سلسلة سندات البوابة، رقم 5

اضطرابات الشخصية

التصنيف والأنماط والتقييم والعلاج



سند علمي: مادة دراسية للطالب والمختص

إعداد أ.د. جعدوني الزهراء

12 محورا · 12 شكلا · 10 جداول · مسرد بالعربية والفرنسية والإنجليزية

بوابة الصحة النفسية

psyencharge.com

بيانات السند

- **السلسلة:** سندات البوابة، رقم 5.
- **الإصدار:** الطبعة الأولى، ديسمبر 2026.
- **إعداد:** أ.د. جعدوني الزهراء، أستاذة التعليم العالي في علم النفس بجامعة مصطفى اسطمبولي بمعسكر (الجزائر)، متخصصة في علم النفس العيادي والتقنيات الإسقاطية.
- **النشر:** بوابة الصحة النفسية (psyencharge.com). صفحة السندات: https://psyencharge.com/sanadat/
- **الجمهور:** طلبة الماستر في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي، في مقياسي «علم النفس المرضي للراشد» و«التشخيص والتصنيف»، والأخصائيون المبتدئون، والقارئ المهتم.
- **المراجع الأساسية:** DSM-5-TR وتصنيف ICD-11 وPDM-2، وكتب Sperry وMillon في اضطرابات الشخصية، وكتابا Linehan في العلاج السلوكي الجدلي، و«دليل النرجسية» لـCampbell وMiller، وكتاب Diamond وزملائها في علاج النرجسية المرضية. وكل معلومة منسوبة إلى مرجعها بالصفحة في آخر كل محور، والقائمة الكاملة وما لم يتح في المكتبة في آخر السند.
- **تنبيه:** هذا السند مادة للدراسة والفهم. لا يُشخِّص به القارئ نفسه ولا غيره، ولا يغني عن التكوين الجامعي والتطبيقي، ولا عن المختص. ومن يعاني ضيقا في نفسه أو في علاقته، أو تراوده أفكار إيذاء النفس، يتوجه إلى مختص.
- **حقوق:** يُسمح بطبع السند وتداوله للدراسة مع ذكر مصدره. ولا يُسمح ببيعه.

الفهرس

بيانات السند 2

كيف تستعمل هذا السند 7

1. المدخل: الشخصية والسمة والاضطراب، ولماذا يُدرس المجال 8

الشخصية والسمة والأسلوب 8

متى يصير النمط اضطرابا 9

التوافق مع الأنا، ولماذا لا يطلب صاحبه العلاج 9

خريطة السند 11

2. من «الشخصيات السيكوباتية» إلى DSM-5-TR: التاريخ والمعايير العامة والنموذج الفئوي 13

من Schneider إلى المحور الثاني 13

المعايير العامة بصياغة مبسطة 14

المجموعات الثلاث 16

ما خرج من الدليل أو بقي على هامشه 17

عيوب النموذج الفئوي 17

3. النماذج البعدية: النموذج البديل و ICD-11 و PDM-2 20

النموذج البديل في DSM-5-TR 21

نموذج ICD-11 23

PDM-2 والمحور P 25

الصلة بالنماذج العامة للشخصية 26

مقارنة مع البنى عند Bergeret 26

4. النشأة: المزاج والتعلق والنموذج البيولوجي الاجتماعي 28

المزاج والطبع 28

التعلق وأنماطه 29

النظرية البيولوجية الاجتماعية عند Linehan 30

الثقافة وحدود التفسير السببي 31

5. المجموعة أ: البارانويدية والفصامانية ومن النمط الفصامي 34

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

اضطراب الشخصية البارانويدية 34
اضطراب الشخصية الفصامانية 36
اضطراب الشخصية من النمط الفصامي 37
6. المجموعة ب (1): المعادية للمجتمع والسيكوباتية، والحدية 41
اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع 41
المعادية للمجتمع والسيكوباتية 43
اضطراب الشخصية الحدية 44
الانشطار: القراءة الدينامية 46
المعضلات الجدلية الثلاث عند Linehan 46
7. المجموعة ب (2): النرجسية وأشكالها، والهستريونية 49
من النرجسية السليمة إلى الاضطراب 49
المتعاظمة والهشة: من أين جاء «النرجسي الخفي»؟ 50
النرجسية الخبيثة وحدود المصطلحات الشائعة 52
النرجسية في العلاقات القريبة 53
الهستريونية والشخصية الهستيرية والهستيريا 54
8. المجموعة ج: التجنبية والاعتمادية والوسواسية القهرية 57
التجنبية 57
التجنبية والقلق الاجتماعي: طيف واحد أم اضطرابان؟ 58
الاعتمادية 58
الوسواسية القهرية 59
9. التشخيص الفارقي والمراضة والتقييم 62
قواعد قبل التشخيص 62
المراضة المشتركة 63
عشرة أزواج متشابهة 63
أدوات التقييم 64
لماذا لا يكفي اختبار على الإنترنت؟ 66
10. صياغة الحالة 69

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

تعريف الصياغة ووظائفها 69
النمط محور الصياغة 70
عناصر الصياغة عند Sperry 70
الصياغة الكاملة والموجزة 71
ثلاث عدسات للصياغة 71
من الصياغة إلى خطة العلاج 72
11. العلاج: DBT وMBT وTFP والمخططات والعلاج المعرفي السلوكي 74
ما تشترك فيه العلاجات 74
العلاج السلوكي الجدلي (DBT) 75
العلاج القائم على التعقيل (MBT) 77
العلاج المرتكز على التحويل (TFP وTFP–N) 77
العلاج بالمخططات 78
العلاج المعرفي السلوكي 78
الدواء، والعلاج الجماعي والأسري 79
ما يُعرف عن علاج كل مجموعة 79
علاج النرجسية، وسؤال «كيف أتعامل؟» 79
12. المسار والإنذار، والتركيب 83
ماذا تقول الدراسات الطولية؟ 83
السمات عبر العمر 84
ما الذي يحدد الإنذار؟ 85
الوصمة وخرافة «غير قابل للعلاج» 85
الجدول الجامع 85
أخطاء شائعة عند الطلبة 88
مسرد المصطلحات 89
المراجع 95
الأدلة التشخيصية 95
الكتب العامة 96

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

مقالات 97
النرجسية 98
الحدية والعلاج السلوكي الجدلي 98
العلاجات الأخرى والمعادية للمجتمع 99
روابط للتعمق 99

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

كيف تستعمل هذا السند

- اقرأ المحاور بترتيبها: الإطار والتصنيف أولا (المحاور 1 إلى 4)، ثم الأنماط العشرة في مجموعاتها الثلاث (5 إلى 8)، ثم التشخيص والتقييم والصياغة (9 و10)، ثم العلاج والمسار (11 و12).
- في أول كل محور أهدافه، وفي آخره خلاصته ومصادره بالصفحات. والمفاهيم المفتاحية في إطار خاص، فراجعها مع الخلاصة قبل الامتحان.
- معايير الدليل معروضة بصياغة مبسطة لا بنصه، ولا ينشر السند بنود الاختبارات. والمحور 12 يجمع الأنماط العشرة في جدول واحد، وبعده الأخطاء الشائعة ومسرد المصطلحات بالعربية والفرنسية والإنجليزية.

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

1. المدخل: الشخصية والسمة والاضطراب، ولماذا يُدرس المجال

ما ستعرفه في هذا المحور:

- الفرق بين الشخصية والسمة والأسلوب والاضطراب.
- الخصائص التي تجعل النمط اضطرابا: الثبات، والشمول، والجمود، والضيق أو الاختلال.
- معنى التوافق مع الأنا، ولماذا قلّما يطلب صاحب اضطراب الشخصية العلاج لنفسه.
- خريطة المحاور الاثني عشر في هذا السند.

اضطرابات الشخصية ليست مجالا هامشيا. يقدّر Sperry أن نحو نصف من يُفحصون في المؤسسات العيادية تنطبق عليهم معايير اضطراب في الشخصية، وأن النسبة في عامة الناس نحو 10% (Sperry، 2016، ص xv). ويذكر الدليل الأمريكي وسيطا قدره 10.5% لأي اضطراب شخصية في الدراسات الوبائية لعدة بلدان (APA، 2022، ص 734). وهي تثقل الأسرة والعمل، وتعقّد علاج ما يصاحبها.

الشخصية والسمة والأسلوب

لكل إنسان شخصية (personnalité / personality). وهي طرقه الثابتة نسبيا في التفكير والشعور والتصرف والتعامل مع غيره، وقد تكونت من التقاء الاستعداد الفطري بالنمو والتجربة الاجتماعية والثقافية (McWilliams وShedler، 2017، ص 72). ونعيشها من الداخل شيئا مستقرا يميزنا، لكننا نبقى قادرين على التكيف والتعلم حين تتغير مطالب الحياة (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 1).

أما السمة (trait / trait) فميل محدد نسبيا يمكن قياسه في جماعة من الناس، فنقول إن فلانا مرتفع أو منخفض فيه، مثل «الوداعة» أو «يقظة الضمير» (McWilliams وShedler، 2017، ص 72). والأسلوب (style / style) تشكيل مألوف من السمات لا يحمل معنى المرض. فالمرأة ذات الأسلوب الوسواسي لها سمات ودفاعات متكيفة نسبيا، وهي في صورتها القصوى الجامدة تصير اضطرابا (McWilliams وShedler، 2017، ص 73). ويستعمل Sperry الفكرة نفسها: كل نمط يمتد على متصل، طرفه السليم «أسلوب الشخصية» وطرفه المرضي «اضطراب الشخصية» (Sperry، 2016، ص 207).

وهنا جواب سؤال يتكرر: ما الفرق بين «الشخصية النرجسية» و«اضطراب الشخصية النرجسية»؟ يقول McWilliams وShedler إنه لا حد قاطع بين النمط والاضطراب، وإن المرء قد يكون له أسلوب نرجسي دون أن يكون لديه اضطراب الشخصية النرجسية. فكلمة «اضطراب» تُطلق حين يبلغ الجمود حدا يسبب اختلالا أو معاناة كبيرة (McWilliams وShedler، 2017، ص 17). والتفصيل في المحور 7.

متى يصير النمط اضطرابا

يحدد الدليل اضطراب الشخصية (trouble de la personnalité / personality disorder) بأنه نمط ثابت (mode durable / enduring pattern) من الخبرة الداخلية والسلوك، يبتعد بوضوح عن توقعات ثقافة الفرد. وهو شامل وجامد، ويبدأ في المراهقة أو أول الرشد، ويستقر عبر الزمن، ويؤدي إلى ضيق أو اختلال (APA، 2022، ص 733). ولا تصير السمات اضطرابا إلا إذا كانت جامدة وغير متكيفة، وسببت اختلالا وظيفيا مهما أو ضيقا ذاتيا (APA، 2022، ص 734–735).

يلخص Emmelkamp وMeyerbröker هذه الشروط في أربع كلمات: الثبات، والشمول (envahissement / pervasiveness)، والضيق (souffrance / distress)، والاختلال الوظيفي (altération du fonctionnement / functional impairment). وبها تُستبعد الفترات العابرة. فمن يعاني الهلع قد يتجنب الناس ويعتمد على غيره، وهذا ليس طبعا قديما فيه (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 23). ولا يظهر الضيق والاختلال بالقدر نفسه: يجتمعان غالبا في الحدية، والضيق أخفى في النمط الفصامي، والاختلال قد لا يُرى في النرجسية (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 4).

للتوضيح: سعاد موظفة منظمة يعتمد عليها زملاؤها، وتقبل طرقهم حين يلزم. هذا أسلوب. أما لو عجزت منذ سنوات، في البيت والعمل، عن تسليم أي ملف لأنه «ليس كاملا»، فنحن أمام نمط يستحق التقييم.

التوافق مع الأنا، ولماذا لا يطلب صاحبه العلاج

في الاكتئاب أو الهلع يشعر الشخص أن شيئا أصابه وغيّر حياته عما كانت. العرض عنده مغترب عن الأنا (égodystonique / ego-dystonic). أما اضطراب الشخصية فيتعلق بالطريقة التي نضج بها الشخص،

فيعيشه جزءا منه، أي متوافقا مع الأنا (égosyntonique / ego-syntonic) (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 2؛ Widiger، 2006، ص 2).

لهذا السبب يأتي أغلبهم إلى العيادة بطلب آخر: إرهاق، أو اكتئاب، أو قلق، أو بإلحاح من غيرهم (McWilliams وShedler، 2017، ص 17). فيفيد سؤال من يعرفونهم (APA، 2022، ص 735). والطالبون للتغيير أكثر في المجموعة ج، والدافع أضعف ما يكون في المجموعة أ (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 25).

ومن النقد: كان التشخيص يُلصق أحيانا بالمراجِع الذي لم يتحسن، لإحباط معالجه لا لدليل عيادي (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 2-3).

	السمة	الأسلوب	الاضطراب
التعريف	ميل محدد يُقاس على متصل	تشكيل مألوف من السمات بلا معنى المرض	نمط جامد يبتعد عن توقعات الثقافة
المرونة	تتغير بحسب الموقف	مرن نسبيا	جامد، لا يتغير حتى حين يفشل
الشمول	يظهر في مواقف كثيرة	في أغلب المواقف، ويتكيف معها	في كل المجالات تقريبا
الضيق والاختلال	لا	لا، وقد يكون مصدر قوة	ضيق أو اختلال واضح
التوافق مع الأنا	جزء من الذات	جزء من الذات	متوافق غالبا، فلا يطلب صاحبه العلاج
للتوضيح	سعاد دقيقة في التفاصيل	سعاد منظمة، والزملاء يعتمدون عليها	سعاد لا تسلّم عملا لأنه «ليس كاملا»، منذ سنوات وفي كل مكان

جدول 1: السمة والأسلوب والاضطراب

المصدر: McWilliams وShedler، 2017، ص 17 و72-73؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 1-4 و23؛ Sperry، 2016، ص 207؛ APA، 2022، ص 734-735. صف «للتوضيح» من إعدادنا.

خريطة السند

يبدأ السند بالإطار: التاريخ والمعايير العامة في المحور 2، ثم النماذج البعدية في المحور 3، ثم النشأة في المحور 4. بعدها تأتي الأنماط العشرة في ثلاث مجموعات (المحاور 5 إلى 8). ثم التشخيص الفارقي والتقييم في المحور 9، وصياغة الحالة في المحور 10، والعلاج في المحور 11، والمسار والتركيب في المحور 12.



شكل 1: خريطة السند

مفاهيم مفتاحية

- **الشخصية** (personnalité / personality): طرق ثابتة نسبيا في التفكير والشعور والتصرف والتعامل، نتجت من الاستعداد والنمو والثقافة.
- **السمة** (trait / trait): ميل محدد يُقاس على متصل في جماعة من الناس.
- **الأسلوب** (style / personality style): تشكيل مألوف من السمات، متكيف، لا يحمل معنى المرض.
- **اضطراب الشخصية** (trouble de la personnalité / personality disorder): نمط ثابت جامد شامل يبتعد عن توقعات الثقافة، ويسبب ضيقا أو اختلالا.
- **المتوافق مع الأنا** (égosyntonique / ego-syntonic): ما يعيشه الشخص جزءا من ذاته، فلا يشكو منه.
- **المغترب عن الأنا** (égodystonique / ego-dystonic): ما يعيشه الشخص غريبا عنه، يصيبه ويزعجه.

خلاصة المحور:

الشخصية للجميع، والسمة ميل يُقاس، والأسلوب تشكيل متكيف من السمات. ولا يصير النمط اضطرابا إلا إذا كان ثابتا منذ المراهقة أو أول الرشد، وشاملا للمواقف، وجامدا، ومسببا لضيق أو اختلال. ولأن الاضطراب متوافق مع الأنا غالبا، يأتي صاحبه إلى العيادة بشكوى أخرى، أو يأتي به غيره. ومن هنا تبدأ صعوبة التشخيص والعلاج معا.

مصادر هذا المحور: Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 1–4 و23 و25؛ Sperry، 2016، ص xv و207؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 17 و72–73؛ Widiger، 2006، ص 2؛ APA، 2022، ص 733–735.

للتعمق في الموقع: «اضطرابات الشخصية» https://psyencharge.com/إضطرابات-الشخصية/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

2. من «الشخصيات السيكوباتية» إلى DSM-5-TR: التاريخ والمعايير العامة والنموذج الفئوي

ما ستعرفه في هذا المحور:

- المراحل الكبرى في تصنيف اضطرابات الشخصية، من Schneider إلى DSM-5-TR.
- المعايير العامة الستة، بصياغة تفهمها لا بحفظ نص الدليل.
- المجموعات الثلاث ومنطقها، وحدود هذا التجميع.
- عيوب النموذج الفئوي التي دفعت إلى البدائل.

التصنيف الحالي لم يولد كاملا. هو حصيلة قرن من الأوصاف العيادية، ثم من القوائم والمعايير، ثم من النقد الذي ما زال قائما.

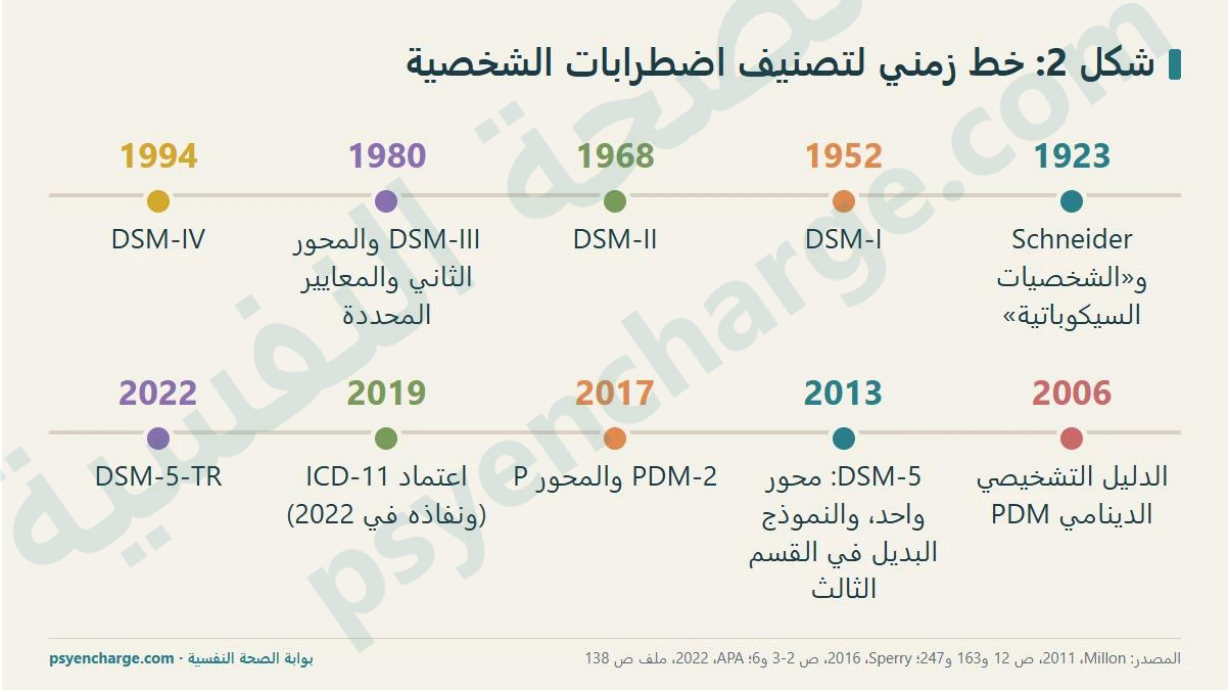
من Schneider إلى المحور الثاني

أشهر تصنيف أوروبي للشخصيات المضطربة وضعه Kurt Schneider، ونُشر أول مرة سنة 1923 ثم عُدّل في طبعات متتالية. وكان جديده أنه لم يعدّ اضطراب الشخصية مقدمة لمرض عقلي آخر، بل مجموعة مستقلة تصاحب الأمراض الأخرى. وسمّى هذه الأنماط «الشخصيات السيكوباتية» (personnalités psychopathiques / psychopathic personalities)، ومنها: المفرطة النشاط، والاكتئابية، وغير الواثقة بنوعيها الحساس والأنانكاستي، والمتعصبة، والطالبة للانتباه (Schneider، 1950، نقلا عن Millon، 2011، ص 12). ولاحظ أن «السيكوباتية» هنا تعني الشخصية المرضية عامة، لا المعنى الضيق الذي سيأتي في المحور 6.

ثم جاء الدليل الأمريكي. يذكر Millon أن DSM-I (1952) و DSM-II (1968) لم يعيشا طويلا، وكانا متأثرين بالتحليل النفسي (Millon، 2011، ص 247). ولم يكن فيهما مثلا اضطراب الشخصية النرجسية (Levy وآخرون، 2011، الفصل 1). والتحول الكبير جاء مع DSM-III سنة 1980: نظام متعدد المحاور،

ووضع اضطرابات الشخصية على محور خاص هو المحور الثاني (axe II / Axis II)، ومعايير تشخيصية محددة لكل اضطراب (Millon، 2011، ص 163).

وصارت المعايير في DSM-III-R و(1994) DSM-IV كلها «متعددة الوجوه»: يكفي عدد منها دون اشتراط جميعها (Millon، 2011، ص 163). ثم ألغى (2013) DSM-5 المحاور، وعاد إلى تشخيص على محور واحد، وأبقى الاضطرابات العشرة ومعاييرها كما هي. أما النموذج البعدي الذي اقترحه فريق العمل فرفضه مجلس الجمعية، ووُضع في القسم الثالث (Sperry، 2016، ص 2-3). وفي سنة 2006 صدر الدليل التشخيصي الديناميPDM) بديلا مكملا من خمس منظمات تحليلية (Sperry، 2016، ص 6)، وصدرت طبعته الثانية PDM-2 سنة 2017. واعتُمد ICD-11 في جمعية الصحة العالمية في ماي 2019، ودخل حيز التنفيذ في 1 يناير 2022 (APA، 2022، ص 13). وفي السنة نفسها صدر DSM-5-TR.



شكل 2: خط زمني لتصنيف اضطرابات الشخصية

المعايير العامة بصياغة مبسطة

يشترط الدليل ستة معايير عامة قبل أي تشخيص خاص. نعرضها بصياغتنا (APA، 2022، ص 734-735):

1. **نمط ثابت** من الخبرة والسلوك يبتعد بوضوح عن توقعات ثقافة الشخص، ويظهر في مجالين على الأقل من أربعة: طريقة إدراك الذات والناس والأحداث، والانفعال في مداه وشدته وتقلبه، والعلاقات مع الآخرين، وضبط الاندفاع.
2. **جامد وشامل**، يظهر في أغلب مواقف الحياة الخاصة والاجتماعية.
3. **يسبب ضيقا أو اختلالا** واضحا في العمل أو الحياة الاجتماعية أو غيرهما.
4. **مستقر وقديم**، يعود على الأقل إلى المراهقة أو أول الرشد.
5. **لا يفسره اضطراب نفسي آخر**.
6. **لا يرجع إلى مادة أو حالة طبية**، كإصابة الرأس.



شكل 3: المعايير العامة لاضطراب الشخصية

ثلاث ملاحظات من نص الدليل تهم الطالب. الأولى: يجوز التشخيص قبل 18 سنة إذا دامت السمات سنة على الأقل، إلا المعادية للمجتمع فلا تُشخص قبل 18 (APA، 2022، ص 735–736). الثانية: يُحذر من التشخيص في أثناء نوبة اكتئاب أو قلق، لأن الحالة الحاضرة تشبه السمات (APA، 2022، ص 736–737). الثالثة: الثقافة. فلا يُخلط اضطراب الشخصية بصعوبات التأقلم بعد الهجرة، ولا بالعادات والقيم الدينية والسياسية

لثقافة الشخص. ومثال الدليل نفسه: بقاء امرأة في علاقة مؤذية في مجتمع صغير يمنع الطلاق لا يدل بالضرورة على اعتمادية مرضية (APA، 2022، ص 735–736).

المجموعات الثلاث

يجمع الدليل الاضطرابات العشرة في ثلاث مجموعات بحسب التشابه الوصفي (APA، 2022، ص 733–734):

- **المجموعة أ، الغريبة اللامألوفة** (groupe A: bizarre–excentrique / Cluster A: odd, eccentric): البارانويدية (paranoïaque / paranoid)، والفصامانية (schizoïde / schizoid)، ومن النمط الفصامي (schizotypique / schizotypal).
- **المجموعة ب، الدرامية الانفعالية المتقلبة** (groupe B: théâtral, émotif, capricieux / Cluster B: dramatic, emotional, erratic): المعادية للمجتمع (antisociale / antisocial)، والحدية (borderline / borderline)، ويقال أيضا: الحدودية، والهستريونية (histrionique / histrionic)، والنرجسية (narcissique / narcissistic).
- **المجموعة ج، القلقة الخائفة** (groupe C: anxieux, craintif / Cluster C: anxious, fearful): التجنبية (évitante / avoidant)، والاعتمادية (dépendante / dependent)، والوسواسية القهرية (obsessionnelle–compulsive / obsessive–compulsive).

والوسيط في الدراسات الوبائية: 3.6% للمجموعة أ، و4.5% للمجموعة ب، و2.8% للمجموعة ج (APA، 2022، ص 734). لكن الدليل نفسه يقر بأن هذا التجميع «له حدود خطيرة» ولم يثبت صدقه باتساق، لأن اضطرابات من مجموعات مختلفة تجتمع كثيرا في الشخص الواحد (APA، 2022، ص 734).

ويضيف الدليل ثلاث فئات أخرى. تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى (changement de personnalité dû à une autre affection médicale / personality change due to another medical condition)، كإصابة الفص الجبهي. واضطراب الشخصية المحدد الآخر (other specified

personality disorder): تنطبق المعايير العامة، وتختلط سمات عدة اضطرابات دون اكتمال أحدها، أو يكون الاضطراب خارج قائمة الدليل كالسلبية العدوانية. واضطراب الشخصية غير المحدد (unspecified personality disorder) حين تنقص المعلومات (APA، 2022، ص 733–734؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 18–19).

ما خرج من الدليل أو بقي على هامشه

وضع DSM–IV اضطرابين في ملحق «للدراسة»: السلبية العدوانية والاكتئابية (Widiger، 2006، ص 1). وحُذفت الشخصية «المحبطة لذاتها» من DSM–IV، لأن سلوكها كثيرا ما كان يعود إلى العيش في علاقة مؤذية (Widiger، 2006، ص 4). أما PDM فيحتفظ بأنماط يراها المعالجون كثيرا وإن قلّ بحثها، مثل الاكتئابية والسادية والسلبية العدوانية (Sperry، 2016، ص 8؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 69–70).

عيوب النموذج الفئوي

النموذج الفئوي (modèle catégoriel / categorical model) يسأل: هل الاضطراب موجود أم غائب؟ ويعدد Sperry ثلاثة عيوب له (Sperry، 2016، ص 3–4):

- **المراضة المشتركة** (comorbidité / comorbidity): من تنطبق عليه معايير اضطراب واحد تنطبق عليه غالبا معايير ثلاثة أو أربعة. فبأيها يبدأ العلاج؟
- **عدم التجانس داخل الفئة** (hétérogénéité / heterogeneity): في الحدية وحدها ظهرت ست مجموعات فرعية لا تتشابه في محاولات الانتحار ولا في السلوك المعادي وإيذاء النفس.
- **طبيعة الشخصية نفسها**: السمات متصلة. فأين نضع الحد بين تقدير الذات السليم والتعاظم؟

ويضيف Widiger أن عتبات التشخيص (seuil diagnostique / diagnostic threshold) في الدليل لم تُبن على بيانات، وأن التشخيص الأكثر استعمالا في العيادة كان «اضطراب الشخصية غير المحدد في مكان آخر». وهذا دليل على أن الفئات لا تغطي ما يراه المعالجون (Widiger، 2006، ص 6). وتعترف APA

نفسها بأن «غير المحدد» كثيرا ما يكون التشخيص الصحيح لكنه «قليل الإفادة» (APA، 2022، ص 881). من هنا جاءت النماذج البعدية، وهي موضوع المحور 3.

مفاهيم مفتاحية

- **الشخصيات السيكوباتية عند Schneider** (personnalités psychopathiques / psychopathic personalities): أنماط الشخصية المرضية عامة في تصنيفه سنة 1923، لا السيكوباتية بمعناها الحالي.
- **المحور الثاني** (axe II / Axis II): المحور الذي خُصص لاضطرابات الشخصية من (1980) DSM-III إلى DSM-IV-TR، وأُلغي في DSM-5.
- **المعايير العامة لاضطراب الشخصية** (critères généraux / general criteria): ستة شروط تسبق كل تشخيص خاص.
- **النموذج الفئوي** (modèle catégoriel / categorical model): تصنيف بالحضور أو الغياب، بفئات مستقلة.
- **المراضة المشتركة** (comorbidité / comorbidity): اجتماع أكثر من اضطراب في الشخص الواحد.
- **عدم التجانس داخل الفئة** (hétérogénéité / heterogeneity): اختلاف كبير بين أشخاص يحملون التشخيص نفسه.

خلاصة المحور:

بدأ التصنيف بأوصاف Schneider سنة 1923، ثم صار له محور خاص ومعايير محددة في DSM-III سنة 1980. وأبقى DSM-5 وDSM-5-TR الاضطرابات العشرة ومعاييرها العامة الستة، موزعة على ثلاث مجموعات. لكن هذا النموذج الفئوي يشكو من المراضة المشتركة، وعدم التجانس، والعتبات الاعتباطية، وكثرة «غير المحدد». والدليل نفسه يعترف بذلك، فوضع إلى جانبه نموذجا بعديا.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 13 و733–737 و881؛ Millon، 2011، ص 12 و163 و247؛ Levy وآخرون، 2011، الفصل 1؛ Widiger، 2006، ص 1 و4 و6؛ Sperry، 2016، ص 2–4 و6 و8؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 69–70؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 18–19.

للتعمق في الموقع: «تصنيف الاضطرابات النفسية» https://psyencharge.com/تصنيف-الاضطرابات-النفسية/ ، «قراءة في DSM-5» https://psyencharge.com/الدليل-التشخيصي-الاحصائي/ ، «مفهوم السواء واللاسواء» https://psyencharge.com/السواء-واللاسواء/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

3. النماذج البعدية: النموذج البديل و ICD-11 و PDM-2

ما ستعرفه في هذا المحور:

- المعيارين A و B في النموذج البديل، ودرجات مستوى أداء الشخصية الخمس.
- ميادين السمات في DSM وفي ICD-11، وأين تختلف.
- كيف يقدّر ICD-11 الشدة، ولماذا أبقى «النمط الحدي».
- مستويات التنظيم في PDM-2، وصلتها بالحالات الحدية عند Bergeret.

النموذج البعدي (modèle dimensionnel / dimensional model) لا يسأل «هل الاضطراب موجود؟» بل «إلى أي درجة؟». وفكرته كما يكتبها الدليل نفسه أن اضطرابات الشخصية صور غير متكيفة من سمات الشخصية، تتصل بالسواء دون حد فاصل، ويتصل بعضها ببعض (APA، 2022، ص 734).



شكل 4: النموذج الفئوي والنموذج البعدي

النموذج البديل في DSM-5-TR

النموذج البديل لاضطرابات الشخصية (modèle alternatif / Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders) نموذج هجين، بعدي وفئوي معا. ويقوم تشخيصه على حكمين (APA، 2022، ص 881-882):

- **المعيار A، مستوى أداء الشخصية** (niveau de fonctionnement de la personnalité / level of personality functioning): اختلال متوسط أو أشد في أداء الذات أو الأداء بين الشخصي.
- **المعيار B، السمات المرضية**: سمة مرضية واحدة أو أكثر.

وتبقى بعدهما شروط الجمود والثبات والاستبعاد، ومعها شرط ألا يكون النمط مألوفا في مرحلة النمو أو في بيئة الشخص (APA، 2022، ص 881-882).

أداء الشخصية أربعة عناصر في مجالين (APA، 2022، ص 882-883):

- **أداء الذات** (fonctionnement du soi / self functioning): الهوية (identité / identity)، أي الشعور بالتفرد وحدود واضحة مع الآخر وثبات في تقدير الذات؛ وتوجيه الذات (autodétermination / self-direction)، أي أهداف متسقة ومعايير داخلية بناءة وقدرة على التأمل في النفس.
- **الأداء بين الشخصي** (fonctionnement interpersonnel / interpersonal functioning):

  التعاطف (empathie / empathy)، أي فهم خبرة الآخرين وتحمل اختلاف وجهات النظر؛ والحميمية (intimité / intimacy)، أي عمق الصلة ودوامها والرغبة في القرب.

ويقدّر سلم مستوى أداء الشخصية (LPFS) كل عنصر بخمس درجات، تبدأ من 0 (اختلال قليل أو منعدم) إلى 4 (اختلال شديد جدا). والعتبة اللازمة للتشخيص هي الدرجة 2، أي الاختلال المتوسط، لأن البحوث وجدتها أنسب نقطة للتعرف على الاضطراب (APA، 2022، ص 882؛ Sperry، 2016، ص 6). ووصف كل درجة في الشكل 5 (Sperry، 2016، ص 7).



شكل 5: مستويات أداء الشخصية

السمات المرضية خمسة ميادين (domaine de traits / trait domain) فيها 25 وجها (facette / facet) (APA، 2022، ص 882 و890):

- **الوجدانية السلبية** (affectivité négative / negative affectivity): انفعالات سلبية متكررة وشديدة، كالقلق والاكتئاب والذنب والغضب.
- **الانفصال** (détachement / detachment): تجنب الخبرة الاجتماعية والانفعالية، وضيق القدرة على الاستمتاع. وهو هنا ميدان سمات، لا التفكك ولا الانشقاق.
- **العدائية** (antagonisme / antagonism): ما يضع الشخص في خلاف مع الناس، من شعور مبالغ بالأهمية وتوقع معاملة خاصة إلى قسوة واستعمال الآخرين. وليست الغضب العابر.
- **انعدام الكبح** (désinhibition / disinhibition): التوجه إلى الإشباع الفوري والاندفاع دون نظر في العواقب.
- **الذهانية** (psychoticisme / psychoticism): سلوك وأفكار غريبة لا تنسجم مع الثقافة، في الإدراك أو في المعتقد.

وهذه الميادين صور غير متكيفة من العوامل الخمسة للشخصية (modèle à cinq facteurs / Five-Factor Model)، ولكل منها قطب سليم مقابل: الاتزان الانفعالي، والانبساط، والوداعة، ويقظة الضمير، والصفاء (APA، 2022، ص 893).

ومن هذين المعيارين تُشتق ستة اضطرابات: المعادية للمجتمع، والتجنبية، والحدية، والنرجسية، والوسواسية القهرية، ومن النمط الفصامي. وما عداها يُشخص اضطراب الشخصية محدد السمات (trouble de la personnalité spécifié par des traits / PD-TS)، ومنه الصور التي كانت تُسمى البارانويدية والفصامانية والهستريونية والاعتمادية (APA، 2022، ص 881 و891). وحُذفت هذه الأربعة لقلة الأدلة البحثية عليها (Sperry، 2016، ص 5). وبه يُكتب تشخيص واحد ومعه السمات البارزة، بدل ثلاثة تشخيصات أو أربعة (Sperry، 2016، ص 4). وتُقاس السمات بقائمة الشخصية لـ(PID-5) DSM-5، وتوصف في المحور 9.

ومن النقد: يرى Emmelkamp وMeyerbröker أن الجمع بين البعدي والفئوي جعل النموذج معقدا على الممارس (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 22). وفي المقابل، وجد استطلاع شمل 337 ممارسا أنه أنفع عيادية من القديم (Morey وآخرون، 2014، نقلا عن Sperry، 2016، ص 4).

نموذج ICD-11

اختار ICD-11 طريقا أبسط. فاضطراب الشخصية (6D10) عنده اختلال في جوانب الذات (الهوية، وقيمة الذات، ودقة صورة الذات، وتوجيه الذات) أو في العلاقات (بناء علاقات قريبة متبادلة، وفهم وجهة نظر الآخر، وإدارة الخلاف)، يدوم مدة طويلة، مثلا سنتين أو أكثر. ويظهر في أنماط من التفكير والانفعال والسلوك غير متكيفة، في مواقف كثيرة، ولا تفسره عوامل اجتماعية أو ثقافية (WHO، 2018، ص 174).

ثم يحدد الشدة: خفيف (6D10.0)، ومتوسط (6D10.1)، وشديد (6D10.2). والفرق بينها في عدد مجالات الأداء المتأثرة وفي قدر الأذى للنفس أو للغير (WHO، 2018، ص 174-175). أما «صعوبة في

الشخصية» (QE50.7) فدون عتبة الاضطراب، ولا يصفها ملف التصنيف المتاح في المكتبة (WHO، 2018، ص 204).

وبعد الشدة تأتي ميادين السمات (6D11)، وهي «ليست فئات تشخيصية» بل أبعاد تصف أبرز ما في الشخصية، ويُستعمل منها ما يلزم (WHO، 2018، ص 175): الوجدانية السلبية (6D11.0)، والانفصال (6D11.1)، واللااجتماعية (dissociality / dyssocialité، 6D11.2)، وانعدام الكبح (6D11.3)، والأنانكاستية (anankastie / anankastia، 6D11.4). ثم محدد خامس من نوع آخر: النمط الحدي (borderline pattern / pattern borderline، 6D11.5)، ويصف عدم استقرار العلاقات وصورة الذات والانفعال مع اندفاع واضح (WHO، 2018، ص 176–177). أبقى ICD-11 إذن الحدية محددا اختياريا، ولم يلغها. ويعدّ Emmelkamp وMeyerbröker الميادين مع النمط الحدي «ستة أنماط أولية»، ويقابلانها بالاضطرابات الستة في النموذج البديل (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 20–21 و23).

والفرق الثاني أن الذهانية ليست ميدانا في ICD-11. فالاضطراب من النمط الفصامي (trouble schizotypal disorder / schizotypique، 6A22) مكانه فصل الفصام والاضطرابات الذهانية الأولية، ويدخل فيه «اضطراب الشخصية من النمط الفصامي» (WHO، 2018، ص 17). وسنعود إليه في المحور 5.

العامل في النموذج الخماسي (القطب السليم)	ميدان DSM-5-TR (القسم III)	ميدان ICD-11	ملاحظة
الاتزان الانفعالي، مقابل العصابية	الوجدانية السلبية	الوجدانية السلبية (6D11.0)	الاسم نفسه في النظامين
الانبساط	الانفصال	الانفصال (6D11.1)	انفصال اجتماعي وانفعالي
الوداعة	العدائية	اللااجتماعية (6D11.2)	ICD يركز على التمركز حول الذات ونقص التعاطف
يقظة الضمير	انعدام الكبح	انعدام الكبح (6D11.3)	
يقظة الضمير في صورتها القصوى	(لا ميدان مستقل؛ وجه «الكمالية الجامدة» في انعدام الكبح)	الأنانكاستية (6D11.4)	ميدان خاص في ICD فقط
الانفتاح والصفاء	الذهانية	(لا ميدان؛ النمط الفصامي في 6A22)	ICD يُخرج الذهانية من الشخصية
(لا مقابل)	الحدية اضطراب من الستة	النمط الحدي (6D11.5)	محدد اختياري

جدول 2: ميادين السمات في DSM-5-TR و ICD-11 والعوامل الخمسة

المصدر: APA، 2022، ص 882 و890 و893؛ WHO، 2018، ص 17 و175-177؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 23. موضع «الكمالية الجامدة» من جدول Emmelkamp وMeyerbröker (ص 23).

PDM-2 والمحور P

ينطلق PDM-2 من فكرة أخرى: DSM وICD تصنيفان للاضطرابات، أما المحور P فمحاولة لتصنيف «أنواع من الناس» تخدم صياغة الحالة والعلاج (McWilliams وShedler، 2017، ص 16). وله مبدآن: مستوى تنظيم الشخصية (organisation de la personnalité / personality organization)، والنمط أو الأسلوب.

ومستويات التنظيم أربعة على متصل من الشدة، والتقسيم كما يعترف المؤلفان «اعتباطي إلى حد ما» (McWilliams وShedler، 2017، ص 18):

- **الصحي:** مرونة كافية، وطرق مفضلة في المواجهة دون جمود (ص 20).
- **العصابي:** جمود في مجال محدد، والمعاناة صراع داخلي، والتحالف العلاجي سهل نسبيا (ص 20-21).
- **الحدي:** صعوبة في تنظيم الانفعال والاندفاع، وعلاقات مضطربة، ودفاعات مكلفة كالانشطار (clivage / splitting) والتماهي الإسقاطي، وتشتت الهوية (diffusion de l'identité / identity diffusion) (ص 21-22).
- **الذهاني:** خلل في اختبار الواقع وفي التمييز بين الذات والآخر، حتى دون مرض ذهاني مشخص (ص 23).

و«الحدي» هنا أوسع من «الحدية» في DSM. فمن يستحق تشخيص اضطراب شخصية في DSM يعمل غالبا في هذا المستوى أيا كان اضطرابه، ولذلك يأخذ المؤلفان تفريق Kernberg بين «اضطراب الشخصية الحدية» و«تنظيم الشخصية الحدي» (McWilliams وShedler، 2017، ص 18-19 و21).

أما المتلازمات فيرتبها PDM-2 في طيفين. الداخلي، وأصحابه يعانون في أنفسهم: الاكتئابية، والاعتمادية، والقلقة التجنبية والرهابية، والوسواسية القهرية، والجسدنة، والفصامانية. والخارجي، وأصحابه يحمّلون غيرهم

المعاناة: الهستيرية الهستريونية، والنرجسية، والبارانويدية، والسيكوباتية، والسادية. وتبقى الحدية خارج الطيفين، «مستقرة في عدم استقرارها» (McWilliams وShedler، 2017، ص 28). فالدليل الأمريكي يصف ولا يفسر، وPDM-2 يبحث عن المعنى الكامن (McWilliams وShedler، 2017، ص 69).

الصلة بالنماذج العامة للشخصية

نماذج السمات أقدم من الدليل. وأبعاد أيزنك القليلة تعطي عند Millon «مجالا ضيقا» من الأنماط العيادية (Millon، 2011، ص 27-28). وأوضح مثال على استعمال العوامل الخمسة في اضطراب بعينه دراسة Miller وMaples للنرجسية: تتداخل سمات اضطراب الشخصية النرجسية مع النرجسية المتعاظمة في العدائية، ويختلفان في الانبساط، حتى وُصف أصحاب النرجسية المتعاظمة بأنهم «منبسطون غير ودودين» (Miller وMaples، 2011، الفصل 7).

مقارنة مع البنى عند Bergeret

في المدرسة الفرنسية يعرف الطالب المغاربي البنى النفسية عند Bergeret. عنده بنيتان حقيقيتان فقط، عصابية وذهانية، تثبتان بعد المراهقة كما يتبلور المعدن، فلا تنتقل إحداهما إلى الأخرى. والحالات الحدية (états-limites / borderline states)، ويقال أيضا: البينية، تقع بينهما قبل أن تتكون بنية حقيقية (Bergeret، 2008، ص 219). سببها عنده صدمة انفعالية مبكرة توقف النمو، فينشأ «جذع مشترك» (tronc commun / common trunk) «مُعدّ» لا «مبني». فالحالة الحدية «إعداد» (aménagement) غير ثابت، لا بنية (Bergeret، 2008، ص 223). وقلقها قلق فقدان الموضوع، ودفاعها الغالب انشطار الصور (Bergeret، 2008، ص 225).

وهذا قريب من المستوى الحدي في PDM-2: الاثنان يتحدثان عن «تنظيم» بين العصاب والذهان، لا عن اضطراب واحد. لكن Bergeret يقرأه بالنمو والبنية، وPDM-2 بالشدة والقدرات. والتفصيل في السند 11.

مفاهيم مفتاحية

- **مستوى أداء الشخصية** (niveau de fonctionnement de la personnalité / level of personality functioning): شدة الاختلال في الهوية وتوجيه الذات والتعاطف والحميمية، من 0 إلى 4.
- **الأنانكاستية** (anankastie / anankastia): في ICD-11، تركيز ضيق على معايير جامدة للكمال والصواب، وضبط الذات والآخرين.
- **النمط الحدي** (pattern borderline / borderline pattern): محدد اختياري في ICD-11 لعدم استقرار العلاقات والذات والانفعال مع الاندفاع.
- **تنظيم الشخصية** (organisation de la personnalité / personality organization): في PDM-2 وعند Kernberg، مستوى الشدة: صحي، عصابي، حدي، ذهاني.
- **الحالات الحدية عند Bergeret** (états-limites / borderline states): «إعداد» غير ثابت بين البنيتين العصابية والذهانية.

خلاصة المحور:

النماذج البعدية تسأل عن الدرجة لا عن الحضور. يجمع النموذج البديل في DSM-5-TR بين مستوى أداء الشخصية (عتبته الدرجة 2) وخمسة ميادين للسمات، فيبقي ستة اضطرابات ويضيف «محدد السمات». ويكتفي ICD-11 بالشدة ثم بخمسة ميادين ومحدد النمط الحدي، ويُخرج النمط الفصامي إلى طيف الفصام. أما PDM-2 فيرتب الناس بحسب مستوى التنظيم والمتلازمة، وهو أقرب ما يكون إلى قراءة Bergeret للحالات الحدية.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 734 و881–883 و890–894؛ WHO، 2018، ص 17 و174–177 و204؛ Sperry، 2016، ص 4–7؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 20–23؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 16–28 و69؛ Millon، 2011، ص 27–28؛ Miller وMaples، 2011، الفصل 7؛ Bergeret، 2008، ص 219–225.

للتعمق في الموقع: «البنية النفسية» https://psyencharge.com/البنية-النفسية/ ، «العصاب» https://psyencharge.com/العصاب/ ، «الذهان» https://psyencharge.com/الذهان/ ، «نظرية أنماط الشخصية لأيزنك» https://psyencharge.com/نظرية-أنماط-الشخصية-لأيزنك/

4. النشأة: المزاج والتعلق والنموذج البيولوجي الاجتماعي

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما يعنيه «المزاج» وما تضيفه الوراثة، دون حتمية.
- صلة أنماط التعلق ببعض اضطرابات الشخصية.
- النظرية البيولوجية الاجتماعية عند Linehan: كيف تلتقي الهشاشة الانفعالية بالبيئة غير المصادِقة.
- حدود التفسير السببي في هذا المجال.

لا سبب واحد لاضطراب الشخصية. الإجابة التي تتكرر في المراجع هي التفاعل: استعداد يولد مع الطفل، وبيئة تستقبله، وتأثير متبادل بينهما سنوات طويلة (Krawitz وJackson، 2008، ص 31 و33).

المزاج والطبع

المزاج (tempérament / temperament) هو الجانب الفطري من الشخصية: درجة التأثر بالمثيرات الانفعالية، وسرعة الاستجابة وقوتها، والحالة المزاجية الغالبة وتقلبها. وقد عرفه Allport سنة 1937 بأنه قائم على البنية الجسمية ووراثي في أغلبه (Allport، 1937، نقلا عن Sperry، 2016، ص 11). ويظهر من الولادة. فقد وصف Thomas وChess ثلاثة أنماط عند الرضع: السهل، والبطيء في الإقبال، والصعب. ويقابلها عند الراشد التفاؤل مع السهل، والسلبية والريبة مع الصعب، والسلبية والاتكال مع البطيء (Sperry، 2016، ص 12).

أما الطبع (caractère / character) فهو ما تصنعه التنشئة والتعلم الاجتماعي. ولهذا التمييز أثر عملي يذكره Sperry: العلاج القائم على الاستبصار يعمل في الطبع، وأثره في المزاج قليل. لكن التدريب على المهارات قد يعدّل مظاهر مزاجية مثل اضطراب تنظيم الانفعال والاندفاع (Sperry، 2016، ص 13). أما الوراثة فيقدّر Krawitz وJackson أن نحو 50% من الشخصية موروث. وفي دراسة توائم، كان احتمال الحدية 35% عند التوأم المتطابق لصاحب الاضطراب، و7% عند غير المتطابق (Torgersen وآخرون، 2000، نقلا عن Krawitz وJackson، 2008، ص 33).

التعلق وأنماطه

التعلق رابطة انفعالية بين الطفل ومن يرعاه، تؤثر في قدرته لاحقا على علاقات حميمة ناضجة. والطفل الذي يجد والدا حساسا مستجيبا يتعلم تهدئة غضبه وخوفه، أما ذو التعلق غير الآمن فأضعف في ذلك (Sperry، 2016، ص 9–10). ويعرض Sperry تصنيف Bartholomew، القائم على صورة الذات وصورة الآخر، ثم يربط كل نمط باضطرابات بعينها (Sperry، 2016، ص 10–11):

- **التعلق الآمن** (attachement sécure / secure attachment): ذات إيجابية وآخر إيجابي.
- **التعلق المنشغل** (préoccupé / preoccupied): ذات سلبية وآخر إيجابي؛ الاعتمادية والوسواسية والهستريونية.
- **التعلق الخائف** (fearful): ذات سلبية وآخر سلبي؛ البارانويدية.
- **التعلق التجنبي الرافض** (attachement évitant / dismissing): ذات إيجابية وآخر سلبي؛ الفصامانية.
- **المركب المنشغل الخائف**: التجنبية. **والمركب الخائف الرافض**: المعادية للمجتمع والنرجسية ومن النمط الفصامي.
- **التعلق غير المنظم** (attachement désorganisé / disorganized attachment): صور متقلبة للذات والآخر؛ الحدية.

تنبيه للطالب: «التعلق التجنبي» نمط تعلق، و«اضطراب الشخصية التجنبية» اضطراب شخصية. الأول يصف علاقة الذات بالآخر، ويرتبط في هذا التصنيف بالفصامانية لا بالتجنبية. فلا تكتب «تجنبي» وحدها.

وفي النرجسية مثال على الفرق بين الشكلين. يرى Meyer وPilkonis أن النرجسية الهشة تميل إلى التعلق المنشغل القلق، أي رغبة في القرب مع توقع الخيبة (Meyer وPilkonis، 2011، الفصل 39). ويجد Horton أن البرود الوالدي والضبط الانفعالي للطفل مرتبطان بالنرجسية الهشة لا بالمتعاظمة، لكنه يقرّ بأن ضعف المناهج يمنع الجزم (Horton، 2011، الفصل 16).

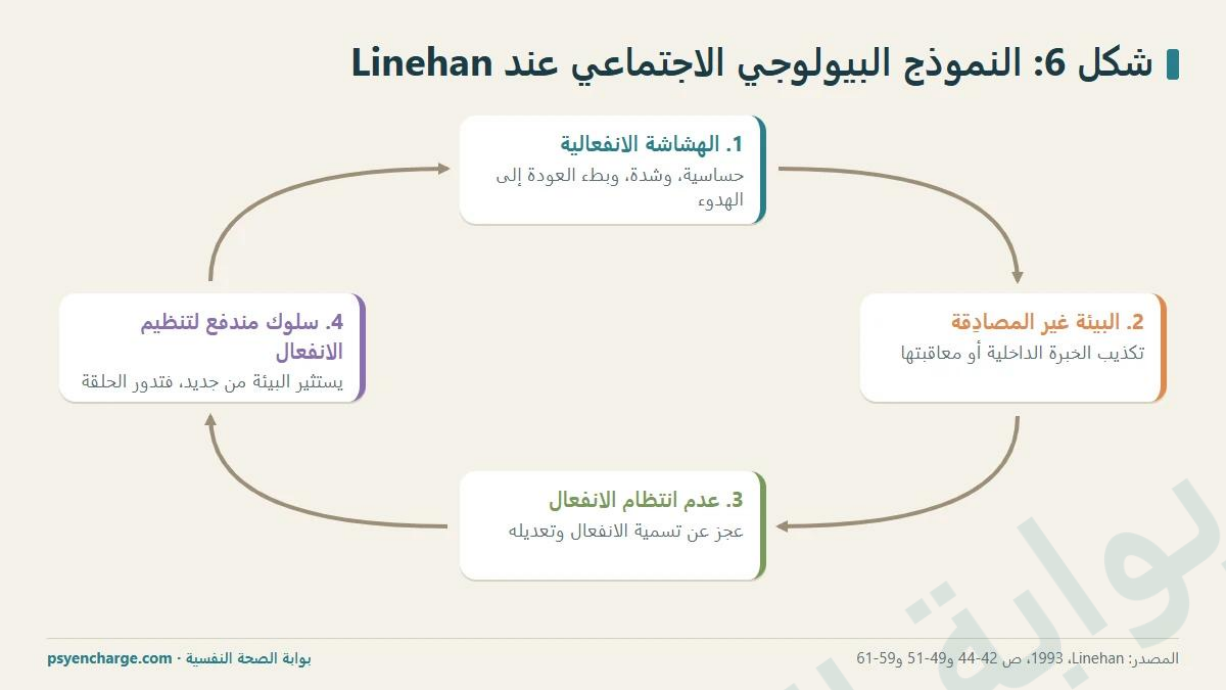
النظرية البيولوجية الاجتماعية عند Linehan

تقول Linehan إن الحدية في أساسها خلل في نظام تنظيم الانفعال، ينتج من استعداد بيولوجي يلتقي ببيئة بعينها، ويتفاعلان عبر الزمن (Linehan، 1993، ص 42). وللنظرية ركنان.

الأول: **الهشاشة الانفعالية** (vulnérabilité émotionnelle / emotional vulnerability)، ولها ثلاث صفات: حساسية عالية، فيكفي القليل لإثارة الانفعال؛ وشدة الاستجابة؛ وبطء العودة إلى الهدوء (Linehan، 1993، ص 43–44). ومن هنا شعور المحيطين بأنهم «يمشون على قشر البيض».

الثاني: **البيئة غير المصادِقة** (environnement invalidant / invalidating environment)، ويقال أيضا: البيئة المُبطِلة. وهي بيئة تقابل التعبير عن الخبرة الداخلية بردود متقلبة أو مبالغ فيها، فتعاقبه أو تستخف به. تقول للطفل إنه مخطئ في وصف ما يشعر به، وتنسب انفعاله إلى ضعف أو سوء نية أو قلة عزيمة (Linehan، 1993، ص 49–50).

ونتائج ذلك عندها أربع: لا يتعلم الطفل تسمية انفعالاته وتعديلها؛ ولا يتعلم تحمل الضيق ووضع أهداف واقعية؛ ويتعلم أن الانفعال الشديد وحده يجلب المساعدة؛ ويتعلم ألا يثق بخبرته فيبحث عن الجواب عند الآخرين (Linehan، 1993، ص 51). وتصير سلوكات الحدية، ومنها الاندفاع وإيذاء النفس، محاولات لتنظيم انفعال لا يُحتمل، أو نتائج لاضطرابه (Linehan، 1993، ص 59–60). لذلك ترفض Linehan وصف هذه السلوكات بـ«المتلاعبة» دون تقييم للنية (Linehan، 1993، ص 61)، وتحذّر من «لوم الضحية» في العلاج (Linehan، 1993، ص 63).



شكل 6: النموذج البيولوجي الاجتماعي عند Linehan

ويبسط Krawitz وJackson الفكرة للأسر: قد يولد الطفل أشد حساسية من والديه، فيعجزان، مع حبهما له، عن تعليمه تنظيم انفعالاته، دون أن يكون أحد مذنبا (Krawitz وJackson، 2008، ص 32). وهذا لا ينفي أثر الإساءة: نحو 70% من أصحاب الحدية يذكرون اعتداء جنسيا في الطفولة. لكن 30% لا يذكرونه، وأغلب من تعرضوا له لا تنشأ عندهم الحدية (Krawitz وJackson، 2008، ص 33).

الثقافة وحدود التفسير السببي

يذكر Krawitz وJackson من العوامل الحامية المقترحة مجتمعا مترابطا، وأدوارا واضحة، وأسرة ممتدة، وثقافة تعلي من الصلة بين الناس (Krawitz وJackson، 2008، ص 34). ومثالهما: جدّ أو جدة يصادق الطفل ويسنده قد يقلل احتمال الاضطراب (ص 35). وهذا يعني القارئ العربي مباشرة. لكنها «اقتراحات» عندهما، لا نتائج مقيسة.

ومن النقد: الدراسات في هذا الباب أغلبها استرجاعية وتقوم على التقرير الذاتي، فلا تكفي للحكم السببي (Meyer وPilkonis، 2011، الفصل 39). ويقرّ Sperry بأن البحث في الجوانب الثقافية لاضطرابات الشخصية قليل لا يسمح بتوجيهات عملية دقيقة (Sperry، 2016، ص 14). والخلاصة العملية عند Krawitz وJackson

أن طريق كل شخص إلى الاضطراب فريد: استعداد قوي يكفيه قليل من البيئة، أو صدمة شديدة تكفي وحدها (Krawitz و Jackson، 2008، ص 34).

مفاهيم مفتاحية

- **المزاج** (tempérament / temperament): الاستعداد الفطري للاستجابة الانفعالية، ظاهر منذ الولادة، ووراثي في أغلبه.
- **الطبع** (caractère / character): ما تصنعه التنشئة والتعلم في الشخصية.
- **نمط التعلق** (style d'attachement / attachment style): صورة الذات والآخر التي تكونت من علاقة الطفل بمن يرعاه.
- **النظرية البيولوجية الاجتماعية** (théorie biosociale / biosocial theory): تفسير Linehan للحدية بالتقاء الهشاشة الانفعالية ببيئة غير مصادقة.
- **الهشاشة الانفعالية** (vulnérabilité émotionnelle / emotional vulnerability): حساسية عالية وشدة في الانفعال وبطء في العودة إلى الهدوء.
- **البيئة غير المصادِقة** (environnement invalidant / invalidating environment): بيئة تكذّب الخبرة الداخلية للطفل أو تعاقبها أو تستخف بها.

خلاصة المحور:

المزاج يحمل الاستعداد، والطبع والتعلق يحملان أثر التنشئة. وتربط المراجع كل نمط تعلق غير آمن باضطرابات بعينها، وتذكّر بأن التعلق التجنبي غير اضطراب الشخصية التجنبية. وأوضح نموذج سببي هو نظرية Linehan: هشاشة انفعالية في بيئة غير مصادقة، تنتج عدم انتظام الانفعال ثم سلوكات تحاول تنظيمه. لكن الأدلة في أغلبها استرجاعية، والطريق إلى الاضطراب يختلف من شخص إلى آخر.

مصادر هذا المحور: Sperry، 2016، ص 9–14؛ Linehan، 1993، ص 42–44 و49–51 و59–63؛ Krawitz و Jackson، 2008، ص 31–35؛ Meyer و Pilkonis، 2011، الفصل 39؛ Horton، 2011، الفصل 16.

للتعمق في الموقع: «نظرية التعلق» https://psyencharge.com/نظرية-التعلق/ ، «جون بولبي» https://psyencharge.com/alam/جون-بولبي/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

5. المجموعة أ: البارانويدية والفصامانية ومن النمط الفصامي

ما ستعرفه في هذا المحور:

- الملامح المحورية للاضطرابات الثلاثة في المجموعة أ.
- الفرق بين الريبة في الشخصية البارانويدية والغيرة الوهامية في الاضطراب الوهامي، وأثرها في الزواج.
- القراءة الدينامية للشخصية الفصامانية عند Akhtar.
- لماذا يُعدّ النمط الفصامي من طيف الفصام، ولماذا نقله ICD-11 إليه.

يجمع المجموعة أ الغرابة والبعد عن الناس، وبينها وبين الذهان تداخل في الأعراض (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 5). لذلك يشترط الدليل ألا تظهر فقط في أثناء فصام أو اضطراب ذهاني، وإذا سبقته تُسجل مع كلمة «سابق للمرض» (premorbid) (APA، 2022، ص 736–737).

اضطراب الشخصية البارانويدية

نكتب «البارانويدية» لأنها لفظ مقالات الموقع والطالب المغاربي، ويقال أيضا: الزورانية.

الملمح المحوري: ريبة (méfiance soupçonneuse / suspiciousness) شاملة في الآخرين، تجعل الشخص يفسر دوافعهم بأنها عدائية. (APA، 2022، ص 738).

المعايير بصياغتنا: أربعة من سبعة مظاهر تدور حول عدم الثقة: توقع الأذى والخداع بلا أساس، والشك في وفاء الأصدقاء، والتحرج من البوح، وقراءة معانٍ مهينة في كلام بريء، والضغينة (rancune / bearing grudges)، والشعور بهجوم على السمعة مع رد غاضب، والشك المتكرر في إخلاص الشريك (APA، 2022، ص 737–739). وانتشاره بين 2.3% و4.4% (APA، 2022، ص 739–740).

كيف يظهر في الحياة وفي المقابلة: يرى في خطأ البائع محاولة غش، وفي مزاح زميله هجوما على شخصه (APA، 2022، ص 738–739). وفي المقابلة يفحص كل سؤال بحثا عن قصد خفي، فيوصي Sperry بانتقالات هادئة بين الموضوعات (Sperry، 2016، ص 216).

القراءة الدينامية والمعرفية: الدفاع المحوري هو الإسقاط: ينسب الشخص إلى غيره ما لا يحتمله في نفسه، وتحت التعالي شعور عميق بالنقص (Sperry، 2016، ص 210–211). ويضيف McWilliams وShedler أن تاريخ هؤلاء يحمل غالبا إذلالا، فهم يهاجمون أولا ليتقوا الهجوم المنتظر (McWilliams وShedler، 2017، ص 48–49). وفي القراءة المعرفية المعتقد المحوري «الناس لهم نوايا سيئة»، والهجوم المضاد يستثير العداوة المتوقعة فيتأكد المعتقد (Beck، 2015، نقلا عن Sperry، 2016، ص 211).

الثقافة: حذر المهاجر أو من يعيش التمييز ليس بارانويا، وقد يدخل المعالج نفسه معه في دائرة ريبة متبادلة (APA، 2022، ص 740).

البارانويا والغيرة في الزواج: هذا من أكثر ما يسأل عنه القراء. الشك المتكرر بلا مبرر في إخلاص الشريك أحد المعايير السبعة. ويصف الدليل شخصا يجمع «أدلة» تافهة على الخيانة، ويريد السيطرة التامة على العلاقة، ويسأل باستمرار عن أماكن الشريك ونواياه (APA، 2022، ص 738–739).

والسؤال الفارق: هل هي ريبة في شخصية، أم وهم في اضطراب وهامي (trouble délirant / delusional disorder)؟ الفرق في قوة الاعتقاد. في البارانويدية لا تبلغ الشكوك شدة الوهم، أما الاضطراب الوهامي والفصام فتميزهما فترة من الأعراض الذهانية المستمرة (First، 2024، الجدول 3.17.1؛ APA، 2022، ص 740).

ولا يُترك الزوجان وحدهما. ينقل Sperry عن Harbir أن الطرف الآخر كثيرا ما يرد على الاتهام بالصمت والتكتم، فيزداد الشك. لذلك يُقترح علاج زوجي أو جلسة مشتركة لتعديل هذه الحلقة، ولا يُطلب من الشريك مواجهة الريبة إلا إذا لم يصدر عنف (Harbir، 1981، نقلا عن Sperry، 2016، ص 223–224). وإذا ظهر تهديد أو عنف، فالأولوية لسلامة الشريك، والطريق إلى المختص مباشرة.

العلاج باختصار: لا يدافع المعالج عن نفسه، ولا يجادل في إدراك المراجِع، ويحترم استقلاله (Sperry، 2016، ص 218).

الحد مع ما يشبهه: انظر جدول 3، وبقية الأزواج في جدول 6 بالمحور 9.

في ICD-11 وPDM-2: لا فئة مستقلة في ICD-11، بل ميادين السمات. وفي PDM-2 «الشخصيات البارانويدية»، في المستويين الحدي والذهاني غالبا (McWilliams وShedler، 2017، ص 48).

اضطراب الشخصية الفصامانية

نكتب «الفصامانية» كما في الترجمة العربية للمرجع السريع، ويقال أيضا: شبه الفصامية، والانعزالية.

الملمح المحوري: انسحاب من العلاقات الاجتماعية (détachement des relations sociales / detachment from social relationships)، وضيق في مدى التعبير الانفعالي أمام الناس (APA، 2022، ص 741).

المعايير بصياغتنا: أربعة من سبعة: لا يرغب في العلاقات القريبة ولا يستمتع بها، ولو داخل الأسرة؛ ويختار الأنشطة الفردية؛ وقلّ أن يهتم بعلاقة جسدية مع آخر؛ وقلّ ما يمتعه؛ ولا صديق مقرب له خارج الأقارب من الدرجة الأولى؛ ويبدو غير مكترث بالمدح والنقد؛ ويبدو باردا أو فاتر الانفعال (froideur émotionnelle / flattened affectivity) (APA، 2022، ص 741-742). والمهم في الصياغة كلمة «يبدو». فالدليل نفسه يقر بأن هؤلاء، إذا ارتاحوا نادرا، قد يعترفون بمشاعر مؤلمة متصلة بالعلاقات (APA، 2022، ص 742).

كيف يظهر في الحياة وفي المقابلة: قد ينجح في عمل منعزل، ويتعثر حين يتطلب العمل تعاملا مع الناس (APA، 2022، ص 742-743). وفي المقابلة إجابات قصيرة وصمت طويل. ويرى Sperry أن عودته إلى الجلسات تعني أنه «يتصل» على طريقته، وينبه إلى ميل المعالج إلى إلغاء مواعيده لأنه «لن يتأثر»، وهذا تحويل مضاد (Sperry، 2016، ص 234 و236).

القراءة الدينامية عند Akhtar: للشخصية الفصامانية عنده وجهان في ستة مجالات، من صورة الذات إلى الحب والأخلاق. فهي في الظاهر منفصلة، مكتفية بذاتها، شاردة. وفي الخفاء حساسة جدا، محتاجة انفعاليا، يقظة، مبدعة (Akhtar، 1987، ص 510). والظاهر والخفي عنده ما يسهل أو يصعب رؤيته، لا الشعوري واللاشعوري. وينتقد DSM-III لأنه أخذ الانسحاب على ظاهره (Akhtar، 1987، ص 507-508). ويوافقه

McWilliams وShedler: التوتر المحوري «الخوف من القرب في مقابل الشوق إليه» (McWilliams وShedler، 2017، ص 41–42).

الحد مع ما يشبهه: صاحب التجنبية يريد العلاقة ويمنعه الخوف من الرفض، وصاحب الفصامانية لا يرغب فيها، كما يقول الدليل (APA، 2022، ص 744). لكن Akhtar يرى هذا الفرق «مشكوكا فيه» عياديا (Akhtar، 1987، ص 508). وطيف التوحد يتميز بالسلوك النمطي المتكرر (First، 2024، الجدول 3.17.2).

الثقافة: من ينتقل من الريف إلى المدينة قد يمر بـ«تجمد انفعالي» يدوم أشهرا، فيبدو انسحابه فصامانيا وليس كذلك (APA، 2022، ص 742–743).

في ICD-11 وPDM-2: ميدان الانفصال أبرز ما يصفه. وفي PDM-2 «الشخصيات الفصامانية» من الطيف الداخلي (McWilliams وShedler، 2017، ص 28).

اضطراب الشخصية من النمط الفصامي

نكتب «من النمط الفصامي» كما في الترجمة العربية للمرجع السريع، ويقال أيضا: فصامية النمط.

الملمح المحوري: انزعاج حاد من العلاقات القريبة وقدرة محدودة عليها، مع تشوهات في الإدراك والتفكير وغرابة في السلوك (APA، 2022، ص 744–745).

المعايير بصياغتنا: خمسة من تسعة، يجمعها ثلاثة محاور. الأول معرفي إدراكي: أفكار الإحالة (idées de référence / ideas of reference) دون أن تبلغ الوهم، ومعتقدات غريبة أو تفكير سحري (pensée magique / magical thinking) يخالف معايير الجماعة، وإدراكات غير مألوفة كأوهام جسدية، وريبة. والثاني غرابة الكلام والسلوك والمظهر، وانفعال غير مناسب أو ضيق. والثالث العلاقات: لا أصدقاء مقربون، وقلق اجتماعي مفرط لا يخف بالألفة، لأنه متصل بالريبة لا بالحكم السلبي على الذات (APA، 2022، ص 744–746). ويطلب صاحبه العلاج غالبا للقلق أو الاكتئاب (APA، 2022، ص 746)، وصورة ذاته عند Sperry: «أنا على موجة غير موجة الناس» (Sperry، 2016، ص 251).

الثقافة والدين: ينبه الدليل إلى أن معتقدات ثقافية ودينية شائعة، كالعين وقراءة الأفكار والمعتقدات عن الصحة والمرض، قد تبدو أعراضا لمعالج لا يعرف ثقافة المراجِع (APA، 2022، ص 746–747). فالمعيار مخالفة معايير جماعة الشخص، لا معتقدات المعالج.

مكانه في طيف الفصام: يعدّه Chemerinski وآخرون «النموذج الأولي» لاضطرابات الشخصية في طيف الفصام. يشارك الفصام عجزا معرفيا واجتماعيا أخف، وتقي أصحابه عوامل حامية من الذهان. ويتجمع في الأسر، وفيه قابلية وراثية مشتركة مع الفصام (Chemerinski وآخرون، 2013، ص 652 و655 و661). أما التحول إلى الفصام فالأرقام متباعدة: 17% في عينة، وما يصل إلى 40% عند المراهقين في تقدير آخر (Chemerinski وآخرون، 2013، ص 662)، والدليل يقول إنها نسبة صغيرة (APA، 2022، ص 746). فلا يُعطى أحد الرقمين للأسرة على أنه قدر محتوم.

ولهذا يذكره DSM–5 في فصلين (McWilliams وShedler، 2017، ص 24)، ونقله ICD–11 إلى فصل الفصام (6A22، المحور 3). ويرى Emmelkamp وMeyerbröker معاييره ظواهر ذهانية خفيفة أكثر منها اضطراب شخصية (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 9).

الحد مع ما يشبهه: الحدية قد تظهر فيها أعراض شبه ذهانية عابرة، لكنها مرتبطة بتقلب الانفعال تحت الضغط، أما هنا فهي دائمة (APA، 2022، ص 747–748؛ First، 2024، الجدول 3.17.3). وسمات النمط الفصامي في المراهقة قد تكون اضطرابا انفعاليا عابرا (APA، 2022، ص 747–748).

	البارانويدية	الفصامانية	من النمط الفصامي
الملمح المحوري	ريبة شاملة في نوايا الآخرين	انسحاب من العلاقات وفتور في التعبير الانفعالي	ضيق في العلاقات مع تشوهات إدراكية وغرابة
التفكير	تفسير عدائي للأحداث، دون شدة الوهم	لا تشوهات؛ داخل غني عند Akhtar	أفكار إحالة، وتفكير سحري، وكلام مبهم
العلاقة	حذر وضغينة، وغيرة على الشريك	لا رغبة ظاهرة، وشوق خفي	قلق اجتماعي لا يخف بالألفة، متصل بالريبة
الحد مع الذهان	الاضطراب الوهامي والفصام: أعراض ذهانية مستمرة	الفصام: أعراض إيجابية فوق الأعراض السلبية	الفصام: ذهان كامل الشدة والمدة؛ في ICD-11 هو نفسه في طيف الفصام (6A22)
حدود أخرى	التجنبية: تحرج خوفا من الخجل لا من الأذى	التجنبية: رغبة يمنعها الخوف؛ التوحد: سلوك نمطي متكرر	الحدية: أعراض عابرة مرتبطة بالانفعال؛ التوحد: سلوك نمطي
في ICD-11	بالميادين (لا فئة مستقلة)	بالميادين، والانفصال أبرزها	6A22 في فصل الفصام

جدول 3: المجموعة أ وحدودها

المصدر: APA، 2022، ص 737–748؛ First، 2024، الجداول 3.17.1–3.17.3؛ Akhtar، 1987، ص 508 و510؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 41–42 و48–49؛ Sperry، 2016، ص 210–211 و251؛ WHO، 2018، ص 17.

مفاهيم مفتاحية

- **الريبة** (méfiance soupçonneuse / suspiciousness): توقع الأذى والخداع من الآخرين بلا أساس كاف.
- **الانفصال الظاهر والحاجة الخفية** (overt detachment / covert longing): قراءة Akhtar للفصامانية: انعزال في الظاهر وحساسية وحاجة في الخفاء.
- **أفكار الإحالة** (idées de référence / ideas of reference): تفسير أحداث عابرة بأنها تخص الشخص، دون أن تبلغ الوهم.
- **التفكير السحري** (pensée magique / magical thinking): اعتقاد بقدرة الفكر أو الطقوس على تغيير الواقع، مخالف لمعايير الجماعة.

خلاصة المحور:

المجموعة أ ثلاثة أنماط من البعد عن الناس. البارانويدية ريبة لا تبلغ الوهم، وفي الزواج تظهر شكا في الإخلاص وجمعا للأدلة ورغبة في السيطرة، والفارق مع الغيرة الوهامية قوة الاعتقاد. والفصامانية انسحاب ظاهر

قد يخفي حاجة وشوقا، كما يقرأها Akhtar. ومن النمط الفصامي أقربها إلى الذهان، حتى أخرجه ICD-11 من اضطرابات الشخصية إلى طيف الفصام. وفي الثلاثة يُحذر من خلط المعتقد الثقافي والديني المشترك بالعرض.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 736–748؛ First، 2024، الجداول 3.17.1–3.17.3؛ Sperry، 2016، ص 210–211 و216–218 و223–224 و234–236 و248–251؛ Akhtar، 1987، ص 507–510؛ Chemerinski وآخرون، 2013، ص 652 و655 و661–662؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 24 و28 و40–42 و48–49؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 5 و9 و25؛ WHO، 2018، ص 17.

للتعمق في الموقع: «اضطراب الشخصية البارانويدي» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-البارانويدي/ ، «اضطراب الشخصية البرانويدي الحسّاس» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-البرانويدي-الحسّاس/ ، «الشخصية شبه الفصامية» https://psyencharge.com/الشخصية-شبه-الفصامية/ ، «اضطراب الشخصية الفصامية (عن الفصامانية)» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-الفصامية/ ، «اضطراب طيف الفصام» https://psyencharge.com/الاضطرابات-طيف-الفصام/ ، «معضلة تشخيص الفصام» https://psyencharge.com/تشخيص-الفصام/ ، «آليات الدفاع النفسي» https://psyencharge.com/آليات-الدفاع-النفسي/ ، السند 4 https://psyencharge.com/sanadat/التحليل-النفسي-pdf/

6. المجموعة ب (1): المعادية للمجتمع والسيكوباتية، والحدية

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما يشترطه الدليل لتشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، ولماذا يُطلب اضطراب المسلك قبل الخامسة عشرة.
- الفرق بين «المعادية للمجتمع» فئةً في DSM و«السيكوباتية» مجموعةَ سمات.
- الأبعاد الكبرى للحدية: الانفعال، والعلاقة، والهوية، والاندفاع، وإيذاء النفس.
- المعضلات الجدلية الثلاث عند Linehan، والانشطار في القراءة الدينامية.

قد يتلاعب صاحب الاضطراب المعادي للمجتمع بالآخرين، وقد يتلاعب صاحب الاضطراب الحدي أيضا. لكن الغاية مختلفة: الأول يطلب الربح أو السلطة أو المتعة المادية، والثاني يطلب اهتمام من يرعاه (APA، 2022، ص 752 و756). هذا الفرق الصغير مدخل جيد إلى المجموعة ب، وهي المجموعة «الدرامية» أو «الانفعالية» (Emmelkamp و Meyerbröker، 2020، ص 9).

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، ويقال أيضا: المضادة للمجتمع، نمط شامل من الاستخفاف بحقوق الآخرين وانتهاكها، يبدأ في الطفولة أو أوائل المراهقة ويستمر في الرشد (APA، 2022، ص 748–749).

يشترط الدليل ثلاثة أمور مع النمط نفسه. أن يكون الشخص في الثامنة عشرة على الأقل. وأن تظهر عنده علامات اضطراب المسلك (trouble des conduites / conduct disorder) قبل الخامسة عشرة. وألا يظهر السلوك في فترات الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب وحدها (APA، 2022، ص 748). أما علامات النمط في الرشد فتجمعها NICE، نقلا عن Millon و Davis، في العلاقة بالآخرين (مخالفة الأعراف، وانعدام المسؤولية، والخداع، واللامبالاة بمصلحة الغير)، ثم التهور، وغياب التخطيط، وسرعة الاستثارة والعدوانية (NICE، 2010، ص 19).

لماذا اضطراب المسلك قبل الخامسة عشرة؟ لأن الدليل يرى في الاضطراب استمرارا لنمط بدأ مبكرا، لا سلوكا جديدا ظهر في الرشد. والسلوك الإجرامي نفسه ليس هو الاضطراب. تذكر NICE أن نسبته بين السجناء أقل قليلا من النصف، وأن 47% فقط ممن تنطبق عليهم المعايير في المجتمع لهم سجل توقيف مهم (NICE، 2010، ص 17).

في الحياة وفي المقابلة: يحرّك النمطَ عند Sperry موقفٌ واحد: «المعايير والقواعد الاجتماعية». والأسلوب البين شخصي عدائي، والعلاقات سطحية محسوبة، وقد تجده عند رجل الأعمال الناجح كما تجده عند المجرم (Sperry، 2016، ص 54–55). وفي المقابلة لا يكفي كلام الشخص، لأنه قد يكون مقنعا ومخادعا معا (NICE، 2010، ص 143–144). لذلك ينصح الدليل بجمع المعلومات من مصادر أخرى (APA، 2022، ص 748–749).

القراءات: يرى Kernberg عند أعلاهم أداء «ثغرات» في الأنا الأعلى لا يعمل فيها الضمير (نقلا عن Sperry، 2016، ص 57). وفي القراءة المعرفية قاعدة «اسبقهم قبل أن يسبقوك» (Beck، نقلا عن Sperry، 2016، ص 58).

أرقام وثقافة: الانتشار الوسيط 3.6%، ويتجاوز 70% في عينات الرجال ذوي الإدمان الشديد على الكحول وفي السجون (APA، 2022، ص 750). وهو عند الرجال ثلاثة أضعافه عند النساء، ويخف غالبا بحلول الأربعين (APA، 2022، ص 750–751). وينبه الدليل إلى خطأ يهم القارئ عندنا: سلوك يبدو معاديا للمجتمع قد يكون استراتيجية بقاء في حي عنيف أو فقير، فلا يُعد سمة شخصية ثابتة (APA، 2022، ص 750–751).

في ICD-11 وPDM-2: يقابله في ICD-11 ميدان اللااجتماعية (dissociality، 6D11.2): الاستخفاف بحقوق الآخرين ومشاعرهم، وتمركز الذات، ونقص التعاطف (WHO، 2018، ص 176). ويضعه PDM-2 تحت «الشخصيات السيكوباتية» (McWilliams وShedler، 2017، ص 50).

المعادية للمجتمع والسيكوباتية

المعادية للمجتمع فئة سلوكية في DSM. والسيكوباتية (psychopathy / psychopathie)، ويقال أيضا: الاعتلال النفسي، مجموعة سمات. ومن «شخصيات» Schneider العشر (المحور 2) لا يشبه المفهوم الحالي إلا «عديم العاطفة» (نقلا عن Lynam، 2011، الفصل 24). واليوم تُوصف السيكوباتية بثلاثة جوانب: سلوكي (الاندفاع والجريمة)، وبين شخصي (التعاظم والتلاعب)، ووجداني (سطحية الانفعال، وغياب التعاطف والقلق والندم) (Lynam، 2011، الفصل 24).

وبنى Hare على وصف Cleckley قائمة السيكوباتية المعدلة (PCL-R) بعاملين: الأنانية والقسوة، ونمط حياة معاد للمجتمع. ثم جعلها Neumann وزملاؤه أربعة عوامل (نقلا عن NICE، 2010، ص 19-20).

العلاقة بين المفهومين غير متماثلة. أغلب من يحصلون على درجة عالية في PCL-R تنطبق عليهم معايير المعادية للمجتمع، لكن نحو 10% فقط من أصحاب المعادية للمجتمع يبلغون عتبة السيكوباتية بهذا المقياس (NICE، 2010، ص 20). والدليل نفسه يقر بأن نقص التعاطف والتقدير المتضخم للذات والسحر السطحي هي ملامح السيكوباتية التقليدية، وأنها أقدر على التنبؤ بالعودة إلى الجريمة (APA، 2022، ص 749-750).

أما السوسيوباتية (sociopathie / sociopathy) فيصفها Sperry بتأثير أكبر للبيئة، وبقدرة على التعلق بقلة من الناس (Sperry، 2016، ص 54). ويرى Kernberg وMeloy السيكوباتية صورة عدوانية أو «خبيثة» من النرجسية (نقلا عن Lynam، 2011، الفصل 24). وسنعود إلى ذلك في المحور 7.



شكل 7: المعادية للمجتمع والسيكوباتية

اضطراب الشخصية الحدية

اضطراب الشخصية الحدية نمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات وصورة الذات والوجدان، مع اندفاعية واضحة، يبدأ في أوائل الرشد ويشمل مواقف كثيرة. ويشترط الدليل خمس علامات من تسع (APA، 2022، ص 752–753).

استعمل Adolf Stern الاسم سنة 1938 لمرضى لا يدخلون في «العصابي» ولا في «الذهاني»، ثم دخل DSM-III سنة 1980 (Linehan، 1993، ص 5). ومعنى «الحد» هذا لم يعد صحيحا، لكن الاسم بقي (Krawitz و Jackson، 2008، ص 3).

تعيد Linehan ترتيب العلامات التسع في خمسة أنواع من عدم الانتظام، دون أن تغيّر تعريفها (Linehan، 1993، ص 11):

- **الانفعالي:** استجابات شديدة التفاعل، وغضب يصعب ضبطه.
- **البين شخصي:** علاقات مضطربة وشديدة، وجهود محمومة لمنع الهجر.
- **السلوكي:** اندفاع يؤذي صاحبه، وسلوك انتحاري أو إيذاء للنفس.

- **المعرفي:** أفكار ارتيابية أو انشقاق عابر تحت الضغط.
- **الذات:** هوية غير مستقرة، وشعور مزمن بالفراغ.

وهذا جواب سؤال «أعراض الحدية». ويضيف الدليل أن الخوف من الهجر قد يثيره انفصال قصير، مثل إعلان المختص نهاية الجلسة (APA، 2022، ص 753).

الحدية والحب: قد يرفع الشخص شريكه إلى المثال منذ أول لقاء أو ثانيه، فيطلب قضاء وقت طويل معه، ويبوح بأدق أسراره مبكرا. ثم ينتقل سريعا إلى الحط من قيمته حين يشعر أنه لا يعطيه ما يكفي (APA، 2022، ص 753). وتلاحظ Linehan أن هؤلاء يتحسنون كثيرا في العلاقات المستقرة الإيجابية (Linehan، 1993، ص 11).

أرقام: الانتشار الوسيط 2.7%، ونحو 10% في العيادات الخارجية و20% بين المقيمين في المستشفى (APA، 2022، ص 754–755). ولا فرق بين الجنسين في عينات المجتمع، وقد يعود كثرة النساء في العيادات إلى طلبهن المساعدة أكثر (APA، 2022، ص 755–756). والإساءة الجنسية في الطفولة ليست شرطا لازما ولا كافيا للاضطراب (APA، 2022، ص 755).

إيذاء النفس والانتحار: يعرّف Krawitz وJackson إيذاء النفس بأنه سلوك متعمد يؤذي الجسد دون نية الموت، يؤدي وظيفة قصيرة الأمد وله ثمن طويل. ومن وظائفه تحويل الألم النفسي إلى ألم جسدي، أو إيصال شدة الضيق إلى الآخرين (Krawitz وJackson، 2008، ص 37–39). أما محاولة الانتحار فسلوك موجّه إلى الذات فيه أي قدر من نية الموت (Brodsky وStanley، 2013، ص 48). وفي متابعة دامت 24 سنة مات نحو 6% منتحرين (APA، 2022، ص 755–756). من يمر بأفكار إيذاء النفس أو الانتحار يحتاج مختصا الآن، لا بعد حين.

الأنواع الفرعية: «المتذمر» و«المدمر لذاته» أنواع وصفها Millon، لا أنواع في DSM. الأول يجمع الحدية والسلبية المعارضة: عناد وتشاؤم، وخوف من فقد الاستقلال ومن الهجر معا. والثاني يجمعها مع الاكتئابية وهزيمة الذات: غضب وذنب موجهان إلى الذات (Bockian وآخرون، 2016، ص 5 و107 و121).

الانشطار: القراءة الدينامية

يضع Kernberg نقطة التثبيت في المرحلة الفرعية «إعادة التقارب» عند Mahler: لم يكتسب الطفل ثبات الموضوع، فلا يستطيع أن يجمع الجانب الحسن والجانب السيئ في نفسه وفي أمه (نقلا عن Sperry، 2016، ص 99). ومن هنا الانشطار (clivage / splitting): يُرى الآخر خيرا كله أو شرا كله، ومعه التماهي الإسقاطي (Sperry، 2016، ص 96-97). وتشرح آليات الدفاع هذه في السند 4. ويفرق PDM-2، مع Kernberg، بين «تنظيم الشخصية الحدي» مستوىً من الشدة، و«اضطراب الشخصية الحدية» نمطاً في DSM (McWilliams وShedler، 2017، ص 53).

المعضلات الجدلية الثلاث عند Linehan

تقدّم Linehan ثلاثة أبعاد، لكل منها طرفان. الطرف الأول تأثر أكثر بالأساس البيولوجي لتنظيم الانفعال، والثاني بالعواقب الاجتماعية للتعبير عنه. والشخص يتأرجح بين الطرفين، والعجز عن الوصول إلى موقف متوازن هو المعضلة المحورية في العلاج (Linehan، 1993، ص 67). وهي أنماط شائعة لا عامة (Linehan، 1993، ص 66).

- **الهشاشة الانفعالية في مقابل إبطال الذات:** حساسية شديدة وبطء في العودة إلى الهدوء، تصفها بقولها: إنهم «بلا جلد انفعالي» كمن أصابته حروق من الدرجة الثالثة (Linehan، 1993، ص 69). وفي الطرف الآخر يتبنى الشخص موقف البيئة غير المصادِقة، فيكذّب مشاعره بنفسه (Linehan، 1993، ص 71-72).
- **السلبية النشطة في مقابل الكفاءة الظاهرة:** نشاط في دفع الآخرين إلى حل المشكلة، وسلبية في حلها بالنفس، ثم كفاءة تظهر في موقف وتختفي في آخر (Linehan، 1993، ص 78 و80).
- **الأزمات المتواصلة في مقابل الحداد المكبوت:** أزمة تتبعها أزمة، وفي المقابل خسارات متكررة لم تُعش ولم تُستوعب (Linehan، 1993، ص 85 و89).



شكل 8: المعضلات الجدلية الثلاث عند Linehan

مقارنة: يرى Kernberg فائض العدوان أساسا في الحدية، وتقول Linehan إن كثيرا مما يُقرأ عدوانا هو خوف وهلع ويأس (Linehan، 1993، ص 70).

ومن النقد: تذكر Brodsky وStanley أن ألفاظ «صعب» و«متلاعب» و«طالب انتباه» شاعت بين المختصين، فصارت الأعراض تُفهم إرادةً متعمدة (Brodsky وStanley، 2013، ص 36). وقد تغيّر ذلك بعد أول تجربة علمية أثبتت فاعلية علاج سنة 1991 (Krawitz وJackson، 2008، ص 4). والعلاج في المحور 11، والتعافي في المحور 12.

مفاهيم مفتاحية

- **اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع** (personnalité antisociale / antisocial personality disorder): استخفاف شامل بحقوق الآخرين منذ الخامسة عشرة، يُشخص بعد الثامنة عشرة.
- **السيكوباتية** (psychopathie / psychopathy): مجموعة سمات بين شخصية ووجدانية وسلوكية، أضيق من المعادية للمجتمع.
- **اضطراب الشخصية الحدية** (personnalité borderline / borderline personality disorder): عدم استقرار في العلاقات وصورة الذات والوجدان، مع اندفاعية.

- **المعضلات الجدلية** (dilemmes dialectiques / dialectical dilemmas): ثلاثة أبعاد يتأرجح فيها الشخص بين طرفين عند Linehan.
- **إيذاء النفس** (automutilation / self-harm): إيذاء متعمد للجسد دون نية الموت.

خلاصة المحور:

المعادية للمجتمع فئة سلوكية تبدأ باضطراب المسلك قبل الخامسة عشرة، والسيكوباتية مجموعة سمات أضيق منها، لا يبلغها إلا نحو عُشر أصحابها. والحدية عدم انتظام في الانفعال والعلاقة والسلوك والتفكير والذات، تقرؤه المدرسة الدينامية انشطارا، وتقرؤه Linehan تأرجحا بين أطراف ثلاث معضلات. وكلا الاضطرابين يحتاج قراءة للسياق: الحي العنيف عند الأول، والوصمة عند الثاني.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 748–756؛ WHO، 2018، ص 176–177؛ Sperry، 2016، ص 54–58 و96–99؛ NICE، 2010، ص 17–22 و143–144؛ Lynam، 2011، الفصل 24؛ Linehan، 1993، ص 5 و11 و66–89؛ Krawitz و Jackson، 2008، ص 3–4 و37–39؛ Brodsky و Stanley، 2013، ص 36 و48؛ Bockian وآخرون، 2016، ص 5 و107 و121؛ McWilliams و Shedler، 2017، ص 50 و53؛ Emmelkamp و Meyerbröker، 2020، ص 9.

للتعمق في الموقع: «اضطراب الشخصية الحدية» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-الحدية/ ، «الاضطراب ثنائي القطب» https://psyencharge.com/الاضطراب-ثنائي-القطب/ ، «اضطراب ما بعد الصدمة» https://psyencharge.com/اضطراب-مابعد-الصدمة-ptsd/ ، «آليات الدفاع النفسي» https://psyencharge.com/آليات-الدفاع-النفسي/ ، السند 4 https://psyencharge.com/sanadat/التحليل-النفسي-pdf/

7. المجموعة ب (2): النرجسية وأشكالها، والهستريونية

ما ستعرفه في هذا المحور:

- الفرق بين النرجسية السليمة واضطراب الشخصية النرجسية.
- النرجسية المتعاظمة والنرجسية الهشة، وأين يقع ما يسمى «النرجسي الخفي».
- معنى النرجسية الخبيثة عند Kernberg، وحدود المصطلحات الشائعة.
- كيف تظهر النرجسية في العلاقات القريبة.
- الفرق بين الهستريونية والشخصية الهستيرية والهستيريا.

«النرجسي الخفي» ليس تشخيصا في DSM-5-TR. هو لفظ شائع يقابل، في لغة العيادة والبحث، ما يسمى النرجسية الهشة. ولكي نفهمه نبدأ بالنرجسية نفسها، ثم بالاضطراب، ثم بأشكاله.

من النرجسية السليمة إلى الاضطراب

يعرّف Pincus وRoche النرجسية بأنها قدرة الشخص على الاحتفاظ بصورة إيجابية عن نفسه، بوسائل لتنظيم الذات والانفعال والعلاقة. والحاجة إلى التقدير والإعجاب جزء سوي من الشخصية. وتصير مرضية حين تشتد ويضعف تنظيمها، فيصبح تعزيز الذات هدفا في كل موقف تقريبا (Pincus وRoche، 2011، الفصل 4).

والفرق بين الأسلوب والاضطراب يظهر عند النقد: صاحب الأسلوب النرجسي يتلقى النقد بأناقة، أما صاحب الاضطراب فيرد عليه بغضب أو إذلال ولو لم يُظهره (Sperry، 2016، ص 164). ويقول الدليل إن كثيرا من الناجحين لهم سمات نرجسية، ولا تصير اضطرابا إلا إذا كانت جامدة غير متكيفة، تسبب اختلالا أو ضيقا (APA، 2022، ص 764).

اضطراب الشخصية النرجسية نمط شامل من تعاظم يظهر في الخيال أو في السلوك، مع حاجة إلى الإعجاب وتعاطف ناقص، يبدأ في أوائل الرشد. ويشترط الدليل خمس علامات من تسع (APA، 2022، ص 760-761). وهي تدور حول ثلاثة محاور: صورة ذات متضخمة وخيالات نجاح، وشعور بالاستحقاق وطلب

للإعجاب، وعلاقة فيها استغلال وحسد وتعال. ويوضح الدليل أن التعاطف المعرفي قد يبقى، أي فهم وجهة نظر الآخر، والغائب هو التعاطف الانفعالي (APA، 2022، ص 761–762).

واللافت أن نص DSM–5–TR نفسه يصف الهشاشة: تقدير الذات «هش جدا في الغالب»، والنقد قد يترك خجلا وفراغا، وقد يقود إلى انسحاب أو تواضع ظاهر يحمي التعاظم (APA، 2022، ص 761–762). الانتشار الوسيط 1.6%، ونصف المشخصين إلى ثلاثة أرباعهم رجال (APA، 2022، ص 762–763). وقد تصحح العلاقات الدائمة والإنجازات الحقيقية مسار الاضطراب (APA، 2022، ص 763).

في المقابلة: يحرّك النمطَ «تقييمُ الذات» (Sperry، 2016، ص 166). وقد يتصرف الشخص كأن المقابلة وُجدت لتأكيد أهميته، ومواجهة التعاظم مبكرا تثير الغضب وقد تقطع العلاج (Sperry، 2016، ص 173).

القراءات الدينامية: يرى Kohut توقفا نمائيا يجعل الشخص يحتاج إلى من «يعكس» له قيمته، فإن غاب هذا الانعكاس تعرّض لجرح نرجسي. ويرى Kernberg «ذاتا متعاظمة مرضية» تحمي ذاتا حقيقية مفصولة، فيها حسد وحرمان وغضب (نقلا عن Sperry، 2016، ص 169–170).

المتعاظمة والهشة: من أين جاء «النرجسي الخفي»؟

ركزت مراجعات DSM المتتالية على التعاظم، وحذفت كثيرا من الملامح الهشة (Levy وآخرون، 2011، الفصل 1). لذلك اقترح عدد من الكتّاب نوعين: نوعا ظاهرا (overt)، متعاظما «سميك الجلد»، ونوعا خفيا (covert)، هشا مفرط الحساسية «رقيق الجلد». ووصف Gabbard النوع الثاني بأنه خجول «متعاظم في صمت»، يتجنب الأضواء لحساسيته الشديدة للإهانة (نقلا عن Levy وآخرين، 2011، الفصل 1).

هنا موضع النرجسية المتعاظمة (narcissisme grandiose / grandiose narcissism)، ويقال أيضا: الظاهرة، والنرجسية الهشة (narcissisme vulnérable / vulnerable narcissism)، ويقال أيضا: الخفية. و«النرجسي الضعيف» ترجمة شائعة للفظ vulnerable نفسه. ويصف Sperry صاحب النوع الهش بأنه مكفوف، شديد الحساسية لتقييم الآخرين، يحسدهم، متواضع في الظاهر، متعاظم في السر، ينسحب من المواقف الاجتماعية (Sperry، 2016، ص 166).

لكن Pincus وRoche يصححان الصورة. ففي الأدبيات أكثر من خمسين تسمية لأشكال النرجسية المرضية، تجتمع كلها في محورين: التعاظم والهشاشة (Pincus وRoche، 2011، الفصل 4). والهشاشة عندهما غضب، وعجز، وفراغ، وتدني تقدير الذات، وخجل، وتجنب للعلاقات، وقد تصل إلى أفكار الانتحار (الفصل 4). وكثير من الخبراء يرون اليوم أن الحالتين تتناوبان عند الشخص نفسه (الفصل 4). ويقولان: «لا دليل تجريبيا على وجود نوعين متمايزين من النرجسية الظاهرة والخفية» (Pincus وRoche، 2011، الفصل 4). إذن «الخفية» و«الظاهرة» تصفان طريقة التعبير، و«المتعاظمة» و«الهشة» تصفان مضمون الاختلال.

ولهذا أثر عملي: الملامح الهشة تقرّب الشخص من العلاج، فيلقاه المختص غالبا في حالته الهشة (Pincus وRoche، 2011، الفصل 4). ونموذج DSM-5 البديل يتحدث صراحة عن تعاظم «ظاهر أو خفي» (نقلا عن Sperry، 2016، ص 167). ويفرق PDM-2 بين المتعالية والمكتئبة المستنزَفة (McWilliams وShedler، 2017، ص 46-47).

ومن النقد: فكرة «القناع»، أي أن التعاظم يخفي احتقارا دفينا للذات، شائعة عند المحللين. لكن البحوث التي قاست تقدير الذات الضمني لم تؤيدها باتساق (Zeigler-Hill وJordan، 2011، الفصل 9).

	المتعاظمة (الظاهرة)	الهشة (الخفية)	الخبيثة (Kernberg)
صورة الذات	تفوق معلن، واستحقاق	تعاظم في الخيال، وخجل من الحاجة والطموح	تفوق مضمون بالسيطرة على الآخرين
الانفعال الغالب	ثقة ظاهرة، وحسد، وغضب عند النقد	خجل، وقلق، واكتئاب، وفراغ	عدوان متوافق مع الأنا، وارتياب
شكل العلاقة	سحر في البداية، ثم استغلال	انسحاب، وحساسية للإهانة، ومقارنة دائمة	استغلال، وخيانة، وسلوك معاد للمجتمع
في العيادة	قليلا ما يطلب العلاج، ويطلب الإعجاب في المقابلة	يأتي في حالة ضيق، ويبدو متواضعا	يحتاج إطارا علاجيا صارما، وقد يلزم التواصل مع أطراف أخرى
مكانها في التصنيف	محور معايير DSM	ملامح في نص DSM، وصريحة في النموذج البديل وPDM-2	مفهوم Kernberg، ليس تشخيصا في DSM

جدول 4: النرجسية المتعاظمة والهشة والخبيثة

المصدر: Pincus وRoche، 2011، الفصل 4؛ Levy وآخرون، 2011، الفصل 1؛ Sperry، 2016، ص 164–167؛ Diamond وآخرون، 2022، ص 357–358؛ APA، 2022، ص 761–762.

هذا الجدول جواب سؤال «صفات النرجسي الخفي» و«الفرق بين الخفي والظاهر»، لكنه وصف لا أداة تشخيص (المحور 9).

النرجسية الخبيثة وحدود المصطلحات الشائعة

النرجسية الخبيثة (narcissisme malin / malignant narcissism) مفهوم Kernberg، لا تشخيص في DSM. تجمع بنية نرجسية مع ثلاثة أمور: ملامح ارتيابية شديدة، وعدوانا متوافقا مع الأنا هدفه هزيمة الآخر، وسلوكا معاديا للمجتمع. وهي أشد صور النرجسية المرضية، وقد تكون آخر طرف من الشخصية ما زال يقبل العلاج (Diamond وآخرون، 2022، ص 357). ويضعها PDM-2 على خط متصل مع السيكوباتية (McWilliams وShedler، 2017، ص 46). ويذكر Levy وزملاؤه أنهم لم يجدوا بحثا مباشرا عنها رغم غنى وصف Kernberg (Levy وآخرون، 2011، الفصل 1).

أما «النرجسي الخفي الخبيث» فتركيب شائع لا يقابله مفهوم في المراجع. نعم، تصف Diamond وآخرون أصحاب النرجسية الخبيثة بأنهم قد يكونون «سميكي الجلد» أو «رقيقيه» (Diamond وآخرون، 2022، ص 358)، لكن هذا وصف لدرجة الضبط، لا نوع رسمي. و«المنحرف النرجسي» مفهوم فرنسي من التحليل النفسي (Racamier)، خارج DSM وICD، ولا نص له في مكتبة السند. وكتب «القرود الطائرة» وما يشبهها كتب شعبية لا تُعد مرجعا عياديا.

ويُسأل أيضا عن «النرجسي الخفي المتدين»، وهو كذلك تركيب شائع لا تشخيص، والتدين نفسه ليس عرضا: ففي البحوث التي يعرضها Sandage وMoe ارتبط التدين الداخلي، أي الإيمان المعيش لذاته، بنرجسية أقل، وارتبط التدين الخارجي الذي يُتخذ وسيلة للمكانة أو المنفعة بنرجسية أكثر. والموصوف عياديا هو «التعاظم الروحي» (spiritual grandiosity)، أي أن يستعمل الشخص علاقته بالمقدس ليشعر أنه أخص من غيره وأقرب، وقد يميل صاحب الهشاشة إلى التعلق بمرشد روحي مثالي يستمد منه قيمته (Sandage وMoe، 2011، الفصل 37).

ويُسأل كذلك عن «دماغ النرجسي»، وهو ليس تشخيصا: تذكر Krusemark أن الدراسات العصبية لاضطراب الشخصية النرجسية قليلة جدا، وأن أغلبها أُجري على سمات نرجسية عند غير المرضى قيست باستبيان ذاتي. ومنها دراسة تصوير وظيفي ربطت النرجسية بنشاط مختلف في الجزيرة الأمامية (insula) أثناء رؤية وجوه انفعالية، وفُسر ذلك بنقص التعاطف. وتنبه إلى أن هذه النتائج أولية تُقرأ بحذر وتحتاج إلى تكرار، وأن عينات هذه البحوث صغيرة ونتائجها ليست واضحة دائما (Krusemark، 2011، الفصل 20).

ولـMillon أنواع فرعية للنرجسية: المعوِّض، والنخبوي، والعاشق، وعديم المبادئ (نقلا عن Pincus وRoche، 2011، الفصل 4). وأقربها إلى الهشاشة «المعوِّض»، الذي يغطي شعورا بالنقص بأوهام التفوق، ويتأذى من أدنى إهانة (Bockian وآخرون، 2016، ص 225).

النرجسية في العلاقات القريبة

يصف Brunell وCampbell مفارقة: صاحب السمات النرجسية المتعاظمة ينجح في بدء العلاقة، ثم تضطرب العلاقة وتقصر. ويسميان ذلك «نموذج كعكة الشوكولاتة»: جاذبية وسحر ومكانة في البداية، ثم تمركز حول الذات، وتحكم، والتزام أضعف، ورضا يهبط عند الشريك (Brunell وCampbell، 2011، الفصل 30). وينبهان إلى أن بحوثهما عن النرجسية المتعاظمة غير العيادية، وأن الهشة قد تختلف لأن الجاذبية الأولى فيها غائبة (الفصل 30).

وتشرح Diamond وآخرون الدينامية: افتتان سريع بشريك مثالي، ثم خيبة حين تظهر استقلاليته ونواقصه، ثم حط من قيمته. ووراء ذلك حسد لمن يحتاجه الشخص، لأن الاعتماد العاطفي يشعره بالنقص (Diamond وآخرون، 2022، ص 395–396). ومن أوضح الآثار ضعف الاهتمام بحياة الشريك نفسها (ص 397). وفي المستوى الخفيف قد تدوم علاقة مستقرة، لكنها سطحية (ص 394).

يسأل القراء كثيرا عن «صفات الزوج» و«صفات المرأة». والمراجع لا تقدم قائمة لكل جنس. تذكر Diamond وآخرون أن النمط كان يُرى أكثر عند الرجال بسبب ازدواج المعايير، ثم صار يظهر عند النساء أيضا (Diamond وآخرون، 2022، ص 396). ويذكر الدليل فرقا في الشكل: تفاعل أشد مع الضغط عند الرجال،

وانسحاب وانشغال بالذات عند النساء (APA، 2022، ص 763). ولا يُشخَّص شريك من قائمة على الإنترنت. ومن يعاني في علاقته يحتاج مختصا يسمعه هو أولا. وموضوع الحدود في العلاقة في المحور 11.

الهستريونية والشخصية الهستيرية والهستيريا

اضطراب الشخصية الهستريونية، ويقال أيضا: الهيستريونية، نمط شامل من الانفعالية المفرطة وطلب الانتباه، يبدأ في أوائل الرشد. ويشترط الدليل خمس علامات من ثماني (APA، 2022، ص 756–757). تدور العلامات حول طلب الانتباه بالمظهر والإغواء والدراما، وانفعال سريع التبدل سطحي وكلام انطباعي قليل التفاصيل، وقابلية للإيحاء مع تقدير مبالغ لحميمية العلاقات. والانتشار الوسيط 0.9% (APA، 2022، ص 759). وينبه الدليل إلى أن معايير التعبير الانفعالي والمظهر تختلف بين الثقافات (ص 759).

الألفاظ الثلاثة مختلفة:

- **الهستيريا** (hystérie / hysteria): عرض جسدي بلا سبب عضوي يعبّر عن صراع، وهو التحول الجسدي في السند 4 (حالة آنا أو).
- **الشخصية الهستيرية** (personnalité hystérique / hysterical personality): مفهوم تحليلي. قبل DSM–III كان المحللون يقولون «هستيري» لمن تنظيمه عصابي، و«هستريوني» لمن تنظيمه حدي أو ذهاني (McWilliams وShedler، 2017، ص 44). ويرى Gabbard أن الشخصية الهستيرية أعلى أداء من الفئة التي يصفها DSM (نقلا عن Sperry، 2016، ص 148).
- **الهستريونية:** فئة DSM الوصفية. ويرى الدليل صلة بينها وبين اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية، أي التحول (APA، 2022، ص 760).

ويتأثر التعبير الهستيري بالثقافة: دراما في مجتمعات، وكبت في أخرى (McWilliams وShedler، 2017، ص 45). وليس للهستريونية نمط مستقل في ICD–11.



شكل 9: ما يقال عن «النرجسي الخفي» وما تقوله المراجع

مفاهيم مفتاحية

- **النرجسية السليمة** (narcissisme sain / healthy narcissism): حاجة سوية إلى التقدير، يحسن الشخص تنظيمها.
- **اضطراب الشخصية النرجسية** (personnalité narcissique / narcissistic personality disorder): تعاظم وحاجة إلى الإعجاب ونقص في التعاطف، شامل وثابت.
- **النرجسية المتعاظمة** (narcissisme grandiose / grandiose narcissism): تفوق واستحقاق وسيطرة معلنة.
- **النرجسية الهشة** (narcissisme vulnérable / vulnerable narcissism): خجل وحساسية للإهانة وانسحاب، مع خيال متعاظم.
- **النرجسية الخبيثة** (narcissisme malin / malignant narcissism): نرجسية مع ارتياب وعدوان وسلوك معاد للمجتمع، عند Kernberg.
- **اضطراب الشخصية الهستريونية** (personnalité histrionique / histrionic personality disorder): انفعالية مفرطة وطلب دائم للانتباه.
- **الشخصية الهستيرية** (personnalité hystérique / hysterical personality): مفهوم تحليلي لتنظيم أعلى من الهستريونية.

خلاصة المحور:

«النرجسي الخفي» اسم شائع للنرجسية الهشة، وهي محور من محوري النرجسية المرضية، لا نوع مستقل ولا تشخيص في DSM. والمتعاظمة والهشة تتناوبان عند الشخص نفسه، والخبيثة مفهوم Kernberg على طريق السيكوباتية. وفي العلاقة تبدأ النرجسية بالجاذبية وتنتهي غالبا بالخيبة، لكنها ليست قدرا لا يتغير. أما الهستريونية ففئة وصفية، غير الشخصية الهستيرية في التحليل النفسي، وغير الهستيريا عرضا جسديا.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 756–764؛ Pincus وRoche، 2011، الفصل 4؛ Levy وآخرون، 2011، الفصل 1؛ Zeigler-Hill وJordan، 2011، الفصل 9؛ Brunell وCampbell، 2011، الفصل 30؛ Sandage وMoe، 2011، الفصل 37؛ Krusemark، 2011، الفصل 20؛ Diamond وآخرون، 2022، ص 357–358 و394–397؛ Sperry، 2016، ص 148 و152 و164–173؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 44–47؛ Bockian وآخرون، 2016، ص 225.

للتعمق في الموقع: «الشخصية النرجسية» https://psyencharge.com/الشخصية-النرجسية/ ، «النرجسي الخفي (الكامن)» https://psyencharge.com/النرجسي-الخفي-الكامن/ ، «النرجسي الخبيث» https://psyencharge.com/النرجسي-الخبيث/ ، «المرأة النرجسية الخفية» https://psyencharge.com/المرأة-النرجسية-الخفية/ ، «الزوج النرجسي الخفي» https://psyencharge.com/الزوج-النرجسي-الخفي/ ، «الرابطة الصدمية» https://psyencharge.com/الرابطة-الصدمية/ ، «الشخصية الهستيرية» https://psyencharge.com/الشخصية-الهستيرية/ ، السند 4 https://psyencharge.com/sanadat/التحليل-النفسي-pdf/

8. المجموعة ج: التجنبية والاعتمادية والوسواسية القهرية

ما ستعرفه في هذا المحور:

- الملامح المحورية للتجنبية والاعتمادية والوسواسية القهرية.
- هل التجنبية والقلق الاجتماعي اضطرابان أم درجتان من طيف واحد.
- الفرق بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الوسواس القهري.
- الفرق بين الاعتمادية اضطرابا و«الاعتمادية العاطفية» لفظا شائعا.

القلق هو القاسم المشترك في المجموعة ج، ولهذا سميت «القلقة» (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 14). لكن موضوع الخوف يختلف: النقد والرفض في التجنبية، والوحدة في الاعتمادية، وفقدان السيطرة في الوسواسية القهرية.

التجنبية

اضطراب الشخصية التجنبية، ويقال أيضا: المتجنبة، نمط شامل من الكف الاجتماعي، والشعور بعدم الكفاءة، والحساسية المفرطة للتقييم السلبي. ويشترط الدليل أربع علامات من سبع (APA، 2022، ص 764–765). تدور العلامات حول تجنب العمل والعلاقات خوفا من النقد إلا مع ضمان القبول، والتقيد في العلاقة الحميمة، ورؤية الذات أدنى من الآخرين، وتجنب كل مخاطرة قد تحرج.

التجنبية والعلاقة الحميمة: يشرح الدليل أن الحميمية صعبة على هؤلاء، لكنها ممكنة حين يطمئن الشخص إلى قبول بلا نقد. فهو يتحفظ، ويتردد في الحديث عن نفسه، ويكتم مشاعره خوفا من أن يُكشف أو يُسخر منه (APA، 2022، ص 765). إذن الصعوبة خوف من الخجل والحكم، لا غياب للرغبة في القرب. وهذا يشمل حياة الزوجين الخاصة، ويُعالج عند مختص بالهدوء نفسه. أما غياب الرغبة في العلاقة أصلا فهو أقرب إلى الفصامانية (First، 2024، الجدول 3.17.2).

في الحياة وفي المقابلة: يحرّك النمطَ كل موقف يطلب قربا أو ظهورا أمام الناس، والشخص «يختبر» الآخرين قبل أن ينفتح (Sperry، 2016، ص 74). ويقرأ التحليل النفسي الخجل والتجنب دفاعا ضد الإذلال والرفض

(Gabbard، نقلا عن Sperry، 2016، ص 78). وفي المقابلة تكون الإجابات قصيرة متحفظة، والمواجهة تُفهم نقدا، فيُبدأ بالتعاطف والطمأنة (Sperry، 2016، ص 81). ويرى الشخص نفسه عاجزا والآخرين ناقدين (Sperry و Sperry، 2016، ص 90).

للتوضيح: يوسف محاسب في السابعة والعشرين. رفض ترقية تتطلب عرضا شهريا أمام الإدارة، ولا يأكل مع زملائه إلا إن دعاه صديقه الوحيد. وهو يحب خطيبته، لكنه يغيّر الموضوع كلما سألته عن طفولته. هذا مثال من صنعنا، لا حالة حقيقية، ولا يكفي وحده لتشخيص.

الانتشار الوسيط 2.1%، وينخفض بعد الخامسة والستين إلى 0.8%. والخجل في الطفولة شائع ويزول غالبا، فلا يُشخص الطفل والمراهق إلا بحذر (APA، 2022، ص 766). وينبه الدليل إلى أمرين يهمان القارئ عندنا: صعوبات التكيف بعد الهجرة، والتجنب الذي يأتي بعد «فقدان ماء الوجه» حفاظا على الوئام الاجتماعي، لا من الخجل الطبعي (APA، 2022، ص 766).

التجنبية والقلق الاجتماعي: طيف واحد أم اضطرابان؟

السؤال مفتوح في المراجع نفسها. يقول الدليل إن التداخل كبير، وقد يكونان مظهرين لمشكلة واحدة، أو تكون التجنبية صورة أشد من اضطراب القلق الاجتماعي (anxiété sociale / social anxiety disorder). لكنه يبقيهما فئتين، لأن صورة الذات في التجنبية أثبت سلبية، ولأنها تظهر كثيرا دون قلق اجتماعي، ولها عوامل خطر خاصة (APA، 2022، ص 766–767). ويرى First أن الشكل المعمم من القلق الاجتماعي قد يطابق التجنبية تقريبا (First، 2024، شجرة القرار 2.15). ويضيف Emmelkamp و Meyerbröker معيارين للتفريق: سن البدء، وهل يرى الشخص مخاوفه معقولة (Emmelkamp و Meyerbröker، 2020، ص 15).

الاعتمادية

اضطراب الشخصية الاعتمادية حاجة شاملة مفرطة إلى الرعاية، تقود إلى الخضوع والتشبث والخوف من الانفصال. ويشترط الدليل خمس علامات من ثماني (APA، 2022، ص 768–769). تدور العلامات حول

صعوبة القرار دون طمأنة، وتسليم الآخرين مسؤولية الحياة، والعجز عن الاعتراض خوفا من فقد السند، والضيق بالوحدة، والبحث العاجل عن علاقة بديلة إذا انتهت علاقة.

يرى الشخص نفسه ضعيفا عاجزا، ويرى الآخرين أقوياء قادرين على رعايته، فيخضع ويرضي (Sperry وSperry، 2016، ص 146). ويحرّك النمطَ كل موقف يطلب اعتمادا على النفس أو بقاء وحيدا (Sperry، 2016، ص 125). وفي المقابلة ينتظر الشخص أن يبدأ المختص الكلام (Sperry، 2016، ص 132).

الانتشار الوسيط 0.4% (APA، 2022، ص 769–770). وفي الثقافة تنبيه مهم: بعض المجتمعات تقدّر السلبية والأدب والاحترام، فلا تُعد هذه علامات اضطراب. يُحكم بالاضطراب حين يتجاوز الاعتماد معايير ثقافة الشخص بوضوح (APA، 2022، ص 770). وصاحب الاعتمادية يرد على خطر الهجر بالمزيد من الإرضاء، وصاحب الحدية يرد بالغضب والفراغ والمطالبة (APA، 2022، ص 770–771).

«الاعتمادية العاطفية» لفظ شائع، لا تشخيص في DSM-5-TR. يصف غالبا تعلقا بشريك واحد وعجزا عن تركه. أما الاضطراب فنمط في الحياة كلها: في القرارات، والعمل، والمسؤولية، لا في علاقة واحدة. ويذكر PDM-2 أن من لا يستطيعون ترك علاقة مستغِلة أو مسيئة وُصفوا أحيانا «بهزيمة الذات» (McWilliams وShedler، 2017، ص 34).

الوسواسية القهرية

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية انشغال بالنظام والكمالية والتحكم في النفس والآخرين، على حساب المرونة والانفتاح والفاعلية. ويشترط الدليل أربع علامات من ثماني (APA، 2022، ص 771–772). وتدور العلامات حول الكمالية التي تعطّل الإنجاز، والتفاني في العمل على حساب الراحة والصداقات، والجمود في القيم والمال والأشياء.

يرى الشخص نفسه مسؤولا عن كل شيء، ويرى الآخرين مهملين، ويعد الخطأ فشلا كاملا (Sperry وSperry، 2016، ص 198–199). ويقرأ PDM-2 الصراع الخفي بين الخضوع للسلطة والتمرد عليها، ومعتقده «أكثر

المشاعر خطرة ويجب ضبطها»، ودفاعاته العقلنة وعزل الوجدان والتكوين العكسي (McWilliams وShedler، 2017، ص 39–40). والعقلنة هنا آلية دفاع من السند 4، غير «التعقيل» في المحور 11.

التدين ليس عرضا: يقول الدليل إن ما تقرّه الجماعة الثقافية أو الدينية من قواعد سلوك وتشدد في الواجب لا يُعد وحده علامة على الاضطراب (APA، 2022، ص 771–772 و774). الانتشار الوسيط 4.7%، وهو متساو بين الجنسين (APA، 2022، ص 774–775).

والفرق مع اضطراب الوسواس القهري (TOC / OCD) حاسم: في الوسواس القهري وساوس وأفعال قهرية حقيقية (APA، 2022، ص 774–775)، وفي اضطراب الشخصية أسلوب ثابت في التنظيم والتحكم. ونحو 20% من أصحاب الوسواس القهري لهم أيضا الاضطراب الشخصي (First، 2024، الجدول 3.17.10). وفي ICD-11 يقابله ميدان الأنانكاستية (6D11.4) (WHO، 2018، ص 177).

	التجنبية	الاعتمادية	الوسواسية القهرية
الخوف المحوري	النقد والرفض والسخرية	الوحدة والعجز عن رعاية النفس	فقدان السيطرة والخطأ
المعتقد	«أنا أدنى، وسيرفضونني»	«أنا ضعيف، وهم أقوياء»	«يجب أن أكون كاملا مسيطرا»
السلوك	تجنب، وتحفظ في القرب	خضوع، وتشبث، وطلب الطمأنة	كمالية، وتفاصيل، وعناد
الحد مع ما يشبهه	القلق الاجتماعي: تداخل كبير، وصورة الذات في التجنبية أثبت سلبية	«الاعتمادية العاطفية»: لفظ شائع عن علاقة واحدة، والاضطراب نمط في الحياة كلها	الوسواس القهري: وساوس وأفعال قهرية حقيقية
في ICD-11	ميدان الانفصال أو الوجدانية السلبية	الوجدانية السلبية	الأنانكاستية (6D11.4)

جدول 5: المجموعة ج وحدودها مع القلق الاجتماعي والوسواس القهري والاعتمادية العاطفية

المصدر: APA، 2022، ص 764–775؛ Sperry وSperry، 2016، ص 90 و146 و198–199؛ First، 2024، الجداول 3.17.8–3.17.10؛ WHO، 2018، ص 176–177؛ 2017 ،2-PDM، ص 34.

مفاهيم مفتاحية

- **اضطراب الشخصية التجنبية** (personnalité évitante / avoidant personality disorder): كف اجتماعي وشعور بعدم الكفاءة وحساسية للتقييم السلبي.

- **اضطراب القلق الاجتماعي** (anxiété sociale / social anxiety disorder): خوف من مواقف التقييم الاجتماعي، يتداخل كثيرا مع التجنبية.
- **اضطراب الشخصية الاعتمادية** (personnalité dépendante / dependent personality disorder): حاجة شاملة إلى الرعاية، مع خضوع وخوف من الانفصال.
- **الاعتمادية العاطفية** (dépendance affective / emotional dependency): لفظ شائع، لا تشخيص.
- **اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية** (personnalité obsessionnelle-compulsive / OCPD): كمالية وتحكم على حساب المرونة.

خلاصة المحور:

المجموعة ج يجمعها القلق ويفرقها موضوعه: الرفض في التجنبية، والوحدة في الاعتمادية، والخطأ وفقدان السيطرة في الوسواسية القهرية. والحميمية في التجنبية ممكنة حين يأمن الشخص الحكم عليه. وتبقى العلاقة بين التجنبية والقلق الاجتماعي سؤالا مفتوحا. أما «الاعتمادية العاطفية» فليست تشخيصا، والوسواسية القهرية غير الوسواس القهري. وفي الثلاثة ينبه الدليل إلى الثقافة: الأدب والحياء والتدين لا تُعد أعراضا.

مصادر هذا المحور: APA، 2022، ص 764–775؛ Sperry، 2016، ص 74–81 و125–132؛ Sperry وSperry، 2016، ص 90 و146 و198–199؛ First، 2024، شجرة القرار 2.15 والجداول 3.17.2 و3.17.8–3.17.10؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 34 و39–40؛ WHO، 2018، ص 176–177؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 14–15.

للتعمق في الموقع: «اضطراب الشخصية التجنبية» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-التجنبية/ ، «الرهاب الاجتماعي» https://psyencharge.com/الرهاب-الاجتماعي/ ، «الوسواس القهري» https://psyencharge.com/اضطراب-الوسواس-القهري/ ، «الاعتمادية العاطفية» https://psyencharge.com/الاعتمادية-العاطفية/

9. التشخيص الفارقي والمراضة والتقييم

ما ستعرفه في هذا المحور:

- كيف تفرق بين اضطراب الشخصية وحالة عابرة أو اضطراب آخر يشبهه.
- أشهر الأزواج المتشابهة داخل اضطرابات الشخصية وخارجها.
- أنواع أدوات التقييم، وما يقيسه كل نوع، وحدوده.
- لماذا لا يكفي «اختبار النرجسية» على الإنترنت للتشخيص.

اضطراب الشخصية تشخيص يقوم على تاريخ الشخص لا على يوم واحد. لذلك تسبقه أسئلة: هل ما نراه عابر؟ هل له سبب آخر؟

قواعد قبل التشخيص

يقترح First ست خطوات في كل تشخيص فارقي: استبعاد التمارض والاضطراب المصطنع، ثم أثر المواد والأدوية، ثم الحالة الطبية، ثم تحديد الاضطراب النفسي المستقل، ثم التفريق بين اضطراب التكيف والفئات المتبقية، ثم الحد مع غياب الاضطراب (First، 2024، الفصل 1). وفي اضطرابات الشخصية تعني الخطوة الطبية «تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى»، وهو تغيّر عن نمط سابق، يبدأ متأخرا (First، 2024، الجدول 3.17.11).

وتبقى قواعد الدليل التي عرضها المحور 2: السن، والحذر في أثناء النوبة، والثقافة. ويضاف إليها ثلاثة أمور:

- **أكثر من مقابلة:** تُفصل السمات عن ردود الفعل على ضغط معين، وكثيرا ما يحتاج ذلك مقابلات متباعدة ومعلومات ممن يعرفون الشخص (APA، 2022، ص 735). والحالة الاكتئابية ترفع درجات السمات في الاستبيانات الذاتية (Huprich و Ganellen، 2006، ص 45–46).
- **منتصف العمر:** تغيّر الشخصية في هذه السن يستدعي فحصا طبيا (APA، 2022، ص 735–736).
- **الأدوات:** يحذر الدليل من تحيز المختص الثقافي، ومن أدوات لم تُقنن على المجتمع الذي تُطبق فيه (APA، 2022، ص 736). وهذا يعني الطالب المغاربي مباشرة.

المراضة المشتركة

المراضة المشتركة (comorbidité / comorbidity) هي القاعدة لا الاستثناء. يعرض Krawitz وJackson أن صاحب الحدية له في الغالب ثلاثة أو أربعة تشخيصات أخرى، وأن الحدية «الصافية» قليلة. ومن النسب التي يذكرانها: الاكتئاب بين 35 و85%، واضطراب ما بعد الصدمة بين 35 و55%، والرهاب الاجتماعي بين 25 و50% (Krawitz وJackson، 2008، ص 25–26). وفي المعادية للمجتمع: نصف الأشخاص لهم اضطراب قلق، والربع اضطراب اكتئابي، ووجود الاضطراب يضعف الاستجابة لعلاج تلك الاضطرابات (NICE، 2010، ص 22).

أما النرجسية فمراضتها المسجلة أقل، ويعود ذلك جزئيا إلى ضيق فئتها في DSM. والاتجاهات الملحوظة: الإدمان، وثنائي القطب، والاكتئاب، وفقدان الشهية العصبي (Simonsen وSimonsen، 2011، الفصل 21). وإذا انطبقت معايير أكثر من اضطراب شخصية، يُسجل كل ما انطبق (APA، 2022، ص 751–752). وكثرة هذا التداخل من أهم انتقادات النموذج الفئوي (Watson وBagby، 2011، الفصل 10).

عشرة أزواج متشابهة

الزوج	المشترك	الفارق الحاسم
الحدية وثنائي القطب	تقلب الحالة المزاجية	في الحدية ساعات، تثيرها العلاقة. وفي ثنائي القطب نوبة تدوم أسبوعا على الأقل (أو أربعة أيام في الخفيفة). ولا تُشخص الحدية من مقطع عرضي واحد
الحدية واضطراب ما بعد الصدمة المركب	صعوبة تنظيم الانفعال، وصورة ذات سلبية، وصعوبة القرب	المركب يشترط صدمة طويلة أو متكررة وأعراض ما بعد الصدمة الأساسية. والحدية يطبعها الخوف من الهجر، والهوية غير المستقرة، والاندفاع
النرجسية والمعادية للمجتمع	استغلال، ونقص تعاطف، وسطحية	لا اندفاع ولا عدوان ولا خداع في النرجسية، ولا اضطراب مسلك قبل 15 سنة. والمعادية أقل حاجة إلى الإعجاب
الحدية والهستريونية	طلب الانتباه، وانفعال متبدل	في الحدية تدمير للذات، وغضب يهدم العلاقات، وفراغ، واضطراب في الهوية

الزوج	المشترك	الفارق الحاسم
الفصامانية والتجنبية	قلة العلاقات	صاحب التجنبية يريد العلاقة ويخاف الرفض. وصاحب الفصامانية لا يرغب فيها
التجنبية والقلق الاجتماعي	خوف من التقييم	تداخل كبير. وصورة الذات في التجنبية أثبت سلبية، وقد تظهر دون قلق اجتماعي
الوسواسية القهرية والوسواس القهري	النظام والكمالية	وساوس وأفعال قهرية حقيقية في الوسواس القهري. ونحو 20% يجمعون الاثنين
من النمط الفصامي والفصام	أفكار غريبة وإدراكات غير مألوفة	في الفصام فترات ذهانية صريحة. وفي اضطراب الشخصية علامات دون عتبة الذهان، تسبق الفصام إن وُجد وتبقى بعد زواله
البارانويدية والاضطراب الوهامي	الريبة	الريبة في البارانويدية لا تبلغ قوة الوهم
تغير الشخصية بسبب حالة طبية واضطراب الشخصية	سمات غير متكيفة	التغير يخالف نمطا سابقا، ويعود إلى أثر فيزيولوجي لحالة طبية. واضطراب الشخصية يبدأ في المراهقة أو أوائل الرشد

جدول 6: الفرق بين عشرة أزواج متشابهة

المصدر: APA، 2022، ص 751–756 و763–764 و766–767 و774–775؛ First، 2024، الجداول 3.1.4 و3.1.1–3.17.11؛ WHO، 2018، ص 48 و177.

أدوات التقييم

المقابلة العيادية الحرة أكثر الطرق استعمالا، لكنها قد تغفل معايير، وتكتفي بتشخيص واحد فتفوّت المراضة (Watson وBagby، 2011، الفصل 10). **والمقابلة نصف المقننة** (entretien semi-structuré / semi-structured interview) أدق وأثبت، لكنها تحتاج وقتا وخبرة، وتفترض أن الشخص يعرف صعوباته ويصدق في وصفها، وليس فيها مقاييس صدق (الفصل 10). ومن أشهرها SCID-II لاضطرابات DSM-IV، وتسبقه استمارة ذاتية للفرز، ثم تُطبق وحدات المقابلة على ما ظهر (الفصل 10). وخليفتها SCID-5-PD.

والاستبيانات الذاتية أرخص وأسرع، وفي بعضها مقاييس صدق. لكنها تعطي نسب انتشار أعلى من المقابلات، أي حالات إيجابية كاذبة أكثر، وتحتاج بصيرة (الفصل 10). وقائمة الشخصية لـ(PID-5) DSM-5 تقيس

ميادين السمات الخمسة وأوجهها الخمسة والعشرين، ولها نسخة ذاتية ونسخة يملؤها من يعرف الشخص (APA، 2022، ص 894).

وفي النرجسية أداتان مختلفتان: قائمة الشخصية النرجسية (NPI) أكثر الأدوات استعمالا في بحوث علم النفس الاجتماعي (Miller وCampbell، 2011، الفصل 13). لكنها تقيس نرجسية «سوية» دون العيادية، فيها مرونة انفعالية وانبساط (Zeigler-Hill وJordan، 2011، الفصل 9). أما قائمة النرجسية المرضية (PNI) فتقيس التعاظم والهشاشة معا، وصُدِّقت في عينات عيادية وغير عيادية (Pincus وRoche، 2011، الفصل 4).

والرورشاخ طريقة «ضمنية»، قد تكشف عن الشخص ما لا يعرفه أو لا يريد الاعتراف به (Huprich وGanellen، 2006، ص 38). لكنها لا تعطي تشخيصا وحدها. فالتشخيص عمل يقوم به المقيّم بعد جمع كل المعطيات (ص 47)، والطريقة صعبة التعلم (ص 46). ولا تُنشر لوحاتها، والتفصيل في السند 2.

وتقييم الخطر في المعادية للمجتمع لا يقوم على التشخيص وحده، لأن الفئة واسعة تضم من لا يرتكب جرما ومن يرتكب أخطر الجرائم. والمقابلة دليل ضعيف لأن بعض الأشخاص مقنعون مخادعون، لذلك تُستعمل أدوات مثل PCL-R في الأوساط المتخصصة (NICE، 2010، ص 143-144).

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

الأداة	النوع	ما تقيسه	من يطبقها وشروط استعمالها
SCID-5-PD	مقابلة نصف مقننة	معايير اضطرابات الشخصية في DSM-5	مختص مدرّب، وقد تسبقها استمارة فرز ذاتية
PID-5	استبيان ذاتي، وله نسخة للمخبر	ميادين السمات الخمسة و25 وجها في النموذج البديل	يملؤه الشخص أو من يعرفه، ويفسره مختص
MCMI	استبيان ذاتي	اضطرابات الشخصية وفق نظرية Millon	مختص، مع ضعف في سند النظرية تجريبيا
MMPI	استبيان ذاتي واسع	الشخصية والاضطرابات، ومنه مقاييس مشتقة لاضطرابات الشخصية	مختص، وفيه مقاييس صدق
NPI	استبيان ذاتي	النرجسية المتعاظمة «السوية» في البحث	للبحث، لا للتشخيص العيادي
PNI	استبيان ذاتي	التعاظم والهشاشة في النرجسية المرضية	للبحث والعيادة، ويفسره مختص
الرورشاخ	اختبار إسقاطي	تنظيم التفكير والوجدان والعلاقة بطريقة ضمنية	مختص مكوّن طويلا، ولا يُشخص به وحده

جدول 7: أدوات التقييم

المصدر: Watson وBagby، 2011، الفصل 10؛ APA، 2022، ص 894؛ Zeigler-Hill وJordan، 2011، الفصل 9؛ Pincus وRoche، 2011، الفصل 4؛ Huprich وGanellen، 2006، ص 38 و46-47. ولا يُنشر في هذا السند بند ولا سؤال من أي أداة.

لماذا لا يكفي اختبار على الإنترنت؟

يبحث كثيرون عن «اختبار النرجسي الخفي» و«هل أنا نرجسي» و«اختبار الشخصية التجنبية». والجواب العيادي أن الاختبار الذاتي لا يشخص، لأسباب تذكرها المراجع نفسها:

- **الحالات الإيجابية الكاذبة:** الاستبيانات الذاتية تعطي نسبا أعلى من المقابلات (Watson وBagby، 2011، الفصل 10).
- **البصيرة:** الاختبار يفترض أن الشخص يرى نفسه كما هو. وفي النرجسية سُجل أدنى اتفاق بين ما يقوله الشخص عن نفسه وما يقوله عنه الآخرون (Oltmanns وLawton، 2011، الفصل 26).
- **المفاهيم المجردة:** يصعب على غير المختص أن يحكم هل تتأرجح نظرته بين المثلنة والحط من القيمة (Huprich وGanellen، 2006، ص 28).

- **أثر الحالة:** من يمر بفترة حزن أو قلق قد يبدو أشد اضطرابا مما هو (Huprich و Ganellen، 2006، ص 45–46).
- **ما يقيسه الاختبار:** NPI مثلا يقيس سمة في عامة الناس، لا الاضطراب.
- **شروط التشخيص:** الشمول والثبات والاختلال، والتشخيص الفارقي، والثقافة. ولا يجمعها إلا مختص.

الاختبار قد يفتح حديثا مع مختص، لكنه لا يغلق السؤال. وكذلك لا يُشخص زوج أو أم أو زميل من قائمة «صفات».

مفاهيم مفتاحية

- **التشخيص الفارقي** (diagnostic différentiel / differential diagnosis): التمييز بين اضطرابات تتشابه في مظهرها.
- **المراضة المشتركة** (comorbidité / comorbidity): اجتماع أكثر من تشخيص عند الشخص نفسه.
- **المقابلة نصف المقننة** (entretien semi-structuré / semi-structured interview): مقابلة بأسئلة محددة تتبع معايير الدليل، مع حرية في المتابعة.
- **الاستبيان الذاتي** (questionnaire autoadministré / self-report inventory): أداة يجيب فيها الشخص عن نفسه.
- **الفجوة بين صورة الذات وصورة الآخرين** (écart soi-autrui / self-other discrepancy): الفرق بين وصف الشخص لنفسه ووصف الآخرين له.
- **تقييم الخطر** (évaluation du risque / risk assessment): تقدير احتمال الأذى للنفس أو للغير، بأدوات وحكم عيادي.

خلاصة المحور:

اضطراب الشخصية لا يُشخص من مقابلة واحدة ولا أثناء نوبة اكتئاب، ولا يُشخص المراهق كأنه راشد. ويسبقه استبعاد المواد والحالة الطبية والاضطرابات التي تشبهه، والمراضة المشتركة هي القاعدة. وكل أداة تقيس شيئا وتغفل شيئا: المقابلة تحتاج صدق الشخص، والاستبيان يبالغ، والرورشاخ لا يشخص وحده. لذلك لا يقوم اختبار على الإنترنت مقام مختص يجمع المعطيات ويحكم.

مصادر هذا المحور: First، 2024، الفصل 1 والجداول 3.1.4 و3.17.1–3.17.11؛ APA، 2022، ص 735–737 و751–775 و894؛ WHO، 2018، ص 48 و177؛ Krawitz وJackson، 2008، ص 25–26؛ NICE، 2010، ص 22 و143–144؛ Simonsen وSimonsen، 2011، الفصل 21؛ Watson وBagby، 2011، الفصل 10؛ Miller وCampbell، 2011، الفصل 13؛ Zeigler-Hill وJordan، 2011، الفصل 9؛ Pincus وRoche، 2011، الفصل 4؛ Oltmanns وLawton، 2011، الفصل 26؛ Huprich وGanellen، 2006، ص 28 و38 و45–47.

للتعمق في الموقع: «اختبار الرورشاخ» https://psyencharge.com/اختبار-الروشاخ/ ، السند 2 https://psyencharge.com/sanadat/الاختبارات-الإسقاطية-pdf/ ، «دليل عملية التقييم النفسي» https://psyencharge.com/التقييم-النفسي/ ، «الفحص النفسي» https://psyencharge.com/الفحص-النفسي/ ، «بوابة التشخيص النفسي» https://psyencharge.com/بوابة-التشخيص-النفسي/

10. صياغة الحالة

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما صياغة الحالة، ولماذا تُعد الجسر بين التقييم والعلاج.
- عناصر الصياغة عند Sperry، والفرق بين الصياغة الكاملة والموجزة.
- كيف تختلف الصياغة المعرفية والدينامية (CCRT) والجدلية في ما تبحث عنه.
- كيف تخرج خطة العلاج من الصياغة، بمثال توضيحي.

التشخيص يقول ما عند الشخص، والصياغة تقول لماذا، وماذا نفعل. امرأتان تحملان التشخيص نفسه، اضطراب الشخصية الحدية، قد تحتاج إحداهما علاجا مركزا قصيرا، والأخرى برنامجا مكثفا للمهارات. هذا ما يوضحه Sperry وSperry بحالتين متقابلتين، ثم يختمان بأن التشخيص وحده قليل النفع في اتخاذ قرار العلاج (Sperry وSperry، 2016، ص 31–32).

تعريف الصياغة ووظائفها

صياغة الحالة (formulation de cas / case formulation)، ويقال أيضا: تصور الحالة، هي عند Eells فرضية عن أسباب مشكلات الشخص النفسية والبين شخصية والسلوكية، وعن محرضاتها وما يبقيها، مع خطة لمعالجتها (Eells، 2022، ص 2). وهي فرضية، فتُراجع كلما ظهرت معلومة جديدة (Eells، 2022، ص 3).

ويعرّفها Sperry بأنها تلخيص معلومات متفرقة في صورة موجزة متماسكة، غرضها فهم الشخص وعلاجه. وتتكون من أربع صياغات (Sperry، 2016، ص 38–39):

- **التشخيصية:** تجيب عن سؤال «ماذا حدث؟»، وتصف طبيعة الحالة وشدتها.
- **العيادية:** تجيب عن «لماذا حدث؟»، وتشرح نشأة النمط وبقاءه بنظرية ما.
- **الثقافية:** تجيب عن «ما دور الثقافة؟».
- **العلاجية:** تجيب عن «ماذا نفعل، وكيف؟».

والصياغة الجيدة لها ثلاث قوى: قوة تفسيرية تشرح لماذا تصرف الشخص كما تصرف، وقوة تكييف تختار التدخل الأنسب لأسلوبه وشدة حالته، وقوة تنبؤية تتوقع عوائق العلاج وما يسهله (Sperry، 2016، ص 42).

النمط محور الصياغة

يبني Sperry نموذجه على فرضيتين: أن الشخص يطور، دون أن يقصد، نمطا غير تكيفي يغذي نفسه ويقف وراء شكواه؛ وأن العلاج تعرّف على هذا النمط، ثم كسره، ثم إبداله بنمط أكثر تكيفا (Sperry، 2016، ص 40).

عناصر الصياغة عند Sperry

في الجدول 2.1 عند Sperry سبعة عشر عنصرا (Sperry، 2016، ص 41). ونجمعها هنا في ست خطوات، مع عناصر الثقافة في المتن:

1. **العرض** (présentation / presentation): الشكوى، وطريقة الاستجابة المعتادة.
2. **المحرِّض** (facteur déclenchant / precipitant): ما ينشّط النمط الآن.
3. **النمط غير التكيفي** (pattern inadapté / maladaptive pattern): الطريقة الجامدة غير الفعالة في الإدراك والتفكير والفعل.
4. **الاستعداد** (prédisposition / predisposition): العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي هيأت للنمط. ويضم Sperry إليه عوامل الحماية ومواطن القوة، لأنها توازن الصورة وتعطي أساسا لتقدير الإنذار (Sperry، 2016، ص 40).
5. **عوامل الإبقاء** (facteurs de maintien / perpetuants): ما يجعل النمط يستمر.
6. **النمط العلاجي** (treatment pattern): البديل التكيفي، ومعه أهداف العلاج ومحوره واستراتيجيته وتدخلاته وعوائقه وإنذاره.

أما عناصر الثقافة فأربعة: الهوية الثقافية، ومستوى التثاقف وضغوطه، والتفسير الثقافي للضيق، ثم السؤال: هل ما نراه ثقافة أم شخصية؟ (Sperry، 2016، ص 41).



شكل 10: عناصر الصياغة عند Sperry

الصياغة الكاملة والموجزة

الصياغة الكاملة تضم العناصر السبعة عشر أو أغلبها. والموجزة أقصر، لكنها لا تنزل عن خمسة: العرض، والمحرض، والنمط، وهدف العلاج، والتدخل. ولا تصير الصياغة الموجزة ملخص حالة، لأنها تشرح ولا تسرد (Sperry، 2016، ص 42).

ويعرض Sperry حالة «Geri»: موظفة في الخامسة والثلاثين، انعزلت واكتأبت بعد أن أُخبرت بترقية تنقلها من فريقها الصغير. والنمط عنده: تبتعد عن الناس كلما شعرت بعدم الأمان. ومن مواطن قوتها صديقة واحدة موثوقة وقناعة دينية قوية ضد الانتحار. والعائق المتوقع أنها «تختبر» المعالج، ثم تتعلق به فيصعب الإنهاء (Sperry، 2016، ص 42–46).

ثلاث عدسات للصياغة

- **الصياغة المعرفية:** يضيف Sperry وSperry إلى العناصر المشتركة عناصر خاصة: المعتقدات والمخططات غير التكيفية، والسلوك الناقص أو الزائد، والمزاج (الأسلوب). ويقيسون الأسلوب بنموذج

ABCDEF: الانفعال، والسلوك، والمعرفة، وتحمل الضيق، والتعلم من الخبرة، والأداء العام (Sperry وSperry، 2016، ص 18–20 و26).

- **الصياغة الدينامية بموضوع العلاقة الصراعي المحوري** (/ thème relationnel conflictuel central CCRT): يُستخرج من القصص التي يرويها المراجِع عن علاقاته، وفيه ثلاثة عناصر: رغبة الشخص، ثم استجابة الآخر كما يدركها، ثم استجابة الذات (Grenyer وMarceau وWiseman، 2022، ص 37). ويُبلَّغ بصيغة: «تريد كذا، فيستجيب الآخر بكذا، فتشعر بكذا» (ص 45). وفي الفصل نفسه ربط لهذا المنهج بالعلاقات بالموضوع في TFP، وبالإبطال في DBT، وبأحوال المخطط (ص 38–39).
- **الصياغة الجدلية:** في DBT يرتب Salsman الصياغة تسع خطوات، أولها جمع التاريخ في ضوء النظرية البيولوجية الاجتماعية، ثم تحديد مرحلة العلاج، ثم ترتيب السلوكات المستهدفة، ثم تحليل السلسلة وتحليل الحلول (Salsman، 2022، ص 301–305). والإطار هنا وظيفي: ماذا سبق السلوك، وماذا تلاه.

من الصياغة إلى خطة العلاج

تكتب الخطة في خطوات: تعريف المشكلة كما تظهر عند هذا الشخص، ثم هدف بعيد، ثم أهداف قريبة قابلة للقياس، ثم تدخل لكل هدف (Bockian وآخرون، 2016، ص 14).

مثال توضيحي من صنعنا، لا حالة حقيقية:

نسرين، 29 سنة، موظفة في مصلحة إدارية. جاءت بأرق وحزن منذ شهر (العرض). بدأ ذلك حين كُلفت بتقديم عرض أمام لجنة (المحرض). ومنذ المراهقة ترفض كل موقف قد تُنتقد فيه، وتقبل العزلة ثمنا للأمان (النمط). في البيت كان النقد كثيرا والمديح نادرا، وهي حساسة منذ صغرها؛ ولها أخت قريبة منها وشهادة جامعية وعمل مستقر (الاستعداد، ومعه مواطن القوة). وتبقي النمطَ قلةُ علاقاتها، وتجنبها الذي يمنعها من اختبار مخاوفها (الإبقاء). وتفسر هي ما بها بـ«التعب وضغط العمل»، وترى أسرتها فيه «خجلا من الطبع» (التفسير الثقافي). والبديل التكيفي أن تقترب من الناس الموثوقين بخطوات محسوبة. فالأهداف: تخفيف الأعراض، ثم مواجهة متدرجة، ثم تدريب على التوكيد (النمط العلاجي). والعائق المتوقع: إلغاء المواعيد حين تخاف من حكم المعالج.

مفاهيم مفتاحية

- **صياغة الحالة** (formulation de cas / case formulation): فرضية عن أسباب المشكلة ومحرضاتها وما يبقيها، مع خطة لعلاجها.
- **النمط غير التكيفي** (pattern inadapté / maladaptive pattern): طريقة ثابتة جامدة في التفكير والشعور والفعل، تقف وراء الشكوى.
- **الاستعداد** (prédisposition / predisposition): ما هيأ للنمط، ومعه عوامل الحماية ومواطن القوة.
- **عوامل الإبقاء** (facteurs de maintien / perpetuants): ما يجعل النمط يستمر.
- **القوة التفسيرية والقوة التنبؤية** (explanatory / predictive power): قدرة الصياغة على شرح السلوك وتوقع عوائق العلاج.
- **موضوع العلاقة الصراعي المحوري** (thème relationnel conflictuel central / CCRT): رغبة، فاستجابة الآخر، فاستجابة الذات.

خلاصة المحور:

صياغة الحالة فرضية تربط التقييم بالعلاج، ولا تكفي عنها التسمية التشخيصية. ومحورها عند Sperry النمط غير التكيفي: نتعرف عليه، ونفهم ما هيأ له وما يبقيه، ونحدد بديله. ولكل مدرسة عدستها: المعتقدات والأسلوب في المعرفية، والرغبة واستجابة الآخر في CCRT، وتحليل السلسلة في DBT. ومن الصياغة تخرج أهداف قابلة للقياس وتدخل لكل هدف، وتُتوقع العوائق قبل وقوعها.

مصادر هذا المحور: Sperry، 2016، ص 38–46؛ Sperry وSperry، 2016، ص 18–20 و25–26 و31–32؛ Eells، 2022، ص 2–3؛ Grenyer وMarceau وWiseman، 2022، ص 37–39 و43–45؛ Salsman، 2022، ص 301–305؛ Bockian وآخرون، 2016، ص 14.

للتعمق في الموقع: «دليل عملية التقييم النفسي» https://psyencharge.com/التقييم-النفسي/ ، «الفحص النفسي» https://psyencharge.com/الفحص-النفسي/ ، «العلاج المعرفي السلوكي» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/

11. العلاج: DBT وMBT وTFP والمخططات والعلاج المعرفي السلوكي

ما ستعرفه في هذا المحور:

- المبادئ المشتركة في علاج اضطرابات الشخصية: التحالف، والإطار، والتعاقد، والأزمات، والتحويل المضاد.
- منطق DBT ومكوناته ومراحله، ولماذا صُمم للحدية.
- منطق MBT وTFP والعلاج بالمخططات والعلاج المعرفي السلوكي، والفرق بينها.
- ما تقوله الأدلة عن كل علاج، وأيها عُرض من كتب أصحابه، وماذا يتغير في علاج النرجسية.

كلمة «الحدية» أُطلقت أول الأمر على مرضى لم يستجيبوا للتحليل النفسي، ومن هنا جاءت فكرة أنهم «لا يُعالجون» (Brodsky وStanley، 2013، ص 34). فلما صُممت علاجات مركزة على مقاس الاضطراب، والمعالج فيها أنشط، تغيرت النتائج (Sperry، 2016، ص 14).

ما تشترك فيه العلاجات

- **التحالف أولا:** تكتب Linehan أن العلاقة بالمعالج قد تكون أحيانا ما يبقي المراجِع شديد الخطر على قيد الحياة، وأن قليلا في DBT يمكن عمله قبل بنائها (Linehan، 1993، ص 98).
- **الإطار والعقد:** يتفق الطرفان قبل البدء على الأهداف والأدوار والحدود. وكلما اشتدت الحالة، صار العقد أدق وأشمل (Clarkin وآخرون، 2023، ص 112–113 و108–110).
- **إدارة الأزمات:** خطة مسبقة لما يُفعل عند السلوك الانتحاري أو إيذاء النفس. ومن تراوده أفكار انتحارية يتوجه فورا إلى مختص أو إلى أقرب مصلحة استعجالات.
- **التحويل المضاد:** هذه الحالات تضغط على المعالج، فيتأرجح بين التساهل والقسوة. لذلك تجعل DBT فريق الاستشارة جزءا من العلاج (Linehan، 1993، ص 101 و105)، ويعدّ Clarkin وآخرون الإشراف المستمر ضرورة (Clarkin وآخرون، 2023، ص 120).

العلاج السلوكي الجدلي (DBT)

الفكرة: صممت Linehan العلاج السلوكي الجدلي (/ thérapie comportementale dialectique dialectical behavior therapy, DBT) لمن يكررون السلوك الانتحاري، وأصلها النظرية البيولوجية الاجتماعية: هشاشة انفعالية تلتقي ببيئة غير مصادِقة (المحور 4، الشكل 6). وتلخصه في جملة: يخلق المعالج سياقا يصادق فيه المراجع بدل أن يلومه، وداخل هذا السياق يوقف السلوك الضار ويقوّي السلوك النافع (Linehan، 1993، ص 97).

الجدلية: التغيير لا يقع إلا في سياق قبول ما هو كائن (Linehan، 1993، ص 98–99). ومن هنا الاستراتيجيتان المركزيتان: المصادقة، أي إيجاد ما هو مفهوم في استجابة المراجع، وحل المشكلات (ص 99–100). ومن حل المشكلات تحليل السلسلة (analyse en chaîne / chain analysis): تتبع الهشاشة، ثم الحدث المحرض، ثم الحلقات، ثم السلوك، ثم نتائجه (Salsman، 2022، ص 304).

المكونات: أربعة أنماط للعلاج: الفردي، والتدريب الجماعي على المهارات، والتدريب الهاتفي، وفريق استشارة المعالجين (Linehan، 1993، ص 101–105). وأربع وحدات للمهارات: اليقظة الذهنية، والفعالية بين الشخصية، وتنظيم الانفعال، وتحمل الضيق (Linehan، 2015، ص 151 و231 و318 و416)، تُغطى في نحو ستة أشهر بلقاء أسبوعي (Brodsky وStanley، 2013، ص 135). والتفصيل في السند 15.

ما خطوات DBT للحدية؟ يسأل الطلبة كثيرا. الجواب في تراتبية الأهداف (hiérarchie des cibles / target hierarchy):



شكل 11: مراحل DBT وتراتبية أهدافها

يبدأ العلاج بمرحلة التوجيه والالتزام، ولا يُقبل فيه من لا يوافق على العمل على السلوك الانتحاري (Linehan، 1993، ص 98 و169). ثم المرحلة الأولى بأهدافها مرتبة: السلوك الانتحاري، ثم السلوكات المعيقة للعلاج، ثم المعيقة لجودة الحياة، ثم اكتساب المهارات. وقد تأخذ عند الحالات الشديدة سنة أو أكثر. والمرحلة الثانية للضغط التالي للصدمة، ولا تبدأ إلا بعد ضبط السلوك. والثالثة لاحترام الذات وأهداف الشخص (Linehan، 1993، ص 167–172). وأضافت Linehan لاحقا مرحلة رابعة لـ«الشعور بالنقص»، كما ينقل Sperry و Salsman (Sperry، 2016، ص 17؛ Salsman، 2022، ص 302).

الأدلة: تذكر Sonley وآخرون عشرين تجربة عشوائية، ومراجعتين لـCochrane وجدتا DBT أفضل من العلاج المعتاد في شدة الحدية وإيذاء النفس (Sonley وآخرون، 2023، ص 257–258). ومن النقد أن الانقطاع عنه ليس أقل من غيره (Brodsky وStanley، 2013، ص 30)، وأن البحث في الذكور قليل (Sperry، 2016، ص 18).



مجموعة من الراشدين في جلسة تدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي مع أخصائية في مركز صحي (صورة توضيحية).

العلاج القائم على التعقيل (MBT)

طوره Bateman وFonagy للحدية، وأساسه نظرية التعلق. والتعقيل (mentalisation / mentalization) قدرة على فهم سلوكنا وسلوك غيرنا بما وراءه من أفكار ومشاعر (Bateman وآخرون، 2023، ص 89–90). ولا يُخلط بالعقلنة، الدفاع الذي رأيناه في السند 4.

صاحب الحدية يعقّل بصورة عادية في الغالب، لكن قدرته تنهار حين ينشط التعلق، كخوف من رفض شريك. عندها تُعاش الفكرة حقيقة، وهو ما يسمى «التكافؤ النفسي» (Bateman وآخرون، 2023، ص 92–93). والعلاج فردي وجماعي، يبدأ بصياغة مشتركة مكتوبة، وأول مبادئه إبقاء القلق في مدى يسمح بالتفكير (ص 94 و96–98). ويذكر الفصل أن MBT مدرج في الإرشادات علاجا مدعوما تجريبيا (ص 89).

العلاج المرتكز على التحويل (TFP وTFP–N)

طوره Kernberg وفريقه على نظرية العلاقات بالموضوع. ثنائيات الذات والآخر تبقى عند صاحب الحدية منقسمة إلى «جيد كله» و«سيء كله» (الانشطار، المحور 6). وفي العلاج تُعاد مع المعالج، فيسميها ويؤولها في الحاضر، والغاية تكامل الهوية (Sperry، 2016، ص 24–26). وأدواته عقد قبل البدء يحدد مسؤوليات

الطرفين، ومنها التزام المراجع بعمل أو دراسة، ثم حياد تقني، وتأويل على أربعة مستويات. وتُضبط كلها بحسب مستوى التنظيم (Clarkin وآخرون، 2023، ص 108–114).

TFP–N: تصف Diamond وآخرون تكييفا للنرجسية المرضية، لأن هذه الحالات تنقطع عن العلاج بنسبة تتجاوز 60%، كما ينقلن عن Hilsenroth وزملائه (Diamond وآخرون، 2022، ص 142). والعقد هنا يبني التحالف، وهو أول امتحان للتعاظم، لأنه يجعل العلاج عملا مشتركا لا خدمة تُطلب (ص 219–220).

العلاج بالمخططات

وضعه Young لاضطرابات الشخصية. والمخطط المبكر غير التكيفي (schéma précoce d'inadaptation / early maladaptive schema) موضوع واسع عن الذات والعلاقة بالآخرين، يتكون في الطفولة ويتكرر طول الحياة (Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40). ويواجه الإنسان مخططه بثلاث طرق: الاستسلام، والهروب، والهجوم المضاد (Young وKlosko، 2013، الفصل 4). وأحوال المخطط (modes de schéma / schema modes)، ويقال أيضا: أنماط المخطط، حالات تنشط في اللحظة، مثل «الطفل الهش» و«الحامي المنفصل» و«الراشد السليم» (Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40).

ومن أدواته إعادة الوالدية في حدود العلاج، والمواجهة المتعاطفة (confrontation empathique / empathic confrontation): فهم شعور المراجع وأصله، مع تحميله مسؤولية أثره. ورسالتها: ليس ذنبك، لكنها مسؤوليتك (Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40). وفي دراسة هولندية على 86 مراجعا تفوّق على TFP في الحدية (Giesen-Bloo وآخرون، 2006، نقلا عن Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40)، ويعترض خبراء TFP بأن معالجيه لم يُدرَّبوا كفاية (Bockian وآخرون، 2016، ص 13).

العلاج المعرفي السلوكي

يعرضه Sperry وSperry: معتقدات محورية وسلوك ناقص أو زائد، ثم أسئلة سقراطية، وإعادة بناء معرفي، وتعرض، وتدريب على المهارات. ويضيفان تدخلات تستهدف المزاج، لأن الكلام وحده لا يكفي حين يكون

الانفعال منفلتا (Sperry وSperry، 2016، ص 18 و26 و29). والأدلة لم تدعم دائما العلاج المعرفي التقليدي، ودعمت المقاربات الأحدث المركزة (Sperry، 2016، ص 15).

الدواء، والعلاج الجماعي والأسري

لا علاجات دوائية خاصة باضطرابات الشخصية، إلا ما يخص التجنبية والحدية (Sperry، 2016، ص 30). والعلاج النفسي هو الأساس، والدواء قد يخفف الاندفاع أو الاكتئاب المصاحب عند بعض الناس، ولا يشفي (Krawitz وJackson، 2008، ص 44–45). وتوصي NICE بألا يُستعمل الدواء روتينيا لعلاج المعادية للمجتمع أو العدوان والاندفاع المرتبطين بها (NICE، 2010، ص 216). وقرار الدواء للطبيب وحده. ويتجه الإجماع إلى الجمع بين الفردي والجماعي، وإشراك الأسرة حين يلزم (Sperry، 2016، ص 30).

ما يُعرف عن علاج كل مجموعة

- **المجموعة أ:** نادرا ما يطلب صاحب الفصامانية العلاج إلا عند انهيار، والهدف تخفيف الأعراض (Sperry، 2016، ص 235).
- **المجموعة ب:** الحدية وحدها لها علاجات مدعومة بالمعنى الدقيق (Bockian وآخرون، 2016، ص 7). وللمعادية للمجتمع توصي NICE بتدخلات معرفية سلوكية جماعية (NICE، 2010، ص 191). والنرجسية لم تُختبر علاجاتها تجريبيا بشكل منهجي (Sperry، 2016، ص 174).
- **المجموعة ج:** الهدف في التجنبية تحمل تقييم الآخرين والثقة الانتقائية بهم (Sperry، 2016، ص 82).

علاج النرجسية، وسؤال «كيف أتعامل؟»

هل يمكن علاج اضطراب الشخصية النرجسية؟ نعم بشروط، ودون دليل تجريبي قوي حتى الآن. لا تجارب عشوائية للعلاج المعرفي السلوكي فيها (Cukrowicz وآخرون، 2011، الفصل 41)، ولا دراسات مضبوطة كما تقول Reed–Knight وFischer (2011، الفصل 42). لكن Thomaes وBushman يعرضان تجارب قلّ فيها العدوان النرجسي حين شعر الشخص بقواسم مشتركة مع الآخر، وزاد الالتزام في العلاقة حين شعر بأنه

محبوب. فلا «مناعة ضد التدخل» (Thomaes وBushman، 2011، الفصل 43). وأكثر هؤلاء لا يأتون إلا بضغط شريك أو عمل، وتسمي Behary وDieckmann ذلك «الرافعة» (الفصل 40).

أما سؤال: كيف أتعامل مع شخص لديه سمات نرجسية في حياتي؟ فالعلاج لا يعلّم «القهر»، بل الحدود والإطار. في TFP–N يحدد العقد الأدوار، وما يخرج عنه يُسمّى ويُناقش (Diamond وآخرون، 2022، ص 222). وفي العلاج بالمخططات تُرفض المطالب غير المعقولة دون إهانة، مع فهم ما وراءها (Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40). والمبدأ يصلح للأسرة: وضوح فيما نقبل، وهدوء في قوله، وطلب المساعدة المختصة حين يوجد أذى. والتفصيل في مقال «التعامل مع النرجسي الخفي».

	DBT	MBT	TFP وTFP–N	العلاج بالمخططات	العلاج المعرفي السلوكي
المدرسة	سلوكية من الموجة الثالثة	دينامية، ونظرية التعلق	تحليلية، علاقات بالموضوع	تكاملية معرفية	معرفية سلوكية
الفكرة المحورية	القبول والتغيير؛ تنظيم الانفعال	استعادة التعقيل حين ينشط التعلق	دمج الثنائيات المنشطرة؛ تكامل الهوية	تلبية الحاجات غير الملباة وإضعاف المخططات	تعديل المعتقدات المحورية والسلوك
المكونات	فردي، ومهارات جماعية، وهاتف، وفريق؛ تراتبية أهداف	فردي وجماعي، وصياغة مكتوبة مشتركة	عقد، وحياد، وتأويل في الحاضر	إعادة والدية محدودة، ومواجهة متعاطفة، وحدود	أسئلة سقراطية، وإعادة بناء، وتعرض، ومهارات
الاضطراب الأساسي	الحدية والسلوك الانتحاري	الحدية، ثم المعادية للمجتمع	الحدية، ثم النرجسية (TFP–N)	الحدية، والنرجسية سريريا	التجنبية والاعتمادية وغيرهما
الأدلة كما في المراجع	الأقوى: 20 تجربة عشوائية	«فعال على الأرجح»	«فعال على الأرجح»، ونتائج متباينة	«فعال على الأرجح» في الحدية	أدلة محدودة للتقليدي
مصدره في هذا السند	كتابا Linehan الأصليان، وفصول ثانوية	فصل لـBateman وزميليه فقط	كتاب Diamond وآخرين، وفصل Clarkin وزميلتيه	كتاب للجمهور، وفصل Behary وDieckmann	Sperry وSperry فقط

جدول 8: العلاجات المدعومة لاضطرابات الشخصية

المصدر: Sperry، 2016، ص 15–27؛ Bockian وآخرون، 2016، ص 13؛ Sonley وآخرون، 2023، ص 257–258؛ Bateman وآخرون، 2023، ص 89–98؛ Clarkin وآخرون، 2023، ص 107–114؛ Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40.

مفاهيم مفتاحية

- **الجدلية** (dialectique / dialectics): الجمع بين القبول والتغيير في كل تفاعل علاجي.
- **المصادقة** (validation / validation): إيجاد ما هو صحيح ومفهوم في استجابة المراجع.
- **تراتبية الأهداف** (hiérarchie des cibles / target hierarchy): ترتيب ما يُعالج أولا: الانتحار، ثم ما يعيق العلاج، ثم ما يعيق جودة الحياة.
- **التعقيل** (mentalisation / mentalization): فهم السلوك بما وراءه من أفكار ومشاعر، عندي وعند غيري.
- **العقد العلاجي** (contrat thérapeutique / treatment contract): اتفاق مسبق على الأدوار والحدود وشروط العلاج.
- **أحوال المخطط** (modes de schéma / schema modes): حالات تنشط في اللحظة من المخططات وطرق مواجهتها.
- **المواجهة المتعاطفة** (confrontation empathique / empathic confrontation): فهم السلوك وأصله مع تحميل صاحبه مسؤولية أثره.

خلاصة المحور:

تشترك علاجات اضطرابات الشخصية في تحالف قوي، وإطار واضح، وعقد مسبق، وخطة للأزمات، ورعاية للمعالج نفسه. وDBT أقوى العلاجات دليلا في الحدية، ويرتب أهدافه بدءا بالسلوك الانتحاري. وMBT يستعيد التعقيل حين ينشط التعلق، وTFP يدمج صور الذات والآخر المنشطرة عبر التحويل، والعلاج بالمخططات يواجه المخططات بتعاطف وحدود. أما النرجسية فعلاجها ممكن، لكن أدلته لا تزال ضعيفة، ومفتاحه الإطار والحدود.

مصادر هذا المحور: Linehan، 1993، ص 97–105 و167–172؛ Linehan، 2015، ص 151 و231 و318 و416؛ Brodsky وStanley، 2013، ص 30 و34 و135؛ Salsman، 2022، ص 302–304؛ Sperry، 2016، ص 14–30 و82 و174 و235 و254؛ Sperry وSperry، 2016، ص 18 و26 و29 و33؛ Bateman وآخرون، 2023، ص 89–98؛ Clarkin وآخرون، 2023، ص 107–120؛ Sonley وآخرون، 2023، ص 257–258؛ Diamond وآخرون، 2022، ص 142–146 و219–222؛ Behary وDieckmann، 2011، الفصل 40؛ Cukrowicz وآخرون، 2011، الفصل 41؛ Reed-Knight وFischer، 2011، الفصل 42؛ Thomaes وBushman، 2011، الفصل 43؛ Young وKlosko، 2013، الفصل 4؛ Bockian وآخرون، 2016، ص 7 و13؛ Krawitz وJackson، 2008، ص 44–45؛ NICE، 2010، ص 191 و216؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 25.

للتعمق في الموقع: «العلاج السلوكي الجدلي» https://psyencharge.com/العلاج-السلوكي-الجدلي/ ، «تقنية العلاج بالمخطط» https://psyencharge.com/تقنية-العلاج-بالمخطط/ ، ملخص «أعد ابتكار حياتك» https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-أعد-ابتكار-حياتك/ ، «العلاج المعرفي السلوكي» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/ ، «هل يمكن علاج النرجسي؟» https://psyencharge.com/علاج-النرجسي/ ، «فن التعاقد العلاجي مع النرجسي» https://psyencharge.com/فن-التعاقد-العلاجي-مع-النرجسي/ ، «المراحل المتأخرة من علاج النرجسية» https://psyencharge.com/استراتيجيات-المراحل-المتأخرة-العلاج/ ، «التحويل والتحويل المضاد» https://psyencharge.com/التحويل-والتحويل-المضاد/ ، «اشكالية غياب طلب العلاج النفسي» https://psyencharge.com/غياب-طلب-العلاج-النفسي/ ، «التعامل مع النرجسي الخفي» https://psyencharge.com/التعامل-مع-النرجسي-الخفي/

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

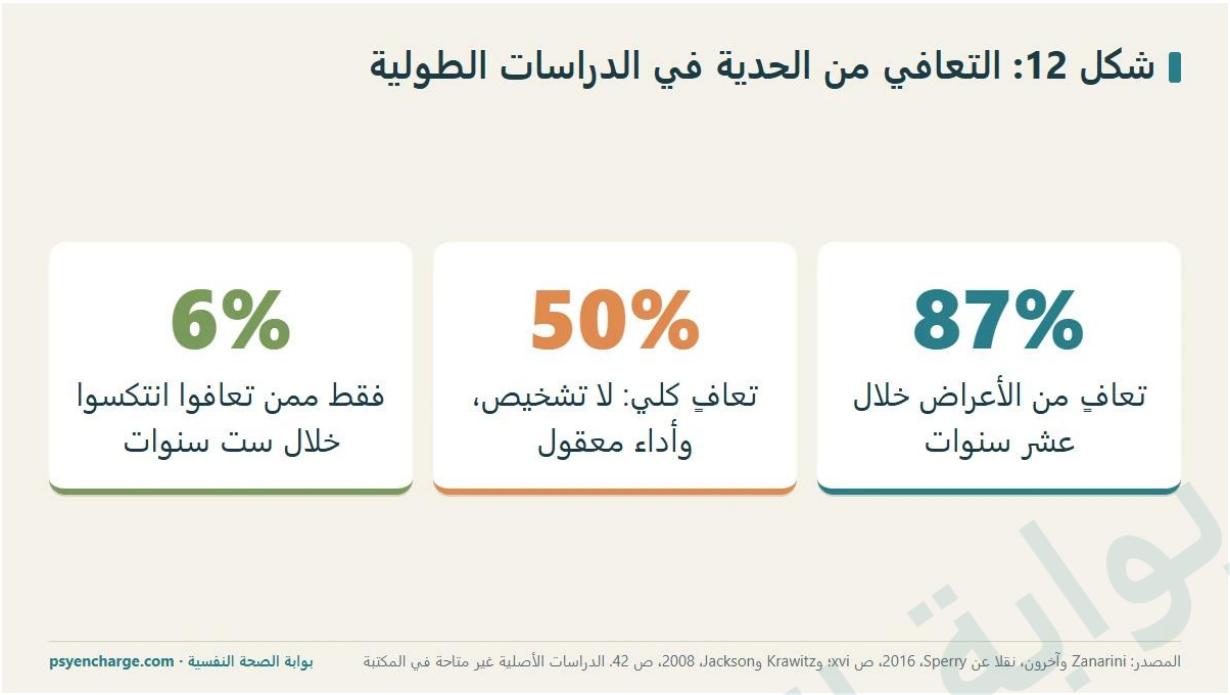
12. المسار والإنذار، والتركيب

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما تقوله الدراسات الطولية عن تعافي الحدية، ومن أين أخذنا أرقامها.
- كيف تتغير السمات مع العمر، والنرجسية مثالا.
- ما الذي يحدد الإنذار، ولماذا صار «غير قابل للعلاج» حكما قديما.
- الصورة الجامعة للأنماط العشرة في جدول واحد.

ماذا تقول الدراسات الطولية؟

قيل طويلا إن اضطراب الشخصية لا يتغير، والأرقام الطولية تقول غير ذلك. تابع Zanarini وزملاؤها نحو ثلاثمائة شخص شُخصوا بالحدية عشر سنوات. فبلغ 87% منهم التعافي من الأعراض، و50% التعافي الكلي، أي زوال التشخيص مع أداء اجتماعي ومهني معقول (Zanarini وآخرون، 2010، نقلا عن Sperry، 2016، ص xvi و93). ويذكر Krawitz وJackson تقريرا سابقا للفريق نفسه: بعد ست سنوات خرج 68% من التشخيص، وعاد إليه 6% فقط ممن تعافوا (Zanarini وآخرون، 2005، نقلا عن Krawitz وJackson، 2008، ص 42). والدراسات الأصلية غير متاحة في المكتبة، فالأرقام منقولة.



شكل 12: أرقام التعافي في الحدية

التعافي من الأعراض (rémission / symptomatic remission) أسرع وأوسع، والتعافي الكلي (rétablissement / recovery) أبطأ، لأنه يحتاج إلى عمل وعلاقات مستقرة. ويرجع Krawitz وJackson جزءا من التحسن إلى الزمن نفسه: يقل الاندفاع مع العمر، وتُتعلم المهارات تدريجيا (Krawitz وJackson، 2008، ص 42).

السمات عبر العمر

يعرض Hill وRoberts أن درجات النرجسية أعلى ما تكون في المراهقة، ثم تنخفض في بداية الرشد، وتستمر في الانخفاض حتى الخمسينات تقريبا. ويفسرانه بـ«الاستثمار الاجتماعي»: حين يتحمل الشخص أدوار الراشد في العمل والأسرة، تتراجع مظاهر النرجسية (Hill وRoberts، 2011، الفصل 17). وفي هذا درس للتشخيص: ما يبدو تعاظما في المراهقة قد يكون مرحلة، فلا يُحكم على المراهق كأنه راشد (المحور 9).

ما الذي يحدد الإنذار؟

- **الشدة ومستوى التنظيم:** الإنذار عند Clarkin وآخرين ممتاز في التنظيم العصابي، وجيد في الحدي المرتفع، ومتوسط في الحدي الأوسط، ومتحفظ جدا في الحدي المنخفض ذي السمات المعادية للمجتمع (Clarkin وآخرون، 2023، ص 108–110).
- **الدافعية:** أعلاها في المجموعة ج وأدناها في أ، وقد يحول التدخل الرافض للعلاج إلى طالب له (Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 25).
- **مواطن القوة:** عوامل الحماية في الصياغة أساس لتقدير الإنذار (Sperry، 2016، ص 40)، كما رأينا في المحور 10.

الوصمة وخرافة «غير قابل للعلاج»

تقول Brodsky وStanley إن خرافة أن الحدية لا تُعالج جاءت من حشر علاجها في نماذج صُممت لاضطرابات أخرى. فلما فشل العلاج المعتاد، نُسب الفشل إلى المرض لا إلى العلاج (Brodsky وStanley، 2013، ص 31). والوصمة تضر من جهتين: تجعل المعالج يتجنب هذه الحالات، وتجعل صاحب الاضطراب يفقد الأمل قبل أن يبدأ. وفي النرجسية أيضا يردّ Thomaes وBushman فكرة «المناعة ضد التدخل» (Thomaes وBushman، 2011، الفصل 43).

الجدول الجامع

جدول 9 (1 من 2)

النمط	المجموعة	الملمح المحوري	المعتقد المحوري (Beck، نقلا عن Sperry)
البارانويدية	أ	الريبة في نوايا الآخرين	«الناس لهم نوايا سيئة»
الفصامانية	أ	الانسحاب وفتور الانفعال	«العلاقات لا تستحق العناء»
من النمط الفصامي	أ	الغرابة والتفكير السحري	«العالم مليء بقوى لا تُفسَّر»
المعادية للمجتمع	ب	خرق حقوق الآخرين	«اسبقهم قبل أن يسبقوك»

النمط	المجموعة	الملمح المحوري	المعتقد المحوري (Beck، نقلا عن Sperry)
الحدية	ب	عدم استقرار الانفعال والعلاقة والهوية	«أنا عاجز، والعالم خطر»
الهستريونية	ب	طلب الانتباه والانفعال المسرحي	«يجب أن يحبني الجميع»
النرجسية	ب	التعاظم والحاجة إلى الإعجاب	«أستحق معاملة خاصة»
التجنبية	ج	الخوف من النقد والرفض	«أنا أدنى، وسيرفضونني إن عرفوني»
الاعتمادية	ج	الحاجة إلى الرعاية	«أنا ضعيف، والآخرون أقوياء»
الوسواسية القهرية	ج	الكمالية والتحكم	«الخطأ فشل لا يُحتمل»

جدول 9 (2 من 2)

النمط	الدفاع الغالب (PDM-2)	نمط العلاقة	الأقرب في ICD-11	العلاج الأقرب في المراجع
البارانويدية	الإسقاط، والتماهي الإسقاطي	حذر واتهام	بالميادين، لا فئة مستقلة	علاج فردي داعم يبني الثقة ببطء
الفصامانية	الانسحاب إلى الخيال	بعد ونأي	الانفصال	تخفيف الأعراض، لا إعادة البناء
من النمط الفصامي	(لا متلازمة مستقلة في PDM-2)	قلق وغرابة	الاضطراب من النمط الفصامي (6A22)	دواء وعلاج نفسي مساعد
المعادية للمجتمع	السعي إلى التحكم المطلق	استغلال	اللااجتماعية، وانعدام الكبح	تدخلات معرفية سلوكية جماعية (NICE)
الحدية	الانشطار، والتماهي الإسقاطي، والإنكار	مثلنة ثم حط من القيمة	النمط الحدي (6D11.5)	DBT، ثم MBT وTFP والمخططات
الهستريونية	الكبت، والنكوص، والتحول الجسدي	إغواء واعتماد	لا نمط مستقل؛ أقربها اللااجتماعية (طلب الانتباه)	علاج فردي، أدلته محدودة
النرجسية	المثلنة، والحط من القيمة	استعلاء أو انكسار	اللااجتماعية	TFP-N، والمخططات؛ لا تجارب عشوائية
التجنبية	التجنب، والإزاحة	ابتعاد مع حنين	الوجدانية السلبية، والانفصال	معرفي سلوكي، وتعرض، وتوكيد
الاعتمادية	النكوص، والقلب، والتجنب	تعلق وخضوع	الوجدانية السلبية	معرفي سلوكي يبني الاستقلال

النمط	الدفاع الغالب (PDM-2)	نمط العلاقة	الأقرب في ICD-11	العلاج الأقرب في المراجع
الوسواسية القهرية	عزل الانفعال، والتكوين العكسي، والعقلنة	تحكم وجمود	الأنانكاستية	معرفي سلوكي، وديناميي

جدول 9: الأنماط العشرة في صورة واحدة

المصدر: المعتقدات من Beck (2015) كما يعرضها Sperry، 2016، ص 58 و79 و102 و129 و149 و170 و191 و211 و231 و250؛ والدفاعات من McWilliams وShedler، 2017، ص 36 و38 و40 و42 و46 و48 و49 و51 و55؛ وميادين ICD-11 من WHO، 2018، ص 175–177؛ والعلاج من المحور 11، عمود ICD-11 قراءتنا لوصف الميادين، لا مقابل رسمي، لأن ICD-11 لا يعرف الأنماط العشرة.

ما يترتب في التطبيق:

- **في العيادة:** التشخيص بداية لا نهاية. الصياغة تحدد العلاج، والشدة تحدد بنيته.
- **في الأسرة:** الحدود الواضحة الهادئة أنفع من المواجهة أو الاستسلام، وطلب المساعدة المختصة حين يوجد خطر.
- **في الجامعة:** يتعلم الطالب الفرق بين السمة والاضطراب، فلا يشخص زميلا ولا قريبا بقائمة صفات.



شابة تمشي مع والدتها في حديقة الحي وتتحدثان بهدوء، صورة للسند والتعافي من اضطرابات الشخصية (صورة توضيحية).

مفاهيم مفتاحية

- **التعافي من الأعراض** (rémission / symptomatic remission): زوال ما يكفي من الأعراض حتى لا يُستوفى التشخيص.

- **التعافي الكلي** (rétablissement / recovery): زوال التشخيص مع أداء اجتماعي ومهني معقول.
- **الإنذار** (pronostic / prognosis): التوقع المرجح لمسار الحالة مع العلاج أو دونه.
- **الوصمة** (stigmatisation / stigma): حكم سلبي مسبق يلحق بالتشخيص وصاحبه.

خلاصة المحور:

تتغير اضطرابات الشخصية أكثر مما كان يُظن: في عشر سنوات بلغ نحو تسعة من كل عشرة من أصحاب الحدية التعافي من الأعراض، ونصفهم التعافي الكلي، والأرقام منقولة عن Sperry وKrawitz وJackson. وتنخفض النرجسية مع تحمل أدوار الراشد. ويحدد الإنذارَ مستوى التنظيم والدافعية ومواطن القوة. و«غير قابل للعلاج» حكم وُلد من علاجات لا تناسب الاضطراب، لا من طبيعته.

مصادر هذا المحور: Sperry، 2016، ص xvi و40 و93، وصفحات المعتقدات في الجدول 9؛ Krawitz وJackson، 2008، ص 42؛ Hill وRoberts، 2011، الفصل 17؛ Clarkin وآخرون، 2023، ص 108–110؛ Emmelkamp وMeyerbröker، 2020، ص 25؛ Brodsky وStanley، 2013، ص 31؛ Thomaes وBushman، 2011، الفصل 43؛ McWilliams وShedler، 2017، ص 36–55؛ WHO، 2018، ص 175–177.

للتعمق في الموقع: «اضطراب الشخصية الحدية» https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-الحدية/ ، «الشخصية النرجسية» https://psyencharge.com/الشخصية-النرجسية/ ، «هل يمكن علاج النرجسي؟» https://psyencharge.com/علاج-النرجسي/ ، «اضطرابات الشخصية» https://psyencharge.com/إضطرابات-الشخصية/

أخطاء شائعة عند الطلبة

1. **«الفصامانية ومن النمط الفصامي والفصام شيء واحد».** الفصامانية انسحاب وفتور انفعال بلا غرابة في التفكير. والشخصية من النمط الفصامي فيها تفكير سحري وإدراكات غير مألوفة، ووضعها ICD-11 في طيف الفصام (6A22). والفصام اضطراب ذهاني لا اضطراب شخصية (المحور 5).
2. **«اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية هو الوسواس القهري».** الأول نمط ثابت من الكمالية والتحكم يراه صاحبه صوابا. والثاني وساوس وأفعال قهرية يعاني منها صاحبه ويراها غريبة عنه (المحور 8).

3. **«المعادية للمجتمع هي السيكوباتية».** الأولى فئة سلوكية في DSM. والثانية مجموعة سمات وجدانية وبين شخصية عند Hare، أضيق وأشد (المحور 6).

4. **«النرجسي الخفي تشخيص في DSM».** «الخفية» وصف عيادي وبحثي للنرجسية الهشة، وليست فئة مستقلة في DSM-5-TR (المحور 7).

5. **«النرجسية الخبيثة تشخيص رسمي».** هي مفهوم Kernberg، يجمع النرجسية والعدوان والسمات المعادية للمجتمع والبارانويا (المحور 7).

6. **«الهستيريا والشخصية الهستيرية والهستريونية مترادفات».** الهستيريا عرض تحولي جسدي، والشخصية الهستيرية مفهوم تحليلي، والهستريونية فئة في DSM (المحور 7، والسند 4).

7. **«ICD-11 ألغى الحدية».** أبقاها محدِّدا اختياريا باسم «النمط الحدي» (6D11.5) (WHO، 2018، ص 177).

8. **«يُشخص المراهق كالراشد، أو يُشخص الاضطراب في أثناء نوبة اكتئاب».** النمط يجب أن يكون ثابتا عبر الزمن وخارج النوبة، والنرجسية مثلا تبلغ ذروتها في المراهقة ثم تنخفض (المحاور 2 و9 و12).

9. **«اضطرابات الشخصية لا تُعالج».** في عشر سنوات بلغ نصف أصحاب الحدية التعافي الكلي، كما ينقل Sperry (المحور 12).

10. **«التعقيل هو العقلنة».** العقلنة (intellectualisation) دفاع يحول الانفعال إلى كلام مجرد. والتعقيل (mentalisation) قدرة على فهم السلوك بما وراءه من أفكار ومشاعر، وهو هدف MBT (المحور 11، والسند 4).

مسرد المصطلحات

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
الشخصية	personnalité	personality	الطريقة الثابتة للشخص في الإدراك والشعور والتعامل
السمة	trait	trait	ميل محدد يُقاس على متصل

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
الأسلوب	style	personality style	شكل سوي ومرن من الشخصية، دون الاضطراب
اضطراب الشخصية	trouble de la personnalité	personality disorder	نمط ثابت جامد شامل يسبب ضيقا أو اختلالا
المتوافق مع الأنا	égosyntonique	ego-syntonic	ما يراه صاحبه جزءا طبيعيا منه
المغترب عن الأنا	égodystonique	ego-dystonic	ما يراه صاحبه غريبا عنه ومزعجا
النموذج الفئوي	modèle catégoriel	categorical model	تصنيف بالحضور أو الغياب وفق عتبة
النموذج البعدي	modèle dimensionnel	dimensional model	وصف بالدرجة على أبعاد متصلة
النموذج البديل	modèle alternatif	Alternative Model (AMPD)	نموذج القسم الثالث في DSM-5-TR: الأداء والسمات
مستوى أداء الشخصية	niveau de fonctionnement de la personnalité	level of personality functioning	شدة اختلال الذات والعلاقة، من 0 إلى 4
الوجدانية السلبية	affectivité négative	negative affectivity	ميل إلى انفعالات سلبية كثيرة وشديدة
الانفصال	détachement	detachment	ميدان سمات: ابتعاد اجتماعي وانفعالي، لا التفكك
العدائية	antagonisme	antagonism	ميدان سمات: تعاظم واستغلال وقسوة، لا الغضب العابر
انعدام الكبح	désinhibition	disinhibition	التصرف المتسرع دون اعتبار للعواقب
الذهانية	psychoticisme	psychoticism	معتقدات وإدراكات غريبة
اللااجتماعية	dyssocialité	dissociality	ميدان في ICD-11: تمركز حول الذات ونقص تعاطف
الأنانكاستية	anankastie	anankastia	ميدان في ICD-11: كمالية وتحكم وجمود
النمط الحدي	pattern borderline	borderline pattern	محدِّد اختياري في ICD-11 (6D11.5)
صعوبة في الشخصية	difficulté de personnalité	personality difficulty	مشكلات دون عتبة الاضطراب (QE50.7)
تنظيم الشخصية	organisation de la personnalité	personality organization	مستوى الشدة: صحي، عصابي، حدي، ذهاني
تشتت الهوية	diffusion de l'identité	identity diffusion	صورة للذات والآخر غير متكاملة، عند Kernberg

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
الحالات الحدية	états-limites	borderline states	عند Bergeret: «إعداد» غير ثابت بين البنيتين العصابية والذهانية
اضطراب الشخصية البارانويدية	personnalité paranoïaque	paranoid PD	ريبة دائمة في نوايا الآخرين
اضطراب الشخصية الفصامانية	personnalité schizoïde	schizoid PD	انسحاب من العلاقات وفتور انفعال
اضطراب الشخصية من النمط الفصامي	personnalité schizotypique	schizotypal PD	غرابة في التفكير والإدراك مع قلق اجتماعي؛ في ICD-11 خارج الشخصية (6A22)
اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع	personnalité antisociale	antisocial PD	استخفاف بحقوق الآخرين منذ سن 15، ويُشخص بعد 18
اضطراب المسلك	trouble des conduites	conduct disorder	انتهاك متكرر لحقوق الآخرين أو قواعد السن قبل الرشد
السيكوباتية	psychopathie	psychopathy	سمات وجدانية وبين شخصية عند Hare: قسوة وسطحية
اضطراب الشخصية الحدية	personnalité borderline	borderline PD	عدم استقرار الانفعال والعلاقة والهوية مع اندفاع
إيذاء النفس	automutilation	self-harm	إيذاء متعمد للجسد دون نية الموت
الانشطار	clivage	splitting	فصل الجيد عن السيء في صورة الذات والآخر
التماهي الإسقاطي	identification projective	projective identification	إسقاط ما يُرفض في الآخر ثم دفعه إلى عيشه
اضطراب الشخصية الهستريونية	personnalité histrionique	histrionic PD	طلب الانتباه وانفعال سطحي متقلب
اضطراب الشخصية النرجسية	personnalité narcissique	narcissistic PD	تعاظم وحاجة إلى الإعجاب ونقص تعاطف
النرجسية المتعاظمة	narcissisme grandiose	grandiose narcissism	ويقال الظاهرة: تفوق واستحقاق وسيطرة معلنة
النرجسية الهشة	narcissisme vulnérable	vulnerable narcissism	ويقال الخفية: خجل وحساسية للإهانة وانسحاب، مع خيال متعاظم
النرجسية الخبيثة	narcissisme malin	malignant narcissism	عند Kernberg: نرجسية مع عدوان وسمات معادية للمجتمع
الشعور بالاستحقاق	sentiment d'être tout permis	entitlement	توقع معاملة خاصة دون مقابل

psyencharge.com

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
اضطراب الشخصية التجنبية	personnalité évitante	avoidant PD	تجنب العلاقات خوفا من النقد والرفض
اضطراب الشخصية الاعتمادية	personnalité dépendante	dependent PD	حاجة مفرطة إلى الرعاية وخوف من الانفصال
الاعتمادية العاطفية	dépendance affective	emotional dependency	لفظ شائع عن التعلق بشريك واحد، لا تشخيص
اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية	personnalité obsessionnelle-compulsive	OCPD	كمالية وانشغال بالنظام والتحكم
نمط التعلق	style d'attachement	attachment style	نموذج داخلي للعلاقة يتكون مع مقدمي الرعاية
النظرية البيولوجية الاجتماعية	théorie biosociale	biosocial theory	عند Linehan: هشاشة انفعالية مع بيئة غير مصادِقة
البيئة غير المصادِقة	environnement invalidant	invalidating environment	بيئة تنكر خبرة الطفل أو تستخف بها
المراضة المشتركة	comorbidité	comorbidity	وجود اضطرابين أو أكثر عند الشخص نفسه
التشخيص الفارقي	diagnostic différentiel	differential diagnosis	التمييز بين اضطرابات متشابهة
صياغة الحالة	formulation de cas	case formulation	فرضية عن أسباب المشكلة وما يبقيها، مع خطة
النمط غير التكيفي	pattern inadapté	maladaptive pattern	طريقة جامدة غير فعالة وراء الشكوى
الاستعداد	prédisposition	predisposition	ما هيأ للنمط، ومعه عوامل الحماية
عوامل الإبقاء	facteurs de maintien	perpetuants	ما يجعل النمط يستمر
موضوع العلاقة الصراعي المحوري	thème relationnel conflictuel central	CCRT	رغبة، فاستجابة الآخر، فاستجابة الذات
التحالف العلاجي	alliance thérapeutique	therapeutic alliance	تعاون المعالج والمراجع على أهداف مشتركة
العقد العلاجي	contrat thérapeutique	treatment contract	اتفاق مسبق على الأدوار والحدود
التحويل المضاد	contre-transfert	countertransference	ردود المعالج على المراجع وتحويله
العلاج السلوكي الجدلي	thérapie comportementale dialectique	DBT	علاج Linehan: قبول وتغيير ومهارات

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
الجدلية	dialectique	dialectics	الجمع بين القبول والتغيير
المصادقة	validation	validation	إيجاد ما هو مفهوم في استجابة الشخص
تراتبية الأهداف	hiérarchie des cibles	target hierarchy	ترتيب ما يُعالج أولا في DBT
تحليل السلسلة	analyse en chaîne	chain analysis	تتبع ما سبق السلوك وما تلاه
اليقظة الذهنية	pleine conscience	mindfulness	انتباه للحاضر دون حكم
تحمل الضيق	tolérance à la détresse	distress tolerance	احتمال الألم دون فعل مندفع
التعقيل	mentalisation	mentalization	فهم السلوك بما وراءه من أفكار ومشاعر
العلاج القائم على التعقيل	thérapie basée sur la mentalisation	MBT	علاج Bateman وFonagy لاستعادة التعقيل
العلاج المرتكز على التحويل	psychothérapie focalisée sur le transfert	TFP	علاج Kernberg وفريقه بالعلاقات بالموضوع
الثنائيات الموضوعية	dyades d'objet	object relations dyads	صورة للذات وصورة للآخر يربطهما انفعال
العلاج بالمخططات	thérapie des schémas	schema therapy	علاج Young للمخططات المبكرة وأحوالها
المخططات المبكرة غير التكيفية	schémas précoces d'inadaptation	early maladaptive schemas	مواضيع عن الذات والآخر تتكون في الطفولة وتتكرر
أحوال المخطط	modes de schéma	schema modes	حالات تنشط في اللحظة من المخططات
المواجهة المتعاطفة	confrontation empathique	empathic confrontation	فهم السلوك مع تحميل صاحبه مسؤولية أثره
المعتقدات المحورية	croyances fondamentales	core beliefs	قناعات أساسية عن الذات والعالم
التعافي من الأعراض	rémission	symptomatic remission	زوال ما يكفي من الأعراض حتى لا يُستوفى التشخيص
التعافي الكلي	rétablissement	recovery	زوال التشخيص مع أداء معقول
الإنذار	pronostic	prognosis	التوقع المرجح لمسار الحالة
الوصمة	stigmatisation	stigma	حكم سلبي مسبق يلحق بالتشخيص وصاحبه

جدول 10: مسرد المصطلحات: عربي وفرنسي وإنجليزي

المصدر: ورقة المصطلحات المشتركة للسند، والمقابلات الفرنسية من DSM-5 بالفرنسية وBergeret وYoung وKlosko. ما ليس له مقابل في ملفات المكتبة من اختيارنا.

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

المراجع

ما لم يتح في المكتبة: كُتب السند بما في مكتبة الموقع، بقرار صاحبه. وما غاب عُوض هكذا:

1. «الأوصاف العيادية ومتطلبات التشخيص» لـ(CDDR) ICD-11: عُرض ICD-11 من تصدير التصنيف (MMS) ومن Emmelkamp وMeyerbröker.
2. Beck وDavis وFreeman في العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية: البديل Sperry وSperry.
3. Young وKlosko وWeishaar في العلاج بالمخططات: البديل كتاب Young وKlosko للجمهور، وفصل Behary وDieckmann.
4. Kernberg (1984)، وYeomans وClarkin و(2015) Kernberg، وMcWilliams، *Psychoanalytic Diagnosis*: البديل Diamond وزملاؤها، وفصل Clarkin، وPDM-2.
5. Bateman وFonagy في MBT: البديل فصل Bateman وزميليه.
6. Hare ودليل PCL-R: البديل Lynam وNICE وSperry.
7. دراسات Zanarini الطولية: الأرقام منقولة عن Sperry وKrawitz وJackson.
8. مرجع عربي أو مغاربي متخصص، ومرجع في «الانحراف النرجسي» (Racamier)، وفصول Emmelkamp وMeyerbröker من 2 إلى 10.

نُقل عن وسيط: Schneider وCleckley وHare وKernberg وKohut وMahler وGabbard وBeck وZanarini، بصيغة «نقلا عن» في موضعها.

الأدلة التشخيصية

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev., DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing.

- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. للمصطلح الفرنسي.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2004). *المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR)*، ترجمة تيسير حسون. دمشق. للمقابلات العربية.
- World Health Organization (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (chapters 6, 7 and 17). Geneva: WHO.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.) (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2*. New York: Guilford. ومنه: McWilliams, N., & Shedler, J., Personality syndromes: P Axis (chap. 1).
- First, M. B. (2024). *DSM-5-TR Handbook of Differential Diagnosis*. Washington, DC: APA Publishing. epub.

الكتب العامة

- Sperry, L. (2016). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2016). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G., & Meyerbröker, K. (2020). *Personality Disorders* (2nd ed.). London: Routledge. الفصل 1 وحده.

- Huprich, S. K. (Ed.) (2006). *Rorschach Assessment of the Personality Disorders*. Mahwah, NJ: Erlbaum. ومنه: Widiger, T. A., Understanding personality disorders (chap. 1)؛ Huprich, S. K., & Ganellen, R. J., The advantages of assessing personality disorders with the Rorschach (chap. 2).
- Bergeret, J. (2008). Les états-limites et leurs aménagements. In J. Bergeret (dir.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10e éd., p. 217-234). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bockian, N. R., Smith, J. C., & Jongsma, A. E. (2016). *The Personality Disorders Treatment Planner: Includes DSM-5 Updates* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Eells, T. D. (Ed.) (2022). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (3rd ed.). New York: Guilford. ومنه: Eells (chap. 1)؛ Grenyer, B. F. S., Marceau, E. M., & Wiseman, H., The Core Conflictual Relationship Theme for personality disorders (chap. 2)؛ Salsman, N. L., DBT case formulation of individuals who are chronically suicidal (chap. 10).

مقالات

- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 499-518.
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 652-679.

النرجسية

- Campbell, W. K., & Miller, J. D. (Eds.) (2011). *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder*. Hoboken, NJ: Wiley. طبعة رقمية بلا أرقام صفحات مطبوعة، فيُحال إليها بالفصل. والفصول المستعملة: Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (1)؛ Pincus, A. L., & Roche, M. J. (4)؛ Miller, J. D., & Maples, J. (7)؛ Zeigler-Hill, V., & Jordan, C. H. (9)؛ Watson, C., & Bagby, R. M. (10)؛ Miller, J. D., & Campbell, W. K. (13)؛ Horton, R. S. (16)؛ Hill, P. L., & Roberts, B. W. (17)؛ Krusemark, E. A. (20)؛ Simonsen, S., & Simonsen, E. (21)؛ Lynam, D. R. (24)؛ Oltmanns, T. F., & Lawton, E. M. (26)؛ Brunell, A. B., & Campbell, W. K. (30)؛ Sandage, S. J., & Moe, S. P. (37)؛ Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (39)؛ Behary, W. T., & Dieckmann, E. (40)؛ Cukrowicz, K. C., Poindexter, E. K., & Joiner, T. E. (41)؛ Reed-Knight, B., & Fischer, S. (42)؛ Thomaes, S., & Bushman, B. J. (43).
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2022). *Treating Pathological Narcissism with Transference-Focused Psychotherapy*. New York: Guilford.

الحدية والعلاج السلوكي الجدلي

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.

- Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2013). *The Dialectical Behavior Therapy Primer*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Krawitz, R., & Jackson, W. (2008). *Borderline Personality Disorder* (The Facts). Oxford: Oxford University Press.

العلاجات الأخرى والمعادية للمجتمع

- Crisp, H., & Gabbard, G. O. (Eds.) (2023). *Gabbard's Textbook of Psychotherapeutic Treatments* (2nd ed.). Washington, DC: APA Publishing. ومنه: Bateman, A., Choi-Kain, L. W., & Unruh, B. (chap. 4, MBT)؛ Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (chap. 5, TFP)؛ Sonley, A., Boritz, T., & McMain, S. (chap. 12, DBT).
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2013). *Je réinvente ma vie* (2e éd.). Montréal : Les Éditions de l'Homme. كتاب موجه للجمهور.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention* (NICE Clinical Guideline 77). Leicester & London: BPS & RCPsych.

روابط للتعمق

من بوابة الصحة النفسية:

- اضطرابات الشخصية: https://psyencharge.com/إضطرابات-الشخصية/
- تصنيف الاضطرابات النفسية: https://psyencharge.com/تصنيف-الاضطرابات-النفسية/
- قراءة في DSM-5: https://psyencharge.com/الدليل-التشخيصي-الاحصائي/
- مفهوم السواء واللاسواء: https://psyencharge.com/السواء-واللاسواء/

- البنية النفسية: https://psyencharge.com/البنية-النفسية/
- العصاب: https://psyencharge.com/العصاب/
- الذهان: https://psyencharge.com/الذهان/
- نظرية أنماط الشخصية لأيزنك: https://psyencharge.com/نظرية-أنماط-الشخصية-لأيزنك/
- نظرية التعلق: https://psyencharge.com/نظرية-التعلق/
- جون بولبي: https://psyencharge.com/alam/جون-بولبي/
- اضطراب الشخصية البارانويدي: https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-البارانويدي/
- اضطراب الشخصية البرانويدي الحسّاس: https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-البرانويدي-الحسّاس/
- الشخصية شبه الفصامية: https://psyencharge.com/الشخصية-شبه-الفصامية/
- اضطراب الشخصية الفصامية (عن الفصامانية): https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-الفصامية/
- اضطراب طيف الفصام: https://psyencharge.com/الاضطرابات-طيف-الفصام/
- معضلة تشخيص الفصام: https://psyencharge.com/تشخيص-الفصام/
- اضطراب الشخصية الحدية: https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-الحدية/
- الاضطراب ثنائي القطب: https://psyencharge.com/الاضطراب-ثنائي-القطب/
- اضطراب ما بعد الصدمة: https://psyencharge.com/اضطراب-مابعد-الصدمة-ptsd/
- الشخصية النرجسية: https://psyencharge.com/الشخصية-النرجسية/
- النرجسي الخفي (الكامن): https://psyencharge.com/النرجسي-الخفي-الكامن/
- النرجسي الخبيث: https://psyencharge.com/النرجسي-الخبيث/
- المرأة النرجسية الخفية: https://psyencharge.com/المرأة-النرجسية-الخفية/
- الزوج النرجسي الخفي: https://psyencharge.com/الزوج-النرجسي-الخفي/

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

- الرابطة الصدمية: https://psyencharge.com/الرابطة-الصدمية/
- الشخصية الهستيرية: https://psyencharge.com/الشخصية-الهستيرية/
- اضطراب الشخصية التجنبية: https://psyencharge.com/اضطراب-الشخصية-التجنبية/
- الرهاب الاجتماعي: https://psyencharge.com/الرهاب-الاجتماعي/
- الوسواس القهري: https://psyencharge.com/اضطراب-الوسواس-القهري/
- الاعتمادية العاطفية: https://psyencharge.com/الاعتمادية-العاطفية/
- اختبار الرورشاخ: https://psyencharge.com/اختبار-الروشاخ/
- دليل عملية التقييم النفسي: https://psyencharge.com/التقييم-النفسي/
- الفحص النفسي: https://psyencharge.com/الفحص-النفسي/
- بوابة التشخيص النفسي: https://psyencharge.com/بوابة-التشخيص-النفسي/
- العلاج السلوكي الجدلي: https://psyencharge.com/العلاج-السلوكي-الجدلي/
- تقنية العلاج بالمخطط: https://psyencharge.com/تقنية-العلاج-بالمخطط/
- ملخص «أعد ابتكار حياتك»: https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-أعد-ابتكار-حياتك/
- العلاج المعرفي السلوكي: https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/
- هل يمكن علاج النرجسي؟: https://psyencharge.com/علاج-النرجسي/
- فن التعاقد العلاجي مع النرجسي: https://psyencharge.com/فن-التعاقد-العلاجي-مع-النرجسي/
- المراحل المتأخرة من علاج النرجسية: https://psyencharge.com/استراتيجيات-المراحل-المتأخرة-العلاج/
- التحويل والتحويل المضاد: https://psyencharge.com/التحويل-والتحويل-المضاد/
- اشكالية غياب طلب العلاج النفسي: https://psyencharge.com/غياب-طلب-العلاج-النفسي/
- التعامل مع النرجسي الخفي: https://psyencharge.com/التعامل-مع-النرجسي-الخفي/

- آليات الدفاع النفسي: https://psyencharge.com/آليات-الدفاع-النفسي/

من سندات البوابة:

- الاختبارات الإسقاطية (السند 2): https://psyencharge.com/sanadat/الاختبارات-الإسقاطية-pdf/
- التحليل النفسي (السند 4): https://psyencharge.com/sanadat/التحليل-النفسي-pdf/
- كل السندات: https://psyencharge.com/sanadat/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com