جـــامـعـــة تلمسان

كـلـيـة العـلـوم الإنسانية والاجـتـمـاعـيـة وكلية الطب

قسم علم النفس وقسم العلوم الطبية

مطبوعة جامعية حول مدخل إلى علم النفس المرضي موجهة لطلبة السنة الأولى علوم طبية، تخصص: علم النفس الطبي

إعداد الأستاذ الدكتور: فقيه العيد

أولا: نشأة وتطوّر علم النفس المرضي

1- العصور القديمة

منذ فجر التاريخ حاول الانسان التعرف على الأمراض النفسية والعقلية ومسبباتها وعلاجها. كان الاعتقاد السائد منذ حوالي 300 سنة ق.م أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها مس الجن وتأثير الأرواح الشريرة، كما كانوا يعتقدون بانتشار الأرواح الخيرة والشريرة ومسئوليتها عن الحوادث الطبيعية والاجتماعية والفردية فتتوقف طبيعة الروح الماسة على الأعراض ويحترم الممسوس ويعامل بطريقة دينية غامضة. وفي حضارات أخرى كالحضارة الصينية والهندية والسومارية كانت عملية العلاج جد قاسية كإحداث ثقب في الجمجمة حتى يخرج منه الروح الشرير(Berrios, 1996).

عموما كانت المعتقدات القديمة تنسب السلوك غير السوي إلى السحر، والأرواح الشريرة، والشياطين، والقمر والنجوم. كان هناك اعتقاد قوي بأن القوى الخارجية كالآلهة، والشياطين، والأرواح، وأجرام سماوية كالنجوم والقمر وظواهر أخرى مثل المجالات المغناطيسية مسؤولة عن الأمراض العقلية.

2- مع تقدم الحضارة

في زمن الحضارة اليونانية والرومانية وفي الفترة الممتدة بين 500 ق.م و200 بعد الميلاد، نمت المعرفة إلى أن المخ هو العضو الذي يتركز فيه النشاط العقلي والمعرفي، وأن المرض العقلي دليل على اضطراب المخ، وصاحب هذه المعرفة هو أبوقراط (400 سنة ق.م) والقائل بأن " المخ هو عضو العقل" ولاحظ أبوقراط دور الوراثة والاستعداد وعلاقتهما بالاضطراب العقلي. لقد قدم أبوقراط نظرية الأخلاط الأربعة (الدم، البلغم، الصفراء، والسوداء) وقال أن الاضطراب فيها مسؤول عن المرض عامة بما في ذلك المرض العقلي وذكر منها (الهوس، الملانخوليا، والهستيريا والصرع) ونزع عن الصرع قدسيته واعتبره مرضا له أسبابه وعلاجه (Berrios, 1996).

ناقش أفلاطون (380 ق.م) العقل والكائن البشري ووجّه العناية إلى المعاملة الإنسانية والفهم اللازم لعلاج المرض، كما اهتم بأحلام المريض وأهميتها.

ومع مجيء (جالن- Galen 200 ق.م) بدأ علم الأعصاب التجريبي ودرس "جالن" تشريح الجهاز العصبي ووظائفه، وأوضح أنه ليس من الضروري أن يكون هناك إصابة عضوية في حالة المرض العقلي (Maddux, 2005).

3- في العالم العربي الإسلامي:

في العالم العربي الإسلامي ازدهرت علوم الطب والعلاج، ومن أعلام العرب في هذه الحقبة التاريخية: (الطبري، والرازي والكندي وابن سينا والفرابي والغزالي وغيرهم). يعتبر ابن سينا (980م – 1037م) رائد علم النفس ومؤسس عدة نظريات في الإدراك والجهاز النفسي والعلاج النفسي حيث يصرح (كفافي، 1997، ص18) قائلا:" ويظهر من ممارساته العلاجية أن "إبن سينا" فهم العلاقة بين الجسم والنفس، وأن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر. وقد استخدم "إبن سينا" التداعي الحر. لقد تأثر المسلمون بروح الإسلام في رعايتهم للمرضى العقليين والنفسيين وإقامة المستشفيات أو البيمارستانات كمستشفى هارون الرشيد، والبرامكة، والمنصوري. وكان يقدم في هذه المستشفيات أساليب علاجية مختلفة باختلاف الأمراض والمرضى.

4- في العصور الوسطى:

تعرضت كل مجالات العلم للخسوف الكلي لسقوط الحضارة اليونانية والرومانية والإسلامية وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى. تعتبر العصور الوسطى عصور مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي. وقام رجال الدين بمحاولات علاجية ببعض الأعشاب ومياه الآبار والتعويذات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجن، واستخدم الكهنة البصاق، وتطورت المعتقدات حول الشيطان داعية إلى استخدام العنف، فصار المريض يضرب ويقيد بالسلاسل ويحتفظ بهم في الأقفاص ويغطس في ماء شديد السخونة وإلى غير ذلك من الأساليب التي تترك المريض منزل مزعج للشيطان (Maddux, 2005).

5- في العصر الحديث:

في أواخر القرن 18م و أوائل القرن 19م بدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى العقليين، أقيمت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج، ورفعت عنهم القيود و تحرروا من الزنزانات وأتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل (Sims, A. (2002).

في القرن التاسع عشر مع مجيء "جراي و كرايبلين"، وضع "جراي" نظرية مفادها أن الاضطراب العقلي يرجع دائمًا إلى أسباب جسدية عضوية، ويجب التركيز على الراحة والنظام الغذائي ودرجة حرارة مناسبة للغرفة والتهوية. ساهم "إميل كرايبلين" في تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية. كان لكل اضطراب نفسي بداية وتطور معين وأعراض بارزة، وقام بتصنيف الفصام إلى 11 نوعًا حيث يتم فقدان الاتصال بالواقع بشدة مع الأوهام والهذيانات والهلاوس (Sims, A. (2002).

وفي القرن 20 العشرين تبلورت الاتجاهات الرئيسية في علم النفس، كالاتجاه التحليلي الذي أرسى قواعده سيجموند فرويد، والاتجاه السلوكي الذي يعتمد على المنعكس الشرطي والتّعلم ومن أعلامه واطسن وسكينر، وأخيرا الاتجاه الإنساني وهو تيار عام بدأ مع المتصوفة المسلمون ويمتد إلى كارل روجرز، وابراهام ماسلو، وجورودون البورت. يجمعهم الاعتراض على التحليل النفسي والسلوكي حيث يؤكدون على مبادئ تحقيق الذات والتي لا تتوفر إلا عند الإنسان كالحرية والارادة والمسئولية والإبداع (Berrios, 1996).

في عام 1927 بدأ "مانفريد ساكيل" الطبيب النمساوي، Manfred J. Sakel (Austrian neurophysiologist and psychiatrist) في استخدام جرعات أعلى من الأنسولين، حيث أدت إلى إصابة المرضى بتشنجات ودخلوا في حالة غيبوبة، وبعد الاستفاقة لوحظ الشفاء. تم التخلي عن هذه الطريقة لأنها كانت خطيرة، وتسببت في الغيبوبة وحتى الموت. كما تم استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية Electroconvulsive Therapy (ECT) على نطاق واسع وبشكل متكرر من قبل الأطباء، ولكنه كان أسلوبًا مثيرًا للجدل حتى أن بعض الأطباء استخدموه لمعالجة المرضى الذين لا يمكن السيطرة عليهم. أثبتت النتائج أنه فعال مع المرضى السوداويين الذين يميلون إلى الانتحار (Sims, 2002).

التسلسل الزمني لأهم الأحداث والاكتشافات في علم النفس المرضي

لقد نجحت تجربة بينال Pinel في سنة 1792 في رعاية المرضى عقليا وأعطت الثمار التي توقعها في فرنسا. وأكمل اسكيرول Esquirol (1772- 1840) خطى سلفه، وسرعان ما حدى الانجليزي وليام توك William tuke تجربة زملائه في فرنسا ووصلت إلى أمريكا الشمالية على يد راش Benjamin Rush (1745-1813) حيث قدم دراسة علمية لعلاج المرض العقلي وأدخل طريقة العلاج الإشراطي في علاج الإنسمام الكحولي وأوصى بالعلاج المائي

والرياضي سنة 1812. وواصل سقان – Seguin سنة 1846 بفتح أول مؤسسة متخصصة للأطفال المتخلفين عقليا (Bandura, 2001).

في سنة 1875 قام الأخصائي الإنجليزي جاكسون Jakson بدراسة الجهاز العصبي للإنسان وتفسير الأمراض العقلية. وفي سنة 1882 تم تدشين أول منصب جامعي رسمي في اختصاص الأمراض العقلية والعصبية في مستشفى Sarl pétriere وبدأ شاركو Charcot لأول مرة يعالج مرض الهستيريا مستخدما التنويم المغناطيسي، واشتغل فيما بعد مع فرويد وبرويز. وفي سنة 1883 قام كرايبلين - Kraeplin بتصنيف الأمراض العقلية وحدد أسبابها وأعراضها وعلاجها ومآلها ، وأدخل علم النفس الفيزيولوجي. وفي سنة 1885 نشر Ribot مقال عنوانه " أمراض الشخصية " طور فيه نظريات جاكسون (Staddon, & Cerutti, 2003).

وفي سنة 1886 نشر بيار جانيه Pier Janet أول دكتوراه في علم النفس. وفي سنة 1890 ظهر الطبيب النفسي بارنهايم Bernheim بأعماله وانتقاداته لأعمال شاركو. وفي سنة 1895 نشرت أبحاث فرويد وبرويز Freud et Breuer حول الهستيريا وأهمية اللاشعور. وفي سنة 1896 فتح الأخصائي النفسي ويتمر Witmer أول عيادة متخصصة في التربية، وإعادة التربية للجانحين والمعوقين تستخدم فيها الطرق العيادية (Berrios, 1996).

وفي سنة 1900 ينشر فرويد – Freud كتاب تأويل الأحلام يبرز فيه أهمية الحياة اللاشعورية والمكبوتات. وفي سنة 1901 ينشئ دكرولي Decroly معهد خاص لتربية المعوقين في بروكسل. وفي سنة 1908 تم إنشاء أول مختبر عالمي لعلم النفس التحليلي. وفي سنة 1911 ينشر الطبيب النفسي بليلر Bleuler أول كتاب متخصص حول الفصام. وفي سنة 1912 ينشق الفرد أدلر Alfred Adler عن فرويد وينشأ مدرسة خاصة لعلم النفس الفردي. وفي سنة 1914 ينشق كارل يونغ Karl yungh عن فرويد وينشأ مدرسة التحليل النفسي. وفي سنة 1918 قام رورشاخ Rorchach بتصميم اختبار إسقاطي تحليلي يدعى اختبار بقع الحبر. وفي سنة 1921 ينشر الطبيب النفسي كريتشمر Kritchmer بحث بعنوان " بنية الجسم والطبع - structure de corps et de caractère. وفي سنة 1923 يعلن فرويد عن نظريته الثانية حول (الأنا- الهو- الأنا الأعلى). وفي سنة 1935 يصمم ميري -Murry اختبار تفهم الموضوع T.A.T. وفي سنة 1948 يقوم المحلل النفسي Kinsey بتدريس التربية الجنسية للأمريكيين. وفي سنة 1952 يكتشف المركب الكيمياوي Largactil من الطرف Delay Denik . (Berrios, 1996)

حاليا تركز وجهة النظر التحليلية النفسية أن السلوك غير السوي ينبع من أسباب نفسية وتستند إلى قوى نفسية أساسية داخل الشخصية. بينما تعتقد وجهة النظر الإنسانية أنه من المهم فهم العقبات التي يواجهه الفرد أثناء سعيه نحو تحقيق الذات وتطويرها. بينما تركز وجهة النظر السلوكية على مبادئ التعلم في تفسير السلوك غير السوي. بينما تركز وجهة النظر المعرفية على دور التفكير المشوه والمدمر للذات في تفسير السلوك الشاذ (Maddux et al., 2005).

الخلاصة

- كانت المعتقدات القديمة تنسب السلوك غير السوي إلى عدم رضا الأرواح أو أذى الشياطين.

أو السحر، والأرواح الشريرة، والشياطين، والقمر والنجوم.

- بدأ تيار ثانٍ من المعتقدات في نسب الاضطرابات العقلية إلى بعض الاختلالات الفسيولوجية والاختلالات الكيميائية الحيوية في الجسم.
- مع تزايد الاهتمام بالعلوم البيولوجية، بدأنا نتجاهل التفسيرات الغيبية. ونسبت النماذج البيولوجية للاضطرابات العقلية إلى أمراض جسدية واختلالات كيميائية حيوية في الجسم.
- يركز التصور النفسي المرضي الحديث على أهمية الرعاية والعلاج والتكفل النفسي واحترام إنسانية الإنسان وتعزيز التفاعل الاجتماعي مع المرضى نفسيا وعقليا.

المراجع

- علاء الدين كفافي، 1997، الصحة النفسية، دار هجر، ط4، القاهرة.

- Bandura, A. (2004). Modeling. In E. W. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.). The concise Corsini Encyclopedia of psychology and behavioral sciences. New York: Wiley.
- Berrios, G.E. (1996) The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the 19th century. Cambridge, Cambridge University Press
- Maddux, J E et al. (2005). Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding. Lawrence Erlbaum
- Sims, A. (2002) Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology (3rd ed). Elsevier.
- Staddon, J.E.R. & Cerutti, D. T. (2003). Operant conditioning, *Annual Review of Psychology, 54,* 115-144.

The emergence and development of psychopathology

Ancient times

Since the dawn of history, man has tried to identify psychological and mental illnesses, their causes and treatment. The prevailing belief since about 300 years BC (before Christ) was that psychological and mental illnesses were due to external forces and that they were caused by demon possession and the influence of evil spirits. They also believed in the evil spirits and their responsibility for natural, social and individual incidents. The nature of the possessing spirit depends on the symptoms. The possessed person is respected and treated in a mysterious religious manner. In other civilizations such as the Chinese, Indian and Sumerian civilizations, the treatment process was very harsh, such as making a hole in the skull to extract the evil spirit.

In general, ancient beliefs attributed abnormal behavior to magic, evil spirits, demons, the moon and stars. There was a strong belief that external forces such as gods, demons, spirits, celestial, stars, moon and other phenomena such as magnetic fields were responsible for mental illnesses.

In the Arab Islamic world:

In the Arab Islamic world, the sciences of medicine and treatment flourished, and among the Arab scholars in this historical era were: (Al-Tabari, Al-Razi, Al-Kindi, Ibn Sina, Al-Farabi, Al-Ghazali, and others). Ibn Sina (980 - 1037) is considered the pioneer of psychology and the founder of several theories in perception, the psychological system, and psychotherapy, as (Kafafi, 1997, p. 18) states, saying: “It appears from his therapeutic practices that Ibn Sina

understood the relationship between the body and the soul, and that each affects and is affected by the other. Ibn Sina used free association. Muslims were influenced by the spirit of Islam in their care for the mentally and psychologically ill and in establishing hospitals such as Harun Al-Rashid Hospital, Al-Baramkeh Hospital, and Al-Mansouri Hospital. In these hospitals, different treatment methods were provided depending on the diseases and patients.

In the Middle Ages:

All fields of science were completely eclipsed by the fall of the Greek, Roman and Islamic civilizations. Superstitious thought returned, sorcery spread and quackery prevailed once again. The Middle Ages are considered dark ages for psychotherapy. Clergymen made therapeutic attempts with some herbs, well water, spells and hymns with the intention of expelling the devil and the jinn. Priests used spitting, and beliefs about the devil developed calling for the use of violence. The patient was beaten, chained, kept in cages, immersed in very hot water and other methods that left the patient a disturbing home for the devil.

In modern times:

In the late 18th century and early 19th century, interest began in the humanistic view of mental patients. Hospitals were established and their environment improved in terms of care and treatment. Restrictions were lifted from them and they were freed from prison cells and given the opportunity to walk, entertain and work.

19th century: With the advent of **Gray** and **Kraepelin.** Gray theorized that mental disorder is always due to organic physical causes, and emphasis should be placed on rest, diet, proper room temperature and ventilation. **Emil Kraepelin** contributed to the diagnosis and classification of mental disorders. Each mental disorder had a specific onset, development and prominent symptoms, and he classified schizophrenia into 11 types where contact with reality is severely lost with delusions, deliriums and hallucinations.

In the 20th century, the main trends in psychology crystallized, such as the analytical trend whose foundations were laid by **Sigmund Freud**, the behavioral trend that relies on the conditioned reflex and learning whose leaders include **Watson** and **Skinner.** Finally the humanistic trend, which is a general trend that began with Muslim Sufis and extends **to Carl Rogers, Abraham Maslow, and Gordon Allport**. They are united by their objection to psychoanalysis and behavior, as they emphasize the principles of self-realization that are only available to humans, such as freedom, will, responsibility and creativity.

In 1927 Manfred Sakel, a Viennese physician, began using higher and higher dosages of Insulin, the patients had convulsions and went into a state of coma but surprisingly these patients recovered so physicians started to use it frequently. The method was abandoned because it was dangerous, caused coma and even death. Joseph Meduna, in 1920 observed that Schizophrenia was rarely found in epileptics (which later did not prove to be true) and his followers

concluded that induced brain seizures might cure Schizophrenia. Electroconvulsive Therapy (ECT) was used extensively and frequently by doctors but was a controversial method some doctors even used it to penalize the difficult unmanageable patients. It is effective with suicidal patients.

Chronology of major events and discoveries in psychopathology

Pinel's experiment succeeded in 1792 and yielded the fruits he expected in France. **Esquirol** (1772-1840) continued in the footsteps of his predecessor, and the Englishman **William Tuke** soon followed the experience of his colleagues in France and it reached North America at the hands of Ruch, where he presented a scientific study for the treatment of mental illness and introduced the method of conditioning therapy in the treatment of alcohol intoxication and recommended water and sports therapy in 1812. **Seguin** continued in 1846 by opening the first specialized institution for mentally retarded children.

In 1875, **Jackson** studied the human nervous system and explained mental illnesses. In 1882, the first official university position in the field of mental and nervous diseases was established at the Sarl pétriere Hospital. **Charcot** began to treat hysteria for the first time using hypnosis, and later worked with **Freud** and **Breuer**. In 1883, **Kraeplin** classified mental illnesses and identified their causes, symptoms, treatment and prognosis, and introduced physiological psychology. In 1885, **Ribot** published an article entitled "Personality Diseases" in which he developed Jackson's theories. In 1886, **Pierre Janet** published the first doctorate in psychology. In 1890, the psychiatrist **Bernheim** appeared with his works and criticisms of **Charcot's** work. In 1895, **Freud and Breuer** published their research on hysteria and the importance of the unconscious. In 1896, the psychologist **Witmer** opened the first clinic specializing in education and re-education for delinquents and the disabled, using clinical methods. In 1900, **Freud** published The Interpretation of Dreams, in which he highlighted the importance of the unconscious life and repressions. In 1901, **Decroly** established a special institute for the education of the disabled in Brussels. In 1908, the world's first laboratory for analytical psychology was established. In 1911, the psychiatrist **Bleuler** published the first specialized book on schizophrenia. In 1912, **Alfred Adler** broke away from Freud and established a special school for individual psychology. In 1914, **Carl Jung** broke away from Freud and established the school of psychoanalysis. In 1918, **Rorschach** designed a projective analytical test called the inkblot test. In 1921, the psychiatrist **Kritchmer** publishes a study entitled "Structure of the body and character - structure de corps et de caractère". In 1923, **Freud** announces his second theory of (ego-id-superego). In 1935, **Murry** designs the T.A.T. Thematic Apperception Test. In 1948, the psychoanalyst **Kinsey** teaches sex education to Americans. In 1952, the chemical compound Largactil is discovered by **Delay Denik**.

Actually the psychoanalytic viewpoint focuses on the fact that abnormal behavior stems from psychological causes and is based on basic psychological

forces within the personality. While the humanistic viewpoint believes that it is important to understand the obstacles that an individual faces while striving towards self-realization and development. While the behavioral viewpoint focuses on the principles of learning in explaining abnormal behavior. While the cognitive viewpoint focuses on the role of distorted and self-destructive thinking in explaining abnormal behavior.

Abstract

- Ancient beliefs attributed abnormal behavior to the disfavor of a supernatural power, spirit or the mischief of demons.
- A second stream of beliefs started attributing mental disorders to some physiological dysfunctions and biochemical imbalances in the body.
- With the rising interest in biological sciences supernatural explanations were started to be discounted. Biological models attributed mental disorders to physical diseases and biochemical imbalances in the body.
- The modern psychopathological conception focuses on the importance of care, treatment, psychological care, respect for human humanity, and enhancing social interaction with psychologically and mentally ill patients.

ثانيا: مقدمة في مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس الديناميكي والمعرفي والبيولوجي والسلوكي والاجتماعي.

1- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس التحليلي

يعتقد فرويد أن اللاوعي هو مخزن للمواد التي تهدد الحياة الواعية للفرد، مثل الدوافع الجنسية والعدوانية المزعجة وكذلك التجارب المؤلمة التي تم قمعها أو دفعها إلى اللاوعي.

يؤكد هذا المنظور على دور العقل اللاواعي، وتجارب الطفولة المبكرة، والعلاقات الشخصية في تفسير السلوك البشري وعلاج الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية والنفسية. ويعتقد أن معظم العمليات السلوكية تنبع من اللاوعي الذي يتكون من مخاوف وأفكار ورغبات لا يدركها الإنسان ((Westen, 1998).

وفقًا لفرويد، فإن الشخص الذي يتمتع "بأنا" Ego قوية، يمكنه الموازنة بين متطلبات "الهو" Id و"الأنا العليا" Superego ، بينما الشخص الذي يتميز "بأنا" هش يؤدي إلى اختلال في الجهاز النفسي وبالتالي ظهور السلوك غير السوي.

إذا كانت هناك صراعات ولم يتمكن الطفل من حلها، قد تنشأ بعض سمات الشخصية لدى البالغين المرتبطة بالفشل في حل الصراع حسب "فرويد" كما هي موضحة في الجدول التالي:

مراحل النمو	المشاكل المرتبطة بالمرحلة والمشاكل التي قد تنجم عنها
الفموي	الاكتئاب، النرجسية، الاعتماد
الشرجي	العناد، اضطراب الوسواس القهري، السادية المازوشية
القضيبي	مشاكل الهوية الجنسية، الشخصية المعادية للمجتمع
الكامن	عدم كفاية ضبط النفس أو الإفراط في ضبط النفس
التناسلي	مشكلات الهوية

2- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس المعرفي

نما علم النفس المعرفي وتطور جزئيًا استجابةً للسلوكية الصارمة، خاصة في الولايات المتحدة. ينظر علم النفس المعرفي إلى البشر ليس كمتلقين سلبيين تدفعهم وتجذبهم القوى البيئية، بل كمشاركين نشطين يبحثون عن الخبرات، والذين يغيرون تلك التجارب ويشكلونها، ويستخدمون العمليات العقلية لتحويل المعلومات في سياق تطورهم المعرفي. يدرس العمليات العقلية مثل الذاكرة وحل المشكلات والتفكير واتخاذ القرار والإدراك واللغة وأشكال الإدراك الأخرى (Anderson, 2010).

تحاول النظرة المعرفية في تفسير السلوك المرضي تحديد كيفية تأثير الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد على مشاعره وسلوكياته. حسب النظرة المعرفية، تنتج المعتقدات العقلانية والموضوعية صحة نفسية جيدة، بينما تنتج الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والسلبية مشاكل في الصحة النفسية والعقلية.

يشير المنظور المعرفي أن مسببات الاضطرابات النفسية تتمثل أساسا في تشابك تلك الأفكار غير الوظيفية أو غير التكيفية. وهذه الأفكار عبارة عن تشوهات معرفية للواقع. **كالتفكير الطرفي** tailing thinking كل شيء أو لا شيء، أو رؤية الأشياء باللونين الأبيض والأسود فقط. أو إما النجاح أو الفشل ولا يوجد شيء بينهما. يؤدي هذا النوع من التفكير إلى توقعات غير واقعية للذات والآخرين. أو الاعتماد على **آلية التعميم** Overgeneralization في التفكير وهو الاعتقاد أن حدثًا سلبيًا واحدًا يتم تعميمه على جميع الأحداث المشابهة. أو **التفكير السلبي التشاؤمي**، كالتركيز باستمرار على عاهة في الوجه. يمكن أن يؤدي هذا النوع من التفكير بسهولة إلى أعراض الاكتئاب. أو التفكير **التهويلي** Sensationalisation وتضخيم الأمور وإعطاءها حجما يفوق حجمها الحقيقي. أو التفكير القائم على **لوم الذات** ومشاعر الذنب.

3- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس البيولوجي

من وجهة علم النفس البيولوجي ترجع الاضطرابات العقلية إلى عوامل بيولوجية مثل الجينات وكيمياء الدماغ أو بنيته. سعى علماء الوراثة السلوكية الذين يدرسون الأسباب الوراثية المحتملة للسلوك إلى تحديد قابلية توريث الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، وفقًا لـ "لفرناندز وآخرون"Fernandez-Pujals et al. (2015)، فإن نسبة العوامل الوراثة لاضطراب الاكتئاب الشديد (MDD) في الولايات المتحدة يقدر بـ37 في المائة.

يسلط المنظور البيولوجي الضوء أيضًا على تأثير كيمياء الدماغ وبنية الدماغ brain chemistry and brain structure على تطور الاضطرابات النفسية. تشير كيمياء الدماغ إلى المواد الكيميائية التي يتكون منها الدماغ والتي تسمى النواقل العصبية. وعندما لا يتم إرسال هذه الرسائل بشكل صحيح عبر النواقل العصبية يشير ذلك أن الشخص مصاب باضطراب نفسي. مثلا: يرتبط انخفاض نشاط الناقل العصبي السيروتونين the neurotransmitter serotonin باضطراب الاكتئاب الشديدmajor depressive disorder . وقد يرتبط النشاط المفرط أو الناقص في الدماغ بالاضطرابات النفسية. غالبًا ما يُظهِر الأشخاص المصابون باضطراب الهلع نشاطًا مفرطًا في اللوزة الدماغية الموجودة في المخيخ - an overactive amygdala، وهي الجزء من الدماغ المسؤول عن المشاعر (Wittchen, Knappe, and Schumann, 2014).

4- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس السلوكي

كانت المدرسة السلوكية هي المدرسة الفكرية الأكثر تأثيرًا في علم النفس الأمريكي حتى الستينيات. ولا تزال قوة رئيسية في علم النفس الحديث حيث تركز على مفهوم المنعكس

الشرطي الكلاسيكي والمنعكس الشرطي الاجرائي، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى التأثير العميق لسكينر (1904-1990) وجون واتسون (1878-1958). اتفق سكينر مع واتسون على أن مفاهيم مثل العقل والوعي والمشاعر ليست موضوعية ولا قابلة للقياس، وبالتالي فهي ليست ضرورية لتفسير السلوك (Peterson, 2009).

وادعى أنه يمكن تفسير السلوك من خلال تحليل الظروف الموجودة قبل حدوث السلوك المرضي ثم تحليل النتائج التي تتبع الاضطراب. أكد بحث "سكينر" حول التكيف الفعال على أهمية التعزيز في التعلم وكذلك في تشكيل السلوك السليم والحفاظ عليه. وأكد أن أي سلوك يتم تعزيزه (متبوعًا بعواقب سارة أو مجزية) من المرجح أن يتم تنفيذه مرة أخرى. علم النفس السلوكي هو المنظور الذي يركز على ما يلي:

- السلوك المتعلم بدلاً من الأعمال الداخلية للدماغ والجهاز العصبي.
- يعتبر هذا المنهج أن الظروف البيئية مهمة في إنشاء تقييم موضوعي لتطور الأفراد
- كان للبحث السلوكي آثار مهمة على المسائل المرتبطة بالطبيعة والتنشئة والإرادة الحرة.

وعليه اتفق السلوكيون مع مبدأ التنشئة، معتقدين أننا تتشكل حصريًا من خلال بيئاتنا. كما زعموا أنه لا توجد إرادة حرة، بل إن سلوكياتنا تتحدد من خلال الأحداث التي مررنا بها في الماضي.

مما سبق ذكر يمكن القول أن النظرة السلوكية ترى أن المرض النفسي أو العقلي ما هو إلى مجموعة أنماط سلوكية شاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم كتلك التي نتعلم بها السلوك السوي. ولكونها غير سوية فأنها استجابات متعلمة غير تكيفية.

تركز المدرسة السلوكية على مفهوم المنعكس الشرطي، أي أن ما يسمى بالاضطرابات ما هو إلا مجموعة استجابات تم اكتسابها من خلال عملية المنعكس الشرطي ثم تحولت إلى عادات مرضية. بمعنى آخر هي مجموعة استجابات شرطية لمنبهات أدت إلى إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب ارتباطها بأحداث معينة تبعث على الضرر أو الألم.

مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر الاجتماعية البيئية

ترى وجهة النظرة الاجتماعية أن الاضطراب النفسي والعقلي ما هو إلا نتيجة لعوامل الضغط الاجتماعية والبيئية المختلفة، مثل الاختلافات الثقافية أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور أو الأحداث المؤلمة أو التشاؤم الشديد أو انخفاض احترام الذات... وغيرها من الأحداث الضاغطة. يشير مفهوم نموذج الضعف والضغط The vulnerability-stress model على أننا جميعًا لدينا استعدادات أو نقاط ضعف للإصابة باضطراب نفسي تحت ضغط كافٍ. وتعتبر الشخصية الهشة أكثر عرضة للإصابة بالمرض النفسي ويمكن أن تزداد نقاط الضعف أو الاستعدادات بسبب العوامل الوراثية أو اختلالات الناقلات العصبية أو العوامل الهرمونية (Comer, 2014).

المراجع

Anderson, J.R. (2010). *Cognitive Psychology and Its Implications*. New York, NY: Worth Publishers.

Peterson C. (2009). Psychological Approaches to Mental Illness. In: Scheid TL, Brown TN, eds. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge University Press: 89-105.

Wittchen, H.U., Knappe, S., Schumann, G. (2014). The psychological perspective on mental health and mental disorder research: introduction to the ROAMER work package 5 consensus document. Int J Methods Psychiatr Res. (Suppl 1): 15-27.

doi: 10.1002/mpr.1408. PMID: 24375533; PMCID: PMC6878569.
Comer, R. J. (2014). Abnormal psychology (8th ed., DSM-5 update). New York, NY: Worth.

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2013). Personality: Theory and research (12th ed.). New York, NY: Wiley.
https://www.simplypsychology.org/behaviorism.html, January 2021

Introduction to the causes of psychological and mental disorders from the perspective of dynamic, cognitive, biological, behavioral and social psychology.

1- Causes of psychological and mental disorders according to the analytical psychology perspective

Freud believed that the unconscious is a storehouse of things that threaten the conscious life of the individual, such as disturbing sexual and aggressive drives as well as painful experiences that have been repressed or pushed into the unconscious.

This perspective emphasizes the role of the unconscious mind, early childhood experiences, and personal relationships in explaining human behavior and treating people suffering from mental and psychological disorders. It is believed that most behavioral processes stem from the unconscious, which consists of fears, thoughts and desires that the person is not aware of (Westen, 1998).

According to Freud, a person with a strong "ego" can balance the requirements of the "id" and the "superego", while a person with a fragile "ego" leads to an imbalance in the psychological system and thus the emergence of abnormal behavior.

If there are conflicts and the child is unable to resolve them, some personality traits may arise in adults that are associated with failure to resolve the conflict according to Freud, as shown in the following table:

development stages	**Stage Associated Problems that may develop**
Oral	Depression, narcissism, dependence
Anal	Obstinacy, obsessive-compulsive disorder, sadomasochism
Phallic	Gender identity problems, antisocial personality
Latent	Inadequate or excessive self-control
Genital	Identity problems

2- Causes of Mental and Psychological Disorders according to Cognitive Psychology Perspective

Cognitive psychology grew and developed in part in response to strict behaviorism, especially in the United States. Cognitive psychology views humans not as passive recipients who are pushed and pulled by environmental forces, but as active participants who seek out experiences, who change and shape those experiences, and who use mental processes to transform information in the course of their cognitive development. It studies mental processes such as memory, problem solving, reasoning, decision-making, perception, language, and other forms of cognition (Anderson, 2010).

The cognitive view of pathological behavior attempts to determine how the thoughts and beliefs an individual holds influence his or her feelings and behaviors. According to the cognitive view, rational and objective beliefs produce good mental health, while irrational and negative thoughts and beliefs produce mental and psychological health problems.

The cognitive perspective suggests that the causes of mental disorders are primarily the entanglement of dysfunctional or maladaptive thoughts. These thoughts are cognitive distortions of reality. **Tailing thinking** is all-or-nothing, or seeing things in black and white. It's either success or failure, with nothing in between. This type of thinking leads to unrealistic expectations of oneself and others. **Overgeneralization** is the belief that one negative event is generalized to all similar events. Negative, pessimistic thinking, such as constantly focusing on a facial defect. This type of thinking can easily lead to symptoms of depression. **Sensationalization** is the exaggeration of things and making them bigger than they really are. Thinking is based on self-blame and feelings of guilt.

3- Causes of Mental and Psychological Disorders according to Biological Psychology Perspective

From a biological psychology perspective, mental disorders are caused by biological factors such as genes and brain chemistry or structure. Behavioral geneticists who study the possible genetic causes of behavior have sought to determine the heritability of mental disorders. For example, according to Fernandez-Pujals et al. (2015), the heritability of major depressive disorder (MDD) in the United States is estimated at 37 percent.

The biological perspective also highlights the influence of brain chemistry and brain structure on the development of mental disorders. Brain chemistry refers to the chemicals that make up the brain called neurotransmitters. When these messages are not sent properly via neurotransmitters, a person may have a mental disorder. For example, low activity of the neurotransmitter serotonin is associated with major depressive disorder. Over activity or underactivity in the brain may be associated with mental disorders. People with panic disorder often show an overactive amygdala, the part of the brain responsible for emotions (Wittchen, Knappe, and Schumann, 2014).

4- **Causes of mental and psychological disorders according to behavioral psychology perspective**

Behaviorism was the most influential school of thought in American psychology until the 1960s. It remains a major force in modern psychology, focusing on the concept of the classical conditioned reflex and the operant conditioned reflex, largely due to the profound influence of Skinner (1904-1990) and John Watson (1878-1958). Skinner agreed with Watson that concepts such as mind, consciousness, and emotions are neither objective nor measurable, and therefore not necessary to explain behavior (Peterson, 2009).

He claimed that behavior can be explained by analyzing the conditions that exist before the pathological behavior occurs and then analyzing the consequences that follow the disorder. Skinner's research on operant conditioning emphasized the importance of reinforcement in learning as well as in shaping and maintaining healthy behavior. He asserted that any behavior that is reinforced (followed by a pleasant or rewarding consequence) is more likely to be performed again. Behavioral psychology is the perspective that focuses on:

- Learned behavior rather than the inner workings of the brain and nervous system.
- This approach considers environmental conditions to be important in creating an objective assessment of the development of individuals.
- Behavioral research has had important implications for questions related to nature, nurture, and free will. Behaviorists thus agreed with the nurture principle, believing that exclusively our environments shape us. They also claimed that there is no free will, but rather that our behaviors are determined by events that we have experienced in the past.

From the above, it can be said that the behaviorist view sees mental or psychological illness as a set of abnormal behavioral patterns that are acquired through learning, similar to those by which we learn normal behavior. Because they are abnormal, they are learned, maladaptive responses. The behavioral school focuses on the concept of the conditioned reflex, meaning that what is called disorders is nothing but a set of responses that were acquired through the conditioned reflex process and then turned into pathological habits. In other words, they are a set of conditioned responses to stimuli that led to the arousal of these behavioral aspects due to their association with certain events that cause harm or pain.

5- Causes of Mental and Psychological Disorders according to Socio-Environmental Perspective

The sociological perspective sees mental and psychological disorders as a result of various social and environmental stressors, such as cultural differences, poor socio-economic status, traumatic events, extreme pessimism, low self-esteem, etc.

The vulnerability-stress model indicate that we all have predispositions or vulnerabilities to developing a mental disorder under sufficient stress. A fragile personality is more susceptible to mental illness, and vulnerabilities or predispositions can be increased by genetic factors, neurotransmitter imbalances, or hormonal factors (Comer, 2014).

ثالثا: السواء والشذوذ

1- مفهوم السواء والشذوذ

السواء والشذوذ مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر. والفرق بينهما فرق في الدرجة وليس في النوع، أي أنهما مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة وفي الأزمنة المختلفة وفي الثقافات المختلفة.

والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي، فيحظى بقبول أفراد الجماعة التي ينتمي إليها ويتسق مع إطارها الثقافي، فيوصف سلوكه بكونه عاديا. أما إذا أبدى الفرد في سياق تفاعله مع بيئته المادية والاجتماعية أساليب توافق خارج إطارها سوف لا يحظى بقبول جماعته فيوصف حينئذ بكونه شاذا، ومن خلال هذا الطرح يبدو أن مفهوم السواء والشذوذ مرتبط ارتباطا وطيدا بالإطار الثقافي للجماعة أو المجتمع، ومن المعلوم أنه لا يوجد "نموذج مثالي" يساعدنا في التفريق الدقيق بين السوي وغير السوي، وعليه سوف نحاول تقديم هذين التعريفين للسوية واللاسوية

1- السواء أو السوية أو العادي

هي القدرة على توافق الفرد مع شخصه وبيئته ومجتمعه، والشعور بالرضا وتحديد أهداف وفلسفة سليمة في الحياة يسعى لتحقيقها.

- **الشخصية السوية حسب فرويد:** تكمن الشخصية السوية في قوة "الأنا"، التي تستطيع أن توازن بين مطالب "الهو" وضوابط "الأنا الأعلى"، أي على قدر قوة الأنا يتحدد مفهوم الشخصية السوية والشاذة لأن فشل "الأنا" في مهامها بسبب ضعفها، يعرض الشخصية إلى الإنهيار.

ومن مظاهر الشخصية السوية قدرة الفرد على الحب والعمل أي مدى قدرة الفرد على حب الآخر من جهة وقدرته على العمل المثمر من جهة أخرى في إطار ما يتفق مع العقل.

- **الشخصية السوية عند السلوكيين:** الشخصية السوية عند السلوكيين رهن بتعلم عادات صحية سليمة، وتجنب اكتساب العادات السلوكية غير الصحية. والصحيح هنا يتحدد بناء على المعايير الاجتماعية التي تحيط بالفرد. وعلى هذا الأساس تتحدد مظاهر الشخصية السوية وفقا لما تحدده الثقافة التي يعيش في كنفها الفرد.
- **المدرسة الإنسانية:** ترى المدرسة الإنسانية أن الشخصية السوية هي الشخصية التي تستطيع أن تحقق ذاتها بكل ما يحمله مفهوم تحقيق الذات من معاني الحرية والإرادة والمسؤولية والإبداع. الشخصية السوية حسب المدرسة الإنسانية تتمتع بمجموعة من المظاهر أهمها الشعور القوي بالانتماء والتوحد مع بني الإنسان، وشعور عميق بالمشاركة الوجدانية، والمحبة لبني الإنسان ككل.

2- اللاسوية أو الشذوذ

انحراف سلوك الشخصية عن السلوك العادي من حيث التفكير والمشاعر والنشاط، حتى يسوء توافقه الشخصي أو البيئي أو الاجتماعي.

معايير السواء والشذوذ

يقترح العاملون في مجال الصحة النفسية عددا من المحكات للتفرقة بين السلوك السوي وغير السوي، والتي تعين الأخصائي في عملية التشخيص، ويتحدد في ضوئها الشخص السليم نفسيا من الشخص المريض نفسيا.

تختلف المسلمات النظرية فيما بينها من حيث المفاهيم والمناهج، منها ما يعتمد على الأسلوب الإحصائي لتقرير ما هو عادي، وما هو غير عادي، ومنها ما يعتمد على المعيار الذاتي، أو المعيار الاجتماعي، أو المعيار المثالي، أو المعيار الباثولوجي، ومنها ما يعتمد على محكات أخرى ذات طابع إجرائي تقترح مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها في سلوك الفرد تشير إلى السواء وأخرى تشير على الشذوذ.

وفيما يلي سوف نعرض أبرز المحكات النظرية التي اقترحها علماء الصحة النفسية في تحديد السلوك السوي والسلوك غير السوي:

- **المحك الإحصائي:** يعتمد المحك الإحصائي على القياس النفسي بالدرجة الأولى، ويتخذ المتوسط أو المنوال معيارا يمثل السواء، ويكون الشذوذ هو الانحراف عن المتوسط بالزيادة أو النقصان. يقوم هذا المحك أساسا على درجة شيوع السلوك بين أفراد الجماعة، فإن السلوك العادي بناء على ذلك هو ما يتفق مع الغالبية العظمى من الأفراد، ومن ثم يعد الشخص المتوسط في خاصية ما هو أكثر الأفراد سواء حسب ما يوضحه المنحنى الاعتدالي المعياري.

لقد حاول أنصار هذا المحك استخدام الأسلوب الإحصائي لتحديد مفهوم الصحة النفسية السليمة، وإخضاعها للقياس النفسي كميا، مما جعلهم يؤكدون على احترام شروط القياس النفسي كالصدق والثبات.

يصلح هذا المحك بشكل دقيق في القياس الطبيعي، وتنقص دقته عندما يتجه إلى القياس النفسي، وفي أحيان كثيرة تنعدم مصداقيته كاختبار القلق مثلا، فطبقا لهذا المحك أن كل من يحصل على درجات منخفضة على مقياس القلق يصنف في خانة الشواذ. وعلى هذا الأساس يعتبر المحك الإحصائي في تحديد معنى السواء من حيث الصحة النفسية مضللا ومثيرا للبس خاصة السمات التي لا تتوزع بطريقة اعتدالية في المجتمع العام، أو تلك السمات التي تعتبر أكثر تعقيدا حيث يصعب عزلها وقياسها.

- **المحك الذاتي:** يعتمد هذا المحك على الرصيد المعرفي والمشاعر الخاصة للفرد، حيث يتخذ من ذاته الإطار المرجعي يرجع إليه في الحكم على السلوك ما إذا كان سويا أو شاذا. الفرد في هذا المحك يعتمد على مخزونه الشخصي وبناء على العوامل الذاتية والموضوعية التي تحدد إدراكه لموضوع ما أو سلوك ما، بحكم أنه نشأ في بيئة وثقافة معينة اكتسب من خلالها مجموعة من الخصائص والمظاهر تتشابه إلى حد كبير مع التوجه العم للجماعة.

من خلال ما سبق ذكره نطرح سؤال مهم ألا وهو كيف نحكم على سلوك يتفق مع ما حدده الفرد لنفسه من معايير على أساس هواه الشخصي بصرف النظر عن المقومات الأخلاقية والاجتماعية؟ الجواب هو أن مثل هذا المحك لا سبيل للاتفاق عليه، لأن لكل فرد دوافعه واتجاهاته وعلاقات خاصة مع الآخرين، وبالتالي يتعدد بتعدد الأفراد، فما قد يراه أحد الأفراد من تصرفات تحقق التوافق والشعور بالسعادة قد يراه فرد آخر تصرفات تفتقر إلى السواء لأنها تمس بمصالح الآخرين وتضر بكرامتهم.

- **المحك الاجتماعي:** يتخذ المحك الاجتماعي مسايرة المعايير الاجتماعية أساسا للحكم على السلوك بالسواء أو الشذوذ، يدعو هذا المحك على العمل في سبيل بناء وتدعيم القيم والأهداف والأنشطة الخاصة بالجماعة ونبذ كل سلوك يهدد تماسكه واستقراره. والمعيار الاجتماعي كما قدمه مظفر شريف في (كفافي،1997،ص48) مفهوم يشير إلى ما يقبله المجتمع من

قواعد وعادات واتجاهات وقيم وغيرها من العوامل التي تحدد سلوك الأفراد، بل عن هذه المعايير أداة في يد المجتمع يستخدمها كوسيلة ليوحد بها أفراده، ويزيد من تماسكهم.
إن تطور حركة المجتمع وأهدافه يؤدي إلى تطور المعيار الاجتماعي وظهور تغيرات ثقافية، وبالتالي في سياق عملية التغيير التي تقع في إطار التطور الاجتماعي، تتحول النظرة لما هو سوي وما هو غير سوي، وعليه يصبح المحك الاجتماعي محكا نسبيا يختلف من حقبة زمنية يمر بها المجتمع إلى أخرى. المجتمع في حد ذاته يصاب بالمرض ويصبح مريضا نتيجة لانهيار القيم و تفشي مظاهر الانحراف بمختلف أنواعها، وبالتالي فإن ما يعتبره هذا المجتمع سويا هو في حقيقة الأمر دلالة على سوء الصحة النفسية، ومما يذل على عدم سلامة المجتمع دائما ما أكده (عبد العزيز الشخص، 1985،ص6) عندما قال:" أنه يمكن الركون إلى هذا المحك إذا ما تأكدنا من أن معايير المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده تأتي من مصدر لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه، مصدر لا تكون له مصلحة مباشرة أثناء سن القوانين والتشريعات، ويتنزه عن الزيف والإجحاف والهوى وهو الله سبحانه وتعالى، وفي هذه الحالة يمكن القول أن ما يمارسه أفراد الجماعة يعد عاديا طالما أنهم يلتزمون بما أنزل الله وهو الحق."
انطلاقا مما ذكره عبد العزيز الشخص، يتبين لنا جليا أن المحك الاجتماعي مع انتشاره وشيوعه في الاستخدام لا يكون سليما وكافيا إلا إذا اعتمد على مصدر رباني في سن القوانين والتشريعات، لأن الفكر البشري إلى حد الساعة لم يستقر على الحقيقة التشريعية والأخلاقية المطلقة. فيقول في هذا الشأن (أنور الجندي، دت: 352): "الإسلام لا يقر نسبية الأخلاق أو زمانها أو ارتباطها بالبيئات أو العصور. فالأخلاق قيم ثابتة مرتبطة بالإنسان من حيث هو إنسان لا يخضع للتغيير، إنما تتغير العادات والتقاليد المحدثة. وفي مفهوم الإسلام أن هناك قيما ثابتة لا سبيل إلى تغيرها في العقائد والأخلاق. وأن هناك قيما تتغير وتتطور مع الأزمان والأحداث. أما القيم الأصيلة الثابتة فإن أي تطور حضاري أو تغير في نظام المجتمع، لا يقضي عليها، ولا يترخص لتأويلها. وليست قيم الإسلام قيم عصور مضت أو بيئات بدوية كما ترددها الشبهات وإنما نزل القرآن للعالمين جميعا وللأزمنة والعصور على نحو سمح مرن يضع الأصول والضوابط، ويفسح الإطار الواسع للتحرك والتطور والتغيير، فلا توصف قيمة بأنها قديمة أو بدوية، أو خاصة بأمة أو عصر."
- **المحك المثالي:** يعتبر هذا المحك أن السوية هي بلوغ مرتبة المثالية، و اللاسوية هي الانحراف عن المثل العليا أو الكمال . لقد صاغ هذا المحك غولدنبارغ (Goldenberg, 1977, p18)، حيث يرى أن الشخص العادي هو الفرد الجيد، والمثالي، والعقلاني، والناضج، يعمل بكفاءة، ومتماسك، خالي من العقد المعرقلة، واقعي، مستقل، ومعطاء، ومحب، ومسالم، وهادئ، ومتعاطف. أما الفرد غير العادي بناء على هذا المحك هو الشخص الذي لديه عجز أو نقص في واحدة أو أكثر من الطرق الرئيسية في التفاعل الاجتماعي. ولما كان من الصعب أن يبلغ فردا ما مرتبة مثالية، فإن ما نستنتجه من هذا المحك أن المثاليين سيكونون أقلية نادرة في المجتمع إن لم نقل غير موجودين تماما لأنه لا يوجد شخص واحد يمكن أن ينطبق عليه هذا المحك بحيث يكون خاليا من المشاكل الانفعالية كالتوتر والقلق والخوف والإحباط والصراع أو الشعور بالذنب وغيرها من المآزم النفسية.
- **محك نمو الفرد وصالح الجماعة:** صاحب هذا المحك هو جيمس كولمان في (كفافي، 1997، ص50)، يرى هذا المحك أن السلوك السوي هو الذي يتفق مع نمو الفرد وصالح

الجماعة في الوقت نفسه، أي القدرة على استغلال القدرات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن دون أن يخل بمصالح الجماعة، بل يعمل على تماسكها واستقرارها وتقدمها . ويؤكد كولمان أن هذا المحك سمح بتقديم تعريفات أكثر تحديدا للطبيعة الإنسانية، وللسمات المميزة للإنسان ومتطلباته وحاجاته، وبالتالي الاهتمام بالبيئة التي تضمن التوافق والتكامل والنضج وتحقيق الأهداف والحفاظ على صالح الجماعة. أما السلوك غير السوي هو السلوك الذي يعبر عن سوء التكيف ولا يستطيع حل هذه المعادلة، أي الذي لا يتمكن من تحقيق النمو الفردي أو صالح الجماعة أو كلاهما معا.

يبدو أن هذا المحك من الناحية النظرية دقيق وشامل إلا أنه على المستوى الإجرائي العملي يصطدم بمشكلة العلاقة بين الفرد والمجتمع وخاصة على مستوى الحقوق والواجبات. لأن النظم والتشريعات الموضوعة لم تتمكن لحد الآن من ضبط المعادلة المفقودة بين الفرد والمجتمع. يعترف "كولمان" بصعوبة استخدام هذا المحك من الوجهة العملية في تبيين السلوك السوي من السلوك غير السوي، وينتهي إلى القول (في كفافي، 1997، ص52): "إن أفضل ما يمكن أن نفعله هو أن نقترح ثلاثة أنماط من الأسئلة الأخصائي العيادي أن يعتمد عليها في محاولته تقدير سوية السلوك أو لا سويته. وتتعلق هذه الأسئلة بالعلاقة بين استجابات الفرد وبين حاجاته وقيمه من الناحية، وبين استجاباته وبيئته من ناحية ثانية، وبين استجاباته وتحقيق ذاته وصالح المجتمع من ناحية ثالثة.

- **المحك النفسي المرضي:** يعتمد هذا المحك على الأعراض المرضية حسب الجداول العيادية، وخاصة الذي نجده في "الدليل الإحصائي الدولي لتصنيف الأمراض والإصابات" الذي تصدره منظمة الصحة العالمية. المحك الباثولوجي من أشهر المحكات التي تستخدم في عملية التشخيص والعلاج، ومن هنا يعتبر السلوك غير سوي عندما تظهر أعراض مرضية معينة أو اضطرابات نفسية أو عقلية يمكن تصنيفها في خانة المرض العصابي أو الذهاني أو الحالات الحدودية.

هذا المحك يغفل تماما الدلالة الخلقية لسلوك الفرد، فهو يحكم على السلوك الشخصي غير الأمين، والمراوغ ، والمنافق ، والمخادع ... بأنه سلوك عادي من وجهة نظره لأنه لا يظهر أي اضطراب أو أعراض مرضية مصنفة في الجداول العيادية . ولذلك فإن الاقتصار على المحك الباثولوجي لا يعتبر كافيا للحكم على السلوك إذا ما كان سويا أو شاذا.

- **محك التوازن أو المحك الإسلامي للسلوك:** صاحب هذا المحك هو (علاء الدين كفافي،1997، ص56)، قدمه للتمييز بين السلوك العادي والسلوك غير العادي، وهو يقوم على فكرة الوسطية والتوازن بين جوانب النفس الإنسانية، والتوفيق بين نزعاتها المتقابلة، والتوازن المقصود ليس نقطة متوسطة بين الطرفين المتقابلين ولكنه يقصد الجمع بين محاسنها دون عيوبها.

ويقدم مجموعة من السلوكات القائمة على التوازن، حيث يرى أنه سلوك وسط بين الجماعية والفردية، والروحية والمادية، العبادة والعمل، التطوع والالتزام، الوازع الداخلي والوازع الخارجي، التواضع والعزة، الحرية والمسؤولية، الثبات والتغير، الإيجابية والسلبية، المثالية والواقعية . وخلص إلى أن السلوك السوي طبقا للمحك الإسلامي يتسم بما يأتي:

1- الواقعية - 2- الشعور بالأمن والطمأنينة – 3 - المرونة – 4 - الإدراك الصحيح للواقع 5- فهم الذات وتقبلها وتطويرها –6- التعادلية في العلاقات مع الآخرين 7- التناسب مع المواقف .

خامسا: الميكانيزمات الدفاعية

تعتبر الميكانيزمات الدفاعية حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1998: 141-165) أساليب ووسائل لاشعورية تحاول دوما إحداث التوافق النفسي، وتعتبر هذه الحيل بمثابة أجسام مضادة تدافع عن الكيان النفسي وتحارب الإحباط والصراع والتوتر والقلق.

يسعى الفرد للتخفيف من شدة القلق بمواجهة صراعاته وحلها، أو إزالة أسبابها أو عن طريق اللجوء إلى الدفاع مستخدما ما أسماه علماء النفس بالميكانيزمات الدفاعية التي تقوم بتشويه الحقيقة، حتى يتخلص الفرد من قلقه وتوتراته الناتجة عن الصراعات والاحباطات التي تهدد أمنه النفسي.

تتشكل الميكانيزمات الدفاعية عبر سيرورة بنيوية نفسية سوية لدى كل شخصية، فهي تحدد خصوصية وأسلوب الفرد في تشكيل سماته التي تمثل نمطه في التوافق مع محيطه. الميكانيزمات الدفاعية متناوبة فيما بينها وبعضها يتضمن البعض الآخر. ولفهمها وتفسيرها يجب توضيح منشئها وسياقها وتوضيح معناها وإبراز هدفها. فالميكانيزمات الدفاعية ليست سلبية في حد ذاتها، إلا أن مدى استخدامها من طرف الشخص هو الذي يحدد قيمتها. فإذا كانت سلوكات الشخص مبنية فقط على المبدأ الدفاعي يؤدي ذلك إلى العصاب المزمن أو الذهان، ذلك أن الاعتماد عليها دوما، يفقدها مرونتها وبالتالي تفشل بفعل الصراع بين الرغبات والضغوط. ومن هذه الميكانيزمات ما يلي:

- التعويض: يعتبر التعويض الأساس النظري لعلم النفس الفردي الذي أسسه ألفرد أدلر، وآلية من آليات الدفاع النفسي من منظور التحليل النفسي تقوم على أساس التفوق في ميدان من الميادين لتعويض الإخفاق أو عجز حقيقي أو متخيل في الميدان الذي أشعره بالنقص. ويساعد التعويض على نسيان الفشل وكبته عن طريق نشاط بديل يعطي مظهر يخفي المظهر الأصلي.

- التقمص: هي عملية تشكيل الشخصية على غرار شخص آخر وذلك بتمثيل واستعارة وتبني ما في غيره. والتقمص آلية سوية تساهم في عملية النمو واكتساب الشخصية، يبدأ الطفل في تقمص شخصية أبيه وعندما يصبح مراهقا أو راشدا يتقمص شخصية رجل سياسي أو فنان أو لاعب كرة القدم...

إذا زادت هذه الآلية عن حدها المقبول ستصبح اضطرابا هذيانيا يعتقد فيه الشخص عدة اعتقادات.

- الكبت: هو ابعاد الدوافع والأفكار والخبرات المؤلمة والمخيفة إلى اللاشعور حتى تُنسى، وهناك اختلاف بين الكبت والقمع، حيث أن القمع هو كبح وضبط الرغبات بطريقة واعية في ضوء المعايير الاجتماعية.

إن المحتويات المكبوتة تحتفظ بطاقة تتيح للمكبوتات العودة إلى الحيز الشعوري بشكل رمزي، غالبا كما يحدث في الأحلام والاستهامات والهفوات وزلات القلم واللسان أو بأعراض عصابية.

- الإنكار: هو إلغاء لاشعوري لحقيقة مؤلمة تجنبا للألم وخفض التوتر (كإنكار خطر خارجي، أو إنكار موت شخص عزيز..)، يقوم الشخص من خلال هذه الآلية بعملية تزوير لذاكرته بطريقة لاشعورية، فيعمل الفرد هنا بإلغاء أفكار أو نزعات أو سلوكات برزت في حياته النفسية، فيغطيها بأفكار وسلوكات أو انفعالات مضادة.

الإفراط في استخدام هذه الآلية يشاهد لدى الوسواسيين والسلوك المزوشي.
- النكوص: هو الرجوع إلى مرحلة من مراحل النمو السابقة، والاستجابة لمظاهرها فيصبح الشخص عاجزا عن استخدام نضجه النفسي بما يوافق رغباته وحقوقه وعدوانيته الطبيعية، وبما يلائم متطلبات الموقف الراهن مثلا: الشخص الذي لا يستطيع مغادرة قريته، أو حيه أو مدينته خشية الضياع أو الحيرة نتيجة لاستجابة نكوصية إلى مرحلة سابقة من العمر. أما في الذهان وخاصة الفصامي تنكص شخصيته إلى شخصية الرضيع.
- العزل: هو عزل فكرة أو سلوك في نطاق أحد أبعادها أو عن مركباتها الأخرى، مما يبعد خطر ارتباطها بانفعالات مثيرة للقلق كشخص يشرب الخمر وقام بمشكل معين أو حادث سببه تناول الخمر وعند استجوابه يعزل تماما السبب المؤدي إلى الفعل.
- الإعلاء: هو التسامي والارتقاء بالدوافع وتصعيدها إلى مستوى أعلى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيا.
- التحويل: هو نقل أو تحويل رغبات ونزوات ومشاعر من موضوعها الأصلي الذي يكون مصدر قلق إلى موضوع بديل يكون أقل إثارة للقلق والحصر نحو الذات أو الآخر، أو الاستياء كما في حالة الخوف أو الجسد ذاته كما في حالة الهستيريا أو على محتويات مجردة أو رمزية كما في حالة الوسواس.
- الإسقاط: تحدث هذه الآلية عندما ينسب الفرد لاشعوريا إلى موضوع خارجي مجموعة من الصفات أو السمات أو المشاعر أو الانفعالات تنبع في الحقيقة من اللاشعور، مثلا: تسقط الطفلة خوفها على الدمية وتقول أن دميتها خائفة.
نشاهد في مواقف أخرى من الإسقاط الإبدال أين يحمل العرض اشباعا رمزيا بديلا للرغبة اللاواعية.
- الاستبطان أو الاستدماج: يشتق الاحتواء من التقمص والتماهي، وهي آلية معاكسة للإسقاط، وهي عملية امتصاص مواضيع أو انفعالات ومعايير اجتماعية أو سمات معينة وإدماجها في الذات حيث ينكر مصدرها الخارجي وينسبها إلى ذاته.
- السلبية: هي مقاومة الضغوط والمسؤوليات أو الواجبات حيث يفعل الشخص عكس ما يطلب منه أو يتجنب فعله كالصمت والمقاومة والمعارضة والتمرد والعناد والرفض.
- العدوانية: آلية نفسية تقوم على إيذاء الآخرين أو هجوم يوجه نحوهم الكيد والتشهير والاستخفاف أو التنكيت اللاذع أو الهجاء.
- الانسحاب: هو الانعزال والابتعاد التام عن الآخر كمصدر للقلق والتوتر والإحباط والصراع الشديد.
- الاستهام: هو اللجوء إلى أحلام اليقظة كاستجابة مباشرة للانسحاب.
- التبرير: هو تقديم أعذار وتفاسير منطقية مقبولة للفشل، أو مشاعر النقص التي تنتاب الفرد، أي عقلنة أسباب الفشل والعجز.
- الإنكار: هو إلغاء لاشعوري لحقيقة مؤلمة تجنبا للألم وخفضا للتوتر. كإنكار خطر خارجي محدق، أو إنكار موت شخص عزيز...
- الإزاحة: هي إعادة توجيه انفعالات العدائية المكبوتة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الموضوعات أو الأفكار الأصلية التي سببت الانفعال. ونشاهد الإزاحة في شكلها التطرفي لدى المرضى عقليا حيث يفرغون شحنات عدوانية على أشخاص لا يمثلون لهم أي شيء.

- التعميم: هو تعميم تجربة أو خبرة معينة على سائر التجارب والخبرات المتشابهة أو القريبة منها.
- التكوين الرجعي: هو موقف أو سلوك خارجي يذهب في شكل معاكس لرغبة مكبوتة ويشكل رد فعل ضدها، أو انقلاب من الإفراط إلى التفريط.
مثلا: التدين الشديد تكوين عكسي للإلحاد، أو مهاجمة التفكير الخرافي كرد فعل معاكس للإيمان به، أو الإفراط في الضحك كرد فعل عكسي لمصيبة كبيرة.

سادسا: تشكل الشخصية ونموها

تتشكل شخصية الانسان انطلاقا من نمو وتفاعل العناصر البيولوجية والنفسية، تنخرط هذه العناصر بفعل العوامل الوراثية والمحيط في سياق تطوري تتبلور فيه المكونات الأساسية للشخصية، والتي يمكن وصفها بأنها عقلية وانفعالية وفيزيولوجية ومورفولوجية. تنتظم هذه المكونات في علاقة دينامية. تتباين مميزاتها ونوعية تطورها حسب العمر والمحيط والعناصر المرضية النفسية والبيولوجية.

تخضع الشخصية في تشكلها لمحددين اثنين: أولها استعدادات الكمون البيولوجي الوراثي، وثانيهما التكيف مع متطلبات المحيط الاجتماعية والثقافية. وتنجم عن تفاعل كليهما البنية الخصوصية لشخصية كل فرد.

تعريف الشخصية

حسب ألبورت الشخصية هي تنظيم دينامي للأجهزة النفسية والجسدية،

سادسا: بنية الشخصية

1- البناء الوظيفي للشخصية

يتكون البناء الوظيفي للشخصية من مجموعة مكونات متكاملة ومترابطة وظيفيا في حالة السواء. وإذا حدث اضطراب أو نقص في أي مكون من مكوناتها يؤدي إلى اضطراب في البناء العام والأداء الوظيفي للشخصية. وفيما يلي مكونات الشخصية:

المكون الجسمي: يتضمن هذا المكون الشكل العامل للجسم كالطول والوزن والأداء الحركي والحواس، ووظائف أعضاء الجسم وأجهزته، كالجهاز العصبي والدوري والهضمي والتنفسي والغدي والجهاز التناسلي.

المكون العقلي والمعرفي: ويتضمن القدرات والاستعدادات والعمليات العقلية العليا كالإدراك والتفكير والتذكر والانتباه والوعي والتخيل والتركيز والتمييز، والمهارات اللغوية.

المكون العاطفي الانفعالي: وتتضمن مختلف الانفعالات والعواطف كالحب والكره والخوف والفرح والغضب والتوتر والحزن.

المكون الاجتماعي والثقافي: ويشمل أنماط التنشئة الأسرية والاجتماعية للفرد داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع وجماعة الرفاق والمعايير والقيم الاجتماعية والأدوار والاتجاهات والتفاعل الاجتماعي والقيادة والتبعية ...الخ.

2- البناء الدينامي الميثاسيكولوجي للشخصية

يتضمن البناء الديناميكي للشخصية من منظور التحليل النفسي القوى المحركة للجهاز النفسي والتي تحدد طبيعة السلوك ونوعيته. يتكون البناء الميثاسيكولوجي للشخصية من الشعور وما قبل الشعور واللاشعور حسب النموذج الأول الذي قدمه "فرويد" حيث يخضع الشعور إلى مبدأ الواقع بينما يخضع اللاشعور إلى مبدأ اللذة.

يمثل الشعور منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي، وهو الجزء السطحي من الجهاز النفسي. بينما يمثل اللاشعور معظم الجهاز النفسي ويحتوي على ما هو كامن ومكبوت ذو طابع جنسي وعدواني ومن الصعب استدعاؤه لأن قوى الكبت تعارض ذلك. غالبا ما تظهر المكبوتات على شكل أحلام أو أعراض مرضية نفسية أو عقلية.

أما ما قبل الشعور يتضمن ما هو كامن ويمكن استدعاؤه إلى الشعور مثل الرصيد اللغوي والذكريات ومختلف المعارف.
في سنة 1920 غير "فرويد" النموذج الطبوغرافي الأول واستبدله بالنموذجي الطبوغرافي الثاني: الهو، الأنا، الأنا الأعلى. حيث يمثل الهو الجانب الغريزي من الشخصية ويتضمن المكبوتات التي تخضع لمبدأ اللذة، أي أنه يندفع إلى إشباع دوافعه اندفاعا عاجلا وفي أي صورة وبأي ثمن.
أما الأنا الأعلى هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الدينية والاجتماعية. فهو بمثابة سلطة داخلية ورقيب أخلاقي ونفسي. أما الأنا يمثل أساسا الجزء الشعوري من الشخصية وجزء منه يمتد إلى منطقة اللاشعور ومن مهامه العمل على التوفيق بين الواقع والرغبات ويتواجد في موقع الوسيط بين نزعات الهو والأنا الأعلى بقيوده، أي أنه يقوم ببناء آليات دفاعية نفسية لاشعورية ضد الحصر والقلق الناجمين عن الصراعات النفسية الباطنية وينمو الأنا بفعال الخبرات التربوية والثقافية.

3- وظيفة الجهاز النفسي

- **الدينامية النفسية:** من منظور مدرسة التحليل النفسي يعبر كل موقف أو سلوك عن صراع ما بين الرغبات المتعارضة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أو بين الفرد وذاته. عندما تصطدم رغبة غريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها الأنا الأعلى تتدخل المكانيزمات الدفاعية النفسية في تقديم حلول وسط بين التخلي عن الرغبة واشباعها.

- **العنصر الاقتصادي الطاقوي في الجهاز النفسي**: يستمد الجهاز النفسي نشاطه من طاقة نفسية تسمى "اللبيدو" تعمل على تحريك النزوات والغرائز عبر المسالك الليبيدية. والنزوة دافع نفسي داخلي ثابت ومستقر لا يمكن تجنبه أو إلغاؤه تهدف إلى تحقيق هدف نوعي يتمثل في خفض حدة التوتر. أما موضوع النزوة أو الدافع يمثل تلك الأداة التي يمكن بواسطتها تحقيق الهدف. يميز "فرويد" نوعين من الغرائز أو النزوات:
غريزة الحياة أو النزوات الجنسية: النزوات الجنسية لا تقتصر فقط على الأنشطة والمتع المتعلقة بالوظائف التناسلية، بل تشمل حتى اشباع مختلف الحاجات بما فيها الحاجات الفيزيولوجية كالتغذية والتنفس والإخراج...الخ أما غريزة الموت أو النزوات العدائية: وتشمل كل الرغبات العدوانية التدميرية التي تنشأ نتيجة الحرمان.
يفهم من مصطلح اقتصادي - طاقوي ذلك التوزيع والسريان للطاقة الليبيدية، حيث أنها قابلة للزيادة والنقصان والتعديلات طبقا لمبدئي اللذة والألم. يستهدف الجهاز النفسي دائما تحقيق اللذة وتجنب الألم بتفريغ الطاقة النزوية الغريزية.
يحرك مبدأ اللذة **Pleasure principle** الرضيع في المرحلة الأولى من حياته عند حضور الأم أو التدي وعند غياب الموضوع المحبوب أي الموضوع المغذي يعوض ذلك بإشباع استهامي باستخدام أصبع الإبهام لا يكن هذا النوع من الاشباع لا يحقق الرغبة المطلوبة وفي النهاية لا يخفف التوتر فيصطدم الرضيع "بالواقع" **Reality principle** ، ومع مرور الوقت يجبر الأنا على التمييز بين متطلبات الذات ومتطلبات العالم الخارجي، أو ما هو ذاتي وما هو موضوعي **Subjectivity and Objectivity**.
تنجم الصراعات النفسية عن تعارض مبدأ الواقع مع مبدأ اللذة. وتمتاز النزوة بعنصرين هامين هما: التمثيل **Representation** وهو المضمون الواقعي لسياق فكري سواء كان تذكرا أو

استهاما أو تصورا أو تجريدا. أما العنصر الثاني هو الوجدان **Affectivity** وهو التعبير العاطفي عن النزوة وتغيراتها.
يسعى كل من مبدأ الواقع ومبدأ اللذة إلى تحقيق الإشباع **Gratification**، ولكن الفارق الجوهري بينهما هو أن مبدأ الواقع يركز أكثر على المثابرة **Tenacity** وتحقيق الهدف سواء على المدى القصير أو المتوسط أو الطويل بينما يتجاهل مبدأ اللذة كل شيء باستثناء الإشباع الفوري لرغباته.

Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 1–7. https://doi.org/10.2307/1129830
Sroufe L.A. (2009). The Concept of Development in Developmental Psychopathology. *Child Dev Perspect*. 1;3(3):178-183. doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x.

البنية النفسية المرضية حسب بارجوري

يعرف بارجوري البنية النفسية على أنها ذلك التنظيم الثابت والنهائي لتلك المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية.

تتمثل المكونات الأساسية حسب بارجوري في المعايير الثلاثة التالية: القلق أو الحصر والعلاقة مع الموضوع والميكانيزمات الدفاعية.

تتحدد المكونات الميتاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب بارجوري في خمسة أبعاد، كما تلخصها (ميموني، 2008، ص 22).

1- على مستوى نكوص الليبيدو والأنا

- في البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينكص إلى مرحلة اللاتمايز أو تمايز بدائي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور الوسيط، فيقع تحت سيطرة الهو.

- في البنية العصابية: يرجع نكوص الليبيدو إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية، مثل: ما هو في العصاب القسري، والى المرحلة الأوديبية أو القضيبية، الأنا يتمايز كلية مع تمايز الموضوع.

- في البنية الحدية: يرجع نكوص أو التثبيت إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية، وأزمة الأوديب لم تلعب دورها التنظيمي، هنا يدخل الأنا إلى مرحلة التمايز لكن مازال اتكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية اتكالية للموضوع.

2- على مستوى طبيعة القلق أو الحصر

- في البنية الذهانية: يكمن القلق في البنية الذهانية من التجزء، والتفكك، واليأس، والتلاشي، والموت، لأن الأنا تفكك وانشطر.

- في البنية العصابية: مهما كان نوع العصاب، فإن قلق الخصاء هو المسيطر على هذه البنية، أو قلق الإثم والخطأ، والشخص لا يمكنه معايشة الحاضر لأنه منجذب نحو الماضي النزوي.

- في البنية الحدية: يكمن القلق من فقدان الموضوع المحبوب الذي يتمثل في الأم وبالتالي تنامي مشاعر الألم والانهيار.

3- على مستوى العلاقة بالموضوع

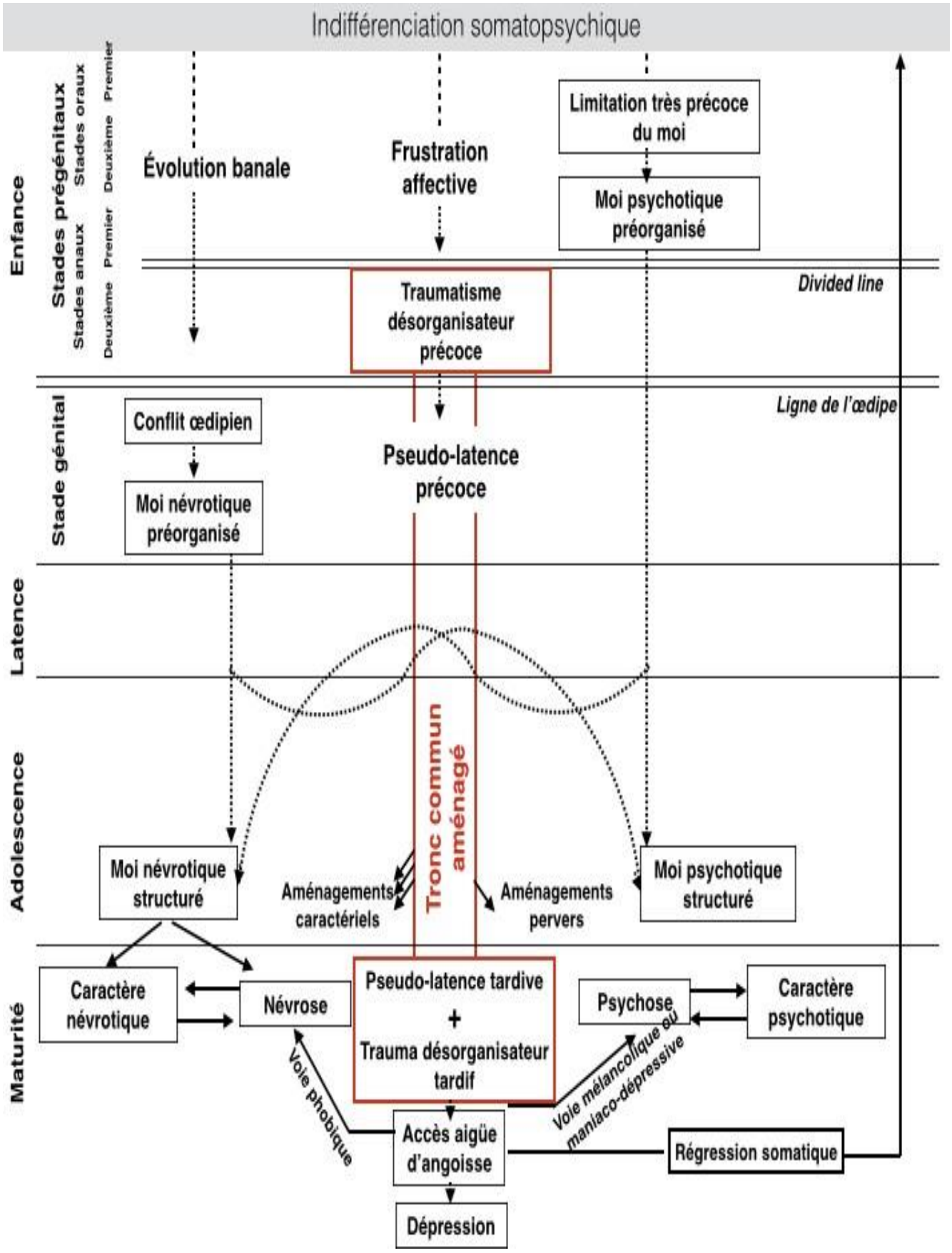
الصدمة المبكرة:

تؤدي الصدمة المبكرة إلى سحب الاستثمار بشكل اندفاعي من جهة وانسحاب نرجسي يؤدي إلى المرحلة التالية من التطور الحدي. الطبيعة النرجسية للصدمة المرتبطة بخيبة الأمل الأولية تؤدي إلى عدم القدرة على تجاوز الرغبات الأوديبية.

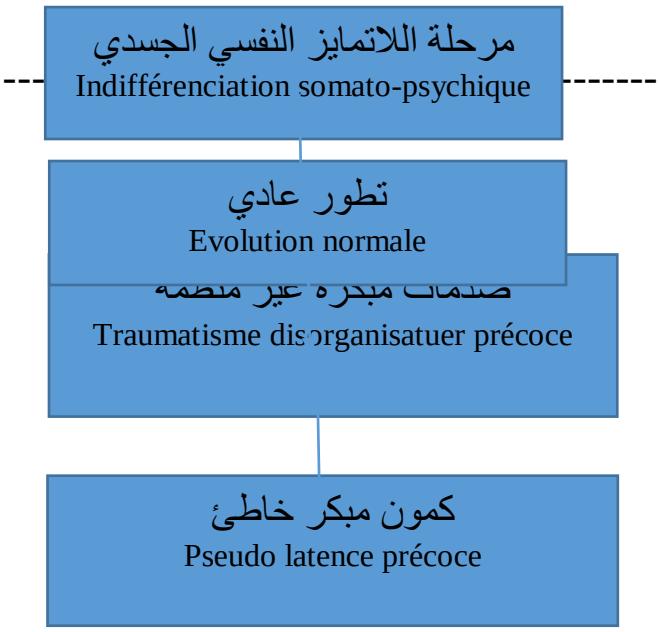
التطور النفسي المرضي للجدع المشترك (ذهان عصاب حالة حدية)

في أعقاب الصدمة المبكرة، يتجمد التطور الليبيدي في المواقف النرجسية النكوصية، مشكلاً نوعًا من فترة الكمون المتوقع، أو ما يسمى "الكمون الزائف المبكر *pseudo-latence précoce*"، يبدأ قبل الفترة الأوديبية، ويمتد إلى ما بعد فترة المراهقة. وهكذا يتم تشكيل "جوهر مشترك متطور *tronc commun aménagé*" يميز التنظيم الحدي الاكتئابي بالرغم من غياب مظاهر الأعراض.

تجدر الإشارة أنه في الكمون الزائف، أنه لا يوجد تراجع في الأوديب بسبب آلية الإنكار أو النفي. عند هذا المستوى سوف ينقسم الأنا إلى موقفين غريزيين: اتجاه وظيفي يتوافق مع الواقع الخارجي الذي يتناسب مع الجانب العصابي، وجانب يتوافق مع الواقع الداخلي للقلق نتيجة لفقدان الموضوع الذي يتوافق مع الجانب النرجسي ويشير إلى المسار الذهاني.



البنية الحدودية (أثناء مرحلة الطفولة)



فيما يلي جدول تلخيصي لمميزات البنيات الثلاث

	الأعراض **Symptoms**	**الخوف والحصر من** **Angoisse de**	**العلاقة بالموضوع** **Relation d'objet**	**الميكانيزمات الدفاعية** **Mécanisme de défense**
الذهان **psychose**	تفكك الشخصية Depersonalization Deliria - هذيان	التجزؤ Morcellement	اندماجي Fusionnelle	النفي - Deni- ازدواجية الأنا Dédoublement du moi
العصاب **Névrose**	أعراض وسواسية Obsessionals - هستيرية Hystérique	الخصاء Castration	تناسلي Génitale	الكبت Refoulement
الحالات البينية **Etat limite**	انهيار– كئابة Depression	فقدان الموضوع Perte d'objet	اتكائي Anaclitique	اغفال، نبذ، طمس Forclusion- Dédoublement des imago

سابعا: العصاب

تعريف العصاب

العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية وهو حالة مرضية تجعل الشخص بعيدا عن التوافق النفسي، ويمثل العصاب المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية

نظرة تاريخية للعصاب

استخدمت كلمة العصاب لأول مرة من طرف العالم الاسكتلندي "وليام كالن" () سنة 1776 للحديث عن الأمراض التي ليس لها أسباب عضوية واضحة، بل اعتبرها إصابة عامة تمس الجهاز العصبي. تطورت هذه الفكرة في القرن التاسع عشر وأصبحت كلمة عصاب تصف كل الأمراض العقلية التي ليس لها سبب عضوي واضح. أما حاليا إن العنصر الأساسي الذي

يميز العصاب هو الصراع اللاشعوري الحاد المعاش من طرف المريض وجذوره تمتد إلى مرحلة الطفولة.

الشخصية العصابية

تتسم الشخصية العصابية بعدد من الخصائص أهمها عدم النضج وعدم الكفاية، والضعف وعدم القدرة على تحمل الضغط وعدم الثقة في الذات، والقلق والخوف والتوتر والعصبية المفرطة والاعياء والتمركز حول الذات والأنانية، واضطراب العلاقات الاجتماعية وضعف البصيرة وعدم الرضا عن الحياة والحساسية المفرطة. وبالرغم من ذلك يظل المريض في حدود الوعي، ومسايرة الحياة الاجتماعية، والمحافظة على المظهر العام وواع بمرضه، ويرغب في العلاج والتعاون مع المعالج في أغلب الأحيان.

أسباب العصاب

- الأسباب الوراثية نادرة، وأهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ.
- يلعب الصراع بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والموانع الخارجية أو بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع دورا أساسيا في الإصابة به
- يساهم الكبت والإحباط والتوتر الداخلي وضعف الآليات الدفاعية النفسية دورا مهما في بلورة الأنماط العصابية.
- تساهم مشكلات والصدمات النفسية التي يتعرض إليها الفرد أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة كسوء العلاقة مع الوالدين والخوف والحرمان والعدوانية دورا أساسيا في تأصيل الحالة العصابية.

تفسير المدرسة التحليلية للعصاب

أرجع **"فرويد"** (Sigmund Freud) العصاب إلى عوامل نفسية حيوية وابتعد عن العوامل الثقافية والاجتماعية، وجعل من القلق الناتج عن الصراع الأوديبي نواة العصاب ومنشأه. كما يرى أنه لا يوجد عصاب نفسي بدون استعداد عصابي ترجع جدوره إلى مرحلة الطفولة.

يرى **"كارل يونغ"** (Karl Yung) أن المرض النفسي محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع، ويرجع العصاب إلى تلك الذكريات المكبوتة في اللاشعور.

بينما يرى **"أدلر"** (Alfred Adler) أن نشأة العصاب تتمثل في خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئة، وعدم القدرة على اتخاذ أسلوب سليم في الحياة. ويركز على مفهوم عقدة النقص والتعويض النفسي الزائد في تفسير الأعراض العصابية. كما يركز على العلاقات الأسرية المضطربة وأثرها على التنشئة الأسرية والاجتماعية للطفل.

ترى **"كاران هورني"** (Karen Horney) أن هناك ثلاثة اتجاهات عصابية، يتضمن كل منها عنصرا من عناصر القلق نمت نتيجة مجموعة من الظروف الثقافية والاجتماعية أثناء عملية التنشئة. وتشكل خطأ في نمط حياة الفرد وهي:

التحرك نحو الآخر: في هذا الاتجاه الخاطئ يرتبط الشخص بالناس ارتباطا وطيدا، فهو يعتمد عليهم في كل صغيرة وكبيرة مع شعوره بالعجز والقلق كل ما أحس بأن الآخرين سيتخلون عنه.

التحرك ضد الآخر: يتضمن هذا الاتجاه بالتحرك ضد الآخر على شكل قطيعة ومعارضة والتمرد ويصاحبه الشعور بالعدوانية تجاهه.

التحرك بعيدا عن الآخر: متخذا العزلة والتمركز حول الذات خشية التبعات التي تلحقه من اختلاطه بهم.

وتتفق مع "فرويد" أن القلق هو أساس العصاب، وتعتبر أن خبرات الطفولة العنيفة تشكل تربة خصبة لنمو مختلف أنواع العصاب، فهي ترى أن الشخص العصابي أكثر صلابة وجمود بعيدا عن المرونة. وفي نظر الشخص العصابي أن العالم الخارجي ليس جدير بالثقة لأنه أكثر عدائية واحباطا. وهكذا يقع الشخص في الصراع مرير أطلقت عليه كارن هورني "الصراع الداخلي المركزي" central inside conflict وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية مما يؤدي إلى بروز سلوكات غير سوية يجد فيها الأمن.

أما "**أتو رانك**" (Oto Rank) يرى أن العصابي وذلك الشخص الذي لا ينجح في محاولة التغلب على صدمة الميلاد. والشخصية العصابية حسبه توقفت في نموها عند ما أسماه "بدور الشخص العصابي" فيشعر العصابي أنه شخص منبوذ من طرف الآخرين ولا يتقبل معاييرهم ولا يتقبل حتى نفسه، فهو شخص غير راض عن نفسه والآخرين، فتجده في كفاح مستمر ضد مختلف الضغوط الخارجية وفي صراع دائم بينه وبين الآخرين فتسيطر عليه مشاعر الخوف الناجم عن ذلك التهديد اللاشعوري بالفناء مما يؤدي إلى عدم الاستقلالية وعدم الثقة بالنفس وبالتالي الذوبان في الآخر.

أما "**إيريك فروم**" (Irik Fromm) يرى أن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الأخلاقي، وأن العرض العصابي يكون في كثير من الأحيان تعبيرا عن النزاع الأخلاقي أي صراع بين ما هو إنساني وما هو غير إنساني نتيجة لطغيان المادة عن الحياة العامة. فهي تعبير نموذجي عن مشاكل الإنسان الحديث الذي يعاني من القلق والحيرة والارتباك.

أما "**سوليفان**" (Sullivan) يعتقد أن القلق هو أساس الاضطرابات العصابية، فالعصاب ينبع من الشعور بالتهديد والحاجة إلى الأمن. فهو يرى أن المكانيزمات الدفاعية تعمل جاهدة على خفض التوتر وتحقيق الأمن النفسي وفشلها يعني اتخاذ أساليب غير سوية في مواجهة العالم الخارجي.

تفسير العصاب من وجهة نظر المدرسة السلوكية

من رواد المدرسة السلوكية وليام جيمس، بافلوف، واطسن، ثورندايك، هال، دولارد وميلر William James, Pavlov, Watson, Thorndike, Hull, Dollard and Miller

يحتل مفهوم "العادة" مركزا أساسيا في النظرية السلوكية باعتبار أن العادة هي الرابطة بين المثير والاستجابة، والعادة تكوين مؤقت وليس دائم في الشخصية، بحكم أنها متعلمة ومكتسبة وليست موروثة. كما أبرزت أهمية الباعث أو الدافع وهو مثير قوي بدرجة كافية لدفع الفرد للتحرك. وهناك دوافع أساسية بيوفيزيولوجية ودوافع مكتسبة كالحاجة إلى الأمن والانتماء إلى الجماعة...

وعلى هذا الأساس النظري يعتبر العصاب سلوك خاطئ تعلمه الفرد بطريقة المنعكس الشرطي، أي بتكرار وتعزيز خبرات معينة خلال حياته. فالشخص المصاب لم تسنح له الفرصة للتدرب على كيفية حل الصراع والمشكلات التي يتعرض إليها في حياته، مما أدى إلى تكوين شخصية هشة غير قادرة على المواجهة وتخطي الحواجز بشكل إيجابي، بل يقدم حلول خاطئة لا تعبر عن التوافق السليم.

الأعراض العيادية للعصاب Clinical symptoms of neurosis

اضطراب النشاط الجنسي: Sexual activity disorder الاضطرابات الجنسية تقربا تابثة لدى العصابي، إلا أنها متفاوتة في شدتها وأشكالها. فهي تمس الرغبة الجنسية والنواحي الانفعالية أو الوظيفة الجنسية أو السلوك الجنسي العام. ويمكن تلخيصها كما يلي:

- العجز الجنسي عند الذكور: Impotence ناذرا ما يكون كليا بل يظهر غالبا بشكل جزئي، وتعتبر اضطرابات القذف المبكر أكثرها مشاهدة.
- البرود الجنسي عند الإناث: Frigidity يشاهد بكثرة لدى النساء ويكون كليا أو جزئيا، وقد يقترن بالتشنج المهبلي وتلعب هنا العوامل الثقافية والاجتماعية دورا مهما.
- العادة السرية: Masturbation لا تكون ذات دلالة عصابية إلا عندما تُفضل على النشاط الجنسي الطبيعي، وعندما تقترن بمشاعر الذنب الشديدة.
- الفيتيشية: Fetishism: الشعور بالمتعة الجنسية أثناء التعلق الجنسي بالأشياء التي يستخدمها الطرف الآخر.
- النهم الجنسي: Sexual gluttony تسمى بالنمفومانيا Nymphomania عند المرأة وستيريازيس Satyriasis عند الرجل وهي المبالغة في الرغبة الجنسية أو الافراط في الممارسة الجنسية
- التخنث: Effeminacy الرغبة في التشبه بالإناث شكلا ومضمونا
- الاسترجال: Masculinity الرغبة في التشبه بالذكور شكلا ومضمونا
- السادية: Sadism الشعور بالمتعة الجنسية عند إلحاق الأذى بالآخر
- المازوشية: Masochism الشعور بالمتعة الجنسية عند إلحاق الأذى من طرف الآخر
- الاغتصاب: Rape وهي القيام بالعملية الجنسية بشكل عنيف وبدون رضا الطرف الآخر، مما يلحق الأذى بالجهاز التناسلي الأنثوي
- البيدوفيليا: Pedophilia الشعور بالمتعة الجنسية عند الاتصال الجنسي بالأطفال
- الزودوفيليا: Zoodophilia الشعور بالمتعة الجنسية عند الاتصال الجنسي بالحيوان
- النيكروفيليا: Necrophilia الشعور بالمتعة الجنسية عند الاتصال الجنسي بالأموات
- الجنسية المثلية: Homosexuality الشعور بالمتعة الجنسية عند الاتصال الجنسي بنفس الجنس
- الاستعراء والمشاهدة الجنسية: Exhibitionism and sexual spectacle الشعور بالمتعة الجنسية عند مشاهدة الطرف الآخر عاريا وتعتبر انحرافا جنسيا عندما تُفضل على الممارسة الجنسية الطبيعية.
- انحرافات جنسية أخرى: Other sexual deviations كالبغاء والممارسة الجنسية على المناطق الشبقية. Such as prostitution and sexual practice on erogenous zones.

2- اضطرابات الغذاء Eating disorders

ترتبط الاضطرابات الغذائية عادة بمشاعر الذنب والعقوبة الذاتية وتعويض الحرمان العاطفي، وتشمل فقدان الشهية، والافراط في الأكل، والبطء الشديد في تناول الغذاء، الشعور بالغثيان والقيئ.

Eating disorders are often associated with feelings of guilt, self-punishment, and emotional deprivation, and include Anorexia, overeating, slow eating, nausea, and vomiting.

7- Hypochondria

8- Obsessive and compulsive behaviors

3- **اضطرابات النوم** Sleep disorders

تحدث اضطرابات النوم نتيجة للتوتر النفسي ومخاوف الموت، والخوف من الأحلام المزعجة، ومهربا من الحصر ومواجهة الصراعات النفسية ومتطلبات الواقع. تشمل اضطرابات النوم: الصراخ الليلي، وصعوبة النوم، والنوم المتقطع، والأرق الليلي، وفرط النوم

4- **العدوانية** Aggression
تتظاهر العدوانية لدى العصابي بالمعارضة والاستثارة السريعة المتبوعة بالعصبية والتعنت والتسلط، أو تتخذ شكل التهكم والسخرية والنقد الادع.

5- **القلق** Anxiety
هو نوع من الخوف الغامض المصحوب بالتوتر والضيق وتوقع الأذى وعدم الاستقرار وتصاحبه أعراض فيزيولوجية كتصبب العرق وصعوبة التنفس وسرعة نبضات القلب وتغير الصوت والعرات والأرق والأحلام المزعجة.

6- **المخاوف** Hypochondria
هو خوف مرضي لا مبرر له ولا يقاوم ولا يعرف المريض مصدره، ولا يستطيع التخلص منه بالرغم من إدراكه أن موضوع الخوف لا يثير بطبعته الخوف. والمخاوف كثيرة جدا أهمها المخاوف المرتبطة بالأماكن المفتوحة أو الأماكن المغلقة أو الأشياء الحادة، أو الحيوانات الأليفة والخوف من الرعد والبرق والماء والنجوم والظلام والدم والنار والحشرات والانعزال والجمهرة والممارسة الجنسية والولادة والمرض وبعض الأرقام ...الخ

7- **توهم المرض** Hypochondria
هنا يتوهم الفرد أنه مصاب بداء عضال وخطير ويصعب الشفاء منه.

8- النورستينيا أو الضعف العصبي: Norstenia or **Fatigue** feeling tired
الشخص هنا يشعر بالتعب والإرهاق العقلي والجسدي ذو منشأ نفسي بدون أي خلل عضوي. هذه الحالة تجعل الفرد من الصعب التحرك خلال الحياة اليومية. بالإضافة إلى الرغبة في النوم، وصعوبة في الانتباه أو تذكر الأشياء أو التركيز، والشعور بفقدان الاهتمام أو الدافع للقيام بالأشياء.

9- **الوساوس والسلوكيات القهرية** Obsessive and compulsive behaviors
إنها أفكار تفرض نفسها على تفكير الشخص بطريقة متكررة ومستمرة. بالرغم من أن الوسواسي يدرك أن أفكاره سخيفة وغريبة إلا أنه لا يستطيع التخلص منها. ومن أنواعها ما يلي:

- الأفكار الوسواسية القهرية: Obsessive-compulsive thoughts الشعور بمجموعة أفكار تطرق ذهنه تتكرر وتتردد بشكل تعسفي، تشوش له فكره وتزعجه.
- الحساب الوسواسي القسري: Compulsive obsessive calculation هنا يجد الشخص نفسه مجبرا على حساب أي شيء يصادفه (النوافذ، الأبواب، الأعمدة، أزرار المعاطف، قراءة أرقام السيارات، جمع أحرف الصفحات...)
- الشك الوسواسي والأفعال القسرية: Compulsive obsessive doubt يتضمن شكوك الشخص حول مسائل مختلفة، كشك في غلق الحنفيات أو قروة الغاز التأكد من أن جميع النوافذ والأبواب مقفلة، القدارة وغسل اليدين...
- الاجترار الفكري الوسواسي: Obsessive rumination الشخص هنا يتذكر دائما حدث مؤلم أو محادثة مزعجة حدثت له.

10- اضطراب اتخاذ القرارات: في هذا الاضطراب يفقد الشخص السيطرة على سلوكه ويشك في قدراته والتردد وعدم الثقة بالنفس ويشاهد في الضعف العصبي والاكتئاب.

11- **اضطرابات حسية حركية هستيرية**

تشمل الاضطرابات الحسية الهستيرية كفقدان حاسة من الحواس الخمس أو الشعور بالألم الهستيري. أما الاضطرابات الحركية الهستيرية تتضمن الشلل الهستيري النصفي أو الطرفي أو الكلي، الرعشة الهستيرية أو الوجد، التشنج الهستيري والاغماء الهستيري، فقدان الصوت الهستيري...الخ.

وهناك أعرض هستيرية عامة تتمثل في الخوف المصحوب بالمرض الهستيري عند بداية الواجبات كالامتحان أو المواجهة أو المعركة...

- التهويل الهستيري وهو ظهور ردود فعل مبالغ فيها وتضخيم الأحداث أو تزييفها.
- فقدان الذاكرة الجزئي الهستيري وهو نفسي المنشأ يفقد الهستيري ذاكرته جزئيا لحدث ما ولفترة محددة زمنيا حيث يتذكر جيدا ما قبلها وما بعدها.

ثامنا: الذهان

تعريف الذهان

الذهان اضطراب عقلي يحدث خللا شاملا في وظائف الشخصية، مما يؤدي إلى اضطراب السلوك العام للحالة وإعاقة عملية التكيف والتوافق الشخصي والبيئي والاجتماعي.

إنه مرض عقلي يؤثر سلبا على وضائف الشخصية، حيث يقطع صاحبه الصلة بالواقع، ذو أسباب عضوية ونفسية ووراثية المنشأ، أو نتيجة لمؤثرات متنوعة على الجهاز العصبي ووظائفه. يشكل الذهان 3 من مجمع السكان وهو أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا.

أنواعه

1- الذهان الوظيفي

الذهان الوظيفي يشمل تلك الحالات من الاضطراب العقلي التي ترتبط سببيتها بالجانب النفسي أو الوراثي أو الدماغي، أو تلك الحالات التي لا تعرف سببيتها المرضية. وتنقسم الذهانات الوظيفية إلى قسمين:

الذهان الوظيفي الحاد: تظهر هذه الاضطراب على شكل اضطرابات انفعالية حادة، يمكن معالجتها والسيطرة عليها في أيام معدودات أو خلال أسابيع وتتميز بالخصائص التالية:

- انهيار مجال الوعي
- البدء مفاجئ ومباغت
- الاستعداد البنيوي للمرض العقلي
- التطور يتجه نحو الشفاء التام أو الجزئي أو القابلية للمعاودة
- نقص في الكفاءة العقلية والهذيانات غير منظمة

ويضم كل من الاضطرابات العقلية التالية:

الهوس، ذهان الهوس والاكتئاب، الملنخوليا، الهجمة الهذيانية الحادة، الخلط الذهني، ذهان الحمل والنفاس.

الذهان الوظيفي المزمن: يمس هذا النوع من الذهان الأشكال التنظيمية للشخصية، وغالبا ما تكون الإصابة بالذهان المزمن بعد معاودة متكررة للذهان الوظيفي الحا ومن مميزاته الأساسية ما يلي:

- الاضطرابات مديدة ومستقرة وفي أحيان أخرى تتطور وتتخذ أشكال متنوعة
- يتميز بسوء تنظيم الذات الواعية

وتضم كل من الهذيان الزوراني المزمن، ذهان الهلسي المزمن، البرافرينيا أو الهذيانات الخيالية المزمنة، الفصام

2- الذهان العضوي

أنه مرض عقلي بسبب عوامل عضوية تؤدي إلى تلف واختلال في الجهاز العصبي ووظائفه ومن أهمها: النقص أو التلف الذي قد يحدث في أنسجة الدماغ نتيجة لفعل العوامل الوراثية أو بسبب مؤثرات على النمو الدماغي أثناء فترة الحمل أو أثناء الولادة أو بعده.

- التلف في الخلايا العصبية أثناء مرحلة الشيخوخة

- أمراض الأوعية الدموية الدماغية (ارتفاع ضغط الدم، تصلب الشريين نقص التروية الدموية للدماغ، انسداد الشريين، النزيف الدماغي)
- الالتهابات الدماغية بسبب الفيروسات والجراثيم.
- الأورام الدماغية
- الاضطرابات الهرمونية
- الاضطرابات الغذائية كنقص البروثينات والفيثامينات
- الكحول والمخدرات والسموم الخارجية (كالغازات السامة، والزئبق والرصاص...)
- الصدمات الجمجمية

ومن الأعراض المرضية التي يمكن مشاهدتها في الذهان العضوي ما يلي:
- اختلال في الوعي واليقظة واضطراب النوم.
- الغيبوبة، واضطرابات في الذاكرة والقدرات العقلية الأخرى.
- اضطراب التوجه الزماني المكاني.
- اضطرابات انفعالية مختلفة بالإضافة إلى مختلف الهذيانات والهلاوس.

أنواع الذهان العضوي
- ذهان الصدمات
- الشلل العام
- الذهان الصرعي
- الذهان الكحولي
- ذهان الالتهابات الدماغية
- ذهان الأورام الدماغية
- الذهان الخبلي.

أعراض الذهان

1- **الهلاوس**: وهو إدراك خاطئ لمثير حسي غير موجود في الواقع، وهي تعبير عن رغبات المريض واحتياجاته، والاحساس بالذنب وعقاب الذات. ومن أنواعها:

الهلاوس السمعية: هنا يسمع المريض أصوات مألوفة أو غريبة أو آدمية أو حيوانية وتكون على شكل طلقات نارية أو ضجيج أو اتهامات أو أوامر. يستجيب المريض لهذه الأصوات في شكل حديث أو طاعة آلية للأوامر.

الهلاوس البصرية: يرى المريض صورا ومناظر لا وجود لها في الواقع لأشخاص أو حيوانات أو أشباح أو ملائكة، وقد تكون الصور ثابتة أو متحركة، واضحة أو غامضة، فيستجيب المريض لهذه المشاهدات فيحاول لمسها أو الاقبال عليها والهروب منها.

الهلاوس الشمية: هنا يشم المريض روائح تكون عادة كريهة، ويستجيب المريض لهذه الروائح فيسد أنفه.

الهلاوس الذوقية: حيث يتذوق المريض طعم غريب في الأكل أو غير مستساغ. وتلاحظ في الفصام وإصابات الفص الصدغي من المخ.

الهلاوس اللمسية: حيث يحس المريض أن هناك أشياء تزحف على جلده أو تحته ونلاحظها أكثر في حالات الإدمان. وهناك نوع آخر من الهلاوس اللمسية الجنسية.

الهلاوس الحشوية: وهو الشعور بوجود أجسام مادية أو حيوانية داخل أحشاء الجسم.

الهلاوس الابناغوجية أو الحلمية: تحدث هذه الهلاوس مساء عند ملازمة الفراش حيث يرى تسارع للصور الذهنية يشاهدها ويعايشها كأن يرى أشخاص تسخر منه وتنتقل إليه وتجدبه من لسانه وأذنيه أو حيوانات ضخمة تحاول افتراسه، أو نباتات غريبة تلتوي عليه...
الهلاوس التحريضية
وهي هلاوس يمكن إحداثها إراديا على المرضى المصابين بالادمان على الكحول والمخدرات ومرضى الهلاوس المزمنة وهي ثلاثة أنواع:
علامة "ليبمان" وهي هلاوس يمكن إحداثها عن طريق ضغط بسيط على حدقة العين زائد إيحاء معين للشيئ المراد مشاهدته.
علامة "ريشارد" هنا نطلب من المريض مشاهدة صفحة بيضاء ثم يتحدث عما يشاهده.
علامة "أشافنبارج" نطلب من المريض حمل الهاتف والتحدث مع الآخر.
2- **الهذيانات** Delirium : هي مجموعة من الأفكار والمعتقدات الوهمية الخاطئة لا وجود لها في الواقع، يقتنع المريض بصدقيتها ولا يتخلى عنها، وقد تكون منظمة ومرتبة كثيرة التفاصيل ومقبولة في الظاهر رغم بعدها عن الواقع. كما قد تكون غير منظمة وغريبة ومشوهة ينقصها الترتيب والمنطق والترابط والثبات والتجانس. وقد تكون فجائية تظهر دون سابق انذار، أو بطيئة وتطورية. وتنقسم حسب محتواها إلى ما يلي:
أ- هذيانات الاضطهاد Delirium of persecution : وفيه يعتقد المريض أن فردا أو جماعة أو هيئة أو مؤسسة، أو أقربائه يضطهدونه، وأنها سبب كل المصائب أو أنها تدبر له المكائد والمؤامرات، أو تضع له السم في الطعام أو تحاول أن تملأ حجرته بالغاز السام، أو تتجسس عليه، أو تستخدم السحر للسيطرة عليه. وهنا يوجه المريض الاتهام إلى أقربائه أو جيرانه أو حتى الأشخاص المشهورين في المجتمع. كما قد تكون لدى المريض خطة مفصلة للدفاع عن نفسه ضد هذا الاضطهاد.
ومن أشكاله ما يلي:
- هذيانات الإشارة: Delirium of allusionتشمل كل ما يمكن أن يصادفه المريض من حركات يقوم بها الآخر. مثلا عندما يضع شخص ما شيء على أنفه يعني ذلك أنه يشتم منه رائحة كريهة، وعندما يبتسم أحد المحيطين به يفسر ذلك على أنه يسخر منه، وعندما تمر من حوله سيارة للشرطة يعني ذلك أنها تلاحقه، وكل ما يقرأه في الصحف أو يشاهده في التلفاز كله يشير إليه أو يتهمه.
- هذيانات التسمم: Delirium of poisoning في هذا النوع من الهذيانات يلجأ المريض إلى تفسير أي إحساس أو شعور داخلي بوجود سموم أو مخدرات في الأكل أو الماء الذي شربه...الخ.
- هذيانات التأثير: Delirium of influenceفي هذا الهذيان تبرز أفكار مرتبطة بالتأثير والهيمنة:les idées d'influence, domination كأن يشعر المريض أن عقله فارغ، فاقد الإرادة أو الفعل، يشعر بأنه مسكون من طرف حيوان، أو أنه موجه من طرف قوة خفية، أو مملوك. أو أنهم مطالبون بالسرقة أو الممارسة الجنسية ويقتنعون أن فكرة القيام بهذه السلوكات تفرض عليهم من طرف قوى خارجية خفية.
- هذيانات إلحاق الضررDelirium of harm: في هذا النوع من الهذيان يعتقد المريض أن كل من يحيط به يحيك له المؤامرات ويلحق به الضرر من خلال السرقة والسطو أو

الاعتداء. فيكثرون من المشاكسات والشكاوي والاجراءات القضائية، ويتهمون القضاة بالخداع والتآمر وأخذ الرشوة...
- هذيانات السحر والشعوذة Delirium of sorcery وفيه يعتقد المريض أنه ضحية السحر والشعوذة بهدف السيطرة عليه أو حرمانه من تحقيق طموحاته.
- هذيانات الاتهام: Delirium of accusation هنا يعتقد المريض أنه متهم من طرف جميع الأشخاص المحيطين به على أنه مجرم أو سارق، وأنه غير قادر على رد التهم لأنه لا يملك الأدلة التي تثبت برائته.
ب- هذيانات الغيرة: Delirium of jealousy ينشأ هذيان الغيرة غالبا من حدث بسيط كحركة أو نظرة غير مقصودة من طرف الزوجة، التي سرعان ما تتحول إلى منظومة هذيانية متكاملة وقناعة ثابتة تعتمد على التأويل، مما يدفعه ذلك إلى التجسس على الزوجة والتحقيق معها بشكل دائم وقد تتطور الحالة إلى الاعتداء والضرب والقتل أحيانا.
ج- **هذيانات العظمة** Delirium of grandeur (قرانجير)
يعتقد المريض من خلال هذه الهذيانات أنه شخص مهم وواسع الثراء، شديد القوة، ومعظم هذيانات العظمة أقل تنظيما من هذيانات الاضطهاد. ويمكن تصنيفها على النحو التالي:
- هذيانات الاختراع: Delirium of invention يحاولون إقناع ذوي الشأن بأنهم توصلوا إلى اختراع عبقري ويتهمون الآخرين بسرقته أو التآمر عليهم.
- هذيانات الإصلاح: Delirium of Reforme يتمحور هذيانهم حول عقيدة روحانية أو فلسفية، أو اجتماعية وسياسية، فينشئون الجمعيات والأنشطة العشوائية ويندفعون بشكل أعمى ومتعصب لفرض أفكارهم التي يعتقدون بأنها الوسيلة الوحيدة لإنقاذ العالم من الكارثة.
- هذيانات دينية: Delirium of mystic في هذه الهذيانات يدعي المرضى بأن لهم رسالة ربانية يبلغونها للمجتمع، وأنهم منعكفون على ذواتهم للتحرر من علم الحس، ولديهم اتصالات مع الله والرسل.
- هذيانات الانتساب: Delirium of affiliation أو ما تسمى بهذيانات النسب الشريف: وهي مجموعة أفكار تتضمن الاعتقاد بالانحدار من سلالة الأنبياء، أو الانتساب إلى العائلات الملكية ...
- هذيانات الغنى: Delirium of wealth وهي مجموعة أفكار تتضمن الاعتقاد بالغنى والثراء الفاحش، وأنهم يستطيعون شراء كل شيء.
- هذيانات الحب الهوسي: Erotomanic Delirium في هذا الهذيان يكتسب المريض قناعة وهمية بأنه موضوع حب أحد الأشخاص. وينشأ ذلك بدء من حادثة غير مقصودة كنظرة أو نبرة صوت... من شخصية مشهورة أو ذات سمعة أو رتبة اجتماعية.
- هذيانات الطموح Delirium of ambition : وفيها يقتنع المصابون بأنهم مختارون ليتلقوا مناصب سامية لتّربع على عرش الملك أو الرئاسة...
- جنون العظمة Megalomania وتتضمن أفكار العظمة والاستعلاء واكتساب القوة الجسمية والعقلية والمادية، إلى درجة الاعتقاد بالقوة الربوبية هذه الأفكار كثيرة المصادفة لدى المصابين بالهجمة الهذيانية.
3- **الخلط والخداع والتأويلات الخاطئة**

- الخلط الذهني mental confusion : تتفاوت درجة الخلط في شدتها من تبلد الذهن والذهول حتى الخبل والسبات، فيضطرب النشاط الذهني والنفسي والحسي الحركي فيفقد المريض التوجه الزماني المكاني وحتى القدرة على القيام بنشاطات معينة.
- الاستبصارات الخادعة illusions : تشاهد هنا الأوهام البصرية، كرؤية كرسي على أنه حيوان مفترس يضع في فمه أرنب صغير...الخ
- التأويلات الخاطئة false interpretations : هنا نلاحظ عدة تأويلات خاطئة لمواضيع مختلفة صحيحة.

4- **التفكك Disintegration**

يمثل هذا العرض عياديا تفكك كل النشاطات والوظائف الذهنية النفسية، العاطفية والعلائقية والسلوكية. وأنه السمة الجوهرية التي تميز الفصام عن باقي الاضطرابات العقلية الأخرى. يؤدي التفكك الوظيفي إلى غرابة الشخصية وتباينها وتناقضها.

5- **الشعور بالغرابة واللاواقعية**: وهو شعور ينتاب المريض نتيجة لتبدد الشخصية Depersonalization والانفصال عن الواقع كأن يشاهد نفسه من خارج جسمه، أو أن الأشياء من حوله غير حقيقية، أو ظهور البيئة المحيطة في صورة غير مألوفة أو غير واضحة أو عديمة الألوان، أو الشعور بأن الشخص عالق في الماضي، أو أنك تعيش أحداث مستقبلية...الخ.

6- **اضطرابات التصور الجسدي:** body dysmorphic disorder هو تلك الرؤية المشوهة للجسم عبر المرآة، وبالتالي فقدان القدرة على التعرف على الصورة الجسدية أو مكونات الجسم.

7- **الخبل**:Dementia هو تقهقر شديد يطال الملكات العقلية العليا، كفقدان الذاكرة وعدم القدرة على التعرف الأشخاص أو التصور الجسدي، ومشكلات في التواصل أو التعبير بكلمات مناسبة. صعوبة التنسيق البصري الحركي، مشكلات في الاستدلال أو التخطيط والتنظيم، والإحساس بالتيه.

8- **سوء التوجه الزماني المكاني**:Spatiotemporal misorientation وهو عدم القدرة على التعرف على أيام الأسبوع أو التوقيت أو الفترة الزمنية التي يمر بها الفرد أو المكان الذي يتواجد فيه.

9- **الخلط الذهني**: mental confusion حالة تصف الأشخاص الذين لا يستطيعون معالجة المعلومات بشكل طبيعي. كعدم القدرة على التوجه الزماني المكاني، الحيرة والقلق ومعايشة الأحلام بشكل واقعي.

10- **الاضطرابات التحسسية : Cenesthopathy disorders**

هو إحساس مزعج على مستوى الجسم خاصة العضلات، كالشعور بالوخز، أو الشعور بالاحتراق، والشعور بانجذاب العضلات أو التوائها، والحساسية المفرطة بالألم، أو غياب الحساسية على مستوى الجلد، أو الخلط الحسي كأن يدرك النغمة الموسيقية على أنها ألوان أو يشعر بالبرودة نتيجة للحرارة أو العكس. ويلاحظ كثيرا في الإدمان الكحولي وتعاطي المخدرات والفصام.

11- **الكآبة depression**

هي حالة تتسم بمشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة، فيفقد المريض القدرة على السيطرة والتركيز والتحكم والضبط والتوجيه الذاتي. يكون المريض في بعض الأحيان جامدا عديم

الحركة، شاحب الوجه جامد الملامح، تسيطر عليه مشاعر الكآبة والحزن العميق. غالبا ما تكون حركاته بطيئة، يتحدث بصوت منخفض لا يكاد يسمع، قليل الاستجابة للإثارة أو التحريض الخارجي. في الحالات الانهيارية القلقة يكون الاهتياج أحيانا متصدر اللوحة السريرية.

12- التناقض الوجداني: Ambivalence تناقض الانفعالات تجاه نفس المثير

13- تقلب المزاج: cyclothymic state عدم تباث واستقرار الاستجابة الانفعالية، فالمريض ينتقل من حالة انفعالية حادة إلى أخرى، ثارة يبكي وثارة يضحك.

14- فرط الانتشاء Euphoria هنا يظهر المريض أنه منتشي وفي غاية السعادة، مفرطا في التفاؤل وفي النشاط الزائد.

15- الوجد Exaltation هنا يدخل المريض في عالم جديد كل شيء فيه رائع وعظيم في حالة من الارتياح التام والتأمل منفصلا عن العالم الخارجي.

16- **الفزع أو الرعب panic**

هي حالة نفسية مزمنة، تتميز بنَوْبَات خوف شديدة ومفاجئة متكررة، مقرونة بشعور غامر بالخطر بدون وجود مصدر خطر حقيقي في معظم الحالات، ترافقها أعراض مثل خفقان القلب، والتعرق، وسرعة التنفس. ويشعر المريض بأنه يفقد السيطرة على جسمه أو بأنه يمر بذبحة صدرية أو أنه على وشك الوفاة.

17- **البلادة الانفعالية والانسحاب Apathy and withdrawal**

تتميز باللامبالاة وفقدان الاهتمامات وانحسار النشاطات، يفقد المريض الرغبة وينسحب من المدرسة أو النادي والجماعة التي ينتمي إليها ومن جميع النشاطات المعتادة. يصبح المريض غير مهتم بالأشخاص والمحيط الذي ينتمي إليه. وبهذه السلوكات يفقد الحرارة الانفعالية والحماس والرغبة في إقامة العلاقات مع الآخرين. من العلامات الأساسية التي يمكن تسجيلها من حيث الاضطراب العاطفي ما يلي: التناقض الوجداني والشعور بالغرابة والانسحاب.

18- **الآلية العقلية** Mental Automatism أو الصدى العقلي الحاد automatisme mental aiguë، حالة تعكس ضياع عميق للشخصية وازدواج هلسي يطال وعي المريض بجسده وعقله، فيشعر بتبدلات تطرأ عليه وتأثير قوى خفية خارجية على تفكيره وسلوكه. في هذه الحالة قد يسمع أصوات متفاوتة الشدة تتضمن كلمات أو جمل أو نغمات يتفاعل معها.

19– **الصدى اللغوي: linguistic echo** هنا يسمع المريض صدى أصوات وكلمات ويحاول تقليدها.

20- **النمطية**: stereotype وهي عبارة عن سلوكات أو حركات ثابتة أو اجترارية، فنشاهد التكرار الكلامي، حركات اهتزازية دائبة للجسد أو لأحد الأعضاء تعبر عن الجزء الخفي للهذيان وطقوس غامضة وملئ الفراغ النفسي

21- **التصلب أو التخشب**: catatonia يتخذ المريض وضعية حركية متصلبة، ويقاوم كل محاولة لتغيير هذه الوضعية أو محاولة إجباره على الحركة، فهو يتخذ وضعيات جامدة طوال ساعات في سكون تام، أو يستلقي رافعا رأسه إلى أعلى طوال الليل وكأنه على مخدة وهمية.

22- **الإيمائية الشاذة:** abnormal mimicهنا تفقد الإيمائية دلالتها السوية، فتتسم بالتناقض مع الموقف إذ نلاحظ أن تعابير الوجه لا تعكس حقيقة الموقف. تُظهر هذه التعابير حركات غريبة وانزعاج، فتحمل إشارات مصطنعة وآلية ومقلدة في بعض الأحيان.

23- **نوبات الاندفاع الحركي**:**Motor impulse attacks** وهي عبارة عن هجمات حركية مفاجئة دون مثيرات خارجية، تأخذ شكلا نزويا عنيفا إلا أنها تتسم ببرودة عاطفية ونمطية، وكثيرا ما تكون عدوانية تصل إلى تدمير الذات أو الاعتداء على الآخرين. كما تشاهد هجمات لفظية تتميز بتكرار الشتائم والكلمات البذيئة.

24- **اضطرابات التفكير**:**Thought disorders :**

- تسارع التصورات الذهنية Kaleidoscopic - **Accelerated mental images**

في هذه الحالة تكون أفكار المريض هاربة، سريعة التطاير والتشتت، فينتقل من فكرة إلى أخرى دون رابطة منطقية أو سابق إنذار، فيفقد قدرة المحاكمة والنقد السليم.

- بطئ التفكير: Slow thinking يتضمن صعوبة التفكير إلى حد الكف الفكري

- العرقلة الفكرية: Intellectual blocking توقف مجرى التفكير عند الفكرة الأولى، مثلا عندما تسأل الحالة أسئلة مختلفة يجيبك كل مرة بنفس الجواب.

- النمطية الفكرية: Intellectual stereotyping التعلق بفكرة واحدة وترديدها باستمرار.

التفكير غير المنطقي: Irrational thinking عدم وجود تسلسل منطقي في الحديث، وغموض وتجزء في الأفكار.

- تجميع الأفكار: Association of ideas

تسارع الصور الذهنية لدى المصاب يؤدي إلى الربط بين الكلمات حسب قوافيها ولحنها، فيظهر إسهابا كلاميا واضحا حيث أنه لا يتوقف عن الحديث والوصف والتخيل وسرد الذكريات والمقولات والأشعار بدون أن يجد علاقة ارتباطية بينها.

- ضعف الانتباه وتشتته: تشتت الانتباه Aprosexia

لا يسمح للمريض التروي و التفكير السليم، أو أخذ الوقت المناسب للتفكير في عواقب السلوك أو الكلام.

ثالثا: الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)

تعريف الدليل

إنه دليل تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، يعد الآن المرجع الأساسي عالميا في تصنيف الأمراض النفسية وهو من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في عملية التشخيص. يحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية على أوصاف وأعراض ومعايير أخرى لتشخيص الاضطرابات العقلية. كما يوفر لغة مشتركة للباحثين لدراسة معايير المراجعات المستقبلية المحتملة والمساعدة في تطوير الأدوية والتدخلات الأخرى.

تطوره

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية رقم خمسة المراجع DSM-5-TR هو مراجعة نصية لـ DSM-5 الذي نشر في عام 2013، ويتضمن نصًا منقحًا بالكامل ومراجع جديدة وتوضيحات لمعايير التشخيص وتحديثات لرموز التصنيف العالمي للاضطرابات رقم ICD-10-CM 10.

حيث قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA بتجنيد أكثر من 200 باحث من جميع أنحاء العالم ليكونوا أعضاء في مجموعات مراجعة DSM-5-TR وهم خبراء في علم النفس والطب النفسي، علم الأعصاب والبيولوجيا وعلم الوراثة والإحصاء وعلم الأوبئة والعلوم الاجتماعية وعلم تصنيف الأمراض والصحة العامة.

Neurodevelopmental Disorders	**اضطرابات النمو العصبي**
Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)
Global Developmental Delay	التأخر النمائي الشامل
Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	الإعاقة الفكرية غير المحددة (اضطراب النمو الفكري)
Language Disorder	**اضطراب اللغة**
Speech Sound Disorder (previously Phonological Disorder)	اضطراب التصويت اللفظي (اضطراب الفونولوجيا سابقًا)
Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)	اضطراب الطلاقة اللغوية في مرحلة الطفولة (التأتأة)
Social (Pragmatic) Communication Disorder	اضطراب التواصل الاجتماعي (البراغماتي)
Unspecified Communication Disorder	اضطراب التواصل غير المحدد
Autism Spectrum Disorder	**اضطراب طيف التوحد**
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	**اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي**
Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	اضطراب آخر محدد لنقص الانتباه وفرط النشاط الحركي
Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	اضطراب غير محدد لنقص الانتباه وفرط النشاط الحركي
Specific Learning Disorder	**اضطراب التعلم المحدد**
Motor Disorders	**اضطرابات حركية**
Developmental Coordination Disorder	اضطراب نمو التناسق الحركي
Stereotypic Movement Disorder	اضطراب النمطية الحركية
Tic Disorders	اضطرابات العرات أو التشنجات اللاإرادية
Tourette's Disorder	اضطراب توريت
Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic	اضطراب التشنج الحركي أو الصوتي المستمر (المزمن)

Disorder	
Provisional Tic Disorder	اضطراب التشنجات اللاإرادية المؤقت
Other Specified Tic Disorder	اضطراب آخر محدد للتشنجات اللاإرادية
Developmental Coordination Disorder	اضطراب غير محدد للتشنجات اللاإرادية
Other Neurodevelopmental Disorders	**اضطرابات النمو العصبي الأخرى**
Other Specified Neurodevelopmental Disorder	اضطراب آخر محدد للنمو العصبي
Unspecified Neurodevelopmental Disorder	اضطراب النمو العصبي غير المحدد
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	**طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى**
Schizotypal (Personality) Disorder	اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي
Delusional Disorder	الاضطراب الهذياني
Brief Psychotic Disorder	الاضطراب الذهاني المختصر
Schizophreniform Disorder	اضطراب الشكل الفصامي
Schizophrenia	الفصام
Schizoaffective Disorder	اضطراب الفصام العاطفي
Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder	اضطراب ذهاني ناتج عن مواد/أدوية
Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب ذهاني ناتج عن حالة طبية أخرى
Catatonia	**التخشب أو التصلب**
Catatonia Associated With Another Mental Disorder (Catatonia Specifier)	تخشب مرتبط باضطراب عقلي آخر
Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب تخشبي بسبب حالة طبية أخرى
Unspecified Catatonia	تخشب غير محدد
Other Specified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder	طيف آخر محدد لفصام الشخصية واضطراب ذهاني آخر
Unspecified Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorder	طيف فصام الشخصية غير المحدد واضطراب ذهاني آخر
Bipolar and Related Disorders	**اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة**
Bipolar I Disorder	اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول
Bipolar II Disorder	اضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني
Cyclothymic Disorder	اضطراب دوري للمزاج
Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder	اضطراب ثنائي القطب الناجم عن المواد/الأدوية والاضطرابات ذات الصلة
Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى
Other Specified Bipolar and Related Disorder	محدد آخر لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة
Unspecified Bipolar and Related Disorder	اضطراب ثنائي القطب غير المحدد والاضطرابات ذات الصلة
Depressive Disorder	**الاضطراب الاكتئابي**
Disruptive Mood Dysregulation Disorder	اضطراب اختلال المزاج التخريبي
Major Depressive Disorder, Single and Recurrent Episodes	اضطراب الاكتئاب الصريح، النوبات الفردية والمتكررة
Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)	اضطراب الاكتئاب المستمر (انهيار مزاجي)
Premenstrual Dysphoric Disorder	اضطراب ما قبل الحيض الاكتئابي

Substance/Medication-Induced Depressive Disorder	اضطراب ناتج عن المواد/الأدوية اضطراب الاكتئاب
Depressive Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب الاكتئاب الناجم عن حالة طبية أخرى
Other Specified Depressive Disorder	اضطراب آخر محدد للاكتئاب
Unspecified Depressive Disorder	اضطراب غير محدد للاكتئاب
Anxiety Disorders	**اضطرابات القلق**
Separation Anxiety Disorder	اضطراب قلق الانفصال
Selective Mutism	الصمت الانتقائي
Specific Phobia	الرهاب المحدد
Social Anxiety Disorder (Social Phobia)	اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي)
Panic Disorder	اضطراب الهلع
Panic Attack (Specifier)	نوبة الهلع (المحدد)
Agoraphobia	رهاب الخلاء
Generalized Anxiety Disorder	اضطراب القلق العام
Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder	اضطراب القلق الناجم عن المواد/الأدوية
Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب القلق الناجم عن حالة طبية أخرى
Other Specified Anxiety Disorder	محدد آخر لاضطراب القلق
Unspecified Anxiety Disorder	اضطراب القلق غير المحدد
Obsessive-Compulsive and Related Disorders	**الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة**
Obsessive-Compulsive Disorder	اضطراب الوسواس القهري
Body Dysmorphic Disorder	اضطراب تشوه الجسم
Hoarding Disorder	اضطراب الاكتناز
Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder)	اضطراب نتف الشعر
Excoriation (Skin-Picking) Disorder	اضطراب نتف الجلد
Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder	اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة الناجم عن المواد/الأدوية
Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى
Other Specified Obsessive-Compulsive and Related Disorder	محدد آخر لاضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة
Unspecified Obsessive-Compulsive and Related Disorder	اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة
Trauma- and Stressor-Related Disorders	**اضطرابات مرتبطة بالصدمات والضغوط**
Reactive Attachment Disorder	اضطراب التعلق التفاعلي
Disinhibited Social Engagement Disorder	اضطراب المشاركة الاجتماعية غير المثبطة
Posttraumatic Stress Disorder	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
Acute Stress Disorder	اضطراب الضغوط الحادة
Adjustment Disorders	اضطرابات التكيف
Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder	محدد آخر لاضطرابات مرتبطة بالصدمات والضغوط
Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder	اضطراب غير محدد مرتبط بالصدمات والضغوط

Dissociative Disorders	**اضطرابات تفككية**
Dissociative Identity Disorder	اضطراب الهوية التفككي
Dissociative Amnesia	فقدان الذاكرة التفككي
Depersonalization/Derealization Disorder	اضطراب تبديد الشخصية / الانفصال عن الواقع
Other Specified Dissociative Disorder	محدد آخر لاضطراب التفكك
Unspecified Dissociative Disorder	اضطراب تفككي غير محدد
Somatic Symptom and Related Disorders	**الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة**
Somatic Symptom Disorder	اضطراب الأعراض الجسدية
Illness Anxiety Disorder	اضطراب قلق المرض
Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)	اضطراب التحويل (اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية)
Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions	العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية الأخرى
Factitious Disorder	الاضطراب المصطنع
Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder	محدد آخر للأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة
Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder	الأعراض الجسدية غير المحددة والاضطرابات ذات الصلة
Feeding and Eating Disorders	**اضطرابات التغذية والأكل**
Pica	بيكا (أكل أو مضغ أشياء غير الطعام)
Rumination Disorder	اضطراب الاجترار
Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder	اضطراب تناول الطعام، المتجنب أو المقيد
Anorexia Nervosa	فقدان الشهية العصبي
Bulimia Nervosa	الشره العصبي
Binge-Eating Disorder	اضطراب الشراهة في الأكل
Other Specified Feeding or Eating Disorder	محدد آخر لاضطراب التغذية أو الأكل
Unspecified Feeding or Eating Disorder	اضطراب غير محدد لتغذية أو الأكل
Elimination Disorders	**اضطرابات الإخراج**
Enuresis	سلس البول
Encopresis	سلس البراز
Other Specified Elimination Disorder	محدد آخر لاضطراب الإخراج
Unspecified Elimination Disorder	اضطراب الإخراج غير المحدد
Sleep-Wake Disorders	**اضطرابات النوم والاستيقاظ**
Insomnia Disorder	اضطراب الأرق
Hypersomnolence Disorder	اضطراب فرط النوم
Narcolepsy	النوم القهري
Breathing-Related Sleep Disorders	**اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس**
Obstructive Sleep Apnea Hypopnea	انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم
Central Sleep Apnea	انقطاع النفس المركزي أثناء النوم
Sleep-Related Hypoventilation	نقص التهوية المرتبط بالنوم
Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders	اضطرابات النوم والاستيقاظ المرتبطة بالإيقاع اليومي
Parasomnias	**الخطل النومي**
Non–Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders	اضطرابات الإثارة أثناء النوم غير المرتبطة بحركة العين السريعة
Sleepwalking	المشي أثناء النوم
Sleep Terrors	الرعب أثناء النوم

Nightmare Disorder	اضطراب الأحلام المزعجة
Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder	اضطراب حركة العين السريعة أثناء النوم
Restless Legs Syndrome	متلازمة تململ الساقين
Substance/Medication-Induced Sleep Disorder	اضطراب النوم الناجم عن المواد/الأدوية
Other Specified Insomnia Disorder	محدد آخر لاضطراب الأرق
Unspecified Insomnia Disorder	اضطراب الأرق غير المحدد
Other Specified Hypersomnolence Disorder	محدد آخر لاضطراب فرط النوم
Unspecified Hypersomnolence Disorder	اضطراب فرط النوم غير المحدد
Other Specified Sleep-Wake Disorder	محدد آخر لاضطراب النوم والاستيقاظ
Unspecified Sleep-Wake Disorder	اضطراب النوم والاستيقاظ غير المحدد
Sexual Dysfunctions	**الاختلالات الجنسية**
Delayed Ejaculation	القذف المتأخر
Erectile Disorder	اضطراب الانتصاب
Female Orgasmic Disorder	اضطراب النشوة الجنسية عند النساء
Female Sexual Interest/Arousal Disorder	اضطراب الاهتمام الجنسي أو الإثارة عند النساء
Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder	اضطراب آلام الحوض التناسلي أثناء عملية الإيلاج
Male Hypoactive Sexual Desire Disorder	اضطراب الرغبة الجنسية عند الذكور
Premature (Early) Ejaculation	القذف المبكر
Substance/Medication-Induced Sexual Dysfunction	الاختلال الجنسي الناجم عن المواد أو الأدوية
Other Specified Sexual Dysfunction	محدد آخر لاختلال الجنسي
Unspecified Sexual Dysfunction	اختلال جنسي غير محدد
Gender Dysphoria	**اضطراب الهوية الجنسية**
Gender Dysphoria	اضطراب الهوية الجنسية
Other Specified Gender Dysphoria	محدد آخر لاضطراب الهوية الجنسية
Unspecified Gender Dysphoria	اضطراب الهوية الجنسية غير المحدد
Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders	**اضطرابات التخريب والتحكم في الانفعالات والسلوك**
Oppositional Defiant Disorder	اضطراب المعارضة والتحدي
Intermittent Explosive Disorder	اضطراب الاهتياج المتقطع
Conduct Disorder	اضطراب السلوك
Antisocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Pyromania	هوس إشعال الحرائق
Kleptomania	هوس السرقة
Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder	محدد آخر لاضطراب التخريب وعدم التحكم في الانفعالات والسلوك
Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder	اضطراب التخريب وعدم التحكم في الانفعالات والسلوك غير محدد
Substance-Related and Addictive Disorders	**اضطرابات متعلقة بالمواد والإدمان**
Substance-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالمواد**
Substance Use Disorders	اضطرابات تعاطي المواد
Substance-Induced Disorders	اضطرابات ناجمة عن المواد
Substance Intoxication and Withdrawal	تسمم المواد والانسحاب منها
Substance/Medication-Induced Mental Disorders	اضطرابات عقلية ناجمة عن المواد أو الأدوية
Alcohol-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالكحول**
Alcohol Use Disorder	اضطرابات تعاطي الكحول

Alcohol Intoxication	تسمم الكحول
Alcohol Withdrawal	انسحاب الكحول
Other Alcohol-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن الكحول
Unspecified Alcohol-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالكحول
Caffeine-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالكافيين**
Caffeine Intoxication	تسمم الكافيين
Caffeine Withdrawal	انسحاب الكافيين
Other Caffeine-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن الكافيين
Unspecified Caffeine-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالكافيين
Cannabis-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالقنب**
Cannabis Use Disorder	اضطراب تعاطي القنب
Cannabis Intoxication	التسمم بالقنب
Cannabis Withdrawal	اضطراب ناجم عن الانسحاب من استخدام القنب
Other Cannabis-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن القنب
Unspecified Cannabis-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالقنب
Hallucinogen-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالهلوسة**
Phencyclidine Use Disorder	اضطراب تعاطي فينسيكليدين
Other Hallucinogen Use Disorder	اضطراب تعاطي مهلوس آخر
Phencyclidine Intoxication	تسمم فينسيكليدين
Other Hallucinogen Intoxication	تسمم آخر مهلوس
Hallucinogen Persisting Perception Disorder	اضطراب الإدراك المستمر للهلوسة
Other Phencyclidine-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن فينسيكليدين
Other Hallucinogen-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن الهلوسة
Unspecified Phencyclidine-Related Disorder	اضطراب غير محدد مرتبط بالفينسيكليدين
Unspecified Hallucinogen-Related Disorder	اضطراب غير محدد مرتبط بالهلوسة
Inhalant-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالاستنشاق**
Inhalant Use Disorder	اضطراب تعاطي الاستنشاق
Inhalant Intoxication	تسمم الاستنشاق
Other Inhalant-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن الاستنشاق
Unspecified Inhalant-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالاستنشاق
Opioid-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالأفيون**
Opioid Use Disorder	اضطراب تعاطي الأفيون
Opioid Intoxication	تسمم الأفيون
Opioid Withdrawal	انسحاب الأفيون
Other Opioid-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن الأفيون
Unspecified Opioid-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالأفيون
Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق**
Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorder	اضطراب تعاطي المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق
Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication	تسمم المهدئات أو المنومات أو مضادات القلق
Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal	الانسحاب المرتبط بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق
Other Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن المهدئات أو المنومة أو مضادات القلق
Unspecified Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder	اضطرابات غير محددة متعلقة بالمهدئات أو المنومة أو مضادات القلق اضطراب

Stimulant-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالمنشطات**
Stimulant Use Disorder	اضطراب تعاطي المنشطات
Stimulant Intoxication	تسمم المنشطات
Stimulant Withdrawal	الانسحاب بعد تعاطي المنشطات
Other Stimulant-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن المنشطات
Unspecified Stimulant-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالمنشطات
Tobacco-Related Disorders	**اضطرابات متعلقة بالتبغ**
Tobacco Use Disorder	اضطراب تعاطي التبغ
Tobacco Withdrawal -Sevrage tabagique	انسحاب تعاطي التبغ
Other Tobacco-Induced Disorders	اضطرابات أخرى ناجمة عن التبغ
Unspecified Tobacco-Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بالتبغ
Other (or Unknown) Substance–Related Disorders	اضطرابات أخرى (أو غير معروفة) متعلقة بمادة معينة
Other (or Unknown) Substance Use Disorder	اضطراب تعاطي مواد أخرى (أو غير معروفة)
Other (or Unknown) Substance Intoxication	تسمم مواد أخرى (أو غير معروفة)
Other (or Unknown) Substance Withdrawal	انسحاب مواد أخرى (أو غير معروفة)
Other (or Unknown) Substance–Induced Disorders	اضطرابات أخرى (أو غير معروفة) ناجمة عن مادة معينة
Unspecified Other (or Unknown) Substance–Related Disorder	اضطراب غير محدد متعلق بمادة معينة (أو غير معروفة)
Non-Substance-Related Disorders	**اضطرابات غير متعلقة بالمواد**
Gambling Disorder	اضطراب القمار
Neurocognitive Disorders	**اضطرابات عصبية معرفية**
Delirium	هذيان
Other Specified Delirium	محدد آخر للهذيان
Unspecified Delirium	هذيان غير محدد
Major and Mild Neurocognitive Disorders	**اضطرابات عصبية معرفية صريحة وخفيفة**
Major Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي معرفي صريح
Mild Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي معرفي خفيف
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer's Disease	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف بسبب مرض الزهايمر
Major or Mild Frontotemporal Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف في الفص الجبهي الصدغي
Major or Mild Neurocognitive Disorder With Lewy Bodies	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف مع أجسام "لوي"
Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف في الأوعية الدموية
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف بسبب إصابة دماغية رضية
Substance/Medication-Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف ناتج عن مواد/أدوية
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection Human immunodeficiency virus	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف بسبب مرض **بريون**
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due	اضطراب عصبي معرفي صريح أو خفيف بسبب مرض **باركنسون**

to Parkinson's Disease	
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease	اضطراب عصبي إدراكي صريح أو خفيف بسبب مرض **هنتنغتون**
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition	اضطراب عصبي إدراكي صريح أو خفيف بسبب حالة طبية أخرى
Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies	اضطراب عصبي إدراكي صريح أو خفيف بسبب أسباب متعددة
Unspecified Neurocognitive Disorder	اضطراب عصبي إدراكي غير محدد
Personality Disorders	**اضطرابات الشخصية**
General Personality Disorder	اضطراب الشخصية العام
Cluster A Personality Disorders	اضطرابات الشخصية من النوع أ
Paranoid Personality Disorder	اضطراب الشخصية البارانويدية
Schizoid Personality Disorder	اضطراب الشخصية الفصاموية
Schizotypal Personality Disorder	اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي
Cluster B Personality Disorders	اضطرابات الشخصية من النوع ب
Antisocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Borderline Personality Disorder	اضطراب الشخصية الحدية
Histrionic Personality Disorder	اضطراب الشخصية الهستيرية
Narcissistic Personality Disorder	اضطراب الشخصية النرجسية
Cluster C Personality Disorders	اضطرابات الشخصية من النوع ج
Avoidant Personality Disorder	اضطراب الشخصية التجنبية
Dependent Personality Disorder	اضطراب الشخصية التابعة
Obsessive-Compulsive Personality Disorder	اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
Other Personality Disorders	**اضطرابات الشخصية الأخرى**
Personality Change Due to Another Medical Condition	تغيرات للشخصية نتيجة ظروف طبية أخرى
Other Specified Personality Disorder	اضطرابات أخرى محددة للشخصية
Unspecified Personality Disorder	اضطراب غير محدد للشخصية
Paraphilic Disorders	**اضطرابات الشذوذ الجنسي**
Voyeuristic Disorder	اضطراب المشاهدة أو التلصص الجنسي
Exhibitionistic Disorder	اضطراب الجنسي المرتبط بالعري والاستعراض الجنسي
Frotteuristic Disorder	اضطراب الاحتكاك الجنسي
Sexual Masochism Disorder	اضطراب الماسوشية الجنسية
Sexual Sadism Disorder	اضطراب السادية الجنسية
Pedophilic Disorder	اضطراب البيدوفيليا
Fetishistic Disorder	اضطرابات الفتشية
Transvestic Disorder	اضطراب المتحولين جنسياً
Other Specified Paraphilic Disorder	اضطرابات جنسية أخرى محددة
Unspecified Paraphilic Disorder	اضطرابات جنسية غير محددة
Other Mental Disorders	**اضطرابات عقلية أخرى**
Other Specified Mental Disorder Due to Another Medical Condition	اضطرابات عقلية أخرى محددة بسبب حالة طبية أخرى
Unspecified Mental Disorder Due to Another Medical Condition	اضطرابات عقلية غير محددة بسبب حالة طبية أخرى
Other Specified Mental Disorder	اضطرابات عقلية أخرى محددة
Unspecified Mental Disorder	اضطرابات عقلية غير محددة

Antisocial personality disorder: A personality disorder featuring a pervasive pattern of disregard for and violation of rights of others.	**اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع:** اضطراب في الشخصية يتميز بنمط شامل من تجاهل وانتهاك حقوق الآخرين.
Avoidant personality disorder : A personality disorder featuring a pervasive pattern of social inhibition, feeling of inadequacy, and hypersensitivity to criticism.	**اضطراب الشخصية التجنبية**: اضطراب في الشخصية يتميز بنمط شامل من التثبيط الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة، والحساسية المفرطة للنقد.
Borderline personality disorder: Personality disorder involving extreme "black and white" thinking, instability in relationships, self-image, identity and behaviour.	**اضطراب الشخصية الحدية**: اضطراب في الشخصية ينطوي على تفكير "أبيض وأسود" متطرف، وعدم استقرار في العلاقات، وصورة الذات، والهوية والسلوك.
Cognitive-behavioural therapy : Group of treatment procedures aimed at identifying and modifying faulty thought processes, attitudes and attributions, and problem behaviours.	**العلاج السلوكي المعرفي**: مجموعة من إجراءات العلاج التي تهدف إلى تحديد وتعديل عمليات التفكير الخاطئة، والمواقف والإسنادات، والسلوكيات المشكلة.
Delusion : False belief about reality but maintained in spite of strong evidence to the contrary.	**الهذيان**: اعتقاد زائف حول الواقع ولكن يتم الحفاظ عليه على الرغم من وجود أدلة قوية على العكس.
Dependent personality disorder: Personality disorder characterised by pervasive psychological dependence on other people.	**اضطراب الشخصية التابعة**: اضطراب في الشخصية يتميز بالاعتماد النفسي الشامل على الآخرين.
Depression : Pervasive feeling of sadness that may begin after some loss or stressful event, but that continue long afterwards.	**الاكتئاب**: شعور شامل بالحزن قد يبدأ بعد بعض الخسارة أو حدث مرهق، لكنه يستمر لفترة طويلة بعد ذلك.
Empathy : Ability to understand and to some extent share the feelings and emotions of another person.	**التعاطف**: القدرة على فهم مشاعر وعواطف شخص آخر ومشاركتها إلى حد ما.
Family therapy : Specialised type of group therapy in which the members of the family of the client all participate in group-treatment session.	**العلاج الأسري**: نوع متخصص من العلاج الجماعي يشارك فيه جميع أفراد أسرة العميل في جلسة علاج جماعي.
Group therapy : Psychotherapy of several persons at the same time in small groups.	**العلاج الجماعي**: العلاج النفسي لعدة أشخاص في نفس الوقت في مجموعات صغيرة.
Hallucination : False perception; things seen or heard that are not real or present.	**الهلوسة**: إدراك خاطئ؛ أشياء مرئية أو مسموعة ليست حقيقية أو موجودة.
Histrionic personality disorder: Personality disorder characterised by pervasive attention-seeking behaviour including inappropriate sexual seductiveness and shallow or exaggerated emotions.	**اضطراب الشخصية الهستيرية**: اضطراب الشخصية يتميز بسلوك شامل يسعى إلى جذب الانتباه بما في ذلك الإغراء الجنسي غير المناسب والعواطف السطحية أو المبالغ فيها.
Introversion : Tendency to be shy and withdrawn.	**الانطواء**: الميل إلى الخجل والانطواء.
Narcissistic personality disorder: personality disorder involving a pervasive pattern of grandiosity need for admiration, and a lack of empathy.	**اضطراب الشخصية النرجسية**: اضطراب الشخصية الذي ينطوي على نمط شامل من العظمة والحاجة إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف.
Paranoia : Person's irrational beliefs he or she is especially important or that other people are	**جنون العظمة**: اعتقاد الشخص غير العقلاني بأنه مهم بشكل خاص أو أن الآخرين يسعون إلى إيذائه.

seeking to do him or her harm.	
Paranoid personality disorder : Cluster A (odd or eccentric) personality disorder involving pervasive distrust and suspiciousness of others such that their motives are interpreted as malevolent.	**اضطراب الشخصية البارانويدي**: اضطراب الشخصية من المجموعة أ (الغريبة أو الغريبة) الذي ينطوي على عدم الثقة والشك الشاملين في الآخرين بحيث يتم تفسير دوافعهم على أنها خبيثة.
Personality disorders : Characterised by enduring maladaptive patterns for relating to the environment and oneself, exhibited in a wide range of contexts that cause significant functional impairment or subjective distress.	**اضطرابات الشخصية:** تتميز بأنماط غير تكيفية دائمة في التعامل مع البيئة والذات، والتي تظهر في مجموعة واسعة من السياقات التي تسبب ضعفًا وظيفيًا كبيرًا أو ضائقة ذاتية.
Psychotherapy : Treatment of mental disorders by psychological methods.	**العلاج النفسي**: علاج الاضطرابات العقلية بالطرق النفسية.
Schizoid personality disorder : Cluster A (odd or eccentric) personality disorder featuring a pervasive pattern of detachment from social relationships and a restricted range of expression of emotions.	**اضطراب الشخصية الفصامية**: اضطراب الشخصية من المجموعة أ (الغريبة أو الغريبة) الذي يتميز بنمط شامل من الانفصال عن العلاقات الاجتماعية ونطاق محدود من التعبير عن المشاعر.
Schizophrenia : Psychoses characterised by the breakdown of integrated personality functioning, withdrawal from reality, emotional blunting and distortion, and disturbances in thought and behaviour.	**الفصام**: الذهان الذي يتميز بانهيار الأداء المتكامل للشخصية، والانسحاب من الواقع، والبلبلة والتشوه العاطفي، واضطرابات في الفكر والسلوك.

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع: اضطراب في الشخصية يتميز بنمط شامل من تجاهل وانتهاك حقوق الآخرين.
اضطراب الشخصية التجنبية: اضطراب في الشخصية يتميز بنمط شامل من التثبيط الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة، والحساسية المفرطة للنقد.
اضطراب الشخصية الحدية: اضطراب في الشخصية ينطوي على تفكير "أبيض وأسود" متطرف، وعدم استقرار في العلاقات، وصورة الذات، والهوية والسلوك.
العلاج السلوكي المعرفي: مجموعة من إجراءات العلاج التي تهدف إلى تحديد وتعديل عمليات التفكير الخاطئة، والمواقف والإسنادات، والسلوكيات المشكلة.
الوهم: اعتقاد زائف حول الواقع ولكن يتم الحفاظ عليه على الرغم من وجود أدلة قوية على العكس.
اضطراب الشخصية التابعة: اضطراب في الشخصية يتميز بالاعتماد النفسي الشامل على الآخرين.
الاكتئاب: شعور شامل بالحزن قد يبدأ بعد بعض الخسارة أو حدث مرهق، لكنه يستمر لفترة طويلة بعد ذلك.
التعاطف: القدرة على فهم مشاعر وعواطف شخص آخر ومشاركتها إلى حد ما.
العلاج الأسري: نوع متخصص من العلاج الجماعي يشارك فيه جميع أفراد أسرة العميل في جلسة علاج جماعي.
العلاج الجماعي: العلاج النفسي لعدة أشخاص في نفس الوقت في مجموعات صغيرة.
الهلوسة: إدراك خاطئ؛ أشياء مرئية أو مسموعة ليست حقيقية أو موجودة.
اضطراب الشخصية الهستيرية: اضطراب الشخصية يتميز بسلوك شامل يسعى إلى جذب الانتباه بما في ذلك الإغراء الجنسي غير المناسب والعواطف السطحية أو المبالغ فيها.
الانطواء: الميل إلى الخجل والانطواء.
اضطراب الشخصية النرجسية: اضطراب الشخصية الذي ينطوي على نمط شامل من العظمة والحاجة إلى الإعجاب، والافتقار إلى التعاطف.

جنون العظمة: اعتقاد الشخص غير العقلاني بأنه مهم بشكل خاص أو أن الآخرين يسعون إلى إيذائه.
اضطراب الشخصية البارانويدي: المجموعة أ (الغريبة أو الغريبة)
الهلوسة: إدراك خاطئ؛ أشياء تُرى أو تُسمع غير حقيقية أو موجودة. الهستيرية
اضطراب الشخصية البارانويدي: اضطراب الشخصية من المجموعة أ (الغريبة أو الغريبة) الذي ينطوي على عدم الثقة والشك الشاملين في الآخرين بحيث يتم تفسير دوافعهم على أنها خبيثة.
اضطرابات الشخصية: تتميز بأنماط غير تكيفية دائمة في التعامل مع البيئة والذات، والتي تظهر في مجموعة واسعة من السياقات التي تسبب ضعفًا وظيفيًا كبيرًا أو ضائقة ذاتية.
العلاج النفسي: علاج الاضطرابات العقلية بالطرق النفسية.
اضطراب الشخصية الفصامية: اضطراب الشخصية من المجموعة أ (الغريبة أو الغريبة) الذي يتميز بنمط شامل من الانفصال عن العلاقات الاجتماعية ونطاق محدود من التعبير عن المشاعر.
الفصام: الذهان الذي يتميز بانهيار الأداء المتكامل للشخصية، والانسحاب من الواقع، والبلبلة والتشوه العاطفي، واضطرابات في الفكر والسلوك.

المراجع

Stagner, R. (1961). *Psychology of personality* (3rd ed.). McGraw-Hill.
Allport G.W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. Fort Worth TX: Harcourt College Publisher. [Google Scholar]
Eysenck, H.J. (1970). *The structure of behavior, and the plasticity of human personality*. (3rd. ed.). London, UK: Methuen.

علم النفس المرضي للراشد 1

السداسي	**الثاني**
عنوان الوحدة	**أساسية**
المادة	**علم النفس المرضى للراشد 1**
الرصيد	**5**
المعامل	**2**
أهداف التعليم	1- استكشاف مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية التي تمس الراشد.
	2- اكتساب رصيد معرفي حول مختلف الأعراض التي تميز مختلف الاضطرابات الذهانية.
	3) القدرة على التشخيص التفريقي بين الاضطرابات الذهانية الوظيفية الحادة والمزمنة.
المعارف المسبقة المطلوبة	1) المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي 2) مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس الديناميكي والمعرفي والبيولوجي والسلوكي والاجتماعي والبيولوجي. 3) تصنيف الذهان
القدرات المكتسبة	1- التعرف على مختلف الذهانات الوظيفية الحادة 2- التعرف على مختلف الذهانات الوظيفية المزمنة 3- التعرف على مختلف الذهانات العضوية - وصف وتقييم المعايير المستخدمة في تصنيف وتشخيص الاضطرابات الذهانية

مفردات المادة (يجب أن يتضمن السداسي 15مفردة تعليمية/درسا).	1- الذهان الوظيفي 2- النوبات الهوسية. 3- الحالات الانهيارية السوداوية 4- ذهان الهوس والانهيار 5- الذهان الهذياني الحاد 6- ذهان الخلط الذهني 7- الشخصية الفصامية 8- أشكال البدئ في الفصام 9- الأشكال العيادية للفصام 10- الذهان البرانويدي المزمن. 11- الذهان الهلسي المزمن 12- البرافرينيا 13- الذهان الكحولي 14- ذهان الشلل العام 15- الخبل المبكر
طريقة التقييم	**امتحان كتابي**
المراجع:	**- سامر جميل رضوان، 2007، الصحة النفسية، دار المسيرة، ط2، عمان، الأردن** - عبد المطلب أمين القريطى، 1998، في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة - علاء الدين كفافي، 1997، الصحة النفسية، دار هجر، ط4، القاهرة. - علي سعد، علم الشذوذ النفسي، 2003، ط2، منشورات جامعة دمشق، سوريا. - Dale Carnegie; Dorothy Carnegie : Comment dominer le stress et les soucis : prenez la vie du bon côté!, Ed Flammarion, Paris, 2004. - Pewzner Evelyne, 2003, Introduction à la psychopathologie de l'adulte, Armand Colin, Paris, 2ème édition. - Pierre Lévy-Soussan, 2002, Psychiatrie, Paris, Med-line Estem éditions. - Quentin Debray, 1997, Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques. - Samacher . R & coll, 2005, Psychologie clinique et psychopathologie. Cours, documents, exercices, Paris, Bréal.

علم النفس المرضي للراشد 2

السداسي	**الثالث**
عنوان الوحدة	**أساسية**
المادة	**علم النفس المرضي للراشد 2**
الرصيد	**5**
المعامل	**2**
أهداف التعليم	1- استكشاف مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية التي تمس الراشد. 2- اكتساب رصيد معرفي حول مختلف الأعراض التي تميز مختلف الاضطرابات العصابية. 3) القدرة على التشخيص التفريقي بين مختلف الاضطرابات النفسية
المعارف المسبقة المطلوبة	1) المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي 2) مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس الديناميكي والمعرفي والبيولوجي والسلوكي والاجتماعي والبيولوجي. 3) تصنيف الاضطرابات النفسية
القدرات المكتسبة	- التعرف على مختلف الاضطرابات النفسية - وصف وتقييم المعايير المستخدمة في تصنيف وتشخيص اضطرابات النفسية العصابية
مفردات المادة (يجب أن يتضمن السداسي 15مفردة تعليمية/درسا).	1- الاضطرابات النفسية 2- اضطرابات القلق. 3- الأشكال العيادية للقلق 4- اضطرابات الخوف 5- الفوبيا وأشكالها العيادية 6- الهستريا التحولية 7- الهستيريا التفككية 8- الوسواس القسري 9- الأشكال العيادية للوسواس القسري 10- اضطرابات الصدمة. 11- اضطرابات ما بعد الصدمة. 12- الاكتئاب النفسي 13- التشخيص التفريقي بين الاكتئاب النفسي والحالة

	الانهيارية 14- الانهيار النفسي العصبي الحيوي 15- العدوانية
طريقة التقييم	**امتحان كتابي**
المراجع:	**- سامر جميل رضوان، 2007، الصحة النفسية، دار المسيرة، ط2، عمان، الأردن** - عبد المطلب أمين القريطى، 1998، في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة - علاء الدين كفافي، 1997، الصحة النفسية، دار هجر، ط4، القاهرة. - علي سعد، علم الشذوذ النفسي، 2003، ط2، منشورات جامعة دمشق، سوريا. - Gannon, T. A. & Pina, A. (2010). Firesetting: Psychopathology, theory and treatment. Aggression and Violent Behavior, 15, 224-238. - Davey, Graham 2008. Psychopathology. Wiley-Blackwell. - Pewzner Evelyne, 2003, Introduction à la psychopathologie de l'adulte, Armand Colin, Paris, 2ème édition. - Pierre Lévy-Soussan, 2002, Psychiatrie, Paris, Med-line Estem éditions. - Samacher . R & coll, 2005, Psychologie clinique et psychopathologie. Cours, documents, exercices, Paris, Bréal.

انحرافات الشخصية

السداسي	**الخامس**
عنوان الوحدة	**أساسية**
المادة	**انحرافات الشخصية**
الرصيد	**5**

المعامل	2
أهداف التعليم	1- استكشاف مختلف الانحرافات التي تمس الشخصية.
	2- اكتساب رصيد معرفي حول الشخصية النرجسية والشخصية السيكوباتية والانحرافات الشخصية ومشكلة الادمان
	3- القدرة على التشخيص التفريقي بين مختلف الانحرافات
المعارف المسبقة المطلوبة	1- المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي 2- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس الديناميكي والمعرفي والبيولوجي والسلوكي والاجتماعي والبيولوجي. 3- تصنيف الاضطرابات النفسية 4- الشخصية ومميزاتها وأنماطها
القدرات المكتسبة	- التعرف على مختلف انحرافات الشخصية - وصف وتقييم المعايير المستخدمة في تصنيف وتشخيص انحرافات الشخصية
مفردات المادة (يجب أن يتضمن السداسي 15مفردة تعليمية/درسا).	1- النظريات المفسرة للانحراف 2- إعادة صياغة نظريات التحليل النفسي للانحراف 3- اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD) 4- الأشكال العيادية للشخصية المعادية للمجتمع 5- اضطراب الشخصية الحدية (BPD) 6- الأشكال العيادية للشخصية الحدية 7- اضطراب الشخصية الهستيرية. 8- الأشكال العيادية للشخصية الهستيرية 9- اضطراب الشخصية النرجسية (NPD) 10- الأشكال العيادية للشخصية النرجسية 11- الانحرافات الجنسية 12- أنواع الانحرافات الجنسية 13- الإدمان والانحراف 14- أنواع الإدمان 15- الانتحار والمحاولة للانتحار
طريقة التقييم	**امتحان كتابي**
المراجع:	- معمر نواف الهوارنة (2018)، الشخصية وانحرافاتها، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، ط1 - علا عبد الباقي (2012)، شخصية الانسان توازنها وتكاملها ووقايتها من الانحراف والاضطراب، عالم الكتب، ط1،

- Robert J. Stoller, Sweet Dreams, Erotic Plots (2009) - Morgan, David and Ruszczynski, Stan, Lectures on Violence, Perversion and Delinquency. The Portman Papers Series (2007) - Masingue, A. & Janin Devillars, L. (2016). Les pervers narcissiques : une réalité organisationnelle ? Exploration sémantique et clinique d'un profil protéiforme de personnalité rencontré dans les organisations. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, S, 280-304. https://doi.org/10.3917/rips1.hs03.0280	

الإحصاء وتحليل المعطيات

السداسي	**الثاني**
عنوان الوحدة	**استكشافية**
المادة	**الإحصاء وتحليل المعطيات**
الرصيد	**1**
المعامل	**1**
أهداف التعليم	1- استكشاف مختلف الانحرافات التي تمس الشخصية. 2- اكتساب رصيد معرفي حول الشخصية النرجسية والشخصية السيكوباتية والانحرافات الشخصية ومشكلة الادمان 3- القدرة على التشخيص التفريقي بين مختلف الانحرافات
المعارف المسبقة المطلوبة	1- المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي 2- مسببات الاضطرابات النفسية والعقلية من وجهة نظر علم النفس الديناميكي والمعرفي والبيولوجي والسلوكي والاجتماعي والبيولوجي. 3- تصنيف الاضطرابات النفسية 4- الشخصية ومميزاتها وأنماطها
القدرات المكتسبة	- التعرف على مختلف انحرافات الشخصية - وصف وتقييم المعايير المستخدمة في تصنيف وتشخيص انحرافات الشخصية

مفردات المادة (يجب أن يتضمن السداسي 15مفردة تعليمية/درسا).	1- النظريات المفسرة للانحراف 2
طريقة التقييم	**امتحان كتابي**
المراجع:	- معمر نواف الهوارنة (2018)، الشخصية وانحرافاتها، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، ط1 - علا عبد الباقي (2012)، شخصية الانسان توازنها وتكاملها ووقايتها من الانحراف والاضطراب، عالم الكتب، ط1، - Robert J. Stoller, Sweet Dreams, Erotic Plots (2009) - Morgan, David and Ruszczynski, Stan, Lectures on Violence, Perversion and Delinquency. The Portman Papers Series (2007) - Masingue, A. & Janin Devillars, L. (2016). Les pervers narcissiques : une réalité organisationnelle ? Exploration sémantique et clinique d'un profil protéiforme de personnalité rencontré dans les organisations. Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, S, 280-304. https://doi.org/10.3917/rips1.hs03.0280

لمراجع العربية:

.1أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار (1970)، علم النفس الاجتماعي، القاهرة، دار النهضة العربي.

.2أحمد عزت راجح (1977)، أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف.

.3انتصار يونس (1974)، السلوك الإنساني، القاهرة، دار المعارف.

.4جابر عبد الحميد وآخرون (1981)، دراسة إستطلاعية لنمو بعض المفاهيم لدى عينة من الأطفال القطريين وغير القطريين المنتظمين في رياض الأطفال، قطر، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر.

.5جابر عبد الحميد (1997)، قراءات في تنمية الابتكار(تعريب)، القاهرة، دار النهضة العربية.

.6جابر عبد الحميد وآخرون (1998)، أبعاد التعليم، دليل المعلم (تعريب). القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

.7حامد زهران (1977)، علم النفس الاجتماعي، القاهرة، عالم الكتب.

.8ستيفن بيمون، لينار تشتر، سيسل هوفجارد (1997)، الأنشطة العلمية لتعليم المفاهيم، ترجمة : ليلى كرم الدين، القاهرة، جامعة عين شمس.

.9السيد على السيد (1992)، القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالاكتئاب لدى المراهقين. رسالة المجستير "غير منشورة"، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

.10صابر سليم (1995)، اتجاه حديثة في تدريس العلوم، كلية التربية، جامعة عين شمس.

.11صابر سليم وآخرون (1988)، طرق تدريس العلوم، المستوى الثالث، برنامج تأهيل معلمي المرحلة الابتدائية، القاهرة، مطابع دار الهلال.

.12صبري الدمرداش (1986)، أساسيات تدريس العلوم، القاهرة، دار المعارف.

.13صفاء الأعسر (1998)، تعليم من أجل التفكير، (تعريب)، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع.

.14عبد الحليم محمود السيد (1980)، الأسرة وإبداع الأبناء، القاهرة، دار المعارف.

.15عبد الرحمن عيسوي (1985)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.

.16عبد العزيز القوصي (1975)، أسس الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

.17عزة خليل (1997)، تنمية المفاهيم العلمية والرياضية للأطفال، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

.18علاء الدين كفافي (1997)، مناهج مدرسي للتفكير، مقالات في تعليم التفكير (تعريب)، القاهرة، دار النهضة العربية.

.19علي كريم محمد محجوب (1985)، أثر استخدام أسلوب حل المشكلات على التحصيل الدراسي والتفكير العلمي وفهم طبيعة العلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط (سوهاج).

.20عماد إسماعيل، ليلى لبابيدي وليلى كرم الدين، وآخرون (1993)، برامج التدريس أثناء العمل للعاملين مع أطفال دور الحضانة ورياض الأطفال، القاهرة، المجلس القومي للطفولة والأمومة.

.21عماد الدين إسماعيل، أمينة كاظم، ناهد رمزي، ليلى كرم الدين، وهدى الناشف (1994)، معايير نمو طفل ما قبل المدرسة، المجلد الثاني، الدراسة النفسية، المجلس القومي للطفولة والأمومة، برنامج الأمم المتحدة للإنماء.

.22عماد الدين إسماعيل، أمينة كاظم، ناهد رمزي، ليلى كرم الدين، وهدى الناشف (1994)، مقاييس النمو النفسي لطفل ما قبل المدرسة، المجلد الثاني: الدراسة النفسية، المجلس القومي للطفولة والأمومة وبرنامج الأمم المتحدة للإنماء.

.23عماد الدين إسماعيل، ليلى لبابيدي، آخرون (1993)، (1) الطفل ونموه، المادة العلمية (ب) برنامج التدريب أثناء العمل للعاملين مع أطفال دور الحضانة ورياض الأطفال، القاهرة، المجلس القومي للطفولة والأمومة.

.24عماد الدين إسماعيل، ليلى كرم الدين، ليلى لبابيدي، وآخرون : (1) الطفل ونموه، المادة العلمية (أ) برنامج التدريب أثناء العمل للعاملين مع الأطفال دور الحضانة ورياض الأطفال.

.25فؤاد البهي السيد (1981)، علم النفس الاجتماعي، القاهرة، دار الفكر العربي.

.26فوزية دياب (1980)، نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة، القاهرة، دار النهضة

المصرية.
.27قدري حفني (1986)، التنشئة الاجتماعية العربية بين الوحدة والتعدد. مجلة النيل، القاهرة، العدد "28" ص 61 - 67.
.28قدري حفني، وهدى قناوي، وإلهام عفيفي، وليلى كرم الدين، ويعقوب الشاروني (1993)، الخطة القومية الشاملة لثقافة الطفل العربي المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، وإدارة الثقافة، تونس.
.29كمال دسوقي (1992)، ذخيرة علوم النفس، الجزء الثاني.
.30ليلى كرم الدين (1976)، تطور فكر العليّة عند الطفل، رسالة ما جستير (غير منشورة) مودعة بمكتبة كلية الآداب جامعة عين شمس.
.31ليلى كرم الدين (1982)، الانتقال من مرحلة العمليات العيانية إلى مرحلة العمليات الشكلية : دراسة تجريبية وفقا لنظرية جان بياجيه. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
.32ليلى كرم الدين (1987)، الحصيلة اللغوية المنطوقة لطفل ماقبل المدرسة، دراسة استطلاعية، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، سلسلة بحوث ودراسات عن الطفل المصري، العدد الأول.
.33ليلى كرم الدين (1987)، المنهج الاكلينيكي لجان بياجيه ومحاولات تقنينه، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد الأول.
.34ليلى كرم الدين (1988)، خصائص التفكير المنطقي في نظرية جان بياجيه. الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد الثامن، أكتوبر/نوفمبر/ ديسمبر، ص 28 - 46.
.35ليلى كرم الدين (1988)، ثبات العدد لدى الأطفال المتخلفين عقليا من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين، القاهرة، مركز إعاقات الطفولة، جامعة الأزهر.
.36ليلى كرم الدين (1988)، ثبات العدد لدى الأطفال التخلفين عقليا من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين، القاهرة، مركز إعاقات الطفولة، جامعة الأزهر.
.37ليلى كرم الدين (1988)، خصائص التفكير المنطقي في نظرية جان بياجيه، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة علم النفس، العدد الثامن، ص 28 - 47.
.38ليلى كرم الدين (1989)، الحصيلة اللغوية المنطوقة لطفل ما قبل المدرسة، من عمر عام حتى ستة أعوام. الكويت، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة، العدد الحادي عشر.
.39ليلى كرم الدين (1989)، الخصائص العقلية لطفل ما قبل المدرسة، دورة تدريب كتاب الأطفال، مركز توثيق وبحوث أدب الأطفال، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.40ليلى كرم الدين (1989)، توقيت إدخال اللغة الثانية للأطفال، الحلقة النقاشية الدراسية حول موضوع : التعليم في رياض الأطفال، كلية رياض الأطفال، 24 - 25يونية 1989، ص 68 - 84.
.41ليلى كرم الدين (1989)، ثبات الكم المنفصل والمتصل لدى الأطفال المختلفين عقليا من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين، القاهرة، مركز إعاقات الطفولة، جامعة الأزهر .
.42ليلى كرم الدين (1989)، ثبات الكم لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين. القاهرة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر.
.43ليلى كرم الدين (1990)، اللغة عند الطفل : تطويرها ومشكلاتها، القاهرة، دار النهضة المصرية.
.44ليلى كرم الدين (1990)، قوائم الكلمات الأكثر انتشاراً في أحاديث الأطفال، القاهرة، مركز توثيق وبحوث أدب الأطفال، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.45ليلى كرم الدين (1991)، بعض الاتجاهات الحديثة في تشخيص حالات التخلف العقلي ورعايتها، الحلقة الدراسية الإقليمية حول : عقد حماية الطفل المصري. القاهرة، مركز تنمية الكتاب العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.46ليلى كرم الدين (1991)، اختيارات جان بياجيه بالمنهج شبه المقنن :(1) اختيارات ثبات العدد. القاهرة، جامعة عين شمس، مركز دراسات الطفولة.
.47ليلى كرم الدين (1991)، مراجعة تنمية المهارات الرياضية، المستوى الثاني، الجزء الأول والثاني والثالث. وزارة التربية والتعليم.

.48ليلى كرم الدين (1991)، اختيارات جان بياجيه بالمنهج شبه المقنن : اختيارات ثبات العدد، القاهرة، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، سلسلة بحوث ودراسات عن الطفل المصري، العدد)4.(
.49ليلى كرم الدين (1992)، ثبات العدد لدى الأطفال المتخلفين عقليا من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين (مستخلص الدراسة)، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين : مجلة دراسات نفسية.
.50ليلى كرم الدين (1992)، دراسة تقويمية لمهرجان القراءة للجميع. الحلقة الدراسية الإقليمية حول "مهرجان القراءة للجميع"، القاهرة، مركز تنمية الكتاب العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.51ليلى كرم الدين (1992)، الإدمان ودور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في الوقاية منه، الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، الإدارة العامة للشؤون الاجتماعية، الحلقة البحثية حول :"نحو عالم عربي خال من المخدرات"، القاهرة 23 - 25 نوفمبر.
.52ليلى كرم الدين (1992)، الأسس النفسية لمجلات الأطفال، الحلقة الدراسية الإقليمية حول مجلات الأطفال، القاهرة، مركز تنمية الكتاب العربي، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
.53ليلى كرم الدين (1992)، الميول القرائية لأطفال مرحلة التعليم الأساسي، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، مجلة عالم الكتاب، العدد 36، أكتوبر/ديسمبر.
.54ليلى كرم الدين (1992)، ثبات العدد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال العاديين. القاهرة، مجلة دراسات نفسية، العدد ك 2، ج 1، ص 329.255-
.55ليلى كرم الدين (1992)، ثبات الكم المنفصل لدى الأطفال المتخلفين عقليا من تلاميذ مدارس التربية الفكرية والأطفال العاديين (مستخلص الدراسة). القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين : مجلة دراسات نفسية.
.56ليلى كرم الدين (1992)، ثبات الكم لدى الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال العاديين. القاهرة، مجلة دراسات نفسية، العدد ك2 ، ج3 ، ص 417-391.
.57ليلى كرم الدين (1993)، الإدمان ودور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في الوقاية منه (مطوية) القاهرة، المجلس الأعلى للشباب والرياضة، الإدارة المركزية للبحوث الشبابية والرياضية.
.58ليلى كرم الدين (1993)، اللغة عند الطفل، تطورها ومشكلاتها والعوامل المرتبطة بها، القاهرة، مطبعة أولاد عثمان.
.59ليلى كرم الدين، هدى الناشف (1993)، دراسة تقويمية لبرنامج التدريب أثناء العمل لمعلمات دور الحضانة ورياض الأطفال، القاهرة، المجلس القومي للطفولة والأمومة.
.60ليلى كرم الدين (1994)، اتجاهات الأطفال نحو المكتبة : دراسة مقارنة بين أطفال الريف والحضر. القاهرة ورابطة الأخصائيين النفسيين، مجلة دراسات نفسية، العدد) 16.(
.61ليلى كرم الدين (1994)، المفاهيم العقلية للأطفال سن ما قبل المدرسة والأنشطة التي تساعد على تنميتها. القاهرة، مركز التدريب متعدد الوظائف لتنمية الطفولة المبكرة. المجلس القومي لتنمية الطفولة المبكرة. المجلس القومي للطفولة والأمومة.
.62ليلى كرم الدين (1994)، المهارات اللغوية للأطفال سن ما قبل المدرسة والأنشطة التي تساعد على تنميتها، القاهرة، مركز التدريب متعدد الوظائف لتنمية الطفولة المبكرة، المجلس القومي للطفولة والأمومة.
.63ليلى كرم الدين (1994)، تدريب الإعلاميين في مجال التعليم التربوي حول : لغة الطفل، القاهرة، مؤسسة هانس زايدل.
.64ليلى كرم الدين (1994)، دور المكتبة في خدمة ورعاية الأطفال المعوقين، القاهرة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، مجلة معوقات الطفولة، العدد.
.65ليلى كرم الدين (1994)، دور المكتبة في خدمة ورعاية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مجلة عالم الكتاب، العدد) 44.(
.66ليلى كرم الدين (1994)، اتجاهات الأطفال نحو المكتبة. دراسة مقارنة بين أطفال الريف والحضر. القاهرة، دار الكتب والوثائق القومية، مركز توثيق وبحوث أدب الأطفال.
.67ليلى كرم الدين (1994)، الأسس السيكولوجية لانتقاء الموهوبين رياضيا، الجزء الأول (مطوية)،

القاهرة، المجلس الأعلى للشباب والرياضة، الإدارة العامة للبحوث الشبابية والرياضية.
.68ليلى كرم الدين (1994)، بعض الجهود والأنشطة التي تبذل لتنمية الأطفال المصريين سن ما قبل المدرسة، المغرب، الرباط.
.69ليلى كرم الدين (1995)، طفل ما قبل المدرسة والكتاب، الحلقة الدراسية حول : "الأسرة وقراءات الأطفال". القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مركز تنمية الكتاب العربي 14-13 يناير 1995.
.70ليلى كرم الدين (1995)، برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم بمدارس التربية الخاصة. القاهرة، وزارة التربية والتعليم، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر، البرامج.
.71ليلى كرم الدين (1995)، مدى فاعلية برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم بمدارس التربية الفكرية. القاهرة، وزارة التربية والتعليم، مؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر، بحوث ودراسات في التربية الخاصة المجموعة الثانية، ص 323-301.
.72ليلى كرم الدين (1997)، (ترجمة) : الأنشطة العلمية لتعليم المفاهيم تأليف سفين نيمون وليتارتشتر وسيسل هونجارد سويفس.
.73ليلى كرم الدين (1997)، الآتجاهات الحديثة في برامج المتخلفين عقليا اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، النشرة الدورية (العدد 51)، ص 39-20.
.74ليلى كرم الدين (1997)، كيف ننشىء مكتبة للعب (مترجم) الجمعية المصرية لحق الطفل في اللعب.
.75ليلى كرم الدين (1997)، نظرية جان بياجيه بعد مائة عام على مولده، نفس المرجع السابق، ص 152-75.
.76ليلى كرم الدين (1997)، الدراسات العربية حول أعمال بياجيه، في سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري، ملف خاص بمناسبة الاحتفال بمئوية جان بياجيه، مركز دراسات الطفولة. ص60-27.
.77ليلى كرم الدين (1997)، الميول القرائية للأطفال دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية في تنميتها. ندوة مشكلات القراءة الحرة في مصر. لجنة الكتاب والنشر، المجلس الأعلى للثقافة، ص 49-29
.78ليلى كرم الدين (1998)، الأبعاد النفسية والتربوية لفنون الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مهرجان القاهرة الدولي التاسع لسينما الأطفال.
.79ليلى كرم الدين (1998)، دور المكتبة المدرسية في تنمية الميول القرائية. الندوة الدولية حول المكتبات المدرسية وسبل تطويرها اللجنة الوطنية المصرية للتربية والثقافة والعلوم والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. القاهرة، 3-2 مارس 1998.
.80ليلى كرم الدين (1998)، دور مهرجان القراءة للجميع في اكتساب الأطفال الاتجاهات الإيجابية نحو القراءة وتنمية ميولهم القرائية العربي الإقليمي لبرنامج "القراءة للجميع"، اللجنة الوطنية المصرية للتربية والعلوم والثقافة منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة(يونسكو)، القاهرة 1- 10 نوفمبر 1998.
.81ليلى كرم الدين (1998)، الاتجاهات الحديثة في برامج المتخلفين عقلياً (2) إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. النشرة الدورية (العدد 54). ص25 -1.
.82ليلى كرم الدين (1998)، الاتجاهات الحديثة في رعاية الأطفال المعوقين مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري، ص 18 - 31.
.83ليلى كرم الدين (1998)، كيف يمكن لبرامج الأطفال في التليفزيون تحقيق الحاجات النفسية للأطفال المصريين وتنميتهم. مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس. ورشة عمل برامج الأطفال في التليفزيون وتحديات القرن الحادي والعشرين.
.84ليلى كرم الدين (1999)، جان بياجيه. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. الكتاب السنوي الرابع عشر، زمن جديد ولغة جديدة.
.85ليلى كرم الدين (1999)، أدوات البحث، اختيارها وطريقة إعدادها. برنامج تدريب الباحثين الشبان في مجالات الطفولة بالمغرب. المجلس العربي للطفولة والتنمية.
.86ليلى كرم الدين (1999)، التربية المبكرة. بنامج تدريب الباحثين الشبان في مجالات الطفولة. المجلس العربي للطفولة والتنمية.

87.ليلى كرم الدين (1999)، تعديل اتجاهات وممارسات الطفل والأسرة نحو البيئة والقضايا البيئة. المجلس العربي للطفولة والتنمية، مؤتمر تنمية الوعي الصحي والبيئي المدرسي في البلاد العربية.
88.ليلى كرم الدين (1999)، لعبة الطفل، وسيلة للمتعة والتعليم والتنمية. برنامج تدريب الباحثين الشبان في مجالات الطفولة في المغرب. المجلس العربي للطفولة والتنمية. الرباط.
89.ليلى كرم الدين (2002)، إعداد أطفالنا للمستقبل. مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
90.ليلى كرم الدين (2002)، تنمية التفكير العلمي للأطفال. جامعة الدول العربية، إدارة الطفل.
91.ليلى كرم الدين (1999)، التربية المبكرة : أهميتها وأهم الاتجاهات والتوجيهات الحديثة فيها، وثيقة بحوث مؤتمر "حق طفل دار الحضانة في مشرفة تربوية" مشروع تنمية الطفولة المبكرة، القاهرة، 28-27 نوفمبر.
92.ليلى كرم الدين (1999)، برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعليم بمدارس التربية الفكرية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين، مجلة دراسات نفسية (مقبول للنشر).
93.ليلى كرم الدين (1991)، اختيارات جان بياجيه بالمنهج شبه المقنن : اختيارات ثبات العدد، القاهرة، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، سلسلة بحوث ودراسات عن الطفل المصري، العدد) 4.(
94.ليلى كرم الدين (1993)، الأسس النفسية للتوجه للأطفال سن ما قبل المدرسة، دراسة عرضت بالورشة الأولى من ورش عمل النهوض بقراءات الأطفال، جمعية الرعلية المتكاملة، مركز توثيق وبحوث أدب الأطفال وهيئة اليونيسيف، القاهرة، 24-1993/11/21.
95.ليلى كرم الدين (1994)، برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعليم بمدارس التربية الفكرية.
96.ليلى كرم الدين (1996)، الاتجاهات الحديثة في برامج المتخلفين عقليا، القاهرة، المركز القومي لثقافة الطفل، مجلة ثقافة الطفل، العدد 15، ص 86-5.
97.ليلى كرم الدين (1998)، قيمة اللعب (مترجم). الجمعية المصرية لحق الطفل في اللعب.
98.ليلى كرم الدين (1999)، مشكلة البحث : اختيارها، صياغتها وتصميم منهجها. برنامج تدريب الباحثين الشبان في مجالات الطفولة. المجلس العربي للطفولة والتنمية.
99.محمد صابر سليم (1995)، اتجاهات حديثة في تدريس العلوم. قسم المناهج وطرق التدريس، كلية التربية، جامعة عين شمس.
100.محمد عماد الدين اسماعيل ونجيب اسكندر ورشد فام منصور : مقياس الاتجاهات الوالدية في التنشئة، القاهرة، دار النهضة العربية، 1974.
101.محمد متولي قنديل وحميده دنيا (2000)، الفيزياء والطفولة المبكرة : أنشطة وتجارب عملية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
102.محمود أبو النيل (1984)، علم النفس الاجتماعي. دراسات عربية وعالمية، القاهرة، الجهاز المركزي للكتب الجامعية.
103.محمود أبو النيل (1985)، علم النفس الاجتماعي، بيروت، دار النهضة العربية.
104.مختار حمزة (1979)، أسس علم النفس الاجتماعي. جدة، دار المجتمع العلمي.
105.مصطفى أحمد تركي (1974)، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء، القاهرة، دار النهضة العربية.
106.مصطفى زيور (1986)، تعاطي الحشيش كمشكلة نفسية "في" بحوث مجمعة في التحليل النفسي، بيروت، دار النهضة العربية.
107.ممدوحة سلامة، بعد "الدفء" (1987)، أسس نظرية القبول/الرفض الوالدي لرونالر، الهيئة المصرية العامة للكتاب "مجلة علم النفس العدد 3."
108.هدى محمد قناوي (1983)، الطفل وتنشئته وحاجاته. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
109.واصف عزيز (1999)، التدريس المصغر وتعليم الأقران :"مشروع تدريب المعلمين الجدد غير التربويين"، البنك الدولى، الاتحاد الأوروبي، وحدة التخطيط والمتابعة، القاهرة.

110.وليم عبيد (1987)، "الكتب العلمية للأطفال" الندوة الدولية لكتاب الطفل الماضي والحاضر والمستقبل، ط1، الهيئة المصرية العامة للكتاب.