



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة جيلالي نيايس - سيدي بلعباس -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



المطبوع البيداغوجي لمادة:
اضطرابات الشخصية عند الراشد

دروس مقدمة لطلبة السنة الثالثة - تخصص علم النفس العيادي

من إعداد: د/ نسيمة رماس أستاذة محاضرة - أ - علم النفس العيادي



السنة الجامعية:

2022-2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة جيلالي لياباس - سيدي بلعباس -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

المجلس العلمي للكلية

الرقم: م.س. 2/06-03/م.ع.ك/2022



مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

المنعقد بتاريخ: 2022/03/06

صادق المجلس العلمي لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية في دورته العادية المنعقدة يوم

2022/03/06

على المطبوعة البيداغوجية للترشح لرتبة الأستاذية المقدمة من طرف الأستاذة(ة): رماس نسيمة

أستاذة محاضرة (أ) بقسم العوم الاجتماعية

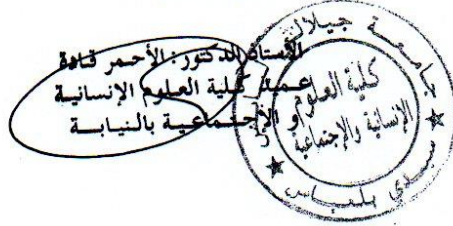
تخصص : علم النفس

الموسوم ب : اضطرابات الشخصية عند الراشد

المخصصة لطلبة السنة الثالثة علم النفس

سيدي بلعباس يوم : 2022/03/16

عميد الكلية



رئيس المجلس العلمي



الأستاذ الدكتور: محمد

رئيس المجلس العلمي



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة جيلالي ليايس - سيدي بلعباس -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



المطبوع البيداغوجي لمادة:
اضطرابات الشخصية عند الراشد

دروس مقدمة لطلبة السنة الثالثة - تخصص علم النفس العيادي

من إعداد: د/ نسيمه رماس أستاذة محاضرة - أ - علم النفس العيادي



السنة الجامعية:

2022-2021

6.....	البطاقة التقنية لمادة : اضطرابات الشخصية عند الراشد
8.....	المحاضرة رقم 1: مفاهيم أساسية في علم النفس المرضي
8.....	مقدمة:
8.....	1-1: المنهج العيادي في علم النفس المرضي:
9.....	2-1: بعض المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي:
9.....	1-2-1 مفهوم السواء:
9.....	2-2-1 علم الأسباب / المنشأ:
10.....	3-2-1 سمات الشخصية واضطراب الشخصية:
10.....	4-2-1 مفهوم البنية:
11.....	6-2-1 العرض/العلامة المرضية:
12.....	7-2-1 الآليات الدفاعية:
13.....	3-1 النظريات المفسرة للاضطراب النفسي:
14.....	المحاضرة رقم 2: الشخصية واضطرابها
14.....	1-2 مفهوم الشخصية:
14.....	2-2 بعض المبادئ الأساسية:
15.....	3-2 بعض المفاهيم المتداخلة:
16.....	4-2 مقاربات اضطرابات الشخصية:
17.....	5-2 تعريف اضطرابات الشخصية حسب DSM V:
18.....	6-2 التطور والتكفل : Evolution et prise en charge:
19.....	7-2 تصنيف اضطرابات الشخصية:
20.....	8-2 عوامل الخطر لاضطرابات الشخصية:
20.....	1-8-2 العوامل البيولوجية:
20.....	2-8-2 العوامل البيئية والاجتماعية:
22.....	المحاضرة رقم 3: الشخصية فصامية النمط
22.....	مقدمة:
22.....	1-3 الخصائص الأساسية:
23.....	2-3 التشخيص حسب DSMV:
	3-3 التقييم/التشخيص 25



4-3 وصف للشخصية فصامية النمط

5-3 المسببات وعلم النفس المرضي:

6-3 العلاج

7-3 الحالة العيادية

تذكير

30..... المحاضرة 4: الشخصية شبه الفصامية.....

30 مقدمة

30 1-4 الخصائص:

31 2-4 الميزات الأساسية:

31 3-4 التشخيص:

4-4 وصف للشخصية فصامية النمط

34 6-4 الأسباب:

5-4 العلاج:

7-4 الحالة العيادية

35 تذكير

37..... المحاضرة 5: الشخصية البارانويدية.....

37 مقدمة:

38 1-5 التشخيص:

39 2-5 التشخيص الفارقي :

39 3-5 وصف الشخصية البارانويدية:

43 4-5 الأسباب المرضية:

43 5-5 العلاج:

6-5 الحالة العيادية:

45 تذكير

47..... المحاضرة 6: الشخصية المضادة للمجتمع.....

47 مقدمة:

47 1-6 الخصائص الرئيسية للشخصية المعادية للمجتمع:

48 2-6 الخصائص الأساسية:

48 3-6 التشخيص:

49 4-6 وصف الشخصية المضادة للمجتمع:



52	..... 5-6 الأسباب المرضية وعلم النفس المرضي
53	..... 6-6 العلاج النفسي:
	..... 7-6 الحالة العيادية:
54	..... تذكير
57	..... المحاضرة 7: الشخصية الحدية
57	..... مقدمة:
57	..... 1-7 الخصائص الرئيسية:
58	..... 2-7 التشخيص:
59	..... 3-7 وصف اضطراب الشخصية الحدية.
61	..... 4-7 المسببات وعلم النفس المرضي:
62	..... 5-7 العلاج النفسي:
	..... 6-7 الحالة العيادية:
62	..... تذكير
65	..... المحاضرة 8: الشخصية النرجسية
65	..... مقدمة:
65	..... 1-8 الخصائص الرئيسية:
66	..... 2-8 التشخيص:
68	..... 3-8 مواصفات الشخصيات النرجسية:
71	..... 4-8 دراسة العوامل المسببة:
72	..... 5-8 العلاج النفسي:
72	..... 1-5-8 أهداف العلاج النفسي المعرفي السلوكي:
73	..... 6-8 الحالة العيادية:
74	..... المحاضرة 9: الشخصية الهستريوتية
74	..... مقدمة:
74	..... 1-9 الخصائص الرئيسية:
75	..... 2-9 التشخيص:
76	..... 3-9 وصف الشخصية الهستريوتية:
78	..... 4-9 المسببات وعلم الأمراض النفسية:
78	..... 5-9 العلاج النفسي:



9-6 الحالة العيادية:

79 تذكر

81 **المحاضرة 10: الشخصية التجنبية**

81 مقدمة:

81 1-10 الخصائص الرئيسية:

82 2-10 التشخيص:

83 3-10 وصف الشخصية التجنبية

85 4-10 المسببات وعلم الأمراض النفسية:

5-10 العلاج النفسي

6-10 الحالة العيادية:

86 تذكر

89 **المحاضرة 11: الشخصية الاعتمادية**

مقدمة

90 1-11 الخصائص الأساسية:

90 2-11 التشخيص:

91 3-11 وصف الشخصية الاعتمادية:

93 4-11 المسببات وعلم النفس المرضي:

94 5-11 العلاج النفسي:

94 6-11 الحالة العيادية:

95 تذكر

96 **المحاضرة 12: الشخصية الوسواسية القهرية**

مقدمة:

96 1-12 الخصائص الرئيسية

97 2-12 التشخيص:

98 3-12 وصف الشخصية الوسواسية القهرية:

100 4-12 المسببات وعلم النفس المرضي:

101 5-12 العلاج النفسي:

102 6-12 الحالة العيادية:

103 تذكر

104 **المحاضرة 13: اضطرابات شخصية أخرى**

- 104 1-13 تغير الشخصية بسبب حالة طبية.
- 104..... 1-1-13 معايير التشخيص:
- 105..... 2-1-13 تحديد النوع:
- 105 2-13 اضطراب الشخصية غير المحدد N.S :
- 106 3-13 تغير باق في الشخصية تلو تجربة فاجعة تصنيف (ICD10):
- 107..... 14: بعض المعطيات الايديمولوجية والعلاجية الخاصة باضطرابات الشخصية.....
- 107..... 1-14 بعض المعطيات الايديمولوجية:
- 107..... 2-14 انتشار اضطرابات الشخصية عند عامة أفراد المجتمعات.
- 109..... 3-14 علاجات اضطرابات الشخصية:
- 111 قائمة المراجع:



البطاقة التقنية لمادة : اضطرابات الشخصية عند الراشد



• وحدة التعليم: الأساسية

• الرصيد: 05

• المعامل: 02

• أهداف التعليم:

✓ تمكّن الطالب من التعرف على محددات الشخصية.

✓ التعرف على أهم اضطرابات الشخصية عند الراشدين وكيفيات ظهورها.

✓ التفريق بين مختلف اضطرابات الشخصية

محتوى المادة:

I/ مدخل: التذكير بالمفاهيم الكبرى في علم النفس المرضي (البنية، آليات الدفاع، العرض، المرض)

II/ الشخصيات الپاثولوجية

1- الشخصية الفصامية: المنشأ السببي والكلينيكي

- الشخصية الفصامية النمطية.

- الشخصية شبه الفصامية.

2- الشخصية البرانويدية (المنشأ المرضي، والكلينيكي)

3- الشخصية النرجسية (المنشأ المرضي، والكلينيكي).

4- الشخصية المضادة للمجتمع

- 5- الشخصية الحدية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)
- 6- الشخصية الوسواسية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)
- 7- الشخصية الخوافية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)
- 8- الشخصية الهستيرية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)
- 9- الشخصية الاعتمادية. (المنشأ المرضي، والاكلينيكي)

طريقة التقويم: امتحان + تقويم مستمر



المحاضرة رقم 1: مفاهيم أساسية في علم النفس المرضي¹



مقدمة:

يهتم علم النفس الإكلينيكي بالأداء النفسي للفرد، إضافة إلى دراسة تطوّر هذا الأداء النفسي بعناصره السليمة والباثولوجية على حد سواء. كما يشير علم النفس المرضي إلى وصف ودراسة وفهم التوظيف النفسي للفرد السليم منه والباثولوجي، سواء كان مرتبطاً بمرض عقلي أم لا .

ويعتبر علم النفس المرضي تخصصاً في حد ذاته، يتطرّق لمجموعة الاضطرابات النفسية و كذا اضطرابات الشخصية التي تعبّر عن اختلال في التجربة المعاشة من إدراك وعاطفة وتفكير و سلوك.

1-1: المنهج العيادي في علم النفس المرضي:

- المنهج المستعمل في علم النفس المرضي هو المنهج العيادي الذي يهتم بالفرد في مجمله وفي فردانيته Individualité . تستعمل فيه المقابلة العيادية وكذا الاختبارات النفسية الأدائية منها الاختبارات الشخصية وكذا الروايات من أجل الوصول إلى تشخيص كامل وشامل أي دراسة شاملة للحالة.

¹ Jean Bergeret. (2008). Psychologie pathologique- théorique et clinique.

- دراسة الحالة يمكن أن تكون من منظور وصفي يهدف إلى التشخيص حسب DSM و CIM

أو من منظور سيكوديناميكي/ تحليلي، تكون هادفة إلى فهم الديناميكية الداخلية للفرد: بنية- طبيعة
القلق- العلاقة مع الموضوع- الآليات الدفاعية.

1-2: بعض المفاهيم الأساسية في علم النفس المرضي:

1-2-1 مفهوم السواء :

لا يمكن الفصل بين السواء واللا سواء انطلاقاً من ملاحظات خارجية للأفراد وفي غياب معرفة
كاملة لبنيتهم الشخصية انطلاقاً من ذلك يجب القيام بالتقييم العيادي للسير العام/ الأداء الوظيفي
للفرد. ويكمن الفرق بين السواء واللا سواء في شدة الأعراض.

1-2-2 علم الأسباب / المنشأ:

هو دراسة الأسباب في علم النفس المرضي التي تتداخل مع بعضها البعض اختلافاً عن المجال
الطبي مثال: حول تداخل الأسباب النوروفيزيولوجية والنفسية في الفصام أو تداخل الأسباب
الفيزيولوجية الهرمونية مع الأسباب النفسية في اضطرابات المزاج.

يجب على المختص النفسي توخي الحذر عند محاولة تحديد منشأ الاضطراب والمعاناة النفسية
باعتبار تداخل الجانب العضوي الفيزيولوجي أي المورثات والجينات مع الجانب النفسي، وكذا تداخل
العوامل الاجتماعية والنفسية في النمو النفسي.

3-2-1 سمات الشخصية واضطراب الشخصية:

السمات هي خصيات تميز كل شخص، لديها درجة مقبولة. أما اضطراب الشخصية فيخص تزايد السمة في شدتها وتصبح هذه السمة طاغية ويفقد الفرد مرونته.

4-2-1 مفهوم البنية:

تتكون البنية النفسية انطلاقاً من عوامل متداخلة، وراثية بعض الخصائص والعلاقات الأولية مع الوالدين - الاحباطات - الصدمات والصراعات التي تواجه الفرد. تتشكل نفسية الفرد انطلاقاً من هذه العوامل ولا تتغير اسسها بعد ذلك لتشكل بنية عصابية أم ذهانية "ثابتة نوعاً ما" ما عدا التنظيمات الحديدية التي يمكن ان تأخذ شكل العصابي والذهاني بفعل أزمات حادة في الحياة أو صدمات.

على الأخصائي العيادي اتخاذ الحذر فيما يخص تشخيص بنية الفرد لاسيما في الحالات المؤقتة: عند المرأة بعد الولادة - حالة الصدمة- حالة عملية جراحية صعبة- بعد كارثة طبيعية أو صدمة نفسية. هذه الحالات يمكن ان تؤدي الى مرحلة عابرة ليس لها علاقة مع البنية . كذلك الوضع بالنسبة للطفل والمراهق اللذين هما في مرحلة تطور وبالتالي الأعراض الملاحظة الخارجية يمكن أن لا تعكس البنية لدى الطفل.

5-2-1 طبيعة الصّراع:

- البنية العصابية: الصراع يكون بين الأنا الأعلى والهو والواقع عبر الأنا.
- البنية الذهانية: يكون الصراع بين الهو والواقع.

- **التنظيمات الحدية: الصراع يكون بين المثل الأعلى للأننا والهو.**

الدفاعات	العلاقة مع الموضوع	طبيعة القلق	الأعراض	
- رفض الواقع - الانشطار - تعدد الأنا	انصهارية (تكافلية)	التفكك	- الهذيانات اختلال الانية	الذهان/الهو
- الانشطار - المتلثة	اتكالية واعتمادية	فقدان موضوع	الاكتئاب	التنظيم الحدوي/المثل الأعلى للأننا
الكبت	تناسلية	الخصاء	أعراض هستيرية وسواسية	العصابات/الأننا الأعلى

جدول يبيّن خصائص كل بنية (Bergeret, 2008, p.228)

1-2-6 العرض/العلامة المرضية:

يمثّل العرض في مجال علم النفس المرضي ما يظهر على سلوك الفرد أو ما يصرح به الفرد

أثناء المقابلة إلا أنه يبعث الى مفهوميين أساسيين:

• من المنظور الوصفي: يتعلق بأمراض وعلامات أساسية في تشخيص الحالة والتشخيص يكون

حسب الدليل التشخيصي المستعان به.

• المنظور السيكو ديناميكي: يعتمد على نظرية التحليل النفسي، ويكتسي العرض مفهوم لدى

كل حالة يشكل تسوية بين الرغبة والاليات الدفاعية. لا يكتفي الأخصائي بملاحظة الأعراض الظاهرة

بل يحاول الوصول الى فهم العالم الداخلي وهذا من منظور المنهج العيادي ونظرية التحليل النفسي.

1-2-7 الاليات الدفاعية:

و تعرّف ب" الطرق التي يستعملها الأنا في صراعاته" كما يعرفها (Sigmund Freud).

وهي متعددة و تعكس بنية الفرد ، أين نتحدث عن آليات دفاعية "ذات طابع عصابي" أو "ذهاني".

تختلف التصنيفات المتعلقة بالآليات الدفاعية فمنها ما يخص مدرسة التحليل النفسي و من أهم

المساهمات نذكر Laplanche & – Bergeret – M.Klein – A. Freud – S. Freud

Pontalis

ومنها ما يخص المدرسة الامريكية , Valenstein- DSM...وتقدر إجمالاً بـ 29 الى 39 حسب

اتفاق المختصين. نذكر من بينها : الكبت ، التسامي ، القمع ، الإزاحة ، التحويل العكسي ، الإنكار

، التقمص (بأنواعه) ، الإنشطار، العزل ، الاسقاط، التبرير، الرفض/الواقع....

تعتبر الاليات الدفاعية مهمة في فهم معنى العرض، تجنّد الاليات الدفاعية لمواجهة الخطر النزوي

واسترجاع التوازن النفسي. كما تصنّف الاليات الدفاعية حسب نوعها أي آليات ذات طابع ذهاني او

طابع عصابي.

• المرونة: تساعد على تكيف الفرد الداخلي والخارجي.

- **التنوع:** تعكس سير نفسي مرن تكيفي ومتناسق.

1-3 النظريات المفسرة للاضطراب النفسي:

حسب نظرية التحليل النفسي (السيكوديناميكية) يتشكّل الاضطراب النفسي من تداخل عوامل عدة (بيولوجية/تكوينية، نفسية، اجتماعية) لا سيما فيما يخص خلل (تثبيت) في مرحلة نمائية ما والنكوص إلى هاته المرحلة حسب شدة الاضطراب وقدرة الجهاز النفسي (عبر الأنا) على مواجهته وإحداث توازن آخر أو عدم قدرته وظهور اضطراب.

يقول R. Perron في كتابه "**Genèse de la personne**" أن "الشخصية" هي "البنية" إذ تقوم بعمل "تغيير/ تحويل Transformation" من أجل التكيف مع المحيط الخارجي. تعتبر الشخصية الخصائص الدائمة التي تميز الفرد عن باقي الأفراد، الظاهرة منها والكامنة وتتميز بالديمومة والتناسق والشمولية (خصائص جسمية فكرية).

وبالتالي اضطراب الشخصية يعبر عنه في المدرسة السيكوديناميكية باضطراب على مستوى السير النفسي للفرد والذي يعكس عدم قدرة الجهاز النفسي للفرد على تحويل وتصريف وتخفيف الضغط الذي يعيشه الفرد في مرحلة من حياته.

المحاضرة رقم 2: الشخصية واضطرابها

1-2 مفهوم الشخصية:

"هي مجموعة منتظمة من الاستعدادات الفطرية والمكتسبة تحت تأثير التعلم والعلاقات المتداخلة للفرد في بيئته، وكذا خبراته الحالية والماضية، وتوقعاته ومشاريعه". (Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie, 1980).

حسب Pichot، إنّ الشخصية هي التنظيم الدينامي للجوانب الفكرية والعاطفية والإرادية والفسولوجية والمورفولوجية للفرد . كما تشير سمات الشخصية إلى الطرق الدائمة للتعامل مع البيئة، والتصور والتفكير حول البيئة، والتفكير والتصور الذاتي ؛ وتتجلى هذه السمات في مجموعة واسعة من الحالات.

2-2 بعض المبادئ الأساسية

- الشخصية تسمح للفرد بإدراك العالم والمحيط، إدراك نفسه واتباع نماذج علائقية معينة،
- إنها البصمة النفسية للفرد / أي فريدة من نوعها وخاصة بالفرد،
- الشخصية في ديناميكية مستمرة، بمعنى أنها ثابتة/نسبياً وغير نهائية،
- هي نتاج دمج للعوامل المعرفية والعاطفية والنزوية، والتكامل الديناميكي للأفكار والمشاعر والسلوكيات.

3-2 بعض المفاهيم المتداخلة:

1-3-2 المزاج/**Tempérament**: متعلق بالجوانب البيولوجية، هو الجانب الفطري

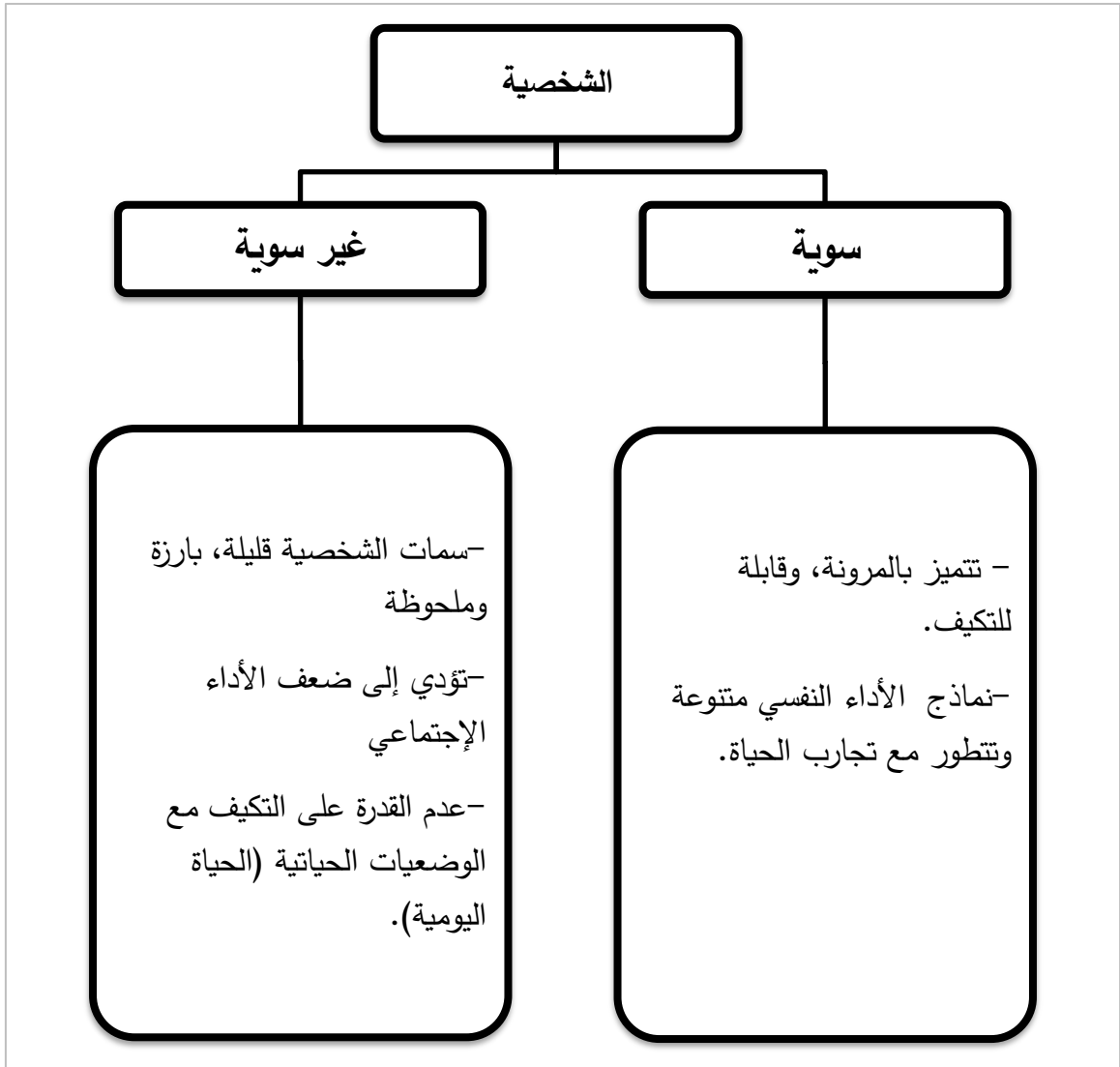
والمستقر في شخصية الفرد.

2-3-2 الطبع/**Caractère**: يشير إلى أبعاد الشخصية التي يحددها التعلم الاجتماعي

لتجارب الحياة، ولكن قد لا تتغير مع مرور الوقت.

3-3-2 الأداء النفسي/**Fonctionnement psychique**: هو طريقة الإدراك للمحيط

وكيفية إدارة العلاقات بين الأشخاص.



4-2 مقاربات اضطرابات الشخصية:

يمكن التحدث عن اضطرابات الشخصية من خلال مقاربتين هما:

المقاربة الفئوية	مقاربة الأبعاد
- تدرس من المنظور الطبي التقليدي،	- تدرس من منظور علم النفس الاحصائي

<p>- ملاحظة المريض ووصف الأشكال السريرية/ العيادية.</p> <p>- تحديد حد أدنى للطابع المرضي للشخصية،</p> <p>- العديد من الاضطرابات العقلية المصاحبة،</p> <p>- حسب التصنيفات العالمية: CIM، DSM.</p>	<p>- تدرّج سمات الشخصية من السوية إلى المرضية - وصف أبعاد الشخصية من 3 إلى 7 أبعاد حسب نماذج: GPPI، Big 5</p> <p>- الشخصية المرضية تعرّف بشدة الأبعاد</p>
--	---

2-5 تعريف اضطرابات الشخصية حسب DSM V:

أ- يشار إلى اضطرابات الشخصية بأنها نمط دائم من الخبرة والسلوك الذي ينحرف بشكل كبير عما هو متوقع في ثقافة الفرد (عما هو متعارف عليه في ثقافة الفرد)، هذا الانحراف يكون ظاهراً في مجالين على الأقل من المجالات الآتية:

1/ المعرفة **La cognition**: إدراك ونظرة الفرد لنفسه وللآخرين وللأحداث.

2/ الوجدان **L'affectivité**: من حيث التنوع ومطابقة الاستجابة الانفعالية للوضعية.

3/ الأداء البين شخصي **Le fonctionnement interpersonnel**.

4/ السيطرة على الاندفاعات **Le contrôle des impulsions**.

ب- هذا النمط الدائم يشكل معاناة ملحوظة أو اضطراب في السير الاجتماعي، المهني أو في

مجالات أخرى ذات أهمية.

ج- هذا النمط الدائم يبدأ ظهوره في مرحلة المراهقة أو بداية سن الرشد.

ح-هاته الأعراض لا تتعلق بعوامل فيزيولوجية (استهلاك مفرط لدواء أو مخدر أو لمرض جسيمي /صدمة في الدماغ).

خ-هذه الأنماط الدائمة تكون متصلبة وتغزو الوضعيات أو المواقف الذاتية والاجتماعية.
د-يؤدي هذا النمط الدائم إلى معاناة سريرية كبيرة بالإضافة إلى ضعف الأداء الاجتماعي والمهني وكذا يمسّ مجالات أخرى ذات أهمية في الحياة¹.

- ملاحظة:

- يجب أخذ المعايير الثقافية بعين الاعتبار حتى يتسنى تشخيص اضطرابات الشخصية دون الخلط مع سلوكيات الفرد النابعة من ثقافته وعاداته.

- يجب التمييز بين سمات الشخصية واضطرابات الشخصية.

2-6 التطور والتكفل : Evolution et prise en charge

تؤثر اضطرابات الشخصية على:

- جودة حياة المريض،
- الاندماج الاجتماعي والمهني،
- حسب الاضطرابات المرافقة: بمعنى هل ستكون مستقرة ام ستتفاقم أم ستتحسن مع تقدم العمر

¹ DSM V : 842-843

التكفل الطبي: يخص الاضطرابات المرافقة، أي الاكتئاب أو القلق أو الادمان. أما العلاجات النفسية

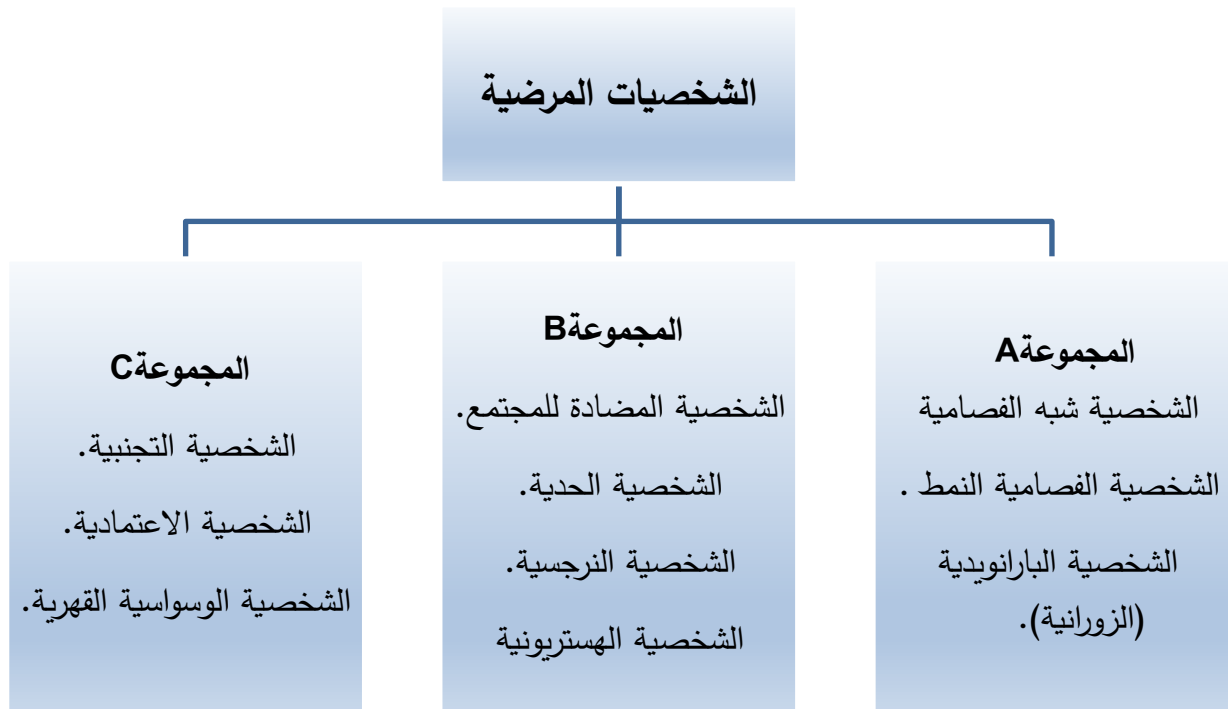
فستخص اضطرابات الشخصية.

7-2 تصنيف اضطرابات الشخصية

الأشخاص المعرضون لاضطرابات الشخصية يفكرون ويتصرفون بطريقة تسبب ضائقة كبيرة

لمن حولهم وكذلك لأنفسهم. هناك ثلاث مجموعات رئيسية لاضطرابات الشخصية.

بناء على التحليل الإحصائي، حدّدت ثلاث/ 03 مجموعات للشخصيات المرضية كالتالي:



- تتميز المجموعة A بخصائص ذهانية، لا سيما الغرابة

- تتميز المجموعة B بالانفعال الزائد والاندفاعات.

- تتميز المجموعة C بالقلق.

ووفقاً لـ DSM ، فإن اضطرابات الشخصية تتطابق مع الانحرافات الكمية البحتة عن الشخصية العادية، وهي تتعلق بالإدراك (أو الإدراك والرؤية للذات، والآخرين، والأحداث)، والاستجابة العاطفية، والعمل بين الأشخاص، والسيطرة على الاندفاع¹.

2-8 عوامل الخطر لاضطرابات الشخصية:

2-8-1 العوامل البيولوجية:

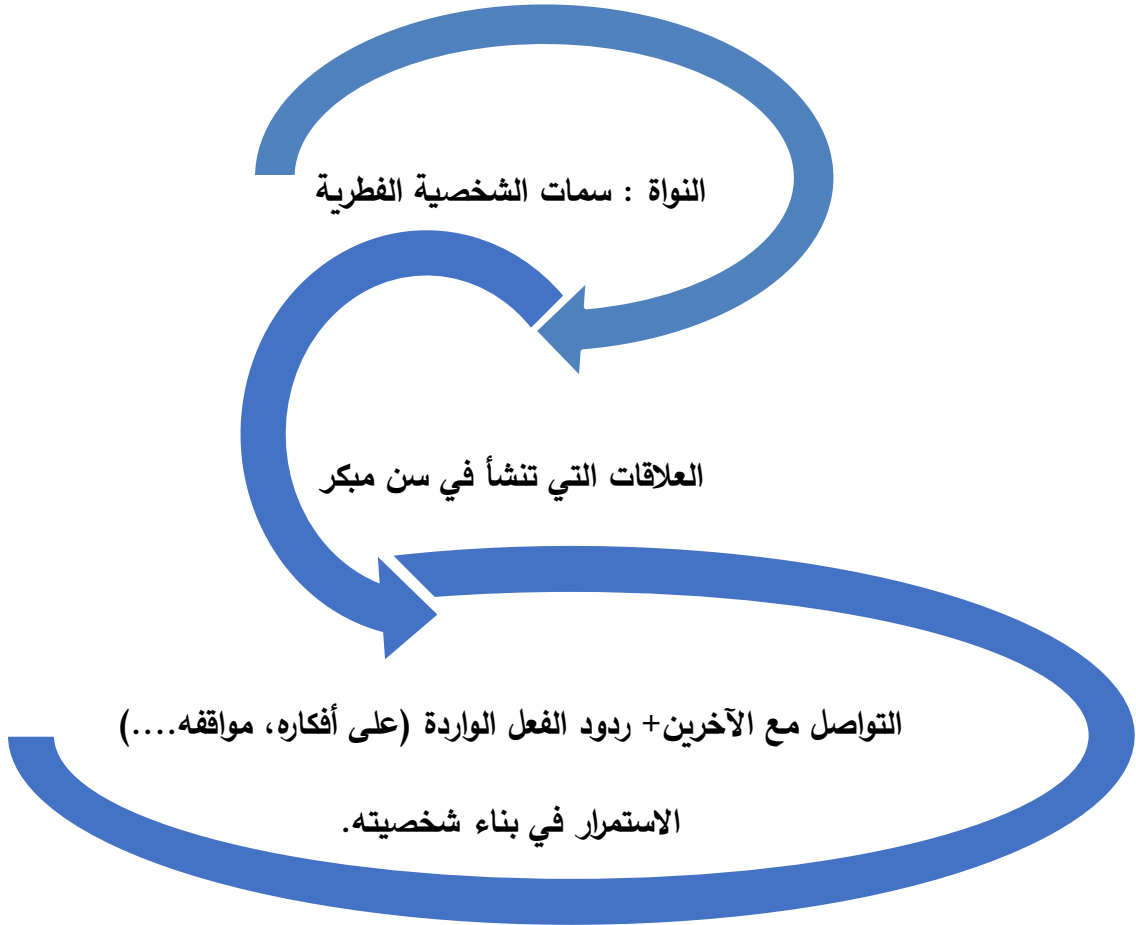
تتدخل الجينات في تكوين خصائص الشخصية حيث أقيمت العديد من الدراسات على الشخصية فصامية النمط التي تشبه الفصام ويشارك في نفس الجينات. هناك ملاحظات حول ظهور بوادر الطبع لدى الرضيع لا سيما فيما يتعلق بالنشاط، المزاج والتكيف، الاستجابة للجانب الجديد وشدة هذه الاستجابات والتي تشكل عناصر فطرية. يمكن ربط العلاقة بين الطبع المضطرب الملاحظ عند الرضيع واضطرابات الشخصية الحدية عند الراشد، إلا أنّ العامل البيولوجي وحده غير كاف لتفسير اضطرابات الشخصية.

2-8-2 العوامل البيئية والاجتماعية:

الأحداث المعيشة في الطفولة تتفاعل مع العوامل البيولوجية من أجل تشكيل الشخصيات المضطربة: الإهمال، التخلي، العنف النفسي والجسمي إضافة إلى الاعتداءات الجنسية في سن مبكرة يمكنها أن تؤثر بشكل سلبي على تكوين الشخصية. عدم امتلاك الوالدين للمهارات التربوية، أو كثرة متطلباتهم

¹ Debray et Nollet. (2005). p.1-30

تجاه أبنائهم أو تعزيز بعض السلوكيات لدى أبنائهم دون دراية منهم كلها ظروف تساهم في تكوين الشخصيات الباثولوجية. كما أنّ المحيط المدرسي والعلاقة مع الأقران من شأنها كذلك تعزيز بعض الخصائص الباثولوجية لدى الطفل.



المحاضرة رقم 3: الشخصية فصامية النمط Personnalité Schizotypique

مقدمة:

لقد لاحظت الدراسات التي يرجع تاريخها إلى عام 1981 (Kendler, Gruenberg et Strauss) ظهور أقارب المصابين بالفصام من بين الشخصيات ذات النمط الفصامي؛ كما أن الأعراض التي وجدت لدى الشخصيات ذات النمط الفصامي قد تشكل بداية للاضطراب الفصامي.

1-3 الخصائص الأساسية:

تتميز الشخصية الفصامية النمطية بسمة محددة تتعلق بالمعتقدات والتصورات غير العادية التي تمثل الجوهر المركزي، مع القضايا المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية المعطلة، والمنطق العقلي واللغة، والعاطفة المحدودة وغير المناسبة.

- العزلة الاجتماعية وشدة القلق تجاه الجماعة /الأخر.

- اختلالات ادراكية ومعرفية (تبريرات خاطئة).
- الغرابة (اللباس، السلوك اللذان لا يلائمان الممارسات الاجتماعية العادية).

1. المعتقدات الغريبة والمفاهيم غير العادية والمنحرفة فيما يتعلق بمجموعة الانتماء الثقافي

وكذلك فيما يتعلق بالعادات الطبيعية للتفكير.

تتعرض الشخصية الفصامية لتدفقات عاطفية (حسية) وفكرية لا يمكن السيطرة عليها مع ظاهرتي التشويه الشديدة وتبدد الشخصية مما يجعله يشك في الواقع المعتاد ويؤدي به إلى تطوير معتقدات خارقة للطبيعة).

تواجه الشخصية الفصامية أحاسيس معينة في مكان الحياة اليومية: شوه من قبل، عاش من قبل - المستقبل مُعاش مباشرة (يعيش حياً)، المعتقدات في التواصل مع الأشخاص المفقودين (المختفين)، يؤمن بالخرافات، بقيادة الحدس، والتخاطر، التأثير، تخمين الفكر، الشعور بأنه ليس بنفسه. يمكن عيش هذه التجارب الغريبة بطريقة مؤقتة ولكنها لا تزال مرتبطة بالمعتقدات الدائمة ؛ عندما يكون الاضطراب مزمنًا مع تأثير على الاندماج الاجتماعي، يكون الاضطراب فصامياً (Nollet، 2005، ص 120-121).

2. العلاقات الاجتماعية المعطلة.

3. المنطق العقلي واللغة (معقد وغير عادي)

4. عاطفة محدودة وغير مناسبة: الشخصية الفصامية وحيدة وبعيدة.

3-2 التشخيص حسب DSMV:

I. خلل اجتماعي/فقر في العلاقات الاجتماعية، قلق حاد وضعف قدرات الفرد في العلاقات الاجتماعية، اختلالات معرفية وإدراكية، وكذا غرابة السلوك. يظهر الاضطراب في بداية سن الرشد يظهر في حالات ووضعية مختلفة (في 5 أعراض على الأقل).

1. أفكار مرجعية (لا هذيانية) وتأويلات خاطئة.

2. معتقدات غريبة *pensée magique* تؤثر على السلوك وليس لها علاقة مع معايير ثقافية للانتماء الاجتماعي للفرد (قراءة أفكار الآخرين الحاسة السادسة- خرافات).
3. ادراكات غير اعتيادية: توهمات جسدية.
4. أفكار ولغة تتسم بالغرابة (عدم وضوح، نمطية، تعبير مجازي).
5. أفكار شك واضطهاد.
6. عدم تطابق أو فقر العواطف.
7. غرابة، انحراف في السلوك أو المظهر.
8. عدم وجود أصدقاء مقربين عدا الوالدين.
9. قلق شديد تجاه الوضعيات الاجتماعية (التي لا تتناقص بفعل التعود) والذي هو راجع إلى المخاوف الاضطهادية (لا عدم تقدير الذات).

II. لا تظهر هاته الأعراض خلال تطور فصام، اضطراب المزاج ذو الخصائص الذهانية، اضطراب ذهاني أو اضطراب احتياجي للنمو TED.

- **ملاحظة:** تنتشر الشخصية الفصامية النمطية بنسبة 3 % من المجتمع. يمكن أن تتطور إلى فصام أو اضطراب ذهني آخر.

- يمكن أن يعاني آباء الفرد ذو الشخصية فصامية النوع بالفصام كذلك الأمر بالنسبة للآباء ذو شخصية فصامية النوع يمكن أن يظهر اضطراب فصامي عند أبنائهم.

- تشترك كل من الشخصية الفصامية النمطية والشخصية شبه الفصامية مع الفصام في شبه الخصائص (العزلة الاجتماعية- الأفكار الاضطهادية- الحوار العائم والغير الواضح).

- يمكن أن يشكل اضطراب الشخصية كمرحلة للعبور إلى الفصام.
- يمكن تشخيص حالة فصام إذا كانت الأعراض شديدة لا سيما في الخاصة ا.

3-3 التقييم/التشخيص

تتم دراسة الشخصية الفصامية النمطية من خلال استبيان الشخصية الفصامية: SPQ، الذي طوره (Raine 1991)، ويتألف من 74 بندا ويسلط الضوء على ثلاثة عوامل: الاضطراب المعرفي والإدراكي (أفكار مرجعية - التفكير السحري - تصورات غير عادية - أفكار الاضطهاد) - عجز في التعامل مع الآخرين العلاقات (القلق الاجتماعي - الصداقات النادرة - تقييد العاطفة - أفكار الاضطهاد) - الفوضى (الأفكار والكلام الغريبان) (المرجع السابق ص 122).

3-4 وصف للشخصية فصامية النمط¹:

- غرابة
- تصورات غير عادية
- الخوف من الآخرين
- المبالغة: في المظهر وفي الإيماءات

الانفعالات - فيما يتعلق بالحوارات التخيلية

¹ Debray and Nollet, 2005, p.123-125

العواطف غير الملائمة - المفرطة (الغضب - الضحك غير المتوقع - الكآبة)

التي تؤثر على العلاقات مع الآخرين

تصورات غير عادية

- تبدد الشخصية - الاغتراب عن الواقع - أوهام (هلاوس)

- مشاعر معرفة المستقبل وأفكار الآخرين.

- حب ما هو خارق للطبيعة وغير مرئي وبديهي ومتغلغل في المنطق

الإدراك

والاستدلال غير المفهوم

والمعتقدات

- عدم وضوح الفكر - الاستعارات - السدود

- ركز على مشاعره وليس على واقع مشترك

- يؤمن بالتخاطر والأشباح، يعطي تفسيرات للمصادفات.

3-5 المسببات وعلم النفس المرضي:

- ترتبط الشخصية الفصامية النمطية بالفصام الذي يشمل الأفكار والأحاسيس والإيماءات والكلمات

التي يُنظر إليها على أنها غريبة عن الذات. يتم غزو وعي الشخص المصاب بالفصام من قبل العناصر

التي تعطل الإدراك والمنطق: القوالب النمطية ، ومتلازمة التأثير ، والآلية الذهنية ، وحتى المعتقدات

الوهمية.

- وفقاً لـ T. Millon ، يمكن أن تكون اضطرابات الشخصية الفصامية النمطية نتيجة للعزلة الحسية والاجتماعية ؛ وهذا الافتقار إلى التحفيز يتسبب في غزو النظام اللبني من قبل الأقواس الداخلية التي تصبح محورية في تفكير الشخص.

- Baron (1985) يسلط الضوء على العامل الجيني للاضطراب (قيد التطوير).

3-6 العلاج:

نقد بيك Beck العلاج النفسي المعرفي للشخصيات الفصامية:

- من أهداف العلاج النفسي تشجيع الشخص على إعادة العلاقات الاجتماعية من خلال محاولة تبني الاستجابات المناسبة لطلبات الآخرين.

- الهدف الآخر هو جعل المريض يفرز العناصر التي تتعلق بالتخيل والمفترض والحدسي وتلك الموضوعية / التي تم التحقق منها. هنا يتم طلب اللجوء إلى الإثبات والتوضيح بقوة في التدريبات لإبطاء وتدجين التفكير الاندفاعي والعاطفي. يتم تشجيع المريض على مراقبة البيئة وتحديد التفاصيل المهمة وذات المغزى في الثقافة المرجعية وتلك التي لها صدى شخصي.

- اقترح Leszcz (1989) العلاج الجماعي للمرضى المصابين باضطراب الشخصية فصامية النمط.

¹ Barnhill, 2016, p.258-259

تذكير:

الفصامية النمطية (سلوك مشبوه وغريب.)



Barlow et Durand, 2007, p. 640

المحاضرة 4: الشخصية شبه الفصامية

Personnalité Schizoïde

مقدمة

يمكن إرجاع سلوك الشخصية الفصامية إلى ملاحظات Kraepelin عن أقارب الأشخاص المصابين بـ "الخرف"، أي الخجل والطاعة والانسحاب وعدم القدرة على إقامة روابط اجتماعية.

تم تقديم مصطلح الفصام بواسطة Bleuler لوصف العزلة ونقص التعبير العاطفي والغليان العاطفي وفرط الحساسية. أما بالنسبة Kretschmer ، فقد لاحظ تعايش فرط الحساسية مع البرودة الظاهرية، وهي حياة خيالية تتدفق من خلال اللجوء إلى التجريدات، غير المجسدة التي تم تناولها في CIM10 وليس (Debray et Nollet, 2005, p.114-115).DSM-IV

4-1 الخصائص:

نادرًا ما يتم ملاحظة شخصية الفصام في العيادة بسبب الطابع المطابق لظهور الأخير والذي يظل تشخيصه نادرًا. ومع ذلك، لا ينبغي أن ننسى ذكر المعاناة النفسية للشخص المصاب بهذا الاضطراب على الرغم من هذه اللامبالاة الظاهرة التي تسبب أيضًا معاناة المقربين منه.

- هذه مواضيع منعزلة، باردة، بعيدة، انقلبت على نفسها، ويبدو أنها لا تعاني منها (وبالتالي لا يوجد دافع للتشاور)، بدون أصدقاء أو مواعدة .

- يفضلون الهويات الفردية، المنفصلة عن بيئتهم الاجتماعية، باستثناء قريب أو صديق له علاقة بعيدة خوفًا من الغزو.

- يبدون غير صالحين للحنان أو الغضب، ولا يباليون بالثناء أو النقد.
- من حيث السلوك: يبدو أنهم غير نشيطين للغاية مع تعبير لفظي نادر ورتيب، وتقليدهم غير العاطفي.
- على الصعيد العاطفي: لوحظ انخفاض واضح فيها ؛ هم منيعون من الفرح والحزن. إنهم بخيلون في عواطفهم، غير حساسين وغير مباشرين.
- يجب التمييز بين الطبيعة الدائمة للتفاعلات "الشبيهة بالفصام الحادة" والطبيعة "المؤقتة" أو "الحديثة" التي لوحظت أثناء تغيير مكان الحياة أو استخدام المواد السامة.

4-2 الميزات الأساسية:

- الانعزال عن العلاقات الاجتماعية.
- نقص في التعابير الانفعالية في العلاقة مع الغير.
- عدم التأثر بالانتقاد والمجاملة.

4-3 التشخيص:

- I. الانفصال عن العلاقات الاجتماعية ونقص التعابير الانفعالية في العلاقة مع الآخر والتي تظهر في بداية سن الرشد والتي تصادفه في وضعيات مختلفة (على الأقل 4 من الأعراض الآتية)
1. لا يهتم الفرد ولا يبحث عن العلاقات القريبة بما فيها العلاقات الأسرية.
 2. الاختيار الدائم للنشاطات الانفرادية.
 3. نقص أو انعدام الاهتمام الجنسي.
 4. الاحساس القليل باللذة أو انعدامها لعدد القليل من النشاطات.
 5. عدم وجود أصدقاء مقربين (ما عدا الوالدين).

6. عدم التأثر بالمجاملة أو الانتقاد.

7. البرودة الواضحة، الانفصال وضعف العاطفة (قلة التعبير عن السعادة أو الغضب).

II. أن لا يكون ومصاحباً للفصام، لاضطراب المزاج أو ذو خصائص ذهانية، لاضطراب شامل للنمو TED ولا يكون ناتج عن عوامل فيزيولوجية مباشرة لمرض آخر.

ملاحظات:

- إن تحقق التشخيص قبل ظهور الفصام وضع ملاحظة «سابقة للمرض» /prémorbide.

- الشخصية شبه الفصامية قليلة الانتشار. يمكن أن تكون لها علاقة بتواجد الفصام أو الشخصية

الفصامية عند آباء الفرد.

- يمكن للشخصية شبه الفصامية أن تكون سابق/عبر للفصام أو الاضطراب هذيانى.

وصف الشخصية شبه الفصامية:¹

- قليل من النشاط أو حتى ليونة

- التعبير اللفظي الرتيب

- لا يستجيب للمحفزات "المنبهات"، مشتت الذهن، أخرق وممل

المظهر الخارجي - مركز الانفرادية (الجمع - علوم الكمبيوتر) أو الاهتمامات المجردة (الفلسفة -

اللاهوت)، مما يعزلهم عن من حولهم بالنظر إلى التفسيرات التي لا تقبل الجدل

التي يكرسون أنفسهم لها.

¹ Debray and Nolle, 2005, p.116-118.

- الحالة المزاجية التي تتميز بالرتابة وغير القادرة على الحماس أو الغضب. ومع

ذلك، فإن احتمالية الغضب البارد عند الشعور بالغزو من قبل مساحتهم

- السجل العاطفي يختزل، واللامبالاة، وعدم نفاذية الفرح والحزن

- دم بارد كتعبير عن عدم الحساسية (مصدر معاناة لمن حولك)

- ومع ذلك، هناك شعور بالمعاناة المرتبط بواجب الاتصال الاجتماعي، أو

الوعي بتفردهم (ومن ثم المزاج المكتئب).

الانفعالات

-أفكار نادرة، فقيرة حتى لو غزت الحياة الخيالية خيالات متواصلة

- صعوبة التعرف على أفكاره

- الرسم التخطيطي المركزي للفكر "أنا وحدي"، "منفصل"، لكن متبوعًا بأفكار

ضبابية مطبوعة بتقليل من الأهمية "ما هو النفع؟"، "لا أهتم" أو الأفكار الجامدة

حول أن تكون وحيدًا

- مظهر من الاكتفاء الذاتي يخفي في نفس الوقت الشعور بغياب الحياة،

والإحراج، والملل والفشل: "أشعر بالفراغ"، "لا أريد أي شيء"، "أنا أشعر بالملل من

الآخرين"، مصحوبة بصورة ذاتية ناقصة القيمة.

الادراك والمعتقدات

-العزلة، المسافة من أي اتصال بشري .

-عدم القدرة على إدراك مشاعر الآخرين، وبالتالي عدم القدرة على التبادل في

العلاقات الاجتماعية.

-صعوبة الاستجابة للتحيات التقليدية والغياب الصداقة.

إدراك الذات وإدراك النظر البعيدة والتأمل والإجابات مقتضبة أو أحادية المقطع أو حتى صمت مما

يعطي انطباعاً ببرودة غير مفهومة. الآخرين

- يظهرون أنفسهم غير قادرين على التلقي وإعطاء المودة، غير مهئين للمشاعر

المحبة.

- أما الآخر فينظر إليه على أنه تدخل أو اقتحامي.

- العلاقات الجنسية نادرة وخالية من الرقة مما يؤدي إلى إحباط الشريكين.

4-4 الأسباب:

لم يتم إثبات فرضية المسببات الفطرية أو المكتسبة للشخصية الفصامية بشكل كافٍ ؛ كما تسبب في

تناقضات بين المؤلفين المختلفين الذين يدعمون العوامل البيولوجية أو النفسية، الفطرية أو المكتسبة. ومع

ذلك، دعونا نلاحظ الفرضية التي طرحها، (Barlow et Wolff (1979) ، والتي تفيد بأن الشخصيات

المصابة بالفصام قد عانت من قصور في التحفيز والتعلم من قبل الوالدين، الذين وصفوا أنفسهم بأنهم

مشبطون وباردون وبعيدون (المرجع نفسه، ص 118).

4-5 العلاج:

- الطلب العلاجي نادر جدًا بين الأشخاص المصابين بالفصام. وفقًا (Million,1981)، فإن احتمالية حدوث تغيير في هذه الشخصيات منخفضة للغاية والأهداف العلاجية تظل متواضعة: "لتقليل العزلة الاجتماعية، وتقليل أو حتى تقليل أسلوب التفكير الغامض، وإيلاء المزيد من الاهتمام للعواطف.

-يهدف العلاج في شكل لعب الأدوار إلى إعادة تعلم كيفية تجربة كل من المشاعر الإيجابية والسلبية، من أجل المساعدة في زيادة مهاراتهم الاجتماعية. تتم دراسة العزلة الاجتماعية مع نتائجها الإيجابية والسلبية. أما بالنسبة للأفكار الغامضة والمختلة، فيتم تسجيلها بالتفاصيل العاطفية ويتم برمجة برنامج للأنشطة للسماح للشخص باستئناف وقت الفراغ.

¹ Barnhill, 2016, p.256

الشخصية شبه الفصامية (العزلة الاجتماعية)

تذكير:



Barlow et Durand,2007, p. 640

المحاضرة 5: الشخصية البارانويدية

Personnalité Paranoïaque

مقدمة:

هذه هي الأكثر إثارة للإعجاب وواحدة من أكثر الشخصيات المرضية شيوعًا.

اقترب (Kraepelin, 1895) من جنون العظمة لوصف الأوهام المنظمة التي تطورت إلى الخرف المبكر. فيما بعد، تم وصف الشخصية المصابة بجنون العظمة من خلال الأعراض المحددة، وهي: عدم الثقة (الشك) - التهيج - القابلية للتأثر وتضخم الأنا. منذ الأربعينيات، تمت إضافة خصائص أخرى إلى وصف المصاب بجنون العظمة، بما في ذلك احترام الذات الهش، والموقف الصارم، والهوس بالاستقلالية. سيقدم المصابون بجنون العظمة ضعفًا في الأنا، مع ميل للانقسام والإنكار والتنبؤ.

تم تعزيز السمات السائدة لانعدام الثقة بجنون العظمة / تضخم الأنا من خلال التكييف الطفولي أو التعزيز الإيجابي المبالغ فيه أو الصدمة. حتى لو كان عدم الثقة موجودًا في الرهاب، والشخصية التجنبية وبعض القلق، فإنه يأخذ بعدًا أكثر أهمية في حالة جنون العظمة. حتى لو كان الشك موجودًا في الوسواس في شكل الشعور بالذنب والتورط، فإن المصاب بجنون العظمة يتخطى عدوانيته وأخطائه التي يجد صعوبة في التعرف عليها في نفسه. يختلف عدم الثقة في جنون العظمة عن القلق أو الهوس من حيث أنه نتيجة التوقعات، مما يؤدي إلى صراع دائم؛ هذا يدفع المصاب بجنون العظمة إلى الحفاظ على وضع أكثر صرامة، وأكثر تشككًا، وأكثر انسحابًا من تأثيراته.

حتى لو كان تضخم الأنا موجودًا في الشخص النرجسي، والمصاب بهوس خفيف، والمريض عقليًا والوسواس، فقد يمثل في المصاب بجنون العظمة تشكيل رد فعل على الاستجواب المستمر الذي لا يطاق داخليًا.

5-1 التشخيص:

فرع أ : شك اجتياحي اتجاه الآخرين، الذين تؤول نواياهم بالسيئة، يظهر في بداية سن الرشد يظهر في مختلف المواقف كما يظهر في 4 مظاهر على الأقل كالتالي:

1. ينتظر الفرد أن يتم استغلاله والحاق الضرر به أو خداعه، وهذا دون أسباب تظهر ذلك.
2. ينشغل الفرد بشكوك تخص أمانة أو صدق أصدقائه أو شركائه.
3. لا يبوح الفرد بأسراره للآخرين بسبب خوفه من أن تستعمل هاته الأخيرة ضده.
4. يدرك الفرد المعاني الخفية، المهينة والمهددة في أقوال أو أحداث لا قيمة لها.
5. يحقد ولا يسامح إذا جرح أو أهان أو لم يبدي له اهتمام.
6. يدرك هجومات ضد شخصه أو سمعته والتي لا يتم ادراكها من طرف الآخرين، فيتفاعل معها عن طريق الرد بالغضب.

7. يشكك بصفة متكررة في أمانة شريكه (زوجته).

فرع ب: لا تظهر هاته الأعراض خلال نوبة فصام، اضطراب المزاج مع خصائص ذهانية أو خلال اضطراب ذهاني ولا تكون ناتجة عن أعراض فيزيولوجية لحالة طبية / مرض.

ملاحظة: يجب أخذ العامل الثقافي والبيئي بعين الاعتبار قبل التشخيص المتسرع للشخصية

البارانوية. تظهر بعض العلامات في مرحلة الطفولة والمراهقة عبر الانعزال، بعلاقة غير جيدة مع الأقران،

قلق اجتماعي، نتائج دراسية منخفضة، حساسية مفرطة، أفكار وكلام يتسم بالغرابة (متفردة) حيث يسخر منهم الأقران.

- يظهر الاضطراب خصوصا عند الرجال تقدر نسبة الانتشار من 0.5 إلى 2.5 % .
- نشير إلى امكانية تطور شخصية بارانوية عند أقارب الأفراد الفصاميين، كما أن هناك علاقة عائلية مع الاضطراب الهذيانى البارانويدي.

2-5 التشخيص الفارقي :

- تتقارب الشخصية البارانوية وفصامية النمط في الشك، الانعزال العلائقي والأفكار الاضطهادية.
- ملاحظة: لا يتم تشخيص الشخصية البارانويدية إلا اذا كانت السمات متصلبة، غير تكيفية ومستمرة (لا تخص وضعية خطر) وتسبب معانات نفسية واختلال مهم في السير النفسي للفرد.

3-5 وصف الشخصية البارانويدية¹:

- متشكك، على أهبة الاستعداد ويرفض اكتشاف نفسه .
 - يخفي عواطفه، حتى لا تستخدم كنقطة ضعف ضده.
 - يستحسن الحفاظ على كل شيء من خلال هذا الموقف مع الآخرين.
- المظهر العام**
- يتساءل باستمرار عن العالم الذي يعتقد أنه "مفتوح للنقد".
 - إنه يحرم نفسه من الفرح والجرأة والتعدي ؛ يلجأ إلى الجدية والوعظ و"الصدق"
- التي تمثل مثاله الأعلى (المثالية)

¹ Debray and Nolle, 2005, p. 52-56

- متشكك وعلى أهبة الاستعداد ؛ لا ينبغي اكتشافها أو تعرضها للنقد .
- لا تتركه، تخفي ردود الفعل العاطفية، لا تؤتمن.
- المظهر القاهر، الحاد والدرامي، ينتقد العالم باستمرار
- يخشى أي تأثير يشير إلى العلاقة مع الآخر: الجنس - الحب - الإبداع الفني...
- يخلق لنفسه الحب والمثل حيث يشعر بالراحة.
- يحتمي بالمثالية والتجريد والفضاء النقي والمنظم ؛ على عكس الواقع المكون من
- الدراما والكرب حيث يشعر بالكدمات
- يعيش الحب السري "البعيد" الذي يتجسس عليه بقلق شديد لكنه يمنع نفسه من
- العيش.

العاطفة / الانفعال

- القلق وفي حالة اليقظة الشديدة تجاه الآخرين الباحثين عن أدق التفاصيل
- الغامضة
- في سؤال دائم: "ماذا لو كانت الكائنات والأشياء على خلاف ما تبدو عليه؟"
- الشك المستمر والتساؤل عما يقال أو يُشاهد، مما يغرقه في متاهة من الأسئلة
- غير المحددة.

الادراك (المعرفة)

- يتساءل باستمرار في علاقاته الرومانسية لأنه يبحث عن منطق صارم وبسيط والدليل. إن منطق "انعكاسي" (غير تجريبي) مهما كان منحرفاً ومنحازاً لأنه غير مرتبط بالحقائق، خارج عن المألوف ويسوء فهمه من قبل الآخرين.
- يضخم التفاصيل الدقيقة، أفكاره صعبة الفهم وشخصية للغاية وغير مقنعة.
- منحه حرجاً اجتماعياً يعزز معتقداته: "أن يكون على أهبة الاستعداد، لا يندفع، لا يثق ...".
- الإيمان بالطابع الباطل والزائف للعلاقات الإنسانية (مثل تلك الخاصة بالمكتئبين).

- ضعف المعرفة الذاتية والتحليل، ومع البصيرة الضعيفة والمتحيزة.
(Kantor, 1992) ورد في (ibid, p.55).

بناء صورة مغرية لأنفسهم: الأمانة، والأبرياء، والنبيلة رغم شرها وعدوانيتها.

- تبين العيوب المتصلة بالتضارب والشك في الآخرين، نتيجة لعدم الإسناد ومن خلال آلية الإسقاط.

ادراك الذات وادراك

الآخر

- أحلام الحب الشديد أو المكانة الاجتماعية القوية، ولكن الشك يحول دون تحقيق، تليها خيبة الأمل والمرارة.

- البعض الآخر يزعج جنون العظمة لأنها تعطل توازنه، تتحدى حقيقته.

- إن الآخرين لديهم دوماً وجه آخر خلف مظهرهم ؛ وينظر إليها على أنها خدعة

وخبينة، مما يغرقهم في حالة من التوتر.

. إن الذعر يستمتع بإذلال الآخرين والتلاعب بهم ؛ وبعيدا عن مظهره اللطيف

والودي، فهو مخادع وخبيث.

- الدفاع بسرعة عن الهجوم بسبب الشعور بعدم الثقة (سواء في من يهدده أو من المحتقره).

- يشك في مؤسسات أو أنظمة فكرية لا يريد أن ينخدع بها.

- يدرك الخطر ما وراء الواقع الظاهر، يبحث دائما عن السيئ الذي يتم إخفاؤه من خلال التحقيق الدقيق.

- المبالغة في التفاصيل المشبوهة من خلال استخدام التحريفات مثل: التعميم

- المفرط والتجريد الانتقائي ؛ وهذا يؤثر على العلاقة مع الآخر من خلال وصمة

- العار التي لا رجوع عنها.

- بسوء نية يبحث باستمرار عن ثغرات في أي موقف.

- هو أكثر عدوانية في مواجهة حالة من الغموض وعدم اليقين، وهي مكونات

داخلية فيه، متوقعة على الآخر.

- يتسم سلوكه بالعدوانية والقدرة المطلقة كدفاع ضد الخوف من التفكك الذاتي.

- السلوك البغيض والمريب، يكسر الإجماع الراسخ ؛ يتسبب في تفكك المجموعة،

الأمر الذي يشك فيه بدوره "بجنون العظمة".

السلوك

والاستراتيجيات

البين شخصية

- الغيرة والحسد، تغيير الموقف من الشعور بالاطمئنان إلى الشك وخيبة الأمل ؛
- رفضه للآخر عنيف لدرجة أن الآخر يصبح موضوعًا للكراهية والعدوان والانتقام.
- يتحول من حماس إلى ردود أفعال اكتئابية ومرارة.
- غالبًا ما تكون معزولة عن الأسرة والأصدقاء .لطالما تساءل عن نظامه الفكري
- المفرط والمنحرف والخارجي .وهو في صراع متكرر مع السلطات.

4-5 الأسباب المرضية:

وفقًا لـ (Colby, 1981)، ترتبط الشخصية المصابة بجنون العظمة (البارانويدية) بطفولة عايشة خيبات أمل عميقة فيما يتعلق بالواقع الاجتماعي أو الأسري ؛ يمكن أيضًا ربطها بالمُثل التي يجب الحفاظ عليها بأي ثمن. كما تكون هناك محاولة لتجنب إعادة معايشة الإذلال الذي حدث في الطفولة من خلال اتهام الآخر بأنه إدانة خارجية.

تقدم نماذج أخرى تفسيرات مماثلة، لكنها تتفق على فكرة أن سوء المعاملة المبكر أدى إلى عدم الثقة في الآخر، والشعور بالتهديد أو يكون دائمًا تحت حراسته (Freeman, Cameron, 1974., Beck et al., 1990).

الشخصية البارانويدية شائعة جدًا: 0.4% إلى 2.5%، أو حتى 3.3% وفقًا للمؤلفين.و تكون أكثر شيوعًا بين أقارب الأشخاص المصابين بالفصام مقارنة بعامة السكان(Debray et Nolle, 2005, p.51-52).

5-5 العلاج:

العنصر المركزي الذي يجب تصحيحه في المصاب بجنون العظمة (البرانويدين) هو الشعور بالانقص. بالنسبة للمؤلفين الآخرين، من الضروري مساعدة المصاب بجنون العظمة في مواجهة الواقع من خلال إعادة التفسير الإيجابي، وتأكيد الذات، والتدريب على المهارات الاجتماعية وكذلك عكس الإسقاط إلى التخصيص.

يقترح Beck العمل على أهداف محددة للمريض من خلال التحالف مع المعالج. من خلال الأسئلة المستهدفة، يُطلب من الشخص التفكير في طريقة أخرى للمتابعة:

1- تقبل عدم سلطتك وطلب مساعدة شخص ما، وحرص على اختياره بعناية (بعناية) بدلاً من اللجوء إلى الشك المنتظم.

2- ومن خلال تحليل مواقف الآخرين، سوف يصبح البرانويدي مدركاً لعواقب أفعاله ويبدأ يضع نفسه في مكانها، وهو ما من شأنه أن يساعده على السيطرة على نفسه. (Ibid, p.59)

وستتيح هذه الأهداف العلاجية ممارسة اجتماعية أفضل، وتغيير صورة الفرد لذاته وللآخر.

¹ Barnhill, 2016, p. 254

تذكير:

الشخصية البارانويدية (الزورانية) (الشك الشديد)



Barlow et Durand,2007, p. 640

المحاضرة 6: الشخصية المضادة للمجتمع

Personnalité Antisociale

مقدمة:

كانت تُعرف سابقًا باسم الشخصية السيكوباتية ، الشخصية المضادة للمجتمع تظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) من خلال وصف التجاوزات (الاجتماعية والسلوكية) الملزمة بتسميتها بغياب تام للجانب النفسي الذي يميز هذه الشخصية. تمت مراجعة هذا الوصف وصقله بشكل أكبر في DSM-IV.

1-6 الخصائص الرئيسية للشخصية المعادية للمجتمع:

-الاحتقار و التجاوز و انتهاك حقوق الآخر

- استعداد كبير للمرور إلى الفعل بغض النظر عن نطاق هذا الفعل ، وكأن الفعل دليل على الوجود. وهكذا يحل الفعل محل التفكير والتوقع والتخيل (إدمان المخدرات السلوكي) (Debray and)

Nollet,2005,p104

- ازدراء الألم والتقاؤل والعاطفة، يمشي المضاد للمجتمع بمفرده ويتجاهل نصيحة الآخرين.

- ازدراء الرقة الذي يُنظر إليه على أنه ضعف ، مما يجعل المضاد للمجتمع أكثر ميلاً لإلحاق الأذى والألم (النرجسية الخبيثة وفقاً kernberg).

وجدت العديد من الدراسات معدلات (متغايرة/متمايزة) بالنسبة لانتشار الشخصية المعادية للمجتمع عند عامة السكان. وتتراوح هذه المعدلات من 0.2% إلى 3.7% حسب الدولة وأداة التشخيص المستخدمة (Maier,1992,Bland,1988).

6-2 الخصائص الأساسية:

- تتسم الشخصية المضادة للمجتمع بالاحتقار والتجاوز وانتهاك حقوق الآخر.

6-3 التشخيص:

فرع أ: طريقة عامة في الاحتقار وانتهاك حقوق الآخر والتي تظهر قبل سن 15 سنة، عبر ثلاثة

أعراض على الأقل:

1. عدم الامتثال للمعايير الاجتماعية التي تحدد السلوكيات الشرعية (تكرار السلوكيات التي تعاقب قانونياً

بالحبس)

2. الميل إلى الخداع من أجل المصلحة الذاتية أو من أجل اللذة كالكذب المتكرر، استعمال أسماء

مستعارة أو النصب والاحتيال.

3. الاندفاعية وعدم القدرة على التخطيط المسبق.

4. العدوانية التي تظهر عبر التكرار الشجارات والاعتداءات.

5. احتقار/ الاستهانة بأمنه الذاتي أو الخاص بالآخرين.

6. انعدام المسؤولية الدائمة والتي تظهر في عدم القدرة على تحمل عمل مستقر أو التزامات مادية.

7. غياب الندم، والذي يظهر في لا مبالاة الفرد أو تبريراته بعد جرح، اساءة معاملة أو سرقة الآخر.

فرع (ب): بلوغ السن 18 على الأقل (التشخيص لا يكون قبل السن 18).

فرع (ج): وجود اضطراب في السلوك قبل سن 15.

فرع (ه): أن لا تظهر السلوكيات المضادة للمجتمع أثناء نوبة فصام أو الهوس.

ملاحظة: تنشر الشخصية المضادة للمجتمع بنسبة 3% عند الرجال و1% عند النساء، هاته النسب

تم توأجدها في مراكز معالجة الإدمان، في السجون وفي اطار الخبرات الطبية الشرعية...

-الشخصية المضادة للمجتمع مرتبطة عموما بالمستويات الاجتماعية والاقتصادية والمحيطات

الحضرية الفقيرة.

4-6 وصف الشخصية المضادة للمجتمع:¹

- نفاذ الصبر وعدم الرضا.

- قلة الحنان والمشاعر ، والميل إلى البراغماتية.

- لا تختبر المعاناة ولا تدركها في الآخرين ؛ ما يعيق القدرة على معرفة

الآخرين ومعرفة الذات.

- يتجاهل ويقمع/يكبت عواطفه.

الانفعال/ العاطفة

- الخوف من مشاعر الحب لأنها يمكن أن تبطئ تقدمهم الاجتماعي ،

يشبهون بالضعف/ يوصفون-ينعتون.

- التصرف بناءً على احتياجاتهم الداخلية، التي تم اختبارها/ معاشتها

بشكل عاجل ولكن دون نتيجة آخر جلب لهم للرضا أو المتعة (Hare et

Million)

¹ Debray et Nolle, 2005, p.106-108.

- صعوبات كبيرة في تحديد أي شيء متعلق بالعاطفة؛ الافتقار إلى فهرة /
تنظيم المعلومات ذات المحتوى التجريدي أو العاطفي (Hare,1990).

- يعيش في الوقت الحاضر، لديه صعوبة في فهم المستقبل والماضي.
- المواجهة الخارجية والاستراتيجية التي يجب اتباعها دون التفكير في
الذات.

- قصور في القوانين والعادات الاجتماعية والثقافية.
- عدم القدرة على تطوير كل ما يتعلق بالنتائج، في العمل التجميعي
لصالح تمثلات الأفعال والخبرات في الوقت الحاضر.

- المعتقدات المتعلقة بتمثيل الذات: "يجب أن أكون على أهبة الاستعداد"
، "إذا أردت شيئاً سأحصل عليه بكل الوسائل".

- المعتقدات المتعلقة بالأخلاق العامة: "الأقوى يعيش في هذه الغابة/
الأدغال" ، "ليس من المهم احترام وعودك".

- المعتقدات تجاه الآخرين: "إذا كان الآخرون غير قادرين على الدفاع
عن أنفسهم ، فهي مشكلتهم" (Beck,1990).

- يتصرف حسب رغباته ومشاعره؛ غير قادر على التصويب لأحد أو
الملاحظة أو التفكير.

- يعتبرون أنفسهم مهيمنين وقويين ومستقلين؛ مدح مآثرهم وانتصاراتهم
على الآخرين من خلال الحكايات الطفولية.

الأفكار /المعتقدات

تصور الذات و

تصور الآخرين

- هم صعبون وغير حساسين للألم.
- بالنسبة له، فالآخرين قابلين للاستغلال (...)، ويجب استعمالهم واستغلالهم.
- الميل إلى ازدراء الآخرين، وسحقهم دون ذنب.
- يمكن أن يكون ساحراً ، لكن اللعبة لن تدوم طويلاً أو سيستأنف علاقته المهيمنة فجأة.
- أولاً: الميل إلى المرور إلى الفعل كسمة/ خاصية أساسية: تعاطي المخدرات (المرجع نفسه، ص105).
- الفعل يحل محل التفكير والعاطفة والمشاريع.
- الإندفاعية مقابل القلق أو عدم اليقين أو التهديد ؛ بل وحتى الميل إلى العنف؛ والعدوانية.
- الاندفاعية و عدم مراعاة استخدام القانون أو تجاوزه دون علمه بذلك ، وعدم مراعاة استخدامات الآخرين وآرائهم.
- لا تأخذ الوقت الكافي للتفكير في الأمر ، لتخيل الفرضية ؛ يبني خطأً ومشاريع غير متسقة ستقلب رأساً على عقب قريباً/ عاجلاً.
- الافتقار إلى المعرفة بالقوانين والمراجع الثقافية والاجتماعية.
- يريد أن يؤكد نفسه من خلال القوة الجسدية مع عدم القدرة على التعاطف أو الإيثار.
- ازدراء الآخرين وعدم ثقتهم بهم.
- الانزعاج من القوانين والقواعد والالتزامات الاجتماعية أو التنظيمية.

السلوكات والاستراتيجيات

البيئشخصية

-الافتقار إلى الندم أو الذنب الذي يتهرب منه من خلال تعليل لا يمكن

تصوره للأخر: عدم مشاركة الآخرين.

-إن الكذب بالنسبة له وسيلة لتحقيق الغاية.

- غير واقعي ، ولا ينظر في عواقب أفعاله.

6-5 الأسباب المرضية وعلم النفس المرضي

إذا بدأنا بأقدم تفسير بيولوجي للشخصية المضادة للمجتمع ، فنستشهد بـ (Quay ,1965) على المستوى المنخفض من اليقظة عند السيكوباتي ، و (Petrie, 1967) بشأن الحاجة إلى التحفيز ، وتلك الخاصة بـ (Ruilman and Gulo,1950) في انخفاض مستوى الاستجابة لتحفيز الجهاز العصبي اللاإرادي للمنبهات المسببة للقلق (المرجع نفسه ، ص 109).

في الآونة الأخيرة ، تم التذرع باضطراب نظام الانتباه والإشراف ، والذي من شأنه أن يكون مرتبطاً بالوظائف التالية: "تخطيط الأفعال ، وتصحيح الأخطاء ، وتثبيط الاستجابات الاندفاعية ، ومقاومة المنبهات الجذابة" (المرجع نفسه ، ص 109).

للتفسير النفسي ، يدعم Million فرضية رفض الوالدين للطفل (ولكن أيضاً من جانب الأطفال الآخرين) ، مما أدى إلى محو أي أمل أو تمثلات عنده ، وتسبب في خيبة أمل . ، تصلب ، ورفض العواطف وازدراء الآخرين . اللجوء إلى الفعل يزيل القلق ويحل محل التمثلات والانعكاسات عند السيكوباتي.

لا يتم استيعاب المراجع الاجتماعية والثقافية عند السيكوباتي ، مما يجعله يتبع أخلاقيات الغابة/ الأدغال. دعونا نلاحظ عند تمرير المراجع المتعددة فيما يتعلق بتكرار الاعتداء الجسدي والجنسي في مرحلة الطفولة

بين الشخصيات السيكوباتية (Booth and Zhang,1996,Bernstein et coll,1998,Mc Elroy et coll,1999)

يلعب التعزيز من الآخرين أيضًا دورًا في تطوير أنماط التفكير هذه. هؤلاء الناس ، من ناحية أخرى ، يحتقرون السيكوباتى حسب A. Beck. ويصاحب ذلك عنف في هذه التفاعلات مع ميل للتصرف الهدام عند السيكوباتى. هذا اللجوء إلى الفعل يتعايش مع الفراغ التمثلي: غياب الانعكاس ، التخيل.

6-6 العلاج النفسي:

الهدف العلاجي هو تقليل السلوك الاندفاعي والعدواني عند الشخصية السيكوباتية. هنا يتم الاستشهاد بأساليب مختلفة وهي الإقناع والتدريب والقمع. سيؤدي هذا إلى حرمان السيكوباتى من وسيلته الوحيدة للتعبير والتأكيد.

في الممارسة السريرية ، غالبًا ما تكون نتائج هذه المقاربة سلبية مع ميل لخيانة الفريق الذي يقدم الرعاية/التكفل (Nollet & Debray,2005,p111). ومع ذلك ، ينبغي الحرص على تحسين / تطوير / تنمية السيكوباتى حتى لا يعيق الاحساس بتأكيد الذات.

فيما يتعلق بالهدف المرتبط بتحسين تخطيط العمل وتقليل الاندفاع ، يحاول المعالجون حث هؤلاء الأشخاص على ممارسة استبدال عاطفة بأخرى من أجل إثراء مخزونهم العاطفي (المرجع نفسه ، ص 111) ؛ سيسمح له ذلك بإدارة غضبه بشكل أفضل من خلال اكتشاف ردود الفعل المجاورة الأخرى: الإذلال والإحباط والقلق والفشل والحزن ... ويشجع هذا الموضوع على التعرف على هذه المشاعر وشرحها ثم قبولها/تقبلها.

وبالإضافة إلى ذلك ، يتم تشجيع تأكيد الذات فيه من خلال مشاعر أكثر خفة/ رقة وأقل وحشية: الدعابة ، والتعاطف ، والثقة ، والسخرية ، وازدراء/السخرية الذات (المرجع نفسه ، ص 112).
في المجال العاطفي ، مشاعر السيكوباتي سوف تعطى أهمية في تحليل الخيارات ، خيبات الأمل...
في المجال الاجتماعي الذي يتسم بسوء النية ، ستكون مسألة تحليل حسابات هؤلاء الأشخاص من أجل تحديد التشوهات المعرفية مثل إنكار المسؤوليات ، والسمات الخارجية ، وغياب الاستراتيجيات لحل المشكلات ، والتعميم ... ثم يتم استبدالها بتحليل سلسلة الأحداث ، وتقدير النتائج ، وحل المشكلات البين شخصية ... (المرجع نفسه ، ص 112).

وأخيراً ، ستم مناقشة أحداث الحياة والتجارب القديمة وعلاقتها بالتشوهات المعرفية.

ولا ننسى أن نذكر أهمية التعاطف الحار والانتظام والصبر لطمأنة المريض - المعروف بعدم استقراره واندفاعه - وتعويده على الثقة.

¹ Barnhill, 2016, p.

الانتهاك المضاد للمجتمع ولحقوق الآخرين



Barlow et Durand,2007, p. 641

المحاضرة 7: الشخصية الحدية

Personnalité Borderline

مقدمة:

لقد كان اضطراب الحدي موضوع الكثير من الجدل منذ أول تصور له من قبل (Hugues, 1884) باعتباره اضطرابًا حديًا) "الحد بين الجنون والحالة الطبيعية/ السواء" (Debray and Nollet, 2005, p80). استمر الخلط حول هذا المفهوم على الرغم من دراسات (Kernberg, 1975) والعديد من الدراسات الأخرى ، اعتمادًا على ما إذا كان يشير إلى الشخصية الحدية أو الأعراض الحالة الحدية التي تتميز بعدم استقرار الهوية.

لقد تم وصف شخصية الحدية في DSM IV من خلال الأعراض التي اتسمت باضطراب الهوية ، وعدم الاستقرار ، والاندفاع ، والغضب مع السلوكيات الانتحارية ، والفراغ مع المظاهر البرانويدية القصيرة (انظر معايير التشخيص أدناه).

الشخصية الحدية شائعة جدًا بين المرضى في المستشفيات الطب العقلي والسلوكيات الانتحارية شائع بشكل خاص عند هذه الشخصيات.

1-7 الخصائص الرئيسية:

- عدم الاستقرار وشدة ردود الفعل الانفعالية.

- عدم استقرار الهوية والصورة الذات.

- الاندفاع والعدوانية.

-الشعور بالفراغ.

- اضطراب علاقي.

- زيادة خطر الانتحار.

تمت دراسة شخصية الحدية كثيرًا ؛ فهي موجودة عند 0.2 % إلى 1.8 % من عامة السكان وعند 50 % من المرضى في المستشفى الطب العقلي. الإصابة بالاعتلال المشترك مع الشخصية الهستيرية والمضادة للمجتمع والفصامية النمطية هي 82%.

محاولات الانتحار متكررة جدًا في هذه الفئة من السكان بمعدل 49% ، وتبلغ نسبة انتشار عند الإناث 3/2. كما أن تعاطي الكحول والمخدرات مرتفع للغاية بين هذه الفئة من السكان. ترتبط الحياة الزوجية والأمومة بتحسين الأداء العقلي والاجتماعي لهؤلاء الأشخاص.

يختلف تطور هذا الاضطراب بين الأفراد ويعتمد على التعبير الإنفعالي أو السلوكي للعدوان ، أو تعاطي المخدرات أو التاريخ العائلي للعنف أو إدمان المخدرات ، كلها عوامل تؤدي إلى سوء التشخيص.

7-2 التشخيص:

فرع (أ) : طريقة عامة في عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، صورة الذات في العواطف مع الاندفاعية الواضحة، تظهر في بداية سن الرشد هاته المظاهر تخص مختلف الظواهر والوضعيات في 5 أعراض على الأقل:

1. مجهودات كبيرة لتجنب التخلي/ الترك الحقيقي أو الهوامي/ ما عدا العنصر 5.

2. علاقات غير مستقرة حادة ومتباينة بين المثالية الشديدة وخفض القيمة.

3. اضطراب الهوية : عدم استقرار واضح ومستمر في الصورة ومفهوم الذات.

4. اندفاعية في مجالين على الأقل والتي تضر بالفرد (الانفاق, الممارسات الجنسية, الإدمان السياقة الخطيرة, الشراهة....).

5. تكرار سلوكيات أو التهديد بالانتحار أو إلحاق الضرر بالذات.

6. عدم الاستقرار العاطفي الراجع إلى عدم استقرار المزاج.

7. الاحساس المزمن بالفراغ.

8. الغضب الشديد وغير المطابق للوضعية أو الصعوبة في التحكم في الغضب (غضب متكرر،

شجارات متكررة، مزاج سيئ)

9. تظهر في وضعيات قلق /ضغط أو متعلقة بأفكار اضطهادية أو أعراض تفككية حادة.

3-7 وصف اضطراب الشخصية الحدية¹.

- صورة ذاتية غير دقيقة، بل ضبابية /غير واضحة.

-الشخصية الحدية لا تعرف من هي، ما الذي تبحث عنه...

- تنذب تقدير الذات و الآخرين .

المظهر العام

- عدم دقة /عدم تحديد الهوية: ماذا يفعلون بحياتهم، خياراتهم، قيمهم...

- لا تدعم السلطة أو الإكراه.

- تنذب المزاج بين الحزن والملل والغضب واليأس ...

- معروفة بمزاجهم المزعج وسرعة الانفعال.

- الغضب الذي يخفي الحاجة إلى الحنكة والانتباه.

العاطفة والانفعال

- معاناة كبيرة مرتبطة بالشعور بالوحدة والهجران.

- ردود أفعال انفعالية شديدة في الحاضر ومنفصلة عن سابقاتها.

¹ Debray and Nolle, 2005, p. 81-84

- إعطاء أهمية أكبر لردود الفعل السلبية من حولهم أو أنهم يعانون في نفس الوقت من نفس المشاعر .

- الحساسية للمواقف التي تختبر تدني تقدير الذات لديهم .

- تعرف على فترة المراهقة الحافلة بالأحداث . على الرغم من أنهم قد يواجهون الاستقرار في مرحلة ما من حياتهم، إلا أن اضطرابهم يستأنف بانتهاء عاطفي أو مهني ؛

- يتم التعامل مع الضغوط الإنفعالية القوية من خلال السلوك الإدماني وحتى الانتحاري .

- وجود ظواهر تفسيرية هلوسة أو عابرة .

- يعيش في الوقت الحاضر .

- تذبذب تقدير للذات وللآخر بين الماضي والحاضر دون الاحتفاظ بذاكرة سابقة .

الإدراك - المعتقدات - اضطراب الذاكرة من خلال عدم قدرة المرضى الحديين على الشعور

بمشاعر تتجاوز اللحظة الحالية (ذاكرة الإطار الزمني المبتورة)

- التشوهات المعرفية المتعددة: التجريد الانتقائي ، الاستدلال التعسفي ، التعظيم / التصغير ؛ التعميم المفرط .

- غلبة مخطط الرفض: أنا لا أحد يحبني لا تعول على أحد "، سأكون وحدي دائماً "؛

-الميل إلى المثالية لإخفاء تدني تقدير الذات.

-معالجة ثنائية التفرع للمعلومات: جيدة / سيئة ؛ سلمي / عدواني مشرف /

مخجل

إدراك الذات وإدراك

الآخرين

- إن الآخر يمكن أن يكون محبوباً بشدة عندما يكون حاضراً ومتسامحاً ؛ من

الفشل الأول يتعرض فوراً للانتقاد والغضب.

-يرى نفسه ضعيفاً ومهدداً

- علاقات محفوفة بالمخاطر وغير مستقرة ؛ متضاربة.

- التناقض بين الإعجاب الشديد والقابلية الشديدة للغضب تجاه الآخرين.

- عدم تحمل الإحباط ورد الفعل الغاضب.

- الاندفاع ؛ سلوكيات متباينة/ذاتية مدمرة.

السلوك والاستراتيجيات

- خوف شديد من الرفض.

البيّن شخصية

- تكرار السلوكيات الإدمانية التي تبدأ/ تتأرجح بين المخدرات والكحول إلى

الشه المرضي.

- السلوكيات الانتحارية والعدوانية كمحاولة للحد من الضغوط الانفعالية.

7-4 المسببات وعلم النفس المرضي:

حالياً، تتم دراسة الشخصيات الحدية للعوامل العصبية. لوحظت شذوذات مشابهة لتلك التي لوحظت في

المتلازمة الأمامية، أي فشل في عملية التجريد الذي تم استبداله باستخدام التفكير ثنائي التفرع في معالجة

المعلومات، خاصة فيما يتعلق بالعلاقات البيّن شخصية (Debray and Nollet,2005,p84).

تؤكد الدراسات الوبائية على سوء معاملة الأطفال (بما في ذلك الاعتداء الجنسي) ونقص الأمهات (الحرمان الأمومي) لفترات طويلة (المرجع نفسه، ص 86).

التجارب الصادمة المبكرة هي مصدر اضطراب الهوية والتوتر العاطفي والتهيج المستمر مدى الحياة

7-5 العلاج النفسي:

يصعب علاج الشخصيات الحدية بشكل خاص نظرًا لتعدد أشكال الأعراض: شدة مظاهر القلق واضطرابات المزاج (المرجع نفسه ، ص 80). تجد الشخصيات الحدية صعوبة في قبول التغيير الداخلي والخارجي ، ومن هنا تأتي الحاجة إلى تعزيز التعاون العلاجي.

يأتي طلب العلاج بشكل عام من الأشخاص الذين يعانون من آلام شديدة؛ العلاقة العلاجية مهددة بخطر الانقطاع المفاجئ والمسافة الجيدة التي يجب أن يحتفظ بها المعالج. يجمع العلاج النفسي بشكل منهجي بين العلاج النفسي الفردي والجماعي .

تختلف أهداف العلاج النفسي السلوكي المعرفي بين المؤلفين بين تحسين التحكم العاطفي والمهارات الاجتماعية، والعمل على أنماط مختلفة وتقليل التفكير ثنائي التفرع، وتقوية الهوية الذاتية، وتعلم التجريد والمهارات اللغوية...

¹ Barnhill, 2016, p. 263

تذكير 1:

الشخصية الحدية وعدم الاستقرار



¹ Barlow et Durand, 2007, p. 641

المحاضرة 8: الشخصية النرجسية Personnalité Narcissique

مقدمة:

استخدم فرويد مفهوم النرجسية لتعيين موضوع الجنسية المثلية لدى الذكور إلا أنه اتسع نطاق استعمالها لدى كل من Kohut et Kernberg في دراستهما والتي طالت دراسة المسببات لبعض الخصائص النفسية.

1-8 الخصائص الرئيسية:

1/ الإشباع الذاتي وتأكيد أنه ذو مكانة مميزة /مرموقة.

2/ الحاجة الدائمة إلى الإعجاب (admiration).

3/ التعصب إزاء النقد

4/ عدم المبالاة والميل إلى استغلال الغير

5/ الفخامة ونقص التعاطف الوجداني (empathie).

إلا أنه بعد خيبة الأمل لدى الشخصية النرجسية ورغم عظمتها /كبريائها /وبعد تقليص العلاقات مع محيطها العائلي يدخل هذا الأخير في حالة انعزال واكتئاب ويتجلى ذلك في الشكوى الوهمية وأمراض عضوية أو الانتحار.

إن نسبة انتشار الشخصيات النرجسية داخل عامة السكان /الناس وذلك حسب ما جاءت به الدراسات:
0.4% (Reich,1989. , Zimmerman, 1990) وهذا مما يجعلنا نطرح بعض التساؤلات حول الطرق

الممكنة في عمليات التقييم التي تم القيام بها للتعرف على هذه الفئة من الناس . قد يكون الأطفال ذوي

الشخصية النرجسية عرضة للاكتئاب واحتقار للذات (Debray et Nollet, 2005)..)

8-2 التشخيص:

طريقة عامة من الخيال (Fantaisie) أو سلوكيات فخامة (عظمة)، الحاجة إلى الاعجاب ونقص التعاطف الوجداني والتي تظهر في بداية سن الرشد وتكون موجودة في وضعيات مختلفة عبر 5 مظاهر على الأقل من المظاهر الآتية:

1. يحمل الفرد مكانة فخامة وعظمة لذاته (لقيمته) يعطي قيمة أكبر لقدراته وانجازاته، ينتظر أن يكون معروفاً بتفوقه (supérieur) دون انجاز مميز.

2. يكون منشغلاً بخيالات متعلقة بنجاحات لا حد لها بالقدرة/الطاقة (Pouvoir) , بالجمال أو الحب المثالي.

3. يعتقد الفرد أنه استثنائي ولا يمكن فهمه إلا من طرف مؤسسات أو أشخاص "استثنائيين" وذوي مستوى عال.

4. الحاجة المفرطة للإعجاب.

5. يظن أن كل شيء هو من انجازه: وينتظر (دون سبب) معاملات خاصة وأن تحقق كل رغباته.

6. يستغل الآخر في العلاقات: يستعمل الآخر في الوصول إلى أهدافه الخاصة.

7. نقص التعاطف الوجداني: لا يقدر التعرف أو مشاطرة العواطف أو حاجيات (Besoins) الآخر.

8. غالباً ما يكن الغيرة للآخرين ويظن أنه محل غيرة من طرف الآخرين.

9. سلوكياته تتسم بالتكبر والتعال (Arrogant/ Hautain)

ملاحظة:

- نظرا لهشاشة تقدير الذات لديهم، يتأثر الأفراد ذوي الشخصية النرجسية بالانتقاد والفشل، فتتأثر وتضطرب العلاقات مع الآخرين. كما لديها صعوبات في التكيف لا سيما في حالة توقف عن العمل أو الصعوبات الجسمية الراجعة للشيخوخة.

- بعض السمات النرجسية كثيرا ما تلاحظ عند المراهقين والتي لا تعني تطوير شخصية نرجسية فيما بعد.

- يمس التشخيص 50-75% من الرجال من بين 1% من أفراد المجتمع عامة (2-16% من بين الأفراد الملاحظين في المصالح الاستشفائية للطب العقلي).

3-8 مواصفات الشخصيات النرجسية¹:

المظهر السلوكي

- لهم مظهر أنيق - جذاب
- يبحثون عن مكانة خاصة والتميز
- لهم القابلية على الانسجام مع كل البيئات المحيطة بهم بحثا عن الإعجاب في من حوله.

العاطفة والانفعال

- لهم اعتبار للذات جد حساس مما ينتج عنه سلوك التباهي والغرور.
- حاجتهم الدائمة للإعجاب هو مثابة حافزا لهم وأيضا جلب الأنظار إليهم .
- لهم مزاج متقلب بين النشوة واليأس والانتصار والفشل غير أنه يبقى دائما تحت رقابة ومنضبط.
- هم فاتنين ولهم لباقة في الظاهر غير أن لديهم في نفس الوقت برودة وكثرة الحسابات (يتطلعون إلى المدى البعيد)
- توتر مستمر إزاء الانتقادات.
- تعصب وهيجان إزاء كل انتقاد
- مشكل الاكتئاب أو العجز الجنسي والذي ينفي الشعور بأي قوة وعدم النيل.
- عدم التحمل لأي انتقاد
- ضرورة مراقبة /الإحاطة بكل شيء من أجل تحقيق أهدافهم / أغراضهم

¹ Debray et Nolle, 2005, p.95-98

- لديهم إفراط في الجانب الحسي /جد حساسين / ولهم مطالب كثيرة /عدم التواضع.

- شديدي الغيرة من الآخرين / لهم ميل إلى الكراهية.

- يبحثون عن الرفقة الذين يتمكنون من السيطرة عليهم

- لا يحتملون أخف الوعكات الصحية فيصيبهم القلق والانزعاج

- الشخصيات النرجسية يرفضون المرض والشيخوخة

- يتمحور النشاط النفسي /الروحي/ لدى الشخصيات النرجسية حول فكرة العظمة والتميز.

- نجد الشخصية النرجسية تسيطر عليه أحلام والأوهام بالعظمة والثراء والقوة والجمال.

- أما فيما يخص تحليله للواقع فهو يعطي اهتماما كبيرا وأساسي للمظهر

- شذوذ / تذبذب/ في الإدراك والخطأ في الحكم

- تسيطر عليهم الشعور بالعظمة مما ينتج عنه اضطرابات في الانتباه والتكوين

(التعلم /التدرب)

- تشكل مواجهة الشخصية النرجسية مع صفاتهم الذاتية أكبر محنة لديهم وخدش

لكبريائهم واعتبارهم لذاتهم وأمام هذا الإحباط يبقى اللجوء وفي أغلب الأحيان إلى

استهلاك المواد السامة

إدراك الذات وإدراك يتمحور الإدراك الحسي للذات حول الفكرة الرئيسية (أنا متميز) (مطالبني
الآخرين /حاجياتي قبل حاجيات /مطالب/ الآخرين) (الآخرين ينتقدونني لأنهم يغارون
مني)

إدراك الآخرين يكون حسب تصنيف من حيث العظمة (الاستعلاء) // (الاحتقار)
/ الجمال والقبح والقوة / الضعف والثروة والفقر

يميلون إلى إسناد/ منح/ وصف/ إلى الآخرين البعض من صفاتهم الشخصية
لديهم عجز في أدراك لمشاعر أو قيم الآخرين وبالتالي لديهم الازدراء والسخرية
- يبغضون بعض الوجوه المعينة حيث يحاولون التقليل من شأنهم
- عدم احترام مشاعر الآخرين

سلوكيات
والاستراتيجيات
ونقص الوازع

البيشخصية
- يبحثون عن العظمة /الرفعة لدى الآخرين والذين هم في نظرهم ذوي مكان
مرموقة /عظماء

- السعي في مراقبة الآخرين في أدق تفاصيل أمورهم الشخصية
- اللامبالاة بمشاعر الآخرين وانعدام أي تعاطف
- السعي وراء التآلق أمام المعجبين ورفض الغير معجبين
- يفرقون في كيفية التعامل مع الأشخاص الأقوياء والضعفاء
- يؤدي كلامهم المؤذي /البذيء/ إلى هجران الناس لهم والابتعاد عنهم وبالتالي
حدوث فراغ حولهم

- يدخلون في عزلة واكتئاب بسبب تغييرات في محيطهم الذين يعيشون فيه

4-8 دراسة العوامل المسببة:

لقد اشتغل (Kernberg) كثيرا في دراسة الشخصيات النرجسية وحسب ما توصل إليه أنها لا تشكل إلا نسبة ضئيلة من مجموع الفئة المدروسة، بينما يرى (Kohut) إعادة النظر في هذه الحالات النرجسية على أنهم دائما حالات مرضية أو بمعنى أنهم قد يكون أصحاء

وحسب ميون ، (Millon 1981) ، والذي يوجه إصبع الاتهام إلى العوامل التعليمية في نشأة للشخصية النرجسية مع التركيز عن الدور الرئيسي للوالدين أثناء الطفولة المبكرة وخصوصا المبالغة في الإعجاب وهذا فيه خطورة شديدة في تشويش /عدم وضوح تصور الطفل لذاته وفي معرفة قيمة نفسه مما يؤدي إلى وقوع اضطراب في التصور الحقيقي للذات لدى هذا الطفل

كما أنه من الممكن أيضا أن تشكل التجارب المبكرة وهي تخص المقارنة بين الأقران (الإذلال) عاملا في تطوير مشكل التفوق والدونية والهيمنة والخضوع لدى الشخصية النرجسية

وقد أضاف الإشارة إلى العوامل البيئية (العرقية والاقتصادية) والتي هي من ضمن المسببات وأيضا الإعاقة لدى الشخص يمكن أن تساعد من خلال الشعور بالنقص /الدونية والغيرة أن نشأة وتطور الشخصية النرجسية. (Ibid, p.99)

غير أن هذه العوامل كانت نتائج للدراسات جد ضئيلة حيث كانت عبارة عن نتائج لدراسات لحالات انفرادية أي لا يمكن تعميمها على جميع الشخصيات النرجسية.

8-5 العلاج النفسي:

وفقا للدراسات التي طالت هذا الموضوع، فإن الشخصية النرجسية جد حساسة إزاء كل من العلاج النفسي أو التحليل السلوكي المعرفي وهي تهدف كلها على التخفيف من معاناة الشخصيات النرجسية وذويهم المحيطين بهم.

يهدف العلاج النفسي المعرفي السلوكي إلى التخفيف من يعص المواصفات / الخصائص (الإشكاليات) الخاصة بهذه الشخصيات وذلك من تلقينهم / تعليمهم/ كيفية تحسين مستوى إدراكهم واحترامهم لمشاعر الآخرين.. (Debray et Nollet, 2005).

ومن الأرجح قد تتسبب التجربة العلاجية في إعادة إثارة بعض المشاعر لدى الشخصيات النرجسية والتي تجعلهم يحتقرون أنفسهم لأمرًا لذي يطرح إشكالا في متابعة العلاج النفسي.

أما بالنسبة للعلاقات أثناء العلاج قد تكون في البداية جيدة وفيها امتتان من طرف الشخصية النرجسية إلا أنها تنعكس فيما من خلال قلة الاحترام للشخص المعالج وتقل من شأنه

كما تظهر درجة عدم تحمل كبيرة للحرمان /الإحباط /لدى الشخصيات النرجسية التي تتبع التصنيف الثنائي التفوق والدونية وبالتالي يكون المرضى حساسين جدا ويبالغون في المطالبات حيث يصعب إرضائهم ويصلون إلى تجاوزات الإطار المطلوب مما يستوجب على المعالج الحفاظ على إطار صارم للتصدي لهذه التجاوزات.

8-5-1 أهداف العلاج النفسي المعرفي السلوكي:

1- يعتبر الحفاظ على العلاقة العلاجية الجيدة هدفا محوريا.

2- معالجة التأثيرات المرتبطة بحكم الصادر من الآخرين مع محاولة تعليمه/ترويضه على التفكير في

عدة احتمالات لإصدار حكمه.

3- تنمية مهارات التعاطف لدى هؤلاء الأشخاص

4- ترويض الشخص كيف يدرك / يكون واعيا / بالمشاكل المتكررة المرتبطة بهذه العملية:

وضعية/ موقف ← التأثير ← أدراك معرفي ← السلوكيات

5- الحد من شعور الكبرياء/ العظمة/ وأحكام التقييم الراسخة لدي الشخصية النرجسية.

6- تنشيط جانب التفهم لأحكام الصادرة من الآخرين وترويضهم على تحملها.

¹ Barnhill, 2016, p. 268

المحاضرة 9: الشخصية الهستريونية

Personnalité histrionique

مقدمة :

يأتي مصطلح "هستيريا" من الكلمة اللاتينية "histrion" التي تعني « الممثل » ، وبالتالي تشير إلى الجانب المسرحي الذي يميز هذه الشخصيات (Benny et al., 2016, p.253). ووفقاً لمعجم Larousse ، تشير كلمة histrion إلى "ممثل قديم يمثل مقالب فظة" ، "ممثل سيئ يسعى إلى جذب انتباه الجمهور (Debray et Nollet, 2005, p.,33).

تمت دراسة الهستيريا منذ فترة طويلة منذ Hippocrate, Janet, Freud ... ثم في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSMIII و DSMIV أين تم تقديمه تحت الفئات التالية: "الاضطرابات الجسدية" و "الاضطرابات الانفصالية" و "اضطرابات الشخصية الهستريونية".

9-1 الخصائص الرئيسية :

- استجابات / تعبيرات عاطفية مبالغ فيها ودرامية وعابرة

-- البحث عن الاهتمام المفرط

- السلوكيات المغرية

2-9 التشخيص:

طريقة عامة في الاستجابات الانفعالية المفرطة والحاجة إلى الاهتمام التي تظهر في بداية سن الرشد

عبر وضعيات مختلفة في 5 مظاهر على الأقل:

1. لا يكون الفرد مرتاحا في الوضعيات التي لا يكون فيها مركز اهتمام الآخرين.
2. التفاعل مع الآخر يتميز عموما بالإغواء الجنسي (Séduction sexuelle) غير التوافقي أو سلوك يتميز بالإثارة.

3. تعابير انفعالية سطحية وغير مستقرة.

4. يستعمل المظهر الجسدي لاستقطاب الاهتمام.

5. طريقة كلامه ذاتية إلا أنها تفتقر للتفاصيل.

6. أسلوب تهويلي، المسرحية والمبالغة في التعبير الانفعالي.

7. القابلية للإيحاء، كثير التأثر بالآخر أو بالمواقف.

8. يعتبر أن علاقاته حميمية أكثر مما هي عليه في الواقع.

ملاحظة:

- تتسم علاقات الأفراد ذوي الشخصية الهستريونية بعدم الاستقرار لبحثهم الدائم عن الاهتمام وعدم تحملهم للإحباط وعدم اشباع رغباتهم.

- التجربة العيادية تبين أن هؤلاء الأفراد يستعملون سلوكيات تهديدية بالانتحار لجلب اهتمام وعناية الآخر.

- تنتشر الشخصية الهستريونية بنسبة 2 إلى 3% من المجتمع أما فيما يخص التقييم المستعمل في المؤسسات الاستشفائية فالنسبة تقدر بـ 10 إلى 15%.

3-9 وصف الشخصية الهستريونية¹:

المظهر السلوكي :

- الميل إلى إغواء "الإغواء الجنسي" الآخر
- البحث عن نظرات الآخرين بما في ذلك الأقل قرابة (حاجة ملحة) .
- عدم التسامح مع الإحباط
- زيادة الألفة ، والعلاقة الحميمة
- التمثيل الدرامي

الانفعالات:

- تدفق القلق إذا لم يكونوا بؤرة الاهتمام
- تعبير مبالغ فيه عن المشاعر
- مزاج متزن من خلال تعاقب الحماس واليأس
- التعبير عن المشاعر الشديدة لمن حولهم: الفرح والقلق
- وصول الغضب أو الحزن بعد خيبات الأمل والتمزق ، مع اجترار حقد ، وحالات اكتئاب

الإدراك والمعتقدات :

- فشل العمليات المعرفية "اللامبالاة الجميلة"
- عدم القدرة على التركيز فكريا ، قصور في عمليات الانتباه -

¹ Debray and Nollet, 2005, p. 35-37

-اللجوء إلى الحدس في حالة عدم الدقة -

-الفكر "الذاتي" الذي يثير تعابير غامضة -

-الرسم التخطيطي والمعتقدات المركزية: "أنا بذيء" ، "أنا غير قادر على العيش بمفردي" ، "يجب أن يكون محبوبًا من الجميع" ، "لا يمكنني أن أكون سعيدًا إلا من خلال الإعجاب" ، "هؤلاء الناس ليس لديهم الحق في رفض مساعدتهم ...".

إدراك الذات وإدراك الآخرين :

-تؤدي العمليات المعرفية التي تميز الشخصية المسرحية إلى تعطيل عملية التعلم ، مما يؤدي إلى

إهمال الذات وفقًا لبليك وفريمان (1990 ، مذكور في المرجع نفسه ، ص 36).

-الاستراحات تعزز الشعور بقلة القيمة والضعف ، ومن هنا يأتي البحث عن دعم خارجي

-طلب المساعدة من خلال الإغواء المذهل والجنس

-يتم إرجاع صورتهم الذاتية السلبية للآخرين بشكل مقلوب كمحاولة لتصحيح صورتهم الذاتية

-الضغط الذي يمارس على المحيطين بحثًا عن الاطمئنان والإعجاب والاهتمام الذي سرعان ما يتم

استجوابه.

السلوك والاستراتيجيات البينشخصية:

-العلاقات مع الآخرين ذات طابع جنسي للغاية ، تتمحور حول العاطفة والعذاب وخيبات الأمل المتعددة

-عدم القدرة على استجواب نفسه ، ويصنف نفسه طوال الوقت كضحايا للشركاء الذين استغلوه

-استخدام محاولات انتحار مذهلة لجذب انتباه الشخص الآخر (أو بدء علاقة جديدة)

-توقع رفض الآخر من خلال كونه مسؤولاً عن أحداث لا يمكن السيطرة عليها

-تضاعف الأعمال الغرامية لأنها لا تتسامح مع الإحباط وتسعى باستمرار لإرضاء فوري .

9-4 المسببات وعلم الأمراض النفسي :

-التعزيز التربوي للوالدين هو عامل سائد في المسببات المرضية للشخصيات المسرحية، ولا سيما مكافأة الجوانب الجمالية التي ساعدت على نجاح أطفالهم. سيساهم هذا في تعلم التلاعب من خلال هذه الخصائص (Millon ، مقتبس في المرجع نفسه ، ص 38).

9-5 العلاج النفسي:

الشخصيات المسرحية هي الأكثر عرضة للجوء إلى العلاج النفسي نتيجة فقدان الاهتمام الذي يسعى إليه الآخرون؛ قد يشكل طلب العلاج النفسي بحثاً عن تفسيرات للأعراض التي مررت بها أو بحثاً عن "فهم أفضل (Debray and Nollet , 2005, p.35) .

الأفضل الإشارة إلى العلاجات النفسية السلوكية المعرفية مع هذه الشخصيات لأنها محدودة في الوقت المناسب. ومع ذلك ، تظل العلاقة العلاجية خاضعة للنمط العلائقي للشخصية المسرحية. لهذا يجب على المعالج أن يتجنب التشجيع والإشباع من المرضى حتى لا يقع في فخ الإغراء أو العداء .

الهدف الرئيسي من العلاجات السلوكية المعرفية هو استعادة احترام الذات ، من خلال تحدي الأنماط المركزية ومواجهة هذه الشخصيات باختبارات الواقع لتمكينهم من إدراك مهاراتهم الحقيقية وقيمتهم.

سيركز العلاج النفسي أيضاً على الأسلوب المعرفي لهؤلاء الأشخاص لتمكينهم من التركيز على التفاصيل بدلاً من الحدس .تكمّن القيمة التعليمية للعلاج السلوكي المعرفي في السماح للمريض بالتركيز على أفكاره المصاحبة للعواطف؛ لذلك ، يظل تسجيل الأفكار التلقائية والمختلة أمراً مهماً للغاية للسماح للمريض بأن يكون أقل اندفاعاً ، والتفكير في المواقف الإشكالية والتفكير في السلوكيات البديلة.

¹ Barnhill, 2016, p.265-266

الهستيرية (عاطفي بشكل مفرط)



Barlow et Durand,2007, p. 640

المحاضرة 10: الشخصية التجنبية

Personnalité évitante

مقدمة :

تظهر خصائص الشخصية التجنبية أولاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSMIII في فرع الاضطرابات الرهابية ، والتي تتميز بتجنب الاتصال الشخصي مع التركيز على الشعور بالوحدة. الخصائص تشبه إلى حد بعيد الرهاب الاجتماعي ولكن أيضاً الشخصية شبه الفصامية. تتميز الشخصية التجنبية بالفرار وتجنب المواجهات وتضع نفسها كضحايا. هذه الشخصيات تخاف من النقد والسخرية والرفض من خلال تعزيز العلاقات التي تكون متأكدة فيها بأنه سيتم قبولها، كما يرون أنفسهم أقل شأنًا ويفتقرون إلى القيمة .

هذه الشخصية المرضية نادرة إلى حد ما وفقاً للدراسات التي أجريت بنسبة 0.4% إلى 1.3% (Zimmerman et Coryell, 1989) ؛ تتواجد هذه الشخصية إلى حد ما بين السكان الذين يتلقون رعاية نفسية في المستشفيات بسبب الرهاب أو تدني احترام الذات ، وهي خصائص موجودة أيضاً في اضطرابات الهلع. وقد لوحظ وجود أغلبية للإناث في هذه الفئة (53% إلى 74%) (Debray and Nollet ، 2005) .

1-10 الخصائص الرئيسية:

- تجنب الاتصال الشخصي وتفضيل العزلة
- الخوف من النقد والرفض / حساسية زائدة لانتقاد الآخر
- تدني احترام الذات وإحساس الفرد بأنه ليس في المستوى

-طريقة عامة من الكف الاجتماعي

10-2 التشخيص:

طريقة عامة من الكف الاجتماعي، من الإحساس بنقص المستوى، فرط الحساسية للانتقاد من طرف الآخر. تظهر في بداية سن الرشد وتخص مواقف مختلفة عبر 4 مظاهر على الأقل:

1. يتجنب الفرد النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب علاقات متعددة مع الآخر خوفا من الانتقاد أو الرفض أم النبذ.
2. تجنب التفاعل مع الآخر إلا إذا تأكد من أنه محبوب.
3. يكون متحفظا في العلاقات الحميمة خوفا من التعرض إلى الاحراج والعار.
4. يخشى أن يكون منبوذا في الوضعيات الاجتماعية.
5. يكون عرضة للكف الوضعيات العلاقة مع الآخر بسبب الاحساس بعدم/ نقص المستوى.
6. يرى نفسه عديم الكفاءة الاجتماعية ومدني المستوى مقارنة مع الآخرين.
7. يكون رافضا لاتخاذ قرارات أو الانخراط في نشاطات جديدة خوفا من الاحراج.

ملاحظة:

- تدني تقدير الذات، الخوف من النبذ والانتقاد إلى درجة الخوف من اهتمام الآخر، حساسية مفرطة وتشبه إلى حد ما الرهاب الاجتماعي.

- يجب التحفظ في تشخيص الشخصية التجنبية، عند صعوبات التأقلم الخاصة بالمهاجرين، عند الأطفال والمراهقين الذين تظهر عليهم سلوكات خجل التي يمكن أن تكون طبيعية في بعض مراحل النمو.

- ينتشر هذا النمط من الشخصية بين الرجال والنساء على حد سواء عندها 10 % من المرضى المتعرف عليهم في المصالح الخاصة بالطب العقلي ويمسّ 0.5 الى 1 % من أفراد المجتمع حسب بعض الدراسات.

10-3 وصف الشخصية التجنبية 1

المظهر السلوكي :

- تجنبهم إظهار "الأنا الحقيقي "
- منعزلين وحذرين عن أي علامة رفض
- تردد واتصال بالآخرين دون النظر إليهم
- يتميزون بالخرق ، يتحدثون ببطء
- مظهر محافظ، ملابس قديمة باهتة

الانفعالات :

- تجنب المشاعر القوية أو المؤلمة: حزن ، قلق ...
- عدم التسامح مع الإحباط
- اختيار الانعزال كاستراتيجية تجنب عاطفي والبحث عن راحة البال
- اللجوء إلى عالم الخيال فيما يخص العلاقات الشاعرية المثالية
- العزلة العاطفية والحسية يمكن أن تغرقهم في الاكتئاب

¹ Debray and Nollel, 2005, p.70-74

الإدراك والمعتقدات :

- التردد الملحوظ في الشخصيات التجنبية يؤثر على الجانب المعرفي
- التردد وفشل القدرات المعرفية خاصة في المواقف المحرجة
- التشوهات المعرفية القائمة على الاستدلال التعسفي والتعميم المفرط والتقليل والتعظيم ، مما يؤدي بهم إلى استنتاجات خاطئة

-يرتكز إدراكهم على البحث عن علامات الرفض

إدراك الذات وإدراك الآخرين:

- إدراك ذاتي متدني
- مخططات معرفية تركز على العجز وعدم الكفاءة
- الاتصالات الاجتماعية تتخللها أفكار غير وظيفية متعلقة بالرفض والحزن
- يُنظر إلى الآخرين على أنهم متفوقون ، ولا يمكن الوصول إليهم ، أو مهينون ...
- الميل إلى تبرير الانعزال بتجارب الرفض التي تعرّض إليها
- الشك في قدراتهم ومقارنة أنفسهم بالآخرين
- أفكار تتعلق بتدني قيمة الذات وأحلام اليقظة السحرية والشاعرية للتخفيف من اليأس
- فشل عمليات الانتباه بسبب الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بخفض قيمة الذات
- عدم القدرة على التركيز والتجريد مع اللجوء إلى التفكير المزدوج المأساوي / السحري .

السلوك والاستراتيجيات البينشخصية:

- اللجوء إلى العزلة لتجنب الأحكام والانتقادات

- اختيار الوظائف التي لا يظهر فيها، يعمل بتفان و تدقيق لتجنب النقد
- الإحراج من المجاملات، يرفضون التحدث عن أنفسهم
- التردد و الحذر في العلاقات الاجتماعية التي تشكل مصدر إزعاج لهم
- الميل للتبرير والاعتذار بشكل مستمر
- حساسية مفرطة ، تشعر بالإهانة من كل شيء
- ينتهي بهم الأمر إلى الانسحاب و تبني سلوك منعزل يجتذب العداء من الآخرين
- إشكالية ملحوظة في المهارات الاجتماعية وغير اللفظية (متدنية)

10-4 المسببات وعلم الأمراض النفسي :

- وفقاً لبعض الدراسات، ترتبط الشخصية التجنبية بتطور الشخص، ولا سيما بالعناصر التربوية والبيئية، لا سيما التجارب المبكرة والمتكررة للرفض والنقد من طرف المقربين تؤدي إلى تحفيز هذا السلوك.
- قد يكون التعليم الصارم غير آمن للطفل؛ كذلك، فإن السخرية من طرف الوالدين أو الإخوة مواتية لتنمية ردود أفعال الكف والخضوع حتى لا يثير الفرد استياء الآخرين.
- يمكن أن تكون البيئة المدرسية أيضاً عاملاً محفزاً من خلال الرفض والعدوانية من طرف الأقران، مما قد يؤدي إلى تفاقم تدني احترام الذات.
- المسببات البيولوجية لا تزال قيد البحث.

10-5 العلاج النفسي:

- يظل العلاج النفسي السلوكي المعرفي هو العلاج الأكثر استخدامًا على الرغم من نتائجه غير المشجعة والمحبطة للغاية للمعالجين، وذلك بسبب بطء تقدم المرضى وعدم حماسهم في أداء التمارين المطلوبة .
- يجب أن يكون للعلاج النفسي عدة أهداف أهمها إقامة علاقة ثقة تسمح للشخص بالتعرف على مشكلة الشخصية. يجب أن تهدف أيضًا إلى العمل على الأفكار غير الوظيفية والعواطف الناتجة عن الأفكار الأوتوماتيكية والسلوكيات المتضمنة في هذه العملية.
- يهدف العلاج إلى تحسين قدرة تحمل المريض للإحباط، وتحسين المهارات الاجتماعية وتحقيق الذات وكذلك تعديل الأنماط المعرفية المركزية. وبالتالي فإن المعالج يحفز استعمال لعب الأدوار مما يسمح بإخراج الانفعالات والعواطف وبالتالي تحسين التحكم فيها.
- سيتم تشجيع العمل على توقعات المريض القلقة، والتي سيتم اختبارها على أرض الواقع بالإضافة إلى التفكير في المخططات البديلة الأخرى. لا ينبغي أن تثبط المعالج النتائج السيئة و البطيئة ، مع الحرص على تعزيز نجاحات المريض الصغيرة.

¹ Barnhill, 2016, p. 270-271

التجنبية (تشبيط)



المحاضرة 11: الشخصية الاعتمادية

Personnalité dépendante

مقدمة:

تظهر الشخصيات الإيعتمادية نقصاً في الثقة بالنفس ، أو الخجل ، أو مشكلة زوجية ، أو أنها تضع نفسها على أنها ضحية تفنقر إلى المودة/العاطفة من جانب زوجها الذي يتم تقديمه على أنه قاسي. ومع ذلك ، فهم لا يعترفون بخصائصهم على أنها إشكالية. بالإضافة إلى تشخيص اضطراب الشخصية الاعتمادية ، يتم تضمين الاكتئاب والقلق واضطراب إدمان المخدرات بشكل عام.

تم إحضار الشخصية الاعتمادية إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSMIII مع الخصائص الرئيسية للحاجة المفرطة إلى العناية بها والسلوك الخاضع والخوف من الانفصال.

تم العثور على الشخصية الاعتمادية في 54% من الأشخاص المصابين بالاكتئاب و 40% في موضوعات الرهاب (وفقاً لـ Reich and Noyes ، تم الاستشهاد بهما في Debray and Nollet ، 2005 ، ص 61). أدت هذه النتائج إلى استجواب إكلينيكي مهم ، ألا وهو الجانب المؤقت للإدمان المرتبط بحالة

الشخص المصاب بالاكتئاب ، والجانب الأكثر ديمومة لأنه يتعلق باضطراب الشخصية؟

الشخصية التابعة موجودة في واحد من كل أربعة أشخاص من بين أولئك الذين يطلبون الإستشارة ، كما أن غالبيتهم نساء (Reich ، 1987 ، Bornstein ، 1993 ، مقتبس في Debray and Nollet ،

2005 ، ص 62).

1-11 الخصائص الأساسية:

- عدم القدرة على اتخاذ القرارات أو تحمل المسؤولية.
- الخضوع للآخرين لتحمل مسؤولياتهم مع الخوف من فقدان دعمهم.
- قلة الثقة بالنفس.
- الشعور بالوحدة مع الشعور بعدم الراحة واليأس مع الخوف من تركهم بمفردهم.
- إدراك الذات كشخص غير قادر على السير بطريقة سليمة دون مساعدة
- الحاجة الأساسية إلى التكفل والتبعية والخوف من الانفصال

11-2 التشخيص:

- الحاجة الشاملة والمفرطة إلى التكفل والتي تؤدي إلى سلوك تابع والتصاقي/collant وخوف من الانفصال الذي يظهر في بداية سن الرشد ويكون ظاهرا في سياقات مختلفة عبر 5 مظاهر على الأقل :
1. صعوبة الفرد في اتخاذ القرارات في الحياة العادية دون أن يكون مدعما وموجها بصفه مفرطة من طرف الآخر.
 2. يحتاج إلى أن يتحمل الآخرون مسؤوليات عنه في مجالات متعددة تخص حياته.
 3. يزيد صعوبة في التعبير عن معارضته للآخر خوفا من فقدان الدعم أو الموافقة التي يحصل عليها من الآخر (يجب عدم أخذ الخوف الفعلي من العقاب)
 4. يجد صعوبة في اصدار مشاريع أو القيام بأشياء لوحده (نظرا لعدم الثقة في حكمه الشخصي أو قدراته الشخصية وليس نظرا لنقص الإرادة أو الطاقة).

5. يبحث بصفه مفرطة على الدعم واسناد الآخر، لدرجة القيام بأشياء لا يحبها.

6. يشعر بعدم الارتياح أو عدم القدرة في حالة الوحدة، لخوفه الشديد من عدم القدرة على الإعتماد على

نفسه في تدبر أموره.

7. عند الانتهاء من علاقة حميمية يبحث بصفة عاجلة على علاقة أخرى تعطي له العناية والدعم الذي

يحتاجه.

8. يكون مشغولا بصفة لا واقعية بالخوف من أن يترك لوحده لتدبر أموره لوحده.

ملاحظة: لا يمكن ادراج سلوك اعتمادي إلا اذا فاقت شدته المتوسط المتعلق بثقافة الفرد أو يعكس مخاوف

لا واقعية للفرد.

11-3 وصف الشخصية الاعتمادية¹:

المظهر السلوكي:

- السلبية والخضوع للآخرين لاتخاذ القرارات المهمة.
- حاجة ماسة للنصيحة والطمأنينة قبل اتخاذ المبادرات في الحياة اليومية.
- الخوف من الشعور بالوحدة والذي يجب تجنبه بلطف.
- حساس ، ومع ذلك فهو قادر على قبول الإذلال من أجل أن يكون محبوبا.

¹ Debray and Nollet, 2005, p. 63-65

العواطف و الانفعالات:

- سرك للهدوء عن طريق التقديم إلى الآخر
- التذبذب بين الفرح (بعد الطمأنينة) والقلق (السمة)
- ضرورة الاطمئنان إلى ضرورة اتخاذ القرارات.
- الكبح ومشاعر العجز بعد تجربة الوحدة.
- يلاحظ الاكتئاب والقلق والاضطرابات الوظيفية بعد تفكك العلاقة ؛ وهذه قد تمثل ملاذا لمقدم الرعاية.

الإدراك والمعتقدات:

- النمط المركزي للشخصيات التابعة يدور حول:
- العجز دون مساعدة الآخرين.
- الحاجة إلى المساعدة والدعم.
- الشعور بالسوء والغباء والأخرى صحيحة.

إدراك الذات وإدراك الآخرين:

- يرون أنفسهم ضعفاء ، وعاجزين- ، وغير أكفاء ، وليس لديهم موارد لمواجهة الحياة.
- الحاجة الملحة إلى مساعدة الآخرين.
- تقدير الذات/المبالغة في تقدير الآخرين.
- الشعور بخلوهم من الموارد النفسية والمرونة التي يبحثون عنها في الآخرين.
- -الاتصال بالشركاء الإيثاريين أو المسيطرين/المتسلطين
- تدريب الآخرين على أنهم أقوىاء وماهرون يظهرون تجاههم قدرًا كبيرًا من الانقياد.

السلوك والاستراتيجيات البينشخصية:

- البحث عن جهة حماية للخضوع لها والتقدير لها.
- في الأزواج، تجد هذه الشخصيات في هذه الرابطة السلبية نوعاً من راحة البال.
- التخلي عن التعبير عن الرغبات أو إعطاء الأولوية لحاجات الآخر خوفاً من الوحدة والهجران.
- الحاجة المستمرة إلى الطمأنينة بالخوف من الرفض.
- بعد الانفصال، تبدأ في ابحت عن شخص آخر لتولي هذا الدور الداعم..

11-4 المسببات وعلم النفس المرضي:

وصف Kernberg الشخصيات الإعتمادية بأنها قديمة مع هيمنة آليات الانشطار والمثالية و احتقار؛ إنهم

لا يتحملون القلق وغير قادرين على العمل (Debray and Nollet,2005)

يُعتقد أن القلق من الانفصال في مرحلة الطفولة هو عامل مؤهب للشخصية الإعتمادية، ولكنه أيضاً مرض مزمن لدى الأطفال أو المراهقين.

قد لا يدعم الآباء بمواقفهم تمكين أطفالهم واستقلالهم ؛ حماية الوالدين المفرطة والقلق والخوف من الحد الأدنى من الأخطار لا تعزز تنمية الثقة بالنفس لدى أطفالهم. وبالمثل ، فإن إهمال الوالدين وغياب التعزيز الإيجابي لا يسمحان بتمكين الطفل ، تماماً مثل الصلابة/الصرامة التربوية/التعليمية التي يمكن أن تعزز عدم التعبير عن العواطف والخضوع المرضي (Debray and Nollet,2005).

11-5 العلاج النفسي:

العلاج النفسي السلوكي المعرفي هو العلاج الأنسب لعلاج نقص الاستقلالية في الشخصيات الاعتمادية . بالإضافة إلى الانقياد الظاهر في الشخصيات الاعتمادية ما يعطي الانطباع بأنهم متعاونون، إلا أن العلاج النفسي لا يعمل بشكل جيد، حيث يتمسك هؤلاء الأشخاص بمعالجهم وينخرطون في علاقة علاجية لا نهاية لها.

التحالف العلاجي هو في الحقيقة مجرد شكل آخر من أشكال الخضوع والضعف، مع وجود تراجع كبير عند هؤلاء الأشخاص في غياب المعالج. هذا ما يتطلب يقظة المعالج في طبيعة العلاقة مع هذه الشخصيات قبل المباشرة في العلاج. الهدف الرئيسي من العلاج النفسي هو استقلالية المريض (بما في ذلك استقلاليته تجاه المعالج). هنا يفضل الحوار السقراطي لتجنب هذا الخطر. الأساليب المواتية للتطور العلاجي الجيد هي التدريب على الحزم وتقوية المهارات الاجتماعية والعمل على الأنماط المعرفية (الوعي والاستبدال بأنماط بديلة والتعزيز الإيجابي للمهارات الجديدة).

¹ Barnhill, 2016, p.273

التأثير البيولوجي

- كل واحد منا ولد معتمدا على:
- الحماية
- التغذية
- الدعم العاطفي.

الخصائص السلوكية

- الخضوع
- الخجل
- السلبية

التأثيرات الاجتماعية والثقافية

- توافق دائما على تجنب الصراع.
- مشابه لاضطراب الشخصية التجنبية.
- الحساسية للانتقاد
- تحتاج إلى الاطمئنان ولكن للأسباب نفسها الشائعة لكلا الاضطرابين
- الانطواء التجنبي، يعتمدون على الأهل ويتشبثون بهم.
- فقدان الوالدين في وقت مبكر (الموت أو الرفض/التخلي/الإهمال) مما يؤدي إلى الخوف من التخلي.

- الطيات المتجنبة تعتمد على الاقارب والتشبث بهم

العلاج

- دراسات قليلة حول الموضوع
- يظهرون مثالين إلا أن التحسن ضعيف بشكل عام.
- الخضوع يتناقض مع الاستقلالية
- تقنيات التدخل السلوكي تكون فعالة في بعض الأحيان.
- إزالة التحسس المنتظم

Barlow et Durand,2007, p. 641

المحاضرة 12: الشخصية الوسواسية القهرية

Personnalité obsessionnelle-compulsive

مقدمة:

وصف فرويد الطبع الشرجي في عام 1908 من خلال الخوف من القذارة وطاعة القانون: "أن تكون نظيفاً وتسعى إلى الامتثال".

يناقش (Million, 1985) الرغبة في تأكيد الذات عند الوسواسية من أجل السيطرة على العواطف ، أو الامتثال الصارم والإفراط في الاستثمار الفكري. وفقاً Gallard ، يُعرف الوسواس بطاعته الشديدة للوالدين ، حتى الرغبة في التحكم في نفسه والآخرين (Benjamin)

لاحقاً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM ، تظهر سمات مثل الجشع والاهتمام بالأخلاق والإفراط في الاستثمار في العمل وصعوبة تفويض المهام.

وفقاً للأدبيات ، فإن شخصية الوسواسية القهرية هي الأسهل في الوصف والأكثر شيوعاً مع انتشار يتراوح بين 1.7 % و 6.4 % حسب الدراسة والبلد.

1-12 الخصائص الرئيسية:

- المثالية والاهتمام بالتفاصيل ، النظام ، الدقة وبالنظافة.
- التحكم الفكري و العلانقي على حساب المرونة، التفتح و الفعالية
- الأنانية والتأثير السطحي.

-العناد والمقاومة.

-الاحتياط والتردد وقلة الزخم.

12-2 التشخيص:

طريقة عامة في الاهتمام بالنظام المثالية والتحكم الفكري والعلائقي على حساب المرونة والتفتح والفعالية تبدأ في بداية سن الرشد، تخص مجالات مختلفة عبر 4 مظاهر على الأقل:

1. الاهتمام بالتفاصيل، بالقوانين/ القواعد، بالجرء، التنظيم أو المخططات إلى درجة التخلي عن الهدف الرئيسي من النشاط.

2. الكمالية التي تعيق انجاز المهام والنشاطات (عدم القدرة على الانجاز واكمال المشروع لأن المتطلبات الذاتية الصارمة Trop Stricte لم تتوفر).

3. تقان كبير للعمل والانجاز باستثناء أوقات الفراغ Loisirs والصدقات (دون أن يكون له علاقة مع متطلبات اقتصادية ظاهرة).

4. متقن consciencieux، مدقق scrupuleux، متصلب rigide، ذو ضمير فيما يتعلق بالأخلاق morale، الأخلاقيات éthique، والقيم valeurs (دون أن يتعلق الأمر بالانضمام أو الميول الديني أو الثقافي).

5. عدم القدرة على رمي الأشياء المستعملة usées أو عديمة الفائدة/ الاكتناز بالرغم من عدم أهمية هاته الأشياء عاطفيا /valeur sentimentale.

6. التردد في إسناد مهام ونشاطات أو العمل مع الغير، إلا في حالة اتباع الآخرين طريقته عمل الأشياء.

7. يظهر بخيلا فيما يخص المال مع نفسه ومع غيره، يرى أن المال يجب تخزينه لظروف مستقبلية

كارثية.

8. يظهر متصلبا وعنيذا.

12-3 وصف الشخصية الوسواسية القهرية¹:

العواطف و الانفعالات:

- البرودة الوجدانية والخوف من الانفعالات العاطفية.
- التلميح للجانب الداخلي والعاطفي.
- إدارة العواطف بنفس صرامة الأفكار: يجب التفكير في كل شيء وترشيده.
- السرية والبرودة فيما يخص مشاعره الخاصة.
- ميل إلى التبريرات لعزل وإخفاء مشاعره.
- الغضب والانفجار المتعاقبان للاحتفاظ العاطفي العام.
- الإفراط في العمل/ الاجهاد أو الفشل يؤدي إلى تعويض الاكتئاب.

الإدراك والمعتقدات:

- مدفوعة/منشطة بالقوانين والأنظمة والخطط والمظاهرات.
- حب التفكير الاستنتاجي والاستدلالي.

¹ Debray and Nolle, 2005, p. 43-47

- الاتجاه إلى الإفراط في التفكير .
- الميل إلى الشعور بالذنب مرتبط بالقرارات المتخذة والندم.
- نفاذ الصبر والقلق بشأن المستقبل.
- التركيز على البحث عن الحقيقة مع المزيد من المخاوف الشخصية
- المعتقدات تتمحور حول الاستقلالية والمسؤولية والالتزام الصارم بالقانون والتركيز على التفاصيل.

إدراك الذات وإدراك الآخرين:

- يعتبر الوسواس نفسه جادًا وضميرًا ومسئولًا وفعالًا.
- يرى نفسه عاقلًا ومتوافقًا تمامًا مع القوانين.
- الوسواسي يعرف بالفطرة ما هو الصواب.
- مواجهة صعوبات النزوع إلى القمع/الكبت والإلغاء والعزلة لتجنب الاستبطان/التأمل الداخلي.
- وفقًا للوسواسي، فإن البعض الآخر غير مسؤول ولا يمكن التنبؤ به وغير مبالي خفيف/طفيف.
- الخوف من التعرض للخيانة بعد إدراك النقص
- يُنظر إلى الآخر على أنه قادر على تجاوز الممنوع..

السلوك والاستراتيجيات البينشخصية

- البحث عن الكمال في جميع المجالات: المادية والمهنية والاجتماعية ...
- الاهتمام بالتفاصيل وعدم القدرة على إنهاء المهام التي بدأت.

-البحث عن أهداف غير متناسبة أو معقدة أو حتى غير مكيفة.

-التذمر والتردد ، وتغير المخاوف

- الاهتمام بالاستقلالية والمسؤولية وإمكانية تأكيد الذات في العمل

- تقليدي، متحقق وعنيد، حتى جامد.

- مع عائلته، غارق في عمله أكثر، وأقل في الاستماع إلى أقاربه.

- الجشع والتدقيق المهني مما يؤدي إلى انعدام أوقات الفراغ.

12-4 المسببات وعلم النفس المرضي:

وفقا (Wilhelm Reich)، الطبع الوسواسي هو نتيجة لتعليم الوالدين الصارم والعقاب. يتحدث مؤلفون آخرون عن بيئة مليئة بالكراهية الخفية والعنوانية ، والسعي للسيطرة على العواطف (Stack Sullivan) ، أو الانسحاب من التناقض الأبوي (Angyall،1965).

وفقاً ل Million and Everly (1985) فإن الوسواسي شجعه والداه على اتباع القانون والامتثال للنموذج: أن يكون مخلصاً في الصداقة ، يكون عادلاً ، لا يرتكب أخطاء ... ويسعى إلى الاستقلال الذاتي ولكنه يتوافق مع النموذج دون إبداع ، لا حلم ، ولا تخيلات وبالتالي فقر في التمثلات.

ينجذب الوسواسي إلى ما يمكن التحقق منه على حساب ما لا يمكن السيطرة عليه (الحب ، الحياة الدنيوية) وموجه نحو ما يمكن التحكم فيه ومادي (مجموعة الأشياء).

وفقا لبعض المؤلفين ، فإن الشخصية الوسواسية القهرية ثانوية او مشتركة مع اضطراب الوسواس القهري ؛ لوحظ أيضًا تعايش اضطرابات المزاج مع الشخصية الوسواسية القهرية¹.

12-5 العلاج النفسي:

تقوم شخصيات الوسواس القهري بصياغة طلب الاستشارة في العلاج النفسي حيث يظهرون أنهم متعاونون ومحترمون ومهتمون بوجهة نظر المعالج.

في العلاج النفسي السلوكي المعرفي، سيكون الهدف وفقًا لبيك هو التأكيد على الحاجة إلى البحث في المعتقدات الكامنة وراء شكاوى المرضى بشأن قلقهم وانتقاد من حولهم. سيكون من الضروري أن تكون قادرًا على فحص نمط حياة المريض لجعله يفرز ما هو ضروري وما هو التفاصيل؛ من هناك، سيتمكن المريض من مراجعة أولوياته وجدول أعماله لتحمل فترات الهدوء ودمج أنشطة الحياة الاجتماعية التي تخفي قدرًا أكبر من العاطفة وأقل فكرية.

ملاحظة:

- يجب التفريق بين الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري. هذا الأخير يشمل وساوس وأفعال قهرية (وساوس: أفكار، تصورات متواصلة، تسبب قلق ومعاناة- الأفعال القهرية: أفعال متكررة: الغسل، تنظيم وترتيب الأشياء، المراجعة والتحضير). كما تنتشر الشخصية الوسواسية القهرية بنسبة 3 إلى 10 % من بين مرضى الاستشارة الخاصة بالطب العقلي. أما الدراسات الاحصائية تتحدث عن نسبة 1% من بين المجتمع عامة (يخص الرجال أكثر من النساء).

¹ Debray and Nolle,2005, p.48

¹ Barnhill, 2016, p.275

تنشيط الوسواس القهري على التفاصيل الصغيرة



Barlow et Durand, 2007, p. 641

المحاضرة 13: اضطرابات شخصية أخرى

1-13 تغير الشخصية بسبب حالة طبية¹.

- هو اضطراب دائم في الشخصية ناتج عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة طبية أخرى (مثل إصابة الفص الجبهي).

- عندما تكون التغيرات الدائمة في الشخصية نتيجة مباشرة لحالة طبية (مثل ورم في المخ) ، ينبغي النظر في تشخيص تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى.

1-1-13 معايير التشخيص:

أ. اضطراب الشخصية المستمر الذي يمثل تغييراً عن السمات الشخصية السابقة للفرد.

ملاحظة: عند الأطفال، يتضمن الاضطراب انحرافاً ملحوظاً عن التطور الطبيعي أو تغيراً ملحوظاً في الأنماط السلوكية المعتادة التي تستمر لمدة عام واحد على الأقل.

ب- دليل من تاريخ المرض أو الفحص البدني أو الفحوصات الإضافية على أن الاضطراب هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لحالة طبية أخرى.

ج- لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب نفسي آخر (بما في ذلك اضطراب عقلي آخر ناتج عن حالة طبية أخرى).

¹DSM V, 884-885

د- لا يحدث الاضطراب حصرًا أثناء حالة الارتباك (الهديان).

هـ- الاضطراب هو سبب المعاناة الواضحة أو ضعف الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من الوظائف المهمة.

13-1-2 تحديد النوع:

النوع العاطفي: إذا كانت السمة الغالبة هي تغيّر العاطفية.

النوع عديم التثبيط: إذا كانت السمة السائدة هي ضعف التحكم في الانفعالات، مثلاً: السلوك الجنسي المتهور.

النوع العدوانى: إذا كانت السمة الغالبة هي السلوك العدوانى. تغيّر الشخصية بسبب حالة طبية أخرى

النوع اللامبالى: إذا كانت السمة الغالبة هي اللامبالاة والبلادة.

النوع البارانويدي: إذا كانت السمة السائدة هي الشك أو التفكير المضطهد.

نوع آخر: إن لم يكن العرض موصوفاً بأي من الأنواع الفرعية المذكورة أعلاه.

النوع المركب: إذا كانت الصورة السريرية تهيمن عليها أكثر من خاصية واحدة.

النوع غير محدد.

13-2 اضطراب الشخصية غير المحدد N .S :

يوضع في حالة وجود أعراض اضطرابات شخصية متعددة دون تحقق اضطراب واحد والتي تسبب معانات

للفرد وتدهور في سيره العام (مجمل مجالات الحياة).

هي فئة يتم الاحتفاظ بها في حالتين:

13-2-1: نوع شخصية الفرد

يفي بالمعايير العامة لاضطراب الشخصية والسمات التي تنتمي إلى عدة اضطرابات شخصية مختلفة موجودة ولكن لم يتم استيفاء جميع المعايير لأي واحد من اضطرابات الشخصية المحددة المختلفة.

13-2-2: الفرد لديه نوع شخصية يلبي المعايير العامة للشخصية ولكن يعتبر أن لديه اضطراب في الشخصية غير مدرج في تصنيف DSM-5 على سبيل المثال: الشخصية العدوانية السلبية.

13-3 تغيير باق في الشخصية تلو تجربة فاجعة تصنيف (ICD10):

هنا التغيير في الشخصية متعلق بمعاناة كارثية أو كرب أو فاجعة: تجارب معسكرات الاعتقال، التعذيب، الكوارث، التعرض لمواقف مهددة للحياة، الخطف، الأسر... بحيث تكون درجة التأثير كبيرة أدت إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة ثم تغير في الشخصية.

يكون التشخيص عبر وجود الخصائص التالية:

-موقف عدائي أو متشكك نحو العالم

-انسحاب من المجتمع

-مشاعر خواء أو يأس

-شعور مزمن بأنه يوشك أن يصاب بشيء ما، كما لو كان واقعا تحت التهديد الدائم

-اغتراب

ملاحظة: يجب أن يستمر هذا التغيير في الشخصية لمدة عامين على الأقل، وليس متعلقًا باضطراب

سابق في الشخصية أو إلى اضطراب نفسي غير الاضطراب ما بعد الصدمة، ولا إلى تلف أو مرض

جسيم بالدماغ...

المحاضرة 14: بعض المعطيات الابدميولوجية والعلاجية الخاصة باضطرابات

الشخصية

1-14 بعض المعطيات الابدميولوجية:

- ✓ اضطرابات الشخصية تمس 10% من عامة المجتمع.
- ✓ اضطرابات الشخصية هي عامل هشاشة يساهم في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، حيث 50% من اضطرابات الشخصية ترافقها الاضطرابات النفسية المصاحبة كالإدمان، القلق، الاكتئاب.

2-14 انتشار اضطرابات الشخصية عند عامة أفراد المجتمعات.

اضطراب الشخصية	النسبة حسب الجنس	التطور
المجموعة A		
البرانويدية	+شائع بين الرجال	المعلومات غير كافية
شبه الفصامية	+شائع بين الرجال	المعلومات غير كافية
فصامية النمط	+شائع بين الرجال	مزمن؛ يتطور أحيانا في شكل الفصام
المجموعة B		

المضادة للمجتمع	+شائع بين الرجال	قد تنخفض بعد سن 40 سنة (السلوك الإجرامي)
الحدية	تمثل النساء 75% من الحالات	قد تنخفض بعد سن 30 سنة وخاصة بمساعدة العلاج: فمن 8 إلى 10% من الأشخاص المتضررين يموتون بسبب الانتحار.
الهستريونية	+شائع بين النساء	مزمن
الرجسية	من 50-75% هم رجال	قد تتحسن مع التقدم في السن.
المجموعة C		
التجنبية	المساواة بين الرجال والنساء	يميل إلى التحسن مع التقدم في العمر
الاعتمادية	نسبة الرجال والنساء المتساوية على الأرجح	عدم كفاية المعلومات
الوسواسية القهرية	2مرات أكثر شيوعا عند الرجال	معلومات غير كافية

Durand et Barlow (2002), p.602, cité in Benny et al.2016, p.266

3-14 علاجات اضطرابات الشخصية:

العلاج النفسي لاضطرابات الشخصية لم يتم تدوينه بعد ، ويعتمد على تحالف العلاجي (المريض/المعالج) ، الذي يعتمد أيضا على نوع الاضطراب . حيث أن استخدام العلاجات المعرفية يتم في المقام الأول مع المجموعة C، ثم المجموعة B ، ثم المجموعة A .

طلب العلاج نادر في الشخصيات المرضية ما لم تكن تحت ضغط المحيط الذي يعاني من هذه الاضطرابات.

هذه العلاقة العلاجية هشة في الشخصية البارانويدية بسبب "عدم الثقة" ، في الشخصية الفصامية بسبب "المسافة" ، "عدم القدرة على التواصل" ، و الفصامية النمطية "التلاعب" المضاد للمجتمع.

"المزاج الفوضوي" لشخصية الحدية ، "الهروب" في الشخصيات التجنبية ، و "العرقلة" في العدوانية السلبية (DSM IV).

العلاقة العلاجية أسهل لدى الهستيرية بسبب "الإغواء" و "البحث عن الإعجاب" عند النرجسيين ، و "الحماية" عند الاعتمادية و "المسؤولية" في الشخصيات الوسواسية القهرية.

وتسلط الدراسات المنشورة الضوء على نجاح العلاجات المعرفية مع الشخصيات المرضية ، وخاصة مع الشخصيات "الهستيرية" و "التجنبية" و "الإعتمادية" (Debray & Nollet,2005 ;p28) ، ومع ذلك ، هناك بحوث أخرى تتحدث عن النجاح العلاجي مع الشخصية الحدية (Bateman et Fonagy, 1999).

(Benny et al.2016, p. 270)

بسبب الطابع التركيبي/تطابقهم مع سمات شخصياتهم وعدم إدراك الجانب الإشكالي للأخير ، يظل العلاج صعبًا مع معاناة الأشخاص الذين يقاومون العلاج ؛ هؤلاء هم أكثر بثلاث مرات من أولئك الذين يطلبونها (Tyrer, 2015).

إن اضطرابات المجموعتين (A غريبة الأطوار) و (B شخصيات درامية) أكثر مقاومة للعلاج (الشخص البارانويدي الذي يعاني من عدم الثقة، يواجه صعوبة في الثقة بالآخرين والطبيب ، وبالتالي عدم الدخول في العلاقة العلاجية). والشخصية المعادية للمجتمع تتقدم للعلاج النفسي بعد الإحالة القضائية. تتقدم المجموعة C(القلقة) للعلاج النفسي بسهولة أكبر من المجموعات الأخرى(Tyrer, 2015).

قائمة المراجع:

1. American Psychiatric Association. (2000). *Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux DSMIV-R*. Elsevier Masson.
2. American Psychiatric Association. (2015). *Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux DSM5*. Elsevier Masson.
3. Barnhill, JW. (2016). *DSM.5- Cas cliniques*. Elsevier Masson.
4. Benny, M et all. (2016). *Santé mentale et psychopathologie- Une approche biopsychosociale*. Modulo.
5. Bergeret, J. (2008/2011). *Psychologie pathologique- théorique et clinique*. Masson.
6. Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé- Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
7. Chatillon, O., Galvao, F. (2014). *Psychiatrie- Pédo psychiatrie*. Editions Vernazobres- Grego.
8. Corruble, E. (2009). *Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères ; L'Encéphale Supplément 7, S282–S285*.
9. Debray, Q., Nollet, D. (2005). *Les personnalités pathologiques- Approche cognitive et thérapeutique*. 4ème èd, Masson.
10. Durand, V-M., Barlow, D-H. (2007). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle*. 2ème Ed, De Boeck Université.
11. Gasmi, I., Porta, B. (2014). *Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant*. Epreuves Nationales Classantes.
12. Kapsambélis, V .s/d. (2015éd). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Creapsy
13. Lelord, F., André, C. (1996). *Comment gérer les personnalités difficiles*. Editions Odile Jacob.
14. Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification Internationale des Maladies CIM10*.

15. Perron, R. (Ed2015). *Genèse de la personne*. Creapsy

16. Roussillon, R. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale*. Elsevier Masson.

17. Serban, I., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2005). *Les mécanismes de défense- théorie et clinique*. Armand colin.

18. منظمة الصحة العالمية. (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض - تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية العقلية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.