

علم النفس المرضي للراشد1: السنة الثالثة عيادي

| الخامس | السادسي |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| أساسية | عنوان الوحدة |
| علم النفس المرضي للراشد 1 | المادة |
| 5 | الرصيد |
| 2 | المعامل |
| التعرف على أساس علم النفس المرضي، موضوعه وأدواته التعرف على اللوحات العيادية لاضطرابات باختلاف التصنيفات التوزوغرافية التعرف على النظريات المفسرة لاضطرابات النفسية | |
| مدخل إلى علم النفس المرضي علم النفس الفسيولوجي علم النفس النمو نظريات الشخصية | المعرف المسبقة المطلوبة |
| التحكم في تناول إشكالية العادي والمرضى التحكم في المستوى الوصفي السيميولوجي لاضطرابات النفسية اكتساب القدرة على استعمال التصنيفات الدولية استعمال التناولات النظرية المفسرة لاضطرابات النفسية | القدرات المكتسبة |
| محور 1: علم النفس المرضي في الطب العقلي 1- التعريف بالدليل التشخيصي الإحصائي 2- اضطرابات الحصر والنظريات المفسرة لاضطرابات الحصر 1 3- اضطرابات الحصر والنظريات المفسرة لاضطرابات الحصر 2 4- اضطرابات الحصر والنظريات المفسرة لاضطرابات الحصر 3 5- اضطرابات المزاج والنظريات المفسرة لاضطرابات المزاج 1 6- اضطرابات المزاج والنظريات المفسرة لاضطرابات المزاج 2 7- اضطرابات المزاج والنظريات المفسرة لاضطرابات المزاج 3 8- الاضطرابات الجسمية الشكل والنظريات المفسرة لها 1 9- الاضطرابات الجسمية الشكل والنظريات المفسرة لها 2 10- الذهانات والنظريات المفسرة لها 1 (الذهانات الحادة والذهانات المزمنة) 11- الذهانات والنظريات المفسرة لها 2 12- الاضطرابات الخاصة بمرحلة الشيخوخة 13- اضطرابات الشخصية: معايير تشخيصها والنظريات المفسرة (اضطرابات الشخصية المجموعة A) 14- اضطرابات الشخصية: معايير تشخيصها والنظريات المفسرة (اضطرابات الشخصية المجموعة B) 15- اضطرابات الشخصية: معايير تشخيصها والنظريات المفسرة (اضطرابات الشخصية المجموع C) | مفردات المادة يجب أن يتضمن السادس 15 مفردة تعليمية/درسا). |
| متواصل +امتحان كتابي: تقييم الرصد السيميولوجي، تقييم التمييز بين مختلف القراءات النظرية، القيام بدراسة حالات | طريقة التقييم |

مدخل إلى علم النفس المرضي :

في هذا المدخل الخاص بعلم النفس المرضي 1، سنتطرق للاضطرابات النفسية المصنفة في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية DSM5 . والذي صدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في 2013 باللغة الإنجليزية ثم باللغة الفرنسية في 2015، وصدرت النسخة المراجعة منه في 2022.

١- اضطرابات الحصر:

سنتطرق لبعض الاضطرابات من بين المصنفة في DSM5

قلق الانفصال: المعايير التشخيصية :

أ. خوف أو قلق مفرط وغير ملائم من الناحية التنموية بشأن الانفصال عن الأشخاص المرتبطين به، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر مما يلي:

1. ضيق شديد ومتكرر في مواقف الانفصال عن المنزل أو الشخصيات الرئيسية المرتبطة به أو تحسّناً لمثل هذه المواقف.

2. قلق مفرط ومستمر بشأن فقدان الشخصيات الرئيسية المرتبطة به أو أي مصيبة قد تصيبهم، مثل المرض أو الحوادث أو الكوارث أو الوفاة

3. قلق مفرط ومستمر من أن حدثاً مؤسفاً (مثل الضياع أو الاختطاف أو التعرض لحادث أو المرض) سيفصل الفرد عن الشخصيات الرئيسية المرتبطة به.

4. إحجام أو رفض مستمر للخروج من المنزل إلى المدرسة أو العمل أو أي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال..

5. خوف أو تردد مفرط ومستمر في البقاء وحيداً أو بدون شخص مرتبط به في المنزل أو في بيوت أخرى

6. تردد أو رفض مستمر للنوم خارج المنزل أو الذهاب إلى النوم دون الاقتراب من شخص مرتبط به.

7. كوابيس متكررة مع أفكار انسالية..

8. شكاوى جسدية متكررة (مثل: الصداع، وألم البطن، والغثيان، والقيء) أثناء الانفصال عن شخصيات الارتباط الرئيسية، أو تحسّناً لمثل هذه المواقف

ب. يستمر الخوف أو القلق أو التجنب لمدة 4 أسابيع على الأقل لدى الأطفال والمرأهقين، وعادةً لمدة 6 أشهر أو أكثر لدى البالغين.

ج. يسبب الاضطراب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة..

د. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل رفض مغادرة المنزل بسبب المقاومة المفرطة للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو الأوهام أو الهلوسة حول الانفصال في الاضطرابات الذهانية، أو رفض الخروج بدون شخص موثوق به في الخوف من الأماكن المفتوحة، أو القلق بشأن المشاكل الصحية أو المصائب الأخرى التي قد تحدث للأشخاص المقربين في اضطراب القلق العام، أو الانشغال بالإصابة بمرض في الخوف المفرط من الإصابة بمرض.

الرهاب المحدد: معايير التشخيص

أ. خوف أو قلق شديد من شيء أو موقف معين (مثل: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، تلقي حقنة، رؤية الدم). ملاحظة: عند الأطفال، قد يتجلّى الخوف أو القلق من خلال البكاء، أو نوبات الغضب، أو الجمود، أو التشتّت.

ب. غالباً ما يثير الشيء أو الموقف الرهابي خوفاً أو قلقاً فورياً.

ج. يتم تجنب الشيء أو الموقف الرهابي أو الشعور به بخوف أو قلق شديد.

د. لا يتناسب الخوف أو القلق مع الخطر الفعلي الذي يشكله الشيء أو الموقف المحدد ومع السياق الاجتماعي والثقافي.

هـ. يستمر الخوف أو القلق أو التجنب، وعادةً ما يستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر. و. يسبب الخوف أو القلق أو التجنب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعفاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات العمل المهمة الأخرى.

ز. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب نفسي آخر، بما في ذلك الخوف والقلق وتجنب المواقف المرتبطة بأعراض تشبه الهلع أو أعراض إعاقة أخرى (مثل رهاب الخلاء)، أو الأشياء أو المواقف المرتبطة بالوسواس (مثل اضطراب الوسواس القهري)، أو ذكريات الأحداث المؤلمة (مثل اضطراب ما بعد الصدمة)، أو الانفصال عن المنزل أو الشخصيات التي تتعلق بها (مثل اضطراب قلق الانفصال)، أو المواقف الاجتماعية (مثل اضطراب القلق الاجتماعي).

حدد ما إذا كان حيوان (مثل العناكب والحشرات والكلاب)، بيئة طبيعية (مثل المرتفعات والرعد والماء)، حادث حقن الدم (مثل الإبر والإجراءات الطبية).

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي): المعايير التشخيصية :

أ. خوف أو قلق شديد من موقف اجتماعي واحد أو أكثر يتعرض فيه الفرد للاحظة الآخرين عن قرب. من أمثلة هذه المواقف التفاعلات الاجتماعية (مثل: إجراء محادثة، مقابلة أشخاص غير مألوفين)، أو المراقبة (مثل: أثناء الأكل أو الشرب)، أو المواقف التي تتطلب مستوى أدائياً (مثل: إلقاء خطاب).

ب. يخشى الفرد التصرف أو إظهار أعراض القلق بطريقة تُحكم عليه سلباً (مثل: الإدلال أو الإلراج، مما يؤدي إلى رفض الآخرين له أو الإساءة إليه).

ج. غالباً ما تثير المواقف الاجتماعية الخوف أو القلق.

ح. تجنب المواقف الاجتماعية أو تحملها بخوف أو قلق شديدين.

خ. لا يتناسب الخوف أو القلق مع التهديد الفعلي الذي يشكله الموقف الاجتماعي والبيئة الاجتماعي والثقافي. و. يستمر الخوف أو القلق أو التجنب، وعادةً ما يستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر.

د. يسبب الخوف أو القلق أو التجنب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعفاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من المجالات المهمة.

ه. لا يُعزى الخوف أو القلق أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل: مادة تُساء معاملتها، أو دواء) أو حالة طبية أخرى.

ن. لا يُفسر الخوف أو القلق أو التجنب بشكل أفضل بأعراض اضطراب نفسي آخر، مثل اضطراب الهلع، أو اضطراب الوسواس القهري، أو اضطراب تشوه الجسم، أو اضطراب طيف التوحد.

و. إذا وُجدت حالة طبية أخرى (مثل مرض باركنسون، أو السمنة، أو شكل ناتج عن حرق أو إصابة)، فإن الخوف أو القلق أو التجنب لا علاقة له بتلك الحالة أو يكون مفرطاً..

حدّد ما إذا كان القلق يتعلّق بالأداء فقط: إذا كان الخوف يقتصر على مواقف الأداء أو التحدث أمام الجمهور.

رهاب الخلاء/ الساحة : المعايير التشخيصية :

أ. خوف أو قلق واضحان حيال مواقفين (أو أكثر) من المواقف الخمسة التالية:

1. استخدام وسائل النقل العام (مثل السيارات، الحافلات، القطارات، القوارب، الطائرات).

2. التواجد في أماكن مفتوحة (مثل مواقف السيارات، الأسواق، الجسور).

3. التواجد في أماكن مغلقة (مثل المتاجر، المسارح، دور السينما)..

4. ال الوقوف في طابور أو وسط حشد.

5. البقاء وحيداً خارج المنزل

ب. يخشى الشخص هذه المواقف أو يتجنبها لاعتقاده بصعوبة الهروب منها أو طلب المساعدة في حال ظهور أعراض الهلع أو غيرها من الأعراض المعيقة أو المُحرجة (مثل الخوف من السقوط في كبار السن، الخوف من سلس البول).

ج. تُسبب مواقف رهاب الخلاء الخوف أو القلق دائماً تقريباً.

ح. يتم تجنب المواقف المتعلقة برهاب الخلاء بنشاط، أو تتطلب وجود رفيق، أو يتم اختبارها بخوف أو قلق شديد.

خ. الخوف أو القلق غير مناسب مع الخطر الفعلي المرتبط بالموقف المتعلقة برهاب الخلاء وبالنظر إلى السياق الاجتماعي والثقافي.

د. الخوف أو القلق أو التجنب مستمر، وعادة ما يستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر

ه. الخوف أو القلق أو التجنب يسبب ضائقة سريرية كبيرة أو ضعفاً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة للأداء

ن. إذا كانت هناك حالة طبية أخرى (مثل مرض التهاب الأمعاء أو مرض باركنسون)، فإن الخوف أو القلق أو التجنب مفرط بشكل واضح.

و. لا يمكن تفسير الخوف أو القلق أو التجنب بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر؛ على سبيل المثال، لا تقتصر الأعراض على رهاب موقف محدد، ولا تظهر فقط في المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي)، ولا ترتبط حصرياً بالهواجس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، أو إدراك العيوب أو النواقص في المظهر الجسدي (كما في اضطراب تشوه الجسم)، أو تذكريات الأحداث المؤلمة (كما في اضطراب ما بعد الصدمة)، أو الخوف من الانفصال (كما في اضطراب قلق الانفصال).
ملاحظة: يُشخص رهاب الخلاء بشكل مستقل عن وجود اضطراب الهلع. إذا استوفى العرض السريري للشخص معايير كل من اضطراب الهلع ورهاب الخلاء، فيجب النظر في كلا التشخيصين.

مواصفات نوبة الهلع: تُعرض الأعراض لغرض تشخيص نوبة الهلع؛ ومع ذلك، فإن نوبة الهلع ليست اضطراباً نفسيًا ولا يمكن ترميزها.

يمكن أن تحدث نوبات الهلع في سياق أي اضطراب فرق، وكذلك في اضطرابات نفسية أخرى (مثل: اضطرابات الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات تعاطي المخدرات)، وفي بعض الحالات الطبية (مثل: اضطرابات القلب، والجهاز التنفسi والجهاز الهضمي). هنا يجب تدوينها كمواصفات (مثل: "اضطراب ما بعد الصدمة مع نوبات هلع").

ظهور مفاجئ لخوف شديد أو انزعاج يصل إلى ذروته في غضون دقائق، مع ظهور أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

1. خفقان، أو تسارع في ضربات القلب، أو تسارع في معدل ضربات القلب. 2. تعرق. 3. ارتعاش أو ارتعاش عضلي. 4. شعور بالاختناق. 5. ألم أو انزعاج في الصدر. 6. غثيان أو انزعاج في البطن. 7. شعور بالدوار، أو عدم الثبات، أو الدوار، أو الإغماء. 8. قشعريرة أو هبات ساخنة. 9. تتميل أو وخز). 10. إحساس فقدان الواقع (شعور بعدم الواقعية) أو تبدد الشخصية (الانفصال عن الذات). 11. الخوف من فقدان السيطرة على النفس أو "الجنون". 12. الخوف من الموت.

ملاحظة: يمكن أن يحدث الظهور المفاجئ في حالة من الهدوء أو القلق.

اضطراب الوسواس القهري: المعايير التشخيصية :

أ. وجود وساوس أو أفعال قهريّة أو كليهما:

1. أفكار أو رغبات أو صور متكررة ومستمرة، تُعتبر، في بعض الأحيان أثناء الاضطراب، تدخليّة وغير مناسبة، وُتُسبّب قلقاً أو ضيقاً شديداً لدى معظم الأفراد.

2. يبذل الفرد جهوداً لتجاهل أو قمع هذه الأفكار أو الرغبات أو الصور، أو لتحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي من خلال ممارسة فعل قهري).

ال-cehriّات المُعرّفة في (1) و(2):

1. سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الطلب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلة، العد، تكرار الكلمات بصمت) يشعر الفرد بأنه مدفوع ل القيام بها استجابةً لهوس أو وفقاً لقواعد معينة يجب تطبيقها بصرامة.

2. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى تحييد أو تقليل القلق أو الضيق، أو منع حدث أو موقف مخيف؛ ومع ذلك، فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما لا علاقة لها بما تهدف إلى تحييده أو منعه، أو أنها مفرطة بشكل واضح.

ب. تُسبّب الوسواس أو الأفعال القهريّة إضاعة كبيرة لوقت (مثل قضاء أكثر من ساعة واحدة يومياً) أو ضائقه سريريّة كبيرة، أو ضعفاً في مجالات العمل الاجتماعيّة أو المهنيّة أو غيرها من المجالات المهمة.

ج. لا تُعزى أعراض الوسواس القهري إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل مادة مُسيّبة للإدمان أو دواء) أو حالة طبّية أخرى.

د. لا يُفسّر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب نفسي آخر (مثل القلق المفرط في اضطراب القلق العام، والانشغال بالظاهر في اضطراب تشوّه الجسم، وصعوبة التخلص من الممتلكات أو التخلّي عنها في اضطراب الاكتئاز... والانشغال بالإصابة بمرض ... واضطرابات التحكم في الانفعالات والسلوك ...).

كرب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder/ PTSD

حسب **DSM 7** تكون المعايير التشخيصية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة كالتالي:

أ- تعرض الفرد لموت حقيقى أو تهديد حقيقى بالموت أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسى بطريقة أو أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصياً أو مشاهدة الحادث شخصياً أو العلم بان الوفاة من جراء العنف أو الوفاة في الحادث او التهديد بالموت قد حدث عن قرب أو التعرض بصورة متكررة او التعرض الشديد لتفاصيل بغية للحدث او الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.

ب- أحد الأعراض المتداخلة التالية على الأقل:

• ذكريات تطفلية مؤلمة، مكرّه للصدمة أو لدى الأطفال لعب متكرر يخص موضوعات الصدمة.

علم النفس المرضي للراشد1: السنة الثالثة عيادي

- أحالم مفزعة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث
- تفاعلات مفككة (استرجاع الأحداث) حيث يشعر أو يفعل الفرد وكأن الصدمة أو الصدمات تتكرر (لدى الأطفال إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب).
- نشاط فيزيولوجي مكثف أو مطول مفزع استجابة لمفكرات عن الصدمة أو الصدمات.

ج- عرض واحد على الأقل من أعراض التجنب أو التهرب التالية:

- التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات
 - التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.
- د- تغيرات على الأقل من التغيرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج.
- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات.
 - معتقدات أو توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العالم.
 - لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة أو الصدمات
 - حالة انفعالية سلبية مستمرة أو لدى الأطفال أصغر من 7 سنوات مزيد من العواطف السلبية المتكررة.

• اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.

- شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين أو عند الأطفال أصغر من 7 سنوات بتراجع اجتماعي.

• عدم قدرة مستمرة على مواجهة الانفعالات الإيجابية.

ه- تغيرات على الأقل في الإثارة ورد الفعل

- سلوك هياجي أو عدواني
- يقظة مفرطة
- ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها
- مشاكل في التركيز
- اضطراب في النوم.

ف- تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهرا على الأقل.

الأشكال العيادية:

حاد: لا تدوم الاعراض أكثر من 3 أشهر

مزمد: تدوم الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر

متاخر: بداية ظهور الاعراض بعد 6 أشهر من الحدث الصدمي.

II. اضطرابات المزاج

1/ الاضطرابات الاكتابية:

الاكتاب هو اضطراب عقلي شائع يربط عموما بخطر مرتفع للانتحار، يمكن ان يتواجد في عدة اضطرابات أخرى، اضطراب اكتابي متكرر، اضطراب ثانوي القلب، اضطراب القلق، الإدمان أو مرض عضوي. يمكن ان يشكل رد فعل لحدق حيادي ما.

ملاحظة:

- حسب المنظمة العالمية للصحة WHO : تسجل 100 مليون حالة نوبة اكتابية جسيمة/السنة .
- عموما تسجل أول نوبة قبل سن 30- تخص 1رجل/2امرأة.
- الاكتاب مرتبط بخطر الانتحار بنسبة 30-50 % وتكون متعلقة بنوبة اكتابية جسيمة.

الخصائص العامة:

1. اختلال وجداني عاطفي:

- اختلال المزاج: مزاج حزين- إحساس مؤلم شامل لا سيما في الصباح ويتحسن خلال اليوم،
- إحساس بالدونية: تغيير محتوى الأفكار-نقص تغيير الذات-إحساس بعدم القدرة وعدم الفائدة/ الأهمية – تأنيب الضمير: لوم الذات حول أفعال ماضية،
- اختلال الانفعالات مع فقدان المتعة: فقدان المتعة الذي يتم تقييمه حسب الشدة الاعتيادية للاهتمام والمتعة. يلاحظ في كل المجالات : حياة عاطفية- مهنية واجتماعية.

2. تباطئ نفسي حركي او إثارة:

- تباطئ الوظائف المعرفية/النفسية: تباطئ الأفكار- اجترار الأفكار،
- تباطئ حركي: تباطئ حركي- فقر الإيماءات- تباطئ الكلام/ الحوار- نبرة الصوت رتيبة/دون تغيير- نقص النظافة- ولع التسطح/ الالتفاء/ النوم- عدم القدرة على انجاز الأعمال المبرمجة/ على اتخاذ القرارات،
- الإثارة: حركة دائمة – عدم القدرة على الجلوس/ متعلق بتوتر داخلي.

3. علامات إضافية:

- أفكار انتحارية: الاهتمام بالموت/ محوري في الاكتاب إماً أفكار حول الموت الفرد يتتسائل عن فائدة مواصلة العيش- أو أفكار انتحارية مع ضبط مخطط واضح للانتحار،
- اضطراب النوم/ وتيرة النوم: مدة النوم مفرطة، أكثر من 10 ساعات أو صعوبة في الاستغراب في النوم- الاستيقاظ الليلي، أو الإحساس بأنه غير كاف/ الجودة،

-تعب/فقدان الطاقة: يجعل الفرد يستشير الطبيب دون التطرق للمشكل النفسي- تعب في الصباح.

-تغير الشهية والوزن: فقدان الشهية/ اكثـر انتشارا في الاكتئاب- ارتفاع الشهية- تغير في طريقة الأكل- اختلاف في الوزن ارتفاع أو انخفاض

-أعراض معرفية: صعوبة التركيز، التذكر، عدم القدرة على اتخاذ القرار، الانتباـه، يرى صعوبة التركيز كخل في دماغه،

-أعراض أخرى: تناقص الليبيدو- أعراض عصبية إعـاشية- هضمـية-بـولـية- القـلب والأـوعـية...

الاضطراب الاكتئابي الجسيم: Major Depressive Disorders

معايير التشخيص:

أ-تـواجد خـمسـة (أـو أـكـثـر) من الأـعـراضـ التـالـيـة خـلـالـ نفسـ الأـسـبـوعـينـ، وـالـتـيـ تمـثـلـ تـغـيـرـاـًـ عنـ الأـدـاءـ الوـظـيفـيـ السـابـقـ. عـلـىـ الأـقـلـ أـحـدـ الأـعـراضـ يـجـبـ أنـ يـكـونـ إـمـاـ (1)ـ مـزـاجـ مـنـخـفـضـ أـوـ (2)ـ فـقـدـ الـاـهـتـمـامـ أـوـ المـتـعـةـ.

مـلـاحـظـةـ: لـاـ تـتـعـلـقـ بـالـأـعـراضـ التـيـ تـعـزـىـ بـصـورـةـ وـاضـحةـ لـحـالـةـ طـبـيـةـ أـخـرىـ.

(و) مـزـاجـ مـنـخـفـضـ مـعـظـمـ الـيـوـمـ، كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ، وـيـعـبـرـ عـنـهـ إـمـاـ ذـاتـيـاـ (مـثـلـ الشـعـورـ بـالـحـزـنـ أـوـ بالـفـرـاغـ أـوـ الـيـأسـ)ـ أـوـ يـلـاحـظـ مـنـ قـبـلـ الـأـخـرـيـنـ (مـثـلـ الـبـكـاءـ).

(2) انـخـفـاضـ وـاضـحـ فـيـ الـاـهـتـمـامـ أـوـ الـاـسـتـمـتـاعـ فـيـ كـلـ الـاـنـشـطـةـ أـوـ مـعـظـمـهـاـ وـذـلـكـ مـعـظـمـ الـيـوـمـ فـيـ كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ، (وـيـسـتـدـلـ عـلـىـ ذـلـكـ بـالـتـعـبـرـ الشـخـصـيـ أـوـ بـمـلـاحـظـةـ الـأـخـرـيـنـ).

(3) فـقـدـ وـزـنـ بـارـزـ بـغـيـابـ الـحـمـيـةـ عـنـ الطـعـمـ، أـوـ كـسـبـ وـزـنـ (مـثـلـ، التـغـيـرـ فـيـ الـوـزـنـ لـأـكـثـرـ مـنـ 5%ـ فـيـ الـشـهـرـ)ـ أـوـ انـخـفـاضـ الشـهـيـةـ أـوـ زـيـادـتـهـاـ، كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ.

(4) أـرـقـ أـوـ فـرـطـ نـوـمـ كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ.

(5) هـيـاجـ نـفـسيـ حـرـكيـ أـوـ خـمـولـ، كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ (مـلـاحـظـ مـنـ قـبـلـ الـأـخـرـيـنـ، وـلـيـسـ مـجـرـدـ أـحـاسـيـسـ شـخـصـيـةـ بـالـتـمـلـمـلـ أـوـ الـبـطـءـ).

(6) تـعبـ أـوـ فـقـدـ طـاقـةـ كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ.

(7) أـحـاسـيـسـ بـانـعـدـامـ الـقـيـمةـ أـوـ شـعـورـ مـفـرـطـ أـوـ غـيـرـ مـنـاسـبـ بـالـذـنـبـ (وـالـذـيـ قـدـ يـكـونـ توـهـمـيـاـ)ـ كـلـ يـوـمـ تـقـرـيـباـ، وـلـيـسـ مـجـرـدـ لـوـمـ الـذـاتـ أـوـ شـعـورـ بـالـذـنـبـ لـكـوـنـهـ مـرـيـضاـ.

- (8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، كل يوم تقريباً (اما بالتعبير الشخصي او بملحوظة الآخرين).
- (9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

- ب-تسبّب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- ج-لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طيبة أخرى. المعايير ج- أتشكل نوبة اكتئابية جسيمة.
- د- لم تُوجَد نوبة هوسية أو تحت هوسية.

ملحوظة: تحدّد شدة الاضطراب: **خفيف:** أعراض خفيفة/تأثير خفيف

متوسّط: عدد الأعراض أكثر ما هو محدّد/تأثير متوسّط

شديد: كل الأعراض/تأثير اجتماعي شديد

أشكال الاضطراب الاكتئابي الجسيم:

-مع منخوليا/ خصائص سوداوية

-مع خصائص ذهانية - مع قلق/انزعاج قلقي - مع نمط فصلي - مع بدأ حول الولادة

الفرق بين الحداد والاضطراب الاكتئابي الجسيم:

| الحداد | والاضطراب الاكتئابي الجسيم |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> -مشاعر خسارة- فراغ -الانزعاج يميل للانخفاض على مدى أسابيع/ يحدث على شكل موجات وأفكار مرتبطة بالراحل - تصاحب الألم مشاعر إيجابية، روح الدعابة -انشغال بالأفكار والذكريات عن الراحل -تقييم الذات يحافظ عليه/ وإن وجد متعلق بالتنقير مع الراحل -التفكير في الموت عن وجد متعلق بالانضمام للراحل | <ul style="list-style-type: none"> -مزاج مكتئب - عدم القدرة على الشعور بالسعادة والمرة -مزاج أكثر ثباتاً. غير مرتبط باهتمامات / أفكار محددة -التعاسة- المؤس المتفشي -اجترار الأفكار المتشائمة والناقدة للذات -مشاعر الدونية والنفور من الذات - التفكير في إنهاء حياة الفرد بسبب الشعور بانعدام القيمة، عدم استحقاق الحياة او عدم القدرة على التعامل مع الماكتئاب |

اضطراب ثانى القطب:

اضطراب ثانى القطب نمط I: يجب تحقق معايير نوبة الهوس- يمكن للنوبة الهوسية ان تسبق او تلي نوبات تحت هوسية - نوبة الاكتئاب غير ضرورية للتشخيص.

اضطراب ثانى القطب نمط II: يجب تتحقق معايير نوبة هوسية واحدة على الأقل + على الأقل نوبة اضطراب اكتئابي جسيم + عدم تتحقق نوبة هوس- عدم تتحقق تشخيص اضطراب فصامي او ذهاني اخر.

اضطراب ثانى القطب من النوع الثاني اضطراب ثانى القطب من النوع الأول

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Manie | Hypomanie | الحالة المزاجية |
| نوبة هوس | نوبة تحت هوسية/هوس خفيف | نوبة هوسية |
| النوبة شديدة، قد تتطلب دخول المستشفى، مع أقل شدة، لا تؤثر على الأداء اليومي | شدة النوبة | احتمال ظهور أعراض ذهانية بنفس الدرجة |

النوبات الاكتئابية مطلوبة للتشخيص
العواقب السلوكية قد تؤدي إلى ضعف في التقدير وسلوكيات قد تسبب عواقب وخيمة على الأداء الاجتماعي أو المهني أو العلاقات
غير مطلوبة للتشخيص
محفوفة بالمخاطر

نوبة الهوس

أ- فترة مميزة من المزاج المرتفع أو المتوسط أو العصبي بشكل غير طبيعي ومستمر، مع زيادة مستمرة غير طبيعية في النشاط أو الطاقة الموجهة نحو هدف، تحدث معظم الوقت، كل يوم تقريباً، لمدة أسبوع واحد على الأقل (أو أي مدة أخرى إذا تطلب الأمر دخول المستشفى).

ب. خلال هذه الفترة من اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو النشاط، تظهر ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية (أربعة إذا كان المزاج عصبياً فقط) بشدة كبيرة وتمثل تغييرًا جوهريًا عن السلوك المعتاد:

- 1- زيادة تقدير الذات أو الشعور بالعظمة.
2. انخفاض الحاجة إلى النوم (مثل الشعور بالراحة بعد 3 ساعات فقط من النوم).
- 3- كثرة الكلام أو الرغبة المستمرة في الكلام.
- 4- شرود الأفكار أو الأحساس الذاتية التي تشتت الانتباه.
5. تشتت الانتباه (أي ينجدب الانتباه بسهولة إلى منبهات خارجية غير مهمة أو غير ذات صلة) كما هو مُبلغ عنه أو ملاحظ.
6. زيادة النشاط الهداف (الاجتماعي، المهني، الأكاديمي، أو الجنسي) أو الانفعال النفسي الحركي (أي النشاط بلا هدف، غير الموجه نحو هدف).
7. الانخراط المفرط في أنشطة ذات احتمالية عالية لعواقب وخيمة (مثل: إنفاق الشخص بإسراف، أو سلوك جنسي متهر، أو استثمارات تجارية غير معقولة).

ج. اضطراب المزاج حاد بما يكفي لإحداث ضعف ملحوظ في الأداء المهني أو الاجتماعي، أو يستدعي دخول المستشفى للوقاية من عواقب وخيمة على الفرد أو الآخرين، أو وجود سمات ذهانية.

د. لا تُعزى هذه النوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل: مادة مُدمنة، أو دواء، أو علاج آخر) أو إلى حالة طبية أخرى.

ملاحظة: تُعتبر نوبة الهوس الكاملة التي تحدث أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب (مثل الأدوية أو العلاج بالصدمات الكهربائية) ولكنها تستمر وتُلبي جميع معايير النوبة التي تتجاوز مجرد التأثير الفسيولوجي لهذا العلاج، نوبة هوس، وبالتالي، تؤدي إلى تشخيص اضطراب ثانٍ القطب من النوع الأول.

ملاحظة: تُعرف المعايير من أ إلى د نوبة الهوس. ويُطلب تشخيص اضطراب ثانٍ القطب من النوع الأول حدوث نوبة هوس واحدة على الأقل خلال العمر.

نوبة الهوس الخفيف/تحت هوسية

أ-فترة مميزة من المزاج المرتفع أو المتوسع أو العصبي بشكل غير طبيعي ومستمر، مع زيادة غير طبيعية ومستمرة في النشاط أو مستوى الطاقة، تحدث معظم الوقت، كل يوم تقريباً، لمدة 4 أيام متتالية على الأقل.

ب. خلال هذه الفترة من اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو النشاط، تظهر 3 على الأقل من الأعراض التالية (4 إذا كان المزاج عصبياً فقط) بشدة كبيرة وتمثل تغييرًا جوهريًا عن السلوك المعتاد:

1- زيادة تقدير الذات أو العظمة.

2. قلة الحاجة إلى النوم (مثلاً، يشعر الفرد بالراحة بعد 3 ساعات فقط من النوم).

3- قدرة تواصل أكبر من المعتاد أو رغبة مستمرة في التحدث

4. شرود الأفكار أو الأحاسيس الذاتية التي تشتت الانتباه.

5. تشتت الانتباه (مثلاً، ينجذب الانتباه بسهولة إلى مُنبهات خارجية غير مهمة أو غير ذات صلة) يُبلغ عنه أو يُلاحظ.

6. زيادة النشاط المُوجَّه نحو هدف (اجتماعي، أو مهني، أو أكاديمي، أو جنسي) أو هياج نفسي حركي.

7. الانحراف المفرط في أنشطة ذات عواقب وخيمة (مثلاً، يُنفق الشخص بإسراف، أو يُمارس سلوكاً جنسياً غير مسؤول، أو يُجري استثمارات تجارية غير معقولة).

- ج. تُصاحب النوبة تغيرات واضحة في الأداء تختلف عن تلك التي يلاحظها الفرد خلال الفترات غير المصاحبة للأعراض.
- د. اضطراب المزاج وتغير الأداء واضحان لآخرين.

هـ. شدة النوبة ليست كافية لإحداث ضعف ملحوظ في الأداء المهني أو الاجتماعي، أو لتنطلب دخول المستشفى. إذا وُجِدَتْ سُمَاتٌ ذَهَانِيَّةٌ، تُعْتَبَرُ النُّوبَةُ، بِحُكْمِ التَّعْرِيفِ، هُوسًا.

وـ. لا تُعزى النوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل: مادة مُدمنة، أو دواء، أو علاج آخر).

ملاحظة: نوبة هوس خفيف كاملة تحدث أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب (مثل: دواء، أو علاج بالصدمات الكهربائية) ولكنها تستمر وتُلْبِي المعايير الكاملة للنوبة بعد أي تأثير فسيولوجي بسيط لهذا العلاج، يجب أن تشخّص على أنها نوبة هوس خفيف. مع ذلك، يُنصح بتوخي الحذر، لأن ظهور عرض أو اثنين (وخاصةً زيادة التهيج أو العصبية أو الهياج بعد تناول مضادات الاكتئاب) لا يكفي لتشخيص نوبة هوس خفيف، ولا يدل بالضرورة على استعداد للإصابة بالاضطراب ثنائي القطب.

ملاحظة: تُعرَفُ المعاييرُ منْ أَلِيٍّ ونُوبَةٍ هُوسٍ خَفِيفٍ. نوباتُ الْهُوسِ الْخَفِيفِ شَائِعَةٌ فِي اضطرابِ ثَنَائِيِّ القَطْبِ مِنْ النُّوْعِ الْأُولِيِّ، وَلَكِنَّهَا لَيْسَ ضَرُورِيَّةً لِتُشَخِّصَ هَذَا الاضطراب.

اضطراب ثانوي القطب آخر محدد:

- 1- أعراض هوس/ لمدة غير كافية
- 2- أعراض تحت هوسيّة لمدة كافية وعدد الاعراض أقل مما هو مطلوب
- 3- أعراض تحت هوسيّة وعدم وجود سوابق اضطراب اكتئابي جسيم
- 4- أعراض تحت هوسيّة مزمنة، اعراض اكتئابية مزمنة دون الحد المطلوب ولا تستوفي 24 شهراً المتعلقة بالمزاج الدوري.

اضطراب المزاج الدوري:

أـ. أعراض تحت هوسيّة/ لا تُفِي بِنُوبَةٍ هُوسٍ خَفِيفٍ وَأَعْرَاضٍ اكتئابِيَّةٍ لَا تَحْقِقُ نُوبَةً اكتئابِيَّةً جَسِيمَةً- تتوالى لـ24 شهراً،

بـ- الفترات حاضرة لنصف الزمن على الأقل، ولم يخل الفرد من الأعراض لمدة 42 شهراً،
تـ- عدم وجود سوابق لنوبة هوس أو هوس خفيف

ثـ- عدم تحقق اضطراب ذهاني ، فصامي، توهمي وليس ناتج عن مادة فيزولوجي او حالة طبيعية،

ملاحظة: اضطراب المزاج الدوري أكثر شيوعاً لدى النساء
- خطر الانتحار يصل على 15% أكثر من المجتمع الكلي.

III. الاضطرابات جسمية الشكل:

- ✓ يحدد التصنيف الجديد التشخيص الرئيسي، اضطراب الأعراض الجسدية، على أساس الأعراض الإيجابية (الأعراض الجسدية المؤلمة المرتبطة بالأفكار والمشاعر والسلوكيات غير الطبيعية الثانوية لهذه الأعراض).
- ✓ نلاحظ أن الاضطرابات العقلية الأخرى قد تظهر في البداية بأعراض جسدية سائدة (على سبيل المثال، اضطراب الاكتئاب الشديد، واضطراب الهلع).
- ✓ يمكن أن تصاحب اضطرابات القلق والاكتئاب اضطرابات الأعراض الجسدية والحالات المرتبطة بها. وبصفة المكون الجسدي شدةً وتعقيداً إلى اضطرابات الاكتئاب والقلق، مما يؤدي إلى تفاقمها وضعفها الوظيفي، بل وحتى مقاومة العلاجات التقليدية.
- ✓ وفي حالات نادرة، قد تكون درجة الانشغال شديدةً لدرجة أنها قد تشير إلى تشخيص اضطراب الوهم.

I/ اضطراب العرض الجسدي: Somatic Symptom Disorder

- أ- عرض او اكثر من الاعراض الجسدية المؤلمة والتي تؤدي إلى تعطل في الحياة اليومية
- ب- أفكار ومشاعر وسلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية/ مخاوف صحية:
 - أفكار غير مناسبة ومستمرة حول خطورة الأعراض
 - قلق مرتفع مستمر حول الصحة
 - وقت/طاقة مفرطين مختصبين لهذه الأعراض
- ج- يمكن لعرض ان لا يكون متواجاً باستمرار، الحالة العرضية تبقى ثابتة تحديد ما إذا كان:
 - ألم مسيطر/ أعراض خاصة بالألم
 - مستمر/ أكثر من 6 أشهر
- **خفيف:** واحد من الاعراض في ب- أو **متوسط:** 2 او أكثر من الاعراض في ب- او **شديد:** 2 او أكثر من الاعراض في ب+ شكاوى جسمية متعددة/ عرض واحد شديد.

II/ اضطراب القلق المرضي: Illness Anxiety Disorder

- أ- انشغال بوجود/ اكتساب مرض خطير

- بـ- الأعراض الجسدية ليست موجودة/ او تكون خفيفة او يكون الانشغال مفرط وغير مناسب في حالة وجود حالة طيبة/ او تاريخ عائلي.
- تـ- مستوى عال من القلق حول الصحة مع شعور بالفزع حول الصحة الشخصية
- ثـ- سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط /تحقق متكرر بحثا عن علامات المرض او سلوك تجنبي عن مواعيد الطبيب او المستشفيات،
- جـ- انشغال مرضي حالي يدوم مدة 6أشهر على الأقل/ يمكن ان يتغير المرض حينها،
- حـ- لا يفسّر الانشغال من خلال اضطراب اخر: اضطراب العرض الجسدي- اضطراب الهلع- اضطراب القلق المعمّم- اضطراب تشوّه شكل الجسم- الوسواس القهري- اضطراب توهّمي..
- تحديد ما إذا كان: النمط: باحث عن الرعاية/ متّجنب الرعاية.

III/اضطراب التحويل/ اضطراب العرض العصبي الوظيفي:

Functional Neurological symptom disorder/ conversion Disorder

- أـواحد او أكثر من اعراض التغيير في الحركة الإرادية الوظيفية الحسية/ فقدان الوظيفة
- بـ- تقدّم الموجودات السريرية الدليل على عدم التوافق بين العرض والحالات العصبية او الطبية المعروفة،
- جـ- العرض/ العجز لا يفسّر بشكل أفضل من خلال اضطراب اخر طبي / عقلي،
- دـ-العرض/ العجز يسبّبان إحباطا / تدّنيا ملحوظا في الأداء الاجتماعي، المهني...أو يستجلب اهتمام طبّياً.
- تحديد: مع ضعف/ شلل- حركة غير طبيعية- اعراض الهلع- اعراض الكلام- نوبة- تخدير/فقدان الحواس- اعراض حسّية خاصة- اعراض مختلطة.

Factitious Disorder

IV/الاضطراب المفتعل

على الذات:

- أـ-تزوير علامات/ اعراض جسدية او نفسية، تحريض الاذية او المرض ويرتبط مع خداع محدّد
- بـ-يعرض الفرد نفسه للأخرين على انه مريض او ضعيف او متأنّ،
- جـ- السلوك المخادع ثابت/ عند غياب مكافئات خارجية
- دـ-لا يفسّر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي اخر، توهّمي، ذهاني اخر.

تحديد: نوبة واحدة- نوبات متكررة.

على الآخر:

أ- تزوير علامات او اعراض جسدية او نفسية، تحريض الاذية او المرض على اخر ويرتبط مع خداع محدد،

ب- يعرض الفرد فرداً آخر على انه مريض- ضعيف- متآذن،

ج- السلوك المخادع ثابت حتى عند غياب مكافئات خارجية

د- لا يفسر السلوك بشكل اخر من خلال اضطراب اخر.

ملاحظة: مرتكب الفعل هو من يتلقى التشخيص.

IV- الذهانات المزمنة

ا/ الفصام:

من بين الذهانات المزمنة، يعتبر الفصام الاضطراب الأكثر انتشاراً 1% وخطورة بحيث يتعلق بانقطاع الاتصال مع الواقع. الفصام ناتج عن تداخل عوامل جينية، ولادية/صعوبة، اجتماعية ونفسية. وتعتبر فرضية الخل النمائي العصبي في الفصام هي الأكثر تداولاً حالياً. يظهر الفصام في سن 15 سنة، 25، 35 سنة وتبقى أعراض على شكل اختلالات معرفية: صعوبات التعلم.

خصائصها:

1- الاعراض الإيجابية:

***الهذيانات:** اختلال مكونات الأفكار والتي تنتج عنها فقدان العلاقة مع الواقع، هذه الهذيانات تكون محل قناعة داخلية لا يشاركتها الشخص مع محیطه الخاص. تصنف الهذيانات حسب موضوعها: الاضطهاد- العظمة- الدين- النسب- المرجع- التفود/التاثر- العشق- الجسد. أما بالنسبة للآلية الخاصة بها فتكون كالتالي: تأويلي/ تفسيري - حدسي - خيالي/تخيلي- هلوسي.

***الهلاوس:** إدراك بدون موضوع، قد تكون خاصحة بالحواس: 75% لا سيما في المرحلة الحادة: سمعية أكثر نشاطاً 50%- بصرية: 30%- لمسية 5%- ذوقية/شمسي. وقد تكون نفسية/داخلية: معاشرة على المستوى الداخلي للأفكار، دون حواس، مدركة فكرة داخلية غريبة عنه.

2- الاعراض السلبية:

***الجانب العاطفي:** بلادة عاطفية/في الإيماءات ونبرة الصوت وقلة الابتسامة- تظهر علامة الانفصال واللامبالاة والبرودة وغياب اللذة.

***الجانب المعرفي:** فقر التعبير- صعوبة في الحوار- إجابات قصيرة، متقطعة وسطحية.

***الجانب السلوكي:** نقص الدافعية والمبادرة بنشاطات- تسطح- غياب العناية والنظافة- غياب الاهتمام الاجتماعي- انعزال.

3- **متلازمة تراجع التنظيم:** غياب الالتحام النفسي بين الأفكار والعاطفة والسلوكيات:

* **اختلال معرفي:** اختلال سلسل الأفكار: توقفات- نقص في النبرة- سكوت. **اختلال المنطق** والتناقض.
اختلال اللغة: وتيرة الكلام: سريع او بطيء- محتوى وشكل اللغة والكلام.

***اختلال عاطفي:** تناقض عاطفي- عدم التناقض بين الكلام والعاطفة المعبّر عنها.

***اختلال سلوكي:** غرابة في السلوك: نمطية- صدى الكلام.

4-متلازمات مصاحبة أخرى:

- * الوظائف الخاصة بالتخفيط/ التنظيم الذاتي
- * الذاكرة اللغوية العرضية/ ذكرة التجارب
- * معالجة المعلومات

7-الاضطرابات الخاصة بالشيخوخة

ا/ اضطرابات المزاج والحصر:

✓ يعاني 1-4% من الأشخاص البالغين أكثر من 65 سنة من الاضطراب الاكتئابي الجسيم، وهو متعلق بخطر مرتفع للتراجع الإدراكي/ الوظيفي + خطر الانتحار. ليس السن ما يسبب الاضطراب وإنما تداخل مجموعة من العوامل:

*الاضطرابات الصحية للأعوالي

*فقدان الاستقلالية

*أسباب علاجية المنشأ، متعلقة بالعلاج: أثار جانبية لعلاج ما أحادث حياتية: فقدان شخص قريب- انفصال- تغيير إقامة- دخول مراكز التكفل...
هنا يكون المسن معرضاً لأحداث ضاغطة او تراجع في استراتيجيات المواجهة.

✓ انتشار اضطرابات الحصر يكون بنسبة 10% لا سيما عبر الرهابات واضطراب القلق المعمم. يجب دائم البحث عن الاكتئابي الجسيم في حالات اضطرابات الحصر.

✓ الاكتئاب المقنع: هنا يظهر الاضطراب الاكتئابي الجسيم عن طريق أعراض غير نمطية: استشارة كبية لاعقلية حيث لا يعرض المسن الحزن أو الاكتئاب بل اختلالات تخص المعدة والامعاء- حالة صحية عامة سيئة- ألم المفاصل والعضلات- اضطرابات القلب والاواعية- اضطرابات النوم- تراجع الشهية- فقدان الوزن-تعب- تهيج- شكاوى متعلقة بالذاكرة وصعوبات التركيز. هنا يجب البحث عن الحزن الذي يشعر به المسن- أفكار عن الإحباط والموت- أفكار انتحارية- فقدان الرغبة واللذة.

✓ **الشكل الذهانى:** الأفكار الذهانية المرافقة للاضطراب الاكتئابي الجسيم وال المتعلقة بأفكار اضطهادية- الغيرة- تأييب الضمير- توهم المرض- قلة الهاوس.

✓ **الاضطراب الاكتئابي الجسيم المتأخر الظّهور:** تخصّ الاضطرابات العقلية الظاهرة في سن الرشد والتي يمكن ان تستمر وتطور في الشيخوخة- الاضطرابات العقلية التي تظهر في مرحلة عمرية متقدمة أي بعد 50-60 سنة وال المتعلقة بخلل معرفي: الزهايمر مثلا.

II / الاضطرابات الذهانية المتأخرة:

***الفصام:** يظهر عموما في المراهقة وبداية سن الرشد، لكنه يمكن أن يخصّ الأشخاص فوق 65 سنة ولكن بنسبة أقل، إماً نظرا لتراجع الاعراض بصفة ملحوظة او نظرا لأن نسبة الوفيات مرتفعة قبل 65 سنة بالنسبة للأشخاص المصابين بالفصام، إما بالانتحار أو بمضاعفات أمراض القلب والأوعية و الامراض التنفسية والسرطان...

***اضطرابات هذيانية:** تختلف عن الفصام بوجود أفكار هذيانية لا تتنسم بالغرابة/ متعلقة بوضعيات معاشرة في الواقع: توهم المرض- عدم أمانة الزوج- الاضطهاد- دون تواجد هلاوس او فقدان للتنظيم.

III/ اضطرابات الخرف/ التكس العصبي:

يصاحب الزهايمر اضطرابات عقلية واعراض عاطفية - سلوكية بنسبة 80%: اعراض اكتئابية بنسبة 50- 60% ، اعراض القلق: 40%، تهيج وعدوانية 30%، اختلالات حركية 30%، هذيانات 20% ، هلاوس 10% ، إضافة إلى الانعزال والانسحاب والبلادة. وتعزّ هذه الأعراض من العوامل التي تزيد من خطر تطور الحالة والتي تكون لها مضاعفات سلبية على الفرد وعلى محیطه : الإرهاق الخاصل بالأسرة والذين يقومون بعمل العناية.

IV- اضطرابات الشخصية

مفهوم الشخصية:

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

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 ظاهرا في مجالين على الأقل من المجالات الآتية:

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

2/ **الوجودان 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- هذه الأعراض لا تتعلق بعوامل فيزيولوجية (استهلاك مفرط لدواء أو مخدر أو لمرض جسمى /صدمة في الدماغ).

خ- هذه الأنماط الدائمة تكون متصلبة وتغزو الوضعيات أو المواقف الذاتية والاجتماعية.

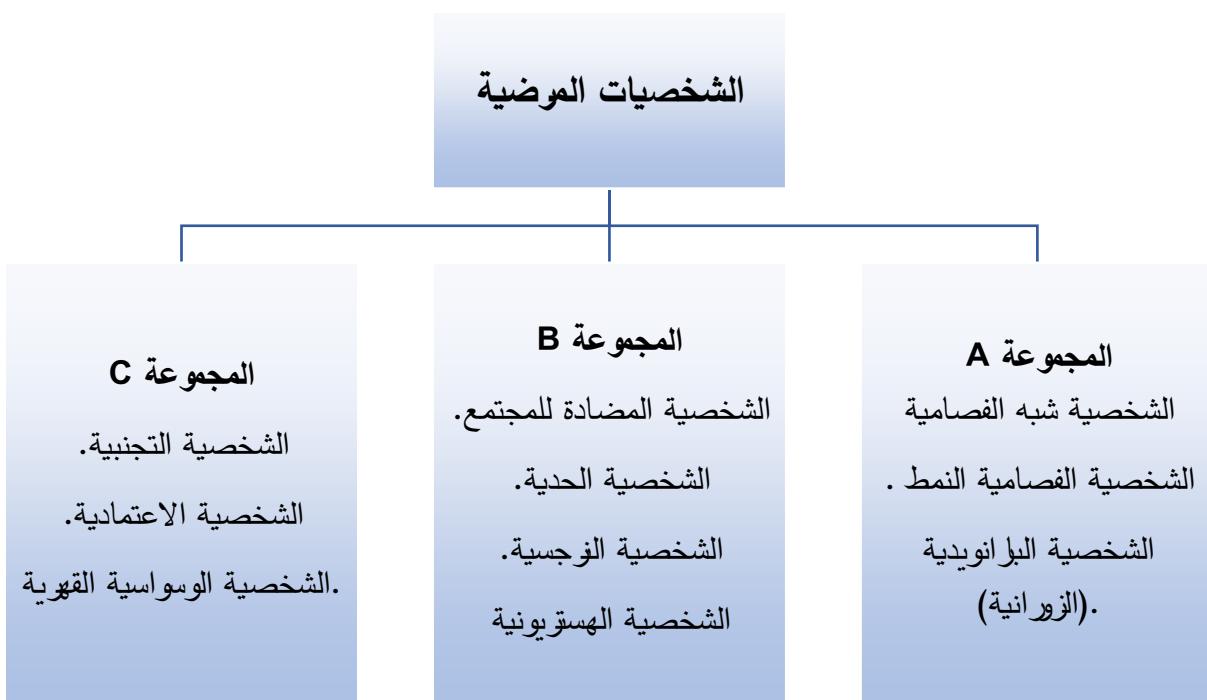
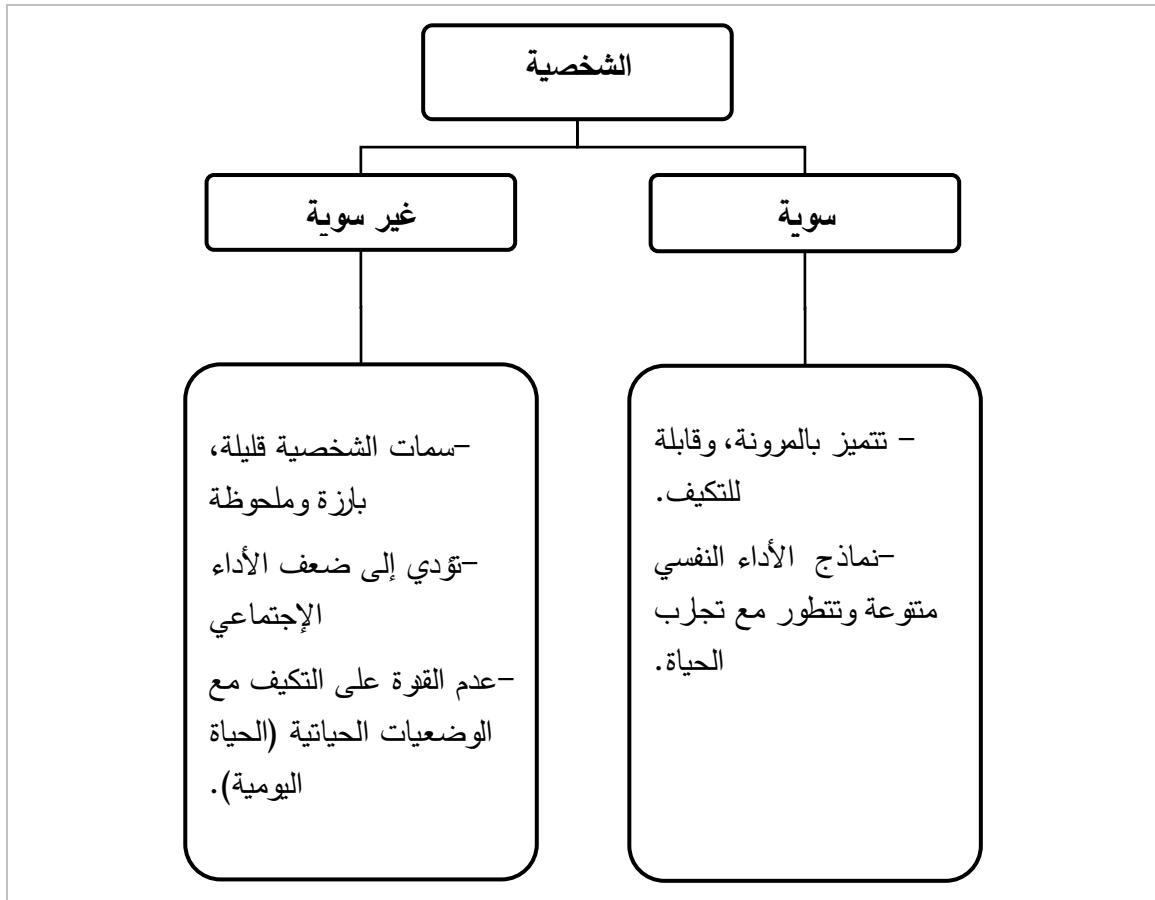
د- يؤدي هذا النمط الدائم إلى معاناة سريرية كبيرة بالإضافة إلى ضعف الأداء الاجتماعي والمهني وكذا يمس مجالات أخرى ذات أهمية في الحياة.¹

- ملاحظة:

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

- يجب التمييز بين سمات الشخصية واضطرابات الشخصية.

¹ DSM V : 842-843



عوامل الخطر لاضطرابات الشخصية:

العوامل البيولوجية:

تتدخل الجينات في تكوين خصائص الشخصية حيث أقيمت العديد من الدراسات على الشخصية فصامية النمط التي تشبه الفصام ويشتراك 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 أن العامل البيولوجي وحده غير كاف لتفسير اضطرابات الشخصية.

العوامل البيئية والاجتماعية:

الأحداث المعيشية في الطفولة تتفاعل مع العوامل البيولوجية من أجل تشكيل الشخصيات المضطربة: الإهمال، التخلي، العنف النفسي والجسيمي إضافة إلى الاعتداءات الجنسية في سن مبكرة يمكنها أن تؤثر بشكل سلبي على تكوين الشخصية. عدم امتلاك الوالدين للمهارات التربوية، أو كثرة متطلباتهم تجاه أبنائهم أو تعزيز بعض السلوكيات لدى أبنائهم دون دراية منهم كلها ظروف تساهم في تكوين الشخصيات الباثولوجية. كما أن المحيط المدرسي والعلاقة مع الأقران من شأنها كذلك تعزيز بعض الخصائص الباثولوجية لدى الطفل.

الشخصية فصامية النمط:

التشخيص:

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

1. أفكار مرجعية (لا هذانية) 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 تنس 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 هذه الأعراض خلال تطور فصام، اضطراب المزاج ذو الخصائص الذهانية، اضطراب ذهاني أو اضطراب احتياجي للنمو TED.

الشخصية شبه الفصامية:

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 ومساحباً للفصام، لا اضطراب المزاج أو ذو خصائص ذهانية، لا اضطراب 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 هذيني.

الشخصية البارانوидية:

التشخيص:

- فرع 1: 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 والحقضر به أو خداعه، وهذا دون أسباب تظهر ذلك.
 2. ينشغل الفرد بشكوك تخص أمانة أو صدق أصدقائه أو شركائه.
 3. لا يبوح الفرد بأسراره للأخرين بسبب خوفه من أن تستعمل هاته الأخيرة ضده.
 4. يدرك الفرد المعاني الخفية، المهيأة 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 ادراكتها 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 فضام، 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 البارانوидية. تظهر بعض العلامات في مرحلة الطفولة والمرأفة عبر الانعزال، بعلاقة غير جيدة مع الأقران، فلق

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

الشخصية المضادة للمجتمع:

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 قانونيا 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 مبالات الفرد أو تبريراته بعد جرح، اساءة معاملة أو سرقة الآخرين.

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

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

فرع (د): أن لا تظهر السلوكيات المضادة للمجتمع أثناء نوبة فضام أو الهوس

الشخصية الحدية:

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 التخلص / الترک الحقيقی أو الهوامی / 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 السياقية 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.

الشخصية النرجسية:

التشخيص:

طريقة عامة من الخيال (Fantaisie) أو سلوكيات فخامة (عفة)، 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 وعفة لذاته (لقيمه) يعطي قيمة أكبر لقدراته وإنجازاته، ينتظر أن يكون معروفاً بتفوّقه (supérieur) دون إنجاز 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 إنجازه: 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 مشاطره العواطف أو حاجيات (Besoins) الآخر.
8. غالباً ما يكن الغيرة لآخرين ويظن أنه محل غيرة من طرف الآخرين.
9. سلوكياته تتنسم بالتكبر والتعال (Hautain/Arrogant)

ملاحظة:

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

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

الشخصية الهاستريونية:

التشخيص:

طريقة عامة في الاستجابات الانفعالية المفرطة وال الحاجة إلى الاهتمام التي تظهر في بداية سن الرشد عبر وضعيات مختلفة في 5 مظاهر على الأقل:

1. لا يكون الفرد مرتاحاً في الوضعيات التي لا يكون فيها مركز اهتمام الآخرين.
2. التفاعل مع الآخر يتميز عموماً بالإغراء الجنسي (Séduction sexuelle) غير التوافي 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 تهويدي، المسرحية والبالغة في التعبير الانفعالي.
7. القابلية للإيحاء، كثير التأثر بالآخر أو بالموافق.
8. يعتبر أن علاقاته حميمية أكثر مما هي عليه في الواقع.

ملاحظة:

- تتسم علاقات الأفراد ذوي الشخصية الهاستريونية بعدم الاستقرار لبحثهم الدائم عن الاهتمام وعدم تحملهم للإحباط وعدم اشباع رغباتهم.
- التجربة العيادية تبين أن هؤلاء الأفراد يستعملون سلوكيات تهديدية بالانتحار لجلب اهتمام وعناء الآخرين.

الشخصية التجنبية:

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. يتتجنب الفرد النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب علاقات متعددة مع الآخر خوفاً من الانتقاد أو الرفض أم النبذ.
 2. تجنب التفاعل مع الآخر إلا إذا تأكد من أنه محظوظ.
 3. يكون متحفظاً في العلاقات الحميمية خوفاً من التعرض إلى الاحراج والعار.
 4. يخشى أن يكون منبواً في الوضعيات الاجتماعية.
 5. يكون عرضة للكف الوضعيات العلاقة مع الآخر بسبب الإحساس بعدم/ نقص المستوى.
 6. يرى نفسه عديم الكفاءة الاجتماعية ومتدني المستوى مقارنة مع الآخرين.
 7. يكون رافضاً لاتخاذ قرارات أو الانخراط في نشاطات جديدة خوفاً 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 والمرأهقين الذين تظهر عليهم سلوكيات خجل التي يمكن أن تكون طبيعية في بعض مراحل النمو.

الشخصية الاعتمادية:

التشخيص:

- الحاجة الشاملة والمفرطة إلى التكفل والتي تؤدي إلى سلوك تابع والتصاصي/collant وخوف من الانفصال الذي يظهر في بداية سن الرشد ويكون ظاهراً في سياقات مختلفة عبر 5 مظاهر على الأقل :
1. صعوبة الفرد في اتخاذ القرارات في الحياة العادلة دون أن يكون مدعماً وموجهاً بصفة مفرطة من طرف الآخر.
 2. يحتاج إلى أن يتحمل الآخرون مسؤوليات عنه في مجالات متعددة تخص حياته.
 3. يزيد صعوبة في التعبير عن معارضته لآخر خوفاً 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 (نظراً للعدم الثقة في حكمه الشخصي أو قدراته الشخصية وليس نظراً 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 الوحده، 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 مشغولاً بصفة لا واقعية بالخوف من أن يترك لوحده لتدبّر أموره لوحده.

ملاحظة: لا يمكن ادراج سلوك اعتمادي إلا اذا فاقت شدته المتوسط المتعلق بثقافه الفرد أو يعكس مخاوف لا واقعية للفرد.

الشخصية الوسواسية القهريّة: الشخص:

- طريقة عامة في الاهتمام بالنظام المثالية والتحكم الفكري والعلاقي على حساب المرونة والتفتح والفعالية تبدأ في بداية سن الرشد، تخص مجالات مختلفة عبر 4 مظاهر على الأقل:
1. الاهتمام بالتفاصيل، بالقوانين/ القواعد، بالجرو، التنظيم أو المخططات إلى درجة التخلّي عن الهدف الرئيسي من النشاط.
 2. الكمالية التي تعيق انجاز المهام والنشاطات (عدم القدرة على الانجاز وامال المشروع لأن المتطلبات الذاتية الصارمة *Trop Stricte* لم تتوفر).
 3. تفان كبير للعمل والإنجاز باستثناء أوقات الفراغ *Loisirs* والصداقات (دون أن يكون له علاقة مع متطلبات اقتصادية ظاهرة).
 4. متقن *consciencieux*، مدقق *scrupuleux*، متصلب *rigide*، ذو ضمير فيما يتعلق بالأخلاقيات *morale*، الأخلاق *éthique*، والقيم *valeurs* (دون أن يتعلق الأمر بالانضمام أو الميول الدينية أو الثقافية).
 5. عدم القدرة على رمي الأشياء المستعملة *usées* أو عديمة الفائدة/ الاكتناف بالرغم من عدم أهمية هاته الأشياء عاطفياً/*valeur sentimentale*.
 6. التردد في إسناد مهام ونشاطات أو العمل مع الغير، إلا في حالة اتباع الآخرين طريقة عمل الأشياء.
 7. يظهر بخيلاً فيما يخص المال مع نفسه ومع غيره، يرى أن المال يجب تخزينه لظروف مستقبلية كارثية.
 8. يظهر متصلباً وعنيداً.

المراجع:

- عبد الرحمن، سعيد موسى و محمود، بن خليفة. (2008) . علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي. الجزء الأول-النظم النفسية ومظاهرها . في الاختبارات الإسقاطية. الجزائر . ديوان المطبوعات الجامعية.

-جعازي مصطفى (1985): معجم مصطلحات التحليل النفسي، عن ج. لابانش- ج.بيونتاليس، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع- بيروت

1. -Benny, M., Huot, A., Lalond, J.A., Landry-Guerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie. Une approche biopsychosociale conforme au DSM-5.* (2éme édition). Groupe Modulo.
2. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique.* Dunod.
3. -Bergeret, J. (2008/2011). *Psychologie pathologique- théorique et clinique.* Masson.
4. -Debray, Q., Granger, B., & Azais, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte.* 5. (4ème édition). Elsevier Masson.
6. -Delbrouck. M. (2013). *Psychopathologie : Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute.* 2é ed. De boeck..
7. -Durand, M., Barlow, V., David, H. (2007). *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle.* 2ème Ed, De Boeck.
8. -Godefroid, Jo. (2008). *Psychologie. Science humaine et Science cognitive.* (2ème édition). De Boeck.
9. Freud, S. (1915). Les pulsions et leurs destins », in *Métapsychologie.* PUF.
- 10.-Freud, S. (1991). *Trois essais sur la théorie de la sexualité,* Gallimard.
- 11.-Freud, S. (1975). *Cinq Psychanalyses.* Puf.
- 12.-Guelfi, J.D., & Hardy, P. (2013). *Les personnalités pathologiques.* Lavoisier .
- 13.-Kapsambélis, V (s/d). (2015). *Manuel de psychiatrie et de psychopathologie adulte.*
- 14.-Lelord, F ., & André, C.(2000). *Comment gérer les personnalités difficiles.* Odile Jacob.
- 15.-Nevid,J.S., Rathus,S.A., & Green,B. (2017). *Psychopathologie. Une approche intégrée de la santé mentale.* (2ème édition). Editions du renouveau pédagogique INC.
- 16.-Perron, R. (1985). *Genèse de la personne.* PUF.
- 17.-Roussillon, R. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale.* Elsevier Masson.
- 18.-Serban, I., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2005). *Les mécanismes de défense- théorie et clinique.* Armand colin.
- 20.-Classification Internationale des Maladies. CIM11 - OMS
- 21.-Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association Association.