه المفاجآت التي تستوجب استعمال الفاحص لقرته على التحكم بآلياته وبرود لظه وبيمسات وجهه. ليعطي نفسه فرصة التحكم على هذه المفاجآت وتغيير مدى صحتها وتأثيرها

٢- طريقة الذنو من المفحوص:

كثيراً ما يتخذ المفحوص موقفاً سلبياً من الفاحص ومن الفحص ذاته، بل كثيراً ما يحد لي رفض الفحص. سواء أكان هذا الرفض صريحاً مباشراً أو كان غير مباشر كرفض التعاون أو حتى مجرد الكلام أو إعطاء الأجوبة للكاذبة المضللة. على أن أكثر المواقف سلبية وصعوبة في التقرب من المفحوص هي عندما يكون هذا الأخير مريضاً مهتاجاً (سنخصص الفقرة التالية لمناقشة هذا الوضع).

ولما كان موقف المفحوص فعلى الفاحص أن يتقبله كما هو إن أراد فعلاً إجراء فحصه. وتقبل المفحوص كما هو يعني بالطبع عدم معاقبته مهما كان هذا العقاب بسيطاً (حتى مجرد السخرية) لأن ذلك سيزيد في سلبيته. ولكن من المهم التنبيه إلى أن قبول المفحوص كما هو لا يعني مطلقاً أن نتقبل أفكاره، إن نتيج له المجال لتنفيذها. فمن الممكن أن يعمد المفحوص، تحت تأثير مشاعره السلبية^(٧) أو انفعاله أو تحت تأثير اختلال نفسي أو عقلي، إلى القيام بأعمال تلحق الأذى به أو بالآخرين. في حالات الانهيار المتطورة يصل للمريض إلى درجة من الكآبة قد تدفعه للانتحار^(٨). وفي هذه الحالة على الفاحص أن يتقبل المنهال كإنسان تمس ويأس ولكنه لا يوافق على الحل الذي اختاره للخلاص من هذه التعاسة وهذا الشقاء. وبالتالي فإن تقبل الفاحص لتعاسة وشقاء المنهال لا يعني مطلقاً السماح له بالانتحار.

فالمقصود، من قبول المفحوص كما هو، هو إثبات احترام الفاحص لذاتية المفحوص وإيمانيته وكذلك الاهتمام به كإنسان بحيث يشعر المفحوص (مهما كانت درجة مرضه) بأنه شخصية إنسانية لها احترامها، شعورها وحريتها.

٧ - المشاعر السلبية هي المشاعر التي تغذي العنول الحوائية كمثل مشاعر الكراهة والحقد والحسد والرغبة في الانتقام... الخ من المشاعر التي وسعها سولدي بقاينوية.

٨ - لتتق في هذا الموضوع نظار محمد أحمد الذهلي: الانهيار العصبي، الطبعة الأولى، ١٩٨٦.

وأهل أهم الخطوات في سبيل إقناع المفحوص بذلك تتمثل بإسرار الفاحص على تجنب استعمال القوة أو التخيف واعتماده مبدأ الحوار المفهم والمقنع الذي شرحنا حيثياته أعلاه. على أن الأمور تصبح على درجة عالية من التقيد إذا كان المفحوص مريضاً عقلياً، ففي مثل هذه الحالات قد يضطر الفاحص لتخطي مبدأ الحياد المشروح أعلاه وذلك في ظروف عديدة نذكر منها:

أ- حاجة بعض المرضى للعلاج الفوري للطوارئ مما لا يترك للفاحص الوقت الكافي لاقتاعهم.

ب- في حالات معينة يمكن للعنف أو الإكراه أن يمارسا تأثيراً إيجابياً في المريض بحيث يمنعه عن ممارسة عدوانيته سواء نحو ذاته أو نحو الآخرين.

ج- في حالات المرضى الرافضين للعلاج على الفاحص - المعالج أن يدرك بأن إجبار المريض في مثل هذه الحالات لا يعتبر اعتداء على حرمة بل يعني اعادتها له من طريق إجباره على العلاج.

ولذا كنا في سياق الحديث عن علاقة الفاحص بالمفحوص - المريض لا بد لنا من التنبيه إلى أن الناس للمتعاملين مع المريض (أهله، معارفه، زملاءه، المرضى الخ...) هم أناس نورو ردات فعل عادية لا يستطيعون السيطرة عليها في كل الظروف بحيث يستطيع المريض أن يحس بها - وردات الفعل هذه ترواح بين القلق والخوف والنفور والسخرية، ولكنها ممكن أن تصل إلى العقب من طريق محاولات تجاهل المريض أو تجنبه أو حتى التعامل معه بعنف.

والفاحص كي يقترب بشكل فاعل من المريض ويكسب ثقته عليه أن يتحلى بأكثر قدر ممكن من القدرة على التحكم بأنفعالاته وبهذا يثبت للمريض بأنه إنسان مختلف وأهل لمنحه الثقة. فإذا لم يحسن الفاحص هذا التحكم فقد يقع في مأزق

التشخيص المتسرع للحالة بهتف التخصص منها . وفي هذا يقول برنار^(٩) P. Bernard : "إن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعدد كثيراً من مراقبتنا لانفعالات الآخرين .

مما تقدم نلاحظ بأن لكل مفروض وضعه الخاص الذي يفرض على الفاحص ان يرسم نمطاً جديداً لعلاقة فاحص- مفروض يختلف عن بقية الأنماط السابقة . وهكذا فإن تمرس الفاحص وتدريبه يزيدانه حساسية ولبداعا في رسم أنماط علاقته بالمفوضين .

٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين .

بالرغم من ضآلة نسبة المرضى المهتاجين إلا أن وضعهم الخاص يقتضي التنويه بالخطوات الواجب اتخاذها في مواجهتهم واتشاء فحصهم . وهذه الخطوات هي .

أ- على الفاحص ان يكون هادئاً ، صبوراً وأن يبدو أمام المريض كطيف له يستطيع فهمه .

ب- على الفاحص ان يحافظ على جدية مهنته رفضاً لتراخيات الزبائن المريض القاضية باخفاء الفاحص لمهنته أمام المريض . هذا مع الإشارة بأن ليون ميشو Michaux^(١٠) لا يرى بأساً من أن يقدم الطبيب النفسي للمريض على انه طبيب اعصاب .

ج- على الفاحص ألا يشارك في خداع المريض أو في إهداق الوعود عليه . لأن الفاحص سيقف بذلك الكثير من أسهمه في كسب ثقة المريض .

- ٩ P. Bernard: Manuel de L'infirmier en psychiatrie, éd. Masson paris. ١٩٧٤

- ١٠ Michaux Léon: "Psychiatrie éd médicales Flammarion ١٩٦٧.

د- في حال استفاد الفاحص لكافة الوسائل، التي من شأنها ان تهدئ المريض المهتاج، فعندها عليه الاستعانة بمرضىين أقوىاء وإجبار المريض على تلقي العلاج اللازم.

هـ- أمام مريض مهتاج يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين على الفاحص ألا يهمل جدية هذه الاخطار والا يقلل من شأنها. ولكن عليه ايضاً الا يفقد أمله في الذنو من المريض والتفاهم معه.

وعلى سبيل المثال قد يجد الفاحص نفسه امام مريض شاهر سلاحه ومهدد بقتل رهينة ما وكذلك بقتل أي تسان يقترب منه.

في مثل هذه الحالة من الخطأ أن يحاول الفاحص الإقتراب من المريض مهملاً احتمال تنفيذ المريض لتهديده. كما أنه من الخطأ أن يحصر تفكيره باستخدام القوة.

والموقف السليم في الحالات المماثلة يتلخص في أن يقوم الفاحص بإقامة أساس علاقة مع المريض. مستخدماً خبرته، دبلوماسيته واسلوبه الخاص سائلاً المريض عن الفائدة التي يجنيها من قتل للرهينة؟- أن يعرض الفاحص أمام المريض إمكانية إيجاد طرق أكثر نفعاً لحل مشكلته- وأخيراً من الممكن أن يظهر الفاحص تفهمه وتعاطفه مع المريض وذلك بقوله: أنا مستعد لمساعدتك.

و- قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض يرفض المساهمة في الفحص ويرفض مجرد الكلام وهو في نفس الوقت مهتاج. في هذه الحالة على الفاحص أن يحدد السبب الدافع بهذا المريض لاتخاذ هذا الموقف. وهذا الدافع ممكن أن يكون:

١- في حالات الخبل أو العته: وفي مثل هذه الحالات على الفاحص أن يكتفي بالمعلومات التي يحصل عليها من أهل المريض ومعارفه. واستجوابهم في إطار الفحص النفسي والتفاصيل التي يقتضيها هذا الفحص. وإذا كان المريض في هذه الحالات عاجزاً عن المشاركة في الحوار الا ان الفاحص يستطيع ان يحصل على

الكثير من المعلومات من خلال نظرات المريض، حركاته، نداءه، تعابير وجهه الخ...

٢- في حالات الفصام: ومثل هذه الحالات تقتضي تصرفاً طيباً يتلخص بحقن المريض في الوريد بمقدار ٠.٥ غ من مادة Amytal Sodique وهي من مشتقات الباربيتورات. مع مزجها بـ ١٥ مل من الماء المقطر وذلك بمعدل ١ مل في الدقيقة. ونفس هذا التصرف يمكننا اتباعه مع المصابين بالخرس الهستيرى.

وبعد ذلك يخبر الفاحص للمريض بأنه سيشعر بالقليل من الخدر والارتخاء ويبدأ بتوجيه بعض الأسئلة البسيطة للمريض. كأن يسأله عن اسمه، وعمره، وعائلته.. الخ. ومع متابعة الحقن بالباربيتورات يوالي الفاحص أسئلته لغاية حصوله على المعلومات التي يحتاج إليها في فحصه.

وبعد عرضنا للصفات الواجب توافرها في الفاحص النفسي والمواقف التي ينبغي عليه اتخاذها لا بد لنا من الإشارة إلى دور العوامل الاجتماعية وتدخلها في مجرى الفحص النفسي. والحقيقة أن المجال يضيق بنا هنا لتفصيل هذا الدور ولذلك فقد رأينا أن نكتفي باستعراض بعض جوانبه.

١- من عادة مجتمعنا أن يصنف الاضطراب النفسي في فئة الجنون. الأمر الذي يدفع المريض إلى تجنب الفحص النفسي وبالتالي إلى تأخير العلاج. هذا التأخير الذي لا يمكن أن يكون في مصلحة المريض أو المجتمع.

٢- عن السبب الأول تنشأ صعوبات عديدة في وجه الفاحص- المعالج النفسي. هذه الصعوبات التي تربك الفاحص وتوقه عن ممارسة مهنته.

٣- يتفق الباحثون^(١١) كينون (Kinon) وماك (Mac) وميشال (Michel) على أن الفحص والعلاج النفسي يبدأان مع إقناع المريض بأن ذلك سيعود عليه بالخير والنفع. والحقيقة أن مريضنا لا يقتنع بسهولة بذلك لأن الهاجس المسيطر عليه هو إخفاء معاناته وذلك هرباً من تهمة الجنون.

٤- في معظم الفاحصين النفسيين بل والأطباء والباحثين النفسيين في مجتمعنا يقومون بنقل التجارب الغربية وتطبيقها بحذورها في مجتمعاتنا. ومن الطبيعي القول بأن هذا النقل لا يكون دائماً ناجحاً أو صحيحاً. فطبي سبيل المثال نلاحظ بأن المدمن الأميركي يلجأ للمخدرات لاحتياسه بضائته أمام مجتمع راق متطور ومن الملاحظ بأن هذا اللجوء كثيراً ما يأخذ منحى فلسفياً ويكون مدعماً بثقافة لا بأس بها لدى هذا المدمن. في حين أن المدمن اللبناني يحس بضائته أمام الموت. وينمن ليتعلق بالحياة لا ليهرب منها. فالإنسان في لبنان هو منخل للحياة وليس مخرجاً منها. والمدمن اللبناني لم يحس ثقافة وتطور وفلسفة أميركا. بعد هذا كله يحق لنا القول بأن علاج المدمن اللبناني يختلف كثيراً عن علاج المدمن الأميركي. وكذلك الفحص. ففي حين يرى الأول في الفحص النفسي مناسبة يعرض فيها بصدق معاناته ترى الثاني يهرب من الفحص ويحاول التمسك بل ويحاول إظهار تفوقه على الفاحص بشئ الطرقي.

ويعد هذا العرض السريع لتأثير العوامل الاجتماعية. ها نحن نعرض الخطوط العريضة للفحص النفسي.

11- Michel, Mac et Kinon: cités dans vadem ecum in psychiatrie C. Gorgos. éd. medicales BUC. 1980.

١ مبادئ الفحص النفسي

لاحظت لدى استعراضك لصعوبات ومواقف المفحص النفسي من هناك تعبته خاصة بكل فاحص يكونها من خلال خبرته ومن خلال المدرسه النفسيه التي ينتمي اليها. وادا كان الطب النفسي هو الميدان الذي نجتمع فيه مختلف المدارس النفسية (تحليل نفسي، الروانز، الاضطرابات العصبية. الخ) وتعارض فقد رأينا ان نعرض للفحص النفسي وفق المبادئ المتبعة في الطب النفسي. ولذا أردنا تعداد الخطوات العريضة لهذا الفحص فهي تأتي على النحو التالي.

١- تحديد المواقف المرضية للمفحوص وهذه تقسم الى:

أ- المواقف الوراثية.

ب- محيطيات طفولة المفحوص ومراهقته.

ج- الصدمات النفسية في حياة المفحوص.

د- المواقف المرضية- الجسدية للمفحوص.

و- تاريخ وشكل بداية الاضطراب النفسي.

٢- الفحص العيادي - النفسي وينوره يقسم الى:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- دراسة المظاهر الحسية- الحركية لدى المفحوص.

ج- دراسة العوامل المكونة للشخصية.

٣- الفحص الطبي (منحصر له فصلا خاصا).

٤- القياسات النفسية أو الاختبارات (منحصر لها فصلا خاصا).

١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص

على الفاحص النفسي أن يتحلى بالمشابرة وألا يتسرع بالتشخيص قبل إتمامه لمختلف مراحل الفحص النفسي. فكثيراً ما يحصل الفاحص على مؤشر أو مجموعة مؤشرات ذات دلالة مرضية أكيدة في مرحلة بداية الفحص. مما يجعله مبالاً للاكتفاء بهذه المؤشرات لوضع تشخيصه دون متابعة الفحص. والحقيقة أن لهذا المواقف أسباباً عديدة يجب إضافتها على صفات الفاحص. بمعنى أن على الفاحص أن يتخلى عن الصفات التي تدفعه للتعجيل في التشخيص دون أن يتم الفحص. وهذه الصفات هي: (١) ترجسية الفاحص (٢) رغبة الفاحص بإنهاء الفحص بأسرع وقت ممكن، (٣) رغبة الفاحص في التحول إلى التجموية^(١٢)... الخ.

من هنا يجب على الفاحص أن يبدأ فحصه منذ الجنون الوراثية للمفحوص واخلية أدق مظاهر الاضطراب لديه. وعليه إذا البدء بـ

أ- السوابق الوراثية:

على الفاحص أن يحدد وجود مظاهر الاضطراب، أو للمرض النفسي في عائلة المفحوص. متحرراً حالات الانتحار، الأمان على نوعه، التشوهات الخلقية والأمراض النفسية والعقلية في هذه العائلة. كما على الفاحص أن يتحرى وجود الأمراض الجسدية التي يمكن أن تسبب الاضطراب لدى المفحوص مثل السرطان، لسلس... الخ.

ب- طفولة المفحوص ومراهقته:

في طفولة المفحوص يجب على الفاحص أن يقوم بتقصي المعلومات التالية:

١٢ - إن هذه الرغبة في التجموية وهي التحول إلى تجم اجتماعي يلحز هي رغبة ناجمة من الميول السلبية. فمعظم هذه الميول يتجهون نحو الميول التي من شأنها إرضاء شعورهم المتضخم بأهمية ذات. هذا ويرى سوندي أنهم يميلون إلى الميول السكوية وهي مهنة الطب النفسي.

- ١- ظروف حملة وولادته: فمن المعروف بأن هناك للعديد من الأمراض التي يولد بها الطفل وإن لم تظهر إلا لاحقاً (مثل الصرع، الفصام... الخ). كما أنه من الضروري تحديد ظروف الولادة التي يمكن أن تؤدي إلى صنعة الولادة والاضطراب الجسدية والنفسية التي قد تنجم عنها،^(١٣).
- ٢- ظروف طفولته الأولى: هل تم إرضاعه من ثدي أمه^(١٤)؟ عمره عندما خطا خطواته الأولى^(١٥)؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى^(١٦)؟ عندما ظهرت أسنانه^(١٧)؟ وعندما ضحك للمرة الأولى^(١٨).
- ٣- عمر المفحوص عند البلوغ^(١٩) وظهور الشعر عنده وكذلك إذا ما ظهرت لديه بعض التغيرات في هذا السن.
- ٤- حالة المريض الاجتماعية وعلاقته العاطفية وممارساته الجنسية^(٢٠).
- ٥- حالة المريض المهنية، وضعه الاقتصادي، علاقته بزملائه وبمحيطه، نجاحاته وإخفاقاته.

١٣ - للتعمق في هذا الموضوع انظر محمد أحمد الفيلسفي - نكاه الجنين، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

١٤ - تولد الرضاعة من الثدي مشاعر الاطمئنان لدى الرضيع وتدعم توازنه النفسي لاحقاً.

١٥ - للتعمق انظر - نكاه الرضيع مرجع سابق الذكر

١٦ - لمرجع سابق

١٧ - لمرجع سابق

١٨ - لمرجع سابق

١٩ - إن تأخر البلوغ أو تكرره مرتين بل إن يتوازن بهورموني لدى الشخص واضطراب هذا التوازن قد لا يكون رئيسياً. ومع ذلك فإننا نلاحظ أن بعض الاضطرابات النفسية تنتشر بين متأخري البلوغ. من هذه الحالات تذكر تأخر الفصح المسطفي وحالات الرهاب (الفوبيا) والهلع. أما إذا كانت الاضطرابات الهورمونية رئيسية فإنها تحتاج للعلاج. وهي تتبدى بمظاهر عيانية مميزة لكل اضطراب انظر أصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - آفة الاضطرابات النفسية.

٢٠ - راجع اضطرابات الفريزة الجنسية في الفصل السابق وللتعمق انظر جاك دانيبرغ، عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

٦- الأمراض الجسدية التي تعرض لها في طفولته (التهابات، سسم، هدر وعي أو تشنجات).

ج- الصدمات النفسية في حياة المريض:

وهذه للصدمات تتلخص عادة بـ:

١- صدمات عقلية مؤثرة خاصة في فترة الطفولة مثل: موت أحد الوالدين أو كليهما، خالات الوالدين، انفصالهما أو طلاقهما، مرض أحد الوالدين وأخيرا إرثه لطفل لخيابة أحدهما.

٢- صدمات فترة المراهقة: وتتخلص عادة بالاختلالات العاطفية والجنسية.

٣- صدمات عقلية من نوع الخلالات الزوجية، الطلاق، الترميل، الخيانة..

الخ.

٤- صدمات مهنية: بطلان، فقدان العمل، الانقاص، الاختلالات المهنية، صراع في مكان العمل... الخ.

٥- صدمات متنوعة أخرى: ملاحقة قضائية، الخوف من اللقون، الخوف من الموت... الخ.

د- الأمراض الجسدية التي يعاني منها المفحوص (٢١) :

١- أمراض خلقية.

٢- نوبات تشنجية.

٣- حوادث ورضوض في الجمجمة.

٤- الالتهابات الجنسية وخاصة السفلس.

٥- التهاب السحايا.

٦- أمراض الغدد الصماء.

هـ- تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص:

وهذه المرحلة من مراحل الفحص هي الأهم فهي التي يتجلى فيها مبدأ تقاطع المؤشرات^(٢٢). فمن الممكن بل من الغالب ألا تكون الأزمة النفسية التي يمر بها المفحوص من العدة بحيث توجب ربطها بالمؤشرات التي حصلنا عليها لغاية الآن. إلا أن اصرارنا على الخطوات السابقة هو يقصد الاطلاع على مختلف عوامل للخطر لدى المفحوص. لأن إهمال هذه العوامل وعدم أخذها بعين الاعتبار قد تكفرت علينا علاج مرض ما في بدايته وقبل أن يتطور.

وتاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يجب ان يبحث أولاً بداية الاضطراب النفسي وكيفية ظهوره. هل هي بطيئة^(٢٣)، سريعة^(٢٤) أم عنيفة^(٢٥) وبعد ذلك يجب على الفاحص السؤال عن الأسباب المباشرة المؤدية لظهور هذا الاضطراب. هل هو نتيجة مرض جسدي، أم هو عارض ظهر لدى امرأة أثناء أو بعد ولادتها، أم أن هذا الاضطراب أتى عقب التعرض لعملية جراحية أو لحالات متطرفة من الخوف من الموت أو بعد إصابة المفحوص برضوض في رأسه... الخ.

٢٢- تقاطع المؤشرات (Recoupement des indices).

٢٣- إن الاضطرابات النفسية التي تظهر ببطء ممكن أن تكون اختلالاً بسيطاً في الغدد الصماء أو ممكن أن تعكس مثلاً ورماً دماغياً ينمو ببطء.

٢٤- الاضطرابات النفسية السريعة الظهور غالباً ما تنجم عن معاناة نفسية عنيفة ومفاجئة.

٢٥- الاضطرابات النفسية العنيفة ممكن أن تعكس مرضاً نفسياً أو عقلياً مستتراً.

كما أن تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يقتضي من الفاحص أن يتحرى النقاط التالية:

- ١- إذا كان المفحوص قد تعرض سابقاً لحالات تشنج أو فقدان الوعي.
- ٢- اضطراب تصرفات المفحوص.
- ٣- إذا ما سبق للمفحوص أن فكر أو حاول الانتحار.
- ٤- إذا ما تعرض المفحوص سابقاً لحالات الخبل.
- ٥- إذا ما سبق للمفحوص تلقي العلاج النفسي. وفي هذه الحالة نوعية هذا العلاج.
- ٦- العلامات المرافقة للاضطرابات النفسية (كآبة، همود، تفكير بالانتحار، عدائية، هذيان، هياج... الخ).

٢- الفحص العيادي النفسي:

إذا كانت الخطوة الأولى للفحص النفسي، وهي تحديد التاريخ المرضي للمفحوص، على درجة كبيرة من الأهمية إلا أن الخطوة الثانية، المتمثلة بالفحص العيادي- النفسي، لا تقل عنها أهمية. فالأولى كما لاحظنا ممكن إجراؤها من خلال معلومات مستقاة من أقرب المريض ومحيطه. أما الثانية فهي تقتضي مواجهة: فاحص- مفحوص.

هذه المواجهة التي تعرض على الفاحص الاعتماد على عاملين أساسيين في تشخيصه وهذان العاملان هما:

- أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.
- ب- الحوار مع المفحوص.

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

وهذه الدراسة كانت موضوع الفصل الأول من هذا الكتاب. ولهذه فإتينا سنسعد إلى إعادة عرضها بإيجاز مع التأكيد على بعض العوامل الواجب متابعتها في حالات المرض النفسي.

- ١- دراسة شكل الوجه وتسايره التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، التناقض أو التناقض (Discordance) أو فقدان القدرة على التعبير والإيماء... الخ.
- ٢- حركات المفحوص: هل هي متصنعة أو غريبة أو مقولية (Stréereotype) أو تشنجية من نوع الحلقة (Tic).
- ٣- مزاج المفحوص ويمكن أن ينعكس من خلال مظهره وتصرفاته، ويمكن أن يكون المفحوص متقللاً أو متشامماً، ضاحكاً أو باكياً أو متروحاً بين الضحك والبكاء دون أي سبب ظاهر.
- ٤- للنظرة ويمكن أن تكون ثابتة^(٢٦)، متحركة^(٢٧)، كثيرة للحركة^(٢٨)، أو بوهيمية^(٢٩).
- ٥- ثيابه، تسريحته، طريقة انتقاله للألوان، درجة غرابه هندامه. كلها عوامل تساعد الفحص النفسي من طريق مساعدتها في تأكيد أو نفي المؤشرات.
- ٦- مراقبة النشاط الحركي العام للمفحوص. هل هو جامد وهامد أم أنه في حالة ذهول. هل يرتجف لا إرادياً، هل هو مضطرب ومهتاج، هل يتخذ موقفاً

٢٦ - كما في حالات الكلبة والانهيار والهمود والمرحل الفصامية - الاكتئابية... الخ.

٢٧ - كما في حالات القلق والرهيب.

٢٨ - كثيرة الحركة مع لطمخ في حالات الهوس.

٢٩ - كما في حالات الجمود المطلق - الفصامي

تخشيبية (Cathatonique) أو العمه الحركي (Apraxie) أو اذا كان المفحوص
يعاني من الهبوط الحيوي (Echokinésie).

ب- الحوار مع المفحوص:

كثيرة هي المدارس النفسية التي تعتمد الحوار أساساً للفحص النفسي. بحيث
تهمل أو تكاد بقية الفحص النفسي، وأشهر هذه المدارس هي مدرسة التحليل النفسي
بفروعها المتعددة.

وأيا كانت الأهمية التي يعلقها الفاحص النفسي على الحوار والدور الذي يحطيه
هذا الفاحص للحوار كعامل محدد للتشخيص. فإن هذا الفاحص لا بد أن يعترف بأن
الحوار هو أصعب وأعقد مراحل الفحص النفسي.

والحقيقة أن خبرة الفاحص هي العامل الأساسي المحدد للحوار ولأهمية النتائج
التي يمكن أن تمتدح من منه. وكما قد أشرنا إلى ذلك في سياق حديثنا عن الصفات
الواجب توفرها في الفاحص النفسي. ونحن لا نبالغ إذ نقول بأن الفاحص النفسي
الجيد يستطيع مع طريق الحوار، أن يختصر الكثير من جهد وكلفة الفحص النفسي
متجنباً إجراء العديد من الفحوصات الطيبة والقياسات النفسية.

وتظراً لتضارب الآراء في هذا المجال وضيق المجال لمرضها فإننا نكتفي
بعرض النقاط الواجب على الفاحص استخلاصها من خلال الحوار. وهذه النقاط هي
التالي:

١- اضطراب الحديث لدى المفحوص: وهذا الاضطراب هو أول ما يلتفت
لأنه أثناء الحوار مع المفحوص. وهذا الاضطراب ممكن أن يكون على أنواع
هي:

(أ) التأتأة بأنواعها (النبري، الارتعاشي الخ..)

- ب) الحبسة التركيبية^(٣٠)
 ج) اللزائمية (Pragmatisme)
 د) للثرثرة أو اللغظ (Verbigeration).

٢- إدراك المفحوص للزمان والمكان: ومن المهم الملاحظة أن هذا الإدراك لا يكون متكاملًا لدى الأولاد دون الحادية عشرة. وتحديد مدى هذا الإدراك يمكن أن يتم بطرق عديدة. أبسطها سؤال المفحوص عن تاريخ اليوم وعن عنوانه ومكان وجوده.

٣- إدراك المفحوص لجسده والعلم الخارجي: وكما قد شرحنا اضطرابات إدراك الجسد وعلاقته بالعالم الخارجي أثناء حديثنا عن العوامل المكونة للشخصية. ومن هذه الاضطرابات نذكر بـ: أ) العمى، ب) الأوهام ج) التهيؤات.

٤- الانتباه: وقد سبقنا الإشارة لاضطرابات الانتباه، والحقيقة أن قياس هذه الاضطرابات هو أمر لا يصعب على الفاحص خاصة مع وجود قياسات الانتباه النفسية (انظر فصل القياسات النفسية).

٥- الذاكرة: وهي من أهم العوامل التي يجب على الفاحص النفسي تحديدها. ذلك أن اضطرابات الذاكرة التي جانب كونها للعراض المميز لعدد من الأمراض النفسية والعصبية، فهي جديرة بأن تؤدي إلى اضطراب السلوك. فالشخص الذي يفقد ذاكرته يتصرف وكأنه لسان آخر ومخصصة أخرى.

٦- قدرة المفحوص على التجريد، مقلته في الحكم على الأشياء وكذلك مدى اطلاعه.

٣٠- الحبسة التركيبية (Agrammatisme): هي الخلل القدرة على تركيب الكلمات وصلاتها في الجمل قواعد اللغة الصحيحة. لذلك يلجأ المساب بهذه الحبسة في اعتماد لسلوب البرقيات في حديثه مع الآخرين.

٧- مدى تكلفة المريض: وهذه النقطة شديدة الأهمية والحساسية بالنسبة للفحص النفسي. ذلك أن هناك فئة من المفحوصين تكون ميالة للاستخفاف بالفحص والفحص معا وعلى سبيل المثال نذكر الحالات التالية:

أ- المنهار (مصاب بالانهيار): الذي يعتبر عادة أن عوامل انهياره وأسباب هذا الانهيار هي كارثية وغير قابلة للإصلاح بما يجعلها أكبر من الفحص والعلاج وهو لا يلجأ للمعالج النفسي إلا في حال خوفه من تهوي قدراته العقلية وانخفاض قدرته على التحكم في مجرى تفكيره التشاومي فإذا ما تخطى هذا الخوف فإنه يعود من جديد لتبخيص الفحص والفحص وعلاجه. ولذلك فإن أفضل الأساليب في علاج هذه الفئة من المرضى هي الاعتماد على المقالير المضادة للانهيار كأساس لمعالجهم^(٣١).

ب- المدمن: الذي كثيراً ما يتصرف مع الفحص من منطلق أنه (أي الفحص) لم يخبر أنة المخدرات أو يجربها ... الخ، ولذلك فهو مخيف وعاجز عن فهم اللذة وتهم المفحوص. والحقيقة أن المدمنين يمارسون هذا للتبخيص بطريقة جد دبلوماسية بحيث أن غالبية الفاحصين النفسيين (باستثناء أصحاب الخبرة في المجال) لا يتنبهون إلى هذه الدفاعات لدى المدمنين.

ج- الهستيرى: وغالبية هؤلاء من النساء وأولى خطوات تبخيص الفحص في هذه الحالات تبدأ بمحاولتهن اغراءه.

وهذه الفئة من المفحوصين التي أعطينا حولها بعض الأمثلة لا تثنى بالفحص بما فيه الكفاية ولذلك نلاحظ لديهم رغبة في محاولة انظهار تفوقهم على الفاحص. وبما أن الفاحص يجود التحكم في ردات فعله فهم يلجأون غالباً لترجيئه عدد

٣١ - إن علاج بمضادات الانهيار يفرض نفسه لأسباب عديدة منها عدم استعداد المريض للاستجابة في العلاج النفسي ومنها أيضاً كون الانهيار اضطراباً مزاجياً مرتبطاً بمسألة متغيرات بيولوجية. للتصق نظر - معجم العلاج النفسي الحديث - مرجع سابق لنذكر.

من الأسئلة من نوع ماذا كنت تفعل لو كنت مكاني؟ هل لي أن أسألك سوالياً خاصاً... الخ. أما إذا كان المفحوص متقافاً فإنه يحاول جر الطبيب إلى نقاش تقاسمي يكون هو (أي المفحوص) صاحب باع طويل فيه. ولهذا يجب على الفاحص تجنب هذا المأزق.

٨- محتوى أفكار المفحوص: بعد تحديد الفاحص للتقاط السابقة للذكر يستطيع بسهولة أن يستشف محتوى أفكار المفحوص. هذا المحتوى الذي سيتيح له للتوجه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للتنتاج لمحتوى هذه الأفكار ممكن أن يكون هذياناً، وسواسياً، وهما مرضياً أو شعوراً بالتفوق... الخ.

٩- مزاج المفحوص: وقد شرحنا تفصيلاً العوامل المؤثرة في لحالة المزاجية وكذلك اضطرابات هذه الحالة. إلا أن ما يهمنا التذكير به هو تبيين وجود أو عدم وجود فكرة الانتحار لدى المفحوص. فهذه الفكرة تطرح نفسها بصورة قهرية لدى مضطربي المزاج- فنظر اضطرابات التفاعل الوجداني في الفصل الثاني.

٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي

قد يختلف العديد من الزملاء معي حول الأهمية التي ألقها على دور اضطرابات النوم في مجرى الفحص النفسي. والحديث عن هذه الاضطرابات في سياق الفحص النفسي لا يتيح استعراض المستجدات في أبحاث النوم. لذلك اختصر وجهة نظري بهذا الخصوص بالتذكير بالعلاقة القائمة بين حرمان النوم وظهور المظاهر الذهانية. إذ تتبدى هذه المظاهر لدى أي شخص حرم من النوم لأكثر من ٤٨ ساعة متواصلة. وأتت الأبحاث على أن النوم هو حصيللة جملة قرارات دماغية تؤثر في حالة الاختمار للدماغ تحدث النوم. كما أتت هذه الأبحاث على وجود اضطرابات النوم لديهم تشخيصه للاضطراب. وفي ما يلي بعض الأمثلة:

أ- نوم مرضى الانهيار (الاكتئاب).

يتميز نوم هؤلاء المرضى بالخصائص التالية:

- صعوبة الاستمرار في النوم تكون أكبر من صعوبة الاغفاء. فهم يستيقظون عدة مرات في الليلة الواحدة. فإذا تطورت الحالة فانهم يستيقظون في ساعات أبكر - وهذا ما نسميه بالارق الصباحي.

- لا تتوالى مراحل النوم الخمس بشكل طبيعي لدى هؤلاء المرضى بحيث تنتقل من مرحلة النوم العميق بما يؤدي إلى بداية مرحلة نوم الأحلام بصورة أسرع. تظهر الأحلام بعد ١٠ دقائق بدلاً من ٦٠-٩٠ دقيقة. وحتى في الحالات التي ينام فيها النهار ضعف مدة النوم العادية فإن نومه العميق يبقى ناقصاً.

ب- نوم المهوسين

يملك هؤلاء المرضى قدرة غير عادية على مقاومة النوم والادوية المنومة. وهم يستطيعون البقاء بدون نوم لفترة طويلة لا يقوى عليها الناس العاديون. فإذا ناموا فانهم يكونون يقدر بسبب من ساعات النوم.

ج- نوم الذهانين - الهذيانين

يلاحظ مثلاً لدى الفصامين تناقص فترة نوم الاعلام مع عودتها إلى طبيعتها بعد نهاية الانتكاسة الفصامية، ولا تتم هذه العودة في حال استمرار المظاهر الهذيانية.

د- نوم العصائين

غالباً ما تتجلى اضطرابات النوم لدى العصائين بصعوبة الاغفاء وهي سمة النوم الخاصة بالقلقين. ونذكرها هنا بأن التحليل النفسي ينكر بعض انواع الأحلام الخاصة بالعصائين والتي تؤدي إلى استيقاظهم ليلاً بسببها.

هـ- نوم المرضى الجسديين

لم يحدد البيسيكوسوماتيون انماطاً خاصة لنوم المصابين بالامراض الجسدية. الا أنهم حددوا تماط للحياة الحتمية لهؤلاء المرضى. وهذه التماط هي بحسب بيرل^(٣٢):

- غياب الاحلام

- الاحلام العملية

- الاحلام التكرارية

- الاحلام الفظة

و- نوم الممنين

تختلف اضطرابات النوم لدى الممن باختلاف حالته العضوية. ولعل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هي تلك الناجمة عن الالتهاب بسبب تقدم العمر وهي تتميز باغفامات قصيرة اثناء النهار وبإغفاء في الساعات الاولى من الليل ثم الاستيقاظ الليلي.

اما للشغب الليلي (Tulburance noctume) فإنه قد يرافق الحالات الالتهابية وقد يأتي منفرداً لمحاولة من قبل الممن لتفت انظار المحيط اليه لو كردة فعل امام خوف الممن من الموت ايلاً في حين ينام للرباوم.

بعد هذا العرض الموجز والمقتضب لعلائم اضطرابات النوم ولاهيتها التشخيصية فالتأكد على ضرورة تحري الفاحص لاضطرابات النوم لدى مفحوصه (بمسؤال المفحوص ومحيطه. ذلك ان بعضهم ينكرون لو يجهلون خصائص نومهم). بل اننا ننصح الفاحص بعدم التصرع في وضع تشخيصه للحالة

^{٣٢} - بيرل مرتني؛ العلم والمرض النفسي والنفسي، منشورات مركز الدراسات النفسية، ط١ (١٩٨٧) و ط٢ (١٩٩٣).

إذا ما لاحظنا عليها علامت اضطرابات جدية على مستوى النوم. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد على أن تنويم المريض (Cure de Som meil) يمكنه أن يغير التشخيص الذي يعتمد على الفحص ميدانياً. ومثل هذا الالتباس التشخيصي يمكنه أن يؤدي، ولو في حالات نادرة، إلى فشل العلاج.

هذا مع التأكيد على أن الدورة التنويمية تؤثر بصورة إيجابية في الحالة مهما كان تشخيصها. وذلك بشرط انتقاء المنوم المناسب للحالة.

الفصل الخامس

الفحص الطبي - النفسي

- ١- الفحص الطبي العام.
- ٢- دراسة قزحية العين.
- ٣- الفحوصات المخبرية.

١ - الفحص الطبي العلم

إن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل. وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا. إذ فهم يفصلون النفس عن الجسد لدى معالجتهم الجسد الشرعي.

أفلاطون

وإطلاقاً من هذا المبدأ الأفلاطوني قامت المدرسة النفسية - الجسدية التي أثبتت أن هناك قائمة طويلة من الأمراض (الربو، القرحة، الذبحة القلبية، الانهيار... الخ) التي تعود في أساسها لاضطراب في حالة المريض النفسية.

ويتمقابل أثبت الباحثون دور بعض الأمراض الجسدية في أحداث الاضطرابات النفسية. ومن هذه الأمراض نذكر على سبيل المثال لا الحصر: اضطرابات الدرقية والكظرية والصرطان والانهابات إلى ما هنالك من الأمراض المصعبة بالنفس - جسدية (بيركوسوماتية).

بناءً على ما تقدم نلاحظ أن الفحص الطبي - النفسي كثيراً ما يمثل ضرورة ليس تشخيصية فقط وإنما علاجية أيضاً. والفاحص يستطيع تحديد إطار هذا الفحص من خلال استعراضه للتاريخ والسوابق المرضية للمفحوص. ونحن هنا سوف نحاول أن نلخص خطوات الفحص الطبي - النفسي. محاولين بذلك تلمس الفحص النفسي من كافة وجوهه.

والفحص الطبي - النفسي يجري وفقاً للأسس التالية:

١ - فحص أعشنية الجسم:

ومن خلال هذا الفحص على الفاحص أن يحدد: (أ) وجود آثار الحقن (ذليل) لمان مخدرات تحقن بالوريد). (ب) فحص بطاقة الأنف (ذليل تنشق المخدرات). (ج)

وجود آثار لمحاولات اقتحار سابقة (قطع شرايين اليد مثلاً). د) وجود التشوهات الخلقية و هـ) وجود آثار عنف يادية على جلد المفحوص (قد تكون نابلاً على ما زوشيته لو قد تنشأ عن صنعة ذات أثر في سلوكه الحالي... الخ).

٢- فحص الجهاز العصبي:

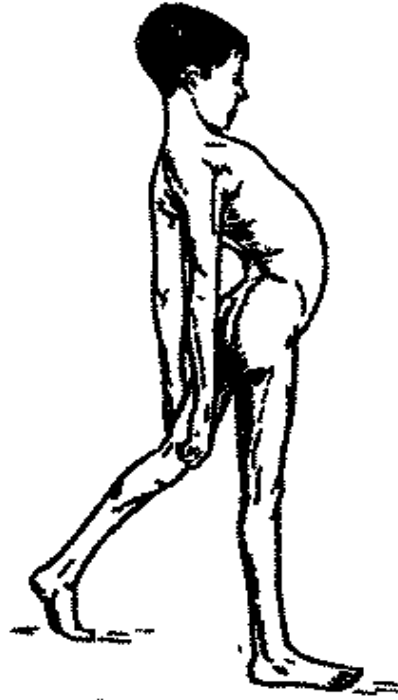
وهو فحص لسلسلي في الطب النفسي ويهدف إلى تحديد امكانيات وجود تلف عصبي من شأنه أن يؤثر في الحالة النفسية للمفحوص. ويعتمد هذا الفحص على تحديد الاصليات الذاتية والموضوعية للمفحوص وكذلك دراسة ارتكاساته العصبية. ومن المهم الانتباه أثناء الفحص العصبي للنشاط النفسي - الحركي للمفحوص إلى مراقبة حركته (يمكن أن يكون مصاباً بالشلل الارتعاشي أو أن يعاني شكلاً من أشكال العمه... الخ) والفحص العصبي يكتمل من خلال مراقبة مشية المفحوص هذه المشية التي يمكنها أن تعكس عدداً من الاصابات العصبية كما نلاحظ في الصور التالية:

٣- فحص الجهاز التنفسي:

اذ من الممكن أن يتعرض المريض لمصعوبات جمّة، قد تؤدي بحياته وذلك في بعض حالات المرض النفسي - العصبي كالصرع^(١) أو الامتناع^(٢) فحراً عن تناول المخدرات بعد إيمانها... الخ.

١- أثناء نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal) وخاصة في حالات الصود الصرعي (Mal Épileptique) فإن المريض يوشك على الاختناق بسبب الاضطرابات العصبية - قنماعية المرافقة للتوربولوجياً بسبب ابتلاع المريض السقه. لهذا فإن الخطوة العلاجية الأولى في هذه الحالات هي تأمين نفس المريض.

٢- يترافق الامتناع عن المخدرات بمظاهر القمام (Sevrage) - لتتمق في هذا الموضوع انظر لسلس الاضطرابات النفسية بولوجية المنشأ - اقراء المخدرات.



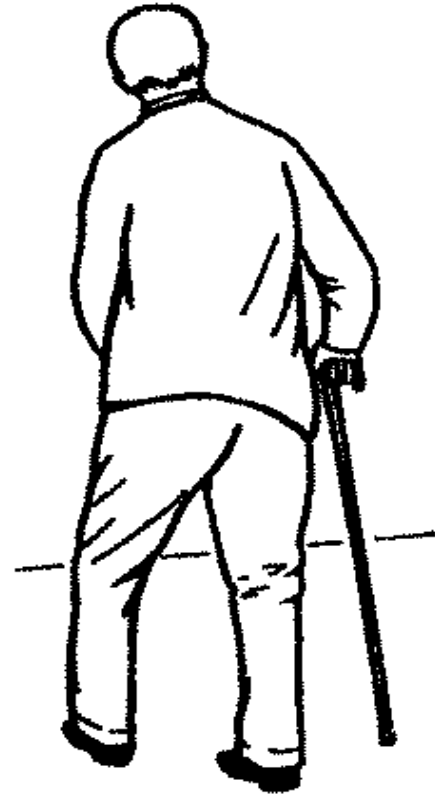
مشية المصاب بآفة عضلية.



مشية المصاب بالسهام (Tabès)



تمثل هذه الصورة أحد أكثر أنواع الشلل
الهمستيري شيوعاً وهو شلل المصاب الـ
حقوي (المعروف بعرق النساء) لاحظ كيف
يجر المريض رجله المشلولة. وبالطبع فإن هذا
الشلل يمكن أن يكون ناتجاً عن إصابة
عضوية حقيقية.



مشية المصاب بالشلل النصفى التشنجي.

وفي النهاية نعرض هذا الجدول الذي يلخص مختلف المشيات المريضة



مشية المصاب بشلل جزئي في كعبيه



مشية المصاب بالمقوِّع



مشية المصاب بالسُّهَام



مشية المصاب بـ الاختلاجات التشنجية



مشية المصاب بتصلب إبتوالي



مشية المصاب بأفة عضلية



مشية المصاب بشلل نصفي تشنجي



مشية المصاب بشلل عرق النساء



الشلل الهستوري حيث يجر للمريض قدمه باتجاه السهم



المشي الأعرج وهو لدى المصاب بأوجاع عرق النساء وغورها من الأوجاع في كعبيه

٤ - فحص الجهاز الهضمي:

ويهدف هذا الفحص إلى تحديد أنواع العقاقير الواجب تجنبها في علاج المريض. وكذلك تحديد وجود اضطرابات نفسية - وظيفية في هذا الجهاز مثل القولون المتوتر (مرض كرون)، أو تحصن المعدة. وكذلك تحديد وجود أمراض هضمية ذات منشأ نفسي^(٦).

٥ - فحص القلب والأوعية الدموية:

في حال إصابة المريض النفسي بمرض قلبي فانه من الطبيعي أن توجه العناية الرئيسية لمعالجة هذا المرض. وذلك قبل المباشرة بالتشخيص أو بالفحص النفسيين. أما إذا كان هذا المرض القلبي غير مؤثر، أو كان يحظى برعاية اختصاصية، بشكل يسمح للفحص أن يقوم بفحصه فإن المرض القلبي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار سواء لجهة الفحص أو للتشخيص أو للعلاج^(٧).

٦ - فحص الغدد الصماء:

ذلك أن اضطراب إفراز هذه الغدد يؤدي إلى اضطراب التوازن الهرموني في الجسم. وهذا ممكن أن ينعكس من خلال تغيرات سلوكية عديدة تطلو على شخصية المفحوص^(٨).

٣- لتتفق نظر الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر.

٤- إن الإصابة بأمراض القلب تقتضي حذر الفحص وإيقظه. إذ يجب وقاية هذا المريض من الاضغاطات النفسية ومن للكروبات المؤلمة. كما أن هذه الإصابة تتعارض مع استعمال الحديد من الأنوية النفسية. أما عن الاضطرابات النفسية المسببة لاضطرابات القلب فيمكن تكرارها في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٥- نظر فكرة الاضطرابات القلبية في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٧- فحص العين:

ونخصص له فقرة منفردة في هذا الفصل.

٢- دراسة العين

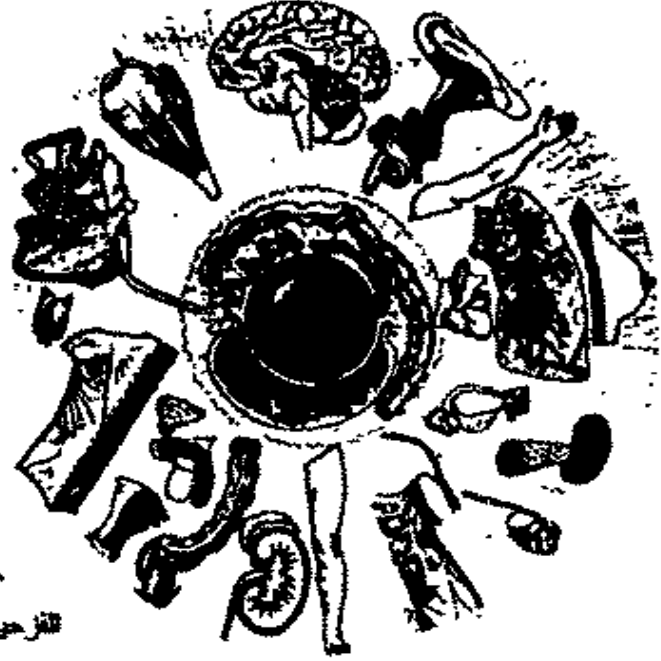
لم تعد العين مجرد نافذة نطل من خلالها على نفسية المفحوص، محاولين تحديد سلوكه من خلال لون العينين، كبرهما أو من خلال نظراته، بل تعدت (أي العين) ذلك لتصبح عنصراً رئيسياً من عناصر التشخيص المرضي وبشكل خاص في تشخيص الأمراض النفسية. وذلك بعد وضع أسس ما يسمى بت علم دراسة القرحة (Iridologie).

وحقيقة الأمر أن الربط بين اضطراب القرحة والحالة الجسدية لشخص ما هي فكرة تعود في أساسها إلى العام ١٨٧٠ حين لاحظ إيفانز بيشولي Ignatz Peczeley تغيرات واضطرابات في قرحة الحيوانات المصابة بجروح أو بمرض. كما لاحظ اختفاء هذه الاضطرابات لدى شفاء الحيوانات.

واليوم بعد دراسات مستفيضة في هذا المجال استطاع الباحثون أن يضعوا أسس علم لدراسة القرحة. وقسم هؤلاء الباحثون القرحة إلى اثني عشر قسماً (مثل الساعة) بحيث يعكس كل قسم منها حالة واحد من أعضاء الجسم. وذلك وفق الصورة التالية:

وهكذا فإن ملاحظة الفاحص بقعة بيضاء في منطقة أحد الأعضاء تعني إصابة هذا العضو بمرض ما. فإذا كانت هذه البقعة في مكان عقرب الساعة الثالثة فإنها تعني وجود مرض رئوي. أما إذا كانت البقعة مكان عقرب الساعة للسابعة فهي تعني إصابة الليرومتات أو المبيض... الخ. على أن ما يهمنا في هذا المجال هو الدلالات النفسية لفحص القرحة هذه الدلالات التي يشرحها البروفيسور جان كلود هودريه Jean Claude Houdret (رئيس المعهد الفرنسي لدراسة القرحة) تالياً:

إن فحص القزحية وفق الرسوم الظاهر في محيط القزحية يستطيع اختصاصي دراسة قزحية العين أن يحدد العضو المصاب وأن يكتشف مختلف المظاهر المرضية فيه.



حسب مواقع السلائم على
القزحية يستطيع فحص القزحية
لكشف الأمراض المرضية.

لا يبغي الفحوصات والتحليل الطبية التقليدية ولكنه أسهل منها، أبسط وأوفر. وفحص القزحية ممكن أن يمد ثروة كبيرة في الأساليب التقليدية للفحوصات الطبية فكثيراً ما يأتينا مريض محملاً بمشاكل لا تنتهي من الفحوصات تثبت أنه سليم معافى. وعن الطبيعي إلا يكتفح المريض بهذه الفحوصات فنحن لا نستطيع أن نقول للمريض بأنه معافى في حين يعاني هو من الآلام ويشعر فعلاً بأنه مريض.

ويتابع الدكتور هودريه: إن هؤلاء المرضى من الشنجيين (Spasmophylie) الذين يعانون اضطرابات نفسية - فيزيولوجية. هؤلاء هم تلك الفئة من الناس التي تركز تلقها النفسي على هذا العضو أو ذلك. الأمر الذي يتسبب بظهور اضطرابات وظيفية في هذا العضو. ومن هذه الأمراض النفسية - الوظيفية (Psycho

(physiologique) يذكر هورويه حالات لمغص، تقلصات المعدة، الشقيقة، صعوبات الهضم المؤلمة، الإمساك، الإسهال، اضطرابات النوم... الخ.

وهذه الأمراض تشخص بدقة بفحص القرحية البسيط في حين تفشل أكثر الآلات تطوراً في تشخيصها.

ولنتعرض الآن مبادئ فحص القرحية لنلاحظ:

(١) إن اختلاف لون القرحية، من عيونٍ لأخرى لدى ذات الشخص، يعني الضعف الجسدي (لذا لم يكن خلقياً).

(٢) لذا كانت القرحية مركزة، منتظمة ومشدودة. فإنها تعكس صحة المفحوص الجسدية ويعد عن الأمراض النفسية. إلا أنها تعني أيضاً أن تعرض هذا الشخص للشدّة (Stress) من شأنه أن يؤدي إلى ارتفاع نسبة الدهون في الدم وكذلك فإن هذا التعرض يؤدي إلى احتمال أصابة المفحوص بأمراض الشرايين التاجية (المتشاء للبي، نبحة... الخ) أي بأمراض القلب النفسية^(١).

(٣) عندما نلاحظ قطعاً في شاشة القرحية فإن ذلك يعني اضطراباً وظيفياً متطوراً وحالة نفسية غير مستقرة.

(٤) في حالات التخلف العقلي يظهر فحص القرحية اضطرابات مختلفة باختلاف وضع البؤبؤ بالنسبة لمركز القرحية. كالحول متحد الاتجاه، الحول المختلف الاتجاه، عدم تلوّن البؤبؤ، شال النظرة (الجانبية بشكل خاص)، انحلال البقعة الصفراء في شبكية العين، إضافة إلى الاضطرابات التي تنجم عن وهن العصب البصري.

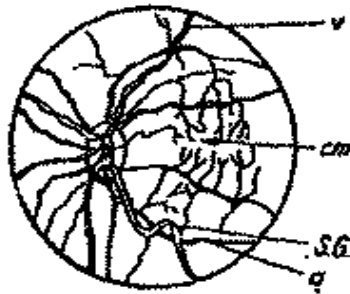
٦- أمراض القلب النفسية - مرجع سابق الذكر.

(٥) في حالة النوبة شبيهة بالركنوسونية نلاحظ ظهور حركات العين السريعة مصاحبة أولاً بألم العنق وميلاته. مما قد يوحي بتشخيص الهستيريا إلا أن الحقيقة هي أن هذه المظاهر تدل على حالة تسمم بالمخدرات العصبية أو بالمخدرات.

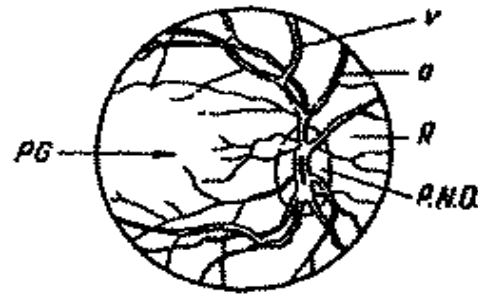
(٦) العمى الهستيرى: حيث يلاحظ عدم وجود تغيرات عضوية أو في القرنية.

(٧) إيمان الكحول والتخمين: نلاحظ نتائج التهاب التسمي للعصب البصري.

(٨) ارتفاع الضغط: عندما يدخل هذا المرض في مرحلته الثالثة والرابعة فإنه قد يصبح مصحوباً باضطرابات نفسية متنوعة. ففي هذه المراحل نلاحظ ظهور الاضطرابات التنكسية، تبول القدرات الذهنية، اللامبالاة، عدم وعي المرضى واضطرابات نفسية متنوعة. وهذه الاضطرابات تنبئ في أحسن أحوال العين على النحو التالي:



صورة تمثل أعر العين للمرضى امريض
مصائب بارتفاع الضغط الشرياني في مرحلته
الثالثة.



صورة تمثل أعر العين الطبيعي

٣- الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية

وهذه الفحوصات لا يعتمد الفاحص على إجرائها ما لم يتأكد من ضرورتها. وفي حال توصل الفاحص إلى نتيجة مفادها ضرورة إجراء هذه الفحوصات فإن

المفحوص في هذه الحالة يصبح مريضاً بالمعنى الطبي، ولذلك فإننا سنعمد لاستخدام كلمة المريض عوضاً عن المفحوص، وهذه الفحوصات هي التالية:

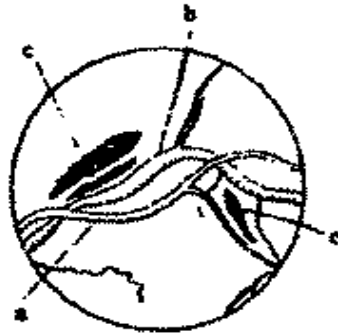
١- فحص العين:

مما تقدم رأينا الأهمية التي يتسم بها فحص العين، ولكن الفحوصات المخبرية للعين هي من عمل الأخصائي، ولذلك سنكتفي بسردها مع شرح بعض التفاصيل المتعلقة بها، وهذه الفحوصات هي:

١- *Ophthalmodynamométrie*: وهو كناية عن قياس ضغط الدم في الشريان الرئيسي للشبكية، هذا الضغط الذي يساوي في الحالات الطبيعية نصف ضغط الدم في الذراع، ومن خلال هذا الفحص نستطيع أن نكتين فعالية الدورة الدموية في الدماغ.

ب- فحص الحقل البصري.

ج- *Ophthalmoscopic*: ويتيح لنا هذا الفحص رؤية قعر العين بطريقة بسيطة وسهلة، ومن شأن هذا الفحص أن يساعدنا في تحديد عدد من الاصابات في اعصاب العين (*Atrophie optique, Névrite optique etc...*) وتعرض هنا بعض الصور المتعلقة بفحص العين.



صورة قعر عين مريض في حالة ارتفاع الضغط ويبدو فيها تقاطع بين شريان العين ووريدها
صورة قعر عين نازف، والذريف حاصل على مستوى تقاطع الشريان (a) مع الوريد (b).

٢- فحص الأشعة العصبية:

وهذا الفحص يجري بعدة وسائل مخبرية يحددها الفاحص (الطبي العصبى) وهذه الوسائل هي:

أ- التصوير الشعاعى للججمة: وتساعدنا هذه الصور على تحديد وجود تشوهات في عظام الججمة سواءً أكانت هذه التشوهات خلقية أو ناجمة عن حوادث ورضوض.

ب- تصوير الأورام بالكومبيوتر (Tomographie Compiutérísée):
ويفيدنا هذا الفحص في تحديد وجود أورام أو تشوهات دماغية.

ج- (Pneumo Encéphalographie): وتتلخص هذه الطريقة بتصوير المناطق الدماغية بعد سحب السائل الشوكي بإبرة خاصة ومن ثم الحقن التدريجي بالهواء مما يولد فراغاً يسهل عملية التصوير. ويجب الحذر في مثل هذه الفحوصات من ارتفاع ضغط الدم في الدماغ.

د- Angiographie Système Carotidien: وهذه الطريقة تستخدم حقن مادة الـ Contrast.

هـ- Scinyigraphie Cérébrale: التسجيل الشعاعى للدماغ. وتتلخص هذه الطريقة بتصوير توزيع أيونات اليود والتيلور المشع في الدماغ.

و- Encéphalocarotidogramme: وهي عبارة عن لخلل غازات مشعة و(Interne) وذلك من طريق الحقن في الشريان الأبهر (Carotide). وهذه الطريقة تتيح لنا أن نقوم بالوقت ذاته بقياس الدورة الدموية في مختلف أنحاء الدماغ.

ز- التصوير الشعاعى المسجل (Radioscintigraphie): وهي تقنية تشبه التسجيل الشعاعى ولكنها تتم من طريق حقن الـ Radiotracteur مباشرة في السائل الشوكي.

كما أن هناك وسائل عديدة منها: التخطيط للدماغي بواسطة محبس لاقط - مرسل، للتخطيط بالموجات ما فوق الصوتية، التخطيط الحراري... الخ. أما الوسيلة الأحدث فهي تصوير مناطق الدماغ بالرنين المغناطيسي M.R.I. - Magnetic Resonance Imaging).

٢- تخطيط النشاط العضلي (Electromyogram)

وهذا التخطيط يتيح لنا تحديد كثافة وتكامل الخيوط العصبية الحركية، الوصلات العصبية (Synapse) وكذلك اللوحات العصبية. وتخطيط النشاط العضلي يتيح لنا تحديد أمراض مثل الوهن العضلي، التهاب نهايات الأعصاب واضطراب التوصيل العصبي - العضلي. وهذه الطريقة مفيدة أيضاً في تشخيص زيادة التردد الدرقي (المستقرة) والكزاز الكامن (Tétanie latente).

٤- التحاليل الكيميائية

إن أهم التحاليل الكيميائية المستخدمة في ميدان الفحص النفسي - العصبي هي تحليل السائل الشوكي (L.C.R). وهذه التحاليل لا تجرى عادة ما لم تكن ضرورية للتشخيص. وهذا ما يحدث في حالات مثل التهاب السحايا - الأعصاب^(٧) الناتج عن الزهري.

وفي الحالات الطبيعية يكون حجم السائل الشوكي مولياً يساً لـ 140 ± 30 مل لدى البالغ. و $80 - 120$ مل لدى المراهق أما لدى الرضيع فهو لا يتجاوز الـ $40 - 60$ ملوليتراً.

أما عن ضغط السائل الشوكي فيختلف باختلاف وضعية جسد المريض وباختلاف المنطقة التي نقيس فيها هذا الضغط. وفي الحالات الطبيعية يكون هذا

٧- نظر قرة التهابات في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية منشأ.

الضغط في حدود ٤٥ (سم^٢ مياه) في وضعية الجلوس، في منطقة الفقرات القطنية وادى البالغ. والسائل الشوكي يبدو صافياً، زرقاً ولكنه ممكن أن يتعكر في امراض عديدة. فهو:

أ- متعكر ويحتوي على القيح في حالات التهاب السحايا المترافقة بتحريك متعدبات النواة.

ب- مائل للاحمرار ويحتوي على الدم في حالات النزيف.

ج- مائل للاخضر وذلك في حالات نادرة منها التهاب السحايا الناجم عن المكورة الرئوية.

د- مائل للبنى وذلك في حالات نادرة أيضاً. منها التهاب السحايا المصحوب بالنزيف وبالجراثيم اللاهوائية.

أما من حيث تحليل السائل الشوكي وتحديد الخلايا التي يحويها. فمن الملاحظ أن السائل الشوكي يحتوي على العناصر التالية:

أ- من صفر الى ثلاثة كريات لمفاوية (Lymphocyte) في كل مليمترا مكعب منه.

ب- لوزال (Albumine): وهذا لوزال إذا ما زادت نسبته عن ٠,٣ غ بالألف وكان المريض مصاباً بارتفاع عدد الكريات اللمفاوية الى ١٠ فأكثر في المليمترا المكعب الواحد. فلن هذه الدلائل قد تشير الى التهاب السحايا الفيروسي أو الى بداية شلل الاطفال، أو الى ضربة الشمس.

ج- نسبة السكر في السائل الشوكي. ونعتمد الى هذا التحليل في حال التهاب السحايا حيث ترتفع نسبة السكر إذا كان السبب فيروسياً أكثر من ارتفاعها إذا كان السبب بكتيرياً.

د- نسبة الكالور في السائل الشوكي. هذه النسبة التي تساوي ٧ - ٧.٤ غرام بالألف في الحالات الطبيعية. فإذا ما تكثرت هذه النسبة إلى ما دون ٦ غ/ك كان ذلك علامة لالتهاب السحايا بسبب السل.

هـ- حامض اللبنيك (Acide lactique): ونسبته الطبيعية ١,٥ - ٢,٢ m Eq/ Litre وترتفع هذه النسبة في التهاب السحايا البكتيري.

و- الكحول الأيثلي (Alcool Éthylique): ويظهر في السائل الشوكي في حال التهاب السحايا الفطري.

٥- التخطيط الكهربائي للدماغ^(٨)

يصر البعض على إعطاء هذا التخطيط أهمية قصوى. لسي حين يميل البعض إلى الانتقاص من هذه الأهمية. وعلى أية حال فإن هذا التخطيط هو وسيلةنا الوحيدة لتكون فكرة تقريبية عن النشاط الفيزيولوجي للدماغ. فهذا التخطيط لا يترجم سوى جزء من حيوية الدماغ الكهربائية. والتخطيط يترجم هذه الحيوية بشكل موجات من شأنها أن تساعدنا في التشخيص كما في تحديد المناطق الدماغية المصابة.

والحقيقة أن الموجات، التي يسجلها جهاز تخطيط الدماغ، تبدو في ظاهرها شديدة التعقيد وصعبة للتفسير. ولكن هذه الصعوبة ليست سوى ظاهريّة. ذلك أن قراءة هذا التخطيط تكفي الخطوات التالية:

أ- تحديد مواصفات الموجات المسجلة من حيث شكلها، ترددها وسعتها (Amplitude).

ب- أن يعرف القلمن الأشكال الطبيعية للموجات أثناء بقاء بيتا، نيتا وديلتا التي تتناوب على الظهور في التخطيط الطبيعي.

وللتعرف على مواصفات هذه الموجات يمكن مراجعة الجدول التالي:

٨- محمد أحمد النجاسي: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

	(D) دق	(O) دق	(B) دق	(E) دق	الوجهة
التردد	0,0 - 1,0	7,0 - 8	7,0 - 13	17 - 8	توردة في التسمية ميكرووات
Amplitude النسبة	10,0 - 4,0	7,0 - 8,0	7,0 - 0	11,0 - 1,0	النسبة التورية
النسبة التورية لكل موجة بالنسبة لمجموع الموجات	% (تقريباً في المائة)	% 10 - 1,0	% 7,0 - 2	% 7,0 - 2	
شكل الموجة	أحياناً تورية وأحياناً متعددة الأضلاع	الترانس موجية	غير متجانسة وموجية	كوليس	
مترابطة	ن	لعم	ن	لعم	
متوازية	ن	لعم	ن	لعم	
مكان إصدارها	متنوعة	الضبابية الضبابية	الضبابية الضبابية	الضبابية والضبابية من الضباب	
تسمح للضباب بالمرور إلى موجة	لعم	ن	ن	موجة غير مترابطة	

الفصل السادس

الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ

- ١- الاضطرابات الناجمة عن اضطرابات الأيض.
- ٢- الاضطرابات المصاحبة لأمراض القلب.
- ٣- الاضطرابات المصاحبة لأمراض العصبية التراجعية.
- ٤- الاضطرابات الناجمة عن الانتهاكات.
- ٥- الاضطرابات المصاحبة لأمراض الغدية.
- ٦- الاضطرابات الناجمة عن تشوه المبيغيات.
- ٧- الاضطرابات الناجمة عن التسمم.
- ٨- اضطرابات الحمل والولادة.
- ٩- اضطرابات العمر.
- ١٠- الإضطرابات الدماغية.

لم تستطع الثنائية العزيزة على الفيلسوف الفرنسي ديكارت - الصمود في وجه المظاهر العيادية المتشابهة للملاحظة لدى المرضى سواء أكانوا نفسيين أم جسديين. ولقد كانت بداية التراجع، لهذه النظرة الثنائية، على يد العالم جامبرز (Jaspers) الذي أعيا الفكر الطبي التقليدي من خلال إصراره على ضرورة النظر في التسلسل الزمني للأحداث، وفي عوامل نفسية محددة، بغية فهم العلاقة السببية بين هذه العوامل وبين المرضى الملاحظ عيادياً والمقيد بمظاهر نفسية وجسدية.

هذا وتشير معطيات الأندب الطبي إلى أن علماء العرب كانوا الأوائل في التاريخ الإنساني من حيث تمثلهم للمبدأ التجريبي والنظرية العضوية للأمراض النفسية. فها هو ابن سينا يبرهن على دور الانفعال النفسي في حدوث الاختلال في التوازن الجسدي. وذلك من خلال تعريفه للحمل لانفعال الخوف من اللذنب لغاية وفاة الحمل بسبب استمرارية تعرضه للانفعال. كما ربط ابن سينا بين الانفعال العاطفي وبين زيادة نبض القلب من خلال علاجه للأمير العاشق. وتطول قائمة هذه الحالات لدى العلماء العرب مروراً بالرقي الذي استخدم الموسيقى كوسيلة علاجية ويفكر الطبي الذي كان وراء بناء الليبرستانتات وعزل المرضى النفسيين في أحد أقسامها مع احترام حقهم في المعاملة كمرضى وليس كأجساد تسكنها الأرواح ولا تبارحها الا من طريق ضرب المريض وتطويه.

إلا أن التطورات العلمية الحديثة تجعل معاصرنا ينظرون إلى هذه المنطلقات لقطة على أنها من المنطلقات الطبية الفلسفية. ولكن دون أن يعني ذلك أنهم ينتقصون من قيمتها بل أنهم ينظرون إليها بما يلقى بها من إجلال واحترام. وهم يستبدلوننا بمعطيات تجريبية معاصرة تفيد من تقدم العلوم وإدراكها على التحديد الدقيق للعوامل المرضية (ولأن كانت هذه الدلة لم تصل بعد إلى المستوى المطلوب للاجابة على كافة هذه الاسئلة).

ان هذا التداخل بين النفسي والجسدي قد اعد النظرة الكلية للاعتماد فلم يعد بالامكان تفكيك علوم الشفاء الى فروع متخصصة تعنى بالاجزاء وتهمل الكل. فللكلية بانث تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم. ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي الذي لم يعد قادراً على نهج المنهج الدينامي دون النظر الى احتمالات وجود خلفية عضوية للمظاهر النفسية المتبدية لدى طالب العلاج النفسي. فهذا الاهمال من شأنه ان يقيد الأمور ولن يسمح بتطور المرض وصولاً الى المرحلة التي يستحيل فيها تحقيق النتائج للعلاجية الكافية. وعلى الاختصاصي النفسي ان يدرك تمام الإدراك أهمية التشخيص وواقعة ان التشخيص السيئ يقود الى العلاج غير المناسب متعمداً بذلك تحقيق النتائج. ومن طبيعة الأمور القول ان التشخيص الجيد لا يتحدد الا من خلال المتابعة الدقيقة للحالة بكافة جوانبها ومعطياتها.

ومن خلال التشخيص التفريقي الذي يعمل على التفريق بين مختلف الحالات المرضية التي يمكنها ان تملك بعض العلام والمظاهر المرضية المشتركة. ولكي نكون أكثر وضوحاً فلننا نعطي بعض الأمثلة على ذلك.

الحالة الأولى:

مريضة (٢٩ عاماً) تتوجه الى العيادة النفسية طالبة المساعدة بسبب معاناتها من مظاهر نفسية ممكنة الادراج في خلة الحصاب. مضطحة اليها فقدان الدواع ومنها الشهية الأمر الذي تسبب في نقص وزنها لخفة الهزال.

في هذه الحالة على المعالج النفسي ألا يحصر اهتمامه بالمظاهر الحصابية ويتحدد الميول المرضية النفسية بل ان من واجبه ان يولي الاعراض الجسدية اهتمامه كي يتبين امكانيات عكسها لاضطرابات او لأمراض جسدية معينة. فنقص الوزن هذا قد يكون ناجماً عن امراض جسدية مثل زيادة فرط الدرقية او الاصابة

بالسل أو بأحد أنواع السرطانات... الخ والمریضة المصاب بها اعلاه كانت تعاني
والعأ من مرض السرطان.

الحالة الثانية:

طفل (٤ سنوات) يمرضه أهله على العيادة النفسية بسبب تباطؤ نموه الذهني.
في هذه الحالة يتوجب على الاختصاصي النفسي أن يلغي اعتمادات الاصابة
العضوية قبل مباشرته أي نوع من أنواع العلاج النفسي وحتى قبل قيامه بتطبيق
اختبارات الذكاء وغيرها.

ويظهر فحص هذا الطفل معاناته للمظاهر التالية: تباطؤ نفسي- حركي مع
تباطؤ نمو المهارات النفسية - الحركية ومظاهر تباطؤ النمو الذهني. أما على
الصعيد الجسدي فنلاحظ المظاهر التالية: تورم الاغشية وبياسها والوجه مستدير
وبدين ويوحى بالتباطؤ الذهني. والقران هذه المظاهر يوحي باصابة الطفل بتصور
قرن الدرقية وهذا ما اثبتته التحاليل المخبرية. وبهذا فقد تم علاجه بالهورمونات
ليحصل على نتائج مقبولة وكافية.

ماذا كان ليحدث لو أن المعالج النفسي أهمل الناحية العضوية وعامل الطفل
على أنه متخلف عقلياً (استناداً لتحديد درجة ذكائه اعتماداً على أحد لاختبارات
الذكاء؟)

في مثل هذه الحالة كان تصور الدرقية يتحول الى الأمان مما يفتنا امكانيات
علاجه بحيث يصبح العلاج الهرموني علجاً عن تعريض التولمي العقلية وناجماً
جزئياً في تعريض النواقل الجسدية.

الحالة الثالثة:

امرأة في الأربعين تعالج منذ سنوات من أجل المظاهر الرهابية التي تعانيها
(خاصة رهاب المساج) لوتكهن فيما بعد أنها تعاني من تضلل الصمام الميتريالي

(Pro-Lapsus Mitrale) وأنه هو المسؤول عن نوبات الاستفجار التي ولدت لرتكس
الخوف لدى هذه المريضة .

الحالة الرابعة:

رجل في الخامسة والثلاثين بسالغ منذ سنوات من أجل حالة من الوسوس
المرضية المقترنة مع لحرف من الصوت، وهو قد لمضى في البداية ثلاث سنوات
متتالاً من اختصاصي آخر بحثاً عن أسباب الاضطرابات الجسدية التي يشعر بها.
وكما فشلت المحاولات في تحديد هذه الأسباب كثرت وسوس المريض ومخاوفه
تزداد حدة، ثم تم تحويله إلى العلاج النفسي ومن ثم عاد إلى العيادة الطبية ليتم
لكشف أسباب اضطرابه الجسدي وكانت ناجمة عن عدم استقرار جهازه العصبي
النباتي. (Labilité Neuro-végétative).

لأن هذه الوقوع نجد أن من واجب الاختصاصي النفسي أن يكون ملماً بالأسس
الحياتية للسلوك وبمبادئ هذه الأسس. وذلك كي يتمكن من النظر إلى مرضاه
بنظرة كلية لا تفرق بين النفس والجسد. والواقع أن هذه النظرة الكلية قد تحولت اليوم
إلى اختصاص مفرد هو الطب النفسي أو البسيكوسوماتيك (وهذا الفرع يحتم على
الاختصاصي أن يكون حاكماً شهادة الطب).

وهكذا فإننا ندعو الاختصاصي النفسي لاتخاذ موقف ادري^(١) (براغماتي)
يساعده على تكوين هذه النظرة الكلية.

ويتأخص هذا المراقب بالتشخيص الذي تعتمد الجمعية الاميركية للطب النفسي
والذي يتأخص باعتماد لمعيار القارة.

١- تشخيص الطبي- العقلي بمعنى الكلمة.

١ - من حيث المبدأ فإننا نطرح هذا الأسلوب في الرؤية والتعامل مع الاضطراب النفسي ولكن هذا
الأسلوب يحتفظ بالقدرة على ضبط التشخيص خلال مألوفة الخمسة (وخاصة بالنسبة لغير الأطباء).

- ٢- تحديد نمط الشخصية واضطراباتها.
 - ٣- تشخيص الأمراض الجسدية المصاحبة للمظاهر النفسية.
 - ٤- تقييم دور العوامل النفسية في نشوء الاضطراب.
 - ٥- تقييم قدرة المريض على التكيف الاجتماعي.
- ربما أن حديثنا يقتصر على موضوع الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ لبنا مسند فيما يلي إلى عرض مجموعة من الجداول والصور التي تدعم الاختصاصي النفسي في تشخيصه للأمراض الجسدية التي تصاحب الاضطراب النفسي، وتحديدًا تلك التي يمكنها أن تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب. ولي هذا المجال نعرض للاضطرابات الاحيائية التالية:
- ١- الاضطرابات العقلية الناجمة عن اضطرابات الايض.
 - ٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب.
 - ٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية.
 - ٤- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التهابات.
 - ٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغدية.
 - ٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوه الصبغيات.
 - ٧- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التسمم.
 - ٨- اضطرابات العمل والولادة.
 - ٩- اضطرابات السر.
 - ١٠- الاضطرابات الدماغية.

١- الاضطرابات الأضية وأثرها في السلوك

إن تأثر السلوك والوعي بالاضطرابات الأضية ينبع من أثر هذه الاضطرابات على الخلية العصبية وذلك سواء على مستوى ابيض الطاقة أو على مستوى اضطراب

التوازن المائي - الكهربى. ويمكننا تعريف علام هذه التغيرات استنادا الى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة للتظاهر.
- تغيرات لىضية عامة مع مطاولة الايض الطاقوي و/ أو التوازن المائي الكهربى.
- قابلية الاضطرابات والمظاهر المرضية للتراجع والشفاء لدى إصلاح الخلل الأيضى.

الأشكال العيانية لاضطرابات الايض

وتختلف هذه الأشكال باختلاف نوعية الاضطراب الأيضى. ويمكننا تصنيفها كما يلي:

- اضطرابات ناجمة عن نقص للعتامينات.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية التنفس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية البنكرياس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية الكبد.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية للكلى.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لداء السكرى.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لحالات نقص السكر.
- اضطرابات ناجمة عن البرفيرين (Porphirine).
- اضطرابات نفسية مميزة لمرض ويلسن.

ب- التطورات المرضية لاضطرابات الأيض:

ترتبط هذه التطورات بنوعية اضطراب الايض وبعده وبعمدى ازمائه خاصة وفي حال قابلية هذا الاضطراب للإصلاح فإن المظاهر النفسية هي السبالة في

التراجع والتحسن. وتقل احتمالات شفاء المظاهر النفسية كلما كان الاضطراب الايضى أكثر ازماتا (لانها تكون قد تكرمت بشكل اشرطى).

ج- الفحوصات المخبرية والعلاجية:

وتهدف هذه الفحوصات الى تحديد أسباب نشوء الاضطراب الايضى. ويمكن لتخطيط للدماغ أن يقدم احيانا بعض المعطيات الداعمة للتشخيص. ولكن الفحص الاام هو فحص فرز المكونات .

لما على الصعيد العلاجي فيجب التركيز على الفحص الطبى- العصبى وعلى فحص قعر العين للتأكد من الاتمكسات الجسدية للاضطراب الايضى وعلاقته بالحالة النفسية.

فرز المكونات الملون (Chromatographie) وتطبق هذه التقنية لفرز المواد التي يحتويها بول المريض المصاب بالاضطراب الايضى.

وهذه التقنية لى كلفة من شبيهاتها وهي تستطيع أن تدعم تشخيص اضطرابات ايضية عديدة مثل:

زيادة لفرز الحوامض الامينية وال- Macroergique وال-
Mucopolysacharide

وفيما يلي نعرض ملخص المظاهر الجسدية والنفسية والفحوصات المخبرية للداعمة لتشخيص الاضطراب الايضى.

١- أ جدول الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الايضية:

١- نقص فيتامين ب (١):

أ- مزمن - مرض بري بري^(١)

ب- حاد - عطل دماغي من نوع فيرنوكية^(٢)

المظاهر النفسية: تناثر نوراستاتيا^(٣) ومظاهر قلق وانهيار وتناثر خبل^(٤)
يُتَحَوَّلُ بِمَدِّ اعْطَاءِ الفيتامين ب (١) إلى اضطراب ذكوري شبيه بتناثر
كورساكوف^(٥).

المظاهر الجسدية: عدم كفاية القلب مع ورام الأطراف ومظاهر عصبية (تميل
وشال تشنجي بدلية واربخاني لاحقاً) وقحام التآزر وتشوش الرؤية.
المحوصات المخبرية: قياس نسبة تركيز ال- ب (١) في المصل. ومدى تحمل
ال- Privat وقياس ال- Transketalase في الدم. ويطء موجات الدماغ.

٢- نقص فيتامين ب (٦):

المظاهر النفسية: نرق^(٦) وتناثر خبل (يترجع مع العلاج).

-
- ٢ - Beri Beri: مرض البري بري وينجم عن نقص فيتامينات ب٦ غالباً بسبب سوء التغذية.
٢ - Erniche: فيرنوكية وهو عطل دماغي يطل المساحات القوية والثلاثة للمنطقة الخلفية للمص
الصدغي ومعدلاتها في الفص الجانبي. وهو يتجلى - بحمة تنطلي بسوء الفهم وبغرابية الحديث.
٤ - Neurasthenie: النوراستاتيا أو العياء وهو ضغط نفسي مزمن الجهاز العصبي ينمكس بالتمب.
٥ - Confusion: الخبل وهو حالة من التباس الوعي التي تشبه حالة التخدير أو السكرتسمي.
٦ - Sadr. Korsakov: ويتجلى بالاضطراب ذكورة (المني - رجعي) تركز على فترة معينة. مما يؤدي
إلى قحام توجه المريض في الزمان والمكان.
٧ - Irritabilitite: اللزق وهو حالة استنطار نفسي تندي بالهجمات غضب أو فرح غير متتالية.

المظاهر الجسدية: غير ملاحظة.

الفحوصات المخبرية: تكثر موجات لقا سي تخطيط الدماغ. وتزول بعد العلاج.

٣- نقص فيتامين ب١٢:

(الحامض النيكوتيني) ويعرف بمرض البلاغرا Pilagra.

المظاهر النفسية: تناثر نوراستاتيا مع وميلوس مرضية وتهيار قاس أحياناً. واضطراب التفكير والذاكرة. وفي الحالات الخطيرة تناثر كورسكوف لو عته^(٨) بطيء الاستمرار.

المظاهر الجسدية: اضطرابات معدية - معوية اضطرابات جلدية - مخاطية.

الفحوصات المخبرية: فحص الجهاز الهضمي الفحوصات الأخرى لا تظهر شيئاً حاسماً.

٤- نقص فيتامين ب (١٢):

أ- قصور العامل المعدي الداخلي - يولد أقر دم من نوع بيريمر.

ب- أسباب أخرى.

المظاهر النفسية: تهيار ونعاس وانعدام التوحد، فقد الإرادة وتناثر خبل (سي

حالات لانفس الكبير). وانخفاض القدرات الذهنية وتلدراً اضطرابات ذاكرة.

٨ - Demence: السته وهو حالة تكس تلقاً نماغها تدريجياً غير أكل التراجع. ويحدث بتقدم التوجه

في الزمان والمكان والوقت للذاكرة ومخيان الأرابيلي وعراكه نفسي - مركبي.

المظاهر الجسدية: تناثر فقر الدم وتناثرات هضمية فقدان الشهية والقىء واضطراب اليلع) تناثر عصبي هرمي^(٩) لو شبه خراعي^(١٠) .
 الفحوصات المخبرية: فقر دم من نوع بيرنير^(١١) (Biermer) واختبار شيلينغ^(١٢) لوجلي.

٥- نقص حامض الفوليك^(١٣):

(فقر دم نظير بيرنير)^(١٤)

الفحوصات المخبرية: نيلس الفولات Folate في الدم.

٦- عدم كفاية التنفس: Insuffisance Respiratoire (تسمم بثاني أكسيد الكربون)

المظاهر التنفسية: نزق مع ميل للحبور وسيلان الحديد واضطراب الوعي (من الخدر^(١٥) وانغاية الخبل).

٩ - Pyramidale: هرمي- والتناثر الهرمي يتلخص على محدود العضلات الارادية بحيث يزيد نشاط هذه العضلات ويتجيب بمظاهر شبيهة للشلل .

١٠ - Pseudo Tabétique : نظير الخراعي ... والخراخ أو السهم هو مطاولة إسفلية السنان المزمنة للدماغ والجهاز العصبي . وهو يتظاهر بعلام عصبية محددة وبمشية خاصة .

١١ - Anemie Biermer: وهو فقر الدم الناجم عن قصور المنسل المعدي الداخلي Factor Intrinsic ويتجلى بكم حجم الكريات الحمر وانخفاض عددها وزيادة عدد الكريات البيضاء وزيادة سرعة ترسب الدم.

١٢ - Test Shilling : هو اختبار حيوي خاص بالفيتامين ب (١٢).

١٣ - Acide Folique حامض الفوليك، وهو يلعب دوراً هاماً في الأرض العصبي. وهو يستخدم حالياً مضيقاً في المهدئات المسمى لاقه يدعم مغزولها.

١٤ - Pseudo - Biermer: فقر دم نظير بيرنير.

١٥ - Obnubilation: هو اضطراب كمي في حجم الوعي وضوح الوعي (يدعى دغش الوعي) مما يؤثر في كفاية القوى الإدراكية. وهو يتراوح في حدته من حافة لاغري ويتطور نحو الذهول.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف واضطراب الرؤية وعلائم تسممية). مع عثرة التنفس والازرقاق.

الفحوصات المخبرية: قياس نسبة غاز ثاني اوكسيد الكربون والاكسجين في الدم. مع قياس وطاقف الرئة.

٧- عدم كفاية البنكرياس: Insuffisance Pancreatique

المظاهر النفسية: حالات هياج قلبي واضطرابات وعي (حالات التباس وعي نوامية) تشبه حالات الذهان الارتعاشي.

المظاهر الجسدية: آلام معدية حادة (بعد الطعام او بعد تناول الكحول) مع غثيان وقيء وتقيء وأحيانا حالة صدمة مع او بدون فقدان الوعي.

الفحوصات المخبرية: تلاحظ زيادة ال- اميلاز وليپاز والسكر والكريات البيضاء مع نقص الكلس.

٨- عدم كفاية الكبد: Insuffisance Hepatique

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة الى الحادة). مع وهن نفسي - جسدي وذهول خبلي - نولمي وقد الارادة.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف، نوبات شبه صرعية وتساخر هرمي - خارجي) مع تسارع النبض وزيادة التعرض واضطرابات هضمية دون ليرقان وأحيانا تضخم الكبد والمطحال.

الفحوصات المخبرية: موجات دلتا ونقص البروتين والكلوويستيرول ووقت كوينك وB.P.S وارتفاع ال- (١٦).

١٦- G.P.T/ G.O.T: هي خماز تقي عن وظيفة الكبد وتقي مستوياتها لا دلالة له لما لارتفاعها (من ٢ في ٢٠ مرة) فله يشير لما الى التهاب الكبد ولما الى وجود لبحة قلبية.

و V.S.H و؛ CDSO و G.O.T و G.P.T والقومفاتاز القلوي.

٩- عدم كفاية الكلى: Insuffisance Renale

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة إلى المتطورة) وفقد الإرادة وخبل هيجاتي أو فقدان وعي جزئي.

المظاهر الجسدية: فقدان الشهية، غثيان، قيء، إسهال، دم في البراز وعثرة التنفس وتسارعه. وسعال مع قشع وارتفاع الضغط وعدم كفاية القلب والتهاب عضلاته مع تناثر فقر دم وحكاك وورم وعلامت عصبية (ارتجاف، ارتعاش عضلي ونوبات شبه صرعية).

الفحوصات المخبرية: انحسار البول والكريستالين^(١٧) مع ميل الدم نحو الحموضة (ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الصوديوم).

١٠- زيادة السكر في الدم: (داء السكري) Diabete

المظاهر النفسية: تناثر نفسي - عضوي واضطرابات وعي^(١٨) تستقر تدريجياً مع زمان المرض وصولاً إلى فقدان الوعي.

المظاهر الجسدية: زيادة الشرب والتبول واضطرابات عصبية تستقر تدريجياً مع تقدم المرض.

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسبة السكر في الدم. وجود السكر في البول.

١٧ - Creatinine: مادة ناتجة عن ليض الكريستين، ونسبتها في الدم ثابتة (٨ - ١٨ مغ/ ليتر) وهي تعطينا معلومات عن وظائف الكلى. وتقلض في حالات قصور الكلى.
١٨ - Sydr. Psycho-Organique: تناثر نفسي - عضوي - وهو تناثر تتظاهر خلاله المظاهر النفسية المتروعة بسبب وجود اختلال عضوي (أما بسبب السمات مثلاً أو بسبب إصابة عضوية مباشرة).

١١- نقص السكر في الدم: Hypoglycémie

المظاهر النفسية: تعب وقلق ومظاهر قلق تنبؤي على شكل نوبات خفيفة مع هياج واضطرابات وعي يمكن أن تصل إلى حدود فقدان.

المظاهر الجسدية: علائم بسيطة (ارتجاف، تفرق تسرع نبض، علائم متطورة (تشنجات عضلية علائم بايرنسكي^(١٩) وفقدان وعي كلي).

الفحوصات المخبرية: تنخفض نسبة السكر في الدم إلى ما دون ٥٠ مغ %.

١٢- الهيراليرية: Porphyrine

المظاهر النفسية: نزع مع نوبات بكاء وقلق وأرق وهجس المرض وتناثر خيل أو نولم وحالات انهيارية.

المظاهر الجسدية: اضطرابات مضمية (آلام البطن الحادة وغثمان وكسبه وامساك). اضطرابات عصبية محيطية (غياب الارتكاسات وتراجع نمو العضلات وتتميل الأطراف ولوجاع عضلية حادة - يمكن لهذه العلائم أن تظهر أو أن تختفي).

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسب الـ Porphobilinogene والـ Alpha

Acide Aminolevulinic

١٣- مرض ويلسون: Wilson (تراجع وتكمير خلايا الكبد)

المظاهر النفسية: تناثر نوراستكيا تغيرات عاطفية مهيمنة تارة فترات ذهانية وتراجع القدرات الذهنية.

المظاهر الجسدية: تضخم الكبد- الطحال واضطرابات عصبية تبدأ من الهرمية الخارجوية^(٢٠) وانتهاء بنوبات صرع من نوع جاكسون^(٢١) والشلل النصفي.

١٩ - Signes Extrapyramidales: علامة بايرنسكي.

٢٠ - Epilepsie Extrapyramidales: علائم خروج هرمية.

٢١ - Epilepsie Jackson: صرع جاكسون- تبدأ نوبته على جانب واحد من الجسم ويمكنها أن تمتد

لتصبح ممتدة.

الفحوصات المخبرية: وجود حوامض امينية في البول مع بروتين وسكر.
تخفاض نسبة النحاس في الدم. فحص العين يظهر خاتم القرنوسه Kayser
Feischre - خزعة الكبد.

١- ب الاضطرابات الأيضية الولادية:

لقدت أعطال الأيض للمراقبة للطفل منذ ولادته أنظار الباحث علوود
(Garrod). وما لبثت أن استقطبت اهتمام الأطباء المهتمين بأمراض
الطفولة وبخاصة العقلية منها. وتعتمد دراسة هذه الأعطال على التعرف على أليات
الأيض بهدف تحديد الأمراض الموروثة في هذه الأعطال ولتحديداتها وبخاصة على
المسجد العقلي.

هذا وتصنف أعطال الأيض الولادية على النحو التالي:

أ- اضطرابات ابيض البروبيونات (Metabolisme Propionate):

١- حموضة الدم البروبيونية والميتوسيل مالونوية. (Acidemie
Propionique et Methylmalonique) وتتبدى منذ الولادة بالتأخر القاسي
الذي لا يحده ليدال حليب الأم بالطيب الصناعي. مما يؤدي إلى تراجع وزن الطفل
والى زيادة بالغة في حموضة الدم. الأمر الذي يؤدي بالطفل إلى الدخول في حالة
غيبوبة عميقة.

وفي حال تخطى الطفل لهذه المرحلة فإنه يتلج نمو مع احتمالات ظهور
اضطرابات دموية لديه (خاصة في عمر ٦ - ١٢ شهراً حيث تظهر لديه حالات
ميلان الدم). ثم لا يلبث أن ينمو مع تطور مرض تكلس العظام (ومن هنا كسور
عظامه المتكررة).

إن العلاج المبكر والحاسم لهذه الحالة من شأنه أن يجنب الطفل المعاناة العقلية بحيث ينمو طبيعياً من الناحية العقلية والذكائية. أما في حالات خلل العلاج أو إعدامه فإن هذا الطفل يصبح متخلفاً عقلياً أو هو يموت مبكراً.

٢- نقص الكاربوكسيلاز المتعدد: Dificit multiple de Carboxilase

وينجم عن اضطراب أيض البيوتين (Biotine). ويتبدى هذا الاضطراب من خلال مظاهر جلدية (طفح جلدي ذو لون أحمر فاقع وقليل التقرح). ويمكن لهذا النقص أن يترافق مع حوضنة الدم (تظر لفترة السابعة).

٣- زيادة تركيز الأمونياك في الدم. (Hyperamoniemie)

للمواليد الذكور المصابون بهذا العطل يموتون غالباً عقب الولادة. أما الإناث فيعشن لتظهر لديهن مظاهر التخلف العقلي.

٤- ظهور الفثايل- سيكون في البول:

(Phenyl -ketone- Urie/ .P.K.U)

وينجم عن عدم قدرة الجسم على تحويل الفثايل الأمين إلى ثيروزين. والطفل المعاني لهذا الاضطراب يتحول إلى الإعاقة العقلية القاسية في حال عدم علاجه.

٥- ظهور الهوموسيستين في البول: (Hgmocystin Urie)

ويرتكز هذا الاضطراب إلى عجز الجسم عن أيض الثيامين ب(١٢). مما يمكنه أن يؤدي إلى موت الطفل المبكر. وفي حال نجاة الطفل فإن أعمال علاجه يمكنه أن يؤدي إلى اضطراب تسجته الضامة المتعدد مع جلطات وعائية- دموية. مع ما تحت الانخلاع البلوري (لدى الولادة أو لاحقاً) وأحياناً يبدأ بظهور المياه الزرقاء أو المياه السوداء في العين أو هو يبدأ بانفصال الشبكية.

ويسبب الجلطات الدموية يمكن لهذا الطفل أن يموت نتيجة انسداد شرياني على مسيد الدماغ أو الرئة أو الكلى أو الأوردة. كما أن هذا الطفل يملك أنماً مسطحة.

والتخلف العقلي ليس قاعدة في هذه الحالات. وفي حال ظهوره فإنه يستقر بصورة تدريجية ويبدو أنه ناجم عن اللجائطات النماغية الصغيرة والمتكررة التي تصيب هذا المريض.

٦- مرض ليوش نيهان (Lesch - Nyhan).

ويرتبط هذا المرض بخلل في الصبغية من (كروموزوم X). وهو يصيب الذكور. ويمكن للمريض أن يولد وأن ينمو بشكل طبيعي لغاية بلوغه سن ٦-١٨ شهراً.

أولى بوادر المرض ظهور كميات من بلورات الحامض البولي في بول الطفل (على شكل رمل). ويمكن أن يعاني الطفل في أيامه الأولى من حصى الكلية أو من البول الدموي. ثم تبدأ علام المرض بالاستقرار تدريجياً. فإذا ما استقرت فإن الطفل يعجز عن الجلوس وعن المحافظة على وضعية رأسه للمعدة بدون مساعدة (وتدرة الطفل على التنقل تستبعد هذا التشخيص) وفي هذه الحالات يكون التخلف العقلي قاعدة. ومن مظاهره ميل الطفل لإيلاج نفسه بحيث يشوه جلده في منطقة الهم والاصابع (انظر الصورة). كما تتبدى لديه العدوانية نحو الآخر ونحو ذاته. وغالباً ما يعجز عن النطق الصحيح وإذا ما نطق فإن حديثه يكون عنوانياً.

ب- اضطرابات الأيض التخزينية:

أ- اضطراب عديد السكر المخاطي (Mucopolysaccharidose):

ومن أنواعه تفاير هيرلر (Hurler) ويبدأ المرض بالتظاهر من خلال الفتح الأروبي والتهاب الأنف المزمن. ومنذ السنة الأولى من عمره تبدأ ملامح هذا الطفل بالتضخم مع تضخم اللثة. أما على صعيد العين فإنها تصاب بتكثيف القرنية لغاية فقدان البصر. أما على الصعيد العقلي فإن العمر العقلي لهؤلاء الأطفال لا يتجاوز عمر سنتين.

ومن أنواع هذا الاضطراب نذكر أيضاً تناذر هانتز وهو مرتبط بخلل في الصبغية من (كروموزوم X) ينتقل بشكل متنح. وهو أقل حدة من سابقه هيرلر.

٢- مرض موروكيو - برايسلورد (Moroquio . Brailsford)

وهو ناجم عن الاضرار المبالغ للكبريتوسلفات (Keratosulfate) في البول. وهو يتظاهر ببطء النمو الجسدي وتضخم الفك وتكثف القرنية وتشوهات في هيكل الجسم (جذع بشكل برمبل أو رقبة قصيرة أو ركية معوجة... الخ) والمرض وراثي متنحي.

٣- تناذر سان فيليبو (San Filippo)

ويشبه هذا الطفل ذلك المصاب بتناذر هيرلر (انظر الصورة) ولكن التشوهات تكون أقل حدة. أما التخلف العقلي فإنه يكون معتدلاً في الحدة. أما عن العلامات الدقيقة لهذا التناذر فنجملها على النحو الآتي:

- (١) تعابير الوجه متضخمة. (٥) فم مفتوح مع لسان وشفاة متضخمة
- (٢) تكثف القرنية. (٦) المفاصل غير متحركة.
- (٣) ضعف السمع. (٧) راحة اليد والأصابع على شكل مخالب.
- (٤) فتحات المنخرين عريضة. (٨) تضخم كبد - طحال معتدل.

(ب) الاضطرابات القلبية - الوعائية وأثرها في السلوك:

تترافق اضطرابات القلب والشرايين مع مظاهر عقلية متنوعة تتراوح بين المظاهر الحسائية وبين المظاهر الذهنية مروراً بالتأثير في وعي المريض. ويمكننا تعريف هذه العلامات استناداً إلى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية بدرجات مختلفة.
- تزامن هذه الاضطرابات النفسية مع الأمراض القلبية - الوعائية.

الأشكال العارضية للاضطرابات القلبية:

من بين الاضطرابات القلبية الوعائية المؤثرة في السلوك سنناقش التالية:

- عدم كفاية القلب المعالوضة (خلل صمام أو مرض عضلة القلب).
- الأحياء القلبي.
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.
- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر.

التطورات المرضية:

إن تطور الاضطراب النفسي، المرافق لهذه الحالات، يرتبط مباشرة بتطور الحالة التي سببتها. إذ تزداد الاضطرابات النفسية أثناء نوبات المرض وأثناء فترات تحوله من معروض إلى لا معروض. كما أنها تزداد بازدياد حدة أعراض المرض. وهكذا فإن تطور هذه الحالات النفسية يرتبط مباشرة بعاملين. أولهما مدى تطور المرض وثانيهما الأثر الجسدي الذي يخالفه للمرض. وخاصة على صعيد القلب والدماغ.

٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرايين

١- عدم كفاية القلب المعالوضة Insuffisance Cardiaque

.Compensee

المظاهر النفسية: قلق واضطراب ليلي أرق وأحلام مزعجة تشييق ألق الوعي فترات خيل وهذيان وأحياناً محاولات انتحار .

المظاهر الجسدية العامة : - عثرة التنفس لدى (الجهد) سعال ناشف .

- تنفس من نوع كين - ستوك .

- احباس البول وتضخم القلب والكبد مع لزرقاق ومع ألتفاح الأوردة .
- الفحوصات المخبرية : - أشعة القلب (تضخم حموضة الدم) .
- تغير في نسبة اللمتوتن .
- تغيرات في أيض الكبد والكلى .

٢ - الإحشاء القلبي Infarctus Myocardic

المظاهر النفسوية : * المرحلة الحادة : قلب بالغ مع خوف من الموت وهياج أو خمود نفس حركي. وفي ٢٠٪ من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان.

* مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد مع انهيار ثم فترة استعادة للتوازن. وخلالها: وهن نفسي- حركي مظاهر انهيارية، انخفاض الذاكرة والانتباه، موجات بكاء.

المظاهر الجسدية العامة: آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكنها أن تمتد إلى الظهر أو إلى اليد اليسرى. مع غثيان وقيء ووهن وشحوب وتعرق بارد ولزرقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض وغموض سموت نطقه وحرارة (٣٨,٥ درجة).

الفحوصات المخبرية:- تكاثر الخلايا البيضاء.

- تسارع ترسب الدم ثم نقصه بعد النوبة.

- زيادة السكر.

- زيادة ال- T.G.O.

٣- ارتفاع ضغط الدم الشرياني: H.T.A.

المظاهر النفسوية:- وهن نفسي - جسدي نرق وتراوح المزاج مع مظاهر قلق وانهيار وارق.

- فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات "Marchend").

- انخفاض القدرة الهوائية.

المظاهر الجسدية العامة: - خفقان القلب وعثرة للتنفس وآلام في منطقة القلب.

- تضخم القلب (المرحلة ٢ وما بعد).

- صداع ودوار.

الفحوصات المخبرية: - فحص اشعة اثنين لقناع الشريان الأورطي الصاعد؟؟

- تخطيط القلب.

- فحص كمر العين.

٤- عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط:

المظاهر النفسية: صداع حاد ونوبات تشنجية. - سرعة واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الاطراف ومظاهر انهيارية.

المظاهر الجسدية العامة: ضغط شرياني انقباضي أكثر من ١٤.

الفحوصات المخبرية:

- فحص كمر العين

- علامت عم كفاية للقلب والكلى.

٥- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر

المظاهر النفسية: صداع، وهن، دوار، اضطراب الرؤية، تميل الأطراف، لرق نرق، تراوح المزاج، ميل لانهيار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهني وحالات هوس.

المظاهر الجسدية العامة: يمكن أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من (١١)، علام عدم كفاية القلب، أعطال عصبية محدودة (إلا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي - وفي هذه الحالة تظهر التوتبات الصرعية).

الفحوصات المخبرية: - تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشريان الأورطي).

- فحص سم العين وتظهر فيه علامة Sallus - Gunn.

٦- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر مع تراجع عقلي - احياي.

المظاهر النفسية: - تراجع عقلي (تتأثر شبيه البصيلي).

- عدم القدرة على الحفظ. انعدام للتوجه الزمني والتعرف للخاطئ، هذيان

الاراجيف، تراجع عقلي - دماغي هام.

المظاهر الجسدية العامة: اضطرابات عصبية متنوعة (مظاهر شلل، حركات

ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، انعدام القدرة على التعبير من خلال

الوجه، انعدام القدرة على تساوخ للصوت، اضطراب المشية، سلس البول عدم

التحكم بالبراز.. الخ.

الفحوصات المخبرية: مثل سابقه.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية:

ان الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض العصبية هي اضطرابات جذيرة

بالدراسة والملاحظة. ومن الخطأ اعتبار الأولى كنتيجة حتمية للثانية. ذلك ان الناس

لا يستجيبون بطريقة واحدة امام الإصابات العصبية.

فالحادث الدماغى عينه يمكنه أن يؤدي الى شلل شخص والى اضطراب الوعي

لدى شخص آخر. بل ان إصابة الشلل (أو اضطراب الوعي) يمكنها ان تتراجع لدى

شخص وان تستقر لدى آخر.

وهكذا فإن ما يجمع الأمراض العصبية مع المظاهر النفسية المرافقة لها هو كون الاثنين يسيران نحو الأسوأ (لأن الأمراض العصبية هي أمراض تميل نحو التعمد مع لزماتها).

ويمكننا تعريف علائم هذه الاضطرابات النفسية انطلاقاً من النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية غير نوعية.
- اضطرابات عصبية متفكة.
- فحوصات نظيرة العيادية (نوعية- تدعم التشخيص).
- التطور نحو التآلف.
- ج- الأشكال العيادية للأمراض العصبية التراجعية:
- الشلل الرعاشي Maladie Parkinson
- تصلب الوفاق Sclerose en plaques
- زفن هونكينغتون Corree Huntington
- استسقاء الرأس (مع ضغط طبيعي) Hydrocephalie
- مرض جاكوب كروتزفيلد Maladie Jakob- Greutzfeldt

التطورات المرضية:

تؤدي هذه الأمراض إلى دفع المريض نحو الانكوص العميق في ماضيه. وهذا أمر يؤثر في تكامل الشخصية ويساهم في انعدام توازنها. وخاصة لجهة تنامي الاتكالية مع الشعور بالعجز الذي يغذي مشاعر الاضطهاد والشك لدى المريض.

الفحوصات المخبرية:

إن هذه الأمراض تحتاج إلى فحوصات عيادية ونظيرة العيادية الدقيقة. والفحوصات المطلوبة لتأكيد تشخيص هذه الأمراض هي الفحص الطبي- العصبي والطبي النفسي العياديان. إضافة إلى تخطيط الدماغ وفحص السائل الشوكي وقمر العين إضافة إلى الفحوصات الحديثة المساعدة على التشخيص.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية

١- مرض باركنسون Parkinson أو التلثل الرعاشي.

المظاهر النفسية: - اضطرابات عصبية مع مظاهر انهيارية ونزق.

- علام اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل لثاني بالغ).

- اضطرابات عتية تتطور تدريجياً على أساس الجور.

- اضطرابات ذهانية- انهيارية أو هذيانة (نادرة).

المظاهر الجسدية العامة: - انخفاض الحركة.

- زيادة نشاط العضلات

- الارتعاش المميز للثل الرعاشي.

الفحوصات: - انخفاض أفضيات الأمينات الدماغية الأحادية.

- في ٤٠٪ من الحالات تظهر موجات بيتا في التخطيط الدماغي.

- تخطيط العضلات يظهر نشاطاً عضلياً نادراً.

٢- نشاف الفقرات العصبية Leuconevraxite أو تصلب الرقائ

.Sclerose en Plaque

المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الجور إلى

الكآبة) - انهيار (رد فعلي أمام المرض).

- اضطراب الشخصية: مظاهر هوسيرية وتطوائية.

- اضطرابات من نوع العته.

- اضطرابات ذهانية (نادرة ومسترة خلف العوارض السابقة).

المظاهر الجسدية العامة: - تناذر عصبي هرمي.

- تناذر مخيخي.

- بوار.

- تشوش الرؤية.

- الفحوصات: - ارتفاع نسب الـ الفاوغاما غلوبولين.
- فحص لعر العين (انقلاع وحادث شرياني حول الشبكية).
- تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي.
- تخطيط الدماغ (غير محدد).
- ٣- زان هوتنغتون **Hutington Corrhee**.
- المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية.
- اضطراب الذاكرة والانتباه تتطور تدريجياً.
- اضطراب لحنه (نلار).
- اضطرابات ذهانية (هذيانة أو إهبارية).
- المظاهر الجسدية العامة: - حركات ارتجاجية.
- تخفاض النشاط العضلي.
- ارتكاسات المفصل مرتفعة.
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ (غواب او شبه غواب اموجات ألقا).
- تخطيط العضلات (موجات غير منتظمة).
- ٤- استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للسائل الشوكي:
- Hydrocephalie**
- المظاهر النفسية: - تناقص الذاكرة بشكل تدريجي وصولاً الى تناقص كورسكوف.
- انهيار.
- فقر الحياة النفسية.
- تناخر تخشبي في الحالات المتطورة.
- المظاهر الجسدية العامة:
- اضطراب المشية.
- شلل الأطراف التشنجي.

- ملس البول:
- تشوش الرؤية.
- ارتكاسات الرضاعة والتساق تكون منخفضة.
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ يظهر موجات بيتا وبيتا.
- تمدد البطينات الدماغية (R.M.I) ويؤكد فحص الـ Cisternographie.
- ٥- مرض جاكوب - كروتزفيلد - Jakob-Creutzfeldt
- المظاهر النفسية: - في البداية تناثر نوراستاتيا مع مظاهر قلق وتهيؤ.
- مظاهر فصامية.
- لاحقاً يتطور المرض نحو الاختلال العقلي العام والته مع بكم.
- المظاهر الجسدية العامة: - تناثر هرمي خارجي.
- اضطراب الأعصاب الجمجمية.
- تشوهات المفاصل.
- صعوبة المشي نتيجة إصابة المخيخ (ارتجاجات مقصورة).
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ: موجات منخفضة عشوائية وبيتا منخفضة عشوائية وبيتا رأسية.
- القشال الشوكي: زيادة نسبة البيروتينات.
- تراجع نحو اللحم واستسقاء جانبي في بطين واحد (R.M.I).

٤- الاضطرابات العقلية المصاحبة للإلتهابات:

تتنوع الاضطرابات النفسية، المرافقة للأمراض الالتهابية، تنوعاً كبيراً. ويمكن لهذه الاضطرابات أن تسبق الالتهاب أو ترافقه أو تأتي بعده.

والواقع أن علم المناعة النفسية قد توصل اليوم إلى إرساء وتبيان العلاقة بين الحالة النفسية للشخص (والعكاسات الفيزيولوجية) وبين قابليته للإصابة بالالتهابات، هذا ويمكننا تحري هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة المظاهر .

- علامت لمرض الانتهازي .

- الفحوصات التي تثبت وجود الإنتهاب .

الأشكال العوائية للإنتهايات:

من الإنتهايات المؤثرة في التوازن النفسي للمريض اخترنا للكلام على:

. ذات الرئة الحاد .

. الزكام (الجريب) .

. التهاب الكبد الفيروسي الحاد .

. لحمى المالطية .

. السل .

. الملاريا .

التطورات المرضية:

ترتبط حدة الاضطرابات النفسية ومستقبلها بالحالة الانتهازية . إذ تختلف هذه

- الاضطرابات مع شفاء المريض . ولكن يجب ألا يغيب عن بالنا إمكانية تعيب بعض

الانتهايات الخطورة (السل، ذات الرئة الحاد) في تقجير العصاب المنمى

والوساوس المرضية لدى بعض المرضى .

الفحوصات العوائية والمكبرية:

. الفحوصات المعتادة .

. أشعة الصدر .

. فحص القشع .

. الفحوصات المناعية .

. زراعة البول والبراز .

٤ - الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات.

١ - التهابات ذات الرئة الحاد Pneumonie Aigue infectieuse

المظاهر النفسية:

- تناثر خبل.

- في الحالات المتطورة يظهر الهذيان الناتج عن ارتفاع الحرارة.

- وسواس مرضية (تحدرة).

المظاهر الجسدية العامة:

- ارتفاع مع برودة

- حرارة

- آلام صدرية.

- سعال.

- علامة التركيز الرئوي.

الفحوصات:

- أشعة الصدر.

- زيادة الكريات البيضاء (وخاصة متعددة النواة).

- زيادة ترسب الدم. - فحص قشع.

٢ - الزكام (نزلة وأددة) Grippe.

المظاهر النفسية: - تعقيد الاضطرابات العقلية وتشجيع ظهور انتكاساتها.

- تناثر لعدم التأزر والنشاط.

- تناثر خبل لدى الأطفال والشيوخ).

- تناثر نوراستنيا (أثناء فترة النقاهة) وعلامة تهبيرية.

المظاهر الجسدية العامة: - الحرارة.

- الصداع.

سيلان الأنف والحنجرة.

- سعال نزق.

الفحوصات: - صورة الصدر تظهر ترشحا عابرا.

- زيادة مضادات الأجسام (٤ أضعاف).

- فحص القثع: يظهر وجود الفيروس.

٣- التهاب الكبد الفيروسي الحاد. **Hepatitis Virale aigue**.

المظاهر النسبية: - تناذر تهباري لمدة طويلة.

- تناذر خبل بدرجات متفاوتة.

- تناذر نوراستنيا (غالبا في البداية أو في فترة النقاهة).

المظاهر الجسدية العامة: - يرقان وغثيان.

- نزحاج في منطقة الكبد.

- البول ملون.

- البراز بدون لون.

- حرارة في البداية.

- للكبد متضخم وحساس.

الفحوصات: - فحص الدم: ارتفاع لـ T.G.P. والفسفاتاز القلوية. وأصلاح

المرارة و لـ Urubilinogen في البول.

- فحوصات مناعية من نوع AG HB, AC HB.

٤- الحمى المالطية **Brucellose**.

المظاهر النسبية: تناذرات نوراستنيا وخبل ونولم.

- هذيان حاد.

- تناذر وسواسي (قصامي المظهر) أو هذيان في فترة النقاهة.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة بسيطة متواصلة.

- آلام مفاصل وصدايح وتعرق.

- تضخم النوتالغ.

- تورم الغدد اللمفاوية مع تضخم الكبد والمطحال .

المحوصات : - زراعة الدم إيجابية أثناء المرحلة الحادة .

- اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون إيجابياً .

٥- للمل Tuberculose .

المظاهر النمائية: - تناثر نوراستكيا.

- تناثر هيزلتي غير محدد (فكلو صوفية وإيروسية "علمية" وهوليزن

الاضطهاد) يتصلب أحياناً مع الهرب المرضي أو الأعمال الطبيعية غير الشرعية.

- ميلول قهقريّة- قنطونية

- ميل عميق نحو التأمل.

المظاهر الجسدية العامة: - ما تحت الحمى مع تعرق.

- انخفاض في الوزن.

- تردي لحالة الصحوة العامة.

- سعال نزق يتبعه ظهور القشع.

- ظهور صدئ خاص في الرئتين.

المحوصات: أشعة تظهر تجويف المل.

- التنظير الضعبي.

- اختبار تحت الجلد.

- زراعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ أو عدم وجودها.

٦- الملاريا Malaria .

المظاهر النمائية: - تحطاط بدني.

- مخلوف مرضية.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة متزايدة.

الحموضات: - حموضات مخبرية.

- زراعة الدم والبول والبراز.

- تصوير شعاعي للرتقن.

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض الغدية:

إن الاضطرابات العقلية، المصاحبة للاضطرابات الغدية، هي اضطرابات تمتاز بتووعها من حيث العدة ومن حيث مظاهرها. وتعود هذه الاضطرابات إلى العلاقات المتشابكة بين الغدد والجهاز العصبي والتوازن النفسي العام للشخص.

ويمكننا تحري وجود هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

١- وجود الاضطراب النفسي.

٢- وجود العلام العيادية المميزة لاضطراب الغدد الصماء.

٣- وجود الاضطرابات الهرمونية.

الأشكال العيادية:

تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف الاضطراب الغدي المسبب لها. وفيما يلي نعرض لاضطرابات إفراز الغدد الصماء (انظر الجدول).

التطورات المرضية:

يرتبط تطور الاضطراب النفسي في هذه الحالات بتطور الاضطراب الغدي. فإذا ما استعاد الجسم توازنه العصبي - الهرموني (من طريق إصلاح الخلل الغدي) فإن الحالة النفسية تعود بدورها إلى الاستقرار.

الحموضات المخبرية:

يتقضي الاضطراب الغدي إجراء الحموضات الهرمونية الخاصة بالغدة الصماء موضوع الاضطراب. كما أن التداخل بين وظيفة الغدد الصماء وارتباطها

أيما بينها من خلال آلية الأكر الرجعي (Bio feed Bach) يقتضي إجراء القحوصات التالية:

- القحوصات العادية.
 - الأرض الأساسي.
 - تخطيط الدماغ.
 - أشعة لمنطقة السرج التركي.
 - فحص قعر العين.
 - قحوصات تهريج وقمع الهرمونات المعنية.
- تناذر Cushing الوجه مورد أحمر اللون، يوحى بالصحة. ولكن تعبيره شبه مدمومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة.

تناذر كوشينغ، (السمنة والشرابين للطاهرة).

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغدية.

١- نقص الغراز الدرقي Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: - تباطؤ وتحطاط نفسي. - حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال)، ويتجلى ب:- انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهوية.

- مظاهر عصبية وأحياناً ذهنية.

المظاهر الجسدية العامة: - الأغشية باهية ومتورمة والشعر خفيف، ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير (كالقمر).

- تباطؤ التبويض.

- إمساك.

- ضعف جنسي.

- نزيف المعدة الشهرية.

الفحوصات: نقص الأيض الأساسي ٧٠٪ وزيادة الكوايستيرول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات).
 الهرمونات TSH, PBI, T منخفضة.

٢- زيادة الهرمونات الدرقية Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه للتفاني والإرادي) مع نقص الذاكرة (جهة القدرة على الحفاظ) مرلوجة مزاجية هامة ونزق وقلق. وزيادة حركة. كلها تشكل مظاهر عصبية وأحياناً ذهنية.

المظاهر الجسدية العامة: جحوظ العينين والشعور بالحرارة.

- زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص الوزن. وارتجاف الأطراف.

الفحوصات: - زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوايستيرول.

- ارتفاع تركيز الهرمونات T₃, T₄.

٣- نقص الهرمونات الجنب درقية Hypo Parathyroidie.

المظاهر النفسية: انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز. مع قلق ومظاهر ذهنية ورهاب.

- تظهر العلامات للذهنية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد ناشف، الشعر يتماقظ، نادر، وهن عضلي،

آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي - العضلي.

الفحوصات: - نقص نسبة الكلس.

- تخطيط القلب تمدد QT, ST.

- تكثف العظام في الصور الشعاعية.

٤- زيادة إفراز الجنب درقية **Hyper Parathyroidie**.

المظاهر النفسية: فقدان القدرة على العبارة. انخفاض سرعة الهدية والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي - الجسدي والانهيار أحياناً.
مظاهر ذهنية وفقدان الوعي في الحالات المتطورة.
المظاهر الجسدية العامة: تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها.

تكون حصى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء وآلام المعدة.
الفحوصات: - ارتفاع نسبة الكلس (فوق ١٣ مغ/%) .

- زيادة القوسفات.

- شعاعياً تظهر العظام متعربة من الكلس وهشة وعرضة للكسور.

٥- نقص إفراز الكظرية اللاحالية **Corticosurrenale**.

المظاهر النفسية: تناذر هكاع (نوراستانيا) وهم واللق وأحياناً مظاهر ذهنية وتناذر خبل وغيوبة تعالج بتعويض للنقص الهرموني.
المظاهر الجسدية العامة: لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء.
الفحوصات:

- نقص الكورتيزونات.

- نقص الصوديوم وزيادة البوتاسيوم.

- موجات عالية وبطيئة في تخطيط الدماغ.

٦- زيادة إفراز الكظرية اللاحالية مرض كوشينغ (**Cushing**).

المظاهر النفسية: عدم التوازن للعاطفي المزاجي مع غضب واحتياج وثورة وأحياناً تناذرات ذهنية مزاجية، مع برودة جنسية وانقطاع العجة الشهرية.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد رقيق مع بضع بقع رضوية تحت الجلد. الخضود حمراء وبقع حمراء في منطقة البطن وزيادة سماكة الأنسجة الدهنية في الوجه والرقبة والجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط.

المحوصات:

- زيادة الكورتيزون.

- زيادة السكر.

٧- زيادة الهرمونات الكظرية المركزية Medullo - Surrenale.

المظاهر النفسية: قلق أساسي عارم يصل الى قمته أثناء النوبة وتصلحبه علام خوائية ثم يظهر الخبل بعد النوبة.

المظاهر الجسدية العامة: نوبات ارتفاع ضغط تعارض نبض القلب شحوب واحمرار.

المحوصات: زيادة نسب الكاتيكولامين. اختبار Regitine لوجابي تشيريات في قر العين.

٨- زيادة الهرمونات التخامية الأمامية (الكلمة Acromegalie).

المظاهر النفسية:

- مزاج تهيجي خاصة كردة فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة.

- فقدان النشاط والحيوية.

- عجز جنسي وانقطاع الحيض.

المظاهر الجسدية العامة: تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال ترافق هذه للزيادة مع داء السكري فإنها تؤدي الى عدم كفاية القلب.

المحوصات:

- زيادة الفوسفات والفوسفور.

- نقص هضم السكر .

- ارتفاع S.T.H في المصل .Hyperhydroxi Pirolinurie.

٩- نقص الهرمونات النخامية الأمامية

المظاهر النفسية:

- تباطؤ ذهني مع صعوبات لتركيز والانتباه والحفظ

- تباطؤ حركي ونفسي .

- عجز أو برودة جنسية .

المظاهر الجسدية العامة: رقة الجلد وشموهه لخاية فقدان اللون مع عدم نمو

الشعر . انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم .

الفحوصات: نقص في الهرمونات .

.F.S.H. - L. H. - T.S.H- A.C.T.H.- S.T.H.

اختبارات دينامية لتبويب الهرمونات .

١٠- نقص الهرمون مضاد لدر البول (أي النخامية) .A.D.H.

المظاهر النفسية: - مظاهر عصابية متنوعة .

(وهي أوهام مرضية، عصب... الخ) .

- مظاهر ذهنية (خاصة في حالات الإدمان الكحولي) .

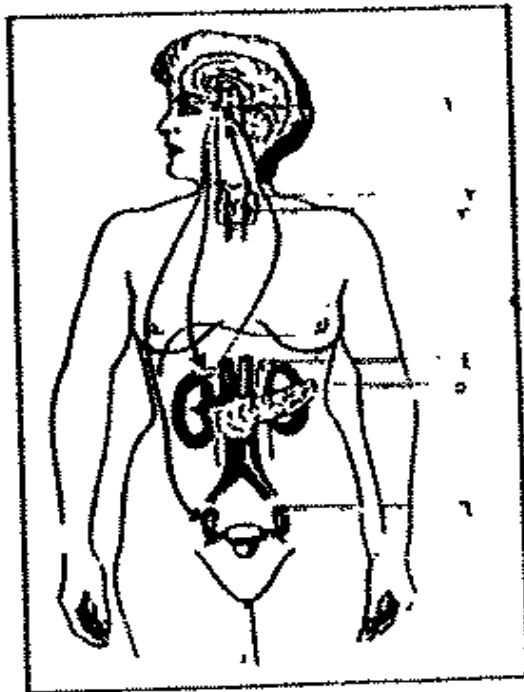
المظاهر الجسدية العامة: عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات البول

وكميات البول (من ٥ إلى ٨ لتر في اليوم) .

الفحوصات: زيادة كثافة البول (تعالج ب- بيكلونوات الصوديوم) .



- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الزعترية (الصخرية)
- ٥ - الغدة الكظرية (فوق الكلوية)
- ٦ - غدة البنكرياس (لانجرهانس)
- ٧ - الغدد التناسلية



الغدد الصماء عند الأثني :

- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الكظرية
- ٥ - البنكرياس (جزء - لانجرهانس)
- ٦ - المبيضان

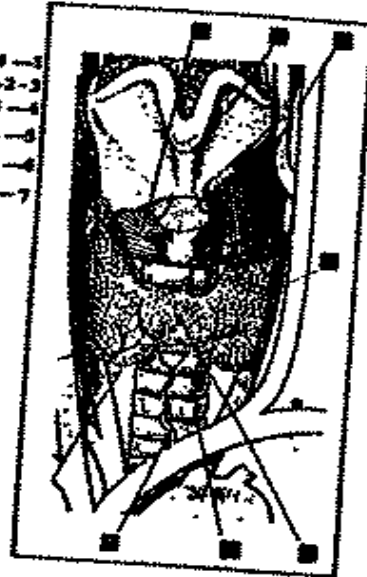


موقع الكدمة العنقية في منطقة الخدق



موقع الكدمات على الوجه
كدمات تشتمل الكدمات
والخدق.

- ١- الكدمات العنقية
- ٢- الكدمات
- ٣- الكدمات العنقية
- ٤- كدمات الخدق
- ٥- الكدمات
- ٦- الكدمات العنقية



موقع كدمات الخدق (كدمات الخدق العنقية).



موقع كدمات الخدق
(كدمات الخدق العنقية)
كدمات الخدق
العنقية.



١- فلاد جرات العرقية . ٢- غريغور
٣- فلوريان كورني . ٤- كاترينا كورنيكو



٥- روم كورنيكو (ابن كورنيكو)

٦- الاضطرابات العائلية الناجمة عن تشوه الصبغيات:

الصبغية أو الكروموزوم هو خريطة وراثية تحوي خصائص الأهل الجسدية والفكرية
الصحيحة والمرضية.

وأخذت الهندسة الوراثية، للدراسة لخصائص الصبغيات واضطراباتها،
خطوات كبيرة في مجال التعرف الى هذه الاضطرابات والتدخل من أجل إصلاحها.
حتى بات الحديث دائراً حول إمكانية خلق جيل من الأطفال المبصرة بالتحكم
بخصائصهم الجسدية والذكائية من خلال التحكم بصفات وخصائص الصبغيات.

هذا وتدل الأبحاث على أن هذه الصبغيات تنقل الأمراض الوراثية بأحد
أسلوبين إما أن يكون الانتقال مهيمنا (Dominant) وإما أن يكون متنحيًا
(Recessif) حيث يزداد خطر الإصابة إذا كان كلا الوالدين مصاباً بالمرض.

هذا وتقسم التشوهات الصبغية الى فئتين كبيرتين هما:

(١) تشوهات العدد. (٢) تشوهات الشكل.

وكلا النوعين يمكنه ان ينتقل وراثيا كما يمكنه ان يكون ناجماً عن ظروف
واسباب معينة تعترض انتاج الخلايا الصحيحة. وفي مقدمة هذه الاسباب نذكر
"عامل روسوس" حيث يؤدي عدم التناسب البيولوجي - المناعي لهذا العامل (بين
الأم والأب) الى ظهور اليرقان في ٢٥٪ من الحالات. ويكون هذا اليرقان ناجماً عن

زيادة المخثر الذاتي الريسوس (Auto aglutinine RH) نمو الجنين. ويمكن الحد من أثر هذا العامل بإعطاء الـ (Immunoglobuline R.R) وعدم التناسب هذا يزداد مع تكرار الحمل حتى يأتي الحمل الرابع مشوهاً من التلويين الحسية والتنسية.

كما يمكن لأوضاع عديدة أخرى أن تؤدي إلى حدوث الخلل الصبغي وتكرر منها الإيجاب بعد الخامسة والثلاثين وتعرض الحامل، وبالتالي الجنين، إلى عوامل مرضية فيزيائية أو كيميائية أو ميكانيكية.

والخلية الإنسانية تحتوي على ٢٢ زوجاً من الصبغيات إضافة لزوج واحد من الصبغيات الجنسية (XY لدى الرجل و XX لدى المرأة). ويلاحظ أن زيادة صبغية على أحد هذه الأزواج يؤثر في حياة حامله حتى أنهم يموتون إما بإجهاض قهلي أو خلال الشهور الأولى بعد الحمل. ويستثنى من هذه القاعدة زوج الصبغيات الجنسية والأزواج ١٤ و ١٥ و ١٨ (تقلر كوتز) و ٢١ (تقلر المنغولية) و ٢٢ (يعيش لغاية ١٢ عاماً). لذلك فإننا سنكتفي بمرض مظاهر التشوه الصبغي لدى المولود الذين يستمرون في الحياة مع إعمال أولئك الذين يموتون بلكراً.

الاضطرابات العقلية المصاحبة للتشوهات الصبغية

١- زوج الصبغيات الرقم واحد

- نوعية التشوه: صبغي مستدير بشكل خاتم.

- مظاهر التشوه: انخفاض الوزن عند الولادة، مع تأخر النمو الجسدي

والعقلي باعتدال.

٢- زوج الصبغيات الرقم أربعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي واحد بدل اثنين.

ب- صبغي كامل وثانٍ غير مكتمل

- مظاهر التشوه: أ- صغر مبالغ في حجم الجمجمة، مرض دماغي متطور مع ضمور الدماغ. إضافة لعدد من التشوهات التي تعدد مستوى الخطر. بعضهم يعيش لغاية العشرين سنة.

ب- ضعف عقلي. بطء نمو الوزن والقامة. له مظهر مميز من خلال الأذن والأنف المميزين لهذا المرض. مع تشوهات في الأطراف والأعضاء.

٣- زوج الصبغيات الرقم خمسة

- نوعية التشوه: تضطرب النزاع لتفسير الصبغي.

- مظاهر التشوه: يصدر الوليد صرخة مميزة تشبه المواء (تتأخر صرخة القط) وذلك بسبب تشوه الحنجرة. يضاف الى ذلك صغر حجم الجمجمة وتخلف عقلي. خطوط اليد والبصمات لها شكل غير طبيعي. إضافة الى تشوهات مختلفة. ويمكن لهؤلاء الوصول الى سن البلوغ إذا لم تكن لديهم تشوهات خلقية أخرى.

٤- زوج الصبغيات الرقم ستة

- نوعية التشوه: صبغي مستدير.

- مظاهر التشوه: تخلف نفسي - حركي حاد مع صغر حجم الجمجمة واتساع قاعدة الأنف والأذن منفرستان نمو الأسفل.

٥- زوج الصبغيات الرقم تسعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد غير مكتمل.

ب- صبغي واحد بدل اثنين.

مظاهر التشوه: أ- تخلف عقلي حاد. جمجمة صغيرة وجبهة منتفخة والمحجران عتيقان مع تغيرات في الأصابع ونقص النمو.

ب- العينان مائلتان نحو الأسفل ونحو الخارج. الشفة العليا طويلة - تخلف

عقلي.

٦- زوج الصبغيات الرقم اثني عشر

- نوعية التلوين: صبغى وحيد غير مكتمل.

- مظاهر التلوين: صغر حجم الجسم، جبهة ضيقة، أنف حاد، يمكن أن يموت في طولته أو أن يعيش لفترة ٢٥ سنة.

٧- زوج الصبغيات الرقم ثلاث عشر

- نوعية التلوين: صبغى غير مكتمل ووحيد.

- مظاهر التلوين: مظهر الوجه اغريقي، أسنانه مثل أسنان الأرنب وتشوهات مختلفة. (تتكرر بالتو - لنظر الصورة).

٨- زوج الصبغيات الرقم أربع عشر

- نوعية التلوين: زائد.

- مظاهر التلوين: عدد متحول من الخلايا وتتميز بأنف طويل مع قاعدة ممتدة وكذلك الشفة العليا ممتدة - عته عقلي ولكن يمكن أن يعيش.

٩- زوج الصبغيات الرقم الخامس عشر

- نوعية التلوين: أ- صبغى زائد.

ب- صبغى مستنير.

- مظاهر التلوين: أ- تشوهات في الوجه والجسم (المحمران شقران والجسم صغرة) تخلف عقلي وغالباً نوبات تشنجية يمكن أن يعيش.

ب- جسم صغرة، اضطرابات عضلية وصغر الحجم تخلف عقلي.

١٠- زوج الصبغيات الرقم الثامن عشر

- نوعية التلوين: أ- صبغى زائد مكتمل أو لا.

ب- صبغى وحيد.

- مظاهر التلوين: أ- يعرف بتقارب الوارد. لديه تشوهات في الجسم، والأذنان كبيرتان وتشوهات في الأطراف. نادراً ما يعيش لفترة ١٥ - ١٩ سنة.

ب- قامة قصيرة، وجه مدور، أنفان عريضتان، فم عريض، تشوهات في الأسنان وفي الأطراف. مع بعض التشوهات يعيش لغاية ٦٠ سنة.

١١- زوج الصبغيات الواحد والعشرون

- نوعية التثوية: أ- صبغي زائد مكتمل لو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التثوية: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (شكل الوجه يشبه شكل الامعان المنخولي ومن هنا تسميته بتناثر المنغولية).

لديه تخلف عقلي حاد مع شكل خاص لخطوط راحة اليد. إضافة إلى تشوهات قلبية وعضوية وحساسية لمام الانتهاءات. وهو أكثر تعرضاً للإصابة بالسرطان ٢,٦٪ منهم يعيشون لغاية ٥٠ سنة.

ب- تشوهات الوجه والجمجمة، تخلف عقلي مهم، حالة واحدة عاشت ٥٤ عاماً.

١٢- زوج الصبغيات الثاني والعشرون

- نوعية التثوية: أ- صبغي زائد ومكتمل.

ب- صبغي مستنير.

- مظاهر التثوية: أ- تأخر نمو القامة، تخلف عقلي حاد، تطور للمرض يختلف من حالة إلى أخرى. أكثرهم عمراً يبلغ ١٢ سنة.

ب- تشوهات في الوجه والجمجمة (جمجمة صغيرة و حلجبان مزروعان نحو الأسفل) تخلف عقلي حاد وتشوهات مختلفة.

١٣- الصبغة (X)

- نوعية التثوية: أ- صبغي وحيد مكتمل لو لا (تناثر تورنر (Turner).

ب- صبغي (س) زائد (XXX).

ج- ٤ أو ٥ (س) (XXXXX).

- مظاهر للتشوه: أ- لقامة قصيرة (معدلها ١٤٠ سم) وانعدام التضج الجنسي مع تشوهات جسدية وحشوية مختلفة. تشوهات في أدوات الجنس مع تخلف عقلي بسيط في ٨٪ من الحالات غالباً يموت رضوحاً ولكنه يمكنه أن يصر.

ب- أو تتأخر السوبر امرأة وغالبيتهم طبيعيات ويمكن أن يخوب الحيض لديهن وأن ينكر من اليأس.

ج- تشوهات في الوجه والجمجمة (شبيهة بالمنفولي). تخلف عقلي بسيط في ٦/١ من الحالات.

١٤- الصيفية ي (X)

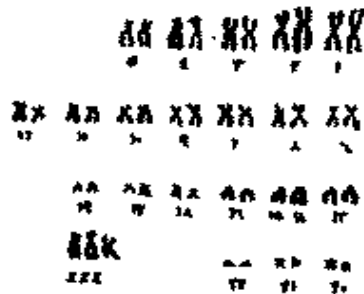
- نوعية للتشوه: أ- صيفيات. XXX

ب- صيفيات XX YY أو XXXY أو XXXXY.

- مظاهر التشوه: أ- لقامة طويلة وعدائية مع ضمور الخصيتين وتخلف عقلي (١٠ - ١٢٪ من الحالات) يزداد حدة مع نمو المريض. وزيادة نسبة الهرمون الأثوي F.S.H مع عدم نمو الشعر ومظاهر الرجولة بشكل طبيعي.

ب- اضطرابات عقلية متنوعة وزيادة في نمو القامة تخلف في حدتها من

حالة إلى أخرى.

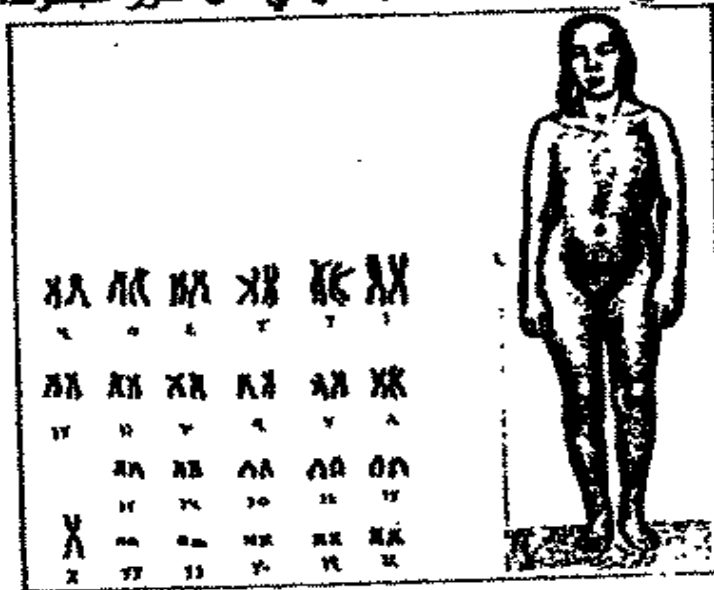


امرأة مريضة بمرض التريسميا ٢٠ ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتلخر لاولد (Edward) ويحدث بسبب زيادة صبغوي في الزوج السادس عشر .

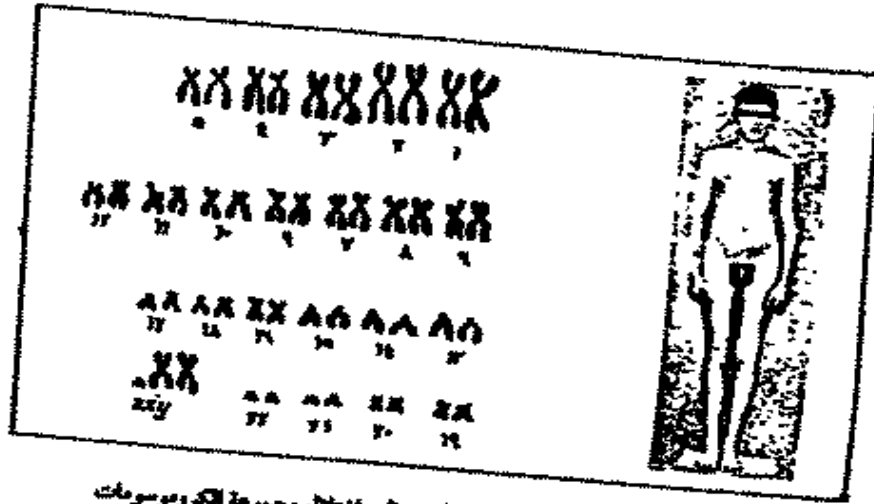
يولد ناقص الوزن وصغير الجمجمة وأنف صغير مستقيم وعضلة في العين (Epichantus) وأحياناً تشوه الاذنين. الرقبة قصيرة وعضلات الترقوة متجمدة - القص الصدري قصير - اليدين منحرفتان والصبابة مع الاصبع الرابع تقطبان الاصبع الثالث. تطوره النفسي والعقلي بطيء جداً - يموت عادة في السنة الاولى.

تتلخر صرخة القط (Crit du Chat) يمتلخر بتضيق الجمجمة (Craniostenose) وجحوظ العينين والحول التخلف العقلي ليس قاعدة والجراحة ضرورية في حال ارتفاع الضغط داخل الجمجمة لو في حال تطور الجحوظ.



امرأة في سن ٢٢ مريضة بمرض شيريشيفسكي - تولر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتلخر تورنر (Turner) ويحدث في ولادة من أصل ٣٠٠٠ ولادة. و ٩٠٪ من الحالات تجهض قبل الولادة. ويمتلخر بصيغة جنسية واحدة (X) عوضاً عن اثنتين. والمریضة أنثى نقيحة الحجم غير مكتملة النمو (قصيرة القامة وثديات جلدية على الرقبة وأذان مترابطة) وتشوهات في الجهاز الدوري مع احتمال الخلل العقلي.



شاب في سن 15 سنة مريض بمرض كلاينفلتر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتأثر كلاينفلتر (Klinefelter) ونسبته واحد في الـ 10,000 ولادة بين الذكور. يمتاز المريض بطول القامة وبخصائص ذكورية واضحة (ولكن مع تخلف نمو الخصي وانعدام إنتاج للسائل المنوي) مع ترسبات دهنية واضحة ويزود مطرد للصدر. وشعره أقرب إلى شعر الإناث. لديه صبغية زائدة فهو يملك (XXY) بدلاً من (XY). في العادة يعاني من مظاهر التخلف العقلي.

٧- الاضطرابات العقلية الناتجة عن التسمم:

وتتجم هذه الاضطرابات كنتيجة لتعاطي مواد تمارس تأثيرها تطلقاً من الجهاز العصبي. وذلك بحيث يؤدي تكرار التعاطي أو تكرار تعريض الجهاز العصبي لهذه الأثر السمية إلى أحداث خلل عصبي ينعكس بمظاهر عقلية متنوعة. وفي هذا المجال نتحدث عن:

أ- إدمان الكحول:

هو حالة نفسية مترافقة باضطرابات مزمنة على صعيد السلوك. بحيث يكون تعاطي الكحول هو سبب هذه الاضطرابات. ويكون هدفه التخفيف من الكرب واكثه يتحول مع الوقت نحو سلوك التمرير الذاتي للشخص.

ويمكننا تعريف الادمان الكحولي من خلال العناصر التالية:

- استهلاك مبالغ للكحول.

- ظاهرة التعلق (الادمان).

- لخلل الجسدي والعقلي (من خلال علامته المتبدية).

أما عن الاشكال العيادية للاضطرابات الناجمة عن هذا الادمان فهي كثيرة ومتنوعة بتنوع المادة والكمية المميزتين لهذا الادمان. ويمكننا تصنيف هذه الاضطرابات على النحو التالي:

- التسمم الكحولي الحاد.

- الاضطرابات النفسية الحادة وما تحت الحادة.

- تناثر التعاطي المزمن.

- الاشكال الهيكلية للادمان الكحولي.

- امراض النفس الكحولية - الدماغية.

- اعتك الكحولي.

الفحوصات الطبية:

يؤدي ادمان الكحول الى اضرار عضوية منتشرة الأمر الذي يستوجب اجراء

الفحوصات التالية:

- فحص جسدي - طبي عام (مع التركيز على الفحص العصبي وفحص الكبد

والمعدة).

- تخطيط الدماغ وتصوير الدماغ المحوري الطبقي (او بالرنين المغناطيسي).

- فحص السائل لشوكي.

- فحص نسبة الكحول في الدم والـ (Gamma - glutamil - Transferase).

٧- أ/ الاضطرابات العقلية المصاحبة للتسمم الكحولي

١- التسمم الكحولي الحاد أو الكحول

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

أ- لغاية بلوغ نسبة الكحول في الدم ٠.٨، غرام في الالف لا تظهر أية عاتك عيادية غير انخفاض القدرات النفسية والحركية. ثم تبدأ بعد فترة مرحلة من الهياج النفسي الحركي حيث يتبدى الضيق (إرح غير مبرر) وانعراً الحزن. وتتفصح الأفكار ويزيد الانتباه مع سيلان الكلام وزيادة القدرة على التذكر ونزق معتدل وخيال زائد. وتمكن ملاحظة بعض التشنج الجسدي.

ب- عندما تتراوح نسبة الكحول في الدم بين ١ و٤ في الالف يبدأ عدم الترابط الكلامي وزوال الكف وشمق مبالغ. ولاحقاً ينسى ما فعله أثناء سكره.

ج- عندما تتعدى نسبة الكحول ٢ غرام في الالف تبدأ اضطرابات الوعي بالظهور لتصل إلى الغيبوبة لدى ترواح هذه النسبة بين ٤ و٦ غ في الالف.

٢- الاضطرابات العقلية الحادة وما تحت الحادة (المرافقة للكحول).

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

الهلينان الكحولي ما تحت الحاد

ويتم تشخيصه من خلال للتأكد من التسلسلي المزمن وظهور الهلينان النولسي والخيال العقلي. وهو يبدأ عادة في الليل ويبدو كأنه متابعاً واعية لكنايوس ما رآه المريض أثناء نومه ثم يتحول المريض إلى الهياج مع احمرار الوجه (طفح دموي) وتعرق زائد.

الهذيان الكحولي الحاد.

ويتم تشخيصه من خلال علام الهذيان ما تحت الحد مضيقاً إليها علامك الاصلية
العلامة للكبد والحرارة ونشاف المياه في الجسم مع ميل للقدان الوعي. ويبدأ هذا
الهذيان بشكل انفجاري مفاجئ وتتبدى خطورته منذ البداية. ويتجلى بهذيان حد
مترافق مع هذيان نولمي.

٢- تناثر التعاطي المزمن

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتبدى في تغيرات السلوك لدى المريض الذي يصبح ميالاً للانطوائية والخيرة والشك
والذي يصبح لا ميالياً بمسؤولياته ومهتماً فقط بتناول الكحول. ويبدأ بمعاملة وجود
تغيرات في ذكوره مع الانخفاض التدريجي لقدرته على الانتباه والتركيز هذا يفتقر
جولينيك (Jellinek) ان ظهور التغيرات التنكسية هو الاعلان عن استقرار التسمم
الكحولي. وعلى الصعيد الجسدي نلاحظ حمس المعدة او القرحه ومظاهر اسبابه
الكبد (من الاصابة الالتهابية وانفاية التشمع) مع تسارع عملية الهضم . وعلى صعيد
القلب فإنه يتجه نحو عدم الكفاية بسبب تسارع النبض وارتفاع الضغط وتقصير
التزامن ب (١) بسبب الكحول .

كما يلاحظ ارتفاعاً على صعود الأطراف والشفاه . ويكون هذا الارتجاج
عزيماً ومحدوداً .

٤ - الأشكال الهذيانية للتعاطي المزمن : (وهي تعقدات الاضطرابات

لعقدة الحدة وما تحت الحدة المذكورة سابقاً) .

الأكثر التواترية:

وهي الفترة التي تلي فترة الهذيان النولمي وتتم في ثلاث مراحل:

(١) مباشرة بعد الصحو من الحالة التواترية حيث يعتقد للمريض بصحة ما تهيأ

له في نيوامه .

٢) يتردد في اعتقاده بهذه الصحة .

٣) يتحكم بفكره ويدرك الطبيعة الهذلية لهذه الهذيات النولية (وتتروح مدة هذه الفترة ما بين البضع ساعات والبضعة أيام ونادراً ما تتحول إلى دائمة).
هلاس أيرنيكيه الكحول.

ويعرف من خلال الهلوسات السموية - الكلامية (الشخص الثالث) مع صق صافر الوعي وهذيان ثقوي ضعيف البنية. ويبدأ هذا الهلاس عادة بعد المبالغة في الشرب. ويتبدى عادة في الليل ويصعب تفريقه عن الأوهام. ويصاب المريض بحالة من الهيجان الحاد التي قد تؤدي به إلى الانتحار أو الاعتداء على الآخرين أو الهرب للدفاع عن نفسه أمام الاخطار التي يهيء له لها تهدده (بسبب الهلاس الهذيان). ومن هنا التلق الحاد لهذا المريض. ويتطور هذا الهلاس إما نحو التراجع أو نحو الأزمان أو نحو التعقيد ليصبح كلفه نصامي.

الهذيات الكحالية المزمنة.

أ- هذيان الغيرة: ويبدأ عقب فترة نولية عادة. وتكون بدايته ممتدة لتصل إلى حدود العتبة. ويتصاحب برود فعل العدوانية. وهو هذيان منظم نسبياً مع آلية تفسيرية نظيرة المنطقية.

ب- الهذيان الهلاسي المزمن: أو لعظام الهلاسي لمنمسي الكحول (كرايولون) ويمكنه أن يبدأ تدريجياً أو فجائياً بعد مرحلة نولية. وذلك من خلال ظهور الهلوسات و/ أو نظيرة الهلوسات. وغالباً ما تكون الغيرة موضوع هذا الهذيان.

ج- التفكرات الفصامية: وهي تستقر بصورة تدريجية عقب هذيان نولسي حاد أو ما تحت الحاد. وتتبدى بشكل أعراض تفكرية فصامية التي يمكن أن تكون لها لهي آليتين: (١) الفصام غير المستمر (بلويزلر) للملاحظ لدى مدمن كحول

(٢) ذهان فصامي الشكل لدى مدمن كحول.

٥- أمراض النقص الكحولية الدماغية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ذهان التهاب نهايات الأعصاب الكحولي (كورساكوف).

هو تناثر خبلي يظهر عقب الكحول المزمن وفيه يهيم فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخاطئ على الأسماء بالاضافة للإرجيف (Confabulation) واليهما يضاف التهاب نهايات الاعصاب.

ويبدأ هذا الذهان مثل بداية أية حالة خيلية ويتصاحب مع: صداع وأرق وفقد الإرادة (الانجبال على الحياة) والاكئاب. ويلاحظ في البداية حالة وهن جسدي تترافق أحياناً مع مظاهر عدم كفاية الكبد. ثم تتبدى مجموعة من الأعراض النفسية مثل لعدم القدرة على التوجه في الزمان والمكان وانخفاض هام في القدرة على الانتباه ومظاهر للتوهيل والإرجيف (Fabulation). ويتطور هذا الاضطراب إما نحو الشفاء (لدى الشبان وفي حالة العلاج المبكر المناسب) وإما نحو الأزمان (تتحول نحو العته الكحولي) وإما نحو الموت.

إصابة فيرنيكه - غابيت الدماغية.

تبدأ هذه الإصابة عادة لدى المدمنين اللذماء الذين تشبعت أجسامهم بأثار للتسمم الكحولي. ويشجع ظهور هذه الإصابة تعرض المريض للصدمات أو العمليات الجراحية. وتمتاز هذه البداية بتعاظم آثار التشنج الكحولي. ثم تبدأ حالة من الذهول تقطعها فترات من الهياج والهلوسات التي تضاف إليها بعض العلامت الحسية على أصعدة العين (رهاب الضوء وتغيرات ارتكاسات العين والبؤبؤ وعضلات العين، والعضلات) تقلصات عضلية وزيادة حيوية العضلات وبابينسكي إيجابي) له علاقة إلى اضطرابات عصبية - نباتية (على صعيد الدماغ) مثل تسارع النبض والتنفس. وتتطور هذه الإصابة نحو الشفاء بعد بضعة أسابيع من العلاج. أما مع اعتدال العلاج فليتها تتطور نحو التيبوية والموت.

٦- أمراض العته الكحولية (Demences. Alcoliques)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

العته الكحولية البسيط.

ويبدأ فجأة مع مظاهر انخفاض الذاكرة والانتباه والتداعي الفكري لدرجة الحكم على الأشياء وكذلك انخفاض احترام اللياقات الاجتماعية.

تغير الشكل الكحولي العام.

ويمتاز أولاً بهذيان كبير والستمة وتقي عقب الهذيان الكحولي الحاد لو ما تحت الحاد. ويلاحظ ارتجاف الأطراف وعدم تساوي حركات العين واضطراب التوازن وانعدام تأزر الحركات (Dysarthrie).

تغير العته الخبيث.

حيث تهيمن حالة من دغش الوعي (Obnubilation).

ب- امان السموم (المخدرات):

امان السموم هو حالة نفسية وعادة جسدية ناجمة عن الاستهلاك المتكرر لأحد السموم مما يؤدي الى الاعتياد ومعه الى ظهور تناذر نفسي - جسدي في حالة الانقطاع عن الاستهلاك. ويمكننا تعريف هذا الامان من خلال العناصر التالية:

- الاستهلاك المتكرر لأحد أنواع المخدرات.

- تبدي ظواهر الانقطاع والاعتياد والامان.

- الأثار التدميرية على الاصعدة النفسية والجسدية والاجتماعية.

أما عن الاشكال العلاجية لامان المواد فهي التالية:

أ- حالات الامان القصوى:

١- امان الافيون ومشتقاته (المورفين والهيدرومين... الخ).

٢- امان القنب الهندي ومشتقاته (حشيش، ماريهوانا... الخ).

٣- امان الكوكايين.

٤- امان الـ L.S.D.

٥- امان للكحول.

ب- حالات الامان الدنيا:

١- امان القهوة والشاي.

٢- امان للتبغ (التنخين).

٣- امان شم الأثير Ether.

٤- امان بعض الأدوية النفسية (الباريتيرات، الكلورال، الامفيتامين... الخ).

الفحوصات الطبية:

قياس نسبة تركيز المادة السامة في نماء المريض وفي بوله. إضافة الى فحوصات

وظيفية للكبد (التي قد تتعطل بسبب هذه السموم) والكلية... الخ. إضافة ايضاً الى

الفحوصات النفسية.

العواقب:

في حال استمرار التعاطي فإن هذه السموم يمكنها أن تؤدي الى أحداث تغييرات

هامة في الشخصية تختلف خطورتها باختلاف سمية المادة موضوع الامان وقس

عليه بالنسبة للاضرار الجسدية.

٧- ب/ الاضطرابات العقلية المصاحبة لامن المخدرات

١- المخدرات الذهولية مورفين - هرويين.

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

إضافة الى كونها مضادة فاعلة للألم فإنها تؤدي الى تغييرات على صعيد

التفاعل وعلى صعيد القدرات الإدراكية (مع أو بدون تأثير على مستوى الوعي

اليقظ) وتقود هذه المولد متعاطيها الى حلة من السكر والاسترخاء النفسي. اما عن

أضرارها وتحكساتها فهي تؤدي على الصعيد الجسدي الى:

(Miose) وعدم القدرة على تحمل الاثارات الضوئية والسموية وانفخاخ
الأنسجة المخاطية واضطرابات هضمية وارتفاع الضغط والمبالغة في تعاطيها
يؤدي إلى عدم كفاية التنفس والقلب وصولاً إلى الغيبوبة والتورم الرئوي
(Oedeme) وصولاً إلى الوفاة.

وفي حالات الانقطاع تتبدى علامت هذيان ارتعاشي أيوني (شبيه بالهذيان
الارتعاشي الكحولي).

أما على الصعيد النفسي فنلاحظ اضطرابات الانتباه والوعي والادراك
واضطرابات سلوكية متنوعة مع ميل عدواني لثقة في حالات الانقطاع.

٢ - القرب الهندي (مخدر مهلوس) أو الحشيش

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتم استهلاكه بأشكال عديدة منها الحشيش والماريجوانا ويمكن تعاطيها من
طريق التدخين. ويؤدي هذا التعاطي إلى لحداث المظاهر التالية:

تضارع نبض القلب وجفاف الفم وزيادة تنفق الدم على الأنسجة المخاطية.
وعلى الصعيد النفسي فإنه يعطي بعض الأحاسيس الإيجابية العابرة (التي يبحث
عنها المدمنون) مثل الشفق والشعور الإيجابي بالذات والانشداد لمفهومى الزمان
والمكان (ويقتالي التخلص من وطأتهما) وذلك إضافة إلى زيادة الاحساس وتضخمه
(بصري وسمعي ولمسي) وكذلك الاحساس الرومي (والذاتي) بالتخلف من الاعباء.
لما عن الآثار الجانبية فنذكر منها: نوبات قلق (تترافق مع بداية التعاطي)
واضطرابات لتأزر النفسي - الحركي واضطراب الاراكات البصرية ونوبات
التعرق و فقدان الوعي والعدائية. ويمكن لهذا الانعمان أن يدعم الحالات الذهانية وأن
يسمقها.

٣- الميسكالين L.S.D. (مخدر مهلوس)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ان أكثر الاضطرابات النفسية (المصاحبة لتعاطي الـ L.S.D. عمومية هي انخفاض عتبة الادراك الحسي وتنجم عنه المظاهر التالية:

- تصبح الالوان كثيرة الحد ويراهما المتعاطي وكأنها تتعدى حدودها الحقيقية (هالة الألوان). ويؤثر هذا الانخفاض في عتبة الادراك الجسي في صورة الذات. هذا التأثير الذي يمكنه ان يصل الى حالة التفكك الجسدي (كما في الحالات الفصامية). ثم لا تلبث وان تتبدى اضطرابات الوعي - الوقت مع اضطراب التوجه في الزمان والمكان. كما يصاب المتعاطي بتغيرات مزاجية مفاجئة إذ يتراوح مزاجه بين القلق - الحداثة وبين الشفق (روح بدون مبرر). وعلى وجه العموم فان استمرار التعاطي يؤدي الى انخفاض القدرات الذهنية للمتعاطي.

- اضطرابات جسدية متنوعة (غثيان ودوار وتعرق وتعارض نبض) والأهم نوبات الهياج وردود الفعل الهلوعية والحداثية نحو الذات (محاولات انتحار) ونحو الغير. ونقلت الانتباه الى أن أثر التعاطي المزمع يؤدي الى تشوهات صبغية تؤثر في الاولاد الذين ينجبهم المنمن وهذا الأثر كان وراء تراجع تعاطي هذه المادة في الولايات المتحدة.

٤- الكوكايين

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

وهو قلبية تستخرج من نبات الكوكا. وله مفعول مشابه لمفعول الامفيتامين إذ يعطي متجرعه احساساً بالنشاط والحيوية ويزوال التعب. مع زيادة احتمالات التحول نحو الهياج والهذيان والهلوسات وبخاصة من نوع (أوهام الصغر). وهذا المخدر يشجع ظهور النوبات الذهانية ولا تزال تتبدى له آثار ضارة جديدة.

٥- الأدوية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

هنالك مجموعة من الأدوية التي يمكنها أن تساهم في أحداث الاضطراب العقلي ومنها أدوية نفسية مثل الامفيتامينات والتريهكسي فينيديل والمنومات وملح الليتيوم وأدوية أخرى مثل مضادات السل والكورتيزون ومخفضات الضغط. ومعدلات نبض القلب ومنشطات القلب ومثبرفات الودي ومضادات الحرارة والامستراغ والسكري... الخ.

٨- اضطرابات الحمل والولادة:

تمتاز فترة الحمل بعوارض نفسية مختلفة في حثتها وفي نوعيتها وفي توقيتها. وهذه العوارض على علاقة مباشرة بالتغيرات الهرمونية المعقدة التي ترافق الحمل كما لها على علاقة بالاجواء النفسية - الاجتماعية المرتبطة به. ولهذه العوارض أشكال عيادية مختلفة نلخصها بالتالي:

٨- الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل والولادة

١- التغيرات النفسية - الفيزيولوجية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويمكنها أن ترافق المرأة طيلة الحمل أو خلال مراحل محددة منه. وهي تنقسم إلى:

- ١) تغيرات حسية (تؤدي إلى الوحم) و٢) انخفاض القدرة على مواجهة الاحباط و٣) انخفاض بسيط على الصعيد الانراكي (ذاكرة، انتباه، تركيز... الخ) و٤) تغيرات مزاجية - غريزية (مثل اضطرابات الشهية والمزاج والرغبة الجنسية... الخ).

٢- العوارض العصابية

- المظاهر النفسية والجسدية:

- التناذر الوسواسي - القهري.

- التناذر الرهابي (مخاوف مختلفة و متمازجة).

- التناذر الهيستيري.

وتختلف قوة هذه العوارض العصابية باختلاف الشخصية السابقة للحمل.

٣- العوارض ذات الطابع الذهاني.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وهي نادرة وتبتدئ غالباً في الثالث الأخير لفترة الحمل وتظاهر بشكل أتهاري يمكنه أن يمتد إلى ما بعد الولادة . كما يمكننا أن نصلاف بعض التناذرات النفسية - العصبية الخطرة (ولكن نادرأ جداً) من نوع : (١) التهاب نهايات الأعصاب العقلي لدى الحوامل (ويظهر لدى شابات تحملن للمرة الأولى وسينات التغذيةية بسبب الاستقراغ. الأمر الذي يتبدى بتناذر كورساكوف مع شلل ضموري مؤلم وخبل عقلي) (٢) زان الحمل (Corhee) ويتبدى لدى مريضة زمنية سابقاً ويختفي بعد الحمل (٣) يمكن لأولى نوبات الصرع أن تظهر بمناسبة الحمل.

٤- الحالات الخيلية بعد الولادة.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وتبدأ فجأة بدون تمهيدات وبدون أية علام التهاوية. وتتراوح بين البسيطة (دغش الوعي) (Obnubilation) وبين الخطرة (ذهول Stupeur).

٥- الحالات الخيلية Etat Confusional.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وهذه الحالة هي عامة من النوع الخيلي - الحلمي ذي الطابع القلبي تعيش المريضة حالة قلق (مختلف في حثته) بسبب معاشتها لمشاهد محزنة وأحياناً مرعبة ويمكن لهذا المزيج (خبل + حلم + قلق) أن يتبدى بأشكال مختلفة (كآبة وموس وحالة جمودية) تتعاقب في ظهورها. وهذه الحالات ذات مستقبل جيد وتميل إلى التراجع.

٦- الحالات الهذائية بعد الولادة *Etat Delirant*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكنها أن تكون على علاقة بالمظاهر الخيالية أو أن تكون مستقلة. وتبدأ بحالة من تفكك الشخصية وعدم الاستيعاب. وعلى هذا الأساس تظهر الأفكار الهذائية (ضعيفة البنية) المتمحورة حول الاضطهاد والأفكار. ويمكنها أن تعطي الطابع الذهني الانهباري.

٧- الحالات للذهالية المزاجية بعد الولادة *Etat Psycho - Affectif*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكن أن تسبقها فترات من الخيل أو الهذيان ثم تبدأ المظاهر الانهبارية مع هذيان على علاقة بالحمل والطفل والأفكار انتحارية و/ أو قتل الوليد. كما يمكن ظهور للحالات الهوسية (نادرة بالمقارنة مع الانهبار) حيث اضطراب النوم والعدوانية وهروب الأفكار والشمق.

٨- الحالات الفصامية بعد الولادة *Schizophreniforme*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ عادة (٤-٦ أسابيع) بعد الولادة ويمكنها أن تبدأ بالهذيان الذي يزداد تنظيمياً مع تطور الحالة ويميل للانحزال والنزوية والعدائية مع أفكار للخيرة والاضطهاد.

٩- الاضطرابات العصابية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ولها الطابع التلقائي - الانهباري وتتسم بلا سبالة الأم لألم ولإيها.

١٠- الاضطرابات الذهنية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتكبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ويمكنها أن تكون ذات شكل فصامي (انظر للحالات الفصامية بعد الولادة ... او ذات شكل مزاجي (غالباً نهارلي) - انظر للحالات الذهنية المزاجية
وهذه الحالات نادرة جداً ويجري البحث حولها عما إذا كانت ذهنيات بسبب الولادة لم انها ذهنيات كاملة تجرت بمناسبة الولادة.

٩- اضطرابات العمر:

٩- أ الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

أعصبة الشيخوخة

- المظاهر النفسية والجسدية:

تشكل مرحلة الشيخوخة مصدراً هاماً للشدة النفسية إذ يدرك المسن أن حالته الصحية في تراجع (خاصة لدى معاناته من أمراض الشيخوخة). وهذه الوضعية تتسبب له في القلق واضطرابات للنوم. ويمكنها أن تعيد تعجير علائم عصبي عرفها في شبابه وأن تولد له أعصبة مميزة. وفي هذه الحالات نركز على ما نقترح تسميته بـ"قلق الموت أثناء النوم". حيث يؤدي هذا القلق إلى اضطرابات هامة في نوم المسن (يعرضها من خلال اغفاءات قصيرة أثناء النهار).

٢- ذهنيات الشيخوخة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الذهنيات الفصامية: وهي تعرف ميلاً نحو الخمود في سن الشيخوخة. اما الحالات التي تظهر فيها العلائم الفصامية لأول مرة في سن الشيخوخة فإن السير مارتق روث يصنفها في عداد البارافرنيا.

الذهانات المزاجية: وتنقسم الى ذهانات مستمرة عند الشباب وأخرى تظهر في سن متقدمة.

الذهانات العظامية: وبهنا تحديداً الذهانات العظامية التراجمية (involution) حيث تنبئ مظاهر العظام ولكنها تبقى محصورة في إطار ضيق لا تكون على علاقة بماضي المريض وتكريته والأشخاص القريبين منه.

والواقع ان تشخيص ذهانات الشيخوخة يمر بعقبات عديدة. لانه من الصعب تحديد وجود او عدم وجود سلوك ذهانية لدى المسنين. كما ان تحديد وجود التناقضات العضوية (التي يمكنها ان تؤدي الى احداث المظاهر للذهانية) لا يزال أمراً يتسم بالصعوبة (خاصة في الدول النامية). وأخيراً فإن الوضع للجسدي - النفسي العام للمسنين يطرح اشكاليات عديدة تضاف اليها الاشكاليات الاجتماعية (الملاكمة بالملاكمة والاولاد والترمل... الخ).

٢- مرض الزهايمر Alzheimer.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يستقر خلال أشهر (٨٠٪ من الحالات في عمر ٤٥ - ٦٥ سنة) ويجمع بين عجز ذكروي شامل وعدم التوجه في المكان واضطراب القدرة على الترميز (عنه فكري، فقد القراءة، تسر الكتابة). ثم تبدأ بالظهور الاضطرابات للذهانية العسيفة التي تعقب الاضطرابات المذكورة أعلاه ويمكن ان تضيف اليها الهيجان.

٤- مرض بيك Pick.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ بين ٥٠ و ٦٠ سنة (لدى النساء خاصة) ويتطور ببطء خلال سنوات (٢-٥ سنوات). وخلال هذه الفترة نلاحظ تغيرات سلوكية عديدة (حركات تكرارية نمطية واضطراب التحليل المنطقي وربما أعمال جنسية - أو غيرها - يعاقب عليها القانون). وبعد استقرار المرض تنبئ أعراضه للمأوفة (اضطرابات ادراكية

وفكرية وسلوكية وتفاعلية واضطرابات الشخصية - صفاقة - إضافة إلى العلام
العصبية) مضافاً إليها الشفق البديء وعدم وعي المرض.

٥- العته الوعائي Demence Vasculaire.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبتدى عادة بعد عمر ٦٠ سنة. ويمكن أن يبدأ بطريقة نفسية عشوائية (هياج، هوس
أصفر، نظير الانهيار، خبل... الخ) لو أن يبدأ بعلامت عصبية (نوبات تشنجية).
ويصيب في البداية الذاكرة والقدرة على تحديد الزمن ثم يبدو عليه سيلان
الانفعالات. وتسجل حُسة (Aphasic) تتطور بتطور المرض (٢-٣ سنوات لغاية
الوفاة).

٦- عته الشيخوخة Demence Semile.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ عادة بعد سن الـ ٦٥ عاماً. وتكون بدايته تدريجية على صعيد الذاكرة والطباع.
ثم تتطور هذه المظاهر ليضاف إليها اضطرابات النوم والهياج والشغب الليليين
والقيل مرضي على الطعام وأحياناً انعدام استقرار الضغط (٢-٨ سنوات لغاية
الوفاة).

٧- حالات العته المزيج Demence Mixte.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهي حالات تتظاهر في سن متأخرة وتتمازج فيها الأسباب الوعائية والأسباب
التدهورية (تدهور بنى الدماغ الذي يحدث عنه الشيخوخة) وتظهر فيها علامت مزيجية
(نفسية وعصبية) للعته الوعائي وعته الشيخوخة.

٩- (ب) التشخيص التفريقي لحالات العته ونظيرة العته

١- بداية المرض

- نظير العته الهستيري: فجائية وفي أوضاع نفسية ضاغطة

- نظير العته الانهباري: + فجائية
- العته الوعالي: + فجائية
- عته الشيخوخة تدريجية
- ٢- كيفية التبدي
- نظير العته الهستيري: سريعة (ايام)
- نظير العته الانهباري: سريعة (اسابيع)
- العته الوعالي: بطيئة (شهور)
- عته الشيخوخة بطيئة (سنين)
- ٣- تطورات المرض
- نظير العته الهستيري: متغيرة وذات علاقة بالظروف الضاغطة
- نظير العته الانهباري: مستقرة أو ميالة للتحسن
- العته الوعالي: تدهور متزايد في منطقة معينة
- عته الشيخوخة: تدهور عام تدريجي
- ٤- العلام الانهبارية
- نظير العته الهستيري: + + +
- نظير العته الانهباري: + + +
- العته الوعالي: + +
- عته الشيخوخة: +
- ٥- عدم الثبات الانفعالي
- نظير العته الهستيري: + + +
- نظير العته الانهباري: +
- العته الوعالي: + + + +
- عته الشيخوخة: +

٦- علكم عظمية

- نظير العلكة الهستيري: —

- نظير العلكة الانهباري: +

- العلكة الوعالي: + +

- علكة الشيفوخة: + + +

٧- صعوبات التوجيه الزماني و/ أو المكاني

- نظير العلكة الهستيري: + +

- نظير العلكة الانهباري: +

- العلكة الوعالي: + + +

- علكة الشيفوخة: + + +

٨- التراجع الذهني

- نظير العلكة الهستيري: عشوائي أو غير متجانس

- نظير العلكة الانهباري: متجانس

- العلكة الوعالي: غير متجانس

- علكة الشيفوخة: متجانس

٩- التجاوب للعلاج بمضادات الانهبار.

- نظير العلكة الهستيري: —

- نظير العلكة الانهباري: + + +

- العلكة الوعالي: +

- علكة الشيفوخة: صفر

١٠- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الدماغية:

ويمكننا تقسيم الاضطرابات الدماغية المؤثرة في التوازن العقلي على النحو التالي:

أ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأمراض العصبية التراجعية.....

- ب- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ.
 ج- الاضطرابات العقلية الناجمة عن رضوض الجمجمة - الدماغ.
 د- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.
 هـ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغى (الخُراع).
 و- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التهابات الناجمة عن الالتهابات داخل
 الجمجمة.
 ز- الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

١٠ (أ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ

١- التهاب السحايا لدى الأطفال.

-- المظاهر النفسية والجسدية:

يؤدي الى نمو الدماغ بشكل غير طبيعي والى تخلف عقلي من درجة الحمق
 (حاصل ذكاء ٢٥ - ٥٠). ويطلق التشوه الى جانب الدماغ لتشكّل العلم للرأس
 والشفاء والأذنين. ويمكن أن يعانى من نوبات صرعية.

٢- فتق الدماغ.

-- المظاهر النفسية والجسدية:

ويتراعى هذا الاضطراب مع تشوهات عضوية - خلقية معقدة وعلى جانب كبير من
 الخطورة. وهو لا يحش في العادة. ومن هنا محدودة أهمية هذه الحالة في عيادة
 الطب العقلي.

٣- تضخم الدماغ Macrocephalie.

-- المظاهر النفسية والجسدية:

ويعود سببه الى تضخم المنطقة التسيجية الضلعة وأيس العصبية. وهي حالة نادرة
 بالمقارنة مع التشوهات الدماغية الأخرى. وفيها يمكن لوزن الدماغ أن يصل الى
 حدود الـ ١٦٠٠ غرام.

٤- استسقاء الدماغ Hydrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وينجم هذه الاستسقاء عن تراكم السوائل داخل الجمجمة. وغالباً ما تعود أسبابه إلى إصابات السحايا الدماغية. ونادراً إلى ورم دماغي.
تختلف الاعراض العقلية باختلاف الاصابة للدماغية ومسبباتها.

١٠ (ب) الاضطرابات العقلية الناجمة عن

رضوض الجمجمة - الدماغ

١- رضة دماغية Comotion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع غيبوبة قصيرة الأمد. تتميز بدخول المصطب في غيبوبة لعدة دقائق تتبع حالة من الخبل، وعلى الصعيد العصبي تلاحظ لدى المريض المظاهر التالية: لعدم الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للعضلات إضافة إلى مظاهر نباتية (تسرق حرارة، تسارع النبض، تنفس متحرج... الخ).

٢- ارتجاج الدماغ Contusion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة قوية مع غيبوبة متوسطة الأمد وعلامات مركزية. تتشابه مظاهرها مع سابقتها مع زيادة مدة الغيبوبة (ساعات أو أيام بدلا من دقائق). وتحقها فترة من الخدر. (بدورها أطول من فترة الخبل في الحالة السابقة). وعلى الصعيد العصبي نلاحظ إضافة لمظاهر الحالة السابقة علامت وجود إصابة دماغية وتحسن السحايا الدماغية.

٢- الخثرة داخل الجمجمة Hematome.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: التمرض للرضة (Comotion) مع لفترة كمون ورفقاع للضغط داخل الجمجمة .

تتطور هذه الحالة على ثلاث مراحل : (١) للرضة و(٢) فترة الكمون. حيث يمكن أن تغيب العوارض بشكل كلي (لمدة أيام أو أسابيع) ويمكن أن تظهر عوارض بسيطة مثل الصبغ والوهن وتباطؤ للذهن و(٣) تبدأ علائم ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بالظهور. وتبدأ بظهور حالة من الخيل (يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة) ويمكن أن يضاف إليها الهياج أو فقد الإرادة والهوسات والأفكار الهذائية المجزأة.

٤- حالة الخيل عقب الرضفة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضفة فورية مع التباس الوعي وعدم ترابط الأفكار (مع مقاطع هلاسية ذات طابع نواصي) وصعوبة التوجه في الزمان والمكان وفقدان ذاكرة لتفقاتي. وتقسّم الحالات الخيلية عقب للرضفة، بحسب سيطرة المظاهر، إلى:
- حالة خيلية بسيطة: وتمتاز بهيمنة العناس وقد توجه محدود مع عناصر نواصية محدودة.

- الخيل الذهولي: وتمتاز بعدم حراك المريض أو بعدم تفاعله مع المثيرات ويمكنه أن يتصاحب مع مظاهر تخشبية.

- الخيل النواصي: حيث النشاط النواصي المرعب يترافق مع هياج نفسي - حركي والقلق .

- الهذيان الحاد عقب الصدمي: ويتميز عيانياً بسيطرة الأفكار الهذائية غير المنظمة.

وتستطيع هذه الحالات الخيلية أن تكون لفترات تتراوح بين الدقائق والشهور.

٥- الاضطرابات التذكيرية عقب الصدمة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الاضطرابات التذكيرية التقدمية: وفيها يمتد فقدان الذاكرة خلال فترة ما بعد الرضة ويشمل فترة الغيبوبة والخيل الذي يعقبها كما يشمل فترة يبدو فيها المريض واعياً في حين انه يكون فعلياً معاقباً لاضطراب الذاكرة.

الاضطرابات التذكيرية الرجعية: ويطلق فيها فقدان الذاكرة الفترة الفاصلة بين

آخر التكريات الواضحة السابقة للصدمة وبين الصدمة نفسها.

٦- تناثر كورساكوف عقب الصدمة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

- عناصر التشخيص: وجود رضة قريبة العهد واضطرابات الذاكرة واضطراب لتوجه في الزمان والمكان والشمق.

يضيف كورساكوف عرض اضطراب لتوجه في الزمان والمكان (المتراقق مع الشمق والسيلان الكلامي) إلى العوارض الثلاث التي تشكل مثلث كرابلين (فقدان القدرة على الحفظ واقدان الذاكرة الانتقائي المؤدي إلى هذيان الاراجيف Confabulation والتعرف الخاطي على الاشياء لتعويض الثغوب التذكيرية).

ويمكن لهذا التناثر ان يظهر عقب الخروج من حالات الخيل عقب الصدمة. ويتطور هذا التناثر نحو الشفاء الا في حال تلخر ظهوره وتطوره المزمن وعندها يؤدي إلى تلف العقلي.

٧- ردة الفعل عقب الصدمة

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتظاهر من خلال الوهن النفسي والجسدي وعدم ثبات الحالة الوجدانية وزيادة الاحاسيس الذاتية والقلق العارم والارق والاحلام المزعجة والمفرعة. وهذه الظواهر يمكنها ان تكون لبضعة اسابيع ويمكنها ان تكون عقب حالات الخيل. ويمكن لهذه

الحالة ان تتحد مع الوقت ليظهر على أساسها عصب الوسواس ورهاب الموت.

٨- الوهن الدماغى عقب الصمى Cerebrasthenie P.T.

- المظاهر النفسية والجسدية:

أو التنافر الذاتى المشترك (Subjectif Commun). وعناصره التشخيصية هي التالية: الرضة وتناذر الوهن (نوراستاكيا). وهي حالة نفسية تكوم من بضعة أسابيع لغاية سنتين. وهو يبدأ إما مباشرة عقب الخروج من حالة الخبل أو بعدها ببضعة أسابيع. ومن أهم مظاهر المرضية تذكر: الصداع (يظهر فجأة أو بعد الإرقاق النفسى والجسدى أو حركات الرأس السريعة) والدوار (عقب حركة رأس سريعة) واضطرابات النوم واضطرابات عصبية نباتية وتضخم الأضراس بالذات إضافة إلى الاضطرابات الوجدانية (اللق وعناقية وتفعل سريع... الخ). وأخيراً انخفاض الرغبة الجنسية. كما يظهر الفحص العصبى زيادة الارتكاسات وارتجاف الأطراف.

٩- مرض نماغ الملامك Punch - Drucek.

ويتميز بحالة خبالية خفيفة وانخفاض مهم فى الذكرة والانتباه تؤدي بدورها إلى موجات من الغضب. وهذه العوارض تكدم وتقرى خلال العام الأول على ظهور للمرض ليقتب ذلك فترة استقرار العوارض ثم يظهر المرض بمظاهر شبيهة بمظاهر الشلل الرعاشى (مرض باركنسون) ويضاف إليها تناذر عتهى.

١٠- الصرع عقب الرضوض.

- المظاهر النفسية والجسدية:

غالباً ما يكون هذا الصرع من نوع جاكسون. وتظهر أولى النوبات بعد ٦ أشهر إلى سنتين عقب الرضة. ويمكنها أن تتأخر إلى خمس سنوات كحد أقصى. وخلال الفترة الفاصلة بين النوبات نلاحظ لدى المريض هالمة الأفكار وقد الإرادة (الدوام) واللامبالاة والتزق.

١١- التلف العقلي *Deterioration mentale*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضى وضعف الذاكرة بالنسبة للحوادث الجديدة وتبسط التفكير وانخفاض القدرة على التجريد والتنميم وقر الوجدان. ويظهر التحص النفسي انخفاض القدرة التكرية وانخفاض القدرة على الانتباه والتركيز وبطء التفكير والتراوح المزاجي والانفجارات الانفعالية مع حفاظه على منطلقات تسد التفكير.

١٢- العته عقب الصدمي *Demence Post - Traumatique*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: للرضة والضعف الذهني وقد للدواعع او الضمق والتطور لبطيء وعلامت العته المعروفة. بعد تراجع المظاهر المشتركة للصدمة تبدأ بالظهور وبشكل تدريجي (مع أو بدون فترة كمون) علامت العته. ومن خلال الفحص النفسي نستطيع تحديد العلامت التالية: تصور ذكروي هام (خاصة لجهة القدرة على الحفظ) مع تصور الانتباه (خاصة الانتباه القوي) وتبسط التفكير واضطراب التوجه في الزمان والمكان. ويكون المريض واعياً لهذه التغيرات الذهنية ويصبح نزقاً وغير ودود. ثم يبدأ استقرار حالة العته خلال سنوات.

١٣- الذهان عقب الصدمي.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يختلف الباحثون في تفسيرهم لحالات الذهان المتبدية عقب رضوض الجمجمة - الدماغ. فيردها بعضهم الى وجود استعداد سابق للاصابة بالذهان مع اثر الرضعة في تجميعه. في حين يعتقد بعضهم ان ظهور الذهان عقب الرضعة هو مجرد مصانفة. ومن الذهانات التي لوحظ ظهورها عقب الرضوض تذكر انفصام والهذيان المزمن

المنظم والذمات المزلجبة. لما ربود الفعل الذماتية فهي تظهر عقب الرضوض بكثافة تمنعنا من قبول ردها الى مبدأ المصانفة.

١٤- العصاب عقب الرضوض الدماغية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهو أكثر الأثار حدوثاً لدى المتعرضين للرضوض الجمجمة - الدماغية. ويختلف هذا العصاب في حدته وفي ديمومته من حالة الى أخرى وأيقه بحتة. ويمكننا أن نجد في هذه الحالات خليطاً من المظاهر العصبية: القلق والانهيار والنزق والرهاب والوساوس المرضية والشكاوى الجسدية... الخ.

١٥ (ج) - الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.

١- ارتفاع الضغط داخل الجمجمة:

المظاهر النفسية والجسدية: في البداية تظهر علامته بشكل عابر لتعود وتستقر وتصبح دائمة بعد فترة من الوقت. ثم تتطور لتؤدي الى الغيبوبة والموت. وهذه المظاهر هي:

- على الصعيد الجسدي: الصداع والغثيان والقيء وتورم الحلمية Papile وتباعد النبض والتنفس إضافة الى النوبات الاختلاجية المعمة.

- على الصعيد النفسي: الخيل العقلي وعسر التنكر. ويكون هذا الخيل من نوع باروك (Baruk) وهو يطل الوعي ليقتل ويقاع التفكير دون أن يطل القوي الذهنية الأساسية. أما عسر التنكر فهو يصيب ٣٠٪ من الحالات ويمكنه أن يتطور لدى الشيوخ نحو تناثر كورماكوف.

٢- الورم الدماغية غير المتمركز:

المظاهر النفسية والجسدية: تتطور مظاهر هذا الورم نحو الخطورة بصورة تدريجية. وتشهد هذه المظاهر تراوحاً كبيراً (أحياناً تشتد وتخف في اليوم نفسه). وتقسم الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الحالة الى:

١- دالمة: وفيها يتضيق حقل الوعي (٣٠٪ من الحالات) الذي يزداد مع تطور الورم وحالة فقد الودية المصاحبة بالنزق والتراوح الانفعالي والانخفاض التدريجي للقوى الذهنية (التجريد والتحليل والتركيب وبطء التفكير وضعف الربط الفكري... الخ) وأحياناً الهذيان.

٢- عشوائية: وتنبئ على شكل نوبات وهي ذات علاقة بالاضطرابات النفسية الدائمة وغالباً ما توحى بتحديد المنطقة الدماغية المتأثرة بالورم.

ومن هذه المظاهر العشوائية نذكر: (١) النوبات الهلوسية (بصرية، سمعية، شمعية)، غالباً ما تتخذ شكل الهالة وتكون معادلة لنوبة اختلاجية. و(٢) اضطرابات الوعي العشوائية (نوبات تقوسية أو غيبية شبه صرعية) و(٣) حالة خيلية يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة و(٤) نوبات اختلاجية ثاقوية.

٣- لدى تطور الحالة تشتد هذه المظاهر ويضاف إليها عوارض ارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

٣- ورم الفص الجبهوي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام (راجع الفقرة السابقة) مع حالة مزاجية خاصة- شفق مصطنع Moric واضطرابات عصبية مميزة لاصابة الفص الجبهوي.

الاضطرابات النفسية الدائمة: وهي تتجلى بحالة من فقد الإرادة والودية تمازجها حالة من الشفق المقتل مع الميل إلى التعليقات الكاهية ذات الطابع الإلحامي وذلك مع أو بدون ظهور فترات الإرادة والودية.

الاضطرابات العصبية: ومن أهمها نذكر الشلل (على أنواعه) واضطراب الارتكاسات العصبية وانعدام تآزر القدرات العقلية والحركية المتمركزة في الفص الجبهوي.

٤- ورم القصر الصدغي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلاوس ونوبات تقوسية والاضطرابات العصبية المميزة لإصابة القصر الصدغي.

الاضطرابات النفسية العنقودية: وهي مميزة لهذا الورم وهي تظهر عادة في إطار الصرع الصدغي (المترافق لهذه الأورام) أما على شكل هالة صرعية و/ أو على شكل معادلتته من نوبات نفسية- حسية تتجلى بشكل هلاوس بصرية، سمعية، شمعية، نوقية، أو دهايزية. وتمتاز الهلوسات البصرية، في هذه الحالة، بحركيتها وتعقدها وشموليتها وبإسقاطها في الحقل البصري النماغي المعاكس لمكان الورم. ويضاف إليها هلوسات بصرية بعكس مكان الورم. كما تترافق هذه الاضطرابات بحركات تكرارية- نمطية تظهر على أرضية خيلية وأحياناً تصاحف هلوسات ذات طبيعة نوامية. كما تلاحظ نوبات حركية على شكل آلية صغيرة (مثل تمثيل حركات الطلح والبلسع.... الخ) وأيضاً تظهر اضطرابات الوعي (خاصة النوبة التقوسية واضطرابات الذاكرة من نوع المكوثات المنسية وأوهام سبق الرؤية).

الاضطرابات العصبية: ومنها النوبات العصبية- النباتية (الأم المعدة والبطن واضطرابات التنفس والاضطرابات الشريانية- الوظيفية).

ويمتاز ورم القصر الصدغي بنوباته الهلوسية (اليمينية أو اليسارية- عكس مكان الورم) وبالاضطرابات العصبية من نوع الحُبسة الحسية.

٥- ورم القصر الجداري :

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام واضطراب صورة الجسد.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.

الاضطرابات العصبية: وتتميز خاصة باضطراب صورة الجسد المتبدى من خلال تناثر غرثيمان (عنه الاحساس بالاصابع والاحساسية وتسر الكتابة واضطراب التوجه في المكان الجهتي اليمين واليسار) وتناثر انطوان باينسكي (فقد الاحساس باعضاء نصف الجسد معمه للعامة وعمه مراقق للشال النصفى) . كما تمكن مصادفة اضطرابات عصبية من نوع فقد التلمس وعمه وانخفاض الاحساس النصفى العميق والتلمسي) واضطرابات حركية من نوع شال الأطراف النصفى أو الشال النصفى ووهن العضلات والعنه الحركي (في حال هيمنة الورم على أحد جتبي للدماغ).

٦- ورم الفص القذالي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلوسات بصرية واضطرابات الحقل البصري.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.

الاضطرابات النفسية العشوائية: هلوسات بصرية غير مركبة (بسيطة) وتكرارية يمكنها أن تسبق التويبات الاختلاجية.

الاضطرابات العصبية: وتتعلق خاصة بمحلل البصر الدماغى وتبدى ب:-
لعنه البصري والعسى للحاتى (نابرة) وهلوسات بصرية أحادية الجانب (على اليمين أو على اليسار) - على الجانب المعاكس لمكان الإصابة.

٧- ورم الجسم الثفني:

المظاهر النفسية والجسدية: يضاف الى الاضطرابات النفسية المرافقة عامة للأورام اضطراب مميز هو اللاقتهاء Aprosexie.

٨- ورم قاعدة الدماغ:

المظاهر النفسية والجسدية: لا توجد له علام مميزة عن تلك المعروضة في بند للأورام الدماغى غير المتمركز.

١٠ (د) - الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغي

١- مرحلة البداية:

المظاهر الجسدية: ظهور غرنة (قرحة) السفلس (بعد ٢-١٣ أسبوعاً على انتقال العدوى) وتكون عادة في المناطق التناسلية ويكون لونها بلون اللحم البقري.
المظاهر النفسية: نوبات قلقية وردود فعل تهيؤية تراقبها أحياناً أفكار انتحارية. ويصف العالم فورينه بعض حالات الإقدام على الانتحار. (ولكن وجود العلاجات للملحمة باتت بعد من هذه المظاهر وهي انتقلت الآن إلى مرضى الإيدز).

٢- المرحلة الثانية:

المظاهر الجسدية: وهذه المرحلة والمرحلة التي تليها لا تظهر في حال علاج المرض الحاسم في مرحلة البداية. وهي تظهر إما في حالات إهمال للعلاج أو في حالات الخطأ العلاجي. وهي تتظاهر جسدياً بمظاهر الالتهاب التسممي.

المظاهر النفسية: تتبدى على المريض مظاهر ذهان الالتهاب التسممي Psychose Toxicoinfectieuse حيث نلاحظ مظاهر خيالية (على درجات متفاوتة من الحدة) وحالات تهيؤية (نادراً هياج هوسي). كما يمكن للخيل أن يأخذ مظهراً نوامياً وصولاً إلى التظاهرات الهلوسية.

٣- المرحلة الثالثة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتسمى بالمرحلة الوعائية- المسحقية لأن التهاب السفلس يصل فيها إلى السحايا الدماغية فيؤدي إلى اختلال عقلي تدريجي وإلى ظهور المظاهر الحسية المشتركة بين التنانير المضوية- النفسية فيحقق بذلك حالات خيالية- عنوية مختلفة مثل:

(١) تناثر كورساكوف الزهري

(٢) النسيان (Amnesies)

٣) العلامك الخاصة بتركز الإصابة في منطقة دماغية معينة (مثل الصرع من نوع جاكسون والهوسات البصرية اليمينية أو اليسارية... الخ)
 ٤) الأشكال الهذيتية- الهلوسية (عظامية الطابع وشبيهة بالفصام)
 ٥) أشكال الهذيان - النوام مع هياج وذبول وفي هذه الحالات يمكن حدوث الحوادث الدماغية للميتة.

٤- مرحلة السهام Tabes :

المظاهر النفسية والجسدية: وهي مرحلة تطور الإصابة الزهرية على الصعيد العصبي. إذ تتعدى الإصابة السحايا الدماغية لتبلغ جذور الأعصاب الخلفية وتتسبب بالتهابها. ويحتفظ المريض عادة بقوة الذهن. ولكن في بعض الحالات يمكن لهذه المرحلة أن تترافق مع اضطرابات نفسية عديدة مثل الميول الانهيارية ونوبات القلق والذمات الهذيتية المزمنة.

٥- مرحلة الشلل العام:

المظاهر النفسية والجسدية: في جانب الشلل العام تتجلى، في هذه المرحلة، مظاهر نفسية متشعبة ومختلفة يمكننا تصنيفها وفق مراحل تطورها الثلاث وهي:
 ١- مرحلة بداية الشلل العام: وفيها يمكن تصنيف الاضطرابات في إحدى الفئات التالية: الحزبية (Neurastenie) والصفلة (Psychopathie) والذهانية.
 ٢- مرحلة الاستمرار: وفيها تراجع الفعالية الإدراكية (انتباه، ذاكرة، اتصال تركيز) واضطراب الإيماء والقدرة على التعبير والكتابة. كما نلاحظ تراجع القدرة على التحليل العقلائي واضطرابات التحكم بالقرآن والعواطف.
 ٣- المرحلة النهائية: وفيها تكتمل مظاهر العته وتتبدى تطورات الشلل العام فيفقد المريض القدرة على الحركة وعلى التحكم ببوله وبرازه... الخ.

١٠ (هـ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن

الالتهابات داخل الجمجمة.

١- التهاب السحايا البكتيري Meningite Purulente.

المظاهر النفسية والجسدية: وهو من التحقيدات المحتملة لبعض الالتهابات البكتيرية (المكورات الرئوية والسحائية والمنقوديات وعصويات السل والجيرت والمنقبلة والأشركية القولونية). والتحقيدات النفسية لهذا المرض تكون خطيرة (خاصة في التهابات المكورات السحائية والرئوية والتهاب السل). ويبدأ المرض بعلائم الالتهاب التسمي المتصاحب مع علام إصابة السحايا وتبدي علامه في السائل الشوكي وفي تخطيط الدماغ. ولا تلبث هذه العلام أن تتراجع بعد العلاج. ولكن هذا المرض يخلف عقابيل عصبية ونفسية على درجة من الخطورة.

٢- التهاب السحايا الفيروسي:

المظاهر النفسية والجسدية: وينجم عن بعض الإصابات الفيروسية. وعلامه النفسية أقل حدة وخطورة من سابقه وغالبا ما تتظاهر بحالات التلعس ودغش الوعي (Obnubulation) أو تناخر عياء مقرون بعلام عصبية لإصابة السحايا. وهو لا يترك عقابيل نفسية أو عصبية هامة.

٣- التهاب الدماغ الوبائي Encephalite Epidemique:

المظاهر النفسية والجسدية: وهو نادر وله شكلان عيادين:

١- عيني ومدني: مع نوم مفرط يدوم بضعة أسابيع.

٢- رمع عضلي مولم (Algomycloclonie): مع أوجاع حادة، في الذراعين وفي مؤخرة الرأس/ مترافقة مع تشنجات مميزة.

الاضطرابات النفسية: هي اضطرابات ذهنية الطابع (جمود عضلي، هذيان، حالات حامية، هلوسات بصرية، فقدان الإيمائية).

الاضطرابات العصبية: شلل، خزل (Paresis) اشدال الجفن، خزل القدرة على تكيف الرؤية لرأه (Nystagmus)... الخ غياب الارتكاس البصري- الحركي. بعد بضعة أسابيع تتراجع هذه المظاهر مخلقة تناذر باركنسون أو تناذر الوهن الدماغى.

٤- التهاب بويضاء الدماغ ما تحت الحد - Leucoencephalite Sous aigue: أو مرض (Van Bogaret).

المظاهر النفسىة والجسدية: هو التهاب خطر ينتهى غالباً بالموت ويمر فى ثلاث مراحل:

١- تغيرات سلوكية (اللامبالاه وققدان الودية) مترافقة مع نوبات حركية بسيطة ولا حركية.

٢- تدهور عقلى تدريجى يتبدى بمظهر عتهى مع خرس وصعوبات فى البلغ وحركات رمعية (تشنجات عضلية لا ارادية) وحركات زفنية (Choreeiforme).

٣- المرحلة الأخيرة وتتميز بالذهول والجسود الشلى (تظهر موجات - Rader Macker - تشبه البنويات فى شارع- فى تخطيط الدماغ).

٥- التهابات الدماغ الثانوية Encephalitis Secondaires:

* التهاب الدماغ عقب اللقاحى:

المظاهر النفسىة والجسدية: ويظهر غالباً عقب تناول لقاح الجدري وهو أقل ظهوراً عقب لقاحات الكلب والسعال الديكى. ويظهر بعد ٩- ١٣ يوماً من اللقاح. ويبدأ فجأة بعلائم التهابية خطيرة (حرارة، استفراغ، صداع) فضافة الى علائم اصابة المسحايا. وعلى الصعيد النفسى يظهر التماس والخبل وعلائم خراج هرمية وشلل.

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح جدري الماء (نفس العلائم السابقة).

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحمى الإلمانية (نفس العلائم السابقة).

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصبة (نفس العلائم السابقة).

٦- التفجحات الدماغية:

- التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebite): ويرتبط ظهوره بالتهاب علم لو في منطقة قريبة من الوريد، وتختلف مظاهره الحسية باختلاف المنطقة التي يقع فيها. وتتبدى بعلائم التهابية خطيرة وباضطرابات على صعيد الوعي.
- الخراج الدماغية: يشبه في التصوير الأورام وتختلف مظاهره باختلاف مكان وجوده. وعلائمه تشبه علام سابقه ولكنها تختلف من حيث تطوراتها التي تصل الى حدود الغيبوبة.

١٠ (و) الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

تحدد الدراسات علام مميزة لسلوك المصابين بالصرع. وتعتبرها بمنزلة اضطرابات الشخصية المصاحبة للصرع. وهذه الاضطرابات تختلف في حداثها باختلاف الحالة وبإختلاف مدى أزمان المرض والبالية ليؤثر للصرعية للامتداد. وفيما يلي نعرض باختصار لعلام اضطرابات الشخصية لدى مريض الصرع:

ميل خاص نحو الملموس (concret) والبالية (تبلغ حدود الحداد) للأصرار على تحقيق رغباته وركود التفكير وتوجهه نحو فكرة معينة مع أزوجة التفكير (انخفاض القدرة على التفكير النقلي).

عدم الثبات الانفعالي للمبالغ. بحيث ينتقل المريض من حالة الحبور الى الاكتئاب بسرعة وبدون مبرر. وكذلك فإنه يكون عرضة لنوبات نزوية كثيرة.

يسبب تكرار النوبات (وبحسب حداثها) يفقد المريض تدريجياً قدرته على التفكير الحسي والحركي (يتباطأ هذا الكيف). مع ميل للتفكير بحركات تلقائية لا معنى لها (هي في رأي البعض نتيجة للخلل الدماغية).

يربط البعض بين ظهور النبوة الصرعية وبين حاجة المريض للتخلص من ضغوطات يتعرض لها.

يرتبط ظهور بعض النوبات بإشارات محددة. كمثّل ظهورها عقب حالة انفعالية معينة أو عقب إشارة بصرية أو سمعية أو لمسية (وتسمى هذه الحالات بالصرع الارتكاسي).

إن العلاقة بين الصرع وبين العصاب الهيبوتيري هي علاقة تكافؤية التحري والانتباه لدى بعض المرضى حيث يبدو أن الانتقالات يمكنها أن تفرغ لديهم وفق وسيلتين: الصرع والنبوة الهيبوتيرية.

العلام النفسية المتبدية خلال مراحل النبوة: وتختلف من حالة لأخرى ومنها تذكر: اضطرابات الذاكرة والحالة الحسية وتكريرات عشوائية والنوبات التفكيرية والنزوية- الغريزية والنوبات النفسية- الإحساسية.

الفصل السابع

الاختبارات النفسية

- ١ - تصنيف الاختبارات
- ٢ - اختبار انتقاء القيم
- ٣ - اختبار الانهيار اللغوي (DE - AN)
- ٤ - اختبار إكمال الجمل
- ٥ - اختبار السيول - النفسية المرضية (W. M)
- ٦ - مثل تطبيقي لاختبارات الـ TAT
- ٧ - اختبار الانهيار المقنع
- ٨ - اختبار الخيال

يعرف العالم Pichot (١) الاختبارات النفسية على أنها مجموعة مواقف تجريبية موحدة ، تستخدم كمثير (أو مبهج) للسلوك . هذا السلوك الذي يجرى تقييمه بالمقارنة الاحصائية مع بقية أنماط السلوك التي انتهجها باقي المفحوصين لدى تعريضهم للموقف ذاتها .

هذا ويتفق الباحثون على ضرورة توافر شروط معينة تؤمن تطبيق الرئز بشكل مثالي . وهذه الشروط هي :

- ١ - توحيد المواقف التي يحويها الرئز (التعليمات، تسلسل المواقف ومدتها) .
- ٢ - تسجيل الاجابات بكل دقة وموضوعية .
- ٣ - التقييم الاحصائي للسلوك .
- ٤ - تصنيف الاجابات في مجموعات معتمدة كمرجع .

تصنيف الاختبارات النفسية :

إن تصنيف هذه الاختبارات هو من الصعوبة بمكان . فهذه الاختبارات أصبحت تعد بالآلاف . ولو صح القول فإن لكل فاحص نفسى رئزه الخاص به أو على الأقل فإن لكل فاحص طريقته الخاصة في علاج نتائج الاختبار وفي وضع التشخيص الذي توحي به هذه النتائج .

بناء على هذه المسطبات اتفق على تقسيم الاختبارات النفسية إلى ثلاث مجموعات هي :

- أ - إختبارات (أو روائز) الشخصية .
- ب - الاختبارات الإسقاطية (Tests Projectives) .
- ج - إختبارات القياسية .

١ - Pichot , P. " La Personalite " Ed. Ducasta Paris 1973 .

أ - اختبارات الشخصية :

تختلف هذه الاختبارات في نكباتها وفي طرق تطبيقها . كما تختلف أيضاً باختلاف نظريات الشخصية (٢) . ومن هنا ينبع هذا التباين ، الذي سنلاحظه لاحقاً بين هذه الاختبارات . التي سنعرض لأهمها .

١ - اختبار إيزنك (Eysenck) : ويتألف هذا الاختبار من ٥٧ سؤالاً موزعاً لتحديد ثلاثة عوامل : (١) الانفتاح - الانغلاق الاجتماعيين ، (٢) العصب ، (٣) الكذب .

٢ - اختبار كاتيل (Cattell) : ويحتوي على أربعين سؤالاً (موقفاً) وعلى المفحوص أن يتلقى إجابة واحدة من ثلاث إجابات مقترحة . وهذا الاختبار يطبق على من تطوا سن الـ ١٤ - ١٥ عاماً .

ومن شأن هذا الاختبار أن يساعدنا في تحديد عاملين مهمين هما :

أ - التمييز بين القلق الظاهر والقلق المستتر .

ب - تحديد عوامل الشخصية المسبولة عن إصابة المفحوص بالقلق .

٣ - اختبار Minnesota أو المتعدد المراحل : وهو من ضروريات علم النفس العيادي . إذ يساعد الفاحص على تقييم عوامل شخصية المفحوص بشكل دقيق . وكذلك فهو يساعد الفاحص على تبيين المظاهر الدالة على اضطراب شخصية المفحوص .

ويحتوي هذا الاختبار على ٥٥٠ جملة متضمنة إشارات إلى مختلف الميادين بدءاً بالصحة الجسدية مروراً بالموقف الأخلاقية وصولاً إلى السلوك الاجتماعي

٢ - راجع نظريات الشخصية في هذا الكتاب .

للمفحوص . ويطلب من المفحوص تصنيف إجاباته في ثلاثة خانات هي : (١) صح،
(٢) خطأ ، (٣) لا أعلم .

ورفاق إجابات المفحوص يتم تصنيفه في واحد من المجموعات التسعة التالية
التالية :

(Hs) Hypochondria	١ - هاجس المرض
(H) Dépression	٢ - الاثنيار
(Hy) Hystérie	٣ - الهستيريا
(Pd) Déviation Psychopath	٤ - تحول نفسي - مرضي
(Hf) Intérrêt	٥ - الرئحي
(Pa) Paranoique	٦ - العظامي
(pt) Psychasthénique	٧ - البسيكاستنيا
(Sc) Schisophrénique	٨ - الفصامي
(Ma) Hypomanie	٩ - منخفض القدرة الهوائية

٤ - اختبار الميول المرضية - النفسية أو اختبار (Woodworth)
(Mathwes) : (سعرض لاحقاً هذا الاختبار كاملاً كمثال تطبيقي في نهاية
الفصل) .

ب - الاختبارات الإسقاطية :

يهدف لتعامل الطرق الإسقاطية للفحص النفسي إلى التعرف على شخصية
المفحوص بوصفها كلا متكامل . أي دون تجزيء لهذه الشخصية إلى مكوناتها .
وتتلخص الطرق الإسقاطية بمواجهة المفحوص بمجموعة من المواقف غير المحددة
(غير واضحة). بحيث تكون إجاباته انعكاساً لميوله العميقة ولكن أيضاً للبنية العامة
لشخصيته .

وهذه الاختبارات تستدعي بديهية المفهوم وسرعة تصرفه . وهي بهذا تعطي المفهوم حرية أكبر من بقية الاختبارات .

وإذا أردنا تصنيف الاختبارات الاسقاطية فهي تأتي كالآتي :

١ - الاختبار الترابطية (Associatives) مثل اختبار رورشاخ واختبار شترن (Stem) .

٢ - الاختبارات البنائية وهي اختبارات الـ T. A. T والـ MAPST .

٣ - اختبارات إتمام الجمل أو الصور أو الحكايات. (ومنعطي عليها مثلاً تطبيقاً في نهاية الفصل) .

٤ - اختبارات الإنتقاء وأهمها اختبار سوندي .

٥ - الاختبارات التعبيرية ومنها اختبار كوخ (Koch) أو رسم الشجرة واختبار رسم العائلة .

والتحول الآن لن نعطي فكرة عن هذه الاختبارات من خلال شرح ملخص لمبادئها ونبدأ به :

أ - اختبار رورشاخ (٣) : إن هذا الإختبار هو أشهر الاختبارات الاسقاطية للبالغين على الإطلاق وهو بالتالي أكثرها استعمالاً وخاصة في الطب النفسي للبالغين .

وهذا الاختبار مكون من عشرة لوحات تمثل صوراً غير محددة المعالم (تظهر للصور) سوداء أو ملونة . ولكنها جميعاً متوازية بالنسبة لخط يمر في وسطها .

٣ - للمزيد في هذا الموضوع تظن ملف العدد السادس عشر من مجلة الثقافة النفسية وهو مخصص لشرح المنطقتن النظرية لهذا الاختبار وتطبيقه .

وهذا الاختبار يطلب من المفحوص أن يحلل الصورة ملغماً عما يراه هو شخصياً في هذه الصورة. وكل جواب يعطيه المفحوص يُصنف من قبل الفاحص وفق ثلاثة معايير هي : ١) طريقة فهم المفحوص للصورة، ٢) محتوى تفسيره للصورة، ٣) العامل المحدد للصورة . مثل عن اختبار الشخصية (روزنشا) حيث يتوجب على المفحوص أن يقول لنا ماذا يرى في هذه الصورة غير المكتملة والملونة (تلعب الألوان دوراً يحدنياً مهماً) .



على المفحوص أن يخبرنا عما يراه في هذه الصورة .

ب - اختبار الـ T. A. T أو اختبار تفهم الموضوع *Thematique Aperception* : يتكون هذا الاختبار من ثلاثين صورة أبيض وأسود تمثل أشخاصاً يقومون بنشاط ما ، في مواقف وأوضاع ، غير واضحة ، على درجة عالية من الغموض وإمكانية الالتباس . وتتمحور فكرة الاختبار حول قدرة المفحوص على تمييز وتعريف بطل الحكاية التي يخترعها لكل صورة .

على أننا سنعطى مثلاً تطبيقياً لهذا الاختبار في نهاية هذا الفصل

ج - إختبار روزنزفايج (Rosenzweig) : وهو كناية عن إختبار ردة فعل المفحوص أمام المواقف الصراعية . والاختبار مكون من ٢٤ لوحة تمثل كل منهما شخصين في مواقف من المواقف الإحباطية .

د - إختبار سوندي (Szondi) : يهدف هذا الاختبار إلى فحص أعماق الشخصية طبيعية كانت أو مرضية . ويطلق هذا الاختبار أهمية قصوى على اكتشاف تأثير الصراعات على تصرفات المفحوص، وعلى فحوى هذه التصرفات (المبول المكونة لدى المريض) ، وأخيراً يهدف الاختبار إلى التعرف على الدينامية النفسية العميقة للمفحوص .

تتمثل ألوان هذا الاختبار بست مجموعات تتألف كل منها من ثماني صور تمثل مرضى عقليين . يعرضها للفاحص تباعاً طلباً من المفحوص إنتقاء صورتين تعجبانه من كل مجموعة إضافة إلى صورتين تسيبان له التفور .

من خلال هذا الإنتقاء يفترض واضع الاختبار أنه بالإمكان دراسة شخصية المفحوص. وذلك إطلائاً من فكرة أن الصور المحببة للمفحوص إنما تمثل لأنه لأنها تحوى للعوامل الغريزية المنسجمة مع ميوله الحالية . فهي إذاً منسجمة مع أنه أما الصور المنفرة أو المثيرة لاشتمزاز المفحوص فهي تعكس للواجبات والالتزامات التي يرفضها المفحوص .

وهكذا فإن من شأن هذا الانتقاء أن يحدد مبول وعلامك شخصية المريض .

هـ - إختبار لوشر (Luscher) : ويتلخص بأن تقدم للمفحوص ثماني أوراق ملونة طالبيين منه تصنيفها وفق تفضيله للألوان . وقد أثبتت بعض الأبحاث أن هناك علاقة بين تفضيل أو رفض لون معين وبين بعض الأمراض النفسية . إلا أن هذا الاختبار يبقى بعيداً عن التطبيق في مجال الطب النفسي .

ج - إختبارات التعاليمية :

أو إختبار العمليات الإدراكية : وكما يوحي اسمها فإنها تقيس بعداً واحداً من أبعاد الشخصية كالذاكرة أو الانتباه أو التفكير ... الخ وتقسم هذه الإختبارات إلى :

١ - إختبارات الانتباه ومنها : إختبار بوردون Bourdon، إختبار تولور -

بيروني Toulouse-Piéron

٢ - إختبارات الذاكرة ومنها : جيل R. Gille ، وكسلر D. Wechsler ،

بينيه A. Binet

٣ - إختبارات المستوى الذهني ومنها : إختبار وكسلر Wechsler و

W.I.S.C. و W. A. I. S. وإختبار رافن Raven وإختبار غولدشتاين شيرر

Goldstein - Scheerer ... الخ .

ونكتفي بهذا القدر من الكلام عن إختبارات التعاليمية . ففي ملايين عالم النفس لا

يمكننا أن نفصل دراسة عامل من عوامل الشخصية عن بقية هذه العوامل . فنحن

مثلاً لا نستطيع أن نفصل الذاكرة عن الذكاء أو عن الانتباه أو عن الخيال ... الخ .

فيما يلي نورد أمثلة تطبيقية على بعض هذه الإختبارات .

د - أمثلة تطبيقية :

بعد عرضنا لمختلف أنواع الإختبارات النفسية وإعطائنا لبعض الأمثلة عليها

فإننا سنعرض الآن أمثلة تطبيقية لكل مجموعة . متوخين إختيار الروايز الأسهل

تطبيقاً والأفضل مردوداً عيادياً . وفي هذا السبيل قد اخترنا الإختبارات التالية :

١ - إختبار إنقاء القيم .

٢ - إختبار (DE - AN) .

٣ - إختبار إكمال الجمل .

٤ - إختبار الميول المرضية النفسية (W. M) .

٥ - مثل تطبيقي على اختبار الـ (T. A. T) .

٦ - اختبار الانهيار المقنع .

٧ - اختبار القدرة التخيلية (الخيال) .

١ - اختبار إنتقاء القيم :

وهذا الاختبار هو أكثر الاختبارات إستعمالاً في ميدان الجلب النفسي . وذلك نظراً لبساطته ، وسهولة تطبيقه وكذلك سهولة استخلاص نتائج بعد أيام الفاحص بإجراء فحصه الجدي . . .

وهذا الاختبار كناية عن مجموعة من الأوراق (٣٥ ورقة) مثل أوراق اللعب . كتبت على كل ورقة منه كلمة ذات مغزى فكري - وجدني مثل : طعام ، جبال ، أولاد، حياة، غابات، دراهم، سيارة، عائلة، ثروة، أزهار، أغنية، موت، متحف، هدوء، طبيعة، طفولة، موسيقى، بحر، صداقة، مسافرين، مسرح، نبيذ، حلويات، سينما، ربيع، فقير... الخ.

يطلب من المفحوص أن يقرأ أولاً كل الكلمات المكتوبة على الأوراق. وبعدها يجب على المفحوص أن ينتقى خمسة أوراق (من الـ ٣٥) ويقمه للفاحص. ويعيد الكرة مرتين أخريين بحيث يعطى الفاحص ١٥ ورقة.

في غضون ذلك على الفاحص أن يراقب بحذر جميع حركات وكلمات المفحوص .

ومن أجل استخلاص النتائج من خلال هذا الاختبار الاسقاطي، كما نلاحظ على الفاحص أن يعرف بأن المفحوص المنفتح اجتماعياً ينتقى الكلمات الملائمة لهذا الوضع مثل : صداقة، مسرح، ربيع... الخ. في حين أن المنطوق اجتماعياً ينتقى كلمات مثل : هدوء، طبيعة ، جبال، غابات... الخ. على أنه في بعض الحالات المتقدمة للانغلاق الاجتماعي مثل الميل للعزلة المرافق لحالات الانهيار فإن

المفحوص قد يقدم للفحص خمس أوراق حتى نون أن ينظر إلى ما كتب عليها من كلمات. وهذا يعكس موقف المنهار الرافض للفحص والعلاج النفسيين. وهذا الموقف ذاته يعكس الشخصية الشبه الانفصامية .

٢ - إختبار (DE - AN) الانهيار والتلق :

في هذا الاختبار نقدم للمفحوص التعليمات التالية : * اقرأ بعناية الجمل الواردة في هذا النص، أعط نفسك الوقت الكافي للتفكير وأخيراً ضع علامة x تحت الإجابة التي تراها مناسبة لوضعك (تقسم الإجابات إلى (١) على الأرجح نعم، (٢) إلى حد ما، (٣) على الأرجح لا ، ولحالتك الحاضرة. لا تستشر أحداً وجاوب بكل جديّة.

- أما أسئلة الاختبار فهي أربعون :
- ١- أحس بأن الحياة جديرة بأن تعيش على الأرجح إلى حد على الأرجح
- ٢- عندما أنهض من نومي أحس بأن على الأرجح إلى حد على الأرجح
نهراً تعيساً ينتظرني
- ٣- يبدو لي المتقبل واعدأ ومليئاً بالأمل على الأرجح إلى حد على الأرجح
- ٤- كان من الأفضل لي لو أنني لم أولد على الأرجح إلى حد على الأرجح
- ٥ - أحس بأن الحياة تعرضني للخيبات على الأرجح إلى حد على الأرجح
أكثر مما تعطيني من السعادة
- ٦- عندما أستيقظ صباحاً أشعر بأن على الأرجح إلى حد على الأرجح
نهراً مهماً ينتظرني
- ٧- بالنسبة لي فإني أعتبر أن العيش هو على الأرجح إلى حد على الأرجح
بمثابة مغامرة فذة وجميلة
- ٨- أود أن أتخلص من كل ما حولي على الأرجح إلى حد على الأرجح
- ٩- أنا أفسان سعيد على الأرجح إلى حد على الأرجح

على الأرجح	إلى حد	على الأرجح	٣٦- عندما تعبير الأمور إلى الأسوء فإني أعضب وأحزن عوضاً عن التفكير في الطول
.....	.....	.....	٣٧- عند الانتظار لقد أعصابي
.....	.....	.....	٣٨- أنا إنسان ذو أعصاب متشنجة يوماً
.....	.....	.....	٣٩- أنا أكثر حساسية من غالبية الناس
.....	.....	.....	٤٠- أعاني من ارتجاف اليدين عندما أود القيام بعمل ما

لا تراجع الإجابات

لا تقارن بين الأسئلة أو تربط بينها

والفاحص الذي يعرف علام كل من الانهيار والقلق يستطيع وبسهولة أن يحدد درجة إصابة المفحوص بالانهيار أو القلق أو الأثنين معاً من خلال إجابته على هذه الأسئلة .

٢ - إختبار إتمام الجمل :

في هذا الاختبار تعطى للمفحوص التعليمات التالية : أكمل معنى الجمل التالية بالمعنى الذي يخطر ببالك فور قراءتك للجملة . أعمل وكأنك لا تفكر وأترك نفسك على سجيته في إتمام هذه الجمل .

- ١- يمسُّ بالسعادة عندما
- ٢- قبل أي عمل يقوم به فهو يفضل أن
- ٣- عندما لكتُفِّفَ عادل بأنه متورط

- ٤- لا شيء يزعج سعيد مثل ~~.....~~
- ٥- إن أكبر طموحات جهاد هي ~~.....~~
- ٦- عندما رأى عمر رئيسه قائماً
- ٧- يصر وسام بعدم الرضى عندما
- ٨- دائماً أخاف من ~~.....~~
- ٩- عندما يتلقى دريد أمراً فهو
- ١٠- إن أول ما يجعل فوز نادماً هو
- ١١- أتمنى من كل قلبي أن
- ١٢- لاشيء يفضيلاً رياض مثل
- ١٣- سالم يتكلم لأنه
- ١٤- بشارة يعتقد أن مستقبله
- ١٥- إن عامل عدم نجاحه في
- ١٦- حياة المرء تقتضي
- ١٧- عندما أدرك أن الآخرين هم أكثر نجاحاً منه عد إلى
- ١٨- في كل مرة عندما لا يكون مدعواً فهو
- ١٩- بما أنهم أولاد
- ٢٠- أنا أبذل ما في وسعي كي
- ٢١- بالرغم من كل المأسى التي مرت بي ، فإني في المستقبل
- ٢٢- إن عدم وجود من يساعده دفع بفائز إلى
- ٢٣- إن ما يضيق فائز إلى حد الاختناق هو
- ٢٤- إن إثارة طموحه من الآن مساعداً مرتبطة بـ
- ٢٥- عائلة سالم كانت

- ٢٦- عندما يكون بدون إلتزامات يعجبه
- ٢٧- إن الخسارة التي تعرض لها جعلته
- ٢٨- لما لا أحس بأني على طبيعتي عندما
- ٢٩- إن أمني الوحيد في هذه الحياة هو
- ٣٠- لاشيء يتعب المرء مثل
- ٣١- فقري هو
- ٣٢- إنه يقس من الحياة لأن
- ٣٣- نقولاً ميقبل كل ملغي وسمعه لكي
- ٣٤- سليم يتكلم كثيراً كي
- ٣٥- إن مروسي (العاملين تحت إمرتي)
- ٣٦- فقري كان أفضل ألا
- ٣٧- عندما دخل تميم إلى مكتب المدير
- ٣٨- والد سالم
- ٣٩- جمال يتكلم ويضجر بعد أن
- ٤٠- إن ما يحبه في نفسه ويقدره هو
- ٤١- عندما علم علي بأنهم يخونوه
- ٤٢- أنه يعتقد أنني
- ٤٣- كان يسخر من طريقة جابر في الكلام لعلية أنه
- ٤٤- كان من الممكن لدرود أن يعمل بطريقة أفضل لو
- ٤٥- حلم حياتي هو
- ٤٦- أنه يحس أنه صخور في عيني نفسه عندما
- ٤٧- إنه يحضّر يوماً على أمل أن

- ٤٨- عندما قيل له بأنه خطر
- ٤٩- إن التجارب علمته أن
- ٥٠- لواجب

من خلال المعاني التي يعطيها المفحوص لهذه الجمل يستطيع القاحس أن يتبين أبعاد شخصية المفحوص. وذلك من خلال تصنيف ميول المفحوص في واحدة من الصفات التالية :

١- وجود أفكار مسيطرة على وعي المفحوص مثل المحافظة على الصحة، الخوف من الأمراض، الجنس وفي حالات المرض أفكار هذيقية أو غيرها.

٢- الميول التشاؤمية : التخيلات الحزينة، اليأس من الحياة ومن المستقبل، سيطرة فكرة الموت، التفكير بالانتحار، الشعور بأنه مكروه، الانهيار الظاهر، الاحباط، الخوف من الفشل، التوق إلى الراحة، القلق، البعد عن المنطق، الندم على عدم التمتع في الحياة، الشك في كل ما حوله، الضجر ... الخ.

٣- الميول المتفائلة : الرغبة في تحقيق الذات، الأمل في المستقبل، الميل للمآذات، حب الحياة، الرغبة في تحقيق النجاحات، الرغبة في العمل، الرغبة في الوصول إلى وضع مثالي، خلق المثال الخ.

٤- إنحرافات غريزية تثير الميل لحب الحياة : الرغبة بمجاراة الموضة، الاهتمام بالهندام، الرغبة بالقتناء سيارة أو الخ.

٥- عوامل نفسية ذات دلالة خاصة :

أ - اضطرابات النوم .

ب - الايروسية (Erotisme)

ج - الاستدخال (Interiorisation)

د - القدرة المتنامية على التفكير

- هـ - للتكين أو التوظيف الديني (Investissement Religieux)
 و - اضطراب غريزة التغذية (راجع اضطرابات الغرائز)
 ز - التوظيف الفني . (Investissement Artistique)

٤ - اختبار الميول المرضية ... النفسية أو Woodworth - Mathwes

ويجري هذا الاختبار على ٧٦ سؤالاً يجب على المفحوص أن يقرأ كل منها بروية وتمعن ومن ثم يجاوب عليها بنعم أو لا . وهذه الأسئلة هي

- ١ - هل لديك رغبة بأن تبدأ للشجار ؟
- ٢ - هل تخاف من الظلام ؟
- ٣ - هل تخاف من الرعد والمواصف ؟
- ٤ - هل تخاف المرور في نفق ؟
- ٥ - هل تخاف لجتياز جسر فوق الماء ؟
- ٦ - هل تخاف من الماء ؟
- ٧ - هل تزلزلك فكرة القفز إلى الماء عند مرورك فوق للجسر ؟
- ٨ - هل تخاف أكثر من الآخرين ؟
- ٩ - هل تخاف في الليل ؟
- ١٠ - هل تسمع في الليل أصواتاً توحي لك بالخوف ؟
- ١١ - هل تحلم أحياناً بأشخاص ماتوا ؟
- ١٢ - هل تتخضم لظهورك أحياناً ؟
- ١٣ - أدي إنفعالك هل تمنى للكفاءة ؟
- ١٤ - هل تستطيع للمكوث طويلاً دون أن تتبس بكلمة ؟
- ١٥ - هل لديك عادة تحريك للرقبة أو الرأس أو الكتفين أو الرجلين ؟
- ١٦ - هل يعجبك دائماً أن تغير نشاطك أو عملك ؟
- ١٧ - هل يحصل أن ينتبه الآخرون لشروك ؟

- ١٨- هل يعجبك أن تزلزل الفترة طويلة نفس للنشاط ؟
- ١٩- هل تبكي أحياناً بسبب الخسائر التي تلحق بك ؟
- ٢٠- هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون ؟
- ٢١- هل تتضايق من رؤية الدم ؟
- ٢٢- هل تعاني غالباً من الألام ؟
- ٢٣- هل يحصل لك غالباً صعوبات في التنفس ؟
- ٢٤- هل تشعر عادةً بأنك معاق و/أو ؟
- ٢٥- هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم ؟
- ٢٦- هل تشعر غالباً بالتعب ؟
- ٢٧- هل أنت ضجر في معظم الأحيان ؟
- ٢٨- هل تعاني غالباً من الصداع ؟
- ٢٩- هل توجد أطعمة لا تحتمل مجرد رؤيتها ؟
- ٣٠- هل توجد أطعمة يصعب عليك هضمها ؟
- ٣١- هل تنام عادةً كما يجب ؟
- ٣٢- هل تعلم دائماً ما تريد عمله ؟
- ٣٣- هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك ؟
- ٣٤- هل تؤمن بالجنس (التنجيم ، الأبراج ، الخ) ؟
- ٣٥- هل رلوتك لغاية الآن فكرة الهرب من بيتك ؟
- ٣٦- هل شعرت لغاية الآن بالمول والدافع للهرب من بيتك ؟
- ٣٧- هل سبق لك أن هربت من المنزل ؟
- ٣٨- هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو مساحة واسعة ؟
- ٣٩- هل تخاف أحياناً من الأماكن المغلقة ؟
- ٤٠- هل تخاف كثيراً من القار ؟

- ٤١- هل يرؤدك لغاية الآن فكرة الاحراق ؟
- ٤٢- هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم ؟
- ٤٣- هل تعجبك صحبة الآخرين ؟
- ٤٤- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً من أن تكون مع الآخرين ؟
- ٤٥- هل يتقباك الآخرون ؟
- ٤٦- هل تنضب كثيراً ؟
- ٤٧- عادة هل يعجبك أن تكون الأمر القاهي ؟
- ٤٨- علة هل أنت مسرور ومكتفي ؟
- ٤٩- هل يرؤدك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين ؟
- ٥٠- هل يرؤدك أحياناً الشعور بأن أحداً لا يفهمك ؟
- ٥١- هل تفكر بأن لك حياة أخرى غير حياتك العادية ؟
- ٥٢- هل يرؤدك الشعور بأنك ولد متبنى وبصعب عليك التخلص من هذا الشعور ؟
- ٥٣- هل ترؤدك أفكار أخرى متشابهة ؟
- ٥٤- هل أنت غالباً متأنف، ضجر وتعيش من فكرة مفادها أن الأشياء حولك مخلعة ؟
- ٥٥- هل تصانق بسرعة ؟
- ٥٦- هل يرؤدك أحياناً الشعور بأنك مذنب ؟
- ٥٧- هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين ؟
- ٥٨- هل تفكر أحياناً بأن لا أحد يحبك ؟
- ٥٩- هل يصعب عليك التمرود والتكيف مع محيط عملك ؟
- ٦٠- هل يصعب عليك العيش الهاديء في بيتك ؟
- ٦١- عائلتك هل تعاملك جيداً وهل هي عائلة معك ؟

- ٦٢- رؤسوك هل يعاملونك جيداً ؟
 ٦٣- هل ترجعك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك ؟
 ٦٤- هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيذاك ؟
 ٦٥- هل غضب عندما يعارضك الآخرون ؟
 ٦٦- هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب ؟
 ٦٧- هل تغضب أحياناً من أجل توافه ؟
 ٦٨- هل أصي عليك ولو امرأة واحدة ؟
 ٦٩- هل يغمى عليك في مناسبات معينة ؟
 ٧٠- هل تشعر أحياناً باضطراب بالنظر ؟
 ٧١- هل تحببك مهنة تتعلق ببيع الحيوانات أو قتلها ؟
 ٧٢- هل تمنيت القتل لأحد ؟
 ٧٣- هل تتندر بالآخرين لدرجة تثير بكامهم أحياناً ؟
 ٧٤- هل تشعر بالسعادة إذا ألحقت الأذى بشخص ما ؟
 ٧٥- هل تشعر بالسعادة لدى تعذيب لحيوان ما ؟
 ٧٦- هل روايتك فكرة السرقة لغاية الآن ؟
 وهذا الاختبار يقيس الميول المرضية التالية :

١- الرهاب والمخاوف : المتمثلة بالخوف غير المبرر ويمكن استنتاجها من الأسئلة (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٢٥، ٢٦، ٣٢، ٣٣، ٣٦، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٧) ومعالها القياسي ٢٤ نقطة .

٢- الميول الانفعالية : المتمثلة بعدم التوازن الانفعالي أو باضطرابه. ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة : (١، ٢، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢١، ٣٤ و ٤٠). ومعالها ٢٨ نقطة .

٣- الميول الانفصامية : أو الميل نحو العزلة وعدم الثقة بالنفس والتعاسة .
ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (٢٧، ٢٥، ٤٣، ٤٤، ٤٦، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١،
٥٢، ٥٣، ٥٤). ومعاملها القياسي ٣٠ نقطة.

٤- الهارتويا : السظام أو الشعور بالاضطهاد ويمكن استنتاجها من خلال
الأسئلة : (١، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٧، ٥٣، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣،
٦٤ و٦٥) ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٥- الميول نحو فقدان المنطق : وتتجلى من خلال الأسئلة التالية : (٩، ١٠،
٣١، ٣٧، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٩ و٧٠). ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٦- ميول نحو عدم الاستقرار : المتجاية بالرغبة الدائمة بالتغيير وبالتردد
وهذه الميول يمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ٢٥
و٣٦) ومعاملها القياسي ٥٢ نقطة .

٧- ميول معادية للمجتمع : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٠، ٧١، ٧٢، ٧٣،
٧٤، ٧٥، ٧٦) ومعاملها القياسي هو ٥٢ نقطة .

٨- الميول الانهيارية : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦،
٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٤٦، ٥٦) ومعاملها القياسي ٢٦ نقطة .

٥- اختبار الـ T. A. T :

ويسمى هذا الاختبار أيضاً باختبار الصور لـ (MURRAY) وهو مؤلف من
ثلاثين صورة . وكتمثال تطبيقي لهذا الاختبار اخترنا أحد مشتقاته وهو اختبار
(مدن) (*) وهو مؤلف من تسع صور فقط وباللونين الأبيض والأسود. وهذه الصور
تحتوي أشخاصاً غير محددى الملامح وغير مكتملى الرسم بحيث يستطيع كل

(*) لتتمق نظر كخط : إسقاط الشخصية في اختبار تهم الموضوع ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٩ -

مفحوص أن يرى هؤلاء بالأوضاع والرموز المنسجمة مع ميوله ومع إنفعالاته الحالية . وهذا ما يهدف الاختيار إلى تحديده. وتغطي المفحوص التطبيقات التالية :

أمامك تسمع صور تعبر عن أفكار ورموز مختلفة. الشخص الموجود في الصورة يمكن أن يبدو لك واضحاً منذ النظرة الأولى كما يمكن أن تجد بعض الصعوبة في اكتشافه. لأن أشخاص الصور غير محددين بشكل جيد وأحياناً غامضون.

بعد اكتشافك هؤلاء الأشخاص المطلوب منك هو أن تحدد أمرين هما :

أ - ماذا يفعل شخص الصورة أو أشخاصها .

ب - كيف تتخيل سير الأمور في المشهد الذي تمثله الصورة .

استعمل قلماً من الرصاص لكتابة جوابك على هذين السؤالين في المساحة البيضاء الواقعة إلى جانب الصورة والمخصصة لذلك .

لديك الوقت الذي تريده ريثما تغطي أجوبتك . على أننا لا نصحك أن تقف طويلاً أمام الصورة إذ أنه من الأفضل أن تغطي الأجوبة وفقاً للاضطباع الأول الذي توحي به لك هذه الصورة . وذلك حتى لا تتورط في مناقشات نقد للصورة أو نقد جمالياتها... الخ. أكتب كل ما يخطر في ذهنك وكل ما توحي به لك هذه الصورة.

كل الأجوبة تكون قيمة إذ لا يوجد جواب صحيح وآخر خطأ. على أن أفضل الأجوبة هو ذلك الجواب القوي الذي يعكس أولى ردات فعلك أمام ما توحي به لك الصورة .

(عندما تحل الصور من الأفضل أن تغطي باقي الصور بورقة بيضاء حتى لا تعكر نتباهك).

والآن نعرض الصور التسعة مرصعة من واحد إلى تسعة.

ملاحظات

الصورة ١



الصورة ٢



ملاحظات

ملاحظات

الصورة ٣



ملاحظات

الصورة ٤



ملاحظات

الصورة ٥



ملاحظات

الصورة ٦





ملاحظت

مصوره



ملاحظات



الصورة ٩

والحقيقة أن نتيجة هذا الاختبار ترتبها أساساً بالأهمية التي يعولها الفاحص عليه. على أن ما يهمنا الآن هو عرض تقنية استخراج نتائج هذا الاختبار. ومتركز شرحنا على طريقة تحديد الحالة المزاجية للمفحوص. وهذا التحديد يتم من خلال استعراضنا لردود المفحوص على السؤالين : (أ) من هو (أو هم) الشخص (أو الأشخاص) الظاهرين في الصورة. (ب) كيف تسيّر الأمور في هذا المشهد. ونعطي للمفحوص :

(١) علامة ضعف على الأجوبة المتجربة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل شخصاً .

(٢) علامة ناقص ٢ (-٢) على الأجوبة الهلعة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل رجلاً مشوهاً ومخيفاً .

(٣) علامة ناقص ١ (-١) على الأجوبة ذات الميول للتساوية الخفيفة كأن يجب على الصورة ٤ بأنها تمثل حديقة الحب الضائع .

(٤) علامة واحد (+١) على الأجوبة ذات المسحة التفاؤلية كأن يجيب على الصورة ٥ بأنها تمثل حلوة الربيع وفرحة الناس بقدمه .

ولكل صورة علامتان مختلفتان تنطبق بالإجابة على السؤال (أ) من هم الأشخاص؟ فإذا أتت الإجابة على الصورة ٥ بأنهم لئس فرحون بقدم الربيع

ويراقصون طرباً لقمومه أعطينا الأجابة (أ) علامة (٢+). أما السؤال ب) كيف تسيير الأمور في المشهد؟ فإذا كنت الإجابة هو الربيع بجماله وبهجته أعطينا الإجابة (ب) علامة (٢+).

على أن هناك علامة ثلاثة هي علامة (ج) وهي تساوي (ب - أ) وفي مثالنا عن الصورة الخامسة حيث أعطينا ٢+ لكل من أوب فإن ج في هذه الحالة تكون ٢ - ٢ = صفر .

وبعد إنتهائنا من استعراض ردود المفحوص وإعطاء العلامات المناسبة لها علينا أن نقوم بنقل هذه العلامات إلى الجدول التالي :

العلامات	أ					ب					ج		
	وصف الصورة					سير الأمور في الصورة					مقارنة أوب		
	٢-	١-	٠	١	٢	٢-	١-	٠	١	٢	-	٠	+
الصورة ١													
الصورة ٢													
الصورة ٣													
الصورة ٤													
الصورة ٥													
الصورة ٦													
الصورة ٧													
الصورة ٨													
الصورة ٩													
المجموع الجزئي													
المجموع													

معدل أ + معدل ب مقسومين على (٧)

وبما أننا نعتمدنا قياس مشاعر التناول والتشاؤم (تحديد الكآبة والقلق) فسنتابع الشرح على هذا الأساس. إذ أننا بعد تقمة الجدول نقوم بمراجعة مجموع الـ (أ) وكلما كان هذا المجموع سلبياً (أي ناقص كذا) كلما كان ذلك دليلاً على التشاؤم وبالطبع فإن منتهى التشاؤم أو الكآبة المرضية ممكن أن يصل إلى ناقص ١٨ - والـ (أ) كما رأينا تمثل ردة فعل الشخص الأولى .

وننتقل الآن إلى الـ (ب) وهي عبارة عن ردة الفعل المتأخرة للشخص وكما فعلنا بالـ (أ) نفعل بالـ (ب). وهنا لابد لنا من المقارنة نبين الـ (أ) والـ (ب) فإذا الـ (أ) أكبر فإن هذا يعني أن الشخص هو أكثر كآبة مما يبدو . والعكس صحيح .

٦- إختبار الإتهيار الملتع :

ويعتاز هذا الإختبار بقصره وبسهولة تطبيقه وكذلك بسهولة تقبل المريض للخضوع له. وهذا الإختبار يلعب دوراً كبير الأهمية في تحديد الحالة النفسية للشخص خاصة إذا ما أعقبه الحوار الطبي - النفسى الذي شرحناه سابقاً .

ويتلخص هذا الإختبار بالأسئلة التالية :

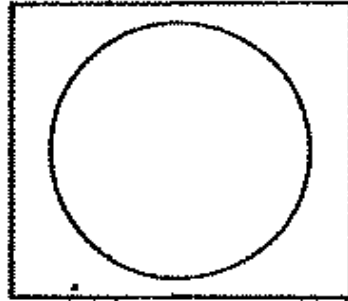
- ١ - هل لديك قطباغ مفاده بأنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت ولفترة قريبة مصدر سعادة لك ؟
- ٢ - هل تشعر أنك بحاجة للحظ والمساعدة الإلهية لكي تعود لك سعادتك للمسايفة ؟
- ٣ - هل تشعر بأن العوامل المحيطة بك تفيدك وتعيذك عن إتخاذ القرار ؟
- ٤ - هل تعتقد بأن مردود عمالك أقل من الجهد الذي تبذله والأمال التي تحلقها عليه ؟
- ٥ - هل ينتابك شعور مفاده بأنك لا تصلح لشيء ؟
- ٦ - هل تعاني من القلق ؟

- ٧ - هل تعاني من الأرق ؟
 ٨ - هل تعاني أحياناً من صعوبات في التنفس ؟
 ٩ - هل تشعر أحياناً بخفقان القلب ؟
 ١٠ - هل تعاني اضطرابات هضمية أو الأم ؟
 ١١ - هل أنت غير راضٍ عن حياتك الجنسية ؟

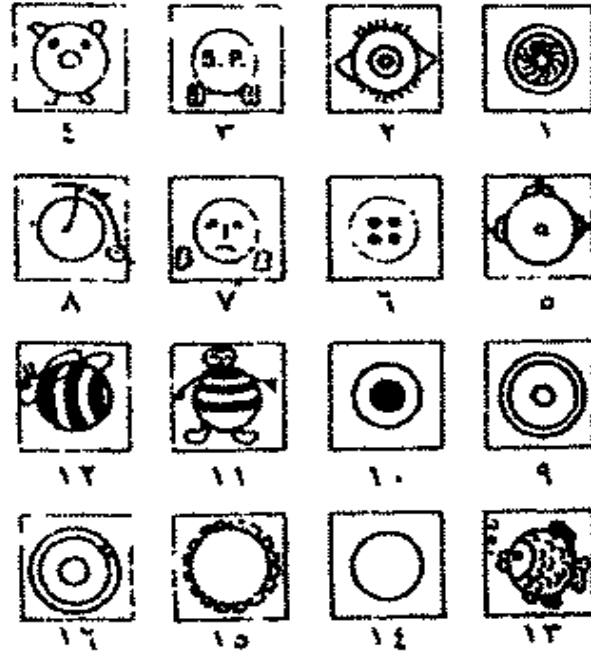
والجواب على هذا السؤال يكون بنعم أو لا وكل إجابة بنعم تؤكد وجود ميل انهيارى لدى المفحوص . وفي حال إجابته بـ نعم على جميع أسئلة الاختبار فإن هذا يعني إصابة المفحوص بالانهيار الصريح مما يقتضى إجراء اختبار Woodworth أو أحد اختبارات الانهيار وذلك بقصد تحديد حدة الانهيار ولكن أيضاً لاحتلال تفرقة بعدد من الميول العصابية التي يحددها الاختبار الأخير .

إختبار القدرة التخيلية :

كما قد أشرنا إلى معارضتنا لتجزئء الشخصية عن طريق دراسة أجزائها. ولكننا لن نعطي مثالاً على هذا الاختبار يتم عن طريق تقديم عدد من الأوراق (١٦ ورقة) رسم عليها الشكل التالي :



وانطلاقاً من هذه الدوائر نطلب من المفحوص أن يرسم لنا عدداً من الرسوم من وحي خياله. محاولين حثه على تكملة الرسوم لسنة عشر المقامة إليه. وما نحن نعرض لإحدى نتائج هذا الاختبار (منقولة عن Brian M. Foss, Id) .



وهذه الصور هي إحدى الأمثلة التي يمكن للمفوض أن يحور الدائرة المقامة له كي يستخرج منها صوراً ذات دلالة مفهومة .

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| ١ - دولاب | ٩ - قالب كتوفه |
| ٢ - عين | ١٠ - بيضة مع صفارها. |
| ٣ - شاحنة ققط | ١١ - لاعب ركبي |
| ٤ - خنزير | ١٢ - نطة |
| ٥ - طائفة (من الأمام) | ١٣ - سمكة |
| ٦ - زر | ١٤ - طلبة (كرة طلولة) |
| ٧ - رجل | ١٥ - دولاب مسنن |
| ٨ - دراجة | ١٦ - فنجان قهوة في صحنه (من فوق) . |

المراجع

المراجع العربية

- ١ مارتي، بيار ومشاروكوه: ببيكوسوماتيك الهيستيريا والوسلوس المرصيه. دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٢ موسون، اليزابيث: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٣ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية وعلاجها - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات مدن، ط٢ (١٩٨٦).
- ٤ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية، الرسالة - الايمان (١٩٨٧).
- ٥ النابلسي، محمد أحمد: اختبار رورشاخ، ملف العدد السادس عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).
- ٦ النابلسي، محمد أحمد: اسقاط الشخصية في اختبار نفهم الموضوع، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ٧ النابلسي، محمد أحمد: الامس الاحيائية للسلوك، ملف العدد الثالث عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).
- ٨ النابلسي، محمد أحمد: الانهيار العصبي، اسبابه ومظاهره وعلاجه، الرسالة - الايمان (١٩٨٦).
- ٩ النابلسي، محمد أحمد: نكاه الجلين، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١٠ النابلسي، محمد أحمد: نكاه الرضيع، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١١ النابلسي، محمد أحمد: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ١٢ النابلسي، محمد أحمد: معجم العلاج النفسي للدواني، دار ومكتبة الهلال (١٩٩٤).
- ١٣ واينبرغ، جاك: عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية (١٩٩٠).

المراجع الأجنبية:

1. ABELY. A. M. P / L'anxiété/ Masson & Cie / 1947.
2. ACHTÉ K., AALBERG V., LÖNNQUIST J. / Psychopathology of depression / Psychiatria fenica supplimenum / 1980.
3. ALLEY J. M. / Epilepsie et psychose maniaco - dépressive. Coexistence ou correlations ?/ Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9, p. 1057 - 1069.
4. ANGST G. / Die somatische Therapie der Schizophrenie / Georg Thieme Verlag Stuttgart 1969.
5. ARIETI S. / (sub redactie) American handbook of psychiatry Basic Books, Inc. / New York 1974, 1975.
6. ARIETI S. / Interpretation of schizophrenia / Basic Books Inc. / New York 1974.
7. ARIETI S., BEMPORAD J. / Severe and mild depression. The psychotherapeutic Approach / Basic Books Inc. Publishers / 1978.
8. ARIETIS/ American handbook of psychiatry - vol. III/ Basic Books, Inc. Publishers/ New York - London. 1966.
9. AYD F. I. / Les dépressions et leur diagnostic / P.U.F./ Paris 1965.
10. AYD F.J./ Les dépressions et leur diagnostic/ Presses Universitaires de France/ Paris 1965.
11. AYURO GUTIERREY J. / Analyse des facteurs déclencheurs sur un échantillon de patients hospitalisés pour dépression endogène / Ann. méd. psych. / 1981 nr. 7 p. 759 - 770.

12. BALIS G. / *Clinical Psychopathology* / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
13. BALIS G./ *Basic psychopathology* / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
14. BALIS G./ *Basic Psychopathology*/ Butterworth Publishers Inc. / Boston - London 1978.
15. BALLUS C./ *Interactions entre dépression et angoisse/ Conformation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.*
16. BARUK H. / *Précis de Psychiatrie* Masson / Paris 1950.
17. BARUK H./ *Précis de Psychiatrie* / Masson / Paris 1950.
18. BAUDOUIN CH. / *Suggestion und Autosuggestion* / Dresden 1924.
19. BECK A.T./ *Dépression* / Ed. Hoeber / New York 1967.
20. BENOIT G. / *Les délires chroniques. Conférences de psychiatrie* / Editions Doin 1967.
21. Bernard P. *manuel de l'infirmier en psychiatrie.* Ed. Masson, Paris, 1974.
22. BERTIN CH., NOIEL P. / *Veillessement et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.*
23. BLEULER E. / *Demantia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* / Leipzig und Wien / Franz Deuticke / 1911.
24. BONHÖEFFER K. / *Nervanärztliche Erfahrungen und Eindrücke* / Springer - Verlagberlin 1941.
25. BOULLIN D.J./ *Méthodologie biochimique pour l'étude des troubles de l'humeur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.*

26. BOURGEOIS M. / Endorphines et schizophrénies / Revue breève de la littérature art. 2 p. 1112 - 1119/ Ann. méd. psych / 1980 nr. p. 1106 - 1111.
27. BROWN S.S. (sub redactie) / Chemical diagnosis of disease / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1979.
28. BRUNOL J./ Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 4 p. 547 - 593.
29. BRÂNZEI P. / Itinerar psihiatrie / Ed. Juminca / Lasi 1979.
30. BRÂNZEI P., SIRBU A/ Psihiatrie/ Ed. Diadactică si pedagogică / Bucuresti 1981.
31. CASSANO G. B., MAGGINIC., LONG E. / Les dépressions chroniques / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
32. CASTAIGNE M. / Les confins de l'hystérie La Rev. du Praticien / Tome XXXII nr. 13 1mars 1982.
33. Cattel R.B: The description and measurement of personality. N.Y., 1946.
34. Cattel R.B: The scientific Analysis of personality, 1966.
35. CHAUDERLOT B. / Le suicide / Sem. Hôp. /Paris 1971, 47, 33 - 38.
36. CHENALIER J.P / Epilepsie et psychoses chroniques / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9 p. 1036 - 1046.
37. CLÉRAMBAULT B./ Oeuvre psychiatrique / Presses Universitaires de France Paris 1942.
38. CONRAD K. / Die beginnende Schizphrenie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1971.

- 39 CORNET CL. / La narco - analyse, la Belle au bois dormant / *Arta psych. Belg.* 1980 jan - feb. p 91-100.
- 40 CSIKY K. / Aspecte biologice ale diagnosticului, prognosticului si terapiei sindriamelor discordante / *Rev. Neurol. Psih nr. 1 / 1979 p. 57 - 63.*
- 41 DELAY J. / Introduction à la médecine psychosomatique / Masson et Cie Paris 1961.
42. DELAY J. / Les dérèglements de l'humeur/ Presses Universitaires de France / 1946.
43. DENIKER P. / Nosologie moderne des troubles de l'humeur. Colloque international de Psychiatre / Monte Carlo 1979.
44. DIATKEIN G. / Les services d'urgence psychiatriques / *Inrom. psych. / 1972, 48, 8, 765 - 766.*
45. DUGAS I., MOUTIER F.: La dépersonnalisation / Librairie Félix Alcan / Paris 1911.
46. EFTHYMIIOU T. / Un praticien face à la dépression. Confr. Multidiscipl. Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
47. EISENBERG L. / La dépression nerveuse Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
48. EY H. / Etudes psychiatriques/ Desclée de Brouwer & Cie / Paris 1948.
49. EY H. / La notion de schizophrénie / Ed Desclée de Brouwer / 1977.
50. EY H. / Traité des hallucinations / Masson et Cie / 1973.
51. EY H., BERNARD P., BRISSET CH. / Manuel de psychiatrie / Masson et Cie / Paris 1978.
52. EY H., BERNARD P., BRISSET CH./ Manuel de psychiatrie / Ed. Masson 1978.

53. Eysenck. H.J.: Les dimensions de la personnalité. P.U.F, Paris, 1950.
54. FALRET J./ Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses / Paris 1980.
55. FENICHEL O. / La théorie psyhanalitique des névroses / Presses Univ. de France / Paris 1953.
56. Filoux. J.C.: La personnalité. P.U.F., Paris 1980.
57. FOLLIN S. / Analyse de la conduite éthéromaniaque d'un schizophrénique / Ann. méd psych. / 1980, nr. 4 p. 405 - 420.
58. Fourcade. J.M., Ienhardt. V.: Analyse transactionelle et bioenergie. Ed. universitaire, 1981.
59. FREUD A./ Le Moi et les Mécanismes de défense / Paris 1969.
60. Freud. S.: Veber Libidinöse Typen, Internationale Sts chr. für Psychoanalyse, 1931.
61. GERGERIAN E. / Expressions faciles dans la manie et la schizophrénie / Ann. méd. psych. 137⁰ nr. 1-2 / Paris 1979.
62. GHILJAROVSKI V. A. / Psihiatria / Ed. Medicală / Bucuresti 1978.
63. GILLIBERT J. / L'œdipe maniaque / Ed. Payot / Paris 1978.
64. Gorgos. C.: Vademecum in psihiatrie. Ed. Medicala, Bucharest, 1985.
65. GRAY M. / Neuroses - A comprehensive and Critical View / Van Nastrand Reinhold Company/ 1978.
66. GRECU GH., CSIKY K./ Unele aspecte ale sindromului despresv - paranoid înfilnit în schizofrenie/ Rev. Neurol. Psih. nr. 4/ 1977 p. 267 - 275.

67. GRECU GH./ Observatii clinico - statistice în depreziile endogene / Rev. Neurol. Psih nr, 2/ 1979, p. 125 - 135.
68. GRIVOIS H. / La psychiatrie des urgences/ Ed. Rober Lafont / Paris 1978.
69. GUIRAUD P./ Psychiatrie du praticien / Paris 1943.
70. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie clinique / Librairie le françois / Paris 1956.
71. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie Clinique/ Librairie le François / Paris 1956.
72. HARTENBERG P. / Les psyhonévroses anxieuses et leur traitement / Paris 1922.
73. HAUMONTE M.F. / Les psychotiques et leurs corps / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 4 p 529 - 546.
74. HINSIE L., CAMPBELL R. I. / Psyhiatric Dictionary, fourth edition / Oxford University Press 1970.
75. HOCH P. / Differential diagnosis in clinical psychiatry/ Science House /1972.
76. HYNE M. / La schizophrénie/ Ann. méd. psych. / 1979 nr. 3-4 p. 256 - 260.
77. IONESCU G. / Psihosomatica / Ed. Stiintifică si Enciclopedică / Bucuresti 1975.
78. JANET P. / Les nérvoses / Ed. Flammarion / Paris 1909.
79. JASPERS K. / Allgemeine psychopathologie / 8 Aufl. Springer / Berlin 1965.
80. JASPERS K. / Psychopathologie générale / Félix Alcan / Paris 1933.
81. JASPERS K./ Philosophie und Welt / Piper/ München 1963.
82. JULIEN R. / Sommeil de nuit des pshychoses aigues et chroniques / L'Encéphale / 1980 nr. 5, p. 371 - 380.

83. KAPLAN H., SADOCK B. / *Modern synopsis of psychiatry*, ed. III Williams & Wilkins/ Baltimore 1981.
84. KIEKHOLZ P. / *Diagnose und Therapie der Depressionen* / Lehman / München 1965.
85. KIELHOLZ P. / *Die Depression in der täglichen praxis* / Verlag Hans Huber/ 1974.
86. KIELHOLZ P. / *Etats depressifs. Dépistage, évaluation, traitement* / Hans Huber / Berne, Stuttgart - Vienne 1972.
87. KIELHOLZ P. / *Le concept de la dépression masquée* / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
88. KOLB / *Modern Clinical Psychiatry* / W. B. Saunders Company / Philadelphia 1981.
89. KOLB / *Modern clinical psychiatry* / W.B. Saunders Comp. / Philadelphia 1981.
90. KREINDLER A. / *Nevrosa astenică* / Ed. Academiei / Bucuresti 1961.
91. KRETSCHMER E. / *Der sensitive beziehungswahn* ed. III / Springer Verlag/ Berlin 1950.
92. KRETSCHMER E. / *Medizinische psychologie* / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1956.
93. LAING R.D / *The divided self* / Pelican 1964.
94. LAING R.D., ESTERSON A. / *L'Equilibre mental, la folie et la famille* / Paris 1979.
95. LANDMARK J. / *A Manual for the Assessment of Schizophrenia* / Acta psychiatrica Scandinavica / Supplementum 298 vol. 65 / 1982.
96. LAUNAY C., COL C. / *Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent* / Rev. prat. / Paris 1964, 14, 6, 619.

97. LE ROUX A., / Formes actuelles de la persistance de la psychose hallucinatoire chronique / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 10 p. 1199 - 1212.
98. LEMPERIÈRE et. colab./ Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson / 1977.
99. LEMPÉRIÈRE si colab / Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson 1977.
100. LEONARD K. / Aufteilung des endogenen psychosen / Akademie - Verlag/ Berlin 1957.
101. MACK E.J./ Border - line States in Psychiatry / Seminars un psychiatry / Grune & Stratton/ 1975.
102. MAILLARD M. / Le malade psychotique et les médicaments/ Ann. méd. psych. 1979. nr 6- 7 p. 664 - 671.
103. MARCHAIS P. / De la mélancolie à la dépression / Ann. méd. psych. 137⁰ nr. 5 Paris 1979.
104. MARCHAIS P. / Des formes atypiques de la PMD. Conséquences méthodologiques et nosologiques / Ann. méd. psych. 1979 nr. 6 -7 p. 655- 62.
105. MARCHAIS P. / Des formes particulières de la manie. Conséquences méthodologiques / Ann. méd. psych. 1978 nr. 10 p. 1192 - 1201.
106. MARCHAIS P. / Des processus obsessionnels et de l'anticipation / Ann. méd. psych. 1980, nr 9, p. 1133 - 1140.
107. MARCHAIS P. / Destruction non schizophrénique. Conséquences nosologiques / Ann. méd. psych. 1980 nr. 3 p. 310 - 316.
108. MARCHAIS P. / Du délire / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 6 -8 p. 892 - 900.

109. MARCHAIS P. / Glossaire de psychiatrie / Masson et Cie / 1970.
110. MARCHAIS P. / Les processus nevrotiques / L'expansion scientifique / Paris 1968.
111. MARCHAIS P. / Possibilité d'un renouvellement des études cliniques sur l'angoisse / Ann. méd. psych. / 1980, nr 5, p. 580 - 586.
112. MASTERS W. H., JOHNSON V.E. / Les réactions sexuelles / Ed. R. Laffont / Paris 1968.
113. MAYER - GROSS W. / Clinical Psychiatry / London 1960.
114. MAYER - GROSS W. / Clinical psychiatry Cassel and Company Ltd. / London 1960.
115. MENDLEWICZ J. / Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco - dépressive / Artā psych. Belg. / 1976 martie p. 301 - 384.
116. MENDLWEICZ J. / L'Etiologie génétique des psychoses dysthymiques / Masson 1978.
117. MICHAUX L./ Psychiatrie / Ed. Med. Flammarion.
118. Michaux. L.: Psychiatrie. Ed. Medicales - Flammarion, paris, 1967.
119. MINKOWSKI E. / La schizophrénie/ Payot / Paris 1927.
120. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / Paris 1966.
121. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / P.U.F./ Paris 1966.
122. Minkowski. E.: Traité de Psychopathologie. P.U.F., Paris, 1966.

123. MÜLLER C./ Durée et repartition par classe d'âges des épisodes dépressifs sans traitement / L'Encéphale / 1981 nr. 3 p. 244 - 250.
124. MUNRO A. / Psychosomatic Medicine / Churchill Livingstone / Edinburg and London 1973.
125. OPPENHEIM H. / Die Neurosen/ Berlin / 1916.
126. PAMFIL E., OGODESCU D. / Nervozele / Ed. "Facla" / Timisoaca 1974.
127. PAMFIL E., OGODESCU D. / Psihozele / Ed. Facla / Timisoara 1976.
128. PASSCUANT P. / Dépression et sommeil / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
129. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien / Masson / Paris 1978.
130. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien ed. IV - a / Ed. Masson Paris 1978.
131. PICHOT P / Les voies nouvelles de la dépression / Masson / Paris 1978.
132. PICHOT P. / Le malade imaginaire / Ed. Mad. Fr. / 1965, 160, 11, 47.
133. PICHOT P. / Obsessions et phobies / Rev. Prat. / Paris 1967, 7, 759.
134. PICHOT P./ Actualisation du concept de dépression. Confrontation Mutidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
135. PICHOT P/ Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français / Ann. méd. psych. 137⁰ / nr 1-2 / Paris 1979.
136. PONTALIS J. B. / Après Freud / Gallimard 1968.

137. POROT J. / Aspects évolutifs actuels des schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1979, nr. 3-4 p. 260 - 265.
138. PULL C.B. / Dépression et schizophrénie, Confrontation Multidisciplinaire sur la dépression / Monte Carlo 1980.
139. RAFAELSEN O.J. / Perturbations biologiques humaines dans les troubles de l'humeur. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
140. RICOEUR P. / Le conflit des interprétations / Ed. Du Seuil / Paris 1969.
141. Robins, E. Stern, M. Assessment of Psy chiatric Emergencies New York, 1979.
142. ROMILA A. / Mania. drama tragi comică / Rev. Neurol. psih. nr. 2 / 1977, p. 139 - 143.
143. RORSCHACH H. / Psychodiagnostic / Presses Universitaires de France / Paris 1967.
144. ROTH M. / Les limites de la manie dépressive. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
145. ROUBERTOUX P. / L'analyse génétique des dépressions. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
146. RÎNDASU G.E. / Iatrogenozele / Ed. Medicală / Bucuresti 1981.
147. SARTORIUS N. / La dépression: épidémiologie et priorités pour les recherches futures. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
148. SAULNIER J. / La tentative de suicide. Sa prevention et sa postcrise / Rev. Prat. / Paris 1965, 15, 30, 3959 - 3967.

149. SCHERRER P. / Approche clinique de la psychiatrie / Simep. éditions / 1977.
150. SCHIMMELPENNING G. W. / Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte/ Ed. S. karger / Basel 1965.
151. SCHNEIDER K. / Klinische Psychopathologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1967.
152. SCHNEIDER P.B. / L'angoisse devant l'état de maladie / In: vol. Réactions psychologiques à la maladie / Ed. Expansion scientifique française / Paris 1963.
153. SCHOU M., STROMGREN E. / Origin, prevention and treatment of affective disorders / Academic Press / 1979.
154. SCHULTZ J. H. / Neurose, Lebensnot, Arztliche Pflicht / Georg Thieme Verlag / Leipzig 1936.
155. SEALES H. / L'effort pour rendre l'autre fou / Gallimard 1977.
156. SELARUM., BALTARUM. / Cu privire la notiunile clinice de reactie, dezvoltare si proces / In vol. "Viitorul psihiatriei" P. Brânzei / Iasi 1980.
157. SHEPHERD M. / Approche épidémiologique de la dépression / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo, mars 1979.
158. SIM M. / Guide to psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
159. SIM M. / Guide to Psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
160. SINGER L. / Le devenir des bouffées délirantes / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 9, p. 1097 - 1006.

161. SIRBU A., HOTICA TR., SECAREANU AL., / Unele aspecte terapeutice ale nervozei obsesivo - fobice / Rev. Neurologie, Psihiatrie. nr. 1/1975, p. 17 - 23.
162. SIZARET P. Condensation ecmmésique particulière au cours d'un accès maniaque / Ann. méd. psych. 1981 nr. 3 p. 322 - 325.
163. SMITH L. H., THIER S.O. / Pathophysiology / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1981.
164. SOLOMON PH., PATCH U. / Handbook of Psychiatry / Lange Medical Publications / Los Atos 1971.
165. SZASZ TH. / The myth of psychotherapy / Oxford University Press / 1979.
166. Szondi. L: Caïn les figures du mal. Ed. Szondiana - Zurich.
167. SZTULMAN H. (sub redactie) Oedipe et psychanalyse d'aujourd'hui / Ed. Privat / Toulouse 1978.
168. TATOSSIAN A. / Phénoménologie de la dépression. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression, Monte Carlo 1980.
169. TRABAUD J., TRABAUD J. - R. / L'hystérie / Ed. Vigot / Paris 1943.
170. TUDOSE F. / Aspecte ale aplicarii subnarcozei în nervoze / Lucrare de diplomă / Bucuresti 1977.
171. TURNS D.F/ Epidémiologie des Schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 6 p 637 - 647.
172. VALLENBUNE A./ Aspectes modernes des troubles de l'hu meur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 10979.

173. VERBOENEN A. / Les endorphines dans les maladies mentales en particulier dans la schizophrénie / L'Encephale / nr. 2 1980 p. 103 - 113.
174. VERNON D., PATCH M./ Handbook of psychiatry / Oxford and Edinburgh 1969,
175. VINACKE W.E / Readings in General Psychology / American Bool Company 1980.
176. WEISSMAN'M., MEYERS J. / Arch. Gen. Psychiat. / 1978, 35, 1304 - citat de Eisenberg L. în "la dépression nerveuse" / Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
177. WEITBRECHT H. J. / Psychiatrie in Grundriss / Springer Verlag/ Berlin Heidelberg / New York 1968.
178. WHITEHEAD J.M. / Psychiatric Disorders in Old Age - a Handbook for the Clinical Team / Harvey Miller & Medcali 1974.
179. WIDLÓCHER D. / Fatigue et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la depression / Monte Carlo 1980.
180. WIDLÓCHER D. / Le mécanisme de la conversion / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
181. WIDLÓCHER D. / Le traitement de l'hystérie / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
182. WYRSCH J. / La personne du schizophrène / Paris 1956.
183. * * * / Confrontations Multidisciplinaires Européenne sur la dépression / L'Encéphale / Doin / Paris 1981 / nr. 4 suppl.
184. * * * / Confrontations psychiatriques / nr. 12, 1974 - La notion de réaction en psychopathologie.
185. * * * / DSM III / 1980.
186. * * * / DSM III 1980.

187. * * * / EMC - Psychiatrie vol II 37200 - 37241; 37281 - 37299.
188. * * * / EMC - Psychiatrie, vol. III, 37300 - 33390.
189. * * * / Evolution de la schizophrénie / Confrontation psychiatriques nr. 2 / dec. 1968.
190. * * * / Harvard guide to Modern psychiatry / Press of Harvard University Press / Cambridge 1978.
191. * * * / Hystérie / Confrontations psychiatriques nr. 1 / sep. 1968.
192. * * * / L'Approche moderne des désordres de l'humeur, comptes rendues de Colloque international de Psychiatrie / L'Encéphale / 1979 / nr. 5 suppl.
193. * * * / New perspectives in Depressive Illness / Selected abstracts of the symposium on 13-th, 14-th june 1979 / Jersey 1983.
194. * * * / psychiatrie der Gegenwart / Klinische Psychiatrie / Springer Verlag 1972.
195. * * * / Scientific symposium on obsessive compulsive neuroses and phobic disorders / The Journal of International Medical Research / Vol. 5 Suppl. (5) 1977.

فهرس

المقدمة	٥
الفصل الأول: دراسة الشكل الخارجي	١١
١- دراسة شكل الوجه	١٧
٢- دراسة سمات الوجه	٢١
الجبهة	٢١
الحاجبان	٢٢
العينان	٢٣
الخدان	٢٤
الأنف	٢٥
الشفطان	٢٧
الذكان	٢٩
الأذنان	٣٠
٣- شكل الجسم	٣٩
الفصل الثاني: نظريات الشخصية	٤٧
١- رأي المدرسة التحليلية	٤٩
٢- رأي يونغ	٦٣
٣- رأي السلوكيين الجدد	٦٣
٤- رأي الجيشتالت	٦٥
٥- رأي الطب النفسي	٦٨

٩٩	الفصل الثالث: عوامل الشخصية
١٠١	١- التفاعل الوجداني
١١٦	٢- المعرفة
١٢٦	٣- التصور
١٣٠	٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك
١٣٢	٥- العمليات المرئية إلى ترابط السلوك
١٣٩	الفصل الرابع: أساليب الفحص النفسي
١٤٣	١- صفات الفحص النفسي
١٤٧	٢- فحص المرضى للمهتاجين والمضطربين
١٥١	٣- مبادئ الفحص النفسي
١٦٥	الفصل الخامس: الفحص الطبي - النفسي
١٦٧	١- الفحص الطبي العام
١٧٢	٢- دراسة قزحية العين
١٧٥	٣- الفحوصات المخبرية
١٨٣	الفصل السادس: الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ
١٨٩	١- الاضطرابات الأيضية
٢٠١	٢- اضطرابات القلب والشريين
٢٠٧	٣- الأمراض العصبية
٢١١	٤- التهابات
٢١٥	٥- الاضطرابات الغدية
٢٢٢	٦- تشوهات الصبغية
٢٣١	٧- التسمم الكحولي

- ٢٣٦ ٨- اذمان للمخبرات
- ٢٣٩ ٩- الحمل والولادة
- ٢٤٢ ١٠- اضطرابات الشيخوخة
- ٢٤٧ ١١- تشوهات الدماغ
- ٢٤٨ ١٢- رضوض الدماغ
- ٢٥٣ ١٣- الاورام الدماغية
- ٢٥٧ ١٤- الزهري
- ٢٥٩ ١٥- التهابات داخل الجمجمة
- ٢٦١ ١٦- الصرع
- ٢٦٣ الفصل السابع: الاختبارات النفسية
- ٢٦٥ ١- تصنيف الاختبارات
- ٢٧٢ ٢- اختبار لتقاء القوام
- ٢٧٣ ٣- اختبار القلق - الانهيار
- ٢٧٦ ٤- اختبار إكمال الجمل
- ٢٨٠ ٥- اختبار الميول المرضية - النفسية
- ٢٨٤ ٦- مثل على اختبارات لـ (TAT)
- ٢٩٢ ٧- اختبار الانهيار المقنع
- ٢٩٣ ٨- اختبار الخيال
- ٢٩٥ المراجع
- ٣١٦ المؤلف في سطور

المؤلف في سطور

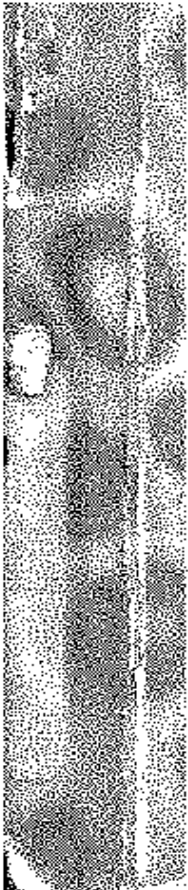
- مواليد طرابلس - لبنان عام ١٩٥٤.
- دكتوراه الطب العام - جامعة كرايوفا ١٩٨٤.
- ماجستير الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٨٨.
- دكتوراه الفلسفة في الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٩٢.
- مؤسس ورئيس مركز الدراسات النفسية - لبنان.
- نائب رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية.
- عضو الهيئة التأسيسية للاتحاد العربي لعلم النفس.
- رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية.
- نائب رئيس المكتب الاكاديمي للاتحاد العالمي للصحة النفسية.
- عضو عدد من الجمعيات والهيئات العربية والعالمية.
- رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية.
- أستاذ غير متفرغ في الجامعة اللبنانية.
- أستاذ منتدب في جامعة بودابست.
- أستاذ محلف في معهد الطب الجنسي - باريس.
- رئيس مؤتمر "نحو علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٢).
- رئيس مؤتمر "مدخل الى علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٤).
- شارك في عدة مؤتمرات عربية وأجنبية.
- له عدة مؤلفات وترجمات وتقديمات في الاختصاص.
- أشرف على عدة أطروحات جامعية.
- وضع اختبار مدن.
- ترجم عدة اختبارات ومقاييس نفسية.
- أستاذ زائر في عدد من الجامعات العربية.
- عضو الهيئة الاستشارية لمجلة الارشاد النفسي.

رقم الإيداع ٨٩٣١ / ٩٦

L. S. B. N

977 - 5609 - 58 - 5

حقوق الطبع والنشر والتوزيع للناسخ



To: www.al-mostafa.com