وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

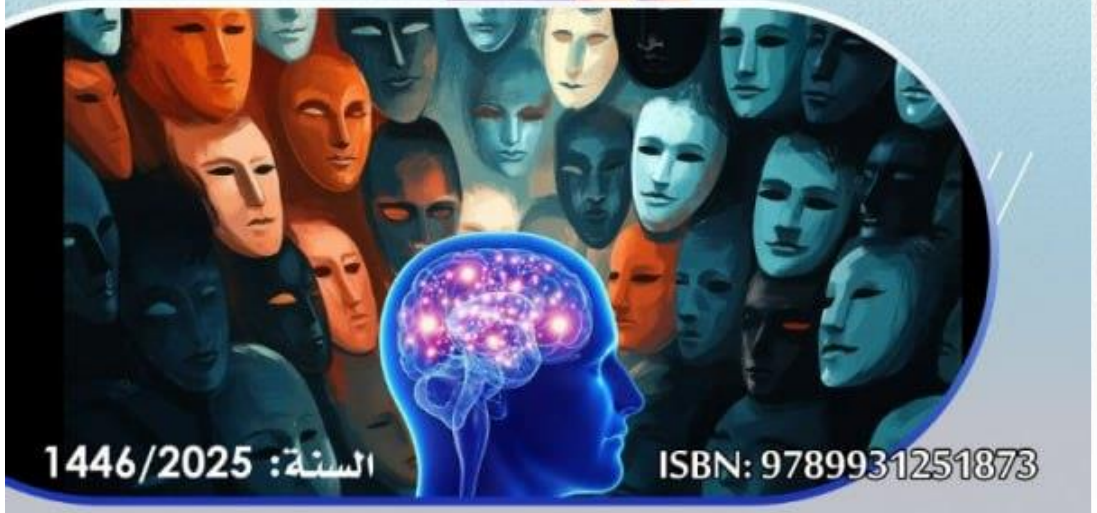
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

المنشورات العلمية لجامعة المسيلة

كتاب بيداغوجي

من تاليف الدكتورة صونيا دودو

إضطرابات الشخصية للراشد



السنة: 1446/2025

ISBN: 9789931251873

د/ دودو صونيا

إضطرابات الشخصية للراشد

السنة: 1446/2025

نبذة عن المؤلفة

الدكتورة صونيا دودو أستاذة بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس بجامعة . محمد بوضياف . المسيلة ، كما درست بجامعة محمد خيضر - بسكرة

- متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي - جامعة محمد بوضياف - المسيلة (2011)
- متحصلة على شهادة ماستر في علم النفس العيادي (2013)
- متحصلة على شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي .جامعة قاصدي مرباح - ورقلة (2017)،

متحصلة على شهادة التأهيل الجامعي في تخصص علم النفس الإكلينيكي بجامعة المسيلة (2021) كما شغلت منصب أخصائي نفساني في القطاع الصحي

درست عدة مقاييس،

عضوه بالإتحاد الدولي للمؤرخين في العلوم الاجتماعية والتنمية الثقافية (بغداد - تركيا)

ساهمت بالمشاركة في العديد من المؤتمرات الدولية والملتقيات الوطنية، كما نشرت العديد من المقالات العلمية باللغات العربية والإنجليزية بمجلات عالمية

هذا الكتاب

يتميز محتوى هذا الكتاب في شكله البسيط دليلا علميا وعمليا للباحثين والممارسين وخاصة طلاب الدراسات العليا في المجال النفسي العيادي بما يدعم أبحاثهم العلمية بشكل يضمن تقديم مساهمات بحثية مميزة وتمكين الطالب من فهم ماهية الاضطراب والتفريق بين ما هو سوي ومضطرب من حيث تركيبة كل شخصية والتعرف على أنماط الشخصيات المضطربة وما تعانيه من أعراض مرضية الظاهر منها والخفي حسب نوع كل اضطراب سواءا كان نفسي المنشأ أو عقلي ذو العلاقة بخلل تركيبة كيمياء الدماغ. كالشخصية الفصامية والحدية....).

حيث ركزت المؤلفة على أهم اضطرابات الشخصية للراشد التي تم تسطيرها بيداغوجيا حسب دليل الـ (caneva) لوزارة التعليم العالي.

ISBN: 9789931251873

اضطرابات الشخصية للراشد

(قراءة نظرية)

د. صونيا دودو

بسم الله الرحمن الرحيم

اضطرابات الشخصية للراشد (قراءة نظرية)

- **إعداد:** د. صونيا دودو
- **مقاس الكتاب:** 14.5/20.5

(جامعة محمد بوضياف - جامعة المسيلة-)

- **رقم الإيداع: 3 _ 87 _ 251 _ 9931 _ 978: ISBN**
- سنة النشر: **1446 هـ/ 2025 م**

تقديم

في الآونة الأخيرة تزايد الاهتمام العلمي باضطرابات الشخصية، فقد أخذت الشخصيات المضطربة اهتماماً كبيراً سواء على المستوى الإكلينيكي أو على مستوى التقسيمات النظرية في الطب النفسي بحيث أصبح هناك باب مخصص في مراجع الطب النفسي لما يسمى باضطراب الشخصية... وأصبحت قضية العلاقة بين اضطرابات الشخصية والشخصية.

السوية هي واحدة من القضايا الهامة في علم النفس السريري، ويتبع تصنيف اضطرابات الشخصية نهج التصنيف الذي يرى أن اضطرابات الشخصية كيانات منفصلة تختلف عن بعضها البعض كما تختلف عن الشخصية العادية السوية، فاضطراب الشخصية ليس نوعًا واحدًا بل تعددت أنواعه حتى أصبحت أنماط الشخصيات المضطربة تقسم في مجموعات يتجمع تحت كل قسم منها مجموعة الشخصيات المتقاربة في صفاتها.

ولعل من أهم الدواعي التي دفعت المهتمين والمشتغلين في مجال . الصحة النفسية بجوانبها الأكاديمية والبحثية والممارسة، من مدرسين وباحثين وأخصائيين ومرشدين نفسانيين إلى الاهتمام أكثر بدراسة وصلاح هذا النوع من الاضطرابات التي تعتبر خطرا حقيقيا على سلامة المضطربين والآخرين وتحديدا اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، واضطراب الشخصية، وتكون مخاطر هذه الاضطرابات خفية، إذ أن السمات المرضية لاضطرابات الشخصية عادة ما تكون كامنة، ولا يتم رصدها، أو اعتبارها كأعراض مرضية، أو كمؤشرات لإلحاق الأذى ولعنف محتمل، نحو الذات أو الآخرين.

الفصل الأول:

اضطرابات الشخصية

تمهيد

إن صحة الإنسان العقلية أو النفسية لا تقل أهمية عن صحته الجسمية، فالصحة الجيّدة لا تعني الجسم المعافى فحسب، فالشخص المعافى يجب أن يتمتع بالصحة العقلية والنفسية كذلك، وبالتالي يكون قادراً على التفكير بوضوح، وعلى حل المشكلات المختلفة التي يواجهها في حياته، وأن يتمتع بعلاقات جيّدة مع أصدقائه وزملائه في العمل والأسرة، وأن يشعر بالراحة والطمأنينة وأن يحمل السعادة إلى الآخرين في المجتمع.

فالصحة النفسية مطلب أساسي في حياة الإنسان إذ بدونها يعيش بؤس وشقاء فالصحة النفسية هي حالة الراحة التي يدرك فيها الفرد إمكاناته الفردية، ويمكنه التعامل مع ضغوط الحياة العادية، ويستطيع العمل بكفاءة، وقادر على الاندماج مع مجتمعه، وتكون الشخصية سوية إذا كانت متمتعة بالصحة النفسية، خالية من الأمراض والعقد، متوافقة مع المجتمع، كما تتميز الشخصية السوية بتألف مكوناتها وانسجام عواملها الحيوية والنفسية والاجتماعية، وفي الحقيقة لا يوجد اتفاق عام على قائمة لخصائص وسمات تميز الشخصية السوية الناضجة والمتكاملة نفسياً، ولكن يمكن القول إن الشخصية السوية تتصف بوجود إحساس متميز بالهوية والذاتية وتقبل المرء لذاته، والمقدرة على التعلم واكتساب الخبرات وتنمية القدرات العقلية وتوظيفها في التطور والنمو وفق الحاجات الشخصية من دون الإخلال بمتطلبات التكامل والتوافق مع الآخرين، والمقدرة على ضبط النفس في مختلف الظروف والمواقف الحياتية، وعلى التعبير عن المشاعر الإيجابية كالحب والحنان والعطف وضبط الانفعالات السلبية من عدوانية وقلق وغضب ومخاوف، إضافة إلى المقدرة على

التصرف بتناسق ومرونة واتخاذ المواقف والقرارات على نحو مستقل، ومقاومة الكرب وتعديل الأخطاء، والقيام بأدوار الحياة كابن وأخ وزوج وأب لأسرة وصديق وزميل ضمن مجموعة، وإقامة علاقات اجتماعية دافئة وإيجابية.**(طارق حسن،2020)**

ولكن هذا لا يعني أن الشخصية السوية لا تتعرض لضغوط نفسية، أو اضطرابات بسيطة، حيث تشكّل الاضطرابات النفسية البسيطة في الحياة أمرًا شائعًا، فنتيجة للضغوط التي يمر بها الإنسان في حياته اليومية قد تتغير مشاعره ويتصرف بشكل غير مألوف كرد فعل لهذه الضغوط، ولكنها تصرفات ليس لها تأثير سلبي دائم على نظام حياته اليومية، ولا تسبب الأذى لمن حوله، لذا لا تعد هذه التغيرات غير سوية بل هي ردود أفعال طبيعية كنتيجة لأحداث الحياة اليومية، ولا نتوقع أن نصدر حكما في هذه الحالة على أن الشخص مضطرب نفسي، ولكن عندما تعيق هذه الاضطرابات الشخص بشكل كبير أو تتداخل مع الحياة اليومية، فإنها تعد مرضا نفسيًا أو اضطرابا نفسيا .

فالنفس يمكن أن تمرض مثلما يمكن أن يمرض الجسم، ونسمى ذلك الاضطراب النفسي)، ونحن نتوقع أن يكون هناك اضطرابا نفسيا عندما يطرأ تغير غير طبيعي في أحد جوانب حياة الفرد النفسية (التفكير، المشاعر، والسلوك)، فالاضطراب النفسي أي حدث أو حالة يتعرض له شخص ما وتؤثر على عواطفه أو أفكاره أو سلوكه بحيث لا تتوافق مع معتقداته الثقافية وشخصيته، وتؤدّي إلى تأثير سلبي على حياته وحياة عائلته والمحيطين به، فالاضطراب النفسي هو تسمية عامة لمجموعة أمراض واضطرابات تؤثر على طريقة شعور الإنسان، تفكيره، سلوكه وتواصله الغير، وتؤثر بالتالي في طريقة

تعامله مع الأحداث ما ينتج عنها معاناته مع أو معاناة المحيطين به، ولكي نطلق حكم بأن هذه التغيرات غير طبيعية وتشير إلى اضطراب نفسي يجب أن تؤدي إلى اضطراب واضح في جانب أو أكثر من جوانب حياة الفرد الانفعالية الفكرية، السلوكية، وحتى وظائفه العضوية والفسيولوجية.

فالاضطراب النفسي ليس مجرد توتر يصيب الإنسان لحظة من الزمن، ولا هو مجرد ثورة غضب جامحة تسيطر عليه، وإنما هو نوع من الأذى يصيب صحته النفسية يبدو على شكل تكيف غير سوي أخذ منه مأخذا يشبه العادة في تكراره واستمراره، وأنه ينطوي على تفاعل بين الفرد ومحيطه الداخلي والخارجي لا تتوافر فيه شروط السلامة في عدد قليل أو كثير من جهاته وتفصيلاته .

والاضطراب النفسي اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه والاضطراب النفسي أنواع ودرجات، فقد يكون خفيفا يضفي بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه، وقد يكون شديدًا لدرجة أن يدفع بالمريض إلى القتل أو الانتحار.

واضطرابات الشخصية هي فئة من الاضطرابات النفسية تتميز بأنماط سلوكية وإدراكية ثابتة وصعبة التغيير والتأقلم، وتظهر هذه الأنماط غير السوية خلال السياقات التفاعلية المختلفة، وتجنح بعيدًا عن السلوكيات المقبولة ضمن ثقافة المجتمع، وتتكون هذه الأنماط غير السوية أثناء مراحل النمو، وتكون ذات طبيعة غير مرنة وغير متكيفة، ودائما ما يصاحبها قدر من التوتر والضغط النفسي.

إذ يتفرد كل شخص بصفات تميّزه عن غيره وعندما تصبح هذه السمات غير مرنة Inflexible وسيئة التكيف Maladaptive وتسبب عجزاً وظيفياً ظاهرًا، فإنها تؤدي إلى وجود اضطرابات في الشخصية، حيث تتحول سمات الشخصية إلى اضطراب الشخصية عندما يبلغ نمط التفكير والتصرف متصلبًا وغير قابل للتأقلم، فتؤثر حينها سلباً في حياة حده الأقصى ويصبح الشخص وتكون إجمالاً سببًا أساسيًا لشعور الشخص نفسه ومن حوله بضيق شديد، وبهذا فإن كل اضطراب في الشخصية يكون مسبوقاً بمجموعة من السمات المرضية التي تظهر على الفرد من خلال تفاعله مع ذاته والبيئة المحيطة، فعادة ما يعاني الأشخاص الذين شخصوا بأحد اضطرابات الشخصية من صعوبات في الإدراك، والدوافع، والتفاعل مع الآخرين، والسيطرة على الانفعالات والتهور، وبشكل عام، فإن تشخيص اضطرابات الشخصية يمثل نحو 40-60% من المرضى النفسيين، مما يجعله الأكثر شيوعًا في تشخيص الأمراض النفسية.

فاضطراب الشخصية هو اضطراب مُمتد قد يستوعبُ العمر المريض، ولا تستطيع أن تحدد له بداية ونهايةً مثلما هو الحالُ في معظم إن لم يكن كل الاضطرابات النفسية الأخرى، فاضطراب الشخصية إذن هو أسلوب حياةٍ يبدأ مع الشخص منذُ سنين مراهقته أي من قبل أن يدخل مرحلة النضج ويتميز بكونه أسلوب ثابت يفتقد المرونة ويظهر في معظم إن لم يكن كل أفكار الشخص ومبادئه ومشاعره ويؤثر بالطبع على العلاقات البينشخصية للإنسان وهو يسبب قدرًا كبيرًا من المعاناة لا للشخص وحده بل للمحيطين به أيضا، حيث تنحرف أنماط خبرة وتصرفات الشخص فيما يتعلق بالإدراك والتفكير والوجدان والعلاقات بالناس الآخرين بشكل واضح السلوك الطبيعي.

ولكي نوضح مفهوم اضطرابات الشخصية كان علينا أن نعود إلى آراء سيجموند فرويد (1856 - 1939) عالم النفس الكبير، ومؤسس . التحليل النفسي الذي يسمى بعلم نفس الأعماق، والذي اكتسبت نظرية الشخصية من خلاله مكانة هامة في علم النفس، فقد طور فرويد نظرية شاملة عن الشخصية، فحدد معالم أبعادها، ونفذ إلى أعماقها البعيدة، محددًا معالم طريق نموها وتطورها، حيث يعتقد فرويد أن بناء شخصيتنا يتكون من ثلاثة مكونات، العلاقة فيما بينها هي الكفيلة بتفسير حياتنا النفسية، وهذه المكونات هي:

الهو Id : هو النواة الأصلية للشخصية، وهو جزء أساسي في شخصية الفرد، وهو نسق سيكولوجي يتألف من المكونات الغريزية والدوافع والانفعالات الموروثة، وتظهر (الهو) عند الميلاد، وهي المستودع الذي يتم فيه تخزين كل الطاقة المطلوبة لتحريك النفس، وذلك يشمل الحاجات الأساسية للطعام والشراب والإخراج، والدفء والعاطفة، والجنس، فهو مصدر كل الطاقات النزوية الضرورية لاستمرار بقاء الفرد، ويتمركز (الهو) حول مبدأ اللذة أو ما يصطلح فرويد على تسميته (الليبيدو) لأن همه الأساسي هو الحصول على اللذة ودفع الألم، حيث لا يعرف معنى التأجيل، ومن خصائص (الهو) أنه بعيد عن المنطق والعقل لكونه يتصف بالتهور والاندفاع، ولا يتمثل السيرورات المنطقية والأخلاقية... إلخ.

الأنا ego : وهو جزء مُعدل من (الهو) تلاءم مع الواقع نتيجة علاقاته بالعالم الخارجي، فالأنا وسيط بين الهو والعالم الخارجي، يعقل المطالب النزوية للهو ويسعى لإشباعها، فهو يختار ويقدر ما يُشبع من الرغبات وكيف ومتى يتم الإشباع؟ فهو النظام السيكولوجي الذي يتصف على عكس الهو - بالتعقل

والرزانة والحكمة ومن ثمة فإنه يتمركز حول مبدأ الواقع، وهمه الأساسي هو تلبية رغبات (الهو) بشكل يتلاءم مع الواقع ولا يثير غضب (الأنا الأعلى).

الأنا الأعلى super-ego: وهو النظام النفسي الذي يمثل جميع القيم الأخلاقية والعادات الاجتماعية، ويتشكل الأنا الأعلى بفعل الأوامر والنواهي (التربية) ؛ ومنه نستوحي ما ينبغي وما لا ينبغي القيام به، وهو ما يماثل في حياتنا النفسية مفهوم المثالية الأخلاقية، وما يقابل في الاصطلاح الأخلاقي العادي مفهوم الضمير.

إن (الأنا) إذن يوجد في بؤرة الصراع بين ضغط (الهو)، ورغبات الواقع، ومتطلبات (الأنا الأعلى)، ومن هذا المنطلق نفهم لماذا تقرن الفرويدية الشخصية السوية بقوة (الأنا) .. فالرغبات التي لن يستطيع (الأنا) تلبيتها فإنه يعمل على كبحها ثم كبتها في اللاشعور، هكذا يتشكل اللاشعور ويتضخم؛ وتوجد (الأنا) تحت ضغط مكبوتات اللاشعور لأنها تظل يقظة، وتتحين الفرص التي تضعف فيها رقابة (الأنا) لتخرج إلى السطح، وعندها تظهر (اضطرابات الشخصية) والتي هي عبارة عن تدفق مكبوتات اللاشعور التي تؤثر على سلوكنا دون أن نكون على وعي بها.

لذا فأننا نعتقد أن اضطرابات الشخصية تكون متسقة مع (الأنا) مستوطنة فيها، وهذا يعني أن الأنماط المنحرفة أو غير المألوفة للخبرة والسلوك تبدو من وجهة النظر الذاتية وكأنها جزء من الشخص ذاته وتنتمي إليه، ومن ثم فهي لا تُعاش في العادة على أنها مزعجة ولا على أنها منحرفة، بل تكون دوافع المرضى وأفكارهم مقبولة من (الأنا) ومنسجمة ومتناغمة مع مبادئها، ولما كانت السلوكيات الناتجة عن اضطراب الشخصية متفقة مع (الأنا)، فإن الشخص المصاب يعتبرها سلوكيات مناسبة، وتبدو طريقة تفكيره وتصرفاته طبيعية

بالنسبة له، ويكون على قناعة أن المشكلة التي تواجهه تكمن في الأشخاص والظروف المحيطة به، فاضطرابات الشخصية مثلها مثل أوجه الشخصية الأخرى هي من الشخص وإليه، ولهذا لا يحتمل في الأصل أن نتوقع أن يعطي شخص ما لنفسه تشخيص شخصية مضطربة، وهذا ما يعيق احتمالات العلاج، إذ لا يستجيب الشخص للعلاج، وفي أكثر الحالات لا يرى حاجة للعلاج أو التغير، وذلك يفسر لماذا لا يطلب الكثير من المصابين باضطرابات الشخصية العلاج أو المساعدة والمعونة من الآخرين، فالشخصية المضطربة صاحبها لا يشكو ولا يطلب المساعدة في حين أن كل من حوله يعاني من تصرفاته وأفعاله، وهم لا يدركون أنهم يتعاملون مع حالة مرضية...

بذلك تمثل اضطرابات الشخصية الحالات المتطرفة أو الانحراف الكبير الذي يصيب الفرد في إطار ثقافة معينة، ومثل هذا الانحراف أو هذه الحالات تميل لأن تصبح مستقرة ومتعددة في مجالات السلوك والأداء الاجتماعي، وكثيراً – وليس دائماً - ترتبط بدرجات متفاوتة الشدة بالمشاكل الاجتماعية والشخصية والعمل والأداء، فاضطراب الشخصية يظهر بأشكال عدة، وفي مواقف عدة لأن الشخصية ليست مقصورة على العمل أو العلاقات أو المنزل، والشخص يحمل أسلوب تفكيره، وطريقة انفعالاته، وسلوكياته، وكيفية تعامله الآخرين معه أينما كان، وصاحب الشخصية مع المضطربة تنقصه المرونة، إذ يظهر نمط شخصيته بدرجات مختلفة في شتى المواقف ومع مختلف الناس، ومما يحدد ملامح اضطراب الشخصية أن ومع الاضطراب ينحرف بالشخصية عن توقعات المجتمع المحيط بها، مما يخلق فجوة في التفكير والتعامل والسلوك والتعبير الانفعالي بين المريض بالشخصية المضطربة ومن حوله، ومثلما أن الشخصية

نمط ثابت من مجموع الأفكار والسلوكيات والانفعالات وأسلوب التفاعل مع الغير، فإن اضطراب الشخصية هو نمط ثابت كذلك ولكنه يختلف من شخص لآخر بحسب نوع الاضطراب.

إذن مفهوم اضطرابات الشخصية متسع في غاية الاتساع، فيذكر المشرفون على وضع الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع أن 50% أو أكثر من العينات التي استخدمت في تحرير هذا الدليل كانوا ممن تنطبق على صفات اضطراب الشخصية، أضف إلى ذلك إن 40-70% من المرضى الموجودين في المستشفيات العقلية هم مصابون باضطراب شخصية، وما يقرب من 30-40% من المرضى العقليين الذين يتلقون العلاج في المجتمع (خارج المستشفى) لديهم اضطراب شخصية، وحوالي 10-30% من المرضى الذين يأتون لزيارة الطبيب الممارس العام لديهم اضطراب شخصية، ومع ذلك وبالرغم من التفاوت الضخم بين أنماطهم ونوعياتهم يمكن أن يتشاركوا في بعض الخصائص النفسية والعقلية والسلوكية، يوضحها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية في سنة 1994م في النقاط التالية:

1- التصلب في الإدراك والتفكير في الذات والآخرين بشكل يعرض الفرد للصراعات المتكررة مع بيئته المهنية والاجتماعية.

2- الاضطراب في سلوك الفرد وأساليبه في التوافق مع الآخرين والتفاعل معهم.

3- لا يرتبط ظهور الاضطراب بموقف محدد، بل يظهر في مواقف متعددة ويتكرر ظهوره في سياق العديد من المواقف الشخصية والاجتماعية الهامة.

4- يستمر الفرد لفترات طويلة لا يشعر بالاضطراب، وقد لا يرى الفرد في سلوكه الشخصي والاجتماعي شيئا يشذ عن ممارساته العادية.

5- تتسبب اضطراباتهم في شعور الفرد والمحيطين به بمن فيهم أفراد أسرته المقربين كالزوجة والأطفال، وزملائه في العمل- في المعاناة والتعاسة.

6- ويغلب أن تبدأ مظاهر اضطرابات الشخصية في فترة المراهقة قبل ذلك، وتستمر تلك المظاهر معظم فترة البلوغ، ولو أنها تأخذ في التضاؤل – نسبيا- في منتصف العمر أو الشيخوخة.

- **مفهوم اضطرابات الشخصية:**

قدمت العديد من التعاريف لتحديد مفهوم اضطرابات الشخصية، أو ما يسمى أيضا لدى العياديين بالشخصيات المرضية. ومن بين هذه التعاريف ما يلي:

أ. تعريف شنيدر (Schneider, 1923):

تتمثل اضطرابات الشخصية في معاناة الأفراد من مزاء غير سوي الذي يتسبب في معاناة المجتمع (Cottr ux et Blackburn 2001).

ب. تعريف تيرار (Tyrer, 1988):

هي شذوذ دائم في الأداء الشخصي والاجتماعي الذي يكون مستقلا عن الاستدماج الذهني.

ج. تعريف المنظمة العالمية للصحة (O.M.S 1983):

هي أنماط سلوكية متجذرة وثابتة والتي تظهر كاستجابات متصلبة للعديد من المواقف الاجتماعية والشخصية المختلفة، وتمثل هذه الأنماط السلوكية انحرافا حادا ومهما عن الأسلوب الذي يتبناه الفرد في ثقافة معينة، في الإدراك

والتفكير والشعور وتحديدا طريقة إقامة العلاقات مع الآخرين، هذا النمط السلوكي يميل إلى الثبات ويمس العديد من مجالات الأداء السلوكي والنفسي.

كما أن هذه الأنماط تكون متواترة الحدوث، لكن غير مرتبطة دائما بدرجات متنوعة من الكرب الذاتي ومشاكل في الأداء الاجتماعي (Cottraux et Blackburn. 2001).

د. تعريف ليفسلي وآخرين (Lively et al, 1998):

يمكن اعتبار اضطراب الشخصية فشل في تحقيق متطلبات الانسجام والتواصل بين عالم النسق الذاتي والعلاقات الحميمية والتفاعلات الاجتماعية الواسعة والمهنية (Hill 2005)

هـ. تعريف دوبري وآخرين (Debray et al. 2005):

إذا اعتبرنا أن الشخصية تنتج عن مجموع البناءات الذهنية الذاتية التي نقوم بصياغتها طوال فترة حياتنا لتفسير العالم، فإن الشخصيات المرضية تشير إلى اختلال هذه التصورات أو غيابها، أو تصلبها.

ووفق هذه التعاريف فإن الشخصية المرضية تعكس انحرافات للشخصية، بمعني وجود أنماط سلوكية وأعراض نفسية مرضية تتجلى في اختلال الأداء النفسي والسلوكي والاجتماعي.

في الواقع، فإن دراسة وتشخيص اضطرابات الشخصية، تواجه العديد من الصعوبات النظرية بالنظر إلى مجمل الاختلافات النظرية الموجودة بين مختلف الاتجاهات والنماذج وبصورة أدق، مسألة العتبة الفاصلة بين السوي،

والمرضي، وكذلك الحد الفاصل بين اضطراب الشخصية والاضطراب النفسي. ولتجاوز صعوبات التشخيص التفريقي، تم اقتراح بعض الموجهات النظرية التالية:

- إن سمات وأنماط السلوك عامة لدى الإنسان، بينما الأعراض المرضية قد تختلف وتتغير حسب الثقافات.
- إن السمات تكون أكثر ديمومة واستقرار، في حين تتميز الأعراض بقابلية التغيّر والتحوّل أكثر.

1- المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية:

أ- المحكات التشخيصية حسب (DSM IV-TR.2000):

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV-TR. 2000) المحكات التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية على النحو التالي:

1- الأنموذج دائم من الخبرة الداخلية والسلوك، يحيا، بدرجة كبيرة عن المتعارف عليه في ثقافة ومجتمع الفرد ويظهر هذا الأنموذج في مجالين أو أكثر من المجالات التالية:

- المعرفة Cognition (أي طرق إدراك وتفسير الذات والآخرين والحوادث الحياتية).
- الوجدان Affectivity (أي بمدى وشدة، ونغير وملاءمة الاستجابة الانفعالية).
- التحكم في النزوع والاندفاع Impulse Control.
- العلاقات البينشخصية.

2- يتسم هذا الأنموذج الدائم بالتصلب، ويتجلى في نطاق واسع من المواقف الشخصية والاجتماعية.

3- يؤدي هذا الأنموذج الدائم إلى كرب مهم إكلينيكيا، أو اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني أو غير ذلك من مجالات النشاط المهمة.

4- يتسم الأنموذج بالثبات والديمومة، ويمكن تتبع بدايته من الماضي إلى مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ.

5- لا يكون هذا الأنموذج ناتجا عن اضطراب نفسي آخر.

6- لا يكون هذا الأنموذج الدائم نتيجة تأثيرات مباشرة لمادة (مثل: عقار إدماني دواء) أو بسبب مرض جسمي عام (مثل: رض الرأس).

ب- المحكات التشخيصية حسب (CIM 10):

يحدد التصنيف العالمي للأمراض، الإصدار العاشر **(CIM 10)** المحكات التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية على النحو التالي:

أ- مواقف وسلوكيات مختلة، تظهر في أكثر من المجالات التالية:

- أسلوب الإدراك والتفكير
- العاطفة والحساسية
- التحكم في الاندفاعية

ب- يكون هذا الأنموذج من السلوك دائما، وغير مرن في الوضعيات الشخصية والاجتماعية المختلفة.

ج- يكون هذا الاضطراب مصدر معاناة ذاتية شديدة، لكن يمكن أن يكون ظهوره متأخرا.

د- تتبدى هذه التمظهرات دوما في الطفولة والمراهقة، وتستمر في سن الرشد.

2- تصنيف أنماط اضطرابات الشخصية:

أ- أنماط اضطرابات الشخصية وفق تصنيف شنايدر:

وصفت اضطرابات الشخصية منذ القدم، وفي مختلف المجتمعات والثقافات، أما التصورات الحديثة لهذا النوع من الاضطرابات، فترجع إلى الاتجاه السيكاتيري للقرن العشرين.

وقد قام شنايدر (Schneider 1923) بأول محاولة لتصنيف اضطرابات الشخصية استنادا للعديد من الملاحظات على الملأ أو المرضى، أسفرت إلى تحديد ووصف عشرة أنماط من الشخصيات المرضية (أنظر الجدول رقم 1). وقد سميت آنذاك بالشخصيات السيكوباتية (Cottraux et Blackburn, 2001) .

الجدول رقم (1) تصنيف اضطرابات الشخصية حسب شنايدر

الأنماط	الخصائص الأساسية
1. مفرط المزاج	مزاج مرح، وكآبة
2. الاكتئابي	مزاج كئيب، وعسر المزاج
3. القلق (الحساس أو الوسواسي)	الشعور بالدونية
4. المتعصب (الهذائي)	تضخيم الذات والأفكار، العدوانية أو الانطوائية
5. النرجسي	الحاجة إلى الظهور، الشعور بالنقص المدرك
6. المتقلب	سلوكيات مضادة للمجتمع
7. الاندفاعي	الغضب والعنف
8. البليد	انعدام العاطفة، واللاأخلاقية، الانسحاب وشبه الفصامية
9. الفاقد للإرادة	غياب الإرادة، والقابلية للتأثر
10. الواهن	الحصر، توهم المرض، الاكتئاب، والتعب العصبي

ويبدو أن هذا التصنيف الحديث ساعد التصنيفات العالمية الأساسية الحالية تصنيف الجمعية الأمريكية للسيكاترية DSM وتصنيف المنظمة العالمية

للصحة (CIM في صياغة التصنيفات الجديدة التي حاولت أن تكون لانظرية، أي غير منحازة لأي اتجاه أو نظرية أو نموذج في تفسير السببية الإمراضية لاضطرابات الشخصية.

وعموما فإن تعريف الشخصيات المرضية أو اضطرابات الشخصية من منظور هذين التصنيفين الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM) التصنيف العالمي للأمراض (CIM) يتضمن الموجهات التالية:

- ديمومة وثبات اضطراب الشخصية.
- مضاعفات الاضطراب تتمثل في معاناة ذاتية واختلال الأداء الاجتماعي.
- الانحراف عن القيم الثقافية لمجتمع الفرد.
- ظهور الاضطراب في بداية المراهقة أو مرحلة الرشد.
- تبني التوجه اللانظري في عملية التصنيف، بمعنى عدم الاستناد إلى أي اتجاه أو نظرية في ذلك والاكتفاء بوصف السلوك المختل ضمن حزمة محددة من محكات التشخيص.

ب- أنماط اضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي (DSM IV):

يستخدم DSM النهج المطلق الذي يسرد (10) اضطرابات شخصية متميزة. **(Comer 402 3, 2014)**، كما تم تقسيم اضطرابات الشخصية المنفردة في منظومة تصنيف الـDSM-IV-TR وكذلك الـ DSM-5 إلى ثلاث مجموعات تسمى بالمصفوات، (Cluster) فسميت المصفوفة (A) بالغريبة (Strange) وتشمل اضطراب الشخصية البرانودية والشبه فصامية واضطراب

الشخصية من النمط الفصامي". وسميت المصفوفة (B) بالمأساوية (dramatic) وتشمل اضطراب الشخصية الاستعراضية واضطراب الشخصية النرجسية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية ثنائي. وفي المصفوفة (C) التي سميت القلقة تم تصنيف اضطراب الشخصية "التجنبية والمتعلقة والقهرية. **(APA, 2013; APA, 2000; Fademan and , 2003 Simring)**

وفي الملحق B لل DSM-IV تم اقتراح اضطرابين آخرين للشخصية اضطراب الشخصية العدوانية السلبية واضطراب الشخصية الاكتئابية. **(Tomer, 2010)**

- وسوف نقوم فيما يلي وطبقاً لتقسيم الـ DSM-IV-TR والـ DSM-5 الذي لم يطرأ عليه أي تعديل بهذا الخصوص بوصف مختصر لاضطرابات الشخصية من ثم عرض المعايير التشخيصية لكل منها وفق نفس التصنيف:

- **المجموعة "أ":**

تتشكل من الشخصيات التي تتسم بالغرابة والشذوذ وهي:

- شبه الهذائية (البرانودية البارانودية) Paranoide.
- شبه الفصامية Schizoide.
- الفصامية النموذجية Schizotypique

- **المجموعة "ب":**

تتكون من الشخصيات التي تتصف بالتمثيلية، وغرابة الأطوار والانفعالية والاندفاعية وهي:

- المضادة للمجتمع Antisociale.
- البينية (الحدية) Borderline limite.
- الهستيرية Histrionique, hysterique.
- النرجسية Narcissique .

- **المجموعة "ج" :**

تتضمن الشخصيات التي تتسم بالقلق والخوف والانزواء والهروبية وهي:

- التجنية Evitante.
- التابعة غير المستقلة) Dépendante.
- الوسواسية القهرية Obsessionnelle-compulsive. **(عبد العزيز حدار، 2013، ص21)**

ج- مقارنة بين أنماط اضطرابات الشخصية حسب (DSM IV) و(CIM 10):

نجد أن الدليل التشخيصي (DSM) (IV) يحدد ويصف عشر اضطراب شخصية مختلفة كما يدل على ذلك بشكل مفصل الجدول رقم (2).

فيما حدد التصنيف العالمي للأمراض (CIM 10) ثمانية اضطرابات للشخصية، كما هو وارد في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2- المجموعة الأولى): يبين الفروق في أنماط الشخصيات المرضية لدى (DSM-IV) (CIM 10) (عبد العزيز حدار، 2013، ص 22)

الشخصيات وفق (DSM-IV)	التوصيف الأساسي	الشخصيات (CIM 10)	التوصيف الأساسي
شبه الهذائية	التوجس من الآخرين تأويل نواياهم تأويل الحقد والضغينة والكراهية	**شبه الهذائية**	الحساسية المفرطة، التوجس، الانشغال باتهام الآخرين بتأمر
شبه الفصامية	الانسلاخ عن العلاقات الاجتماعية، ضيق من التعبير الانفعالي، التبلد العاطفي.	**شبه الفصامية**	برودة عاطفية، نقص الاهتمام واللامبالاة بالآخرين، الانشغال بالخيال والاستبطان.
الفصامية النموذجية	عجز في العلاقات الاجتماعية، تشوهات إدراكية ومعرفية، سلوكيات غريبة الأطوار	**لا نظير لها**	

الجدول رقم (2- المجموعة الثانية): يبين الفروق في أنماط الشخصيات المرضية لدى التصنيفين (DSM IV) (CIM 10) (عبد العزيز حدار، 2013، ص 23)

الشخصيات وفق (DSM-IV)	التوصيف الأساسي	الشخصيات (CIM 10)	التوصيف الأساسي
المضادة للمجتمع	الاستهتار بحقوق الآخرين وخرقها	**المختلة اجتماعيا**	الحساسية المفرطة، التوجس، الانشغال باتهام الآخرين بتأمر

البينية	عدم الاستقرار في العلاقات البينشخصية، صورة الذات والانفعالات، الاندفاعية	**المتقلبة الانفعال:** **أ- النوع الاندفاعي** **ب- النوع البيني**	عدم القدرة في التحكم في الغضب، في التخطيط والتفكير قبل التحرك، مزاج متقلب وسلوك مشاكس صورة الذات مختلة، علاقات عميقة غير مستقرة
الهستيرية	عجز في العلاقات الاجتماعية، تشوهات إدراكية ومعرفية، سلوكيات غريبة الأطوار	**الهستيرية**	التهويل، الانفعال المتقلب، التمركز حول الذات، التلاعب

الجدول رقم (2- المجموعة الثالثة): يبين الفروق في ا الشخصيات المرضية لدى التصنيفين (DSM IV) (CIM 10).

(عبد العزيز حدار، 2013، ص 24)

الشخصيات وفق (DSM-IV)	التوصيف الأساسي	الشخصيات (CIM 10)	التوصيف الأساسي
التجنبية	التثبيط الاجتماعي، مشاعر عدم الكفاية، الحساسية المفرطة للنقد.	**القلقة**	توتر دائم، تضخيم المخاطر، الحساسية المفرطة للرفض، تضييق مجال وأسلوب

			الحياة بسبب مشاعر عدم الأمان
التابعة	الحاجة المفرطة للعناية، سلوك خنوعي ارتباطي بالغير، مخاوف الانفصال	**التابعة**	عدم القدرة على تحمل المسؤوليات وتحييرها، قمع الحاجات الذاتية، والحاجة الى التطمين
الوسواسية	عجز في العلاقات الاجتماعية، تشوهات إدراكية ومعرفية، سلوكيات غريبة الأطوار	**الواهنة**	التردد، التشكك، التحفظ المفرط، التصلب، الكمال

الفصل الثاني:

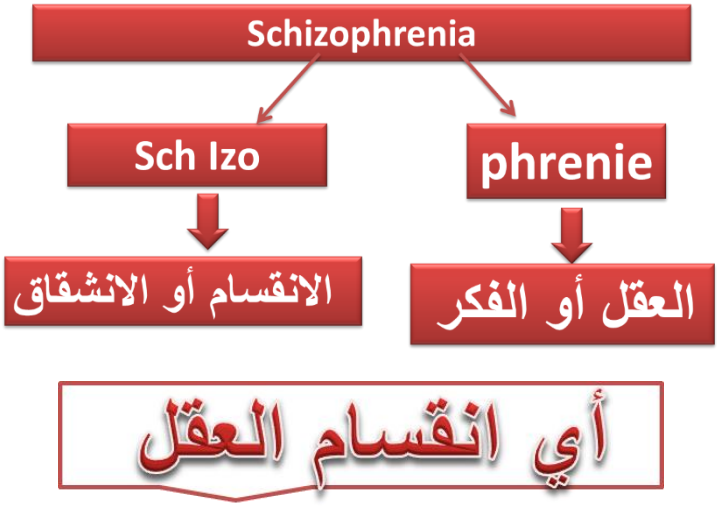
اضطراب الشخصية الفصامية

تعريف الشخصية:

كما نعلم أن الشخصيّة هي التنظيم الشخصيّ للفرد، والذي يحتوي البناء الوظيفي لها على مكونات متكاملة، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحالة الاستقرار والخلو من الاضطرابات، ويظهر الاعتلال والشذوذ في البناء العام للشخصية، في حال الاختلال في أحد المكونات أو العلاقة فيما بينها وفي عرضنا هذا سنتطرق حول الشخصية الفصامية التي تعتبر من الذهانات الأكثر انتشارا واعقدها علاجا ولقد حظيت بالكثير من البحث والدراسة وذلك ما يسببه من اضطرابات نفسية واجتماعية.

وكما عرفها سيريل بورت port Cyrille : بأنها ذلك النظام الكامل نسبيا، والمكون من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية التي تميز الفرد عن غيره ومن خلالها يتحدد أسلوبه في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية. **(عباس سمير، 2017، ص 4)**

الفصام : كلمة يونانية تنقسم الى شقين: **(لحكل مصطفى، 2010، ص22)**



تعريف الشخصية الفصامية Schizoid personality disorder:

هو حالة غير شائعة يتجنب فيها المصاب الانخراط في الأنشطة الاجتماعية وينأى بنفسه باستمرار عن التفاعل الإيجابي.

❖ **أسباب مرض الفصام :**

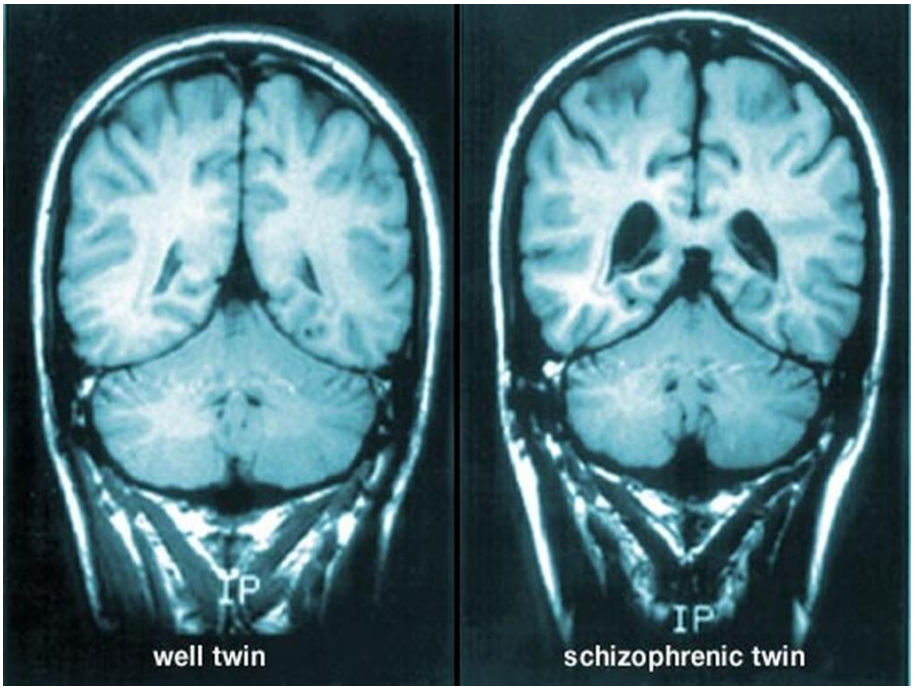
لم يتوصل حتى الآن الى الأسباب الحقيقية التي تؤدي الى نشأة هذا المرض ولهذا فان كل باحث يرجع مرض الفصام الى سبب أو جانب من آثار اهتمامه وسنتطرق الى مجموعة من الأسباب المفسرة لمرض الفصام.

- **عوامل ور اثية** : أدلة عديدة خلال السنوات الماضية أشارت الى أثر الوراثة في الاضطرابات الفصامية وحسب النظرية الوراثية فإن الفصام يحدث بنسبة عالية في عائلات المرضى الفصاميون.

آباء	خطر المرض عند الأطفال
المجتمع العام	%1
عم أو أخ فصامي	%2
والد فصامي	%12,3
الوالدين فصاميين	%36,6

خطر المرض عند التوأم الفصامي	
توائم غير حقيقية مختلفين في الجنس	%5,6
توائم غير حقيقية من نفس الجنس	%12
توائم حقيقية	%57

إحصائيات Zerbin – rudin [1]

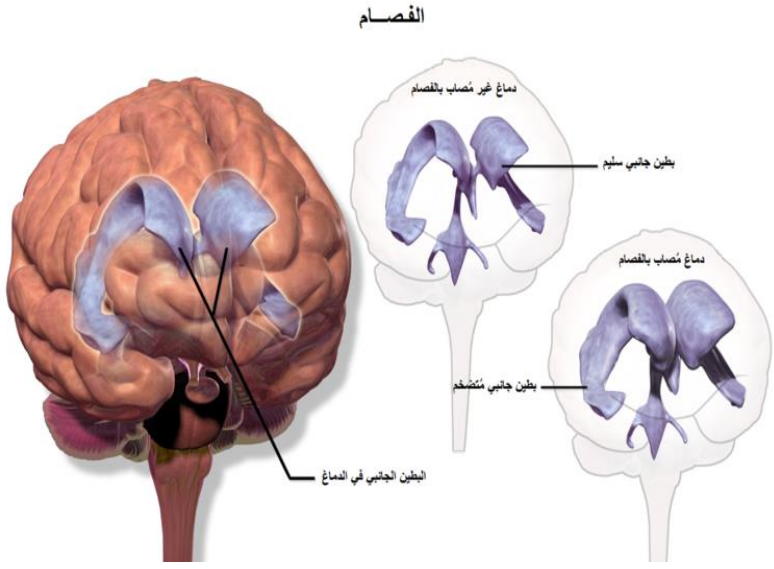


❖ **العوامل البيوكيميائية :**

اكتشف أن تسييرL’amphétamine وL – dopa التي ترفع نسبة الدوبامين تعقد الأعراض الفصامية وأن المثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض، المثبطات العصبية تعمل على كبح المستقبلات البعد مشبكية للدوبامين حيث ترتفع كميتها في المشبك العصبي ومن هنا أتت الفرضية الدوبامينية والتي تعتبر أن الأعراض السلبية (انعزال - فقد الطاقة) هي بسبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدم في حين أن الأعراض الإيجابية (هلاوس – هذيانات) هي نتيجة لارتفاع في الدوبامين.

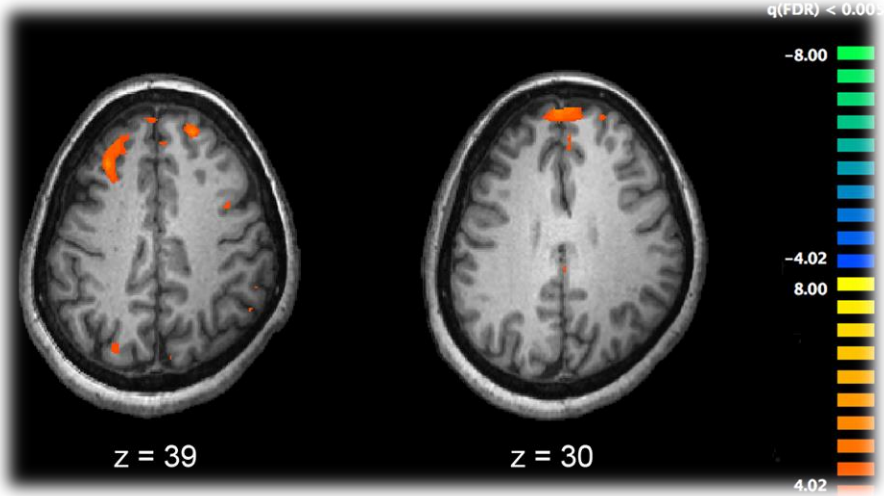
❖ **عوامل تشريحية:**

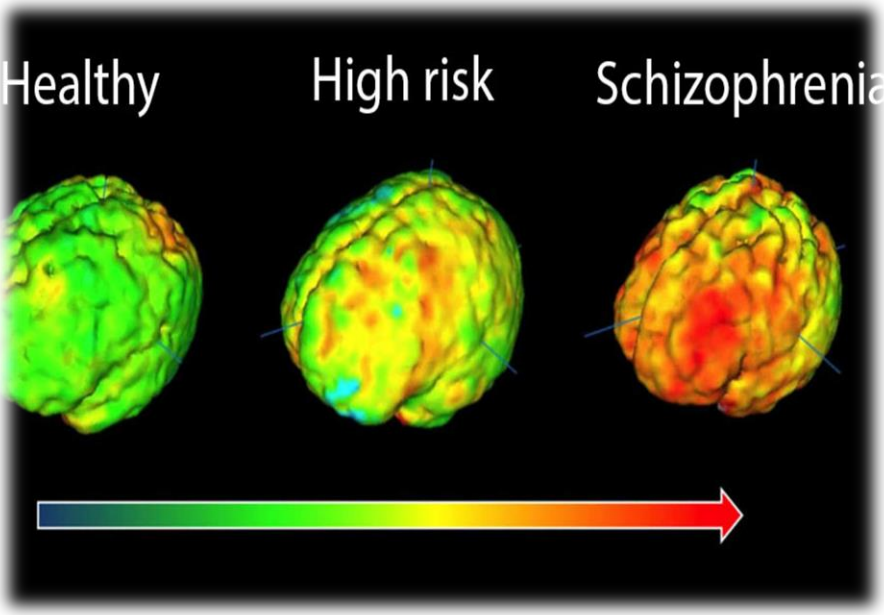
حيث تشير معطيات حديثة إلى أن الفصام يمكن أن يكون ناتجا عن النمو الغير سوي الذي يصيب الفصوص الصدغية المتوسطة، اللوزة والفص الصدغي والجبهي للقشرة المخية أو ناتج عن انخفاض في حجم حصان البحر أو ارتفاع في حجم البطينات الدماغية.



أثر الفصام على البطين الجانبي في الدماغ

❖ **تصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي:** يظهر مستويين في الدماغ، المناطق البرتقالية كانت أكثر نشاطاً لدى أفراد الأصحاء بينما كانت أقل نشاطا لدى مصابي الفصام الخاضعين للعلاج.



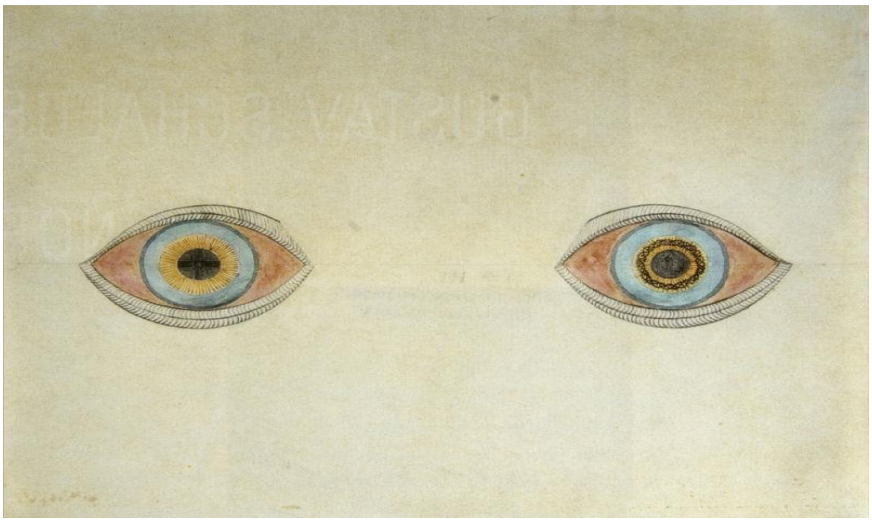


❖ **عوامل نفسية :**

إن الصراعات النفسية وما ينتج عنها من شعور بالإحباط والفشل في أساليب التوافق تؤدي إلى حدوث الاضطرابات العقلية، كذلك الصدمات النفسية والحرمان في الطفولة المبكرة.

الفصام يعتبر استجابة لحالة نفسية متميزة باختلال في وظيفة استقبال المنبهات الحسية، وضعف الأنا واضطراب العلاقة مع المحيط. وقد أثبتت الدراسات الحديثة وجود تلف في الإدراك والانتباه، وكذا المعرفة عند أغلبية المرضى الفصاميين، كما يكون لديهم استعداد جد حساس لأحداث الحياة القلقة، كما وأن لديهم استخدام مرضي لبعض الآليات الدفاعية. **(لكحل، 2010، ص 24-27)**

لوحة ذاتية لشخص مصاب بالفُصام، وتمثل تصوره المشوه للو اقع المُضطرب من حوله



لوحة للفنان الألماني أوغست ناتشرر الذي عانى من الفصام يقول فيها لوحة لعيوني في هذه اللحظة

by schizophrenic artist August Natterer (1868-1933)

❖ **الأشكال العيادية للفصام:**

1. النمط الشبه زوراني:هو نمط من الفصام والذي يستجيب للمعايير التالية:الانشغال بواحدة أو مجموعة من الأفكار الهذيانية او بهلاوس سمعية متكررة ،لا يوجد أي من التظاهرات الآتية في البداية:حديث غير منتظم، سلوكات غير منتظمة أو تخشبية، عاطفة سطحية أو غير ملائمة.

2. النمط غير المنظم: نمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية كل التظاهرات تأتي في البداية:حديث غير منظم،سلوك غير منظم عاطفة سطحية أو غير ملائمة.لا يستجيب لمعايير النمط التخشبي، وكان يعرف باسم فصام الخبل المبكر في التصنيف الكلاسيكي(Hébéphrénie) .

3. النمط التخشبي: ثبات حركي يظهر من خلال جمود أ وذهول تخشبي . نشاط حركي مفرط (بدون هدف ولا يتأثر بمنبه خارجي)سلبية قصوى(مقاومة لا هدف منها ظاهريا لكل الأوامر، أو الاحتفاظ بوضعية صلبة ومعارضة كل المحاولات الموجهة لتغييرها)، أو بكم.غرابة في الحركات الإرادية وتظهر من خلال وضعيات تخشبية (الاحتفاظ الإرادي بوضعية غريبة أو غير ملائمة)، حركات نمطية، تصنعات ظاهرة أو إيماءات بارزة.صدى الأصوات أو صدى حركي.

4. النمط الغير مميز:هذا النمط من الفصام يضم الأعراض التي تستجيب لمعايير(أ) ولكن لا تستجيب لمعايير النمط الزوراني، الغير منظم أو التخشبي.

5. النمط المتبقي:هذا نمط من الفصام يستجيب للمعايير التالية: غياب الأفكار الهذيانية البارزة، هلاوس، حديث غير منظم، سلوكات غير منتظمة أوتخشبية بشكل كبير. دوام العناصر المرضية كما يدل عليه وجود أعراض سلبية، أو عرضين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار أ من معايير الفصام والتي توجه بصورة خفيفة (مثلا :اعتقادات غريبة، إدراكات غير عادية) . .وقد كان يعرف باسم الفصام البسيط في التصنيف الكلاسيكي.

6. الفصام الشبه عصابي: بدء الاضطراب يكون غالبا بمظهر عصابي وهذا ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص، أعراض عصابية (خاصة رهابية، وسواسية، هستيرية) لا نموذجية، مع وجود أعراض تفككية وأفكار هذيانية:

- الرهاب يكون غالبا اجتماعي، مع انطواء وخوف هذياني من أن يكون ملاحظ أو أن يتم الكشف عن أفكاره.
- وساوس مع اجترار، وبدون مقاومة حقيقية للقلق.

- مظاهر هستيرية عادة صاخبة مع إمكانية حالات ثانوية غسقية ووهمية
- اضطرابات عاطفية مهمة غالبا
- تطور دوري مع نوبات تحتوي على عناصر ذهانية.

7. الفصام المزاجي: الشكل الدوري مرتبط بنوبات هذيانية حادة واضطرابات المزاج (سوداوية، هوسية أو مختلطة) وجود سوابق عائلية للفصام أو لاضطرابات المزاج.خطر الانتحار كبير طول مدة النوبات الاكتئابية أو الهذيانية الحادة .بين النوبات :تفكك خفي، شخصية قليلة الاضطراب. **(وئام بوزياني، 2012، ص29-30)**

❖ **المراحل التطورية للفصام:**

❖ **المرحلة الاستهلالية (الأولية) للفصام:** فبدايات الفصام غالبا ما تحدث في فترة المراهقة، وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ جدا، وقد يحدث بشكل بطيء تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل اضطرابات ذهانية واضحة، ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو ميل الفصامي إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية، وغالبا ما يهمل مظهره وصحته، وينسى أن يذهب إلى الحمام، وينام بملابسه.... الخ، كما أداءه في المدرسة أو في العمل يختل ويضعف ويبدو أدائه مهملا وتبدو انفعالاته، وفي الوقت نفسه سطحية وساذجة وغير مناسبة، وتحصل في الحالات أن الاضطراب يظل يتطور بصورة تدريجية ولكن بشكل غير واضح للآخرين غلى أن يبدأ الفرد بإظهار تصرفات شاذة وغريبة، كأن يقوم بجمع القمامات أو التحدث إلى نفسه، أو الانشغال بتصرفات سلوكية أخرى غير مألوفة، فهو بذلك مهيأ للدخول في المرحلة الثانية للفصام-

❖ **المرحلة النشطة للفصام:** يبدأ المريض في هذه المرحلة النشطة بتصرفات سلوكية ذهانية، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة متمثلة في: الهلاوس، الأوهام، الكلام غير المرتبط، الانسحاب الحاد وما إلى ذلك.

❖ **المرحلة المتبقية للفصام:** حيث يكون السلوك فيها مشابها للمرحلة الأولى، الاستهلالية ويغلب عليه الجمود في العواطف، وتكون انفعالاته ووجداناته سطحية وبليدة، وقد يبقى كلامه مفككا، وصحته متدهورة، وبالرغم من هلاوسه وأوهامه قد تتبدد، فإنه يظل يمر بخبرة إدراكية غير عادية وأفكار غريبة، وإدعاءات قبيل القدرة على التنبؤ بالمستبقل أو السيطرة على الأحداث من خلال التفكير السحري، ونتيجة لذلك فإن الفصامي في هذه المرحلة يبقى غير قادر على تحمل مهمات بيتية أو القيام بعمل وظيفي، كم قد نجد بعض الحالات تتحسن أوضاعهم ويمارسون وظائفهم بشكل عادي لكن هذا لا يحدث إلا نادرا . كما أثبتت دراسة مانفر (ابن الطبيب النفسي المعروف بلوير) لأكثر من ألف فرد مصاب بالفصام، تبين أن حوالي 10% منهم ظلوا على حالتهم و20% منهم عادوا ليمارسوا وظائفهم العادية، فما بقي 50% إلى 60% منهم تتأرجح بين المرحلتين النشطة والمتبقية. **(لكحل مصطفى، ص16-17)**

❖ **تشخيص الفصام حسب DMS5:**

إن تشخيص الفصام يعتمد على أنظمة التشخيص السريرية المتعارف عليها عند جميع الأطباء الإكلينيكيين، وحسب جمعية الطب النفسي الأمريكية وما جاء في المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للامراض العقلية -5- فإن تشخيص الفصام يعتمد على ما يلي:

- **الأعراض الوضعية:** وجود اثنين من الأعراض التالية (أو أكثر)، على أن يوجد كل لفترة معتبرة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولج بنجاح):

1. الأوهام.
2. أهلاسات.
3. كلام غير منظم (مثال الخروج المتكرر عن الخط أو التفكك).
4. سلوك جامودي أو منتظم بشكل فاضح. أو فقد الإرادة.
5. أعراض سلبية، أي: تسطح وجداني أو ندرة الكلام

ملاحظة: يلزم وجود عرض واحد من المعيار السابق إذا كانت الأوهام غريبة أو إذا تكونت الهلاوس من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره، أو وجود صوتين أوأكثر تتحادث مع بعضها البعض.

❖ **خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني:**

خلال فترة مهمة من الوقت، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقة بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جَلْبُهُ دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقة بين الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي، أو المهني عندما تكون الهجمة في الطفولة أو المراهقة).

❖ **المدة:**

تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الأعراض(أو أقل إذا عولجت بنجاح) التي تحقق المعيارa (أي أعراض الطور الإيجابي) وقد تتضمن فترات من الأعراض الباردة أو

المتبقية، قد يتبدى الاضطراب أثناء هذه الفترة الباردية أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر الأعراض المدرجة في المعيار. a

- **استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج :** استبعد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية إما:

1. لأنه لم تحدث نوبة اكتئابية جسمية أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة في وقت ما مع أعراض الطور الإيجابي.

2. أو إذا ما حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الإيجابي، فإن مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية والمتبقية.

- **استبعاد تأثير مادة/ حالة طبية عامة:** لم ينجم الاضطراب عن تاثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثال: إساءة استخدام عقار، دواء) أو عن حالة اضطراب نهائي شامل، فإن تشخيصا إضافيا للفصام يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الأهلاسات (الهلاوس) بارزة أيضا.

- ❖ **أعراض الفصام :**
- ❖ **أعراض الفصام الإيجابية:** والتي نعني بها عراض جيدة من وجهة نظر المريض أو المعالج، لكنها تعني وجود أعراض وسلوكات زائدة وغير طبيعية مثل: الهلاوس، الضلالات وهي عكس الأعراض السلبية التي تظهر توحي بالقصور لدى المريض كالبلادة الانفعالية والفقر في محتوى الكلام. (وهذه الاضطرابات في السلوك تؤدي إلى الخلط والتشويش في تفكير المريض وعملية التواصل معه تكاد تكون مستحيلة، حيث يؤدي ذلك إلى عدم القدرة على التفكير العقلاني المنطقي وأنماط شاذة وغريبة من التفكير والكلام) .

1. **التفكير والكلام غير المنظم:** وهو تلفظ المريض بكلام دون معنى مما يستحيل فهمه ومن أهم أشكال التفكير والكلام غير المنتظم ما يلي :عدم الترابط بين الأفكار، الارتباط بالسجع اختراع ألفاظ تعبيرات جديدة، تكرار العبارات

2. **الهذاءات Pelusions** : وهي أفكار زائفة يعتقد المريض بصحتها رغم عدم وجود.

أي أساس لها في الواقع ومن أهم الهذاءات في الفصام، الهذاءات الاضطهادية، هذاءات الإشارة، هذاءات العظمة، هذاءات التحكم.

3. **اضطرابات الإدراك** : الهلاوس السمعية والبصرية واللمسية والشمية والتذوقية.

4. **عدم مناسبة الانفعال للموقف:** حيث يظهر المريض انفعالات لا تتناسب مع الموقف الاجتماعي ولا مع الظروف والأحداث الضاغطة: حيث يظهر السرور والضحك.

- **أعراض الفصام السلبية:** وهي أعراض تعبر عن نواحي نقص أو قصور أو عجز في التفكير والكلام والانفعال والسلوك الاجتماعي، وفي توزيع المريض بصورة شديدة وهي تشمل: اللامبالاة, الفقر في الكلام وفي محتوى الكلام، تبلد المشاعر وسطحيتها، الانسحاب الاجتماعي.

- **الأعراض النفسية الحركية:** وتظهر بشكل واضح في الفصام التخشبي، وفيها يتخذ المريض وضعا غريبا لساعات طويلة لا يتحرك وكأنه متخشب وقد تنتابه بعد هذه الوضعية حالة من الهياج الشديد يحطم فيها ما حوله وقد يجلس على

الكرسي ورأسه للأسفل لساعات طويلة يمكن إضافة بعض الأعراض الإكلينيكية العامة وهي كالتالي:

1. اضطرابات في الإرادة تتمثل في ضعف الإرادة والثقة بالنفس.
2. الضعف الجسمي ونقص الوزن وارتفاع سرعة الدورة الدموية والضغط أو نقصها عن الحدود الاعتيادية.
3. احتمال ارتفاع نسبة السكر والأملاح في الدم أو نقصها عن الحدود الطبيعية.
4. تدهور في ملكية التركيز والذاكرة والقيام بعادات شاذة كخلع الملابس والعراء أو الاغتصاب الجنسي وقد يعود في بعض الحالات إلى ذاكرته بشكل طبيعي.

(وئام بوزياني، 2012، ص 17-21)

1) اضطراب الشخصية شبه الفصامية:

أ - تعريف غالفي وحنين (2005):

يتصف الأفراد ذوي اضطراب الشخصية شبه الفصامية بالسلبية، والسكون وعدم الانتباه، وبالانطواء والميل إلى النشاطات المنعزلة، والبعد عن الثرثرة كما يتصفون بخطاب بطيء ورتيب، وبالتحفظ في العلاقات الاجتماعية، وبضعف الإحساس بالألم، وبمظهر بارد. يفتقرون إلى التلقائية في التفاعلات الاجتماعية، ويتفاعلون أقل، ويظهرون القليل من التعبير الانفعالي. أما معرفيا، فيبدون شاردي، الذهن منغمسين في أحلامهم الحميمية وأهدافهم غالبا ما تكون ضبابية غير واضحة، وغير محددة. **(عبد العزيز حدار، 2013، ص 59)**

ب- المحكات التشخيصية:

أ- أنموذج منتشر من الانسلاخ عن العلاقات الاجتماعية، ومدى ضيق من التعبير عن الانفعالات في المجالات البينشخصية، يظهر في البلوغ الباكر، ويتجلى بأنواع من الاقترانات وذلك بأربع دلالات التالية:

1- يفضل غالبا النشاطات الفردية ويختارها.

2- يبدو لا مباليا غير مكترث بالمدح أو النقد جانب الآخرين.

3- يبدي تبلدا عاطفيا، أو انسلاخا أو عاطفة ضحلة سطحية.

4- لا يحدث الاضطراب خلال سير الفصام، واضطراب المزاج بسمات ذهانية، أو باضطراب ذهاني آخر أو في اضطراب النمو تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمرض طبي عام. المنتشر، أو بسبب تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمرض طبي عام.

ج – الانفعالات الأولية:

تعني الانفعالات الأكثر شعورا لدى الأشخاص شبه الفصاميين:

- اللامبالاة.
- البرودة الانفعالية الظاهرية.
- غياب اللذة.

2) اضطراب الشخصية من النمط الفصامي (Schizotypal Personality Disorder):

أ- تعريف كوترو، وبلاكبورن (2001):

تتميز الشخصية الفصامية النموذجية بالأساس بعدم التكيف المعمّم في علاقاتها البينشخصية وغرابة التصورات والأفكار والمظهر والسلوك التي تظهر في بداية سنّ الرّشد وتتجلى في مختلف السياقات. (**عبد العزيز حدار، 2013، ص 63**)

السمة الأساسية لاضطراب الشخصية الشبه فصامية هي النقص في التفاعلية الانفعالية سواء بالاتجاه الإيجابي أم السلبي. يتبع الشخص بشكل قصدي نمط حياة اجتماعية منعزل جداً، فيتميز الشخص بتباعد بين شخصي وانفعالي. ويعيش الأشخاص حياة منسحبة جداً في الغالب ويشعرون المواقف التي يتعاملون فيها مع ناس آخرين كثيرين بأنها أقرب للمراهقة. (**راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009 عسكر، 2004؛ 2013 , APA, 2000; Fademan and Simring, 2003;**)

غالباً يتصف الأشخاص الذين لديهم صفات من النمط الفصامي بأفكاراً شاذة وإدراكات أو تصورات غير مألوفة (الحاسة السادسة" ويؤمنون بالخوارق (الغيبيات). إنهم يشعرون في المواقف الاجتماعية بالضيق والغربة في الغالب. ويوجد نوع من الشبه مع الفصام ذي الأعراض المنفردة. (**راينكر 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004؛ 2003 ,Fademan and Simring;2000**)

ب- المحكات التشخيصية:

أ- أنموذج منتشر من القصورات البين شخصية والاجتماعية. تتصف بكرب حاد، وقدرة ضعيفة في إنشاء علاقات حميمة، إضافة إلى وجود تشوهات إدراكية ومعرفية وسلوكيات غريبة الأطوار، تظهر في مرحلة البلوغ الباكر، وتتجلى بالعديد من الاقترانات، وذلك بأربع دلالات أو أكثر من الدلالات التالية:

1- الخبرات الإدراكية الغريبة، ومن ضمنها الأوهام الجسدية.

2- التفكير والكلام الشاذ الغريب أي(الأفكار الغامضة، والظرفية والمجازية أو النمطية).

3- الأفكار التشكيكية أو البرانودية.

4- العاطفة المحدودة، أو غير المناسبة وغير الملائمة.

ب- الانفعالات الأولية:

تعني الانفعالات الأكثر شعورا لدى الأشخاص الفصاميين النموذجيين:

- القلق
- الخوف
- الشعور بالذنب
- الحصر

د- المو اقف الانفعالية الدفاعية:

تعني المواقف التي يتم اتخاذها وتبنيها ثانويا، والناتجة عن الانفعالات الأولية:

- عدم التوافق في العلاقات البينشخصية.
- تأويل مؤشرات عادية كإشارات سحرية أو شريرة.
- الانطباع بأنه شخص غريب في المجتمع.
- عدم فهم الآخرين الذي يفضي إلى الشعور بالعزلة.

هـ - التشخيص التفريقي :

يمكن التفريق بين الشخصية الفصامية النموذجية، وكل من الشخصية شبه الفصامية، والشخصية التجنبية، والفصام من خلال الجدول التالي:

الفصامية النموذجية	شبه الفصامية	الفصام	التجنبية
– الانسحاب الاجتماعي اضطراري بسبب ردود أفعال المحيط إزاء غرابة الأفكار والمعتقدات والسلوك والخطاب	– الانسحاب الاجتماعي اختياري، يجد متعة في العزلة والوحدة يبحث عنها، لا يشعر بالتعاسة	– الهذيان الحقيقي والأفكار الآلية (وجود هلاوس وأوهام) وفقدان الصلة بالواقع (التلقائية الآلية، الشعور بفقدان استقلال الفكري، أفكار غريبة عنه.	– الانسحاب الاجتماعي اضطراري مخافة النبذ الاجتماعي، وحساسية مفرطة للنقد وتقييم الآخرين مع وجود رغبة في الاحتكاك

حيث يشعر بالتعاسة، ناتج عن سوء فهم المحيط للتفكير الشاذ. – انسحاب متأخر، ارتكاسي تفاعلي. – غرابة التفكير، السلوك، الخطاب (المعتقدات الشاذة غير المألوفة). – التجنب الانفعالي	– (انسحاب مبكر أولي). – التحكم الانفعالي	ونطق بكلام فرض عليه، والشعور أنه مجرد من إرادته الذاتية، الاعتقاد أن أفكاره الذاتية ولغته الداخلية معروفة من قبل الآخرين. – تناذر التفكك	(انسحاب مبكر أولي). – التجنب الانفعالي.

و- أدوات التقدير:

وضعت عدة مقاييس لتشخيص الفصامية النموذجية ودراستها ومن بين المقاييس ما يلي:

- قائمة السمات الفصامية.

(Schizotypy traits questionnaire (Venables et al 1990))

الفصل الثالث:

اضطراب الشخصية البارانودية

1) اضطراب الشخصية البرانودية (Paranoid Personality Disorder):

اضطراب الشخصية البرانودية (أو ما يُعرف أيضًا بالاضطراب الشكوكي أو الشخصية الزورية) هو اضطراب نفسي يتميز بنمط دائم من عدم الثقة والشك في نوايا الآخرين. يُظهر الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب ميلًا لتفسير تصرفات الآخرين على أنها تهديد أو خداع حتى وإن لم تكن هناك أدلة واقعية تدعم ذلك. تظهر هذه السمات عادة في مرحلة البلوغ المبكرة وتؤثر بشكل ملحوظ على العلاقات الشخصية والاجتماعية.(**Mayo Clinic - Paranoid Personality Disorder)**

السمة الأساسية لها هي نمط ثابت من الشك والحسد، وكذلك تفسير التصرفات الحيادية أو ذات القصد الإيجابي للآخرين على أنها عدائية أو مؤذية أو مهينة (**راينكر، 2009؛ كيس وآخرون، 2009؛ عسكر، 2004 2003 APA, 2013; APA, 2000; Fademan andSimring,).**

❖ **المحكات التشخيصية:**

1. ارتياب وشك عام في الآخرين بحيث يفسر دوافعهم على أنها تنطوي على نوايا خبيثة، يبدأ هذا الارتياب منذ مرحلة البلوغ الباكرة، ويتبدى في تشكيلة متنوعة من السياقات، كما يستدل عليه من أربعة (أو أكثر) من التالي:

1- شكوك، بدون قاعدة كافية، بأن الآخرين يستغلونه، يلحقون الأذى به، أو يخدعونه.

2- الانشغال بشكوك ليس لها مبرر حول وفاء وأمانة الأصدقاء والزملاء.

3- الإحجام عن الثقة بالآخرين بسبب الخوف غير المبرر من أن هذه المعلومات ستستخدم ضده.

4- يستنتج من الملاحظات أو الأحداث البريئة إهانات وتهديدات خفية.

5- يحمل الضغائن بصورة متواصلة، مثال لذلك: لا يصفح عن الإهانة أو الإيذاء أو الاحتقار.

6- يستشعر بهجوم على شخصه أو سمعته لا تكون ظاهرة للآخرين، وهو سريع الاستجابة بغضب أو القيام بهجوم مضاد .

7- لديه شكوك متكررة، دون مبرر، بإخلاص الزوج أو الشريك الجنسي.

2. لا يحدث حصراً أثناء سير الفصام أو اضطراب المزاج ذو المظاهر الذهانية، أو اضطراب ذهاني آخر، وليس ناجماً عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة (**2000,694** ,649 ,2013)

❖ **الأعراض:**

يُلاحظ لدى المصابين اضطراب الشخصية البرانودية عددًا من الأعراض المميزة، منها:

- **شك مفرط وغير مبرر:** يشعر الفرد بأن الآخرين يسعون دائماً للإيقاع به أو استغلاله، سواء في العلاقات الشخصية أو البيئات المهنية.
- **تفسير تصرفات الآخرين بشكل سلبي:** حتى التصرفات أو الكلمات العادية تُفهم على أنها دلائل على وجود مؤامرات أو نوايا خبيثة.
- **حساسية للنقد والملاحظات:** يُفسر النقد أو الملاحظات البسيطة كإهانة شخصية، مما يزيد من مشاعر العدوان والدفاعية.
- **ميل للعزلة:** بسبب عدم القدرة على الثقة بالآخرين، قد يختار المصاب الابتعاد عن العلاقات الاجتماعية لتجنب ما يعتقده من تهديدات محتملة.

❖ **الاحتفاظ بالضغائن:** يصعب على الشخص المسامحة أو نسيان ما يراه من إساءة أو خيانة حتى لو كانت بسيطة أو غير مقصودة. **(- WebMD Paranoid Personality Disorder)**

❖ **الأسباب والعوامل المساهمة:**

على الرغم من عدم تحديد سبب وحيد لهذا الاضطراب، إلا أن الدراسات تشير إلى تعدد العوامل التي قد تسهم في نشوئه، ومنها:

- **العوامل الور اثية والبيولوجية:** تشير بعض الأبحاث إلى أن وجود تاريخ عائلي لأمراض نفسية أو اضطرابات شخصية قد يزيد من احتمالية تطور اضطراب الشخصية البرانودية.
- **العوامل النفسية والتجارب المبكرة:** تلعب التجارب السلبية في مرحلة الطفولة، مثل التعرض للإساءة، الإهمال، أو الخيانة من شخص مهم في حياة الطفل، دورًا رئيسيًا في تكوين النظرة المتشائمة للآخرين.
- **العوامل البيئية والاجتماعية:** يمكن أن تؤثر الظروف الاجتماعية والثقافية، مثل البيئات التي تسودها حالة من عدم الاستقرار أو القلق، في تعزيز مشاعر الشك وعدم الثقة.

الفصل الرابع:

اضطراب ثنائي القطب

1) اضطراب الشخصية ثنائي القطب:

❖ **تعريف ثنائي القطب :**

هو مرض ذهاني تتوالى فيه نوبات أو دورات متكررة بين هوس والاكتئاب ولكي نحكم على تشخيص هذا الاضطراب المرضي إذا ظهر فيه خليط بين الهوس والاكتئاب وقد يتخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عاديا بصفة نسبية.

هو اضطراب عرف قديما عند الإغريق والمصريين حيث كان يسمى بالاضطراب الدوري

هو مرض له قطبان في الحقيقة كما صنف على ثلاث أقطاب.

القطب1: تأتي للإنسان نوبة من الهوس بدرجات متعددة يشعر فيها بالعظمة مرح ,انتعاش ,حركات غريبة, ينتقل في حديثه من موضوع الى آخر.

القطب2: تظهر فيه نوبة من الكآبة، حزن، ضيق في الصدر، ارق، فقدان الشهية يشعر بالانهاك في النهار وإذا تفاقمت الحالة يفكر في الانتحار حسب درجة الحالة.

القطب3: وهو من اهم تصنيف هذا الاضطراب والذي كان مهمل من طرف الأخصائيين يظهر فيه خليط من نوبات الهوس والكآبة وتسمى بالنوبة المختلطة أعراضها تأتي على شكلين : أعراض هوس مع أعراض الاكتئاب أحيانا تكون متوازنة وأحيانا تختلف نوبة عن أخرى في الشدة.

يظهر الهوس فترة معينة والاكتئاب فترة بساعات متزايدة يمكن ان يدوم هذا الاضطراب من أسبوعين الى ثلاث أشهر فما فوق.

الهوس يعبر فيه المريض عن السعادة الفرح والمرح بدرجات متفاوتة وفجأة يتحول الى مكتأب وتظهر عليه علامات الحزن والعزلة، اذا هو مرض نفسي عقلي ومرض اكلينيكي كيميائي.

مرض إكلينيكي: سريري (مختص نفسي والطب النفسي العقلي)

مرض كيميائي: تشابك النواقل العصبية أو خلل في الدماغ (عدم توازن عمل الهرمونات)

❖ **أسباب اضطراب ثنائي القطب:**

- **أسباب حيوية ووراثية :** تنتقل عبر الجينات.
- **أسباب اجتماعية :** سوء معاملة الوالدية علاقة الطفل بالوالدين علاقة سيئة /حرمان عاطفي /عدم التعرف على مبادئ الحب في الحياة /تناول عقاقير تعمل كمؤثرات عقلية بدون استشارة الطبيب.
- حدوث اضطرابات انفعالية متكررة في تاريخ المريض.
- فقدانه للمكانة الاجتماعية.

❖ **أعراض اضطراب الشخصية ثنائي القطب :**

- يتصف ذهان الهوس الإكتئابي.
- إفراط في ردود الفعل الانفعالية
- تذبذب الانفعالي والسلوكي
- تقلب مزاجي سريع
- ففي الهوس نلاحظ السرعة في التفكير ولاندفاعية
- زيادة النشاط الحركي بشكل كثير والمرح
- في الاكتئاب يظهر عليه الحزن

- بطء التفكير
- قلة النشاط الحركي

في البداية يظهر في شكل مباشر الهوس وأحيانا يبدأ بالكآبة ثم الهوس حيث انه لا يدرك تلك التغيرات، فأحيانا يرغب في العمل والخروج كذلك التبذير في الأموال واذا طرأت عليه الكآبة يفضل الابتعاد والعزلة لمدة أسبوع أو اكثر.

العلاجات:

يعتمد الأطباء في أمراض النفس العقلية على دواء thiodazin لكي يحددون أثر الاضطرابات المزدوج من هوس واكتئاب والسيطرة على النشاط الحركي الزائد ولكي يتحكمون في تعديل سلوك مريض ثنائي القطب يتناولون دواء cloripazone cloromazine مع مسكنات مهدئة للتحكم في النوبة أم السيطرة على الاكتئاب ورفع من الحالة المزاجية يستخدمون دواء tofranil;topnranil لعلاج الأعراض المصاحبة مثل فقدان الشهية، الأرق، القلق.

أما العلاج النفسي فيهدف الى المساندة والدعم والفهم والحل المشكلات المريض وفك الشيفرات صراعاتهم وإعطاء الأمل في الشفاء.

الفصل الخامس:

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

(السيكوباتية) والشخصية الحدية

I- الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية)

تعد الشخصية السيكوباتية من الشخصيات المعقدة التي حاول عدد من الباحثين والأطباء النفسيين والعقليين فهم ماهيتها، فهي تعد من الدراسات الحديثة التي جلبت اهتمام الباحثين من أجل التعمق فيها أكثر ومعرفة ميولها واكتشاف جوانب شخصية الإنسان السيكوباتي بشكل دقيق جدًا، والوصول إلى أي خلل في شخصيته، واكتشاف الأمراض النفسية والعمل على تقويمها وعلاجها عبر خطط علاجية ونفسية صحيحة.

وبناء على ذلك تم صياغة عنوان هذا البحث بـ:" **الشخصية السيكوباتية**".

تظهر أهمية دراسة هذا الموضوع في التعرف على الأمراض النفسية التي يعاني منها الشخص السيكوباتي، والعمل على علاجها، كما أن موضوع السيكوباتية ودراسة الأشخاص المصابين بها، يعد ظاهرة تسود المجتمع اليوم ونذيرا خطيرا، لا ينبغي تجاهله أو الإقلال من شأنه، إذ أنه ما يواجهه الفرد من إحباط قد يقلب طاقاته العدوانية إلى الأفراد والجماعات، مما يهدد كيان المجتمع بخطر التمزق الاجتماعي، نظرا إلى الأساليب التي يستخدمها الأفراد ذوو الشخصية السيكوباتية.

أولا: تشخيص اضطراب الشخصية السيكوباتية

السيكوباتية من المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه الأسرة والمدرسة والمجتمع، وتهم علماء النفس والاجتماع والتربية ورجال القانون والأمن لما تتركه من آثار سلبية ضارة بالفرد والمجتمع، ولما تسببه من تهديد للصحة النفسية، وهدر في رأس المال البشري. (علي راجح بركات، 2023، ص 04)

01- تعريف الشخصية السيكوباتية

يشتق هذا المصطلح من كلمتين Psycho ومعناها نفسي، وPath ومعناها مرض أو إنحراف أو مسلك أو طريقين، وهكذا شمل الجمل مصطلح السيكوباتية مفهوم كثرة انحراف الفرد النفسي في سلوكه بعيدا عن طريق السواء أي مجانبة السلوك المتوافق ووصفه بالانحراف. ولذا كثير ما تقترن السيكوباتية بالانحراف فنقول (الانحراف السيكوباتي).(عبد الرحمن محمد العيساوي، 2001، ص24)

وقد مر مفهوم السيكوباتية عبر التاريخ بعدد من المراحل ابتداء من المرحلة الأولى وهي مرحلة تعريف السيكوباتية بالجنون الخلقي والتي بدأت في مطلع القرن التاسع عشر عندما أكد الطبيب بنيل Pinel.

ثم جاء بريتشارد في عام 1835 وأطلق عليها أسم البله الخلقي (خالد وآخرون، 2022، ص56)، وفي عام 1891 قدم (كوش) مصطلح الانحطاط السيكوباتي ليدل على الفئة التي أشار إليها ريتشارد المصابة بالجنون الخلقي، ولكن يتضمن أنواعا من العصاب الهستيري، ومنذ ذلك الحين يستعمل مصطلح الانحطاط السيكوباتي للدلالة على وجود مشكلة محددة واضطرابات في الشخصية لا ينطبق عليها أي تشخيص إكلينيكي.

وفي سنة 1930 أبرز بارتردج التنافر في الآراء حول هذه الفئة إذ وجد أن الفئة التي يتم تشخيصها بالسيكوباتية يتنوع الأفراد فيها تنوعا كبيرا . إذ كثيرا ما يدخل فيها بعض ممن يعانون من الضعف العقلي وبعض من يعانون من عصاب أو ذهان كامن، كما يتضمن الفئة التي يقترح هو تسميتها بفئة السيكوباتيين الاجتماعيين، وأهم ما يميز هؤلاء صعوبة التكيف لمطالب المجتمع.

ثم بعد ذلك وسع كوش Koch مجال الخبل الأخلاقي فأضاف إلى ما ذكره ريتشارد بعض الحالات الخفيفة من الهستريا والوساوس، والحالات التي لا تصنف في إطار الاضطرابات النفسية أو الاضطرابات العقلية.

أما وجهة نظر التحليل النفسي في الشخصية السيكوباتية في رأي الكسندر إذ تكلم من الشخصية ذات الخلق العصابي وهذا المصطلح هو الوصف الذي يطلق في العادة على ما يسمى بالشخصية السيكوباتية ويرى أن

لفظة عصابي يمكن أن تنطبق بدقة على الفرد الذي تظهر صعوباته في شكل نمط مضطرد من السلوك الاجتماعي الذي ينحرف انحرافا بينا عن الأنماط السوية وميز بين أربعة أنواع هي: (العصاب، الخلق العصابي، الإجرام الحقيقي، الذهان). (علي راجح بركات، المرجع نفسه، ص05)

ومنه يمكن تعريف الشخصية السيكوباتية بأنها حالة مرضية تظهر بشكل سلوك اندفاعي متهور، ومتكرر، يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه، دون أن يكون لذلك علاقة بالضعف العقلي أو بمرض عصابي أو ذهاني، أو بحالة صرع، أو بمرض عصبي.

في حين يرى البعض أنه من المستحيل وضع تعريفا محددا للشخصية السيكوباتية، ولكن مع ذلك يمكن القول أنها تشمل الأفراد الذين يتميزون بانحرافات كمية في الدفع والمزاج والأنا والخلق.

وكذلك تعرف بأنها اضطراب في الشخصية،ويتميز بعدم الاهتمام بالالتزامات الاجتماعية، وافتقاد الشعور مع الآخرين، وعنف غير مبرر، ولا مبالاة، واستهتار، فهي حالة تتميز بعجز بالغ عن التوافق الاجتماعي، وتعد حالة بينية بين العصابي والذهان، ومن أبرز سماتها عدم النضج الانفعالي، والعجز عن ضبط النفس، والمثابرة، وعدم الإستفادة من التجارب السابقة. (خالد وآخرون، مرجع سابق، ص 56).

كما يرى البعض أن الشخصية السيكوباتية صفة تطلق على من يغلب على تصرفاتهم الانحراف الاجتماعي والخروج عن القوانين والمعايير الأخلاقية

فالسيكوباتي يبتعد ابتعاد كثيرا عن كل اعتدال في المعايير الطبية والإحصائية والاجتماعية والقيمية فهو شاذ في تصرفاته وفي تكوينه وفي تعاملاته مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه إلى حد أن الناس يشكون منه ومما يصدر عنه من أفعال. (بركات خليفة، 1995، ص92).

و لذا فإن السيكوباتية تشمل انحراف السلوك والأخلاق معا وعلى هذا فهي تشمل فئات كثيرة كمدمني المخدرات والمصابين بجنون السرقة والمنحرفين جنسيا والمشكلين أخلاقيا، والسيكوباتية تظهر نزعاتها على المصاب في سن مبكرة، ولا تستجيب للعقاب أو التعلم أو العلاج عادة، والسيكوباتية لا يرتدع ولا يحس بالخجل لانحرافه، ويتصف بفجاعة الانفعال وسطحيته، وينقصه بعد النظر والقدرة على التخطيط، معظمهم يتميز بذكاء متوسط فالسيكوباتية لا تؤثر على الوظائف العقلية للمريض كالتفكير ولكنها تنصب على قيمة الأخلاقية وسلوكه الأخلاقي وضمير الأخلاقي الذي يتسم بالضعف الشديد فلا يشعر صاحبه بوخز الضمير.

مما سبق ذكره يمكن القول أن مفهوم السيكوباتية من أغمض المصطلحات، وتعكس تعاريفها التذبذب في تحديدها، وكل ما يمكن أن نخرج به منها أن السيكوباتي شخص يعاني صعوبات في توافقه الاجتماعي والانفعالي.

02- أسباب ظهور الشخصية السيكوباتية

هناك مجموعة عوامل لها دور بارز في تكوين الاضطراب السيكوباتي، ومن هذه العوامل، نذكر: (وليد بلاح، مرجع سابق، ص 15)

- **عوامل نفسية:**

ترى مدرسة التحليل النفسي أن السيكوباتي توقف عند مرحلة تكون الهو بمحتوياته البدائية لا يهمه إلا تحقيق الإشباع واللذة دون مراعاة للقوانين والعادات والتقاليد، وهذا يمنع تكون الأنا الأعلى أو الضمير الذي يردع الفرد عن الانسياق وراء دوافعه البدائية.

- **أساليب التنشئة الاجتماعية:**

إن أسلوب التنشئة الاجتماعية الذي تتبعه الأسرة في تربيتها لأطفالها والقائم على الإفراط في اللين والرعاية والحماية، أو على العكس الإفراط في القسوة والعقاب والتفرقة في المعاملة واللامبالاة والإهمال والرفض، والفشل في تعليم القيم والمعايير الاجتماعية، كل ذلك يساهم في بناء بعض مكونات الشخصية السيكوباتية.

وتبين دراسات لبارترج أن نبذ الطفل وخاصة من الأم يعتبر من العوامل في بروز تلك الشخصية، وفي دراسة لبندر Bender وجد أن الحرمان العاطفي والإهمال خاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر تساهم في انحراف

الأطفال، وقد أشار علماء نظرية التعلم الاجتماعي أمثال بندورا Bandura إلى أن السلوك السيكوباتي يتعلمه الطفل من خلال التقليد لنماذج الآباء السيكوباتيين الذين لديهم اتجاهات متناقضة ولا يقيمون وزنا للسلطة أو القانون.**(أحمد محمد، 2000، ص220)**

- **العوامل العضوية :**

إن وجود عاهات جسمية أو تشوهات خلقية قد يخلق إحساس بالنقص فيلجأ إلى التعويض عن هذا النقص من خلال المجتمع وكأنه يريد أن ينتقم لعاهته، أو يقول للناس بصوت مرتفع أنا أقوى منكم رغم عاهتي، وهناك دراسات للسجلات الكهربائية للمخ للأفراد السيكوباتيين نزلاء الأمراض العقلية، أظهروا رسما غير عادي حيث أن الشخص السيكوباتي يعاني من مشكلات فسيولوجية، وسوء التكامل في القشرة المخية.

وكان لمبروزو Lombroso عالم الفسيولوجيا الإيطالي أول من وجه النظر إلى ضرورة دراسة المجرم، وكان يعتقد أن المجرم شخص يمكن تمييزه بصفات جسمية خاصة تبدو في طابع تكوينه البدائي الذي يمكن معرفته من قسمات الوجه أو مظاهر الشذوذ والعيوب العضوية التي يولد بها الشخص كالصرع والجنون.

ولكن من الثابت أن الإجرام ينتج من تضافر جملة عوامل أغلبها من مؤثرات البيئة، ومع ذلك فهناك بعض الحالات التي نجد فيها أثر العوامل التكوينية المتصلة بالنواحي العضوية واضحا بحيث تعتبر دوافع رئيسية للانحراف وتكون عوامل البيئة ثانوية بالنسبة لها، فكثيرا ما تكون العاهة سببا لشقاء صاحبها وشعوره بعدم التكافؤ الاجتماعي والإحساس بالظلم وعدم القدرة على المنافسة والشعور بالنقص ... مما يدفع به إلى السلوك الإجرامي تعويضا عن شعوره بالنقص أو انتقاما من البيئة. (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص 06)

- **العوامل الور اثية:**

لقد نادى بعض علماء الطب النفسي إلى أن انحراف الشخصية السيكوباتية يرجع إلى الوراثة أو على الأقل إلى العوامل الإستعدادية (وراثية كانت أو مكتسبة)، فالسيكوباتي لا يزال ينظر إليه أغلب علماء النفس على أنه فرد ولد وعنده نقص بطريقة ما لأسباب وراثية، كوجود عدد أكبر من أفراد عائلة السيكوباتي سيكوباتيين. (أحمد محمد، مرجع سابق، ص223)

استخلاصا لما سبق نجد هناك المعارضون لدور الوراثة بأن هذه الحجج المعتمد عليها لا تثبت دور الوراثة ذلك أن تأثير التنشئة الاجتماعية يبدأ بعد الميلاد، وأن الأنماط المتعلمة من السلوكيات يستمر طوال الحياة، وأن التقليد

هو الذي يعدد هذه الحالات في الأسرة الواحدة لا الوراثة، وأن مقاومة العلاج ليست وقفا على هذا النوع من الانحرافات. ويعتقد آخرون بأن دور الوراثة يتمثل فالجانب العقلي والجانب التعليمي، فهي تزود الطفل باستعدادات التعلم والاكتساب.

03- الملامح الأساسية للشخصية السيكوباتية

توصلت البحوث التي قارنت بين شخصيات العاديين وشخصيات السيكوباتيين إلى أربعة فروق رئيسية هي: (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص 06)

- ضعف الضمير واختفاء مشاعر الذنب والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.
- البطء في بعض أنواع التعلم خاصة التعلم الذي يحتاج للوعي بمعايير المجتمع.
- مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب النتائج.
- ضعف المشاركة الوجدانية والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين.

وهناك اتفاق حول الخصائص والسمات الأساسية للشخصية السيكوباتية والتي تؤدي في أغلب الأحيان إلى الوقوع في الخطأ والسلوك

الاجتماعي المضاد للقانون أو الجريمة ومن أهم الملامح الأساسية: (أحمد محمد، مرجع سابق، ص225)

- **فقدان الضمير:**

إذ يوجد مظهران متصلان لمفهوم الضمير المختل أو ما يسميه المحللون في علم النفس بالأنا الأعلى هما:

أ. عدم قدرة السيكوباتي على تطبيق الأحكام الخلقية السائد في مجتمعه وعلى سلوكه إذ يغش ويكذب ويسرق ولا يحافظ على الوعد ... الخ.

ب. عدم الشعور بالذنب إذ أن الشعور بالذنب عنصر هام في تكوين الضمير، إذ يشعر الشخص السوي بالذنب إذا خالف القواعد الأخلاقية التي تحكم السلوك، وبالتالي يشعر بالتعاسة وتأنيب الضمير.

وهذه الحالة غير معروفة للسيكوباتي إذ يستمر في سلوكه المنحرف دون شعور الذنب، وإن كان يحاول في بعض الأحيان الاعتذار عن سلوكه وتصرفاته وإظهار الندم وإعلان التوبة، غير أن هذه الألفاظ لا ذرة من الإخلاص فيها وهو قادر على إعطاء أسباب وجيهة لتبرير تصرفاته مما يساعده في كثير من الأحيان على التخلص من المآزق الصعبة ليعود ثانية إلى تكرار نفس الموقف ونفس السلوك.

- **عدم النضج الانفعالي والتركيز حول ذاته:**

إن السيكوباتي من الناحية الانفعالية يتسم بكثرة الانفعال السريع، وهو سمة انفعالية طفلية تتفق مع سلوك الطفل وفق مبدأ اللذة بغض النظر عن قيود المنطق أو الزمن أو الأخلاق أو المعايير.

كما أنه عرضة في هذا الصدد للتقلبات الانفعالية من حيث التأرجح السريع بين المرح والإحباط ولأسباب تافهة كما هو الحال لدى الأطفال، وقد فسر (رابيين) ذلك حين ذكر أن الطفل الصغير لا يهتم في العادة إلا بنفسه ورغباته وحاجاته وهي المحور الذي يدور حوله عالمه الخاص وإذا ما أصيب بالإحباط استجاب للبيئة باندفاعاته متخبطا معتديا على أقرب الناس إليه لفشلهم في الإشباع المباشر لحاجاته.(أحمد محمد، مرجع سابق، ص 224)

ثم يأخذ بالتدريج كلما كبر بالتطبع الاجتماعي إذ يتعلم كيف يوفق بين سلوكه والمجتمع، كما يتعلم كيف يؤجل الإشباع المباشر لحاجاته ويراعي حاجات الآخرين التي قد تتعارض أحيانا مع حاجاته، وبهذا يبدأ الطفل التخلي عن التمركز حول ذاته ويأخذ في الاتجاه نحو التمركز الاجتماعي كجزء من عملية النمو.

غير أن السيكوباتي لا ينمو بمثل هذه الصورة إذ ينمو جسمانيا ومظهريا وعقليا بقدر ما تسمح له قدراته الإدراكية والحركية مما يساعده على

استغلال البيئة، غير أنه لا ينمو انفعاليا ويظل تمركزه حول ذاته كالطفل الذي لا يهمه سوى نفسه وإشباع رغباته إشباعا مباشرا.

ولما كان كالطفل لا يمكنه تحمل خيرا وتأجيل إشباع حاجاته فإنه يشعر بالإحباط الشديد إذا ما وقف عائق دون أهدافه، فيندفع للحصول على ما يريد دون تحذير من ضمير أو خوف من شعور بالذنب . والسيكوباتي يختلف عن الطفل في أنه نما جسمانيا وتكونت لديه مهارات يستخدمها في استغلال بيئته ويسخر هذه المهارات لإشباع حاجاته الطفلية أو ضد غيره من الأفراد الذين يقفون حائلا بينه وبين رغباته، وهنا تكمن خطورته ضد المجتمع.

- **عدم وجود خطة طويلة الأمد للمستقبل:**

يعيش السيكوباتي عادة في الحاضر فهو عاجز عن التطلع إلى المستقبل أو التخطيط له، والحياة بالنسبة له عبارة عن سلسلة من الأفعال الاندفاعية لا تخدم خطة للمستقبل أو التوصل إلى أهداف مرغوبة اجتماعيا فيها استقرار اقتصادي واجتماعي وانفعالي .

وإن كان في بعض الأحيان يصمم على اتباع خطة للبناء مستقبلية فيفشل دائما في تحقيقها إذ تحول عن مقاصده نزعات طارئة أو إغراءات عارضة فتراه لا يتمسك بحرفة على الرغم من أنه قد يؤديها بنجاح . بيد أن

مشاكساته لزملائه ولرؤسائه ومن يتعاون معهم والتجاؤه إلى الكذب والغش والتحايل وعدم تقديره للمسئولية تحول بينه وبين الاستقرار في عمل.

- **العجزعن الحب والارتباط العاطفي:**

فالسيكوباتي يعجز عن إقامة روابط عاطفية أو علاقات متبادلة مع الأفراد، فما دامت اهتماماته مركزة حول نفسه فلن يسمح لأي أحد بدخول عالمه، وتتوقف أهمية الآخرين عنده على مدى استغلالهم لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، والصداقة الحقيقية ليست من الخبرات التي يتضمنها نشاطه وذلك مع قدرته على اجتذاب عطف الآخرين وحبهم له.(أحمد محمد، مرجع سابق، ص 225)

وفي المقابل لا يقيم لأحد أي اعتبار وسوف يخونهم ويستعمل ثقتهم فيه لتحقيق مأربه. إذ يفتقر إلى القدرة على المشاركة الوجدانية وتفحص مشاعر الآخرين يعجزه عن الإحساس بما يمسه الآخرون وعدم إحساسه بانفعالات الغير أو مشاكلهم . وينطبق ذلك على الحب، فهو عاجز عن حب الغير وهذا لا يمنع من أن له حياته الجنسية وعلاقاته الجنسية غير أن هذه العلاقات تفتقر إلى العمق والأصالة.

كما لا يوجد استقرار في مثل هذه العلاقات، فهو في العادة زير نساء وممثلا بارعا على تمثيل الحب إلى أقصى الحدود للوصول إلى مآرب ذاتية

لاكتساب الثقة أو كسب التعاون أو الإشباع الجنسي، والعملية الجنسية له عملية فسيولوجية بحتة لا تعقدها انفعالات الحب وعارضة دون ارتباط أو ولاء أو احترام للشريك. (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص07)

- **يوصف السيكوباتي بالضعف الشديد في الاستبصار:**

فسلوكه يفصح عن أنه لم يستفد من التعلم أو التجربة السابقة سواء بالنسبة له أو بالنسبة لغيره من الناس فهو عاجز عن إدراك الواقع وما للبيئة الاجتماعية من حدود وقواعد وقيود لأنه لا يعرف إلا الإشباع السريع لحاجاته فحسب، ومن ثم تاريخه مليء بالسلوك السيئ المخالف المضاد للقانون وقواعد الضبط الاجتماعي عامة.

- **السيكوباتي بصفة عامة شخصية غيرسوية:**

فهو سيئ التوافق وإن كان كثيرا ما يعد ضمن الأسوياء لخلوه من العلامات المميزة الواضحة للذهانيين، كما أنه يتميز بانحرافه اجتماعيا ومن طفولته يتميز بشدة الشعب والمناوشة ولا يؤثر فيه ثواب أو عقاب فهو خارج على التقاليد والنظم.

- **المستوى الذهني للسيكوباتي غالبا ما يكون عاديا أو فوق المتوسط:**

فنادرا ما يكون السيكوباتي على عطاء ذهني متخلف، لكن تصرفاته غريبة وكأنها تصدر عن عقل مريض إذ قد يكون غنيا وفي غير حاجة إلى المال إلا

أنه يلجأ إلى السرقة لمجرد اللذة، وقد يملك سيارته فيرى سيارة أخرى فيقودها ويقذف بها من قمة جبل ويعود إلى سيارته وكأنه لم يفعل شيئا غريبا.

ومما يجدر الإشارة إليه أنه يدخل في عداد السيكوباتيين عتاة المجرمين ـ ومدمنون الخمر والمخدرات والمنحرفون والمتزمتون والمشردون والبلطجية والمتعصبون دينيا أو مذهبيا والعاهرات والمرضى بالكذب . ويجب أن نشير إلى أن نسبة السيكوباتيين من المجرمين ضئيلة ويعنى هذا ألا نحكم على كل المجرمين بأنهم سيكوباتيين وتؤكد معظم الدراسات أن حالات الأطفال الذين يمكن اعتبارهم سيكوباتيين نادرة إن لم تكن منعدمة.

تظهر أعراض السلوك ضد المجتمع قبل سن الخامسة عشرة وتلخص كالآتي: (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص 09)

❖ **في مرحلة الطفولة:**

- الطفل تتحكم فيه الرغبات البدائية.
- يظهر عدم النضج العاطفي والاندفاع في تصرفاته.
- غالبا ما يكون مخادعا كذابا غشاشا مشاغبا ميالا للتدمير والتخريب.
- يظهر التصنع في تصرفاته مع نوبات من الغضب.
- سلوك منحرف كالسرقة والهروب من المدارس والبيت، وكذب وتمارض، وعدم الاستعداد للإصلاح.

- تبول ليلي لا إرادي.

❖ **أعراض حول مرحلة المراهقة:**

- الثورة ضد سلطة الوالدين أو أي سلطة أخرى.
- عدم تقبل نظام القيم الأخلاقية المتعارف عليه في الأسرة.
- الاصطدام مع المسئولين بالمدرسة وتدني التحصيل الأكاديمي.
- عند اقترابه من مرحلة الاكتمال والبلوغ تزداد هذه الأعراض حدة نظرا للمسئوليات التي يتعين عليه تحملها، وكذلك للتراخي التدريجي في سلطة البيت والتحلل منها وعدم التقيد بها.

❖ **أعراض مرحلة البلوغ:**

- عدم النضج العاطفي والميل للاندفاع، ويبدو طفلياً لا يخضع رغباته الخاصة ليعطي فرصةلرغبات الآخرين ويتبع هوى اللحظة التي هو فيها.
- غالبا ما يكون للسيكوباتي ملف بالشرطة نظرا لسلوكه ضد المجتمع واللاأخلاقي لأن ضميره يستبيح إشباع أهواءه دون اعتبار للمعايير الأخلاقية أو الحدود التي يسمح بها المجتمع.
- الأنانية الشديدة والتركيز على الاهتمام بذاته وعليه لا يستطيع خلق علاقات عاطفية موضوعية ذات طبيعة مستمرة ودائمة ويضع بذلك العراقيل أمام أي علاج طبي نفسي.

- ضعف المقدرة أو انعدامها على إصدار الأحكام الموضوعية.

- لا يعتمد عليه ولا يوثق به بالرغم من أنه يبدو لأول وهلة جذابا وجدير بالثقة، يكذب كثيرا فيما يدليه عن ماضيه ويعطي وعودا لا تنفذ بشأن المستقبل.

- لا يهتم لنتائج أعماله ولا يقبل اللوم على غير السوي منها.

- عدم القدرة على تحمل الإحباط ويتبع مبدأ اللذة ولا يتأثر بمبدأ الواقع.

- عدم القدرة على تأجيل الإشباع العاجل لرغباته . فهذا يرتبط بعدم نضجه وشدة تركيزه على ذاته واندفاعه فهو يرغب في تنفيذ ما يرغبه وقتما يرغبه

- يدمن على المشروبات الكحولية والمخدرات والأدوية ذات التأثيرات المتعددة (منومة، منشطة، مهدئة، مهلوسة).

- يسقط كل نقائصه على الآخرين، ويلوم المجتمع وكل فرد إلا نفسه.

- ضعف التكيف الوظيفي وسوء الأداء المهني.

- اقتناع داخلي بأنه محصن ضد القوانين والعادات الاجتماعية وبأن هذه لم توضع له وبالتالي ليس ملزما بالتقيد بها.

من خلال التشخيص الإكلينكي يتصف السيكوباتي المضاد للمجتمع بـ: (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص 09)

- ✓ عدم النضج الانفعالي، فقدان التبصر، العبثية، الأنانية، النشوز الاجتماعي. وهذه الصفات هي خروج عن القاعدة الاجتماعية في التعامل والترابط الاجتماعي.
- ✓ عدم المقدرة على التحكم بدوافع السلوك.
- ✓ عدم توفر الوازع الضميري بما يكفي للشعور بالإثم والندم على تصرف مخل بالمثل الأخلاقية للمجتمع الذي ينتمي إليه.
- ✓ السطحية بالعلاقات العامة والعجز عن إقامة علاقة صحيحة وثيقة ودائمة حتى مع شخص واحد، والسعي إلى استغلال الآخرين إما بالتحايل أو بالابتزاز أو التطفل
- ✓ فقدان الخجل والشعور بالعيب.
- ✓ انعدام التحسس بالنخوة والشرف وفقدان التعاطف مع الآخرين أو الشفقة عليهم
- ✓ ضعف في القدرة على التفكير المنطقي المتواصل، والتوصل إلى أسباب الأمور ونتائجها.
- ✓ سريع التأثر والانفعال، والتصرف برعونة وغطرسة ولا يحظى بالتقدير والاحترام.
- ✓ يندفع بدون ضوابط للتعدي على الغير أو الأشياء وبدون مبرر.

- ✓ عدم الاستقرار والالتزام بالشأن العائلي والحياة العامة.
- ✓ فقدان الطاعة والانتظام العائلي.
- ✓ المشاكسات والخروج على القانون في مجال الحياة العامة مما قد يقوده إلى القضاء.
- ✓ التغيب والتمارض وتجنب المسؤولية ودفع الأعمال إلى الآخرين.
- ✓ اضطراب العلاقة على مستوى أو أكثر من مستويات العمل والإدارة والعلاقات الشخصية.
- ✓ كما تبرز بعض المظاهر والحالات غير المرغوبة اجتماعيا وخلقيا مثل:
  - قصور في النمو العاطفي.
  - وجود انحراف وشذوذ في مجال الحياة الجنسية.
  - تعاطي المشروبات والمقامرة لحد الإدمان.
  - تعود على الأدوية والعقاقير المخدرة.

ويلاحظ أن هذه السمات والأعراض تعد خروجا واضحا على الأعراف والقيم والتقاليد الاجتماعية، وسلوك هذه الشخصية مرضية في تصرفاتها، سوية كما تعتقد مع نفسها، منحرفة عن قيم ومعايير المجتمع وفق السياق العلمي للتشخيص.

إن السيكوباتي جذاب، ذكي، متكلم ومؤثر بالحديث، شخصية منبسطة، لا هدف له، غريزي حيواني، يقنع الآخر بأسلوبه الخلاب، لذا صنفت هذه الشخصية على وفق المعايير الاجتماعية والطبية بأنها ليست مريضة نفسيا أو عقليا بل إنها شخصية منحرفة عن قيم المجتمع، ومذا الانحراف يعد بحد ذاته خروجا عن المألوف ومتضادا معه حتى سميت بالشخصية المضادة للمجتمع أو المناهضة للمجتمع.(أحمد محمد، مرجع سابق، ص 225)

لذا الشخصية المضادة للمجتمع لا تحتكم إلى العقل، وهي غير واقعية، عندما تحس بالتأزم والمهانة، يصدر عنها الكبر والحسد والعجب والغرور، وما إلى ذلك من ضروب سوء، وتنحسر قدرة الضمير ووازع الخير إلى أقل ما يمكن في نفسه وتبقى ضعيفة واهنة لا قدرة لها على المجابهة مع تلك التيارات من الشر والعدوانية نحو الناس دون استثناء أو تمييز، حتى نجده لا يقيم اعتبارا لأحد.

ثانيا: النظريات المفسرة للشخصية السيكوباتية

تعد الشخصية السيكوباتية من الشخصيات المعقدة التي حاول عدد من الباحثين والأطباء النفسيين والعقليين فهم ماهيتها، فهي تعد من الدراسات الحديثة التي جلبت اهتمام الباحثين من أجل التعمق فيها أكثر ومعرفة ميولها

واكتشاف جوانب شخصية الإنسان السيكوباتي بشكل دقيق جدًا، فظهرت عدة نظريات حاولت تفسير وتحليل هذه الشخصية.

01- نظرية التحليل النفسي

يشير فرويد إلى أن الخصائص المميزة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هي اللامبالاة بالمعايير الاجتماعية أو الثقافية وانعدام القدرة على التعاطف مع الآخرين، ويرى فرويد أن (الأنا) في الشخصية المعادية للمجتمع، وهو العامل النفسي الذي يسيطر على كل من المطالب الداخلية والواقع الخارجي، كما أنه لا يضعف في مقابل القوى المعتدلة من المحظورات والمعايير الثقافية أو الأخلاقية.

كما تؤكد نظرية التحليل النفسي على أن محك السيكوباتية واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو غياب الضمير، أو العجز البالغ في نمو الأحكام الخلقية، كما أن ذوي اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع الذين يعانون من اضطراب نفسي حاد يستخدمون الدفاعات النفسية التالية: الإسقاط، إنقاص القيمة، الإنكار.

يرى فرويد العلاقات الاجتماعية بأنها سلوك، وراءه دافع يعمل لتحقيق رغبة، وأن الدافع يصدر عن الموجودات الثلاثة داخل الفرد (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، وأنه كلما تنافرت هذه المكونات الثلاث داخل الفرد

يـؤدي إلى سـوء توافقـه مـع نفسـه، ومـع البيئة الاجتماعية من حوله. (معتز محمد، مرجع سابق، ص 313)

02- النظرية السلوكية

يـرى بـافلوف أن السـلوك الإنساني مـا هـو إلا مجموعـة مـن العـادات التي تعلمهـا الفـرد أو اكتسـبها فـي أثنـاء مراحـل نمـوه المختلفـة، وأن الاضطراب السـلوكي يكـون مـن نتائج أحد العوامل التالية: (رائد أحمد أبو هويشل، 2013، ص25)

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- مواجهة الفرد لموافقه منتاقضة لا يستطيع اتخاذ القرار المناسب لها.

ترجـع هـذه النظريـة سـوء التوافـق فـي سـلوك الفـرد مـع الجماعـة إلى اعـتلال فـي نمـو مكونـات الشخصـية فـلا يسـتطيع إدراك المعـايير السـلوكية، وهـذا مرجعـه تعـرض الشـخص لمؤثرات بيئيـة من نـوع ما أو نتيجـة خبرات، ومؤثرات مـر بها في حياتـه مما أدى إلى اكتسـابه مجموعـة مـن العـادات، والاتجاهـات سـواء نحـو الـذات أو نحـو الآخـرين لا تحقـق لـه التوافـق مـع نفسـه أو مـع المجمتـع الـذي يعـيش فيـه مما يجعلـه ينحـرف عـن معايير السلوك السائد في المجتمع.

03- نظرية التنظيم الذاتي (باندورا)

يرى باندوار أن التنظيم الذاتي يعني قابلية الفرد على التحكم بسلوكه الخاص، فالانفعال الذي يعطيه إحساسا بالفخر، والرضا الذاتي يكون مرغوبا أكثر عند القيام به من الانفعالات التي تؤدي إلى النقد الذاتي، فالناس يصنعون وبشكل مستمر معايير لأنفسهم ثم يقارنون بينها وبين أدائهم للوصل إلى تلك المعايير، وهناك ثلاثة عوامل تحدد درجة الدافعية الذاتية، وهي: (رائد أحمد أبوهويشل مرجع سابق، ص 25)

- **الفعالية الذاتية للشخص :** فإذا شعر الشخص بأنه قادر على انجاز الهدف فإنه سيعمل بجد أكثر، ولا يستسلم بسهولة بالمقارنة مع شخص تكون فاعلية الذات عنده منخفضة
- **التغذية الراجعة :** وهي تعديل الجهود المبذولة أو الأهداف لتكون أكثر، واقعية، والمنجز عمليا يزيد من فاعلية الذات عن طريق التغذية الراجعة.
- **الزمن المتوقع لانجاز الهدف :** فالأهداف قصيرة المدى أكثر تأثيرا من الأهداف بعيدة المدى في تحديد الدافعية الذاتية، ويمكن للمعايير والأخلاق الذاتية (الداخلية) تنظيم السلوك، فالناس الذي لا يلتزمون كثيرا بالمعايير الشخصية يتبنون اتجاها برغماتيا – يجعلون سلوكهم متناسب مع ما تتطلبه.

04- نظرية التعديل السلوكي المعرفي (دونالد ميكنبوم)

ترى هذه النظرية أن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد، وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، فالحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد، ويساعده في تصنيف مهارته، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارات المطلوبة، وبأن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحديثة الداخلي، لذا يجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد تحقيقه، والشيء الذي يرغب في احداثه في البيئة، وكيف يفهم المثيرات، ولأي شيء يعزي أسباب سلوكه، وتوقعاته.

وأنه إذا أردنا تعديل سلوك الفرد لا بد أن يتضمن ذلك معتقداته، ومشاعره، وأفكاره الأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، واستنتج ميكنبوم خلال دراسته بأن للتفكير، والمعتقدات، والمشاعر، والحديث الايجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في عملية التعلم.

ثالثا: أنواع الشخصية السيكوباتية وطرق احتوائها

تتنوع الشخصية السيكوباتية فنجد العديد من الأنماط، ولكنها يمكن أن تخضع للعلاج، كما يمكن تفادي الوقاية من هذه الشخصية.

01- أنواع الشخصية السيكوباتية

هناك العديد من الأنماط أو الأشكال التي يظهر بها الانحراف السيكوباتي والتي تصبح جزء من تكوين الشخص نذكر منها: (يوسف ميهوب، 2016، ص57)

- **السيكوباتي العدواني:** وتتمثل هذه الفئة في المجموعة التي تدمن وتكثر من الشجار، إضافة لمعتادي الإجرام، وينـدفع هـؤلاء للجريمـة، والقتـل، والاعتـداء على الغيـر، لأتفـه الأسـباب.
- **السيكوباتي الناشز غير المتوافق :** ويضم المرتكبين للجنح والناشزين على المجتمع الذين يسببون مشكلات عائلية واجتماعية والاتكاليين الذين يعيشون بالقوة والعنف عالة على أمهاتهم وآبائهم وأقاربهم ومجتمعهم. (سميرة وآخرون، 2019، ص14)
- **السيكوباتي الخارج** :وأفراد هذه الفئة يظهرون ضعفا ظاهرا في الخلق مع شعورهم بعدم الأمان في داخل أنفسهم ويظهرون في سلوكهم الغرابة المميزة.
- **السيكوباتي المتجول :** يتصف أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على التحكم في رغباتهم لاسيما رغبة الانتقال من مكان لآخر دون سبب واضح ودون هروب من سلطة القانون، لأنهم في الغالب ليس لديهم توجه للإجرام.

- **السيكوباتي المتعصب:** وهذا قد يكون من المصابين بالبرانويا ويشمل هذا النوع المصلحين أصحاب النشاط الديني المتشدد وهؤلاء يميلون للكفاية الذاتية وهم متشوقون للعظمة ويتصفون بسرعة الغضب وليس لديهم روح المرح.
- **السيكوباتي المتعب القلق:** ويصعب عليهم فهم الآخرين وليس لديهم إدراك لمشاعر الآخرين أو رحمة بهم ويتميزون بالاهتمام بذواتهم، ومواقفهم عموما غير اجتماعية.
- **السيكوباتي عديم الشعور :** وهذا الشخص يقترف أعمالا عدوانية فيها عنف ضد أشخاص آخرين أو جماعات دون القدرة على التحكم في اندفاعاتهم ودون الإحساس بالخطأ أو الشعور بالذنب.
- **السيكوباتي الانفجاري :** وهو شبيه بعديم الإحساس من المجرمين ويوجد لدى هذا النوع حالات الغضب الانفجاري، وقد يتخذ السلوك العدواني نحو نفسه فينتحر .
- **السيكوباتي المكتئب :**هو الفرد الذي لا يقدر نفسه وينظر للمستقبل نظرة تشاؤمية وكل ش يء في حياته يذكره بالخطر، وكثيرا ما يفكر بالانتحار لكثرة همومه .

- **السيكوباتي صاحب النقص الخلقي:** قادر على القيام بالأعمال العقلية ولكنه لا يستطيع ملائمة نفسه لمطالب المجتمع ولا يعرف ما نسميه بالخطأ والصواب لأن سلوكه أناني لا يراعي حقوق الآخرين أو مشاعرهم أو مصالحهم.
- **السيكوباتي المريض بالكذب:** وهو الذي يردد القصص الخيالية التي تخرج عن الحقيقة المعقولة بهدف الارتياح النفسي وخفض توتره الداخلي أمثال منتهكو العرض وكاتبو العرائض والتقارير الكاذبة.
- **السيكوباتي المتقلب العاجز :** ويصفه أحمد عكاشة بأنه " :هو أشبه بالشخصية العاجزة ولا يستطيع المثابرة على عمل واحد أكثر من عدة أشهر، ويتخلل هذه الأشهر مشاجرات وتوترات بسبب نظام العمل مع عدم الاهتمام بنتائج ذلك السلوك، ومتعدد الزيجات والأطفال دون تحمل المسؤولية، وأصحاب هذه الشخصية قد ينخرطون في الإدمان أو الشذوذ الجنسي أو الجرائم البسيطة ويصبحون من المترددين على العيادات الطبية.
- **السيكوباتي العدواني المتقلب الانفعالي:** هو أقل الفئات شيوعا فهو مضاد للمجتمع بصورة أكثر ضررا، ويندفع هذا النوع لارتكاب الجريمة والقتل والاعتداء على الغير دون أسباب جوهرية فيكون متبلد انفعاليا فينكر وينسى ولاءه لأصدقائه في سبيل مصلحته الشخصية.

02- علاج الشخصية السيكوباتية

علاج هذه الحالات ليس بالأمر السهل فأصحابها لا يعتقدون أنهم مرضى ولا يحضرون للعلاج من تلقاء أنفسهم، وطرق العلاج التي تعتمد على العقاب أو التعقل فشلت بأن تأتي بنتائج ملموسة.

ويرى البعض بأن هذه الظاهرة لا علاج لها سوى العقوبات التي تحددها القوانين والمتمثلة في جملتها في عزل السيكوباتي عن المجتمع باعتباره مجرما لابد من حماية الناس من شروره، وكانت السجون في الغالب مأوى هؤلاء ومنهم في مستشفيات الطب النفسي يدخلونها ثم يغادرونها بسرعة بعد أن يثبت أنهم ليسوا مضطرين عقليا ليعودوا إلى سيرتهم الأولى داخل المجتمع.

هذه النظرية بدأت تضعف وأصبح ينظر إليهم باعتبارهم ضحايا تنشئة

اجتماعية مضطربة وهناك أمل في إصلاحهم، وذكر بعض طرق العلاج التي تؤدي نتائج إيجابية مع هؤلاء الأفراد، رغم اعتقاد البعض بعدم قابلية الشخصية السيكوباتية للتعديل والتطوير بأساليب العلاج النفسي والطبي والاجتماعي وهي: (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص 12)

- **العلاج النفسي :**

يهدف هذا العلاج إلى محاولة تصحيح سلوك السيكوباتي وتعديل مفهوم الذات لديه، وحل الصراعات، وإزالة مصادر التوتر والقلق وإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية . وقد يتخذ هذا العلاج الأسلوب الفردي أو الجماعي، ويعتمد النجاح فيه على إيجاد علاقة نفسية شخصية بين المعالج والسيكوباتي.

ويرى كلكلي أن التحليل النفسي يفشل في العلاج وذلك بسبب عدم وجود الاستبصار وعجز المريض عن التحويل، وتجرده من الرغبة في الشفاء.

- **العلاج الديني :**

يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المنحرف بإعادة صياغة محتويات أنآه الأعلى أو ضميره الأخلاقي، ونقطة البداية في هذا العلاج تتمثل في مناقشة العقائد الإيمانية تمهيدا لتقويتها في نفسه لتكون بالتالي ينبوع سلوكه، فإذا نجحنا في بذر العقيدة الإيمانية في نفسه نعلمه كيف يكبح دوافع الهوى .

العلاج السلوكي :

يشمل هذا العلاج العلاج بالتنفير ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بجوار السلوك غير المرغوب فيه، وأيضا العلاج بالتدعيم الذي يبدأ أولا بتحديد أنواع السلوكيات، فيلجأ المعالج إلى إزالة هذا التدعيم . والتدعيم قد

يشمل الطعام والشراب وقد يكون تدعيما اجتماعيا والتشجيع، ويلجأ المعالج السلوكي إلى تبديل أفكار المريض ومعقداته واتجاهاته على أمل أن يتبدل تبعا لذلك السلوكيات غير المرغوب فيها.

- **العلاج النفسي الجماعي:**

يمكن أن يساعد في تحسن بعض الحالات.

- **إدخال الحالات السيكوباتية مصحات خاصة بهم**

فقط لمحاولة خلق ضمير اجتماعي عندهم وتطوير إحساسهم بحقوق الآخرين .

- **العلاج البيئي :**

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التي قد تساهم في نشوء السيكوباتية داخل المنزل أو خارجه، وذلك بتوفير الرعاية الاجتماعية للسيكوباتي في الأسرة والمدرسة أو المؤسسة، وكذلك توفير أماكن مناسبة لقضاء وقت الفراغ، وإشراكه في الأنشطة الاجتماعية الخيرية ... الخ .

- **العلاج التكاملي :**

وهذا المنهج يحاول أن يجعل من العلوم الطبية والنفسية أداة وقائية اجتماعية لا أداة علاجية فردية، أن الأمم المتقدمة أصبحت الآن تعتمد على هذا المنهج في علاج الشخصيات السيكوباتية، وخاصة في ميدان الطب الاجتماعي .

هناك حاليا تجربة في روسيا على نطاق واسع وتهدف إلى الإشراف الطبي على الفرد طوال حياته عن طريق الخدمات الطبية والوقائية والاهتمام بما يسمى بالطب الاجتماعي، هناك حالات أصابها التحسن وعادت إلى حسن التكيف وهي في حالات الانتظار في المستشفيات، إلى أن الفضل في ذلك يعود إلى عامل التلقائية ونضوج السن، وقد وصف أدولف ماير التلقائية هي ما يمكن أن يعمله الفرد وما يعمل فعلا من تلقاء نفسه وبطريقته الخاصة دون دافع أو قسر خارجي، وهي تعتبر من العوامل الهامة في شفاء الفرد.

- **العلاج الدوائي :**

يفضل العالم سلفرمان علاج هذه الحالات بالعقاقير وخاصة زمرة المسكنات القاعدية، وقد تبين له بعد تخطيط المخ كهربائيا أن السيكوباتية قريبة من الصرع، وأشار في نهاية تجاربه إلى أن خير النتائج تكون بالجمع بين العقاقير والعلاج النفسي.

- **العلاج بالصدمات التشنجية :**

عن طريق الكهرباء أو بحقن من الكارديازول، إذ أن هذه الوسائل تعطل النشاط الذهني إلى حين وتسمح للوسائل السوية في الظهور والأداء.

- **العمليات الجراحية :**

ويقصد بها عملية شق مقدم الفص الجبهي لقطع المسالك العصبية التي تربط بين الفصوص الجبهية والسرير البصري في التلاموس، وتستعمل

هذه الجراحة في حالات الفصام والميلانخوليا، أما من حيث استعمالها في حالات السيكوباتية فلا تزال التجارب نادرة جدا، أما ليفن فيرى أن السيكوباتية أصعب في علاجها من العصاب وذلك لأنها على صلة وثيقة بعنصر اللذة، لا يفيد العلاج التحليلي لأن السيكوباتي يرفض التنازل عن لذته.

03- الوقاية من الشخصية السيكوباتية

- توفير التنشئة الاجتماعية السليمة للأطفال داخل الأسرة أولا بحيث تستجيب لمطالب النمو في كل مرحلة من مراحله . وتوفير الحنان والعطف والأمن والانتماء خاصة في مراحل النمو الأولى . وإشعاره بأنه مقبول في الأسرة، التي يجب أن تتسم بالانفتاح والود والصداقة لأن نمط العلاقات الأسرية هو الأساس لعلاقاته الاجتماعية خارج الأسرة.
- تكوين الضمير الجمعي لدى الطفل من ضروريات تنشئته الاجتماعية حتى يستطيع ضبط دوافعه والالتزام بقوانين المجتمع أو احترام ما فيه عادات وتقاليد . والتربية الدينية هي التي تزوده بمعايير الحلال والحرام، والحسن والقبيح، والخير والشر، وتغرس في نفسه الخوف من الله ومراقبته له في كل فعل يؤديه . وتعلمه التكافل والتضامن الاجتماعي .

- حماية الأسرة باعتبارها الخلية الأساسية للمجتمع، حمايتها من الانهيار ومنع الرجل من استخدام حقه في الطلاق إذا ترتب عن ذلك الحق تفتيت بنيان الأسرة وتشريد أطفالها.
- إهتمام المدرسة بمعالجة مشكلات تلاميذها أول بأول بحيث لا تتراكم هذه المشاكل وتؤدي إلى لجوء أصحابها إلى حيل دفاعية هروبية بدلا من المواجهة الموضوعية لتلك المشكلات.
- الاهتمام بمعالجة العيوب الخلقية والتشوهات الجسمية لما يمكن أن تتركه من آثار نفسية سلبية لدى الطفل.
- محاولة التنبؤ المبكر بظهور مشكلة السيكوباتية، القابلة للانحراف السلوكي حتى نتمكن من اتخاذ الإجراءات الوقائية قبل تفاقم المشكلة.
- التوجيه والإرشاد الوالدي فيما يتعلق بظروف التنشئة الاجتماعية وأساليبها السليمة، وأنماط العلاقات الأسرية وطبيعة المناخ الأسري وتأثيرات ذلك على نمو الطفل والمراهق، وأهمية المتابعة الوالدية للأبناء وعلاج مشكلاتهم أولا بأول.
- العلاج النفسي يهدف إزالة أسباب القلق والصراع النفسي ومصادر الضغط والتوتر الانفعالي، وإشباع الاحتياجات النفسية المحبطة لدى السيكوباتي، وتنمية استبصاره بطبيعة سلوكه وعواقبه.

- التخلص من العوامل المساعدة على انتشار الظاهرة مثل عدم توقيع العقاب الرادع، والتباطؤ في تحقيق العدالة وعدم وجود ارتباط مباشر بين ارتكاب المخالفة القانونية وتطبيق العقاب المناسب، والتأخير في مواجهة الحوادث الفردية حتى تتزايد لتصبح ظاهرة . فالوقاية هنا أهم من العلاج، وتبدأ بالاهتمام بالتنشئة ؛ لأن الانحراف الذي يصيب الشخصية يبدأ مبكرا، وإذا حدث فإن علاجه لا يكون ممكنا.
- أما إذا ظهرت بوادر للمشكلة فإن بعضا من الحلول الحازمة التي ينبغي اتخاذها في هذا الإطار مثلما تفعل بعض البلدان التي تقوم بوضع هؤلاء المنحرفين بعد تشخيص حالتهم . وقبل أن تتعدد الجرائم التي يقومون بارتكابها . في أماكن تشبه المعتقلات من حيث النظام الصارم وبها علاج مثل المستشفيات، ويتم تأهيلهم عن طريق تكليفهم ببعض الأعمال الجماعية والأنشطة التي تفرغ طاقة الغضب لديهم.
- يطرح الإسلام رؤية متميزة في التعامل مع مثل هذه الحالات فهو يتعامل مع مفهوم العنف والعقاب على أنهما مفهومان منفصلان ومختلفان ؛ فينبذ العنف، ويدعو إلى الرفق والعطف والتسامح ومقابلة السيئة بالحسنة . ومن جهة أخرى يعتبر الإسلام العقاب الجسدي نوعا من أنواع الوسائل التربوية، ويستخدم لكف سلوك غير مرغوب فيه أو لتأديب إنسان أو ردعه عن ظلم

الآخرين ؛ فنجد من ذلك إجازة باستخدام العقاب بشكل عام، ويصل إلى العقاب البدني، وهذا ما أكد عليه، مشيرا إلى إمكانية استخدام العنف الجسدي على أن يكون غير مبرح أو ضربا غير شديد وغير مؤلم .

- إعادة تأهيل الكبار نحو سلوك حضاري رشيد كي يكونوا قدوة ولمنع السلوك العنيف عند الصغار. (علي راجح بركات، مرجع سابق، ص14)

II- اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorders):

يبدي الأشخاص الذين لديهم اضطراب شخصية حدودية نمطاً بالغ الأثر من عدم الاستقرار في العلاقات البين إنسانية وفي صورة الذات وفي النشاطات وهم غالباً مايكونون شديدي الاندفاعية. ويتصفون بالإضافة إلى ذلك بالتقلبات المتطرفة في المشاعر والتصورات القيمية وفي صورة الذات. وتتجلى التصرفات الاندفاعية في الغالب في المجالات المختلفة (العقاقير الكحول، الجنسية، قيادة السيارة). والسمة الإكلينيكية الغالبة المميزة هي الحاق الأذى بالذات والتصرفات الانتحارية (راينكر، 2009؛ كيس وآخرون 2009؛ عسكر، 2004؛ 2003 **APA, 2000;Fademan and Simring,**).

❖ المعايير التشخيصية:

نمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين صورة الذات، العواطف، والاندفاعية الواضحة حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في تشكيلة متنوعة من السياقات كما يستدل عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

(1) محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل. ملاحظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو المشوه للذات والذي سيذكر في المعيار الخامس.

(2) نمط من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال بين أقصى المثال الكمالي وأقصى التبخيس من القدر.

(3) اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات.

(4) الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل الإنفاق الجنس، سوء استخدام المواد القيادة المتهورة، الإفراط في تناول الطعام. ملاحظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو المشوّهة للذات الذي سيأتي ذكره في المعيار الخامس.

(5) سلوك انتحاري متكرر أو الملحات أو تهديدات أو سلوك مشوّه للذات.

(6) عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن إعادة تنشيط واضح للمزاج مثل عسر مزاج نوبي حاد أو استثارة أو قلق، تستمر عادة بضع ساعات ونادراً فقط ما تستمر لأكثر من بضعة أيام).

(7) إحساسات مزمنة بالفراغ.

(8) الغضب الشديد غير مناسب أو الصعوبة في كبح الغضب كتظاهرات متكررة للغضب، غضب ثابت، شجارات متكررة.

(9) تفكير زوري عابر مرتبط بالشدة أو أعراض تفككية شديدة. **(2013 APA, 2000, 710; APA 663)**

الفصل السادس:

اضطراب الشخصية

الوسواسية

1- اضطراب الشخصية الوسواسية :OPD

الوسواس القهري: هو اضطراب نفسي بنمط القلق والاهتمام المفرط بالتفاصيل وهو اسير لأفكار تسلطية لا يستطيع مقاومتها فهم يعتبرون ان سلوكاتهم غير مرغوب بها لأنها غير صحيحة كونها نتاج افكار مقلقة وقهرية

❖ الفرق بين الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية

الوسواس القهري	اضطراب الشخصية الوسواسية
• اضطراب ضمن نمط القلقي	• اضطراب ضمن اضطراب الشخصية
• خلل في كيمياء الدماغ	• التربية المتشددة والصرامة
• اكثر شيوعا	• اقل شيوعا
• يشخص قبل 18سنة ويظهر حتى عند الاطفال	• لا يشخص قبل 18سنة
• يطلب العلاج او المساعدة	• لا يطلب العلاج
• لديه ادراك ووعي	• ليس على وعي ويرى نفسه طبيعي
• علاجه يكون معرفي سلوكي وعلاج دوائي حسب الحالة	• ليس له دواء لان اضطرابه في الشخصية والشخصية لا تتغير الا انه يحتاج الى دواء اذا تفاقمت الحالة او ظهر عنده اضطراب اخر وهو اضطراب التجنبية هنا يتدخل العلاج
	• الشخصية الوسواسية بالرغبة الطاغية والالتزام بالنظام والكمالية والصلابة
	• الشخص الوسواسي يطبق القواعد بحذافيرها كذلك الشخص المصاب يجد المتعة في اتقان المهام عكس الوسواس القهري

❖ يوجد عامل مشترك بينها هي دقة في التفاصيل والكمالية والاكتناس

❖ **محكات تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية:**

1. المبالغة في الكمالية
2. يؤنبه ضميره بدرجة مفرطة
3. متصلب في الموضوعات الاخلاقية والقيم
4. يؤدي عمله بنفسه
5. الانشغال المفرط بالترتيب والتنظيم
6. يضحي بحياته الاجتماعية على حساب حياته المهنية

❖ **اسباب اضطراب الشخصية الوسواسية:**

1. احداث صادمة
2. الصدمة النفسية
3. يمكن ان يكون الوسواس سلوك مكتسب

❖ **علاج اضطراب الشخصية الوسواسية :**

علاج دوائي: مثبطات لامتصاص سيروتونين مثل دواء فلوكسين.

الفصل السابع:

اضطراب الشخصية التجنبية

(الخوافية)

1) اضطراب الشخصية التجنبية:

أ - تعريف ربيروربير (2008):

اضطراب يصيب هو الشخصية، يتصف بالحساسية المفرطة الموجهة نحو الرفض المتطرف إلى حد يدفع الفرد إلى تحاشي تكوين علاقات تربطه بالآخرين وينكمش عن إقامة علاقات أيا كانت ما لم يعط ضمانات بأنه مقبول من طرف ،الآخرين دونما نقد يوجه إليه. وتعاني هذه الشخصية أيضا من نقص في تقدير الذات، والميل إلى التقليل من مستوى الإنجازات ويرافق ذلك إحساس بضيق غير مناسب حيال النقائص الذاتية، وكل ذلك يكون مصحوبا بحاجة ماسة للعطف والرغبة في الحنان والتقبل .

ب- المحكات التشخيصية:

أ - أنموذج منتشر من التثبيط الاجتماعي، ومشاعر القصور وعدم الكفاية، وفرط الحساسية نحو التقييم السلبي. يظهر في باكورة البلوغ ويتجلى بأنواع مختلفة من الاقترانات بأربع دلالات (أو) (أكثر من الدلالات التالية:

1- يتجنب النشاطات المهنية التي تتضمن احتكاكات بينشخصية مهمة، وذلك بسبب مخاوف الانتقاد، والرفض أو عدم القبول.

2- لا يرغب في الانخراط مع الناس ما لم يكن واثقا من أنه مقبول ومحبوب؛

3- يبدي تحفظا ضمن العلاقات الودية بسبب الخوف من أن يكون موضع استهزاء وخجل؛

4- يكون منشغلا بالنقد أو الرفض الموجهين إليه في المواقف الاجتماعية؛

ج – الانفعالات الأولية :

الانفعالات الأكثر شعورًا لدى الأشخاص التجنبيين.

- الهشاشة
- انشغال البال
- الحصر
- الخوف

هـ - التشخيص التفريقي:

تتقاطع الشخصية التجنبية مع كل من الشخصية الفصامية النموذجية والشخصية شبه فصامية، واضطراب الفوبيا الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بالانسحاب الاجتماعي وتجنب العلاقات الشخصية.

تتميز الشخصية الفصامية النموذجية عن التجنبية بغرابة السلوك والمظهر والخطاب والتفكير. ويكون تجنبها بسبب سوء تعامل المحيط مع هذه الغرابة فهو تجنب تفاعلي وارتكاسي، بينما تجد شبه الفصامية متعة في الانسحاب الاجتماعي والعزلة الفردية. في حين، فإن الانسحاب الاجتماعي لدى التجنبية هو اضطراري حيث تخشى من التقييم ونقد الآخرين، مع وجود رغبة في التفاعل مع الآخرين.

ويتمثل الفرق الأساسي بين التجنبية واضطراب الفوبيا الاجتماعية في درجة الاستجابة الانفعالية وشدتها في المواقف الاجتماعية والإنجاز، حيث

تتمكن التجنبية إلى حد ما من اختيار هذه المواقف وتجاوزها رغم المعاناة الانفعالية.

و- أدوات التقدير:

يمكن استخدام المقاييس التالية:

- استبيان التجنب المعرفي

Questionnaire d'Evitement Cognitif (P. Gosselin et Coll 2000)

يهدف الاستبيان إلى تقدير مختلف الاستراتيجيات التي يمكن أن تستعمل لتجنب الأفكار المثيرة للقلق والمربكة.

يحتوي الاستبيان على 25 ،بندا، تتوزع على خمس استراتيجيات:

- استبدال الأفكار (5 بنود).
- تحويل الصور إلى أفكار لفظية (5 بنود).

الفصل الثامن:

اضطراب الشخصية الهستيرية

1) اضطراب الشخصية الهستيرية:

استبدل مفهوم العصاب الهستيريا فيDSM4 بالتخلي على عدة مفاهيم للشخصية الهستيرية واستبدلت بمفهوم اضطراب الشخصية الهيستيرية الاستعراضي وتم تصنيفها من منظور خارجي من سلوكيات وتعبيرات ومشاعر مبالغ فيها سلوك مسرحي أما من منظور الذاتي هو التمركز الملفت للنظر وجلب الانتباه من خلال التعبيرات الانفعالية تجاوزت ذروة أو عتبة الاضطراب ومن خلال جل الدراسات استنجت أن ظهور هاته الأخيرة أظهرت حسب النتائج عند الإناث اكثر من الذكور حيث ظهرت الهيستيريا في الطب القديم(غالينيس وهيبوقراط) حيث ربطوا الهيستيريا بتهيج الرحم لدى المرأة مما أدى على سلوكها وانفعالاتها.

السمة الأساسية في هذا الاضطراب هي نمط من الانفعالية الزائدة والمغالية إلى درجة الإفراط مع طلب انتباه الآخرين يسود حياة المصابين به، يبدأ هذا الاضطراب في بداية البلوغ ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات.

❖ **تعريف الهيستيريا :**

اضطراب نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعضاء الحس الحركية

1. تعريف اضطراب الشخصية الهيستيرية:

هي مرض نفسي في قالب عضوي مع سرعة الشعور بالتغييرات والتعبيرات الانفعالية وقدرته المتميزة والمبالغ فيها في الاستعراض والتمثيل مع

القابلية الشديدة للإيحاء والتجاوب مع كل المواقف وجلب اهتمام الآخر بسلوكياتهم ومظهرهم كما يميلون الى الاندفاعية.

2. وصف الاضطراب:

أ. من المنظور الخارجي: تلاحظ المبالغة Dramalization فيما يتعلق بالشخص نفسه والسلوك المسرحي والمبالغة في التعبير عن المشاعر وفق الآي سي دي)، والتوق إلى التوتر المثير وإلى النشاطات التي يكون فيها الشخص المعني في مركز الاهتمام (ICD) ويبهر المعنيون من خلال نمط حديثهم الانطباعي المبالغ به الذي لا يعرف أية تفاصيل (DSM) ويتوقون باستمرار إلى التوكيد والاعتراف والمديح من الآخرين (DSM).

ب. من المنظور الذاتي: ينتج عن عدم الحصول على الاعتراف قابلية مرتفعة للمرض أو للاعتلال (الآي سي دي (ICD)، والتوعك في المواقف التي لا يكون فيها المعنيون في مركز الاهتمام (DSM).

أما السمات النموذجية الأخرى فهي التمركز الملفت للنظر حول الذات والنقص في الاعتماد على الآخرين (الآي سي دي والانفعالات المتبدلة بسرعة والسطحية (DSM)، أما الإحباط من خلال تأخير الثواب فيصعب تحمله (DSM).

وقد قدمت انتقادات بأن السمات الراهنة كما هو الأمر في الهستيريا - قد بنيت بشكل أكبر على أساس من أنماط سلوك خاصة بالإناث على الرغم من إمكانية وجود مطابقات ذكرية على شكل سلوكات من نمط حب الظهور.

3. نسبة الانتشار:

تتراوح نسبة انتشار اضطرابات الشخصية الهستيرية بين (2-3) من المجتمع العام، في حين يصل المعدل ما بين (10-15) في المرضى المترددين على العيادات النفسية ويتضح عادة في بداية الرشد، ويقل مع التقدم ف السن.

وتكشف معظم الدراسات عن أن الإناث أكثر احتمالا أن يستوفوا محكات اضطرابات الشخصية الهستيرية حيث توجد بنسبة 10 إلى 20 في المائة، بينما الذكور أكثر احتمالا أن يقابلوا المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع.

4. محكات تشخيص اضطراب الشخصية الهيستيرية:

يستدل على اضطراب الشخصية الاستعراضية بتوفر أربعة معايير على الأقل مما يلي:

1- ينشد المصاب بهذا الاضطراب باستمرار الطمأنة والاستحسان والمديح من الآخرين.
2- يتصف المصاب بالإغواء الجنسي في السلوك والمظهر بشكل غير ملائم.
3- يتركز اهتمام المصاب بشكل كبير على جاذبيته الجسدية.
4- يعبر عن انفعالاته بشكل مبالغ فيه وغير ملائم للموقف.
5- ينزعج المصاب في المواقف التي لا يكون فيها محور اهتمام الآخرين.
6- يبدي المصاب تبدلا سريعا وسطحيا في التعبير عن انفعالاته.
7- يتصف بأنه أناني، وتهدف أفعاله إلى كسب الإرضاء الفوري ولا يتحمل الإحباط الذي يصيبه نتيجة الإشباع المتأخر لرغباته.

8- يتسم أسلوب كلامه بميله إلى أن يكون تعبيريا وانطباعيا ومفتقرا إلى التفاصيل.

9- يتأثر بالإيحاء، أي يتأثر بسهولة وسرعة بالآخرين أو بالظروف.

وبالنظر للمعايير التي طرحها الدي أس أم (DSM) نجد أنها تحدد المجال الانفعالي والسلوكي والمعرفي والزمني، وبهذا يصبح لدى المختص النفسي نقاط واضحة المعالم وخصائص معينة ليتخذ بها القرار والحكم السريري وهي:

أولًا: ذات نسق انفعالي:

1- الشعور بالضيق عندما لا يكون مركز الاهتمام وسطحية العواطف.

2- عدم الثبات الانفعالي، كأن يقوم بالضحك بشكل أكثر من المطلوب أو الانتقال من الضحك للحزن بشكل غير مترابط.

3- المبالغة في التعبير عن العواطف.

4- القابلية الشديدة للإيحاء.

ثانيًا : ذات نسق سلوكي:

1- يتسم التفاعل مع الآخرين بالغواية الجنسية أو السلوك الفاضح.

2- استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه دائما.

3- عرض للذات على نحو مسرحي.

4- لفت أنظار الآخرين.

ثالثًا : ذات نسق معرفي:

1- استخدام الأسلوب غير الواقعي في الكلام والذي تنقصه التفاصيل.

2- يعتبر العلاقات أكثر تهويلا من كونها علاقات فعلية.

رابعًا : ذات نسق زمني:

1- يبدأ في مرحلة مبكرة من العمر (في بداية البلوغ أو المراهقة)

6. العلاج:

إن الأكثرية العظمى من حالات الشخصية الهستيرية لا تتطلب العلاج، غير أن بعضها يتحول تحت ظروف معينة إلى حالات مرضية نفسية وخاصية مرض الهستيريا، فتنقلب رغبة المريض للحصول على فائدة أو منفعة أو تحقيقا لرغبة لا يمكن تحقيقها بسهولة أو بطريقة طبيعية إلى أعراض مرضية جسمية أو عقلية، ويكون في هذا التحول الحل لمشاكل المريض والاكتفاء بما يجلبه هذا الحل من عطف وحب واهتمام وتقدير من الآخرين.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي CBT أفضل الأساليب التي قد تستخدم في علاج هذا الاضطراب، لما يهتم به من معتقدات أساسية وأفكار تلقائية تؤثر وتتفاعل مع الجوانب الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية والتي جميعها تعتبر من أهم الأعراض الظاهرة لاضطراب الشخصية الهستيرية.

وقد يكون أيضا العلاج الجدلي السلوكي DBT من الأساليب العلاجية الفعالة الاضطراب لما يركز على الجمع بين مجموعة من فنيات العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء ومهارات الوعي بالذات وغيرها من الفنيات.

مصادرعربية:

1. أحمد محمد عبد الله مجدي، علم النفس المرضي- دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب-، دار المعرفة الجامعية، 2000.

2. بركات خليفة، عيادات العالج النفسي والصحة النفسية، دار القلم، الكويت، الطبعة الثانية، 1995.

3. خالد تلمساني وعدلان بن يحي، تشخيص اضطراب الشخصية السيكوباتية لدى الشباب المدمن على الأقراص المهلوسة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة يحي فارس المدية، 2021-2022.

4. رائد أحمد أبو هويشل، الشخصية السيكوباتية وعلاقتها بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء المودعين بسجن غزة المركزي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الإرشادي، قسم علم النفس كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية – غزة، 2013.

5. سميرة دراس ووهيبة حنش، سمات الشخصية السيكوباتية عند المراهق دراسة ميدانية بمتوسطة 08 ماي 1945، ثانوية 01 نوفمبر – 1954بقالمة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، علم النفس العيادي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 08 ماي 1945، قالمة، 2018-2019.

6. طارق حسن صديق سلطان، شخصيات مضطربة، الاضطرابات النمائية والنفسية والأكاديمية، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، الجزائر، 2020.

7. عباس سمير , مطبوعة لمحاضرات نظريات الشخصية سنة ثانية علم النفس , جامعة محمد البشير الابراهيمي برج بوعريريج , الموسم الجامعي2017/2016.

8. عبد الرحمن محمد العيسوي، دراسات في الجريمة والانحراف والجنوح، دار الرتب الجامعية، بيروت، الطبعة الأولى، 2001.

9. عبد العزيز حدار، تشخيص اضطرابات الشخصية، مرجع في علم النفس العيادي، والإرشاد النفسي، جسور للنشر والتوزيع، ط1، الجزائر،2013.

10. علي راجح بركات، الشخصية السيكوباتية، ص 04، متاح على الموقع الالكتروني :https://www.gulfkids.com .

11. لكحل مصطفى،الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبوغرافية عند مرضى الفصام ,أطروحة مقدمة لنيل الدكتوراه علم النفس النمو جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان السنة الجامعية 2011.2010.

12. معتز محمد عبيد، أبعاد القهر النفسي كمنبئات للشخصية السيكوباتية لدى عينة من الشباب الجامعي، مجلة الإرشاد النفسي، العدد ،62 ،الجزء 01، أفريل 2020.

13. وليد بلاح، الشخصية السيكوباتية عند المراهق- دراسة عيادية لحالتين-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص الاضطرابات الشخصية، شعبة: علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية والإنسانية، كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الدكتور مولاي الطاهر، سعيدة، 2012-2013.

14. وئام بوزياني، واقع التكفل النفسي المريض بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية ،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي ،جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2012/2013.

15. يوسف مهوب، الاضطرابات السيكوباتية والإجرام، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات -العدد الثامن والثلاثون، 1، حزيران 2016.

مصادر أجنبية:

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
2. Comer, R. J. (2014). Abnormal Psychology (8th ed.). New York, NY: Worth Publishers.
3. Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (2001).
4. Mayo Clinic. (n.d.). Paranoid Personality Disorder. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/paranoid-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20354439
5. Questionnaire d'Evitement Cognitif (P. Gosselin et Coll, 2000
6. Schneider, K. (1923). Die psychopathischen Persönlichkeitsstörungen. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
7. Tyrer, P. (1988). The classification of personality disorder: Issues and implications. British Journal of Psychiatry.

8. WebMD. (n.d.). Paranoid Personality Disorder. https://www.webmd.com/mental-health/paranoid-personality-disorder/default.htm
9. World Health Organization. (1983)

فهرس الكتاب	
تقديم	01
الفصل الأول: اضطرابات الشخصية	
تمهيد	03
• مفهوم اضطرابات الشخصية	11
1- المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية	14
أ. المحكات التشخيصية حسب (**DSM IV-TR**.2000)	14
ب. المحكات التشخيصية حسب (**CIM** 10)	15
2 - تصنيف أنماط اضطرابات الشخصية	16
أ- أنماط اضطرابات الشخصية وفق تصنيف شنايدر	16
ب- أنماط اضطرابات الشخصية وفق الدليل التشخيصي (**DSM IV**)	17
الفصل الثاني: اضطراب الشخصية الفصامية	
تعريف الشخصية	24
تعريف الشخصية الفصامية	25
❖ أسباب مرض الفصام	25
❖ الأشكال العيادية للفصام	30
❖ المراحل التطورية الفصامية	32
❖ أعراض الفصام	35
1- اضطرابات الشخصية شبه الفصامية	37
2- اضطراب الشخصية من النمط الفصامي	39

الفصل الثالث: اضطراب الشخصية البارانودية	
1- اضطراب الشخصية البارانودية	44
❖ المحكات التشخيصية	44
❖ الأعراض	45
❖ الأسباب والعوامل المساهمة	46
الفصل الرابع: اضطراب ثنائي القطب	
1- اضطراب الشخصية ثنائي القطب	48
❖ تعريف ثنائي القطب	48
❖ أسباب اضطراب ثنائي القطب	49
❖ أعراض اضطراب الشخصية ثنائي القطب	49
العلاجات	50
الفصل الخامس: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية) والشخصية الحدية	
I- الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية)	52
أولا: تشخيص اضطراب الشخصية السيكوباتية	53
01- تعريف الشخصية السيكوباتية	53
02- أسباب ظهور الشخصية السيكوباتية	57
03- الملامح الأساسية للشخصية السيكوباتية	60
ثانيا: النظريات المفسرة للشخصية السيكوباتية	72
01- نظرية التحليل النفسي	72
02- النظرية السلوكية	73
03- نظرية التنظيم الذاتي (باندورا)	74
04- نظرية التعديل السلوكي المعرفي (دونالد ميكنبوم)	75

ثالثا: أنواع الشخصية السيكوباتية وطرق احتوائها	75
01- أنواع الشخصية السيكوباتية	76
02- علاج الشخصية السيكوباتية	79
03- الوقاية من الشخصية السيكوباتية	83
II- اضطراب الشخصية الحدية	87
❖ المعايير التشخيصية	87
الفصل السادس: اضطراب الشخصية الوسواسية	
1- اضطراب الشخصية ثنائي القطب	90
❖ الفرق بين الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية	90
❖ محكات تشخيص اضطراب الشخصية الوسواسية	91
❖ أسباب اضطراب الشخصية الوسواسية	91
❖ علاج اضطراب الشخصية الوسواسية	91
الفصل السابع: اضطراب الشخصية التجنبية (الخوافية)	
1- اضطراب الشخصية التجنبية	93
أ- تعريف ربير وربير (2008)	93
ب- المحكات التشخيصية	93
ج- الانفعالات الأولية	94
هـ- التشخيص التفريقي	94
و- أدوات التقدير	95
الفصل الثامن: اضطراب الشخصية الهستيرية	
1- اضطراب الشخصية الهستيرية	97
❖ تعريف الهستيريا	97
1- تعريف اضطراب الشخصية الهستيرية	97

2- وصف الاضطراب	98
3- نسبة الانتشار	99
4- محكات تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية	99
قائمة المصادروالمراجع	102