

جامعة الجزائر-2- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

التكفل العلاجي بذوي الاضطرابات الهذائية المزمنة

-البارافرينيا-(البارانويا)

دراسة تحليلية للتكفل النفسي، التعامل الاجتماعي والتناول الديني

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

علي تعوينات

إعداد الطالبة الباحثة:

نسيمة أزرو

السنة الجامعية 2017/2016



كلمة شكر و تقدير

أحمد الله و أشكره على نعمته التي فضل بها علي، فأعانني على بلوغ هذا المستوى العلمي،
ووفقني لإتمام هذه الأطروحة.

شكري وتقديري الخالص لوالدي علي دعمهما وسندهما الدائم دون سأم.

شكري الخالص لأستاذي المشرف على هذا العمل "علي تعوينات" علي سعة صدره، صبره
علي وتوجيهاته الدائمة.

شكري لزوجي علي سهره مع سهري الليلي الطوال .

شكري لعائلي وبالأخص أخواتي علي دعمهن لي بكل السبل

شكري لأساتذتي الكرام، لكل من علمني ووجهني بصدق وحرص وأخص بالذكر الأستاذ
"أيمن سيدهوم"، الأستاذ "أبراد" والأستاذة "نسيمة علي تودرت"، لما قدموه لي من علم وعون
وتوجيهات.

أشكر أعضاء لجنة المناقشة، اللذين حملوا علي عاتقهم مشقة قراءة هذا العمل.

شكري الخاص لأفراد عينة البحث علي تعاونهم وتفهمهم.

أشكر كل من أعانني أو ساندني أو علمني فبارك الله جل وعلي فيكم جميعا.

إهداء

أهدي هذا العمل إلى من أوصاني بهما المولى عز وجل إحسانا ، كانا ولايزال سببا في تقديمي

ونجاحي بفضل الله بعينه التي لا تنام.

إلى والدي "تسديد أزرو" ، الصدر الحنون ورمز العطاء والداعم للنجاح .

إلى والدي "محمد الحفيظ أزرو" ، الداعم والمترقب لنجاحاتي.

إلى أخواتي "فطيمة" ، "سكينة" و"سامية" ، المساندات لي دائما.

إلى زوجي "حازم جروح" وشريكي في الحياة ،

إلى صديقات دربي اللاتي كن معي في كل اللحظات وأعنيني دوما.

إلى جميع من كان حاضرا معي وأعانني لبلوغ هدفي.

أهدي لهم امتناني وتقديري من خلال ما أكرمني به (الله عز وجل) وبلغني إليه من عمل

متواضع

ملخص عن الدراسة باللغة العربية:

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى إبراز أهمية التكفل النفسي لحالات: الاضطرابات النفسية الهذائية المزمنة-البارافرينيا-(البارانويا). وانتهجنا لذلك منهجين التحليلي والمقارن. حيث استهلينا دراستنا التحليلية لعملية التكفل النفسي، ثم تطرقنا لدور الذي يلعبه البعد الديني ولاسيما التعامل الاجتماعي مع هذه الحالة. أما بالنسبة للدراسة المقارنة فقمنا بمقابلة حالات أخضعت لبرنامج علاج نفسي متكامل بحالات أخرى تلجأ لطرق مغايرة في التعامل مع هذه الاضطرابات.

وقد تم تعريف البارافرينيا على أنها من الامراض الذهانية المتميزة بغياب التناذر التفككي (syndrome dissociatif)، حيث يحتفظ المريض نسبيا بالبناء الفكري المنتظم، ما يصعب على المختص عملية التشخيص والعلاج. فغالبا ما تشيع فكرة وجود سببية غيبية للمرض دون حتى التفكير في إمكانية استشارة الطبيب المختص. وذلك بانتهاج تصرفات لاعقلانية، وتبني تأويلات غيبية كالمس أو السحر أو العين إلخ وهذا يزيد من صعوبة التكفل بهذه الحالات، وينتج عنه:

✚ مقاومة المريض وعدم تقبل العلاج

✚ سلبية عائلته وعدم مساهمتها في إنجاح عملية العلاج: لأن بعضهم يرى أن التكفل بالطرق العلاجية الدينية كالرقية الشرعية هو الأنسب لهذه الحالة، والبعض الآخر يرى أن العلاج الطبي بالأدوية هو الأساس في انجاح عملية التكفل النفسي ... إلخ.

يقودنا هذا إلى طرح التالي :

✓ ما هي توجهات المجتمع نحو المصاب بالاضطراب الهذائي المزمن؟ وكيف يتعامل علماء النفس والطب العقلي مع هذه المعتقدات ؟

✓ كيف نعمل على تصحيح الممارسات الخاطئة في المجتمع؟ وكيف يتم توظيف ذلك لصالح العلاج النفسي؟

بغية إجلاء هذه التساؤلات حددنا الفرضيات التالية:

1- فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى العامة:

الهذات التخيلية المزمدة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح. أما حالات المس والسحر فهي مشاكل شائعة في المجتمعات وتمثل حالات أنية أو استجابية لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية.

الفرضيات الأولى الجزئية:

1/ لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.

2/ قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية وهي حالات أنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبرانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.

3/ يقوم البرنامج العلاجي المقترح بالتكفل النفسي بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمدة، وذلك يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

2- أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تمس موضوعا نفسيا واجتماعيا حيث تحول من كونه موضوعا طبيا نفسيا إلى ظاهرة اجتماعية متفشية بسبب الفهم أو التناول الخاطئ لها، فمن المهم وضع الحدود الفاصلة أمام ما هو خاص بالمجال العلمي كاضطراب نفسي بحث وما هو ضمن نطاق الغيبيات كالمس والسحر وما شابه وذلك.

3- حدود الدراسة: تم تحديد الدراسة واستخلاص نتائجها ضمن الحدود التالية:

- الحدود البشرية: تناولنا في الدراسة الحالية ست حالات من الجنسين (5ذكور وامرأة واحدة). اختيرت بطريقة قصدية وأخضعت للبحث العلمي المتبعي.
- الحدود الزمانية: دام الاستقصاء الاستطلاعي ثلاث سنوات امتدت ما بين سنة (2010 و 2013) حددت خلالها الخلفيات الميدانية للبحث وتم اختبار الأدوات الإستقصائية.
- أما الدراسة الأساسية فقد دامت ما بين فترة (2013 و 2016) وفيها تم تطبيق المنهجية الأساسية للتأكد من فرضيات البحث.
- الحدود المكانية: تمت الدراسة على مستوى مؤسسات عمومية للصحة الجوارية بولاية الجزائر العاصمة وأخذت حالات أخرى من ولاية تيزي وزو والبويرة.

4- منهج الدراسة:

استعملنا المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة باستخدام المقابلة المحددة برائز إكلينيكي تشخيصي وتقييمي لتطور الحالة المرضية عند المصابين بالاضطرابات النفسية العقلية الذهانية، كما وضعنا المنهج الوصفي لتحليل المعلومات وتتبع الحالات والتحليل الإكلينيكي بالملاحظة القصدية والمقابلة المتتبعية .

5- حالات الدراسة:

تناولت الدراسة 6 حالات مصابة بالاضطرابات الذهانية -البارفرينيا- وخاضعة لبرنامج علاجي متكامل وحالتين تلجأن في علاجهما إلى الرقية الشرعية كبديل للعلاج، وحالتين تعتمدان على المشعوذين والعرافين في التعامل العلاجي.

6- أدوات الدراسة:

استعملنا رائز الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا 2 (MMPI₂) وهو مقياس معياري مقنن يعتمد على التقرير الذاتي ويساعد على الكشف عن أهم سمات الشخصية والاضطرابات النفسية والذهانية

ويساعد أيضا على المتابعة التقييمية للحالة المرضية بعد العلاج، كما استعملنا الملاحظة القصدية من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة.

7- برنامج العلاج المتكامل المطبق من طرف الباحثة:

حاولنا في هذا البرنامج العلاجي النفسي الطبي المتكامل الإلمام بكل الجوانب ذات الصلة المباشرة والغير مباشرة مع حالة المريض، سواء من الجانب الطبي البسيكاتري وذلك بالعلاج بالعقاقير أو التكفل بالجانب النفسي والانفعالي من طرف المختص النفسي العيادي، والاستعانة بالمختص الاجتماعي من أجل التكفل بمحيط المريض الأسري والمهني والاجتماعي، وتحسينهم بأهمية التعاون في علاج هذه الحالات.

ويكون دور رجال الدين إرشاديا توجيهيا وتدعيميا للخطة العلاجية وذلك لما لرجال الدين في مجتمعنا من مكانة مرجعية في حياة الأفراد. كما وظفنا العلاج الجماعي، والعلاج بالعمل خلال إدماج الحالات في مهن وإشغالات يميلون إليها وهو علاج بالعمل والهوايات (الرياضية، النحت، الرسم). وقد أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

1. تسود في المجتمع توجهات علاجية خاطئة لدى بعض الحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة بسبب التمسك بالغيبيات كالمعتقدات الثقافية الشعبية.
2. الهذات التخيلية المزمنة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح.
3. لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل منها ما هو اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.
4. قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية وهي حالات غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبرانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.
5. حالات المس والسحر هي ظواهر شائعة في المجتمعات وتمثل استجابة لعوامل خارجة عن التفسير العلمي، والتصرفات الغريبة التي تظهرها تخضع للتفسير لدى ذوي العلم.
6. يبدأ البرنامج العلاجي التكفلي بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

Résumé :

Nous tentons par cette étude de démontrer l'importance d'une prise en charge psychologique des cas présentant des troubles délirants chronique –la paraphrénie-(la paranoïa).

Nous avons à cet effet entrepris deux démarches ; l'une analytique qui se porte sur la prise en charge psychologique, tout en soulignant l'impacte socio-religieux sur celle-ci. L'autre comparative, elle consiste à mettre en parallèle des cas étudiés cliniquement et mis sous un programme de thérapie globale et complémentaire, avec d'autres cas qui s'orientent vers d'autres méthodes de prise en charge.

En l'occurrence, on définit la paraphrénie comme un trouble qui fait partie des psychoses caractérisées par l'absence de syndrome dissociatif. Ce qui permet aux malades de garder une construction mentale relativement structurée. Et qui par conséquent, nous induit face à la problématique du bon diagnostic et la bonne orientation thérapeutique.

Le malade, quant à lui, a tendance à croire à la causalité surnaturelle de ses troubles ; atteint d'un état d'envoutement ou de sorcellerie, il est convaincu que le remède à son mal se trouve entre les mains des magiciens, et les chouafets, voir les charlatans.

C'est dans ces cas là, et en absence de toute coopération de la part de l'entourage familiale du malade ; que la prise en charge se présente très difficile ; le malade expose un état de résistance à tous traitements, voir l'idée de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre une thérapie structurée semblent pour lui inenvisageable.

De cet état de lieu, on a posé des problématiques de recherche ; qu'on a construit à partir des hypothèses suivantes:

L'hypothèse générale :

Le délire chronique fait partie des troubles psychotiques et il n'a pas de causalité surnaturelle, car l'explication est purement scientifique.

Quant aux cas atteints de magie ; ce sont des problèmes issus de la société ; c'est des états momentanés ou réactionnels à des facteurs au-delà de l'explication scientifique et ne représentent pas donc un état type de personnalité.

Les hypothèses préliminaires partielles :

1/ les troubles délirants chroniques ne sont pas tous en relation avec la causalité et l'explication surnaturelle, mais ce sont des troubles psychiques, et par conséquent structurés; la prise en charge psychologique et médicale est essentielle.

2 / Quelques états de comportement peuvent s'interpréter par un phénomène surnaturel ; ces états ne font pas parti des troubles délirants issus de la paranoïa. Dans ces cas ; le soutien psychologique et l'orientation religieuse sont complémentaires.

3 / le programme thérapeutique proposé est conçu à partir de la coopération du milieu familial et social, car le bon diagnostic a un impacte sur les choix du patient vers une participation positive en thérapie.

Description de l'étude :

On a analysé dans cette étude 6 cas qui présentaient des délires chroniques paraphréniques (5 hommes et une femme) choisie de façon visée et objective. Dont, deux cas parmi eux ont été suivis pendant 3 ans par une psychothérapie structurée.

Les autre cas on été suivis au niveau des établissements de santé à Alger, Tizi ouzou et Bouira.

La méthode de recherche :

La méthode de recherche était clinique à partir de l'étude de cas et l'entretien clinique semi-directif guidé par un test clinique utilisé dans le diagnostique et l'évaluation de l'état pathologique.

On a fait référence aussi, à la méthode descriptive dans l'analyse des données et les informations recueillies pendant le suivi des cas.

Outils d'investigation :

On a utilisé le test projectif de personnalité multiphasique de **minisota 2 (MMPI 2)** qui donne un aperçu détaillé sur le diagnostique et l'évolution de l'état chez le patient. C'est un test standardisé qui aide à diagnostiquer et évaluer les cas et démêler les structures différentes de la personnalité. Aussi, on s'est référer a l'observation voulue à partir des entretiens cliniques semi-directifs.

A partir d'un programme de thérapie structuré on a prie en charge les cas soumis a ce dernier sur plusieurs plans : médicale psychiatrique, psychologique, sociologique et aussi religieux.

On a utilisé aussi la technique de thérapie de groupe et thérapie par occupation.

Résultats obtenues par notre étude :

A partir de notre étude on a conclu les résultats suivants :

1 – Il existe dans la société de l'attitude thérapeutique erronée chez certains cas souffrants de troubles délirants chroniques, à cause des croyances surnaturelles et cela est encre dans l'esprit comme les croyances socioculturelles.

2 Les délires chroniques imaginatifs sont des troubles psychotiques et ils ne se soumettent pas à l'explication surnaturelle.

3 – Chez certains troubles on peut trouver des explications surnaturelles, ces cas sont orientés chez les imams qui travaillent avec nous en collaboration.

4 –Les cas d'envoutement et de sorcellerie sont des phénomènes répondus dans les sociétés, et non soumis à l'explication scientifique.

5 –le programme de thérapie globale prend en charge non seulement le patient mais aussi l'entourage familial et social, du fait que le bon diagnostic a un impacte sur la collaboration du malade et de son entourage.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة: أ-هـ

الجانب النظري

المدخل المنهجي للدراسة

01 - الإشكالية: 8

فرضيات الدراسة: 10

02 - أهمية الدراسة وأهدافها: 11

03 - الضبط الإجرائي للمفاهيم: 12

04 - الدراسات السابقة: 14

الباب الأول: إيثولوجية الأمراض العقلية والنفسية

مدخل: 49

الفصل الأول: الصحة النفسية والأمراض العقلية

52	مدخل:
53	01- أهمية الصحة النفسية والعقلية:
55	02- لمحة تاريخية عن تطور البحوث في الأمراض العقلية:
59	03- تعريف الاضطراب العقلي الذهاني:
61	04 - التشخيص الفارقي بين الاضطراب العصبي والأمراض الذهانية:
64	05 - تصنيف الأمراض العقلية (الذهانات):
68	06- الأعراض العامة للأمراض العقلية الذهانية:
73	07 - التفسيرات النظرية للأمراض العقلية الذهانية:

الفصل الثاني: البارانويا- والإثولوجية الهذائية

86	01- البارانويا تعريف الاضطراب وتحديد سمات شخصية المصاب Paranoia
90	02 - الهذات Le Délire
91	01-02 - تاريخ الدراسات الهذائية :
96	02-02 - تفسير وظيفة الهذات:
101	02-03 - العلاقة بين الهذات وحيل الدفاع اللاشعورية
102	02-04- تصنيف الهذات:
104	02-05- تطور الهذات
106	03 - تصنيف البارانويا:
109	04 -الاتجاهات النظرية لتفسير البارانويا
111	05 -تشخيص البارانويا:
114	06 - العلاج وتطور الحالة.

الفصل الثالث: البارافرنيا

مدخل	119
01 - تحديد مصطلح البارافرنيا:	120
02 - ظهور مصطلح البارافرنيا وتناوله	123
03 - ماهية البارافرنيا وفق طرح كريبلين Kraepelin:	126
04 - معايير تشخيص وتصنيف الاضطراب البارافرنيا	133
05 - أشكال البارافرنيا	136
06 - التشخيص والتشخيص الفارقي للاضطراب البارافرنيا	139
07 - تطور الإضطراب	142
08- علاج الاضطراب البارافرنيا	144
خلاصة الفصل	148

الباب الثاني: البعد الإجتماعي والديني للإضطرابات النفسية العقلية

مدخل	150
01 - البناء السلوكي داخل المجتمع	151
02 - الأمراض النفسية العقلية في المنظور الاجتماعي	152
02 - 01 / الشكل الاجتماعي للمرض النفسي والعقلي	152
02 - 02 / التحديد المعياري للمرض النفسي الاجتماعي	154
02 - 03 / سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع	158
02 - 04 / التفعيل المرضي بين قطبي الأنا الأعلى وسلطة المجتمع	159
02 - 05 / الآثار المترتبة على الفرد والمجتمع من الإصابة بالمرض النفسي والعقلي	164
03 - التصنيف والتفسير المرضي تحت منظور المعتقدات الاجتماعية	166
04 - المرض النفسي والعقلي تحت المنظور الديني	170

05 - نبذة عن حركة الصحة النفسية والعلاج النفسي عبر المجتمعات.....	174
خلاصة الباب الثاني.....	179

الباب الثالث: الدراسة الميدانية

الفصل الأول: التقنيات المنهجية للدراسة

01 - منهج الدراسة.....	182
02 حدود الدراسة.....	185
03 - الدراسة الإستطلاعية.....	187
04 - الدراسة الأساسية.....	190
05 - برنامج العلاج النفسي المتكامل.....	196
05.1 - أهمية العلاج النفسي المتكامل وأهدافه.....	196
05.2 - أسس العلاج المطبق مع حالات الدراسة.....	198
05.2.1 - التكفل بالعلاج النفسي.....	198
05.2.2 - التكفل الطبي السيكاتري.....	201
05.2.3 - التكفل والتأهيل النفسي الاجتماعي.....	202
05.2.4 - تدخل المرشد الديني.....	207
05.2.5 - دور الممرضين والمساعدين النفسيين.....	208

الفصل الثاني: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

01 عرض وتحليل نتائج الدراسة.....	211
02 - مقارنة نتائج دراسة الحالات ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.....	318
03 - نتائج الدراسة.....	321
04 - خاتمة الدراسة.....	323
05 - المقترحات.....	324
المراجع.....	325
الملاحق.....	331

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول 1	جدول نتائج دراسة للكشف عن اضطراب الفصام والبارافينيا	33
الجدول 2	جدول توزيع الفئات وفق عمر الظهور ووجود التشابكات الدبقية.	35
الجدول 3	جدول عدد أفراد العينة حسب وفرة التشابكات الليفية العصبية.	38
الجدول 4	جدول يلخص مختلف البناءات الهذائية من عمل الباحث " نودات " ch.Nodet "و" آي E.E.Y	132
الجدول 5	ملخص عام لنتائج رائز الشخصية المتعدد الأوجه منيوستا ₂ MMPI ₂ المطبق مع حالات الدراسة	183

فهرس الأشكال

ترقيم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل (أ)	التشابكات الدبقية في الجانب الظهري للقرن الصدغي	34
الشكل (ب)	التشابكات الدبقية في المادة البيضاء من القشرة قبل جبهية	35
الشكل (ج)	اسقاط الخلايا النجمية	35
الشكل (د)	منحنيات الإنحدار الغير معيارية للمدجين والفصايين والفئات العادية وأيضا حالات هامش الثقة	36
الشكل (هـ)	الكيمياء السيتولوجية للخلايا المناعية في المرفد والقشرة الأنفية الداخلية	37
الشكل (و)	نسبة العينة في مراحل براك وظيفية مع العمر	39
الشكل 1	منحنيات نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الأولى	122
الشكل 2	منحنيات نتائج سلالم "هاريس" و"لانجو" الحالة الأولى	222
الشكل 3	منحنيات نتائج السلالم الإضافية للحالة الأولى	322
الشكل 4	منحنيات نتائج سلالم المحتوى للحالة الأولى	422
الشكل 5	منحنيات نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الأولى بعد مرحلة إنهاء العلاج	282
الشكل 6	منحنيات نتائج سلالم هاريس" و"لانجو" للحالة الأولى بعد مرحلة إنهاء العلاج	292
الشكل 7	منحنيات نتائج السلالم الإضافية للحالة الأولى بعد إنهاء العلاج	302
الشكل 8	منحنيات نتائج سلالم المحتوى للحالة الأولى بعد إنهاء العلاج	123
الشكل 9	نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الثانية في مرحلة ما قبل العلاج.	482
الشكل 10	منحنيات نتائج السلالم الثانوية" لهاريس" و" لانجو Harris et lingoes للحالة الثانية قبل العلاج	025

125	منحنى نتائج السلالم الإضافية للحالة الثانية قبل العلاج	الشكل 11
325	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة 2 قبل العلاج	الشكل 12
725	منحنى نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة 2 بعد العلاج	الشكل 13
592	منحنى نتائج السلالم الثانوية " لهاريس "و" لانجو" للحالة الثانية في مرحلة بعد العلاج	الشكل 14
026	منحنى نتائج السلالم الإضافية بعد إنهاء العلاج للحالة الثانية	الشكل 15
126	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الثانية بعد إنهاء العلاج	الشكل 16
127	منحنيات نتائج السلالم الأساسية للحالة الثالثة	الشكل 17
327	منحنى نتائج السلالم الثانوية "لهاريس" و"لانجو" للحالة الثالثة	الشكل 18
427	منحنى نتائج السلالم الإضافية للحالة الثالثة	الشكل 19
527	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الثالثة	الشكل 20
428	منحنى نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الرابعة	الشكل 21
628	منحنى نتائج سلالم "هاريس" و"لانجو" للحالة الرابعة	الشكل 22
728	منحنى نتائج الإضافية للحالة الرابعة	الشكل 23
892	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الرابعة	الشكل 24
299	منحنى نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الخامسة	الشكل 25
130	منحنى نتائج السلالم الثانوية لهاريس" و لانجو" للحالة الخامسة "	الشكل 26
230	منحنى نتائج السلالم الإضافية للحالة الخامسة	الشكل 27
330	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الخامسة	الشكل 28
231	منحنيات نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة السادسة	الشكل 29
331	منحنى نتائج السلالم الثانوية "لهاريس و لانجو" للحالة السادسة	الشكل 30
431	منحنى نتائج السلالم الإضافية للحالة السادسة	الشكل 31
531	منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة السادسة	الشكل 32

مقدمة

يسبب الاضطراب النفسي اختلالا في التوازن العام وفقدانا لمقومات الحياة المتناغمة مما يحد من قدرة الانسان على الاستقلال بحياة طبيعية، فالتغيرات المصاحبة للمرض ترتبط عامة بفكرة العجز، التبعية والخوف من تطور الحالة للأخطر خاصة إذا كان الامر متعلقا باضطراب مفاجئ وغير مفهوم يفرض نمطا آخر من الحياة ويجعل صاحبه في حالة نكوص في تعامله مع الواقع والمنطق.

تعتبر الهذات المزمدة من بين الاضطرابات النفسية الذهانية حيث يعرفها د. "فريد كاشا" كما يلي : « يطلق اسم الاضطرابات الهذائية على حالات الهذاء طويلة الامد، تختلف عن الفصام من خلال غياب السياق التفككي syndrome dissociatif والتدهور الفكري كما أن هذا الاضطراب يكون وراء خلفية الإحباطات المتكررة »¹.

فهذه الاضطرابات من بين أهم المشاكل النفسية التي تأثر سواء على المريض كما على العائلة والوسط الاجتماعي، خاصة اذا ما كان هذا الأخير لا يمتلك خلفية علمية منطقية يرجع اليها لحل وفهم مثل هذه المشاكل الشائعة، فغالبا ولسوء الحظ ما نجد في مجتمعاتنا شيوع فكرة وجود سببية غبية ورائها دون حتى التكفير في امكانية استشارة المختص النفسي او طبيب الامراض العقلية، فنجد انفسنا امام حالات تصبح اكثر صعوبة بخصوص سيرورة العلاج بسبب معتقدات خاطئة وتصرفات اجتماعية مضللة مما يزيد من تدهور الحالة ومن مقاومة المريض للعلاج.

هذه المعتقدات والميولات الخاطئة لا تزال مهيمنة على تفكيرنا وممارساتنا اليومية حتى على مستوى التكفل بالصحة التي تعتبر أهم جوهر حيوي نمتلكه.

أما البرافرينيا، فهي اضطراب ذهاني منبثق من البارنويا متميز بالهذات التخيلية الغير منطقية والكذب المرضي، والتخيل يكون بأوهام لا متناهية وأفكار اضطهادية وأخرى متعلقة بالعظمة مهيمنة في أن واحد مع وجود انبساط ميزاجي، تطور الحالة يكون نحو الاستقرار على العموم اذا أخضعت الحالة للعلاج والتكفل النفسي.

¹Farid Kacha : psychologie et psychiatrie médicale ; Entreprise nationale du livre ;Alger ;1996 ; page153

الانتكاسات محتملة في حالة الانقطاعات المتكررة عن العلاج، أما لدى الحالات المستعصية فتطور الاضطراب يكون نحو التدهور العام على مستوى التفكير والشخصية او حتى التفكك الفصامي.

يعرف الدكتور " فريد كاشا" البرافرينيا كالتالي: « البارافرينيا اضطراب نادر متميز بهذاء ذو طابع استحواذي يأخذ صفة الهذاء التصوري الوهمي يتطور بالتوازي مع تكيف اجتماعي جيد، هذه الهذات تكون معارضة وبعيدة عن الواقع والحقيقة¹ »

مما سبق قوله وأيضاً بكوننا مختصين ممارسين نرى أن دراسة موضوع التكفل النفسي بحالات الهذات المزمنة يستوجب بحثاً موسع النطاق نبدأ فيه بضبط دقيق للمفاهيم بغرض تحديد تشخيص يوضح الأمور للعام والخاص حول طبيعة هذه الظواهر المرضية الشائعة ومعرفة ما هو تابع للعلم وما هو خاص بظواهر غير مدروسة مفسرة في إطار الغيبيات وذلك حتى تعين الاطراف المفترض بها التدخل في العلاج النفسي لمثل هذه الحالات.

فقد توجهت المجتمعات منذ العصور الاولى إلى تفسير كل ما هو مبهم بالرجوع للسببية الغيبية أو الروحانية، فسرت بذلك بعض الاضطرابات النفسية والعقلية على أنها تملك من الأرواح الشريرة التي تخل بالتوازن الوظيفي الجسدي والعقلي والنفسي وتؤدي إلى تحول جذري في سلوكيات الفرد، كما فسرت بعض الاضطرابات من طرف رجال الدين، مثلاً مرض الصرع الذي كان يسمى في كتب العهد القديم بالمرض المقدس، وكان علاجه باستعمال طرق لا عقلانية كالسجن والضرب والتجويد والتقيد بالسلاسل وفي أفضل الحالات يتدخل رجال الدين باستعمال طقوس وتعاويذ دينية لتطهير الروح مما ألم بها من استحواذ من طرف الأرواح الشيطانية ،وقد شهد التاريخ على حقبة كان يحرق فيها المصاب بالمرض النفسي والعقلي أويحكم عليه بالموت في سجن المنفى ،عرف هذا التصور باسم "النموذج الشيطاني" الذي كان ومايزال سائداً في الاعتقاد الجماعي للشعوب مقابل التوجه العلمي الطبي الذي ازدهر منذ ظهور العلماء العرب والإغريق القدماء مثل ابن سيني وأبقراط وجالينوس... فعلاج السلوك المرضي عامة يتأرجع ما بين هاذين التوجهين منذ أزمنة مضت وما يزال قائماً إلى يومنا .

¹Farid Kacha;1996 ;Ibid ; page153

في مجتمعنا الجزائري نجد هذه الحقيقة قائمة ايضا، حيث أن هناك الكثير من الفئات الاجتماعية وحتى من بين المثقفين من يتوجه إلى العرافين والمشعوذين ويتبنون طرق علاجية قائمة على السحر والتعاويذ الشيطانية وحمل الطلاس والأحجبة للواقية من العين والحسد وزيارة الأضرحة لأخذ البركات ...

على الرغم من عدم إلمام علم النفس بكل جوانب الظواهر السلوكية، إلا أننا لا نتجه لتبني الطرق السالفة الذكر للعلاج ولا ننصح بها حتى وإن كانت الحالة مصابة حقا بالمس أو السحر، ففي هذه الحالة يجب التوجه بعقلانية في التفسير والعلاج .

منه جاءت أهمية اختيارنا لهذا الموضوع من أجل تسليط الضوء بالدراسات العلمية على الاضطرابات الهذائية المزمنة في ظل خصوصية التوجهات الاجتماعية والعقائدية السائدة، وتحت هذا المنظور كان موضوع بحثنا تحت المسمى التالي:

التكفل النفسي بالاضطرابات الهذائية المزمنة - البارافرينيا - (البارانويا) دراسة تحليلية بين التكفل النفسي، التعامل الاجتماعي والتناول الديني.

كانت الدراسة تتبعية بمنهج وصفي وعيادي معتمدين على دراسة الحالة باستخدام المقابلة المحددة برائز اكلينيكي معتمد في تشخيص وتقييم الاضطرابات النفسية والعقلية.

بربط العوامل المذكورة سابقا، تقسم هذه الدراسة إلى جزئين متكاملين:

أولا : الجانب النظري الذي نستعرض من خلاله اهم المعطيات العملية ذات الصلة بهذا الموضوع.

ثانيا: هو الجانب المنهجي التطبيقي الذي نحاول من خلاله اجراء استقصاء ميداني مع حالات مصابة بالاضطراب الهذائي المزمن مع تحليل ومناقشة النتائج في إطار توظيف منضبط للمعلومات الواردة في الجانب النظري، شمل كل جزء من الأجزاء المذكورة ما يلي:

الجانب النظري: حدد فيه فصول مندرجة ضمن أبواب توضح المعطيات العلمية المتوصل إليها حول المفاهيم التي تمس موضوع دراستنا.

عرضنا المدخل المنهجي للدراسة ووضحنا من خلاله ما يلي:

إشكالية الدراسة واعتباراتها، نقدم من خلالها طرحا دقيقا للإشكالية المطروحة وللفرضيات كما نوضح حدود الدراسة ومتغيراتها بتحديد المفاهيم وأهداف الدراسة وأهميتها ونعرض بعض الدراسات السابقة في هذا المجال مع مناقشة نتائجها.

الباب الأول: بعنوان إيثولوجية الأمراض العقلية والنفسية ويضم الفصول التالية:

الفصل الأول: كان تحت عنوان الصحة النفسية والأمراض العقلية، نعرض من خلاله أهمية الصحة النفسية والعقلية وكذا نبذة تاريخية عن تطور الأبحاث العلمية في مجال الأمراض العقلية مع تحديد تعريف شامل ومتكامل لمفهوم المرض العقلي الذهاني وتشخيصها باعتبار التشخيص الفارقي . وأيضا تصنيف لأهم أنواع الذهانات وتفسيرها ضمن الإتجاهات النظرية المختلفة.

الفصل الثاني، نتناول من خلاله البارانويا والإيثولوجية الهذائية، نعرض من خلاله تعرفا لإضطراب البارانويا مع تحديد سمات شخصية المصاب أهم مبادئ تشخيصه وفحصه ونوضح الأعراض العامة لهذا الاضطراب، نحاول أيضا رؤية أهم التصنيفات المتفق عليها ثم أهم الدراسات المعاصرة حول هذا الموضوع ، ثم نستعرض العلاج وتطور الحالة، كما نتطرق للهذاء باستعراض تاريخ الدراسات الهذائية مع تفسير لوظيفة الهذات.

الفصل الثالث: نطرح من خلاله عرضا عاما لمفهوم البارافرنيا بداء بتحديد دقيق للمصطلح وظهوره ثم نبذة تاريخية وعلمية حول هذا الاضطراب مع تحديد المفاهيم العامة المرتبطة به، نتطرق كذلك لأشكال البارافرنيا ومعايير تشخيصها ثم تطور الحالة والعلاج.

الباب الثاني كان بعنوان البعد الاجتماعي والديني للاضطرابات النفسية والعقلية ، من خلاله حاولنا التطرق إلى البناء النفسي السلوكي داخل المجتمع وكذلك توضح الأمراض النفسية والعقلية في المنظور الاجتماعي بتحديد معياري اجتماعي وسيكولوجي ونوضح الاثار المترتبة على الفرد والمجتمع من الاصابة بالمرض النفسي والعقلي، نتطرق ايضا إلى التصنيف والتفسير المرضي تحت منظور المعتقدات الاجتماعية وتفسيرها تحت المنظور الديني ونختم بنبذة عن حركة العلاج النفسي لدى المجتمعات.

أما الجانب الميداني لهذه الدراسة فضم فصلين ضمن باب ثالث:

الفصل الاول تمثل في اجراءات البحث والتقنيات المنهجية للدراسة، استعراضنا فيه منهج الدراسة وحدودها، ثم الدراسة الاستطلاعية ونتائجها، ثم منهجية الدراسة الأساسية بدءاً بتوضيح مكان البحث وخصائص الحالات المدروسة مع تقنيات الاستقصاء العيادي ثم شرح طريقة تحليل النتائج. كما نحاول شرح البرنامج العلاجي الذي طبق في دراستنا للتكفل النفسي بالحالات المدروسة في هذا البحث وذلك بمشاركة عدة اطراف ذات الصلة المباشرة مع هؤلاء المرضى.

الفصل الثاني، نستعرض من خلاله النتائج بعرض مفصل لكل حالة على حدى وفق التحليل الكمي والكيفي وهو ما يسمى بالتحليل العمودي والأفقي، كما نناقش هذه النتائج على ضوء فرضيات الدراسة بهدف استخلاص النتائج العامة المحققة مع تقديم بعض التوصيات.

في الأخير نرجو من المولى إن تتمكن هذه الدراسة من لمس ولو جانب من حقيقة المشكل المطروح حتى تكون مرجعا يعود اليه من يلينا من الطلبة الباحثين، فكل بحث هو خطوة نحو الحقيقة، فالحمد لله رب العالمين.

الجانب النظري

المدخل المنهجي للدراسة

يؤمن مستوى العقلنة للإنسان التناغم مع الواقع المنطقي وذلك ما يضمن له التوازن النفسي، فوجود خلل في هذا السياق ينتج اضطرابا عاما في نمط التعامل مع المحيط ومعطيات الواقع المعاش وما يزيد من حدة الامر، شيوع اتجاه عام بين أفراد المجتمع إلى تبني التفسيرات الغيبية والميول إلى الاعتقاد بوجود سببية مرتبطة بما هو خارج عن نطاق الإدارة البشرية ذلك ما يجعل العلاج أكثر تعقيدا وصعوبة.

الاضطرابات الهذائية التخيلية من بين اهم المشاكل الصحة النفسية التي تندرج ضمن هذا الإطار والتي تؤثر على الفرد والمجتمع على حد سواء فهي من الاضطرابات الذهانية المنبثقة عن البرانويا والتي يتعامل معها اغلبية الناس باللجوء إلى طرق الشعوذة او العلاجات التقليدية وفي أحسن الحالات إلى الرقية الشرعية فقط.

هذه الاضطرابات تتميز بالهلوسة التخيلية غير المنطقية الطويلة الامد والتي تمثل نواة الشخصية ,حيث لا نجد حدا فارقا بين الواقع والخيال، يكون التخيل وهميا واسع النطاق مع كذب مرضى يخص موضوعا موحدا مرتكزا عامة على افكار العظمة والاضطهاد في نفس الوقت ويعتقد المريض إن لديه قدرات خارقة , يعطي لنفسه على اساسها حقوقا ومميزات تخصه وحده دون عامة الناس , من جانب آخر يرى بان الآخرين يضطهدونه ويريدون الحاق الاذى به باللجوء إلى السحر او الشعوذة او وجود قوى غيبية تستحوذه وتتربص به، تجعله يتميز بقدرات غريبة لا يمتلك الادارة فيها، بالتالي فالمريض هنا يوازن جيدا بين احساس الاضطهاد والعظمة.

تعرف هذه الاضطرابات الهذائية في موسوعة الطب النفسي كالتالي "الاضطرابات الهذائية هي مجموعة العلميات الفكرية المرضية التي تتميز بهذات عظمة واضطهاد , والهذات تكون في البرانويا أصلية وليست طارئة وهي نمط الشخصية ... يختلط فيها الواقع بالخيال فتزيع انطباعات المريض بالبرانويا او الهذائي paranoiac، وان كان يعتقد بصحة خرطقاته او هذاته ... يصبح لهذاته طابع الاضطهاد والعظمة في نفس الوقت معا، وهو يرتبها وينسق بينها، ويمنطقها حتى يقتنع بها الناس"¹.

¹د.عبد المنعم الحنفي : موسوعة الطب النفسي في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، الكتاب الجامع /المجلد 2 ، مكتبة مديولي، ط1 القاهرة، 1999 ،صفحة 64.

التقدير المفرط للذات مع الشك الدائم والانغلاق الفكري الشبه تام مع وجود الاحكام المسبقة والخطئة لا يسمح بأي مرونة، هذا التفكير المرضى يولد تشددا في السلوك وغيابا لليونة الفكرية التي تمكن الانسان من التخلي عن بعض المعتقدات الخطئة ويزداد الوضع سوءا عندما يتواجد المريض في وسط اجتماعي يميل للتأويل بالسر والتمس لكل ما يراه غريبا، ذلك لان الهذات غالبا ما تكون في مجتمعاتنا متخفية تحت الغطاء الاجتماعي المتبني للاعتقادات الميتافيزيقية او الظواهر الغيبية كالمس الشيطاني او السحر او الاستحواذ .. وفي الممارسة العيادية نجد انفسنا كمختصين امام الكثير من هذه الحالات التي تأتينا وقد توجهت للمعاينة لدى عدة أطراف منهم العرافين، المشعوذين ، مختصين في العلاج التقليدي ... والمشكل الأساسي هنا هو أن المريض نفسه يأتي وهو مؤمن بهذه الاعتقادات التي زادت ترسخا لديه من خلال دعم المجتمع لها، هنا يكون التكفل النفسي صعبا خاصة اذا كان للعائلة ايضا دور سلبي ما يلزمنا بعلاج مجموعة من الاطراف ذات العلاقة بالمفحوص قبل التكفل النفسي به شخصا ،كما نواجه ايضا بسبب نمط شخصية المصاب بالاضطراب الهذائي والتميز بالحذر والشك والانغلاق الفكري مقاومة شديدة في العلاج النفسي ونكسات متكررة بسبب الانقطاع عن حصص المتابعة النفسية ،فالعلاج يكون باشارك اساسي للعائلة والمحيط الاجتماعي وجهات لها فاعلية مثل رجال الدين لما لهم من تأثير ارشادي وتدعيمي.

نتواجد احيانا أيضا امام اعتقادات راسخة حتى عند اهل العلم من ذلك استشهادهم بوجود حالات مرضية لا تفسر في اطار علم النفس بل ترجع في التفسير للغيبيات او الدين، هنا نكون في زاوية نقاش تستلزم منا وضع النقاط على الحروف .

في هذه الحالات يعتقد رجال الدين بأنهم الأكثر قدرة على تفسير هذه الحالات، ونجد المختصين النفسانيين وأطباء الامراض العقلية يجزمون بالعكس، فهل يوجد تكامل بين الدورين؟ وهل للمرشد والمعالج الديني دور في توعية المجتمع ودعم معتقدات المريض بالصورة التي تساعد علاجه النفسي؟

مما سبق نوضح ان دراستنا هذه تهدف اولا الى تحديد المفاهيم حول طبيعة الاضطرابات الهذائية ومن ثم توضيح الغموض حول التأويلات المتعلقة بها في الوسط الاجتماعي، كما نسعى الى بناء برنامج

علاجي يضمن تكفلا نفسيا فعال يبني من خلال العمل الاكلينيكي معتمدين على تحليل معمق وملاحظات ميدانية على عدة اصعدة مع اشراك ايجابي لأطراف لها علاقة اجتماعية، عائلية وارشادية مع المريض.

بالتالي فالتكفل النفسي بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية – البرافرينيا (البرانويا) يكون بوضع برنامج علاجي متكامل فيه الأدوار بين المختص النفسي وأطراف من المجتمع , وهو هدف هذه الدراسة ولذات المسعى نطرح الاشكالات التالية:

- هل للمجتمع ومعتقداته دور في تفسير الاضطراب الهذائي وفي طريقة التعامل مع المصاب ؟
- كيف يتعامل المختص النفسي مع هذه التوجهات الإجتماعية وكيف يستخدمها لصالح العلاج النفسي؟

بغية اجلاء كل هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

فرضيات الدراسة:

1- الفرضية العامة:

الهذات المزمنة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح. أما المس والسحر فهي ظواهر شائعة في المجتمعات تخضع للتفسير لدى علماء الدين.

- الفرضيات الجزئية:

- 2 . 1 - لا ترتبط الاضطرابات الهذائية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.
- 2 . 2 - قد تدخل بعض الظواهر التخيلية في إطار ذي خلفية غيبية وهي حالات غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبرانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.
- 2 . 3 - يقوم البرنامج العلاجي المقترح بالتكفل النفسي بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة، وذلك يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري اللذان يؤثران على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تمس موضوعا نفسيا واجتماعيا حيث تحول من كونه موضوعا طبي نفسي إلى ظاهرة اجتماعية متفشية بسبب الفهم أو التناول الخاطئ لها، وقد أهمنا هذا الموضوع على وجه الخصوص لكوننا ممارسين نفسانيين ميدانيين نستقبل حالات كثيرة منها لكنها تصل إلينا بعد معاناة عدة أطراف حتى من غير المختصين أو أصحاب العلم بسبب الاعتقاد بوجود المسببات الغيبية كالسحر والعين والشعوذة.... ، فمن المهم وضع الحدود الفاصلة أمام ما هو خاص بالمجال العلمي كإضطراب نفسي بحثوما هو ضمن نطاق الغيبيات كالسحر والماشابه وذلك ، كما نحاول من خلال العلاج المقدم تدعيم الدفاعات النفسية للمريض لإسترجاع درجة مقبولة من التوازن النفسي.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى توضيح أهمية التكفل النفسي بالحالات الصعبة بالاضطرابات الهذائية المزمنة -البارافرينيا- (البارانويا) وتبيان كيف يتعامل المجتمع مع مثل هذه الحالات في مقابل تناول الدين لها، وفي محاولة تحليل هذه الأبعاد نسلط الضوء على أهمية تكامل الأدوار بين مختلف الأطراف ذات العلاقة بالمريض حتى يكون علاجه ناجحا.

فالعائلة والفاعلين الاجتماعيين لهم دور هام لا يقل أهمية عن تفاعل المريض نفسه خاصة إذا تعلق الأمر بتصحيح الممارسات الخاطئة ، لذلك نحاول متابعة البعض منها والتكفل بها بشكل متكامل على الصعيد الفردي والاجتماعي والعائلي وبإشراك الأطراف ذات العلاقة ، ثم نقوم بمتابعة تطور الحالة ونقارنها مع حالات أخرى توجهت للعلاج بطرق مغايرة وذلك لاستخلاص أهمية ودور التكفل النفسي ضمن برنامج علاجي متكامل الأطراف.

ضبط المفاهيم:

حتى يحقق أي بحث الموضوعية التامة ويكون على درجة من الدقة في نتائجه وجب عزل كل المتغيرات الدخلية التي قد تعيق سيرورة البحث ومن هنا تظهر حتمية ضبط المتغيرات وهي كالتالي:

1- الهذات:

تعرف في موسوعة الطب النفسي كما يلي: "الهذات أو الزور (بفتح الزاي وتشديد الواو)، والبارانويا بمعنى واحد، الهذاء في اللغة بمعنى الهذر بكلام غير مفهوم وهو ترجمة لكلمة بارانويا اليونانية التي يرجع استخدامها في الطب العقلي لأكثر من ألفي سنة، كان الإغريق يطلقونها على الاضطرابات العقلية الخطيرة أما أصحاب الطب النفسي في القرن 18 فيطلقونها على العمليات الفكرية المرضية المتميزة بهذات العظمة والاضطهاد وهي من الاضطرابات الذهانية"⁽¹⁾.

فالهذات اضطرابات ذهانية منبثقة عن البارانويا تتميز بالفكر التخيلي المرضي وأفكار العظمة والاضطهاد.

2- البرانويا:

PARA-NOIA=Penser à coté، أو الميل للانحراف في التفكير الذي يمثل نواة الشخصية أين يختلط الواقع بالخيال وأفكار العظمة بأفكار الاضطهاد.

3- البارافرينيا:

البارافرينيا اضطراب ذهاني، من أنواع البارانويا يتميز بهذات التخيلية المتعارضة مع الواقع وإنتاج فكري لا متناهي مع انبساط ميزاجي وكذب مرضي يميل لأفكار العظمة والاضطهاد

4- المس:

المس يطلق هذا المفهوم على الاعتقاد بإمكانية دخول الجن في جسم الإنسان ويقول العالم إبن تيمية في ذلك "دخول الجن في البدن ثابت باتفاق أهل السنة والجماعة... فإنه يصرع الرجل فيتكلم بلسان لا يعرف معناه وينجر من غير ذلك من الأمور من شاهدها أفادته علما ضروريا، بأن الناطق على لسان الإنس والمحرك لهذه الأجسام، جنس آخر غير الإنسان"⁽²⁾

¹ عبد النعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، الكتاب الجامع/المجلد 2، مكتبة مدبولي، الطبعة الأولى، القاهرة 1999 (صفحة 640)

² عمر سليمان الأشقر، عالم الجن والشياطين، دار الناشر والتوزيع، الأردن، الطبعة العاشرة، 1997، (صفحة 77-78)

5- الرقية الشرعية:

الرقية الشرعية هي ما يعرف بالطب الروحاني يستعمله علماء الدين لشفاء ما في الصدور من أذى، ويعرفها ابن الأثير بقوله: "الرقية: العوذة التي يرقى بها صاحب الأفة كالحمي والصرع وغير ذلك من الأفات".⁽¹⁾

ويقول ابن التين: «الرقى بالمعوذات وغيرها من أسماء الله تعالى الحسنى هو الطب الروحاني، إذا كان على لسان الأبرار من الخلق، حصل الشفاء بإذن الله تعالى.... ولما عز هذا النوع فزع الناس إلى الطب الجسماني»⁽²⁾

¹ فرحان بناسماعيل مندكار، الرقية الشرعية عتبة بين التنزيل والتطبيق، مجالس الهدى لإنتاج التوزيع، جامعة الكويت، ط1، 2008، (صفحة 26)

² فرحان بناسماعيل مندكار، 2008، مرجع سابق، (صفحة 27)

الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية :

- دراسة عبد اللطيف محمد خليفة (1982): بعنوان "المعتقدات السائدة بخصوص المرض

النفسي، طبيعته، أعراضه، أسبابه، طرق علاجه، وعلاقته بمستوى التعليم "

حاولت هذه الدراسة الكشف عن المعتقدات السائدة بخصوص المرض النفسي وعلاقته بمستوى التعليم، وتعامله مع أفراد المجتمع وقد أسفرت النتائج فيما يخص أسباب المرض النفسي، أنه كلما ارتفع مستوى التعليم يقل الاعتقاد بأن المرض النفسي يرجع إلى الحسد (61% من الأميين مقابل 7 % من المتعلمين تعليم عالي)، أو المس من العفاريات (64 % من الأميين مقابل 7 % من المتعلمين تعليم عالي) أو مس من الأرض (58% من الأميين مقابل 0 % من المتعلمين تعليم عالي)، أو عمل معمول للمريض (52 % من الأميات مقابل 0 % من المتعلمات تعليم متوسط)، هذه الأسباب تأخذ حيزاً كبيراً من معتقدات الناس خصوصاً الأميين منهم بسبب جهلهم بالأسباب الحقيقية للمرض النفسي وضيق دائر معارفهم ومعلوماتهم، والذي يسبب الإيمان الكبير بهذه الأسباب الوهمية والغامضة.

- دراسة زيدان عبد الباقي (1982) بعنوان "الطب الشعبي في إحدى القرى الصرية" :

حيث تبين أن هناك اعتقاد بين الأفراد بأن المريض النفسي "ملبوس" أو عليه "عفريت من الجن"، وأن هذا المريض لا يشفي من مرضه إلا بالزار أو التبرك بأولياء الله .

- دراسة عبد الرحمن العيسوي (1983)

دراسة ميدانية حول "سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي" مقارنة على الشباب المصري والعربي، قام بإجرائها على عينة من طلاب المدارس الثانوية والجامعات اللبنانية في مدينة بيروت من المسلمين والنصارى، والتي بلغت 524 طالبا وطالبة، استخدم أسلوب المقابلة وتحليل إجابات الأفراد بحيث تضمنت ثلاثة أسئلة مفتوحة حول الخرافات والتي يلاحظ شيوعها في المجتمع الذي يعيش فيه كما تضمنت مواصفات الشخص صاحب العقلية الخرافية، وكذا معتقدات وسلوك ومظاهر الشخص الخرافي، وقد أوضحت النتائج ما يلي :

- يوجد 58 تفكيراً خرافياً مثل: "الحذاء المقلوب يسبب النكد في المنزل، وقراءة الفنجان تكشف الأسرار، الرقم 13 رقم شؤم..."

- الصفات التي يتميز بها الشخص الخرافي تتمثل في الجمود، صعوبة الإقناع، السذاجة، البساطة وقلة التعليم وعدم فهم الدين، قلة الإيمان بالكائنات الغير ملموسة، كما أنه يشبع الحاجات النفسية والمادية عن طريق الخرافة، ميل للتأثر كثيراً بأسرته، شخص ضيق الأفق وصعب النقاش كما أنه سطحي، إيمانه صار موقراني، ولا يقبل الجدل، ويمكن أن يصدق كل مايقال الله، وإن كان بعيداً عن الواقعية والموضوعية والروح العلمية.

- وجد من خلال تحليل إجابات هذه العينة، أن هناك 70% منها تؤمن بأن الحسد يؤثر في الناس في عصرنا، واتضح أن نسبة الإناث أكثر من نسبة الذكور من هذا الجانب كما أن أكثر من ثلث العينة يؤمنون بأن الأحبة والتمائم، والرقى يمكن أن تحمي الأفراد من الأذى، كما أن أكثر من ربع العينة يؤمنون بأنها تساعد الفرد على قضاء حاجاته .

- الإناث أكثر إيماناً بدور التمام في الحماية بينما كان الذكور أكثر إيماناً نسبياً بدورها في قضاء الحاجات، كما أفاد 41.5 % من مجموعة العينة أن وضع الأحبة والتمائم على الطفل تمنع عنه عين الحسود .

- وجد أن 20 % من العينة يؤمنون بأن إطلاق البخور يجلب الحظ، 14.8 % يؤمنون بأن الزار فيه علاج للأراض المستعصية، 34.9 % من العينة يؤمنون بأن الدين يعترف بالسحر، 8.41 % تؤمن بأن السحر كان موجوداً منذ القديم ولكنه غير موجود الآن، 30.8 % يؤمنون بأن السحريفيد في علاج الأمراض النفسية والجسمية، كما أن 11.9 % يؤمنون أن الساحر يستطيع أن يؤثر على نزول الأمطار وأفاد 8.8 % أن السحر يمكن أن يعالج العقم عند النساء.

- أفاد 29.2 % من أفراد العينة أن الأرواح موجودة في عالمنا وأن بإمكان بعض الأشخاص تحضيرها، 40 % أفادوا بأن الإنسان يمكن أن يصاب بمس من الجن، كما أشار 16.9 % بأن لكل منا أختاً أو أختاً من الجن.

— دراسة سلوى سليم (1988): حول ظاهرة السحر في مصر

أجريت الدراسة من خلال استخدام أسلوب تحليل مضمونعدد من الأفلام السينمائية حول الظاهرة، والتي كانت تبث على التلفزيون الحكومي المصري سواء كانت أفلام عربية أو أجنبية. وقد أرادت الباحثة من وراء تحليل هذه الأفلام، الوصول إلى معرفة دور هذه الأفلام في معالجة ظاهرة السحر، والهدف من عرضها، والطبقات الاجتماعية المعنية بهذه الظاهرة.

وقد اختارت المؤلفة فلمين يحتويان على ظاهرة السحر والتغلب عليه بالجوء إلى الدين، وهما فيلما الإنس والجن والتعويزة ولقد تم اختيارهما بطريقة عمدية لأنها من الأعمال التيولوج فيها موضوع السحر كما تمت تغطيتها من الناحية الدينية، بينما بقية الأفلام عالجت الظاهرة من الناحية النفسية،أو عن طريق تحضير الأرواح وفكرة التناسخ،وهي أفكار لا تتفق مع أهداف الباحثة .

ومن خلال التحليل الدرامي للفلمين المذكورين توصلت الباحثةإلى النتائج التالية: أن الهدف من عرض هذه الأفلام هو البحث عن حل للمشكلاتالتي تواجه الناس بالجوء إلى الدين وتقوية الوازع الديني لأن الدين هو السند والحامي الوحيد للمؤمنين منكل ما يواجههم من أفعال سحرية،سواء كانت هذه الأفعال من صنع البشر أو من صنع الجان .

إن الجن يمكن أن تظهر للبشر في صور متنوعة لأنهم مختلفون في حوائجهم و سرعة وصولهم للإنسان كما أن الجن تسكن المنازل القديمة والمهجورة ،وأن أفعال السحر أصبحت لا تمارس فقط في الناطق الريفية أو لدى عامة الناس ، بل أيضا تمارس في المناطق الحضرية وبين المثقفين ، أن التفكير العقلي والعلمي ما زال دون المطلوب في المجتمع المصري، وأن التفكير السحري يسيطر على كثير من أفراد داخل مصر وخارجها.

— دراسة علي عويطة (1993): هدفها تقديم صورة مفصلة وشاملة عن التصورات والعلاجات

التقليدية الخاصة بالمرض العقلي في المغرب العربي،توصلاإلى الكشف عن أهمالخصائص الإكلينيكيةالمميزة للباثولوجية العقليةالمغربية والتي تشمل علىموضوعات الإضطهاد، الهذيان والتجسيم وتلونها بعناصر هلوسية لغوية وبصرية .

فالوجود المكثف لهذه المواضيع (السحر، أو عين شريرة ، أو تسميم..إلخ) يتعارض بشكل واضح مع الندرة الفائقة لموضوعات الشعور بالذنب ، والدونية ، والأفكار المرتبطة بلوم الذات ، وذلك على

مستوى كل أصناف المرض العقلي سواءا تعلق الأمر بالحالات العصابية أو الذهانية الحادة أو المزمنة. الهذيان الذي يطبع كل الحالات المرضية في المغرب العربي، ليس محصورا في التصورات والهوامات الخاصة بالفرد كما هو في الغرب، وإنما يعكس الخلفية الثقافية التي تتميز بهلوسة الواقع، أو إدراك بدون موضوع، كما تعتبر خاصية التجسيم واحدة من أهم ثوابت الخطاب الإثنوبسيكاتري (Ethnopsychiatrie) عند المريض المغربي، فهي تصبغ معظم اللوائح السيكوباتولوجية ومن بينها الحالة الاكتئابية .

- دراسة الخولى (1996) وظيفة المس لدى مجموعة من النساء المصريات من الطبقة الأدنى :

أظهرت الدراسة أن المرأة تلجأ إلى المس لكونه واحدا من أشكال المقاومة ضد تسلط الرجل، فهي تعبر عن فشلها في مقاومة قوته، لأنه الوسيلة الوحيدة الناجحة للمرأة في المجتمعات التقليدية للتعبير عن صراعاتها، ورفضها للواقع على عكس المجتمعات الأكثر تقدما، كما قامت الباحثة بدراسة أكثر تعمقا للعديد من النساء الممسوسات، فوجدت أن الصراع المسيطر على المرأة الممسوسة يدور حول محورين أساسيين هما الجنس والدين، وأنها يمكنها الادعاء بموجب مرضها أن الجان الذي بداخلها يمنعها من الاتصال الجنسي مع زوجها، وذلك ليس بسبب نفورها الشخصي منه، ويمكنها أن تدعي أن الجان الذي بداخلها "مسيحي" ويمنعها من الالتزام بالشعائر والطقوس الإسلامية، ويشتمل ذلك على الحجاب وطقوس أخرى.

- دراسة عزة شرارة بيضون (1998): " صحة النساء النفسية بين أهل الدين والعلم"

- حاولت فيها الباحثة أن تدرس واقع الصحة النفسية لدى المراقمن وجهة نظر المؤتمنين عليها (المختصين النفسيين ورجال الدين)، وقد أسفرت النتائج على مايلي :
- الغلبة المطلقة من جمهور المرضى هم النساء (الممسوسات).
 - الجن مخلوقات تستطيع أن تخرق جسد الإنسان، وتأثر على صحته وسلوكه.
 - الجن تمس الإنسان لأسباب عديدة منها قابلية الشخص للمس، وكذا طبيعة الجن نفسه.
 - التأكيد على فعالية العلاج الشعبي الديني في علاج الممسوسات.

— دراسة علي أسعد وطفة (2001)

الموسومة بـ: " اتجاهات التقليد والحداثة في العقلية العربية السائدة (دراسة في المضامين الخرافية للتفكير لدى عينة من المجتمع الكويتي)، أجريت الدراسة على عينة شملت 1003 فردا من المثقفين موزعة بين طلاب الجامعة ، موظفين، ومعلمين، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة أن شريحة كبيرة من أفراد العينة تؤمن بالخرافات والسحر، إذ أن الإيمان بفكرة الحسد تنصدر هذه المعتقدات ثم تأتي فكرة الخوف من الأماكن المهجورة، والإيمان بالسحر، وأخيرا استحضر الأرواح الشريرة وقراءة الطالع، كمتبين وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين، والتي تؤكد بأن الإناث أكثر إيمانا بالمعتقدات الخرافية من الذكور، وأن أبناء المحافظات التقليدية أكثر إيمانا بالتصورات والأفكار الخرافية من أبناء المحافظات المدنية .

— دراسة المختار مقسم (2002) "المعتقد الشعبي للأمراض العقلية والعصبية، الصرع الطفولي

نموذجاً": أجريت في مركز للمعوقين بإحدى ولايات الغرب الجزائري (سيدي بلعباس) ، وقد هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن الفروق الموجودة بين التصور الشعبي والنموذج الطبي لأمراض الصرع، والاختلافات الموجودة بين المعالجين التقليديين (الطلبة، الرقاة، والعجائز)، من حيث الأسباب، الأعراض والعلاج ، والوقاية ، وقد تكونت العينة من 103 معالج تقليدي و 15 حالة صرع.

ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن التصور الشعبي لأمراض الصرع يختلف عن النموذج الطبي من حيث الأسباب، الأعراض، سبل الوقاية، والعلاج، حيث تبين أن التصور الشعبي لمرض الصرع يتمثل في وجود قوى غيبية لامرئية تؤثر عن بعد فتقوم بإحداث المرض (الريح)، وذلك عن طريق اختراقها لجسم الإنسان والاستقرار في أحد أعضائه كالرأس مثلا، وتؤثر في الإنسان الذي لديه القابلية للمرض، وتكون الأساليب الوقائية للمعالجين التقليديين محاولة إرضاء هذه القوى وعدم إيذائها.

أما العلاج فيكون بطرد هذه الأرواح، بكلمات معينة عقاقير أو مواد معينة مثل "الكافور"، و"الحلثيت".

ويكون هذا على شكل طقوس يقوم بها المعالج التقليدي "الطلبة"، "الرقاة"، و"العجائز".(1)

- دراسة ميسوم ليلي (2014):

"الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي"، حاولت الباحثة من خلال هذه الدراسة طرح إشكالية المرض النفسي بأبعاده النفسية، الاجتماعية، الثقافية والدينية في ظل اختلاف التناولات التفسيرية في غرب المجتمع الجزائري .

اعتمدت الباحثة على دراسة ثلاث حالات ميدانية مصابة بالمس والسحر والعين و45 حالة مشتركة ما بين المس "10" حالات، السحر "18" حالة والعين "17" حالة، أسفرت النتائج على ما يلي:

- تتميز الحالات المصابة بالمس أو السحر أو العين ببنية مرضية هشة، ضعيفة، وخرافية (هستيرية، من النمط الفصامي، ووسواسية قهرية) على الترتيب ، ما يجعل هؤلاء أكثر استعدادا للإصابة بالمرض وذلك لعوامل ترجع للحمل والنفاس، الطفولة المبكرة، وضغوط المحيط الأسري والخارجي .

- تندرج الحالات التي تعاني من المس أو السحر أو العين ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي ،والغير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية رقم 4 () DSM4.

- تنتشر الاضطرابات الإنفعالية والميزاجية بشكل كبير بين حالات الدراسة .
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الصحة النفسية وتقدير الذات لدى حالات الدراسة .
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين حالات المس والسحر والعين، من حيث الاضطرابات الإنفعالية والميزاجية ومؤشرات الصحة النفسية ومستويات تقدير الذات .(2)

(1) ميسوم ليلي : "الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي" ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص " الصحة النفسية والإلتماس العلاجي " ،كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية ،قسم العلوم الاجتماعية ،شعبة علم النفس ، جامعة أبي بكر بلقايد ،تلمسان ،الجزائر ،2013-2014 ،(من الصفحة9 إلى الصفحة 15) بالتصرف

(2) ميسوم ليلي : (2013- 2014) ، مرجع سابق، (صفحة ج)

ثانيا :الدراسات الأجنبية :

- دراسة وورد 'Ward' (1982):

اهتمت بدراسة حالات نسائية تعرضت للمس إحدى المجتمعات التقليدية التي تعتق نظرية المس، وقد حاولت أن تقدم دليلا للديناميكية النفس - اجتماعية لاختبار المس.

وقد وجدت الباحثة تأويلات لسببيات المرض النفسي النسائي، والتي تتمثل في اعتبار المس شكلا من أشكال الصعوبات التكيفية، وذلك بفحص مختلف العوامل المتعلقة بالقابلية، حيث وجدت أن المعتقدات الدينية والسحرية القائمة والتي تعبر عنها، تشكل الأرضية الملائمة لوجود ردود الفعل المتعلقة بالمس .

إلا أن المس نفسه ينتج عن ضغوط تعطل قدرات الفرد على التوافق، وهذا ما يؤكد على أن المصادر الرئيسة للضغوط التي تتعرض لها المرأة هي: الصعوبات الأسرية، والأزمات الانفعالية، ومشاعر الذنب ، والإحساس بالنبذ، ما توافق مع الحاجة للاتكالية ولكنها غير مستجابة .(1)

(1) ميسوم ليلي، الجزائر، 2013-2014، مرجع سابق، (الصفحة 16)

ثالثا دراسات طبية وتتبعية :

1 / دراسة توماس " فوكس " العيش بالمنفى وأثره في ظهور ذهان السن المتأخر :

Uprooting and late- lifs psychosis(1994) "Tomas Fuchs"1994

ملخص الدراسة:

_ أجريت الدراسة على حالات الذهان المتأخر الظهور (سنة <50) الذين تظهر لديهم أعراض ذهان البارانويا (مع أو بدون أعراض هلوسية)، وشملت عينة الدراسة حالات تعرضت إلى النفي وأصبحوا لاجئي حرب من المناطق الشرقية التي خسرت فيها ألمانيا بعد الحرب العالمية الثانية.

_ العينة ضمت (60 حالة) بالذهان متميز بالشعور بالعظمة ظهر بعد التقدم في السن (< 50 سنة) حيث (38 حالة) اختبروا من خلال فحص الملفات و22 حالة من خلال فحص الشخصية، 28 حالة كانوا لاجئين (47%) وهي نسبة مضاعفة للحالات التي تظهر في العدد السكاني العام، بداية ظهور الأعراض لدى العينة كان بعد الهجرة إلى ألمانيا الغربية ونسبة الذين يعانون من الزهايمر والاكتئاب الذاتي من اللاجئين كان اقل من (22%) لكل منهما.

_ هدف الدراسة فحص مدى تأثير الطرد واللجوء في وقت مبكر من العمر على الظهور المتأخر (أي في سن متقدمة من الحياة) للذهان البارانوي أو جنون العظمة.

*مقدمة:

ذهان البارانويا المتأخر الظهور تم تصنيفه كفصام متأخر (Late-Onset) من طرف بلولر وهاريس [Bleuler 1943, Harriss and Jeste 1988] (Schizophrenia) و"جاستي" أما "كريبلين" (1913) و"كاينود" و"روث" [Roth 1961] (1961) [Kraeplin, Kayond] فصنفوه كبارافينيا متأخرة، أما فلانت وآخرون (1991) [Fleint et al] و"كاندلر" (1982-1980) "Kendler" فصنفوها كبارانويا أو اضطراب الوهمية ، وبغض النظر عن التصنيف، البحث في أسباب ظهور هذا الاضطراب في هذه الدول أدى إلى الحديث عن آثار بعض الظروف الوراثية (بالرغم أنها كانت اضعف مما كان عليه في بداية ظهور مرض انفصام الشخصية).

وأيضاً الصفات والجنس والعزلة الاجتماعية والضعف الحسي (خاصة فقدان السمع) والتدهور الإدراكي المعتدل عند المصابين بالبارانويا أو الفصام...⁽¹⁾

والبحث في تأثير ظروف وأحداث الحياة لم يكن موضوع بحث منهجي إلا مؤخراً من طرف "جيريان و آخرون" "Gurien et Al" (1992) الذين وجدوا أن المرضى التسعة المدروسين والمصابين بالبارانويا المسنين، 4 حالات منهم كانوا لاجئين حرب سابقين بالتالي افترضنا إمكانية وجود علاقة بين الصدمة المبكرة والحياة والعقم مع ارتفاع خطر الإصابة باضطراب الوهمية المتأخر ويعتقد "بوستيل" "Busutil et Ap" (1993) بوجود إمكانية كون هؤلاء المرضى قد يعانون من اضطرابات نفسية طوال الحياة بعد إصابتهم بالصدمة فمنذ دراسة "اودغارد" "Oedegaard" (1932) حول زيادة ذهان الفصام بين المهاجرين الزوجيين في ولاية مينوستا، أعيد تأكيد هذه العلاقة بين الهجرة والبارانويا في عدة دراسات مثل "ميزي" "Mezey 1960) و "ايتنغر" "Eitinger" (1960 – 1965) و "سانوا" "Sanua (1969) خاصة في حالات الهجرة القسرية الناجمة عن الحرب حيث استنتجوا أن أحداث الطرد أو النفي تسبب صدمة كبرى تولد هي الأخرى مشاعر الأسى والتهديد والقلق والاستياء وهي معظم استجابات المصابين بالبارانويا وهو ما ذهب إليه أيضاً الباحث "مورفي" "Murphy" (1977) مما يدل على وجود تأثيرات مباشرة على النفسية بعد إعادة التوطين، لكن هذه الدراسات لم تستند على بيانات تجريبية كافية لذا فهذه الدراسة تمت على عينة كبيرة من المرضى المصابين في سن متقدمة بالذهان فإظهارنا لأول مرة بالدليل الواضح الصلة بين منشأ هذه الاضطرابات وتاريخ الحياة الماضية كالترحيل أو الطرد بعد الحرب والذي حدث قبل عقود فالصدمة في سن مبكر بسبب الترحيل يسبب ضعف نفسي مدى الحياة ويمثل مصفوفة من أوهام الاضطهاد والأذى كما هو أيضاً بالنسبة للطرد في سن الشيخوخة.

***عينة الدراسة ومنهجية البحث:**

في فترة ما بين (1980 – 1993) ادخل 60 مريض إلى مستشفى الطب العقلي الجامعي النفسي في ميونيخ بتشخيص فصام أو بارانويا وفق تصنيفات [x295 أو x297 أو ICD.8 أو ICD.9] وكانت بداية الأعراض بعد سن 50 سنة.

⁽¹⁾ Thomas Fuchs. Psychiatrische klinik der technischen universität, Ismaninger Strasse 22, D- 81 675 Munchen, Germany.

تم التحقيق مع الحالات وأظهرت النتائج وجود معلومات عن السيرة الذاتية واضطرابات نفسية عند 38 حالة وهذه المعلومات جمعت بمحاضر شخصية فالباحث فحص شخصا 22 حالة. المرضى الذين يعانون من الخرف والاضطراب العاطفي الأولى والذين يعانون من اضطرابات عصبية دماغية Cerebrovasculair أو مشاكل الإدمان على الكحول ثم استبعادهم وأيضا أربع حالات استبعدوا بسبب عدم التأكد من التشخيص.

_ في مقارنة سجلات الحالات ل 60 مريض وجد بالتتابع بين سن (1988 و 1989) في نفس العيادة تم تشخيص الاكتئاب لديهم من خلال تصنيف ICD-9 يوافق 96.1 وفي المرحلة الأولى بعد سن 50 سنة تم التدقيق محكم وتألقت المجموعة الثانية من 90 مريض مصابين بالزهايمر تم التحقق منه ما بين سنة (1988 - 1990) في دراسة طويلة ل "هامبت وآخرون" "Hampt et Al" (1992) باختبار تحليلي إحصائي دقيق "لفيشر" (Fisher's Exact Test) ب ($p < 0.05$).

*نتائج الدراسة:

عند إدماج مرضى البارنويا في الاستشفاء كان متوسط أعمارهم 68 سنة بمدى بين 51-85 سنة، 50 حالة (83.3%) كانوا نساء و 10 رجال، المدة السابقة للمرض من 3 شهور إلى 35 سنة بمتوسط (5.3 سنة) ويتراوح سن بداية الأعراض الهذائية ما بين 50 و 84 سنة بمتوسط 63 سنة.

التشخيص: 48 حالة يعانون من ذهان البارنويا أو البارافينيا (ICD-9 / 295x) لان البارافينيا تضم أيضا الأعراض الفصامية (مثل الهلوس).

25 حالة اظهروا في المرتبة الأولى أعراض الفصام تغلب عليها الهلوس السمعية والتعليقات والظواهر السلبيه، وجدت الهلوس في 38 حالة (63%) معظمها سمعية (47%).

الهلوس الشمية (20%)، هذات الاضطهاد عند 54 حالة (90%) ذات مواضيع دينية نمطية أما الغيرة و الغزو عند حالتين فقط، عند 42 حالة (70%) لديهم هذات متعلقة بكون الجدران والأرضيات و الأسقف الخاصة بمنزلهم سوف تتعرض لهجوم عدواني عليها، و قد وجد كل من "هووارد" "Howard" 1973 و "سونزاريك" "Sanzarik" 1992 و آخرون، أن هذه الهذات تظهر بالخصوص في البارافينيا المتأخرة و اظهر تحليل السيرة الذاتية أن 28 حالة (46.7%) تم إجبارهم على مغادرة منازلهم بالقوة و تم ترحيلهم من بلدانهم بنفي جماعي في سنوات (1944 - 1946) و سميوا رسميا بالمرحليين

(Ex-pellees)- (vètrièrebene)، أغلبهم جاؤوا من ألمانيا الشرقية واستوطنوا في بولندا وتشيكوسلوفاكيا بعد الحرب العالمية الثانية، 12 منهم كانوا من السويديين الألمان و 10 Silésians و 3 من روسيا الشرقية أو الدانزينغ و 3 (من أصل ألماني أيضا) جاؤوا من خارج إقليم سلطة هيتلر لم ينجوا احد منهم من اضطهاد المعسكرات الألمانية النازية.

أيضا من بين 22 مريض الذين تم فحص شخصياتهم 13 منهم تم ترحيلهم قسريا من منازلهم ما بين عمر 13 و 41 سنة بمتوسط 25 سنة، المدة بين هذه الأحداث وظهور الاضطراب كان بضعة عقود من الزمن بمتوسط 38 سنة (S D 7, 7) لم تظهر اختلافات ذات دلالة معنوية بين الذين تم ترحيلهم والذين لم يرحلوا وأيضا باعتبار الاختلاف في الجنس، العمر، الوضع العائلي، ظروف السكن (الذين عاشوا لوحدهم أو مع صديقة)، عدد الأطفال، بداية ومدة استمرار المرض التشخيص والاضطراب النفسي ومع ذلك نجزم أن المرحلين تزوجوا بعد 03 سنوات لاحقا مقارنة بغير المرحلين، من النساء المرحلات 11 من بين 24 (46%)، المحرومات من الأطفال بالمقارنة ب 35% من النساء الغير مرحلات فالمرحلات كان يتعين عليهن طرد الأطفال، هذه الاختلافات لم تكن على العموم كبيرة.

60 مريض عانوا من الاكتئاب (40 امرأة و 20 رجل) في متوسط العمر 67 سنة عمر بداية ظهور المرض كان من 50 إلى 81 سنة بمتوسط 62 سنة (سنة 7.5 SD) متوسط سنة الميلاد 1922 (1920) في مجموعة البارانويا) من بينهم 13 (21.7%) مرحلين ومعدل دلالي اقل من مجموعة المصابين بالبارانويا (2=8.86) ($p<0.01$)

_ مقارنة البيانات أظهرت اختلافات بين مرضى البارانويا ومرضى الاكتئاب، في بداية المرض المصابين بالاكتئاب نسب المتزوجين كان كبير (66.7% مقارنة ب 38.3% عند المصابين بالبارانويا) واقل كثيرا من المطلقين 3.3% مقابل 1.5%.

_ 75% من نسب المكتئبين كانوا يعيشون مع رفيق أو علاقات أخرى بينما فقط 46.6% من المصابين بالبارانويا كانوا كذلك.

النساء المكتئبات 12 من 40 (30%) لم يكن لديهن أطفال مقارنة ب (40%) من المصابين بالبارانويا (20 من 50)، هذه النتائج تتوافق مع نتائج "كاي وروث" "Kay and Roth" (1961) المتعلقة بوضعية الارتباط الشخصي والعزلة وعلاقتهم بالظهور المتأخر لمرض البارافينيا والتي أعيد تكرارها في

90 حالة من الزهايمر كان متوسط عمرهم 73 سنة أثناء فحصهم (سنة 56-89 / سنة 7.8 SD) متوسط سنة ميلادهم 1915، 20 حالة (22.2%) تم ترحيلهم وكان بمعدل اقل بكثير مما تم الحصول عليه في مجموعة المصابين بالبارانويا ($P < 0.01$, $2 = 9.89$).

*مناقشة النتائج:

خلال السنوات (1944-1946) تم طرد ما بين (6 إلى 8 ملايين) من الأراضي الألمانية السابقة أو الأوطان الشرقية بعد مرورهم عبر مخيمات اللاجئين تم توزيعهم على الأقاليم الألمانية، بلغت متابعة نتائج التعدادات من 1950 إلى 1970 عدد السكان في بافاريا إلى 21% و 18% من نسب المصابين بالاكتئاب والبارانويا من اللاجئين المطرودين [إحصاء ريشلينغ 1986 Reichling].

_ نسبة المطرودين يوافق 1 من 5 في حين المصابين بالبارانويا وجد أنهم أكثر من ضعف عدد المطرودين.

_ في هذا الإطار التاريخي يوجد اختلاف كبير ذو دلالة في وسط المجموعة العرقية التي تم ترحيلها بتميز عرقي ملحوظ، المصابين بالبارانويا لا يمكن تفسيرهم من خلال السياق الاختياري (الأشخاص الذين لديهم استعداد للتجربة الهذائية يكونون أكثر في فئة المغترين).

النتائج تشير بالتالي إلى انه من تعرض إلى مغادرة المنزل الشخصي قهرا يهيئ فيما بعد للإصابة بمرض البارانويا.

_ حقيقة أخرى، هو أن تطور الاكتئاب هو اضطراب وظيفي آخر في وقت لاحق من الحياة، أي بدرجة عالية هو متعلق بأحداث الحياة، أي بدرجة عالية هو متعلق بأحداث الحياة السلبية ولم يرتبط بحالات الاضطراب الموجودة عند المطرودين، الفارق بين هذه الأحداث وبداية ظهور الهذاء عند البارانويا تغطي مدة متوسطة أربعة عقود رغم الإدماج الاجتماعي في مختلف الطبقات تظهر اضطرابات عقلية مختلفة فهل نتخيل مدى تأثير أحداث الصدمات على الحياة في فترات لاحقة طويلة الأمد؟.

وجد عامل خطير آخر هو التوافق المتكرر لظهور البارافينيا المتأخرة بعد عقدين أو 3 عقود بعد التعرض لأحداث سيئة سابقة ووجود ذلك عند أغلبية المصابين وهو راجع للضغط النفسي والأحداث الكامنة والتي تعوض بالانشغال المهني والحياة الأسرية في مرحلة الرشد وعندما يقل هذا الالتزام

وبالتناسب مع ظهور أمراض أخرى (عضوية مثلاً) تقل المقاومة ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تفكك وتأثير متأخر للأحداث الصدمات السابقة.....

هذه الفرضيات دعمت من قبل بنتائج بحوث سيكاترية عن العواقب النفسية للهجرة (Oedegaards 1932) في دراسة المظاهر الكلاسيكية للإصابة بالفصام في النرويج في مينيسوتا بداية المرض عند المهاجرين كان عند الرجال في السنوات الأولى أما عند النساء فكان في وقت لاحق في دراسة كروبانسكي "Krupinski"(1967) .

معدل ظهور الفصام عند المهاجرين من أوروبا الشرقية إلى أمريكا بلغ 6 أضعاف حالات الفصام من السكان الأصليين مع فارق زمني في بداية ظهور المرض لديهم من (1_2 سنة بعد الهجرة عند الرجال- ومن 7 إلى 15 سنة عند النساء) ، وفُسر "كروبانسكي" "Krupinski" ذلك بسبب حالة انقطاع الطمث وانتهاء الدور الامومي لدى النساء ما يجعلهن أكثر استقلالية ورشد وكذلك استيعاب الدور الثقافي مقارنة بالرجال الذين لا يكونون مفيدون بالمنزل بنفس الدرجة، علاوة على ذلك في دراسة أجريت عن الاستعداد السيكاتيري حول القبول الأولى في براد فورد من طرف الباحثين "هيتش وراك" (Hitch and Rack) (1980) تم تحديد معدل الاستعداد لظهور البارانويا فكان من بين اللاجئين من ارويا الشرقية أعلى بكثير من الحالات التي كانت من المواطنين الأصليين بعد 25 سنة من انتهاء الحرب العالمية الثانية.

"كاندلر" (1982) "Kendler" راجع الدراسات الديموغرافية في النصف الأول من هذا القرن وأظهرت المراجعة ارتفاع دال عند المولودين في الخارج لظهور الاضطرابات العاطفية، الفاصل الزمني بين الظهور الأول المرض والهجرة لم يحدد في هذه الدراسة.

_ الأثر النفسي لدى الناجين من المحرقة الهولوكوست المتقدمين في السن مثال آخر يبهنا بخصوص اثر الاضطهاد الصدمي الذي يكون ابلغ منه في التطور الطبيعي لبعض أعراض الاضطرابات العقلية في حالات أخرى غير الناتجة عن الصدمة ،ففي حالة الصدمة تفسر كتدهور وانهيار تدريجي للتكيف والاستراتيجيات المواجهة فالذكريات المكبوتة تعود للظهور والتاثير بعدما ينخفض التركيز في الانشغال الحياتي وذلك حسب رأي سميث وستوفلز "Schmith and Stoffels" (1991).

_ وفي تحاليل متكررة ضمت حوالي 77 من آراء الخبراء في (1991) ب (Freudenberg) حول إدماج الناجين من المحرقة الذين تتراوح أعمارهم بين 55 سنة إلى ما فوق ،وجد لديهم الشك والبارانويا والجنون مع تقدم العمر بسبب آثار الاضطهاد الصّدمي الذي وصف من طرف الباحث "اثغر Eitinger" في (1973) وكذا "داسبرغ Dasberg" (1987) و "ايتون" و"آخرون" "Eaton et Al" في (1982).

تأتي اضطرابات التوتر ما بعد الصدمة كما هو معروف بعد أحداث كارثية نواجهها في الحياة وصدمة الطرد والاستبعاد تمكن من الحصول على مزيد من القرائن الدلالية الرابطة بين هذه الأحداث والظهور المتأخر لحالة البارانويا , فمن بين المرضى المستجوبين 13 منهم في لائحة اسوا تجارب الحياة يحددون حادثة الطرد في المرحلة الأولى أو الثانية وفي أدبيات الطب السيكايري والنفسي وصفت وضعيات الطرد بمصطلح الاقتلاع (Uprooting)، ادخل المصطلح من طرف "كريبلين" "Kreaplin" في (1920) لابرز اثر فقدان المنزل الجغرافي والروابط الاجتماعية الحميمية على ظهور اضطرابات الثقة بالنفس وتقدير الذات على الرغوب في الاندماج الاجتماعي الجيد الذي يبدا على اللاجئين في غرب ألمانيا فتطور حالة البارانويا ليس فقط بسبب فقدان بل أيضا العيش في بيئة معادية.

_ التحقير L'humiliation الطرد بالإضافة لفقدان الممتلكات والمكانة الاجتماعية وأخيرا عدم الاستقرار في الوضع الجديد والمجتمع الغريب هذه الظروف وضعت للمفحوصين في حالة ظلم واستياء وأسفرت على مشاعر عدم الثقة والمؤكد ان إسقاط الذنب وظهور أعراض جنون العظمة والعداء والعزلة وجد لدى 9 من بين 13 حالة من اللاجئين كما أن لديهم شعور دائم بالتعرض للأذى وهناك عامل آخر مهم يساهم في ظهور البارانويا عند اللاجئين هو أوهام انتهاك المنزل (أوهام التقسيم والتشتت) أو أوهام الطرد الدائم وجد عند 2 من 3 حالات البارانويا.

صدمة الطرد تساهم في اضطراب تحديد الهوية على نحو خاص للمريض مع «غياب الحماية» في مساكنهم كما يقول الباحث "فوكس Fuchs" (1994) هذه الأوهام تعود لتكرار الصدمة في وقت مبكر من الحياة وهي ترتبط بشكل دقيق بحدود المنزل ,الحماية بالجدران والحواجز المانعة في مواجهة الأعداء ووجود احتمال الهجوم عليهم في أي وقت ينمي وهم فقدان الوطن والمنزل ويضعف الشعور بالحماية.

هذه المعطيات لا بد لها من تحليل أكثر عمقا لتوضيح صلتها بظهور الاضطرابات الهذائية كمثل اثر فقدان المنزل على ظاهرة الزواج فيما بعد أو معدل المواليد والوحدة في سن الشيخوخة ، فقد اظهر جيريان وآخرون "Gurian et Al" (1992) أن المصابين بالبارانويا من بين المطرودين، ينخفض لديهم الاتجاه للزواج ومعدل الإنجاب فمثلا الحالتين اللتان تعرضتا للاغتصاب بقيتا بلا إنجاب رغم زواجهن اللاحق.

أخذت الدراسة من (Springer – verlag) (1994) اجرت من طرف الباحث Thomas fuchs, Eur Arch psychiatry clin Neurosci. (Uprroting and late- lifs psychois) 1994 : 244 :126-130

Springer – verlag. Received : 2 March 1994/ accepted 27 April 1994

تمت ترجمة الدراسة ونقلها بالتصرف .

1. /دراسة للكشف عن اضطراب الفصام والبارافينيا

"(ordinaire livre)"dèmèle la pathologie de la schizophrénie et paraphénie"

(1)"Manuel F. casanovall"(2) "Janice R. stevens"(3)"Rosemasy Broun"

(4)."clive braton""Royston claire"

(1) département de psychiatrie et de neurologie du collège médical de Géorgie centre VA médical centre, 1 voie liberté, 26 service de psychiatrie, 3B- 121 Augusta, G A 30 910, USA.

(2) département de psychiatrie, université health Science Fortland Oregon, USA.

(3) département de neuropathologie, hôpital Run Vell, Wickford, Essex Royaume-Uni

(4) Ministère de la recherche et de développement, hinchinge Brooke , trust soin de santé, Huntingdon, Cambridgeshire. Royaume- uni

ملخص الدراسة:

ازداد عدد المصابين بالفصام ذو الظهور المتأخر في العمر، وكان عامل عمر الظهور محدد هام في التصنيف النوعي بين الفصام المتأخر الظهور والفصام الشكل الظاهر في سن مبكرة (Troubles (schizophrénie- Forme- fin)، حاليا في (DSM4) أو (CIM10) لا يفرقان في البداية المتقدمة أو المتأخرة الظهور في حالة الفصام، وقد وجدت عدة إخفاقات في العشرية الأخيرة لتحديد تصنيف الأمراض العصبية والعقلية، ما استلزم معايير معرفية أكثر توسعا.

_ منذ تم الحديث عن الاضطرابات الفصامية الشكل أو الأعراض الذهانية عند الأشخاص المتقدمين في السن التي يمكن أن تكون السبب في ظهور الزهايمر حاول البعض وضع حد فريقي بين النوعين الأولين وبين الفصام النهائي ، ووجود تغيرات انتكاسية.

_ هذه الدراسة تحاول فحص دماغ (64) مريض مصابين بالفصام و(18) شاهدا باستخدام الخلايا المناعية كيميائيا ،لدراسة البروتين والاميلويد الملون (témoin immunocytochimie pour la protéine tau et amyloïde coloration)

قسمت عينة المرضى وفق عمر ظهور الأعراض 40 <40> استخدام تصنيف (Braak)، ولقد قيم وجود اضطراب الألياف العصبية (neurofibrilaire)، المستوى 3 و 4 عند حالات الشواهد أو

الضوابط، لوحظ في (7، 36) (30/11) عند حالات الفصام ذو الظهور المبكر (سنة <40)، ولوحظ (58.8) (34/20) عند حالات الفصام المتأخر الظهور (>40).

الفصامين (2=11.39، p= 0.003) مستوى v و v1 ؟

حالات زهان مرض الزهايمر لم تختلف دلاليا بين المجموعات (2= 3.6، p= 0.165) الخلايا النجمية تحت البطانة الليفية العصبية (Les astocytes sous- ependymaire et) (fibroblastique) أظهرت أيضا تشابك ايجابي للبروتين تو (proteine tau (MAP)) وتحليل المعطيات اظهر وجود ارتباطي دلالي بين التشابكات الدبقية gliales وتماسك براك (p= 0.002)، وكانت الامليوييدات نادرة مقارنة مع التغيرات المرتبطة بالبروتين تو (proteine tau)، اضطراب البروتين تو في الجهاز الحوفي (le limbique tauopathie)، ليس فقط ظاهر عند أغلبية مرضى الفصام المتأخر (19 إناث، 1 رجل ضمن الحالات الايجابية) (p= 0.048) لكن أيضا تظهر في ثلث هذه الحالات الفصامية المتقدمة في السن التي كان بداية ظهور الأعراض لديها قبل سن 40 سنة (8 نساء و 3 رجال من بين الحالات الايجابية) (p= 0.048)، المتغيرات الناتجة حدوث نوع الاضطراب في الهيكل الخلوي للعصبونات (cytosquelette neuronal)، الذي يغير تدفق المعلومات بفضل الهيبوكومب (l'hippocampe) (قرين الدماغ) ويظهر ارتباط مرضي إكلينيكي بالنسبة لمجموعة من المرضى الذين كانوا يشخصون كفصامين.

*Wikipédia l'encyclopédie libre : <http://fr, Wikipédia.org> (15 mars 2013).

*La protéine tau (en anglais : tubule- Associates unit) est une protéine animale. Elle fait partie de la famille des protéines associées aux microtubules (MAP) chez les humain ces protéines sont sur tout présentes dans les neurones par rapport aux cellules non neuronales du système nerveux central, une des principales fonctions des protéines Tau et d'interagir avec la tubuline afin de moduler la stabilité des microtubules des axones

Tau n'est pas présent dans les dendrites et est principalement active dans la portion Distale des axones ou elle permet une stabilisation des microtubules, mais également leur flexibilité. Cela contraste avec MAP6 (Stop) protéine dans les portions proximales d'axones qu'on pour fonction essentielle de verrouiller les microtubules et avec MAP2 qui stabilise les microtubules dans es dendrites.

مقدمة الدراسة:

تاريخ الفصام حافل بعدد من المحاولات التصنيفية، ففي (1852) تحدث "مورال Morel" عن أفراد في عمر الشباب أصيبوا بشكل مبكر بالجنون، وبعد عشرية من الزمن استعمل "كاهلبوم Kahlbaum" مصطلح البارافينيا للدلالة على ظهور بعض الاضطرابات العقلية في سن محدد من العمر ووفق ما يراه ان البارافينيا (Hebetica paraphenie) كانت جنون المراهقة أما (senilis paraphenie) هي جنون المسنين وفي (1919) جمع "كريبلين Kraepelin" سلسلة من الاضطرابات التي كانت غالبها تظهر «تحت طيف خاص للاتصالات الداخلية للشخصية»، كان يضع تحت هذا التصنيف «الجنون المبكر» في الكاتاتونيا (catatonique)، هيبيفرينيا (hebephrenique) وبارانويا (paranoïque) فيما بعد أضاف صنف رابع (بسيط)، في عمل لاحق ذهب الباحث "ماير" Mayer إلى القول أن أكثر من نصف الحالات المشار إليها كبارافينيا من طرف "كريبلين Kraepelin" واصلت التدهور النموذجي الجنون المبكر علما أن الجنون المبكر لا يؤدي بالضرورة إلى الجنون النموذجي ويحدث مبكرا، أما الباحث (Eugène Bleuler) فأشار إلى أهمية الأعراض الذهانية عوض الحديث عن التطور المرضي وسن الظهور واقترح بذلك تسمية الاضطراب بالفصام "La schizophrénie" وفي العشرية الأخيرة أصبح مصطلح البارافينيا مرادف للفصام المتأخر الظهور، في حين المرضى الشباب في عيادة "Montage" في نفس الوصف شخصوا بذهان غير نموذجي نمطي أو ذهان غير محدد في حالات أخرى .

بما ان المعايير المعاصرة لا تحدد عمر معين للظهور فعدّة حالات كانت قد شخصت من قبل كالبافارافينيا تستجيب لمعايير (CIM) و(DSM) الخاصة بالفصام، وباستعمال طرق الأمراض العصبية الكلاسيكية ، فقد فحصت هذه الدراسة أدمغة مرضى فصامين توفوا في مستشفى رنول (Runwell) في إنجلترا في نفس الوقت قبل وبعض ظهور العلاج الدوائي الحديث وقمنا بمقارن الدماغ عند الحالات التي ظهر المرض لديها في سن (40 سنة) مع الذين ظهر لديهم بعد سن (40 سنة) في وجود أدمغة حالات طبيعية أخذت كعينة شواهد ضابطة، التقسيم يتوافق مع تصنيف كريبلين بمصطلح الفصام أو الجنون المبكر في عمر نموذجي للظهور.

الحالات المدروسة ومنهجية الدراسة:

تم تحليل الملفات الإكلينيكية ل (111) مريض ثم استشفائهم في المستشفى العقلي طويل الأمد لرانوال Runwell بتشخيص فصام أو بارافينيا وقد كانت وفاتهم ما بين 1950 - 1970 حيث احتفظ بالمخ كاملا من اجل الفحص ضمن مجموعة (corsellis.) في مستشفى غرب لندن، المرضى والشواهد جاؤوا من "southend" الواقعة في ليسكس (L'essex) المرضى اخذوا من مستشفى (runvell) أما الشواهد فاخذوا من المستشفى العام ب "Southend" أيضا من مصلحة تشريحات الطب الشرعي.

قام الطبيبان العقليان " كليور ويستون" و"جانيس ستيفانس" D.claire Royston et Janice " Stevens" بفحص الملفات وانتقاء الحالات اعتمادا على (DSM.4)او (CIM9) بميزة التوظيف العقلي الطبيعي (فيالبداية) والفصام ببداية متأخرة، الباحثين اختاروا (40 سنة) مقابل (45 سنة) في (DSM3) كمتغير بين الظهور المبكر والفصام بالبداية المتأخرة وبسبب صعوبة التحديد الدقيق لتاريخ أول ظهور للذهان قام الباحثين باختيار تاريخ أول استشفاء في مصحّ الأمراض العقلية كبداية لظهور الاضطراب , اختيرت حالات العينة الضابطة من الشواهد بضمن تواجد الملفات الطبية ووجود التشريح، ووجود المخ كاملا مع عدم وجود سوابق لأمراض عصبية أو عقلية.

ضمن (111) حالة كانت في الاستشفاء بتشخيص فصام أو بارافينيا، استثيت (47 حالة) من الدراسة: (40 حالة) لم تحترم معايير (CIM9) و (DSM3) و (4 حالات) لم يتوافق عامل السن (قبل فقط المرضى من 50 سنة) و (3 حالات) لم يتواجد لديها نسيج دماغي كافي من اجل التلوين وجمع أيضا 18 مخ لحالات مكونة لعينة الضوابط أو الشواهد , تم وزن كل عينات المخ في الحالة الطبيعية قبل تثبيثها في محلول الفورمول في المستوى العادي 20% (Solution salin de formol a la normale de 20%) (20%)، أوصاف المرضى سجلت أثناء التشريح وفي اختبار بعد التثبيت، كما أن المثبتات تغير بانتظام قبل سحب الكتل من اجل الاختبار النسيجي، الحجم الكتلي ما بين (2 و 3 سنتيم) في السمك ثم الاحتفاظ بها ب (CB et RB) انطلاقا من اليمين واليسار لمنطقة الفص القرب الجبهي prèfrontale لتلايف القشرة الدماغية الأمامية، التلفيف الصدغي والجداري الأعلى والقفوي والأماميين ومنتصف القرن الدماغية (قرن أمون) (Mi-Hippocampe bilatérale) الثنائي (مركز التحكم في الانفعالات والذاكرة).

_ العينات شملت الكتل تحت قشرية للنواة المذنبة noyau caudé، النواة المتكئة، الميهاد الأمامي والخلفي لتحت الميهاد، الدماغ المتوسط، النخاع المستطيل، (البصلة السيسائية) والمخيخ والنتوء (la protubérance)

_ تم ترميز البنود لكل الحالات وتم فحص "بطريقة عشوائية" في التشخيص، استعملت البقع النسيجية التالية للفحص، الهيماتوكسيلين- يوزين (H et E) (l'hématoxyline_ éosine) سريع لوكسول الازرق (Fast luxol blue)، PAS، نيسل (Nissl) منهجية هولزر "Jenny Holzer" (مضاد الامليود (anti amyloide) والبروتين تو (AT8 clone) protéine tau، تم توظيف فقط نتائج الاستجابات للتفاعل الكيميائي للخلايا المناعية.

الأنسجة تم تلوينها بواسطة تقنية البروتين افدين المعقدة (protèin avidines Technique (ABC)(complexe)، الكواشف تم شراؤها من اميرشام وداكو "Amercham et Dako"

_ وصف المرض العصبي الليفي (Neurofibrillain) أو التخريف كان معتمد على نظام تصنيف "براك" [12.13.14.15] "Braak"، مجموع الاحداث لمرحل براك ثم مقارنتها بين المجموعات الثلاثة (الشواهد، فصاميين ذوي الظهور المبكر، فصاميين ذوي الظهور المتأخر) بمساعدة اختبار (chicassé) ومصحح بالنسبة للتقدم في العمر باستخدام المقياسين وليس بالانحدار اللوجستي.

النتائج: الجدول 1 : جدول النتائج

المجموعة	No of cases	السن		
		المتوسط	الحد الأدنى	الحد الأقصى
الفصاميين	30	68.0	52	88
(الظهور المبكر)				
الفصاميين	34	77.3	55	93
(الظهور المتأخر)				
العاديين	18	67.4	53	88
الضوابط				

تحت المجموع العام ل64 حالة ،ظهر الفصام قبل سن (40 سنة) كان عند 30 حالة (13 رجل و 17 امرأة) وبداية بعد سن (40 سنة) لدى 34 مريض: 31 منهم نساء = (88%)، العمر المتوسط للمجموعات كان كالتالي: ظهور الفصام المبكر ($40 <$) ل68 حالة، ظهور الفصام المتأخر (>40) ل77 حالة، الحالات الضابطة 67 حالة.

_ الودائع الاميلودية كانت قليلة أو غير موجودة ، التحليل الإحصائي لم يأخذها بعين الاعتبار، مستوى الاضطراب في كل من المادة الرمادية والبيضاء كانت في الملاحظات المنتقاة تصف نتائج دراستنا باعتبار هذه التغيرات بشكل منفصل.

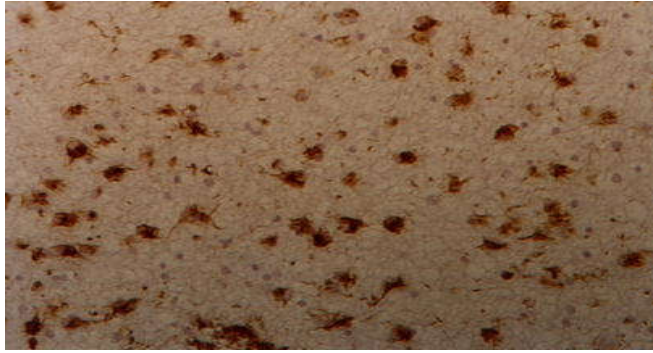
تشابكات الخلايا الدبقية les enchainement gliales:

في مجموع 24 حالة (22 مريض و 2 ضوابط) اظهروا مجموع ايجابي في التشابكات الدبقية، في 12 حالة الاضطراب كان على مستوى البطينات الدماغية مع ميل للسطح الضهري في القرن الصدغي عند (08 حالات) ، كما لوحظ مجموع ايجابي للتشابكات الدبقية في الألياف المقوسة للتلافيف القشرة الجبهية أوالتلافيف على جنب القرن الدماغى (قرن أمون)(الشكل ب)، الخلايا المتضررة لديها شكل نجمي مع إسقاط ايجابي في نهاية الأطراف في الأوعية الدموية projection positive fin pieds- tau، الأم الحنون والنشأ(الشكل ج).

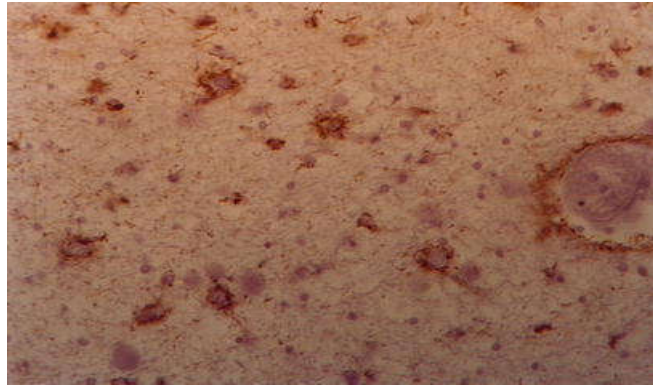
_ الحاليتين الضابطتين تختلفان عن الحالات المصابة بالبارافينيا والفصام في توزيع مستوى التشابكات الدبقية، حالة ضابطة تعرضت لتغيرات دقيقة حول وعاء دموي، الضابط الثاني اظهر تغيرات في السطح الحنون (la pie) على جانب المرفد (subiculum).



الشكل أ: الجانب الضهري للقرن الصدغي كان الموضع الأكثر تورطاً مع التشابكات الدبقية



الشكل ب: لوحظت التشابكات الدبقية في المادة البيضاء ن القشرة القبل جبهية بمشاركة الخلايا المختلطة في الألياف المقوسة ولم يلاحظ أي اضطراب مرضي في المادة الرمادية على الجانب .



الشكل ج: اسقاط الخلايا النجمية لتوفير مستوى للبطانة الايجابية المحيطة للمنشأ

المرضى ثم تجميعهم وفق عمر البداية والخاص بوجود اوعدم وجود التشابكات الدبقية، تحليل شيكاري Chikarrè للمعطيات (الجدول 2) كشفت عن عدم وجود علاقة معنوية ($p=0.12$) بين الفصام وظهور التشابكات أو بين الفصام المتأخر والفصام المتقدم الظهور .

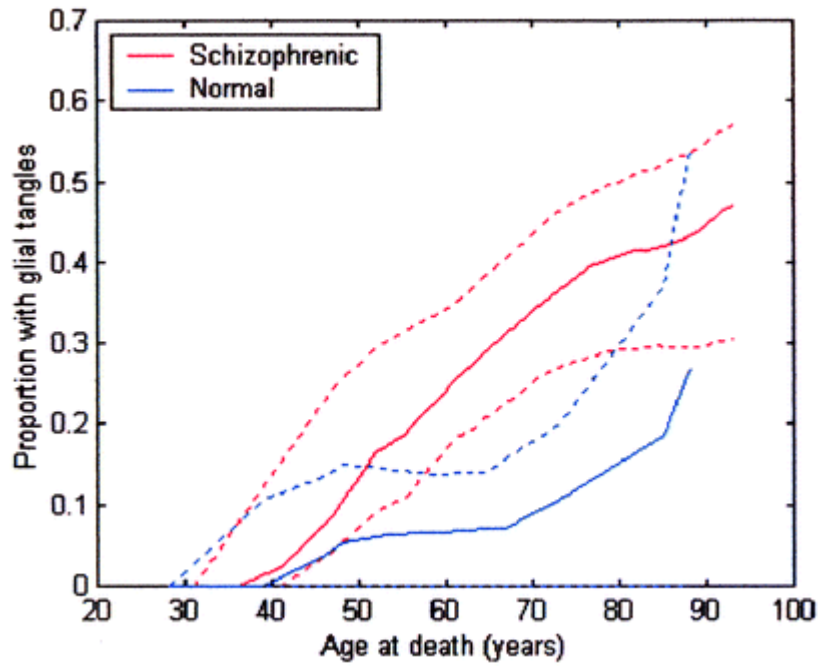
	عمر الظهور		
	<40	40	عادي
+ التشابك	09	13	02
- التشابك	21	21	16

(الجدول 2): توزيع الفئات وفق عمر الظهور ووجود التشابكات الدبقية.

الفرق بين العمر بين المجموعة التي لا تزال يمكنها ان تكون عامل إلتباس، بما أن متوسط العمر عند الوفاة كان لا يزال اقل من 70 سنة بالنسبة لكل من الضوابط العاديين والفصامين بالظهور المبكر، ارتفاع عادي للمشابك الدبقية في سن الشيخوخة المتقدمة يمكنه أن تجني فروق دقيقة بين المجموعات المضافة .

الدراسة استعملت الانحدار اللامعاري أو التمهيدي من اجل تقدير نسبة كل مجموعة التي تظهر التشابكات الدبقية فيها وفق السن، وبشكل أدق هذا الحساب يجرى كمعدل غير ثابت متوزع على مدى فترة 20 عام من البيانات (une moyen mobile pondérée)، أين (x) هو العمر عند الوفاة، وهناك متغير ثنائي بحيث (y=1) إذا كانت التشابكات الدبقية متواجدة.

كل المرضى الذين أدرجوا في هذه الدراسة لم تظهر النتائج الأولية لديهم اختلافات مهمة بين ظهور الفصام المتقدم والمتأخر .



الشكل د : منحنيات الإنحدار الغير معيارية للمدجين والفصامين والفئات العادية وأيضاً حالات هامش الثقة ل 90 بالمئة (الخطوط المتقطعة)، تظهر إختلافات محدودة بين المجموعات.

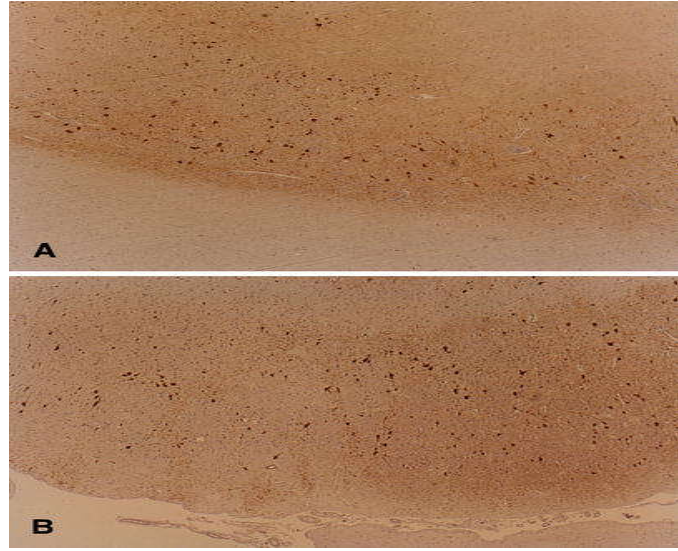
_ فحص تأثير الفاصل الزمني بعد الوفاة على النتائج، وظهر تحليل ارتباط الرتب ل 82 مريض والضوابط، انه لا يوجد أي ارتباط ($p=0.92$).

_ الدراسة أظهرت أيضا اختلافات ذات دلالة بين المرضى الفصامين والعاديين فيما يتعلق بالتشابك الليفي العصبي. ما استلزم النظر في العلاقة بين التشابكات الدبقية والتشابكات الليفية العصبية، وقد كشف اختبار شيكاري Chicarrè عن وجود علاقة ذات دلالة ($p=0.002$)

2/ التشابك الليفي العصبي Neurofibrillary tangles:

أظهرت التشابكات الليفية العصبية في كل المجموعات حول اللويحات les plaquettes اضطرابات ذات علاقة بالخرف ، واضطراب في الظهور المتأخر للفصام وذلك أساسا على مستوى القشرة العبرالأنفية الداخلية (transenorhimal). المرفد Subiculum وفي تحت الحجاب (sous- champ). (CA1) للجزء الأمامي (PES) القرن الدماغ

المرض الليفي العصبي في داخل قرن الدماغ ، كان الأكثر ملاحظة في الاقسام الداخلية وغالبا ما يختفي في النواة الركبية الجانبية.



الشكل ه: الكيمياء السيتولوجية للخلايا المناعية في المرفد (A40)(Subiculum) والقشرة الأنفية الداخلية (b40)(entorhinal cortex) تكشف عن عدة اضطرابات والكم الايجابي للتشابكات في القشرة الأنفية الداخلية اظهر مجموعات عرضية في الطبقات العليا المحبة والتحتية (Supra granular)

الأعراض في الترتيب الراسي الناتج عن كم التشابكات هي أعراض مورفولوجية تذكر ب (Minicolumns).

_ التوضعات الاميلويدية كانت نادرة أو غائبة.

_ قمنا بتحليل الحدث في الجدول 3 وذلك ليس باستعمال اختبار (Chicarrè)، والنتائج (2=11.4)(p=0.0034) تدل على علاقة دالة ما بين المعايير في الانطلاقة لاختبار براك (la mise en scène Braak) والتشخيص.

_ فترات الثقة المحسوبة على (95%) من نسبة العينة (الفصام المبكر والمتأخر والضوابط).

في مراحل دراسة براك (Braak 3 . 4) في النتائج المفرغة في العينة العادية وجدنا (33% <F) وفي ظهور المتقدم وجدنا (54% <F < 19%) بالنسبة للظهور المتأخر للفصام في العينة كان (75% <F < 42%) بالتالي نسبة مرضى الفصام تبدأ في نهاية المرحلة 3 و 4 والنسبة الأكبر كانت لدى الضوابط العاديين ومع ذلك لم تظهر أية مقارنة ذات دلالة إحصائية مهمة لدى (95%).

_ ظهور الفصام المتأخر يختلف عن الفصام المتقدم في مستوى الثقة الذي يساوي (80%) والفصام بالظهور المتقدم يختلف في العينة العادية في مستوى (79%).

_ هناك علاقة أكيدة على الأقل بين المتغيرين عمر الظهور ومستوى Braak مع رتبة ارتباط سبيرمان (p=0.031)(r=0.263)

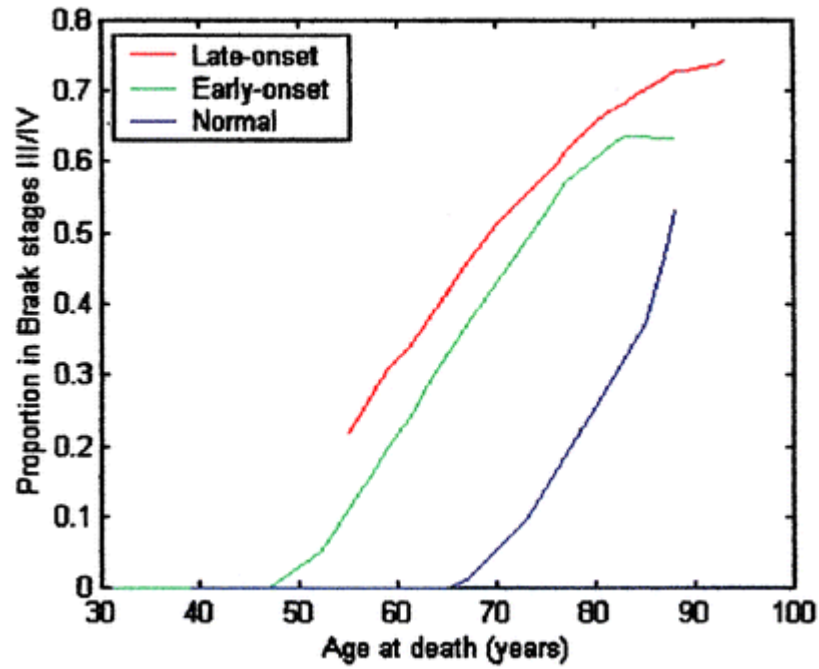
	سن بداية الظهور		
	<40	40	عادي
+ التشابكات	11	20	02
- التشابكات	15	14	16

الجدول 3: عدد أفراد العينة حسب وفرة التشابكات الليفية العصبية.

معدلات تشخيص مراحل 5 و 6 (مرض الزهايمر واضح) والعلاقة دلالية بين المجموعات (علاقتهين متقاربتين = 3.6 (p=0.165)، النسب كانت 0.0% (18/0) عند الشواهد 6.7% (2/30) عند الفصاميين بالظهور المتقدم و 11.8% (4/34) عند الفصاميين بالظهور المتأخر.

_ بالحد على المجاميع التحتية لعينة النساء بحيث فترات الثقة عند 95% للعينة، البروتين تو protéine Tau عند المرضى الايجابيين كان 0% (0% <F < 46%) للشواهد، و (69% <F < 06%) للفصاميين بالظهور المتقدم و (76% <F < 42%) للفصاميين بالظهور المتأخر.

_ غياب الاختلاف بين المرضى الفصامين والعاديين في هذا المجمع الفئوي يمكن أن يعود للحجم المحدود للعينة لأن العمر المتوسط عند الوفاة ضمن مجموعات الدراسة كان يختلف بـ 10 سنوات، قمنا بتحليل المعطيات باستعمال انحدار غير معيارياً ومسح مثل ما هو بالنسبة للمعطيات الخاصة بالمشابك الدبقية. العمر هو المتغير المستقل وبراك (Braak) المرحلة 4 ; 3 و 0=أخرى) كان المتغير التابع، النقاط تم مسحها بمساعدة قاعدة 20 سنة دعم للتجانس ما أنتج نسبة متوسطة للعمر .



الشكل و :نسبة العينة في مراحل براك (Braak 4 et 3) بوصفها وظيفية مع العمر .

اضطراب البروتين تو Tau opathie كان بزيادة كبيرة وملاحظة مع تقدم العمر ومع ذلك ونظرا لمعطيات الأمم المتحدة بخصوص العمر، النسب التي تظهر المرض كانت منهجيا منتظمة (بداية الظهور المتأخر < الظهور < العادي)،

ثم تحليل البيانات الخام باستخدام الانحدار اللوجستي، وتسلمت المتغيرات المستقلة العمر عند الوفاة (A)، متغير مؤشر بداية الفصام المبكر الظهور (S) (1=الحاضر) ومتغير مؤشر لتأخر ظهور مرض الفصام (L) (1=الحاضر) وكان المتغير التابع هو المؤشر لمرحلة براك (Braak(B) 1= المرحلة 4 et 3)

$$P_B = (1 + \exp(-B_0 - B_1A - B_2S - B_3L))^{-1}$$

نموذج الانحدار اللوجستي هو

حيث B_B هو احتمال ($1=B$) لقيم معينة من (L,A,S) بتركيب هذا النموذج للبيانات نجد أن

$$(0=12.014)/(1=0.036)/(2=1.971)/(3=1.888).$$

1 هو علميا يختلف عن 0 ($P<0.001$) كما هو 2 ($P=0.048$) و 3 ($P=0.048$) وهكذا فإن احتمال التشابك الليفي يزيد مع تقدم السن ومع تشخيص الفصام المتقدم أو المتأخر، وعلى وجه التحديد فإن دماغ مريض الفصام المبكر من المرجح أكثر أن يكون مصاب باضطراب البروتين تو (Thau opathie) أكثر منه عند الشخص العادي، ودماغ المريض بالفصام المتأخر يكون أكثر احتمالا أن يكون مصاب باضطراب البروتين تو (Thau opathie) أكثر من دماغ شخص عادي من جهة أخرى لم نجد أي ارتباط دلالي ($P=0.99$) بين الفاصل بعد الوفاة وبداية مراحل Braak أخيرا استعمل التحليل العنقودي من اجل التحقق جيدا من اختيار (40 سنة) كحد فاصل بين الفصام المبكر والمتأخر، الأزواج (عمر الظهور ومرحلة براك)، تم التقسيم آليا إلى مجموعتين من خلال طريقة K- الوسائل (K-means)، وعند حلول اللوغاريتم فإن مجموعة واحدة ضمن كل المرضى الذين كان عمر البدء في المرض أقل من أو يساوي 42 سنة، في حين أن الأخرى تألفت بالكامل من المرضى الذين كان عمر بداية المرض لديهم اكبر من (42 سنة) وهكذا فإن التقسيم مما يقارب (40 سنة) كان الأمثل من اجل الكشف عن الفروق بين المجموعات.

المناقشة: استعمل كاهلبوم "Kahlbaum" أولا مصطلح بارافينيا في (1863) للإشارة إلى اتجاه بعض الاضطرابات العقلية للظهور في سن محددة من العمر، وعلى مدى العقود التي تلت ذلك، أدخلت مجموعة كبيرة من المصطلحات مثل (الظهور المتأخر للبارافينيا، الذهان الغير نمطي، الفصام التخريفي) من اجل استبدال أو توسيع مصطلح البارافينيا، حاليا تقترح الدراسات نقص في المميزات الأعراض الخاصة بالفصام ذو الظهور المتأخر في تحديد التشخيص، التنبؤ بالحالة أو الاستجابة للعلاج. عدم وجود المميزات الخاصة بالبيانات سمح بنزع احد خصائص التشخيص المتعلق بعمر الظهور من التسميات الحالية فيما يخص الفصام ، هذا الارتباك في التشخيص المقلق أدى بالموازاة إلى دمج المرضى المصابين بالجنون الخرفي ذهان الخرف وذهان مع تصلب الشرايين الدماغية مع الظهور الفصامي المتأخر بالتالي "بيان ارو و آخرون" "Bienheureux et Al". قامت بدراسة حول العلاقة بين تدابير الجنون الخرفي والتغيرات في المادة الرمادية لدى المرضى المسنين وقد ضمت الدراسة حالة كانت تحتمل تطبيق أكثر من تشخيص واحد للخرف الشيخوخة، الحالات المختلطة مع ذهان وظيفي أو بارافيني النمط

الاكتئاب ثم أدرجهم ضمن الجنون الحرفي في الشيخوخة (Démence sénile)، باحثين آخرين وضعوا ملاحظات مستندة على نتائج التشريح المرافق وسلسلة صغيرة من الحالات.

نتائج هذه تادرسة يمكن أن تكون الأولى التي اقترحت مرض وحيد البارافينيا والنتائج مناقشة بصورة منفصلة بالنسبة لكليهما وللتشابكات الليفية العصبية الدبقية.

1. التشابكات الدبقية :

تلوين ايجابي لبروتين تو (prteïn Tau) في الخلايا الدبقية تسمى التشابكات الدبقية الليفية أو التشابكات الدبقية تتأثر كل من الخلايا النجمية والخلايا الشجرية ال (oligodendrocytes) المكونة للخلايا الدبقية العصبية والصورة الكيميائية للخلايا المناعية أظهرت بروفيل مماثل والتشابكات العصبية الدبقية وأيضاً التشابكات الدبقية لا تتلون بالنسبة لبروتين (L'ubiquitine)، الابوليوبروتين (apolipoprotine E)، ألفا 1 (L'alpha 1) وكبريتات الهيبارين أو (Antichymotrypsin) في المستوى التركيب الدقيق البقع الخاصة بمكون المحاور الميكروسكوبي (Microtubules) المرتبط بالبروتين تو (Protèïn Tau) على مستوى محاور الخلايا العصبية تتواجد مع الخيوط الدبقية الليفية، تتواجد عامة في الليفات العصبية الوسيطة بين الخلايا تكون مدمرة في أدمغة المرضى المصابين بمرض الزهايمر والشلل التدريجي فوق النووي، الجنون المعقد الباركنسون، أو التصلب الضموري ، مرض بيك (Pick)، التهاب الدماغ الشامل المتصلب الغير حاد والأورام الدبقية وفي التقدم في السن العادي، ووجودها يبدو انه يتوافق مع كون الأمراض السابقة الذكر زمينة.

لاحظ الباحثون انتشار استجابة الخلايا تحت البطانة العصبية في استشفاء الدماغ الطويل والتهاب البطانة العصبية المزمن، " تريكا وآخرون " Ikida et Al" وصفو وجود خلايا تستجيب للبروتين تو في هذه المنطقة على شكل خلايا نجمية شوكية (Astrocytes (TSA وفق هؤلاء الباحثين وجود (TSA) يدل على مرض عضوي والشيء المثير للاهتمام في هذه الدراسة الارتباط المتكرر بين العناصر الايجابية لبروتين تو في الخلايا الدبقية بعدد كبير من الأجسام النشوية (les corps amylacés) رغم أن تفسير ودلالة هذه الملاحظة يمكن أن يكون غامض، الأجسام النشوية تكون مرتبطة أحيانا على المدى الطويل بالاستجابات للنسيج الضام.

في هذه السلسلة أظهرت 24 حالة (22 مريض و 2 ضوابط) مجموع ايجابي للتشابكات الدقيقة والانتشار المرتفع يمكن تفسيره بسبب العينة الكبيرة المستعمل للاستجابات الكيميائية للخلايا المناعية نسيج هذه الدراسة ضم أجزاء من الدماغ كله (نصفي الكرتين المخيتين) وأيضا عينات من القشرة القرب جبهية، الجدارية والقفوية من جهة أخرى كان لديهم مستويين (نصف الكرتين المخيتين) لمجموع الفصوص الصدغية بما فيها الداخلية (PEZ) والخارجية- قرب الدماغ (Hippocampe) وأيضا العينات تحت قشرية. وفي مجموع هذه العينات التشابكات الدبقية لوحظت أكثر على السطح الظهري من القرن الصدغي على مستوى القشرة المخية الأنفية الداخلية، التشابكات الدبقية تواجدت في غياب أمراض أخرى، بالتحديد لم نلاحظ تسارع للتشابكات الدبقية وكذا إصابات دماغية (lèsions ischémiques). اضطرابات أو الحبيبات تحت البطانة العصبية.

في دراسة العلاقة بين تواجد البروتين تو (Tau positives) والتشابكات الدبقية الليفية العصبية، باستعمال اختبار "شيكاري Chicarrè" وجد علاقة وثيقة بين الاثنين ($p=0.002$) هذه العلاقة بين التشابكات الدبقية ومراحل براك (3et4 Braak) وكذا توزيع التشابكات الدبقية على طول السطح الظهري لا قرب الصدغي يعطي احد التجمعات المميزة القادرة على التمييز عن المرض الموصوف انطلاقا من وجود اضطرابات أخرى للبروتين تو (Tauopathie) فمثلا الأشكال المتفرقة من الدبقا الوراثية تحت قشرية التدريجية (progressive gliose sous corticale)

نظرا للتفاوت الكبير في مميزات التشابكات الدبقية بين المرضى والآلات الضابطة وجود الأبناء عند مرضانا البارافينيين لا يمثل بالضرورة ظاهرة ارتباط بشدة المرض ولكن منفصل في الصورة أو البروفيل المرضي الخاص به.

التشابكات الليفية العصبية:

كما اظهر في عدة دراسات سابقة باستعمال طرق عصبية مرضية كلاسيكية .

لا توجد أمراض خطيرة مميزة تسمح بتمييز تقارير بطريقة عملية الفصام عن الحالات الضابطة ، دراسات أخرى عن طريق التلوين الكلاسيكي العصبي الباثولوجي استتجدت أن الاضطراب المعرفي في الفصام تنتج عن مرض الزهايمر مثل التغيرات أيضا.

الأهم من ذلك أيضا، الدراسات حول تفاعلات الخلايا المناعية تو immuno-réactivité وجدت أن تواتر معدل الإصابة بمرض الزهايمر (مراحل براك 6 – 5) عند الفصاميين المسنين هو متساوي لتلك التي نجدها عند عموم السكان، هذه الدراسة إعادة استنتاج هذه النتائج أي كون معدل الإصابة بالزهايمر النهائي (مراحل براك 6- 5 أو CRADÉ) لا تتغير بين المجموعات، بعد تصحيح العمر، وجدها أعلى معدل انتشار للتشابكات بروتين تو (مراحل براك 3 – 4) في حالي الفصام ذو الظهور المبكر والمتأخر كانت تختلف بشكل واضح عن مجموعة الضوابط، وهذا يمكن أن يكون دليل عن نموذج جديد من الذهانات الخرفية أو ما قبل الجنون والذي يشبه الفصام، تم تمييزه من قبل إكلينيكي كبارافينيا ومتميز بشكل مرضي يفسر ذو علاقة بالجهاز الجوفي واضطراب البروتين تو Tauopathie ويحدد مع علامات قليلة للتطور في مرض الزهايمر.

في سن معينة كانت نسبة المرضى الذين يعانون من اضطراب البروتين تو الحوفي المحدد: البداية> المتقدم في الظهور< ضوابط النهاية. غياب التشابكات بين المنحنيات يظهر أهمية وتمييز الاضطراب الذي وصفناه، بالتالي العمر المتقدم يمكن أن ي أهل لكن ليس شرطا مسبقا للإصابة أو ظهور الاضطراب البروتين تو Tauopathie وعلى وجه أكثر تحديدا: اظهر الانحدار اللوجستي أن أدمغة مرضى الفصام المتقدم أو المتأخر الظهور المرضى الأوليين كانوا أكثر عرضة للإصابة باضطراب البروتين تو الحوفي المحدد عند دماغ شخص عادي في حوالي سنواته، 14 العليا، هذا الاضطراب الخاص بالبروتين تو المحدد يمكن أن يبقى صامتا حتى سن متقدمة من العمر لأنه يمكن أن يعوض بالاضطراب السلوكي أو يمكن إعادة زيغ الاحتياجات الوظيفية، الإصابات الدماغية المتوضعة فوق بعضها البعض وتراكمتها مع الوقت يمكنها تخفيض عتبة التعبير العرضي للفصامي الشكل Schizophreniforme هذا يمكن أن يفسر زيادة تشوهات المادة البيضاء في بداية الفصام المتأخر الظهور الذي وصف من طرف آخرين ، في هذه الدراسة، النسبة بين الجنسين (الإناث والذكور) لمراحل براك الثالثة والرابعة كانت (01 19^h) (95%) لمرضى الذهان مع بداية بعد عمر (40 سنة) و (03 08^h) (73%) الظهور المبكر للفصام، هذه النتيجة المقترحة تشير إلى أن زيادة انتشار مراحل براك الثالثة والرابعة لا يمكن ان يحدث حصرا في الفصام في البداية المتأخرة ، لكن أيضا يظهر في المجموعة الفرعية للظهور المتقدم للفصاميين، أساسا النساء وجود هذه المجموعة الفرعية يمكن أن يفسر غياب الاختلافات بين المرضى المتقدمين والمتأخرين الفصاميين، هؤلاء المرضى أثناء ظهور الأعراض الأولى

يمكن أن يعانون من اختلال وظيفي في العناصر الخلوية في الجهاز الحوفي الذي يعبر عنه فقط في اضطراب البروتين تو (Tauopathie) في سن أكثر تقدماً.

_ وفق "رافانوران Ravindran": « هناك اشتراك غير مبرر يدل على أن البارافينيا هي حصرية للأشخاص المسنين، معظم الكتاب يقترحون أن البارافينيا هي أساساً مرض خاص بالشيخوخة وبالوسط البيئي لكن في الواقع هناك القليل من المعلومات الموثوق بها عن بداية سن المرض » 1

من المسلم به أنه على الرغم من أن الرجال والنساء معرضون للإصابة بالفصام بنفس الدرجة، الرجال يظهرون عامة أعراض في سن أكثر صغراً والنساء هن الأكثر عدد ضمن الأشخاص المسنين المصابين مع عمر محدد لبداية الإصابة، قد يكون التمييز على أساس الجنس بسبب تأثير هرمون الاستروجين في التشكيل في ظهور بروتين بابلويو (APOE)(l'apolipo protéine) في الدماغ.

_ حتى الآن: معظم الدراسات تصف غياب علاقة بين الفصام واضطراب (APOE)l'allèle حتى في القدرات المعرفية لبعض المرضى أو سمة ارتباط دلالي بالنسبة لشكل الإزو (L'isoforme)

(E3): في عينة كبيرة من الفصامين (122 حالة) و(126 حالة ضابطة) وجد كل من الباحثين "كيمورا" و"آخرون" "Kimura et Al" انخفاض في وتيرة حدوث الفصام المبكر، وفي المقابل الحالة التي تعرف تحت تسمية جنون الشيخوخة مع ظهور التشابكات لها انتشار منخفض de l'allèle (APOE)e4 وانتشار قوي لل (APOE) E2/E3 .

_ الكتاب اقترحوا تأثير إيجابي ذو فائدة على (E2 / E3) تكوين الاميلويد amyloidogénèse نفس الشيء بالنسبة لمرضاة: التشابكات في جنون العظمة بارزة بين النساء البالغات أكثر من (80 سنة) في مراحل براك (Braak 3-4) .

_ الباحث "تيري" وآخرون "Terry et al" وصفوا لفيف مماثل (النساء المسنات) مع التشابكات الليفية العصبية المحدودة في القرن الدماغية (l'hippocampe) على شكل نوع فرعي.

المرضى الأكبر سناً المصابين بالزهايمر، هؤلاء المرضى على عكس المرضى المكونين لعينة دراستنا في ترسب الاميلويد لديهم (leurs d'èpot d'amyloïde) يتعمم ويترسب في القشرة، أظهرت الأعمال المعاصرة للباحث "بولفيكوسكي Polvikoski" وآخرون أن ترسب ودائع الاميلويد

(l'Amyloïde) يختلف حسب التركيب الوراثي لبروتين الابوليبو (l'Apolipoprotéine): أول عند الذين لديهم (E2/E3)، وسيطية عند الأشخاص الذين لديهم تركيب وراثي (E3/E4)، والدراسات المستقبلية للتكوين الوراثي الجيني (APOE) في الفصام يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الجنس، سن ظهور الاعراض والتعويض الهرموني البديل كمتغيرات في الدراسة.

_ بدون شك اضطراب البروتين تو (Tauopathie)، المتميز والمحدد لدى البعض من المرضى هو ثانوي في علاجهم، الباحث "وسنيوسكي Wisniewski" وآخرون ذكروا إن المهدئات العصبية (Neuroleptiques) ذات دور في التطور المتسارع للتغيرات العصبية الليفية على مستوى الخلايا العصبية والليحات ومع ذلك "نيزاتو" و "لكيدا" "Lkeda"et "Niizato" لم يتوصلوا إلى هذه النتيجة، وفي مقال معاصر للباحث "هيكابي Higaki" وآخرون درسوا تأثير الهالوبيريدون (L'halopéridol) باعتباره مثبط البروتياز (Protéases) المحدد، وجدوا انخفاض في إنتاج بيتا اميلويد الليبتيد من طرف الخلايا المستزرعة، وعلى الرغم من أن البيانات مازالت مثيرة للجدل يبدو من غير المحتمل تفسير هذه النتائج من خلال استعمال الأدوية، بالإضافة إلى ذلك فقط نصف مرضانا تناولوا مهدئات عصبية مع عدم وجود ارتباط إحصائي بين استعمال الأدوية والظهور اليفي العصبي.

دعمت نتائج الدراسات الأخيرة باستعمال التصوير الدماغى فكرة أن الفصام المتأخر هو اضطراب عضوي نتاجنا نحن أيضا تدعم هذه الفكرة وتعارض الدراسات التي تشير أن البارافينيا هي مظهر من مظاهر الفصام عند المسنين. المقارنات التشريحية على مستويات مختلفة تشير إلى خصوصية النتائج الدالة على تشكيل في القرن الدماغى على شكل منقاري (Formation hippocampique rostrale) في هذا المستوى اضطراب البروتين تو (la Tauopathie) يتواجد غالبا مع التشابكات الدبقية على طول السطح الظهري للقرن الصدغي.

_ هذا الاضطراب الخاص بالبروتين تو (Tauopathie) والمقتصر على الجهاز الحوفي (limbique) يعطي لمحة عامة عن الدراسة المستقبلية، وبالتالي الطرق الخاصة لتحديد المناعي لقياسات التركيزات تو (Les concentrations Tau) في السائل الدماغى الشوكي يمكنها أن تعطينا مبادئ توجيهية مفيدة للتشخيص ما قبل الوفاة . في نفس الوقت بالإضافة في الاستروجين والمركبات التي تتداخل مع تشكيل خيوط حلزونية يبدو أنها تفتح الطريق أما تداخلات علاجية ممكنة، بالإضافة إلى ذلك الخريطة

الجينية البروتين تو على الذراع الطويل الكروموزوم رقم (17) يفتح الطريق أما الدراسات المستقبلية على مستوى الجزيئات .

ملاحظة: هذه الدراسة تم تمويلها من المنح المقدمة من مؤسسة تيودور وفادا ستانلي (Théodore et vada stanley foundation) ومجلس اختبار الاستحقاق (Le conseil d'examen du merite V.A). تمت ترجمة الدراسة ونقلها بالتصرف من طرفنا من:

Reçu, novembre 2000/révisé, accepté : 4 septembre 2001 publier en ligne le : 15.12.2001.

Acte de neuropathologie ; springer ; virlag 2001 ; DOI 10.1007/= 00401_ 001_0468_6

الباب الأول:

إثولوجية الأمراض العقلية والنفسية

الباب الأول :إثيولوجية الأمراض العقلية والنفسية

مدخل

الفصل الأول : الصحة النفسية والأمراض العقلية

مدخل

- 01/ أهمية الصحة النفسية.
 - 02/ لمحة تاريخية عن تطور البحوث في الأمراض العقلية.
 - 03/ تعريف الاضطراب العقلي الذهاني.
 - 04/ التشخيص الفارقي بين الاضطرابات العصابية والأمراض الذهانية.
 - 05/ تصنيف الأمراض العقلية (الذهانات).
 - 06 / الأعراض العامة للأمراض العقلية الذهانية.
 - 07/ التفسيرات النظرية للأمراض العقلية الذهانية.
- خلاصة الفصل

الفصل الثاني: البارانويا وإثيولوجية الهذاء

- 01/ البارانويا تعريف الاضطراب
- 02/ الهذات Les délires
- 03/ تصنيف البارانويا.
- 04/ الاتجاهات النظرية لتفسير البارانويا.
- 05 / تشخيص البارانويا
- 06/ العلاج وتطور الحالة.

الفصل الثالث: البارافرنيا

- 01/ تحديد المصطلح: البارافرنيا.
- 02/ ظهور مصطلح البارافرنيا وتناوله.
- 03/ ماهية البارافرنيا وفق طرح كريبلين Kraepelin
- 04/ معايير التشخيص وتصنيف الاضطراب البارافرنيا.
- 05/ أشكال البارافرنيا.
- 06/ التشخيص والتشخيص الفارقي.
- 07/ تطور الاضطراب.
- 08/ علاج الاضطراب البارافرنيا.

مدخل:

تضاعفت الإصابات بالأمراض النفسية في القرن الماضي بعشرات المرات، خاصة في دول العالم المتحضرة مثل الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا والسويد أين نجد نسب الحالات الخاضعة للعلاج النفسي والعقلي في المؤسسات الاستشفائية يبلغ أحيانا معدلات لافتة للانتباه، فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية يعدّ نصف مرضى المستشفيات من المصابين بالأمراض النفسية والعقلية ما سبّب نكبة اجتماعية حقيقية... فما الذي يقف وراء هذه الظاهرة؟ وما مدى تأثيرها على الفرد وأسرته بالتالي على المجتمع؟

لمعرفة ذلك لا بد لنا من تحديد المفهوم والوقوف على أهم الخصوصيات والأسباب الكامنة وراء الاضطرابات النفسية والعقلية.

بالتالي سوف نتطرق ضمن هذا الباب إلى الاضطرابات العقلية والنفسية في فصل أول، حيث نحدد المفهوم بتعاريف شاملة ونحدّد الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية الذهانية، ثم نصنف الاضطرابات الذهانية مع تحديد أهم الأعراض والخصائص العامة للذهانات ونحاول الإطلاع على بعض التفسيرات لأهم الأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات ، أمّا في الفصل الثاني نتناول اضطراب البارانويا بتحديد المفهوم وإظهار أهم التصنيفات والأعراض الخاصة به كما نطلع على مبادئ التشخيص والتشخيص الفارقي ثم نتحدّث عن البعد العلاجي، أما الفصل الثالث فيخص اضطراب البارافرنيا، نحدّد ضمنه الأساسيات التاريخية حوله، ونظهر مبادئ تشخيصه وطرق التكفل العلاجي.

الفصل الأول:

الصحة النفسية والأمراض العقلية

الفصل الأول : الصحة النفسية والأمراض العقلية

مدخل

01/ أهمية الصحة النفسية.

02/ لمحة تاريخية عن تطور البحوث في الأمراض العقلية.

03/ تعريف الاضطراب العقلي الذهاني.

04/ التشخيص الفارقي بين الاضطرابات العصابية والأمراض الذهانية.

05/ تصنيف الأمراض العقلية (الذهانات).

06 / الأعراض العامة للأمراض العقلية الذهانية.

07/ التفسيرات النظرية للأمراض العقلية الذهانية.

خلاصة الفصل.

مدخل:

باعتبار أنّ الصحة هي معيار للاندماج الاجتماعي، فإن سلامة العقل والنفس هما عماد وميزان للتكيف مع المحيط والواقع، ومؤشر عن التوافق مع الذات، بالتالي الإصابة بالاضطراب الجسدي العضوي أو النفسي أو العقلي يؤثر على الإنسان في ذاته وفي محيطه ويخلّ من قدرته على إتيان حياة متوازنة، ما يوجب البحث في هذا الموضوع .

لذات الهدف نطرح التساؤلات التالية: ما حقيقة الأمراض النفسية والعقلية ؟ وما تأثيرها على الفرد والمجتمع؟ وكيف يكون التأثير المتبادل بين صحّة الإنسان ومجتمعه؟

للإجابة عن هذه التساؤلات ، نستعرض في هذا الفصل أهم المعارف العلمية المتوصل إليها والتي هي ذات العلاقة بالاضطرابات النفسية والعقلية .

1/ أهمية الصحة النفسية والعقلية:

سلامة الفرد تحقّق سلامة الجماعة باعتباره لبنة المجتمع، والجسد السليم يبنى بالأعضاء السليمة، منه نحرص على تناول موضوع صحّة الإنسان العقلية والنفسية لتحديد أثرها على الذات كما على الجماعة وخير ما نستدل به قول رسولنا الكريم محمد صلى الله عليه وسلّم " المؤمن القوي خير من المؤمن الضعيف وفي كلّ خير احرص على ما ينفعك".

إذن فمنفعة الفرد تبني منفعة الكل، لكن من مقتضيات الأمر الاستقصاء عن العلل والسببيّات بغية تحديد الظاهرة الشاذة، وحتى نتمكّن من بناء برامج العلاج باعتبار هذه المسبّبات حتى نحقق الوقاية مستقبلا كنتيجة لذلك.

إن البحث الأثيولوجي في سببية المرض يفتح باب التفسير، ورغم وجود اتجاهات نظرية تتبنى إيثولوجية الوراثة منذ بدأت البحوث العلمية بخصوص الأمراض العقلية الذهانية، إلّا أن السلوك البشري معقد، مما لا يسمح بالجزم باتجاه وحيد التفسير، لذلك إجلاء الأمر في هذا الصدد سيكون بتناول عدّة مستويات.

التحليل السببي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار التكوين النفسي للإنسان واختلاف الاستجابات باختلاف الأشخاص وبتتابع وتداخل عوامل الوسط، إنّ الضغط والصراع والمشاكل الأسرية وخبرات الفشل والإحباط من جهة والحراك الاجتماعي وتعدّد المحيط والتطور التكنولوجي، واتساع الحروب... من جهة ثانية، هي عوامل ذات الشأن المباشر على الاستجابات السلوكية المرضية عند الإنسان، كالشعور بالقلق والخوف والتهديد والاضطهاد... لكنها تبقى نسبية من شخص لآخر تبعا لدرجة التكيف والاستيعاب ومستوى التحمل، والنمط العقلاني الموظف باختلاف مستوى القدرات العقلية والنفسية وطريقة توظيف الاستراتيجيات الدفاعية التوازنية.

في ذلك يقول الدكتور محمد عبد الرحمان العيسوي: " في خضمّ هذا الجو المفعم بالانفعالات والصراع والتوتر يعيش إنسان العصر، ولذلك فالمدينة الحديثة وإن كانت قد نجحت في تحقيق الكثير من أسباب الراحة المادية للإنسان بما أنتجته من معدّات تقنية فإنّها قد خلقت له الكثير من المشكلات النفسية

إلى الحد الذي جعل البعض يتشاءم ويصف العصر كلّهُ أنه "عصر القلق" ويقول أن الإنسان قد دفع ثمنًا غاليا لحضارته المادية بالكثير من صحّته ⁽¹⁾.

تعتبر الأمراض النفسية والعقلية من أكثر اضطرابات العصر انتشارا ولا سيما الذهانات التي نتناولها بالدراسة بشكل أخص، ودراسة خصائص الشخصية التي يعيها الإنسان لا يكفي إذا لم تتبع ببحث تحليلي الدوافع اللاشعورية والاستعداد الوراثي الذي يحرك الاستجابات المرضية لديه والظاهرة على شكل اضطرابات مختلفة.

إنّ المرض يعني فقدان الصّحة وخلل الاتزان الذاتي مع المجتمع المحيط والمعايير المعتمدة بين البشر في هذا الصدد تقول الباحثة كليرجيت فرونسواز Clerget Françoise: " نستطيع تعريف المرض كحالة فقدان التوازن النفسي " وبالنسبة "بليوندونى" (G.Beledonu) في قاموس الطب العقلي، كل مرض هو أولاً تهديد وتحت هذا العنوان فالمرض يصيب الإنسان في وحدته، والمرض العقلي يتعلق بإشكالية مزدوجة: فردية واجتماعية، فردية لأن الاضطراب العقلي هو ظهور عدم الاتزان الداخلي الخاص بالفرد، اجتماعية لأنها تعبر عنها عن طريق انخفاض وتراجع في قدرات التكيف مع العالم الخارجي، الوظائف النفسية للفرد بكونها تراجعت فإن هذا الأخير لا يتمكّن من التكيف مع الوسط المحيط وفق المعايير المتفق عليها" ⁽²⁾.

يؤكد ذلك الباحث جاكارد R.Jaccard في قوله: " الطريقة السليمة لأن نقول عن الإنسان أنه مختل تختلف حسب الثقافات ... فنحن مرضى عقليين بالنسبة لمجتمع معيّن نكون فيه في علاقة مع المعايير المسموح بها" ⁽³⁾.

إنّ دراسة السلوك الشاذ يكون أيضا بالرجوع إلى المعايير الثقافية المسموح بها وبالعودة لتفاعل الضغوط النفسية الفردية من جهة والظروف الاجتماعية والثقافية والعائلية من جانب آخر مع عدم إهمال الاستعداد الوراثي والظروف البيولوجية والفيزيولوجية المتباينة وفق الاشخاص، إذن نقول أن تحليل العوامل

⁽¹⁾ الدكتور محمد عبد الرحمان العيسوي: موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الخامس علم النفس الشواذ والصّحة النفسية، ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان 1419هـ/ 1999م، (صفحة 56).

⁽²⁾ Clerget.F: Accueil familiale Thérapeutique, l'interaction familiale comme vecteur de santé, université de France, comté: IUT de Belfort, Montbéliard, mémoire de D.U.EP.SS, 2000/2001,(page12).

⁽³⁾R.Jaccard: La folie, presse université de France,Paris 1988 (page10).

يساعد على فهم الأسباب ومنه وضع برامج العلاج والوقاية، لكن قبل كلّ ذلك يجب عرض لمحة تاريخية موجزة عن تطور الأبحاث والتفسير المتعلقة بالاضطرابات العقلية.

2 / لمحة تاريخية عن تطور البحوث في الأمراض العقلية:

في العصور الوسطى كان يطلق على الاضطرابات العقلية الذهانية تسمية الجنون والتي تعبّر عن غموض غريب يتواجد في الإنسان، هذا الغموض يصنف ضمن الظواهر ما وراء الطبيعية _ para phénomène وهي تتسم بقوى شيطانية استحواذية شريرة، بالتالي وتحت هذا الاعتقاد كان المريض العقلي المسمّى بالمجنون يُحرق مثله مثل الساحر بهدف تطهير نفسه من قوى الشر التي تستحوذ روحه وكل ذلك كان باسم الدين والتعقّف من الذنب الذي استدعى قوى الشر الشيطانية.

في القرن 16 كانت هناك محاولات تسعى إلى الفصل بين ظاهرة الجنون والعقل وباستمرار هذه الجهود تحوّل مصير المرضى الذهانيين إلى الحبس عوضاً عن الحرق، فقد كانوا يحبسون المرضى في منفى خاص بهدف حماية المجتمع والنظام العام من الفوضى، والسلوكات اللاأخلاقية الناجمة عن تصرفات هؤلاء المرضى وجرائمهم، ثمّ ظهرت ضرورة إنشاء مصحات معزولة لاستيعاب التسوّل الناجم عن تصرفات هؤلاء الأفراد في المجتمع وبسبب الأزمة الاقتصادية التي كانت تضرب أوروبا بأكملها والعالم الغربي، عزل المرضى في المصحات لعدم قدرتهم على العمل واتباع نمط حياة المجتمع.

في داخل مصحات العزل، كان المرضى يعاد تأهيلهم وفق المعايير الأخلاقية الاجتماعية المقبولة ومحاولة جلبهم لجاذبة الصواب، بقيت هذه المعاملة سائدة لقرن من الزمن مع استخدام طرق جبرية قاسية في عملية إعادة التأهيل، لكن من جهة أخرى، سمح هذا الحبس الجبري بنشوء ممارسة جديدة من خلال الملاحظات المستمرة للسلوك الشاذ من طرف مختصين، ففتح بذلك الباب أمام التصنيف والتحليل والبحث عن الأسباب ومنه تكوين مبادئ الطب النفسي، وهنا تغيّرت الأهداف فلم يعد عزل المريض فقط من أجل إعادة تأهيله أخلاقياً واجتماعياً إنّما بهدف العلاج عبر تحليل السلوك واكتشاف الخلفيات السببية، ما سمح بتغيير المفاهيم حول المرض العقلي الذي كان يسمّى بالجنون.

توك (W. Tuke) (1822 - 1732م) هو باحث بريطاني لعب دوراً أساسياً في تطوير الطب النفسي البريطاني مستنداً على أعمال كويكر الذي سبقه في ذلك.

أما الباحث الفرنسي (Daquin) داكين (1732-1815م) قام بوضع أساليب علاجية مع المرضى العقليين، هذه الأساليب طورت فيما بعد في القرن 19 وهي تعتمد على احترام المعاملة الأخلاقية وفق مبادئ إنسانية في العلاج وبناء علاقة علاجية تحت هذا المنظور.

شياروجي (V.Chiarugie) (1759-1820م)، باحث إيطالي حاول وضع أساس للملاحظة العيادية المطبقة على المريض العقلي في إيطاليا، وتوصل في دراسته لحوالي 100 حالة إلى تقنين الملاحظة العلمية، كما حاول تسليط الضوء على العلاقة بين الإصابات العضوية والاضطرابات العقلية، ويعتبر أن الجنون هو خلل في توازن أجزاء حيوية في المراكز العصبية ويرتبط بتغير في النظام الفزيائي للدماغ.

الطبيب الفرنسي (بينال) P.Pinal (1745-1826م) اشتهر بمحاولاته تخليص المرضى العقليين من قيودهم بتحديد سببين للمرض، الأول عارضي يخص تأثير الأحداث الخارجية والعاطفية العنيفة على السلوك والثاني مهيمن وهو وراثي إلى حد كبير، كما يجزم أن المرض العقلي يتطور عبر فترات الحياة.

سنة (1838م) صدر بفرنسا قانون يضبط عملية حجز المريض، ما حول الانتباه من اشكالية تحديد مدى أهلية المجنون إلى أهلية المريض العقلي وبالتالي التكفل يكون بشكل آخر، ثم إمضاء هذا القانون من طرف (Louis Phillipe) "فليب لويس" وهو ما نظم عملية الاستشفاء في الهيئات العامة والخاصة وكذا حماية المرضى العقليين وممتلكاتهم ويعطيهم صفة المرضى عوض المجانين أو الشواذ.

وأصبح يستعمل مصطلح الإدماج عوض مصطلح الحجز في مصحات علاجية وليست مصحات العزل، بهدف العلاج وحماية المجتمع، وحدد ذلك في 4 محاور:

- العناية بالمرضى العقليين في المصحات.
- حماية المجتمع.
- حماية الفرد من نفسه.
- حماية ممتلكات المرضى.

ووجب على كل مقاطعة أن تمتلك مصحة، وعلى السلطات الحاكمة تقرير إدماج المريض إما بطلب إرادي أو بقرار رسمي.

في القرن 21 اهتم الطب العقلي بالتحليل والتفسير والشرح، حيث كانت هناك محاولات لتحليل السلوك الشاذ والخلل في نمط التفكير واضطراب العواطف، كما حاول آخرون إيجاد السببية العضوية وراء الاضطراب الذهاني مثل الإصابات العضوية التي تمس الجهاز العصبي والمادة الدماغية ورجّحت أيضا الوراثة كإيثولوجية مسببة للمرض العقلي، هذا الاتجاه فتح الباب أمام محاولات لوضع تصنيف للأمراض الذهانية مع تحديد خصوصيات الدماغ.

بعد الحرب العالمية الثانية أخذ التكفل بالمرضى العقليين اتجاه آخر باستخدام العلاج الدوائي بالتماشي مع العلاج التكفلي وبعض العلاجات الصدمية، كما توسّعت العلاجات التحليلية بازدهار التحليل النفسي وتقنياته في العلاج، عرف الطب العقلي في هذه المرحلة ثلاث اتجاهات كبرى:

أولا : النموذج التنظيمي Modèle Organiste:

هذا الاتجاه يرفض البعد النفسي الاجتماعي للاضطراب العقلي، ويرجع السببية إلى الأصل العضوي.

ثانيا :النموذج التحليل النفسي Modèle psychanalytique

يُرجع هذا الاتجاه المرض إلى اختلال التوازن الداخلي للفرد، ولعلاج ذلك لابد من البحث عن نمط التوظيف النفسي ودراسة الافكار الشعورية لتحديد آثارها على الشعور، وكل ذلك يكون من خلال بناء علاقة علاجية بين الفاحص والمفحوص والتي تساعد هذا الأخير على العودة إلى حالة التوازن من خلال فهم حالته والوعي الذاتي بها.

ثالثا :النموذج الاجتماعي Modèle sociologique

يستند هذا الاتجاه على مفهوم التكوين الاجتماعي وأثر البيئة الاجتماعية على ظهور المرض العقلي باعتباره مولد للضغط والاضطراب سواء كان المجتمع الكبير أو المصغر (الأسرة).

بالموازات مع هذا الاتجاه أثري مجال البحث في الاضطرابات العقلية الذهانية بأعمال ومبادرات منها أعمال الفرنسي "بينال" P.Penelle (1957) الذي حاول إبراز ضرورة التكفل بالمرضى العقلي في منزله بتدخل المختص بصورة متكررة من خلال إجراء العلاج الأسري، هذه المحاولة تحوّلت فيما بعد إلى طريقة منتهجة في الاستقبال العائلي لأسرة المريض العقلي في فرنسا.

في 15 / 1960 مارس: حدّد عمل الطب العقلي 03 مقاطعات جغرافية من أجل التّكفّل الأنجع، حيث تضمن كل مقاطعة التّكفّل بـ: 60 000 مواطن، من طرف فريق عمل متعدّد التخصصات وذلك بهدف الحد من انتشار الأمراض العقلية والوقاية منها وإبعاد الطب العقلي عن مفهوم مصحات المجانين L'asile وتضمن عدم عزل المريض عن أسرته ووسطه. مهام كل قطاع هي:

- اكتشاف الاضطراب العقلي الذهاني.
- علاجه والتّكفّل به.
- إعادة إدماج المرضى.

ما بين (1960 - 1970 م) :في مبادرة للباحث "P.Cooper" كوبر " الذي كان مناصر للاتجاه الاجتماعي، يظهر الاتجاه المعارض للطب العقلي ويرى هذا الأخير أن المرض العقلي ماهو إلا وسيلة للمعارضة ضد الوسط المحيط بذلك يقول جاكارد R.Jaccard : " إنّ الجنون هو عادة نمطية معارضة ضد النظام الاجتماعي بالتالي من أجل علاج الأفراد يجب علاج المجتمع"⁽¹⁾

توسّع هذا المفهوم في إيطاليا مع الباحث "باسقليّة" F.Bassaglia حيث يقول أن تحسين الظروف الاجتماعية تؤدي إلى إغلاق المستشفيات السيكاترية.

طبّق هذا المفهوم أيضا في شيكاكو باعتبار أنّ علاج الفرد وحده ليس كافيا بل يجب وضع علاج نفسي متكامل، لأنّ المعالج يتعامل مع المريض ووسطه و حياته اليومية بتفاعل علاجي إنساني يرتكز على عاملين، الأول بناء علاقة معمّقة بين الفاحص والمفحوص والثاني بناء إطار عمل يدعم هذه العلاقة.

بفرنسا في 30 جوان 1975 وضع قانون يؤكد حق المريض العقلي في السكن، العمل وحد أقصى من المدخول.

قانون (27 جوان 1990) جاء تبعا لقانون (30 جوان 1938) ويضبط ظروف الاستشفاء.

هذه القوانين سمحت بتأطير الاضطرابات العقلية والنفسية، وكذا طرق توظيف وسائل العلاج والإطار القانوني الذي يضمن حقوق الأفراد.

(¹) Jaccard.R. la folie, presse universitaire de France, Paris, 1988,(page12).

من ثم أصبحنا نتكلم عن التكفل العلاجي عوضاً عن الحجز الصحي للمرضى العقليين أو الذهانيين والنفسيين عوضاً عن تسميتهم بالمجانين أو المسحورين أو المستحوزين، أدى كل ذلك في القرن 21 إلى الاعتراف بالطب العقلي وظهور اتجاهات جديدة في العلاج النفسي ببعد إنساني، اجتماعي وأخلاقي موضوعي، كما حدّد تعريف متكامل للاضطراب العقلي الذهاني بشكل أكثر منطقية ⁽¹⁾

3 / تعريف الاضطراب العقلي الذهاني:

إن الفرق الفاصل بين الذهان والعصاب هو درجة امتلاك الشخص للإدراك الشعوري بالذات وبالواقع المحيط ومدى التحكم في العلاقة المنطقية بين الواقع والخيال التوهمي، بذلك يمكن تحديد مفهوم الاضطراب الذهاني الذي يمكن أن يتراوح بين الانحراف الانفعالي الخفيف وصولاً لمظاهر التدهور العقلي العميق.

قد يكون الاضطراب حاداً أو مزمناً أو متخفياً أو متقلباً دورياً، وبتعاظم الحالة العرضية تظهر الدفاعات المصنفة للاضطراب النفسي الذي يمس الشخصية.

يعرّف الدكتور عبد الحميد محمد شاذلي المرض العقلي الذهاني كالتالي: "المرض العقلي أو الذهان، اضطراب خطير في الشخصية بأسرها، في صورة اختلال شديد في القوى العقلية والإدراك واضطراب في الحياة الانفعالية مما يحول دون تدبير الفرد شؤونه ويمنعه من التوافق في كل صوره".⁽²⁾

أما الدكتورة فرانسواز جيلمات "Françoise guillemette" فتتميز تعريف الاضطراب العقلي الذهاني بين تناولين الأول خاص بالطب النفسي السيكاتري والثاني خاص بطب الأعصاب وتقول في ذلك: " بالنسبة للطبيب السيكاتري النفسي المرض العقلي الذهاني هو اضطراب في السلوك كلما كان هناك ضغط نفسي شديد ما يخلّ بالدفاعات النفسية المعتادة، وحين يصبح توظيف العقلنة غير ممكناً، فالدفاعات السلوكية السيئة لا تخضع للعقلنة وتخرج بالتالي عن سيطرة الشعور الخاص بالمرضى، اضطراب السلوك يظهر بالتالي كمنتج نفسي يعبر نسبياً عن الضغوط الداخلية، أما بالنسبة لطبيب

⁽¹⁾ Cherget Francois: "Acceil familiale thérapeutique ,Interaction familiale comme vecteur de santé, université de France-comte I.U.T de Belfort – Montbéliard D.U.E.P.SS, direction de recherche J-C Manderscheid 200/2001,(page07-12).

⁽²⁾ الدكتور عبد الحميد محمد شاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الاسكندرية-الأزريطة-

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بأسوان/2001 (صفحة 139).

الأعصاب فالمرض العقلي هو سلوك مزعج ومعيق يخرج عن المعايير الثقافية والاجتماعية، وهو عادة مزعج للمحيط أكثر منه للمريض⁽¹⁾.

إذن نلاحظ أن الاضطراب العقلي مرتبط باختلال السلوك والخروج من المعايير المعتمدة، أما ضمن الطب النفسي فيفسر هذا السلوك المختل بالعودة إلى توظيف العقلنة وأثرها على اتزان السلوك النفسي في مواجهة الضغوط كما يرجع الاضطراب إلى الخروج عن الضبط الشعوري والإدراك المنطقي لعملية التفاعل مع الواقع وهو عملية تفاعلية داخلية عند المصاب.

من جهة أخرى تعرف الباحثة " فتحة يوسف السباتين " الاضطراب الذهاني وتصنّفه في قولها: " المرض الذهاني هو اضطراب عقلي وانفعالي عميق يبدو الشخص غير قادر على ضبط سلوكه ويتعطل تفكيره وعمله، وتقسّم الأمراض الذهانية إلى ذهانات عضوية وذهانات وظيفية، وتضم الذهانات العضوية حالات متعددة منها الصدمات والصرع، أما الذهانات الوظيفية فتضم الفصام، الزور والذهان الانفعالي، والأصل في الذهانات الوظيفية أن منشأها نفسي، أما الذهانات العضوية فيبحث فيها عن إصابة جسمية آذت الدماغ عن وظيفته، ورغم ذلك فهذا تفاعل بين الأسباب النفسية والعضوية في حدوث المرض⁽²⁾."

هذا التعريف يتفق مع التعريف السيكا تري والنفسية الذي يرجع المرض العقلي إلى اختلال السلوك نتيجة للتوظيف العقلاني السيئ مقابلة بالضغوط الداخلية، ولا ننسى الإشارة إلى أن المريض العقلي له قابلية للتعايش في الوسط البدائي أو المتخلف أكثر منه في الوسط المتحضر وهناك يظهر تأثير الضغط الاجتماعي فكما كان هناك تطور كلما عرقل نمو الذات بسبب كثرة الصراعات والضغوط لذلك فمعظم الدراسات في هذا المجال أكدت الأثر السلبي للتطور التكنولوجي والحضاري على التسريع في ظهور الاضطراب العقلي، رغم بقاء التشخيص أحيانا صعب التحديد بسبب تداخل الأسباب والأعراض، وأحيانا بسبب تخفي السلوك العرضي، وأحيانا أكثر خضوع المجتمع والأفراد لمعتقدات ميتافيزيقية وقبلية ولجوئهم لطرق علاجية لا عقلانية كالسحر والعرافة والشعوذة وغيرها من مظاهر الخرافة، كما أنّ المريض قد يلجئ للعلاج الذاتي معتقدا بقدرته الذاتية على السيطرة على السلوكات الشاذة دون أن ينتبه بأنه يقوم

(¹) Dr F guillemetteles psychotique vieillissant, ou ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Université de Paris, Faculté Cochin-port Royal. E.H.P.A.D, année universitaire 200/2007(page 11)

(²) فتحة يوسف السباتين، الأمراض النفسية والعقلية وعلاقتها بالشياطين، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى 2003 (صفحة 07).

بتثبيتها من خلال عملية الكبت، من جهة أخرى التقاليد والمعتقدات قد تقود إلى مزيد من الشعور بالذنب وتوجيه الضغط النفسي على الذات.

يوضح ذلك الدكتور عبد الرحمان عسوي فيقول: " من الصعب اكتشاف الأمراض العقلية في مجتمع يسيطر عليه الأطباء السحرة والعرافين في الوقت الذي يخاف كل المجتمع من التابو وغيره من المظاهر الخرافية superstition بل إن بعض مظاهر عدم الثبات تساعد الفرد في مثل هذه المجتمعات على أن يصبح طبيبا ماهرا.. وقد تقود التقاليد الدينية إلى مزيد من الشعور بالذنب وتجعل الفرد يميل إلى أن يعكس عدوانه على ذاته بدلا من أن يصبّه على الغير إذا ما كانت التقاليد الدينية متزمتة ..على وجه العموم نقول أنه كلما تعقدت حضارة المجتمع وكلما نمت هذه الحضارة نما الشعور بالذنب والشعور بعدم الملاءمة وكلما كان من الصعب على الذهاني أن يتكيف مع المجتمع".⁽¹⁾

أما الدكتور فريد كاشا فقد حاول إعطاء تعريف عام في قوله: " الاضطراب العقلي الذهاني يتميز بسلوكات نفسية و / أو سلوكات مرتبطة بخلل بيولوجي، اضطراب نفسي وراثي أو اجتماعي يصنف ضمن مجموعات: الإصابات الذهانية، الإصابات العصابية أو توترية مصحوبة بفقدان معنى الواقع أو الإصابات العضوية مرتبطة بإصابة الوظائف المعرفية والعضوية".⁽²⁾

من خلال التعاريف التي تناولناها حاولنا عدم إهمال أي عامل مسبب للمرض العقلي أو أي بُعد تفسيري لطبيعة الذهانات بمختلف الاتجاهات النفسية العصبية الوراثية البيولوجية والسيكاترية وكذا الاجتماعية، وفيما يلي نعرض أهم الخصوصيات التي تساعد على وضع الحد الفارق والتمييز بين العصاب والذهان رغم صعوبة ذلك في أغلب الأحيان بسبب التداخل العرضي.

4 / التشخيص الفارقي بين الاضطراب العصبي والأمراض الذهانية:

يذهب بعض العلماء في تصنيف الأمراض النفسية إلى تقييم شدة الأعراض وهيمنة بعضها على السلوك، ومن جانب آخر تحديد درجة الإدراك الشعوري عند المريض والتوازن بين السلوك الظاهر الذي يوظف مجموعة من الميكانيزمات الشخصية والواقع الداخلي للإنسان، إذن فالحدّ الفاصل بين الأمراض العقلية والنفسية هو حدّ معياري كمّي ونوعي أيضا ، لكننا نجد تداخلا كبيرا في أعراض كلا الفئتين ما

(¹) د. عبد الرحمان عسوي: الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، دار النهضة للنشر، بيروت 1990 (صفحة 285).

(²) Farid Kacha psychiatrie et psychologie médicale; Entreprise nationale du livre, Alger 1996, page (35 – 36).

يصعب عملية التشخيص ويبقى تحديد مدى نسبية التواجد هو المعيار الأساسي للتقييم، كما قد تتداخل ميكانيزمات دفاعية بدرجات متفاوتة في أشكال مرضية ذهانية بينما هي ذات توظيف عصابي من حيث المبدأ، وأحيانا نجد اضطرابات على شكل مجموعة من التناذرات فتشخص كعرض بدلا من كونها مرضا ومثال على ذلك حالة القلق والنوبات العصبية المتواجدة في أغلب الاضطرابات العصابية والتي تنتج عن الصراعات الداخلية والضغط النفسي أو التصادم بين الغريزة والدفاع ، ونجد القلق أيضا في اضطرابات ذهانية لكن ليس بنفس الشكل ولا الدرجة، ونجد حتى داخل الاضطرابات الذهانية الهذات والهلاوس كعرض مشترك وهنا ينبغي العودة إلى الشكل المهيمن أكثر من السلوك والحالات ..كل ذلك يقودنا للقول أن الأساس الفاصل بين الأمراض العقلية الذهانية والأمراض العصابية لا يمكن الجزم فيها إلا نسبيا، فالإنسان وحدة معقدة في خصوصياتها وتفاعلاتها ما يجعل التشخيص يتوقف على الفارق النسبي والذي يكون تقريبي في معظم الأحيان، ويمكن القول أنه مجرد ترجيح للتقييم الأكثر احتمالا وتناسبا مع طبيعة الأعراض وشدتها وتواترها.

مقارنة بالأمراض العصابية فإن أعراض الأمراض الذهانية يصعب تمييزها بسبب التداخل الشديد بينها ولكثرتها نوعيا وكذا اشتراكها مع الأعراض العصابية أحيانا في الظهور، من جهة أخرى صعوبة الاتصال بالمريض الذهاني لابتعاده نسبيا عن التفاعل المنطقي مع الواقع الخارجي وتدهور القدرات العقلية لديه وعلى المستوى الانفعالي نجد إسرافا قد يكون بالإيجاب أو سلبيا مثل حالات الغضب والتهيج والانسراح والانبساط أوالاكتئاب والنشاط الحركي الزائد وتدفق الأفكار وسرعة الإنفعال...عموما الأعراض عن الذهانيين تكون أكثر عنفا وبعدا عن الحياة العقلية السوية مقارنة بالعصابيين الذي يحافظون على حد أدنى من قدرتهم المنطقية والتبصرية ويقون نسبيا في علاقة تفاعلية مع الواقع الخارجي مما يسهل عملية التواصل العلاجي، بذلك يكون الذهاني خطرا على نفسه قبل الآخرين، ومما يزيد من حدة الأمر تدهور الوظائف العقلية لديه وابتعاده عن الواقع فيلجأ إلى صنع عالم خيالي يناسب نمط تفكيره المتميز بالهلاوس والهذات والكذب المرضي والسلوكيات العدوانية.

يحدد الدكتور عبد الحميد محمد الشاذلي الحد الفاصل بين الذهانات والعصابات كمالي:

" 1- مدى حدوث المرض: يصيب المرض النفسي الأفراد من مختلف الأعمار أطفالا وشبابا وشيوخا في حين أن المرض العقلي قليل ما يصيب الأطفال ويحدث بنسبة أكبر لدى الأفراد في مختلف الأعمار باستثناء مرحلة الطفولة.

2 - الأسباب : يرجع المرض النفسي إلى خبرات الطفولة غير السارة وأساليب التربية الخاطئة سواء في البيت أو المدرسة أو المجتمع فأسباب المرض هنا بيئية والعوامل الوراثية غير محددة بينما ينتج المرض العقلي عن اختلال في وظيفة المخ والجهاز العصبي وقد يرجع إلى أسباب عضوية، وقد ثبت أنّ للعوامل الوراثية أهمية خاصة في بعض الحالات.

3 - الحيل الدفاعية: يستعمل العصابي حيلة دفاعية متعددة تسيء إلى جانب جزئي من التوافق الفردي الذي يرتبط بالمشكلة التي يعاني منها، أما عند الذهاني فتتطور الحيل الدفاعية إلى أوهام معقدة ومزينة.

4 - السلوك العام: في حالة المرض النفسي يكون الكلام والتفكير منطقيين مترابطين ولا توجد هلوسات ولا هذات في حين يكون الكلام والتفكير غير مترابطين والسلوك غريب وشاذ مع وجود هلوسات وهذات في حالة المرض العقلي.

5 - التوافق الاجتماعي: يتطابق سلوك العصابي بصفة عامة مع المستويات الاجتماعية المقبولة بينما لا يتفق سلوك الذهاني مع المستويات الاجتماعية المقبولة.

6 - العلاج: في حالة المرض النفسي يكون العلاج النفسي هو الأساس أما في الحالة المرض العقلية يكون العلاج بالمركبات الكيميائية، وعندما يصبح الاتصال بالواقع ممكناً يبدأ استخدام العلاج النفسي.

7 - المآل (احتمال الشفاء): يتحسن المريض نفسياً بالعلاج المناسب وتكون نتائجه غالباً فعالة، أما في حالة المريض عقلياً فتكون نتائج العلاج غير مؤكدة وغير مضمونة في أحوال كثيرة والنكسات محتملة والتدهور شائع خاصة إذا تأخر العلاج⁽¹⁾

بالتالي نقول أن المرض النفسي أو العقلي هما مظهران لاضطراب الشخصية وسوء توافقها وإن كان هناك فرق بينهما من حيث المظهر والأعراض والمنشأ وحتى الشكل الذي تظهر عليه وفقاً للعوامل المفجرة للمرض.

(¹) الدكتور عبد الحميد محمد الشاذلي: "الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية"، المكتبة الجامعية الاسكندرية الأثرية،

مصر 2001 (صفحة 146-147).

وفيما يلي نحاول إعطاء تصنيف شامل للأمراض العقلية الذهانية رغم وجود عدة تقسيمات في هذا المستوى تبعا للتناول النظري المعتمد.

5 / تصنيف الأمراض العقلية (الذهانات):

وفق ما صدر عن الباحث عبد العلي الجسماني " تصنّف الأمراض الذهانية عامة إلى فئتين رئيسيتين هما:

أولا : الذهانات الوظيفية: لا تعرف فيها أي أسباب عضوية أي أنها نفسية المنشأ تندرج ضمنها:

- اضطراب التفكير: كحالات فصام الشخصية، الهذات (البرانويا).
- اضطرابات الوجدان: كما في حالات الزهان الاكتئابي - الهوسي (بما في ذلك الزهان الدوري، الاكتئابي، الهوسي).

ثانيا : الذهانات العضوية: هي اضطرابات مرتبطة بأمراض جسمية عامة أي الأسباب تكون عضوية عصبية أو كيميائية تحدث نتيجة تلف في الجهاز العصبي ووظائفه وتؤدي إلى اضطرابات حادة في الوظائف النفسية مثل وظيفة التفكير المجرد، الكلام والإدراك ونجد هنا مثلا:

- زهان الشيخوخة إما الشيخوخة الطبيعية أو المبكرة.
- الزهان الناجم عن عدوى أو اضطراب الغدد الصماء أو الأورام أو اضطراب التغذية أو اضطراب الدورة الدموية ..أو الصدمات والرضوض الدماغية أو التسمم الناتج عن المخدرات والكحول والمهذئات.

ونجد تصنيفات أخرى منها تلك التي حددها الدكتور عبد العلي الجسماني والتي جاءت كالتالي:

أ - أمراض عقلية منشأها غير معروف (مجهول) لحدّ الآن:

- الفصام (الشيذوفرنيا)، وما يشتق منه مثل: الخبل المبكر، الاضطرابات الفصامية، الرديات (ردود الأفعال) الفصامية: ومن هنا تنشأ تفرعات أخرى هي:

- النمط البسيط.

- الهيفرينيا (نمط من أنماط الفصام).

- النمط البارانوي.¹

- النمط الدوري وهذا النمط يشتمل على : الشزوفرينيا الحادة، التخشب الدوري، الشيزوفرينيا الدورية والشزوفرينيا الاكتئابية.

* البارانوية.

- البارانويا
- الذهان الاكتئابي - الهوسي: مافي ذلك (ذهان دوري، اكتئاب وهوس)
- ذهان الخرف المبكر، ويشمل:

- اكتئاب انتكاسي مبكر، اكتئاب انتكاسي متأخر، ملنخوليا سن اليأس.

- حالة البارانويا الخاصة بالخرف المبكر، ويندرج في هذا السياق جميع أنواع الأوهام الذهانية الخاصة بالخرف المبكر.

- خبل الخرف
- مرض الزهايمر
- الصرح.

ب- أمراض اضطرابات عقلية مرتبطة بأمراض جسمية عامة: مثل العدوى وحالات التسمم، والصدمات والكدمات وأعطاب عضوية أخرى:

- الاضطرابات العقلية في حالة نشوء الأمراض الحشوية.
- حالات الوهن المزمنة والحالات العصبية.
- الاضطرابات النفسية الناجمة عن التهابات السحايا والتهابات المخ الأخرى.
- الاضطرابات العقلية الناشئة عن سفلس المخ، ومنه:

- السفلس المخي

- الشلل المبكر.

• الاضطرابات النفسية الخاصة بالأمراض الجسمية غير المعدية، مثل أمراض القلب، والكبد وجهاز الغدد ومنه الغدد الصم ويتفرع من ذلك ما يأتي:

- الذهان الحادة الناشئة عن عوامل جسمية الأسباب.

- الذهان الحادة الناجمة عن عوامل جسمية المنشأ.

- حالات الوهن ذات الأصل الجسدي.

- أمراض نفسية تسميّة، ومنها:

- الإدمان الكحولي المزمن.

- الذهانات الناجمة عن إدمان الكحول: الذهانات الكحولية ومن أنواعها الهذيانات ، الهلوسات الكحولية، حالات البارانويا الكحولية، الأوهام الكحولية، التسمم الكحولي المرضي، الشلل الوهمي.

- تسمّات من ضروب أخرى

- التسمات المهنية، ومنها تسمات الذهانات الحادة.

- أمراض عقلية تعزى إلى أذى يصيب المخ كالجروح وغيرها، أو ما يلحق بالدماغ جراء صدمة كهربائية، ومنها:

- ذهانات الصدمة الحادة.

- الذهانات المزمنة.

- اضطرابات الشخصية المتكررة وحالات الوهن.

- اضطرابات نفسية لدى الاشخاص الذين يقاسون من أمراض عضوية وبخاصة الأمراض التي تصيب المخ، ومنها:

- أورام المخ.

- أمراض تصيب الأعصاب.

- الخبل المتسبب عن ضمور في المخ، ولا سيما في حالات الخرف المبكر، ومن ذلك:

- مرض بك Pick's Disease

- أمراض أخرى نفسية وعقلية متعددة الأسباب.

- اضطرابات نفسية مختلفة المنشأ، ومنها :

-الذهانات الدورية

- حالات مرضية أسبابها خارجية ينتج عنها أمراض نفسية وجسمية.

ج/ رديات نفسية:

- ذهانات ردية أصلها نفسي
- ذهانات هستيرية حادة ومنها حالات الوهم، الذهول، شبه الخبل، الصببانية..إلخ.
- حالات الذهان البارانونية.
- الاكتئاب الردي.
- أنواع أخرى، ومنها الحالات السويداوية وأوهام الغيرة.

د/ - العصابات، أو الأعصبة، ومنها:

- الوهن العصبي.
- عصاب الحالات الوسواسية.
- الهستيريا وتتطوي على حالات مرضية ، منها : النسيان، العمر، فقدان الصوت، التشنجات، الشلل، العجز عن الوقوف والمشي، الحشم.
- حالات عصبية لا سيما منها عند الأطفال، ومن ذلك مثلا الخرس الاصطفائي التأتأة، اللزمات، التقير التعودي، التبول..إلخ.

هـ / اضطرابات عقلية ناشئة عن تطور أمراض نفسية:

- الشخصية السيكوباتية، ومن أنواع ذلك :

- الأنماط الوجدانية - الشخصية الهستيرية.

- الأنماط الواهنة. - الانحراف الجنسي.

- الأنماط العرضية الفصامية - الشخصية القلقة.

- الشخصية البارانونية. - الحالات الشبيهة بالسيكوباتية وأصلها أنها

تطورت خلال مرحلة الطفولة بعد تعرض المخ إلى عدوى في فترات النمو.

- الضعف العقلي ومن أنواعه:

- الضعف العام الذي يصيب العقل بشكل مباشر وعام.

- البله.

- العته.

- أمراض جنينية من أنواع شتى من أصول مختلفة" (1)

بعد هذه التصنيفات العامة والمبينة لأهم الاضطرابات العقلية، لابد من معرفة أهم الأعراض التي يتم التشخيص وفقها:

6 / الأعراض العامة للأمراض العقلية الذهانية:

تعدّد و تداخل أعراض الذهانات الوظيفية والعضوية ولا تحدث فرادى بل تحصل في شكل مجاميع عرضية Symptôme complexe أو تأخذ صورة زمالات متلازمة Syndromes ، تخضع لتغيرات معينة تماشياً مع تطور المرض، أي أنه لحدّ الآن لم يتّفق نهائياً على تصنيف هذه الأعراض والزمالات المرضية، فنجد من يميل إلى ترجيح العرض البارز والغالب على الحالة وهناك من يصنّفها وفق العرض الأصلي الظاهر مثل العرض الاكتئابي أو الاضطهادي أو الهلوسي، وهناك من يصنّفها حسب طريقة تطور المرض فنجد التناذرات الدورية (Circular) أو التناذرات البواقي (Residual) أو امتدادية (Protracted) أو أولية (Inial) أو عصابية (Neurotic)، أما بعض المختصين فيضعون الأعراض العامة والأعراض الخاصة، في الأعراض العامة نجد: الوهن والانهاك العصبي، السيكوباتية الخبل أو العته، أما في الأعراض الخاصة نجد الأوتوماتية أو الآلية النفسية، الشرود، الحالات شبه الصرعية (ناتجة عن ورم دماغي).

يحدد الدكتور عبد العلي الجسماني هذه الأعراض قائلاً "إن كل تناذر ليكن معلوماً يتكون من ثلاثة مصاحبات متلازمات هي:

1- / أعراض تتمّ عن عجز في الجهاز الفيسيولوجي للمخ من الناحية التشرّحية.

2- / أعراض تعبر عن تقكّك وتخلخل في النظام المخّي.

3- / أعراض تدلّ على أن الشخصية مفكّكة نتيجة لمرض أصاب المريض في نظامه الفيزيولوجي

أو نظامه النفسي أو كليهما". (2)

(1) د. عبد العلي الجسماني: "الأمراض النفسية تاريخها-أنواعها-أعراضها - علاجها" الدار العربية للعلوم.

الطبعة (1) (1418هـ / 1998م) من صفحة (117 إلى 122).

(2) عبد العلي الجسماني، المرجع السابق (صفحة 77).

إن هذه التصنيفات جاءت عبر الملاحظات الإكلينيكية، وأهمّ الأعراض التي نصادفها في الممارسة الميدانية النفسية المتعلقة بالأمراض العقلية نجد:

• التفكك:

هو عدم تمكّن الفرد من الربط الفعلي بين أفكاره وخبراته الشخصية ولا القيام بعمليات الحكم والتفكير المنطقي، في الحالات الحادة تكون على شكل ارتباك وعدم القدرة على إدراك أي حدث خارجي.

• الهلوس:

الهلوسة هي مدرك حسي غير متواجد في الواقع الخارجي وغير مستحدثة بمنبه حقيقي، مع رسوخ الاعتقاد بالوجود الفعلي لهذا المنبه، جميع الحواس تكون خاضعة للهلوس وأكثرها شيوعا الهلوس السمعية والبصرية كأن يرى المريض حيوانات خرافية مفزعة أو يسمع أصوات تهدده أو تأمره، أما الهلوس اللمسية فقد يحسّ الإنسان المريض بأن ديدان تمشي على جسده والشميّة كأن يشتم غازات خائقة وذوقية كأن يحس بأنه يأكل لحما متعفّنا.. وقد نتج الهلوس بسبب شدة الإيحاء عند المريض والانفعالات الخوف والفرع والقابلية للتهيّج، هذا العرض يميز حالات الفصام وبعض حالات الإصابات العصبية العضوية أو التسمّمية، الكحول والمخدّرات كما قد تحدث في حالات الإرهاق العصبي.

• الهذات: أو الزور

لغة: بمعنى الهذر بكلام غير مفهوم، والزور هو الانحراف والميل وهو ترجمة للكلمة اليونانية بارانويا المستخدمة في الطب العقلي والتي يكون فيها هذا العرض أساسيا، إذن الهذاء هو الانحراف عن الواقع بأفكار زائفة نتيجة شدة الانفعال الخيالي بلا ضابط محتكم للواقع فيعتقد الإنسان الهذائي نفسه أنه متميّز بقدرات خارقة دون الآخرين كما أن هؤلاء يحسدونه على هذه القدرات ويتربصون به السوء بالتالي تكون للهذات صفة العظمة والاضطهاد في نفس الوقت بشكل ممنطق وفق خيال المريض.

تقول الكاتبة فتيحة يوسف البساتين في الهذات ما يلي: " الهذيان هو تبلبل عقلي مؤقت ينجم عن شدة انفعالات الخيال بلا ضابط مع اختلال الحكم على الأمور، وينفسح مداه من مجرد نزوة طيش وخفّة عقل عابرة إلى حالة جنونية بيّنة، ويعتقد المريض باعقادات غير صحيحة ويتشعب بها ومنها الشعور بالعظمة أو الاضطهاد أو قد يتوهّم المرض والفناء، أو يصبح بطيئ التفكير أو تطير أفكاره، ويفقد

الاتجاهات الزمانية والمكانية، وهو يظهر ضمن أعراض الأمراض العقلية الوظيفية والعضوية مثل ذهان الهذاء (بارانويا) والفصام (شيزوفرينيا) والمرض السوداوي (ملانخوليا) والشلل الجنوني العام، ومن أسبابه بعض التسمم (ضربان رعاشي) ناتج عن الإدمان والأمراض المعدية وأمراض المخ والإرهاق والعقاقير، وليس من اللازم أن يقترن المرض بتغيير ظاهر في تركيب المخ".⁽¹⁾

تصنّف الهذات لعدة فئات لكننا في هذا المستوى سوف نكتفي بذكرها تحت الفئات العامة التالية كما ذكرت من طرف الدكتور عبد الحميد محمد شاذلي وسوف نتّسع في الموضوع في فصل لاحق.

1- الهذات السودادية: يعتقد الشخص ذو الهذات السودادية أنه مذنب خاطئ أو أنه سؤال عن كل مصائب الدنيا وهو يقبل ذلك في مذلة ويعتقد أنه أهل لأي عقاب يمكن أن ينزل به، وقد يشعر المريض أنه يعاني من خسارة عضوية مستحيلة فيؤكد أنه مجرد من المعدة أو أن ساقيه متعفتان.

2 - هذات الاضطهاد: يعتقد المريض أن الآخرين يتآمرون عليه بدس السم له أو حبسه أو قتله ويوجه الاتهام عادة إلى البارزين من رجال المجتمع كما تكون لدى المريض خطط مفصلة للدفاع عن نفسه ضدّ هذا الاضطهاد.

3 - هذات العظمة: يعتقد المريض أنه واسع الثراء أو أنه شخص عظيم وقد يحدث في النادر أن يسلك المريض كأنه ملك في المنفى أو مخترع عظيم، وتظهر معظم هذات العظمة في الأطوار المتأخرة من المرض بعد أن يكون قدر من الخبل قد بدأ".⁽²⁾

• الهوس:

هو الفرط المزاجي والإثارة دون كبح أخلاقي، يكون المصاب في حالة سيل متدفق من الانفعالات دفعة واحدة مع انفجارات تصويتية وإيماءات جسدية مفرطة والسلوك التحرري والاستشارة المطلقة للغرائز بشكل حماسي وعنيف وفرط حركي كبير، كما يميل إلى السخرية خاصة من أخطاء الآخرين أو حتى من كلامهم العادي بشكل وقح ولا يتوارى عن توظيف الكذب والقذف والنميمة والتهكم بمزاج فاحش، أي

(1) فتية يوسف السباتين: " الأمراض النفسية والعقلية وعلاقتها بالشرطين"، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2003م، (صفحة 9-10).

(2) د. عبد الحميد محمد الشاذلي، " الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، الاسكندرية، مصر، طبعة 2001 (صفحة 142).

مقاومة لهذه التصرفات تثير لديه الهيجان والغضب والعدوانية، التركيز غير مستقر في الحالات الحادة والهيجان يكون بشكل غريب كالصراخ، بأعلى درجة دون انقطاع وتمزيق الملابس دون تردد أو حتى أكل فضلاته، هذه الاضطرابات السلوكية تظهر عدم وجود أي كبح أخلاقي أو درجة عقلنة ضابطة بالتالي قد ينتقل المريض حتى إلى درجة الاعتداء والعنف وانتهاك الحرمات بشكل غير مسؤول وغير واعي ما يستلزم الاستشفاء بشكل عاجل، تفكير المريض يغلب عليه الاستعلاء والعظمة مع زيادة النشاط الحركي بالموازات مع تفكك النشاط الذهني المتدقق.

• الاكتئاب:

هو نوبة من سوداوية المزاج تشبه أعراضه أعراض المريض السوداوي في خفض النشاط الحركي والإحباط التام مع انعدام الاهتمام بالعالم الخارجي وغياب أي محفز للانبساط، هبوط المزاج يظهره في أشد حالات المعاناة والتشاؤم واليأس والأرق والشعور بالذنب والرغبة الانتحارية وكل ذلك في غياب سبب منطقي أو واقعي.

يرجع هذا السلوك عادة إلى اضطرابات فزيولوجية تحدث في الدماغ المتوسط وهو خلل انفعالي، يتميز المريض أيضا بالشكوك والتأوهات وتأنيب الضمير والالتهام الذاتي، يميل للأفكار الانتكارية (يعتقد أنه لا يمتلك أمعاء ولا معدة، ودمه قد تخثر...)، نجد أيضا اضطرابات في التغذية حيث يرفض الأكل أحيانا أو يلجئ للتغذية بالأنبوب الاصطناعي مما يظهر الأفكار الإضطهادية لديه، عندما تكون الأعراض حادة تظهر على شكل تصبب للعرق، الارتعاش، البكاء والإحباط والتوهان وهو في هذه المرحلة عرضة للانتقال للفعل الانتحاري، فهو عموما في حالة هذيان سوداوي على شكل غلو في التشاؤم العصابي المنشأ وقد يؤدي أحيانا إلى ظهور الأشكال الهلوسية الحسية.

• البلادة الانفعالية والانسحاب:

هو حالة فقدان لكل حافز للتفاعل الاجتماعي وعدم الاكتراث لما يحدث حوله، يبدو المريض في هبوط حاد انفعاليا وبطيء في الاستجابات السلوكية الحركية والتعبيرية الفكرية فيظهر ما يسمى الكلام النمطي ذو العبارة الواحدة المكررة بصوت منخفض، وأقصى حالات الانسحاب تكون على شكل التصلب أو السبات التخشبي حيث يبقى المريض في نفس الوضعية دون حركة.

• اضطرابات التفكير:

يتميز بالانتقال اللامنطقي من فكرة لأخرى وانتقال السياق الخطابي فجأت وقد يدور الحديث حول كلمة واحدة مكررة ونجد المريض يتميز بالشك وتوهم المرض في أعضاء الجسم.

• اضطرابات الذاكرة:

كأن يفقد المريض ذكريات معينة أو جزء كبير من ذاكرته أو العكس قد يتذكر أدنى التفاصيل.

• **الخلل:** يعني انحلال السلوك الذهني إما على شكل صعوبة تذكر المعلومات العامة

المكتسبة سابقا (حتى اسمه أو اسم والديه) أو على شكل صعوبة تعلم أي خبرات جديدة.

• سوء التوجه الزماني والمكاني:

فقدان التحكم في البعد الزمني والأماكن وحتى قدرة التعرف على الأشخاص ويكون سوء التوجه أحيانا مؤشر عن التفكك وقد ينتج أحيانا عن الخلل.

7 / التفسيرات النظرية للأمراض العقلية الذهانية:

تُحلّل العوامل المسببة للمرض العقلي الذهاني بغية محاولة فهم التكوين العرضي للمرض وبهدف تحديد الأدوار ومعرفة طرق التعامل والتكفل بالمريض سواء من طرف المختص أو الأسرة أو المجتمع، ولا شك أنه عندما نشعر في تفسير السلوك الشاذ أو السوي نتناول أيضا الأنماط المكتسبة والتي نماها الأنا للدفاع عن حاجاته وصراعاته وقلقه الناتج عن الأحداث العصبية بهدف تحقيق التوافق والتكيف مع الواقع المعاش، هذه السلوكات تنتج عن تراكم مجموعة من العوامل التي لا ربما تكون إحداها أكثر أثرا من الأخرى على الشخصية، لكن يبقى لكل منها دور معين في صنع المرض العقلي والنفسي.

ضمن هذا المنظور سوف نبحت عن تأثيرات البيئة والوراثة والتطور البيولوجي والعضوي والتفاعل الاجتماعي والميولات العقائدية وأنماط التربية ... تأثير كل ذلك على سير العقلنة والسلوك وعلى ظهور الأعراض المرضية وخلفية منشأها ما ييسر لنا فيما بعد النظر لآفاق العلاجية والوقائية والتوعوية.

إنّ تجمع الضغوط باختلافها يعطي أنماطا من السلوك المرضي الذي يعكس حقيقة وجوه المرض ويظهر طريقة نمو الذات أو صنعها وشكل التوظيف النفسي في مواجهة الصراعات ولكن

الأساليب التفاعلية في السلوك تتباين من فرد لآخر تتناسب مع درجة الصلابة في مستوى العقلنة التي تحقق التوافق مع الواقع من عدمه، فقد يؤثر طرف حياتي ما أو صدمة نفسية على شخص ذو عقلنة مقبولة بطريقة تختلف عما سوف يتعامل مع ذلك شخص آخر ذو عقلنة ذات نمط آخر أو ضعيفة الدفاعات مما يعرضه للاضطراب بشكل خاص بهذا التوظيف، أي أن المثير نفسه لا يؤدي بالضرورة للاستجابة نفسها عند شخصين مختلفين في التوظيف العقلي من جهة أخرى الاستجابات تتعلق بماضي الإنسان وكذا حالته في الحاضر، مثلاً عند الإصابة بعطب دماغي إذا كان المصاب يعاني قبل الإصابة من ظروف لم تعد محتملة فإن استجابته مقارنة باستجابة آخر لا يمتلك نفس الظروف تختلف كما وكيف باختلاف الماضي وباختلاف التوظيف العقلي أيضاً، إذن لكل حالة تاريخ وأسباب خاصة بها يجب فهمها قبل التسخير والعلاج، ونشير إلى أن تحديد نسبة تأثير العوامل السببية لا يمكن تحديده بشكل حتمي حتى ولو تمكنا من تصنيفها ضمن العوامل النفسية أو البيئية أو الوراثية أو العضوية .. وذلك لكون أن هذه الأخيرة تكون في تفاعل تبادلي متناسب ارتباطاً بالظروف ونمط الشخصية، لذا يبقى الاستقصاء نسبياً فقط بهدف تحديد الاستعداد الشخصي ومدى تأثير الطرف الطارئ على نشوء الأعراض الذهانية، إذن رغم محاولة دراسة السببية المرضية تبقى ضمن إطار الموضوعية بالعودة دائماً للنسبية هذا رغم كون هذه السببية قد انحسرت في معظم البحوث السابقة في العوامل الوراثية، لكن الخلفية الاستعدادية المكونة أو الناشئة عبر المراحل العمرية بتداخل عدة ظروف لم يعد مهماً الآن، حيث ينظر الآن للمرض العقلي بخلفية متفاعلة بين الوراثة والبيئة والعضوية.

ومن بين العوامل المهيئة للمرض العقلي نذكر:

- العيوب ومظاهر الضعف الوراثي.

- الأمراض الجسمية.

- الخبرات المؤلمة في الطفولة والمراهقة والمراحل المتقدمة.

- الظروف الاجتماعية الأسرية والاقتصادية...

كما يوجد عوامل أخرى تعتبر مفجرة للاضطراب العقلي وهي الأسباب التي تعجل في إظهار المرض الكامن أو المتراكم والذي يخفي استعداداً مسبقاً، فقد تؤدي الصراعات الأسرية مثلاً أو أشكال الخيانات أو الصدمات العاطفية أو الحوادث الدماغية أو صدمة فقدان قريب أو وظيفة عمل أو ضغط

اجتماعي.. إلى تفجير المرض وإظهاره على هيئة مرضية، أما العوامل المهيئة فتتمثل كل خبرات الإحباط والفشل والحرمان والعدوان التي عاشها الإنسان في ماضيه والتي أدت إلى إضعاف مقاومته وقدرته على التفاعل الإيجابي والمواجهة العقلانية التي تكفل له عملية الاحتمال وتقبل الاحباطات الجديدة ومواقف الضغط النفسي وبالتالي التكيف السليم مع الواقع بأشكاله.

بشكل عام نلاحظ من خلال هذا التناول العام أنّ الأسباب الكامنة وراء الأمراض العقلية الذهانية تصنّف إلى فئتين، تلك التي تكون سبب في تفجير المرض (Les facteurs déclanchant)، وأخرى توفر القابلية للإصابة وتدعى بالعوامل المهيئة أو الإستعدادية (les facteurs de prédisposition)، تتداخل وتتفاعل كلا هاتين الفئتين بشكل مستمر.

وفيما يلي نذكر بعض العوامل من كلا الفئتين وطريقة تأثيرها على السلوك المرضي.

1.7/ العوامل العضوية والوظيفية:

من العوامل العضوية نجد تلك التي ترتبط بالإصابات الدماغية والعجز الجسدي، وقد تعود لإصابة الغدد الصماء، أما العوامل الوظيفية فهي الظروف السيكلوجية والاجتماعية المحيطة.

العطب في المرض الوظيفي يصيب وظيفة العضو وليس العضو نفسه، مثل العمى الهستيري أين تفقد الوظيفة الإبصارية دون وجود عطب في عضو العين أو العصب وهو عكس المرض العضوي الذي يمس العضو في حد ذاته مثل الرضوض الدماغية التي تؤدي إلى تلف المادة الدماغية أو الحوادث الوعائية الدماغية A.V.C، فقد يظهر عند المصاب اضطراب ذهاني ذو أصل عضوي وقد تستمر الأعراض الذهانية بعد أن تشفى الإصابة الدماغية، فهل الإصابة العضوية هنا هي التي سببت حالة الذهان أم الأثر النفسي للإصابة أم معا؟ كما قد لا يحدث تدمير للمادة الدماغية لكن رغم ذلك يحدث ظهور الأعراض الذهانية..

أظهرت بعض الدراسات أنّ الصدمات الدماغية الشديدة تخفض من قدرة الإنسان على التكيف مع ضغوطات الحياة ويقول الدكتور محمد عبد الرحمان العيسوي في ذلك : " هناك حالات يبدأ فيها الانهيار من جراء عوامل بيئية وينتهي إلى ظهور تعقيدات وأعراض عضوية كتغير الوظائف الغذائية وفقدان

الوزن، ولكن ينظر إلى الاضطرابات في هذه الحالة على أنها وظيفية من حيث أن الاضطراب نشأ أو نبع أو صدر عن سوء التكيف النفسي وليس من خلل عضوي ومعنى ذلك أن الأعراض العضوية قد تكون ناتجة عن ضغوط نفسية، إن الإصابات الجسمية تؤدي إلى أعطاب وظيفية⁽¹⁾.

ومعنى ذلك أن الاضطرابات النفسية تؤثر أيضا على وظيفة العضو كما أن وظيفة العضو تؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى فالتأثير متبادل والوحدة بين النفس والجسد حتمية.

2. 7 / العوامل الجسمية:

نعلم جميعاً أنّ الإنسان هو كائن اجتماعي بيولوجي بالطبع متفاعل مع البيئة، لذا فالحديث عن دور الانتقال الوراثي للمرض العقلي بعيداً عن التفاعل المتكامل بين العوامل النفسية والجسمية لم يعد قائماً علمياً، والمتعارف أن أيّ تغير فيسيولوجي أو مرض جسمي له أثر على شخصية الفرد، فصحيح أن الدراسات المقارنة خاصة المُجرات على التوائم أظهرت دور الوراثة في الاضطراب الفصامي لكن الباحثين النفسانيين حالياً يبحثون عن تأثير العوامل الاجتماعية في الانتقال الوراثي للذهانات وتأثير العوامل الجسمية في ذلك أيضاً.

تسمى الاضطرابات العضوية في مجال علم النفس الشواذ بالاضطرابات ذات المصدر الجسمي أو العضوي (troubles somatogenique)، فعندما يفشل الطبيب في الماضي في إيجاد السبب القائم وراء المرض يصنّفه على أنه ذو مصدر جسمي (maladie somatogenique) أي مرض عضوي مجهول الأسباب، وحالياً أصبح الميول للاتجاه التفاعلي بين الأسباب الأكثر رجوحاً فلم يعد ينظر للجسم كمصدر وحيد للاضطراب بل هو في تفاعل مع النفس والمحيط، بالتالي فالأسباب قد تأتي من النفس كما قد تأتي من البيئة، والموقف الموحد الآن بين الأطباء العقليين وعلماء النفس يدعو للنظر للأسباب الجسدية في صورة مرتبطة بين العوامل السيكلولوجية والسوسيولوجية والبيولوجية .. ويقول الدكتور محمد عبد الرحمان العيسوي في هذا الصدد مايلي: " وإن كان للأسف الشديد مازال بعض الأطباء البشريين يفضلون الاتجاه العضوي في تفسير نشأة المرض العقلي بل أن هناك من يريد طباً عقلياً (psychiatry) دون علم النفس والحقيقة التي ينبغي تأكيدها هنا هي العلاقة الوثيقة بين الجسم والوظائف النفسية، فالإنسان وحدة متفاعلة

(1) محمد عبد الرحمان العيسوي، موسوعة علم النفس الحديث، المجلد الخامس، دار الراتب، لبنان، 1419هـ/1999،

متكاملة، وحدة اجتماعية وجسمية، وروحية ونفسية وأخلاقية وعلمية وعقلية ومهنية.. إلخ وهناك علاقة بين الدماغ والسلوك".⁽¹⁾

من بين العوامل الجسدية نجد الاصابات التي تمس الجهاز العصبي والتي تؤثر مباشرة على وظائف الجسم كالحركة والمنعكس والكلام، كما تؤثر أيضا على السلوك في مظهر تصرفات المعارضة والعوانية والاكتئاب، والهذات والضلالات.. لكن هذا الاضطراب في تكيف السلوك لم يفسر حتى الآن وفق الخلل الموضوعي الذي يصيب الجهاز العصبي المركزي أي كيف يؤثر هذا الخلل في الجهاز العصبي والذي يكون ماديا على سلوك الإنسان؟

هذه السلوكات الغير المتكيفة غالبا ما تعكس محاولات للتخلص من القلق الناتج عن الإصابة أو الإعاقة، أو كدفاعات لاشعورية استجابة من الذات في مواجهة الموقف لكن استمراريتها والمبالغة فيها يحدث الحالة المرضية، فالتوافق والتكيف يضمنان له عملية التعويض السيكولوجي عن الإصابة الجسدية على المستوى النفسي والاجتماعي.

7.3/ العوامل الوراثية في نشأة الأمراض العقلية الذهانية:

إن المورثات الناقلة للصفات تنتقل من الآباء والأجداد عبر الجينات والكروموزومات، مثل صفات الطول ولون البشرة والعينين، قد تنتقل أيضا حاملة جينات مرضية.

لقد استأثرت إشكالية وراثية الأمراض العقلية كثيرا على اهتمام العلماء واتجاهاتهم فأجريت عدة بحوث على حالات منفردة من الأمراض حيث تمت محاولة إبراز تواجد الأعراض المرضية الظاهرة عند حالة ما بشكل كبير عند الآباء أو الأمهات أو الإخوة خاصة التوأم خاصة بالنسبة للجنون والفصام والبارانويا...

يقول الدكتور عبد العلي الجسماني: " الوراثة المرضية ينظر إليها بنظرة الدور الرئيسي والكبير في مجال الاضطرابات العصبية - النفسية التي لوحظ تطورها لدى الأطفال عندما تبدأ الاضطرابات العقلية تظهر عندهم بصورة تدريجية مما يدل على التدهور العقلي ولا سيما تلك الاضطرابات التي تتخذ شكل

(1) محمد عبد الرحمان العيسوي، لبنان، 1419هـ/1999، مرجع سابق (صفحة 65).

نوبات صرعية Epileptique fits، أو فيما يظهر على صورة اضطرابات في الوظائف الحركية Motor functions⁽¹⁾

ورغم أن نظرية الوراثة جمعت اهتمام العديد من علماء النفس والأمراض العقلية لكن يجب أن نشير إلى أن العامل الوراثي ليس له نفس التأثير عند كل الحالات بنفس الطريقة أو الدرجة وهذا ما أظهرته الدراسات حول التوائم الحقيقية المتماثلة التي تحمل جينات متشابهة في النمط الأصلي الوراثي.

يقول الدكتور عبد العلي الجسماني: " نجد أن التوأم تعد نموذجا مناسباً لدراسة الانتقال الوراثي لجميع ضروب الأمراض الجيلية، والحق لا يمكن إغفال حقيقة أن دراسة التوائم قد كشفت عن كثير من أنواع الأمراض الوراثية، النفسية منها، والأعراض المرضية فيها، والزمالات العقلية الخاصة بها، إذ أن هذه الدراسات كشفت عن درجة عالية في حدوث مثل هذه الحالات المرضية، فقد كشفت هذه الدراسات أنه في حالة الأمراض العقلية والنفسية تحصل لدى التوائم المتطابقة المتماثلة على النحو التالي:

نوع المرض	النسبة المئوية.
الفصام (الشيزوفرينيا)	86%
الذهان الاكتئابي الهوسي	96%
الذهان الانتكاسي	61%
الصرع	50%
الذهان الخرفي (ذهان الخرف)	43%

أما بالنسبة للتوائم الأخوية، فإن النسبة المئوية لكل مرض من الأمراض المذكورة تكون كالتالي:

نوع المرض	النسبة المئوية
الفصام	15%

(1) د. عبد العلي الجسماني، الأمراض النفسية تاريخها - أنواعها - أعراضها - علاجها، الدار العربية للعلوم، الطبعة 1، 1418هـ. 1998م (صفحة 114).

الذهان الاكتئابي الهرمي 25%

الذهان الانتكاسي 10%

الصرع 6%

الذهان الخرفي 7%...⁽¹⁾

ورغم أن التوائم المتماثلة لها نفس النظام الوراثي إلا أن تغيير بيئة أحدهما يؤدي إلى تغيير في شخصيته أيضا إذن نتساءل هنا عن مدى تأثير الوراثة بعيدا عن العوامل الأخرى.

الوراثة والبيئة يسهمان في كل مظاهر السلوك لكن هناك ما هو تابع للوراثة، يقول د. عبد الرحمان العيسوي: " فالوراثة البيئة يسهمان في كل مظاهر سلوك الإنسان الشاذ منه والسوي، ومع ذلك نستطيع أن نطلق على بعض السمات صفة الوراثة إذا كانت ناتجة عن التغير الوراثي في شخص يعيش في بيئة عادية وطبيعية، وتقدم الوراثة العوامل الاستعدادية فقط وإلى جانب هذه العوامل الزمانية والبيئة والوراثة هناك مجموعة أخرى تعرف باسم العوامل الميلاية وهي التي يولد الفرد مزودا بها، ولكنه لم يكتسبها من أسلافه، ولم يكتسبها من البيئة من ذلك صدمات الميلاد، ويتصل بهذه العوامل ما يعرف باسم الجيلة constitution ويمثل البناء التشريحي والفيسيولوجي للإنسان، وهو الذي يحدد قدرة الإنسان على مقاومة الضغوط التي تسقط عليها resistance to stress and disease نرسم لذلك بالرمز R في المعادلة السابقة.

وتبدو الخصائص الجبلية والمزاجية على الأطفال Tempéramental فهناك الطفل الهادئ والتمهيج، وهناك الطفل قوي البنية وضعيف البنية وهناك الطفل المختلط، ويتمنى الناس أن يدركوا السبب والنتيجة أو العلة والمعلول بين هذه العوامل "cause and effect relation"⁽²⁾

إذن فالوراثة دور كبير ومهم لكنها في تفاعل مستمر مع عوامل أخرى نستعرض منها فيما يلي تلك الخاصة بالبيئة والمجتمع.

(¹) د. عبد العلي الجسماني، 1418هـ. 1998م، مرجع سابق (ص116).

(²) د. عبد العلي الجسماني، 1418هـ. 1998م، مرجع سابق، (صفحة 69).

7. 4/ العوامل البيئية والاجتماعية:

إن الضغط الاجتماعي يكون أكثر شدة في مجتمعات معينة من غيرها مما يجعل تكوين الذات بشكل سليم أكثر صعوبة خاصة في المجتمع المتحضر والمتقدم تكنولوجيا، كما أن الإنسان المصاب بالمرض العقلي لا يكشف بسهولة مقارنة بماهي حاله في المجتمعات المتقدمة أين يكون الوعي بالحالة والاضطراب أكبر فكلما نمت الحضارة كلما صعب على الذهاني العيش بملائمة. يشرح الدكتور عبد الرحمان عيسوي: "من الصعب اكتشاف الأمراض العقلية في مجتمع يسيطر عليه الأطباء السحرة والعرافين في الوقت الذي يخاف كل المجتمع من التابو وغيره من المظاهر الخرافية (Superstition) بل إن بعض مظاهر عدم الثبات تساعد الفرد في مثل هذه المجتمعات على أن يصبح طبيبا ماهرا، كذلك فإن المجتمعات المتحضرة يوجد بها أديان سماوية وقد تقود التقاليد الدينية إلى مزيد من الشعور بالذنب، وتجعل الفرد يميل إلى أن يعكس عدوانه على ذاته بدلا من أي يصبّه على الغير وذلك إذا ما كانت التقاليد الدينية مترمّنة وعلى العكس من ذلك، الفرد البدائي يستطيع أن يعبر عن عدوانه ودوافعه العدوانية، ولذلك فإننا لا نجد في المجتمعات البدائية كثيرا من أعراض الاكتئاب *dépression* ولكننا نجد كثيرا من أعراض الثورة والفوضى والاضطراب، كذلك يلاحظ أن كلما زاد تحضر المجتمع البدائي كلما قلت حالات فصام الاضطهاد".⁽¹⁾

إذن فالوسط والمجتمع يمكن أن يؤثر سلبي أو إيجابا على ظهور المرض العقلي وتفاقمه أو تأخيره بالتالي لابد من تحديد أثر كلّ نمط ثقافي على حدى.

لا نهمل في ذلك الوسط الأسري لكونه أول منشأ لسلوك الإنسان وله أكبر الأثر على تكوين شخصيته سواء تعلّق الأمر بتأثير الأب، الأم، الإخوة، العائلة الكبرى أو المستوى الثقافي المادي أو العرف والتقاليد العائلية ونمط عيشهم أو انتمائهم القبلي... لكن الدراسات أكدت أن أثر الأم يكون أبلغ على شخصية الفرد من أثر الآخرين وحتى الأب لكونها هي الحاضنة الأولى للطفل والتي يستمد منها القوة والضعف، الاتزان والاضطراب، الثبات والتذبذب.. فإن كانت الأم ذات شخصية غير متزنة في ميولاتها أو غير قادرة على العطاء أو عدوانية السلوك خاصة اتجاه الطفل... فسوف يؤثر ذلك حتما بشكل مباشر على هذا الأخير، هذا لا يعني إهمال دور شخصية الأب الذي يكون غالبا ممثلا لصورة

(1) د. عبد الرحمان عيسوي: الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، دار النهضة، بيروت، لبنان، 1990، (صفحة 285)

القوة والحماية للذات، بالتالي نمط التربية الأسري والاجتماعي والميول العقائدي والضغط الاجتماعي والتكنولوجي أيضا لكل ذلك دور على شخصية الإنسان منذ الصغر فينتج السلوك إما المترن أو المضطرب، فالإنسان في نهاية الأمر هو بذرة في محيط المجتمع، والأسرة هي التربة التي تضمن له الحماية والتكيف مع واقع اجتماعي لا يخلو من التعقيد، وتمكّنه من بناء علاقات إنسانية مترنة كتعلم نزعة الاستقلالية والاعتماد على الذات بإرادة شخصية سليمة وقوية وعقلانية، هذه الاستقلالية تعلمه أيضا طرق التعامل مع الفشل بالاعتماد على الذات وتقبل الاحباطات إيجابيا ما يجعله يصرف الصراع والضغوط الحياتية عن مجال الكبت في الساحة النفسية فعن طريق قدر معقول من تجارب الإحباط يكتسب الإنسان أنماط الاستجابات المتكيفة مع الواقع والذات معا، لكن إذا لم يكتسب هذه الخبرة فقد يكون عرضة لسلوكات العزلة التي تحمي الذات الضعيفة لديه لكن بشكل سلبي، ويتبنى هذا التصرف فيصبح أسلوبا للانفصال عن الحياة الاجتماعية والانسحاب إلى الحياة الخيالية والمليئة بأحلام اليقظة التعويضية عن خبرات الفشل المرفوضة ما قد يعرضه لعملية النكوص في مستوى التفكير السلبي والعمليات التفاعلية الأولية، بالتالي يظهر تفكك الشخصية واضطرابها بفقدانه التدريجي لقدرة استيعاب المحيط وتقبل الواقع أي باختصار عدم القدرة على التطبع الاجتماعي واختلال العلاقة الواقعية.

أظهرت بعض الدراسات أن الذات المنعزلة تنشأ من أسرة متذبذبة غير مستقرة متميزة بالصراع والمنازعات والنفور والخلاف وفقدان الحنان.. ما ينمي الشعور بالرفض والنفور منه عدم تقبل الدور الاجتماعي، أما إذا كانت الأسرة تتسم بالمحافظة المفرطة والحماية المبالغ فيها أو السيطرة والتلاؤم فإن الطفل لا يتعلم الاستقلالية مما يسبب الشعور بالتبعية والعجز وكثيرا من عقد النقص وتقدير الذات السلبي، عند الانتقال لمرحلة المراهقة يجد الإنسان في هذه الحالة صعوبة في تعلم التعامل مع الذات ومع الآخرين من جهة ثانية الإحساس بأنه فرد منبوذ بين أقرانه وغير ناضج اجتماعيا مما قد يسبب الانعزال إلى عالم أحلام اليقظة والتمنيات التي يشبع بها رغبات الذات الضعيفة، لكن عدم التحقيق الواقعي لهذه التمنيات ترجعه مجددا إلى احباطات أخرى وتتراكم وتؤدي دورها في تكوين الخلل مستقبلا والذي يظهر في سلوكات غير ملائمة اجتماعيا، كما أن غياب صورة المثال الأعلى تضعف قوة الذات وتجعل الإنسان متذبذب دون وجهة عقلانية.

هذه التفاعلات التي كان سببها الوسط والأسرة تضاف إليها عوامل أخرى خاصة بالفرد وهو ظروف وأسباب نفسية نظهرها فيما يلي:

7. 5 / العوامل النفسية والشخصية:

تقاطع الضغوط الاجتماعية مع إستعدادات نفسية مسبقة، تظهر الأعراض المرضية للاضطرابات النفسية والعقلية فينتج ما يسمّى بـ: "بزملة أعراض التكيف"، والخلفية السببية هي كل ما يتعرّض له الإنسان أثناء نمو شخصيته منذ المراحل الأولى للطفولة وحتى مراحل متقدّمة من عمره ولا نستثني الظروف المحيطة به وهو جنين في بطن أمه حيث يقول رواد التحليل النفسي مثلاً أنّ سبب الإصابة بالاضطراب الفصامي يعود إلى صدمات وكبت يحصل منذ المراحل الجنسية الأولى وعندما ينهك الأنا من جراء مواجهة هذه الصراعات والاحتباطات وأشكال الحرمان فيوجه طاقته الليبيدية إلى الداخل بدلاً من الخارج وفي المقابل تظهر أشكال الاستجابات السلوكية الغير متكيفة مع الواقع الخارجي كالانطواء على الذات والعزلة وعدم التواصل مع الواقع، الشك في المحيطين به والاحساس - القهر والاضطهاد.. مما يجعل سلوكه في نكوص للمراحل الأولى من النمو النفسي، هذا ما يؤكد الاتجاه القائل بدور الاستعداد النفسي وراء نشوء الاضطراب العقلي الذهاني، ويتّجه العديد إلى ربط العلاقة بين بعض سمات الشخصية وظهور الاضطراب الذهاني لكون هذه السمات هي نتاج للظروف النفسية التي تكوّنت فيها وفق ظروف الاشباع والحرمان النفسي عبر مراحل النمو، هذا التعرّض للضغوط النفسية والاجتماعية مع وجود سمات شخصية مهيئة تعمل على الإسراع في إظهار الاضطراب النفسي.

من بين سمات الشخصية التي تحدد وجود استعداد نفسي نجد:

- الجنوح المفرط للخيال والابتعاد عن الواقع.
- الانطواء والعزلة وشدة الهدوء.
- تجنب الاختلاط.
- الحساسية المفرطة واجترار التفكير .
- الشعور بالذنب ولوم الذات المفرط
- تجنّب مواجهة الواقع.
- الخجل المفرط والخوف المفرط.
- صعوبة التعبير عن الانفعالات..

إنَّ وجود هذه السمات لا تساعد على مواجهة تحديات الحياة التي يتعرَّض لها الإنسان في مختلف مراحل عمره أو قد تتراجع قدرة المواجهة لديه في مرحلة ما تكون أشدَّ حساسية من غيرها أو يكون أثناءها الجهاز النفسي مذنب فيصبح أقل استعداد للتوافق، كما أن خبرات الطفولة ودرجة إشباع الحاجات والغرائز النفسية وما يتعرَّض له من إهمال ونبذ وحرمان عاطفي وقلة الحماية أو الإفراط فيها أو التسلط والسيطرة أو التدليل أو العنف والقساوة وحتى ظروف التفكك الأسري وعدم ملائمة الأدوار.. كل ذلك له أثره على غرس بعض السمات في شخصية الإنسان وهي بدورها تهيئ الاستعداد الدائم للانحياز في أي مرحلة عمرية.

إن إشباع الغرائز التي تكون فطرية يحمي الإنسان، ومن أهم هذه الدوافع دافع البقاء الذي يضم (دوافع التحكم، التملك، السيادة، الخوف، السيطرة..)، أما غريزة النوع فتضم الميل الجنسي، الأمومة، الأبوة، الحنان، الإغاثة...)، ودوافع الاعتقاد الروحي (الحاجة للخالق، التقديس، العبادة، الشعور بالنقص والعجز والاحتياج)... هذه الدوافع ترتبط بالميل الفكري والمعتقدات التي يؤمن بها الإنسان والتي تؤثر على سلوكه بطريقة أو بأخرى، بعبارة ثانية ماهي الأفكار المدركة التي تتحكم في أسلوب إشباعه للدوافع؟ مثلاً إذا غلب عليها الاتجاه الروحي العقائدي فإشباعه لغرائزه يبنى أساساً على هذا الاتجاه مثل رفض كل ما هو محرّم مقابل الحلال، لكن إذا ما كان هناك إفراط في هذا الضابط بطريقة متعصبة دون وجود مرونة في الأفكار فقد يتعرَّض للضغط النفسي الذي يمنعه من الإشباع أو اللجوء إلى الإشباع الخاطئ المعارض للميل الفكري ما قد يولد الشعور بالذنب وتأنيب الضمير والقلق وحتى الاكتئاب أو العزلة عن المحيط الخارجي، ويؤدي الاحباط إلى تعديل الحاجة بتوظيف الحيل الفاعلية التعويضية كأن يصبح من عاش حرماناً عاطفياً شديداً الاعتماد على الآخرين أو متعلق بشخص ما بصورة مرضية محاولة للتعويض عن الحرمان وتجنّب انهيار الشخصية بسبب عدم التعامل مع الصراع، كما أن بعض الاضطرابات ذات الأصل العضوي قد يعود سببها للإشباع الخاطئ مثل حالات الإدمان على الخمر..

إن أسلوب التعامل مع الاحباط يحدد درجة استقرار الانفعالات أحياناً وقدرة التخطي في مواجهة الصراعات النفسية والإنسان يوظف في ذلك بعض الميكانيزمات مثل الإنكار الذي إذا ما بلغ فيه أدى إلى إنكار الواقع، ونجد أيضاً الكبت وعدم السماح لبعض الانفعالات للوصول إلى الشعور والتعبير عنها واقعياً فتتخفى على مستوى اللاشعور، والنكوص هو العودة إلى أنماط سابقة من السلوك رفضاً لمواجهة الواقع المحبط والمليء بالصراعات، أما القمع فهو محاولة مدركة شعورياً تستخدم لمنع الانفعالات

والأفكار من التعبير عن نفسها، التبرير هو محاولة لإيجاد مبرر لغير المعقول من الأفكار والمشاعر أو السلوكيات، أما التقمص فيمكن من الاقتداء بالمثل العليا أو ما يريد أن يصير عليه أو ما كان يريد أن يصير عليه، والاسقاط هو محاولة نسب صفات مكبوتة على الآخرين، والابدال يوظف لنقل عاطفة من موضوع أول إلى موضوع آخر لأن التنفيس المباشر ليس ممكناً أو خطير مثل المراهق الذي لا يتوافق مع أقرانه فيصّب غضبه على أخواته، الإغلاء والتسامي هو بحث عن البديل لما هو محرم أو ممنوع من الانفعالات اجتماعياً، أما العزلة فتستعمل للابتعاد عن الواقع الخارجي والعيش في واقعه الداخلي، كلّ هذه الميكانيزمات يدافع الإنسان بها عن نفسه ضد الانهيار لكن توظيفها المفرط يؤدّ الاضطراب ويظهره للعيان، لأنها تسهم في بناء الاستعداد النفسي للاضطراب بما أنها طرق تعويضية أيضاً رغم أنها تحميه لفترات معينة، لكن أحيانا نجد عوامل أخرى خاصة بالجسم تخل من توازنه الداخلي وهي الظروف الكيميائية أو التوازن الكيميائي للجسم والتي سوف نستعرضها فيما يلي.

6.7 / عوامل التوازن الكيميائي :

التوازن الكيميائي الداخلي للجسم يحقق الاستقرار السلوكي لدرجة كبيرة عند الإنسان، أي استقرار العناصر الداخلية في الجسم والتي تكون مسؤولة عن وظائف حيوية كالتكاثر والنمو وإصلاح التلف في الأنسجة وإحراق الطاقة في عملية الأيض على مستوى الميتابوليزم، التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية تحقق استمرار العمليات والنشاطات الوظيفية في جسم الإنسان ويتحكم في ذلك عناصر الإنزيمات Enzymes والفيتامينات vitamines والهرمونات Hormones المفرزة من الغدد الصماء والقنوية بالتالي الخل في إفراز أو تواجد أو نسب أي من هذه العناصر قد يسبب ظهور استجابات سلوكية شاذة كالهوس والهذيان والاكتئاب والعدوانية أو الانهزامية أو الانقلاب المزاجي.. كما توجد أيضاً عوامل كيميائية خارجية تنتج هذه السلوكيات كالتعرض للتسمم من نقص الأكسجين Anoxie في الأنسجة التي تؤدي إلى التدمير الدماغي وكذا تناول المواد السامة التي لها أثر على الجهاز العصبي المركزي كالرصاص والكربون...، كما قد تؤدي بعض الميكروبات أو الفيروسات إلى مثل هذه الاستجابات السلوكية.

خلاصة الفصل

ختاما لهذا التناول نقول أن الإنسان عموما يكون عرضة لمواجهة تحديات متعددة في مراحل عمرية مختلفة، هذه التحديات تبني قدرة الإنسان واستعداده ودرجة عقلنته.. التي تمكن من المواجهة والاستيعاب من عدمه كما أن تظافر العوامل المؤثرة على بناء الذات يجب أن يؤخذ في صورته الشمولية المتداخلة والمتفاعلة بتعدد العوامل حتى تضمن الموضوعية العلمية في التشخيص السليم والتفسير المنطقي بالتالي يؤخذ علاج الاضطرابات النفسية والذهانية في صورة متكاملة مما ساعد على بناء برامج وقائية ولما لا قبل أن تصبح علاجا إلزاميا ما يضمن استقرار الفرد والمجتمع.

الفصل الثاني: البارانويا - وإيثولوجية الهذاء

01/ البارانويا تعريف الاضطراب

02/ الهذات Les délires

03/ تصنيف البارانويا.

04/ الاتجاهات النظرية لتفسير البارانويا.

05 / تشخيص البارانويا

06/ العلاج وتطور الحالة.

الاضطرابات الهذائية المزمنة واضطراب البارانويا

1./ تعريف اضطراب البارانويا Paranoia وتحديد سمات شخصية المصاب

البارانويا اضطراب وظيفي جزئي للقوى العقلية متميز بالهذات والأفكار الزائفة التي تنمو تدريجياً بشكل منتظم آخذاً صفة البناء المنطوق، يكون الاضطراب جزئي بحيث تبقى الشخصية محتفظة بباقي سماتها باتزان نسبي، لذا قد يمر الاضطراب بشكل غير ملحوظ اجتماعياً لبقاء درجة من الذكاء والنشاط الحيوي الطبيعي.

لغويًا كلمة بارانويا Paranoia هي مصطلح إغريقي الأصل يعني المنطق على جهة

Penser à coté= para-noia

ويعرّف الدكتور عبد المنعم الحنفي: " الهذاء والزور (بفتح الزاي وتشديد الواو)، والبارانويا بمعنى واحد، أو هذاء في اللغة بمعنى الهذر بكلام غير مفهوم، والزور هو الانحراف والميل، وكلاهما ترجمة لكلمة البارانويا اليونانية التي يرجع استخدامها في الطب العقلي لأكثر من ألفي سنة، وكان الإغريق يطلقونها على كل الاضطرابات العقلية الخطيرة، واستخدمه أبقراط، ثم بطل استخدام الاسم حتى استخدمه "فوجل" Vogel (سنة 1794)، فعاد أهل الطب النفسي إليه في القرن الثامن عشر، ويطلقونه على العمليات الفكرية المرضية التي تتميز بهذات عظيمة واضطهاد، ولما كان الهذاء يعني الخطرفة، وهو عرض لكثير من الأمراض الذهانية، فإن البعض قصر استخدام اللفظة على الحالات الذهانية التي تكون الهذات من أبرز وأهم صفاتها، (Kahlbaum:Die katatonie oder das des spannum psirresein) والفرق بين هذات البارانويا وبين صنوفها من الحالات الذهانية أنها في البارانويا أصيلة وليست طارئة، وهي نمط الشخصية، ويختلط فيها الواقع بالخيال، فتتزييف انطباعات المريض بالبارانويا أو الهذائي parnoia⁽¹⁾

إن البارانويا مصطلح مشتق من الاغريقية معناه الجنون كانت في الماضي توظيف للإشارة إلى الهذيان المزمّن لكن اتسع المعنى بعدها ليشمل كل الأوهام التي تلازم المريض والتي تجعله يسقطها على

(¹) دكتور. عبد المنعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي Encyclopedie of psychiatry الكتاب الجامع في الاضطرابات

النفسية وطرق علاجها نفسياً، المجلد 2، الطبعة 2، 1999، القاهرة، (ص 640)

الآخرين ويضع نفسه في المقابل مكان الضحية المتآمر عليها، كما ينقلب مزاجه بين الرضى عن الذات والاعتقاد بالتفوق والشعور المفرط بالنشاط وبين توهّمات التآمر والاضطهاد ما يجعله في انقلاب على مستوى الطبع.

يفسّر الدكتور ألفت حقي البارانويا: " البارانويا اضطراب وظيفي جزئي للقوى العقلية تحتفظ الشخصية فيه بباقي صفاتها سليمة وقد يحدث هذا الاضطراب بدرجة من التطرف في الجزئية بحيث يمرّ غير ملحوظ في الشخص إلى نهاية حياته أحيانا (Sim, 1968) لأن باقي صفاته من ذكاء مرتفع إلى تفكير غير مضطرب إلى نشاط حيوي طبيعي، كلها تغطي هذا الاضطراب أو أن المصاب في الحقيقة يسرع في إخضاعه تماما .

يتكون الاضطراب من واحد أو أكثر من الهلاوس والخداعات الحسية أو الموقفية، وتنتج هذه الهلاوس عادة عن الاسقاط الذي يلي المخاوف الشخصية، فيتهم الفرد الآخرين بالنقص الذي يعاني منه هو ، أو يصفهم برغباته المكبوتة (Eidelborg, 1968) التي تنتمي إلى السادية في معظم الأحيان، وبذلك يتحول خوف هذا الشخص إما إلى إحساس مفرط بعظمته أو إلى استنتاجات يبرهنها لنفسه عن اضطهاد الغير له (London, 1968) ومحاولتهم إيذائه أو النيل منه".⁽¹⁾

أما الدكتور عبد الحميد محمد الشاذلي فيعرّفه: " الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية يميزها الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة عن العظمة أو الاضطهاد، وتكون الشخصية متماسكة رغم وجود المرض ومنتظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به بالواقع ولا يوجد تغيير في السلوك العام ويطلق في بعض الأحيان على هذا المرض " الجنون العاقل" حيث يبدو المريض منطقيا ومرتبيا في كلامه ولكن هذا الكلام مبني على فكرة خاطئة وهو أنه عظيم مضطهد ويكثر ظهور الهذاء في منتصف العمر (مرحلة الرشد) وينتشر بين المطلقين والمهاجرين ".⁽²⁾

(1) الدكتور ألفت حقي، الاضطراب النفسي، الجزء 2، تقييم الاضطرابات النفسية (القياس النفسي)، جامعة الاسكندرية، مركز الاسكندرية للتوزيع، مصر، 1995، (صفحة 588)

(2) الدكتور عبد الحميد محمد شاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية للاسكندرية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، أسوان، مصر، 2001، (صفحة 152).

إن المريض بالهذاء تتزيف انطباعاته ويؤمن بصحة أفكاره الغير واقعية فيبنى منطقته الخاص، ويرى نفسه مميز عن الآخرين وبقدرات خارقة وذكاء متفوق ما يعطيه الحق في امتيازات خاصة يحسده الناس عليها ويكرهونه ويتنون له الأذى والمكائد ما يولد لديه الشعور بالاضطهاد والعظمة في آن واحد. ويقصد بالاضطهاد la persécution تلك الأفكار الراسخة المبنية على اعتقاد أن الآخرين يريدون إيذاءه وتعرف عقدة الاضطهاد في موسوعة الطب النفسي على أنها مركب من الأفكار قوامها الشعور بالاضطهاد أما العظمة فتعرف: " هوس العظمة: جنون العظمة حيث يظن المريض أنه مهم، ربما لأنه يعيش حياة متواضعة، وقد يكون تفسير ذلك أن طاقته النفسية التي يتوجه بها إلى موضوعات العالم الخارجي يسحبها ويوجهها إلى الذات، ومن ثم يتضخم إحساس بالذات ويبالغ في إظهار القوة والعظمة والتفوق على الناس كما في الحالات العصابية أو أنه تأتيه هذات عظمة فيحسب أنه نابوليون أو المسيح..⁽¹⁾

ينسق المريض بين أفكاره بمنطقية خاصة به يقتنع بها ويحاول إقناع الآخرين بها، تنمو هذه المعتقدات تدريجيا لتتطبع في الشخصية وتكون نظاما متماسكا صلبا يصعب اختراقه أو تغيير نظمه، كما أن أفكاره تخدم حاجاته وميولاته وانتمائه الاجتماعي، قد يغلب على حالة المريض الاضطهاد أكثر أو العظمة أكثر أو معا مع بقاء جوانب عقلية وظيفية سليمة ، لذا ففي الممارسة الإكلينيكية لا تصنف الحالة على أنها بارانويا إلا إذا كانت الهذات هي العرض الرئيسي مع عدم وجود أعراض ذهانية أخرى، إذن جوانب الشخصية الأخرى تبقى نسبيا سليمة ونشير إلى أن البارانويا هي حالة ذهان وظيفي في نشاط الأعضاء المسؤولة عن العمليات الذهنية والانفعالية وليست خلا في العضو نفسه ما يجعلها تختلف عن الذهانات العضوية الأخرى الناشئة عن خلل يصيب العضو في الدماغ أو الجهاز العصبي أو الغدي، بالتالي فالبارانويا الحقيقية هي نادرة الحدوث ولا تزيد نسبة انتشارها عن 1 إلى 2 % من مجموع حالات الاستشفاء العقلي، يقول الدكتور عبد الرحمان عيسوي: " يشكل مرض البارانويا فقط 1.5% من مجموع نزلاء المستشفيات العقلية العامة ويمثلون أقل من 1% من مجموع الذين يدخلون المستشفيات جددا في كل عام، والسبب في قلة الأرقام أن كثيرا من الأطباء العقلين يفضلون وضع المريض في فئات أخرى مثل الفصام الاضطهادي وهنا كسبب آخر هو أن الشخص الذاتي والذي لا تظهر عليه أعراض ذهانية أخرى

(1) د. عبد المنعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي Encyclopieida of psychiatry، المجلد 2، الطبعة 2، 1999م -

1419هـ، القاهرة، (الصفحة 702 - 703)

لا يعتبره أصدقائه أو أقاربه ذهانيا ويعتبرونه فقط غريبا إزاء بعض الموضوعات وفي الغالب مريض البارنويا لا يأتي إلى مستشفى الأمراض العقلية إلا في الحالات النادرة وفي الحالات التي يصبح فيها خطرا على الأشخاص الذين يعتقد أنهم يوجهون إليه الاتهام في محاولة منه للدفاع عن نفسه ولكن إذا أخذنا في الاعتبار المشاعر الاضطهادية الخفيفة لوجدنا أن هذا الذهان أكثر انتشارا عن الذهانات في مجتمعنا المعاصر⁽¹⁾

إن الشك والريبة التي تميز المصاب بالبارنويا تجعله يخفي أعراضه الذهانية فهو يتمسك بعناد بصفاته الصلبة والمنظمة ويدافع عن هذائه بإيمان قوي وإذا ما شعر بالتهديد أو المقاومة فقد يلجئ للتصويه ومنطقة أفكاره محاولا بذكاء فرض واقعه على الآخرين من جهة وتبرير أفكاره من جهة ثانية، فهو مثلا يرى نفسه عظيم الشأن رغم فشله في الواقع حتى بالالتحاق بالثانوية أو قد يرى أنه موضوع مؤامرة تحاك للنيل من مكانته المرموقة بسبب الحسد، كما قد يعتقد أنه خارق الجمال رغم بساطته.. وبسبب غياب المرونة لديه يصعب التعامل معه أو حتى معارضة أفكاره الهذائية أو القول بعكسها، فالإنسان الذي يعاني من الإضطراب الهذائي شخص ذو درجة من الذكاء لكنه يوظف هذا الذكاء فقط لتبرير أفكاره وبناء واقع خاص به وإقناع المحيطين بصحته في مقابل إظهار صورة النبل والعظمة.

في مقابل الاضطهاد، وبسبب الطموح المفرط والتعالي والعظمة مقابل خوفه من الفشل يشك المصاب في نوايا الآخرين وقد يلجئ لفعل عدواني ضدهم قد يصل لأقصى سلوكيات العنف.

طفولة المصاب بالبارنويا تميزت وفق الدراسات، بسمات العزلة الاجتماعية وعدم الثقة والنقلب المزاجي والانفعالي مع هيجان سلوكي وعناد مبرر ويستخدم ميكانيزم التبرير باستمرار.. وتنمو مع الطفل هذه السمات لتظهر على شكل حساسية مفرطة في سن المراهقة أين يتبلور الشعور بالاضطهاد بسبب ميزات العظمة التي يتصف بها يكون بذلك المراهق ذو ميول أناني مع التمرکز حول الذات المضطهدة ويستجيب بعدوانية ومعارضة وتذمر دائم للمثيرات الخارجية، في مرحلة الرشد تتضح لديه سمات التزمّت والتعصب وعدم التسامح والحقد والضغينة كما يميل لنقد الآخرين والسخرية منهم والسعي أحيانا للانتقام،

(1) د. عبد الرحمان عيسوي، الأصبغة النفسية والذهانات العقلية، بحث ميداني في الأمراض النفسية والعقلية الشائعة، بيروت 1990، دار النهضة العربية للنشر والطباعة، (صفحة 309 - 310).

كما تنمو مشاعر الغيرة أكثر ممّا كانت عليه وبشكل مرضي راسخ مع تسلط وتملك لكل ما يريده، يكون جدّ حسّاس لمسألة الحسد والتآمر عليه ويميل للاعتقادات القبلية كالسحر والاستحواذ والتفكير الخرافي..

إنّ وجود درجة معقولة من الذكاء لدى هذه الحالات يسمح لها بالانتباه لأدق التفاصيل العقلانية والأحداث العابرة وتفسيرها وفق مفهومهم الهذائي والذي غالبا ما يتسم بازدواجية الاضطهاد والعظمة، يبرّر الشك دائما بضرورة الحذر والانتباه للخطر الذي قد يأتي من تربص الآخرين به فيشك حتى بالأفعال التلقائية كأن يضع الأخ سيارته في موضع سيارة المصاب فيفسر كمحاولة للاحتقار ونزع المكانة والقهر المقصود، فهو لا يصرح بهذه الشكوك بل يكتتمها ويحاول إظهار التفهم والتفوق الفكري مبيتا الانتقام في نفس الوقت ومن جهة أخرى حذرا منه من أن تستعمل شكواه ضده فيما بعد أو أن يظهر في صورة المتذمر ذو النوايا السيئة.

وبما أن الهذاء هو العرض الأساسي لدى الحالات الصابة بالبارنويا، نرى لزاما علينا توضيح هذا العرض المحوري بمزيد من الدقة فيما يأتي.

2 / الهذاءات Les Délires

تسيطر على ذهن الإنسان في حالة الإصابة بالاضطراب العقلي بعض الأفكار المغلطة والوهمية والتي يعتقد بصحتها بشدة رغم غياب أي أساس منطقي لها، هذه الأفكار تسمى بالهذاءات العقلية (Délusions, les délires) التي تصاحب الأمراض الذهانية والتي تختلف في درجة تنظيمها من اضطراب لآخر وتتراوح بين درجة فقدان الاتجاه الكلي إلى هذاءات البارنويا التي تكون منظمة نسبيا، تخص الهذاءات مواضيع متعلقة بالميول العقائدي الديني أو الأمور الجنسية أو القيم والأحكام الخلقية أو العلاقات البينشخصية والاجتماعية .. وتكون عامة ذات وظيفة دفاعية عن الذاتي في مواجهة حالة القلق الشديد، تعرف الهذاءات في موسوعة علم النفس الحديث كالتالي: "الهذاءات من أعراض الذهان العقلي، وقد تكون منظمة في ذهن المريض أي بُني بعضها فوق بعض ولكنها عديمة الأساس أو السند الواقعي الحقيقي وهي معتقدات زائفة قد يدركها الإنسان منا في بعض الأوقات... ولكن المريض يكون قد مضى فترة طويلة يبني ويؤسس لأفكاره الزائفة سندا أو أساسا تعتمد عليه، وإذا عارضه أصدقاؤه غضب واعتقد أنهم على خطأ وهو على صواب والسبب في أنه يعتقد في صحتها أنه بناها في الأصل لكي يحل بها مشكلة ما يعاني منها ولكي يتكيف وإياها وللحماية من الشعور القاتل بالقلق والخوف وبذلك يقترب تفسير

حدوث الهذات من تفسير عملية التبرير اللاشعورية وهي عبارة عن اختلاق أسباب وهمية لتحل محل الأسباب الحقيقية لسلوك المريض وتحدث الهذات أو الضلالات من المبالغة في التركيز حول الذات أو الذاتية الزائدة⁽¹⁾.

فالهذات أفكار خاطئة منتظمة للدفاع عن الذات ويحدد المصطلح في موسوعة الطب النفسي: "هي ضلالات الاعتقاد أو أخطاؤه لا تكون إلا جميعاً أو هكذا توردها أغلب المراجع العلمية، في المفرد الهذ هو البارانويا والتوهم في الفعل اللاتيني «Deludere» بمعنى يخدع ومنه Delusio «أي خداع الذهن في مقابل «Illusio» أي خداع الحس أو الوهم، توهم العظمة مثلاً أن يقع في ذهن الشخص أنه عظيم على غير ما هو في الواقع.. هذات العظمة هي أفكار العظمة التي تدفع الشخص إلى سلوك معين ولا يثنيه المنطق عن أفكاره الزائفة التي ترقى لمستوى الاعتقاد.. والنسق الهذائي "Delusional system" هو مجموعة الأفكار المرتبة على بعضها البعض والتي تقوم على فرضية هذائية يقال لها التوهم الأساسي Primary. D. وقد تكون الهذات محققة للربغات أو تعبيراً عن الرفض⁽²⁾.

وقد جرت عدة محاولات لتفسير وشرح الهذات منها ما نستعرضه فيما يلي وفق تسلسل تاريخي:

2. 1/ تاريخ الدراسات الهذائية :

حاول الأطباء قديماً وصف بعض صور الهذات السوداوي المتواجد في حالة الهوس، هذا العرض طرح أسئلة كثيرة لاقت أجوبة متنوعة أكثرها تداولاً هي: هل الهذات يخص كل الحياة الداخلية والعلائقية للفرد؟ الحياة العاطفية والفكرية هل تتأثر أيضاً؟ هل يتواصل الهذات على مدار اليوم أم بالعكس يكون في فترات محددة؟ وهل هو بنفس الشدة دائماً؟ هل المريض يتبنى هذا النتاج المرضي أو على العكس ينقده؟ وهل يعيش بالهذات كظاهرة غريبة عنه؟

طرحت هذه الأسئلة طول تاريخ الأمراض النفسية على المختصين المهتمين بالتفسير وفهم وتصنيف الهذات من بين هؤلاء نذكر:

(1) د. محمد عبد الرحمان العيسوي. موسوعة علم النفس الحديث، المجلد 5 - علم النفس الشواذ - والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، ط1، (1419هـ / 1999م)، (صفحة 191 - 190).

(2) د. عبد المنعم الحنفي، موسوعة الطب النفسي Encyclopedia of psychiatry، المجلد الثاني، الطبعة 2، 1999م - 1419هـ مكتبة المدبولي القاهرة، (648) (بالتصرف)

2. 1. 1/ أعمال فيليب بينال Phillippe Pinal والذين سبقوه

الباحث "فيليب بينال" Phillippe Pinal هو مختص في تصنيف الأمراض العقلية من أمثال "بوازي سوفاجز" "F.Boissier de sauvages" (1706-1767) وهم من دعاة اتجاه جديد في التصنيف في القرن (XVIII^e - XIX^e) حيث حاول هذا الطبيب وضع قطيعة مع الاتجاه الداعي إلى تصنيف الأمراض من خلال الخلط العقلي.

الصحة العقلية والنفسية الجيدة منذ عهد أبوقراط ، تفسر من خلال التوازن بين 4 صفات مزاجية تتمازج مع 4 عناصر طبيعية (الماء، الأرض، الهواء، النار) وأيضا مع صفتين (جاف، رطب) وفقدان هذا التوازن في عنصر ما إما بإفراط أو نقص هو الذي يظهر الاضطراب عند الفرد، فالسوداوية تنتج عن فرط في أسود الطحال المفرز من طرف الطحال والتي تبقى في المعدة ما يشكل أبخرة ثقيلة وسميكة تصل إلى المخ فينتج اضطراب السوداوية وهذا يجعل صاحبها ثرابي وذلك يدخل في علاقة مع المزاج وظهور مختلف الأمراض، العلاج يتبع عن قرب هذه التفسيرات التي تربط بين الأمراض والنفس ويقترح أدوية لذلك، (Pinel) حاول وضع أفكار غير دينية، لا يؤمن بأن التأخر العقلي يمكن أن يكون عقابا إلهيا للتخلص من بعض الآثام الفردية أو الجماعية.

هذا الطبيب يعتقد أنه من المستحيل معرفة الأسباب الأولى للمرض العقلي ويرى من الممكن فهم ما يسمى " صور الجنون" ويقترح بالتالي تحديد الأشكال، وصفها وتصنيفها: هذا الوصف يعتمد على لغة علمية محددة مثل ما يقوم به النحويون يتعلق الأمر بالانتباه إلى ماله معنى لدى المختص ثم ترتيبه وفق الأعراض، علم الأعراض Sémiologie يعني تصنيف وحدات واضحة، لذلك إنتهج " بينال" "Pinel" تصنيف معتمد من العلوم الطبيعية.

التصنيف الطبيعي (La classification bionominal linnéenne) للعالم ليني في هذا التصنيف النباتي Le botanique والحيواني Zoologique ، تصنيف الكائنات الحية من خلال النوع والصنف بالتالي التصنيف يضع تنظيمات، عائلات وسلالات مع تحديد العلاقة في كل المستويات، بينال يأخذ درجة إصابة حياة الفرد في وضع التصنيف بالتالي التحديد يكون كمي للهاء أكثر من المواضيع الخاصة به، بالتالي لدينا نوعين كبيرين من الهاءات، هاءات حول موضوع واحد سطحي (السوداوية)، وهاءات معممة (الهوس).

2. 1. 2 / ظهور مفهوم الهوس الأحادي L'invention des monomanies

الباحث "إسكرول" Esquirol "كان تلميذ "بينال" Pinel " كان في البداية يركّز على هذه الثنائية العضوية ثم أعطى فيما بعد أهمية أكثر لمواضيع الهذاء، فالموضوع الهذائي هو عنصر يأخذ بعين الاعتبار في التصنيف .

الاهتمام بالموضوع يجعل "إسكرول" Esquirol يعيد النظر في تصنيف "بينال" Pinel " فالفعل الجنوني سواء كان معبرا عنه كقول "أنا هو المسيح" أو محققا كحوادث الحرق، يصنف في الحالتين ضمن الهوس الأحادي ويضع 3 أشكال كبرى في الهوس الأحادي تبعا لدرجة الذكاء، الانتباه والإرادة وهذه الأشكال هي:

- هوس أحادي فكري أين الهذاء يكون في المستوى الأول.
- هوس أحادي عاطفي لا يظهر للعيان هذاء صريح: المريض لديه وعي باضطرابه.
- هوس أحادي غرائزي Délire Instinctuelle الإرادة مصابة ويمكن أن تأدّي بالمريض إلى اقتراف أفعال جنائية Act médico-légaux.

ما يهمنا نحن هو الهذاء الفكري لأنه هذاء موضوعي محدد الهدف، الجنون يكون واضح.

→ Mégalomane جنون العظمة = جنون الفخر Fous d'orgueil

Pyromanie بيروماني هوس الحرق → جنون الحرق Fous incendiaires

هذا الجدل حول الاضطرابات الهوسية الأحادية سمحت بالتعمق في العلاقة بين الجنون والهذاء والجنون والمسؤولية الجزائية.

-إشكالية ظهور الجنون: إنّ الهذاء أو وجود اضطرابات متخفية كامنة السبب وراء الأفعال الخطيرة عند الذات أو الآخرين أدى بإسكرول وآخرين إلى وضع قانون (1838) المتعلق بجر المضطربين عقليا

Pinel و Esquirol هما مختصين عياديين أكثر من كونهما مفسرين وملاحظين وأكثر من كونهما تصنيفيين، حاولا إيجاد تجمعات تصنيفية ذات دلالة عوضا عن البحث عن الأسس الأولى للجواب.

2. 1. 3 / أعمال بايلي "Bayle" (1768 - 1825):

بايلي "Bayle" من تلاميذ كلارد Royer-Collard "ناقش أطروحة هامة في 1822م حاول إظهار أن كل الأمراض الشللية Paralytiques العامة تظهر إصابة إحدى السحايا العنكبوتية ، ما أدى به إلى النظر في السببية والتفكير في الأصل العضوي، هذا الاتجاه لم يعطي نتائج كبيرة ما أدى بالتفسير العيادي للعودة من جديد للواجهة.

2. 1. 4 / تقسيم لوراث "Leuret"

أظهر الطبيب "لوريت" "Leuret" في مقال شهير سنة (1834) أننا أمام شكلين من الاضطرابات يتحددان في العلاقات التي يتبناها الهذائي مع الواقع هما الهذاء المنظم ويكون منطقي مفهوم مفسر ويتبع قواعد المنطق في الخطاب، والهذاء الغير منسق أين يكون الخطاب غير واضح وغير مترابط، تكون الأفكار ليست في علاقة متناسقة فيما بينها أو مع الموضوع من الغير واقعي على الغير متواجد تماما، هذه الأفكار تتوضع معا بدون منطق داخلي .

الهدف هنا هو تحديد شكل الهذاء ونوع الأنماط التي تؤدي إلى هذه الأشكال الهذائية وهنا ظهر مفهوم جديد هو ميكانيزمات الهذاء، التي تمثل التنظيمات التي سوف تسمح بوضع عناصر تصنيفية أفضل بالتالي فهم جيد للاضطرابات باختلافها هذه الميكانيزمات هي:

• تفسير وترجمة الهذاء:

حاول كل من "سيريو" و"كابقراس" "Sereix et Capgras" وصف عمل الهذاء إنطلاقا من إدراك صحيح لكلام، أفعال وتصرفات المرضى الذين يعطون معنى لهذه الأحداث، هذا المعنى الغريب والمتخفي هم وحدهم يعرفونه وهو يمثل ميكانيزم يعمل كنمط من الترجمة والاحتفاظ بالقدرة على الإدراك الجيد للواقع لكن بإعطائه معنى (لا يمتلكه) هذا التشويه للواقع أدى بالبعض للحديث عن اضطرابات الحكم، وهذه التفسيرات أو التأويلات الخارجية يمكن أن تتناسق مع تأويلات داخلية Endogènes وهنا

يتعلق الأمر بالتأويلات للإحساسات بمعنى داخلي لا يستلزم المعنى الدينامي الذي نجده في الروشاخ مثلا الإحساس بوخز في المعدة بعد الأكل يكون دليل على تسمم إجرامي.

• **الحدس الهذائي:** قام كل من "تارقولنا" و"دوبلينو" "Targonla et Dublineau" بوصف الحدس الهذائي، فيرون أنه يفرض نفسه على المريض من الداخل دن أي احتكام للعالم الخارجي المحيط به، فالفكرة تكون مكونة وتحتوي على قابلية وخصوبة يخضع لها باقتناع كبير، وإذا حاولنا إقناعه بالعكس نواجه صمت تام أو فعل عدواني عنيف، هذا الحدس يخص كل جوانب الحياة يمكن أن يتواصل لساعات أو أيام دون علاقة بين مختلف أشكاله وبدون منطق، يمكن أن تظهر من خلاله مواضيع غريبة أو مثيرة أو تحولات جسدية.. ومحتوى الهذاء يمكنه أن يتركز على المريض نفسه أو يتعمم على المحيطين أو العالم بأكمله.

• **الهلاوس Hallucinations:** لا يتعلق الأمر هنا باضطراب الحكم بل بأخطاء في المعاني " إدراك الأشياء دون وجود شيء يدرك"، رأيت أشخاص، سماع اصوات، شم روائح .. هنا علم التشريح الأعضاء هو الذي عليه الإجابة على الخلل الذي يمس وظيفة العضو، يعرف إسكرول Esquirol الهلاوس: رجل يمتلك اقتناع شخصي بإحساس ملاحظ أنيا في حين لا يوجد أي موضوع خارجي مثير لهذا الإحساس لا يحمل معنى .

بالنسبة للعيادي المهم هو البحث عن كيفية مشاركة الظواهر في الاقتصاد العاطفي للمرضى

• **الكذب المرضي La fabulation:** لقد وصفه الباحث "دوبراي" Ferinand depré " لأول مرة في 1911م محاولا عزل ميكانزم بناء الهذاء على مفهوم التأويل والهلاوس والحدس الكذب المرضي la fabulation هو هذاء يمثل خطاب مفبرك أو مصطنع على طريقة رواية مغامرات، هو إنتاج تخيلي محض وخطاب يبقى معقول، كل جزء ينتمي لما هو ممكن وتتجمع الأحداث يصبح تدريجيا غير معقول.

الحكاية تروى حياة الفرد لكن بنمط ينتهي بشكل غير معقول، مثلا يحكي أن عائلته ليست عائلته الحقيقية وأنه اختطف من طرف ساحرة الأطفال.. عندما نستمع جيدا لهذه الهذات ندرك أن الكذب المرضي لا يتواجد أبدا في الشكل النقي بل هناك دائما تجربة تكوينية هلوسية ظهرت في فترة ما، أو أن الدخول في الهذاء كان من خلال التصريح، الكذب المرضي بالمقابل يكون أصلي ويعبر عن تعديل في

الحركة الأولية، فمثلا في المراحل التكوينية في الهلوسة، إذا لم يرجع المريض إلى ميكانيزم الكذب المرضي فسوف يتعرض إلى حالة تفكك (une dissociation) إذن الكذب المرضي هو ربما وسيلة للتنظيم والتطبع الاجتماعي، والهاء كان سوف يتطور على نحو آخر لو لم يوظف ميكانيزم الكذب المرضي، فالمريض يلجئ لبناء قصص دون أن ينتبه أنها غير متناسقة.

بالنسبة للباحث "دوبراي" "Durpré" هذه الهذات تدخل في إطار تكوين هوس الكذب

(Mytho-maniaque) فالأشخاص تكوينيا مدفوعين إلى صنع حكايات عن أشياء لا وجود لها.

• **الأوهام Les illusions**: هو خطأ الإحساس كالوهم البصري مثلا الناتج عن عدم الترابط

بين تجربة مدركة وأشياء مادية مستثارة لكن نجد داخل الوهم شيء حقيقي للإدراك وبسبب انخفاض اليقظة والرقابة لا تتمكن إحساساتنا من فك الرمزية الخاصة بوضعية ما بل يعتمد على الإحساس المدرك بسرعة، ما يكون حقيقة أخرى مغايرة مثلا بعد ليلة من السياقة قد نرى أننا نصدم حيوان في حين ما مرّ أمامنا هو كيس بلاستيكي مدفوع بالهواء.

تعتبر الأوهام كمنظم للهاء عندما تظهر في حالة هذائية أو أنها تشكل المحرك الأساسي للتكوين المرضي مثلا في حالة الوهم المزدوج (Illusion de sosie)⁽¹⁾

هذه الميكانيزمات عامة تتدخل في تكوين وتنظيم الهذات التي تحدث عليها الباحثون وحددوا ميكانيزماتها عبر سلسلة من البحوث والمحاولات التفسيرية والتي لا تزال متواصلة إلى يومنا هذا.

2.2 / تفسير وظيفة الهذات:

تتصف الهذات باللامنطقية في معظمها وإن كانت في البداية تظهر في صورة مقنعة لكن في سيرورتها يتجلى السياق اللامنطقي وفي سياق ظهور الأعراض لابد من تحديد أنماط التكوين الهذائي والقيام بالتصنيف انطلاقا من العناصر ذات الدلالات التشخيصية حتى نفهم الأسباب التي تجعل المريض

⁽¹⁾ Psychologie clinique et Psychopathologie, 2eme édition, 2005, cours documents, collection grand Amphi psychologie dirigée par G.Amy et M.Piolat coordonne par R.Samather (p p 192-200).

يتبنى نمط سلوكي مرضي معين، في هذا الصدد هناك اتجاهين نظريين كبيرين حاولا وضع تفسير لهذه الظواهر يتفقان مع بعضهما في بعض النقاط ويختلفان في أخرى:

أ/ الاتجاه العضوي Organiciste: وأتباعه يؤمنون بالسببية العضوية أن الهذاء يفسر بسوء الوظيفة البيولوجية أو الفيزيولوجية أي المرض الجسدي يعني اضطرابات عضوية تشريحية للجهاز العصبي المركزي أو إدراكات خاطئة أو سوء تأويل يؤدي إلى سوء الوظيفة، فالطب اليوناني اعتبر منذ زمن أن هناك عضو تشريحي مسؤول عن الجنون مثل الهيستيريا التي فسرت بسبب انتقال العضو التناسلي الانثوي وحتى قبل ظهور بينال (Pinel) كانت المزاجات الأربعة تعتبر أصل الجنون واعتبر بينال أن الإصابة الدماغية المكتشفة في الفحص الإشعاعي كانت ثانوية فقط لاضطرابات تمس بخلايا الهيبوكوندي (Les Hypochondres) وأطروحة الباحث في الأمراض العقلية "بايلي" "A.L.Bayle" (1822) هي من أوضحت أن الجهاز العصبي المركزي هو مركز الجنون الذي يعبر عن إصابة عضوية دماغية محددة تختلف باختلاف نوع الاضطراب، وفي إطار المدرسة الفينولوجية نجد الباحث "فرانز جوزاف قال" (Franz joseph gall) يربط بين علم التشريح وعمل وظائف الأحياء حيث يرى أن كل الوظائف متواجدة في أجزاء معينة من المخ، والتطور المختل لهذا الأخير يؤثر على شكل الدماغ وكذا الطبع، المواهب وظهور مختلف الاضطرابات الغريزية.

فوجود حدبات (des bosses l'exocrâne) في الدماغ توافق أنواع من الهوس الأحادي وجاء الإطار النظري "لكلود برنار" (Claude Bernard) ليساعد على التفكير في فيزيولوجية المخ فقد وصف المشابك les synapses في (1897) والنورونات الوسيطة (les neuromédiateurs) في (1952) هذه الحقائق المكتشفة عن الكيمياء الدماغية بالإضافة إلى أبحاث حول التخدير أدى إلى اكتشاف الأدوية المضادة العصبية les neuroleptiques على أساس تشريح فسيولوجي عصبي.

الباحث "نوقشي" (Noguchi) في (1914) أظهر أن الخلايا اللولبية الشاحبة هي ناقلات لمرض الزهري، تتواجد في السائل الدماغي الشوكي ولها علاقة مع الأمراض الشللية العامة ما يسمح بالقول أن الباحث "بايلي" "Bayle" هو من اكتشف السببية المرضية للشلل العام ونعلم أن الأليوفرينيا L'oligophrénie هو اضطراب عقلي ذو أصل عضوي هو خلل في الميتابوليزم...

هذه الأمثلة لا تعني إهمال الجانب النفسي في السببية لكن غياب الأديولوجية المفسرة لسبب ظهور هذاء العظمة بعد إصابة عصبية معينة مثل الشلل العام؟ ولماذا تظهر الهلاوس في حالة الإصابة بالاورام الدماغية؟ لماذا المصاب بالهلاوس المزدوجة يظن أنه رسول...، إذا كانت الفرضية الخاصة بالإصابة العضوية تفرض نفسها في عديد من الحالات فإن الموضوعية العلمية تدعو إلى إيجاد التلازم بين السببية وعلم الأعراض لكن العلاقة ما تزال امبريقية وفرضية العضوية تطورت في البُعد الوظيفي الذي ظهر في نهاية القرن^٤ (X VIII)، وفكرة الوظيفية لها علاقة مع التوقع الدماغية كما أن الوظيفة هي نتاج نفسي للعضو.

في (1878) يقترح القاموس الطبي (Déchambre) وظائف أخرى للمخ: الإحساس، التفكير، الإرادة.. وأبحاث في الطب العصبي أدت إلى أبحاث أخرى في علم النفس المعرفي، وبخصوص الهذاء البارانوني المتواجد في الفصام اقترحت عدة نماذج، منها ما يتعلق بهذاء عصبي فيزيولوجي لوظيفة معرفية، فعلم النفس المعاصر يركز على ترميز (le codage) المعلومات التي تأتي من الحواس وتربط بذلك هذه الأبحاث بين:

- علم التشريح : الفص الجبهي الايسر.
- الفزيولوجيا: التغيرات في السيروتونين أو الدوبامين على مستوى المشابك.
- علم الوظائف: العملية المعرفية.

ب/ الاتجاه التفسيري النفسي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أنّ تكوين الهذات يعود إلى ضرورة الدفاع عن الذات فهو وسيلة للتكيف مع الدوافع والحاجات والصراعات الداخلية المهددة من خلال توظيف ميكانيزمات نفسية موافقة للحاجة وللحالة، هذا الدفاع كضرورة يوظف حتى ولو كان معارضا للواقع الخارجي أو على حساب علاقة المريض بالواقع، الحيل الدفاعية توظف بشكل مفرط حتى تصبح على شكلها المرضي ومن أهم هذه الحيل التبرير والاسقاط والتعويض والإزاحة، التقمص والإنكار، العدوان والتسامي...

إنّ هذه الحيل تدافع عن الذات عند القلق والحصص الشديد لكن تواترها ينمي في الجهاز النفسي هذه الهذات تدريجيا.

يقول الدكتور محمد عبد الرحمان عيسوي " يقرر كولمان أن معظم هذه الهذات تنمو من خلال الذات الوسطى في الإنسان Ego وحيلها الدفاعية اللاشعورية، إن العمليات العقلية اللاشعورية التي تستهدف حماية الذات من الشعور بالحصر الشديد، فنحن قد نلوم الآخرين في معنى أننا نسقط اللوم على الآخرين فيما نرتكبه من أخطاء، ونحاول أن نبزر هذه الأخطاء أو نعتذر عنها، بأننا لم نعطي الفرصة الكاملة أو العادلة أو أن الناس الآخرين يعملون عندنا، وكذلك فإننا نسقط رغباتنا غير المرغوبة على الآخرين وكذلك فإنهم هم الذين يحاولون اغتيالنا في الوقت الذي تبقى فيه عقولنا خالية تماما من مشاعر العدوان.. وفقا لرأي كريبلين Kraepelin فإن البارنويا تمتاز بمعاناة صاحبها من الهذات المنتظمة أو المنظمة دون أن يصاحبها تدهور في شخصية مريض البارنويا أو ذكائه".⁽¹⁾

في البارنويا نجد هذات الاضطهاد والعظمة بشكل منظم مع خطر الانتقال للفعل العدواني الذي قد يصل لحد القتل تحت تأثير الوهم الخاطيء.

إن صيغة الإنكار والاسقاط تأتي على النحو التالي: أنا لا أحبه وأنا أكرهه تصبح هو لا يحبني وهو يكرهني وبناء على كره الهو له تبنى اعتقادات يسقط من خلالها صراعاته اللاشعورية، ما يرسخ الاعتقاد بكراهية الآخرين له وحقدهم عليه، من جهة ثانية يأنبه الأنا الأعلى فيظهر الاضطهاد الذاتي وأفكار العقاب الذاتي، ففي هذات البارنويا يكون الاتهام والتسامي والعظمة مركز التفكير فيعتقد المريض أنه عظيم وذو قوة عليا خارقة كأن يرى نفسه أنه مرسل أو نبي أو إمبراطور أو مصلح للبشرية.. وكلما شعر بالفشل نمت في نفسه هذات الذنب والنقد الذاتي وعقاب الذات ويميل إلى تضخيم الأحداث والأحاسيس ما يسبب الهذات السوداوية أو الإيذاء النفسي كالانتحار، ففي هذات البارنويا نجد العظمة والاضطهاد معا وإذا حاولنا إقناعه بعكس معتقده قد يشك أننا متآمرين عليه أيضا، قد يؤمن المريض بالأحداث وفقا لتفسيره الخاص البعيد عن الواقع كاعتقاد أن النجوم ترسل له إشارات أو أن التلفاز يخاطبه شخصا ويأمره بأشياء...

النفسانيين حاولوا فهم وتفسير الاضطرابات العقلية من خلال السياق النفسي، هذا الاتجاه التفسيري قديم ويتضمن عدة آراء متباينة الواحد عن الآخر، فالتحليل النفسي بريادة "فرويد" (Freud)

(1) د. محمد عبد الرحمان العيسوي: موسوعة علم النفس الحديث، المجلد 5، علم النفس الشواذ، والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى 1419هـ/ 1999م، بيروت، لبنان، صفحة 189.

و"لاكان" (Lacan) تحدثا عن الهذاء، يرى فرويد أنه يحدث في مستوى مكونات الجهاز النفسي (1^{er} et 2^{eme} Topique) التي تكون في علاقة دائمة مع بعضها البعض ويسير أفكار تساعد على توجيه الفرد إلى أهداف معينة أي أنه يمتلك دينامية غريزية (pulsionnelle) ومحاولا في أحسن حالاته الحفاظ على الطاقة الداخلية في الاستقرار الأدنى وهنا نتكلم عن الاقتصاد الليبيدي (l'économie libidinale) التي يعرفها لابلاتش و بونتاليس (Laplanche et Pontalise) " الطاقة المقدمة من طرف فرويد كأساس للتحويلات اللبيدية الجنسية أمام الموضوع (إزاحة الاستثمارات) بالنسبة للهدف (التسامي أو الإغلاء Sublimation مثلا) بالنسبة لمصدر الإثارة الجنسية (تعدد مناطق الإثارة الجنسية) "

بالتالي نتحصل على تكوين الأنا هذه الوحدة في علاقة مع الهو والأنا الأعلى وكذا مع الواقع فهو يتموقع كوسيط مسؤول عن مصالح الفرد في مجملها، يقترح فرويد وصفا وراثيا للجهاز النفسي بالمعنى التكويني au sens de genèse لتطور الفرد، فالطفل يتميز على العالم الخارجي تدريجيا ليكتسب استقلالته كفرد في علاقة مع المحيط، وعبر مراحل تكوين الأنا في الجهاز النفسي يتوضح النموذج الذي يقترحه فرويد لفهم وتفسير عمل واضطرابات الحياة النفسية، قبل ظهور مفهوم النرجسية (1914) حاول العالم في التحليل النفسي وضع نظريته عن الذهانات ورغم محاولته وضع نموذج تفسيري مقنع إلا أنه بقي غير راضي لأنه لم يجد ميكانيزم خاص بالذهان في مقابل الكبت في العصابات، يمكننا القول أن الصراع في الذهانات يكون بين الفرد والواقع الخارجي وظهور مفهوم النرجسية يدفع "فرويد" "Freud" إلى اعتبار الاشكالية تحت زاوية العلاقة بين الاستثمارات اللبيدية (النرجسية) واستثمارات الرغبة Pulsions للأنا بخصوص الموضوع (لبيدية موضوعية "Libido objectale")، فقدان الواقع نتيجة لهذه الصراعات في العلاقات والرجوع والتمركز حول الأنا يؤدي إلى محاولة تصحيح وتعويض هذا النقص، وهذه الخسارة بسبب عدم الاستثمار تؤدي إلى سياق مرضي هذائي الذي يكون بالتالي محاولة لإعادة بناء هذه الاستثمارات.

ندين للعالم "لاكان" "Lacan" في إيجاده أجوبة عن أسئلة فرويد حول الميكانيزم الخاص بالذهان (La forclusion) المنع، يختلف عن الكبت لأن معاني المنع ليست مدمجة في اللاشعور وحين تتعارض معه تبدو أنها تأتي من الخارج مثلا في حالة الهلاوس.

2. 3 / العلاقة بين الهذات وحيل الدفاع اللاشعورية

كما أوضحنا سابقاً، الهذات هي طريقة للتنفيس عن التوتر الشديد ناتجة عن الإفراط في توظيف الدفاعات اللاشعورية ومن أهمها التبرير في مواجهة الإحباط والذي يكون باختلاق أسباب وهمية في مقابل الأسباب الحقيقية، واللجوء المتكرر لهذا الدفاع يولد هذات اضطهاد الآخرين له ما يدفعه إلى الاستجابة بميكانيزم آخر هو إسقاط اللوم على الآخرين فيما يرتكبه هو من أخطاء ويستعمل الإنكار للهروب مما يعترضه من صراعات وإحساسات فيسقطها على الآخرين، فيحول مشاكله لهم ويتهمهم بأنهم هم من يكرهونه أو يأذونه أو يتربصون به...، فيتولد لديه هذا الاضطهاد كما قد يوجه اللوم للذات من خلال تسليط الأنا الأعلى على نفسه فتتكون أفكار العقاب الذاتي كخلاص له من الخطايا، قد يواجه هذه الأفكار الاضطهادية بأفكار أخرى ذات أصل متسامي فيعتقد أنه ذو شأن كبير لذلك هو محسود أو يصاب بالعين أو يتربص به المكائد ليضطهده الآخرون وقد تبنى طموحات حقيقية لتحقيق هذه الشخصية السامية فيرى أنه أصبح عالماً كبيراً رغم عدم صحة ذلك وإذا لاقى فشلاً سوف يعتقد أن الآخرين أفسدوا مشروعه قصداً فيلوم عليهم ذلك... هذا وإن الهذات تعتبر راحة للمريض لكونها متنفساً لصراعاته من خلال إيجاد منافذ وحلول دائمة وإن كانت بعيدة عن الواقع لكنها سوف تصبح الواقع الجديد المنظم من طرف المريض.. باستمرار هذا التوظيف الدفاعي يستمر تولد الهذات بأنواعها وتدخل في سياق تنظيمي محكم منسق ومنطق بتسلسل وفق استراتيجية واعتقادات المريض وحتى إن كان على حساب علاقته بالواقع الذي يرفضه وأكثر الهذات التي تأخذ صفة المنطقية هي هذات المصاب بالبارانويا، ما يدل على أنه يتمتع بمستوى ذكاء ذو درجة لأبأس بها فهذا الذكاء يسمح له بتوظيف الحيل الدفاعية بشكل مبني نسقياً ودمجها في إطار شبكة هذائية محكمة ومنظمة (Déliés en réseau) ورغم عدم صحة أفكاره الهذائية التي تعبر عن شذوذ عقلي معرفي إلا أن هذه الهذات أحياناً قد تنمي الطموح في الإنجاز والنجاح وتعلي الإحساس بالذات وأهميتها مثل حالة المبدعين والسياسيين والفنانين التي تدفعهم الأفكار الطموحية قدماً بشرط عدم تجاوزها حد السلامة العقلية، كما أن تناول بعض المواد المخدرة أو الكحولية قد تسبب ظهور هذه الهذات لكنها غير ثابتة تزول بزوال الأسباب فهي استجابة لتغيرات كيميائية في الجسم فقط.

إن أنماط التربية المتميزة بالقساوة والحرمان والتهميش الاجتماعي تمثل أسبابا في إيجاد الصراعات التي تستلزم هذا الشكل من الحيل الدفاعية، فإذا نَمى الطفل في جو مشحون بالقساوة والترهيب والريبة والسرية وعدم تعلم طرق التكيف مع الإحباط إيجابيا قد يؤدي ذلك إلى استجابات سلوكية مليئة بالحصر وعقد النقص وعدم تقدير الذات أو الشعور بالإعلاء والتفوق الدائم الذي يفوق الإمكانيات الحقيقية للطفل، بالتالي مع عدم تقبل الفشل وإنكاره يتبنى الفرد حل التبرير والإسقاط والإنكار، كما نجد ذلك أيضا لدى الحالات التي تلقت تربية خالية من العاطفة والتواصل ما ينمي الكراهية والاضطهاد في مقابل التفوق الذي عليه أن يحققه دائما، ما يجعله في صراع يلزمه إنكار بعض الحقائق وإزاحتها أو تحويلها إلى عكس ما هو عليه مع تبرير السلوكات الخاطئة بإسقاطها على الآخرين بالتالي يتصف بالريبة والشك الدائم في نوايا المحيطين به ما يجعله حذرا، ناقدا، متحفظا، متهما للغير باستمرار محاولا التبرير وتغطية عدم الرضى عن الذات.

توظيف كل هذه الدفاعات يستمر في شكل نسقي وبمرور الوقت وتزايد حجم التوظيف تظهر هذات مختلفة باختلاف البناء المرضي لدى الشخص، لكن في عمومها تكون متنفسا لصراعاته الشخصية، وقولنا بذلك لا يعطيها صفة السلامة العقلية طبعاً ولا يجيز تواجدها أو استمرارها في حياة الفرد المصاب بالاضطراب.

2 . 4 / تصنيف الهذات:

بعد " بنال" Pinel و"إسكرول" Esquirol اللذان كانا يعتمدان على الظهور السطحي أو المعمم للهذات في تصنيفه في نهاية القرن XIX ظهرت معايير أخرى للتصنيف فرضت نفسها وهي تصنف الهذات وفقا للموضوع الهذائي، الميكانيزمات الموظفة والبنية La structure يحددها "سماشر" R.Samacher كالتالي:

- 1- الموضوع الهذائي: يمكن ذكر أهمها ظهورا في مختلف الاضطرابات وهي المواضيع الجنسية، المواضيع الاسطورية الغريبة، العظمة، التحولات الجسدية... وذلك مهما كانت الميكانيزمات الموظفة.
- 2- الميكانيزمات: هي الحدس، التأويل، الهلاوس، الأوهام، الكذب المرضي.

3 - البنية La structure: حسب "لورات" Leuret "المواضيع الهذائية وأنماط تنظيمها ليست عرضية ومن الممكن تحديد أشكال هذائية نوعاً ما متكررة وبعدها ضيق والكلام عن البنية ليس بمفهوم التحليل النفسي فلا يتعلق الأمر ببنية الشخصية بل ببناء الهذاء دون العودة إلى سمات مبنية قبل المرض".⁽¹⁾

الهذات أفكار زائفة يتبناها المريض بشكل قوي وصلب رغم معارضتها لواقع المحيط، وتصنف الهذات إلى أنواع مختلفة باختلاف الأفكار التي تنميتها في العموم تبني في مجموعات الهذات النقية أو الحقيقية والهذات الحالة والفصام الهذائي والهذاء المنقول.

2 . 4 . 1 / الهذاء النقي أو الحقيقي: تسود فيها أوهام العظمة وأوهام الاضطهاد أو الهذاء

الجنسي أو هذاء المشاكسة أو هذاء الغيرة أو الهذاء المختلط.

- **هذاء العظمة (Délire de Grandeur)** حيث يعتقد الفرد أنه عظيم أو حاكم أو زعيم أو بطل أو مخترع أو نبي .. وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالي والمباهاة وتبني أهداف غير عملية يستحيل عليه تحقيقها كما يلاحظ تقلب المزاج وحدة الطبع.
- **هذاء الاضطهاد**: يعتقد المريض أنه مضطهد ومظلوم، يسيء الناس معاملته ويريدون إيذائه ويكيدون له وقد يعتقد أن هناك تجسس عليه من المخابرات، نجد لديه شعور بالنقص والشك والخوف والغيرة والغضب والكراهية والعداء لمضطهديه والميل للانتقام، والحزن وقد يصل إلى الاكتئاب والتفكير في الانتحار.

- **الهذاء الجنسي**: يعتقد المريض أن أحد أفراد الجنس الآخر من ذوي السلطة والشهرة يحبه ويرسل له الرسائل السرية بالراديو أو الجرائد والمجلات وقد يظهر على شكل الشك في سلوك الزوجة أو الهوس الجنسي أو الجنسية المثلية.

- **هذاء المشاكسة**: يصر المريض على المطالبة بحقوقه ويصر على افتعال المشاكل وتقديم الشكاوي القانونية والقضائية والعناد وتخطي الآخرين.

- **هذاء الغيرة**: يختلف عن الغيرة العادية في أن الغيرة هنا تكون شديدة عميقة متألمة يصعب فهمها ولا أساس لها.

- **الهذاء المختلط**: يظم عدداً من الأشكال السابقة في نفس الوقت.

⁽¹⁾ R Samacher, Psychologie clinique et psychopathologie, cours document exercices, 2^{ème} édition, dirigée par G.Any et M.Piolat, Septembre, 2005 (page 200-201)

2 . 4 . 2 / حالة الهذء أهم أعراضها الأوهام العابرة غير الدائمة وغير المنتظمة والغريبة مع بعض اضطرابات الفكر .

2 . 4 . 3 / الهذء الفصامي: يكون وقتي قصير المدى يتسم بالأوهام الغريبة والشاذة ويصاحبه الهلوسات والانفصال عن الواقع .

2 . 4 . 4 / الهذء المنقول (الثنائي): تنتقل الأوهام الهذائية عن طريق التقمص والإيحاء من مريض إلى شخص قريب ومن الشخص المسيطر إلى الشخص الأقل سيطرة ويكون الشخصان غالبا سيء التوافق ذوي محيط بيئي متماثل ويواجهان نفس الظروف النفسية.⁽¹⁾

2 . 5 / تطور الهذءات

• **الهذءات الحادة:** تستمر من بضع ساعات إلى بضع أسابيع، تظهر الهذءات كحالة مرضية عرضية وتعتبر كفترات حرجة مثلا في حالة الأزمة الهذائية الحادة التي تظهر مفاجئة دون توقع، تكون ذات مواضيع متعددة والميكانيزمات الموظفة متنوعة وكل هذا النتاج الهذائي يكون غير ثابت ومتغير، المريض يكون أحيانا جد متوتر وفي حالة خلط عقلي يعود المريض بعد أسابيع أو أيام للحالة الطبيعية، كما أن هذه الأزمات يمكن أن لا تظهر إلا مرة واحدة خلال الحياة، الإحصاءات أظهرت ذلك بالنسبة لـ (50%) من الحالات وفي (25%) من الحالات المريض يمكنه إظهار تطورات جديدة وفي (25%) الباقية هذه الأزمة تسجل قطيعة مفاجئة في حياة الفرد وتسجل بداية تعديل أو تصحيح عميق، بالتالي انقلاب تام في الحياة النفسية فيصبح كمريض مزمن حقيقي وفي الغالب تتطور الحالة إلى فصام ونادرا إلى حالة هلاوس ذهانية مزمنة (Psychose hallucinatoire cronique) وفي الـ DSM4 تصنف هذه التطورات كاضطرابات ذات مرجع للظهور الفصامي .

في الهذء المزمن يتعلق الأمر بفقدان العلاقة بالواقع والذي يبقى بشكل دائم فالهذء يكون مبني أكثر وبشكل نهائي، فيبقى المريض في علاقة مع عالم الهذءات، وكما يسميه "شماجر" (Smacher)

(¹) د. عبد الحميد محمد شاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الاسكندرية، مصر، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية أسوان 2001، (ص ص 152، 153، 154) (بالتصرف).

والعالم "هانري" (Hanriey) "الوعي الهذائي"، فكل فرد يعاني من التفكك نجد طبيعة علاقته مع الواقع لا تسمح له بالاندماج الاجتماعي والعلائقي المتكيف وذلك دون وجود فعل هذائي بالضرورة.

بالنسبة (د) فريد كاشا يحدد تطور بعض أنواع الذاءات كالتالي:

" 1 - هذاء التأويل Délire d'interprétation :

- الهذاء يتطور بالتدرج ويتجاوز عناصر جديدة متتالية تضاف إلى السابقة، النسق الهذائي يصبح في شبكة غير متناهية من حيث حركة إثرائها.
- يمكن للهذاء أن ينحصر في قطاع عين ويسمح للمريض بمواصلة نشاطها المهني أو العائلي.
- يمكن أن تتدهور حالته من خلال مظاهر عدوانية دفاعية ومنه يتحول من مضطهد إلى مضطهد قد يكون خطيرا.
- تحت العلاج يعدل اضطراب السلوك وينحصر النشاط الهذائي غالبا في بعض الاستجابات الصراعية الموافقة للحياة الاجتماعية.

2 - هذاء المطالبة Délire de revendication :

- من خلال بلوغ مراحل الاستثارة يمكن أن يتبع النجاح فترات فقدان الأمل.
- رفض العلاجات بالتدخل المتكرر للقضاة الذين ينتهي بهم الأمر باضطهاد المريض من وجهة نظرهم، فيتهمون القاضي بأنه ليس ذو كفاءة أو متآمر عليهم ويرفضون غالبا الحجز الإداري.
- الاستشفاء حتى إذا كان يمثل حالة اضطهاد للمريض وتعسف من العائلة إلا أنه يساعد غالبا على تهدئة النشاط الهذائي.

3- هذاء العلاقة مع الحواس Délire des relation des sensitif :

- الهذاءات قليلة الاتساع تثرى من الواقع المحيط وتتحدد بتطور الأحداث المعاشة.
- التعقيدات الاكتئابية متواجدة ويمكنها توليد أفكار انتحارية عندما يضاف التوتر للحالة.

- تحت العلاج، الشفاء هو القاعدة: المضادات الاكتئابية، مضادات التوتر والأدوية العصبية تخفض من حدة الهذاء والتوتر النفسي أما العلاج النفسي فيساعد على إعادة البناء والترميم النرجسي..⁽¹⁾

3 / تصنيف البارانويا:

تختلف البارانويا بحسب الأعراض الغالبة ونوع الهذات الموظفة، لكن عموما الهذاء الحقيقي هو اضطراب متخفي ونادر، ويسمى بالحقيقي لأنه يتواجد بمفرده بمعزل عن أي أعراض ذهانية أخرى فإذا صاحبه بعض أعراض الفصام مثلا أصبح حالة بارانويا ذهانية أو شبهالبارانويا وليس بارانويا حقيقية، بالتالي يستلزم علينا وضع تحديد موجز لأنواع البارانويا الحالة الغير منطقة والتي لا تضم أعراض الفصام الاضطهادي.

3 . 1 / البارانويا الحقيقية:

تكون قليلة الانتشار، الهذاء هو العرض الأساسي فيها مع غياب الأعراض الذهانية الأخرى، يعرفها الدكتور (عبد المنعم الحنفي): "إن الهذاء الحقيقي اضطراب عقلي نادر العثر عليه بين المرضى بمختلف أمراض الذهان، وإذا أريد لهذا الهذاء أن يكون حقيقيا فينبغي أن تكون للمريض به أي أعراض ذهانية أخرى سوى الهذات، فإن اختلطت الهذات كما هي العادة بالهلوسات أو سوء التوجه، أو تقلب مزاجه بين الهوس والاكتئاب أو كانت له بعض من أعراض الفصام فإن مرضه لن يكون هذاء مائة في المائة ولكن يقال أنه حالة ذهانية Paranoid state، أو أنه شبه أو نظير هذاء"⁽²⁾

الهذاء الحقيقي يكون مبني في سياق منطق بدقة والاستجابة في البارانويا تكون دفاعية منظمة تدريجيا تعمل على حماية الذات ضد الصراعات والانهيال، بالتالي بناؤها يستغرق وقتا تطويلا ووضعها في نظام شديد التماسك والصلابة يساعد المريض على الاستمرارية في نمط حياتي يحمي به ذاته نسبيا ويمكنه من القيام بباقي الوظائف الحياتية باستقرار نسبي، أهم الأفكار الهذائية في هذا النوع من البارانويا

(¹) Farid Kacha: " Psychiatrie et psychologie médicale, à l'usage de l'étudiant", Entreprise nationale du livre 1996, Alger (page 156- 159 - 161).

(²) د. عبد المنعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي، المجلد الثاني، الطبعة الثانية 1999م - 1419هـ، القاهرة، مصر (صفحة 643).

نجد تلك المتعلقة بالعظمة والاضطهاد و الهذاء الجنسي وهذا ع المشاكسة وهذاء الغيرة والهذاء المختلط الذي سبق تعريفه.

قد يرى المريض أنه بطل أو مخترع كبير ذو قوة خارقة مع التعالي والسمو بالذات والمفاخرة وفي نفس الوقت يرى بأنه مضطهد من الآخرين بسبب حقدهم عليه لما هو عليه من مكانة وقوة ونجاح، وبزيادة حدة الشك والريبة والكراهية والعداء للآخرين لديه يميل للانتقام أو الحزن الشديد، وقد يعتقد أنه محط اهتمام المشاهير على المستوى الجنسي، فيصرّ على حقه في الشكاوى القضائية كما يتميز بمشاعر الغيرة المرضية بدون وجود سبب لها كل هذه الهذات تكون أصلية مبنية علي نسق منطقي بذكاء عالي لتكوّن عالما خاصا بالمريض ما يصعب علاج هذه الحالات، وفي حالة استقرار التنظيم الشخصي الهذائي يصبح من الشاق على المعالج اختراقه.

3. 2 / بارانويا الحالة:

بارانويا الحالة أو الحالة المناظرة للبارانويا لا تكون بنفس تنظيم البارانويا الحقيقية وكذا قليلة المنطقية ورغم تشابه الديناميات الموظفة مع الحالة الحقيقية إلا أن المريض هنا يوظف الهذات دون تنظيمها أو تنسيقها منطقيا بل تكون بشكل تلقائي وغير دقيق تخضع للتغير من حين لآخر تحت تأثير المثيرات الخارجية، الميكانيزمات الموظفة أيضا تكون تلقائية، فالإسقاط لا يكون منظم ولا ممنهج بالتالي فالحالة هنا هي استجابة لوضع ضاغط أي غير مستمر فتنطفئ الاستجابة العرضية بزوال الموقف الضاغط أو بعلاج نفسي قصير المدى وتساعد الأدوية في تسريع العلاج، الهذات غير واضحة وتميل لكونها أوهام عابرة مع بعض اضطرابات التفكير.

3. 3 / الفصام البارانوي :

الفصام البارانوي هو حالة أوهام وهذات غريبة تتسم بالتطور البطيء والتدريجي يصاحبه الانفصال عن الواقع والهلاوس الحسية، يكون وقتي قصير الأمد، يميل البعض إلى تصنيفه ضمن حالات الفصام وليس البارانويا.

3. 4/ البارانويا المنقولة أو الثنائية:

البارانويا المنقولة أو الثنائية هي حالة انتقال الهذات من شخص لآخر ملازم له، غالبا ما يكون من الشخص المسيطر لأقل سيطرة، يكونان تحت نفس الظروف والضغوط النفسية وانتقال أعراض الحالة يكون من خلال التقمص والإيحاء.

3. 5 / البارفينيا:

البارفينيا هي حالة اضطراب ذهاني منبثق من البارانويا تتميز بالهذات التخيلية الفانتازية والغريبة والغير منطقية مع الكذب المرضي، التخيل يتميز بأوهام لا متناهية مع أفكار اضطهادية مسيطرة مع ميكانيزمات العظمة في آن واحد والانبساط المزاجي.

تطور الحالة يكون نحو الاستقرار على العموم إذا كانت الحالة تحت العلاج المتكامل أما الانتكاسات فهي محتملة إذا ما حدثت انقطاعات عن العلاج وفي الحالات المستعصية التطور يكون نحو التدهور العام على مستوى التفكير والشخصية أو حتى التكك الفصامي.

يقول الدكتور عبد العلي الجسماني: "الأعراض الأساسية لهذا التعقيد المرضي هي:

1- حالة هوسية مصحوبة بأحاسيس من النشوة والانسراح .

2- أوهام مصدرها الفنتازيا التخيلية ذات المحتويات المتعددة في مشاربها.

3- هلوسات، وهلوسات كاذبة.

وهناك من يذهب إلى أن البارفينيا هي شكل من أشكال البارانوية المنبثقة من الفصام ويمثل هذا المرض نوعا من أنواع الأوهام الخيالية- الحشوية⁽¹⁾

(1) د. عبد العلي الجسماني، الأمراض النفسية، تاريخها- أنواعها- أعراضها- علاجها، الدار العربية للعلوم، الطبعة 1، 1418هـ/ 1998م، (صفحة 79).

أما الدكتور فريد كاشا فيعرف البارافرنيا كالتالي: " البارافرنيا اضطراب نادر متميز بهذاء ذو طابع استحواذي يأخذ صفة الهذاء التصوري الوهمي، يتطور بالتوازي مع تكيف اجتماعي جيد، هذه الهذات تكون معارضة وبعيدة عن الواقع والحقيقية."⁽¹⁾

إذن فالبارافرنيا هناك من يصنفها كتعقيد لحالة البارانويا وهناك من يصنفها كنوع من البارانويا وآخرون يرون أنها من أنواع الفصام.

4 / الاتجاهات النظرية لتفسير البارانويا

إنّ الهذاء دليل على اضطراب الأنا الذي يوظف ميكانيزمات دفاعية تنتظم في سياق يولد الهذاء للدفاع عن الذات من الانهيار، وقد تعددت العوامل المفسرة لهذا الاضطراب، ولكونه اضطراب وظيفي فإن البعد الجسدي والوراثي مسؤول عن إحداثه أما نمط التربية وخبرات الطفولة المبكرة فقد أظهرت الدراسات أنها ذات دور هام في الإصابة بالبارانويا، وتكثر الحالة عند الإناث مقارنة بالذكور، الدراسات حول الموضوع حددت عاملين أساسيان هما: طبيعة علاقة الطفل بأمه في السنتين الأوليتين ووجود الصراع الأذبي بين 3-5 سنوات حيث نجد انقلاب في وضع عقدة الأذيب التي فسرها فرويد في البدء بوجود نزعة جنسية مثلية متخفية ما يجعل الفرد في تعامل صعب مع الناس في المراحل اللاحقة من حياته، وغير قادر على فهم دوافعه الشخصية مايسبب عجزا في التكيف والنضج الاجتماعي والقدرة على الثقة بالآخرين أو بالنفس، تكون العزلة هنا هي الملاذ لينغلق المصاب على نفسه مكونا عالما خاصا به بأفكار شخصية خاطئة لكنها ممنطقة ومخاوف تتحول تدريجيا إلى أوهام وحذر شديد من المحيط الخارجي.. كل ذلك هو توظيف مرضي لآليات دفاعية كالإنكار والإسقاط.. محاولا حماية الذات مع النقد الذاتي، يستعمل المريض التبرير لتفسير سبب كراهية الناس له (الشعور الذي قام بإسقاطه)، من أجل إظهار صورة الضحية من جهة والمثالية من جهة أخرى، أي أن الآخرين يكرهونه ليس لكونه هوسي، بل لأنهم حاقدون عليه لتميزه عليهم بالتالي ينفي عن نفسه صفة السلبية ويحتفظ بمثالية الذات وعظمتها في نفس الوقت كل هذه التغيرات تكلم عنها فرويد لتفسير البارانويا في إطار النظرية التحليلية.

(¹) Farid Kacha; Psychiatrie et psychologie médicale, entreprise nationale de livre, 1996, Alger, page162.

4. 1/ تفسير البارانويا ضمن نظرية التحليل النفسي:

حاول فرويد تفسير البارانويا من خلال عقدة الأذيب، ففي 1911م نشر تفسيراً نظرياً لهذا الاضطراب من خلال دراسة حالة لأحد المرضى لديه والذي كان يظهر نزعة جنسية مثلية متخفية، هذا المريض تكلم عن رغبة في جماع جنسي سلبي بشكل مسقط على آخرين بحيث عبر عن أنه على وشك أن يصبح موضوع الاعتداء الجنسي عليه، ولكون هذه المشاعر غير مقبولة اجتماعياً قام المريض بإنكارها ثم إسقاطها وقد افترض فرويد حدوث الهذاء على النموذج التالي:

أ - أنا أحبه (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن الجنسية المثلية اللاشعورية).

ب- يحدث تكوين عكسي فيتحول إلى أنا أكرهه (وهذا مرفوض لأنه يعبر عن العدوان).

ج- حيلة الدفاع (الاسقاط) تحول أنا أكرهه إلى (هو يكرهني ويضطهني).

وأصل الجنسية المثلية بالطبع هو عقدة الأذيب المعكوسة بحيث يحب الولد أباه ويتوحد مع أمه كما لو كانت منافسة له على الأب، تطرق فرويد في 1923 إلى السلوك العدواني عند الطفل وفسره على أنه استخدام الحيل الدفاعية العكسية فيظهر حبا لأخوته وأخواته في حين يخفي كراهية الواقعية لهم، ويسمح لنفسه بالتعبير عن هذا الكره في الشجارات وبسبب معاداته وظهوره بصورة السيء فإنه يعكس هذا السلوك إلى حب لكنه يبقى في صراع بين ما يشعر به وما يظهره، ومع خبرات الحياة التي لا يتحكم فيها بسبب عدم تعامله مع موضوع الاحباط إيجابياً، سوف يتعرض لنكوص العدواني الطفولي ويضطر إلى إسقاطه على الآخرين ثم محاولة تبريره.

4. 2 / التفسيرات النظرية الاجتماعية لاضطراب البارانويا: - نظرية المجتمع الزائف:

أظهرت الدراسات في علم الاجتماع أن تعلّم الدور الاجتماعي والتفاعل مع الجماعة، يحمي الفرد من الاضطرابات النفسية، وغياب هذا الدور يسبب لدى البعض ظهور الاختلال الهذائي، فالطفل الذي لم يكتسب مهارات التعامل الاجتماعي منذ الصغر يولد لديه عجز في الاتصال ما يؤدي إلى سلوك الانعزال والتمركز على الذات والريبة في نوايا الآخرين وعدم فهم المحيط ومنطق الحياة الاجتماعية والعلاقات الإنسانية، هذا العجز يحاول تغطيته بإنكاره محاولاً إعطاء صورة معاكسة رغم الصراع الداخلي بالتالي نجد ازدواجية الصورة المقدمة مع الواقع الداخلي، هذه الازدواجية تبحث عن حل إلزامي يتمثل في توظيف

دفاعات الاسقاط والتحويل لبناء واقع داخلي يخدم أفكاره الراسخة كبناء منظم، فيحاول تصوير ما يجري حوله بمفهومه الخاص ومنطقه الهذائي الذي يواجه به الحصر الذاتي وصورة الفشل والرفض الاجتماعي لذلك نجدهم يبحثون عن أسباب خارج نطاق ذواتهم بتوظيف الاتهام للآخر دون سند واقعي، وقد بلور الباحث (كامرون) نظرية المجتمع الزائف التي اهتمت بدراسة الأفكار الهذائية لمرضى البارانويا الذين يعتقدون بوجود أشخاص غير محددين وغير معروفين يحكيون المكائد ضدهم مما يسبب الخوف الدائم و الحذر والتوتر والحصر النفسي والقلق الاجتماعي، بالتالي يعزلون أنفسهم اجتماعيا بسبب ذلك ، وهكذا ينظم المريض مجتمعا زائفا مكونا من أناس وهميين ومحيط وأحداث هذائية مثلما نجده في حالة البارافرينيا مثلا، ومن أهم الأسباب المؤدية لتكوين هذا الحصر الاجتماعي نجد:

- اضطراب الجو الأسري وقصور في التنشئة الاجتماعية.
 - تهديد الأمن الشخصي من خلال المنافسة القوية مع خطر الرفض الاجتماعي.
 - الصراع بين الرغبات وعملية الإشباع التي قد تتعارض مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا.
 - خبرات الحياة الصدمية ومشاكل المكانة الاجتماعية وقيمة الذات.
 - الفشل في التوافق الاجتماعي والشعور بالنقص وجرح الأنا.
 - المشاكل الجنسية بين الزوجين والعنوسة والحرمان الجنسي.
 - اللجوء المتكرر إلى الدفاعات اللاشعورية المولدة للهذات.
 - تعاطي المخدرات والكحوليات وبعض أدوية المضادات العصبية محاولة للهروب من الواقع.
- هذا باختصار بعض التفسيرات النظرية للبارانويا أما معايير تشخيص الاضطراب نتناولها فيما يلي:

5 / تشخيص البارانويا:

كما رأينا، البارانويا الحقيقية هي اضطراب عقلي نادر ومتخفي رغم الخطورة المستمدة مما قد يقوم به المريض من انتقال للفعل ضد نفسه أو ضد الآخرين مدفوعا بتعاضد الهذات المسيطرة على تفكيره، لكن نسب المرضى في المستشفيات العقلية من المصابين بالبارانويا لا تزيد عن 1.5 إلى 2% بسبب عدم

توجه المريض أو أسر المرضى للفحص المختص فكثيرا ما تعتبر من قبلهم كحالة توتر عابرة أو حتى اعتبارها ضرب من ضروب الإصابة بالحسد أو السحر أو المس... إلخ، من جهة أخرى يلجئ أحيانا الأطباء إلى تصنيفها ضمن حالات الفصام الاضطهادي متجاوزين التشخيص الدقيق، ويميل البعض إلى عدم اعتبار الحالات التي لا يظهر عندها سوى الهذات كحالة ذهانية أصلا، وكل ذلك يفسر سبب انخفاض نسب الاستشفاء، وفي غالب الأحيان المصاب بالبارانويا لا يذهب للطبيب إلا بعد تدهور الحالة وبعد استشارات عشوائية عند الرقاة والعشابين وحتى العرافين ... كما أن المريض بسبب ذكائه الذي يتميز به يمكنه أن يعيش وسط المجتمع دون إلفات الانتباه، وحين تتحول مشاعر الاضطهاد والعظمة إلى تهديد ذاتي أو خارجي يظهر خطر الانتحار أو الاعتداء .. فيوجه المريض بصورة عاجلة للطب العقلي وهنا يكون التشخيص معقد بسبب تطور الحالة وتداخل الأعراض، فقد يخلط بين حالة الفصام والذهان الدائري من جهة وبين البارانويا من جهة أخرى: التشخيص الفارقي هنا يكون نسبة إلى الهذات والهلاوس، فالفصامي يعاني من الهلاوس الحسية مع أعراض أخرى خاصة بالفصام كالبلادة. والشذوذ بينما في البارانويا نجد أن الهذات العقلية هي العرض الأساسي، فإذا كانت الهلاوس عرض مصاحب نقول أنها حالة فصام هذائي وكذا إذا لم تتفق تصرفات المريض مع هذيانه أو إذا غطى على تفكيره الخلط وفقدان الاتجاه فهو أيضا فصام اضطهادي، أما في حالة الجنون الدائري نجد نوبات التهيج والثوران وفرط الحركة مقابل نوبات الكسل والخمول والاكتئاب وذبذبة المزاج بينما المصاب بالبارانويا يعيش حياة شبه سوية خاصة إذا لم تصاحبه أعراض أخرى فلا يعتبره المقربون ذهانيا بل فقط غريب الأطوار، بالتالي تشخص الحالة على أنها بارانويا احتكاما إلى ما يلي:

- تواجد الهذات الفكرية بشكل أساسي.
- تعتبر الهذات العرض الرئيسي مع عدم تواجد أعراض الأمراض العقلية الأخرى.
- إذا تواجدت أعراض الهذات مع الهلاوس يميل تشخيص الحالة على الفصام الاضطهادي.
- اضطراب في التوجه الفكري والبعد عن المنطق.
- الكذب المرضي وتوظيف الميكانزمات المولدة للهذات كالإزاحة والتبرير...

- إذا اختلطت الهذات بالهلوسات أو سوء التوجه أو تقلب المزاج بين الهوس والاكتئاب أو تواجدت أعراض الفصام فإن الحالة لا تكون بارانويا حقيقية بل تُشخص كحالة هذائية أو شبه أو نظير البارانويا.

- إذا ظهرت أعراض الذهان الزائف مثل ما هو في حالة الهذاء المنقول بين أفراد يعيشون معا، فحالة البارانويا الحقيقية قد تنتقل عدوى الأعراض إلى أفراد محيطين كالزوج أو الأخ أو الأم أو الطفل .. في هذه الحالات يكون الناقل أو المعدي هو المصاب بالبارانويا والآخرين فقط حالات هذاء منقول تعالج باختفاء العامل المرضي وقد استخدم "فالرت" (falret) مصطلح الجنون الثنائي Folie à deux وهو رد فعل اضطهادي أحدهما يكون مصاب بالبارانويا والآخر بذهان زائف Pseudo psychose.

_ التمييز بين البارانويا الحالة والبارانويا الحقيقية حيث تكون غير معقدة كالبارانويا الحقيقية وليس لها علامات الفصام الاضطهادي فقد تشفى بعلاج منتظم أما البارانويا الحقيقية يصعب الشفاء منها فهي مستمرة.

- يجب التفريق بين الأزمة الهذائية الناتجة عن حدث صدمي أو تناول الكحول أو المخدرات أو المواد السامة وهذاء حالة البارانويا.

- يجب تحديد الضلالات واضطرابات التوجه والحكم أو الاضطرابات الحركية والتقلبات المزاجية إن وجدت في نفس الوقت مع الهذات.

- وجود العزلة أو الشك أو الوسواس أو سلوكيات الغيرة.

- تحديد الحوادث السلبية في حياة الشخص وتأثيرها في حياته العملية والاجتماعية والشخصية.

- الميل للعنف وسلوكيات الاعتداء أو محاولات الانتحار.

- تحديد الانفعالات ومدى اتفاقها مع الحالات والظروف الاجتماعية.

- كون الهذات قديمة المنشأ وليست فقط آنية.

- استبعاد وجود أثر إدماني أو تسممي وراء ظهور أعراض البارانويا.

ذلك ونشير إلى أنه من الصعوبة تحديد العتبة الفاصلة بين مرض نفسي وآخر أو أن وضع فاصل بين زملة مرضية وأخرى ويبقى التشخيص ملتزم بمبدأ كل حالة هي حالة في حد ذاتها، نظرا لتداخل الأعراض في الأمراض العقلية والنفسية، فقد أجريت جهود معتبرة لتحديد وضبط التشخيص والاحتكام لمعايير التشخيص الفارقي من بينها معيار DSMIV (297.1 Troubles delirants) أو تصنيف CIM10 (F22 Troubles délirantpersistant) وكذا معايير التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية مع الانتباه لمعايير التشخيص الفارقي وفق نفس المصادر وملاحظة الأعراض الكامنة والظاهرة من خلال المقابلة العيادية وجمع المعلومات والملاحظات المتعلقة بالحالة الصحية الحالية والسابقة والسوابق الحديثة والمرضية الخاصة به وبالعائلة وسلامتهم العقلية.

كل ذلك بهدف وضع علاجات مناسبة وبرامج فعالة مسيطرة وفق تشخيص سليم قدر الإمكان وأيضاً تحديد علاج دوائي بالتماشي مع برنامج العلاج النفسي والعائلي والاجتماعي والطبي المتكامل، وفيما يلي نستعرض أهمية العلاج النفسي والطبي المتكامل لهذه الحالات مع أهم التطورات الإيجابية كانت أو السلبية الخاصة بها والمحتملة.

6. / العلاج وتطور الحالة

حالات البارنويا من أصعب الاضطرابات العقلية من حيث العلاج لطبيعة التوظيف العقلي المنظم والصلب الذي ذكرناه سابقاً، لذا فإن إدماجه ضمن برامج علاجية متعددة التخصصات في إطار استشفائي هو أحسن وسيلة ويكون العلاج طويل الأمد بتعاون العائلة والمختصين وبايجاد السبل المتكاملة ورغم ذلك يبقى المسعى مستعصياً بسبب صلابة التنظيم وصعوبة التعامل مع المريض المتميز بالشك والحيلة والبعد عن الإدراك المنطقي، ويمكن الاستفادة من العلاج العقاقيري وبالصدّات دعماً للعلاج النفسي الفردي والجماعي بالنسبة للحالات الحديثة أما المزمّنة فيصعب على المختصين إيصال المريض إلى مستوى الشفاء حتى وإن كان تحت تعليمات وقوانين الهيئة المشرفة على حالته فقد يأخذ ذلك من طرفيه كنوع من الخضوع الاضطهادي، وقد يبدي المريض أنه متعاون وملتمز بالأفكار الجديدة المنطقية للمحيطين به لكن قد يكون مجرد تظاهره وإعلانه عن خطأ أفكاره مجرد تمويه يقصد به خداع المعالجين وإذا حدث وأخرج من المستشفى فقد يستمر في التظاهر على المحيطين به ويتصرف بتحفّظ شديد وحذر ولا يحاول تسبب المشاكل ولا اتهام الآخرين، لكن ذلك لا يعني أنه قد شفي، بالتالي علاج البارنويا

الحقيقية يهدف إلى إعادة بناء أفكار أكثر واقعية وتعليمه استجابات سلوكية متكيفة ويساعدنا في ذلك برامج العلاج للحالة مع ترشيد للمحيطين فيتعلم استجابات جديدة تطفئ تلك التي كانت راسخة من قبل ونستعين بالعلاج الطبي بالعقاقير كمحاولة لكسر طوق المقاومة واختراق نمط تنظيم الشخصية الصلب، أما العلاج النفسي للفرد فهدفه محاولة كسب ثقة المريض رغم صعوبة ذلك بسبب طبيعة التنظيم الاضطهادي لديه، لكننا نحاول رغم ذلك الاختراق وزرع الثقة والاعتماد على الذات والتقليل من تكرار استجابات الشك والاثام والشعور بالاضطهاد، أما العلاج ضمن الجماعة فيساعده على التخلص من الشعور بالاختلاف وكذا تخفيف من شدة مقاومته بمشاركة المشاعر، وبالتالي التمكن من القيام بالواصل الفعال ما يبني لديه سبيل جديد لرأي أكثر واقعية، كما يساعد على التفرغ الانفعالي لمشاعر الضغط والعوانية وتكوين علاقات اجتماعية، وكذا بناء أهداف مستقبلية ليست فقط على مستوى التوظيف الانفعالي بل حتى كنشاط عملي، والعلاج يساعد على بناء علاقات اجتماعية جديدة ويهدف إلى تغيير وضبط البيئة الاجتماعية سواء للأسرة أو المدرسة أو محيط العمل والمجتمع أو في المستشفى خاصة لدى حالات المراهقين، وهناك العلاج بالعمل بإشراك المريض في نشاطات داخل المستشفى كالطبخ أو الغسيل أو النشاطات اليدوية أو فلاحية البستان.. وتقسيم الأعمال بين المرضى ما يساعد على التخلص من الملل والوقت الزائد الذي يسبب النشاط الفكري الهذائي السلبي ومن جهة أخرى يرفع من روحه المعنوية ويقلل من التوتر ويحس بالدور الاجتماعي ويتمكن من القيام بالتواصل وبطريقة أكثر واقعية وهناك محاولات للعلاج بالجراحة لكن لم يتأكد نجاعة هذه الطريقة.

إنَّ إيداع المرضى في مستشفيات الطب العقلي يؤدي على ظهور صعوبات للمختصين وكذا المرضى الآخرين بسبب اتجاهات السخط والاثام والرفض لدى مرضى البارانويا الذين يعتقدون بصلاية بصحة أفكارهم من ثم هذه العملية الاستشفائية يعيشونها كشكل من أشكال الاضطهاد الاجتماعي الموجه إليهم، وقد يعتقدون أنهم هناك لعقابهم على ذنب ما (كسلوك تبريري) وقد يحدث بعض المشاكسات بينهم والمرضى الآخرين بسبب سلوكياتهم المتعالية حتى على الأطباء، ويشكون بأن الجميع أعداء لهم ما يزيد من مقاومة العلاج، ولا ننسى أنَّ بقاء المريض لمدة طويلة في المستشفى يزيد من حدة التوتر خاصة إذا لم يبدأ المريض في التفاعل والتواصل وقد يُظهر سلوك عدواني للمستشفى وكل من فيه وحتى عائلته التي أحضرته هناك، فيتهم الجميع بالتآمر عليه ورفض العلاج نتيجة لذلك، لكن هذا لا يمنع من مواصلة المحاولات العلاجية للتخلص من هذه الاوهام، أما الحالات المناظرة للبارانويا فشفائها يكون تلقائياً وأسهل

بعد أيام وبانطفاء الأسباب، والعقاقير تفيد من التقليل من المدة وهنا العلاج قصير المدى داخل المستشفى يكون كافيا بالإضافة إلى العلاج الاجتماعي أحيانا. أما في حالة الهذاء المنقول فيعالج المريض الأصلي بالتكفل الطويل الأمد أما الطرف الذي تلقى العدوى فيعالج اجتماعيا ونفسيا بعلاج قصير المدى، وعلى العموم ينبغي علاج حالات البارانويا ضمن الاستشفاء لأسباب منها:

- انخفاض درجة الإدراك العقلي.

- تسهيل بناء علاقة الثقة بينه وبين المعالج.

- التأكد من تناول الأدوية أو اللجوء إلى الحقن بسبب مقاومة المريض وشكّه في أهداف العلاج.

- تفسير الأعراض الجانبية باستمرار لتجنب التأويل المضلل.

- التعاون بين الأطراف المختصة حتى يستفيد المريض من علاج متكامل (نفسي، اجتماعي، طبي، عقلي وإرشادي).

- التعامل مع الأفكار الهذائية بمرونة حتى لا تزيد من المقاومة أو الشعور بالاضطهاد والتسلط.

- محاولة إيصاله لدرجة التفكير الواقعي بعدم التظاهر بتصديق هذائه.

- إشعار المريض بأن هناك العديد ممن يحاولون مساعدته من خلال التفهم والصراحة والوضوح والجدية وإيجاد طرق للتعايش مع الضلالات بشكل أفضل.

- البحث عن الضغوط ذات الأصل في توليد الاضطراب ومحاولة تجنبها مستقبلا بترشيد الأسرة والمحيطين وتحسيسهم بضرورة التعاون في علاج المريض.

- تدريب المريض على السبل الجديدة والناجعة في مواجهة التوتر مثلما نجده في العلاج العقلاني/الانفعالي (ألبرت إليس) أو العلاج الجماعي خاصة السيكدوراما.

وقد ذكر الدكتور محمد حسن غانم طريقة واستن وزملائه لتعديل الهذاء. "محاولة "واتسن" وزملائه (Watts et Al.) تعديل الهذات لدى ثلاث من المرضى من النوع البارانويدي المزمّن، وثم التركيز على المعتقدات التي يذكرها المريض صراحة أثناء المقابلة، وكان بعض هذه الاعتقادات يدور حول الترصد

والتعصب من قبل بعض أجهزة الاستخبارات له، والثاني كان يعاني من خلاله أن آخرين (يدسون) في عقله أفكاراً، والثالث تدور ضلالاته حول الخيانة وقد قام "وتسن" وزملاؤه بالحديث التلقائي عن الهذات وثم الإقلال من أسلوب المواجهة واستخدام نظاماً متدرجاً، وأن يقدموا حقائق جديدة متعلقة بطبيعة هذا الاعتقاد، بأسلوب آخر أنهم قد استخدموا طريقة العلاج العقلاني/الانفعالي "لألبرت أليس"، ولكن مع درجة من المرونة طالبيين من المريض أن يفكر في الحقائق والمعلومات الجديدة، وبالرغم من أن المرضى الثلاثة قد أظهروا انخفاضات في قوة المعتقدات التي كان كل منهم يؤمن بها وبعد ست جلسات إلا أنهم - بالرغم - من ذلك لم يتنازل أياً منهم عن معتقداته بدرجة كلية (Wats et al 1973)".⁽¹⁾

هذا وعلى العموم حالة البرانويا يطول علاجها خاصة الحقيقية ويتطلب تضافر الجهود والصبر الكبير أما في الحالات المستعصية فقد تتطور الحالة إلى فصام اضطهادي مثلاً وفقاً لدرجة الإصابة أو حتى مرور للفعل العدوانى الدفاعى فى حالة زيادة الضغط الاضطهادى مع اضطرابات سلوكية أما التعقيدات الاكتئابية فهي جد شائعة مما يؤدي لخطر تولّد الأفكار الانتحارية، أو تفكك الشخصية.. لذا فالعلاج يجب أن يكون متكامل دون اهمال دور أي طرف من الأطراف التفاعلية في حياة المريض.

(¹) د. محمد حسن غانم، الأمراض النفسية الشخصية، جامعة حلوان - مصر، 2004م، (صفحة 179).

الفصل الثالث: البارافرنيا

01/ تحديد المصطلح: البارافرنيا.

02/ ظهور مصطلح البارافرنيا وتناوله.

03/ ماهية البارافرنيا وفق طرح كريبلين Kraepelin

04/ معايير التشخيص وتصنيف الاضطراب البارافرنيا.

05/ أشكال البارافرنيا.

06/ التشخيص والتشخيص الفارقي.

07/ تطور الاضطراب.

08/ علاج الاضطراب البارافرنيا.

خلاصة الفصل

مدخل

يشير مصطلح البارافينيا إلى حالات إكلينيكية نادرة لكن ثرية جدا من حيث الظواهر العرضية، وذلك بسبب التردد بشأن التوجه للفحص العيادي بالنسبة لأغلب المصابين، ما يطرح إشكالية تشخيصها. ورغم ذلك يبقى هذا الاضطراب من أهم مستجدات الطب النفسي الكلاسيكي والذي فرض تواجده بعد عدة جدالات وتصنيفات تحت تسميات أخرى. وفي تناولنا في القسم الأساسي من بحثنا سوف نحاول استعراض أهم التطورات التي مر بها المصطلح وأهم التعاريف والبحوث القائمة عليه.

1/ تحديد مصطلح البارافرنيا:

ظهر مصطلح البارافرنيا في الطب النفسي والعقلي منذ 1863 في كتاب الباحث "هولاك" "F. Hulak khlbaum" قبل أن يوصف كشكل من أشكال الهذاء المزمن الوسيط من طرف الباحث كريبلين "kraepelin." في (1912).

ثم تناول المصطلح تحت عدة تسميات تظهر مجملها تعاريف هامة نذكر من بينها ما جاء في دليل الطب العقلي للراشد (Manuel de psychiatrie de l'adulte): « البارافرنيا تتميز بتفكير ثري، متعدد الأشكال، غير مترابط وغير معقول، مع تعبير لفظي مطول غزير أو شعري، أين المفحوص غالبا ما يظهر الابتكارية اللفظية (إنشاء الكلمات الجديدة les néologismes)، السلامة المتناقضة للوحدة النفسية مع تكيف جيد مع الواقع اليومي هي من المميزات»⁽¹⁾ ويحدد هذه المميزات في النقاط التالية:

_ لا تؤدي إلى التدهور (ما يجعلها تختلف عن الفصام بالمعنى الكريبليني Kraepelin).

_ زملة تفكيكية syndrome dissociatif: ابتكارية لفظية (أي إنشاء الكلمات الجديدة، إذن يمكن اعتبارها كفصام بالمعنى الذي يدعو إليه "بلويان" bleuerien).

_ مرض جد نادر أو حتى استثنائي، فريد من نوعه.

يظهر تحت شكلين:

- إما التواجد الحادّ الخارج عن السيطرة، يعاش كنوع من النشوة، من الوحي

_ إما ببداية مفاجئة debut insidieux مع انسحاب عاطفي وتصرفات تتميز بغرابة وتكتم....»⁽²⁾

أما معجم مصطلحات الطب النفسي فقد عرف هذا الاضطراب كالتالي:

¹ دليل الطب العقلي للراشد

_ Geopsy.com , psychiatrie de l'adulte- psychologie inter culturelle et psychothérapie pathos – générale. (page 45).

² دليل الطب العقلي للراشد، المرجع السابق: geopsy.com (page 45).

بارافرينيا، ازورار، خيلاء، فصام، تشبه حالة البارافرينيا في أعراضها حالة الفصام البارانوي إلا أنها تبدأ في مرحلة منتصف العمر وليس بداية الشباب مثل حالات الفصام وتكون الضلالات والمعتقدات الخاطئة شبه منظمّة «Semi.Systematized Délusions» ومنها نوع يحدث في مراحل العمر المتقدمة ويطلق عليها البارافرينيا المتأخرة «Late Paraphrénia» تحدث بصفة خاصة في المرأة خاصة العوانس والأرامل. وفي 25% من الحالات تكون مصحوبة بعجز في السمع أو البصر ومن أمثلة المعتقدات في مثل هذه الحالات ادّعاء الاغتصاب أو الاستهداف لاعتداء الآخرين⁽¹⁾

من خلال هاذين التعريفين نلاحظ أن اضطراب البارافرينيا يتقاطع في أعراضه مع الفصام البارانودي فالمصاب تغلب عليه الهذات التخيلية والفنتازية الابتكارية التي تبنى بشكل منظم نسبيا ما يجعل المريض يتمكن من الاحتفاظ بتكيف مقبول مع الواقع اليومي، أما الهلوس المميزة للفصام فلا تكون بنفس الجرعة ولا نفس الهيمنة ما يسمح بتوظيف أحسن الإحساسات عن مصاب البارافرينيا.

الدكتور "عبد العزيز" A. Aziz " في مجلة المعارف الطبية الصادرة في مارس 2007 العدد 44 يقول في تحديد المفهوم: «البارافرينيا ذهان مزمن غير تفكيكي مسؤول عن حالة هذاء مزمن يختلف عن الذهانات الأخرى المزمنة (الفصام، الذهان الهلوسي المزمن P.H.C) من خلال التواجد المتلازم لنشاط هذائي مرتفع ومحدود في بعض ميادين الحياة الفكرية، وحياة من جهة أخرى طبيعية في ميادين أخرى، بالتالي المصاب بالبارافرينيا يتصرف ويفكر كما لو أن الهذاء لم يسيطر على كل ميادين حياته النفسية يوجد تكيف جيد مع الواقع، المرض يبدأ عادة في حوالي 40 سنة وأحيانا بطريقة مفاجئة لكن الأغلب بعد حدث مفاجئ لا يوجد اضطراب مميز في الشخصية قبل الإصابة بالاضطراب»⁽²⁾

ويقول في نفس الصدد الدكتور فريد كاشا: « البارافرينيا اضطراب نادر متميز بوجود هذاء بميكانيزم تخيلي سائد، الهذاء يأخذ بذلك صورة هذاء فونتيزي تخيلي يتطور بالموازاة مع تكيف اجتماعي جيد، هذا الهذاء المتجاور مع الواقع يمكن ان يتطور وفق نموذجين:

أ) بارافرينيا تخيلية فانتازية Paraphrénie fantastique

⁽¹⁾ معجم مصطلحات الطب النفسي د. لطفي عبد العزيز الشربيني مراجعة الدكتور عادل صادق، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، مركز تعريب العلوم الصحية الكويت للتقدم العلمي، 2003، (ص 132).

⁽²⁾ D^{er} A. Aziz, une maladie qui se Passe souvent de traitement; revue mensuel d'information médicale , santé + psy N° 44- Mars 2007, (p 46).

ب) بارافرينيا القصصية أو الرواية الخرافية paraphrénie confabulante.....»⁽¹⁾

الدكتورة " فرانسواز كليركات " F.clerget تعرف البارافرينيا « هي اضطراب ذهاني مزمن، تتميز بميكانيزم تخيلي متعلق بمواضيع فانتازية (التحولات الكونية، جنون العظمة، التحولات الجسدية، المسخ les métamorphoses المريض لا يسعى إلى إقناع الآخرين، هذا الاضطراب يبدأ عموماً من حوالي 36-40 سنة ولا يبدو انه يسبب حالة الانعزال الاجتماعي كبير ، التخيل المرضي يكون بصورة كبيرة وفائضة غزيرة ما يصعب عملية التفريق بين الخيال والواقع. نلاحظ نوعين من البارافرينيا: البارافرينيا المنتظم systematic (المريض يكون متواجد في محور هذائه)، وبارافرينيا الرواية الخرافية (confabulatoire) (الواقع يعاش بطريقة تخيلية محضة)»⁽²⁾

ويقول "كريبلين" Kraplin عن البارافرينيا بقلم الدكتور " مانويل كازانوفال " Manuel F. casanovel وزملائه في مقال صدر عن مجموعة أبحاث الأمراض العصبية:

"نشر كريبلين مصطلح البارافرينيا بحيث أصبح أكثر شعبية، واستخدم لتمييز مجموعة غير مؤكدة متواجدة بين البارانويا والجنون المبكر وحدد البارافرينيا في المقام الأول كاضطراب هذائي مع الاحتفاظ بشكل أفضل بالعاطفة والإدارة، وعدم تواجد التدهور الخطير الملاحظ في الجنون المبكر،"كريبلين" kraplin" صنف البارافرينيا إلى بارافرينيا منتظمة منهجية systematic ، فانتازية أو تخيلية fantastique، متوسعة Expansive والرواية الخرافية confabulante»⁽³⁾

بالعودة لهذه التعاريف التي تناولت مفهوم البارافرينيا نجد أن هذه الاضطرابات تميز حالات الهذاء المزمن الشبيهة بالفصام البارانوي في الأعراض والمختلفة عنه في مرحلة الظهور ودرجة التطور بحيث يحتفظ المصاب بهذا الذهان الهذائي بتوافق اجتماعي ملحوظ ومستوى توظيفي مقبول للعاطفة والإرادة.

⁽¹⁾ Farid kacha, psychiatrie et psychologie médicale, (E.N.L) entreprise nationale du livre ; Alger 1996. Edition N°2 (page 163).

⁽²⁾ Clerget Françoise, Accueil familial thérapeutique : l'interaction familial comme facteur de santé, thèse de D.U.E .P.S S sous direction de J.c Monder Scheild université de franche- comté .I.U.t de Belfort_ Montbéliard 2000/2001 (page17-18)

⁽³⁾ D^{er} Manuel casanovel : démêler la pathologie de la schizophrénie et paraphrénie ;etude pubier par Acta neuropathologie ; springer- verlage 2001/15/décembre (page 2).

ويحدد كل من الدكتور "فريد كاشا" ود. "فرانسواز كلارجات" "F.clarget" ود. "عبد عزيز" "A. Aziz" وآخرون الميكانيزم الهذائي التخيلي ذو النشاط المرتفع والانتاجات اللفظية الغزيرة كغرض أساسي مميز لحالات البارافرنيا ويكون على شكل متطور بالموازاة مع التكيف الاجتماعي جيد كما تصنف هذه الاضطرابات وفق شكل الهذاء السائد فنجد بذلك البارافرنيا المنتظمة ذات التطور التدريجي الغير متذبذب بين أفكار الاضطهاد والعظمة في نفس الوقت، البارافرنيا القصصية الخرافية (p. confabulante) والبارافرنيا التخيلية (p. fantastique) والبارافرنيا المتوسعة (p. Expensive) وسوف نستعرض هذا التصنيف بأكثر دقة فيما بعد.

تحديد المصطلح لا يزال موضوع جدال إلى يومنا من حيث التسمية والتصنيف فقد نجده بتناولات مختلفة باختلاف التفسير النظري لها فمثلا الباحث "سيجلاس" "seglas" سنة 1987 تناولها بتسمية بارانويا هلوسية وهذا التخيل لدوبري "duprè" 1911 ذهان الفانتازية 1973 "H.EY" وذهان هلوسي مزمن لـ "G. ballet" 1911، ولتوضيح هذا التناول الجدلي لابد من استعراض نبذة تاريخية عن ظهور هذا المفهوم وتطوره.

2/ ظهور مصطلح البارافرنيا وتناوله

بتناول موجز الأفق في تاريخ الطب العقلي الأوروبي نتمكن من إيجاد أصول مصطلح البارافرنيا فأطباء الأمراض العقلية الفرنسيين والألمان الذين اعتمدوا على الإطار التشريحي الإكلينيكي لبابلي "Bayle" كان لديهم مشروع وضع كيانات إكلينيكية جديدة وكان "كريبلين" "Kraepelin" و"كاهلبوم" "Kahlbaum" في ألمانيا من إتباع هذا المنهج حيث حدد "كريبلين" "Kraepelin" سنة 1899 تعريفات خاصة بالبارانويا ثم بالجنون المبكر اللذان كان لهما تأثير كبير على علم الأعراض العقلية إلى يومنا هذا. في فرنسا نجد "ماقنان" "magnan" يركز على الهذاء المزمن بتفسير نظرية السببية المولدة للأمراض والتي تعتمد على فكرة التدهور، ووضع تصنيف مزدوج للهذات المزمنة (هذاء مزمن بتطور منظم ومنهجي أو هذاء متعدد الأشكال للحالات المتدهورة)، كما قام "كريبلين" بنفس التصنيف المزدوج (جنون مبكر أو بارانويا).

في بداية القرن (xx) عياديين آخرين أثروا على هذا الجدول بوصف أشكال هذائية وسيطية، أما المدرسة الفرنسية فأثبتت بديها وجود "الهذات المنهجية المنتظمة المزمنة، هذاء التخييل "الدوبري" "D.Duprè" و "لوجري" "G.Logre" (1910)»⁽¹⁾

«وذهان هلوسي مزمن ل " بالي " "G. ballet" 1911 «.⁽²⁾

في مقابل الانتقادات الفرنسية الموجهة ل "كريبلين" حاول في سنة (1912) تحديد أشكال وسيطية للهذات سماها بارافرينيا، يصف ضمنها أربعة أصناف: منتظمة متوسعة، فانتازية تخيلية، الرواية الخرافية (Systématique, Expansive, Fantastique, Confabulante).

أما الباحثين الألمان الآخرين فقد أحجموا عن تقديم الرد عن الانتقادات الفرنسية.

"بلولر" "E.bleuler" في (1911) يضع مصطلح جديد الفصام (schizophrénie) والذي يعبر عن إطار مجموعة من المتلازمات والتي تتعلق الوحدة فيها بالوجود المفترض لسياق توليدي مشترك ناتج عن تراخي التدايعات (relâchement des association).

_ إذا كانت البارافرينيا لم تتطور في ألمانيا ففي فرنسا كان الأمر معقدا فتصنيف "ماجنان" "Magnan" الذي كان قليل الوضوح سوف ينسب مقابل المفاهيم التي تضم في آن واحد الجنون المبكر ل "كريبلين" "Kraepelin" بأشكاله الثلاثة الهيبيرينيا، الكاتاتونيا والبارانويدي وكذا الهذات المنتظمة المزمنة.

وكان كلا من "et p.sérieux" "J.Capgras" et "G.Denus" سيريو " " كابقراس" و "دنوس" أهم الباحثين الذين أثروا على المفاهيم الموضوعة في المدرسة الفرنسية.

التصنيفات الفرنسية والألمانية تتلاقى رغم ذلك بما أن الجنون المبكر هو الاضطراب المشترك بين التصنيفين وكذا البارانويا المحددة من طرف "كريبلين" "Kraepelin" معترف بها أيضا في الهذاء التأويلي المحدد من طرف «capgras» و «sérieux» (1909). أما بالنسبة للأشكال الوسيطية، الهذاء التخيلي، الذهان الهلوسي المزمن، البارافرينيا فتحدد التواتر بين المدرستين في شأنها يكون أكثر صعوبة.

¹Duprè .E, Logre, Les délires d'imagination .mythomanie délirante Encéphale 1911. (page 4).

²Deny.G ;Sérieux P ; capgras J ; Délire systématisés chroniques ;In sergent E ;Editor.traité de pathologie medicae ; T.VII ; Paris ; Doin ; 1921 ; page235 .

_ مدرسة ستراسبورغ "فيري"، قيلما" و " فيرسدورف "B. Frey" "E. Gelma" "C.P. fersdorff" من خلال تجدرها في نقطة التقاء المدرستين السابقتين في الطب العقلي سوف تركز على التوفيقات التي تمت بين الاتجاهين في تصنيفاتها.

_ وفي خلال ذلك مدرسة "كلود" "H. claudé" تنتقد المفاهيم الخاصة بالهذات المزمنة والبارافرينيا فهي تميز بين ذهانات بارانودية وذهانات البارانويا باعطائها بعد جديد وتستعيد مفهوم وسيطية البارافرينيا.

"أندري أي" "H. Ey" أراد وضع تحديد لغوي في الطب العقلي بوصف مجموعة الأمراض النفسية للاضطرابات العقلية في تناول تنظيمي دينامي مستتب من المفاهيم الخاصة بجاكسون "Jackson" واهتم بشكل خاص بحالات البارافرينيا حيث كانت مقالاته عن الهلوس آخر أكثر التوصيفات الاكلينيكية بخصوم مفهوم البارافرينيا مما ألهم الباحث "نودات" "Nodet" القيام باطروحة سنة 1937 تحاول فيها فك مجموعة الذهانات الهلوسية الزمنية في فائدة البارافرينيا.

_ بعد تردد طويل أدرج تشخيص البارافرينيا في المؤتمر العالمي للطب العقلي (l'INSERM) سنة (1950) حيث وضع في نفس الفئة البارافرينيا الفانتازية (التخيلية) بارافرينيا القصص أو السرد الخرافيوهذات التخيل، ومنذ ذلك الحين نسي هذا التصنيف تدريجيا في التصنيفات العالمية وعدى بقائها نسبيا في تصنيف (CIM10) فإنها اختفت تماما في تصنيف (DSMIV).

وفي المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض (CIM10) التي نشرت في 1992 من طرف المنظمة العالمية للصحة (Oms) « في فئة الفصام اضطراب فصامي النمط "schizotypique..." واضطرابات هذائية (f20, f29) وفي ملاحظة "J. Desmarquet" نجد مجموعة تحتية للاضطرابات الهذائية الثابتة (f22) Persistants ».

_ الملاحظات الإكلينيكية والتشخيصية تركز على صفة الأفكار الهذائية الثابتة التي تظهر في هذا النوع من الاضطرابات، وبالتالي المختص يجد نفسه أمام تحديد في علم الأعراض مقترح بشكل غير منتظم، تحدد فيها الأعراض المشتركة لهذات التأويل الهذات العاطفية الغرامية "D. passionnels" وهذات المطالبة "D. de revendication" والبارافرينيا المتأخرة وهذات العلاقات الحسية، ولم يسجل

إمكانية إضافة الذهان الهلوسي المزمن (PHC)، فرجوح الميكانيزم الهلوسي يبدو انه يحذف هذه الكينونة من اطار الاضطرابات الهذائية الثابتة وفق (CIM10)، كما أن الذهانات الهلوسية المزمنة (PHC) لا يبدو أنها ترتبط بإطار الفصام بمعنى (CIM10) في حين في (DSM IV) لا نجد الذهانات الهلوسية المزمنة (PHC) والبارافرينيا، وإذا بحثنا عليها (DSM IV) فيجب إما اعتبارها كشكل من أشكال الفصام البارانويدي أو كشكل من أشكال الذهان الغير نمطي متميز بهلوس ثابتة منعزلة، فقط الانجلوساكسونيين هم من ميّزوا الهذات البارانويدية وهذه الذهانات المزمنة التي تجمع في (DSM.4) تحت لفظ "Dilutional paranoïde disorders"

"P.Bercherie" لاحظ « استدخال مفهوم البارافرينيا في 1912-1913 هي حادثة ذات معنى عميق جدا » واعتبرها إحدى آخر الظواهر الأساسية في تطور الرؤى الإكلينيكية والتصنيف في النصف الثاني من القرن XIX والسنوات الأولى للقرن XX وهو نفس نقطة الحوار التي دارت بين المدرستين الفرنسية والألمانية مصدر السيكاترية الإكلينيكية، هذا يعني انه في التصنيف الفرنسي مصطلح البارافرينيا سوف يدخل في سباق سريعا مع مصطلح الذهان الهلوسي المزمن (PHC) «(1)1

3/ ماهية البارافرينيا وفق طرح كريبلين Kraeplin:

لقد مرت حالات التصنيف في الطب العقلي بعدة محاولات وتسميات لمفاهيم منها ما احتفظ به ومنها ما ترك ففي 1852 مثلا تحدّث "مورال" Morel عن الحالات التي تصاب بشكل مبكر بالجنون وبعد عشرية من الزمن وظّف "كاهلبو" Kahlbum مصطلح البارافرينيا للإشارة إلى هذه الاضطرابات وحدد الهيبيفرينيا hebetica paraphrénia للإشارة إلى جنون المراهقة ومصطلح Sinilis paraphrénia للإشارة لجنون الأشخاص المسنين.

¹.F.Hulak : les paraphrénie ; nosographie ;EMC ;Elsevier Masson SAS ;paris ;psychiatrie ;37-296 .C-10 ;2008 ;page 23

_ في 1919 جمع "كريبلين" Kraepelin "مجموعة من الاضطرابات تظهر تحطيمًا خاص بالاتصالات الداخلية للشخصية النفسية»⁽¹⁾

«وضع تحت الجنون المبكر كلا من الكاتاتونيا "Katatonique" "الهيبيفرينيا Heberphrenie" و"البارانوياPharanoique"، لكن فيما بعد اُضيف النمط البسيط، ونشر مصطلح البارافرينيا "paraphrénie" ليميز مجموعة غير مؤكدة بين البارانويا والجنون المبكر ويميز البارافرينيا كاضطراب هذائي محتفظ بشكل أحسن بالعاطفة والإرادة دون التدهور الخطير الملاحظ في الجنون المبكر وصنفها إلى بارافرينيا منتظمة systématique؛ تخيلية فانتازية Fantastique، متوسعة Expansive، والخرافية «Confabulant»⁽²⁾

في 1912 درست البارافرينيا تحت تسمية paramoide verbodung والذي استدخله الباحث "نايراك" nagrac " في رسالته بتسمية parademence paranoide.⁽³⁾

في مؤتمر الأطباء العقلين " لبرافير" "braviere" سنة 1912 قبل إصداره لعمله قام كريبلين kraeblyn بتغيير تصنيفه واقترح المصطلح الجديد بارافرينيا «paraphrène» ويشير إلى أن تواجدها نسبي ويمكن أن يكون احتياطي ويقول: كجمع هذه الإصابات البارانويدية، وكذا تحديد مع حالات أخرى مشابهة تشكل أكبر الصعوبات⁽⁴⁾

ويؤكد على ضرورة امتلاك الخبرة المهنية الكافية لتحديد إذا ما كانت هذه الحالة تستحق هذا التصنيف أم هي فقط حالة آنية قابلة للزوال: من جهة أخرى يعلل كريبلين آراءه بمجموعة من التبريرات منها أن: "البارافرينيا تذكر من خلال بعض المظاهر بالجنون المبكر متميز بتطور محدود أكثر فيما يخص الاضطرابات العاطفية واضطرابات الإرادة، مع اضطرابات أقل أهمية في النظام الداخلي للحياة النفسية وتفكك محدود في اضطراب الحكم كل هذه المتغيرات الاكلينيكية ليس سهل التفريق دائما فيما بينهما لكن تشترك في سيطرة التسكيلات الهذائية والتلوين البارانويدي في الجدول المرضي، نجد ضمنها أيضا تغيرات المزاج، لكن حتى المرحلة النهائية للتطور ينقص هذا الانسداد وعدم المبالاة التي تشكل غالبا العلامات الأولى للجنون المبكر. أخيرا السلوك يكون أيضا مضطرب لكن أساسا تحت تأثير

¹ Kreaplin E ;démence précoce et paraphrénie ;transl Barckley .R .M ;Robertson .GH ;crieger ;new yourk .USA ;1971

²D^{er} Manuel casanovall ; Ipid.(page 2).

³F . Hulak ; d'après Nayrac P ; Essai de la démence paranoïde (thèse) , Lille France ,1923 ,(page2)

⁴Kreapelin E ; Discours au congrès des alienistes de Bavière Zeitschrift Gesamte neuof psychiatrie, 1912,(page11).

اضطرابات التفكير والميزاج اما بالنسبة لاضطرابات المستقلة للادارة فتكون مستقلة عن العوامل السابقة كما نجدها في اضطراب الجنون المكبر فهي لا تلاحظ هنا الا بطريقة عرضية سببية "occasionnelle" تحديد "كريبلين" للبارافينيا بقى غير دقيق وقليل الوضوح لكونها لا تخص الا قليل من الحالات النادرة كما انه اقترح المصطلح بشكل مؤقت غير محدد رغم إن البارافينيا المنظمة "systematique" تتميز بتطور تدريجي لهذه الاضطهاد وتواصل ويضاف اليه فيما بعد افكار عظيمة دون تفكك الشخصية وهو ما سماه الباحث "ماقنان" magnan بالهذاء المزمن ذو التطور المنتظم delire evolution systematique، لكن كريبلين لم يجد إن هذه الحالة توصل المصاب إلى مرحلة اخرة متميزة بالجنون في البارافينيا تكون المواضيع الهذائية مدمجة فيما بينها combinés مثل ما هو في الهذاء المزمن "ماقنان" magnan لكن كريبلين "Kreapelin" لا يعتبرها كينونة بهذا التناول لانه يرى بان الهذاء المزمن صحيح وندر.

“بعض الحالات المصابة بهذا النوع من الذهانات يجب إن تدرج في اطار الجنون المبكر (اعراض بسلوكية فصامية)”⁽¹⁾

لكن كلا من الباحثين يتفقان على تطورها يمر ب 4 مراحل متسلسلة للهذاء ولا يقل دمج الحالات التي تظهر بعض الخصائص مثل السلوك وعدد من الحالات التي يعتبرها كجنون مبكر ويقول انه في البارافينيا هناك تطور سياق، وفي البارانويا على العكس تطور الشخصية يكون مرضى⁽²⁾.

اذن رغم محاول "كريبلين" "Kreapelin" وضع الحدود التصنيفية إلا أنه بقيت بعض الاطروحات تحت تسميات مختلفة تشكل نقاط جدال حول الموضوع فمثلا الباحث "سابير" "mayer" فيما بعد يرى إن اكثر من نصف الحالات التي اشار اليها "كريبلين" "kreaplin" بانها بارافينيا واصلت في التدهور النموذجي للجنون المبكر علما إن الجنون المبكر لا يؤدي بالضرورة إلى حالة الجنون بمعنى الكلمة. اما الباحث "بلولر" "Eysen Bleuler" فيشير إلى "أهمية الاعراض الذهانية عوض الاهتمام بتطور الحالة وسن ظهور الاضطراب واقترح تسمية الاضطراب بالفصام schizophrénie وفي العشرية الاخيرة اصبح مصطلح البارافينيا يوضف غالبا للإشارة للحالات الفصام المتأخر ففي تشخيص لمرضى في عيادة "مونتاز" "montaze" كان التشخيص حالة ذهان غير نموذجي او ذهان غير محدد في حالة اخرى "paychose non precises ailleurs"⁽³⁾

¹Kreapelin .E ;1912,Ibid(page617)

² Kreapelin .E ;1912,Ibid(page38).

³F.Hulak,2008 ,Ibid,(page2).

بالتالي ربما إن المعايير المعاصرة لا تحدد عمر الإصابة فعدة مرضى كانوا قد شخصوا من قبل كحالات بارافرنيا أصبحت تستجيب لمعايير DSM IV و CIM10 الخاصة بالفصام ويبقى الجدل الذي طرحه "سيغلاس" seglas" بخصوص مصطلح البارنويا الهلوسية يشكل طرح لاشكالية الحدود المرضية التصنيفية والتي فتحت المجال اما رأي جديد في الوصف المرضي وتصنيفه

فمنذ توظيف كريبلين لهذا المصطلح البارافرنيا ظهر قطبية جدلية بين التطور الشاذ للهاء البارنوي وبين حالته الغير متوافقة مع الواقع تماما عن الفصام بالتالي قام الطب العقلي بوضع البارافرنيا بين قطبي البارنويا والفصام (البارنويا المتميزة بالانتظامية الثابتة والعقلانية في شكلها لكن مبنية على علاقة مشوهة بالواقع والفصام الذي اعتبر طويلا كحالة جنون وتفسح في الشخصية)

وكما أشرنا اليه سابقا، تناول الباحثين لهذا المفهوم ضمن هاذين الحدين التصنيفيين اتمم بالثراء التفسيري والتعدد الاصطلاحي

" استدخل الباحث "كلود" cloud" مصطلحين كبيرين متعارضين هما الذهانات البارنويدية وذهانات البارنويا واللذين يتوسط بينهما الشكل البارافرنيا المتميز بالهاء ما وراء المنطقي(paralogique)) وهو ما يشير إلى تناول آلي للتفكك في مقابل الوظيفة المنطقية في شكل جدلي وما اشار اليه "كلود" cloud" بما وراء المنطق يصبح عند الباحث "نودات" nodet البنية الخاصة بالاعتقاد المتعارض للهاء Structure de la croyance paradoxale du délire عندما قام بمقابلة فعل الإصابة بانحلال القدرات وعدم تطور الشخصية في بنيتها، والسياق يكون سبب انحلال التنظيم النفسي وعندما يتوقف هذا السياق يتبقى لديه مجموعة في الاعتقادات الهذائية المسيطرة في هذا المستوى من التنظيم النفسي وهذا التنظيم الهذائي المتبقي يقوم حنئ بتغذية التعلم الذاتي النشط (1) "l'autodidactisme actif"

استند "نودات" nodet" في تفسيره على أفكار الدينامية العضوية للباحث "أي" E.E.Y " والذي يرى إن الهذات البارنوية ليست أبداً هذات معاشة، أفكار، تأملات، أحلام، لكن هذات كلامية والتي

لا

¹ F.Hulak,2008 ,Ibid,(page12)

يمكنها أن تصمت"⁽¹⁾

اما عن مسألة ما وراء المنطق التي تحدث عندها cloud "كلود" فيما سبق فالباحث E.E.Y لكل عن ما وراء المنطق paralogique للإشارة إلى الاشكال التي تحمل محتوى هذائي نادر والذي وصف بـ d'anideisme ضد الافكار من طرف الباحث "كلير امبولت" "cléranbult" الباحث "أي" E.E.Y يفسر بذلك البارافرنيا بفرضية تفسح وظائف الفكر العقلاني في حين إن "لاكان" "lacan" يطرح السببية النفسية لهذا الحد حول النظرة الفرويدية للهذاء الحقيقي بوصفه كلا شعور في سماء مفتوح "فرويد" اقترح مصطلح البارافرنيا بدوره للدلالة عن الجنون المبكر وقد وضع تشخيص البارافرنيا في 1911 لحالة شريبر .schreber

أثناء حالة الاثارة الهلوسية والتي مثلت حالة استثنائية وصف فرويد كالتالي: " هذه الحالة تصل إلى بناء هذائي مكتمل حول هوس شقي خاص بالآلهة، وهنا وضع فرويد فرضية كون الهذاء محاولة للشفاء ففي حين حالة البارانونيا تحاول إعادة بناء الكون ليس بطريقة أكثر جمالا لكن على الاقل بشكل يمكنه من العيش من جديد وهو يحاول إعادة من خلال فعله الهذائي، وما نعتبره كانتاج مرضي هو كون تكوين الهذاء وهو الواقع محاولة علاجية، إعادة بناء، والنجاح بعد الكارثة هو على الاقل معتبر وليس تاما أبداً وإذا تكلمنا مثل schreber فان الكون قد تعرض إلى تعديل داخلي عميق"⁽²⁾

فاستخدام فرويد للمصطلح كان هنا من أجل تحديد حالة متموضعة ما بين تشخيص الفصام والبارانونيا متميزة بهذاء منتظم كمرحلة لإعادة البناء للعالم من طرف المريض ما يمكنه من تحقيق تعايش أفضل فهي بالتالي محاولة للبناء والعلاج أكثر منه كونها اضطراب مهكيل.

حاول الباحث "مالفال" "J.C.Maleval" توضيح حركة المدلول اللفظي في بداية البناء الهذائي وحدد "أي" "E. Ey" في هذا الصدد ظهور اشكال تقريبا مستقرغة من محتواها وهي النواة الخاصة بالبنية

¹ Ey .E, Traité des allucinations(vol2),Paris,Masson ; 1973.T2(pp838-839)

² Freud .S,remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoia(dementia paranoides)(1911).in :cinq psychanalyses.PUF :Paris ,1973,(page315) .

العميقة التي تحدث عنها أيضا "نودات" "nodet"، والتي يرجعها الباحث "لاكأن" "lacan" إلى نظام يوصف من خلال أصناف لسانية (رسالة رمز، رمز رسالة)⁽¹⁾

بالتالي فمرجعية "لاكأن" "lacan" هي لسانية بنيوية حيث تعبر النبوة اللفظية عن نفسها من خلال الهذات أما "نودات" "nodet" فيعبرها متعلقة بالأمور الغيبية (metaphysique) وسوف نوضح أهم البنيات التي حددها "نودات" "nodat" في أطروحته عن الهذات الهلوسية المزمنة فيما بعد

في الأخير نلاحظ إن الاختلافات الخاصة بالتصنيف وتوضيف المصطلح تستند للارضية التوجيهية النظرية وكل هذه الآراء سمحت بانتشار المفهوم البارافريني وتوسعه ما بين بعدين أولهما تصنيفي سيكاتري وآخر تحليلي تفسيري نفسي ورغم إختقائه في تصنيف (DSM) إلا إن الأبحاث حوله ماتزال متواصلة رغم الاتجاه للفاعلية الجزئية للأدوية الصيدلانية المعاصرة.

1 F.Hulak ;2008 ;Ibid ;(page12).

الجدول 4: يلخص مختلف البناءات الهذائية من عمل الباحث "نودات ch.Nodet" و "آي E.E.Y"

حالات البارافرينيا paraphrénies	هذات بارانويا délires paranoïaques
1- كتل هذائية ملتصقة	1- اتساق الموضوع
2- اللاإخترافية	2- تطور منتظم
3- إديولوجية بشكل جديد (انعكاس إلى الدرجة 2 للشخصية)	3- الاختراقية والاتصالية
4- نمط ما وراء منطقي للتفكير	4- استمرارية مع الاتجاهات الخاصة بالشخصية (انعكاس إلى الدرجة الأولى للشخصية)
5- تغطية الواقع بهذاء متجاوز	5- ميكانيزمات عادية أو شبه عادية (حدس، إسقاط هلوسي للاعتقادات الأساسية)
6- وعي جزئي للهذاء (فانتازيا - سخرية)	6- معاني هذائية مستدخلة
7- عدوانية مشروطة	7- لاشعور الهذاء
8- بنية فكرية أساسية	8- عدوانية أساسية
حالة بارافرينيا انبهارية فانتازية	9- بنية عاطفية أساسية جوهرية
1- اضطراب ما وراء منطقي في البناء الهذائي دون اضطرابات أولية هامة	الحالة الفصامية:
2- تطور نحو التخريف الهذائي	1- اضطراب أولي للتفكير
3- تشوه هذائي ولا معقولة للشخصية (توحد إديولوجي)	2- تطور نحو عدم التناسق
4- تجارب هذائية اكتئابية جزئية أو حالة ليلا	3- تفكك الشخصية (توحد عدم القدرة)
5- تجاوز العالم الهذائي مع الواقعي	4- تجارب هذائية إكتئابات جزئية حاملة دائمة أو راجحة ليلا
6- السلامة الفكرية	5- عالم توحيدي فريد
حالة البارافرينيا المتوسعة	6- عجز في قدرة الذكاء
1- إثارة دون وجود فوضى كبيرة في الأفعال	الحالة الهوسية
2- ثراء الهذاء	1- استثارة
3- تموقع وتعميق المواضيع	2- تخريف منخفض
4- مواقف إبداعية ودائمة	3- هروب الأفكار
5- انتاجات جمالية واديولوجية متسقة	4- لعب سطحي ومتغير
حالة البارافرينيا المانخولية	5- عقم النشاط
1- لا يوجد اضطرابات النشاط النفسي	

2- لا يوجد عواطف مثلمة، فرط احساس 3- لا يوجد سلوكيات سوداوية 4- نشاط وتكيف طبيعي 5- وضوح الوعي 6- تجاوز الهذاء مع الواقع المحيط المصمم بوضوح	حالة المانغوليا 1- ذهول، كف 2- توتر، خلل التوتر العاطفي، فطر الاحساس 3- سلوك سوداوي (رفض الاكل، الانتحار، كف كلامي) 4- الحد من النشاط 5- تعمية الوعي 6- تلوين سوداوي للوعي

(1)

4/ معايير تشخيص وتصنيف الاضطراب البارفريني

إن أهم مميزات البارفرينيا هو كما قلنا سابقا الهذاء التخيلي الذي يعيدنا للتكفير البدائي بمواضيع مهيمنة متعلقة بالسحر والشعوذة والاستحواذ وكذا المواضيع الفانتازية الانبهارية ففي الاصدار الرابع المصنف الطب العقلي وصف كل من الباحثين "آي" "E.E.Y" ، "PH Brisset" ، "P.Berands" الهذات الفانتازية" شكل إكلينيكي للهذات المزمنة المتميزة بالتخريف المبهر الفانتازي للإنتاج الهذائي يكون في تباين مع تكيف جيد للواقع" (2)

ويحدد المميزات العامة الباحث "هولاك" "F.Hulak" للهذات الفانتازية بما يلي:

- الطبع الفانتازي للمواضيع الهذائية
- الثراء التخيلي للهذاء
- تقابل العالم الفانتازي بالعالم الواقعي والذي يواصل المريض تكيفه الجيد ضمن غياب الانتظامية

systematisation

1 Tableau : synthèse des différentes structures d'après E.EY (in :ch Nodet le - groupe des psychoses hallucinatoires croniques essai nosographique , thèse de paris 1937 (pp153- 154)

² Ey .H ; Bernard .P ;Brisset .C; Manuel de psychiatrie ,Paris, Masson ,1974.(page516).

- غياب التطور الاضطرابي في حين تبقى القدرات النفسية سليمة بشكل معتبر⁽¹⁾

اما في تصنيف الطب العقلي للراشد نجد المميزات التالية للحالة البارافرنية عامة: اضطراب نادر يظهر ما بين 30 و 45 سنة متميز بـ

- هذاء كلامي اكثر منه معاشا

- الميكانيزم المسيطر : ميكانيزم تخيلي +++ ، من نوع التفكير السحري والقصصي la

fabulation ومع ذلك لا يمكننا الحصول على تلقائية عقلية automatisme أين تكون

الهلاوس النفسية والنفسية الحسية البصرية (أكثر ندرة)

- مواضيع هوس العظمة ، العظمة megalomanie ، gandeur

- الصدى غائب لانه يوجد "ثنائية الاستقطاب في الحياة النفسية" التكيف مع الواقع الخارجي

يكون لافت للنظر⁽²⁾

ويشرح الدكتور "عبد العزيز "M.Aziz" في مجلة الصحة (santé+) البارافرنيا هي كيان

اكلينيكي لا يزال في صدد النقاش فهي لم تسجل ضمن التصنيف العالمي للأمراض العقلية

CIM ... البعض يستعملونها ضمن اضطرابات العاطفة، اضطرابات هذائية او اضطرابات

الفصامية العاطفية، البارافرنيا معترف بها من طرف علم النفسي المرضي التحليلي كحالة

ذهان، بما إن النبوة تستجيب جيدا لتصنيفاتها لكن امكانية الاجابة عن تساؤلات المختص في

التحليل النفسي قليلة بخصوص هذا الاضطراب⁽³⁾

¹ F.Hulak ; 20082,Ibid ,(page12)

² Psychiatrie Adult ,geopsy .com , (page45)

³ Aziz .A ; revue mensuel d'information medicale , santé + psy ,N44 ,Mars 2007,(page 47)

ويضيف عن الهذاء البارافريني ما يلي: "عادة يبني على مكونين كبيرين: التخيل والحدس (بداية الهذاء ويسجل بظاهرة حدسية، التي يتم اثرها فيما بعد بالتخيل الهذائي، الهلاوس التمهيديّة hallucination initiales ممكنة رغم انها نادرة : الهلاوس السمعية عادة في الموضوع هو هوس العظمة الرومانسية، الانتسابية، العظمة احيانا الاضطهادية دائما ثرية ومتعددة الاشكال، قليلة الانتظامية، الهذاء يقتصر على مجال واحد من الحياة النفسية، ما يسمح بحياة اجتماعية، مهنية ، عاطفية ممكنة، الهذاء غير معلن عنه للآخرين ويبقى طويلا صامت في أعين الاقربين الذين لا يعطونه أهمية إلا عندما يصل لمرحلة متطورة من المرض لكون الهذاء غير منتظم، الحصول على تعاون الاقارب نادر او منعدم (بخلاف الهذات في البارنويا التي تكون مبنية ومتناسقة) ما يساهم في التأثير المميز للهذاء في علاقته مع الواقع، منفصل بطريقة لا لبس فيها.الدخول في الهذاء يكون كامل، والاشترك العاطفي غالبا يكون شديد" (1)

بالدراسة الاكلينية التي قام بها "آي" Henry Ey حدد معايير اربعة للتصنيف البارافريني أوضحها كالتالي:

4 . 1 / التكفير ما وراء المنطقي

تكفير ما وراء منطقي، سحري حقيقي، تكون الفانتازيا التخليلية ضمنها حرة غير مفيدة عند القليل من الحالات تكون تتظاهر بالمنطقية عندما تكون "القصة الهذائية متطورة" ... الزمان والمكان منحصران في هذا الفانتازيا الوهمية fantasmagorie المواضيع المتتوالدة متنوعة مبهرة، أمومة ، رجعية وراثية palingénésie أسطورات متعلقة بالخالق، تحولات جسدية أو كونية أو شخصيات غير واضحة، الوضعيات والمشاهد بشعة تعبر عن المخلوقات الغريبة اللاواقعية.

¹ Aziz .A ; revue mensuel d'information medicale , santé + psy ,N44 ,Mars 2007,(page 47)

4 . 2 / هوس العظمة :

ما يجعل هؤلاء المرضى غالبا يعرضون أنفسهم كمضطهدين، يكونون مطاردين، يتم التحرش بهم من طرف أشخاص يضطهدونهم ويطورون مواضيع ذات النفوذ السلطوي ومتعلقة بالاضطهاد، أفكار التسميم، الحمل، تحول الأعضاء، تجربة المس...، طابع هوس العظمة هو المميز الأساسي لهذا الهذاء يلاحظ غالبا من خلال التوسع الكوني لهذه المواضيع الهذائية.

4 . 3 / الرواية الخرافية La Fabulation :

الرواية الخرافية تسبق الهلاوس، التي تكون غالبا موجودة والتي تنتمي إلى إنتاج تخيلي وفكري خصب يتطور ضمنه هذا الهذاء، وعموما تميل الى الاختفاء تدريجيا عندما يغمر الخيال هذه الهلاوس ويطفو عليها زملة الاوتوماتية العقلية automatisme Montale، الهلاوس النفسية اللفظية، أحيانا أيضا بصرية....(الخ).

4.4 / اندماج متناقض لوحدة التركيب النفسي**Intégrité paradoxale de l'unité de la synthèse psychique:**

هناك تباين كبير بين المفاهيم ما وراء المنطقية، الميثولوجيا (علم الأساطير) الخاصة بالهذاء وتكيف مع الواقع اليومي، في حين القدرات المعرفية، الذاكرة والسلوك الاجتماعي يمكن أن يبقون سليمين»⁽¹⁾ من خلال استعراضنا لأهم المعايير التصنيفية المحددة من طرف بعض الباحثين نحاول ابراز بعض الأشكال الأساسية للبارافرنيا علما ان هناك تصفيات مغايرة لما سنعرضه.

5 / أشكال البارافرنيا

في بعض الإصدارات نجد نوعين أساسيين للبارافرنيا:

1.5 / البارافرنيا القصصية الخرافية Paraphrénie confabulant: متميزة بالميكانيزم التخيلي

أساسا قليلة أو منعدمة الهلاوس، الهذاء يتغذى بالواقع والخيال يشترك مع ذكريات خرافية مغلطة، هناك

¹F.Hulak : les paraphrénie ;nosographie ;EMC ;Elsevier Masson SAS ;paris ;psychiatrie ;37-296 .C-10 ;2008
;page13

إحساسا برؤية مسبقة للأحداث، وتخيل يثرى بالأفلام والأحداث البارافرنية والقراءات ... أفكار العظمة تشير إلى موضوع مركزي: الانتساب المميز، الميراث الملكي.

2.5. / البارافرنيا الانبهارية او الفانتازية Paraphrénie Fantastique:

متميزة بالنشاط الكبير للهلاوس، تكون ثرية، معقدة، سمعية أحيانا مع آلية عقلية automatisme mental، تكهن الأفكار واستباقها كما تتميز بإحساس السيطرة على الشخصية بقوة خارجة عن الإرادة يوجد انبساط ميزاجي في الحديث الثري، الإلهام بدون نهاية يبدو والمريض تائه في هوامات القدرة الكونية، يتكلم عن حالات الحمل بآلاف المرات وحياة تطول لآلاف السنين، ثراء فاحش، قرابة مع الرسل ومع الإله، وهي الأفكار ذات العلاقة بقوة العظمة الهوسية معبر عنها بالكلام وأشكال تواصلية أخرى.

أما كريبلين فحدد أربعة أشكال للبارافرنيا هي:

أ./ البارافرنيا المنتظمة (P.Systematique):

متميزة بالتدرج والبطئ في تطويرها لهذا الاضطهاد والعظمة دون التفكير النفسي، تبدأ الحالة بإظهار القلق في المرحلة الأولى والإحساس بالخطر الذي يتهدهده من محيط عدائي مع انعدام الثقة بالآخرين، كما يميل إلى التأويلات التحقيرية ثم تظهر الهلاوس السمعية خاصة وسلوك السرقة والأفكار الحدسية وخلال ذلك ينتظم هذا بشكل أفضل، الهلاوس النفسية والحسية (سمعية بصرية) ممكنة في هذه الحالة، ثم نجد أيضا تداعي أفكار العظمة متزامنة مع هذه الأعراض السابقة الذكر والعظمة ترتكز على أفكار الهوس الشبقي الإنتمائي والثراء الفاحش والقدرات الخارقة.... مع ظهور ذكريات غير صحيحة بتفاصيل دقيقة، أما المستوى المعرفي فيبقى محتفظ به تقريبا كليا، في المرحلة المتقدمة من الاضطراب، تكون الأعراض مشكلة بصورة أوضح بأفكار هذائية ثابتة مع اضطرابات نفسية حسية دون اشتراك العاطفة والإرادة وحتى مع التطور النهائي لهذه الحالة المصاب لا يصل للتفكك الحقيقي، "كريبلين Kraepelin" يصر على أن التكيف مع الواقع لدى المصاب بهذا النوع من البارافرنيا يبقى محتفظ به لمدة طويلة كما أن الإدراك لا يختل أبدا بغض النظر عن التأويلات الناتجة عن الهذاء المرضي لذا نجد قدرتهم على التعايش والنشاط المهني تكون مقنعة.

يقول في هذا الصدد الباحث "دوران V.J.Durand" وزملائه "G.Ledoux" "Y.Benoit" «كثير من المرضى يمكنهم مواصلة العيش لسنوات في إطارهم المعتاد بدون اضطرابات خطيرة معينة لكن في نفس الوقت كل سلوكهم يظهر بطريقة سريعة التعبير المرضي العميق الذي يحدث فيهم.....»⁽¹⁾

وعند تطور الحالة وسيطرة الحالة الهذائية تظهر ضرورة استشفاء المريض وحجزهم للعلاج العقلي ولكن ذلك يسبب عملية استرجاع الهذاء لقوته بسبب حالة الحجز وعزلهم عن العالم الخارجي وعن النشاط المهني والاجتماعي.

ب/ البارافينيا المتوسعة Praphrénie Expensive:

يكون هذا النوع من البارافينيا أكثر ندرة من النوع المنتظم، يتميز بالاستشارة اللفظية والفكرية (الثرثرة، اجترار الكلام....)، تصاحب بهذاء العظمة بشكل مفرط والأفكار الاضطهادية بشكل ثانوي، الاضطرابات الحسية تكون أساسا في الرؤية مع استثارة نفسية وميزاجية، يكون الاضطراب أحيانا ذو تطور تدريجي لكن أحيانا أخرى يكون سريع وشبه حاد يسوده مراحل إكتئابية وتوتيرية نجد هذه الحالة عند النساء أما بخصوص المواضيع الهذائية فيدور حول الجنسية والمواضيع الغريبة والهذات الدينية، المريض يكون في حالة حاملة وجد مقتنع بهذاته التي تتوسع مع شبه فقدان للذاكرة والتعرف، تطور المرض غالبا ما يكون بطيء والأفكار الهذائية تبقى ثابتة، اعتبر "كريبلين" kraepelin لمدة طويلة هذه الحالات كإصابات هوسية وحيدة من نوعها ذات تطور طويل الأمد ينتهي بضعف نفسي طفيف ليس له علاقة بالجنون الحقيقي.

ج/ بارافينيا الرواية الخرافية Paraphrénie Confabulante:

تتميز بالندرة، يكون فيها عدم التوافق بين الهذاء والذكريات المغلطة ما ينتج سرد روائي بأحداث غريبة وأفكار ثرية، تطور الحالة يكون تصاعدي تدريجيا والبناءات الهذائية يمكنها أحيانا ان تنطفئ ويبدو الكف اللفظي على المريض وأحيانا أخرى يقوم بسرد ثري بأفكار هذائية غريبة وغير معقولة، توزع المرض يكون على الجنسين على حد سواء وتبدأ غالبا ما بين سن (20 و30 سنة) يشترك مع الشكل المتوسع في تواجد الاستثارة اللفظية والكلامية وتقرب من البارانونيا لغياب الهلاوس وتصورها لا ينتهي

¹Durand VJ, Ledoux G ; Benoit Y ; A propos des paraphrénies ; Ann Med psychologie ; 1958 ; II page 15

بالجنون وقد سماها كل من الباحث "دوبري Duprè" و "لورج Lorge" في (1911) بهذاء التخيل Delir d'imagination.

د./البارافرينيا الانبهارية الفانتازية:

يقترّب هذا الشكل من البارافرينيا من الجنون البارانوئي الذي وصفه "كريبلين" Kraepelin في إصداراته الأولى عندما يكون الهذاء ثري ومتنوع جداً، في المرحلة البدائية يبدو المريض في حالة اضطراب عاطفي مع سيطرة القلق والميزاج الحزين، تأتي الأفكار الاضطهادية بذلك تدريجياً مع تأويلات تحقيرية فيعتقد المريض أن الجميع يستهزؤون به ويضايقونه قصداً أما في المرحلة المتقدمة تظهر الهالوس السمعية والغوص في صدى الأفكار وكذا يقوم المريض بتعليقات على أفعال الآخرين وفي الأخير يتصور أنه ينادى له من طرف أشخاص آخرين أو أنه يشتم أو ينتقد أو حتى أنه يتكلم مع الإله أو أنه يهاتفه أو أن الإله هو من يناديه ويهاتفه وهنا تظهر الاضطرابات النفسية الحسية بشكل سريع بكثرة وبفعالية، الحدس والهالوس تعلم المريض بمجرى الحكايات الهذائية، مع عدم تناسق الهذاء بداخل هذا السرد، يقول "دوران" وزملائه "Durand V.J" «المرضى يشكون من إحساسهم بأن الأمعاء والمعدة منزوعين، ممزقين، العضام منفصلة، مكسورة، الرأس مهروسة، كائنات أخرى، حيوانات تسللت إلى أجسامهم... وأحياناً تظهر أفكار الحمل المتعددة، مواضيع العظمة والاضطهاد تتزايد في تصاعد لا نهاية له من خلال لعبة التخيل المطلقة العنان، عائلة مدمرة، حريق فضيع، أجهزة جبارة، كوارث كونية عظيمة، إحتيال، خداع، نصب، عدد لا يحصى من المغامرات»¹

يقول " هولاك " H.Hulak: «هؤلاء المرضى يحتفظون بتكييف نسبي رغم الاضطرابات الانفعالية العنيفة ولكن تكون متغيرة ويمكنهم رغم ذلك إعطاء إجابات دقيقة وصحيحة في مجالات مغايرة لمجال هذائهم لكن هناك تراجع معرفي عند بعض الحالات. بالنسبة لهذه الحالات كان "كريبلين" Kraepelin يتساءل هل إذا ما كان هذا النوع من البارافرينيا ينتمي في الواقع لأشكال غير نمطية ذات أفكار هذائية غير معقولة بخلل في تناسق الحكم، مع غياب الرتبة والتأنق والسلبية والاقتراحات والإندفاع الغرائزي»².

¹Durand VJ, Ledoux G ; Benoit Y ; 1958 ; Ibid ; page 19-20

²F.Hulak: 2008 ; lpid; page 4 بالتصرف

6 / التشخيص والتشخيص الفارقي للاضطراب البارافرنسي

يبنى الهذاء البارافرنسي عادة على مكونين أساسيين هما التخيل والحدس حيث يبدأ الهذاء بالظواهر الحدسية التي تنثري فيما بعد بالتخيل والهلاوس السمعية أحيانا، أما الموضوع الهذائي فمتعلق بجنون العظمة أحيانا الاضطهاد، تكون المواضيع ثرية ومتعددة الأشكال لكن قليلة التنظيم كما يقتصر الهذاء على مجال واحد من الحياة النفسية ما يسمح بتواصل الحياة الاجتماعية، المهنية والعاطفية بشكل مقبول، يكون أثناء ذلك الهذاء غير معلن للآخرين أي صامت حتى بلوغه المراحل المتطورة (وهو ما يختلف في حالة الهذاء في البارانويا الذي يكون ممنهج ومنظم).

الدخول في الهذاء يكون قوي باشتراك عاطفي كامل وبسجل تخيلي وفانتازي انبھاري لكن العالم الانبھاري يتواجد معا مع عالم الواقع ما يسمح بالتكيف الجيد للواقع اليومي، كما يغيب التطور التدهوري مع وجود اندماجية متناقضة للتفكير المنطقي وبقاء القدرات النفسية سليمة بشكل معتبر.

ـ بالتالي فان تشخيص الهذاء البارافرنسي يقوم على هذه الأسس المذكورة والتي شرحت بالتفصيل في قسم معايير التصنيف وفق هذا الجزء من العمل هذا ما يطرح أشكال التشخيص الفارقي فيما أن هذه المعايير هي الواجب أخذها بعين الاعتبار أثناء وضع التشخيص فما هي المعايير التي تتقاطع مع هذه الاضطرابات في التشخيص الفارقي حتى نصل إلى تحديد دقيق في تصنيفنا وتحديد نوعية الاضطراب؟

في الشكل المنتظم العاطفي والتأويلي للهذاء يكون من السهل نسبيا ملاحظة إذا ما كل الموضوع الهذائي متعلق بالاضطهاد أو انه فقط نظام من الاقتاعات والمعتقدات الشخصية الصادرة عن تجربة حساسة وقتية تم عقلنتها بافتراضات تفسيرية ثانوية مع محاولة التعليل الشبه عقلائي عن هذه الاعتقادات ما يشكل لدينا طابع العقلنة الثانوية (caractère de rationalisation) هذه الحالات يجب عدم خلطها مع الذهان الهذائي المزمن أو الحاد الذي يعطي طابع الاضطراب الشامل والسلبى للتجربة المدركة.

بالنسبة للباحث "آي H.Ey": «الذهانات الهذائية الحادة هي ناتجة عن اضطرابات نفسية حسية تخيلية أو حدسية، وجدت ضمن ضغط تجربة حساسة أنية حالية في حين أنه في الهذات المزمنة، يتعلق الامر أساسا ببناء يسمى أحيانا بشكل خاطئ، عقلي، لأنها رغم كونها مكونة من أفكار واعتقادات فان هذه الأخيرة تعكس دائما حركية أو دينامية الطبقات العميقة الحدسية العاطفية»¹

¹H.Ey ;traité des hallucinations (2vol) ;paris ;Masson1973 ;d'après F .Hulak ;page13

" في الهذاء البارافريني يجب أن يتميز بالاعتقاد الجازم والثابت للاقتناعات وليونة الادراكات الخاطئة بشكل يجعل الهذاء متلقظ أو كلاميا أكثر منه معاشا مع كل سميات التفكير الحواري والاستطراد المنطقي النشاط الذي يدور في عالم خيالي لكن مفتوح على الاتصال بالآخرين"¹

من جهة أخرى يشير بعض الباحثين إلا انه يجب عدم الخلط بين الجنون البارانونيدي والبارافرينيا المنتظمة، حيث يصف كريبلين هذه الأخيرة بطريقة تقترب كثيرا من الهذاء المزمن ذو التطور المنتظم "لماقنان" "Magnan" لأنها لا تأخذ بعين الاعتبار مرحلة الجنون والتكيف أما بالنسبة "لكريبلين" يبقى لمدة طويلة سليما في حالة البارافرينيا.

بالنسبة إليه أيضا بعض حالات الهذاء المزمن التي تشبه ربما البارافرينيا يجب أن تدخل ضمن الجنون المبكر لاحتوائها أعراض سيكولوجية فصامية، كما يرفض التصنيف ضمن البارافرينيا إذا وجدت بعض الإشارات التأنقية Le manierisme أو الحالات ذات التطور المرضي في الشخصية بشكل ثابت مثل ما هو في البارانونيا لأن في البارافرينيا كما أوضحنا تكون قليلة التنظيم والتطور ويكون سياق أي داخل السياق الذي يبني الهذاء وليس داخل الشخصية المرضية.

في البارافرينيا المتوسعة P.Expensive يكون التشخيص الفارقي مع الجنون البارانونيدي من خلال التطور الطويل للمرض وسيطرة الهلاوس البصرية وحالة شبه فقدان الذاكرة، اعتبرت هذه الحالة عند "كريبلين" لوقت طويل كحالة هوس وحيدة من نوعه متطور على مدى 12 إلى 18 سنة، تنتهي بضعف نفسي طفيف لكن ليس له علاقة بجنون حقيقي، أما في البارافرينيا التخيلية أو القصة الخرافية P.Confabulante فتقترب من البارانونيا لغياب الهلاوس، وتقترب من الحالات السيكوباتية التي سماها "دوبراي" و"لورغ" "Duprè et Lorge" بهذاء التخيل في 1911: في البارافرينيا الانبهارية، يكون التشخيص الفارقي مع اضطرابات الحكم لكن غياب التأنقية والسلبية في الاقتراحات يحدد التشخيص.

التشخيص يبدأ بظهور السياق التخيلي السائد على العناصر الهلوسية والتأويلية مع بقاء الهلاوس التي تغذي الهذات وينتشر الخيال الهذائي في شكل قصة شعرية أو رومانسية حاملة محتوية مواضيع

بالتصرف 13page;Ibid; Hulak F. d'après ; 1973 ; (2vol) ; Ey.H¹

العظمة، والتنظيم يكون بدرجة مغايرة ما يسمح بالتمييز بين انواع البارافرينيا، على العموم في مصنف الطب العقلي حددت معايير التشخيص كالتالي:

1. موضوعية هذائية يهيمن عليها السجل الانبھاري الفانتازي.

2. ثراء الميكانيزم الهذائي التخيلي.

3. تواجد العالم الانبھاري معا مع العالم الواقعي دون عرقلة التكيف مع الواقع اليومي (ثنائية القطب).

4. غياب أو ضعف التنظيمية في الهذاء، عدم التناسق.

5. غياب التطور التدهوري واندماجية متنافضة للتفكير المنطقي.

أما التشخيص الفارقي فيكون:

_ ذهان تخيلي حاد.

_ ذهان هلوسي مزمن PHC.

_ فصام بارانويدي ببداية متأخرة⁽¹⁾

وفق الباحث "آي" H.Ey "كل شكل من أشكال الهذاء المزمن يمثل نمط من الهذاء المستقر في إحدى مراحل التطور المرضي فمثلا الهذاء المنتظم هو رواية مبنية بإحكام، أما الفصام فهو لغة رمزية محكمة²

فمشكل الحدود التشخيصية غالبا ما يطرح ما بين البارافرينيا ومجموعة الفصامات وبالنسبة للباحثان "كابلون" و "سادوك"³ H.J.Kaplan و "B.J Sadock" مصطلح البارافرينيا يستعمل كمرادف للفصام البارانويدي للدلالة على التطور التدريجي نحو العجز وعلى حد السواء للدلالة على وجود نظام هذائي منتظم جيداً.

¹psychiatrie adult ;geopsy.com.page45-46

²F.Hulak:2008 ;Ipid;page14

7. / تطور الإضطراب :

يكون تطور الإضطراب البارافريني على مدى عدة سنوات حتى يصل في مراحله المتقدمة إلى شكل الهذاء المزمن، وبعض الهذات تميل إلى التنظيم حول موضوع سائد يميل للإنطفاء أحيانا ثم العودة، أما البعض الآخر فيتطور نحو التفكك الفصامي مع تقاوم الهذات، كما أن وجود مراحل جد ثرية بالهذاء وأخرى أكثر هدوءا فإن تأثيرها يكون نسبيا على جوانب الحياة الإجتماعية، المهنية والعائلية وهو ما يقلل التوجه للعلاج.

يقول "فريد كاشا": " بعض الهذات تميل إلى التنظيم حول موضوع سائد وتفتقر بمرور الوقت، ما يسمح للمريض أحيانا بأخذ مسافة ومرحلة هدوء، البعض الآخر يتطور نحو التفكك الفصامي ، هذه الهذات تبدو قليلة التأثير بالعلاجات العصبية الدوائية وكذا العلاج النفسي "(1)

يضيف الباحث "هولاك" "F.Hulak" في نفس الصدد لشرح هذا التطور ما يلي: " وفق الباحث " آي " " H. Ey"، بعد مرحلة إعداد نشطة، الهذاء الإنبھاري الفانتازي يتثبت لوقت غير محدد على مواضيع أساسية عندما يتعلق الأمر بالأشكال المسمات منتظمة،التطور يمكن أن يصل أيضا لشكل إنبھاري مع التلقائية الفكرية Automatismes mental (الصوت، صدى الفكر، توارد الخواطر) التي من خلالها يجد المصاب بالهذاء مصدرا للمعلومات الماوراء الطبيعية الخارقة والساحرة التي تدور حول أحداث تنتمي لعالم غير مفهوم، يمكن أيضا أن نصادف أشكالا متوسعة والتي تتطور ضمنها الحالة الذهانية بطفرات مع التمجيد النفسي، خصوبة هذائية كبيرة ،،، هذه الأشكال البارافرينية يكون التنبأ بالحالة فيها أحسن كون الهذاء يميل إلى الإنطفاء والإفتقار مع مرور السنوات .التطور أيضا يمكن أن يؤدي إلى عدم تناسق الأفكار اللفظية مع الفصام الحبسي (Schizophasie)

وفكر محكم أكثر فأكثر، هذه الأشكال التطورية المتأخرة والسائرة نحو الفصام ليست نادرة وحتى أن السياق في مدرسة "كريبلين" "Kraepelin" (w.Mayer) يكون بشكل خاص "مزهر" بهذات بارافرينية إنبھارية أو فانتازية (1955 jamzarik) ثم تجميعها ضمن الفصامات.

(1)Farid Kacha ;1996 , Ibid, (page 163)

الأشكال الثلاثة المذكورة سابقا، الشكل المنتظم، الإنبساطي الفانتازي أو المتوسع تتواجد غالبا في إطار الذهانات الهذائية المزمنة (هذاء منتظم، ذهانات هوسية مزمنة، بارافرنيا، فصام)¹

«يتعلق الأمر فقط بأنواع من نفس الصنف: الذي كان يسمى في وقت Magnan (1890) "الهذاء المزمن المتدهور" مع مرحلته الأولى من أفكار الاضطهاد والتأويل، مرحلة ثانية خاصة بالهلوس السمعية ومرحلة ثالثة خاصة بجنون أو هوس العظمة Mègalomanie ومرحلة رابعة للإضطراب على الأكثرية جنوني كل شكل من أشكال الهذاء المزمن يمثل نوع من الهذاء الثابت المستقر أين نلاحظ تنظيم في إحدى هذه المراحل»²

علاج الاضطراب البارافرنيا

إن علاج حالات الإصابة بالذهانات وعلى وجه التحديد البارافرنيا يرتكز على أربع جوانب متفاعلة مع بعضها البعض في آن واحد وتتمثل في:

(أ) العلاج الكيميائي: يكون باستخدام المهدئات العصبية (les neuroleptiques) المضادات الاكتئابية (anti dépresseurs) ومضادات القلق (Anxiolèptique)، لكن معظم الباحثين في الاضطرابات البارافرنية يتفقون على أن جدوى العلاج الكيميائي يكون نسبي ومحدود فهو فقط يسمح بضبط وعدم إعادة تفعيل الهذاء، الاستثارات الكلامية، الثثرة، الظواهر الهوسية.

يحدد الدكتور "فريد كاشا" هذه العلاجات كالتالي: «المهدئات العصبية الكبرى هي الأكثر استعمالا وهي Haldol-Moditen-largactil وهي تريح القلق وتخفف من الأعراض الأساسية (الهذاء، العدوانية)، تسمح بإعادة تنظيم النوم.

المهدئات العصبية المتأخرة Modecat ou poportil L4 تستعمل عندما تكون compliame سيئة في العلاج، مضادات الاكتئاب تستعمل غالبا في ذهانات الحساسية Délires sensitifs أو عندما

¹) - ²) F.Hulak:2008 ;Ipid;page13

يكون التطور الاكتئابي في انهيار عميق وهي: (Amitryptiline ou laroxy _ clomipramine)
« ou anafranil »⁽¹⁾

لكن معظم الباحثين في الدراسات العلاجية لحالات البارافرينيا ينصحون بجرعات خفيفة بهدف السماح للمتابعة النفسية القيام بتتبع وتقييم تطور الحالات وهو ما يراه كل من " جيلفي " و"بوير" و"كونسولي". Guelfi J.D, Boyer.p, Consolis.S في كتاب الطب العقلي حيث يقولون بالنسبة لحالات البارافرينيا كما هو الحال بالنسبة للهذات الأخرى المزمنة، ننصح بالجرعات الخفيفة⁽²⁾

(ب) العلاج النفسي:

إن كون حالات البارافرينيا قليلة الورد على الفحص النفسي فهذا لا يعني أنها نادرة بل ذلك راجع لكونها تحتفظ بمستوى من التكيف المهني والاجتماعي بالتالي فهم لا يتجهون للفحص ولا يتم الإخبار عنهم إلا في مرحلة المرور للفعل في مرحلة الاستثارة الهذائية المتقدمة أين يصبحون خطرا على أسرهم ومجتمعاتهم، من جهة أخرى فهم يمتنعون عن الفحص لكونهم أصلا في وضعية نفي المرض فيحاولون إظهار التكيف الكاف في مجتمعاتهم، كما أن خطر حجزهم للاستشفاء تولد خوف من التفكك الاجتماعي والتصنيف المرضي ما يهيئ لظهور فترات إكتئابية يجعل التنبؤ بالحالة يكون جد ضعيف، لكن رغم ذلك لا يجب الجزم باستحالة السيطرة على هذا التطور المرضي فالتكفل النفسي بالإضافة للعلاج الكيميائي تحول هذه الحالات إلى إصابات بنوبات هذائية عرضية عبر فترات، لكن الانقطاعات عن الفحص العلاجي تأثر على العلاقة العلاجية وتعيد تنشيط الهذات، فبالنسبة لبعض الحالات مجرد الإحساس بالإستقرار الوقتي من طرف المريض أو عائلته سوف يفتح المجال للتفكير في التخلي عن العلاج وهو ما يشكل أكبر الصعوبات بالنسبة للعلاج النفسي وهنا تأتي ضرورة الحجز الصحي لكن يجب الحصول على موافقة العائلة في مجتمع يكون تطبيق القوانين المؤسساتية فيه مربوط بالانتقال للفعل العدوانية.

عموما يكون الهدف الأساسي في جلسات العلاج النفسي هو الانقطاع عن نمط التفكير المعتاد وتحليل التشوهات العاطفية والمعرفية والخفض من الإسقاطات الهذائية والإحساس بالاضطهاد ما يساعد ويدعم الاندماج الأسري والاجتماعي والتوافق النفسي.

¹Farid Kacha ;1996 ; Ibid ; page 164

²Guelfi .JD ;Boyer P ; Consoli S ; psychiatrie ,paris ;PUF ;1987 ;page 230

ينصح الباحث "مالفال Meleval" «بعدم التسرع في رغبة إحضار المفحوص إلى الواقع (أي واقع؟) لكن الالتزام باستماع خير ومتقهم للهاء (Ecoute bien veillante)، دون البحث عن إراحته...»¹

ويضيف: «عندما نلتزم بعمل تحليلي نفسي مع ذهاني، الفعل الأكثر تواجد عادة يتمثل في تخفيف الإحساس بعدم إيجاد الفرح والمتعة (Apaisement de la délocalisation da la jouissance). العلاقة الفردية مع الفاحص تسمح دون شك باستثمار كبير لوجود المحلل النفسي، بعض العلاجات تؤدي إلى تخطيط للهاء والذي يجعله أكثر تناسبا مع الحياة الاجتماعية في حالات أخرى الهاء يقلل حتى يختفي في حين المفحوص يتمكن من تحقيق بديل عن الحجز الاستشفائي... ينتج حينئذ ابتكار فريد يعمل على تهدئة الاستثارة أو المتعة La jouissance»²

لكن داخل هذه العلاقة العلاجية وكل السياقات التي تسير تطور الحالة يجب وضع مسافة فاصلة مع المفحوص لتجنب خطر التفاعل مع كل تقارب في العلاقة والذي يهدد بإيقاض النزوات الجنسية المثلية أو الوقوع تحت خطر السيطرة والتهديد الاضطهادي، من جهة أخرى إذا كانت هذه المسافة مبالغ فيها فذلك سوف يعاش كرفض وازدراء لشخص المفحوص ما يشكل خطر التخلي عن العلاج.

ج) التكفل الاجتماعي:

يعتمد على إعادة التأهيل الاجتماعي للمفحوص بإعطائه دورا فعالا سواء في العائلة أو الوسط المهني أو المحيط العلائقي، لكن ذلك لا يكون ممكنا إلا من خلال التوعية الاجتماعية للأطراف المعنية وتحسيسهم بمعانات المفحوص وضرورة إيجاد طرق مناسبة لاستيعابه اجتماعيا مما يساعد كثيرا في علاجه المتكامل، يكون ذلك مثلا بتشجيع إنضمامه لورشات عمل اجتماعي أو جمعيات ذات اهتمامات مختلفة أو دمج في مجموعات ذات الاهتمام المشترك، هذا ما يسمح لنا بإجراء علاج متكامل وطويل الأمد بصورة غير منقطعة مع تقادي الانتكاسات المرضية والتمكن من التحكم في مختلف العوامل المعيقة.

¹Marleval J C ; Logique du délire ;paris ;Masson ;1996 ;page195

²Marleval J C ;1996 ;Ibid ; page201

من جهة أخرى نرى بأن التكفل الاجتماعي لهذه الحالات يُبقي مستوى التكيف مع الواقع مستقرا ما يحمي المفحوص من إجراءات الحجز الاستشفائي الذي يكون ضروريا في بعض المراحل، بالتالي فإن هذا المشكل سوف يكون أقل ثقلا عن أنظمة المؤسسات الاجتماعية والاستشفائية.

في هذا الصدد يقول الباحث "جيلفي" Gelfi.J.D¹ وزملائه «التناول السيكودينامي والإجراءات المؤسساتية والاجتماعية تحدّ عموما من خطر الخروج من الجماعة وتشجع الانتماء لمرافق مرضية أكثر»¹

وبما أن الأسرة هي نواة المجتمع، فالمصاب بالاضطراب يلجا غالبا إلى التكتّم الأسري ويحتمي ضمن تهريبهم من حقيقة الإصابة، لكن الوعي بخطورة الحالة يدفع الأسرة إلى مواجهة هذه الظاهرة رغم صدمتهم وخوفهم عليه لذلك ضمن العلاج المتكامل المسطر للحالة لابد من إرشاد العائلة على وجه الخصوص وتوعيتهم بطرق التفاعل والتعامل مع مختلف السلوكيات التي يظهرها المريض بشكل صارم ومتيقظ ما يجنب تدهور الحالة وانتقالها للفعل العدواني عوض الاستقرار ضمن علاج وتكفل متعاون بين مختلف الأطراف الفعالة.

¹Guefi J D ; Boyer .P ; Consoli .S ; 1987 ; Ibid ; page230

خلاصة الفصل

إن التكفل بالاضطراب البارافيني بمختلف جوانبه يستلزم عملاً وجهداً متكاملًا بين أطراف تكون أهمية كل واحد منها أبلغ من الآخر، والإشكال الأساسي يكون في حضور المريض وتقبله لمرضه كذا تفهم المحيط وتعاونهم، فالرفض العلاجي وتجنب أي اتصال بالأطباء والمختصين يجعل الأسرة والمجتمع أمام خطر الانتقال للفعل العدواني وتدهور الحالة ما يرهق العائلة والمؤسسات الاجتماعية على حد سواء، كما أن تطبيق قانون الصحة العقلية لا يسمح باتخاذ الإجراءات في الوقت المناسب بالتالي نقول أن علاج المصاب بالبارافينيا يستلزم إجراءات معقدة وتكفل متعدد الأطراف (فردي، عائلي ومؤسستي).

الباب الثاني

"البعد الاجتماعي والديني للاضطرابات النفسية والعقلية"

- 1/ البناء النفسي السلوكي داخل المجتمع.
2. / الأمراض النفسية والعقلية من المنظور الاجتماعي.
2. 1 / الشكل الاجتماعي للمرض النفسي والعقلي.
2. 2 / التحديد المعياري للمرض النفسي الاجتماعي.
2. 3 / سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع.
2. 4 / التفعيل المرضي بين قطبي الأنا الأعلى وسلطة المجتمع.
2. 5 / الآثار المترتبة على الفرد والمجتمع من الإصابة بالمرض النفسي والعقلي.
3. / التصنيف والتفسير المرضي تحت منظور المعتقدات الاجتماعية.
4. / المرض النفسي والعقلي وفق المنظور الديني.
5. / نبذة عن الحركة النفسية والعلاج النفسي عبر المجتمعات.

خلاصة الباب

مدخل

" الإنسان كائن اجتماعي"، عبارة تكاد تبلغ حد المسلمات التي نردّ إليها معظم معالم التفكير الاجتماعي الذي حاول العالم "فرويد سيغموند" Freud .S مناقشته من خلال تحليل سيكولوجية الجماعة، فالمحرك الأول لكل مجتمع هو "الإنسان" والمحرك الأول للإنسان هو "نفسه" لذا فإن علاقة الفرد بالجماعة هي علاقة سيكولوجية بالمعنى الإنساني لكلمة " نفسي"، ونجد أن هذا الإنسان قد تميّز منذ العصور الأولى بتوجهاته الميتافيزيقية في تفسير الظواهر بما فيها مظاهر اضطرابات النفس البشرية، وما زال الكثير إلى يومنا يعتقد بأن المرض النفسي هو تهمة أو جنون أو مس أو سحر... هذه المعتقدات قد اختلفت باختلاف المجتمعات والأزمنة والمستويات الحضارية، وتجذّرت في الأذهان بحيث أصبحت بمثابة مسلمات، ورغم أنها لاعقلانية إلا أنه صعب على الإنسان أن يتخلص منها رغم توالي الأجيال ورغم الانفتاح العلمي الكبير في عصرنا الحالي مع أننا لا ننفي تأثير البعد العقائدي والتوكل بالإيمان بالمعتقدات الدينية والطب الشرائعي والشعبي... في النفس ودورها في الإيحاء وحتى أحيانا التوصل إلى استرجاع شيء من التوازن والصحة النفسية، إلا أن هذه النفس تبقى لغزا غامضا يصيبه العديد من الاعتلالات التي لا تجد علاجاً لها إلا في العلاج المتكامل الذي يأخذ بعين الاعتبار كل هذه الأبعاد داخل التكفل الطبي العلمي.

في هذا القسم من بحثنا نحاول إلقاء الضوء على أبعاد هذا الموضوع من المنظور الاجتماعي والعقائدي من أجل إبراز دور هذه الأطراف في التكفل بالمريض النفسي والعقلي وكذا تفعيل ذوي العلاقة في العلاج المتكامل.

1 / البناء السلوكي النفسي للإنسان داخل المجتمع:

يبنى سلوك الإنسان من خلال تفاعل متبادل مستمر مع محيطه ويظهر تبعاً لذلك تباين في شكل أو مظهر الاعتلال النفسي من مجتمع لآخر، فيصبح المرض لغزاً غامضاً وأكثر غرابة كلما كان المجتمع أكثر تعقيداً وتعدد في الصراعات والتوجهات العقائدية، وحتى وإن كان مجتمعاً غربياً متقدماً، إلا أننا نجد البناء النفسي لأفراده متأثراً أيضاً بهذه التوجهات الاجتماعية، ويتميز بالهشاشة وصعوبة تقبل الإحباطات كلما كان المجتمع الذي نعيش فيه معقداً وملئاً بالصراعات، خاصة إن كانت الأسرة هي أيضاً متبينة لهذه التوجهات مما ينتج لنا فرداً غير سليم نفسياً ويعاني من الفراغ العاطفي الأسري والاجتماعي، غير مستقر في الدور الاجتماعي ومتذبذب في التوجه الديني، من جهة أخرى كلما تعددت القبلات زاد نطاق المعتقدات والتوجهات السلوكية التي تتبنى أساليب تبتعد عن العلم والمنطق في التكفل بالفرد في صحته وفي مرضه، خاصة عند ما تستعصى الأمور ويعمّ اليأس من فهم حالة المريض، فالسلوكيون يرون بأن الفرد لديه استعدادات عامة لتعلم سلوكيات مختلفة وحتى تعلم وتقمص أمراض من خلال البيئة، وذلك منوط بنوع هذه البيئة ونوع التنشئة الأسرية وكم الصراعات الاجتماعية والميولات العقائدية خاصة عندما يغيب سلطان العقل.

في هذه الظروف لا يبقى التكفل النفسي بالفرد بمنأى عن كل ما سبق ذكره ففي معظم الأحيان نجد تداخلاً كبيراً بين دور الأسرة والمجتمع والهيئات المؤسساتية الصحية، هذا الدور يعتمد على منهجية التعامل مع الموروث الاجتماعي والعقائدي من جهة ومع الفرد من جهة ثانية، لكننا أحياناً نجد بعض الأسر المتشبثة باعتقاداتها أو بمستواها الاجتماعي إما تلجأ إلى عزل المريض عن الأنظار وتكتتم عليه فتتفاقم حالته وإما أن تكون أسرة واعية متعاونة مع هيئة العلاج وهذا في أحسن الأحوال، وإما أن تكون ذات ميولات عقائدية غير عقلانية تفسر الاضطراب خاصة الذهاني بكل ماهو غيبي وغريب وبما وراء الطبيعية، فنجدها تفضل اللجوء إلى المشعوذين من أجل فك السحر أو المس وفي أحسن الأحوال تكتفي بالطرق التقليدية بطب الأعشاب والرقية.. وفي نفس الصدد تقول الباحثة الدكتورة " أميرة منصور يوسف علي": " المشكلة أنه من يعاني مرضاً نفسياً يذهب بالخطأ إلى الطبيب العام هروباً من مواجهة الواقع، أو جهلاً بدور الطبيب النفسي، ولقد كشفت الأبحاث العلمية أن خمس المرضى فقط هم الذين يترددون على الأطباء أو العلاجات الأخرى وأن الباقي يتحملون الآلام ومعاناتهم... ويشير الدكتور عكاشة أستاذ

الطب النفسي والعصبي إلى أن هيئة الصحة العالمية ترى أن 40% من المترددين على الأطباء، يعانون من أمراض عضوية سببها نفسي".⁽¹⁾

وتضيف الدكتورة " ... ومع ذلك فإن الطبيب النفسي يستطيع تغيير الاضطرابات الكيميائية وتأهيل المرضى للتكيف والتوافق، إلا أن قدرته تظل محدودة في المشاكل الاجتماعية، حيث أن المرض النفسي هو مرض نفسي اجتماعي بيولوجي ويجب أخذ الثلاثة في الاعتبار سواء في السبب أو في العلاج، وإن مسألة الذهاب لطبيب نفسي لا تزال تحاط بالسرية والكتمان وكأن الإصابة بالمرض النفسي تهمة".⁽²⁾

إن المريض العقلي الذهاني هو اعتلال شديد في إدراك الواقع والحياة الانفعالية وعجز ظاهر في ضبط النفس، الأمر الذي يعيق قيام علاقات اجتماعية متوافقة بين الفرد وغيره، بل وعدم قيام هذا التوافق بين الفرد ونفسه، فالضغوط والاحباطات الاجتماعية لا تساعد على إعادة إيجاد التوازن الحياتي وتصبح على الإنسان تحديد أبعاد فرديته ومفهومه عن ذاته، كما أن تعدد الأدوار التي يعيشها وتنوع أنماط السلوك التي تتطلبها هذه الأدوار جعله صعب التكيف ما يدفعه في كثير من الأحيان إلى نوع من السلوك الغير سوي، لذا فإن دراسة الظاهرة النفسية السلوكية الاجتماعية في مظهرها المرضي تسعى إلى الفهم الدينامي لتلك الظاهرة وليس بنائها فقط، ففهم البعد الدينامي هو بحث في العلل ذاتها وليس فقط الأسباب مع تحديد القيمة الفعلية للأسباب في نفس الوقت، وسبل التكفل الناجح بهذه الظاهرة وذلك بتفعيل دور كل الأطراف ذات العلاقة في العلاج النفسي للسلوك المضطرب.

2 / الأمراض النفسية العقلية من المنظور الاجتماعي:

2 . 1 / الشكل الاجتماعي للمرض النفسي والعقلي:

الحديث عن الحالة المرضية يستلزم تحديد اصطلاحي للوجه الآخر لهذه الحالة ألا وهو الصحة التي ذهب العديد من الباحثين في تحديد معناها بالرجوع إلى أسس السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية، في نفس الوقت هيئة الصحة العالمية عرّفت الصحة بأنها حالة السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية،

(¹) د. أميرة منصور يوسف علي: المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية،

الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1999، الأزاريطة، الإسكندرية، مصر (ص ص 215-216)

(²) أميرة منصور يوسف، 1999، مرجع سابق، (صفحة 220)

وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز وبالتالي تكون الناحية الاجتماعية مكون أساسي في تعريف الصحة، وتقول الدكتورة (أميرة منصور يوسف علي): "بعض العلماء يعرفون علم الصحة العامة بأنها علم تشخيص وعلاج المجتمع، بينما يعرفون الطب على أنه علم تشخيص وعلاج الفرد، وعلى هذا الأساس فمن الضروري للعاملين في الصحة العامة دراسة تركيب المجتمع، كما يدرس العاملون في الطب تركيب جسم الإنسان، وكذلك دراسة وظائف المجتمع كما يدرس العاملون في الطب وظائف أعضاء جسم الإنسان حتى يمكن لهم تشخيص وعلاج المجتمع على الوجه الأكمل، ولا يتسنى هذا إلا بدراسة العلوم الاجتماعية الأساسية، علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وعلم الأثروبولوجيا الاجتماعية...إلخ.

كما أن الدراسة التفصيلية للمشاكل الصحية تؤكد أن الكثير منها ينتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عوامل غير طبية، من ثقافة وعادات وتقاليده...إلخ وفي الواقع تعمل هذه العوامل في الغالب على توطن هذه المشاكل الصحية واستمرارها في المجتمع"⁽¹⁾

إنّ دراسة المشاكل الصحية في أي مجتمع يجب أن تكون وراء الخلفية الاجتماعية بكل متغيراتها والتي سوف تحدد لنا العوامل والأسباب في الإشكالية كما تضع الإطار العام لشكل هذه لاضطرابات حيث لا يهمل لا الجانب الدينامي والاجتماعي ولا المتغيرات الفردية والذاتية الخاصة بشخصية المريض، ولذلك تعمّقت الأبحاث حديثاً في تحديد الشكل الاجتماعي للأمراض النفسية ما فتح الباب أما اتضاح معالم الصحة العقلية (La santé mental) بتوجه وقائي يقول الدكتور أحمد فائق متحدثاً عن ذلك: "يرتكز البحث في هذا المجال على بعض المحاولات العلمية لدفع خطر المرض النفسي قبل تمكنه، وذلك عن طريق إجراءات شاملة مثل توجيه الآباء في تربية الأطفال وتوعية الأفراد في مراحل تطوّرهم بمواطن الصراعات النفسية وإمكانية حلّها، كذلك ظهر في ميدان علم الأمراض الاجتماعية إشغال مقابل هو ما نطلق عليه تعبير الخدمة الاجتماعية (Social service)، و يركّز الاهتمام في الخدمة الاجتماعية على العلاج الاجتماعي للفرد مثل حل مشكلة وقت الفراغ والحياة الاجتماعية المدرسية، بذلك تحولت المشكلة الخاصة بانتشار الأمراض النفسية في المجتمع ميدان صراع بين أربعة أطراف... ويدعي عالم الاجتماع إنفراد بمعرفة ظروف التغيير الاجتماعي وأسبابه. ويقدم عالم الصحة العقلية برهانه من إجراءاته الوقائية وقيّمته في حل المشكلة في اتجاه معكوس، كذلك يدلّل أصحاب الخدمة الاجتماعية على أحقيتهم بخبرتهم المباشرة خلال عملهم العلاجي الاجتماعي لظروف المرضى وقد رأى البعض من أصحاب النّعات

(1) د. أميرة منصور علي، مرجع سابق، (صفحة 22).

التوفيقية أن الحل الأمثل هو تعاون الأطراف الأربعة في تناول مشكلة وبائية المرض النفسي الاجتماعي وقد برزت دعوة التعاون والتي تسمى أحيانا في جرأة بالغة بالنظرية التكاملية لتكون تتويجا للشعور بالعجز في حل المشكلة".⁽¹⁾

وحتى نتمكن من تحديد المشكل الاجتماعي للمرض النفسي يجب علينا أن لا نهمل أي من أبعاد المشكلة سواء كانت خاصة بالفرد أو بمحيطه وكذا التفاعل بينهما تحت ظروف وموروث ثقافي وعائدي وعلائقي سائدا في المجتمع، هذا ما يعطينا بشكل معياري دقيق قياسا موضوعيا للظواهر النفسية الاجتماعية في صيغتها المرضية حتى نكون أكثر علما في هذا المجال.

2 . 2 / التحديد المعياري للمرض النفسي الاجتماعي:

في حديثنا عن الأمراض النفسية الاجتماعية لابد من أن نكون معياريين حتى لا تختلط علينا الظواهر وتتداخل مع مظاهر أخرى، فمن الصواب تحديد الموضوع بوضع تعريف إحصائي لما نسميه بالأمراض النفسية الاجتماعية، بالتالي يمكن القول أن المرض النفسي الاجتماعي هو ذلك الاضطراب الذي نجده منتشر في مجتمع ما بمعدل إحصائي كبير، والانتشار يدل على جانب القابلية السريعة للإصابة بمرض نفسي معين والذي يفسر ضمن النظرية الاجتماعية خاصة إن ارتبط معدل الانتشار بتغير في البناء الاجتماعي، أما الشكل السيكولوجي الذي يتخذه هذا الانتشار فلا يحدد إلا ضمن الصبغة النفسية للتغير الاجتماعي خاصة إذا كانت صبغة ذات طابع مرضي فمثلا يمكننا تفسير انتشار الهذات بزيادة الصراعات داخل الأسرة لكن لا يمكن أن نفسر الهذات وكيف بنيت بالعودة إلى هذه الصراعات الأسرية وبنية الأسرة فقط، فالهذات يفسر بالرجوع أيضا للبعد السيكولوجي للظاهرة أما معيار الانتشار فيعطينا توضيحا عدديا عن العلاقات بين المتغيرات داخل هذا المجتمع والعلاقات بين هذه المتغيرات والفرد في حالته المرضية أو في حالة الصحة، إذن فدراسة انتشار المرض النفسي في المجتمع يجب أن يكون كظاهرة مستقلة حتى نتحصل على موضوعية علمية بخصوص شكل الارتباطات والعلاقات بين المتغيرات مع تحديد احتمالات التحقق.

(1) د. أحمد فائق : الأمراض النفسية الاجتماعية نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، مطبعة أبناء وهبة حسان، القاهرة، 2001 ، (ص ص 29 - 30).

يوضح الدكتور (أحمد فائق) : "إنَّ نسبة الإصابة بمرض ما في المجتمع ليست كافية لتحويل البحث من موقفه الفردي إلى موقفه الاجتماعي، بل لابد أن تكون هناك علاقة واضحة - ذات احتمالات تحقق كبيرة - بين زيادة انتشار المرض وبين طرف اجتماعي محدد فقيام هذه الصلة هو المحك الإحصائي وليس الكم هو المقصود... إنَّ قدر الانتشار ليس هو المعيار بل كيف الانتشار... إن نسبة الانتشار في حدِّ ذاتها ليست محكا لإدراج المرض النفسي في الأمراض النفسية الاجتماعية فقد يتساوى مرضان في نسبة انتشارهما في المجتمع ورغم ذلك يمكن إدراج أحدهما دون الآخر في نطاق المبحث الجديد".⁽¹⁾

كما أن محك الكم (أي الزيادة) لا يكفي لتحديد إنتماء المرض النفسي إلى الأمراض النفسية الاجتماعية لأنه أحيانا نقص معدل الانتشار هو الذي يوضح ظروف العلاقة الاجتماعية ويؤدي لاكتشاف علاقة جديدة، أي كما أوضحنا سابقا ليس الكم هو الذي يحدد المحك المعياري في مفهوم الأمراض النفسية الاجتماعية بل كيفية الانتشار سواء بالزيادة أو النقصان وعلاقته بطرف اجتماعي معين وبأسبابه، فالمرض النفسي الاجتماعي مرتبط في فترة زمنية معينة من تاريخ تطور البناء الاجتماعي بطرف اجتماعي معين فيمكن أن يدخل أي مرض نفسي في إطار الأمراض النفسية الاجتماعية كما يمكن أن تنزع عنه هذه الصفة إذا انتهت تلك الظروف التي ساعدت على انتشاره أو حدثت من انتشاره، ونحن نهتم بدراسة هذه الظواهر المرضية داخل المجال الاجتماعي وكيفية انتشارها حيث نتوصل إلى تفسير اجتماعي يتفق مع التفسير النفسي.

فمثلا نجد الفصام منتشر في الولايات المتحدة الأمريكية وانتشاره في علاقة وثيقة بظروف اجتماعية خاصة بالمدن أكثر من الريف وفي الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات الغنية وعند أبناء المهاجرين الجدد أكثر من الفئات المستقرة وتتراوح النسبة بين 150 إلى 250 مصاب بين كل 100 000 مواطن أي (15% إلى 25%) وهي تقريبا نفس النسب في الدول الأوروبية الغربية لكن في الاتحاد السوفياتي تنخفض هذه النسب كلما زاد التحضر في مدنها، بالتالي فالمعيار الأول في الولايات المتحدة وأوروبا الغربية ليس سليما بخصوص الاتحاد السوفياتي مما يدل على وجود أسباب أخرى أكثر عمقا أو أن الفصام مرتبط بطرف اجتماعي يؤثر فعلا في انتشاره أي تحويله إلى ظاهرة نفسية اجتماعية، ويشير بعض المختصين النفسانيين أن السبب في انخفاض نسب الفصام في الريف إنما يعود إلى إرتفاع

(1) د. أحمد فائق، 2001، مرجع سابق (ص ص 34 - 35 - 36)

مستوى الرعاية الطبية في المدن مما يجعل التشخيص أكثر دقة كما أن سكان المدن هم الذين يرتادون على عيادات الفحص أكثر من سكان الريف ما يجعل إحصاء الحالات يكون بالكثير في المدن منه في الريف.

تتأثر هذه النسب أيضا باختلاف الظروف والعوامل التشخيصية من مجتمع لآخر، فمثلا في مستشفى بدولة غانا وضع محك تشخيصي خاص بهم لتشخيص الفصام، وجد أن نسبة انتشار هذا المرض لا تتجاوز 19.1% وعندما أدمجت فئة الهذاء Paranoia ارتفعت النسبة إلى 40% وهي نفس النسب في المجتمعات الغربية، هذا ما يعني أن في بعض المجتمعات تعتبر بعض مظاهر الاضطرابات كحالات غير مرضية مثل الهذاء بالنسبة لغانا أو بعض الحالات الفصامية البسيطة في الاتحاد السوفياتي والتي استُثنت من الإحصاء ما جعل النسب منخفضة، هنا نصل إلى الحديث عن مفهوم المعيار الاجتماعي نفسه والذي يظهر حقيقة "أن المرض في شكله الفردي هو خروج عن محك التصرف المعتاد في المجتمع، أما المرض في شكله الاجتماعي فهو خروج عن محك التصرف الفردي الخاص إذن انتشار المرض النفسي يطرح على علم النفس قضية المعيار الاجتماعي للسلوك بعكس المرض النفسي في حالة انحصاره في بعض الحالات فإنه يطرح على علم الاجتماع قضية المعيار الفردي للسلوك إذن الفصام هو ظاهرة تعطينا مشكلة في الفهم والتقدير والتشخيص مع بقاء الفصامي مشكلة في الطب النفسي لذا فالفصام " الظاهرة" لا يكون مجموع الفصاميين كمرض بل هو مشكلة الفصاميين كمرض.. هل يمكن فعلا أن نتعرف على الفصام من الفصاميين أم نتعرف على الفصاميين من معرفة الفصام كظاهرة؟"⁽¹⁾.

والاختلاف هنا هو بين الظاهرة المرضية وبين تعبير المضمون المرضي، فالفصام مثلا هو مضمون مرضي والمريض هو من يتحقق فيه هذا المضمون المرضي، أما قولنا المرض النفسي الاجتماعي فهو يحدث عند انتشار حالة في المجتمع بدرجات مختلفة قد تمس شخصا قد يعتبر في مجتمع آخر سويا لكن في المجتمع الأول الذي تشيع فيه الظاهرة يمثل حالة لا تتوافق اجتماعيا مع البيئة.

(1) د. أحمد فائق، 2001، مرجع سابق (ص 44).

يفسر المرض النفسي بوجود الصراعات بين قوى النفس وطرق حل هذه الصراعات، منه انتشار المرض يعني وجود ما يدعم هذه الصراعات في المجتمع وما يجعله يأخذ بالأساليب المرضية في حل هذه الصراعات أي الاستجابة لطرف مرضي باللجوء للحيل الدفاعية المرضية، أما التفسير الاجتماعي للظاهرة المرضية فهو بوجود طرف اجتماعي يسمح للمرض بالسيادة كنمط اجتماعي مقبول، أو أنه يشجع الأفراد على التخلي على نمط اجتماعي آخر هو السواء، ما يعني أن انتشار المرض النفسي في هذه الحالة هو بسبب وجود رفض اجتماعي للسواء وتقبل المرض كمعيار عويص للسلامة الصحية، إذن هنا نجد أن العلاقة بين المرض والمريض هي علاقة تقبل أو رفض اجتماعي وبعبارة أخرى هي علاقة الفرد بالمجتمع والتفاعل بين سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع، فما يبدو للفرد سواء قد يكون في سيكولوجية المجتمع مرضا والعكس بالعكس. يرى الدكتور (أحمد فائق): " لا تكمن العلاقة بين الفصام كظاهرة مرضية وبين الفصامي كوحدها الفردية في العلاقة بين سيكولوجية المجتمع وسيكولوجية الفرد، أي سوف تكمن في التفاعل القائم بين القوى الاجتماعية المحيطة بالفرد وبين القوى الذاتية للفرد نفسه، وكمبدأ عام فإن إقامة العلاقة بين الفرد والمجتمع سوف تعني الكشف عن صلة الفرد سويًا كان أم مريضًا - بالمجتمع - سويًا كان أم مريضًا." (1)

المحك المعياري إذن يقوم على هذا التناقض الذي يشمل معالم إنحرافية مرضية سواء عند الفرد أو عند المجتمع وهذا ما يولد تفاعلا يحدد لنا الحركة الدينامية لهذين الأخيرين كما يحدد مدى الإلتزان أو الإختلال في الظاهرة المرضية ومدى وحدتها الفردية، هذه الوحدة أو الفرد يمرّ في حياته بمراحل متعددة ومتعاقبة تتميز أحيانا بالالتزان النسبي وأحيانا بالبعد عن الالتزان، وهو في حراك مستمر محاولا إستعادة هذا الالتزان أو الحفاظ عليه، كما أن المجتمع يمرّ عبر تحولات إجتماعية متميزة بالقوة والضعف، هذه الدينامية تخضع لقوانين وعوامل وتفسّر ضمن المجال الاجتماعي وعلم النفس معا، لذلك دراسة المرض النفسي كظاهرة نفسية إجتماعية يجب أن تكون على أساس فهم دينامي للفرد والمجتمع وكذا فهم العلاقة بين دينامية الفرد ودينامية المجتمع حتى نصل إلى تحديد طبيعة الصيغة المرضية لكل منهما.

(1) د. أحمد فائق، 2001، مرجع سابق (ص 48).

2 . 3 / سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع:

إنتشار مرض ما في مجتمع ما يدل على تشابه الظروف المحيطة بأفراده واللجوء لأساليب إشباع وهمية ولدفاعات نفسية متقاربة، وفي المجال الاجتماعي يوصف مثل هذا المجتمع بالمجتمع المريض أو الغير متزن - طبعاً في نظر المجتمعات الأخرى الأكثر سواء بالمعيار المتفق عليه للسلامة النفسية والجسدية- لكن نسب الإصابة المتميزة بين مختلف الأفراد يطرح إشكال السببية، فالظروف التي يعيشها الأفراد لا تكون لديهم نفس درجات الإحباط واستمرار هذه الظروف تهيج الأفراد للإصابة بشكل أعم في الأجيال اللاحقة وليس حتماً لدى من عايشها لأول مرة ونعطي عن ذلك مثال الدراسة التي ذكرت سابقاً في بحثنا عن نسب الإصابة بالفصام والاضطرابات الهذائية لدى المجتمع اليهودي وبالأخص عند الأجيال التي جاءت بعد الحرب العالمية الأولى والثانية وبعد ظروف النفي والتعذيب التي عانى منها الجيل الأول، هذه الظروف هيئت الأرضية للجيل الثاني والثالث حتى يصبح لديهم الفصام ظاهرة للمرض النفسي الاجتماعي خاصة لدى العائلات التي عاشت هذا الإحباط وهذا الاضطهاد، فالأسرة تربي أبنائها وفق إرث حضاري ثقافي واجتماعي وإذا كانت هذه التربية محاطة بظروف القهر والإحباط فذلك سوف يكون لنا فرداً مهيباً للإصابة بالمرض النفسي الاجتماعي أكثر من غيره، وهنا نطرح مشكلة الظاهرة الاجتماعية السوية أو ما يسميها الدكتور أحمد فائق بالشخصية القومية التي يقصد بها نظام الأدوار الإنتاجية وبنيتها الحضارية الثقافية المنتجة مع نظام إنتاج أمثل لهذه المجتمعات وأعطى الدكتور مثال النظام الإقطاعي الذي ينشأ أبناء الأسر الغنية أو النبلاء فيه على مبدأ شرعية الملكية المطلقة لطبقة المزارعين أو الفلاحين، ولضمان ذلك أنشأ أبناء الفلاحين على مبدأ الخضوع لهذه الملكية، أي ضمان الاستقرار الاجتماعي قائم على نظم التنشئة الاجتماعية في الطبقة النبيلة التي تدعّم بامتصاص قيم حق الملكية لدى طبقة الفلاحين حتى لا يطالب فيها بحق ممارسة السلطة، وفي نفس النسق طبقة الفلاحين تنشأ أبناءها على مبدأ إحترام هذا الحق لأبناء النبلاء ما يحقق الاستقرار الاجتماعي أي باحترام هذه الأدوار الاجتماعية تقادياً للتعرض للصراعات وهذا لا يعني عدم وجود إحباطات وحراك في نفسية الفرد، ما دفع بعلة التفعيل والتغيير والمقصود هنا أن القومية الاجتماعية هي معيار للتوازن والاستقرار الاجتماعي رغم عدم سلامة قوانينها في بعض الحالات، الخروج عنها في معيار المجتمع هو خروج عن معيار السواء الاجتماعي فما يعتبر أحياناً شذوذاً في نظر المجتمع قد لا يكون مرضاً في منظور الفرد أو في منظور علم النفس وفي نفس الصدد قد يكون السواء أيضاً، كما أنه ما يعتبر شذوذاً في منظور الفرد قد لا يكون

كذلك في المعيار الاجتماعي كظاهرة تعاطي الأفيون في بعض المجتمعات الأسبوية بالتالي تجتمع سيكولوجية الفرد بسيكولوجية المجتمع في تحقيق إستقرار الشخصية القويمة كما تتقارب أيضا بتوحد الظروف المحيطة بالأفراد في مجتمع ما والمعيار الاجتماعي للسلوك يمكننا من فهم المرض النفسي الاجتماعي كما أنّ العلاقة بين سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع مرتبطة بنمط التنشئة الأسرية الاجتماعية للطفل التي تحمله قدرا معينا من الإحباط والاضطراب النفسي، أي أن ما يخلق الاستقرار والالتزان في نظر المجتمع قد يولد الصراع لدى الفرد على المستوى الذاتي وعلى السواء، قد يكون ما بعد التوازن للفرد سببا للخلل والرفض الاجتماعي، فمثلا قد تكون ظاهرة الذهاب للمشعوذ حتى يعدّ تعويذات تحمي من الأذى وتضمن النجاح للفرد ظاهرة إجتماعية تضمن الشعور بالحماية لدى أفرادها وإذا ما امتنع فرد ما من هذا السلوك قد يصبح فردا منحوسا منبوذا بالنسبة للآخرين وقد يكون لجوء الفرد للعلاج عند المختص النفسي معيارا للجنون لدى الجماعة وفي نفس الوقت معيارا لفهم الذات والمشكلة الشخصية لدى المريض نفسه كما أن التربية تعطي دورا اجتماعيا يضمن التناغم بين قوى المجتمع ورغبات الإنسان وإذا ما تعطلت هذه الوظيفة أو كان الدور الاجتماعي غير ملائم لطموحات ورغبات الفرد فسوف يكون عرضة للإضطراب النفسي في صيغته الاجتماعية، فسيطرت القيم والمثل والأفكار الاجتماعية هي التي تحدد نوع التنشئة الاجتماعية وكذا دور الفرد داخل هذا المجتمع وإذا تكلمنا عن الدور الاجتماعي فذلك يكون بعلاقة مع صور الانتاج بشتى أساليبه ما يعني في المنظور التكويني التحليلي وجود غريزة البقاء والحياة والتغلب على نزعة الموت، فالمرض النفسي الاجتماعي هو فشل لنظم التربية التي لا تلائم أساليب الانتاج التي تطورت مما يجعل الجيل الموالي لا يتمكن من تحقيق وظيفة البقاء من خلال الدور الانتاجي الفعّال في المجتمع والذي لم يتناسب مع تنظيم رغباته وطرق إشباعها أو بسبب ضيق المجال المتاح للحقوق والواجبات أو أيضا بسبب المستوى الماقبل إجتماعي ونقص به كل ماهو قيم ومُثل والعادات والضرورات الاجتماعية والاقتصادية وذلك ما يجعل فردا ما منتمي لطبقة ما أكثر عرضة للمرض النفسي عن آخر منتمي لطبقة أخرى.

2 . 4 / التفعيل المرضي بين قطبي الأنا الأعلى وسلطة المجتمع:

كما هو معروف في التفسير التحليلي لتكوّن الجهاز النفسي، ثالث مكونات الجهاز النفسي هو الأنا الأعلى الذي فسّر من طرف العالم " فريد " "S.Fraud" أنه تنظيم ينشأ من الأنا عن طريق تمثّل سلطة الوالدين اللذان يعترضان رغبات الهو ويحملان الابن كل ما هو قيم مقبولة ويمنعانه من كل ما هو غير

مقبول، وتتدمج هذه القوى (الأنا الأعلى) مع الأنا من أجل ضبط الهو تجنباً لتعرض الطفل لإحباطات الواقع الخارجي (هذا الواقع يمثلته الوالدين في البداية)، واعتبر فرويد أن الأنا الأعلى هو وليد الصراعات الأوديبية، وهذا الأنا الأعلى ناشئ من استدماج أنا بنائي يستعين بالقطب الغريزي المضاد لضبط الهو، وهذا الأنا هو ذو طابع حركي لأن مضمونه غريزي مضاد، أما الأنا الأعلى الناشئ عن أنا أرقى فيستعين بالعالم الخارجي (في صورة الوالدين) لضبط الهو، وهذا الأنا الأعلى الثاني فهو من طبيعة الأنا التخيلي لأن مضمونه استدماج للوالدين اللذان كانا مدركين في وقت ما، ثم استدماجاً ويستعاد عند نشاط الهو في الذهن، وهنا نحن في صدد الحديث أيضاً عن علاقة الأنا الأعلى بالسلطة الاجتماعية والمقصود أن الأنا الأعلى الحركي وإن كان نتيجة لاعتراض الواقع -الذي يصبح سلطة اجتماعية فيما بعد - لا يكون ممثلاً في الأنا بل على العكس يكون الأنا الأعلى في هذه اللحظة منكراً للواقع أو محاولة لإنكار الواقع، فعندما ينشط القطب الغريزي المضاد لا يكون للأنا وظيفة حيث يبتلع الأنا الأعلى الحركي الأنا ويخضعه له تماماً وبالتالي يقع الكبت هنا على قطب غريزي بنقيضه وتتعطل وظيفة الأنا في معالجة الواقع ذهنياً أي إنكار الواقع، فالهو نزعة تلح على الأنا في الإثبات بالإشباع وإذ تبين للأنا إعتراض الواقع فسوف لا يتمكن من ضبط هذه النزعة إلا باستثارة قطبها المضاد وهذا القطب المضاد هو أيضاً حركي مع كونه غريزي ومن نفس المصدر الذي يجب على الأنا أن يقف أمامه، لذلك هنا يكون القطب المضاد أنا أعلى لأنه يفرض نفسه على الأنا الحركي الذي لا يجد عنه بديلاً، أي أن الأنا الحركي يعدّ أنا أعلى عندما يقف بإزاء الهو، هكذا يصبح أنا منكراً للواقع من خلال عجزه عن ضبط الغريزة لأن الوظيفة الأساسية للأنا هو الشعور بالذات أو الهو وإدراك الواقع يتعطل لانشغاله بتنفيذ الحركة الممكنة للقطب المضاد من الإشباع، أي نقول من الممكن أن يكون لدينا أنا أعلى يقف مناهضاً ومضاداً للسلطة الاجتماعية ويثير القلق الحاد للأنا إذا حال الاعتراف بالسلطة الاجتماعية.

أما نضج الأنا فهو يعني أن حدة الاستقطاب في الغرائز أخذت تخف مما يجعل ضبطها لا يكون بانشطارها بالتالي الأنا يحول الرغبة إلى القطب الإدراكي واستدماج الأنا للواقع كجزء مكوناً للأنا في هيئة أنا أعلى بطابع تخيلي، بالتالي يقع الكبت على الهو بالنقيض وهو اللاتخيل وتتعطل الوظيفة الحركية للأنا اتجاه الإشباع وإذا ألحت رغبة غريزية سوف تلجئ إلى إخبار الأنا بإمكانية إشباعها في الواقع، ولكن هنا في حالتنا الأنا الأعلى المستدمج من الواقع يصبح بديلاً تخيلياً له فيأذن أو يمنح الإشباع، فإذا حقق الإشباع يكون الأنا الأعلى ممثلاً لسلطة اجتماعية تعيين الأنا على تحمل الحرمان والتصرف المريح مع الهو وليس مملياً لسلطة المجتمع فيجعل الواقع يبتلع الأنا وهنا تنتج لنا أنا سوية لم

تتلاشى في سلطة المجتمع الممثلة في الأنا الأعلى أي تحتفظ بأنيتها مستقلة عن آنية المجتمع دون انشطار، أما إذا كان أنا أعلى يمثل واقعا محبطا صارما يحرم دوما، فسوف ينتج العصاب كما في تفعيل مرضي وهنا يخضع الأنا في أغلبه للأنا الأعلى مع اختلاف في طبيعة ما يخضع له، أهو في العصاب يخضع الأنا للأنا الأعلى الذي يمثل الواقع فيها وفي التفعيل المرضي يخضع الأنا للأنا الأعلى التابع من الهو الذي تريد ضبطه وفي الحالتين يبتلع الأنا في الأنا الأعلى في مستوى تخيلي في العصاب، وفي السواء الأنا الأعلى (السلطة الاجتماعية) يكون عوناً للأنا على تحمل ومصالحة الواقع والهو، ويعطي الأنا إمكانية الاعتراف بذاته وأنيته والواقع (المجتمع) وأنيته فيتم الانفصال بين الآيتين دون انشطار ودون ضرورة إلغاء أحدهما بانحصاره في الآخر.

على هذا الأساس نستطيع القول أن المرض النفسي هو الأفعال المرضية، فعندما يكون الواقع الخارجي (الآنية الاجتماعية) محبطا وقاسيا وحازما للهو فسوف يؤدي بذلك لتدمير كل إمكانية لتطور الآنية الفردية واستقلالها، مما يزيد الفرصة أمام الأنا الحركي ليكون أكثر قسوة وأقدر على امتصاص وظائف الأنا ومثل الواقع القاسي، أو تلك الآنية الاجتماعية المنكرة للرغبة الفردية، يجعل أفراد المجتمع يحرمون بالتدريج من التخيل، فتتحول حياتهم النفسية في أغلبها على مستوى التفعيل المرضي لعصابهم أو ذهانهم.

وبالتالي يمكننا أن نحدد ما يعتبر مرضا نفسيا اجتماعيا بأنه التفعيل المرضي مميزين بينه وبين الأعصاب والذهانات على أساس الاختلاف بينه وبين الأعصاب في طبيعة لأنا الأعلى عند مرضاه وعلاقة الأنا الأعلى بالسلطة الاجتماعية.

الواقع القاسي كنفيس أول للهو ومحدد صارم غير مدرك لحاجات الفرد يخلق أنا أعلى صارم لا يسمح بنشأة الآنية الفردية ولا بفعالية التخيل السوي أو المرض في تعطل الأفعال المرضية، وإذا أضفنا أن الهوة هو امتزاج لغرائز الحياة والموت، وأن ظروف نشأة التفاعلات المرضية سوف تعطل الفرد عن فصل الحب عن العدوان وإذا كذلك وضع معايير للسلوك الإنساني يكون لفترة طويلة من حياة المجتمعات عرفا وقانونا غير مكتوب، بمعنى أنها معايير في لا شعور المجتمع فإننا نكون كذلك أمام احتمالات قسوة اجتماعية إضافية تكمن خطورتها في عدم وعي الأفراد بمصدرها.

فمعايير ضبط الهو تنشأ وتقوم على أسلوب الإنتاج الشائع في المجتمع، وتعدّ السلطة في المجتمع تصويراً أولياً للأنا الأعلى الحركي بالتالي الحرمان الذي يوقعه نظام الإنتاج على الفرد هو حرمان السلطة، وتكون هذه السلطة هي قانون المجتمع ويكون القانون لمصلحة فئات السلطة، حينئذ تتحول أساليب الإنتاج إلى محددات مباشرة لطبيعة للمرض النفسي الاجتماعي، فسلطة الأنا الأعلى ستندمج في الذات بكل القسوة الموجودة لدى فئات السلطة ويؤدي ذلك إلى أن يخضع الهو لتلك السلطة الجازمة، ولا تجد أمامها سبيلاً للإشباع إلا بمحاولات تحطيم السلطة تحطيماً حركياً، مما يكون مشكلاً للذات أو الفرد، فإحباط المجتمع متمثلاً في السلطة أو الزعامة، يجعل طاقة التدمير لدى الفرد تتحرك لتحطيم قيد هذه الأخيرة ولكن السلطة تصبح جزءاً من الذات في شكل أنا أعلى وبالتالي يمكن أن يصبح التدمير تدميراً للذات في نفس الوقت.

فما دور الغرائز في الفعل المرضي أي في المرض النفسي الاجتماعي والجواب هو أن المجتمع إن كان ممثلاً للآنية الاجتماعية مستدمجة في الذات على هيئة أنا أعلى له القدرة على أن يحرم الفرد من آنيته أو يحرمه من تحرير آنية من آنية المجتمع ظهر لدينا التفعيل المرضي، أما إذا نمت الأنا وأنمى معه أنا أعلى يحمي الهو ويشبعه بقدر ما يسمح الواقع، كان المرض النفسي، وبناء على ذلك نجد اختلافاً جوهرياً في طبيعة ما يحدث لغرائز الحياة وغرائز الموت في الحالتين.

هذا يعني أن الأمراض النفسية الاجتماعية سوف تكون دائماً تفعيلاً لغرائز الحياة لكبت غرائز الموت التي يثيرها واقع خطير وهو أساس تشخيص الأفعال المرضية التي بدورها قد تكون تفعيلاً لتخيلات جنسية (المستوى الأول)، أو لتخيلات حفظ الذات (مستوى ثانٍ) أو لتخيلات غرائز الحياة دون تمايز بين حفظ الذات وحفظ النوع (مستوى 3) وقد تمتاز هذه المستويات معاً بنسب متفاوتة .

إذن التفعيل المرضي هو تحول الرغبة الغريزية إلى الطرف الحركي فتمتدج أفعال الحب بالعدوان والتدبير وإذا ظلت متجهة أغلبها إلى الطرف التخيلي فإنها لن تعطي تفعيلاً وبالتالي تكون مشكلة للفرد وليس للمجتمع إلا بطريقة غير مباشرة.

النوع الأول من الأفعال المرضية نجده في أكثر المجتمعات تطوراً تكنولوجيا بسبب نكوص المجتمعات للمراحل الأولى المبكرة من التطور الغريزي ، أما إذا تحولت الطاقة الغريزية المتعلقة بالحب إلى الطرف الحركي في صيغة إعلاء مع تشبع بقدر كبير من طاقة العدوان فينتج الأعمال المميزة

للمجتمع الأكثر تطورا اجتماعيا كالمجتمعات الزراعية وإذا تم انفصال تام بين غرائز الحياة وغرائز الموت حيث تتجه غرائز الحياة إلى الطرف التخيلي وتجد غرائز الموت طريقها مفتوحا إلى الطرف الحركي فذلك ينتج الأفعال المميزة لمجتمع الرعي وأحيانا لمجتمع الصيد، أما المجتمعات البدائية في الانتاج كمجتمعات جمع الطعام، فكون العدوان فيها أكثر خفاء وأقل فاعلية بينما غرائز الحياة فتكون لها الفاعلية (منقسمة إلى الجنس وحفظ الذات) ويكون الجنس واقعا تحت بدايات الكبت الحركي ومساره إلى الطرف الحركي في شكل سلوك لحفظ النوع وهذا التطور العكسي لاحتمالات الفعل المرضي كما وضع في العلاقة بين سيكولوجية الفرد وسيكولوجية المجتمع من قبل.

أي المرض النفسي الاجتماعي هو انحراف عن المسار الذي حدده المجتمع لإشباع الغرائز وانحرافه عن الشكل المقبول اجتماعيا لهذا الإشباع فكل مجتمع له تنظيم غريزي مناسب له حتى تتصرف طاقات أفراد على هذا الأساس لكي تتحول هذه الطاقات إلى انتاج ما يضع للفرد أعرافا تنظم ما يصرف إلى الطرف التخيلي وما يصرف للطرف الحركي ويحدد بذلك الصيغة الحركية التخيلية لمضمون هذه الغرائز، وكلما كان هذا النظام كافيا للإشباع الفردي وواضحا في شكل عادات وتقاليد اجتماعية كان من السهل على الفرد أن يتحصل على آنية فردية مريحة، أما إذا أصبح العرف غير مشبع للفرد أو مجموعة من الأفراد وكانت العادات والتقاليد غامضة منفصلة عن أصلها العضوي في الوظيفة الاجتماعية فإن الانحراف عن المسار الاجتماعي للإشباع يكون لنا الظاهرة النفسية الاجتماعية، أي التفاعلات المرضية. مما يدل على وجود اضطراب في علاقة الفرد بالمجتمع فإذا أخرج الفرد عن قوانين المجتمع أصبح التفعيل المرضي في منظور المجتمع ذنبا وعدم اعتراف بسلطة المجتمع وهدم للقانون الاجتماعي وخروج عن العرف والتقاليد ومحاولة فردية لإقامة قوانين خاصة ملائمة للرغبات الفردية وإذا تحولت هذه الأفعال المرضية تدريجيا إلى هدم قوانين المجتمع يصبح الهدم مجالات لظهور مجموعة من الأمراض النفسية الاجتماعية وإذا استقر نظام جديد من القوانين التي فرضت تدريجيا سوف تظهر علاقات انتاج جديدة ومظاهر اجتماعية جديدة تحل محل السابقة، وتختفي الأفعال المرضية والظواهر النفسية الاجتماعية الشاذة. (1)

(1) د. أحمد فائق، 2001، مرجع سابق بالتصرف (من ص 316 إلى ص 327)

2. 5 / الآثار المترتبة على الفرد والمجتمع من الإصابة بالمرض النفسي والعقلي

هناك بعض الأعراض السلوكية التي لم يكن الإنسان يظهرها إلا بعد الإصابة بمرض ما، ويختلف تعامل الإنسان مع مرضه تبعاً لاختلاف الشخصيات والبيئة الاجتماعية المحيطة وكذا نوع المرض الذي يترك آثاراً إما تكون متعلقة بالفرد المريض نفسه أو بالمحيطين به من بين الآثار النفسية نجد أهمها مشاعر الخوف والقلق ورفض الحالة المرضية، ويزداد الخوف إذا ما تعلق الأمر بمرض مستعصي في العلاج، وهنا يتركز تفكير الفرد على حاضره ومستقبله ومآل آلامه إن كانت ستتلاشى أم أنها ستلازمه طوال الحياة، كما يأتي القلق أيضاً من العلاج خاصة إذا لم يعطي نتائج سريعة حسب ما كان المريض يتوقعه وعامة نلخص أهم المشاعر التي تنتاب المريض بما يلي:

• **المخاوف:** سواء كانت مخاوف عامة تدور حول فكرة الموت والألم وظروف الاستشفاء خاصة إن كان في إطار العلاج الطبي المجاني حيث قد يعني ذلك للمريض إما إهماله أو عدم جدوى العلاج، وقد يكون مصدر الخوف نظرة الآخرين إليه وخاصة العائلة، وقد يدور في أذهان بعض المرضى أنهم سوف يكونون محتجزين كما لو كان سجيناً بدون ذنب اقترفه هذا لما يولد أو يزيد من مشاعر الاضطهاد خاصة لدى الحالات المصابة بالأمراض الذهانية في حين أننا قد نجد أيضاً مشاعر الذنب لاعتباره أن هذه الحالة التي يعاني منها ما هي إلا عقاب لذنوب أو خطيئة ارتكبها فيصبح يتوقع آلاماً كبيرة يستحقها ويتوقع أكثر في كل لحظة حتى يكفر عن ذنوبه، من جهة أخرى قد يشعر بالذنب لما يحمل المحيطين به من عبئ رعايته خاصة إن كانت أسرته ضعيفة الدخل فيشعر أنه أصبح عبئاً على ميزانية الأسرة وكذا على راحتهم واستقرارهم، هذا الشعور الذي قد يولد حالة من الاكتئاب والتوتر والحصار النفسي قد تدفع الإنسان المصاب بالمرض إلى فقدان إرادته والاستسلام لمشاعر الحزن والقهر.

• **الشعور بالنقص:** إن حاجة المريض باستمرار إلى عون العائلة أو السلك الطبي قد يولد لديه شعور بالنقص والعجز الذي يحد من نشاطه وتصرفاته وعلاقاته الاجتماعية.

• **سرعة الاستشارة وشدة الحساسية، والنكوص لبعض أنواع السلوكيات الطفولية:** كاللبكاء

والتشبث بأشياء ليست ذات قيمة حقيقية وهذا ما يزيد من صعوبة تحمل المحيط للمرض من جهة ومن جهة ثانية يشعر المريض أنه غير مفهوم من المحيطين به أو أنه عبئ ثقيل أو أنه مضطهد فيلجئ هو الآخر إلى مقاومة العلاج وعدم تقبل أي شكل من أشكال السلطة ما ينعكس سلباً على حالته، أما في حالة ما كان المريض هو الأب أو الأم فذلك يؤدي إلى اضطراب كل الحياة الأسرية، وأكثر من ذلك قد

تتنقل هذه الحالة إلى أحد الأفراد الآخرين في الأسرة خاصة الأطفال أو المراهقين الذي يبدوون بتقصص الحالة المرضية للأم أو الأب، وإذا كان أحدهما عاجزا عن تحمل مسؤولياته فسوف يتحملها أحد الأبناء، ما يسبب الشعور بإنهاك القوى النفسية بشكل مبكر، أو ترك كل أمور الأسرة للإهمال واللامبالاة فتضطر الابنة الكبرى أو الابن الأكبر لترك الدراسة من أجل العمل وهو ما يمثل تحطيما لآماله ومستقبله. تقول كل من الباحثة (سلوى عثمان الصديقي) والباحثة (أميرة منصور يوسف) في هذا الصدد: " قد يرتبط المرض بخبرات مؤلمة سابقة للأسرة مما يجعلها تعيش أزمة نفسية وتتأثر شبكة العلاقات الأسرية داخلها حيث يحدث تخلي بعض أفرادها عن مسؤولياتهم وتحمل آخرون مسؤوليات جديدة ".⁽¹⁾ في حالة تدهور حالة المريض أو في حالة أصبح يشكل خطرا أو إزعاجا للمحيط الاجتماعي قد تعاني الأسرة من نظرات الآخرين إليهم أو من شكوايهم المتواصلة.

وإذ قلت الزيارات للمريض المحجوز في المستشفى قد يعتبر ذلك إهمالا أو نبذا من أسرته له، مما يؤثر على علاقته بهم وخاصة العلاقة بين الزوجين التي قد تصل إلى حد الطلاق وانهيار روابط الأسرة وحتى إن لم يحدث الطلاق فسوف تكبت مشاعر الحقد والكراهية في انتظار التعبير عنها بعد خروجه من المستشفى، كما أن غياب الأم أو الأب من المنزل سوف يؤثر على مستوى التنشئة الاجتماعية للأبناء ما يفتح الباب أمام هؤلاء للبحث عن مصدر آخر للرعاية وقد يكون هذا المصدر غير آمن ما يسبب وينتج الانحراف والتشرد.

كما أن الحاجة الاقتصادية قد تلزم الأب إن كان هو المريض أن يقطع العلاج للعودة للعمل وإعادة أسرته وهذا ما يزيد من إمكانيات تدهور الحالة أو نكوصها إذا ما كان قد حقق بعض التحسن ما يظهر جليا أهمية العلاج المتكامل الذي يجب أن تشترك فيه كل الأطراف الفاعلة سواء الأسرة أو الدولة بهيئاتها الاجتماعية أو العلاج المتخصص الطبي والنفسي وكذا توعية وتفعيل دور المجتمع والأسرة لأهمية المساهمة والحفاظ على شبكة متوازنة من العلاقات الاجتماعية مع مثل هذه الحالات المرضية، وهو ما سوف نحاول إيضاحه أكثر في الجزء الموالي في بحثنا هذا لأن المحيط له دور فاعل في البرنامج العلاجي وغياب هذا الدور يؤثر سلبا على سيرورة العلاج خاصة إن كانت نظرة المجتمع للمرض نظرة

(1) سلوى عثمان الصديقي، أميرة منصور يوسف: المنظور الاجتماعي في العمل مع الأسرة والطفولة، الاسكندرية، مصر، 1990 (ص 24، 27).

عار أو سخرية أو اشمئزاز أو تخوف ... ما يجعل المريض يفضل التكتّم على حالته أو عدم الذهاب للعلاج تقاديا لكلام الناس.

3 / التصنيف والتفسير المرضي تحت منظور المعتقدات الاجتماعية:

لازمت الأمراض النفسية والعقلية الإنسان منذ نشأتها، ولعل شيوع الانحرافات بكافة أشكالها ظاهرة متواجدة في كل المجتمعات حيث أظهرت بعض الدراسات الإحصائية أن نسب انتشار الأمراض النفسية في المجتمع عموماً تقدر بـ: 15% من مجموع السكان وهذا رغم التطور الذي نشهده في عصرنا الحالي إلا أنّ البناء النفسي للإنسان لم يتعلم التعايش مع مختلف الاحباطات الحياتية ويزيد من حدة هذه المشكلة كون هذا المرض النفسي لا يمس فقط صاحبه بل يؤثر على كافة الجوانب الأخرى للمجتمع وأطرافه وأولها الأسرة، خاصة تلك التي تتبنى فكرة التستر على المرض لأنه عار ونقص، مثل هذه الأسر تلجئ في كثير من الأحيان إلى استشارة المشعوذين والمبصرين والسحرة عوضاً عن الطبيب المختص وفي أحسن الأحوال يلجؤون للطب البديل أو الاكتفاء بالتكفل الديني الروحاني وسبله كالرقية الشرعية أو الدعاء أو الصدقة .. كبديل شافي في نظرهم، ورغم عدم نفينا لأهمية ودور المعتقد الديني في تدعيم القوى النفسية ورفع الروح المعنوية وغرس الطمأنينة في نفس الإنسان إلا أنّ ذلك يبقى طرفاً من العلاج التكاملي وله دور نسبي يختلف من حالة لأخرى ويتأثر بالميل الشخصي للمريض وعائلته.

يرى الدكتور محمد حسن غانم: " ولا شك أن ارتباط الإنسان بواقعه واكتسابه العديد من العادات والتقاليد والأفكار التي تحكم هذا المجتمع يكون لها بالغ الأثر في نفسية هؤلاء الأفراد... وهناك فرع في علم النفس يدرس الاتجاهات والقيم والطابع القومي.. اعني به علم النفس الاجتماعي أو علم النفس عبر الحضاري... لذا فإن الوقوف على الخلفية الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والتعليمية التي أثبتت هذا الشخص هامة جداً للوقوف على اعتقاد الفرد، فالبيئات التي ينتشر بها مثلاً: الإيمان بالسحر... هذا شيء عادي تبعا لثقافة هذا المجتمع... لكن أن يأتي شخص متعلم ومثقف من نفس البيئة ويدعي هذا لابد أن يؤخذ هذا الاعتقاد بعين الاعتبار"⁽¹⁾

(1) د. محمد حسن غانم: الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي، جامعة حلوان، قسم علم النفس، المكتبة المصرية لوران للطباعة والنشر والتوزيع، 2005، الاسكندرية، مصر، ص(21 - 22).

بالرجوع للتاريخ نجد أنه منذ القدم المريض الذي كان يأتي بأفعال أو أقوال شاذة أو غريبة عن المألوف، كان يعتبر مجنوناً ويكبل بالسلاسل ويعامل بالسوء وكان يعتقد أن هذه التصرفات إنما مصدرها الشيطان الذي استحوذ على الإنسان، فكانت أحد طرق العلاج هو دق المسمار في رأس المريض حتى يخرج الشيطان أو الروح الشريرة منه، أو يستبعد في المنفى حتى لا يحتك بالآخرين خشية العدوى، كما كان يعتقد أن المرض النفسي العقلي هو مرض موروث لذلك لا يجب أن يتزوج أو أن ينجب أو أن يحتك به أحد ونحن نعلم أن الإنسان يتقذى كل ما هو غريب مجهول خوف منه من الاعتداء الغير متوقع، هذا ما يجعله يلجئ لتأويلات فلسفية حول كثير من الموضوعات الغامضة، هذه التأويلات كثيراً ما ترتبط بالمعتقدات الخاضعة للخرافات والجهل بالأشياء وطبيعتها هذا رغم أننا جميعاً عرضة للمرض النفسي والعقلي تحت تأثير الظروف الحياتية وهذا الأخير له علاماته وأعراضه وعلاجه لكن الإنسان يميل إلى تضخيم ما هو غريب فاتحاً الباب أمام التأويلات المغلفة .

ولأسف حتى من بين من تلقوا قدراً من التعليم والثقافة يوجد من يتبنى هذه الأفكار الخاطئة، ويرى البعض الآخر أنه لا فارق بين الأمراض النفسية والعقلية إلا من حيث المعيار الكمي أو الدرجة وأن المرض النفسي يتحول تدريجياً إلى مرض عقلي مع الوقت وهذا ما أثبتت الدراسات خطأه فالعصابات تختلف عن الذهانات في المنشأ والتطور والمآل .

يرى الدكتور محمد حسن غانم: " لعل مثل هذه الأفكار التي مازالت تعيش في نفوس الكثيرين ناتجة عن أنها قد حولت مع مرور الزمن إلى ما يشبه الاتجاهات أو الاعتقادات أو القيم التي يصعب تغييرها، كما أثبتت العديد من الدراسات النفسية والاجتماعية، يحتاج ربّما إلى أجيال وأجيال".⁽¹⁾

لذلك يرفض البعض استشارة الطبيب النفسي تجنباً لأن يفضح أمره ويوسم بالعار والفضيحة وهو ما يجب العمل على تغييره مع كمختصين وعاملين بالمجال الطبي دون أن ننسى دور المرشد الاجتماعي في توعية الأسر والأفراد أو المجتمع بضرورة العمل معاً لهذا الهدف، ورغم انتشار كتب ومقالات حول هذا الموضوع ورغم تفعيل أجهزة الإعلام لتوضيح الحقائق وتوعية الأفراد، نجد بعض المنشورات والكتب التي تدعم أفكار السحر والشعوذة تعيق هذا المبتغى بل وأنها تصف وتصنف أشكال وطرق السحر

(1) د. محمد حسن غانم، 2005، مرجع سابق، ص15.

والمس وفق أعراض تشخيصية مع الإشارة إلى أن هذه الأخيرة قد تتواجد لدى أي شخص تحت ضغوط حياتية وقتية وهي تدخل تحت أعراض التوتر النفسي.

ذكرت جريدة الأهرام القاهرية بتاريخ: 1995/05/26 مقالات أوضحت فيه أن دار الكتب المصرية أصدرت قرابة 300 كتاب في موضوع السحر والشعوذة وهي كتب جد مطلوبة.

ونجد أحيانا أن الكثير من الأعراض: يوحى بها المشعوذ لدى من يستشيريه فيعتقد الفرد بصحة وجودها لجوء لإيجاد أي تفسير لشعوره بالانزعاج وربما كان السبب فقط هو سوء الهضم أو نقص في النوم أو انشغال حياتي عابر.

لذا فالمشعوذ ينمي في سيماته القدرة على الإيحاء والاقناع والإيهام بما هو غير واقعي وهي خصائص شخصية لديه ينميها مع الوقت ومع خبرته في التعامل مع مختلف الطباع، هذه البديهية والفطنة السلسة لدى المشعوذ لا تخفى على المختص في المجال السلوكي ولا على المتمكن بقدرما من الوعي الثقافي لكن هشاشة النفس خاصة في الظروف الصعبة أحيانا تنسي أو قد تعمي حتى المثقف فيقع في فخ المستغلين لنقاط الضعف الإنسانية والحاجة للتمسك بأي وسيلة تعيد الطمأنينة للنفس، وعلى كل حال فإن شخصية المشعوذ أو الدجال أو النصاب لابد أن تكون موضوع دراسة علمية تنشر نتائجها لبيان الواقع وإرشاد الناس، فحوار بسيط مع هؤلاء يظهر لنا الأهداف التجارية والاستغلالية الخفية لهم وللأسف متخفين أحيانا وراء الدين والدين منهم براء.

إن التمسك بهذه التوجهات الميتافيزيقية المغلطة البعيدة عن الفكر المنطقي يشيع حتى لدى بعض الإطارات ذوي المستوى العلمي تمسكا منهم بأي حل وأحيانا ميولا لما هو متبنى ثقافيا من جيل إلى جيل، فهناك أسر رغم عدم إصابتها بأي شكاوى مرضية تلجأ يوميا للمشعوذ حتى يضمن لهم أحبة تحميهم من الشر أو الفقر أو العين .. أو حتى من المجهول فهم يعتقدون أنهم بذلك يحمون أنفسهم وأسرهم من سوء قبل أن يفعل بهم قصدا من طرف أشخاص آخرين سواء الجيران أو العائلة أو زملاء العمل وهذا واقع كثيرا ما صادفناه شخصا عند بعض من يأتي للاستشارة النفسية وأغلبهم ذوي درجة علمية عالية للأسف. لذا نرى أنه أحيانا يغلب التوجه العقائدي والموروث الثقافي على المستوى الثقافي التعليمي عند بعض الأشخاص تحت تأثير ما يذهب إليه الناس الآخرين من أقوال وأحداث يتناقلونها مع تضخيم الوقائع أو وصفها بغير ماهي عليه وهو إشهار يخدم مصالح تجار آلام النفس البشرية.

يقول الدكتور (محمد حسن غانم): "ما الذي يجعل رجل لا يستطيع التركيز في عمله أن يوهمه البعض أن يذهب على فلان الساحر والذي " لا يخيب أبدا عمله " فيذهب إليه فيوهمه أن الجنية رضوانه قد لبسته وأحبته وأنها تركت أهلها في تركيا حبا وشغفا به، وإنها لكي تخرج وتتركه في حال سبيله لابد أن تنفذ شروطها أوهات ياطلبات، والمسكين يلبي."⁽¹⁾

ونشير أيضا لواقع مؤسف متعلق ببعض الممارسات المهنية من بعض الزملاء، والتي تسيء للمريض كثيرا، فبعض المختصين في الطب العقلي أو النفسي قد يخطؤون في تشخيص حالة أو تقييم مدى خطورتها، وأحيانا لا يكون لديهم التأهيل المهني الكافي للتكفل بالحالات المستعصية وعوض تحكيم الأمانة المهنية وتوجيه هذه الحالة إلى زملاء ذوي تكوين خاص وكفاءة يتشبت البعض منهم بوضع تشخيص عشوائي غير سليم أو وصف أدوية غير مناسبة، ما يجعل المريض وأهله يتخلون عن العلاج النفسي والطبي واللجوء إلى الطرق العويضة التي اشرنا إليها فيما سبق، وهنا نطرح مسألة الكفاءة المهنية كعامل مؤثر على اتجاهات المريض وأسرته في اختيار طرق العلاج الطبي أو التشبت بالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تقررت على مرّ الزمن وأصبحت قوانين اجتماعية عرفية مسيرة للتصرفات ومتناقلة بين الأفراد سواء داخل الأسر أو في المدرسة والمجال المهني ولهذا المحصول الثقافي أثر سواء على التشخيص السليم كما على العلاج الناجح، تقول الدكتورة (أميرة منصور يوسف علي): "قد تكون العادات والتقاليد سببا يدفع كل من المريض والأسرة إلى إغفال المرض أو التقليل من شأنه وبالتالي يتأخر اكتشافه ويحتاج إلى وقت طويل للشفاء أو يكون المرض قد تمكن من المريض بصورة يجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل علاجه، بالإضافة إلى أن القيم السائدة في المجتمع قد تعرقل استفادة المرضى من المؤسسات الطبية الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها، ومن المشاكل التي يواجهها الأخصائي الاجتماعي هي المعتقدات الصحية الخاطئة مثل الزار والأحجية، وهناك آراء تقول بأن العوامل الاجتماعية قد تسبب بعض الأمراض... فالمريض والوسط الاجتماعي الذي يحيى ويعمل ضمنه ومجتمع المستشفى الذي يصبح عضوا مؤقتا فيه كلها عوامل تتفاعل ويؤثر أحدها على الآخر."⁽²⁾

(¹) د. محمد حسن غانم، 2005، مرجع سابق، ص 17.

(²) د. أميرة منصور يوسف علي، 1999، مرجع سابق، ص 71.

4 / المرض النفسي والعقلي وفق المنظور الديني:

يسود التفكير الروحاني والديني في المجتمعات العربية الإسلامية على وجه الخصوص مع وجوده نسبيا كذلك في المجتمعات ذات الديانات السماوية، هذا النمط من التفكير يدعو إلى التأويل الديني لكل مظاهر الحياة بما في ذلك الظواهر المرضية، خاصة تلك التي لا تجد لها تفسيراً طبياً عقلياً متعارف عليه ومن أكثر هذه الظواهر التي تبحث عن تفسير من طرف أفراد المجتمع في عالم الروحانيات هي الاضطرابات النفسية والعقلية خاصة الذهانية المتميزة بالهلوس والهذات اللاعقلانية كأعراض ظاهرة غالبية في الاضطراب، حيث يتجه البعض إلى التفسير الميتافيزيقي الدال ليس فقط على قصور في التفكير العقلائي بل يعكس أيضاً توجهها يقف على الظاهرة المرضية دون مساسه بجوهرها وبما يسمح بمواجه ما يطرحه من مشاكل على الصعيد الصحي الفردي كما الجماعي و أكثر من ذلك نجد أنماطاً من التأويلات المعتمدة على الشعوذة والسحر مع تبني حلول في نفس الاتجاه.

إنّ هذه التوجهات السلوكية سواء بقيت عن قصد أو بدون قصد فقد عادت لتأخذ بالمجتمع بعيداً عن سبل حل المشكلات لاعتمادها في كثير من الأحيان على تفسيرات عشوائية.

فاستجابة المريض نحو مرضه تختلف باختلاف تكوينه الشخصي وانتمائه القبلي وكذا نوع المرض ومظهره كما أن التركيز الدائم على المرض يؤثر على العلاقة الاجتماعية للمريض مع بيئته المحيطة دون إهمال ما يخلفه المرض في حد ذاته على صاحبه من مشاعر الخوف والقلق والآلام... كل ذلك يجعل المريض في توتر دائم على نفسه والمحيطين به حاضراً ومستقبلاً وهي ربما من بين أهم العوامل التي تدفع به إلى التفكير في حلول كثيراً ما تكون غير معقولة وفي أفضل الأحوال يكتفي بما جاء في الدين والعقيدة كطرق علاجية تاركاً بذلك الأسباب، وبتفحص التفسيرات الدينية للمرض النفسي والعقلي نجد أن أهم العلماء المشتغلين بهذا المجال يرجعون في تفسيرهم إلى الخلل في ميزان الحاجات والغرائز المطلوبة للإشباع بنظام سليم عند الإنسان، بمعنى أن الإشباع الخاطئ هو السبب الأول للمرض، فذلك يولد الإحباط الذي بدوره يتراكم ويؤثر في التوازن النفسي العام للإنسان كما قد يحتاج الفرد إلى إشباع غريزتين متعارضتين أو أكثر في نفس الوقت فيقع في الصراع فيلجأ إلى بعض الأساليب الخاطئة للتخفيف والتنفيس أو حلّ الصراع، الإشباع يكون إما لحاجات عضوية أساسية كالنوم والراحة والطعام.. وإما لغرائز كغريزة الجنس وغريزة البقاء.. وهي بمثابة دوافع كما سماها البعض، وصنفت إلى ثلاث مجموعات من الدوافع: دوافع تخدم بقاء الإنسان كفرد مثل التملك، الاستطلاع والسيطرة والخوف والرجاء

... وهي تخدم غريزة البقاء، أي دوافع تخدم بقاء النوع الإنساني كالميل الجنسي والأمومة والحنان... وهي تخدم غريزة النوع.

دوافع تخدم شعور الإنسان بالحاجة للخالق الذي تستند إليه الأشياء كالقديس والعبادة والشعور بالعجز، وهي دوافع تخدم غريزة التدين فالغريزة فطرة إنسانية تضمن له الحفاظ على بقائه كنوع من أجل الاهتداء للخالق وإذا كبتت مظاهر هذه الغريزة أو عوضت بما لا يناسبها أدى ذلك إلى مظاهر الاضطراب النفسي فالغريزة في التفسير الروحي هي جزء من ماهية الإنسان بخلاف المظهر أو الدافع، أما عن علاج الاضطراب النفسي الناتج عن سوء الإشباع في المنظور الديني فيتركز على أساس احترام التواجد المتزن للإشباع وتدعيم الخلل في الإشباع بإشباع مناسب أو عويض وذلك تقاديا للضرر النفسي خاصة إذا ما تعلق الأمر بالغرائز الأولية.

يذهب البعض من ذوي الاتجاه التصوّفي إلى اعتبار عدم الإشباع ليس بالضرورة مسببا للاضطراب النفسي، فهناك من لم يشبع الحاجة الجنسية، الزواج طوال حياته وحرّم من هذه الغريزة ولم يصب بالاضطراب النفسي.

كما يرون أن الكبت هو تمرين وتدريب للنفس وتهذيب للروح... ويبقى السؤال عن مدى صحة هذه الآراء والحجج؟ في نفس الصدد تقول الباحثة (فتيحة يوسف البساتين): " صحيح أن بعض الناس يعانون من أمراض نفسية أو عقلية ولكن هذه الأمراض لا تعود إلى الحرمان من إشباع الغريزة وإنما تعود لأسباب أخرى لأن الحرمان لو اعتبر سببا لها لنتج المسبب عنه دائما، أي لو كان الحرمان سببا في تلك الأمراض، لعانى من هذه الأمراض كل إنسان أعزب مثلا، لكن الواقع غير ذلك فهناك الكثير من الناس غرائزهم مكبوتة ولا يعانون من الأمراض النفسية أو العقلية مما يدل على أن الحرمان ليس سببا في المرض، ولهذا يجب البحث عن أسباب أخرى".⁽¹⁾

لكن هنا نقول أنه ربما لا يظهر الحرمان من إشباع غريزة ما في وقت وفترة حياتية ما كسبب مباشر في ظهور الاضطراب لكن لا يعني ذلك أنه ليس سببا يساهم في تراكم الإحباطات وتزايد درجة الكبت فمع مرور الوقت وتراكم مسببات أخرى قد يؤدي أي حادثة حياتية عارضة رغم بساطتها إلى تسبب

(¹) فتيحة يوسف البساتين، الأمراض النفسية والعقلية وعلاقتها بالشياطين، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002، مرجع سابق (ص 31).

اضطراب نفسي غير منتظر، وهنا يكون التساؤل ثانية هل لا يكون الحرمان مسببا للاضطراب فعلا أم أن لكل منا استعداداه الشخصي ودرجة احتمال متناسبة مع تكوينه النفسي وظروفه المحيطة ؟

إن نوع المثير مرتبط بطريقة الإشباع فإذا تعلق الأمر بالحاجة العضوية كان المثير داخلي استلزم الإشباع، أما الغريزة فمثيرها خارجي يستدعي تداعي الأفكار والتخيل فإذا وجد المثير أثرت الغريزة وإذا زال المثير هدأت الغريزة بالتالي كبت الغريزة لا يؤدي إلى المرض النفسي وإنما إلى الضيق النفسي الذي يخفني بإيجاد الإشباع لكن إذا ما تكرر الضيق واستمر لعدم وجود أي إشباع أدى ذلك للآلم وفي الطرق الدينية يتم تحويل المثيرات أو إزالتها حتى تهدأ الغريزة و التحويل يكون نحو غرائز أخرى، يستدل أهل الدين على ذلك بحديث النبي محمد ﷺ الذي مفاده " يامعشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء".

لميول الإنسان علاقة بالأفكار التي يؤمن بها والتي تؤثر على سلوكه، فإذا كان يميل للإحجام عن الثقة بالناس والتوجس كان سلوكه متميزا بالاحذر والشك وعدم الراحة دائما من الغرباء خاصة، ويدعم الميول الخير كمبدأ من مبادئ الاعتقاد الديني السليم لأن سوء الضن يعتبر ذنبا في الدين وحسنه حماية للنفس من الوسواس، والأفكار التي لها واقع مدرك في ذهن الإنسان ويؤمن بها تظهر في سلوكه ومثال ذلك الإيمان بالمسببات المافوق الطبيعة كعالم الجن والمس والعين .. مثلا عدم النجاح في مشروع ما بسبب وجود سحر أو عين سوء، وكمثال آخر اضطراب النوم أو وجود الأفكار الهذائية بسبب السحر أو المس...، فإذا كان الإنسان يمتلك مثل هذه الاعتقادات في كل أمور حياته فسوف يصبح سلوكه مبنيا على التوجس والريبة (علما أن هذا التوجس سوف يكون هو الآخر اضطرابا نفسيا له آثاره وآلامه النفسية وليس من السهل التخلص منه)، مما يفتح الباب أمام الأفكار الهذائية المرضية خاصة إذا كانت الشخصية تملك أرضية استعدادية للاضطراب الذهاني أو العصابي ومعلوم أن هذه الأعراض ليس من السهل علاجها خاصة إذا ما أصبحت معتقدا راسخا يدعم بتأكيدات من المجتمع والمحيط.

كما أن سبل الإشباع إذا ما كانت شاذة أو غير سليمة فإنها تؤثر على ميول الإنسان وتولد الصراع لديه والتناقض ويتراكم ذلك يتولد شعور الذنب أو السلوك الاكتئابي أو العدوانية أو أشكال أخرى من الاضطرابات النفسية وقد يواجه شعور الإحباط بإشباع مرضي شاذ من خلال توظيف حيل دفاعية نفسية غير صحية فيسبب ذلك الاضطرابات العصابية، أما إذا عجز عن توظيف هذه الحيل الدفاعية وعجز

عن بناء التوافق مع الظروف وعجز عن التعامل مع صراعه، ينهار اتزان الشخصية مما يولد الاضطرابات الذهانية كالفصام والبارانويا والاضطرابات الهذائية المزمنة.

إنّ الدّين يدعوا إلى التعامل السليم مع أشكال الاحباطات بإيجاد سبل الاشباع المتّزن السليم للرجبات والحاجات بتنوّعها بشكل لا يؤذي النفس ولا يحصرها، فإذا كانت مفاهيم الفرد واعتقاده وإيمانه يساعدونه على تقبّل الإحباط وتجاوزه سلمت نفسيته من الأذى.

إنّ قوة الإيمان تساعد على حسم الصراع تقول الباحثة (فتيحة يوسف السباتين): "الأساليب التي يلجئ إليها الإنسان لإزالة توتره وحسم صراعه وخفض قلقه هي خصائص كامنة في النفس البشرية، واستغلال هذه الخصائص يتأثر بمفاهيم الإنسان وميوله إما سلباً أو إيجاباً".⁽¹⁾

فالطفل الذي ينشأ مثلاً على استخدام الإنكار كأسلوب لحل مشاكله، يقع في الخيال وأحلام اليقظة والأوهام وربما أدى به ذلك إلى أفكار هذائية بعيداً عن المواجهة لاسيما لحل أموره.

إن القمع أو الكظم هما عمليات شعورية يمنع فيها الفرد بشكل منظم انفعالاته مثل كظم الغضب تماشياً مع مفاهيمه وقيمه الدينية التي يؤمن بها فإذا كان مقتنعاً بهذا السلوك، أفرغ انفعالاته باتجاه آخر كأن يتوضاً للحصول على مرضاة الله عز وجلّ بالتالي يحتفظ على سلامته النفسية أما إذا كظم غيظه جبناً وهواناً فسيؤذي نفسياً بسبب الحصر النفسي.

أما التبرير فهو حيلة دفاعية توظف لتفسير السلوك الغير مقبول بطريقة سلبية، والدين يدعوا إلى المواجهة وليس التهريب، وإرضاء الله وحده وليس الناس، يقول الرسول الكريم ﷺ "من أسخط الناس برضى الله رضى الله عنه ورضي عنه الناس، ومن أَرْضى الناس بسخط الله سخط الله عليه وأسخط عليه الناس".

تري الباحثة (فتيحة يوسف السباتين): "المسلم له مقياس واحد هو الحلال والحرام أما العادات والتقاليد والقوانين والأنظمة الوضعية فليس لها اعتبار وبذلك لا يحتاج إلى مجهود نفسي إضافي ليرضي المجتمع، وطاعته لله تحقّق له الطمأنينة الدائمة والسلامة النفسية حتى لو تعرّض لأذى المجتمع"⁽²⁾

(¹) فتيحة يوسف السباتين، 2002، مرجع سابق (ص 35-36).

(²) فتيحة يوسف السباتين، 2002، مرجع سابق، (ص 40).

بالعودة لما سبق قوله نجد أن الدين يدعوا في تعامله مع العلة النفسية بطريقة علمية لا تتعارض مع ما هو معترف به في مجال البحث العلمي في علم النفس وعلاج الاضطرابات النفسية، لكن الكثير من التوجهات التي لا تمدّ بالصلة للدين شوّهت الاعتقاد لدى الناس ووظفت مصطلح الدين كمرادف للتخلف والبدائية والدين من كل ذلك براء، وتبنت طرق الشعوذة والتأويلات الخرافية تحت غطاء الطرق الدينية ونحن نعلم أن الدين ما جاء في الأصل إلا لمحاربتها فالدين نظم عملية الإشباع الغريزي بقوانين وأحكام صارمة بطريقة تضمن لنا التوازن بين القيم المادية والروحية والأخلاقية والإنسانية، حتى وإن تعارضت غريزتان معاً، كان على الإنسان العودة للحكم الشرعي فيها حتى يحكم ويختار ما فيه الصلاح والسلامة وحتى يضمن الرضى بما قدّر من حكم من الله عزّ وجل فتتلاشى أسباب الحسرة والإحباط النفسي في ميزان عدل سطر من الخالق سبحانه وتعالى.

5. / نبذة عن حركة الصحة النفسية والعلاج النفسي عبر المجتمعات:

يعود التكفل بالمرضى النفسيين بمختلف طرقه العقلانية واللاعقلانية إلى فترة تزيد عن 5000 سنة، ففي العصر القديم نجد الحضارة المصرية، البابلية، الصينية، الهندية والسومرية منذ 300 سنة قبل الميلاد كانت تهتم كثيراً بالمرضى النفسيين والمرض في حدّ ذاته والذي فسّر على أنه مسّ من قوى خارجية كالأرواح الشريرة وعالم الجن وعلى ذلك ارتكز أيضاً العلاج، ولكن هذه الأفكار البدائية للأسف لا تزال إلى يومنا تسطير على سلوك البعض في كثير من المجتمعات وانبثقت أيضاً منها طرق علاجية لا عقلانية وغريبة مثل إحداث ثقب في الجمجمة لإخراج الروح الشريرة، كما أدعى السحرة والعزافون آنذاك أنهم الأكثر تمكناً من علاج هؤلاء المرضى، أما رجال الدين فكانوا يقومون باصطحاب المريض وحجزه في المعابد حتى يسترجع سلام الروح الذي افترقه وفي كل الحالات كان الحجز هو أساسا العلاج النفسي للمرضى العقليين في هذه الحقبة خاصة من أجل تجنّب الأذى . في مصر القديمة قبل 1500 سنة قبل الميلاد عرّف المرض العقلي مع وصف الحالة النفسية المصاحبة للشيخوخة انطلاقاً من الملاحظات التشريحية والنفسية وأثبتت التشريحات الحديثة على المومياء المصرية وجود تصلّب في شرايين المخ، كما ظهرت أول حالات المرض العقلي في كُتب العهد القديم كالثورات أين ذكر مثالين شهيرين هما " شأوول" الذي ضنّ انه جنّ بسبب مسّ من روح شريرة أرسلها الله إليه فصاحبه الاكتئاب مما أدى به للانتحار، أما المثال الثاني فهو " نيوخذ نصر" الملك الذي أعاد بناء بابل، كان يعاني من هذاء مضمونه أنه تحوّل إلى ذئب مفترس، وكان يطلق على الصرع اسم المرض المقدس أو الإلهي والذي عانى منه الملك "

قمبيز" ملك فارس لكن في عهد أبوقراط نزع عن هذا المرض اسم القدسية بعد ما أظهر وأثبت أنه مرض له أسبابه وعلاجه بالعقاقير وذلك في سنة 400 قبل الميلاد، وكان يرى أبو قراط أن المخ هو عضو العقل ويرتكز فيه النشاط العقلي المعرفي، وأن المرض العقلي دليل على ذلك وينتج عن مرض المخ، وكما تحدّث عن دور الوراثة والاستعداد في الاضطرابات العقلية وفسر نظرية الأخلاط الأربعة - الدم والبلغم والصفراء والسوداء - حيث قال أن الاضطراب في هذه الأخلاط هو السبب وراء المرض عامة بما فيها الاضطرابات العقلية وصنّف الأمراض العقلية وحدد الهوس والمنغوليا والهستيريا والصرع، وعاش أمانحوتب أبو الطب في منف بمصر سنة 2850 ق.م. وتحول بعد ذلك معبده إلى مدرسة ومشفى لعلاج المرضى العقليين بالعلاج النفسي الشبه الإيحائي وسمي بالعلاج الحضاني أو المعبدي، حيث كان رجال الدين هم المعالجين ويتفوهون بعبارات للإيحاء بأفكار للمرضى أثناء نومهم العادي أو الناتج عن إعطائهم نباتات خاصة، فتتسلل تلك العبارات أو بعضها إلى أحلامهم وتساعد على تحسين حالتهم، بعد ذلك قام المصريون بتهيئة معابد أخرى لنفس الغرض العلاجي مع توفير الوسائل المساعدة مثلاً الرسم والخروج في نزهات وإجراء حفلات ونشاطات... وهو بعض ما نجده في المستشفيات الحديثة في عصرنا الحالي.

في فترة الحضارة اليونانية والرومانية خاصة في الفترة (500 ق.م) ظهرت الأفكار الفلسفية العقلية التي دحضت الأفكار البدائية التي كانت سائدة، وناقش أفلاطون (380 ق.م) مفاهيم العقل والكائن البشري واهتم بالعناية بالمعاملة الإنسانية وفهمه للتوصل إلى علاجه وركّز على دراسة أحلام المريض وتحسين الرعاية المنزلية ودعى إلى إلزام العائلة التي تهمل المريض العقلي بغرامة وهذه المبادئ دونت في كتابه "الجمهورية"، كما ناقش أرسطو مفهومي العقل والكائن البشري. أما أرازستراتوس (300 ق.م) فقد رأى أن الجنون ينتج عن اضطراب انفعالي وبنى العلاج الخاص بالجنون على هذا الأساس.

وبدأ علم الأعصاب التجريبي مع مجيء جالين Galen (300 ق.م) حيث درّس تشريح الجهاز العصبي ووظائفه وأوضح أنه ليس من الضروري وجود إصابة عضوية في حالة المرض العقلي⁽¹⁾.

في بداية العصر المسيحي، دعى بعض العلماء الإغريق إلى طريقتين علاجيتين أولهما استعمال التجويع والقيد بالأغلال والجلد بالسياط حتى يعود المريض الممتنع عن الطعام إلى تناول الأكل، أما

(1) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب القاهرة، ط2، 1987، (ص104)، بالتصرف.

الضرب فيأدي إلى إحياء الذاكرة والطريقة الثانية باستعمال مكمدات الأفيون، أما المرضى الذين يعانون من الاكتئاب فتستعمل معهم طرق التسلية بالرياضة والموسيقى والقراءة الجهرية والحمامات الدافئة:...

في 300 بعد الميلاد توصل العلماء إلى أن المخ هو العضو الذي يتم فيه النشاط العقلي المعرفي وأن المرض العقلي هو اضطراب على مستوى المخ كما دعى إليه بعض العلماء في فترة ما قبل الميلاد.

في العصور الوسطى حدثت انتكاسة وعاد الفكر الخرافي بانتشار الشعوذة والدجل من جديد وعادت فكرة تملك الجن والروح الشريرة لجسم الإنسان المريض بالتالي تأثرت حركة التوجه العلاجي بهذه الأفكار وأكثر من ذلك أصبح المريض العقلي يباع للأسر الثرية من أجل التكفل بهم مقابل تشغيله بأعمال مختلفة، في حين ركز رجال الدين على العلاج الديني الأخلاقي باستعمال بعض الأعشاب والمياه المباركة مع التعويذات لطرد الروح الشريرة مع ربط المريض بالسلاسل وضربه وتجويعه وهو ما زاد من قوة ترسخ أفكار الشعوذة والسحر كطرق علاجية في المجتمعات وكذا الحجز في مناطق بعيدة عن العمران لكن بالمقابل وفي نفس الفترة ظهرت مشافي الهارستان في البلاد العربية مثل مشفى قلاوون في حي النحاسين بالقاهرة، خصص قسم منه للأمراض العقلية وينفق عليه أعيان المدينة بسخاء حتى بعد خروج المريض من المشفى إلى حين تأهله للعمل من جديد وأنشئ أول مشفى للأمراض العقلية فقط في أورشليم سنة (490 م) وازدهر العلاج بالنفسي على يد علماء منهم الرازي، الطبري وابن سينا (980م-1037م) متأثرين بمبادئ الدين الإسلامي في إنشاء برامج العلاج في البيمارستانات - دور المرضى - مثل بيمارستان هارون الرشيد، حيث تحسنت كثيرا طرق علاج هؤلاء المرضى.

حديثا وبعد الثورة الفرنسية (1789 م) تحسنت أوضاع العلاج النفسي بعد اعتبار المرض العقلي كمرض مماثل لأي مرض آخر وأصبح ينظر إلى المرضى بإنسانية أكثر وأقيمت المستشفيات الخاصة بهم وتحسنت طرق الرعاية والعلاج على مستواها، وتركت طرق الضرب والحجز القديم وارتكزت على الاهتمام بالمريض ذاته بإنسانية واكتشاف سبب المرض قبل التخطيط لطريقة العلاج المتكامل الذي يهتم بالمريض والمحيطين به.

في أوائل القرن 19 ظهرت أشكال جديدة من العلاج بالاعتماد على الاسترخاء في حمامات ساخنة...، ومن رواد الاتجاه الحديث في العلاج النفسي " بينيل " "Pinel" في فرنسا، "تيوك"، "Tuke" في إنجلترا و " روش " "Rush" في أمريكا حيث أدخل هذا الأخير العلاج الإشرافي في التكفل بالكحوليين

وأوصى بالعلاج المائي والرياضي للمرضى النفسيين وشرع في تدريس الأمراض النفسية على يد " سير ألكسندر موريس " " Aleixander Moris " في أدنبره بإسكتلندا سنة 1823م على شكل محاضرات ثم انتقل إلى لندن، أما التشريعات والقوانين الخاصة بحماية المرضى العقليين فظهرت في إنجلترا سنة (1808م) وأول لجنة لرعاية المرضى العقليين أنشأت في إنجلترا (1845م).

في أوائل القرن العشرين قام "كريبلين" "Kreaplin" (1856 - 1926م) بوصف وتصنيف وتحديد أسباب المرض العقلي وأعراضه وعلاجه ومآله، واهتم كثيرا بذهان الهوس والفصام والاكتئاب، وركز على دراسة علم النفس الفيزيولوجي وعلاقته ببناء طرق العلاج النفسي، واعتبر "كريبلين" "Kreaplin" أنه أبو الطب الحديث، كما ازدهر علم الأعصاب في هذه الفترة مما سهّل طرق الفحص والتشخيص وأصبح العلاج النفسي أكثر دقة كما ظهرت أيضا عيادات العلاج النفسي الخارجية (خارج المستشفيات).

أما شاركو ورفاقه (1825 م - 1893 م) فقد ساهموا في تقدم العلاج النفسي حيث درسوا الهستيريا ووظفوا التنويم الإيحائي في العلاج.

استعمل " بلورز " "Bleures" (1856م - 1939م) التحليل النفسي ودرس النمو النفسي الجنسي ودوره السببي في العصاب كما استعمل العلاج بالتداعي الحر والتفريغ الانفعالي وتحليل الأحلام والإيحاء، وحدد وجود سياقات بين المعالج والمريض تحدث أثناء العلاج مثل التحويل والمقاومة والتقمص ... عند ظهور الفرويديين الجدد على رأسهم "أدلر" "Adler" (1870 م - 1937م)، أسس علم النفس الفردي مرتكزا على تحليل أثر الصدمات النفسية والمؤثرات الثقافية والاجتماعية كمسببات للمرض وأدخلوا مفاهيم مثل تعديل أسلوب الحياة، وعقدة النقص وطرق التخلص منها في العلاج النفسي.

أسس "يونيغ" "Jung" (1875م - 1961م) مدرسة علم النفس التحليلي وقدم نظرية الطاقة النفسية، اهتم بالدين والعلاقة الزوجية وأثرها في التوجه العلاجي واستخدام التداعي الحر والتداعي بالكلمات، كما تحدث عن مفاهيم اللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي، وحدد النماذج الأصلية والأنماط النفسية الانبساطية والانطوائية.

"هورني" "Horney" (1885م - 1953م) تحدثت عن أهمية تكوين علاقات اجتماعية متزنة في العلاج بإعادة التربية والتعلم، أما "رانك" "Rank" فدرس الصدمات النفسية وبنى العلاج بالاعتماد على الإرادة، في حين اهتم "فروم" "Fromm" بالخلق الفردي والطابع الاجتماعي من أجل الوصول إلى المجتمع

الصحيح نفسياً. ركّز "سوليفان" "Sullifan" على العلاقات الشخصية والاجتماعية وأهمية التطبّع الثقافي وتعديل الوسط الشخصي.

بظهور " بينيه " "Binet" نشطت حركة القياس النفسي وعلم النفس التجريبي مع "فونت" "Binet" نشطت حركة القياس النفسي وعلم النفس التجريبي مع "فونت" "Wandt" والاتجاه السلوكي مع "واطسن" "Watson" وتمّ أول مسح للمخ بالرسم على يد "برجر" "Berger" سنة (1934م) أما بعد الحرب العالمية الأولى فتم اكتشاف طرق علاجية جديدة مثل علاج غيبوبة الأنسولين على يد "ساكل" "Sakel" وعلاج بالرجفة الكهربائية على يد "سيرلتي وبيني" "Cerletti and bini" وبجراحة الفص الجبهي نما الطب النفسي العصبي وتحولت المشافي إلى وحدات علاج نشطة أكثر من كونها أماكن للرعاية فقط، أما أثناء الحرب العالمية الثانية انتشر العلاج النفسي المختصر والعلاج النفسي الجماعي والتوجيه النفسي والتربوي والمهني، بعد الحرب العالمية II تطور البحث وظهرت نظرية الأساس العصبي للسلوك وزاد اهتمام المشرعين بالمرضى العقليين.⁽¹⁾

في السنوات الأخيرة تطور العلاج النفسي لحد كبير فتتوعدت بين العلاج بالصدمات والأدوية والجراحة وشمل العلاج كل نواحي ومسببات المرض حيث ضم المعالج في خطته العلاجية المريض من الناحية الجسمية والعقلية والنفسية دون إهمال وسطه الأسري والاجتماعي، وظهر العلاج الممركز حول العميل على يد "كارل روجرز" "K.Rogers" وطرق أخرى مثل العلاج النفسي التدعيمي والعلاج بالعمل والعلاج باللعب والعلاج الاجتماعي والتأهيل النفسي والإرشاد النفسي... إلخ زادت حركة إنشاء المستشفيات الخاصة بعلاج الأمراض النفسية والعقلية وكذا إدماج المعالجين النفسيين في أقسام الأمراض الجسمية الأخرى واعتبر الجسم والنفس كوحدة متكاملة ومتفاعلة، ويركز حالياً على المنهج الوقائي الإنمائي أكثر منه على العلاج.

(1) حامد عبد السلام زهران، 1978، مرجع سابق، (ص ص 108 - 110) بالتصرف.

خلاصة الباب

منذ أن قدّم لنا "فرويد" "Freud" تصورا لنمو الأمراض العقلية الوظيفية وطوّر على يد أتباعه أصبح ينظر للإنسان أنه كائن له دوافع يسعى لإشباعها وإذا تصادم هذا الإشباع مع المعايير الثقافية للجماعة نمت سلسلة من الدفاعات لمواجهة الصراع فيتم إما كبت الدوافع أو إعلاء بعضها والتعبير عنها بما تقبله الجماعة، ومما يولد الاضطراب عدم إمكانية التوظيف السليم للدفاعات أو الإشباع الغير السليم فيختل التوازن بين الدوافع البيولوجية وميكانيزمات الضبط الثقافية لذلك تزايدت حاليا حركة العلاج بالإرشاد الاجتماعي والأسرى والوقاية قبل ظهور المرض، فالدور الاجتماعي عامل مهم في تأمين الراحة النفسية والعزل الاجتماعي من مسببات التوتر والصراع الذي يولد الأفكار الهذائية لذلك اهتم الباحثون في دراسة معاصرة بدور التفاعل بين الضغوط الحياتية والاجتماعية والشخصية وبين ظهور الأمراض العقلية وركّزا على التخطيط لبرامج تنشئة اجتماعية تراعي هذه المتغيرات باختلاف أنواع الطبقات الاجتماعية وتوجهاتها الثقافية والعقائدية، بالتالي أدرك الطب النفسي الاجتماعي أهمية فهم المرض العقلي والنفسي في إطار الأسرة والمجتمع والدين والأصل القومي والاتجاه العقائدي مع توظيف التقنيات والطرق المحدثّة في بناء المخطط العلاجي كمثال آلات التعليم المبرمج والدوائر التلفزيونية المغلقة والحاسب الآلي..

وهو ما نهدف إليه في هذا البحث أي إخضاع المريض لبرنامج علاجي في ضوء كل ما سبق ذكره وتبيان فعاليته هذا الأخير بدراسة تتبعيّة للحالات التي أخضعت له.

الفصل الأول: التقنيات المنهجية للدراسة

*مدخل

1 / منهج الدراسة

2 / حدود الدراسة

2 . 1 / - الحدود الزمانية و المكانية

2 . 2 / - الحدود التقنية و المنهجية

2 . 3 / - الحدود البشرية

3 / الدراسة الإستطلاعية

4 / الدراسة الأساسية

4 . 1 / حالات الدراسة

4 . 2 / خصائص الحالات التي ضمتها الدراسة و طريقة اختيارها

4 . 3 / عرض أدوات الدراسة الأساسية

5 / العلاج النفسي المتكامل

مدخل

الهدف الأساسي من هذا الجزء من دراستنا هو التأكد من مدى صحة المعلومات المطروحة في جانبها النظري، وتجديد ما يثبت منها بالبرهان التجريبيوما ينفي أو يعمل بالبرهان العلمي.

فالدراسة التطبيقية تتم البحث منهاجيا بالإعتماد على خطوات البحث العلمى وفق خطة مرسومة

وتقنيات إسقصائية مناسبة لطبيعة الموضوع من أجل إبراز وجود الظاهرة المقدمة من عدمها في الواقع, هذه الأهداف تحقق من خلال تحديد دقيق لمنهج وخصوصيات الحالات المدروسة وطريقة جمع البيانات والقياس عليها,ثم تحليلها بالإعتماد على الوسائل التقنية الإحصائية, ما يحقق لنا نتائج مقروءة وذات دلالة علمية.

بالتالى يتضمن هذا الفصل عرضا تفصيليا لإجراءات الدراسة الحالية التى إعتمدت لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا والتى سنستعرضها فيما يلي:

1 / منهج الدراسة

كون دراستنا هذه ذات توجه تحليلي تتبعى لموضوع علمي ، يعمل على دراسة التكفل النفسى للحالات المصابة بالبارافرنيا والتعامل الإجتماعى والتناول الدينى لهذه الظاهرة ، فإننا إعتدنا منهجية عيادية مرتكزية على دراسة الحالة ، بإستخدام المقابلة واستعملنا رائز إكلينيكي معتمد فى تشخيص وتقييم تطور الحالة المرضية عند المصابين بالإضطراب النفسى والعقلى، ونظرا لطبيعة الدراسة المتشعبة الأطراف وذات المتغيرات المتعددة كان لزاما علينا توظيف المنهج الوصفى لتحليل المعلومات المجموعة من الظاهرة المدروسة خلال فترات زمنية محددة ، تم تفسيرها موضوعيا بما ينسجم مع المعطيات الفعلية الظاهرة، فى خطوة أخرى إحصائية نقوم بمقارنة النتائج بين الحالات الضابطة والأخرى التجريبية .

هذه المنهجية تمر بثلاث مراحل

1.1 / المرحلة التشخيصية: تقوم هنا بالتأكد من تشخيص الحالة من خلال دراسة ملف المفحوص وتتبع الحالة بالإستقصاء والملاحظات العيادية القصدية وفق الجدول الإكلينيكي خلال المقابلات العيادية، سواء مع المفحوص أو أثناء إستدعاء العائلة أو المحيطين به، كما نقوم بتطبيق رائز تشخيصى وهو إختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا (MMPI₂) (بهدف التأكد من الإصابة أو وجود أي إضطرابات أخرى مصاحبة).

1.2 / المرحلة التقييمية: بعد تحقيق مستوى معين من التقدم فى العلاج المطبق على الحالات، نقوم بإعادة تقييم المنحنى التطورى للحالات وذلك من خلال إعادة تطبيق نفس الرائز التشخيصى (الذى يستعمل أيضا للأهداف التقييمية)

1.3 / مرحلة التحليل والمقارنة: يجرى فى هذه المرحلة تطبيق نفس الرائز (MMPI₂) على حالات مصابة بإضطرابات هذائية مزمنة، لكن لا يخضون للعلاج النفسى بل يلجؤون لطرق أخرى سواء كانت طب شعبى أو ميولات عقائدية كالرقية الشرعية أو الذهاب عند المشعوذ والعراف، إعتقادا منهم أنهم مصابين بمس جنى أو شيطانى أو السحر أو العين... الخ ثم نقوم بدراسة نتائج هذه الحالات ونجمع معلومات عنها بالملاحظة والمقابلة الإستقصائية والمسيحية حتى نتأكد من التشخيص المرضى للحالات الخاضعة للعلاج النفسى المتكامل والحالات الأخرى التى توضع الطرق الأخرى السالفة الذكر، و نشير

إلى أن تطبيق الرائز على الحالات الأولى بعد فترة من التكفل النفسى بها وترسيخ العلاقة العلاجية تم يطبق فى مرحلة متقدمة من العلاج لتقييم فعالية العلاج النفسى.

كما يطبق على الحالات الأخرى بهدف تشخيصى، دراسة الحالات يكون أيضا بالمقابلة المحددة بالملاحظة والتتبع العلاجى ومقيدة برائز تقييم تشخيصى للشخصية المتعددة الأوجه مينيسوتا (MMPI2) فنسختها المترجمة والمكيفة من طرف الدكتور أجرا دونظرا كما قلنا سابقا لطبيعة دراستنا التى تتسم بالطابع النفسى الإجتماعى، فإن للتحديد المنهجي أهمية كبرى قصد إبراز كيفية تناول الموضوع وطريقة التحقق من الفروض، لذا كان النهج الإكلينيكي بدراسة الحالة السبيل الذى يخدم موضوعنا، ويحقق لنا الأهداف المسطرة والتى من ضمنها تباين الحقائق الضمنية للتصورات الإجتماعية للإضطراب النفسى والعقل، كما يظهر فعالية تغيير بعض التناولات والمفاهيم فى هذا الخصوص ومن تم التحقق من إشكاليات الدراسة، فهذا المنهج كان السبيل الملائم لتفسير الظاهرة المدروسة فى هذا البحث ويعرف الباحث "لاقاش" "D Lagach" "المنهج العيادى بأنه تناول السيرة من منظورها الخاص والتعرف على إستجابات الفرد أمام وضعيات معينة لتحديد بنيتها و تركيباتها كما يكشف عن الصراعات التى تحركها ومحاولات الفرد لحلها"⁽¹⁾

أما حلمى المليجى " فيعرفه كما يلى "الدراسة الإكلينيكية التى تتميز بدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وملاحظة أساليب سلوكية معينة، إستخلاص سمات شخصية خاصة، ولكن الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة له"⁽²⁾

ويقول الباحث "بيرون" "Perron" : "المنهج العيادى هو الطريقة التى تسمح لنا بمعرفة السير النفسى بهدف تكوين بنية واضحة عن الحوادث النفسية التى تصدر عن الفرد"⁽³⁾

يقوم هذا المنهج على دراسة الحالة – كما أوضحنا سابقا و ذلك للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن المفحوص ، و تعتبر من أهم طرق البحث المعمقة فى العوامل الفردية والإجتماعية سواء

¹ Chahraoui Khadija Et Benoury ;2003 Methode Evaluation Et Recherche En Psychologie Clinique ; Paris , P16

² حلمى المليجى، علم النفس الإكلينيكي 2000، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1، بيروت لبنان (ص30).

³ Perron (R) (1979) les problemes de la preuve dans les demarches pour l'unité de la psychologie clinique 01

PUF . paris (p38)

على الصعيد الفردي و الجماعى أو الأسرى و هو الإطار الذى تقيم و تحلل فيه المعطيات من خلال الملاحظة والمقابلة , التاريخ الإجتماعى , السيرة الشخصية, الإختبارات النفسية و الفحوص الطبية .

يعرف مصطفى عبد المعطى "دراسة الحالة على أنها "هى نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التى تساهم فى فردية وحدة إجتماعية ما فعن طريق إستخدام عدد من أدوات البحث , بالاطلاع على الخبرات الماضية للحالة وعلاقتها بالبيئة بعد التعمق فى العوامل والقوى التى تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها , يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة وهى ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعلومات عن نفس الشخص من كل الجوانب"¹

أما توضيف الملاحظة فيساعد على الحصول على المعلومات ويقدم دراسة للسلوكيات بطريقة دقيقة و علمية و يعرف "جابر عبد الحميد "ذلك بقوله " الملاحظة المقصودة هى تتم بشكل مقصود لأفراد معينة أول لمجموعات فى مواقف محددة وهذه الطريقة ذات قيمة علمية ومفيدة فى دراسة السلوك لدى الأفراد"²

ووظفت كذلك فى إطار المقابلة العيادية النصف مواجهة التى تساعد الإتصال بالمفحوص من خلال المحادثة الشفوية و التواصل الغير اللفظى السلوكى كما تتيح للفاحص طرح أسئلة ضمن مواضيع محددة و تعطى للمفحوص قدرا من الحرية فى التعبير عن آرائه فى حدود السؤال بعيدا عن الإستجوابالموجه،تكون الأسئلة موضوعية لا تحمل أى إحياء مباشر أو غير مباشر تقول الباحثة "كوليت شيلوند" chilland "المقابلة العيادية هى من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يوضفها الباحث العيادى للإتصال مع المفحوص ونعنى بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص وتتمثل فى طرح أسئلة دقيقة متنوعة بتسلسل متفق عليه, يكون فيها المفحوص حر فى الإجابة لكن مقيد بمضمون السؤال،وعلى الفاحص أن يكون ذو أذن صاغية و يسهل الحديث أخذا بعين الإعتبار الإتصال الغير الشفوى"³

بالإضافة إلى كونها أدوات للإستقصاء, فهى كذلك تساعد على إيصال الأهداف العلاجية من خلال الإتصال المباشر مع المفحوص وكذا عائلته مما يتيح لنا فيما بعد تقييم نجاعة العلاج المقدم.

¹Sillamy Norbert ,1999 ;Dictionnaire de la psychologie, 4 Edition janine fauve (larousse),Paris (p47)

²جابر عبد الحميد , مهارات البحث التربوى 1993. دار النهضة العربية, الطبعة الأولى قطر , (ص42)

³Chillande colette , 1983, l'entretien clinique ; Edition masson,paris (p119-120)

أما عن المنهج الوصفي فقد إستعملناه في هذه الدراسة كأسلوب للتحليل، مرتكزين على المعلومات المجموعة في دراستنا للحالات وذلك خلال فترة محددة بما ينسجم مع المعطيات الفعلية، بالتالي كان المنهج الوصفي التحليلي المقارن الأنسب في دراستنا لهذه الحالات حيث أتاح لنا وصف الظاهر وتحليلها علميا وموضوعيا ومقارنة النتائج بشكل قصدي بهدف تبيان العلاقة بين مستوى تحسن الحالات المصابة بالهذات المزمنية والتي تكون خاضعة لبرنامج علاجي نفسي وبين الحالات التي تتبنى طرقا أخرى لمعالجة هذه الظاهرة المرضية وفقا لإعتقادات وميولات إجتماعية ثقافية، كما اعتمدنا في وصف هذه العلاقة على أسلوبين للتحليل : التحليل الكمي الإحصائي والتحليل الكيفي التفسيري

- التحليل الإحصائي الكمي : يكون بمعالجة البيانات المتحصل عليها في دراسة الحالات.

- التحليل الكيفي : بالإعتماد على ملاحظة التغير في الحالة النفسية لدى الحالات كدليل لتحديد الأبعاد التي تظهر العلاقات المدروسة .

من خلال ما سبق سنحاول الكشف عن وجود بنيات مرضية عند بعض الحالات التي تأخذ إجتماعيا أو دينيا على أنها حالات مس أو سحر أو عين أو جنون...من خلال الدراسة الميدانية لبعض الأفراد الذين يعانون من هذه الظاهرة وذلك بالإستقصاء المعمق والموضوعي في التوظيف النفسي والتكوينات الشخصية والعائلية وسوابقهم المرضية مع تحليل اللوحة الإكلينيكية للأعراض والتشخيص وفق رائر الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI₂) (مع إعادة تطبيق نفس الرائر في المرحلة التقييمية لتبيان فعالية العلاج النفسي المقدم للحالات المدروسة .

2/ حدود الدراسة

2.1 / الحدود المكانية:

تمت الدراسة بشقيها الاستطلاعية والأساسية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بوزريعة - الجزائر العاصمة وذلك بخصوص حالات الدراسة الاستطلاعية والحالات التجريبية، أما الحالات الضابطة والتي لم تخضع لبرنامج العلاج النفسي وتبنت طرق علاجية أخرى فقد تم إنتقاؤها في كل من ولاية الجزائر العاصمة وولاية بجاية وتيزي وزو، وذلك بتأطير من المشرف على هذه الدراسة

وتوجيهاته ومساعدة أطباء الأمراض النفسية والعقلية والمختصين النفسيين زملاء العمل في القطاعات الصحية المذكورة.

2. 2 / الحدود الزمانية:

دام الاستقصاء الاستطلاعي لمدة 3 سنوات امتدت ما بين سنة (2010-2013) حيث حددت أثناء هذه الفترة أهم الخلفيات الميدانية لهذا البحث، وتم اختيار أدواته الاستقصائية وتحديد دقتها وسبل إستخدامها بما يفيد دراستنا وذلك من حيث فهم التعليمات والبنود والوضعيات، أما الدراسة الأساسية فقد دامت ما بين فترة (2013 و 2016) وفيها تم تطبيق المنهجية التطبيقية للدراسة والتأكد من فرضياتها وفق خطة البحث المحددة وأهدافها.

2. 3 / الحدود التقنية والمنهجية:

حددت في هذه المرحلة الأدوات التقنية وطرق التحليل العلمي المعتمدة وفق منهج مسطر ومقرر تناسبا مع طبيعة موضوعنا وكان ذلك كما يلي:

- 1- استخدام المنهج العيادي بتوظيف المقابلة العيادية المحددة برائز تشخيص تقييمي
- 2- البحث والاستقصاء بالملاحظة القصدية لجمع المعطيات وتوظيفها فيما بعد التحليل
- 3- استعمال المقابلة المسحية في المرحلة الاستطلاعية بهدف جمع معلومات عن الحالة المدروسة وتعرف المقابلة المسحية بأنها "وسيلة تهدف الى الحصول على المعلومات الضرورية لموضوع ما، وتجمع البيانات عادة من الأشخاص الذين لهم علاقة بطبيعة موضوع البحث"¹
- 4- استعمال المقابلة النصف موجهة اثناء تتبع الحالات المدروسة في الدراسة الأساسية والاستطلاعية وتحليل المعلومات المجموعة بالإعتماد أيضا على الملاحظة العيادية ونتائج الرائز التشخيصي التقييمي الموظف.
- 5- تطبيق إختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (MMPI2) في الصيغة الأصلية للحالات ذات التوجه الفرونكوفونيوفي الطبعة المترجمة من طرف الباحث أجراء للحالات التي تجيد العربية أكثر

¹ سامي عرفج: في مناهج البحث العلمي و أساليبه , 1999. دار مجدلاوى للنشر(ص74)

6- دراسة مقارنة لنتائج الحالات الضابطة والتجريبية للتأكد من صحة فرضيات الدراسة أو نفيها وهنا تكون الدراسة تحليلية وصفية .

2-4-الحدود البشرية

شملت الدراسة الأساسية حالتين مصابتين بالاضطرابات الهذائية المزمنة ،شخصتا من طرف طبيب الأمراض العقلية وأخضعت لبرنامج العلاج النفسي، وكذا حالتين تلجأن للمشعود أو الساحر كطريقة بديلة للعلاج وحالتين تعتمدان الرقية الشرعية فقط كبديل للعلاج،الحدود العمرية كانت ما بين 25سنة إلى 65سنة ضمن الجنسين بإنتماءات ثقافية إجتماعية و ذات مستويات إقتصاد متفاوتة ومختلفة، وقد تأكدنا من تاريخ الحالة المرضية من الملفات الطبية للحالات الخاضعة للمعالجة للتأكد من عدم وجود أي أمراض نفسية أو عضوية مصاحبة وهذا الإجراء قررناه بعد إطلاعنا على بعض التداخلات العرضية لبعض الإضطرابات والتي من شأنها أن تعيق دراستنا أو تأثر على موضوعيتها، وتم ذلك بعد إستخلاص نتائج الدراسة الإستطلاعية أما الحالات الغير المعالجة طبيا فقد أخضعت للملاحظة القصدية و تم إجراء المقابلة المسيحية معها ومع العائلة أو المحيطين بها قبل إدماجها فى الدراسة.

الدراسة الاستطلاعية ضمت 15 حالة ، خمس حالات خضعت للعلاج الطبي السيكاثرى أو المتابعة النفسية فقط ، 07 حالات كانت تلجأ للرقية و الإرشاد الديني و03 حالات تلجأ للشعوذة أو العراف .

3/ الدراسة الإستطلاعية

الدراسة الاستطلاعية هي مسح إستكشافي أولى بخصوص موضوع محدد مسبقا. و هي مرحلة مهمة فى البحث العلمى ، تساعد على كشف مبدئيا على الخلفيات الميدانية لموضوع الدراسة ، فهى إحتكاك بالميدان تساعد الباحث على تحديد أدق لمنهجية البحث الأساسى مع صياغة موجهة لتقنياتها ومراحلها . كما أن النزول للميدان يقدم لنا صورة حول إمكانية الحصول على عينة الدراسة وسبل تجريب أدوات الإستقصاء المختارة وتقرير مدى تناسبها وخدمتها للظاهرة المدروسة، على هذه الخلفية إذن فإن دراستنا الإستطلاعية المنجزة رمت إلى التحقق من جملة من الأهداف كانت على التالي:

- وضع تصور عام عن موضوع الدراسة
- معرفة التصورات الإجتماعية التى يتبناها المجتمع بفيئاته حول المرض النفسى الهذائى

- تحديد الصعوبات والعقبات التي يمكنها أن تحقق دراستنا الأساسية وتحديد سبل تذليلها.
- تحديد كل المتغيرات الداخلية ميدانيا ذات العلاقة بموضوعنا المدروسة
- التحديد والتقرير النهائي للمنهجية والأدوات التقنية في العمل مع معرفة الصعوبات الخاصة بالتطبيق.
- اختيار حالات الدراسة بشكل يناسب موضوعنا مع التأكد من مدى تعاونها.

3.1 / مكان ومدة إجراء الدراسة الإستطلاعية:

أجريت الدراسة الإستطلاعية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوزريعة -الجزائر العاصمة -وكذا مستشفى فرونس فانون بالبلدية وحالات أخرى قدمت لنا من طرف بعض الرقاة الذين تعاونو معنا في البحث بمنطقة بوزريعة وبنى مسوس بالعاصمة الجزائر وأخذت حالات أخرى من ولاية بجاية والجزائر العاصمة إعتادت على زيارة المشعوذين وكان قوام هذه الحالات في الدراسة الإستطلاعية 15 حالة 05 منهم يتبعون العلاج الطبي أو المتابعة النفسية و07 حالات تستعمل الرقية الشرعية و03 حالات تذهب للمشعوذ وقد كان من الصعب إيجاد حالات أكثر بخصوص فئة المستشرين للمشعوذين بسبب رفضهم التعاون معنا إخفاءً لهذا الواقع وعدم وثوقهم أو وثوق عائلاتهم بتحفظنا على السر المهني وذلك كان طبيعياً بسبب حساسية هذا الموضوع المدروس، توجهنا أيضاً إلى وزارة الشؤون الدينية لمناقشة هذا الموضوع مع رجال دين ذوي مستوى تكويني عالي وقد ناقشنا ذلك مع الدكتور خياطي (مستشار وزير الشؤون الدينية) وكذلك العلامة الكبير الطاهر أيت علجت ، وإستمعنا في مقابلة صحافية علمية إلى رأى الدكتور الباحث "مثنى الهواس" من العراق حول موضوع المس الجنى والعين الحاسدة وعلاقتها بالهذات والهالوس النفسية وذلك بتاريخ (07. 03. 2013)و نشكرهم لكل الآراء التي أفادونا بها حقاً مع كل تقديرنا و إحترمنا لتوجيهاتهم العلمية القديرة وماكان سعيها إلا للوقوف بدقة على خلفية هذا الموضوع الشائك ومعرفة متغيراته وقد دامت هذه الفترة الإستطلاعية مدة 3 سنوات مابين سنة (2010 _ 2013)،الحالات كان عددها 15 حالة توزعت كالتالى:5 حالات تتابع العلاج الطبى السيكاترى أو النفسى (إمرأتان و ثلاث رجال) تراوحت أعمارهم مابين 25 ألى 45سنة و 07 حالات رقية شرعية (03 حالات نساء و 04 حالات رجال) و 03 حالات يذهبون للعراف أو الطالب (كما يسمونه في منطقة بجاية وتيزي وزو) أو المشعوذ (2 رجال وإمرأة).

كانت أهم النتائج المستخلصة فى هذه المرحلة :

- تحديد حالات الدراسة الأساسية كحالات نخضعها للملاحظة العيادية وللإعلاج النفسى المتكامل وهي حالتين.
- تحديد منهجية المتابعة العيادية بدراسة مدعمة برائز تشخيصي للإضطرابات النفسية والعقلية وهو رائز الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا (MMPI2) وذلك بتطبيق أولي بهدف التشخيص ثم إعادته بعد مدة من العلاج بهدف تقييمي.
- توظيف الملاحظة العيادية المباشرة (القصدية) فى الدراسة الإستطلاعية والمقابلة النصف الموجهة فى دراسة الحالات و تتبعها حيث تحدد لنا الملاحظة المنظمة نوع الموضوعات المراد تتبعها مسبقا ومدتها ومكانها وكذلك المتغيرات المسجلة بتسلسل مع عدم تدخل الباحث فى أداء المفحوص بخصوص موضوع الملاحظة ويوضحها "فريدريك" ولودق "friedrick et ludtke*" هى تسجيلات لأفعال مدركة فى قالبها الطبيعى¹
- فالسلك الملاحظة يشغل زمانا و مكانا معيننا و يمثل أفرادا بذاتهم وقد لا يتكرر مرتين على نفس المنوال لذلك فالتعميم فقط بالملاحظة يكون خطأ , بل يجب أولا إجراءها فى ظروف تجريبية منظمة و مضبوطة و كذلك تبنى تقنيات أخرى مدعمة و مكمله .
- توظيف المقابلة العيادية النصف موجهة فى دراسة الحالة بالمحادثة المباشرة للتأكد من صحة بعض الافتراضات، ما يساعد على جمع أكبر قدر من المعلومات حول الموضوع الدراسة الأساسية وذلك ما سمح لنا بمعرفة الصعوبات التى قد نلقاها أثناء دراستنا الأساسية وكذا تحديد غموض بعض البنود المكونة للرائز المستعمل فى الدراسة ومحاولة إيجاد طرق لتجنبها .
- تحديد الحالات التى يجرى عليها الرائز فى صيغته الاصلية والتي يستعمل مع النسخة المترجمة وذلك تبعا للمتغيرات الثقافية والتعليمية للحالات
- وجود بعض الصعوبات المتمثلة فى اعتراض بعض العائلات و عدم تعاونهم فى العلاج العائلى أو متابعة الحالة داخل الأسرة

¹Benoit .G ,1984,Recherche sociale,4emme Edition,dalloz, France (p230)

- وجود صعوبات مع الحالات التي تستشير المشعوذين وذلك لحساسية الموضوع إجتماعيا خاصة عند الحالات ذات مستوى الانتماء الثقافي الإقتصادي المرتفع , مما ألزمتنا تحديد أضيق للفئات التي سنتبناها في الدراسة الأساسية ,
- صعوبة إعادة تطبيق الرأى على نفس الحالات التي تذهب للمشعوذ بسبب عدم عودتها دائما إلى نفس المشعوذ أو عدم إستمرارها لرأى المشعوذين وتغير طرق التعامل مع إضطرابهم , كما أنهم لا يلتزمون دائما بوعودهم بالتعاون معنا في الدراسة بعد فترة الإستشارة . كما أن حالات الرقية غالبا ما تلتجئ إلى طرق أخرى عندما لا تكتفى بهذه الطريقة لوحدها ما يجعلها تدخل في فئة أخرى من فئات الحالات المدروسة.

4/ الدراسة الأساسية

1.4- معايير إنتقاء حالات الدراسة :

اختيرت حالات الدراسة الأساسية بطريقة قصدية باستعمال أسلوب المعاينة الغير إحصائية و قد ضمت حالات مصابة بالإضطراب الهذائي المزمن،أخضعت للعلاج النفسى المتكامل بين التكفل الفردى للمصاب والتكفل بالمحيط الذي يعيش فيه،وكذا حالات مصابة وفق الإعتقاد الثقافى الشعبى من المس أو السحر أو العين والتي كانت تتردد على الطرق العلاجية الأخرى سواء العقائدية أو الإجتماعية، بالتالى حددنا حالتين (ذكور) سنهم 29سنة و 55سنة , خاضعتا للبرنامج العلاجى النفسى , و حالتين اعتادتتا الذهاب للرقى الشرعى (رجالان) عمرهما 25سنة و 45سنة, وحالتين إعتادتتا الذهاب إلى المشعوذ(إمرأة ورجل) عمرهما 42 سنة و 60سنة .

2.4- خصائص حالات الدراسة

أخذ بالاعتبار فى الدراسة الأساسية المتغيرات التالية: الجنس ,الفئة العمرية ,المستوى التعليمي الثقافي , طريقة العلاج

3-4/ أدوات الدراسة الأساسية

اعتمدنا فى دراستنا هذه على تقنيات استقصائية لجمع المعلومات وأخرى تحليلية و تشخيصية للتحقيق من الفروض المطروحة و مناقشتها و ذلك تحقيقا للموضوعية والمصادقية العلمية . كما نقوم

بمقارنة النتائج المتوصل إليها من خلال هذه التقنيات بتوصيف المنهج الوصفي العلمي والدراسة التحليلية بتناول حالات ضابطة وأخرى تجريبية، بالتالي التحليل يكون إكلينيكيًا وصفياً بالمتابعة والتقصي وجمع الملاحظات وكذا بالإعتماد على الرائد التشخيصي والتقييمي المتمثل في رائد الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (2MMPI). تحليل النتائج يكون إحصائياً إكلينيكيًا في المرحلة التشخيصية كما في المرحلة التقييمية .

و اعتمادنا أيضا طرقا إستقصائية وتتبعيه تدعيمية للدراسة تملثت في متابعة الحالات بالملاحظة المباشرة والمنظمة (القصدية) والمقابلة النصف موجهة ضمن برنامج علاجي مسطر، و قد حددت معاني ومقاصد هذه التقنيات فيما سبق في الدراسة الاستطلاعية ، ونشير إلى أن الملاحظة العيادية المباشرة كانت من خلال المقابلات التي أجريت سواء مع الحالات المدروسة أو أفراد العائلة و المحيطين بالحالة المدروسة أثناء حضورهم أو تعاونهم في العلاج أو البحث وذلك لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول العادات و السلوكيات و التغيرات الميزاجية و الإنفعالية و التوجهات ذات البعد الثقافي والعائلي والواقع العائلي العلائقي والنيماي التطوري للحالات المدروسة والأفراد المدمجين في العلاج سواء كانوا من العائلة أو زملاء العمل أو الأصدقاء ممن لهم إحتكاك يومي مع المفحوصين و نخص بذلك العائلة بالدرجة الأولى ، أما عن تقنية الرائد الموظف هنا (MMPI₂) فسندممه فيما يلي

4. 4 /الرائد التشخيصي التقييمي الموظف في الدراسة الأساسية :

INVONTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITE DU MINESOTA2 PAR

S.R. HATHAWAY ET J.C MCKINLEY

MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY TEST*MMPI".الأسم العلمي

4-4-1 / تعريف اختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا2

صمم هذا الإختبار سنة 1940 من طرف كل من العالم النفس " ستارك هاتاواي" و الطبيب النفسي " تشارلي ماكنلي " S.R. HATHAWAY ET J.C MCKINLEY ويعد إختبارالشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا 2 من أهم إختبارات الشخصية وأكثرها إنتشارا وتوظيفا في قياس الإتجاهات والميولات والإضطرابات النفسية ويساعد على الكشف عن أهم سمات الشخصية التي تميز الفرد كما يكشف عن الإضطرابات النفسية ويساعد أيضا على وضع تقييم لتطور الحالة بعد العلاج أو قبله، بالتالي يكون

الهدف العام لهذا الإختبار هو التشخيص والمقارنة بين الشخصية السوية والغير السوية وتحديد مشكلات عدم التوافق وعدم التوازن النفسي ويساعد على التوجيه الإرشادي والمهني الإنتقائي وكذلك التعليمي .

4-4-2/ تطبيقه :

يطبق الاختبار فردياً أو جماعياً , وهناك بعض التعليمات عند تطبيقه جماعياً بحيث توزع أوراق الإجابة و يطلب من كل مفحوص كتابة إسمه وبياناته ثم يقرأ الفاحص التعليمات بصوت مرتفع و يفضل القيام بجولة بينهم للتأكد من أنهم يقومون بتنفيذ التعليمات، ليس هناك وقت نحدد للإجابة لكن عموماً يتراوح زمن إتمام الإختبار ما بين 50 إلى 90 دقيقة، أما بالنسبة العمر فيطبق على الأفراد من 16 عاماً فما فوق وقد يتساءل المفحوص عما إذا كانت إجاباتهم متعلقة بالماضي أو الحاضر وهنا يجب التوضيح أن المطلوب هو التعبير عن خبرات الحاضر، ولتطبيقه بشكل سليم يجب أن يكون للمفحوص مستوى من الفهم والقراءة ودرجة كافية من التعاون في الوضعية الاختبارية، يقدم للمفحوص قلماً وممحاة بحيث يمكنه محو الإجابة وإعادتها بشكل آخر إذا أخطأ، يقوم الفاحص بتدوين كل الملاحظات العيانية والسلوكية أثناء تطبيق الإختبار وتوظيفها فيما بعد في التحليل الكيفي الإكلينيكي.

هذا الرائز يعتبر مقياساً نفسياً للشخصية يعتمد على التقرير الذاتي الذي يعطيه الفرد عن نفسه ويشمل عدة أبعاد للشخصية منها النواحي الصحية العامة والخاصة والعادات والعائلة والزواج والمهنة والتعليم والاتجاهات الجنسية والاجتماعية والدينية والسياسية والنزعات المادية والمزوشية والهلاوس والهذات والمخاوف المرضية والحالات الانفعالية المختلفة كالوساوس والشعور بالقهر وال ميولات للذكورة والأنوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار، صنف هذه الأبعاد الى 4 مقاييس للصدق وعشرة مقاييس إكلينيكية تمكن الفاحص من رسم صورة موضوعية دقيقة عن مواطن الاضطراب في شخصية المفحوص.

و قد تم الاعتماد كثيراً على هذا الاختبار أثناء الحرب العالمية الثانية في فحص الحالات، زاد انتشاره بعد الحرب مع توسيع معاملات تطبيق علم النفس الإكلينيكي وقد ترجم اللغة العربية في كل من مصر ، الجزائر ، الكويت من طرف الدكاترة مثل الدكتور أجرافي الجزائر وعطية هنا و"عماد الدين إسماعيل" و"لويس مليكة" في مصر.

يوجد في صيغته الأصلية على شكل كتب فيه (556) بندا تقريرياً على شكل ثلاث صور , بطاقات، وكتيب، وشريط مسموع ، تطبيق الأولى و الثالثة فردياً أما الثانية فردياً أو جماعياً . أما الصيغة

المعدلة فتحوى على (567) بندا باحتمالات إجابة بنعم أو خطأ فقط عكس ماكان عليه في الصيغة الأمريكية الأصلية التي كانت بثلاث احتمالات إجابة صواب أو خطأ ولا أعرف، يوضح ذلك الباحث " احمد عبد الخالق " (صدرت الطبعة العربية للقائمة سنة 1956) وهى على شكل كتب فقط، أما احتمالات الإجابة على القائمة فهي فى الطبعة الأصلية (الأمريكية) ثلاثة هى "صواب -خطأ- لا اعرف " و قد تغيرت الطبعة العربية لتصبح نعم / لا و لهذا التعبير مزايا لكون أنه يغلق الباب أمام أسلوب الإستجابة بالتمام أو التلخص ، حيث يبرز هذا الأخير على شكل زيادة عدد إستجابات لا أعرف وقد يكون بوجه عام أن صيغة الإجابة الثنائية أفضل من الثلاثية في هذا المجال"¹

بالتالى يتكون المقياس من دليل المقياس وأسئلة المقياس وأوراق إجابة خاصة ومفاتيح الصحيح

3-4-4/ مصادر اشتقاق بنود المقياس :

تتكون قائمة مينيسوتا من 550 عبارة إشتق 504 بندا منها من القوائم السابقة (بعضها مثلا من مقاييس "جيلفورد" العالمية والتقارير الإكلينيكية وكراسات المقابلات الطبية والنفسية ' وإستخدمت مصادر أخرى كثيرة بالنسبة للمفحوصين الأسوياء والمجموعات السيكاكترية الشخصية مسبقا بعناية ، وأختيرت بنود المقاييس الإكلينيكية بطريقة المجموعات المتعارضة تبعا لاتجاهها لاستجابة على البنود مقابل محك هو التشخيص الطبى النفسى التقليدى وأختيرت بعض المقاييس الفرعية الأخرى للقائمة بطرق أخرى مختلفة مثل بنود مقياس الذكور / الأنوثة على أساس تكرار الإجابات المبادرة عن الرجال والنساء والرجال من أصحاب الجنسية المثلية والغيرية، تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى الميولات النمطية للجنس الآخر، أما مقياس الإنطواء الإجتماعى والذى أضيف مؤخرا - فقد إشتق من إستجابات مجموعتين متعارضتين من طلاب الجامعة أختيرت على أساس درجتهم المتطرفة على إختبار النطواء / الإنبساط أما مقياس الكذب فهو مشتق على أساس منطقي ، من خلال تكرار البنود التى وضعها "هارتشن وماي" عام(1928) فى دراستهما عن الكذب عند الطفل في المدارس، أما مقياس التكرار (ف) فقد إستخرج بطريقة إحصائية وتتكون البنود من العبارات التى أجاب عنها - فى إتجاه معين - مالا يزيد 10 بالمئة وغالبا اقل من 5 بالمئة من العينة المعيارية، وقد إختيرت البنود على أساس المقابلة بين إستجابات المجموعات المتعارضة مع العينة السوية على ال(504) بند المذكورة أعلاه وقد إحتفظ فى الصورة

¹ أحمد محمد عبد الخالق 2007، معمل علم نفس الشخصية ب، ط، دار المعرفة الجامعية، (79-80).

النهائية للمقاييس بالبندود التي لها تكرار في إختيار " صواب /خطأ يختلف أو يفوق مستوى الدلالة (0.05), وفي كثير من الحالات تمّ الإشتقاق النهائى للمقاييس خلال مراحل عديدة.

4-4-4 عينات التقنين :

إشتملت العينة السوية المستخدمة فى التقنين الأمريكى للمقياس على (724 فردا) من زوار مستشفيات مينيسوتا , و قد إستبعد الزوار الذين ذكروا أنهم تحت الرعاية الحالية للطبيب، هذه العينة تتطابق تماماً في العمر والجنس والحالة المدنية مع مجموع سكان ولاية مينيسوتا ويمكن أن يوصف الراشد السوى فى مينيسوتا فى حوالي عام 1940 كمايلى " عمره حوالى 35 عاما متزوج ويعيش فى مدينة صغيرة أو منطقة ريفية، تلقى ثمانى سنوات من التعليم العام، يعمل فى مهنة من المستوى الماهر أو الشبه الماهر -أو فى حالة الإناث -متزوجة من رجل في نفس هذا المستوى المهني " .

يلغ عدد مرضى مصلحة الطب النفسي الذين أتيحو لمؤلفى القائمة ما يربو على 800 مريضعلى الرغم من أن العدد الذي كون المجموعات المحكية " « criterion groups » المرحلة النهائية أقل من العدد المتاح في القائمة، وبهدف إشتقاق ثمانية من القاييس الإكلينيكية للإختبار إستخدمت المجموعات المحكية التالية :

-المرضى الذين أبدوا إهتماما شادا بوظائفهم الجسمية .

-المرضى الذين كشفوا عن إضطرابات إكتئابية غير متداخلة نسبيا مع غيرها من الإضطرابات .

-المرضى الذين أثبتوا وجود إضطرابات تحويلية لديهم "Conversion Reactions"

-أفراد أختيروا من المقابلات الطبية النفسية ممن درست حالتهم بطلب المحاكم نتيجة لسلوكهم الجانح.

-المرضى الذين تعد أبرز ملامحهم الإكلينيكية أفكار التلميح وهذات الإضطهاد والعظمة .

-المرضى الذين كشفوا عن وجود أفكار إجترارية وسواسية وطقوس قهرية ومخاوف شاذة ومشاعر ذنب.

-المرضى الذين أظهروا التبدل والتفكير المغرّب و الهذيان والهلاوس , والتفكير الإنفصامى .

-المرضى الذين ظهر عليهم النشاط الزائد والإستثارة الإنفعالية و سرعة التنقل بين الأفكار⁽¹⁾

تتكون الصورة المعدلة لإختبار الشخصية من (567) عبارة، رتبت الفقرات بحيث يمكن أن يستجاب للفقرات (370) الأولى، والتي تصحعلى أساسها فقط كل مقياس الصدق والمقاييس الإكلينيكية وتشكل النسخة المختصرة للإختبار، كما يمكن إعادة إجراء التحقيق مع المفحوص بخصوص العبارات مابعد (370) فى مقابلة لاحقة وليس الفقرات ال(370)الأولى والتي يجيب عليها فى مرحلة الإختبار الأساسية دون العودة للتحقيق فيها من طرف المفحوص.

4. 4. 5 / مقاييس إختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا 2 (MMPI2):

يتكون هذا الرئز من (14)مقياس تشكل إلى مجموعتين :مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية

أولا : مقاييس الصدق :

مكونة من أربعة مقاييسهي

مقياس الكذب (L) يحتوي على 14 عبارة تضم مشاعر العدوان ، الإغراء ،الضبط النفسي ،الأفكار الشريرة ... هذه المشاعر غير مرغوبة إجتماعيا ،أعدت لتقييم الصراحة لدى المفحوص والوعي بالذنب والنضج والسواء والإستجابة الإجتماعية.

مقياس الخطأ (F)يحتوي على 64 عبارة تظهر صدق الصفحة النفسية من خلال الأفكار الغريبة وإنكار الروابط الإجتماعية والتجارب الطفولية والعلاقات الأسرية والإتجاه نحو الدين والقانون...

مقياس التصحيح (K) يحتوي على 30 عبارة استجابة المفحوص اتجاه الوضعية الإختبارية لتقييم الإندفاعية والإقلاالا بالعيوب ، وتستعمل النتيجة الخام لهذا المقياس كإضافة لتصحيح خمس مقاييس إكلينيكية أساسية من أجل إعطائها مصداقية تشخيصية أكبر .

مقياس لا أعلم (?) يمثل عدد البنود أو العبارات التي لم يستطع المفحوص الإجابة عليها بحيث ينبغي أم لا تتجاوز 30 عبارة وإلا تأثر صدق الصفحة النفسية.

¹أحمد عبد الخالق 2007، مرجع سابق (ص 80 - 81)

ثانياً: المقاييس الإكلينيكية الأساسية :

يبلغ عدد القاييس الإكلينيكية الأساسية 10 مقاييس وهي :

- مقياس توهم المرض (Hs) (hypochondrie) رمزه الرقمي هو 1.
- مقياس الإكتئاب (D)(Depression) رمزه الرقمي هو 2.
- مقياس الهستيريا (Hy) (Hysterie) رمزه الرقمي هو 3.
- مقياس الانحراف السيکوباتي (Pd) (déviation psychopathique) رمزه الرقمي هو 4.
- مقياس الذكورة/الأنوثة (M F) (Masculinité-Femminité) رمزه الرقمي هو 5.
- مقياس البارانويا (Pa) (Paranoia) رمزه الرقمي هو 6.
- مقياس البسيكاستينيا (Pt) (Psychasthénie) رمزه الرقمي هو 7.
- مقياس الفصام (Sc) (Schizophrénie) رمزه الرقمي هو 8.
- مقياس الهوس الخفيف (Ma) (Hypomanie) رمزه الرقمي هو 9.
- مقياس الانطواء الإجتماعي (Si) (Introversion social) رمزه الرقمي هو 0 .

المقاييس الإكلينيكية تشكل ثلاث مجموعات تصنيفية هي :

- 1 / مجموعة المثلث العصابي والذي يضم مقاييس توهم المرض والإكتئاب والهستيريا.
- 2 / مجموعة المثلث الذهاني، يضم مقاييس كل من الفصام، البارانويا والهوس الخفيف.
- 3 / مجموعة المشكلات السلوكية وهي تضم الانحراف السيکوباتي، الذكورة-الأنوثة والانطواء الإجتماعي.

دون نسيان سلم البسيكاستينيا الذي يحل ليتم السلم العشرة.

5/ برنامج العلاج النفسي المتكامل**5.1 / أهمية التكفل النفسي المتكامل وأهدافه:**

إن الأمراض النفسية والعقلية قديمة قدم التاريخ الإنساني ولطرق العلاج فيها تطور وتتنوع منذ القدم حيث يعود ذلك إلى حوالي 5000 سنة، أما حديثاً فالكلام عن علاج المرض يجب أن يكون بارتباط بين

المريض ومحيطه بما يحتوي ذلك من عوامل نفسية وعضوية واجتماعية كوحدة لا تتجزأ، والتكفل السليم يكون بالتعرف على شخصية المريض وظروفه، فالإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة: العقلية، الجسمية، النفسية والاجتماعية باستمرار ما دام يعيش في بيئة إجتماعية، ومن ثم فإن أي اضطراب في إحدى هذه العناصر هو نتيجة لتفاعل العناصر الأخرى التي سوف تختل تبعاً لذلك، والعلاج أيضاً لا يكون بدون التكفل بكل هذه الجوانب، لذلك في العلاج التكاملي الذي حاولنا تطبيقه في دراستنا هذه يسعى من جهة إلى توفير أفضل تكفل بالحالة المرضية من كل جوانبها وكذا تغيير الكثير من الاعتقادات والميولات العلاجية الاجتماعية الخاطئة، ويكون ذلك بتعاون عدة مختصين مركزين على الفرد كوحدة وعلنا المجتمع كاتمء ومرجعية، وأساس المجتمع بالطبع هو الأسرة لذلك نهتم بالأسرة سواء بالتكفل النفسي أو الإرشادي الديني أو التدخل الاجتماعي، كما يكون علاج الفرد بمفرده على مستوى أول، ثم إدماجه بالعلاج ضمن الأسرة أو الجماعة وفق الضرورة وهي تقنية علاجية مدعمة لعلاج الفرد كحالة مرضية بالإضافة للعلاج الطبي بالأدوية ونشاطات تأهيلية أخرى نتطرق إليها فيما بعد فالعلاج بالأدوية يساعد على الشفاء لكن ليس لوحده لأن غياب التكفل النفسي أو الاجتماعي أو الإرشادي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى انتكاسة المريض أو فشل تام للعلاج الطبي بالأدوية.

لكن الخطأ الشائع في مجتمعنا هو استشارة الطبيب العام أياً كانت طبيعة الحالة المرضية متجاهلين كل ما يحسون به من آلام نفسية وأعراض لها أصل نفسي في المنشأ.

أشار الدكتور أحمد عكاشة إلى أن 40 بالمئة من المترددين على الأطباء يعانون من أمراض عضوية سببها نفسي، والتوصية العامة من منظمة الصحة العالمية هي أن يؤهل طالب كلية الطب بعدد ساعات كافية لفهم الطب النفسي وعلاجه وإلا سيكون عمله مضيعة للوقت والمال في مثل هذه الحالات كما يؤثر ذلك على اقتصاديات الأسرة.

الذهاب للطبيب النفسي مازال ينظر إليه كعيب أو عار لدى الكثيرين، لذلك حاولنا العمل على التوعية والإرشاد لتصحيح هذه المعتقدات لدى المريض وعائلته وتوجيههم إلى التعاون الفعال في العلاج وهي من الأهداف الأساسية للخطة العلاجية المطبقة في هذه الدراسة لذلك وبالإضافة إلى الطاقم الطبي، كان من الضروري إشراك المختصين الاجتماعيين ورجال الدين والمؤسسات الاجتماعية فالوحدة الواحدة هي التي تبني المجتمع السليم.

يقول الدكتور "محمد حسن غانم" لا شك ان ارتباط الانسان بواقعه و اكتسابه العديد من العادات والتقاليد والأفكار التي تحكم هذا المجتمع يكون لها بالغ الأثر في نفسية هؤلاء الأفراد... و هناك نوع من علم النفس يدرس الاتجاهات والقيم والطابع القومي... أعني به علم النفس الاجتماعي أو علم النفس غير الحضاري ولذا فان الوقوف على الخلفية الثقافية والاجتماعية والإقتصادية والتعليمية التي أثبتت هذا الشخص هامة جدا للوقوف على اعتقاد الفرد فالبيئات التي ينتشر بها مثلا الايمان بالسحر... هذا الشيء عادي تبعا لثقافة هذا المجتمع... ولكن أن يأتي شخص متعلم ومتقف من نفس البيئة ويدعي هذا فلا بد أن يؤخذ هذا الاعتقاد بعين الاعتبار¹

2.5 /أسس العلاج الطبق في الدراسة:

يعتمد هذا البرنامج العلاجي على التكامل بين العلاج الطبي بالعقاقير والعلاج النفسي تحت إشراف المختص النفسي أما العلاج بالعقاقير يكون بإشراف طبيب الامراض العقلية والتكفل الاجتماعي يتدخل المختص الاجتماعي وبتفعيل دور الاسرة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة، كما يتدخل رجل الدين في دور إرشادي توعوي وإسنادي في العلاج، في ما يلي نوضح دور هؤلاء المختصين اللذين يشكلون فريق العمل ضمن برنامج علاجي متكامل.

5. 2 . 1 / التكفل بالعلاج النفسي:

منذ دراسات "جولتون" "Golton" في إنجلترا في مطلع القرن 20 والتي أكدت على أهمية دراسة الحالات بطريقة تتبعية، تقدم البحث والعمل في علم النفس التطبيقي الإكلينيكي، وفتحت الافاق أمام المختص النفسي للعمل بطرق أكثر دقة و نجاعة.

يقول الدكتور "محمد خليفة بركات" أول عيادة نفسية في العالم هي عيادة ليتنر ويتمر Lightner (Witmen) في جامعة بنسلفانيا في مارس 1896 لعلاج الأطفال المتأخرين عقليا أو خلقيا.²

¹ محمد حسن غانم: الامراض النفسية و العلاج الاسلامي ، 2005- جامعة حلوان- قسم علم النفس، المكتبة المصرية لوران الاسكندرية للطباعة و النشر و التوزيع ص(21-22)

² محمد خليفة بركات: عيادات العلاج النفسي، مكتبة مصر، الطبعة 2، 1956، (ص 20)

على مستوانا إتبعنا في هذا العلاج النفسي نفس الإجراءات والخطوات المتبعة حالياً،بدأ بدراسة تاريخ الحالة وإجراء الفحوص الجسمية اللازمة من طرف الأطباء المختصين بالأمراض العقلية والعصبية وتدوين الملاحظات السلوكية بهدف تحديد العوامل المسؤولة عن الاضطراب منه يتوصل الى وضع إستراتيجية العلاج المناسب.

يقول الباحث "اسحاق رمزي" لم يعرض أدلر Adler على المعالج إلا أن يقوم بواجبات أربعة أولها يوثق علاقته بالمريض والثاني يكشف عن الخطأ في أسلوب حياته والثالث يشجعه ويبث الثقة في نفسه والرابع يقوي في نفسه الروح الاجتماعية¹

يشرح الدكتور أحمد فائق طبيعة العلاج النفسي كما يلي: "العلاج النفسي في قوامه هو معاونة المريض على اكتشاف أثر التثبيت الطفلي على سلوكه والدوافع التي أدت إلى هذا التثبيت وبذلك يتاح للمريض أمر من ثلاثة أمور بنسب متفاوتة إما الرضا عن المكبوتات في الصغر لعدم صلاحيتها آنذاك وصلاحيتها حالياً وإما اعلاء طاقة رغبة طفلية مستهجنة -عادة ما تكون من غرائز الموت- حتى لا يضطر الى صرف جيد من نفسه في ضبطها بما يرضيه، أما الوعي برغبة طفلية مستهجنة بما يجعله يعيد رفضها شعوريا بدلا من رفضه شعوريا بدلا من رفضه اللاشعوري السابق ويكون ذلك عادة بالنسبة لرغبات غريزية مزيجية من حب وعدوان- و يتم ذلك بعزل عناصر العدوان عن عناصر غرائز الحياة والافادة من تلك المقبولة،يقوم المعالج في عملية العلاج بدور أقرب الى أنا أعلى أكثر اعتدالا من الأنا الأعلى لدى المريض، بمعنى أنه من خلال طرح المريض عليه، وبتفسير الطرح يسمح بتعديل نظام الكبت بما يتيح للمريض فرصة اختبار الواقع واستغلال طاقاته أفضل استغلال².

¹ اسحاق رمزي. علم النفس الفردي، اصوله و تطبيقه، دار المعارف الطبعة 2. 1952 ص234

² احمد فائق، الامراض النفسية الاجتماعية، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مطبعة ابناء وهبة حسان 2001 (ص328-329)

بالإضافة إلى التكفل بالمريض على مستوى التفاعلات النفسية الفردية، نركز أيضا على التفاعلات والدور الاجتماعي، فالفرد يعيش في علاقة مع مجتمعه، ويجب أن تؤخذ هذه العلاقة في شكل الجدول القائم بينها والتفاعلات المرضية التي تدل على خلل في المجتمع بتبنيته مجموعة من العادات والتقاليد والاعتقادات التي تخدم مظاهر التدهور والنكوص نحو اضطرابات تعكس الهوية الثقافية، ولتغيير هذا الواقع نقوم في البرنامج العلاجي بتفعيل العلاج النفسي بتعاون المريض وأطراف ذات علاقة بحالته المرضية بتعاون الطاقم الطبي إن لزم الأمر، فكل يساهم بخبرته المهنية وبدور هادف بما تستلزمه حالة المريض فمثلا تدخل الطبيب في الامراض العقلية يكون بالعلاج التدميمي بالأدوية كما يسهم في جلسات العلاج الأسري أو الجماعي إن لزم الأمر، كما نقوم بمناقشة تطور الحالة عند الضرورة مع أعضاء الفريق المعالج.

نلخص أهم الأهداف التي عملنا عليها في هذا البرنامج التكاملي كما يلي:

- 1- بناء العلاقة العلاجية مع الفحوص على اساس الثقة والتفهم وبعيدا عن الأحكام المسبقة.
- 2- الاستقصاء عن تاريخ الحالة والسوابق المرضية الذاتية والعائلية مع تحديد وجود أي اضطرابات عضوية أو عقلية أخرى مصاحبة.
- 3- وضع الافتراض التشخيصي الأولي القابل للتعديل أو التغيير أو التثبيت .
- 4- تحليل المعطيات المدونة في الاستقصاء والملاحظات التتبعية مع تدعيم هذا التحليل بنتائج الاختبارات المطبقة وذلك بهدف اختبار صحة الافتراض التشخيصي.
- 5- بعد التحليل وتحديد العوامل المسببة للاضطراب النفسي العقلي والتميز بين الاعراض المتداخلة أو المصاحبة يحدد التشخيص النهائي للحالة المرضية.
- 6- تقييم درجة العقلنة ودرجة الاضطراب .
- 7- وضع خطة علاجية ضمن أسس العلاج المتكامل وذلك باشتراك الافراد ذات العلاقة في هذا العلاج والمختصين العاملين في الفريق المعالج.

- 8- تحديد الوقت أو المرحلة المناسبة لتوجيه المريض إلى علاج تكفلي أو تاهيلي تكميلي لبرنامج العلاج الكلي وفق تطور الحالة واحتياج المريض، مع توضيح سبب هذا التوجه و ضرورته - سواءا للمريض كما لأسرة المريض- حتى يكون الكل أطرافا فاعلة ايجابيا في العلاج.
- 9- تتبع الحالة بتدوين الملاحظات وإجراء الاختبارات لتقييم مدى نجاعة طرق العلاج الموظفة.
- 10- إعطاء تقرير باستمرار عن تطور الحالة للفريق المعالج مع المحافظة على السر المهني وتقييم مدى فعالية الطرق العلاجية الأخرى الموظفة من طرف الفريق المعالج.
- 11 -إدماج المفحوص في برامج تأهيلية رياضية أو ترفيهية أو فنية... مع توضيح أهمية هذه البرامج كطرق علاجية نفسية و ليس فقط أشغال للوقت أو إشباع للهوايات .
- 12- التنبؤ بالمسار المحتمل للإضطراب وفق محاور التدخل العلاجي المحدد مسبقا مع مناقشة ذلك في اجتماع الفريق المعالج و إصلاح النقائص إن وجدت.
- 13- إجراء العلاج الفردي في مراحله والعلاج الجماعي او الاسري في المرحلة المناسبة لذلك .
- 14- ملاحظة مدى فعالية العلاجات الأخرى المقدمة ومناقشة ذلك ضمن الفريق المعالج.
- 15- تحديد تقدم العلاج وتقرير مرحلة قطع العلاج مع توضيح ذلك للمريض وعائلته والحفاظ على امكانية الاستشارة في أي وقت والتتبع المستمر بالتوجيه والارشاد للعائلة والمحيطين بالمريض إن لزم الأمر وذلك لتفادي حالة النكوص.

5. 2 . 2 / التكفل الطبي السيكاتري

تمثل دور طبيب الأمراض العقلية في الإشراف على العلاج الطبي بالأدوية مع متابعة سير العلاج وتطور الأعراض بدقة وذلك خلال حصص علاجية فردية مبرمجة،ويقوم بالمساهمة في العلاج النفسي الجماعي وكذا الأسري،لذلك يشترط أن يكون له خبرة وتكوين في مثل هذه العلاقات سواءا للإشراف أو المساعدة في تسيير العلاج الجماعي والأسري بأسس نفسية أكثر من كونها طبية بالعقاقير، فهذا العمل يستلزم تمكن على مستوى تسيير وبناء العلاقات ضمن الجماعة وإحاطة بسلوكيات الأفراد في مختلف الوضعيات العلائقية وكذا قدرة على تحليل هذه السلوكات بإرجاعها إلى أصولها التكوينية أو السببية،

بالتالي دور الطبيب المختص بالأمراض العقلية يكون عامة إما علاجيا أو تقييما لتطور الحالة حسب ظهور أو إنطفاء الأعراض، فالطب العقلي الحديث يدرس الاضطراب العقلي من ناحيتين:

أ-عضويا: من حيث التشريح والوظيفة كأساس لما يصدر عن ذلك من أمراض نفسية وعقلية أو اضطرابات السلوك.

ب- تفاعليا: دراسة الإضطراب من الناحية العلائقية الدينامية بسبب أهمية ودور الصراع الغريزي والإنفعالي الوجداني في إحداث الاضطراب النفسي والعقلي.

منه فطبيب الأمراض العقلية يساهم في تحليل الحالة المرضية بشكل مفصل وليس فقط معالجة الأعراض بالأدوية، بل عليه ربط العرض بالسبب ثم محاولة إعطاء العلاج الدوائي بالتوافق مع تكفل وتتبع لسيكولوجية الحالة وعلاقة السلوك الشاذ بماضي وحاضر المريض بما في ذلك من أحداث وعلاقات ووجدانات ثم اعطاء الدواء الأنسب، أي معرفة الأسباب ومعالجة الأعراض على ضوء هذه الأسباب حتى يكون التشخيص والعلاج متناسبين وسليمين مستعينا في ذلك بالطبع بالملاحظات التي يضعها المختص النفسي وباقي أعضاء الفريق المعالج.

5. 2 . 3 / التكفل و التأهيل الاجتماعي

يقوم المختص الاجتماعي في هذا البرنامج العلاجي بتوفير طرق الخدمة الاجتماعية الممكنة بهدف التحكم في المتغيرات الاجتماعية وتأثيرها على المريض، هذه المتغيرات قد تكون ذات مرجعية ثقافية أو عقائدية أو توجه شخصي... فكان دوره ضمن خططنا العلاجية بداية بعمل استقصائي حول كل المتغيرات التي تمس بالمريض ومحيطه بهدف التدخل في الوقت المناسب للتحكم فيها وتوظيفها إيجابيا، لذلك كان لزاما عليه التنقل إلى الوسط المعيشي للمريض من خلال مقابلة تجرى معه ومع الأسرة أو زملاء العمل والإستماع إلى وجهة نظرهم بخصوص الحالة واستخلاص نمط العلاقات وطبيعة المعتقدات السائدة في محيط المريض وكذا الاتجاهات الفكرية وأيضا كل ما يمثل عائقا للبرنامج العلاجي الذي رسم لهذا المريض ، تدون الملاحظات في ملف الحالة من أجل مناقشتها مع الفريق المعالج وذلك حتى تتخذ

أنسب القرارات بشأن ما يجب القيام به بهدف إعادة تنظيم هذه المتغيرات ومحاولة التحكم فيها قدر الامكان.

في هذا الصدد يوضح الباحث "عبد الفتاح عثمان" "إذا كانت أدوار الاخصائي الاجتماعي في المجال النفسي اقتصرت سابقا على خدمة الفرد كحالة فردية فان هذا القصور يجب ان يستكمل مستقبلا باستخدامه الأسلوب التكاملي للتكامل بين طرق مهنة الخدمة الإجتماعية... تعتمد مؤسسات العلاج النفسي في كافة أنحاء العالم المتقدم على الفريق الذي يمثل فيه أخصائي خدمة الفرد دورا أساسيا في العلاج، بل وفي وقت يجمع فيه علماء الطب النفسي والعقلي على أن المريض العقلي والنفسي هو في النهاية مشكلة إجتماعية نفسية... بل إن المهدئات والجلسات الكهربائية التي يلجأ إليها بعض أطباء العقل ليست سوى مهدئات وقتية للهذيان والهلوسات والأعراض ولكن الشفاء والعلاج لا يكون إلا بفعل اللقاءات العلاجية المستمرة، ويستمر تكيف المريض مع أسرته وفي عمله... الخ مع مداومة مستمرة على حل المشكلات الاجتماعية التي يواجهها أينما ظهرت والتي يجمع العلماء على انها المنبه الأساسي لظهور المرض وتفاقمه، لذلك تعتمد العيادات اليوم على خدمة الفرد دراسة وتشخيصا وعلاجاً ومتابعة بل إن اتجاه المستشفيات العقلية في أمريكا هو اليوم علاج للمرضى في بيئاتهم بمساعدة الاخصائي الاجتماعي الذي يتابعهم في أعمالهم ومع أسرهم وفي علاقاتهم بالآخرين ليحقق أكبر تكيف ممكن مع بيئتهم، حيثما بقيت الأمراض النفسية والعقلية مجهولة في أسبابها وبالتالي في أساليب علاجها جذريا".¹

عرف المؤتمر السنوي للخدمة الاجتماعية عام 1964م طريقة خدمة الفرد بأنها: "طريقة من طرف الخدمة الاجتماعية تستهدف التدخل والتأثير في حياة الفرد الاجتماعية والنفسية لتحسين وتوجيه وتدعيم أدائه الاجتماعي، وهي مهارة علائقية توجه طاقات الفرد وإمكانات المجتمع لتحقيق أفضل درجة من الأداء الاجتماعي".²

و يقول الباحث "محروس محمود خليفة" هي طريقة مهنية لمساعدة العميل على الوصول الى التكيف الاجتماعي وتكوين علاقات ناجحة، الأمر الذي يؤدي الى النضج الاجتماعي³

¹ عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، الطبعة 1 مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1980، ص 63 بالتصرف

² عبد الفتاح عثمان، 1980. مرجع سابق. ص 30

³ محروس محمود خليفة، انصاف عبد العزيز عوض: الخدمة الاجتماعية وأساليب الرعاية، القاهرة، مصر ص 105

أما الخدمة الاجتماعية النفسية فهي أحد فروع خدمة الفرد الاجتماعية يقول الباحث "شيري موريس" "الخدمة الاجتماعية النفسية هي أحد فروع خدمة الفرد الاجتماعية والتي تعالج الحالات النفسية في العيادة أو المستشفى أين تتسق الخدمة الاجتماعية مع الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي"¹.

بالتالي التكفل الاجتماعي النفسي بالمريض يكون بفهم سيكولوجيته ضمن ظروفه المحيطة ومساعدته على المواجهة الفعالة بتنمية الذات ضمن التأهيل الاجتماعي التوافقي.

يرى "لاوسن" Lawson و "لاوري" Lawrey-M.D "شخصية المريض النفسي في الأسرة المعقدة لها الأهمية الأولى للوصول الى إعادة البناء الاجتماعي وتوفير الوسيلة التي تجعل العلاج ممكناً"²

مما سبق نوضح أننا نحاول إشراك المختص الاجتماعي ضمن فريق العمل كجسر رابط بين المريض بواقعه الاجتماعي وكل متغيرات وسطه وبين الأعضاء المكونة للفريق المعالج، كما يعمل أيضا كمشرف على بعض الأنشطة الاجتماعية والإحاطة بحالة المفحوص على ضوء العلاقات الاجتماعية المحيطة به ، فالمختص الاجتماعي يتغلغل في بيئة المفحوص لتقصي العوامل المتفاعلة أو ذات الأثر في تكوين أو تفاقم الاضطراب النفسي والعقلي ثم محاولة التدخل الايجابي شخصيا أو باللجوء الى طلب خدمات اجتماعية من مؤسسات جوارية اخرى أو حتى بطلب تدخل من مرشد ديني مثلا اذا تطلب الامر خاصة إذا كان المريض أو أسرته لديهم ثقة كبيرة او اعتقاد بكل ما هو نابع من المعتقدات، هنا يكون دور المرشد الديني بالتكامل مع دور الفريق المعالج وهو دور ارشادي تدعيمي وتوجيهي للأفكار والسلوكيات النابعة من اعتقادات معينة، وذلك بالطبع حسب مقتضيات الحالة، إذن يقوم المختص في الأمراض النفسية الاجتماعية بتحديد نوع العلاقات السائدة داخل محيط المريض، وتقرير على ضوء ذلك ما نوع الخدمات الاجتماعية الممكنة والتي تساعد على إصلاح العلاقات الداخلية والشخصية المضطربة أو التدخل مباشرة كمرشد اجتماعي لتغيير بعض التوجيهات الراسخة في محيط المريض، العمل في هذا المستوى يتطلب خبرة و مراس لكون المختص في احتكاك مباشر مع المريض ومحيطه لذا

(1) Cherry Morris; social case work in great Britain.OP.Cit;(page100).

(2)Lawson .G, Lawrey.M.D; psychiatry for social wokers, New York, ColumbiaUniversity press, second Edition 1950, (pp344-345).

فخبرة المختص وعمله يكون ضمن معرفة للحدود التي تضبطها المرونة والسلاسة ومعرفة المستوى الثقافي والتوجهات الخاصة بكل فرد قبل تناول أي موضوع أو التجراً على مناقشته لاقتراح التغيير، فالعلاقات الانسانية هي قبل كل شيء إحترام للاختلاف ضمن حدود العلاقات وإحساس بالغ بالفرد ومشاكله وخصوصيات محيطه ورغبة صادقة في تقديم المساعدة كواجب انساني قبل كونه وظيفة عمل وإن لم يكن المختص بهذه الصفات فلن يستطيع كسر حواجز الرفض او التوغل داخل مجال العلاقات.

هذه الخدمة الإجتماعية تسعى الى تحقيق أقصى قدرة للفرد ومحيطه لمواجهة العقبات المعوقة لأداء وظائفهم الاجتماعية وكذا لنجاح العلاج النفسي والطبي للمريض وحمايته من النكوص مستقبلاً، فهو عمل علاجي ووقائي وتأهيلي في نفس الوقت باعتبار المرض النفسي هو اضطراب اجتماعي فعلاج البيئة يتماشى وعلاج الفرد وفي برنامج العلاج التكاملي الذي نسعى لاقتراحه يحاول أعضاء الفريق العامل على العلاج باختلاف تخصصاتهم المساهمة في توفير أحسن الظروف لتحقيق التوازن النفسي والإجتماعي داخل الجماعة سواء كانت هذه الجماعة هي الأسرة أو رفقاء العمل أو الجيران... الخ وكما أوضحنا سابقاً فإن المشاكل الاجتماعية هي المنبه الأول لظهور الإضطراب أو تفاقمه والعلاج يكون بذلك بداخل بيئة المريض وليس بمنى عنها.

في هذا الصعيد يمكن ان نلخص الدور الهام للأخصائي الاجتماعي مما سبق كما يلي:

1. دور إستكشافي للمرضى وللظروف المؤثرة عليهم في بيئتهم سلباً.
2. إرشاد وتوعية الأسرة والمحيط بطبيعة الحالة المرضية وهو دور حساس خاصة بالنسبة للمرض العقلي النفسي الذهاني أين يواجه المختص إما جهلاً أو تجاهلاً أو توجهاً غير عقلاني ما يزيد من حدة المرض.
3. توجيه المريض وعائلته الى العلاج المناسب للحالة.
4. التعاون المستمر مع أعضاء الفريق المعالج لضمان أحسن تشخيص وأفضل تكفل تكاملي للحالة.
5. الإحاطة قدر الإمكان بالمتغيرات الاجتماعية الأسرية أو المهنية أو المدرسية أو العلائقية.
6. متابعة الحالة داخل الجماعة ومع الفريق المعالج والمساهمة الإيجابية سواء داخل جلسات العلاج النفسي الجماعي أو العلاج المعرفي أو العلاج بالعمل أو الرياضة أو الاندماج في الأندية الاجتماعية أو بالعلاج السلوكي الذي يهدف الى تعديل العادات والسلوكات والعلاج البيئي مع الأسرة والمحيط.

ومن بين الطرق التي يستعملها المختص الاجتماعي في هذه المرحلة العلاجية طريقة العلاج عن طريق الجماعة وهو بإدماج المريض داخل جماعة عمل أو نشاط حرفي أو نشاط ثقافي... بهدف وضعه داخل بيئة نشطة وثرية بالعلاقات وعواطف التقبل أو الحب أو المنافسة أو المواقف الاجتماعية باختلافها، ما يمكننا من تعريض المريض لهذه المواقف لكن بالاشراف والتدخل المستمر للمختص الذي يكون دوره هنا توجيهيا وتنظيميا وملاحظا لمختلف التفاعلات داخل هذه الجماعة وكذا مدى تعاون المريض ومدى تجاوبه مع هذه الطريقة العلاجية التدرجية، وهذه الطريقة تساعد على تنمية الذات والتغلب على نقاط الضعف أو النقص وتحقيق الثقة بالنفس نتيجة لنجاحه سواء كعضو في الجماعة أو كمنتج فعال أو محقق للعلاقات ما قد يشجعه فيما بعد على محاولة نقل هذا النجاح داخل محيطه الأسري والمهني بالتالي تحقيق التأهيل الاجتماعي بأداء الدور الناجح وتوفير بيئة مليئة بالتفاعلات العلائقية ومشاعر الحب والتقبل أو حتى المنافسة هو فرصة لتحقيق الذات والاستقرار النفسي نسبيا .

يعرف الباحث الدكتور " محمد شمس الدين أحمد " هذه الطريقة التكيفية بأنها: "عملية بواسطتها يساعد الأخصائي الاجتماعي أفراد الجماعة في مؤسسة تصمم غالبا لأوجه نشاط شغل أوقات الفراغ لينمو كأفراد وجماعة حتى يصلوا الى الأهداف الاجتماعية المبتغاة في حدود أهداف المجتمع وثقافته¹

اما الباحث " تركز " Trecker عرفها بأنها "طريقة تساعد الافراد في الجماعات بمعرفة أخصائي اجتماعي يوجه تفاعلهم في أوجه نشاط البرنامج ليكونوا علاقات مع الآخرين و يمارسوا خبرات و يتوصلو على فرص النمو بما يتفق قدراتهم و حاجاتهم ... في خدمة الجماعة تستخدم الجماعة نفسها بمساعدة الاخصائي لتغيير ونمو الشخصية فالأخصائي يساعد و يمهّد لنمو الفرد وكذلك النمو الاجتماعي للجماعة كنتيجة للتفاعل الجماعي الموجه²

من خلال هذه الطريقة اذن يتوصل المختص الاجتماعي الى:

1. تحقيق التكيف مع المؤسسات الاجتماعية.

¹ شمس الدين احمد. في خدمة الجماعة في محيط الخدمات الاجتماعية. الطبعة 3. مكتبة الانجلو المصرية

1967. ص 32

² TRECKER, HALEIGH B , Social groupe work , second edition, New York, whitesid TNC, 1955, p5

2. تدوين تقارير تحتوي على ملاحظات لسلوكيات الاعضاء داخل الجماعة ويقوم المختص النفسي فيما بعد على توضيفها في تحليله للحالة كما يوضفها أيضا اعضاء الفريق المعالج من أجل وضع خطة علاجية أكثر دقة وموضوعية بتناول كل المتغيرات.

3. إدماج المرضى الذين يعانون من الانطوائية أو المشاكل السلوكية ضمن هذه الجماعة لاعطائهم فرص لتحقيق الذات و الخروج من العزلة وهو هدف علاجي مباشر.

4. تساعد هذه الطريقة على تحطيم بعض الحيل الدفاعية التي يتبناها بعض المرضى عندما يتواجه مع بعض أعضاء الجماعة الذين يساعدونه على إدراك دوره وحقيقة واقعه فيغير تدريجيا الاستراتيجيات السلوكية ما يساعد تقدم الخطة العلاجية ككل.

5. ملاحظة تفاعل الفحوص داخل الجماعة خاصة في المرحلة النهائية للعلاج مايساعد على تقييم تطور وتقدم الحالة ومعرفة درجة الشفاء.

نشير إلى نقطة مهمة هنا و هي أنه كان على المختص الاجتماعي ان يتعامل بمرونة في تكوين هذه الجماعات وإدماج المرضى ضمنها، والأفضل أن يدمج في جماعة صغيرة الحجم لتقادي تشعب العلاقات مايعرض للدخول في صراعات هو في غنى عنها وليس له القدرة على إحتوائها، كما لا يجب إرغام المريض على الانضمام لجماعة ما رغما عنه لأنه لن يتمكن من الاستفادة بها وقد يظهر دفاعات أكثر مما كانت لديه سابقا، فاذا وجد الرفض فينبغي التعامل معه بمرونة وبمحاولة الارشاد والاقناع من خلال إقامة علاقة مهنية تميزها الثقة مع المريض وضمن هذه العلاقة يحاول إدماج عضو ثالث وهو مريض ثاني ثم ثالث حتى يبني جسرا من العلاقات ويغير هذه المقاومة بشكل تدريجي و ايجابي .

5. 2 . 4 / تدخل المرشد الديني

حددنا دورا جد هام للمرشد الديني ضمن برنامجنا العلاجي، حيث كان تدخله موجها للمريض وعائلته وفق مقتضيات الحالة التي نواجهها وميولها الفكري والإعتقادات السائدة، فأحيانا نجد بعض الحالات تفضل العلاج بالطرق التقليدية أو العقائدية كالرقية الشرعية أو الحجامة أو بالأعشاب مهمة دور العلم والاختصاص خاصة لدى البعض الذين يترسخ لديهم الإعتقاد بوجود السببية الغيبية رغم وضوح الأعراض العقلية أو النفسية، هنا يتدخل المرشد الديني بدور توجيهي تدعيمي لمثل هذه الحالات و لا يكتفي بحديثه مع الحالة بل أيضا الأسرة والمحيطين بتوعيتهم لما هو صواب.

هذا الدور التوعوي الذي يقدمه رجل الدين يهدف إلى تغيير الأفكار الخاطئة والاقناع ونعتبره بالغ الأهمية لكون هذا الأخير يتحلى بمصداقية لا يختلف عليها الأفراد كما أن كلامه مدعم بشواهد دينية جازمة.

الرقية أو الحجامة تحقق قدرا من الراحة النفسية إلا أنها بالنسبة لحالات الإضراب النفسي والعقلي المزمن تبقى طرقا إسنادية وليست علاجا تاما لذلك حاولنا التوجه لرجل دين عارف بخبايا النفس البشرية ولديه قدرة الإلمام بالعلوم الإنسانية وليس ممن يدعون المعرفة وما أكثرهم في وقتنا، ونحن ندعم العلاج التكاملي بالمرشد الديني كان له دور توعوي وتدعيمي للبرنامج العلاجي ولا ضرر إن لزم الأمر استخدام الرقية لما تحققه من راحة نفسية واسترخاء فكري ونفسي لدى المريض لكن بدون إهمال البرنامج العلاجي وخصص العمل والعلاج عند مختلف المختصين المكونين لفريق العمل العلاجي التكاملي، بالتالي العلاج التدعيمي الذي يقدمه المرشد الديني هو جد هام بسبب الإرشاد والتوجيه الذي تستلزمه بعض الميولات العقائدية المتوارثة الصعب تغييرها إلا من طرف الشخص الأنسب لذلك لا نجد في ذلك أفضل من رجل الدين الذي يمكنه تسمية الأشياء بأسماءها وقول الحقائق مباشرة دون مقاومة أو معارضة من الآخرين لكونه يستند الى مرجعية شرعية، أما المختص النفسي بحكم التزامه بالموضوعية وبمبادئ العلاج النفسي التي تقتضي إحترام نطاق من حرية الاعتقاد وبحكم أنه لا يمكنه إملاء ما يجب فعله مباشرة وبحكم أيضا أن عمله تغيير السلوك والأفكار بطريقة غير مباشرة، يصعب عليه أن يقول الأمور كما يقولها المرشد الديني فالعمل ضمن العلاقة الإنسانية هو عمل بحدود وباحترام الصلاحيات بالتالي العلاقة الإرشادية تستلزم مرونة وتلقائية وحسن التعبير مع وضوح الشرح حسب المستوى الثقافي لكل فرد أو جماعة وحسب ميولهم الفكري ومدى تقبلهم للأخر أو لما هو مخالف لاعتقادهم.

5.2.5/ دور الممرضين و المساعدين النفسانيين

يكون الممرض والمساعد النفسي ضمن أعضاء الفريق المعالج ومن بين هؤلاء الممرضين والمساعدين نذكر مختص القياس النفسي المختص بالتدريب والعلاج بالعمل، أو باللعب أو بالرسم... حدد دور المساعد النفسي في العلاج النفسي الجماعي حيث كان يشرف على استدعاء أعضاء المجموعة وتنظيمها وتدوين الملاحظات التي توظف لبناء الأهداف العلاجية الموائية ، كما يهتم بتنظيم ملفات التابعة الطبية والنفسية، وتطبيق بعض الاختبارات التقييمية أو التشخيصية بطلب الختص النفسي أو طبيب

الامراض العقلية، لكن بشرط توفر تكوين سبق في تقنيات القياس النفسي، ونحن في برنامجنا العلاجي ركزنا بالخصوص على إعطائه دور المنظم والملاحظ أثناء جلسات العلاج الجماعي، أما الممرض النفسي فلهذه تدريب خاص على طرق التعامل مع المريض النفسي والعقلي، فقد كان يستقبل المرضى ويبرمج جلساته العلاجية حسب تعليمات المختص كما أشرك في جلسات العلاج الجماعي بنفس مهام المساعد النفسي تقريبا، حيث يقوم بتسجيل كل الملاحظات السلوكية الصادرة عن المفحوص أو عائلته ومدى تفاعله مع بعض الطرق العلاجية وكذلك سلوك المريض وردود فعله أثر جلسات العلاج الأسري أو الجماعي ويدون كل ذلك على ملف خاص يصبح دعامة جد هامة للفريق المعالج ومرجعية لهم لاتخاذ أي قرار طبي بشأن هذا المريض أو لمتابعة تطوره حالته أو ضرور طلب مساعدة أي مختص آخر إن لم يتواجد ضمن الفريق المعالج، وأخيرا يساعد هذا الملف أخذ قرار قطع العلاج أو إنجائه. وهذه الملاحظات تكون مناقشة دائما من طرف المتكفلين بالحالة بالإضافة الى كل الملاحظات الأخرى التي يضعها المختصين في الفريق المعالج.

كما يقوم الممرض والمساعد النفسي بمرافقة المفحوص وتلبية حاجاته.

الفصل الثاني:

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

- مدخل

1 - عرض نتائج الدراسة

2 - مقارنة نتائج دراسة الحالات ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة

3 - خاتمة الدراسة

4 - مقترحات

❖ مدخل

بعد التطرق الى منهجية الدراسة وتقنياتها بالشرح ،سوف نستعرض فيما يلي النتائج المحققة من خلال توظيف التقنيات السالفة الذكر، كما سوف نحاول تفسيرهذه النتائج بطريقة تحليلية تتبعية واستقصائية.

1 - عرض وتحليل نتائج الدراسة :1 - 1 - عرض وتحليل نتائج الحالات الخاضعة لبرنامج العلاج المتكامل1 - 1 - 1 - دراسة الحالة الأولى :

الاسم : (أ) . (ل) الجنس : ذكر
 العمر : 29 سنة المستوى الدراسي : الثالثة ثانوي
 المهنة : طباح الحالة الاجتماعية : أعزب
 البيئة الاجتماعية : حضرية عدد الاخوة والأخوات : 2 ذكر و 1 أنثى
 الترتيب العائلي : الابن الأصغر

مشكلة الحالة (أ)(ل) :

تعاني الحالة(أ)، (ل) من اضطراب هذائي مزمن يتمحور حول أفكار العظمة والاضطهاد مع خيال مليءبالإثارة والمغامرة كما يظهر تقلبات ميزاجية من نوبات غضب شديد وتكسير للأغراض وتوجيه كلام لفظي بذيئ دون السيطرة على النفس، كما يسرد المفحوص روايات متواصلة على شكل إسهال لفظي مسترسل وبناء سيناريوهات خيالية مخطط لها بأفعال عدوانية يرمي للقيام بها .

تقديم تاريخ الحالة (أ)(ل) :

الحالة (أ) . (ل) تبلغ من العمر 29 سنة، ذكر وهو الابن الأصغر لعائلة متكونة من 4 أبناء، قاطن بالجزائر العاصمة لديه مستوى دراسي الثالثة ثانوي، متحصل على دبلوم في الطبخ حاليا، أعزب، الحالة الاقتصادية متوسطة أما مستوى الثقافي فهو جيد، تبدو الحالة بصحة جيدة لكن بهيئة خارجية غير معتنى بها عانى المفحوص من قبل من حالة إضطراب هذائي بصورة متكررة وقد إستشار مختص للأمراض النفسية ومختص للأمراض العقلية حين كان يبلغ من العمر 17 سنة ، كان يظهر نوبات من

الغضب والعنف خاصة اتجاه الوالدين والمجتمع في حين بقيت علاقته من الإخوة والأخت جيدة ،وقد تبين من خلال دراسة تاريخ الحالة أن المفحوص عانى في طفولته سن 10 من اعتداء جنسي متكرر من طرف أحد الجيران الذين كان يبلغ من العمر 40 سنة وقد تكتم المفحوص عن هذه الحادثة حتى سن المراهقة لكن عندما صرح بما حدث له لم تكن العائلة الى جانبه .

حاليا المفحوص يعاني من هذات اضطهادية فينفس الوقت مع نوبات غضب شديد وكلام بذيئ،تعاني الحالة من اضطراب هذائي مزمن يتمحور حول أفكار العظمة والإضطهاد مع خيال مليئ بالاثارة قوى خارقة يمتاز بها وذكاء خارق يمكنه من بناء خطط انتقامية دون الوقوع في يد الشرطى ، كما أنه يحاول فرض سيطرته على العالم ككل ، كما يظهر عليه هذات تخيلية بروايات خارقة للواقع مبنية بتسلسل،يدور معظمها حول السيطرة،العظمة والإضطهاد ،شخصت الحالة من طرف طبيب الأمراض العقلية على أنها إضطراب هذائي مزمن تابع للبارانويا .

منذ بداية الحالة توجهت العائلة الى الفحص الطبي السيكاثري تم وجه المفحوص من طرف هذا الأخير الى المختص النفسي لكنه لم يداوم على العلاج ، وبعد تفحص ملف المريض وجه إلينا لادماجه في برنامج علاجي متكامل بالتعاون مع الطبيب السكاثري والمساعد النفسي العامل ضمن العلاج النفسي الجماعي حيث طلبنا إدماجه ضمن هذا العلاج.

المفحوص تتملكه رغبة مشاهدة الأفلام الخيالية وأفلام الإثارة وكذلك الألعاب الالكترونية بإفراط ،ولاحظنا أن أفكاره الهذائية ورواياته تبنى وفق خطط وأحداث شاهدها في فيلم أو مسلسل مع مزج الأحداث واستعمال ميكانيزم التبرير و التقمص .

الهذاء الاضطهادي يتمحور حول كره الأب له وغيرة الأم منه وكذلك عدم تفهم المحيطين به في المجتمع وتربصهم الدائم به ، بخصوص الأب يعتقد المفحوص أنه يحاول إحراجه قصدا في أي مناسبة أمام الغرباء بسبب كره الأب له وهو ما يؤيد فكرة تتملكه مفادها وضع خطة محكمة لقتل الأب أو على الأقل إلحاق أذى جسدي بالغ به وإمكانية التفوه بكل الشتائم في حضور الأب ،تشتد هذه النوبات الانفعالية خاصة عندما يتعرض لضغط عائلي أو عندما يسود جو من المشاحنات بين أفراد الأسرة،بداية هذا التغير السلوكي كان في سن المراهقة عندما أخبر المفحوص والده باعتداء الجار عليه جنسياً، واستجاب الأب بالسخرية من ابنه ولومه بشدة ومحاولة إحراجه أمام الجميع أثناء حفل زفاف عائلي فقد

وصفه بأنه أبله ويجيد الناس إستغلاله أما الأم فكانت تحاول تبرير تصرفات الأب وتلوم إنها لكونه غير فطن أو ساذج ، كما أنها لم تحاول أن تدافع عنه من قبل ولا أن تتفهمه .

الأب: يبلغ من العمل 65 سنة متقاعد إطار دولة سابقا لديه مستوى الدراسات التقنية، هو الأخ الأكبر من بين أشقائه ولديه الكلمة المسموعة في العائلة، من أصل أمازيغي ترعرع في منطقة القبائل الكبرى من عائلة ذات مستوى ثقافي جيد، يسود العائلة نمط معيشي صارم بسيطرة الذكر الأكبر على الجميع وهو ما ولد النزوع للهيمنة والتحكم لدى الأب وهو الطبع الذي يسبب الكثير من الصراع مع الزوجة والأبناء .

الأم : تبلغ من العمر 58 سنة ، معلمة متقاعدة ، من نفس عائلة الأب ذات طبع أهدء من الأب لكنها سلبية ولا تأخذ موقفا اتجاه سلوكيات الأب حيث كانت ترضخ لكل الأوامر في البداية لكن سرعانما أصبح هذا الوضع يولد المشاحنات الأسرية .

الأخوة : الأخ الأكبر مهندس دولة ، متزوج وأب لطفل يعمل ويعيش بالمهجر لديه علاقة جيدة مع المفحوص حيث أصبح المثال الأعلى لهذا الأخير .

الأخ الأوسط : متزوج وأب لطفلين ، مهندس تقني يقطن بالعاصمة لكن ليس مع العائلة علاقته جيدة مع المفحوص حيث يزوره دوما ليطمئن عليه وينصحه .

الأخت : متحصلة على ماجستير في الترجمة وعاملة هي غير متزوجة،متفهمه وحنونة مع المفحوص وهي أكثر من يقوم بتشجيعه على العلاج .

عموما الجو العائلي يسوده الصلاع و النزاع بين الوادين وبين الوالدين والأبناء

كلام المفحوص يتميز بالعنف والسويداوية وكره الناس لأنهم يكيّدون له الأذى مع الميلول للاسهال اللفظني المليء بعبارات الشتم

التاريخ المرضي الشخصي والعائلي

عانى المفحوص من هذات مسيطرة على تفكيره وكلامه وتصرفاته وقد شخص كحالة بارافرينيا تخيلية من طرف طبيب الأمراض العقلية والنفسية منذ 5 سنوات خلال سن الطفولة كان المفحوص يتميز بالانطواء والتكتم ورغم ما كان يتعرض اليه من مضايقات من طرف زملاء المدرسة الا انه لم يكن

يحكي شيئاً لوالديه هذه المضايقات ويعود ذلك حسب رأي المفحوص الى أنه كان متميزاً وحسن المظهر كما أن أمه كانت معلمة في نفس المدرسة لكنها كانت أيضاً صارمة معه أمام الآخرين وتعنفه دوماً.

- عائلياً : الأب صعب المزاج وعنيف ومتسلط وفق ما يقوله المفحوص حيث كان يوبخه دوماً حتى أمام الغرباء كما كان هناك دوماً صراع في المنزل بين الوالدين .
- الأم : كانت سلبية ولا تحاول تفهم المفحوص ولا الدفاع عنه اتجاه معاملة الأب ، كما كانت هي أيضاً تميل للصرامة
- الحياة العائلية العائلية : تجمع المفحوص علاقات جيدة مع الاخوة والأخت خاصة مع الاخ الأكبر القاطن بالمهجر، أما مع الام فهي علاقة مضطربة ومتناوبة بين مشاعر اللوم والكره والعدائية حيث أن أفكار المفحوص لا تخلو من خطط مبنية بسيناريو محكم للانتقام منها ومن الاب إما بالقتل أو الضرر الجسدي .
- المفحوص يميل الى أقربائه من الام خاصة الخال الذي يرافقه ويحادثه دوماً حيث يقول المفحوص بأن الخال هو من يحاول توجيهه وهو من أخذه للطبيب مراراً ، فهو يفهمه ولا يلومه بل أحياناً يقوم بتوبيخ الأم على معاملتهم للمفحوص .

الحياة العائلية الاجتماعية :

المفحوص ليس لديه أصدقاء مقربين بسبب ميله للانطواء ووجود شعور الخوف من اكتشاف أحد لما حدث له في صغره من اعتداء جنسي فذلك قد يسبب نشر الإشاعات حوله كما أنه يتجنب المخالطة لأن الآخرين يريدون دوماً الاستهزاء به خاصة بعد تقاوم حالة الهذات وسيطرت الأفكار الغربية على حديثه ورواياته ، هذه الأفكار حسب ما يقوله المفحوص لم يكن يدرك أنها سلوك غير طبيعي بل يعتبرها واقعه المعاش لهذا السبب كان يحاول دوماً الانعزال اجتماعياً كما أن الوالدين كانا يحاولان دوماً عزله عن الآخرين حتى لا يظهر المفحوص لدى الناس كمضطرب عقلي لأن ذلك يعتبر عيباً وعاراً .

التطور النفسي الحسي الحركي :

المفحوص هو الابن الأصغر في العائلة ولد بحمل طبيعي وسليم حيث لم تظهر مشاكل صحية أثناء الحمل أو الولادة غير أن الجو العائلي كان مليئاً بالمشاحنات بين الزوجين.

الرضاعة والتطور الحسي الحركي كانا طبيعيين على العموم، وكذلك اكتساب اللغة والنظاف والمشي.... ، التمدرس كان في سن 5 سنوات سلوكه داخل المدرسة كان يتميز بالخلج والانتواء وأحيانا نوبات من الشتم والغضب الموجه للأم فقط في البداية ، ثم أصبح حتى مع الأب في المنزل خاصة في سن المراهقة، في سن 10 سنوات تعرض للإستغلال الجنسي من طرف أحد الجيران وقد دام ذلك لمدة سنة كاملة دون أن يتكلم المفحوص أو يروي للعائلة ما كان يحدث له ، كما كان هذا الجار يقوم بتهديده كل مرة بأنه سوف ينشر عليه الشائعات بين زملائه أن تكلم بشيء أو أن تجرباً على عدم العودة عندما يطلب منه ذلك ، ففي هذه الفترة كان المفحوص يعيش حالة صراع نفسي واضطهاد حاد من طرف هذا المعتدي كما كان أيضا يعيش حالة اضطهاد في المحيط الاسري ، بعد فترة توفي هذا الجار ففرح المفحوص وتمكن من التحرر من هذا الإضطهاد الجسدي والنفسي وتخلص من خوفه منه ومن تهديداته لذلك تشجع وأخبر الأم بكل شيء ، هذه الاخيرة أخبرت الأب الذي استجاب بغضب كبير من ابنه وانتقده بأنه أبله ويترك الغرباء يستغلونه لأنه ليس رجلا بل أنثى.... ، المفحوص يحقد على الأب منذ ذلك الوقت وهذه الحادثة جعلته يخرج من صمته ، البلوغ كان في سن 13 سنة وقد مر بمراهقة جد صعبة تميزت بنوبات غضب وتكسير الاشياء والشم بكلام بديء ، لم تكن لدى المفحوص علاقات تذكر مع الجنس الاخر حيث يقول دوما انه اذا حاول التقرب من أي بنت فسوف تكتشف بأنه ساذج أو قد تم استغلاله جنسيا لذلك كان يفضل الامتناع عن هذه العلاقات .

- **التمدرس :** في الدراسة رغم العلامات الجيدة التي كان يتحصل عليها المفحوص إلا انه لم يكن متكيفا مع الطلاب ، كما أن الأم كانت دوما تطلب من زميلاتها مراقبته ما وضعه دوما في حالة شك وترقب كان منطوي وأحيانا عدائيا خاصة في المرحلة الثانوي وبسبب الأفكار الهذائية التي بدأت تظهر جليا في حديثه وتصرفاته لم يتمكن من مواصلة الدراسة هذا الامر بقي صدمة وحصرة لدى المفحوص الى يومنا وهو يتحدث على ذلك بغضب وأسى بقي منذ ذلك الوقت بالمنزل دون تكوين حتى ادمج في برنامجنا العلاجي أين وجهناه الى التكوين المهني حيث تحصل على شهادة نجاح في الطبخ والتي مكنته من العمل حاليا.

- **العلاج الطبي:**

توجه المفحوص بطلب من الوالدين الى علاج لدى طبيب الأمراض العقلية وذلك منذ تركه للدراسة في سن 17 سنة، لكن بشكل متقطع ما دفع بالطبيب الى توجيهه للعلاج النفسي وذلك منذ

5 سنوات لدى أحد المختصين النفسانيين لكنه إنقطع عن العلاج وبعد فترة جاء باحثا عن المساعدة النفسية لوحده حيث تكفلنا بعلاجه وأدمج في برنامج علاجي طويل المدى .

- العلاج المطبق مع الحالة

أولا : المقابلة النصف موجهة:

أخضع المفحوص لعلاج نفسي من خلال مقابلات عيادية نصف موجهة لمدة زمنية بلغت 3 سنوات ونصف ، كان الوقت في كل حصة خاضعا للمعايير الإكلينيكية ووفق أهداف علاجية مسطرة كما طبق خلال هذه الفترة روائز الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا₂ (MMPI₂)، وذلك في مرحلة أولى تشخيصية تقييمية ثم في مرحلة متقدمة لهدف تقييمي لتطور الحالة وسيرورة العلاج.

ثانيا : المقابلة النصف موجهة مع الأهل :

استدعينا والدي المفحوص والإخوة في مراحل الأول من العلاج النفسي بهدف جمع البيانات والملاحظات عن المفحوص ومحيطه العائلي، وكذا من خلال تبني سلوكيات تعاملية أكثر تناسبا مع حالة المريض وحاولنا تحديد مواطن الصراع داخل الأسرة وطبيعة العلاقات بين أفرادها، أجريت 3 مقابلات مع الأم أفادتنا في التدخل الغير مباشر في تصحيح بعض السلوكيات التي كانت تعيق تقدم العلاج ، أما حضور الأخت فكان جد نافع للعلاج حيث تجاوزت كليا معنا والأب لم يقبل الحضور رغم إصرارنا، هذه المقابلات صحت الأفكار وأشركت العائلة في العلاج.

ثالثا : إدماج الفحوص في العلاج الجماعي

تم إخضاع المفحوص باتفاق بيننا وبين طبيب الأمراض العقلية الى العلاج الجماعي حيث ضم هذا العلاج جماعة من المصابين باضطرابات متقاربة ومشخصة، وضمت هذه المجموعة أفراد بتوجيه من الطبيب الأمراض العقلية كمسير للمجموعة ومختص نفسي كمساعد ، تقاسم أعضاء المجموعة خلال هذه المقابلات كل الاحساسات والأفكار الشخصية حيث يعبرون عنها لفظيا ، ما ساعد كثيرا المفحوص على التفرغ الانفعالي والحد من شدة الصراع لديه كما ساعدنا في برنامج العلاج المتكامل الهادف الى اوصول المفحوص الى درجة من الاستقرار النفسي الانفعالي والتحكم في الافكار الهذائية نسيبا، حتى يتمكن من رؤية الأمور بشكل أكثر عقلانية ويتمكن من المضي في الأهداف الحياتية الأخرى .

رابعاً : إدماج المفحوص في تكوين تأهيلي :

تم إدماج المفحوص في تكوين مهني لمدة سنتين ثابر خلالهما المفحوص وتحصل على شهادته عن جدارة ، كما أنه سعى لايجاد منصب عمل لنفسه ونجح في ذلك وقد لاحظنا أن هذه الوظيفة أعطته مكانة اجتماعية ودورا انتاجيا داخل الأسرة ،ما دعم مكانته في المجتمع والأسرة على السواء ، وزاد ذلك من وعيه بواقعه ومحيطه وأصبح يتحدث أثناء المقابلات بأفكار تدل على أهداف مستقبلية مثل تكوينه لعلاقة شخصية مع فتاة ينوي خطبتها وينوي أيضا تكوين عائلة وأطفال ، هذه الأهداف كانت غائبة تمام في كلام المفحوص قبل اخضاعه للبرنامج العلاجي.

خامساً : توجيه المفحوص الى الرشد الديني

من بين الهذات التي سيطرت على تفكير المفحوص كان الإحساس بالذنب وضرورة تحمل العقاب لأنه مجرم أو شارك في الجريمة، وقد سيطرت فكرة عقاب اللواط بالرمي من هضبة عالية على تفكيره بشدة، وهنا كان دور المرشد الديني ضروريا حيث طلبنا من أحد الأئمة التدخل بتوضيح الأمور للمفحوص فتوجه هذا الأخير اليه حيث خصص له عدة مقابلات تكررت لمدة 6 أشهر بمعدل مرة كل 15 يوم في البداية ،يتحدث معه في كل ما يشغله من أمور دينية وهواجس متعلقة بالذنب والعقاب ،كان يروي لنا ما دار من حديث مع المرشد الديني وكان دورنا هنا هو تدعيم الأفكار الايجابية وذلك ما ساعد المفحوص في الاجابة على التساؤلات التشريعية من طرف أهل العلم .

نشير الى أن تدخل المرشد الديني كان في مرحلة متقدمة من العلاج لكي نضمن أن المفحوص إسترجع مستوى مقبول من الاستيعاب الفكري واستقرار نسبي للأفكار الهذائية .

3 / نتائج الاختبار المطبق مع الحالة الأولى

طبق في هذه الدراسة رائز الشخصية المتعددة الأوجه مينيسوتا 2 وكان مع الحالات الخاضعة لبرنامج العلاج النفسي المتكامل على مرحلتين :

1 (قبل العلاج : لهدف تشخيصي وتقييمي لحالة المفحوص

2 (في مرحلة انتهاء العلاج : لهدف تقييمي لتطور الحالة

فيما يلي نذكر النتائج المتحصل عليها في كل مرحلة على حدى

***مرحلة تطبيق رائر الشخصية قبل بداية العلاج :**

$8^{**} * 6127 \ 3 \ ' \ 3 \ ' \ 49 - 0 / 5 \ f \ !! \ *** \ ' \ ' \ - \ L / k$	رمز الحالة هو

1 (سلالم الصدق :

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن البروتوكول الخاص بالحالة غير صادق حيث
تحصلنا على النتائج التالية :

1 - 1 - / سلم الكذب (L) :

تحصل المفحوص على نقطة خام تساوي 7 تقابلها علامة معيارية من نوع $T=57$ وهي
قيمة تقع في المستوى المعياري النموذجي، ويمكن أن ترجع هذه النتيجة إلى تبني المفحوص لموقف
ملائم لإجراء الاختبار وهو ما يعني أنه أجاب بطريقة متعاونة وصادقة يمكن تفسير ذلك باحتمال
ميل المفحوص للإرتياح بخصوص صورته الذاتية وأن الاجابات سليمة بالتالي سلم الكذب كان
صادقا .

1 - 2 / سلم الاجابات النادرة (F):

تحصل المفحوص في سلم الإجابات النادرة على علامة خام تساوي 32 تقابلها قيمة معيارية
 $T=120$ وهي علامة تقع في المستوى العالي جدا وتدل بخصوصية تقبل البروفيل على احتمال أن
النتائج غير صادقة على هذا السلم وذلك لأسباب، قد تكون اللجوء للصدفة في الإجابة أو وجود
أخطاء في التصحيح أو معاناة المفحوص من عسر قراءة خطير، إكلينيكيًا تدل على النتيجة المتحصل
عليها على احتمالات تفسيرية منها عدم الدافعية أو المبالغة في إظهار الإضطرابات أو كفاءة محدودة
في القراءة أو وجود مقاومة اتجاه الاختبار.

1 - 3 / سلم التصحيح (K):

النتيجة على هذا السلم كانت بقيمة خام تساوي 14 عادلته قيمة معيارية $T=46$ وهي قيمة
تقع في المستوى الوسيط وقد تدل على أسباب احتمالية منها اللجوء الى تبني موقف متوازن : أي
أنه يقوم بحماية نفسه مع بقاءه متفتحًا وإكلينيكيًا يدل ذلك على وجود سبل كافية للتدخل العلاجي.

1 - 4 / سلم الاجابات لا أعلم (؟):

تحصل المفحوص على هذا السلم على نقطة خام تساوي 15 وهي قيمة تقع ضمن المستوى الوسيط ما يدل على مصداقية غير مؤكدة .

أما الأسباب فقد تعود إلى صعوبات بسيطة في القراءة أو نقص الخبرة وحذر مبالغ فيه أو اللجوء للشكليات، ويمكن تفسير ذلك إكلينيكيًا بنقص التعود على اللغة الأجنبية الفرنسية أو نمط تفكير يميز اضطراب البارانويا.

2 / السلال الإكلينيكية الأساسية :2 - 1 سلال الثالث العصبي : Hs - D - Hy2 - 1 - 1 سلم الهستيريا (Hy):

تحصل المفحوص على سلم الهستيريا على نقطة تساوي 30 والتي تقابلها نقطة معيارية $T=72$ وهي نقطة مرتفعة، يمكن أن تفسر إكلينيكيًا أن المفحوص قد يميل لتوظيف ميكانيزمات الإنكار والتفكك أو قد تعود هذه النتيجة على شكاوي وأعراض وظيفية خاصة ونوعية أو سبب السذاجة ونقص التبصر أو وجود التغزل والشبكية

2 - 1 - 2 / سلم الاكتئاب (D) :

تحصل المفحوص على علامة قدرها 34 والتي تقابلها نقطة معيارية 82 وهي درجة مرتفعة جدا يمكن تفسيرها إكلينيكيًا الإنطواء على الذات أو أن مشاكله أو اليأس يهيمن عليه، أو وجود إحساس بالذنب أو أفكار عدم الأهلية وعدم القدرة، الإنشغال بالموت والانتحار أو عزيمة مثبتة متناقل في التفكير والاستجابة.

2 - 1 - 3 / سلم الهيبوكندري - السويداء (Hs):

على سلم الهيبوكندري تحصل على درجة قدرها 26 ما يقابلها بعلامة معيارية 82 وهي درجة مرتفعة جدا، تفسر إكلينيكيًا بأسباب قد تكون كالتالي تنظيم نفسي شيزويدي أفكار هذائية محددة بأعراض وشكاوي متعددة .

2 - 2 - 2 سلم الثالث الذهاني : Pt ، Ma ، Sc ، Pa**2 - 2 - 1 سلم البارونويا (pa) :**

كانت الدرجة الخام المفحوص على سلم البارونويا 20 تقابلها درجة معيارية 84 وهي درجة مرتفعة جداً، التفسيرات الإكلينيكية الممكنة في هذه الحالة هي اضطراب في التفكير أو اعتقادات مغلطة أو أفكار مرجعية وميول للثأر أو الحقد والإجتزائية ويمكن أن يتصرف تحت تأثير الهلوس.

2 - 2 - 2 سلم الفصام (sc)

تحصل المفحوص في سلم الفصام على درجة خام تساوي 62 ما يعادلها بقيمة معيارية 101 وهي قيمة مرتفعة جداً، تدل إكلينيكية على إمكانية وجود تفكير مشوش في التنظيم أو سلوكيات غريبة وشاذة وهذائية اتصال سيئ مع الواقع ع احتمال أن يكون شخصاً مهلوس ومتوحد.

2 - 2 - 3 سلم الهوس الحركي (Ma):

تحصل المفحوص على سلم الهوس الحركي على درجة خام تساوي 27 تعادل قيمة معيارية تساوي 69 وهي درجة مرتفعة، يمكن تفسيرها إكلينيكية بكون المفحوص مستثار أو مفرط حركياً، إغتباطي ووجود هذيان وتهيج يبرز بأنه مشارك سطحيًا وغير صبور.

2 - 2 - 4 سلم البسيكاستينيا (التعب النفسي) (Pt):

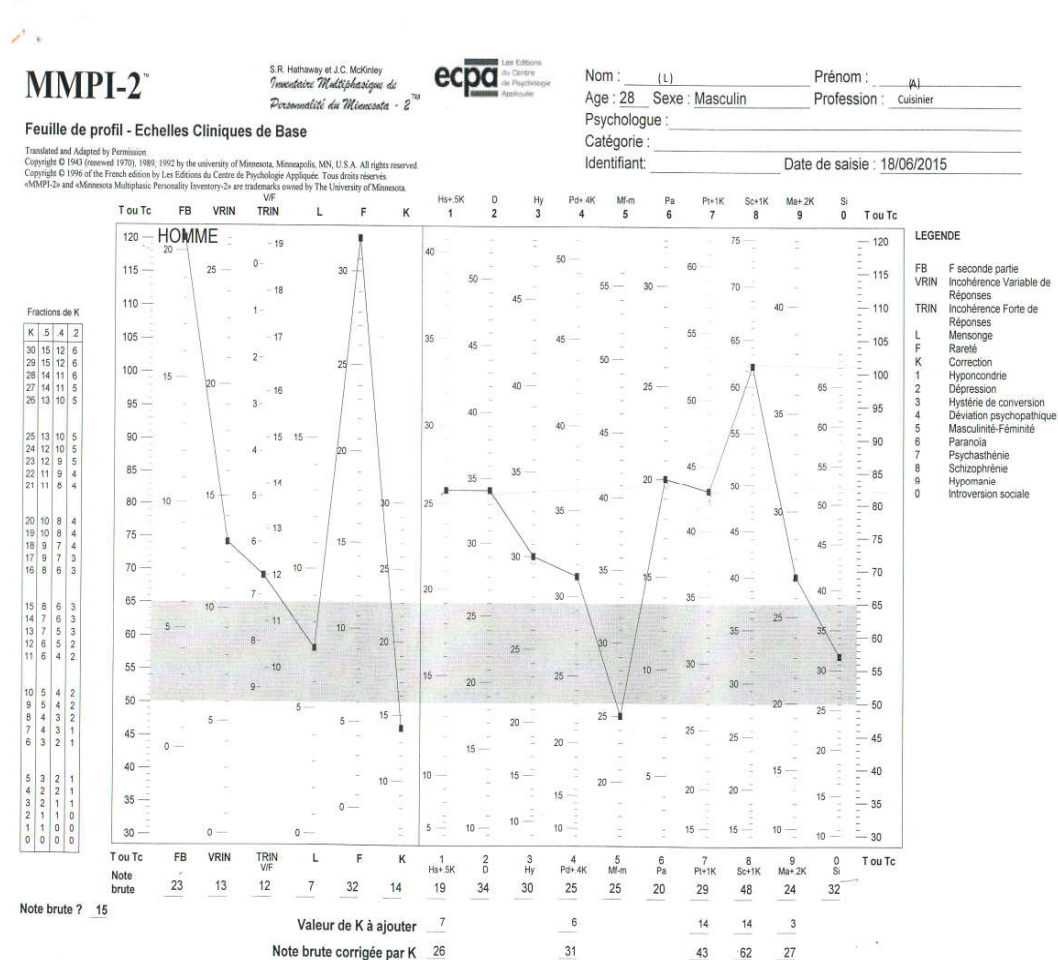
كانت النتيجة المتحصل عليها على سلم البسيكاستينيا بدرجة خام تساوي 43 تعادلها درجة معيارية 82 وهي نتيجة جد مرتفعة، تفسير باحتمالات منها وجود إجترارية فكرية، التمسك بطقوس صارمة، وجود إستثارة وتهيج، المعاناة من فوبيات خاصة بالخرافات، إحساس بالذنب والفرع والتوتر النفسي والاكتئاب.

2 - 3 - سلم الانحراف السيكيوباتي (Pd):

النتيجة على هذا السلم كانت بقيمة خام تساوي 31 تعادلها قيمة معيارية 69 وهي قيمة مرتفعة، يمكن أن تفسر إكلينيكية بالاحتمالات التالية : المفحوص لا يمكنه تحمّل الملل وعدم الحركة،

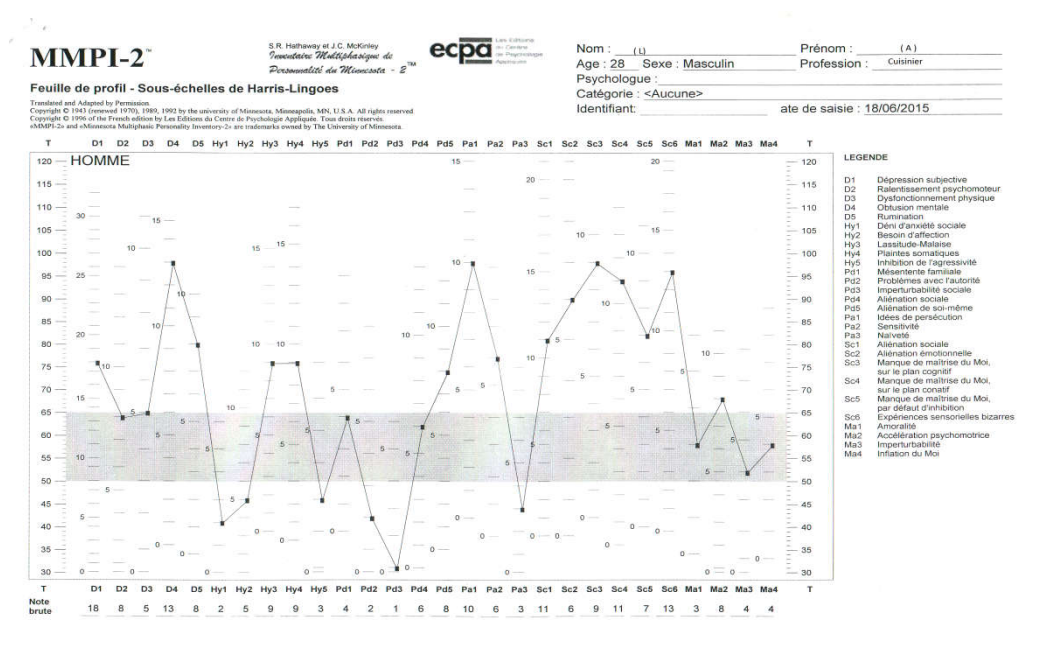
لديه مشكلة مع السلطة ومشاكل مهنية، يميل للتصرف بتمرد وعدائية مع سطحية العواطف (إحساس بالعار والذنب)، علاقات سطحية والنجاحات الحقة لا تناسب قدراته الحقيقية. (أنظر الشكل 01).

الشكل 1 : منحنيات نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الأولى



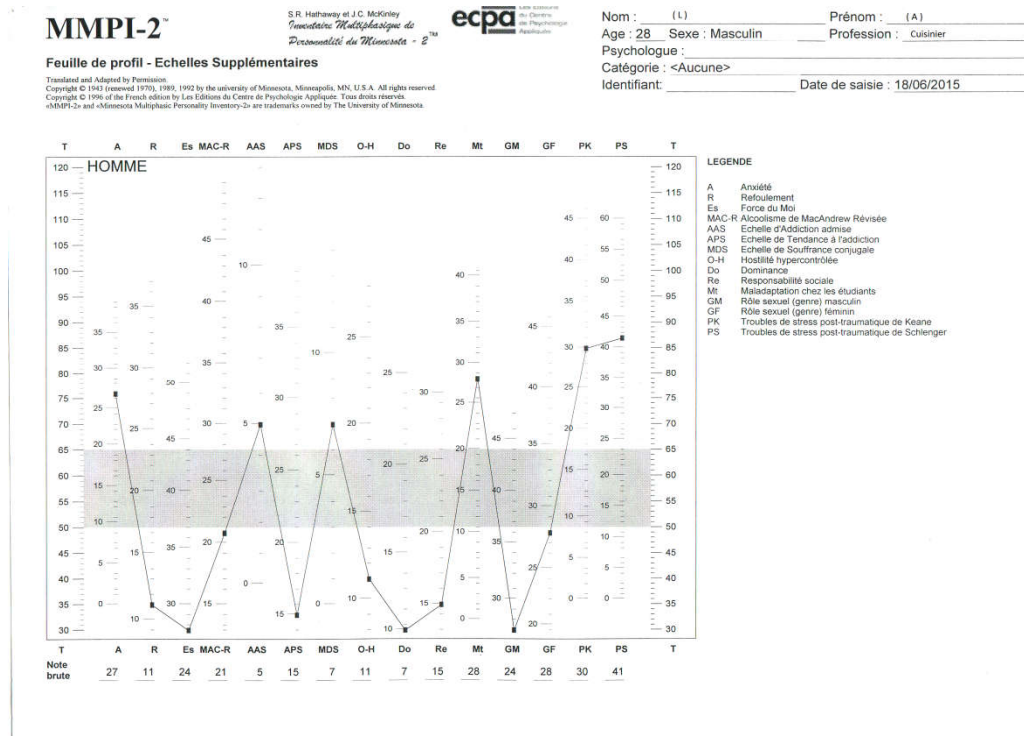
ملخص عن بروتوكول الحالة (أ). (ل) :

نستنتج مما سبق، أن المفحوص يميل في سلوكاته الى التنظيم النفسي الذهاني المميز الهذات التخليية والتفكير البارانوني والفصام مع الوجود تعب نفسي بقيم معيارية تفوق المتوسط العادي وتدل على الإضطراب الحاد على مستوى البعض منها، فمثلا في سلم البرانونيا حقق قيمة معيارية تساوي 83 وهي نفس القيمة تقريبا على سلم التعب النفسي وتحصل على قيمة 101 على سلم الفصام وقيمة 69 على سلم الهوس الحركي، هذه السلاسل تشكل التوظيف الذهاني بالاعتقادات الهذائية والافكار الاستحواذية ذات الطباع الاجتراري والمنظبطة بطقوس صارمة تتبنى الايمان بوجود الخرافات مع إحساس بالذنب والفرع والتوتر النفسي كما يميل للإستثارة الحركية، هذا الصراع يولد لديه إضطرابات مصاحبة على سلاسل العصاب حيث كانت درجته على سلم الإكتئاب 82 وعلى سلم الهيسيريا 72 وعلى سلم الهيبوكونديري 82 ما يدل على وجود صراع نفسي وشكاوي لم تجدها تفهما في المحيط العائلي والاجتماعي ويؤدي به الانطواء والاحساس بعدم الكفاءة كما، دل سلم الهيبوكونديري على وجود أفكار هذائية محددة بشكاوي جسدية فسرت لنا ميله للتمرد والعنائية والإحساس بالذنب، هذه الأعراض المستنتجة من هذا البروتوكول تجيب جزئيا على فرضيات المطروحة في هذه الدراسة وتؤكد تشخيص الحالة .

4 / السلاسل الثانوية لهارس ولانجو Les sous Echelles de Harris et Lingoes**الشكل 2: منحنيات نتائج سلاسل "هارس" و"لانجو" Les sous Echelles de Harris et Lingoes**

بالرجوع الى سلم هاريس ولانجو، نتمكن من تحديد أسباب هذه الدرجات العالية على السلم الأساسية، فقد وجدنا في سلم الفصام درجة معيارية عالية جدا تدل على وجود تجارب حسية غريبة ونقص في التحكم في الأنا على مستوى المعرفي، أما على سلم الفصام فدل على نقص التحكم في الأنا على المستوى التحفيزي وسلم الفصام دل على وجود نقور عاطفي وسلم SC₅ دل على نقص التحكم في الأنا بسبب الكف وسلم الفصام SC₁ يدل على النفور الاجتماعي، سلم البارنويا 1 و 2 كانت جد مرتفعة دلت على هيمنة الأفكار الضطهادية والميل الى الحساسية المفرطة، على سلم الهوس الحركي إرتفاع القيم دل على وجود تسارع حسي حركي وعلى سلم الإكتئاب وجود أسباب للاضطراب منها البلادة الذهنية إجتراح فكري، وجود إكتئاب ذاتي على سلم الإكتئاب D₁. (أنظر الشكل 2)

4 / السلاسل الإضافية : Les Echelles supplémentaire



الشكل 3: منحنيات نتائج السلاسل الإضافية للحالة الأولى Les Echelles supplémentaire

بالرجوع الى السلام الاضافية يعطينا تحليلًا أكثر عمقا للحالة المدروسة ويوضح سببية الاضطراب بالكشف عن وجود بعض الأعراض التي تفسر سلوك وتوجهات المريض، فنجد هذا الأخير يميل لأن يكون شخصا متوترا لكون لديه توتر ما بعد الصدمة، حيث كانت قيمته 87 أما سلم التوتر ما بعد الصدمة "لكاين" Keane فقيمته 85 ، على سلم Mt النتيجة كانت تساوي 78 ودلت على عدم التكيف عند الطلبة، على سلم Mds النتيجة تساوي 69 وهو مؤشر عن المعانات في الحياة الزوجية، سلم AAs 68 ويدل على الميول للإدمان، سلم التوتر تحصل على قيمة تساوي 76 ، هذه القيم كلها تفوق المتوسط العادي وتدل على احتمال وجود الاضطرابات المذكورة أعلاه. (أنظر الشكل 3)

6/ سلم المحتوى Les Echelles de contenu



الشكل 4: منحنيات نتائج سلم المحتوى للحالة الأولى Les Echelles de contenu

تظهر هذه السلام أن المفحوص يميل الى غرابة التفكير فقيمة سلم Biz تساوي 108 وهي جد مرتفعة، كما أن لديه إشكال في التدخلات مع العمل حيث سلم Wrk يساوي 88 وظهر الاكتئاب على سلم Dep بقيمة معيارية عالية تساوي 85 ، الإنشغال بالصحة في سلم HEA كان بقيمة 77 مع انخفاض

تقدير الذات على سلم LSE بقيمة 74 ، سلم التوتر النفسي $Anx=73$ سلم المشاكل العائلية $FAM=69$ ، وسلم المخاوف FRS بقيمة 68 ، سلم الوقاحة وقلة الحياة CYN بقيمة 66 سلم التصرفات المضادة للمجتمع $ASP=66$

هذه القيم محققة على سلالم المحتوى كانت مرتفعة وأعطتنا نظرة دقيقة عن توظيف العقلي والإنفعالي للمفحوص ونمط شخصيته. (أنظر الشكل 4)

*نتائج تطبيق رائر الشخصية بعد انتهاء العلاج:

بعد مرحلة العلاج المطبقة أعيد تطبيق رائر الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا 2 على المفحوص بهدف تقييمي لكفاءة برنامج العلاج النفسي المطبق عليه وأجري التطبيق البعدي للرائز بتاريخ 2016/01/18 وجاءت النتائج كالتالي : رمز الحالة هو :

LK : - / ' ' ' ' F*** /5 - 1324 ' 0 '97 ' 86

1 / سلالم الصدق :

نتستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن البروتوكول الخاص بالحالة في مرحلة إعادة التطبيق الرائر أنه غير صادق.

1-1 سلم الكذب (L): تحصل المفحوص على نقطة خام $L=2$ والتي تقابلها نقطة معيارية من نوع 36 وهي علامة منخفضة وهذا يدل على مستوى تقبل البروفيل أنالمفحوص قد يكون يحاول التظاهر بالاضطرابات وسبب ذلك يمكن أن يكون أنه يحاول أن يظهر نفسه كمنحرف أو وجود اصابات صحيح منتظمة ويفسر ذلك اما بوجود مبالغة في المرض أو انه واثق في نفسه أو انه إستهزائي ووقح وهذا يعني أن سلم الكذب كان يدل على وجود تظاهر بالاضطراب .

2-1 سلم الاجابات النادرة (F):

تحصل المفحوص في سلم الاجابات النادرة على نقطة خام تساوي 26 ما يقابلها النقطة المعيارية من نوع $103T=$ وهي قيمة تقع ضمن القيم المرتفعة جدا ، تدل على مستوى تقبل البروفيل أنه من محتمل أنه غير صادق ويعود سبب هذه القيمة المرتفعة الى الاجابات أعطيت بالصدفة أو وجود أخطاء التصحيح أو عسر قراءة خطير ويمكن تفسير ذلك نقص في المشاركة أو أنه يبالغ في اضطراباته أو أن كفاءته في القراءة محدودة أو مقاومة اتجاه الرائر .

1-3 سلم التصحيح (K):

تحصل المفحوص على علامة خام في سلم التصحيح تساوي 7 تقابلها علامة معيارية 31 وهي علامة منخفضة تعود إما إلى تزيف باتجاه سلبي أو إجابات صحيح منتظمة تعبر عن طلب المساعدة أو دفاعات غير ملائمة، والتفسيرات المحتملة لذلك هي: وجود وقاحة وشكوك، حالة ذعر، رأي سيء عن ذاته، أو نقد اتجاه نفسه والآخرين.

1-4 سلم لا أعلم (?):

تحصل المفحوص على سلم إجابات لا أعلم على العلامة خام تساوي 1 وهي علامة تقع في المستوى المنخفض تدل على أنه كان صادق.

2 / السلالم الإكلينيكية الأساسية :**2 - 1 سلالم الثلاث العصبي : Hs - D - Hy****2 - 1 - 1 سلم الهيستيريا (Hy):**

تحصل المفحوص على سلم الهيستيريا على نقطة خاك تساوي 27 تقابلها علامة معيارية تساوي 64 وهي تقع في المستوى الوسيط، تفسر باحتمال أن المفحوص متمركز على ذاته وسطحي أو أنه غير ناضج ومسير، يميل للتقيد بالأعراف والأخلاق، لديه حاجة ليكون محبوباً، لا يشعر بالأمان، منبسط واستعراضي.

2 - 1 - 2 سلم الاكتئاب (D):

تحصل المفحوص على سلم الاكتئاب على درجة خام تساوي 25 تقابلها قيمة معيارية من نوع T تساوي 63 وهي قيمة تقع في المستوى الوسيط، التفسيرات المحتملة لهذه الدرجة هي أن المفحوص يوظف الكف، سريع الإنفعال، خجول، متجهّم وعابس، أو متببط الهمة، كئيب، مهموم ومنشغل الفكر، غير سعيد وغير راض عن ذاته، مسؤول ومتواضع .

2-1-3 سلم الهيوكندري (Hs) :

تحصل المفحوص على سلم الهيوكندري على علامة خام تساوي 19 تقابلها درجة معيارية 65 وهي درجة تقع في المستوى الوسطي، التفسيرات المحتملة لهذه الدرجة هي إما وجود اضطرابات عضوية خاصة محتملة أو كثير الشكوى، سريع الانفعال، نواح وغير ناضج أو لديه إنشغالات مبالغ فيها اتجاه صحته غذائه، وزنه، ووضائف العضوية.

2 - 2 سلالم الثالث الذهاني :**2 - 2 - 1 سلم البارنويا (Pa) :**

كانت القيمة الخام التي تحصل عليها المفحوص في سلم البارنويا تساوي 20 ما يعادلها قيمة معيارية من نوع T تساوي 84 وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع جدا وقد تفسر هذه الدرجة لديه باضطرابات في التفكير أو إعتقادات مغلطة أو أفكار مرجعية أو ميول للتأثر والحدق والإجترارية أو يمكن أنه يتصرف تحت تأثير الهلوس.

2 - 2 - 2 سلم الفصام (Sc) :

القيمة الخام المتحصل عليها في سلم الفصام بلغت 54 قابلتها قيمة معيارية تساوي 89، تفسر بإمكانية وجود تفكير مشوش ومختل في التنظيم أو سلوكات هذائية شاذة أو إنسحاب إجتماعي أو إتصال سيء مع الواقع ، مهلوس ومتوحد.

2 - 2 - 3 / سلم الهوس الحركي -الهيوماني (Ma) - :

القيمة الخام المتحصل عليها في سلم الهوس الحركي كانت تساوي 30 تقابلها قيمة معيارية تساوي 79 وهي درجة تقع في المستوى المرتفع جدا، والتفسيرات الممكنة لهذه الدرجة هي كالتالي : المفحوص يميل ليكون شخصاً نواحا بمشاعره ويتميز بالعظمة أو أنه سريع الغضب والانفعال أو انه لا يتحكم في غضبه أو لديه فرط في الحركة وشارد الذهن، يتخذ قراراته باندفاعية أو وجود تشويش وإرتباك بالأفكار.

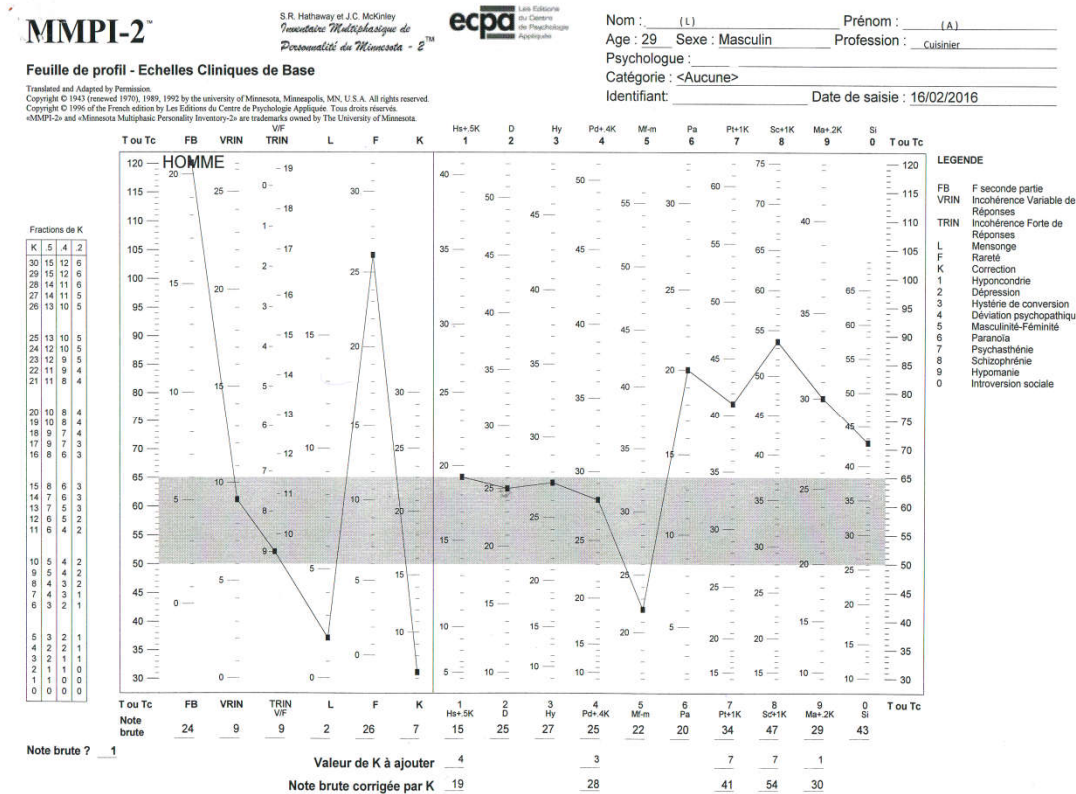
2 - 2 - 4 / سلم البسيكاستينيا (Pt) : تحصل المفحوص في سلم البسيكاستينيا على درجة

خام مقدارها 41 تقابلها قيمة معيارية t تساوي 78 وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع جدا، تفسر باحتمال وجود إجترارية عقلية أو ميول الطقوس صارمة ومتشددة أو أنه يميل للإستثار أو وجود

مخاوف أو فوبيات تخص الإعتقادات بالخرافات، أو لديه ميول للإحساس بالذنب، أو يعاني من الفرع أو التوتر أو الاكتئاب.

2 - 3 / سلم الانحراف السيكوباتي (Pd):

الدرجة الخام المتحصل عليها في سلم الانحراف السيكوباتي كانت 28 قابلتها درجة معيارية تساوي 61 وهي قيمة وسطية، التفسيرات الإكلينيكية المحتملة لهذه الدرجة هي أن المفحوص يميل الى الإندفاعية والمغامرة أو يميل إلى التلذذ أو حقوق، لا يوثق به وغير صبور أو إجتماعي، لديه ثقة بنفسه يميل الى التخيل والابتكار. (أنظر الشكل 5).



الشكل 5: منحنيات نتائج السلام الإكلينيكية الأساسية للحالة الأولى بعد مرحلة إنهاء العلاج

3 / ملخص عن البروتوكول الحالة الأولى في مرحلة إعادة الاختبار:

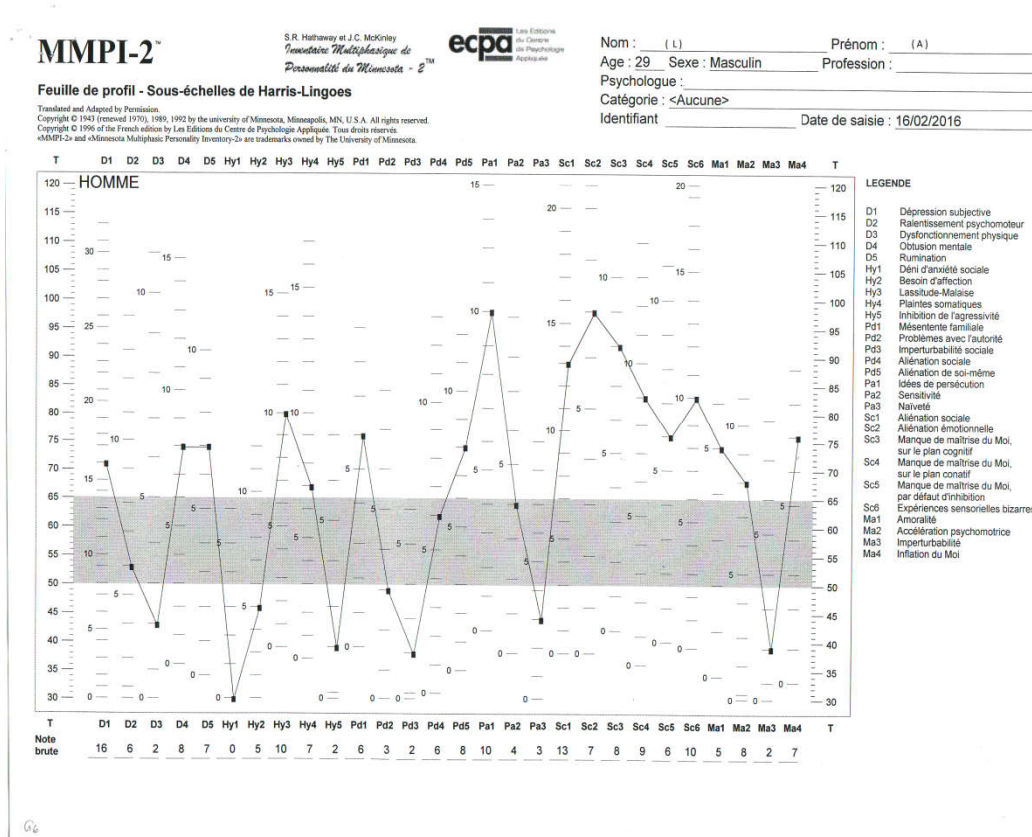
وفق النتائج الموضحة أعلاه نستنتج أن المفحوص يميل في استجاباته السلوكية الى التنظيم البارانوي والفصامي حيث كانت النتائج على التوالي مرتفعة بلغت في البارانويا 84 وفي الفصام 89 كما أن درجة الهوس الحركي بلغت 79 والقيمة المعيارية المحقق في سلم البسيكاستينيا تساوي 78 وهي السلام الإكلينيكية التي تدل على التنظيم الذهاني والتي كانت كلها مرتفعة جدا، تدل وهو ما وجدناه في

المرحلة الأولى لإجراء الإختبار وتؤكد بعد إعادة الإختبار فرغم تحسن الحالة العامة للمفحوص إلا أنه حافظ على التنظيم الذهاني في إستجاباته، أما سلالم التنظيم العصابي فقد إنخفضت القيم المتحصل عليها كلها، ودخلت في مستوى التنظيم العادي وذلك يدل على مستوى استقرار الحالة واختفاء حالة القلق والإكتئاب والسلوكات الهستيرية و الشكاوي المرضية حيث أن قيم هذه السلالم كانت في المرحلة الأولى مرتفعة جدا واستقرت بعد مرحلة العلاج المطبق معالالة، أما بقاء القيم علسلالم الذهان مرتفعة فذلك يدل على التنظيم العقلي للمفحوص رغم الاستقرار حالة النفسية وهذا ما يصب ضمن فرضياتنا البحثية التي أفادت بأن الإضطرابات الهذائية المزمنة البارافرنيا هي إضطرابات ذهانية خارجة عن التقاسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، بحيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح أما حالات السحر والمس... فهي مشاكل شائعة في المجمعات وتمثل حالات أنية او استجابية لعوامل خارجية عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية

للتعمق أكثر في هذه النتائج نتفحص نتائج سلالم هاريس ولانجو تم السلالم الاضافية ثم سلالم

المحتوى

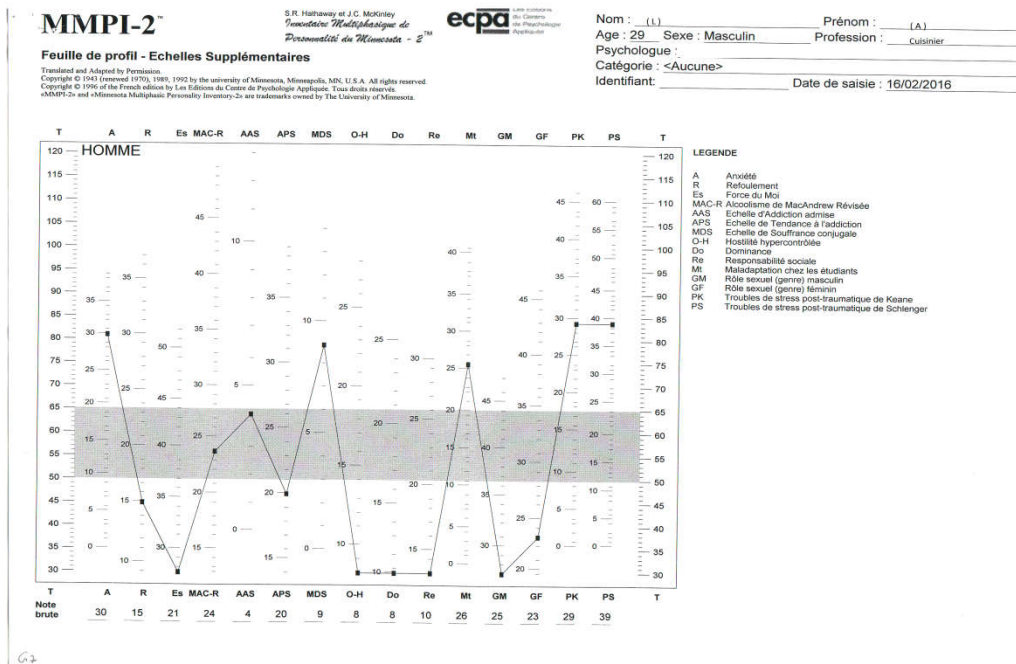
5 / سلالم "هاريس" و"لانجو": "Les sous echelles de Harris et Lingoes"



الشكل 6: منحنيات نتائج سلم هاريس و"لانجو" Harris et Lingoes للحالة الأولى بعد مرحلة إنهاء العلاج

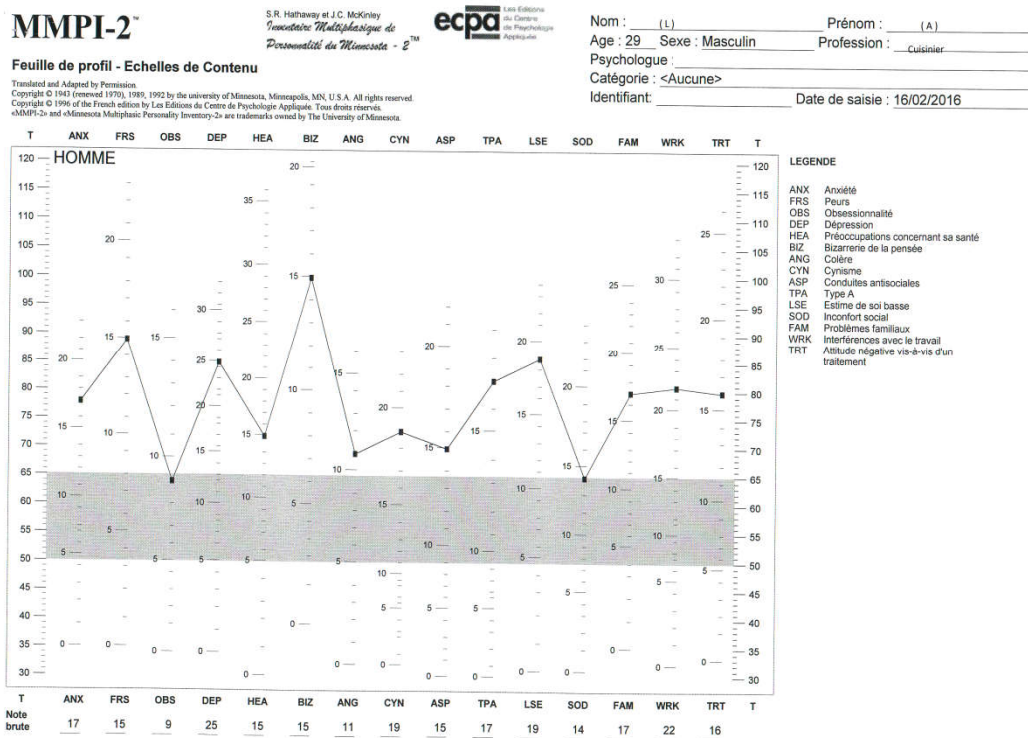
إذا لاحظنا القيم المعيارية على سلم هاريس ولانجو نجد بعض التفسيرات التي توضح سبب إرتفاع القيم المعيارية على السلم الأساسية الاكليبكية وخاصة المتعلقة بالتنظيم الذهاني حيث نجد قيمة معيارية T مرتفعة على كل منسلم البارانويا (Pa1) $T=98$ والتي تعبر عن وجود الأفكار الاضطهادية عند المفحوص أم سلم الفصام (Sc2) قيمته تساوي 98 تدل على نفور عاطفي و $Sc3=92$ هي تدل على نقص في التحكم في الذات في المستوى المعرفي و $sc1=98$ يدل على نفور اجتماعي أما على $sc4$ $sc6$ تساوي 83 وهما تدل على التوالي على نقص في التحكم في الذات على المستوى التخفيزي و وجود تجارب حسية غريبة قيمتها 75 تدل على نقص في التحكم للذات بسبب الكف وهي نفس القيمة المتحصل عليها في سلم الانحراف السيكوباتي والتي تفسر بوجود الخلاف العائلي أما على سلم الهيبوبانيا 104 بلغا قيمته 76 تدل على تضخيم في الأنا سلم الهستيريا 80 تدل على وجود عياء وتعب سلم $ma1=74$ يدل على انعدام التخلق $pds=74$ تدل على كره للذات مع سلم الاكتئاب في $d4$ $d5$ على التوالي تحصل على قيمة 74 وتدلان على بلادة الذهن والإجترارية و $d1=74$ تدل على الإكتئاب الذاتي، وتحصل في $ma2$ على 68 تدل على التسارع النفسي حركي وفي سلم الهتريا تساوي 67 وهي متعلقة بالشكاوي الجسدية (أنظر الشكل 6).

6 / السالم الاضافية أو التكميلية: Les echelles supplémentaires



الشكل 7: منحنيات نتائج السلام الإضافية للحالة الأولى بعد إنهاء العلاج Les echelles supplémentaire

القيم المعيارية المرتفعة كانت في سلم PS et PK بنفس القيمة التي بلغت 84 وهي دالة على اضطرابات التوتر مابعد الصدمة لكين Keane واضطرابات التوتر ما بعد الصدمة "لشلانجر" "Schlenger" وقيمة في سلم بلغت 81 ودلت على التوتر، أما في سلم MDS فقيمته 79 هو سلم المعانات الزوجية سلم التكيف عند الطلبة بلغت قيمته المعيارية 74 وكل هذه القيم هي فوق عتبة المتوسط وتدل على تفسيرات محتملة لأسباب الحصول على القيم المعيارية الدالة على الاضطرابات في السلام الأساسية الاكلينيكية (انظر الشكل 7).

6 – سلم المحتوى : Les echelles de contenu**الشكل 8: منحنيات نتائج سلم المحتوى للحالة الأولى بعد إنهاء العلاج Les echelles de contenu**

أعلى قيمة معيارية في سلم المحتوى خصت السلم المتعلق بغربة التفكير حيث القيمة المعيارية 100 وهي قيمة مرتفعة كثير عن المتوسط، بعدها نجد سلم frs الخاص بالخوف كانت القيمة 89 وعلى كل من سلم def و les تحصل الفحوص على قيمة معيارية 85 وهما متعلقان بالاكنتاب وانخفاض

تقدير الذات، أما في سلم tpa الخاصة بالنمط a نجد 82 وسلم WRK الخاص بالتدخلات مع العمل كانت القيمة المتحصل عليها تساوي 81 على سلم trt الدال على موقف أو وضعية سلبية اتجاه علاج ما ، سلم anx الخاص بالتوتر القيمة المتحصل عليها هي 78، سلم hea المتعلق بالانشغالات اتجاه الصحة القيمة كانت 72 ،سلم cyn الدال على الوقاحة وقلة الحياء القيمة 73 سلم asp الدال على التصرفات المضادة للمجتمع القيمة 69

على سلم ang الذي يدل على الغضب القيمة 68 أما السلام sod تساوي 65 المتعلقة عدم الراحة الاجتماعية سلم sod الدال على الاتجاذية أو الهساسية كانت القيمة 64 وهذين السلمين كانتا قيمتهما ضمن المستوى السلوك العادي أي ضمن المتوسط الدرجات ولم تدل على سببية مرضية لدى هذه الحالة بالتالي نلاحظ أن سلام المحتوى أظهرت وجود التفكير الغريب والمخاوف والتوتر والحفاظ تقدير الذات كما وجدنا قيمة سلم المشاكل العائلية والتصرفات المضادة للمجتمع والغضب ميزت القيم المرتفعة لديه هذه الأسباب المحتملة توافقت تماما مع المعطيات التي تحصلنا عليها في المقابلات تتبع الحالة ومع تاريخ الحالة الذي بين سابقا(أنظر الشكل8).

7 / ملخص عام عن نتائج دراسة الحالة الأولى على ضوء فرضيات الدراسة

من خلال تتبع الحالة والخطوات العلاجية المطبقة عليها وبعد الاستناد الى تحليل نتائج الرائز الشخصية المتعدد الأوجه المطبق على مرحلتين الأولى تشخيصية والثانية تقييمية لتطور الحالة وجدنا أن المفحوص استجاب ايجابيا للعلاج المقترح حيث من خلال الملاحظات التتبعية لاحظنا تحسن للمستوى العام لديه واستقرار لحالة الهذات التي كانت في بداية التكفل مسيطرة على تفكيره وتصرفاته سواء في داخل العائلة أو في الوسط الاجتماعي وكذلك أثناء المقابلات الأولية وبعد التعمق في الحالة ووضع الخطة العلاجية وجدنا تفاعلا ايجابيا مع كل التعليمات العلاجية المقترحة على المفحوص خاصة المتعلقة بالادماج في مجموعات العلاج الجماعي والالتزام بالعلاج الدوائي بشكل متواصل كما أنه تفاعل جيدا مع المحاولات الاندماجية في مجموعات العمل والتكوين، وبمبادرة منه في نهاية العلاج قرر إعادة التسجيل في الدراسة لكي يتحصل على شهادة باكالوريا ثم مواصلة الدراسة الجامعية وبالفعل كان يدرس بجد وتحصل على شهادة البكالوريا لهذه السنة الدراسية، وذلك على الرغم من أننا أدمجناه في مجموعة التكوين المهني حيث أتم تكوينه وتحصل على شهادة تكوينية في الطبخ وصنع الحلويات بتقدير ممتاز وشرع في العمل عند أحد الخواص لكنه أصر على الحصول على شهادة البكالوريا في نفس الوقت

على مستوى السلوك المضاد للأسرة وللمجتمع كان المفحوص في البداية جد عدواني وكلامه يتمحور على التفكير بالتأثر وايزاء الناس خاصة الوالدين اللذين يحملهما المسؤولية عن مشاكله في الطفولة في المدرسة خاصة الأم التي كانت مدرسة بنفس المؤسسة ولم تكن تساعد على تخطي هذه الصعوبات مع رفاقه والمدرسين بل كانت دائما تقسو عليه أو حتى عندما كان الأب يقسو عليه بالشتائم وتقليل الشأن ما تعرض للاستغلال الجنسي في صغره وذلك وفق ما يقوله المفحوص و إحساسه بالظلم والاضطهاد مع شعور بالذنب والمسؤولية بسس عدم تشجيعه على الدفاع على نفسه في سن طفولته ويعود الى المعتدي مرات عديدة كما أنه لم يكن متوافقا مدرسا لاحساسه بالتأخر والنقص الفكري وعدم أهليته الفكرية والجسيدة وكان يصمت اتجاه المشاكسات والشتائم الموجهة اليه عن وملائه ومن المدرسين لكن عندما تجرأ ويتحدث في سن متقدمة من المراهقة لم يجد عائلته بجواره وذلك ما تمنى لديه حقدا ورغبة في الأخذ بالتأثر خاصة من الأب والأم.

على المستوى العلاجي لم يتفاعل والوالدين مع العلاج العائلي فقد تم استدعائهما عدة مرات لكن لم يحضرا عدى الأم أحيانا و الأخت الكبرى والأخ الأكبر اللذين كانا يساندانه دائما في كل الخطوات العلاجية، وهذا مالم يساعدنا أحيانا في التقدم في العلاج لكن الدافعية الكبيرة لدى المفحوص للعلاج وتغيير الحالة النفسية كانت جد مشجعة وساعدنا على الوصول وتحقيق خطوات ففي المراحل النهائية للعلاج لاحظنا تغيرا كبير على المفحوص سواء في المظهر الخارجي حيث أصبح حريصا على الإلتزام بالهندام الجميل المرتب وأصبح أكثر اتزان واستقرت الأفكار الهذائية لديه وغير انه تجاوز حقه مع الام والمجتمع الا ان علاقته مع الاب بقيت مضطربة لصعوبة طبع هذا الاخير وعدم تفهم حالته

على مستوى العاطفي قام المفحوص ببناء علاقة عاطفية قائمة على الوعد بالزواج وتأسيس عائلة لكن بقيت لديه مخاوف مهيمنة عليه بخصوص إمكانية حدوث الاستغلال الجنسي لأبنائه كما حدث له هو في صغره وهذه الأفكار بقيت مقاومة وظهر ذلك جليا في سلاله المحتوى

على المستوى الانفعالي سيطر على المفحوص في بداية العلاج الغضب والحقد والعدوانية كما كان يتميز بالانطواء والاكنتاب والكلام البذيئ والخطط المبنية بشكل منتظم للأخذ بالتأثر او التعدي على أحدهم حتى يضره أنه متمكن ويبرهن للمجتمع، وهذه الخطط كانت في مجملها مستحوات من الافلام والروايات الاسطورية وتكتسي الطابع الخيالي الخرافي لكن في النهاية العلاج وبعد الإلتزام ببعض التعليمات العلاجية من بينها الامتناع على مشاهدة الافلام وتتبع الاخبار مع ادماجه في التكوين واشتغال

الوقت بالممارسة الرياضية والدراسة والعمل التطوعي سواء في المسجد او الجمعيات تعود للظهور هذه الافكار عندما يواجه مشاكل عائلية أو تصادم مع الاب

على مستوى العلاقات العائلية كما قلنا بقيت العلاقة مع الأب مشوشة قليلا ليس كما كانت سابقا لدى المفحوص ويجب أن يبقى بعيدا عليه ويتجاهل توبيخات وشتائم الأب ويتحكم في تصرفاته العدوانية ، أما مع الأم فقد قرر أن يتجاوز الخلاف والحقد اللذان كان يكتنهما لها وقد تحدث معها على انفراد عدة مرات لتوضيح الأمور مما ساعده على اخذ القرار بمسامحة الأم وتفهمها.

على المستوى الاجتماعي قام المفحوص ببناء علاقات جد مرضية حيث اعتاد الذهاب للمسجد فطلبنا من المرشد الديني أن يتدخل في اسناد علاج المفحوص بتوجيهه وتقديم شروح بخصوص الافكار والهواجس التي تشغله خاصة تلك المتعلقة باحساسه بالذنب لرضوخه للاستغلال الجنسي في طفولته هنا، تعاون معنا المرشد ووضح للمفحوص عدم مسؤوليته عما حدث له لكونه هو الضحية لسلوك شاذ ،بالتالي لا يتوجب إقامة الحد عليه هو بل على الجاني، حيث كانت تتملكه فكرة وجوب تعرضه للحد لأنه مذنّب عندما قبل بالرضوخ المعتدي ،والحد بأن يلقي به من أعلى جبل كما هو مفروض على من يقوم بسلوك اللواط، قد أعطى تواصل المفحوص مع الإمام راحة نفسية كبيرة وساعد على استقرار بعض الأفكار الاستحواذية الضاغطة على تفكير المريض ما هيأ الفرص أمامنا لادماج المفحوص ضمن نشاطات هامة وبالتالي بناء أهداف مستقبلية،تواصل المفحوص مع المرشد الديني كان منتظما من فترة لأخرى وفي نهاية هذه المرحلة لاحظنا على المفحوص ميول للالتزام الديني معارضا بذلك نمط التوجه السائد في الاسرة وفرض ارادته على الجميع بذلك أصبح للمفحوص علاقات اجتماعية متعددة وتواصل مع الاخرين ذلك ما ساعدنا على التحكم في حالة الاكتئاب والعزلة التي كان يعاني منها حيث أصبحت غير موجودة في نمط العلاج وذلك ما أظهرته أيضا نتائج اختبار الشخصية المتعددة الأوجه □

بمقارنة نتائج رائز الشخصية متعددة الأوجه في مرحلة التطبيق الأولى والتطبيق ما بعد العلاج نجد في المرحلة الأولى رمز الحالة كان كالتالي :

$8^{**} * 6127'' 3 \text{ ' } 49 - 0/5 \text{ f } !!^{**} * \text{ ' ' } - \text{ ' } / k$

كل المؤشرات الصديق كانت ضمن المتوسط دالة على وضعية نموذجية لتمرير الاختبار وعلى استعداد من طرف المفحوص للتعاون، وهو مؤشر عن وجود سبل كافية للتدخل العلاجي ويدل على ذلك

صدق هذا السلم، على الخلاف درجة سلم الإجابات النادرة كانت جد مرتفعة وكذلك سلم لا أعلم، ما يدل على أن مصداقيته مؤكدة وهذا النمط النموذجي للتفكير البارنويدي لكن بما أننا أمام حالة مرضية تدرس للإستقصاء فإن هذا البروتوكول صالح للتحليل في البحث والدراسة، هذه الدرجات أظهرت تعاون المريض في الاجابات لكن ربما كان يميل إلى المبالغة فيإظهار الإضطرابات بجذب الانتباه، وأن لديه كفاءة محدودة في القراءة والإتصال ، ولقد إقتربت قيم الدرجات على سلم TRIN et VRIN من المتوسط وهو ما يدل على أن المفحوص لم يكن يميل إلى النمطية ولا الإهمال من الاجابة عن البنود.

قيم منخفضة تدل على أن المفحوص لم يحاول إظهار نفسه كشخص مميز أو منفصل وبملاحظة درجة k التي كانت متوسطة نستنتج أن المفحوص بقي منفتح على حماية نفسه

مؤشرات صدق الإختبار أظهرت أن المفحوص يميل للتعاون والإنتفاع والإنضباط والإرتياح بخصوص صورته الذاتية ولم يحاول تمييز نفسه لكنه يميل الى المبالغة في اظهار اضطراباته لجذب الانتباه، وكان البروتوكول قابلا للتحليل لأهداف البحث رغم قيم سلم الكذب F المرتفعة جدا

درجته الأكثر إرتفاعا في السلام الإكلينيكية كانت في السلم 8 هي 101 دالة على الميل المشوش المختل في التنظيم وسلوكات هذائية غريبة وشاذة، إتصال سيء مع الواقع، إنسحاب إجتماعي وانطواء على الذات مع وجود الهلاوس. قيمة السلم التي كانت أيضا جد مرتفعة هي السلم رقم 6 بلغت 84 وهي درجة مرتفعة جدا، تدل على وجود اضطراب في التعليم ومعتقدات مغلطة أو أفكار مرجعية مع ميل للثأر والحدود الاجترارية، هذه الأفكار كما يظهر ذلك إمكانية المرور للفعل تحت تأثير هذه الهذات والهلاوس

كما تحصل على 3 قيم متساوية في السلام 1 و 2 و 7 هي 82 وهي قيم مرتفعة جدا تدل على وجود إجترارية فكرية وطقوس صارمة متعددة مع ميل إلى التصديق بالخرافية والإحساس بالذنب والفرع والمخاوف، تدعم هذه الإفتراضات قيم سلم الهيبوكوندري حيث أظهر الميل إلى التنظيم الفصامي، الأفكار الهذائية والميل إلى الشكاوي المتعددة وسلم الإكتئاب أيضا كانت درجتها بنفس القيمة، دلت على الانطواءات على الذات بسبب الإحساس بالذنب والدونية وعدم الكفاءة مع سيطرت أفكار الموت والإنقار.

قيمة سلم الهستيرية السلم 3 كانت هي الموالية بدرجة 72 وهي درجة مرتفعة تظهر أن المفحوص يوظف ميكانيزمات الإنكار والتفكك ووجود شكاوي جسدية ونقص في التكيف أو الإنكار والتفكك ووجود

شكاوي جسدية ونقص في التكيف أو السذاجة أو الميول إلى التظاهر مع وجود الشبقية. قيمتي السلم 4 و 9 كانت متساوية 69 وهي درجة مرتفعة تدل على مشكلة مع السلطة والعداية والتمرد مع الميول للحركة استمرار والمعاناة من مشاكل مهنية وأسرية استجاباته العاطفية سطحية، قد يمتلكه إحساس بالعار والذنب كما أن إنجازاته لا تناسب قدراته الحقيقية، أما سلم الهيومانيا فقد دل على أن المفحوص مفرط حركيا ويميل إلى التهيج والإستثارة بسهولة، لا يتحلى بالصبر ويعاني من الهذيان.

القيم في السلم 0 كانت في المتوسط 57 والسلم 5 تحت المتوسط 48 هذا ما أكد فرضية أن المفحوص منظم وصارم وحذر لذلك فهو غير متفاعل إجتماعيا لكنه يملك الحس العملي.

عموما بروتوكول هذه الحالة يؤكد ميل المفحوص الى التنظيم الذهاني البارافيني المتميز بسيطرة الأفكار الهذائية المزمنة ما يعكس اضطراب هام مع الواقع وذلك ورغم ميله للإلتباط والجدية إلا أن هذه الصفة قد تشجع مروره للفعل بسهولة، وقد أظهر هذا البروتوكول أيضا اضطرابا على مستوى سلال العصاب ما يعكس سبب وجود التوتر والقلق والإنفعال الشديد الذي يميز سلوكاته.

أصحاب البروفيل من نوع 68/86 يظهرون اضطراب هام مع الواقع مع سيطرت هذات الإضطهاد والعظمة وإحساس بالذنب والدونية في نفس الوقت، كما يميلون إلى الإعتقاد بوجود الخرافات والأفكار المرجعية المغلطة ما يدل على اتصال مشوش مع الواقع، الإنطواء على الذات مع وجود الإجتراية الفكرية يزيد من هذه الصراع النفسي هذا ما يؤكد فرضيتنا المطروحة، من جهة أخرى تحليل هذه النتائج تأكدت بالملاحظات والمعطيات التي جمعت الحالة خلال فترة دراستها حيث عانى المفحوص من مشاكل عائلية وعدم تكيف داخل المحيط المدرسي بسبب الإحساس بالدونية لذلك نجد سلم سوء تقدير الذات جد مرتفع فتواجهه في محيط عائلي واجتماعي غير متفهم ومليئ بالصراعات ساهم في تفاقم الحالة المرضية واختلال الوضع النفسي العام كما أن طبيعة الانتماء الثقافي الاجتماعي للعائلة أعطاه الاحتفاء بالتميز والعظمة وتعارض هذه الميولات ولدت الصراع والحصص النفسي وعدم الإستقرار العام.

-مرحلة إعادة التطبيق للرائز:

الدرجات في سلال الصدق إنخفضت مقارنة بمرحلة التطبيق الأولى وبقيت قيمة سلم الإجابات النادرة 103 وهي درجة مرتفعة جدا ما يدل على إحصالية عدم الصدق وقد يكون السبب هو أن إعطاء الاجابات بالصدفة أو الصعوبات في القراءة أو المبالغة في الإضطرابات وقد تكون القيم في سلم الكذب منخفضة

36 تدل على أن المفحوص يحاول التظاهر والمبالغة في اضطراباته كما قد يدل على أنه أعطى إجابات منتظمة بسبب الإستهزاء أو الثقة الزائدة بالنفس، الدرجة في سلم الكذب كانت أيضا منخفضة تدل على وجود إجابات صحيحة بانتظام وهو دليل عن توظيف دفاعات غير ملائمة وشكوك مبالغة أو نقد لنفسه والآخرين.

القيمة المنخفضة على سلم التصحيح K تدل على أن الفحوص قام بمجهود متواصل للمبالغة في مشاكله العاطفية وصعوباته في التكيف.

القيمة المتحصل عليها على سلم Fb كانت أيضا مرتفعة ما يدل على أن المفحوص حافظ على علوية الانتباه وشاركة في الرأى في قسميه وكانت قيم $vrin$ و $trin$ ضمن المتوسط ما يدل على أنه يحترم مضمون البنود ولم يعطي إجابات نمطية واحدة دون العودة للمضمون أي أنه يحترم محتوى البنود ولم يهملها

في السلام الانكليزيكية أعلى قيمة كانت في السلم 8 وهي 89 وهي قيمة مرتفعة جدا تدل على التفكير المشوش والتنظيم المختل أو السلوكات الهذائية شاذة مع انسحاب إجتماعي والاتصال سيء مع الواقع والهلاوس. في سلم 6 تحصل على قيمة 84 وهي قيمة تقع في نفس مستوى السلم 8 المستوى المرتفع جدا تفسر بوجود اضطرابات التفكير والاعتقادات المغلطة والمرجعية مع ميل التأثير والحد كما قد يكون يتصرف تحت تأثير الهلاوس، السلمين 9 و 7 كانت القيمة t فيهما متساوية تقريبا تراوحت بين 78 و 79

إكلينيكيا ميل المفحوص في سلوكاته إلى العظمة والغضب والإنفعال السريع مع فرط في الحركة والإندفاعية في اتخاذ القرارات مع تشوش الأفكار والتشاكى ، النواح باستمرار كما يميل إلى الاجترارية الفكرية والإنترام بالطوقس الصارمة المتشددة والاعتقادات بالخرافات مع الاحساس بالذنب والتوتر السلم 0 كانت قيمته 71 وهي قيمة مرتفعة تظهر أن المفحوص مغلق على ذاته ويميل إلى الخجل والشكول ولديه نقص في الثقة في النفس، متجههم وصارم.

على السلام 1 و 2 و 3 كانت القيم t متقاربة وتقع في المستوى المتوسط تراوحت بين 64 و 65 وهي قيم متوسطة تدل على اضطرابات في الثالث العصابي في المرحلة الأولى قبل العلاج ثم استقرت كلها ضمن المتوسط العادي بعدما كانت جد مرتفعة في المرحلة الأولى وهو مؤشر جيد على الاستقرار

الانفعالي لديه وعن نجاح البرنامج العلاجي المتبع معه وهو مؤشر رأينا مدى تفاعل الفحوص واستعداد للعلاج رغم عدم تعاون الوسط العائلي معه من جهة أخرى يدل ذلك على تخلص المفحوص من الميول المسودوية والانطواء والافكار الانتحارية مع توجه للمستقبل بإيجابية أكثر.

في السلم 4 تحصل على $61=T$ وهي القيمة أيضا استقرت ضمن متوسط بعدما كانت جد مرتفعة قبيل العلاج وهو ما يدل على ان هذا المفحوص يميل الى الابتكار والتخيل وإثبات نفسه وأنه أصبح أكثر اجتماعية مما كان عليه قبلا، رغم بقاءه إندفاعي إلا أنه لم يظهر في هذه المرحلة ميولات للعدائية والتمرد او مشاكل مهنية او عاطفية ولم يصبح يهيمن عليه الاحساس بالذنب والعار كما كان في المرحلة الاولى في السلم (5) تحصل المفحوص على اقل درجة لـ $(42=T)$ وهي قيمة (Modal) تدل على انه انسان عملي وواقعي لديه اللياقة الاجتماعية وليس لديه صراع بخصوص الهوية الجنسية، وذلك رغم ما تعرف له من اعتداء جنسي في صغره إلا أنه تجاوز ذلك في هذه المرحلة.

نلاحظ عموما أن هذه الحالة أظهرت تحسنا في معظم السلام الإكلينيكية خاصة المتعلقة بالثالث العصابي والانحراف السيكوباتي، حيث أصبحت القيم ضمن المتوسط العادي بعدما كانت مرتفعة في المرحلة الاولى أو بقاء بعض السلام في الثالث الذهاني مرتفعة فذلك يظهر نمط التنظيم الشخصي لهذا المفحوص وذلك ما يؤكد فرضيتنا الاولى في هذا البحث ويثبتها كما ان إستقرار السلام في الثالث العصابي يظهر سبب استقرار الحالة العامة للمفحوص وتمكننا من السيطرة على ظهور الهذات لديه رغم بقاءها في التنظيم الشخصي واستقرار الحالة العامة كان نتيجة مباشرة للبرنامج العلاجي المتكامل وهو ما ساعد المفحوص على تكوين نظرة ايجابية للمستقبل بعدما كان جد سوداويا متسمة بمشاعر الحقد والعداوية والاضطهاد، في هذه المرحلة أصبح المفحوص يبني مشاريع لحياته العاطفية على منطق المصارحة وأصبح يتحدث عن كيفية إنشاء أبنائه وعن مشاريع مهنية كما تمكن من إتمام تكوينه المهني وايجاد وظيفة يعمل فيها حاليا، وقد قام بإعادة التسجيل في شهادة البكالوريا من أجل إتمام دراسته، اما على المستوى العائلي فقد تمكن من التعبير عن مشاعره اتجاه أمه التي يقول أنه تصالح معها وسامحها ومع إخوته وعائلته الكبيرة التي يحبهم جدا، كما كون علاقات اجتماعية متنوعة بثقة كبيرة محاولا دائما فهم الآخرين وإيصال ما يفكر فيه للآخرين اي قد بنى علاقات على اساس التواصل وهي خطوة كبيرة اتجاه الواقع.

1.1. 2/دراسة الحالة الثانية:

الاسم: (ن.أ) الجنس: ذكر

العمر: 55 سنة المستوى الدراسي: 9 أساسي

المهنة: رئيس الطباخين الحالة الاجتماعية: متزوج

البيئة الاجتماعية: حضرية عدد الإخوة والأخوات: 6

الترتيب العائلي: الابن الأصغر

1.2.1 / مشكلة الحالة:

تعاني الحالة من هذات مزمنة متعلقة بالشعور بالتفوق والعظمة متزامنة بهذات الاضطهاد، خاصة من طرف أفراد العائلة ككل والمحيط الاجتماعي، حيث يعتبر أن الكل يتربص به ويحكيون له المكائد لأنهم حاقدين و يغارون منه لكونه متميز وهو الوريث الذكر الوحيد لعائلة ثرية. كما أنه يرى نفسه متفوق فكريا ومهنيا لذلك يحاول الآخرون إلحاق الأذى بهكما يعاني المفحوص من أفكار تخيلية واسعة تتمحور حول بناء العالم المثالي سياسيا وإمكانيته قيادة العالم.

2.2.1 / تقديم تاريخ الحالة:

الحالة الثانية (ن.أ)، ذكر يبلغ من العمر 55 سنة الابن الأصغر لعائلة مكونة من 7 أبناء

(66 إناث – 1 ذكر)، قاطن بالجزائر العاصمة، المستوى الدراسي 9 أساسي، إمتن في الطبخ

بصفة رئيس (شاف) الطباخين في محلات والده ثم سافر إلى إنجلترا حيث عمل هناك في طبخ الحلويات لمدة 3 سنوات، متزوج و أب لثلاثة أبناء ذكور، ينتمي لعائلة ذات مستوى إقتصادي ثقافي لأبأس بهما، الهيئة الخارجية جيدة و المظهر جيد، عانى من اضطرابات هذائية ووساوس قهرية عندما كان مغتربا ما دفعه لتناول أدوية لكن دون استشارة الطبيب المختص، الهذات كانت متعلقة بالاضطهاد و العظمة حيث كان يعتبر نفسه وحيد من نوعه وعمله لا يمكن أن يضاهيه أحد، و أنه يرى ويفهم كل شيء في العالم لكن الآخرين يحقدون عليه ويتربصون به الأذى، هذه الهذات عانى منها قبل سفره لكن زادت حدتها في المهجر، حاليا جاء إلى الفحص النفسي بإرادته و قد توقف عن تناول المهدئات وأستقر

بالجزائر العاصمة مع زوجته وأبنائه.

تبين من خلال تتبع تاريخ الحالة أن المفحوص كان يعاني من قساوة الأب معه وحرمان عاطفي خاصة بعد وفاة الأم حيث كان في عمره 7 سنوات، الأب كان متزوجا من زوجتين، الأولى له معها ستة بنات والثانية أم المفحوص وله معها فقط ابن واحد ذكر وهو المفحوص، بعد وفاة الأم تزوج الأب للمرة الثالثة لأنه لم يكن يتواصل بعلاقة ود مع الزوجة الأولى ولا يزورها، هذه الزوجة الثالثة لم تكن ودودة مع المفحوص ولم تعوضه عن فقدان أمه بل كانت تكيد له المكائد وتحاول دائما إحداث المشاكل له مع أبيه.

• العائلة:

- الأب: على قيد الحياة لكنه متقدم في السن (93 سنة)، كان يملك محلات لتحضير الحلويات، المستوى الثقافي للأبأس به رغم أنه حقق الدارسات الابتدائية فقط في عهد الاستعمار، هو الابن الوحيد الذكر المتبقي في عائلته، من أصل عاصمي يمتلك طبعا صارما وحكمة كبيرة وفق ماقاله المفحوص، حيث عانى كثيرا هذا الخير من صرامة الأب وقساوته منذ الصغر ومازاد الأمر حدة وفاة الأم وفقدان حنانها.

- الأم: متوفاة منذ أن كان المفحوص في السابعة من عمره ولا يتذكر الكثير عنها سوى أنها كانت حنونة وصبورة، سبب الوفاة كان مرض ذهاني لم يشخص بدقة في ذلك الوقت لكن وفق المفحوص كانت الأم تعاني من هلاوس وتخيلات ووساوس مرضية.

- الإخوة: للمفحوص 6 أخوات متزوجات ولهن أبناء، الأخوات يكبرن المفحوص كثيرا حيث أن الأصغر منهن تزوجت حين كان هو طفلا صغيرا، على العموم لا تربطه بهن علاقات جيدة لأنه يعتقد أنهن يغرن منه لأنه الذكر الذي سوف يرث كل شيء وأن أزواجهن يريدون قتله أو إيذائه من أجل الحصول على الميراث الذي يعتقد أن الأب سوف يتركه فقط له لأنه حامل إسم العائلة.

• العلاقة مع الزوجة: الزوجة هي ابنة عم المفحوص تكبره سنا بسنة واحدة، تزوج منها من غير إقتناع حيث أرغه الأب على ذلك ولم يطلب حتى رأيه أو موافقته على هذا الزواج بل كان زواجا تقليديا محضرا دون رضى المفحوص، لديه مع هذه الزوجة 3 أبناء ذكور يقدم لهم تربية صارمة لأن التربية يجب أن تتسم بالصرامة وفق المفحوص فالقساوة هي التي تعلم الأبناء كما يقول دائما في كلامه، أما عن علاقته مع الزوجة فهي علاقة جد مضطربة تشوبها الشوك بأن زوجته تقوم بسحره دائما وتقوم بأعمال شيطانية كما أنه يراها دائما على صورة مشوهة ويقول أنه عينيها مليئة بالنيران لأنها تقوم بالسحر هي وأمها بهدف التحكم في إدارة المفحوص وتفكيره بالتالي إستغلال كل أمواله، هذه الأفكار كانت دائما سبب الخلاف

حيث وصل الأمر إلى الطلاق لمرتين وحاول حتى خطبة امرأة أخرى وسرعانما بضغط من العائلة تراجع وصالح زوجته لمصلحة الأبناء لكنه بقي مهاجرا زوجته في المبيت والأكل .

- **العلاقات مع الأصدقاء:** ليس للمفحوص علاقات إجتماعية كثيرة سوى صديق واحد في المهجر مازال يتواصل معه، أما في محيطه فيعتبر أن كل الناس يتواصلون معه لهدف الفائدة واستغلاله أو التجسس عليه لإيذائه لذلك فهو يجتنبهم.

المفحوص دون عمل حاليا رغم وجود الإمكانيات للعمل، فهو يعتمد كلياً على الأب في معاشه الاقتصادي لأنه وفق ما يرى أن كل هذه الأموال موجودة فلا حاجة له للعمل. كما انه إذا زاول عملاً ما سوف يثير انتباه الآخرين لكونه مميز جداً وذلك ما سوف يوقض حسدهم و مكائدهم ضده.

• **السوايق المرضية الشخصية والعائلية:**

بداية ظهور الأفكار الهذائية لدى المفحوص كان في سن الرشد في العشرينات قبل سفره إلى المهجر وقبل زواجه، بعد سفره إستقر في منطقة ريفية وكان يستأجر غرفة في فندق هناك، وفق ما يقوله المفحوص أن البيئة المناخية هناك أضرت به كثيراً حيث بدأ يعاني من الإكتئاب والوسواس لأن الجو كان دائماً مغيماً بالسحب والضباب وكان ذلك يقلقه ويحزنه كثيراً لأنه يخفي لديه الإبداع والحس الفني فهيمنة اللون الرمادي على الجو وغياب الألوان يوحيان له بالإكتئاب، وكان يضمن أن هذا الضباب يتقصده عمداً ليخفي ألوان الحياة الجميلة التي تلهمه الابتكار في الطبخ، في هذه المرحلة بدأ المفحوص يتناول بعض المهدئات دون إستشارة طبية، بعد عودته للوطن تفاقم الأمر حيث أصبح عدوانياً ولا يأتمن لأحد خاصة الزوجة وأزواج الأخوات الذين يعتقد أنهم كانوا يحاولون قتله، قام في هذه الفترة بإستشارة طبيب الأمراض العصبية الذي وصف له الأدوية المناسبة وشخص إصابته بأنها هذات مزمنة مهيكلية.

حاليا المفحوص جاء للفحص النفسي بإرادته بعد إستشارة طبيبة الأمراض العقلية العاملة معنا في القطاع الصحي حيث استمر العلاج بالتناسق معها.

على المستوى العائلي: الأم توفيت بسبب مرض ذهاني لم يشخص آنذاك، أما الأخوة

و الأب فلا توجد إصابة ذهانية تذكر لديهم.

• التطور النفسي الحسي الحركي للمفحوص:

المفحوص هو الإبن الصغر للعائلة، الحمل كان مرغوبا به و طبيعيا لم تكن خلاله أو خلال الولادة مشاكل صحية تذكر، إلا أن الجو الأسرى كان مضطربا بسبب مرض الأم و قساوة الأب، حيث كبر المفحوص في حرمان عاطفي حتى من جانب الأب الذي كان يحاول دائما أن يقلل من شأنه أمام الآخرين ويقسو عليه.

تطوره الحركي الحسي كان طبيعياً ودون مشاكل صحية، إكتساب الكلام والنظافة تماماً في الوقت المناسب وبدون عوائق، التمدرس كان في سن السادسة لكن المفحوص كان خجولا جدا ومنعزلا في سن 7 سنوات توفيت الأم وعاود الأب الزواج في نفس السنة، هذه الزوجة كانت غير حنونة ولا تحب المفحوص.

التمدرس: كان المستوى الدراسي جيدا لدى المفحوص لكن بسبب إنشغاله في التجارة مع الأب ومحاولة ملازمة لتعلم المهنة أهمل المفحوص دراسته وتخلّى عنها في مستوى 9 أساسي وهو لا يزال نادما على ذلك إلى يومنا.

• العلاج المقدم للحالة:

أولاً: توجه المفحوص لاستشارة طبيب الأمراض العقلية بعد تفاقم حالته خاصة بعد نوبات الوسواس والشكوك نحو سلوك ونوايا الزوجة حيث كان ملازما للعلاج منذ 7 سنوات، وجه إلى مستوى الفحص النفسي منذ 3 سنوات حيث سطرنا لبرنامج علاجي متكامل.

المفحوص جد متعاون في العلاج وملتزم بمواعيده، لكن على مستوى العلاج الأدوية كان ينقطع أحيانا لأنه يعتقد أن الدواء يأذيه وقد استلزم منا ذلك عملا متمركز على إعادة تصحيح الأفكار بخصوص العلاج الدوائي، حاليا هو تحت العلاج الدوائي بشكل جيد ما ساعد على إستقرار حالته وعلى المضي إيجابيا في العلاج النفسي.

ثانيا: المقابلة النصف موجهة مع المفحوص:

خضع المفحوص للعلاج النفسي بتوظيف المقابلة النصف موجهة، وقد دام العلاج مدة 3 سنوات بمعدل حصة في الأسبوع حدد فيها أهداف علاجية مسطرة ومتابعة متواصلة للحالة مع جمع كل

الملاحظات العيادية الممكنة، وأجريت أثناء هذه الفترة مقابلات خاصة بتطبيق الرائز التشخيصي والتقييمي المحدد في هذه الدراسة، طبق في المرحلة الأولى للهدف التشخيصي أما في المرحلة الثانية فكان الهدف تقييما لتطور الحالة وتقيم البرنامج العلاجي.

ثالثاً: المقابلة النصف موجهة مع الأهل:

تم استدعاء زوجة المفحوص وأبناءه وكذلك الوالد، لكن بسبب سوء الحالة الصحية للأب لم يتمكن من تلبية الإ استدعاء رغم أنه كان حريصا على علاج المفحوص ويتتبع حالته باهتمام وفق ما قاله أفراد العائلة الذين حضروا، كما إستجابت بالحضور الأخت الكبرى للمفحوص والتي كانت جد متعاونة في العلاج، وتم من خلال مقابلة العائلة إرشاده لطريقة التعامل مع حالة المفحوص وتصحيح بعض الأفكار خاصة المتعلقة الإعتقاد بالسحر والشعوذة، الزوجة كانت تميل إلى الاعتقاد بأن زوجها أصيب بالمس. بعد العمل مع العائلة في حصص علاجية و إرشادية ظهر تغير ملموس لدى المفحوص الذي كان لا يحب البقاء في المنزل أو برفقة أحد من أفراد العائلة اعتقادا منه أنهم سوف يؤذونه، تصححت هذه الأفكار مع تدعيم العلاقات العائلية للمفحوص وإشراك الأطراف ذات العلاقة في علاج الحالة.

أجريت مقابلتين مع الأخت الكبرى تم خلالهما إستيقاء معلومات هامة حول حياة المفحوص وطفولته وعلاقاته داخل الأسرة، كما أجريت 3 مقابلات مع الزوجة جمعت خلالها ملاحظات هامة وبيانات وتم التوصل إلى تقييم سلوكيات ملاحظة على الحالة كما قمنا بإسناد العلاقة بين الزوجين وإرشاد الزوجة بخصوص طبيعة الإضطراب الذي يعاني منه زوجها، وساعد وجود الأبناء في تصحيح بعض السلوكات داخل الأسرة من أجل تحقيق تقدم إيجابي وفعال في العلاج المتكامل بإشراك كل الأطراف ذات الصلة المباشرة مع المفحوص.

رابعاً: إدماج المفحوص في العلاج الجماعي:

بالتعاون مع الطبيب المختص بالأمراض العقلية، أدمج المفحوص في جماعة للعلاج النفسي الجماعي، في البداية لم يتعاون المفحوص كثيرا وكان ينقطع عن الحصص المخصصة للجماعة وعند الإستفسار في الحصص الفردية تبين أنه يعتقد أنه ليس مريضا مثلهم بل هو فقط ذكي جدا ومتفوق على جميع الناس ويقول الأمور كما هي دون تزييف وإذا خضع لهذا العلاج الجماعي فسوف يقومون بإيذائه ذهنيا، وكان لزاما تصحيح هذه الأفكار وتدعيم العلاج بالمقابلات الجماعية بعد تحضير المفحوص لها.

هذا التجنب والتبرير كانا نفسيهما المقدم بخصوص تناول الأدوية، لكن بعد محاولات عدة خضع المفحوص للبرنامج كما سطر، هذا ما ساعدنا في التقدم بالعلاج وتحقيق إستقرار نفسي إنفعالي لدى الحالة.

خامسا: توجيه المفحوص للعلاج بالعمل

كما أوضحنا سابقا فإن المفحوص يمتن مهنة صنع الحلويات الراقية وهو بارع بذلك كثيرافقد أحضر معه في إحدى الحصص صورة و نماذج حية لما يقوم بصنعه و صور لما كان يصنعه في المهجر كما أحضر ابنه صور له وهو يعمل ويحقق تحفا فنية لا يستهان بها. لذلك وتدعيما لهوايته حاولنا إعادة إدماج المفحوص في نشاط مهني يحبه و يميل إليه و بسبب رفضه المتواصل العودة للعمل الفعلي قمنا بإقتراح إنجاز كتاب أو مجلة مخصصة لجمع أعماله وتوضيح كيفية إنجازها. هذه الفكرة أعجبت المفحوص كثيرا وباشرفيها بكل إصرار، كما حاولنا توجيهه إلى إنشاء مجموعة من الطلبة لتعليمهم المهنة و قد بدأ بتعليم ابنه حيث واصلنا كل التكوين على يد المفحوص، حاليا يعملان في أحد الفنادق المعروفة والراقية. هذه الانشغالات الوظيفية أدمجت المفحوص في عالم الشغل بشكل غير مباشر وهو ما أعطاه تقديرا للنفس ومكانة إجتماعية هامة إسترجع من خلالها ثقتهبالنفس وبنى مشاريع مستقبلية ماساعده على تجاوز الحديث عن الماضي وذكريات الغربة وتحصره على ما فاتته منها عندما كان مرغما على العودة إلى الوطن، كما تمكن من تكوين علاقات إجتماعية جديدة والتخلص من إنعزاله الاجتماعي الذي عانى منه سابقا.

سادسا: دور المرشد الديني:

من بين الهذات التي كانت مسيطرة على المفحوص هو أنه مسحور وأن زوجته وأفراد عائلته يقومون بأفعال شيطانية بهدف إيذائه، هذا الهذاء، دفع المفحوص إلى الإنعزال وتوليد أفكار هذائية أخرى متعلقة بالاضطهاد والإعتقادات الغيبية وحتى نحدّ من سيطرة على هذه الأفكار قمنا بتوجيه العائلة إلى الإستعانة بالمرشد الديني ليؤكد للمفحوص أنه غير مصاب بكل ذلك وبالفعل بعد أن أجرى المفحوص رقية شرعية شرح له الراقي أن ما به هو مرض نفسي وعليه معالجته عند المختص وأكد أنه غير مصاب بهذه الأمور الغيبية، لكن لم يقتنع المفحوص بذلك إلا بعد ما استشار راق آخر وأكد له نفس ما قاله الراقي الأول.

عندما تحدث المفحوص عن ذهابه للرقية الشرعية دعمنا هذه الفكرة علماً بأن ذلك سيعود بالفائدة على برنامجنا العلاجي لكونه سوف يصحح الإعتقادات المغلطة سواء لدى المفحوص أو المحيط العائلي وهو ما سيساعد في التركيز أكثر على العلاج النفسي فيما بعد ذلك وهو ما حدث فعلاً حيث أصبح المفحوص بعد هذه المرحلة أكثر إلتماً بمواعيده وبالعمل في البرنامج العلاجي المسطر له، تدخل المرشد الديني كان في منتصف المرحلة العلاجية.

4.2.11/ نتائج الاختبار المطبق مع الحالة الثانية:

طبق على الحالة رائز الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا 2 وذلك على مرحلتين.

المرحلة الأولى: قبل البدء بالبرنامج العلاجي المتكامل مع المفحوص بهدف تشخيصي للحالة.

المرحلة الثانية: بعد إنهاء البرنامج العلاجي المتكامل الذي أخضع له المفحوص، إعادة تطبيق الرائز كان هنا بهدف تقييمي لتطور الحالة. فيما يلي نذكر النتائج المتحصل عليها في كل مرحلة على حدى.

أولاً: نتائج المرحلة الأولى: تطبيق رائز الشخصية المتعدد الوجه مينيسوتا 2 قبل تقديم العلاج

النفسي المتكامل.

6 789" 024-1/35F" -/ L :K

رمز الحالة:

[1] سلام الصدق: نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن مصداقية البروتوكول الخاص

بالحالة الثانية كانت غير مؤكدة حيث تحصلنا على القيم التالية:

1.1/ سلم الكذب (L): تحصل المفحوص على نقطة خام من سلم الكذب تساوي $L=4$ تقابلها

نقطة معيارية من نوع $T=45$ وهي علامة تقع في المستوى المنخفض، تدل على احتمال التظاهر بالإضطرابات ومصدر ذلك قد يكون محاولة لإظهار نفسه كمنحرف أو أنه كان يعطي أجوبة "صحيح" منتظمة أما عن التفسيرات الممكنة لذلك فهي إما المبالغة في الإضطراب أو أن المفحوص واثق بنفسه ولديه إستقلالية أو يتميز بالوقاحة والإستهزائية.

1.2/ سلم التصحيح (K): كانت العلامة المتحصل عليها في سلم التصحيح تساوي 10 تقابلها

علامة $T=38$ وهي علامة منخفضة، قد تُرجع إلى تزييف في المعنى السلبي، أو إجابات " صحيح "

بانتظام أو طلب للمساعدة أو دفاعات غير ملائمة وتفسر هذه النتيجة بالإحتمالات التالية: وجود الشكوك أو الوقاحة أو حالة فزع أو نظرة سيئة حول ذاته أو وجود نقد اتجاه نفسه والآخرين.

1.4/سلم الإجابات لا أعلم:(?)

تحصل المفحوص في سلم لا أعلم (?) على علامة خام تساوي (4) وهي علامة مميزة تدل على صدق محتمل.

2/ السلالم الإكلينيكية الأساسية:

1-2/ سلم العصاب : (Hs) . (D) . (Hy)

1.1.2/ سلم الهستيريا (Hy): كانت الدرجة المتحصل عليها في سلم الهستيريا تساوي (20) تقابلها درجة معيارية (47=T) وهي قيمة وسطية (Modal) تفسر بأن المفحوص قد يكون يتميز بصفات منها الواقعية، حساس، منطقي ولديه توجه جيد (un bon sens)

2.1.2/سلم الإكتئاب (D):تحصل المفحوص على درجة خام في سلم الإكتئاب (D) تساوي (25) تقابلها درجة معيارية (63=T) وهي قيمة تقع المستوى الوسيطى (Intermédiaire)

و التفسيرات المحتملة أو أنه مثبط الهممة ، كئيب الوجه، حزين، غير راضى عن نفسه وعن العالم حوله أو متشائم، مهموم ، إنطوائى، جَدِي،أو أنه مسؤول ومتواضع.

3.1.2/سلم الهيوكوندرى (السويداء) (HS): في هذا السلم تحصل المفحوص على علامة خام تساوي (14) تقابلها قيمة معيارية (52=T) وهي قيمة مميزة (Modal)

قد تفسر بالإحتمالات التالية: قلة أو عدم القلق بخصوص صحته أو جسده أو أنه متوازن ومتفتح على المستوى العاطفي أو أنه واقعي وقادر على التكيف.

2.2/ سلالم الذهان: Pa . Sc . Ma . P+

1.2.2/ سلم البارانويا (Pa):

القيمة الخام المحققة في سلم البارانويا ساوت (21) قابلتها قيمة معيارية (87=T) وهي قيمة جد مرتفعة تفسر باحتمال وجود اضطرابات التفكير، إعتقادات مغلطة ، أفكار مرجعية، الميول للحقد والتأثر الهلوس.

2.2.2 / سلم الفصام (Sc):

الدرجة الخام المتحصل عليها في سلم الفصام كانت تساوي (49) قابلتها علامة معيارية (82=T) و هي قيمة جد مرتفعة تفسر الإحتمالات التالية: تفكير غير منتظم، سلوكات غير ممرضة وغريبة، هذائي، إنطواء إجتماعي، إتصال سيء مع الواقع ، مهلوس ومتوحد.

3.2.2 / سلم الهوس الحركي (Ma):

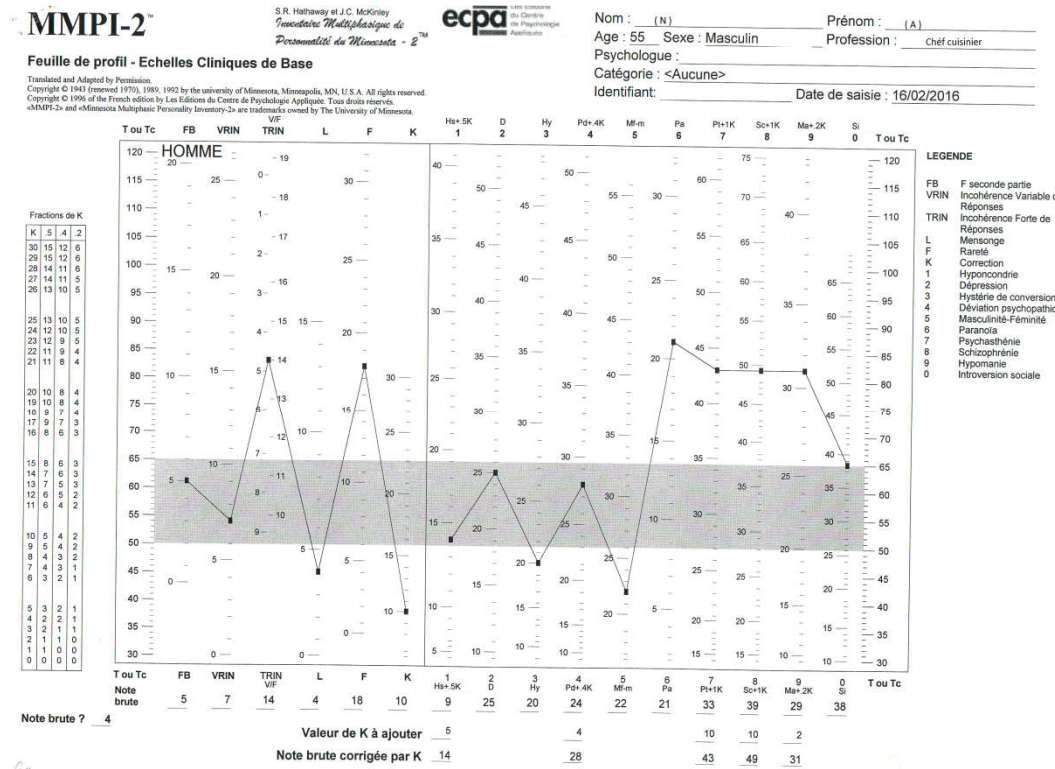
تحصل المفحوص في سلم الهوس الحركي على درجة خام تساوي (31) تقابلها درجة معيارية (82=T) وهي قيمة جد مرتفعة تفسر بالاحتمالات التالية: غير متكتم بخصوص أفكاره ويوحى بالعظمة، سريع الإنفعال، لا يسيطر على نوبات غضبة، مفرط حركيا ويميل للسهر، قرارات إندفاعية، إرتباك و خلط فكري.

4.2.2 / سلم البسيكاستينيا (التعب النفسي) (pt):

القيمة المحققة على سلم البسيكاستينيا كانت تساوي (43) قابلتها درجة معيارية (82=T) وهي قيمة مرتفعة جدًا، التفسيرات المحتملة هي كالتالي : إجترارية فكرية، طقوس صارمة، تهيج ، فوبيات بخصوص وجود الخرافات، إحساس بالذنب، فزع، توتر ، إكتئاب.

3.2 / سلم الإنحراف السيكوباتي (PD):

تحصل المفحوص على قيمة خام في سلم الإنحراف السيكوباتي تساوي (28) قابلتها قيمة معيارية (61=T) وهي قيمة تقع في المستوى الوسيط تفسر بإحتمالات منها: ميول المفحوص إلى الإندفاعية وميل إلى المغامرة، ميل إلى حب الإستمتاع، حقود، غير صبور، غير جدير بالثقة، إجتماعي لديه الثقة في النفس و يثبت نفسه، يميل للتخيل والإبتكار والإبداع.



الشكل 9: نتائج السلام الإكلينيكية الأساسية للحالة الثانية في مرحلة ما قبل العلاج.

3/ ملخص عن بروتوكول الحالة في مرحلة ما قبل العلاج:

وفق النتائج الموضحة سابقا نلاحظ أن المفحوص قد تحصل على علامات جعلت سلام الصدق على الإحتمالية المصادقية، فقد كان سلم الكذب بدرجة منخفضة وسلم الإجابات النادرة بعلامة مرتفعة وعلامة سلم التصحيح منخفضة وهو ما يترجم باحتمال محاولة المفحوص المبالغة بمشاكله العاطفية والتظاهر بالاضطراب المبالغ فيه، كما أنه يوظف دفاعات غير ملائمة، سبب ذلك قد يكون سوء تقدير الذات أو وجود نقد إتجاه الآخرين أو وجود سياق ذهاني.

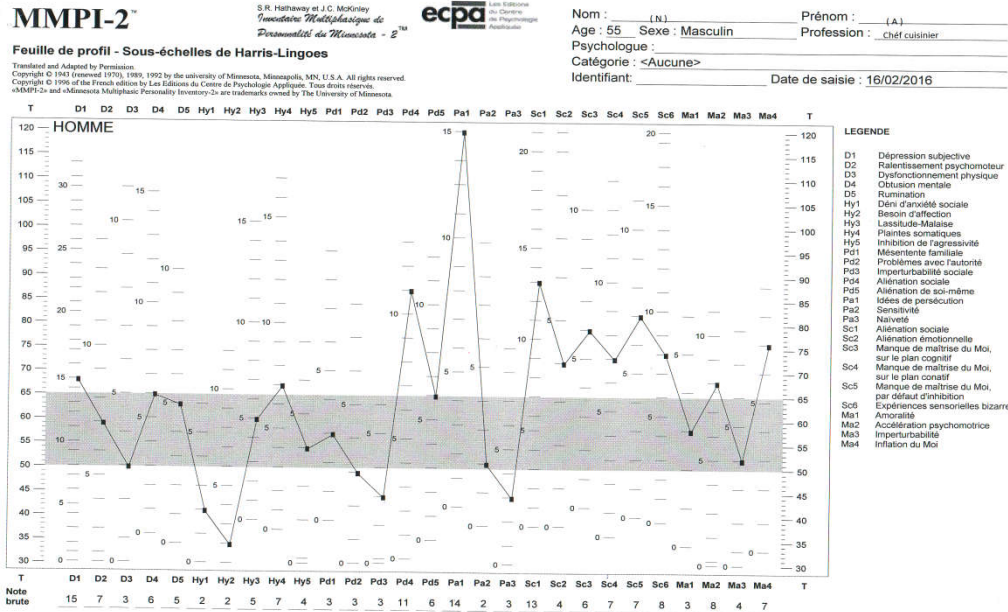
أما في مستوى السلام الإكلينيكية الأساسية فقد تحصل المفحوص على درجات دالة على اضطرابات هامة في الثالوث الذهاني المتكون من سلم البارانويا (Pa) والفصام (Sc) والهوس الحركي (Ma) والتعب النفسي (pt)، حيث كانت القيم فيها كلها جد مرتفعة عن المتوسط العادي ودالة على

الاضطراب وكانت أكبر قيمة في سلم البارنويا أكدت وجود الهذات واضطرابات التفكير والميول للاعتقادات المغلطة والخرافية، أما قيم الفصام والهوس الحركي والتعب النفسي فجاءت متقاربة ودالة على الإضطراب على مستواها ظاهر على شكل وجود سلوكيات غريبة هذائية واتصال سيء مع الواقع، أفكار العظمة مع الإنفعال الحركي والعاطفي الغير مسيطر عليه، ما يدل على إمكانية المرور للفعل تحت تأثير القرارات الإندفاعية والتهيج والفرع، وكذا وجود إلتزام بالطقوس الصارمة والاعتقاد بوجود الخرافات .

أما على مستوى سلم الانحراف السيكوباتي فقد كانت الدرجة المتحصل عليها تقع في المستوى الوسيطى دلت على ميول المفحوص إلى المغامرة والمتعة وميل للتخيل والإبداع ما يظهر الحس الفني لديه وهو ما ساعده على الابتكار والنجاح في مهنته والتميز فيها، كما دلت نتيجته على أنه حقود وغير صبور وهو ما يفسر الإستثارة العصبية المتكررة لديهِوَاجترار الذكريات السيئة مع التمسك بالثأر في عباراته دائما.

في مستوى الثالث العصابي كانت النتائج كلها تقع في المستوى الوسيطى الذي يدل على أن المفحوص لم يظهر إضطرابات هامة على مستوى التوظيف العصابي، كما دلت على وجود درجة ملائمة من التكيف الإجتماعي ومتفتح على المستوى العاطفي وهو ما يميز التفكير الخاص بالفرد المصاب بالبارنويا، هذه النتيجة ورغم أنها دلت أيضا على الإنفعالية والتهيج السريع وعدم الرضى عن النفس وعن العالم الخارجى إلا أنها كانت ضمن المتوسط العادي.(أنظر الشكل 09).

4/ السلالمة الثانوية "لهاريس" و "لانجو" Harris et lingoes" Sous échelles de Harris et lingoes

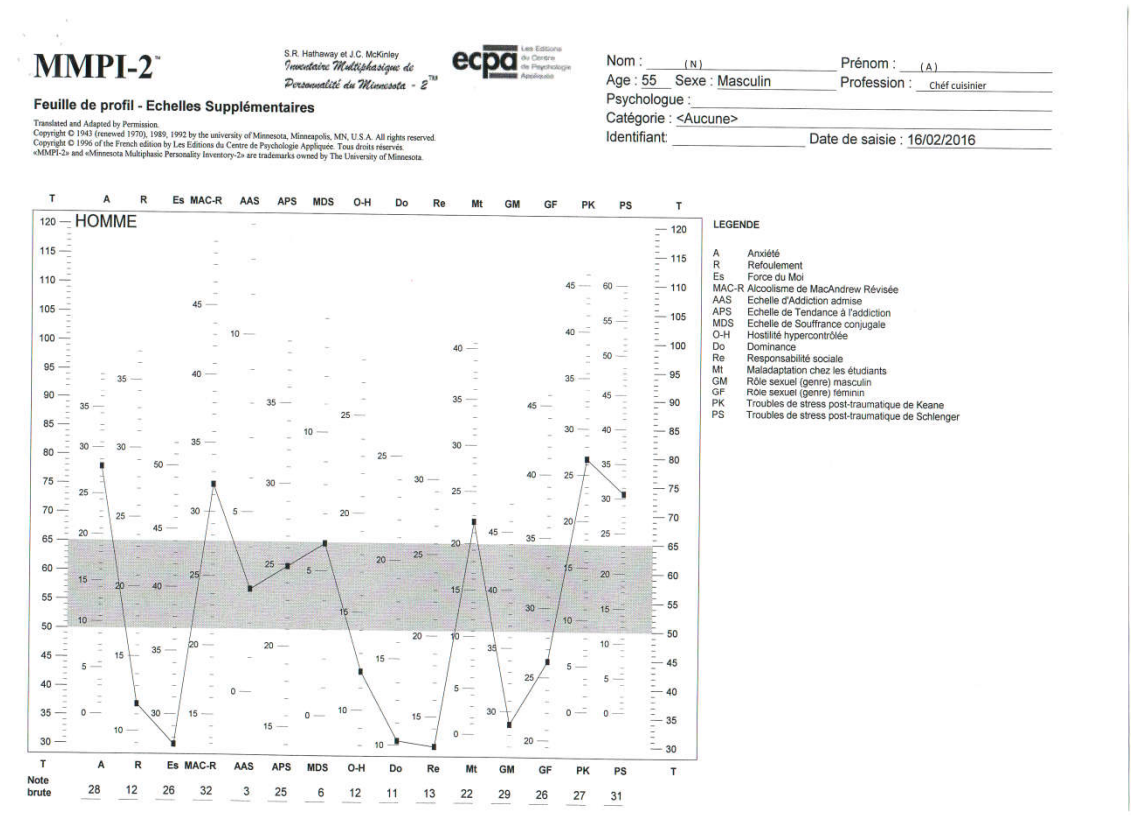


الشكل 10: منحنيات نتائج السلالمة الثانوية "لهاريس" و "لانجو" Harris et lingoes للحالة الثانية قبل العلاج

بالعودة إلى السلالمة الثانوية "لهاريس" و"لانجو" Harris et lingoes نجد أهم الأسباب التي أدت إلى وجود قيم مرتفعة خاصة في الثالوث الذهاني، فمثلاً أعلى قيمة كانت في سلم البارانويا (Pa) والتي تدل على سيطرة أفكار الإضطهاد لدى المفحوص حيث بلغت القيمة الخام (14) قابلتها قيمة معيارية من نوع (120=T) أما فقيمة سلم Sc_1 جاءت بعلامة خام تساوي (13) تقابلها علامة (90=T) دلت على وجود نفور إجتماعي، القيمة التي جاءت مرتفعة بعد هذا السلم كانت على سلم الانحراف السيكوباتي PD_4 بقيمة خام (=11) وقيمة معيارية (87=T) وهي تدل أيضاً على وجود النفور الإجتماعي، كما كان سلم الفصام في Sc_5 يساوي (7) تقابلها قيمة معيارية (82=T)، دلت على نقص التحكم في الأنا بسبب الكف، قيمة سلم الفصام في Sc_3 تساوي (6) قابلتها قيمة معيارية (80=T)، دلت على نقص في التحكم الأنا على المستوى المعرفي، على سلم الهوس الحركي Ma_4 ، تحصل المفحوص على درجة خام تساوي (7) قابلتها قيمة معيارية (76=T) يدل على تضخم الأنا، على سلم الفصام Sc_6 كانت العلامة الخام تساوي (8) قابلتها قيمة معيارية (74=T) تدل على التوالي: وجود تجارب حسية غريبة، نقص في التحكم في الأنا على المستوى التحفيزي "conatif" ونفور عاطفي، في سلم الهوس الحركي Ma_2 تحصل المفحوص على قيمة خام تساوي (8) قابلتها قيمة معيارية (68=T) وهي مؤشر عن التسارع الحسي

الحركي، في سلم الإكتئاب D_1 القيمة الخام تساوي (15) قابلتها قيمة معيارية ($T=68$) أظهرت وجود إكتئاب ذاتي أما على سلم الهستيريا Hy_4 تحصل المفحوص على قيمة خام تساوي (7) تعادلها قيمة معيارية ($T=67$) وهي تظهر وجود شكاوي جسدية لدى المفحوص، أما باقي السلالم الفرعية "لهاريس" و"لانجو" Harris et lingoes فكانت ضمن التوسط العادي بالتالي فأهم المؤشرات السببية التي قدمتها لنا هذه السلالم أبرزت وجود اضطرابات هامة على مستوى التوظيف الذهاني بالأخص على مستوى التحكم في هذات الاضطهاد والعظمة، حيث وجدنا بروز أفكار الاضطهاد وتضخيم الأنا مع النفور (أنظر الشكل 10).

5/ السلالم الإضافية Echelles Supplémentaires:



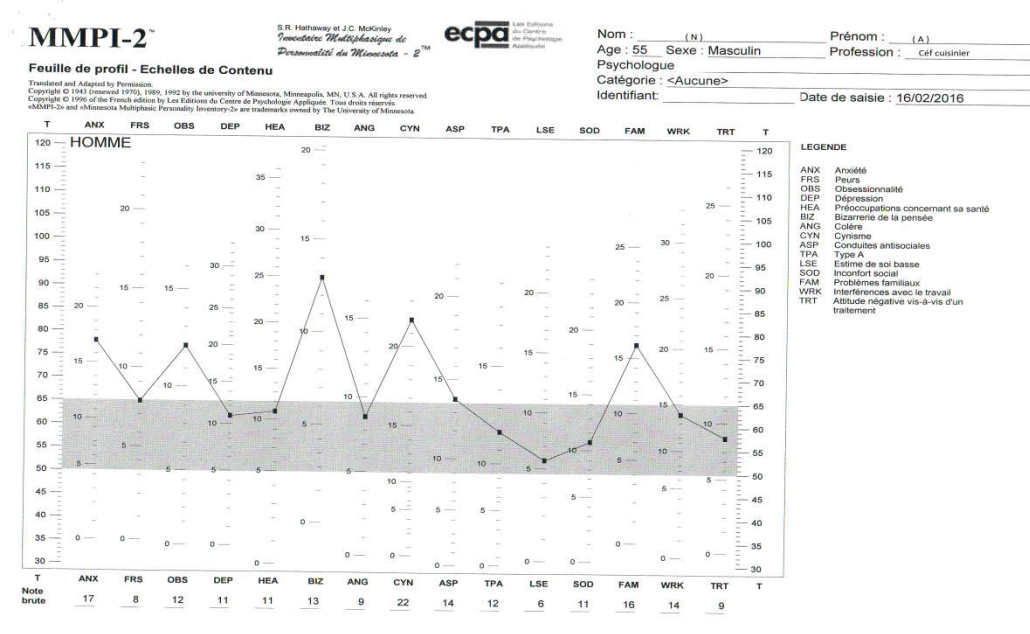
الشكل 11: منحنى نتائج السلالم الإضافية للحالة الثانية قبل العلاج Echelles Supplémentaires:

بهدف التعمق في تحليل القيم المرتفعة المتحصل عليها لدى هذه الحالة، نقوم بتحليل النتائج على مستوى السلالم الإضافية، وبالرجوع إليها نجد بروز الأسباب التالية: السلم الدال على وجود اضطرابات التوتر ما بعد الصدمة "الكاين" (Troubles de Stress post-Traumatiques de Keane)

PK كانت الدرجة المتحصلة فيه أعلى القيم على المنحنى حيث بلغت القيمة الخام (27) عادلته قيمة معيارية (78=T)، على سلم الإدمان الكحولي لـ "ماك أندرو" المعدل "MacAndrew" تحصل المفحوص على درجة خام تساوي (32) قابلتها قيمة معيارية (75=T)، في سلم اضطرابات التوتر ما بعد الصدمة "لشلانجر" "Schlenger" تحصل المفحوص على قيمة خام تساوي (31) تقابلها قيمة معيارية (74=T). على سلم سوء التكيف عند الطلبة (Mt) كانت القيمة الخام تساوي (22) تقابلها قيمة معيارية (69=T)، باقي السلالم الإضافية جاءت ضمن المتوسط أو تحت المتوسط، فتلك التي كانت ضمن المتوسط هي سلم المعانات الزوجية (MDS)، سلم الميلول للإدمان (APS) وسلم الإدمان المقبول (AAS)، أما تلك التي جاءت تحت المتوسط فهي على التوالي: سلم قوة الأنا (ES)، سلم المسؤولية الاجتماعية (Re)، سلم السيطرة (Do)، سلم الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM)، سلم الكبت (R)، سلم العدوانية المتحكم بها بإفراط (O-H)، سلم الدور الجنسي (النمط) الأنثوي (GF).

نلاحظ أن أهم الأسباب المرضية التي أوضحتها السلالم الإضافية كانت متعلقة أساساً بمشكلة التوتر ما بعد الصدمة والتوتر العام مع الميلول للإدمان الكحولي وسوء التكيف عند الطلبة، هذا ما يفسر بالرجوع إلى تاريخ الحالة أين نجد معانات المفحوص من الصدمة النفسية بعد فراق العائلة وكذا عند فقدان الأم كما أن المفحوص كان يتناول الكحول في المهجر، وبعد عودته ولم يعدل عنه إلا منذ بعض السنوات، كان أيضاً يميل إلى تناول بعض المهدئات عندما كان في إنجلترا ولا يزال يحرص على تناول كل ما هو منشط أو فيتامينات على شكل أقراص مستوردة حرصاً منه على إبقاء لياقته البدنية جيدة، وتقادير الشعور بالتعب أو الضعف الجسدي، هذا السلوك أصبح هوساً لديه ما شكل قلقاً وتوتراً بخصوص الصحة الجسدية وهو ماضٍ في السلالم الثانوية "لهاريس" و "لنجر" "Harris et lingoes" كما أوضحناه سابقاً، عموماً هذه السلالم الإضافية أعطتنا نظرة أكثر عمقا حول حالة المفحوص وتوظيفه النفسي وانشغالاته الوجدانية (أنظر الشكل 11).

: Echelles de contenu /6



الشكل 12: منحنى نتائج سلالمة المحتوى للحالة 2 قبل العلاج Echelles de contenu

أظهرت النتائج على سلالمة المحتوى وجود غرابة في التفكير (Biz)، مثل هذا السبب أعلى قيمة في المنحنى بلغت معياريا (92=T)، كذلك ظهر وجود وقاحة إستنادا إلى مستوى سلم (CYN) الذي كان بقيمة معيارية تساوي (84=T)، وجود مشاكل عائلية على سلم (FAM) بقيمة معيارية (78=T)، وجود التوتر على سلم (ANX) بقيمة معيارية (78=T)، وعلى سلم الهجاس (OBS) القيمة المعيارية (77=T) باقي السلالمة كانت كلها ضمن المتوسط العادي بالتالي على هذه السلالمة أظهرت وجود التوتر لدالمفحوص وهو نفس ما ظهر في السلالمة الإضافية، الغرابة في التفكير وجدت على هذه السلالمة كما وجدناها أيضا في سلالمة "هاريس" و"لانجو" Harris et lingoes، ما يفسر الأفكار الهذائية المتعلقة بالاضطهاد والعظمة وهو التفكير النمطي للمصاب باضطراب البارنويا ما يؤكد إفتراضنا بأن الحالة لها توظيف ذهاني بارانوي وليس مسا أو سحرا، كما ظهر معاناة المفحوص المشاكل العائلية وبالعودة إلى تاريخ الحالة نجد هذه السببية مؤكدة (أنظر الشكل 12).

ثانيا/المرحلة الثانية:إعادة تطبيق الرائد بعد العلاج النفسي:2/ نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه المطبق على الحالة الثانية:

6" 89' - 041 5 27/3 F'-L/K

رمز الحالة هو

سلام الصدق: نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن البروتوكول الخاص بالحالة الثانية في هذه المرحلة كلن يميل للصدق حيث تحصلنا على المعايير التالية:

1.1/ سلم الكذب (L): تحصل المفحوص على سلم الكذب (L) على قيمة خام تساوي (6) تقابلها قيمة معيارية (53=T) وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي المميز والذي يدل على أن البروتوكول صادق كما يشير إلى حالة أو تصرف نموذجي اتجاه تطبيق الرائد وعن التفسيرات المحتملة لهذه النتيجة فهي ميول المفحوص إلى الإحساس بالراحة بخصوص صورته عن ذاته.

2.1/ سلم الإجابات النادرة (F): القيمة الخام المحققة من طرف المفحوص على سلم الإجابات النادرة (F) كانت تساوي (16) عادلتها قيمة معيار (77=T) وهي تقع في المستوى المرتفع تدل على مصداقية مشكوك فيها، ذلك لأسباب محتملة منها:التظاهر أو وجود سياق ذهاني أو إعطاء أجوبة صحيح منتظمة، أما عن التفسيرات المحتملة لهذه النتيجة فهي إما ميول المفحوص لطلب المساعدة أو وجود أزمة هوية أثناء المراقبة أو بسبب حالة خلط ذهني.

3.1/ سلم التصحيح (K):تحصل المفحوص في هذا السلم على علامة خام ساوت (11) قابلتها قيمة معيارية من نوع (40=T) وهي قيمة تقع في المستوى المنخفض تدل على إحتمال الميول إلى التزييف في معنى سلبي أو ميل المفحوص لإعطاء إجابات صحيح بانتظام أو وجود طلب مساعدة أو توظيف دفاعات غير ملائمة أما التفسيرات المحتملة لهذه الإجابات فقد تكون ميول المفحوص إلى الوقاحة والشكوك، أو وجود حالة ذكر أو أنه يميل إلى تكوين رأي سيء أو انتقادات اتجاه نفسه و اتجاه الآخرين.

4.1/ سلم لا أعلم (?):تحصل المفحوص في سلم لا علم على درجة خام تساوي (3) تقع في المستوى المميز النموذجي للإجابات (Modal) ، يدل على صدق محتمل والسبب المحتمل وراء هذه النتيجة هو الميل إلى تفسير مشوش (idiosyncrasique)

2/السلالم الإكلينيكية الأساسية:1.2/سلالم الثالث العصبي: Hy،D،HS1.1.2/سلم الهستيريا (Hy):

كانت نتيجة المفحوص على سلم الهستيريا (Hy) بقيمة خام تساوي (21) تعادلها قيمة معيارية (T=49) وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي (Modal) (تفسر باحتمال ميول المفحوص للواقعية أو أنه يميل لأن يكون حساسا أو منطقيا ولديه توجه جيد (a du bon sens)).

2.1.2/سلم الإكتئاب (D):

تحصل المفحوص في هذا السلم على قيمة خام تساوي (20) تقابلها قيمة معيارية من نوع (T=53) وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي المميز (Modal) والتفسيرات المحتملة لهذه النتيجة هو ميول المفحوص إلى الشعور بالارتياح إتجاه ذاته أو أنه قد يكون متزن ومستقر أو أنه واقعي.

3.1.2/سلم الهيبوكوندي (السويداء) (HS):

تحصل المفحوص على سلم الهيبوكوندي (HS) على قيمة خام تساوي (17) تعادلها قيمة معيارية (T=59) وهي قيمة تقع في المستوى الوسيطى تفسير باحتمالات منها ميول المفحوص إلى المعاناة من اضطرابات عضوية نوعية، أو أنه يميل إلى التشاكي، سريع الانفعال، نواح ، غير ناضج أو أنه يميل إلى الانشغالات المفرطة بخصوص صحته تغذيته، وزنه ووظائفه الجسدية.

2.2/سلالم الثالث الذهاني: Pa . Sc . Ma . Pt1.2.2/سلم البارانويا (Pa):

على سلم البارانويا تحصل المفحوص على درجة خام تساوي (20) تعادلها درجة معيارية من نوع (T=84) وهي درجة تقع في المستوى المرتفع جدا وتفسر باحتمالات وجود اضطرابات في التفكير، اعتقادات مغلطة ، أفكار مرجعية، الميول للحقد والثأر، الاجترارية الفكرية ، ويمكنه الاستجابة تحت تأثير الهلوس.

2.2.2/ سلم الفصام(SC):

تحصل المفحوص سلم الفصام على درجة خام تساوي (47) تعادلها درجة معيارية ($T=79$) وهي درجة تقع في المستوى المرتفع جد تفسر بالاحتمالات التالية: وجود تفكير غير منتظم، سلوكات ليست ممركة وغريبة، المفحوص يميل ليكون شخصا هذائيا، يميل أيضا للانطواء الاجتماعي ولديه إتصال سيء مع الواقع، مهلوس وانطوائي.

3.2.2/ سلم الهوس الحركي (Ma):

الدرجة الخام المحققة على هذا السلم (28) قابلتها درجة معيارية ($T=72$) وهي درجة تقع في المستوى المرتفع تدل على احتمال أن يكون المفحوص مستثار أو مفرط حركيا، اغتباطي (Euphorique)، يميل للهذيان، يميل للاستشارة، إشتراك سطحي، غير صبور.

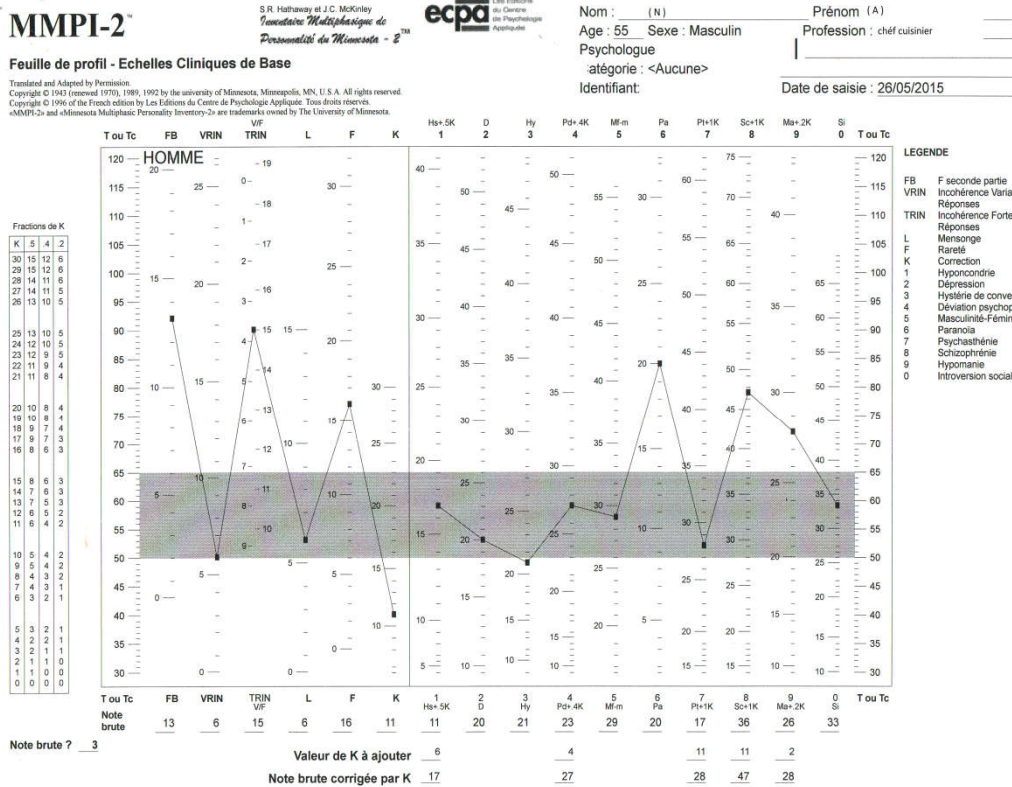
4.2.2/ سلم البسيكاستينيا (التعب النفسي) (Pt):

النتيجة المحققة على هذا السلم كانت بقيمة خام تساوي (28) تعادلها قيمة معيارية ($T=52$) وهي قيمة نموذجية تفسير باحتمال ميول المفحوص ليكون شخصا دقيق المواعيد بالثقة، واثق، قادر على التكيف منظم جيدا.

5.2.2/ سلم الانحراف السيكوباتي (Pd):

تحصل المفحوص على سلم الانحراف السيكوباتي على نتيجة خام تساوي (27) تعادلها قيمة معيارية ($T=59$) وهي قيمة تقع في المستوى الوسيط وقد تفسر هذه النتيجة بالاحتمالات منها: أن المفحوص قد يميل إلى أن يكون إجتماعي، إندفاعي ويميل للمغامرة والمتعة لكنه حقود وغير صبور قد يكون اجتماعي ولديه الثقة في النفس ويحاول إثبات نفسه ، لكنه يميل للخيال والإبتكار.

(أنظر الشكل 13).



الشكل 13: منحنى نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة 2 بعد العلاج

ملخص عن بروتوكول الحالة الثانية:

تطبيق الرائد في هذه المرحلة أظهر قيما دلت على صدق البروتوكول وعلى تصرف نموذجي وارتياح اتجاه الاختبار لكن ظهر توظيف دفاعات غير ملائمة وشكوك وانتقاد الذات والآخرين حيث تبين ذلك خاصة في سلم التصحيح والإجابات النادرة، في سلم الكذب أظهرت النتيجة أن المفحوص تناول الاختبار بارتياح كما ظهر أن المفحوص يعترف بذاته بطريقة متفتحة ولم يحاول إظهار نفسه كشخص مميز، أما على سلم الإجابات النادرة (F) فقد كانت النتيجة مرتفعة قليلا، ما يفسر بإحتمال إعطاء إجابات بالصدفة أو التهاون أو التظاهر باتباع التعليمات خاصة إذا كان هناك قدرات محدودة في القراءة أو الإتصال بالواقع. كما قد تعكس هذه النتيجة المبالغة في المشاكل العاطفية والزوجية ومحاولة جذب الانتباه، قد تكون بسبب تواجد المفحوص في وضعية غير معتادة ما إستثار لديه إحساسات معينة، في هذه الحالات البروتوكول عامة صادق كما يظهر في الجدول (4.3) من دليل الرائد، فوجود قيمة T لـ (F) مابين (70) و(90) يمكنها أن تعكس مشاكل عاطفية دون أن يعيق ذلك صدق وتفسير البرتوكول.

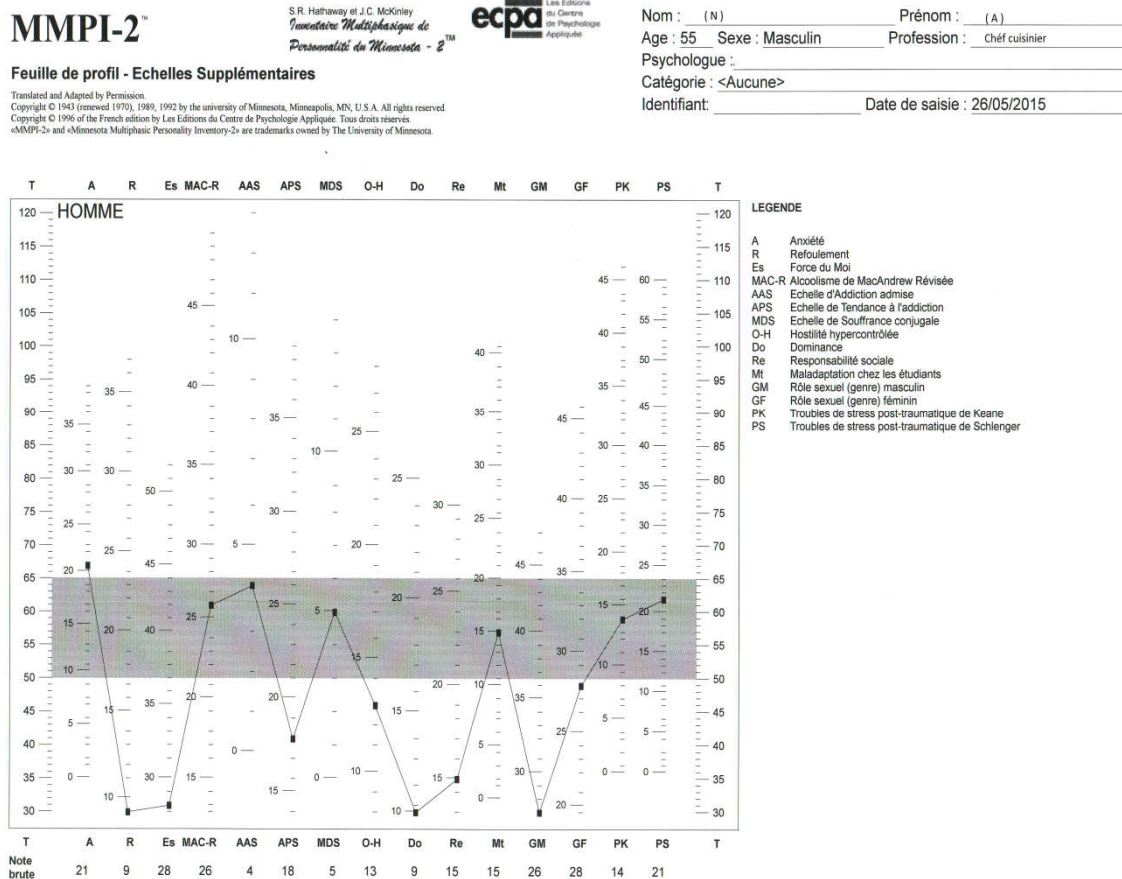
قيمة سلم TRIN كانت مرتفعة دليل على أن المفحوص أعطى أجوبة صحيح أو خطأ بانتظام وقد يعود ذلك لنقص في فهم البنود أو مشكل في تكييف الرائز أما على سلم VRIN فقد كانت القيمة معتدلة وهو ما يظهر الإهتمام بالمحتوى وعدم التهاون في الإجابة، على سلم التصحيح كانت النتيجة منخفضة وهو ما يعكس الميل لإعطاء أجوبة صحيح بانتظام أو محاولة طلب المساعدة ما يؤكد وجود صعوبات في فهم البنود بسبب عدم تكييف الرائز جيدا، يظهر كذلك أن المفحوص لم يكن لديه مشكل في التصريح بمعلومات عن شخصه رغم مكانته الإجتماعية المميزة، فقد كان متفتحا ولم يحاول حماية نفسه ولم يقاوم وضعية الاختبار. كما أن وجود قيمة (K) منخفضة قد تترجم بمبالغة المفحوص بخصوص مشاكله العاطفية.

على السلال الإكلينيكية كانت النتائج على مستوى الثالث العصابي واقعة ضمن المتوسط المقبول ولم يظهر لدى المفحوص اضطرابات عصابية أو إكتئابية وهو ما يعكس إستقرار الحالة النفسية في هذه المرحلة. أما على مستوى سلال الذهان فبقي سلم البارانويا والفصام مرتفعين وذلك يعكس التنظيم النفسي الذي يميز شخصية هذا المفحوص مع إستقرار النتائج ضمن القيم المتوسطة على مستوى كل السلال الأخرى، كما لاحظنا تراجع هام لقيمة سلم التعب النفسي (Pt) ما يدل أيضا على استقرار الحالة وتحول إهتمامات المفحوص عن الحالة الصحية الجسدية، رغم بقاء سلم الهوس الحركي مرتفعا نوعا ما لكنه يعكس طبيعة شخصية المفحوص، أما على سلم الإنحراف السيكوباتي فقد أظهر المفحوص إستقرارا ملحوظا.

على العموم ما سوف نحاول التعمق في تحليل هذه النتائج بتناول السلال الثانوية و سلال المحتوى و السلال التكميلية.

(70=T) تظهر وجود شكاوى جسدية، وسلم الهوس الحركي (Ma_1) جاء بدرجة معيارية ($T=66$) تدل على احتمال وجود فجور أخلاقي. باقي السلالم كانت ضمن المتوسط العادي ولم تطرح سببية مرضية (الشكل 14).

5/السلالم الإضافية Les Echelles Supplémentaires:



الشكل 15: منحنى نتائج السلالم الإضافية بعد إنهاء العلاج للحالة الثانية Les Echelles Supplémentaires

على مستوى السلالم الإضافية كانت معظم النتائج ضمن المتوسط العادي ماعدا سلم التوتر الذي كانت النتيجة فيه مرتفعة قليلا عن المتوسط بقيمة خام تساوي (21) قابلتها قيمة معيارية ($T=67$) وهي قيمة لا تبعد كثير عن المتوسط العادي ونلاحظ أيضا وجود قيم تحت المتوسط بكثير خست سلم الكبت وقوة الأنا بقيمة معيارية ($T=30$) و ($T=31$) على التوالي، سلم الميل للإدمان أيضا كان منخفضا بقيمة

معيارية (41=T) وسلم العدوانية المتحكم بها بإفراط (D-H) كانت القيمة (46=T)، سلم التحكم أو الهيمنة (DO) بقيمة معيارية (30=T)، سلم المسؤولية الاجتماعية (Re) بقيمة معيارية (35=T)، سلم الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM) القيمة المعيارية (31=T). بالتالي نلاحظ أن كل العوامل المسببة لارتفاع القيم في السلالم الإكلينيكية كما ظهرت في التطبيق الأول للرائز إختقت واستقرت نتائجها ضمن المتوسط العادي في مرحلة إعادة تطبيق الاختبار خاصة المتعلقة بسلام التوتر ما بعد الصدمة وسلم عدم التكيف عند الطلبة، ذلك قد يكون بفعل العلاج المطبق وإستقرار حالة المفحوص النفسية على العموم، ما يثبت أيضا فرضية بحتنا القائلة بأن العلاج النفسي المتكامل هو السبيل العلمي في التعامل مع الإضطرابات الهذائية المزمنة وليس اللجوء إلى العرافين والمشعوذين (أنظر الشكل 15).

6/ سلالم المحتوى Echelles de contenu

MMPI-2

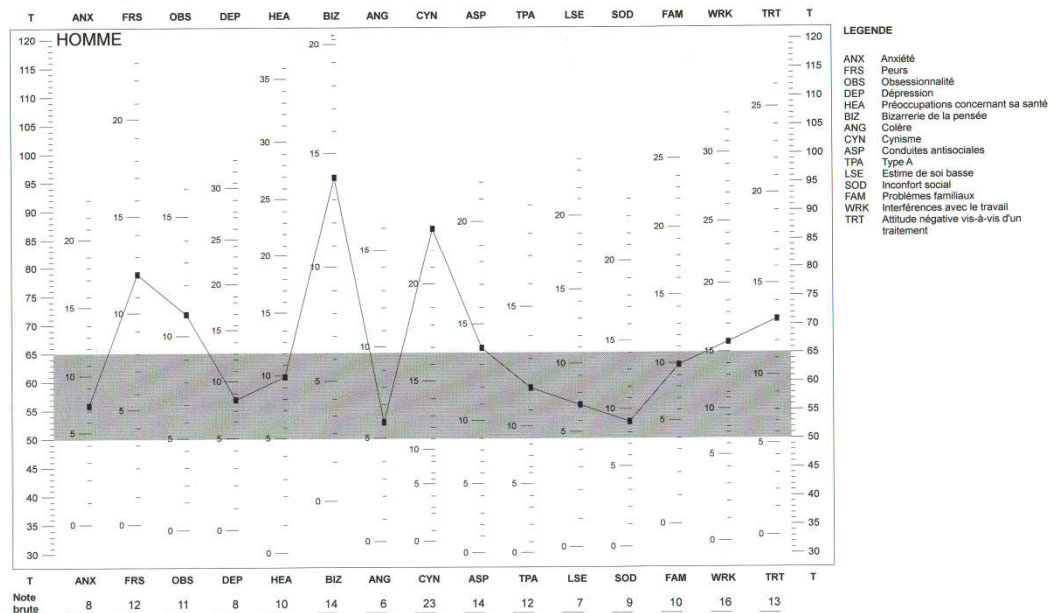
Feuille de profil - Echelles de Contenu

Translated and Adapted by Permission
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Inventeurs: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*

ecpa Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Nom : (N) Prénom : (A)
Age : 55 Sexe : Masculin Profession : chef cuisinier
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 26/05/2015



الشكل 16: منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الثانية بعد إنهاء العلاج Echelles de contenu

أظهرت سلالم المحتوى وجود غرابة في التفكير حيث بلغت القيمة المعيارية (96=T)، ثم جاء سلم الوقاحة (CYN) كان بقيمة معيارية (86=T) أما سلم المخاوف (FRS) فقد تحصل المفحوص فيه

على درجة معيارية ($T=79$)، على سلم الإستحواذ (OBS) كانت القيمة المعيارية ($T=71$)، أما في سلم الموقف السلبي اتجاه علاج ما تحصل المفحوص فيه على قيمة معيارية ($T=71$)، على سلم التداخلات مع العمل (WRK) كانت الدرجة المحققة ($T=67$)، النتيجة على سلم السلوكات المضادة للمجتمع جاءت بقيمة معيارية ($T=66$).

هذه القيم كانت أعلى من المتوسط العادي وأظهرت وجود بعض الأسباب التي أدت ربما لارتفاع القيم في السلام الإكلينيكية في البارنويا والفصام وأهمها تتعلق بوجود الغربة في التفكير والمخاوف والوقاحة والسلوك المضاد للمجتمع والعمل، هذه الأسباب وبالرجوع إلى تاريخ الحالة نجدها كلها واقعية وكامنة وراء إضطراب المفحوص وحالته العامة.

على باقي السلام في هذا المستوى كانت ضمن المتوسط العادي ولم يظهر أسبابا مرضية على مستواها، كما نلاحظ استقرار سلم المشاكل الأسرية الذي كان جد مرتفع في المرحلة الأولى قبل العلاج ولعل استقرار وإرشاد العائلة كان له الأثر الإيجابي في الحصول على استقرار وتحسن الدرجة على هذا السلم وهو دليل على نجاح البرنامج العلاجي المطبق مع الحالة. (أنظر الشكل 16).

7/ ملخص عام عن الحالة الثانية على ضوء فرضيات البحث:

من خلال دراسة هذه الحالة وجمع البيانات وتدوين الملاحظات العيادية، تمكنا من حصر وفهم حالة المريض وبالتالي إقتراح برنامج علاجي محاولين التكفل ضمنه بكل الجوانب والأطراف ذات العلاقة بالحال، كما حاولنا التواصل دائما مع العائلة وطبيب الأمراض العقلية المتكفل بحالتنا المدروسة حتى يكون العمل منسقا بيننا، من خلال تتبع تطور الحالة لمسنا تحسنا ملحوظا على مستوى الحياة العامة للمفحوص، كما لاحظنا تفهما أكبر من طرف العائلة خاصة الزوجة والأبناء والأب الذي كان حريصا على كل مواعيد المفحوص ومتتبعا لحالته بجدية، وبعد مرحلة من المشاكل العائلية والخصامات وحتى الطلاق جاء العلاج النفسي بفائدة على الأسرة ككل حيث إصطلح أمر المفحوص مع زوجته، كما تمكن المفحوص من مواجهة الأب والأخوات وأصبح يصارحهم بما يدور في خاطره محاولا فهم تصرفاتهم وتصرفه هو معهم أيضا. ونشير إلى أن المفحوص قبل العلاج كان يسيطر عليه خوف هجاسي من مواجهة الأب أو حتى التحدث إليه، لكن بعد العلاج أصبح يتناقش معه في كل المواضيع حتى الذكريات وأحاسيسه الماضية محاولا علاج الماضي وتجاوزه، ما ساعده كثير في التقدم إيجابيا في علاجه وأدى إلى إستقرار حالته العامة والسيطرة على الأفكار الهذائية المتعلقة بالإضطهادات خاصة حيث شكلت الأسرة والأب من قبل الموضوع الأساسي للإضطهاد.

حاليا لم يصبح يتحدث عنهم بحقد ولا كراهية بل يحاول دائما تتبع صحة الوالد ومرافقته إلى الطبيب، كما يزور الأخوات ويأخذ لهن هدايا، ونشير إلى أن المفحوص يميل إلى جذب الإنتباه وإمتاع من حوله بالهدايا وحاول ذلك حتى مع المعالجين.

عند مقارنة نتائج الرئز المطبق على الحالة نجد أنه في المرحلة الأولى أي قبل العلاج النفسي، تطبيق رئز الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI 2) أظهر إضطرابات هامة على المستوى الذهاني، فقد سيطر إضطراب البارانويا بأفكار هذائية متعلقة بالعظمة والاضطهاد والكراهية والحقد والنفور الاجتماعي، كما أظهر سلم الفصام وجود أفكار غريبة وهلاوس مسيطرة على الحياة النفسية للمفحوص وكان سلم الهوس الحركي و سلم التعب النفسي جد مرتفعان دالا على اضطراب هام على مستويهما تعلقت بالإستثاروالانفعال الحركي الغير متحكم فيه وهو ما ساعد على الإجتزائية الفكرية للأفكار الهذائية وغذى إضطراب البارانويا والسلوكات الغريبة والهلاوس الفصامية على المستوى الفصامي، كما أن الهوس الحركي دفعه إلى التصريح بأفكار غريبة وخيالية توحى بالعظمة والخلط الفكري والخيال الجياش مع

الاندفاع الوجداني، هذه السلوكيات المرضية تميز اضطراب البارافرنيا على العموم وحدتها تولد تعباً نفسياً وتوتراً ظهر جلياً عند المفحوص في سلم البسيكاستينيا الذي كان جد مرتفع كما ظهر التوتر على مستوى السلام الإضافية بشكل أساسي، و أظهرت أيضاً هذه الأخيرة وجود صدمة نفسية ربما تعلقة بفقدان الأم وهو ما يعكس مشاكله العاطفية والمبالغة في انفعالاته الوجدانية كما قد تكون الانفصال عن العائلة عندما ذهب للمهجر عاملاً صدمياً آخر. وفي بحثنا في تاريخ الحالة ظهر هاذين السببين بشكل رئيسي في حياة المفحوص، أما على مستوى السلام الثانوية "لهاريس" و "لأنجو" Harris et lingoes فقد ظهرت هذات الإضطهاد والنفور الاجتماعي ونقص في التحكم في الأنا المستوى المعرفي مع تضخم حاد للأنا مع وجود تجارب حسية غريبة ونفور عاطفي وإسهال تخيلي مع الشكاوى الجسدية وهي أعراض مميزة أيضاً لإضطراب البارافرنيا على مستوى سلام المحتوى ظهرت غرابة التفكير والمعاناة من مشاكل عائلية هامة مع توتر وهجاس متعلق بالسلطة والصحة الجسدية بعد العلاج النفسي والدوائي والإرشاد الأسري المطبق مع الحالة ووسطها العائلي مع إدماج المفحوص في وسط مهني وبعد مرور فترة العلاج قمنا بإعادة تطبيق إختبار الشخصية المتعدد الوجه لمينيسوتا 2 (MMPI 2) على الحالة حيث أظهرت النتائج كما وظحناها سابقاً تحسناً عاماً على الحالة، فقد لاحظنا حسب الرائد إستقرار في مجمل السلام الإكلينيكية ضمن المتوسط العادي تقريباً على سلم البارانويا والفصام والهوس الحركي وهي سلام الثلاث الذهاني التي تدل على طبيعة التوظيف النفسي المميز لشخصية المفحوص، أما سلام العصاب فقد إنخفضت قيمتها بشكل ملموس واستقر سلم التعب النفسي ضمن المتوسط العادي بعد ما كان جد مرتفع في المرحلة الأولى و هو ما يترجم تحسن الحالة العامة للمفحوص واستقرار حالته النفسية رغم بقاء النمط الشخصي البارانويا مهيمناً وهذا جاء كنتيجة مباشرة للعلاج المطبق مع الحالة وهو ما يثبت إفتراضنا المطروح في هذا البحث والقائل بأن الاضطرابات الهذائية المزمنة لا ترتبط بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية بل هي إضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج. كما تأكدت الفرضية الثالثة للبحث والتي مفادها: "بناء البرنامج العلاجي يقوم على التكفل النفسي لحالات الهذات المزمنة، هذا البرنامج يبدأ أساساً من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج".

2-1/ الحالات التي تعالج بالرقية1-2-1/ نتائج دراسة الحالة الثالثة: (أ). (م)

الاسم: (أ). (م)

الجنس: ذكر.

العمر: 45 سنة.

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي.

المهنة: عاطل عن العمل.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

البيئة الاجتماعية: حضرية.

عدد الأخوة والأخوات: (1 ذكر، 2 أنثى)

لترتيب العائلي: الابن الأكبر.

*مشكلة الحالة:

وجهت إلينا الحالة (أ). (م) من طرف الإمام، حيث كان يعاني المفحوص من هذات مزمنة تدور حول أفكار إضطهادية ورويات خرافية بوجود عالم آخر يتمكن هو فقط من الذهاب إليه والتنقل بصورة لا يراها أحد غيره، كما كان يعاني من نوبات زعر وخوف شديد مصاحبة بشكوك هجاسية بأن هناك أشخاص يكيدون له المؤامرات، حالته هذه كانت مصحوبة بسلوكات عدائية ونفور عائلي مع توجيه الإهانات وكلام بذيئ خاصة للأُم وأحيانا تكسير الأشياء، كما حدث وأن غادر البيت عدة مرات وكان يبيت في الشارع ثم يضطر الأب للبحث عنه وإعادته للبيت.

*تقديم تاريخ الحالة:

الحالة (أ). (م)، ذكر يبلغ من العمر 45 سنة، طالب ثانوي في السنة، الابن الأكبر لعائلة متكونة من 3 أبناء (ذكر وبنيتين) المفحوص قاطن بالجزائر العاصمة، الحالة والمظهر العام غير جيد على العموم، المستوى الثقافي والانتماء الاجتماعي لا باس بهما، المفحوص يعاني من اضطرابات في السلوك منذ 13 سنة، حيث أصبح يروي حكايات غريبة وخيالية بأن هناك أشخاص يراهم هو فقط ويتعامل معهم دوما، لكنه يخاف أحيانا منهم لأنهم يكيدون له المكائد ويريدون إيذائه، كأن المفحوص أيضا من حالة اكتئاب وإنطواء في نفس الوقت.

_ الأب متقاعد يبلغ من العمر 69 سنة، كان يعمل كعسكري مستوى ثانوي لديه علاقة جد متوترة مع المفحوص، حيث أنه يتميز بطبع صارم وقاسي وجد منضبط، كما أنه كان يلجئ للعنف الجسدي واللفظي مع ابنه.

الأم: ربة بيت، تبلغ من العمر 65 سنة، لديها مستوى الدراسة الثانوية، ذات طبع هادئ وراضخة لسلطة الأب، أما مع ابنها فهي تحاول تفهمه والدفاع عنه لكن هذا الأخير تنتابه نوبات غضب خاصة ضد الأم حيث يعتبرها المسؤولة عما عاشه من تعنيف وصراع مع الأب.

_ الأخوات: المفحوص له علاقة جيدة مع الأخوات خاصة الأصغر منه.

• السوابق المرضية

المفحوص عانى من نوبات قلق وغضب في المراهقة، كما كان يظهر سلوكا تمرديا ضد الأم، والأساتذة، ويعتبر أن الأب هو عدوه اللدود حيث يكون في صراع دائم معه.

_ الأم هادئة وسلطانها متتحية في المنزل، يظهر عليها حالة اكتئاب أحيانا.

• التطور النفسي- الحركي:

على مستوى التطور الحركي المفحوص لم يظهر إضطرابات تذكر، أما نفسيا فقد كان طفلا منعزلا وصعب المزاج.

• التمدرس:

المفحوص كان تلميذا مجتهدا وعلاماته ممتازة رغم انه ليس مما يحرصون على المراجعة، لكنه في سن المراهقة وبعد انتقاله للثانوية، تغير سلوكه وأصبح يهمل دراسته ويتغيب عن الدراسة، ثم تخل عنها نهائيا في نهاية المرحلة الثانوية خاصة عندما بدأت حالة الاضطراب تظهر عليه.

*الحياة العلائقية:

_ مع الأم: المفحوص لديه علاقة حقد ولوم جامح اتجاه الأم التي يلومها كونها ليست لديها شخصية قوية أمام الأب، ولا تتجرأ عن معارضته أو الدفاع عن ابنها، لذلك فهو يحملها كامل المسؤولية

عن حالته الحالية، ويتعامل معها بعنف ووقاحة غير متحكم بها، كما أنه يلومها لأن الأب خان زوجته وكون علاقة أخرى مع زوجة جديدة أحضرها للمنزل وفرضها على الجميع.

_ مع الأب: المفحوص في صراع دائم مع الأب الذي يعتبر بالنسبة له عدواً، يضطهده دوماً ولا يتفهمه أبداً، أما الأب رغم أنه صارم وقاس إلا أنه يحرص على سلامة أبنائه وخاصة المفحوص كونه الابن الذكر الوحيد.

_ مع الأخوات: المفحوص لديه علاقة جيدة مع الأخوات.

_ مع المحيط الاجتماعي: المفحوص ليس لديه صداقات تذكر.

*العلاج المتبع:

المفحوص أخذ لاستشارة طبيب الأمراض العقلية حيث وصف له علاج، وشخصت حالته كإصابة بحالة اضطراب هذائي حاد، لكنه رفض تناول الدواء وكذا المتابعة الطبية، كما أن الأب يعتبر أن هذه الحالة هي حالة مس أو سحر وليس مرضاً عقلياً، خاصة لأن المفحوص يمر بمراحل من الاستقرار على مستوى ظهور الهذات، لهذا السبب فضل توجيه ابنه إلى العلاج البديل بالرقية الشرعية، حيث يقول أن الابن يرتاح ويستقر بعد الرقية، لكن تعاوده حالة الاضطراب بعد مدة.

نتائج الاختبار الشخصية المطبق على الحالة (أ) (م).

3* 12" 48' 76 -0/95F" K' L

رمز الحالة كان كالتالي:

1/ سلام الصدق: نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها ان بروتوكول الحالة (أ) (م) جاء

بمصادقية محتملة حيث جاءت النتائج كالتالي:

1.1/ سلم الكذب:

تحصل المفحوص على سلم الكذب على علامة خام تساوي (8) ما يعادلها قيمة معيارية (T=62) وهي قيمة تقع في المستوى الوسطي وتدل على مصداقية محتملة، وقد ترجع هذه النتيجة إلى وجود وضعية دفاعية، كما يمكن تفسيرها باحتمال ميل المفحوص بالتمسك بالأعراف والعادات والاتفاقيات، أو أنه متخلق أو وجود صلابة بأسلة.

2.1 سلم الإجابات النادرة (F):

تحصل المفحوص على نتيجة خام على هذا السلم تساوي (17) تعادلها قيمة معيارية ($T = 80$)، وهي تقع في المستوى المعياري المرتفع، وذلك يشير إلى أن وجود شك في المصادقية إما بسبب محاولة التصنع والتظاهر أو وجود سياق ذهاني، أو إعادة أجوبة صحيحة بانتظام ويمكن تفسير ذلك إكلينيكيًا بالاحتمالات التالية: وجود طلب مساعدة، وجود أزمة هوية في المراهقة، حالة خلط ذهاني.

3.1 سلم التصحيح (K):

تحصل المفحوص على سلم التصحيح على علامة خام تساوي (25) تقابلها قيمة معيارية ($T = 70$)، وهي قيمة تقع في المستوى الوسيط تدل على وجود وضعية دفاعية معتدلة، أو أن المفحوص لا يعترف بمعاناته، ويمكن أن يحلل ذلك بالاحتمالات التالية: المفحوص يميل ليكون شخصًا قادرًا على التكيف، أو أنه واثق من نفسه، أو أنه لا يبحث عن طلب المساعدة.

4.1 سلم الإجابة لا اعلم (?):

تحصل المفحوص على هذا السلم على قيمة خام $= 0$ ما يدل على أن البروتوكول كان صادقًا.

2/ السلالمة الإكلينيكية الأساسية Echelle cinique de base:**1.2 سلالمة الثالث العصبي (Hy) (D) (Hs):****1.1.2 سلم الهستيريا (Hy):**

كانت الدرجة المحصل عليها في هذا السلم تساوي (37) تعادلها قيمة معيارية ($T = 90$)، وهي قيمة معيارية تقع في المستوى المرتفع جدًا حيث يمكن تفسيرها باحتمالات منها: ميل المفحوص ليكون جد تأثرًا بالإيحاء، أو وجود مراحل قلق وتوتر مفاجئة، أو بسبب الكف، أو وجود أزمات غضب طفولية، أو أنه يستجيب اتجاه الشعور بالعار بأعراض جسدية.

2.1.2 سلم الاكتئاب (D):

الدرجة الخام المحققة على سلم الاكتئاب كانت (33)، قابلتها قيمة معيارية ($T = 80$)، وهي تقع في المستوى العالي جدا ودل إكلينيكيًا على وجود إحدى هذه الاحتمالات التالية: المفحوص قد يميل ليكون منسحب على ذاته، تهيمن عليه مشاكله ويأثس أو أنه محطم بسبب إحساسه بالذنب، وأفكار عدم الجدارة وعدم القدرة، أو أن لديه إنشغال بخصوص الموت، والإنتحار، أو أنه محبط العزيمة ومثقل في التفكير والفعل.

3.1.2 سلم الهيبوكوندي (Hs):

الدرجة الخام على هذا السلم كانت تساوي (26) وهي تعادل قيمة معيارية ($T = 82$)، هذه النتيجة تقع في مستوى مرتفع جدا ما يدل على ميل المفحوص ليكون فصاميا، وجود أفكار هذائية مزمنة بخصوص الجسد أو لأنه مثبط العزيمة من خلال ظهور أعراض وشكاوى متعددة.

2.2 سلالماذهاني: (Pa) (Sc) (Pt)(Ma):**1.2.2 سلم البارانويا (Pa):**

القيمة الخام على هذا السلم كانت تساوي (12) قابلتها قيمة معيارية ($T = 62$) وهي قيمة تقع في مستوى وسيطي، يمكن أن تدل على احتمالات منها المفحوص يميل ليكون جد حساس اتجاه عدم الإعتبار واتجاه الرفض أو أنه حذر أثناء الاحتكاكات الاجتماعية الأولى أو أنه يميل للأخلاقيات ويتبنى وضعية الفدائي والبطل، أو أنه يميل للوثوق بالآخرين طالما لم يحس أنه مخدوع، أو يميل للعمل بجد.

2.2.2 سلم الفصام (Sc):

تحصل المفحوص في هذا السلم على علامة تساوي (42)، قابلتها قيمة معيارية ($T = 74$)، وهي قيمة تقع في مستوى عالي تدل على احتمال وجود إعتقادات غريبة، أو سلوكات غريبة أو إنسحاب ونفور أو الميل إلى عدم الإلتزام بالإتفاقيات أو الإلتزامات أو وجود شك اتجاه الذات وخلق ذهني بخصوص هويته، أو وجود صعوبات في التركيز والتفكير.

3.2.2 سلم الهوس الحركي (Ma):

على هذا السلم تحصل المفحوص على قيمة خام تساوي (19) عادلته قيمة معيارية ($T=49$) وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي يمكن تفسيرها بميل المفحوص ليكون أنسانا إجتماعيا ويميل للصدقة، أو أنه مسؤول، أو أنه واقعي، أو أنه متحمس أو أنه متوازن.

4.2.2 سلم البسيكاستينيا (Pt):

تحصل المفحوص على سلم البسيكاستينيا على علامة خام تساوي (35) تعادلها قيمة معيارية $T=67$ هذه القيمة تقع في مستوى مرتفع ويمكن أن تدل على إحدى الإحتمال التالية: المفحوص يميل التوتر النفسي والإنشغال النفسي، أو أنه حذر ومنشغل البال، يخاف الفشل، لا يتمكن من اتخاذ قراراته إلى أقصى حدّ، يميل إلى الأخلاقيات، مشدود الأعصاب وحزين.

3.2 سلم الانحراف السيكوباتي (Pd):

تحصل المفحوص على هذا السلم على علامة خام تساوي (35) تقابلها قيمة معيارية ($T=79$) وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع جدا، يمكن تفسيرها بالإحتمالات التالية: وجود حكم رديء، غير مستقر، غير مسؤول، متمركز على ذاته وغير ناضج، أفعال مضادة للمجتمع، عدواني أو عنيف.

(أنظر الشكل 17).

MMPI-2

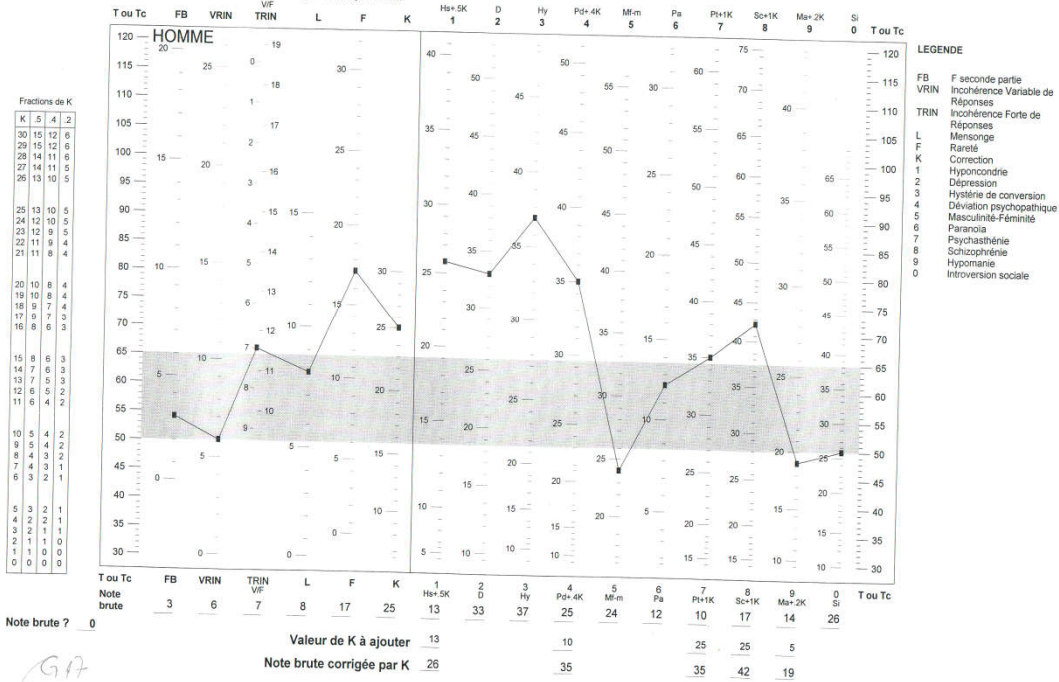
Traduction Française de l'Université de Minnesota - 2^{ème} Edition

ecpa

Feuille de profil - Echelles Cliniques de Base

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
MMPI-2 and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : (A) Prénom : (M)
Age : 45 Sexe : Masculin Profession : sans travail
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015



الشكل 17: منحنيات نتائج السلالم الأساسية للحالة الثالثة Echelle cinique de base

4/ملخص عن بروتوكول الحالة (أ). (م):

من خلال دراستنا بروتوكول الحالة (أ). (م)، نلاحظ أن سلالم الصدق جاءت بمصادقية محتملة وأظهرت الميل إلى وجود سبببات إكلينيكية منها تبني الوضعية الدفاعية لتمسكها بالأعراف والصلابة الذهنية، كما أنه شخص يميل للتصنع والتظاهر وإخفاء صورته الحقيقية وإعطاء صورة أخرى أكثر ارضاء للآخرين وهو ما يعكس وجود سياق ذهاني وتنظيم عقلي تشوبه أزمة هوية والرضا عن الصورة الذاتية ما سبب ربما حالة الخلط الذهني، لكنه شخص قادر على التكيف والتظاهر بالثقة على مستوى السلالم الإكلينيكية الأساسية فقط ظهر في سلالم العصاب قيما مرتفعة تدل على اضطرابات هامة، فقد دل سلم الهيستيريا على وجود ميل للتظاهر والإيحائية مع أزمت غضب وفترات توتر مفاجئ، أما في سلم الاكتئاب جاء أيضا بقيمة دالة على الإضطراب وأظهرت سلوك إنسحابي لدى المفحوص وسيطرت أفكار اليأس والإنهزامية والإنطواء والإحساس بالذنب، على مستوى سلم الهيوكوندي كانت القيم تدل أيضا على الإضطراب المتميز بالميول الفصامي وهيمنة الأفكار الهذائية خاصة المتعلقة بالجسد، كما أنه مثبط العزيمة، على مستوى سلالم الذهان، أظهر المفحوص قيما دالة على وجود خصائص عرضية منها الحساسية اتجاه الرفض أو عدم إعطائه الاعتبار الكافي، كما انه حذر في تواصلاته الإجتماعية ويميل للأخلاقيات والظهور على شكل البطل الفدائي، ما يشبع إحساس العظمة لديه هذا على سلم البارانونيا، أما على مستوى السلم الفصامي فقد ظهر ميول المفحوص للاعتقادات والتفكير الغريب من سلوك انسحابي والشكوك اتجاه الذات والآخرين، وظهر توتر نفسي وخوف من الفشل والتردد والشد العصبي على مستوى سلم البسيكاستينيا، وقد تدعمت هذه النتائج بنتائج سلم الانحراف السيكوباتي الذي جاء بقيمة مرتفعة جدا، دالة على عدم الاستقرار النفسي مع الميول الى النفور والسلوكات المضادة للمجتمع بعدوانية وعنف وعدم النضج هذه النتائج أوضحت وجود عدة اضطرابات نفسية عصابية وكذا هيمنة التنظيم العقلي الذهاني مع سيطرت الخلط الذهني والأفكار الغريبة والهذائية ولكي نتمتع في تحليل هذه النتائج نستعرض ما أظهرته السلالم الثانوية الأخرى.

5/سلام هاريس ولانجو Harris Sous Echelles de Lingoet

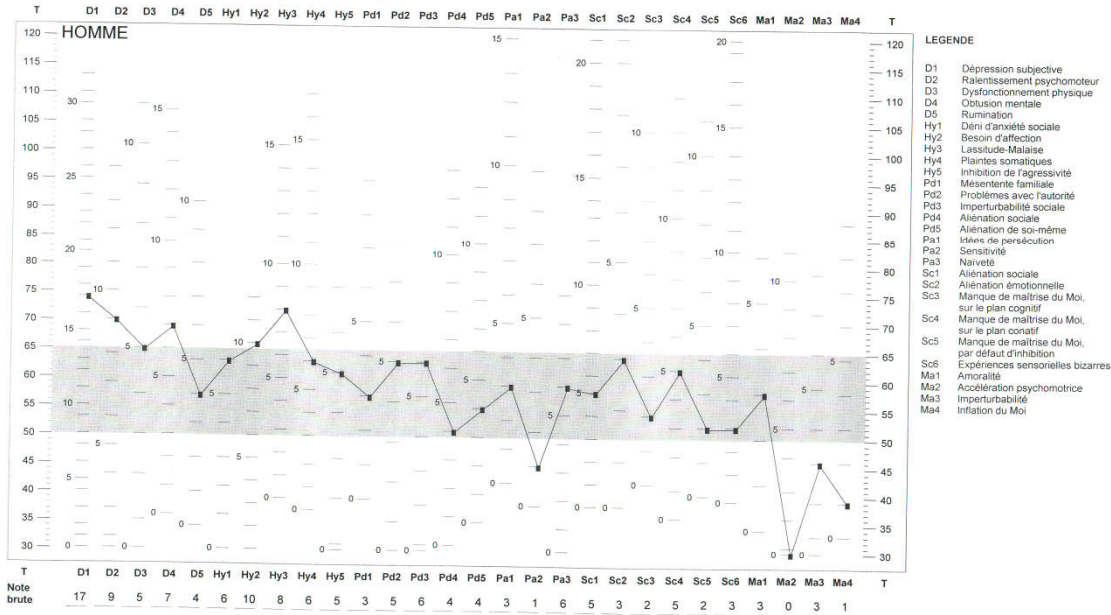
MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Inventeurs Multiphasique de
Personnalité de Minnesota - 2™ecpa Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Nom : (A) Prénom : (M)
 Age : 45 Sexe : Masculin Profession : sans travail
 Psychologue :
 Catégorie : <Aucune>
 Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015

Feuille de profil - Sous-échelles de Harris-Lingoet

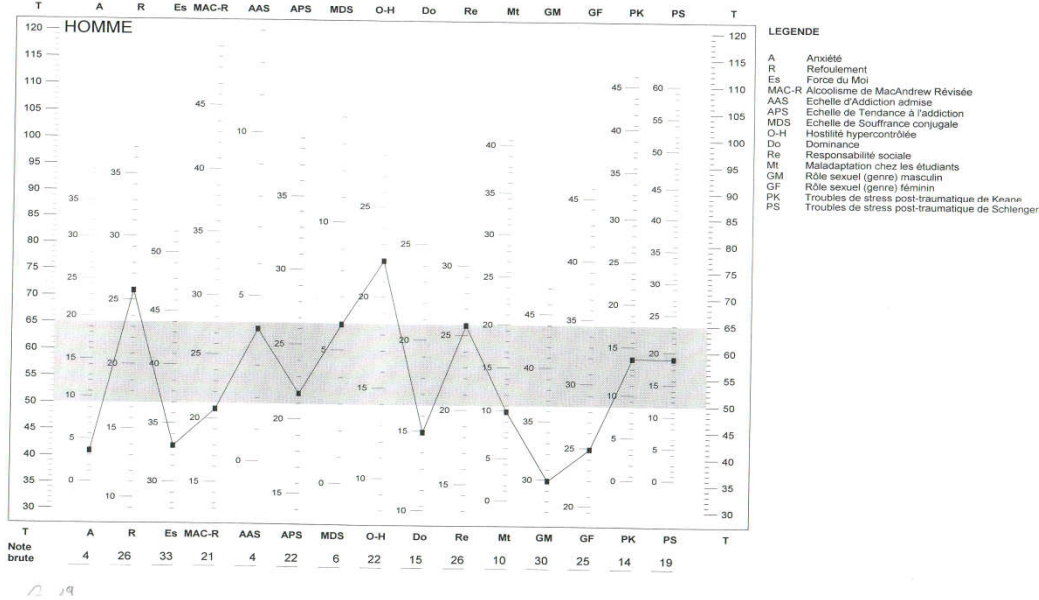
Translated and Adapted by Permission.
 Copyright © 1943 (revised 1970, 1989, 1992) by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1994 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
 «MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.



GAT

الشكل 18: منحنى نتائج السلام الثانوية "هاريس" و"لانجو" للحالة الثالثة

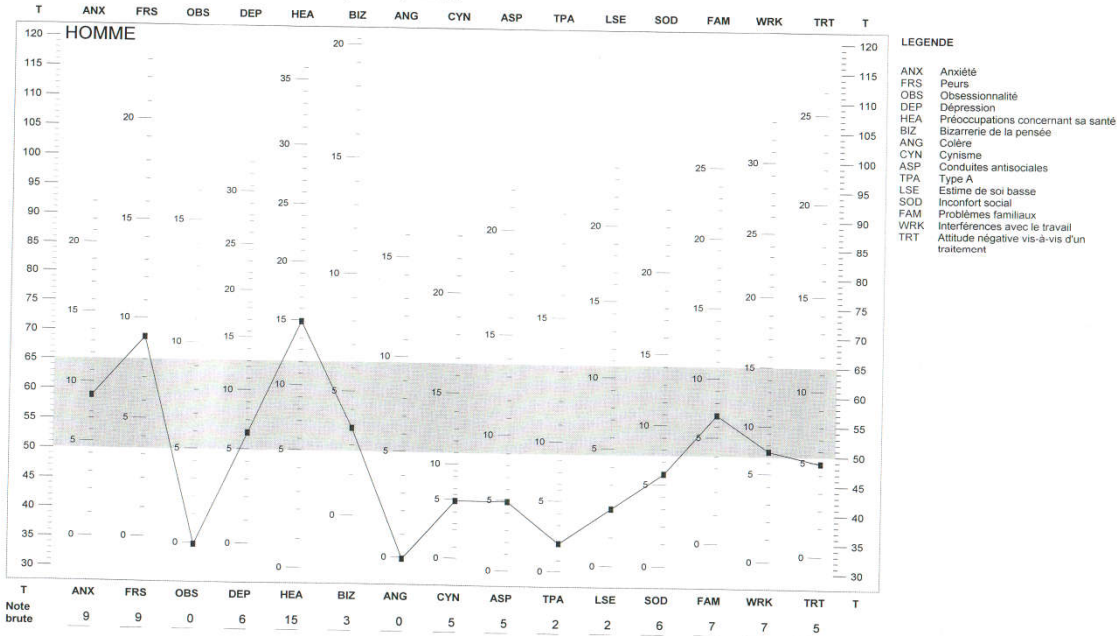
على مستوى سلام "هاريس" و"لانجو" Harris et lingoet نلاحظ ارتفاع القيم المعيارية على مستوى سلم الهستيريا في (Hy3) ما يدل على عدم الراحة والضجر، كما جاءت القيم على سلمى الاكتئاب $(D_1)_1$ والاكتئاب $(D_2)_2$ بقيم معيارية $(T=74)$ و $(T=72)$ على التوالي، وهي قيم مرتفعة تدل على الاكتئاب الذاتي وتثاقل حسي حركي، أما سلم البارنويا $(Pa_2)_2$ والدال على الحساسية فقد جاء بقيمة تحت المتوسط حيث بلغت القيمة المعيارية $(T=46)$ على سلم الهيومانيا أو الهوس الحركي (Ma_2) و (Ma_3) و (Ma_4) كانت القيم دون المتوسط، حيث ساوت القيم المعيارية T على التوالي $(T=46)$ ، $(T=39)$ و $(T=30)$ وهي تدل على التوالي على التسارع الحسي الحركي (وذلك ما يؤكد النتيجة المتحصل عليها في سلم الاكتئاب $(D_2)_2$). عدم التشوش الذهني، تضخم الأناء، وهي تدل على اضطراب على مستواها، لكونها دون المتوسط، باقي الدرجات على باقي السلام كانت ضمن المتوسط العادي (أنظر الشكل 18).

6/السلام الإضافية Les Echelles supplémentaires:**MMPI-2**S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Personnalité Multiphasique de
Personnalité du Minnesota - 2^{ème}ecpa Les Editions
des Cahiers
de Psychologie
Applicative**Feuille de profil - Echelles Supplémentaires**Translated and Adapted by Permission
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.Nom : (A) Prénom : (M)
Age : 45 Sexe : Masculin Profession : Sans travail
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015**الشكل 19: منحنى نتائج السلام الإضافية للحالة الثالثة Les Echelles supplémentaires**

على مستوى السلام الإضافية، ظهر وجود قيم تدل على الإضطراب في كل من سلم (O-H) الذي يشير الى العدائية المتحكم بإفراط حيث كانت القيمة المعيارية (T=76)، وكما ظهرت قيمة سلم (R) الدال على الكبت بدرجة معيارية (T=71)، أما القيم على كل من سلم التوتر (A)، قوة الأنا (Es)، الهيمنة (Do)، الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM)، الدور الجنسي (النمط) الأنثوي (GF)، سلم سوء التكيف لدى الطلبة (Mt)، هذه السلام جاءت بقيم دون المتوسط دالة على وجود اضطراب على مستواها، أما باقي السلام فكانت ضمن قيم المتوسط العادي. (أنظر الشكل 19).

6/ سلالم المحتوى : Echelles de contenu**MMPI-2™**S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Test de Personnalité Multiphasique de
Personnalité du Minnesota - 2™ecpa
Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Feuille de profil - Echelles de Contenu

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.Nom : {A} Prénom : {M}
Age : 45 Sexe : Masculin Profession : sans travail
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015**الشكل 20: منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الثالثة Echelles de contenu**

على سلالم المحتوى، ظهرت قيم سلمى المخاوف (FRS) بقيمة معيارية (T=69)، وسلم الانشغال بالصحة (HEA) بقيمة معيارية (T=72)، وهي قيم تدل على الإضطراب، أما في سلالم الهجاسية (OBS)، وسلم الغضب (ANG) وسلم الوقاحة (CYN) وسلم السلوكات المضادة للمجتمع (ASP) وسلم النمط (TPA) A وسلم إنخفاض تقييم الذات (LES) وسلم عدم الراحة الإجتماعية (SOD)، وسلم الوضعية السلبية اتجاه علاج ما (TRT)، هذه السلالم جاءت بقيم معيارية دون المتوسط العادي، أما باقي السلالم فكانت قيمها ضمن المتوسط العادي. (أنظر الشكل 20).

7/ ملخص عام لنتائج دراسة الحالة (أ). (م) ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة:

من خلال دراسة هذه الحالة والمعطيات المجموعة عن تاريخها لاحظنا وجود صراع عائلي ميز معاش أفراد الأسرة، وأثر بالخصوص على حالتنا المدروسة، حيث تظهر تغيرات سلوكية متميزة بالغضب والعدائية الجسدية واللفظية وذلك خاصة عند حضور الوالدة، كما أن المفحوص يميل إلى سرد روايات خيالية غريبة تغلب عليها أفكار هذائية تدور حول وجود قدرات خارقة للعادة لدى المفحوص وقدرته على الذهاب لعالم غريب وتمييزه هو بالخصوص، ما جعله يُختار من طرف سكان العالم الآخر ليكون الوحيد الذي يمكنه الذهاب هناك وذلك أيضا لكونه إنسان عظيم ويفوق الآخرين في الذكاء والنسب، ولقد حدث وأن روى لنا حكاية خارقة للعادة وقام بكتابة اللغة التي يتحدثها أهل العالم الأخرالخارق مع رسم خريطة لمكان تواجدهم من جهة أخرى وهو نط الروايات التي يتميز بها المصابين بحالة البارافرنيا الروائية أو الخرافية، المفحوص يمتلكه أزمات غضب عارم عندما يعارضه أحد أو يشكك في حقيقة ما يرويه ويقول أن الآخرين يتربصون به لكونه متميز وله قدرات خارقة، كما يحس بأن الجميع يريد سرقة هذه القدرات منه، ووفق الأم المفحوص يصبح جد عدائيا في غياب الأب، لكن عند تواجد هذا الأخير يصبح خاضعا ومنطويا على ذاته، ويلجأ دوما للتظاهر بالنوم مع كلام خافت في فراشه بشكل شتائم وكلام بذئي، هذه الحالة تتعقبها فترات من الإستقرار والهدوء، لكن أزمات الغضب والهذات تأتي بصورة مفاجئة وأحيانا عندما يكون هناك صراع في العائلة بين الأب والأم أو بين الأب والمفحوص.

من خلال نتائج الرائر الطبق ظهرت مصداقية محتملة للنتائج، ما دل على أن هذه الحالة تلجأ إلى تبني وضعية دفاعية وصلابة ذهنية مع التظاهر بإعطاء صورة مُرضية عن الذات محاولاً إخفاء طبيعة تنظيمه وتفكيره وذلك ما يشير إلى وجود سياق التفكير الذهاني المتميز بالغرابة وأزمة الهوية مع وجود خلط ذهني، أما على مستوى السلام الإكلينيكية فقد أظهرت سلام العصاب وجود اضطرابات هامة خاصة على مستوى سلم الإكتئاب والهيستيريا التحولية، هذا ما فسر نتائج سلام الصدق حيث أكدت هذه السلام ميل المفحوص للتظاهر والإيحائية وهو نفس ما وجد في سلم الصدق الخاص بالكذب (L)، كما وجدنا أن المفحوص يميل إلى الغضب والتوتر النفسي مع سيطرت حالة الإكتئاب واليأس، على سلم السويداء ظهر التنظيم الهذائي المزمن والتفكير الفصامي في النتائج التحليلية التفسيرية، وتأكد ذلك بسلام الذهان خاصة سلم الفصام حيث ظهر ميله للتفكير الغريب والإنسحاب الإجتماعي مع هيمنة الشكوك

اتجاه الذات واتجاه الآخرين، في سلم البارنويا أظهر المفحوص ميله للظهور على صورة البطل الفدائي العظيم وهو ما يفسر النتائج على سلم الكذب حيث كان يحاول التظاهر وإعطاء صورة مغايرة عن ذاته.

كما ظهر أيضا على سلم البارنويا حساسية المفحوص اتجاه عدم التقدير وذلك ما يشبع لديه إحساسه بالعظمة، أما على مستوى سلم الانحراف السيكوباتي فقد وجدنا عدائية ونفور اجتماعي هام وميل للسلوك المضاد للمجتمع وهو ما يعكس سبب وجود الشتائم والعدائية في كلامه خاصة مع الأم، أو الجيران، تأكدت هذه النتائج بتحليلنا للسلم الثانوية "الهريس" و"لانجو" "Harris et Lingoes" والتي جاءت التفسيرات على مستواها موضحة وجود عدم الراحة النفسية والضجر والاكتئاب الذاتي والتثاقل الحسي الحركي، أما على مستوى السلم الإضافية، فقد أظهرت وجود العدائية والكبت، وفي سلم المحتوى ظهر وجود المخاوف والإنشغالات بالصحة الجسدية، عموما هذه النتائج تظهر لدى هذه الحالة اضطرابات نفسية هامة وتوترا وحسرا نفسيا يجعلها في صراع حاد ويسبب إختلالا للحالة النفسية العامة وتشويشا على مستوى قدرة الحكم، كما ظهر وجود تنظيم عقلي ذهاني مع سيطرت غرابة التفكير والأفكار الهذائية المتعلقة بالعظمة والإضطهاد مع الشك والتوجس مع العالم الخارجي ما يجعل المفحوص في حالة توتر وانسحاب أو انطواء اجتماعي، كما كان المفحوص يميل للتنظيم الفصامي مع غرابة الأفكار، التفسيرات المستنتجة تظهر التفكير الهذائي لدى المفحوص متميز بالروايات الخرافية والمعتقدات الخيالية، كما أن هذه الملاحظات وهذه النتيجة توصلنا إلى تأكيد الافتراض الفرعي الأول المطروح في دراستنا والذي يفيد بأنه: «لا ترتبط كل الإضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي إضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج».

كما تأكدت الفرضية الفرعية الثانية والتي مفادها: «قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية، وهي حالات آنية غير متعلقة بالإضطراب الهذائي التابع للبارنويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالة».

2.1. 2. الحالة الرابعة: الحالات تلجئ للطرق الدينية للعلاج:**تقديم الحالة:**

الإسم : (ب) (أ)	الجنس : ذكر
العمر : 25 سنة	المستوى الدراسي : الخامسة ابتدائي
المهنة : ميكانيكي سيارات	الحالة الاجتماعية : أعزب
البيئة الاجتماعية : حضرية	الترتيب العائلي : الابن الأكبر
عدد الإخوة : 4 (3 إناث، 1 ذكر)	

• مشكلة الحالة:

تعاني الحالة من هذات مزمنة متعلقة بأفكار الاضطهاد والعظمة مع الجنوح للخيال وحب المغامرة، كما يظهر وساوس وشكوك قهرية، وتستحوذ فكرة أنه مصاب بالمس الشيطاني منذ سنتين، لديه مخاوف من رؤية أشكال غريبة، المفحوص إستشار طبيب أمراض عقلية لمدة شهر واحد حيث وصف له دواء "ألدول" و "باركينال" "Aldol et parkinal"، إنقطع عن العلاج الدوائي بمفرده لأنه يعتقد بأنه مسحور وليس مريض، كما استشار مختص نفسي لمدة شهرين وانقطع أيضا لنفس السبب.

شخصت حالته من طرف طبيب الأمراض العقلية على أنها اضطراب هذائي بارافريني.

• تقديم تاريخ الحالة:

الحالة (ب) (أ)، ذكر يبلغ من العمر 25 سنة، الإبن الأكبر لعائلة من خمسة أبناء (2 ذكر و 3 إناث) ولد في ولاية الجلفة وانتقل إلى العاصمة منذ 06 سنوات، المستوى الدراسي الخامسة ابتدائي، أعزب ويعمل كميكانيكي سيارات، الحالة الاجتماعية والإقتصادية متدنية، الهيئة الخارجية غير مرتبة والحالة الصحية لا تبدو جيدة، عانى المفحوص من قبل من الوسواس والذعر بخصوص أفكار إستحواذية وكذلك حالة إدمان على الشرب لفترة دامت سنة وذلك في سن 19 سنة، الأب يعمل في حافلة المواصلات، يبلغ من العمر 45 سنة، لديه مستوى الثامنة أساسي وعلاقته بالمفحوص مضطربة.

الأم ربة بيت تبلغ من العمر 40 سنة مستواها الدراسي السادسة ابتدائي، لديها علاقة مضطربة مع المفحوص منذ 5 سنوات، كما تجمعها علاقة جد مضطربة مع الأب.

علاقة المفحوص مع الإخوة والأخوات دون المتوسط فهو يميل إلى الإنطواء وعدم الكلام وأحيانا يصبح عدائيا ويحطم كل ما حوله خاصة عندما يكون هناك مشاجرات مع الأب أو ما بين الوالدين وحسب ما يقوله المفحوص فإن الأب عصبي جدا ويتعامل مع الجميع بالعنف والتسلط، أما الأم فهي مكتئبة دائما وتلوم الجميع على حالتها، المفحوص لديه أفكار إنتحارية دون المرور للفعل [فكرت نقتل روعي 4 مرات]، لديه إدمان على التدخين والتبغيات بإفراط ما يزيد من إنفعاله العصبي.

• **السوابق المرضية لدى المفحوص:** يشكو المفحوص من حساسية تنفسية وإدمان على التدخين وعلى مادة الشمة، كما عانى قبلا من حالة إكتئاب حاد في سن المراهقة لم يتم باستشارة الطبيب بل ذهب إلى الطالب ثم لجئ إلى الرقية الشرعية.

• **السوابق المرضية في العائلة:**

الأم عانت من الاكتئاب والتوتر الأسري منذ 5 سنوات، العم يعاني من حالة مس جنّي ويستشير دائما الطالب، الأخ الأصغر يعاني من حالة عصبية حادة والأب شديد الإنفعال ويميل للعنف والعقاب الجسدي.

• **التطور النفسي الحركي:** تم التطور النفسي الحركي للمفحوص في جو أسرى مضطرب.

• **التمدرس:** كان المفحوص تلميذا مجتهدا ومحبا لدراسته كما يقول لكن المشاكل وسوء الحالة الإقتصادية وكذا رحيل العائلة من الجلفة إلى العاصمة أثر سلبا على مسيرته الدراسية، وكان مستوى التدريس المختلف بين الجلفة والعاصمة عائقا لدى المفحوص خاصة بما يتعلق باللغة الأجنبية وهو ما أدى به على ترك المدرسة والتوجه إلى التكوين المهني لتعلم مهنة الميكانيك.

• **الحياة العلائقية العاطفية:** كان لدى المفحوص علاقات حميمية في المراهقة لكن حاليا لم تصبح من بين انشغالاته فهو يقول أن الأفكار التي تدور برأس تعيقه عن الحياة.

• **الحياة العلائقية الاجتماعية:** المفحوص شخص إنطوائي ويظهر الخجل وإحساس بالانكسار والاضطهاد تارة وتارة أخرى أفكار متعلقة بالتفوق والعظمة والسيطرة مع انفعال وميل

للعداية، لهذا السبب لا يحتفظ كثيرا بعلاقات إجتماعية تذكر سوى بعض المعارف السطحية كما أنه يعتقد أن صداقات الطفولة هي الأكثر جدية وبما أنه لم يعد يقطن بمسقط رأسه فقد فقد كل أصدقائه.

•**العلاج الطبي:** توجه المفحوص لإستشارة طبيب الأمراض العقلية منذ سنة حيث كان يعاني من أفكار مسيطرة ومتعلقة بالمس الشيطاني، كما كان يعاني من حالة إنفعال حاد حيث يلجئ إلى العنف وتحطيم كل شيء في المنزل، وصف له الطبيب مهدئات عصبية وأدوية هي (الألدول) (Aldol) (الباركينال) (Parkinal) لكنه توقف عن تناولها بعد شهر فقط لإعتقاده أنها تضره وأنه ليس مجنون بل هو مصاب بالمس أو السحر، كما استشار مختص نفسي وأجرى مقابلات عيادية دامت لمدة شهرين وانقطع عنها المفحوص لنفس الأسباب السابقة، إعتاد على استشارة الطالب الذي يجري له رقية كل مرة فهو يقول أنه قام بالرقية 30 مرة وأغلبها كانت عند طالب في ولاية الجلفة ويرى أنه يرتاح بعد الرقية لكن سرعان ما تعاوده الأفكار الهذائية وتسيطر عليه.

- نتائج الرائز المطبق على الحالة(ب)(أ):

طبق على هذه الحالة رائز الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا₂(MMPI₂) بعد حصة تحضيرية تم شرح أهداف الاختبار من خلالها وطريقة تطبيق الرائز، كذلك جمع بيانات المفحوص والملاحظات العادية الخاصة بالحالة بهدف توظيفها في التحليل والمناقشة العلمية للنتائج، طبق الإختبار بتاريخ 16-04-2015 على مستوى مؤسسة عمومية للصحة الجوارية بالعاصمة، قدم كراس الاختبار المكيف باللغة العربية ودام إجراء الرائز لمدة ساعة ونصف مع وقت كمون دام 10 دقائق، تعاون المفحوص خلال إجراء الرائز وكان مثابرا رغم تعبته وحاجته الملحة للتدخين ،لم يقم المفحوص بالتعليق كثيرا على البنود بل كان مركزا وحاول الإجابة بسرعة.

رمز الحالة هو:

8**671* 9 " 3 '420-/ 5 !!***"-L/K

1/ سلالم الصدق:

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن البروتوكول الخاص بهذه الحالة التي تلجئ للعلاج بالرقية الشرعية أنه كان صادقا ماعدى على سلم الإجابات النادرة، وجاءت النتائج كالتالي:

1.1/سلم الكذب (L)

تحصل المفحوص على سلم الكذب (L) على درجة خام تساوي (7) تقابله قيمة معيارية ($T=59$) وهي درجة تقع في المستوى الوسطي أو المعتدلول الذي يدل على أن البروفيل صادق وأنه كان يتخذ موقفا نموذجيا ملائما اتجاه تطبيق الإختبار، يفسر باحتمال كونه مرتاحا بخصوص صورته عن ذاته.

2.1/سلم الإجابات النادرة (F):

كانت العلامة الخام المحققة على سلم الإجابات النادرة تساوي (34) قابلتها درجة معيارية ($T=120$)، هي قيمة مرتفعة جدا تدل على احتمال أن يكون البروفيل غير صادق وسبب هذه القيمة المرتفعة قد يرجع إلى إعطاء أجوبة بالصدفة أو بسبب أخطاء في التصحيح أو عسر كبير في القراءة، وقد تفسر النتائج باحتمال عدم وجود الدافعية للمشاركة في الإختبار، أو أن المفحوص يميل إلى المبالغة في الإضطرابات، أو كفاءة محدودة في القراءة أو وجود مقاومة اتجاه الإختبار.

3.1/سلم التصحيح (K):

القيمة الخام المحققة في هذا السلم بلغت (11) عادلتها قيمة معيارية ($T=40$)، وهي قيمة منخفضة تدل على تزييف في معنى سلبي، أو وجود أجوبة صحيح بانتظام أو تعبر عن طلب المساعدة أو توظيف دفاعات غير ملائمة كما يمكن تفسير هذه الإجابة بالإحتمالات التالية المفحوص يميل للشك والوقاحة أو حالة زعر أو لديه رأي سيء عن ذاته أو نقد اتجاه نفسه والآخرين.

4.1/سلم لا أعلم (?):

القيمة المتحصل عليها على سلم لا أعلم عند هذه الحالة كانت تساوي 1 و هي قيمة منخفضة تدل على صدق البروفيل.

2/ السلالم الإكلينيكية الأساسية:**1.2/سلالم الثالث العصبي (HS) (D) (Hy)****1.1.2/سلم الهستيريا (Hy)**

تحصل المفحوص في سلم الهستيريا على قيمة خام تساوي 33 تقابلها قيمة معيارية ($T=78$) وهي قيمة مرتفعة جدا، يمكن أن تفسر بوجود الإحتمالات التفسيرية التالية: المفحوص يميل للإيحائية كثيرا أو

يوجد فترات قلق وذكر مفاجئة، أو بسبب الكف، أو وجود نوبات غضب طفولية أو يتصرف بخزي في وجود أعراض جسدية.

2.1.2/ سلم الإكتئاب(D):

كانت القيمة الخام على سلم الإكتئاب تساوي 27 تعادلها قيمة معيارية ($T=68$)، هذه النتيجة تقع في المستوى المرتفع وتفسر باحتمالات منها أن المفحوص يميل للإنطواء على ذاته، خجول، يبدو بعيدا وحزينا، أو أنه يفتقد للطاقة، غير قادر على التركيز، وجود شكاوى جسمية، اضطرابات النوم، أو نقص الثقة في الذات، إحساس بالقصور، يحط من ذاته، حزين، اضطراب ميزاجي Dysphorique.

3.1.2/ سلم السويداء (الهيوكوندي)(HS):

تحصل المفحوص على هذا السلم على قيمة خام تساوي 29 تعادلها قيمة معيارية ($T=90$) وهي قيمة مرتفعة جدا تدل على احتمال كون المفحوص فصامي (Schigoïde)، وجود أفكار هذائية جسمانية أو بدنية محدودة، مذهول، يظهر أعراض وشكاوى متعددة.

2.2/ سلالم الذهان : (Pa) (Sc) (Ma) (Pt)

1.2.2/ سلم البارانويا(Pa):

تحصل المفحوص على سلم البارانويا على قيمة خام تساوي (25) تعادلها قيمة معيارية ($T=98$) و هي قيمة مرتفعة جدا تفسر بإحتمال وجود اضطرابات في التفكير، أو إعتقادات مغلطة ومشوشة أو أفكار مرجعية، كما قد تدل إلى أن المفحوص يميل إلى الحقد والتأثر كما يميل إلى الإجترارية، يتفاعل تحت تأثير الهلوس.

2.2.2/ سلم الفصام (Sc):

كانت القيمة الخام المسجلة على سلم الفصام تساوي (65) عادلها علامة معيارية ($T=106$)، وهي علامة جد مرتفعة، تفسر بإحتمالات أهمها: الميول إلى الأفكار الغير منتظمة، أو السلوكات الغريبة والشاذة أو الميل إلى أن يكون شخصا هذائيا، وجود انطواء اجتماعي أو وجود اتصال سيء مع الواقع، أو أن المفحوص هو شخص مهلوس و متوحد.

3.2.2/سلم الهوس الحركي(Ma):

تحصل المفحوص على هذا السلم على درجة خام تساوي (31)، تقابلها درجة معيارية ($T=81$) وهي قيمة مرتفعة جدا تعكس لنا احتمال وجود التقاسير التالية: المفحوص يميل لأن يكون شخصا صريحا ومتفتحا ويوحى بالعظمة، سريع الإنفعال ولا يتحكم جيدا في غضبه، لديه إفراط حركي ولا يركز وقابل للسهو بسهولة ، قرارات إندفاعية، يميل للارتباك والخلط.

4.2.2/ سلم البسيكاستينيا (التعب النفسي) (Pt):

الدرجة المحققة على هذا السلم كانت (48) كعلامة خام، تعادلها على السلم المعياري علامة ($T=92$)، وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع جدا، يمكن تفسيرها بالاحتمالات التالية: ميل المفحوص إلى إجترارية ذهنية، طقوس صارمة، إستثارة سريعة ، فوبيا بخصوص وجود الخرافات، إحساس بالذنب، يميل للفرع بسهولة ، وجود توتر نفسي واكتئاب.

5.2.2/سلم الانحراف السيكوباتي(PD):

النتيجة المحققة على السلم كانت بقيمة خام تساوي (31) تقابلها قيمة معيارية من نوع ($T=69$) وهي قيمة مرتفعة ، يمكن تفسيرها بأسباب احتمالية منها: المفحوص لا يحتمل الضجر والملل والفراغ ، لديه مشاكل بخصوص السلطة، مشاكل زوجية ومهنية متكررة، متمرّد وعدائي، وجود إستجابات عاطفية سطحية (العار، الذنب) ، إستهلاك مبالغ فيه للمواد التبغية، علاقات سطحية. (أنظر الشكل 21).

MMPI-2™

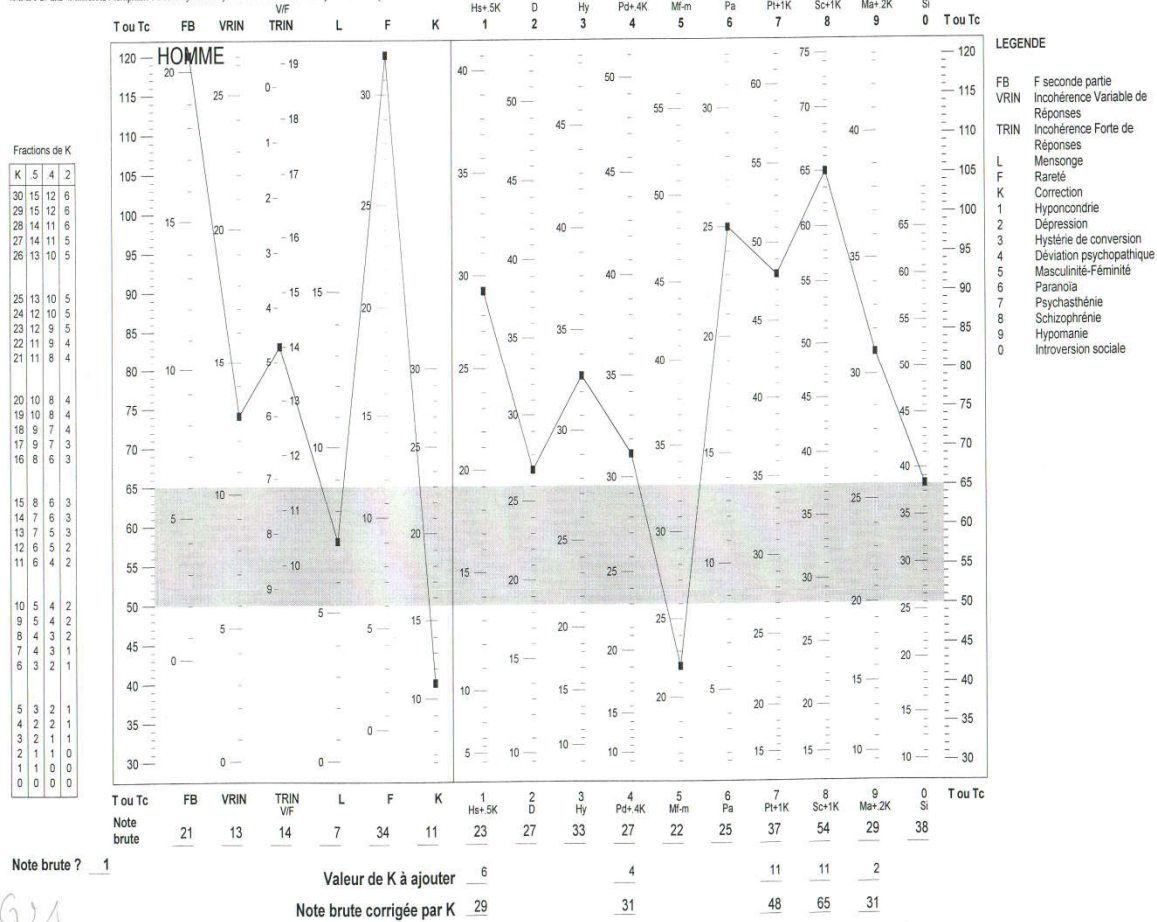
S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota - 2™

ecpa
Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Nom : (B) Prénom : (A)
Age : 25 Sexe : Masculin Profession : Mécanicien
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant: _____ ate de saisie : 18/06/2015

Feuille de profil - Echelles Cliniques de Base

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.



الشكل 21: منحنى نتائج السلالم الإكلينيكية الأساسية للحالة الرابعة Les Echelles clinique

3/ ملخص عن بروتوكول الحالة (ب)(أ):

من خلال النتائج المستعرضة أعلاه، نلاحظ أن سلالم الصدق دلت على أن المفحوص كان مرتاحا في الوضعية الإختبارية ولم يظهر مقاومة ولم يلجئ لإظهار صورة مزيفة عن نفسه حيث كان سلم الكذب صادقا وكذلك سلم لا أعلم(?) أما في سلم الإجابات النادرة فقد كان الصدق غير مؤكد وذلك قد يعود أساسا إلى وجود عسر قراءة أو أخطاء في الفهم أو التصحيح، كما قد يكون قد لجئ لإعطاء أجوبة بالصدفة بسبب عدم الكفاءة في الفهم أما سلم التصحيح فقد عكس احتمال لجوء المفحوص لطلب المساعدة بسبب عدم الفهم و هونفس ما وجه في سلم الإجابات النادرة، كما أظهر توظيف دفاعات غير ملائمة وشكوك ونقد للذات وللآخرين، كل هذه التفسيرات المحتملة نجدها تميز سلوك المفحوص من خلال ما استقيناه من ملاحظات عيادية عنه عند دراسة تاريخ الحالة، فكما أوضحناه سابقا، المفحوص شخص يميل للوم والشك الذي يسيطر على تفكيره والذي مفاده أن الناس يريدون الأذى له لأنه أحسن منهم.

على مستوى السلالم الإكلينيكية الأساسية، كانت تقريبا معظم القيم المحققة جد مرتفعة دالة على وجود اضطرابات هامة خاصة على مستوى الذهاني حيث برز الإضطراب البارانوي بإضطراب التفكير وسيطرت الهذات بشكل أساسي، كما كان سلم الفصام جد مرتفع ترجم إكلينيكيًا بوجود سلوكات شاذة وغريبة، وسيطرت الهذات مع الميل إلى الانطواء الاجتماعي وهو ما لاحظناه إكلينيكيًا من خلال المعطيات التي جمعت عن المفحوص و رغم صراحة المفحوص إلا أن درجته المرتفعة على سلم الهوس الحركي، دلت على وجود ميولات لأفكار العظمة مع الخط الذهني وسرعة الغضب والاندفاع، هذه الأعراض سببت هي وأعراض أخرى عصابية تعبا نفسيا وتوترا خاصة أيضا لهيمنة الطبع الإستحواذي والإجترار الذهني ومخاوف خاصة بوجود الخرافات مع فزع كبير وهو ما يفسر إرتفاع الدرجة المحققة على سلم البسيكاسيتنيا، على مستوى الثالوث العصابي أظهر المفحوص قيما مرتفعة أيضا في كل السلالم وهو ما يعكس سوء الحالة النفسية وعدم الاستقرار الوجداني لدى هذه الحالة، هذا ما يتفق مع المظهر الكئيب والحزين والغير مبالي مع التقلبات الميزاجية المفاجئة التي أظهرها المفحوص خلال الحصص العيادية التي أجريت معه، هذه التفسيرات تؤكد فرضيات البحث وللتعمق أكثر في دراسة الحالة نتطرق لسلالم أخرى كمايلي.

4/ سلاسل "هاريس" و"لانجو" Harris et lingoes

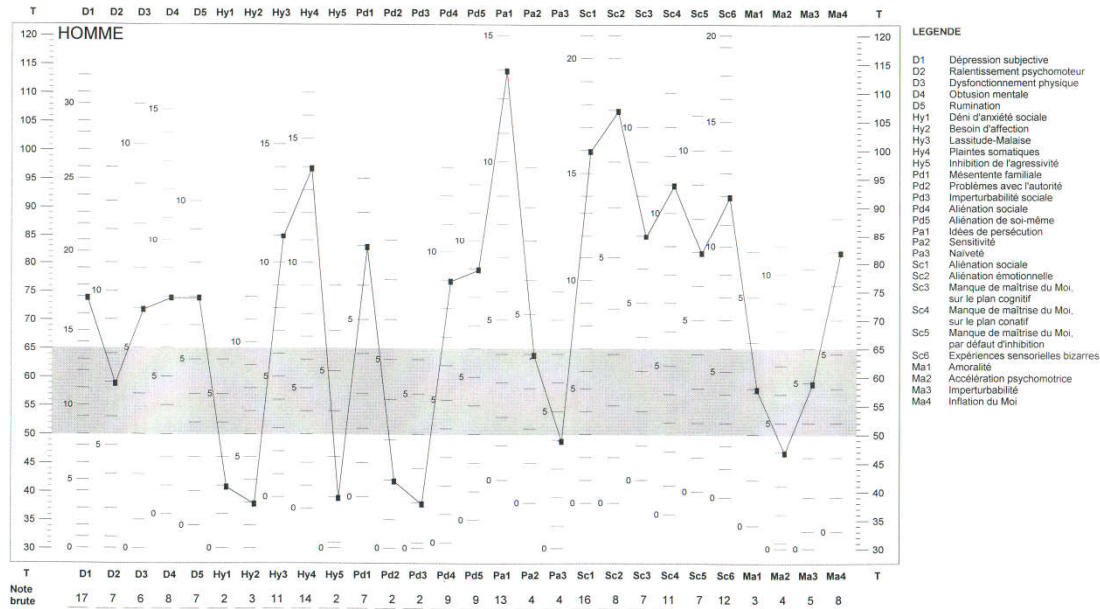
MMPI-2™

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Traduction Française de
Personnalité du Minnesota - 2^{ème}ecpa Les Éditions
du Centre de Psychologie
Appliquée

Nom : (B) Prénom : (A)
 Age : 25 Sexe : Masculin Profession : Mécanicien
 Psychologue :
 Catégorie : <Aucune>
 Identifiant : Date de saisie : 18/06/2015

Feuille de profil - Sous-échelles de Harris-Lingoes

Translated and Adapted by Permission
 Copyright © 1943 (renewed 1970), 1988, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
 «MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.



الشكل 22: منحنى نتائج سلاسل "هاريس" و"لانجو" Harris et lingoes للحالة الرابعة

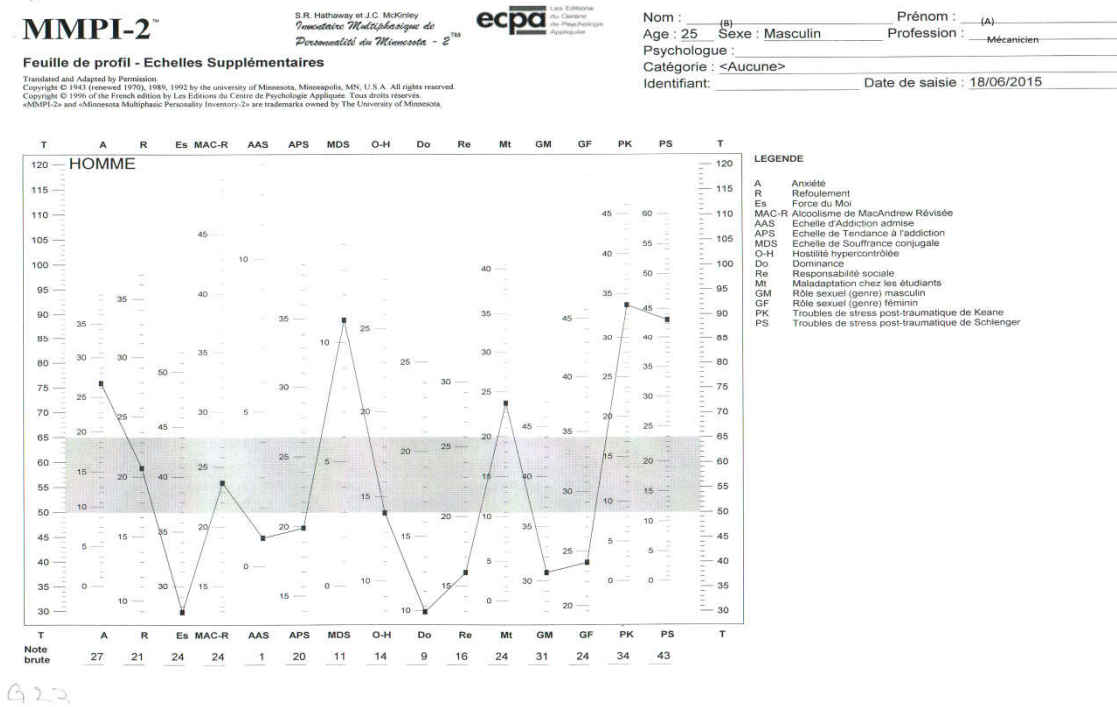
بدراسة سلاسل هاريس و"لانجو" Harris et lingoes نستخلص بعض الأعراض السببية وراء ارتفاع الدرجات المحصل عليها على السلاسل الأساسية الإكلينيكية عند هذه الحالة، فنجد مثلا على سلم البارنوي₁ (Pa₁) كانت هذه القيمة المعيارية تمثل القيمة الأكثر ارتفاعا على المنحنى حيث بلغت (114) ودلت هذه القيمة إكلينيكية على سيطرة الأفكار الإضطهادية، كما كانتقيمة سلم الفصام (SC₂) مرتفعة جدا بلغت (107=T) و دلت على وجود نفور عاطفي أما (SC₁) فدرجة (100=T) و تدل على النفور الاجتماعي، الفصام (SC₄) (93=T) ويشير إلى نقص التحكم في الذات على المستوى التحفيز، الفصام (SC₆) (91=T) الدرجة المحققة كانت وتشير إلى وجود تجارب حسية غريبة، الفصام (SC₃) القيمة المعيارية فيه (85=T) وتدل على نقص في التحكم في الذات على مستوى المعرفي، الفصام (SC₅) القيمة المعيارية عليه هي (81=T) وتدل على نقص في التحكم في الذات بسبب الكف على سلم الهستيريا₄ (Hg₄) كانت القيمة المعيارية (97=T) و هي تترجم بوجود شكاوى جسدية. اما الهستيريا₃ (Hg₃) فقيمة (85=T) تدل على وجود التعب النفسي، على سلمي الانحراف السيكوباتي PD₁ والهوس

الحركي (Ma_4) كانت القيمة المعيارية T متساوية ($84=T$) و دلت على التوالي، عدم التفاهم و التوافق الأسري، تضخم الأنا، على سلم الانحراف السيكوباتي $4(PD_4)$ قيمة ($77=T$) وتشير إلى وجود نفور اجتماعي أما (PD_5)

فقيمة ($79=T$) و هو مؤشر عن نفور الذات، سلاسل الاكتئاب أيضا كانت مرتفعة كلها حيث جاء القيم المعيارية كالتالي ($74=T$) (D_1) ($72=T$) (D_3) ($72=T$) (D_4) و (D_5) كانا متساويين حيث القيمة المعيارية $74=T$ ، هذه القيم المرتفعة تفسر إكلينيكا كمايلي على التوالي: إكتئاب ذاتي، خلل وظيفي بدني، بلادة الذهن، الميل للإجترارية الفكرية.

أما باقي القيم المعيارية على السلاسل المتبقية فقد جاءت ضمن المتوسط العادي ولم تشر على وجود أعراض مميز على مستواها لدى المفحوص والبعض الآخر كان تحت المتوسط العادي وهي تتوفق مع نتائج السلاسل السابقة. (أنظر الشكل 22).

5/ السلاسل الإضافية Les Echelles Supplémentaires



الشكل 23: منحنى نتائج الإضافية للحالة الرابعة Les Echelles Supplémentaires

بتحليل هذه السلالم الإضافية نتمكن من توضيح الأمور بشكل أكثر عمقا بخصوص النتائج التحصل عليها في السلالم الإكلينيكية الأساسية والنتائج التي أوضحناها، هذه السلالم الإضافية تمثلت في وجود قيم معيارية جد مرتفعة في كل من سلم المعاناة الزوجية (MDS) حيث بلغت (88=T)، أما على سلم التوتر ما بعد الصدمة لكايين "Keane" (PK) فقد حققت درجة معيارية (91=T)، وكذا على سلم التوتر ما بعد الصدمة "لشلانجر" (Schlenger) (SP) القيمة المعيارية (89=T)، على سلم التوتر (A) القيمة المعيارية كانت أيضا مرتفعة بلغت (76=T)، سلم سوء التكيف عند الطلبة (Mt) تحصل المفحوص عليه على قيمة معيارية (72=T)، هذه السلالم المذكورة أعطت قيما مرتفعة دالة على وجود اضطرابات هامة على مستواها كما أعطينا بيانات هامة بخصوص تحديد الأسباب الإكلينيكية الكامنة وراء الاضطرابات التي تظهرها هذه الحالة، أما على مستوى بعض السلالم الإضافية فقد كانت النتائج جد منخفضة وذلك في كل من سلم قوة الأنا (ES) حيث كانت القيمة المعيارية (30=T)، سلم الهيمنة أو السيطرة (DO) كانت قيمة (30=T)، سلم المسؤولية الاجتماعية (Re) بقيمة (39=T) على سلم الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM) كانت الدرجة (40=T)، أما سلم الدور الجنسي (النمط) الأنثوي (GF) بقيمة (42=T)، سلم الإدمان المقبول (AAS) بقيمة (45=T) و سلم الميل للإدمان (APS) حققت درجة معيارية (48=T)، هذه القيم المنخفضة تعطينا أيضا نظرة عن التوظيف النفسي للمفحوص حيث نجد مثلا معايير السيطرة والمسؤولية الاجتماعية وقوة الأنا جد منخفضة عن المتوسط وهي تمثل أيضا شذوذا إكلينيكيًا لديه، وتعكس سبب وجود النفور الاجتماعي والأفكار الاضطهادية والنفور اتجاه الذات كما توضح قبلًا في السلالم الثانوية "لهاريس" و "لانجو" Harris et lingoes". (أنظر الشكل 23).

Les Echelles de conteu"المحتوى"6/سلالم**MMPI-2™**S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Personnalité Multiphasique de
Personnalité du Minnesota - 2™ecpa
Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Nom : (B)

Prénom : (A)

Age : 25 Sexe : Masculin

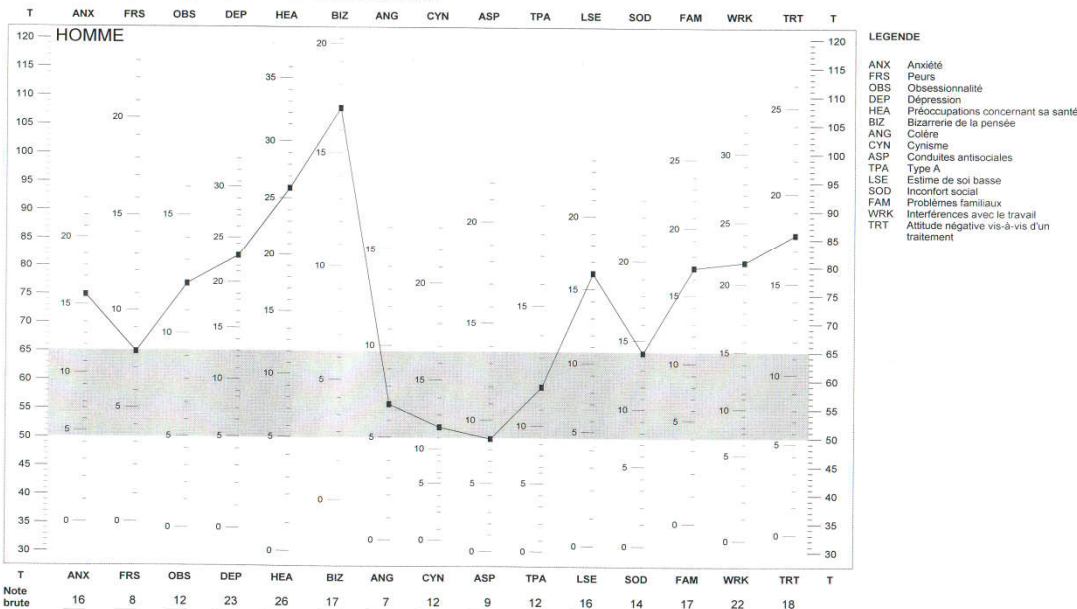
Profession : Mécanicien

Psychologue :

Catégorie : <Aucune>

Identifiant :

Date de saisie : 18/06/2015

Feuille de profil - Echelles de ContenuTranslated and Adapted by Permission
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.**الشكل 24: منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة الرابعة Les Echelles de conteu**

على مستوى سلالم المحتوى كان غرابة التفكير (BIZ) يمثل أعلى درجة معيارية حيث بلغت قيمة (107=T)، أما على سلم الانشغالات بخصوص الصحة الشخصية (HEA) فالقيمة المعيارية (94=T)، على سلم التصرف السلبي إتجاه علاج ما (TRT) فقد بلغت فيه قيمة (86=T)، على سلم الإكتئاب (DEP) وسلم التدخلات مع العمل (WRK) تساوت فيه القيمة المعيارية المحققة حيث بلغت (82=T)، سلم المشاكل العائلية (FAM) حققت قيمة معيارية (80=T)، سلم إنخفاض تقديرات الذات (LSE) القيمة المعيارية (79=T)، سلم الهجاس (OBS) القيمة المعيارية (77=T)، سلم التوتر (ANX) القيمة المعيارية (75=T).

أما باقي السلالم فقد كانت قيمها المعيارية ضمن المتوسط العادي، منه نلاحظ أن المفحوص وفق هذه سلالم المحتوى ظهرت لديه قيم معيارية تدل على الاضطراب النفسي خاصة على مستوى غرابة التفكير والانشغال بالصحة الجسدية والاتجاه السلبي إتجاه العلاج، وهي إستجابات نمطية تميز الفرد المصاب بالهذات المزمنة البارافرينية، كما أن الإنقطاع عن العلاج باستمرار ومعارضة فكرة أن المرض

الذي يعاني منه المفحوص يعالج دوائيا ونفسيا والإعتقاد بأنه مصاب بالمس والسحر وأمور غريبة، ظهر الاعتقاد من خلال سلم معارضة العلاج أو الاتجاه السلبي نحو العلاج وهو ما يفسر عدم التزام المفحوص بالدواء وكذا العلاج النفسي ولجوءه إلى الطالب أو الرقية، كما كان له تأثير هام على المفحوص من طرف المشاكل العائلية على سلم (FAM) و بالعودة إلى تاريخ الحالة نجد أن هذه النتيجة تتوافق مع البيانات التي جمعت من خلال دراسة تاريخ المفحوص العائلي. (أنظر الشكل 24).

7/ ملخص عام عن نتائج دراسة الحالة (ب) (أ) على ضوء فرضيات البحث:

من خلال دراسة هذه الحالات و الملاحظات العيادية التي جمعت عنها توضح لدينا أن المفحوص (ب) (أ) عانى من اضطرابات نفسية ذات خلفية هذائية ذهانية في الأساس. كما أنه يظهر حالة حصر وتوتر نفسي بسبب الانشغال الدائم بخصوص الصحة العامة و ذلك بشكل هجاسي ولد لديه حالة عدم إستقرار إنفعالي و توتر حاد، من جهة ثانية وجود التفكير الغريب والخرافي والخيال الجامع مع الإجترارية الفكرية، الشكوك الإستحواذية بخصوص إضطهاد المجتمع والعائلة له زاد من سوء حالته النفسية، وبالرجوع لتاريخ الحالة نجد المفحوص قد ترعرع في جو مليء بالصراعات والمشاحنات بين الوالدين ما ولد محيطا أسريا غير سليم، كما أن الطبع الحاد للأب و لجوئه للعنف والعقاب الجسدي والمعنوي مع المفحوص وكذا الإخوة والأم كون لديه ميولا للعدائية و النفور من الآخرين سواء في الأسرة أو المجتمع حيث يعتقد أن لا أحد في هذا العالم يحب له الخير بل الكل يتربصون به حتى ينالوا منه، لذلك يتصرف هو أيضا بعنف حماية لنفسه من إضطهاد الآخرين. هذا الميكانيزم التبريري يميز التفكير النمطي للفرد المصاب بالهذاء البارانوي، ونشير إلى أن الانتقال المفاجئ للمفحوص في سن مبكرة من بلدة منشأة إلى العاصمة شكل لديه حدثا صادما لم يتقبله إلى يومنا ويتكلم عنه مرارا على صورة حدث إضطهد به من طرف الأب لأنه أجبر على ترك كل ما يحبه وهجر أصدقائه، هذه الإستجابة يعكس عدم المرونة النفسية لديه وعدم القدرة على التكيف الإجتماعي، ما سبب لديه الميول للعدائية والنفور الاجتماعي فيما بعد و كذا الإنطواء على الذات، أما بالرجوع إلى نتائج رائر الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا² (MMP) و على مستوى السلام الإكلينيكية، يتوضح لدينا حليا نمط التوظيف العقلي الذي يميز هذه الحالة كما نستنتج بعض الإحتمالات السببية إكلينيكية والتي تفسر لنا مصدر أو سبب وجود الاضطرابات النفسية لدى المفحوص، بالسلام الإكلينيكية الأساسية أظهرت معاناة المفحوص على مستوى الثلاث الذهاني بشكل أساسي.

حيث مثل سلم البارانويا والفصام والتعب النفسي أعلى القيم المرضية وكما كان سلم الإنحراف البسيكوباتي وسلم الهوس الحركي يمثلان قيما مرضية لدى المفحوص، وقد فسرت هذه النتائج بتحليل السلالم الثانوية "الهريس" و "لانجو" Harris et lingoes " والسالام الإضافية و سالام المحتوى، هذا التحليل أثار إلى هيمنة الأفكار الإضطهادية لدى هذه الحالة والأفكار الهذائية مع وجود غرابة في التفكير الإحساس سوء التحكم في الذات على المستوى العاطفي و المعرفي والإنفعالي كما ظهر نفور إجتماعي ونفور اتجاه الذات لسوء تقدير الذات، كما ظهر وجود عدم التوافق الأسري وهو نفس ما وجد في سلم FAM في سالام المحتوى، كما أظهر المفحوص سلوك هجاسيا بخصوص الصحة الذاتية مع إجترارية فكرية ربما كانت وراء التعب النفسي الذي ظهر على مستوى سلم الهستيريا₃(Hy₃). سالام الاكتئاب كانت أيضا مرتفعة نوعا ما حيث دلت على وجود إكتئاب ذاتي وخلل بدني وظيفي مع بلادة الذهن والميول للإجترارية الفكرية، على مستوى السلالم الإضافية وجدنا توترا لمابعد الصدمة، ومؤشرا للمعاناة الزوجية وسوء التكيف عند الطلبة وهو يعكس صحة البيانات التي جمعت عن الحالة من خلال الحصص التحضيرية، فقد أظهر المفحوص سوء تكيف هام عند انتقاله من الجلفة إلى العاصمة ما أدى به لترك الدراسة رغم حبه للتدريس وتفوقه عندما كان في بلدته، وربما كان هذا الحدث بمثابة صدمة ونقطة تحول في حياة المفحوص، على مستوى سالام المحتويظهرت غرابة التفكير كأعلى قيمة معيارية محققة دالة على نمط تفكير المفحوص كما ظهر الإتجاه السلبي نحو العلاج وهو ما يفسر الإنقطاع المتكرر للمفحوص عن كل أنواع العلاجات التي وجه إليها من طرف الأطباء ماعدى التوجه عند الطالب وهو سلوك متبنى وشائع في المحيط الإجتماعي والأسري للمفحوص، حيث يسود الإعتقاد بأن كل من يظهر غرابة في التصرف يكون مصابا بأمور غيبية مثل المس أو السحر أو العين...وعلاجه يكون عند الإمام أو الطالب باستعمال الرقية الشرعية، هذا الإعتقاد دفع بالمفحوص إلى المثابرة على الرقية بدون انقطاع، لكن هذه الأخيرة لم تساعد على استقرار الحالة رغم أنها كانت تعطي راحة نفسية مؤقتة حسب ما عبر عنه المفحوص، بالتالي نؤكد الفرضية التي طرحت في بحثنا هذا والتي مفادها: "لا ترتبط كل الإضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج". حيث أن هذه الحالة المدروسة أظهرت وفق الملاحظات العيادية وتتبع تاريخ الحالة ونتائج الرائز المطبق عليها أن الإضطرابات التي تعاني منها لها خلفية نفسية وسببية ترجع لنمط حياة المفحوص وتجاربه الماضية التي كانت صدمية في معظمها، كما أن المحيط العائلي والإجتماعي كان له الدور الكبير في تطور الإضطرابات سواء بسبب الجو الأسري السائد في العائلة أو الحرمان العاطفي

الذي عاشه المفحوص أو التغيرات الحياتية المفاجئة التي إضطرت المفحوص ليعيشها دون تحضيره أو تقبله لها، كما أن دور المحيط الأسري والإجتماعي له أهمية من حيث الأفكار التي يتبناها والتي تسلم بالقطع بأن المفحوص مصاب بالمس والسحر وذلك سبب سلوكاته الغريبة، هذه الإعتقادات ترسخت لدى المفحوص أيضا، ما جعله يتوجه إلى طرق بديلة عن العلاج الطبي، هذا التوجه لم يحقق تحسنا للحالة وهنا نصل إلى تأكيد الفرضية البحثية الثانية المطروحة في هذه الدراسة والتي مفادها: "قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية، وهي حالات آنية غير متعلقة بالإضطراب الهذائي التابع للبارانويا. هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالة".

3.1/دراسة الحالات المصابة بالإضطراب الهذائي والتي تلجئ لاستشارة المشعوذين:**الحالة الخامسة:**

الجنس: أنثى	الإسم: (م). (ف)
المستوى الدراسي: دراسات عليا جامعية	العمر: 42 سنة
الحالة الاجتماعية: عزباء	المهنة : أستاذة حقوقية
عدد الإخوة و الأخوات: 5 إناث . 4 ذكور	البيئة الاجتماعية: حضرية
	الترتيب العائلي: الخامسة

مشكلة الحالة:

تعاني المفحوصة من حالة ذهانات مزمنة مرتبطة بالشعور بالعظمة والاضطهاد في نفس الوقت مع حالة شكاوى متكررة بخصوص آلام جسدية حيث يمتلك الحالة شكوك هجاسية بخصوص حالتها الصحية، كما تعتبر أنها إنسانة مميزة ومتفوقة في عملها وحياتها بسبب ذكائها وتمتاز بالانتماء لعائلة مرموقة لذلك فهي محسودة من طرف الآخرين كما أنها مضطهدة داخل الأسرة خاصة من طرف الأخوات لكونها أنجح وأجمل منهن في المظهر الخارجي، علما أن المفحوصة هي البنت الكبرى من بين الإناث والإبنة الخامسة في الترتيب العام.

تقديم تاريخ الحالة:

الحالة (م) (ف) أنثى تبلغ من العمر (42سنة)، عزباء، تعمل كأستاذة حقوقية قاطنة بولاية تيزي وزو، لديها مستوى دراسات جامعية عليا هي البنت الكبرى من بين الإناث من عائلة متكون من (6 إناث و 4 ذكور)، العائلة ذات مستوى اقتصادي وثقافي للأبأس به، واسم العائلة جد معروف في وسطها الاجتماعي، تعاني المفحوصة من حالة هذائية مزمنة منذ 6 سنوات، كما كانت تشكو من وساوس هجاسية وآلام عضوية لم تظهر الإختبارات الطبية منشأها، هذه الشكاوى ظهرت منذ سن المراهقة، تم استشفاء المفحوصة من قبل في مستشفى خاص لنفس السبب، الأب 79 سنة على قيد الحياة متقاعد وكان يعمل كمسؤول إداري لديه مستوى دراسي معتبر، علاقته جيدة مع المفحوصة، الأم مأكثة بالبيت

تبلغ من العمر 75 سنة، متحصلة على مستوى دراسي في الثانوي، ذات طبع صارم وعلاقتها مضطربة مع المفحوصة، الأخ الأكبر يعاني من حالة إكتئاب حاد مع محاولات إنتحارية متكررة كما أن العم عانى من حالة فصامية.

التطور الحسي الحركي: المفحوصة لم يكن لديها مشاكل على مستوى التطور الحسي الحركي أثناء الطفولة.

● **التمدرس:** كانت المفحوصة متفوقة في مسارها الدراسي حيث تعتبر أن الدراسة أمر أساسي في الحياة وهو باب النجاح والتميز، بالتالي كانت معدلاتها دائما عالية ومتفوقة، لا تقبل بالفشل أو الخسارة.

● **الحياة العلائقية:**

مع الأسرة: المفحوصة لديها علاقة حميمة مع الأب الذي يميزها على كل إخوتها ويعتبرها المفضلة خاصة بعد نجاحها في مجال العمل، كان يتباها بها أمام العائلة والأصدقاء ويعطيها دوما تعليمات تحذيرية وسلوكية حتى تتعلم كيف تتكيف مع المجتمع الذي يراه قاس وخطير، المفحوصة كانت دائما في جدال مع الأم بسبب طبعها الصارم، حيث كانت الأم تلجئ للعقاب الجسدي والتجريح اللفظي كما أنها تمتاز بالتسلط، من جهة أخرى المفحوصة لها نفس طبع الأم وتميل إلى التحرر والتسلط وتتبنى سلوكا إستراتيجيا وحذرة في طريقة الحديث والمشي واللباس ورغم أنها حسنة الوجه لكنها لا تعتني بأنوثتها هذه الصفة تقلق الأم كثيرا وتعتبرها سبب عدم زواج ابنتها كما تعتقد أنها مصابة بالسحر أو العين لذلك تحاول توجيه ابنتها دوما إلى العرافين لفك السحر عنها.

العلاقة مع الإخوة والأخوات: المفحوصة لديها علاقات متشاحنة مع أخواتها حيث

تعتبر أنهن يحسدنها ويحقدن عليها لكونها الكبرى من بينهن ولأنها ليست متزوجة فزواج الكبرى هو مفتاح للأخريات، نشير إلى أن الأخت الثالثة فقط من تزوجت، أما مع الإخوة الذكور المفحوصة لديها علاقة جيدة معهم وقد كانت البنت الأولى بعد الذكور وكانت مدللة من طرفهم، حاليا الإخوة الذكور متزوجون والمفحوصة تحس بأنهم تخلو عنها واهتمامهم أصبح فقط لزوجاتهم وأبنائهم، هذا ما يجعلها حاقدة عليهم حاليا لأنهم خانوها، أما مع زوجات إخوتها فهي تتجنبهن لأنها تعتقد أنهن مصدر معاناتها لاحتمال أنهن من قمنا بالسحر لها.

العلاقات مع المحيط الإجتماعي:

المفحوصة منطوية إجتماعيا و ليس لها صديقة حميمة خاصة مع الجنس الأنثوي الذي تعتبره جنسا خطيرا وحاقدًا حيث أن النساء يغرن كثيرا ويمكنهن أذية الآخرين بسهولة. في عملها لديها معارف وتعاملات مهنية لكن ليست صداقات حميمة .

• السوابق المرضية للحالة:

كما أشرنا سابقا، المفحوصة عانت من شكاوى وآلام جسدية منذ سن المراهقة، حيث تم استشفائها سابقا، كما تحدثت عن وجود تحرشات جنسية في سن الطفولة حيث حاول أحد أحوالها التعدي عليها وكان يمارس ملامسات جنسية مع المفحوصة التي لم تجرباً على إخبار أحد من العائلة قبلا عن ذلك.

• السوابق المرضية العائلية: الأخ الأكبر يعاني من حالة اكتئاب حاد، العم عانى من حالة

ذهانية فصامية ، كما أن الأم حادة الطبع وإنفعالية جدا .

• العلاج المقدم:

المفحوصة لم تقم باستشارة أي مختص بخصوص حالة الهذات عدى أخذ بعض المهدئات التي اشترتها لوحدها دون إستشارة ، كما أن المفحوصة لا تأمن بإصابتها بمرض نفسي، بل تعتقد أنها مصابة بالمس أو السحر لذلك تلجأ إلى العرافين والسحرة بشكل متكرر من أجل التخلص من المس والسحر والعين وتعتبر ذلك هو السبيل الأنجح للعلاج لأن ما سبب بالسحر يعالج بنفس الطريقة ولاجدي للأدوية.

نتائج رائز الشخصية المطبق مع الحالة (م)(ف):

طبق على الحالة (م)(ف) رائز الشخصية المتعدد الوجه مينيسوتا₂ (MMPI₂) لهدف تشخيصي وتقييمي للحالة النفسية العامة وذلك بعد 3 حصص تم فيها جمع البيانات والملاحظات العيادية بخصوص الحالة وتاريخها المعاشي، كما تم تحضيرها لإجراء الاختبار بعد شرح الأهداف الدراسية وتوضيح طريقة الإجابة وأهم التعليمات المتعلقة بالرائز، أجري الإختبار بتاريخ 2015/07/02، على مستوى مؤسسة الصحة العمومية بتييزي وزو، وقد دام تطبيق الإختبار مدة ساعة و 20 دقيقة ووقت كمون قدره 7 دقائق. المفحوصة كانت جد متعاونة معنا ومركزة مع بنود الإختبار رغم طولها ورغم التعب، نشير إلى أن المفحوصة طلبت إمكانية إتمام الاختبار في يوم آخر وبعد أن أجبنها بإمكانية ذلك بشرط إتمام الجزء الأول (يعني 370 بند الأول)، فضلت إتمامها كلها.

المفحوصة كان لديها تعاليق على بعض البنود خاصة المتعلقة بالمس والكحول لكنها واصلت الإجابة عن كل الأسئلة وجاءت النتائج كالتالي:

رمز الحالة (م) (ف) هو: $6*78"51'94-0/23F!***'-L/K$

1/سلام الصدق:

نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن البروتوكول الخاص بالحالة (م). (ف) والتي تلجأ للعلاج باستشارة العرافين، أنه كان صادقاً حيث جاءت النتائج صادقة ماعدى سلم الإجابات النادرة الذي دل على احتمال عدم الصدق و لكن صدق البروتوكول يأخذ خاصة من سلم الكذب (L) وجاءت النتائج كالتالي:

1.1/سلم الكذب (L):

كانت القيمة الخام المتحصل عليها على سلم الكذب (L) تساوي (6) تعادلها قيمة معيارية (55=T)، وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي (Modal) وتدل على أن البروفيل صادق، قد تعود هذه القيمة إلى ميل المفحوص لتبنى موقف مثالي أو نموذجي اتجاه إجراء الإختبار، يمكن تفسير هذا السلوك إكلينيكيًا باحتمال كون المفحوصة مرتاحة بخصوص صورتها الذاتية.

2.1/سلم الإجابات النادرة (F):

تحصلت الحالة على قيمة خام في هذا السلم تساوي (29) قابلتها قيمة معيارية (115=T) وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع جداً، تدل على وجود احتمال عدم الصدق، ولقد تحصلت على هذه النتيجة لأسباب محتملة قد تكون إعطاء أجوبة بالصدفة أو أخطاء في التصحيح أو وجود عسر قراءة خطير، ويمكن تفسير هذه النتيجة بالإحتمالات التالية: نقص في المشاركة في الإختبار أو أن المفحوصة تتبالغ في اضطراباتها أو أن لديها كفاءات محدودة في القراءة أو يوجد مقاومة إتجاه الرأى.

3.1/سلم التصحيح (K):

القيمة الخام المحققة على هذا السلم كانت (13) تقابلها قيمة معيارية من نوع (45=T)، هذه القيمة تقع في المستوى النموذجي (Modal) للقيم المعيارية T. وقد ترجع إلى وجود موقف متزن يعني تحاول

حماية نفسها مع بقائها متفتحة في نفس الوقت وذلك قد يفسر باحتمال وجود إمكانات كافية لتدخل علاجي.

4.1/ سلم الإجابات لا أعلم (?)

تحصلت المفحوصة على سلم الإجابات لا أعلم (?) على علامة خام تساوي (0)، أي أنها أجابت عن كل بنود الرانز وهذه النتيجة تدل على أن البروفيل صادق.

2/ السلالم الإكلينيكية الأساسية:

1.2/ سلالم الثالث العصاب (HS) (D) (Hy):

1.1.2/ سلم الهستيريا (Hy):

تحصلت المفحوصة على سلم الهستيريا (Hy) على علامة خام تساوي (20) تقابلها قيمة معيارية من نوع (46=T)، وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي للقيم المعيارية يمكن تفسيرها باحتمال ميل المفحوصة لأن تكون شخصا واقعا أو حساسا أو منطقية ولديها توجه جيد.

2.1.2/ سلم الإكتئاب (D):

النتيجة على سلم الاكتئاب (D) كانت تساوي (19) كقيمة خام تقابلها قيمة معيارية (46=T)، وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي القيم T. هذه النتيجة يمكن أن تترجم بالتفسير المحتملة التالية: المفحوصة كانت مرتاحة بخصوص ذاتها أو أنها متزنة ومستقرة أو تميل لتكون واقعية.

3.1.2/ سلم الهيبوكوندري (السويداء) (Hs):

تحصلت المفحوصة على علامة خام في هذا السلم تساوي (25) تقابلها قيمة معيارية (73=T) وهي قيمة تقع في المستوى المرتفع وتفسير بوجود الميل للإحتمالات التالية: إستجابة مبالغ فيها اتجاه كل مشكل حقيقي أو متميز، عزة الذات مع أنانية إلى أقصى حد، حزن مع سلوكات وقحة ومتطلبة، أو وجود موافق إنهازمية متشائمة، المبالغة في المشاكل الصحية الجسدية، شكاوى متغيرة ومتعددة.

2.2/ سلم الذهان : (Pa) (Sc) (Ma) (Pt):**1.2.2/ سلم البارانويا (Pa):**

كانت العلامة المتحصل عليها في سلم البارانويا مرتفعة حيث بلغت القيمة الخام (23) ما يعادل قيمة معيارية من نوع (96=T) وهي قيمة مرتفعة جدا بالنسبة لمستوى القيم المعيارية T ويمكن تفسيرها بالإحتمالات التالية: وجود اضطراب في التفكير أو إعتقادات مغلطة أو أفكار مرجعية، الميل للحقد والتأثر الإجترارية الفكرية، إمكانية الاستجابة تحت تأثير الهلوس.

2.2.2/ سلم الفصام (Sc):

بلغت علامة المفحوصة على سلم الفصام قيمة خام تساوي (55) تقابلها قيمة معيارية (85=T) وهي قيمة تقع في المستوى المعياري المرتفع جدا والذي يفسر بالميل إلى وجود الإحتمالات التالية: وجود تفكير غير منتظم، سلوكات غير مركزة وغريبة، المفحوصة تميل لأن تكون شخصا هذائيا، إنطواء إجتماعي واتصال سيء مع الواقع، المفحوصة قد تكون مهلوسة ومتوحدة.

3.2.2/ سلم الهوس الحركي (Ma):

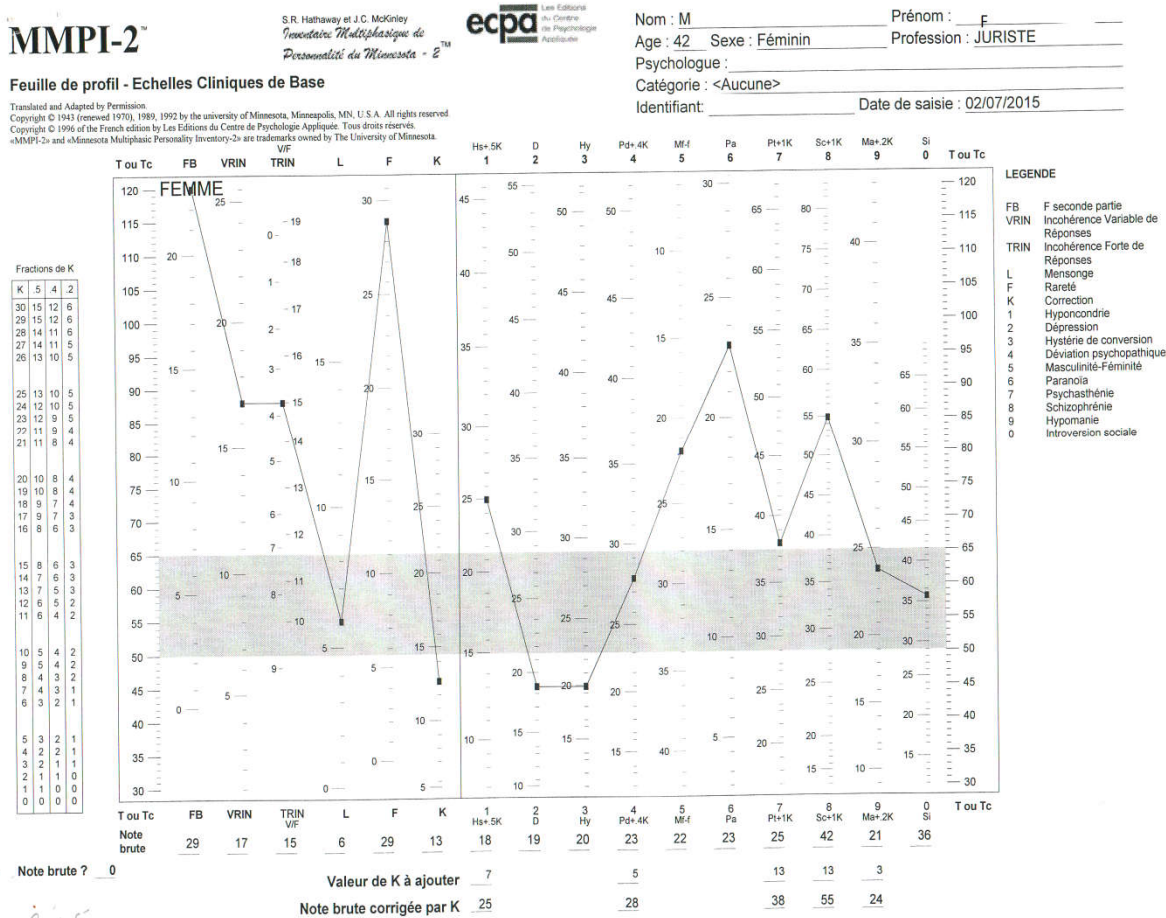
النتيجة المتحصل عليها على سلم لهوس الحركي كانت بقيمة خام (24) وقيمة معيارية (62=T)، هي قيمة تقع في مستوى القيم المعيارية الوسيطة، يمكن تفسيرها بالإحتمالات التالية: المفحوصة تميل لليونة ولديها للتجمعات، لا تتحمل الحياة المونوتونية (رتابة الحياة)، لديها ميول لاهتمامات متعددة، عاملة وفعالة، ترغب في النجاح جريئة ومقدامة.

4.2.2/ سلم البسيكاستينيا (التعب النفسي) (Pt):

الدرجة المحققة على هذا السلم كانت بقيمة خام تساوي (38) تعادلها قيمة معيارية (86=T)، هي درجة مرتفعة جدا تفسر إكلينيكيًا بالميل للإحتمالات التالية: الإجترارية الفكرية، طقوس صارمة، وجود تهيج ، فوبيات بخصوص وجود الخرافات، إحساس بالذنب، الفزع، التوتر، الإكتئاب.

3.2/ سلم الانحراف السيكوباتي (PD):

كانت النتيجة الخام للمفحوص على هذا السلم تساوي (28) تعادلها قيمة معيارية (T=61) وهي قيمة معيارية تقع في المستوى الوسيط وتفسر بالإحتمالات التالية: ميل للإندفاعية وحب المغامرة، الميل للإستمتاع، الميل للحقد، المفحوص يبدو أنها غير صبورة وغير جديرة بالثقة، هي شخص إجتماعي، لديها الثقة النفس وتثبت نفسها، تميل للخيال والإبداع أو الابتكار. (أنظر الشكل 25).



الشكل 25: منحنى نتائج السلام الإكلينيكية الأساسية للحالة الخامسة

3/ ملخص عن بروتوكول الحالة:

من خلال النتائج المستعرضة سابقا نلاحظ أن النتائج المحققة على سلالم الصدق تظهر أن البروتوكول كان صادقا رغم ميل المفحوصة إلى إجابات نادرة بقيمة معيارية جد مرتفعة، ما يعكس احتمال وجود مشاكل على مستوى كفاءتها في القراءة أو مقاومة اتجاه البنود الإختبارية أو أن المفحوصة قد تكون تبالغ في اضطراباتها، أما على مستوى سلالم الصدق الأخرى فقد أظهرت سلوك نموذجيا اتجاه الوضعية الإختبارية ما يعكس إرتياحها بخصوص صورتها الذاتية، كما قد تكون تحاول حماية نفسها مع بقائها متفتحة ومتعاونة وهو ما يشجع إمكانية التدخل العلاجي معها، على العموم كان البروفيل قابلا للإستقصاء في البحث.

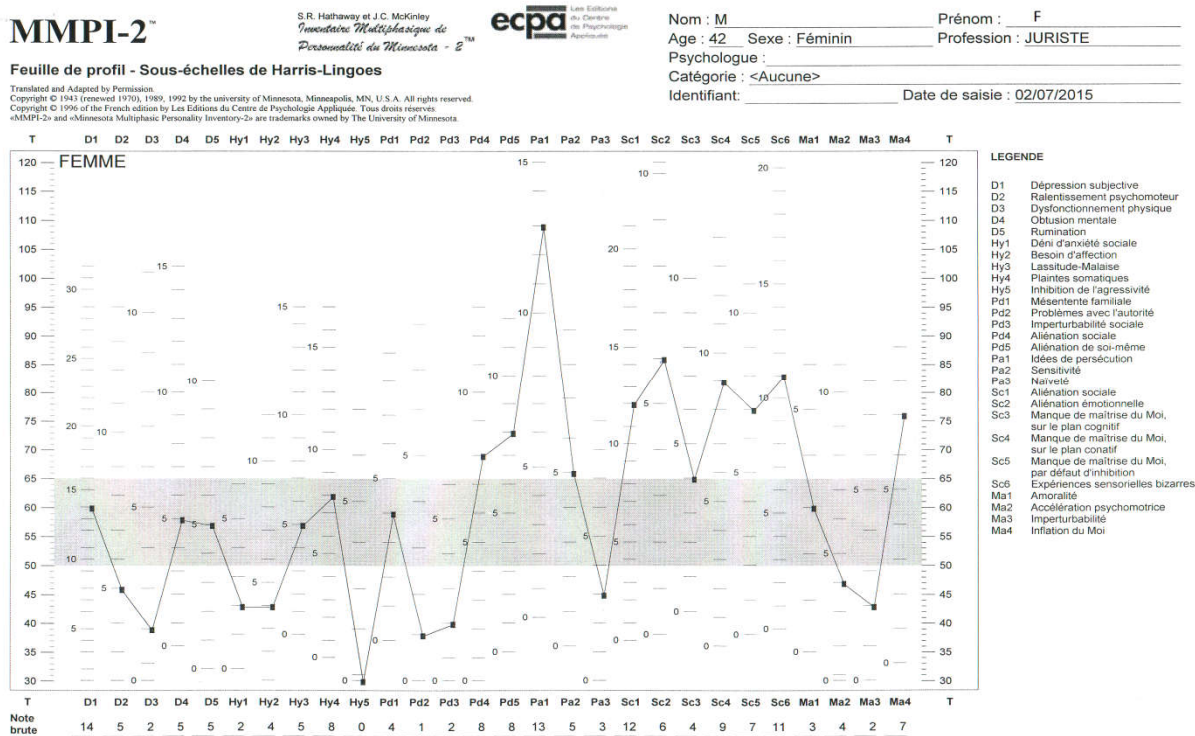
على مستوى السلالم الإكلينيكية الأساسية، كانت النتائج جد مرتفعة على مستوى سلالم الذهان أساسا خاصة سلم البارانويا الذي عكس وجود اضطراب التفكير والإعتقادات المشوهة والأفكار المرجعية مع ميول إلى الحقد والثأر والاجترارية الفكرية، ذلك ما يزيد من حدة التعب النفسي وما يفسر أيضا النتيجة المرتفعة جدا على مستوى سلم البسيكاستينيا خاصة وأن هذا الأخير أظهر احتمال وجود الميل للإجترارية الفكرية والإعتقادات الخرافية والالتزام بالطقوس الصارمة مع إحساس بالذنب والفرع والفوبيا بخصوص الأمور الخرافية، ما يجعل المفحوصة في حالة توتر نفسي دائما، على سلم الفصام جاءت النتائج مرتفعة أيضا كثيرا ما يعكس وجود سلوكات غريبة وتفكير غير منتظم وهذات مسيطرة على تفكير وسلوك المفحوصة ما يجعلها في اتصال سيء مع الواقع ويسبب لها انطواء إجتماعيا وتركز حول الذات، كما تدل النتيجة على احتمال وجود هلاوس، النتيجة المحققة على سلم الهوس الحركي كانت معتدلة وأظهرت ميزات محتملة لدى المفحوصة منها الليونة وتعدد الإهتمامات مع حب النجاح والتقدم بجرئة، كما أنها لا تحتمل الحياة بنمط واحد وتميل إلى تعدد الإهتمامات، سلم الانحراف السيكوباتي كان معتدلا أيضا وأظهر وجود الميل للدفاعية وحب المغامرة والاستمتاع ، كما أكد الميل إلى الأحقاد مع كونها غير جديرة بالثقة وغير صبورة لكنها تثق بنفسها وتسعى لإثبات وجودها رغم أنها تجنب للخيال.

على سلالم العصاب، النتائج كانت نموذجية على سلمى الهستيريا والإكتئاب ما يظهر أن المفحوصة هي شخص منطقي وواقعي ولديها توجه مقبول على هذا المستوى، كما أنها متقبلة لذاتها، أما على مستوى سلم السويداء (HS) فقد جاءت النتائج في المستوى المرتفع ما يظهر وجود المبالغة اتجاه

المشاكل وحزن مع سلوكيات تميل للوقاحة والأنانية إلى أقصى حد مع انطواء على الذات وتشاؤم وانهزامية كما تميل إلى التشاكي المتكرر.

عموما هذه السلام الإكلينيكية أعطتنا صورة دقيقة عن موطن الإضطراب وأهم الميولات الشخصية والسلوكية لدى الحالة المدروسة ولكي نتعمق أكثر في التحليل نستعرض فيمايلي نتائج السلام الفرعية "لهاريس" و "لانجو" "Harris et lingoes" وأيضا سلام المحتوى حتى نتمكن من وضع تحليل عام على ضوء الملاحظات العيادية ودراسة الحالة ونتائج الرائز المطبق وكل ذلك على مسار فرضيات الدراسة.

4/ السلام الثانوية لهاريس و لانجو "Harris et Lingoes Sous échelles"



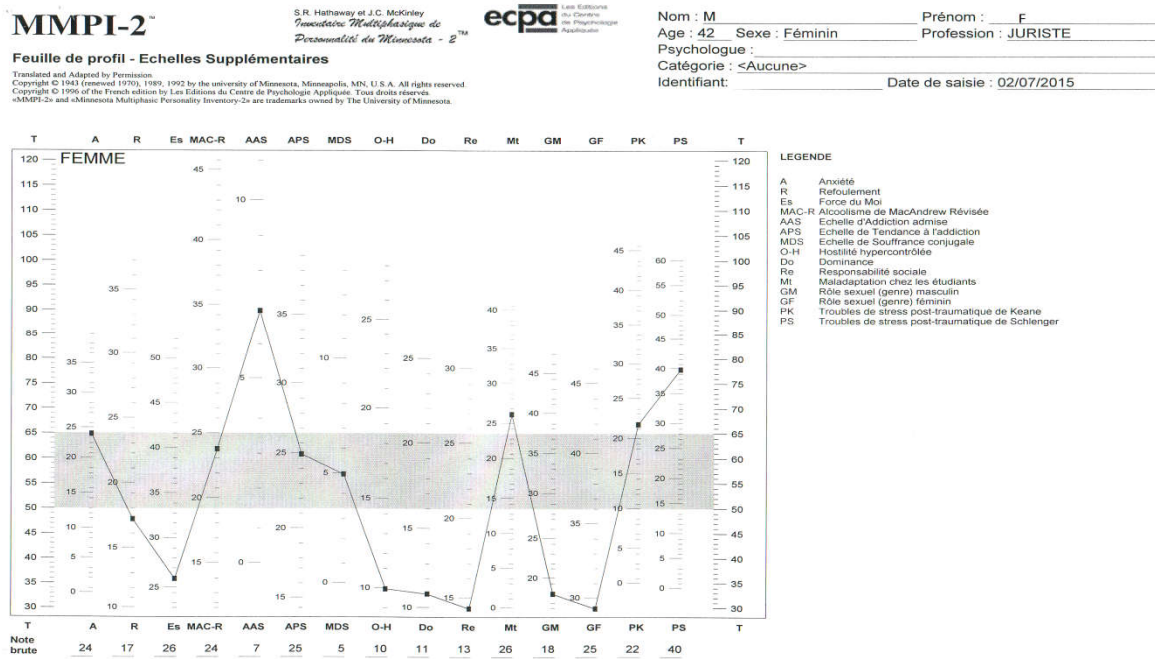
٩٥٦

الشكل 26: نتائج السلام الثانوية لهاريس و لانجو "الحالة الخامسة" Harris et Lingoes Sous échelles

دراسة النتائج الموضحة على هذه السلام تمكنا من حصر بعض الأسباب التفسير للحالة المرضية للمفحوصة، فقد أظهرت هذه الأخيرة وجود قيمة معيارية جد مرتفعة على سلم الأفكار الإضطهادية حيث بلغت قيمة (109=T)، وهي على أعلى قيمة معيارية تحصلت عليها المفحوصة على هذه السلام، كما كانت قيمة (Pa₂) التي تشير إلى الحساسية النفسية بدرجة أعلى من المتوسط بلغت القيمة المعيارية فيه (66=T)، سلام الفصام بدورها كانت القيم التحصل عليها مرتفعة حيث على سلم

الفصام₂(Sc₂) قيمة (85=T)، تشير إلى وجود نفور عاطفي، الفصام₄(Sc₄) قيمة (81=T) ما يدل على نقص في التحكم في الأنا على المستوى التحفيزي، سلم الفصام₆(Sc₆) قيمة (82=T) وتدل على وجود تجارب حسية غريبة، الفصام₁(Sc₁) القيمة المعيارية (78=T)، تدل على النفور الاجتماعي، سلم الفصام₅(Sc₅) القيمة (77=T) تدل على نقص التحكم في الأنا بسبب الكف، سلم الهوس الحركي₄(Ma₄) القيمة المعيارية (76=T) وهي تدل على تضخم الأنا على سلم الانحراف السيكوباتي₅(Pd₅) القيمة المعيارية (73=T)، تدل على نفور اتجاه الذات، أما السلم (P₄d) فقيمة (69=T)، وتشير إلى نفور اجتماعي على مستوى سلالمة الاكتئاب والهيستيريا جاءت معظمها ضمن المتوسط العادي ماعدى سلم الاكتئاب₃(D₃) والاكتئاب₂(D₂) اللذين كانا منخفضين بقيم (40=T) و(47=T) على التوالي، تشير إلى خلل وظيفي جسدي وتثاقل حسي حركي، كما كانت أقل قيمة معيارية على سلم الهيستيريا بلغت الدرجة المعيارية (30=T)، وهي تشير إلى كف العدوانية. (أنظر الشكل 26).

5/ السلالمة الإضافية Les Echelles Supplémentaires



الشكل 27: منحنى نتائج السلالمة الإضافية للحالة الخامسة Les Echelles Supplémentaires

أظهرت نتائج السلالمة الإضافية إرتفاعا معياريا لقيم سلم الإدمان المقبول (AAS) بدرجة معيارية (90=T) وسلم اضطرابات التوتر ما بعد الصدمة "شلانجر" "Schenger" (PS) بقيمة معيارية

(79=T) وسلم سوء التكيف عند الطلبة (Mt) بقيمة معيارية (68=T) وقيمة سلم اضطرابات التوتر ما بعد الصدمة "لكاين" "Keane" بدرجة معيارية (67=T)، أما البعض الآخر من السلام فقد كانت جد منخفضة منها سلم قوة الأنا (ES) بقيمة (36=T)، سلم العدائية المتحكم بها بافراط (OH) بقيمة (35=T)، سلم الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM) بقيمة معيارية (36=T) وقيمة سلم الدور الجنسي (النمط) الأنثوي (GF) كانت تساوي (31)، أما باقي السلام فقد كانت ضمن المتوسط المقبول، بالتالي نلاحظ إرتفاع أساسي لسلام التوتر ما بعد الصدمة والإدمان وسوء التكيف عند الطلبة على مستوى السلام الإضافية ما يفسر بالرجوع إلى تاريخ حالة المفحوصة. (أنظر الشكل 27).

6/سلام المحتوى Les Echelles de contenu



الشكل 28: منحنى نتائج سلام المحتوى للحالة الخامسة Les Echelles de contenu

سلام المحتوى تظهر ارتفاعا كبيرا على مستوى غرابة التفكير (Biz) بقيمة معيارية (98=T) وسلم المخاوف (FRS) بقيمة معيارية (81=T)، سلم الإنشغالات على الصحة (HEA)، وسلم إنخفاض تقدير الذات (LSE) بقيمة معيارية تساوي (77=T)، سلم الموقف السلبي إتجاه علاج ما (TRT) بقيمة معيارية (76=T) سلم المشاكل الأسرية (FAM) بقيمة (73=T) سلم الإكتئاب (DEP) بقيمة

(74=T)، سلم النمط A (TRA) بقيمة (71=T)، سلم الغضب (ANG) وسلم التدخلات مع العمل (WRK) بقيمة معيارية متساوية قدرها (69=T)، أما باقي السلال فقد كانت ضمن المتوسط العادي، بالتالي تظهر هذه السلال وجود غرابة في التفكير والمخاوف مع انخفاض في تقدير الذات وانشغال بالصحة مع التوجه السلبي اتجاه العلاج كما كان سلم المشاكل العائلية مرتفعاً وكذلك سلم الغضب، هذه الميولات المرضية تفسر أكثر النتائج المتحصل عليها على السلال الإكلينيكية الأساسية وتؤكد وجود التفكير والإضطراب البارانوي عند هذه الحالة، هذا التفكير يترجم أصل الأفكار الهذائية الغريبة والإعتقاد بالخرافات. (أنظر الشكل 28).

7/ ملخص عام عن نتائج دراسة الحالة (م)(ف) ومناقشتها على ضوء الفرضيات:

من خلال دراسة تاريخ الحالة (م)(ف) لاحظنا أن هذه المفحوصة عاشت ضمن ظروف ومحيط عائلي صارم من جهة ويميزها بالتفضيل والخصوصية من جهة أخرى منذ الطفولة، فقد كانت البنت الأولى بعد 4 ذكور وكانت ذكية ومتفوقة، تنتمي لعائلة ذات مستوى إجتماعي مرموق، نمت فيها حب النجاح والتميز، ودعم أفكار الهيمنة والعظمة والتفوق، كما أن هذا الوسط كان صارماً في التربية ومقيداً بالتعليمات الداعية للشك والحذر، هذه الظروف جعلت من المفحوصة امرأة متفوقة ومؤمنة بالتميز والعظمة والإضطهاد في نفس الوقت، كما أن الدعوة للحذر والشك نمت لدى العائلة إيماناً بوجود المؤامرات وإيذاء الناس لهم بأمور غيبية فأصبح التوجه إلى السحر والمشعوذين من البديهيّات المقبولة في العائلة رغم مستواهم الثقافي والإجتماعي العالي كما أن الحالة قد عاشت حدثاً صادماً تمثل في التحرشات الجنسية من طرف محرم من العائلة وذلك في سن الطفولة مع التكتّم الشديد على ذلك والإحساس بالعار والذنب مع مرور الوقت، هذه الحادثة ربما كانت سبب إرتفاع القيم على سلم سوء التكيف لدى الطلبة وسلم الذكور الأنوثة لدى المفحوصة، كما جاءت سلال التوتر ما بعد الصدمة والنفور اتجاه الذات بدرجات دالة على الاضطراب. بالتالي أظهر الرأى المطبق على الحالة وجود اتجاهات مرضية جد ظاهرة وعلى وجه الخصوص ما يتعلق بسلم البارانويا والفصام حيث وجدنا هيمنة الأفكار الهذائية كسبب مفسر. على مستوى سلال "هاريس" و "لانجو" "Harris et lingoes" مع سيطرة الأفكار الغريبة والإضطهادية وكذلك في سلال المحتوى أين كانت غرابة التفكير وانخفاض تقدير الذات والقيم على سلم المخاوف تمثل أعلى القيم وبالرجوع أيضاً إلى تحديد الأسباب، وجدنا أن المفحوصة تتبنى إتجاهاً سلبياً بخصوص العلاجات وهو ما يفسر عدم ذهابها للطبيب وعدم إتباع أي علاج وذلك لإعتقادها بأنها مصابة بالسحر

والمس وليس بالمرض، كما قد يفسر هذا السلوك بوجود الإنشغالات المبالغ فيها اتجاه الصحة والشكاوى الجسدية المتكررة لكن الحدث الصدمي المتمثل في التحرشات الجنسية أثرت على استعدادها للتداوى لدى الطبيب وذلك وفق مآثره المفحوصة لأن الطبيب يعني التلامس الجسدي وهي لا تتقبل ذلك، من جهة أخرى هذا السلوك قد يفسر عزوبها عن الزواج إلى هذه السن المتقدمة رغم كونها ناجحة في حياتها العملية وجميلة المظهر وتنتمي لعائلة مرموقة، وقد أظهرت بعض الدراسات كما ذُكرت في الجانب النظري لبحثنا أن من أهم الأسباب التي تولد الأفكار الاضطهادية وجود تجارب الإعتداء الجنسي في الطفولة، ظهر أيضا على مستوى السلام الأساسية وجود اضطراب فصامي واحتمال وجود هلاوس وتجارب حسية غريبة مع إجترارية التفكير ما يولد توتر نفسيا وتعبا ظهر جليا على مستوى سلم البسكاستينيا على شكل قيم معيارية دالة على الميل للإعتقاد بالخرافات والإجترارية الفكرية، فوبيا وفرع بخصوص الخرافات، هذه الميولات تميز أيضا المصابين بالاضطرابات الهذائية المزمنة، سلام المحتوى أكدت وجود هذه المخاوف والميل للخيال والخرافات مع مخاوف مهيمنة وقلق بخصوص الصحة البدنية رغم الإتجاه السلبي نحو العلاجات، كما وجد أن المشاكل العائلية كانت مؤثرة سلبيا على الفحوصة مايفسر التوثر العام الظاهر في السلام الإضافية بصورة تؤكد وجود الحصر النفسي، لكن الإنطواء على الذات والكف يجعل المفحوصة تظهر صورة الاتزان والإستقرار وتخفي درجة التوتر النفسي الذي تعاني منه وبالعودة للوسط العائلي يفسر ذلك بميل الأم للحزم والصرامة وتحمل المسؤولية هذه الصفات التي غرست تربويالدى المفحوصة ولدت لديها الكبت والانطواء على الذات من أجل محاولة إظهار صورة المرأة القوية والمتميزة والناجحة وهو ما يخدم أفكار العظمة والتميز لديها، لكن ذلك لم يمنع تولد الأفكار الاضطهادية أيضا.

هذه النتائج المتوصل إليها من خلال الملاحظات والتحليل الإكلينيكي والمدعمة بنتائج الرائن المطبق على الحالة، أكدت أن المفحوصة تعاني من اضطرابات هذائية مزمنة وحالة بارانويا تتميز بالاعتقاد الخرافي وتتبنى فكرة السحر والشعوذة، وهو الميل المرضي المميز لحالات البارفرينيا، بالتالي نصل إلى تأكيد فرضية بحدثنا المطروحة والتي مفادها "لا ترتبط الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج".

الحالة السادسة – حالة تلجأ للمشعوذين:**نتائج دراسة الحالة (أ). (ز)**

الاسم: الجنس (أ) ، (ز) ذكر

العمر: 60 دراسات عليا المستوي سنة

المهنة: دولة إطار الحالة الاجتماعية: أعزب

الاجتماعية البيئة : حضرية عدد الاخوة : ثلاث أخوة وخمسة أخوات

العائلي الترتيب : الأكبر

• مشكلة الحالة :

تعاني الحالة (ز)، (أ) من هذات العظمة التي تهيمن على تفكيره وكلامه حيث يتأرجح كلامه ضمن روايات مبتكرة فحواها أنه إنسان مهم وقيادي ويمكنه تسيير العالم، ويقول أن كل رؤساء العالم يعرفونه ويستشيرون، كما نجد لديه هذات متعلقة بالاضطهاد والشكوك بأن الجميع متربص به لأنه إنسان متميز ومعروف، ومنه فالمفحوص ينتابه هذات متعلقة بالهيمنة والشهرة والإضطهاد في نفس الوقت ويقوم ببناء روايات خرافية يوميا عن ذلك.

• تقديم تاريخ الحالة:

المفحوص (ز)، (أ) يبلغ من العمر 60 سنة، ذكر وهو الابن الأكبر من عائلة تضم 09 أبناء قاطن بولاية تيزي وزو، لديه مستوى دراسي جامعي ويعمل كإطار دولة بمؤسسة عمومية (مدير)، الحالة الاقتصادية والثقافية جيدة، ينتمي لعائلة ذات أصل أمازيغي بمستوى ثقافي لأبأس به، الأب متوفي وكان يعمل بمؤسسة عمومية مستواه الدراسي دراسات ثانوية، الأم تبلغ من العمر 80 سنة، غير عاملة ومستواها الدراسي ابتدائي.

المفحوص له علاقة جيدة مع الأم وبعض الإخوة لكن له تصادمات مع البعض الآخر، كانت علاقته مع الأب جيدة لكن يشوبها الخوف والتقدير المفرط لشخص الأب.

الأب كان صارما وحنونا في نفس الوقت وكان يأخذ المفحوص معه أينما ذهب توفي الأب منذ 15 سنة ومنذ تلك الحادثة تغير سلوك المفحوص وأخذت حالته تتدهور، حيث توقف عن العمل وانعزل بالمنزل وأصبح يتكلم بكلام مليء بالخرافات والقصص الخيالية حيث بدأ يتكلم عن السياسة والريادة وتدرجيا أصبح يعتبر نفسه شخصية عالمية ومرموقة ويجب أن يتخفى عن الأنظار تجنباً للخطر الذي يترتب به في الخارج ومن مؤامرات تدور حول اغتياله.

المفحوص يعاني كذلك من نوبات فزع وخوف شديد تضطره إلى الإنعزال الإجتماعي، كما يظهر أحيانا نوبات من الغضب والعدائية خاصة مع أفراد العائلة.

• التاريخ المرضي الشخصي والعائلي:

المفحوص يبدو بصحة جيدة لكن هدامه غير معتنى به ومظهره غير مرتب، لم يعاني قبلا من أمراض جسدية هامة تذكر، أما على الصعيد النفسي فكان يعاني من حالات توتر وإكتئاب في سن العشرينات، ثم بدأت تظهر عليه حالة الهذات والكلام الغريب بعد سن الأربعين، أما تطور الحالة فبدأ منذ وفاة الأب حيث كان يبلغ من العمر 45 سنة وتفاقت حالته مع مرور الوقت.

في العائلة الأب كان صارما ويحب النجاح والإنسان الفطن، توفي بموت طبيعي عن عمر 90 سنة، عائليا لا يوجد أفراد عانوا من اضطرابات نفسية أو عقلية وفق ما روي لنا.

• الحياة العلائقية العائلية والاجتماعية :

المفحوص لا يميل كثيرا للاختلاط عندما يكون في حالة مستقرة بل يفضل للإنعزال، أما عندما تكون حالته مضطربة فينقلب حاله إلى نوبات من الإسهال اللفظي والروايات الخيالية اللامتناهية كما يقوم بالتوجه خاصة إلى المقاهي ليخطب في الناس ويبرهن لهم انه متمكن من السياسة وأنه يمكنه قيادة الدولة والعالم، أما عن وجود علاقات أو صداقات فهو لا يحتفظ بصداقات تذكر عدى بعض أفراد العائلة الكبيرة كأبناء العمومة.

داخل الأسرة المفحوص يميل إلى الأخوات أكثر من الإخوة، حيث يعتقد أن الإخوة سوف يحاولون منافسته على السلطة داخل المنزل، فهو يعتبر نفسه بديلا عن الأب وله كل السلطة حتى على أمه، ويقوم بحماية البنات من الإخوة الذين يتربصون الفرصة لإيذائه هو وأخواته.

• التطور النفسي الحركي:

وفق المفحوص والأخت التي رافقته، لم يعاني هذا الأخير من مشاكل على مستوى الإكتسابات الحسية الحركية، كما أن الحمل كان طبيعياً بولادة طبيعية حسب ما روي لهما، المفحوص كان يظهر بعض الخجل في الطفولة مع انطواء بفترات متقطعة.

• التمدرس : كان المفحوص جدياً في دراسته و متقوفاً دوماً، كما كان لديه ميول لكل ما هو أدبي كالشعر والأدب واللغات والفلسفة تحصل على شهادة البكالوريا بتفوق، وواصل دراسته الجامعية لكنه لم يتمها بل إنضم للحياة العملية من أجل مساعدة الأب.

• علاج المفحوص:

الأسرة تعتبر أن المفحوص مصاب بالمس أو السحر خاصة عندما تقاوم وضعه حيث لم يلجؤوا إلى الطبيب بل حاولوا استشارة العرافين والطالب والسحرة من أجل إبطال السحر، أما المفحوص فيرى أن عليه الذهاب للساحر حتى يقوم بأعمال وتعاويز تحصنه من مكائد الآخرين وتربصهم به، بالتالي هذا المفحوص لم يستشر أطباء أمراض عقلية أو نفسية بل يعتاد الذهاب إلى السحرة بانتظام، يلتزم بما يقولونه له وما يطلبونه منه وهذا ما زاد ورسخ لديه الأفكار الهذائية.

• نتائج اختبار الشخصية المطبق مع المفحوص: رمز الحالة كان:

4 29 6-7 /1380 : 5 F-L /K

1/ سلالم الصدق: نستنتج من خلال النتائج المتحصل عليها أن بروتوكول الحالة (ز)، (أ) يحتمل أن يكون صادقاً حيث جاءت النتائج كالتالي:

1.1/ سلم الكذب (L):

تحصل المفحوص على سلم الكذب على درجة خام تساوي (7) تعادلها قيمة معيارية من نوع (57=T) وهي تقع في المستوى النموذجي تدل على صدق البر وفيل، وترجع هذه النتيجة إلى وجود وضعية نموذجية اتجاه تمرير الرائز وقد نفسر ذلك باحتمال كون المفحوص مرتاحاً اتجاه صورته الذاتية.

2.1/سلم الإجابات النادرة (F):

تحصل المفحوص على هذا السلم على درجة خام تساوي (11) تعادلها درجة معيارية ($T=63$)، وهي نتيجة تقع في المستوى الوسيط تدل على مصداقية محتملة ويمكن أن ترجع هذه النتيجة إلى رغبة من المفحوص أن يكون إبتكاريا ويمكن أن تعكس إلتزام سياسي، إجتماعي، أو ديني مهم، كما تعود هذه النتيجة إلى إنخفاض في مستوى الإنتباه، أو صدق إلى أقصى حد في الأجوبة أو استشارة في إطار أزمة يمكننا أن نفسر هذه النتيجة أيضا إكلينيكيًا بالإحتمالات التالية: خطر المرور للفعل العدواني، التجهّم والانفعال وعدم الاستقرار، وجود اضطراب نفسي نوعا ما خطير، أو الميل إلى نقد الذات أو إستشارة ونقص الانتباه.

3.1/سلم التصحيح (K) : /

تحصل المفحوص على هذا السلم على علامة خام تساوي (12) تعادلها قيمة معيارية ($T=41$) وهي تقع في المستوى النموذجي تدل على وضعية متوازنة، المفحوص يحمي نفسه مع بقاءه منفتحا في نفس الوقت، وهو ما يفسر باحتمال وجود إمكانيات كافية للتدخل العلاجي.

4.1/ الإجابات لا أعلم (?) :

العلامة على هذا السلم كانت تساوي (4) كنقطة خام وهي علامة نموذجية تدل على احتمال الصدق.

2/السلالم الإكلينيكية الأساسية:

نلاحظ أن السلالم الإكلينيكية جاءت على شكل أسنان المنشار، أي إجاباته ضمن كل السلالم جاءت ضمن القيم النموذجية أو الوسطية عدى البعض منها كان تحت المتوسط مثل سلم الهستيريا والفصام والهيبيكوندري وبما أننا في مجال البحث، سوف نحاول دراسة هذا البروفيل.

1.2/سلالم الثلاث العصبي (Hy),(D),(HS) :**1.1.2/سلم الهستيريا (Hy) :**

تحصل المفحوص على هذا السلم على قيمة خام تساوي (18) تعادلها قيمة معيارية ($T=43$) وهي

نتيجة تقع في المستوى النموذجي تفسر باحتمال كون المفحوص واقعي، حساس أو منطقي ولديه حكم جيد.

2.1.2/سلم الاكتئاب(D) :

كانت النتيجة الخام على هذا السلم تساوي (25) تعادلها قيمة معيارية ($T=62$) وهي قيمة تقع في المستوى الوسيط وقد تفسر بالاحتمالات التالية: المفحوص لديه كف، سريع الإنفعال، خجول و متجهم أو محبط العزيمة، كئيب وحزين، غير راض عن ذاته أو عن الآخرين، متشائم ومنشغل البال، منطوي ويميل إلى التمسك بالأخلاق والمسؤولية .

3.1.2/سلم الهيوكوندي (HS) :

كانت النتيجة الخام على هذا السلم تساوي (13) عادلته قيمة معيارية ($T=47$)، وهي قيمة نموذجية تفسر باحتمالات إكلينيكية منها قليل أو غير قلق بشأن جسده أو صحته، متفتح على المستوى العاطفي، قادر على التبصر.

2.2/ سلالم الذهان (Pa),(Sc),(Ma),(Pt) :

1.2.2/سلم البارانويا(Pa):

على هذا السلم تحصل المفحوص على قيمة خام تساوي (12) تعادلها قيمة معيارية ($T=60$) وهي قيمة تقع في المستوى المعياري الوسيط قد تفسر بالاحتمالات التالية: المفحوص يميل ليكون حساساً إلى أقصى حد أو ينقصه الإحساس بالإعتبار، أو أنه حذر عند الاتصالات الإجتماعية الأولى، أو أنه أخلاقي ويتبنى وضعية الفدائي المناضل، واثق طالما لم يحس أنه مخدوع، يعمل بجد.

2.2.2/سلم الفصام (sc) :

كانت النتيجة المحققة هنا تساوي (25) كعلامة خام ومعادله قيمة معيارية ($T=43$)، وهي قيمة تقع في المستوى النموذجي يمكن تفسيرها باحتمالات منها: المفحوص قادر على التكيف، أو أنه ضعيف، أو أنه متزن جيداً.

3.2.2/سلم الهوس الحركي (Ma) :

النتيجة على هذا السلم عادت قيمة خام تقدر (25)، وقيمة معيارية ($T=62$) وهي قيمة وسيطية يمكن تفسيرها بالميل إلى الإحتمالات التالية: المفحوص لديه ليونة ويحب التجمعات، لا يحتمل النمطية، لديه اهتمامات متعددة، يعمل بكفاءة، يريد النجاح، ويستغل الفرص.

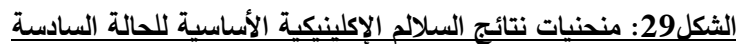
4.2.2/سلم البسيكاستينيا (Pt) :

حقق المفحوص على السلم قيمة معيارية ($T=50$) ما يعادل قيمة خام تساوي (28)، وهذه النتيجة تقع في المستوى المعياري النموذجي وذلك يفسر بالاحتمالات التالية: المفحوص يميل ليكون شخصا يحترم المواعيد، جدير بالثقة، واثق قادر على التكيف، منظم جيدا.

3.2/سلم الانحراف السياكوباتي (Pd):

النتيجة على هذا السلم كانت بقيمة خام تساوي (29) تعادلها قيمة معيارية ($T=64$)، هذه القيمة تقع في المستوى الوسيط وتفسر بالاحتمالات التالية: المفحوص يميل للإندفاعية والمغامرة، يحب الإستمتاع، حقود، غير جدير بالثقة وغير صبور، إجتماعي ولديه الثقة في نفسه ويثبت نفسه، يميل للخيال والابتكار.

(أنظر الشكل 29).



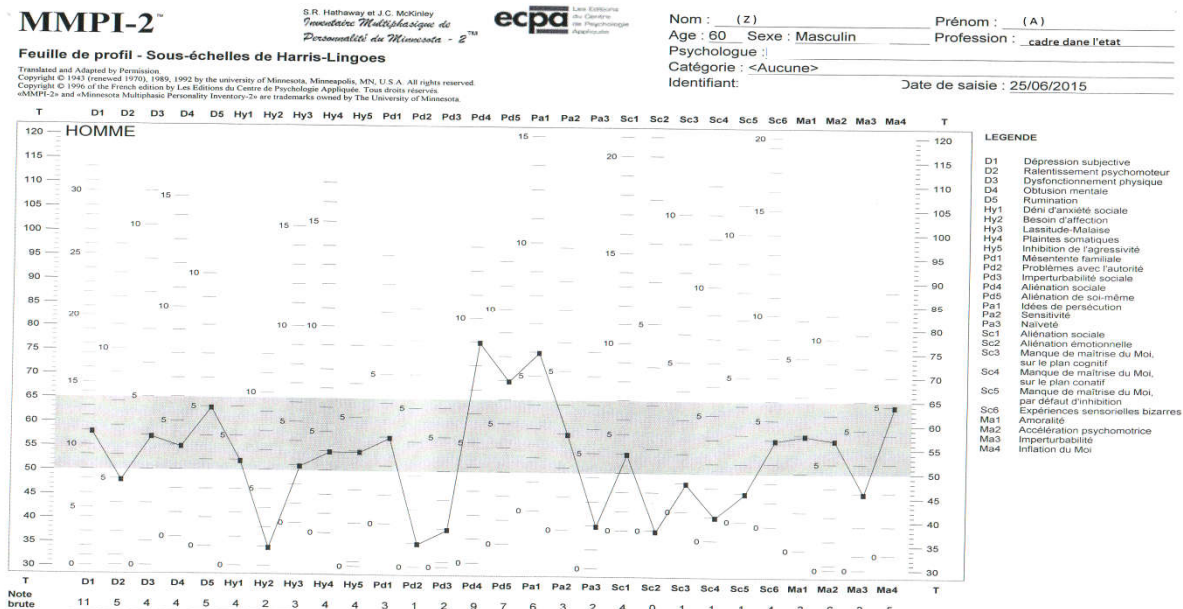
من خلال البروتوكول الخاص بالحالة (ز)،(أ)، نلاحظ أنه أعطى أجوبة نموذجية على معظم السلام، سواء الخاصة بصدق البروتوكول أو الخاصة بالسلام الإكلينيكية الأساسية، هذه الاستجابة تميز الأفراد الذين يحاولون إظهار صورة مثالية عن أنفسهم بنقص سلوكيات نموذجية وذلك محاولة منهم لحماية صورتهم الذاتية وعدم الكشف عما يتعلق بحياتهم أو أفكارهم خشية من رأي الآخر بهم، أو انعكاسا لشكوكهم وتوجهاتهم بخصوص نيّة الآخرين.

من خلال سلاله الصدق أظهر المفحوص إستجابة نموذجية في سلمى الكذب (L) والتصحيح (K)، أما في سلم الإجابات النادرة وسلم الإجابات "لا أعلم" كانت المصادقية محتملة وليست مؤكدة، هذه النتائج أظهرت أن المفحوص كان يحاول حماية نفسه مع بقاءه متفتحاً كما أظهرت أنه يميل للالتزامات السياسية أو الدينية أو الاجتماعية مع كونه ابتكارياً، هذا ما ساعده على التخفي وتقمص شخصية مثالية خالية من العيوب والاضطرابات ويمكنها قيادة الجميع، لكن هذه النتيجة تخفي تفسيرات إكلينيكية منها سهولة المرور للفعل العدوانى والانفعال وعدم الاستقرار والتهيج وهو ما يخفى ربما اضطراباً نفسياً خطيراً.

هذه السالمة أظهرت بعض ميولات المفحوص وأوضحت وجود إمكانيات كافية للتدخل العلاجي .

على مستوى السلام الإكلينيكية جاءت النتائج على شكل أسنان المنشار بمعنى الإيحاء بشخصية مثالية خالية من أي اضطرابات نفسية أو عقلية لكن تحليل القيم المعيارية أظهرت بعض الميولات منها سرعة التهيج والإنفعال والإكتئاب مع التشاؤم والانطواء كما ظهر على مستوى سلم البارانونيا أنه يميل إلى الحساسية المفرطة وينقصه الاعتبار لذاته، كما يعتبر نفسه رائداً ومناضلاً فدائياً، ويثق بالفرق طالما لم يتعرض للخديعة، هذه الصفات تدل على أنه شخص يميل للسلطة والريادة لكنه في نفس الوقت ليس لديه ثقة واعتبار لنفسه وهو ما يعكس أفكار العظمة والاضطهاد لديه، على سلم الهوس الحركي ظهر أنه شخص يحب التجمعات والاهتمامات المتعددة ويمتاز بالكفاءة واستغلال الفرص من أجل النجاح هذه الصفات تعكس تميزه وسعيه لكي يكون دوماً هو الرائد، لذلك نجد رواياته تدور دوماً على مواضيع القيادة والعظمة والتميز، سلم الانحراف السيكوباتي أظهر أنه مندفع ومغامر ويميل للخيال الجانح مع الابتكار الواسع ويحاول إثبات نفسه لكنه غير صبور وحقوق ويميل إلى الاستمتاع والاستعراض، هذه الصفة تقسر سلوكه الملاحظ في المقابلات العيادية والبيانات المجموعة عن تاريخ حياته، كما توضح وجود انحراف سيكوباتي رغم أنه يظهر الصورة المثالية عن نفسه، ولكي نوضح أكثر هذه النتائج سوف نحاول التطرق إلى سلم ثانوية أخرى تعطينا صورة أوضح عن هذه التفسيرات .

4/السلام الثانوية لهاريس ولانجو (Sous échelles de Harris et Lingoes)



على مستوى سلالم (هاريس و لانجو) نجد ثلاث قيم معيارية ترتفع على المتوسط وهي تخص سلم البارنويا (Pa 1)، بقيمة تساوي (75) وهي تظهر وجود أفكار إضطهادية، أما سلم الانحراف السيكوباتي (Pd4) فقيمه (77=T)، وهي تدل على النفور الاجتماعي و(Pd5) قيمته (69=T) وهي تدل على نفور اتجاه الذات، أما باقي السلالم فقد جاءت إما منخفضة، إما ضمن المتوسط العادي، ومن بين السلالم المنخفضة نجد سلم (Pa3) الدال على البساطة والسذاجة ما يدل أن المفحوص يتمتع بذكاء عال، وكذلك سلم (Pd)2 و (Pd)3 اللذين يشيران إلى الوجود مشاكل مع السلطة وعدم الاختلاط الاجتماعي، كانا هذين السلمين بقيمة دون المتوسط. على سلم الهيستيريا 2 أيضا كانت القيمة منخفضة وهو السلم الذي يظهر الحاجة إلى العاطفة، سلم الفصام 2 وسلم الفصام 3 والفصام 4 والفصام 5 كانوا منخفضين وهي سلالم تشير إلى ما يلي على التوالي: نفور عاطفي، نقص في التحكم في الأنا على المستوى المعرفي و على المستوى التحفيزي، ونقص التحكم في الأنا بسبب الكف وسلم الهوس الحركي (Ma3) كان منخفض وهو متعلق بعدم الاختلال، هذه السلالم جاءت تحت المتوسط. (أنظر الشكل 30)

5/السلالم الإضافية Les Echelles Supplémentaires:

MMPI-2™

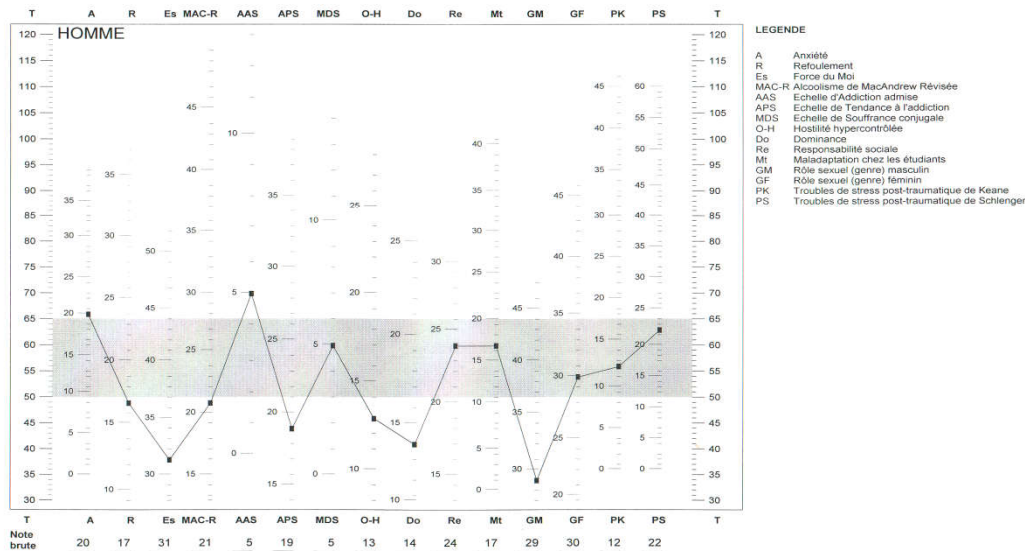
Feuille de profil - Echelles Supplémentaires

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Traduction Multilinguistique de
Personnalité du Minnesota - 2™

ecpa Les Éditions
du Centre de
Psychologie
Appliquée

Nom : (Z) Prénom : (A)
Age : 60 Sexe : Masculin Profession : cadre dans l'état
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015



الشكل 31: منحني نتائج السلالم الإضافية للحالة السادسة Les Echelles Supplémentaire

على مستوى السلالم الإضافية ظهر ارتفاع لقيمة سلم الإدمان المقبول (AAS) ونوعا ما على سلم التوتر النفسي (A)، أما على السلالم التالية فقد كانت القيم منخفضة على المتوسط وهي: سلم قوة الأنا (ES)، سلم الكبت (R)، سلم الإدمان على الكحول لماك أندرو المراجع (Mac .R)، Mac Andrew، وسلم الميول للإدمان (SAP)، و سلم العدائية المتحكم بها بإفراط (O -H) سلم الهيمنة (DO)، سلم الدور الجنسي (النمط) الذكري (GM) القيم على هذه السلالم جاءت منخفضة وما يظهر مشاكل على مستوياتها. (أنظر الشكل 31).

6/ سلالم المحتوى : Les Echelles de contenu

MMPI-2™

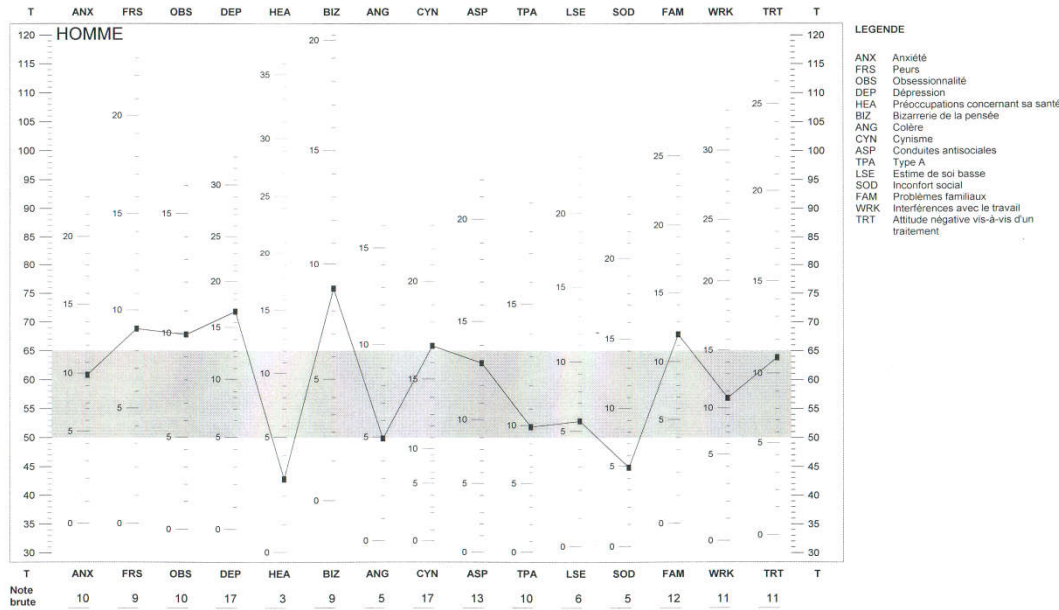
S.R. Hathaway et J.C. McKinley
Traduction Française de
Personnalité du Minnesota - 2™

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Feuille de profil - Echelles de Contenu

Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
MMPI-2 and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : (Z) Prénom : (A)
Age : 60 Sexe : Masculin Profession : cadre dans l'état
Psychologue :
Catégorie : <Aucune>
Identifiant : Date de saisie : 25/06/2015



639

الشكل 32: منحنى نتائج سلالم المحتوى للحالة السادسة: Les Echelles de contenu

على مستوى سلالم المحتوى كانت القيم المعيارية الدالة على الاضطراب خاصة بسلم غرابة التفكير (BIZ) بأعلى قيمة على المنحنى بلغت (75=T)، ما يدل على نمط التفكير لدى هذا المفحوص، ويفسر سبب جنوحه إلى الروايات الغريبة والخيالية والميل إلى سرد القصص الخرافية، كما كان سلم الاكتئاب (DEP) مرتفع بقيمة (72=T) و كذلك سلم الهاجسية (OBS) بقيمة معيارية (68=T)، وسلم

المخاوف (FRS)، بقيمة معيارية (69=T)، كما كان سلم المشاكل العائلية (FAM) مرتفعاً بقيمة (68=T)، سلم الوقاحة (CYN) بدرجة معيارية (67=T)، سلم الإنشغال بالصحة (HEA) وسلم عدم الراحة الاجتماعية كانا منخفضين بقيم معيارية (43=T) و (45=T). باقي السلالم جاءت بقيم ضمن المتوسط المقبول وغير دالة على سببيات مرضية. (أنظر الشكل 32).

7/ ملخص عام عن نتائج دراسة الحال (ز)، (أ) و مناقشتها على ضوء الفرضيات:

من خلال استعراض لدراستنا لهذه الحالة إكلينيكية وإحصائية نلاحظ أن المفحوص عانى من هذات مزمنة سيطرت على أفكاره وتصرفاته وكانت متعلقة بالهيمنة والجنوح للشهرة والسلطة والتميز، كما كان هناك هذات متعلقة بالاضطهاد خاصة من طرف أفراد من العائلة والمجتمع، رغم أن المفحوص قد أعطى سلالم صدق دالة على بروتوكول صادقاً احتمالاً، إلا أنه في السلالم الإكلينيكية الأساسية حاول إخفاء صورته الذاتية معطياً منحنى مثالي على شكل أسنان المنشار بقيم نموذجية تقع كلها ضمن المتوسط، هذا البروتوكول يصور لنا شخصية مثالية خارقة للعادة وخالية من كل اضطراب، وذلك غير وارد في الواقع بالتالي نستنتج أنه كان يحاول إخفاء صورته الذاتية وإعطاء صورة متقصصة عن شخص مثالي، لكن على مستوى السلالم الثانوية (لهاريس و لانجو) (Lingoes Harris et) والسلالم الإضافية وسلم المحتوى ظهرت سببيات أخرى توضح نمط تفكير المريض، وهو نمط يتميز بالخرافة، كما توضحت قيمة كبيرة لسلم البارنويا الدال على سيطرة الأفكار الغريبة مع وجود الأفكار الاضطهادية، وكانت سلالم الانحراف السيكوباتي دالة على وجود اضطراب هام على مستواه وأظهرت وجود نفور إجتماعي ونفور اتجاه الذات.

في السلالم الإضافية ظهر اضطراب التوتر النفسي والإدمان المقبول بشكل يدل على الخل وعدم الإلتزان في هذا المستوى. أما سلم قوة الأنا والكبت وسلم التحكم المفرط في العدائية، كانت القيم فيها منخفضة كثيراً وكذلك الحال في سلم الهيمنة والدور الجنسي ما يظهر وجود اضطرابات على هذا المستوى، في سلالم المحتوى ظهر سلم غرابة التفكير بقيمة مرتفعة وكذلك سلم الاكتئاب والهجاسية والمخاوف، وظهر سلم المشاكل العائلية كذلك بارتفاع عن المتوسط، هذه المؤشرات المرضية تظهر نمط التوظيف النفسي والعقلي لدى هذا المفحوص والذي كان يتميز بوجود غرابة في التفكير والميل للسلطة والهيمنة وكذلك أفكار هذائية متعلقة بالاضطهاد، كما ظهر وجود مشاكل عائلية قد تزيد من حد الصراع لديه، نشير أن سلم الكبت كان منخفض ولذلك نجد المفحوص يميل إلى الإسهاب اللفظي بخيال جامح

مليء بأفكار خيالية غريبة تخص القوة والسيطرة والتميز وهي تشير إلى هذات العظمة. بذلك نستنتج أنه رغم محاولة المفحوص التخفي وراء شخصية مثالية متوازنة إلا أن السلام الثانوية بينت أن لديه شخصية من نمط ذهاني وذلك لسيطرة سلم البارنويا و سلم الانحراف السيكوباتي على النتائج وهو ما يؤكد افتراضنا الذي بني من الملاحظات العيادية، ومن دراسة الحالة كما يؤكد فرضية البحث الأولى التي تفيد بأنه: * لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلة، يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.*.

02 - مقارنة نتائج دراسة الحالات ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة

بعد استعراض نتائج دراسة الحالات التي تضمنها بحثنا هذا كل حالة على حدى، نقوم فيما يلي بإعطاء ملخص عام لنتائج روائز الشخصية المتعدد الأوجه مميبي₂₂ وذلك ضمن الجدول رقم 5

طرق العلاج		العلاج النفسي المتكامل				اللجوء للمشعوذين		استعمال الرقية الشرعية فقط	
نتائج السلام الإكلينيكية روائز MMPI ₂		قبل الخضوع للعلاج		بعد الخضوع للعلاج		الحالة 1	الحالة 2	الحالة 1	الحالة 2
		الحالة 1	الحالة 2	الحالة 1	الحالة 2				
(1) الهيبوكوندري (Hs)Hypocondrie	82	52	65	59	73	47	90	82	
(2) الاكتئاب (D) Dépression	82	63	63	53	46	62	68	80	
(3) الهستيريا التحويلية (Hy)Hystérie de conversion	73	47	64	49	46	43	78	90	
(4) الانحراف السيكوباتي (PD)Déviation psychopathique	69	61	61	59	61	64	69	79	
(5) الذكورة-الأنوثة (M- f)Masculinité- Féminité	48	43	42	57	79	37	43	47	
(6) البارانويا (Pa)Paranoïa	85	87	84	84	96	60	98	62	
(7) البسيكاستينيا (Pt)Psychasthénie	82	82	78	52	86	50	92	67	
(8) الفصام (Sc) Schizophrénie	101	82	89	79	85	43	106	74	
(9) الهيبومانيا (Ma)hypomanie	69	82	79	72	62	62	81	49	
10 الانطواء الاجتماعي (Si)Introversion sociale	57	65	71	59	58	43	65	50	

الجدول 5: ملخص عام لنتائج روائز الشخصية المتعدد الأوجه مميبي₂₂ المطبق مع حالات الدراسة

من خلال ملاحظة النتائج المتحصل عليها أعلاه، نستنتج وجود قيم مرتفعة للتلوث الذهاني عند كل الحالات المدروسة، وذلك خاصة على مستوى البارانويا والفصام وهما الإضطرابين اللذان يتميزان بهيمنة الهذات العقلية وغبابة التفكير مع علاقة مشوشة مع الواقع، وبمقارنة نتائج الحالات المدروسة والتي أخضعت للعلاج النفسي، نجد إستقراراً ملحوظاً على مستوى مختلف السلام خاصة سلام التلوث العصابي والتي كانت قيمها دالة على الإضطراب والحصر النفسي قبل العلاج، أما بعد المتابعة النفسية والطبية إستقرت الحالات على هذا المستوى وأصبحت قيم هذه السلام ضمن المتوسط العادي ما يدل على النتائج الإيجابية للعلاج، نجاعته ودوره في استرجاع الإستقرار، ورغم بقاء قيم بعض الاضطرابات مرتفعة فذلك لا يدل على عدم نجاح البرنامج العلاجي إنما هو مؤشر عن نمط التوظيف الشخصي للحالات، فكما نعلم فإن العمل العلاجي مع الحالات الذهانية تتركز على استرجاع حالة من الإستقرار والراحة النفسية، وليس تغيير طبيعة الشخصية، الأمر الذي لا يتحقق في الواقع، كما أن تراجع القيم في السلام العصبانية وبقائها مرتفعة في بعض السلام الذهانية يدل على أن هذه الحالات مصابة باضطرابات من النمط الذهاني وحالة الاضطراب في الظاهرة على السلام العصبية ما هي إلا استجابة لحالة التوتر والحصر النفسي بسبب ضغط النشاط العقلي والنفسي وتأثير ذلك على الحالة العامة للمفحوص، أما عند الحالات الأخرى التي ضمتها الدراسة فنلاحظ أنها تحصلت أيضاً على نتائج مرتفعة على مستوى السلام الذهانية خاصة البارانويا، الفصام، التعب النفسي والهوس الحركي، هذه السلام دلت على وجود اضطرابات هامة على مستوى التوظيف العقلي وخلل في علاقة الحالات مع الواقع، واستقرار بعض السلام العصبانية يؤكد أن نمط التوظيف النفسي لهذه الحالات يميل ليكون ذهانياً في علاقة مضطربة مع الواقع، رغم لجوءها إلى طرق بديلة للعلاج النفسي والطبي لم تتحسن حالتها وإنما مازالت النتائج جد مرتفعة على هذه السلام وذلك ما يوصلنا إلى تحقيق فرضية الدراسة الأولى والتي مفادها: «لا ترتبط كل الإضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل هي اضطرابات نفسية مهيكلية، يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج» هنا نحن لسنا في صدد نفي أمور غيبية لسنا في مقام حصرها أو إدراك خفاياها، إنما نخص بالدراسة والتحليل حالات الإضطرابات الهذائية المزمنة ذات الخلفية النفسية العقلية والتي يتعامل معها المريض ومحيطه العائلي والاجتماعي على أنها إصابات بظواهر غيبية كالسحر والعرين.... ، الدراسة التحليلية والتبعية تناولت البعض من هذه الحالات وتوضح بالدليل العلمي أنها حالات تعاني من اضطرابات ذهانية هذائية وفصامية في الأساس وليس لها علاقة بالظواهر الغيبية

ويبقى التوجه العلاجي لدى هذه الحالات مرتبطا ليس بالمنطق العلمي إنما بالاعتقادات الاجتماعية وذلك رغم المستوى العلمي العالي أو المقبول لدى البعض منها، أما الحالات التي قد تكون مصابة بظواهر لم يحصرها العلم فقد إستثنيناها من الدراسة وتركناها لذوي الإختصاص. منه نتوصل إلى تأكيد الافتراض الثاني المطروح والذي يفيد: «قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية وهي حالات آنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبارانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات».

كما نشير أيضا أن الحالات التي أخضعت للعلاج المتكامل رغم أنها حققت تحسنا ملحوظا واستقرارا عاما للحالة بعد العلاج إلا أن توظيفها النفسي لم يتغير كما ظهر في نتائج الرائز المطبق عليها على مرحلتين. أما الحالات التي يقال أنها مصابة بظواهر غيبية يبدو أنها تظهر تغيرات سلوكية في فترة زمنية محددة، وبعد علاجها بالطرق الدينية تسترجع الحالة هويتها الشخصية كان لم تصب بأي شيء، ذلك كما قيل لنا وشرح لنا من طرف بعض رجال الدين، أما على مستوانا، فنقول أن الفرد المصاب بالاضطراب الذهاني، يميل لأن يكون ذو نمط ذهاني في الأصل، وتواجهه في ظروف مختلفة أو مروره بفترات حياتية معينة تشجع بروز الاضطرابات بشكل واضح، أما إخضاعه للعلاج فيستمر باسترجاع حالة من الاستقرار النفسي وليس تغيير جذري في الشخصية، لذات السبب حاولنا بناء برنامج علاجي يقوم على أساس التكفل بالمريض المصاب بالهذات المزمدة وذلك على عدة مستويات، نفسية، طبية، مهنية، علائقية وكذلك إجتماعية بهدف حصر أهم المتغيرات والظروف التي تأثر على تطور الحالة والتوصل إلى أهداف علاجية متكاملة، وذلك ما حقق في برنامجنا العلاجي من خلال النتائج الايجابية التي حققت مع الحالات التي تم التكفل بها ، والتي عرضنا نتائج تتبعها ودرستها بالتفصيل فيما سبق كل حالة على حدى، من خلال هذه النتائج تحققنا من الفرضية البحثية الثالثة واكدناها وقد أفادت هذه الفرضية على ما يلي: «بناء البرنامج العلاجي يقوم على التكفل النفسي لحالات الهذات المزمدة، هذا البرنامج يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الايجابي في العلاج»، وبالتالي وبأكد الفرضيات الفرعية للدراسة نصل إلى تأكيد الفرضية العامة التي تقيد بأن: «الهذات التخيلية المزمدة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التقاسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح، أما حالات المس والسحر فهي مشاكل شائعة في المجتمعات وتمثل حالات آنية، أو استجابة لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية».

03 - نتائج الدراسة :

مما سبق نلخص النتائج المحققة على ضوء مناقشة الفرضيات الطروحة، حيث توصلنا من خلال هذه الدراسة لما يلي :

1. تسود في المجتمع توجهات علاجية خاطئة لدى بعض الحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة بسبب التمسك بالغيبيات كاعتقادات ثقافية شعبية.
2. الهذات التخليقية المزمنة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحث، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجح.
3. لا ترتبط كل الاضطرابات الهذائية التخليقية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية، بل منها ما هو اضطرابات نفسية مهيكلية يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.
4. قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية وهي حالات أنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي التابع للبرانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.
5. حالات المس والسحر هي ظواهر شائعة في المجتمعات وتمثل حالات أنية، أو استجابية لعوامل خارجة عن موضوع دراستنا والتصرفات الغريبة التي تظهرها تخضع للتفسير لدى ذوي العلم.
6. استعمال الطرق الخاطئة في التعامل وعلاج الأمراض الهذائية والاضطرابات النفسية والعقلية هو اعتقاد وممارسات إجتماعية ثقافية راسخة غير خاضعة للعقل والتحكيم العلمي وقد تؤثر سلبا على تطور الحالة الصحية العامة للمريض، كما قد تدخله في مآهات سوء التكفل بسبب سوء التشخيص والتوجه، ولربما يستغرق المرض مدة طويلة لإيجاد السبيل السليم.
7. يبدأ البرنامج العلاجي التكفيل بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

خاتمة الدراسة

إن وجود الاضطراب النفسي دليل سوء الصحة النفسية وتدهور مؤشرات التوازن النفسي، في دراستنا هذه كما أوضحنا نتائجها فيما سبق، تأكدنا بالدليل العلمي التحليلي والإحصائي، أن الحالات المرضية المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة، قد إستجابة إيجابيا بتحسن الحالة النفسية العامة عندما أخضعت لبرنامج علاجي مبني على أساس التكفل بالمريض ووسطه الإجتماعي، كما أظهرت نتائجنا المتوصل إليها بأن اللجوء إلى طرق تقليدية متبناة في المنظور الثقافي الشعبي كمراجعة العراف والساحرة أو الطالب أو الشؤاف..... لم تحقق توازنا للحالات ولا استقرارا للصحة النفسية بل بالعكس زاد ذلك من تثبيت وترسخ الأفكار الهذائية خاصة المتعلقة بالإضطهاد والإعتقاد الخرافي وأدى إلى تشويش المعاش النفسي للفرد ومحيطه.

بالتالي نرى أن استعمال الطرق الخاطئة في التعامل وعلاج الأمراض الهذائية والاضطرابات النفسية والعقلية هو إعتقاد وممارسات إجتماعية ثقافية راسخة غير خاضعة للعقل والتحكيم العلمي وقد تؤثر سلبا على تطور الحالة الصحية العامة للمريض، كما قد تدخله في مآهات سوء التكفل بسبب سوء التشخيص والتوجه، ولربما إستغرق المرض مدة طويلة لإيجاد السبيل السليم، ما يؤدي إلى تفاقم حالة الهذات إلى الأسوء وهنا يكون العلاج ومحاولة إسترجاع الإستقرار مستعصيا.

أما في حالات التشخيص والتوجه العلاجي السليم القائم على المنطق العلمي والعمل المتكامل بتدخل كل الأطراف ذات العلاقة كإشراك الأسرة كطرف فاعل، والمرشد الديني والإجتماعي كموجه ومساند في العلاج، أو الطبيب العقلي والمختص النفسي...إلخ، يؤدي إلى بناء خطة علاجية متكاملة مما يساعد المريض على الإستجابة والتعاون في العلاج بشكل أسلم وأسرع، ما يجنبنا تدهور الحالة للأسوء ويحقق ربّحاً في الوقت والجهد.

فالعلاج المتكامل الذي أخضعت له الحالات التي قمنا بتتبعها، قد أظهر نجاعته، ورغم غياب بعض الأطراف في بعض الفترات العلاجية إلا أن العمل مع المريض والإهتمام بحالته أعطاه القدرة والإرادة على المثابرة، ما حقق إستقرارا نفسيا وعائليا وبالتالي تناعما إجتماعيا، لذلك من المهم أن نشير إلى ضرورة تصحيح الأفكار في المجتمع حتى يتمكن الأفراد من إعادة النظر في اعتقادات ثقافية متوارثة غير سليمة ونحن هنا لسنا نشير إلى حالات المس والسحر الحقيقي فهذه الظواهر الميتافيزيقية لها شهود

ودلائل دينية تترك لأهل العلم بها، بل نحن نشير إلى الحالات المصابة بالاضطرابات العقلية والنفسية والتي شاع التعامل معها إجتماعيا من منظور ثقافي جازم بالتوجه للسببية الغيبية والعلاج المستوحى منها، هذه الحالات تؤكد بما توصلنا إليه من دراسة أنها حالات مصابة بالإضطرابات النفسية والعقلية والتكفل بها يكون نفسيا وطيبيا وإرشاديا.

في الأخير نؤكد أن التشخيص السليم هو أساس التوجه العلاجي الصحيح، ورغم الجهد والوقت الذي يستدعيه البرنامج العلاجي الذي أخضعت له الحالات التي تكفلنا بعلاجها إلا أنه يبقى السبيل الأنسب للتكفل بحالات الهذات المزمنة النابعة من حالة ذهانية مرضية.

05 - المقترحات

*إجراء المزيد من الدراسات حول موضوع، التكفل النفسي بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة النابعة من حالة البارافينيا وخلفياتها النفسية والإجتماعية.

*بناء برنامج توعية موجهة للمحيط العائلي والاجتماعي الذي تعيش فيه مثل هذه الحالات السابقة الذكر.

*التعمق في دراسة وتحليل بعض الإضطرابات الذهانية الأخرى والتي يتعامل معها المجتمع من منظور ثقافي شعبي.

*التعمق في دراسة الظواهر الغريبة ذات العلاقة بالمس والسحر والعين والتطير.... الخ من طرف رجال الاختصاص.

المراجع

المراجع

مراجع باللغة العربية

كتب :

1. احمد فائق، الامراض النفسية الاجتماعية، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2001.
2. أحمد محمد عبد الخالق، معمل علم نفس الشخصية، ب، ط، دار المعرفة الجامعية، 2007.
3. اسحاق رمزي، علم النفس الفردي، اصوله و تطبيقه، دار المعارف، ط2، 1952 ص234.
4. جابر عبد الحميد ، مهارات البحث التربوي، دار النهضة العربية، ط1، قطر، 1993.
5. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب القاهرة، ط2، 1987 .
6. حلمي المليجي، علم النفس الاكلينيكي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1، لبنان، 2000.
7. عبد الحميد محمد شاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الاسكندرية، مصر، 2001.
8. عبد الرحمان عيسوي، الأعصاب النفسية والذهانات العقلية، بحث ميداني في الأمراض النفسية والعقلية الشائعة، دار النهضة العربية للنشر والطباعة، بيروت 1990.
9. عبد العلي الجسماني، الأمراض النفسية تاريخها-أنواعها-أعراضها - علاجها، الدار العربية للعلوم، الطبعة (1)(1418هـ / 1998م)
10. محمد حسن غانم، الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي، المكتبة المصرية لوران للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2005.
11. محمد حسن غانم، الأمراض النفسية الشخصية، جامعة حلوان - مصر، 2004م.
12. أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر 1999.
13. الدكتور ألفت حقي، الاضطراب النفسي، الجزء 2، تقييم الاضطرابات النفسية (القياس النفسي)، جامعة الاسكندرية، مركز الاسكندرية للتوزيع، مصر، 1995.

-
14. سامى عرفج، في مناهج البحث العلمى و أساليبه، دار مجدلاوى للنشر 1999 .
 15. سلوى عثمان الصديقي، أميرة منصور يوسف: المنظور الاجتماعي في العمل مع الأسرة والطفولة، الاسكندرية، مصر، 1990.
 16. شمس الدين احمد، في خدمة الجماعة في محيط الخدمات الاجتماعية، مكتبة الانجلو المصرية، ط3، 1967.
 17. فتيحة يوسف السباتين، الأمراض النفسية والعقلية وعلاقتها بالشياطين، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2003م.
 18. محروس محمود خليفة، انصاف عبد العزيز عوض: الخدمة الاجتماعية واساليب الرعاية، القاهرة، مصر .
 19. محمد خليفة بركات، عيادات العلاج النفسي، مكتبة مصر، ط2، 1956 .
 20. عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع النامي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ط1 ، 1980 .

رسائل ومذكرات :

1. ميسوم ليلي : "الإضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي" ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص " الصحة النفسية والإلتماس العلاجي" ،كلية العلوم الانسانية والعلوم الإجتماعية ،قسم العلوم الإجتماعية ،شعبة علم النفس ، جامعة أبي بكر بلقايد ،تلمسان ،الجزائر ،2013-2014

معاجم وقواميس

1. لطفي عبد العزيز الشربيني مراجعة الدكتور عادل صادق،معجم مصطلحات الطب النفسي، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة، مركز تعريب العلوم الصحية الكويت للتقدم العلمي، 2003.
2. عبد المنعم الحنفي: موسوعة الطب النفسي Encyclopedie of psychiatry، الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسيا، القاهرة ، المجلد2، الطبعة2، 1999.
3. محمد عبد الرحمان العيسوي، دليل الطب العقلي للراشد، موسوعة علم النفس الحديث، - علم النفس الشواذ- والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، المجلد5، ط1، (1419هـ/ 1999م).

مواقع الكترونية

1. دليل الطب العقلي للراشد geopsy.com

Les Livres

1. Benchit, recherche sociale, challory, France, 4eme Edition, 1984 .
2. Chahraoui Khadija Et Benoury ; Methode d'Evaluation Et Recherche En Psychologie Clinique ; Paris 2003.
3. Cherry Morris; social cas work in great britain of cit.
4. Chillande colette, l'entretien clinique, Edition masson, paris 1983.
5. Deny.G ; Sérieux P ; capgras J ; des délires systématisés croniques ; In sergent ;Editor.traité de pathologie médicale ; T.VII ; Paris ; Doin ; 1921 .
6. Duprè .E, Logre Les délires d'imagination, mythomanie délirante Encéphale 1911.
7. Durand VJ, Ledoux G ; Benoit Y ; A propos des paraphrénies ; Ann Med psychologie ; 1958.
8. F.Hulak : les paraphrénies nosographie ;EMC ;Elsevier Masson SAS ;paris ;psychiatrie ;37-296 .C-10 ;2008 .
9. Freud .S, remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoia (dementia paranoides) (1911).in : cinq psychanalyses.PUF : Paris ,1973.
10. Farid kacha, psychiatrie et psychologie médicale, (E.N.L) entreprise nationale du livre ; Alger. Edition N°2,1996.
11. E.Ey ; traité des hallucinations, (2vol) Edition Masson;paris ; 1973.
12. E.EY (in : ch Nodet le groupe des psychoses hallucinatoires croniques essai nosographique, thèse de paris 1937 .
13. Ey .H ; Bernard .P ; Brisset .C; Manuel de psychiatrie, Masson, Paris, ,1974
14. Guelfi .JD ; Boyer P ; Consoli S ; psychiatrie, PUF, paris ; ;1987 .
15. Jaccad.R. la folie, Paris, presse universitaire de France, 1988.
16. Kreaplin ; E ; démence précoce et paraphrénie ; transl Barckley .R .M ; Robertson .GH ; crieiger ;new york .USA ;1971
17. Kreapelin E ; Discours au congrès des alienistes de Bavière Zeitschrift Gesamte neuro psychiatrie, 1912.
18. LAWSON.G LAWREY M.D Psychiatry for social workers, New York, Columbia university press, second edition, 1950.
19. Marleval J C ; Logique du délire ; Masson, paris ; 1996.
20. Perron (R) les problemes de la preuve dans les demarches pour l'unité de la psychologie clinique, 01 PUF. paris, (1979).
21. G.Amy et M.Piolat coordonné par R.Samather, Psychologie clinique et Psychopathologie, cours documents, collection grand Amphi psychologie 2eme édition, 2005.
22. R .Jaccard, La folie, presse université de France, Paris, 1988 .

-
23. R Samacher, Psychologie clinique et psychopathologie, cours document exercices, dirigée par G.Any et M.Piolat,, 2eme édition, Septembre, 2005.
 24. Ravindran AV, Yatham LN, Munro A, Paraphrénie redéfini... psychiatrie, 44 : (1999).
 25. Thomas Fuchs. Psychiatrische klinik der technischen universitot, Ismaninger Strasse 22, D- 81 675 Munchen, Germany.
 26. TRECKER, HALEIGH B, Social groupe work, New York, whitesid TNC second edition, 1955.

Les thèses :

1. Cherget Francois: "Acceuil famillial thérapeutique : Interaction familiale comme vecteur de santé, université de France-comte I.U.T de Belfort – Montbéliard D.U.E.P.SS, direction de recherche J-C Manderscheid, 2000/2001
2. F guillemette, les psychotique vieillissant, ou? Quand? Comment? Pourquoi ? Université de Paris, Faculté Cochin-port Royal. E.H.P.A.D, année universitaire 2000/2007.
3. F. Hulak ; d’après Nayrac P ; Essai de la démence paranoïde (thèse), Lille, France ,1923.

Les Dictionnaires et les encyclopédies :

1. Sillang Norbert;Dictionnaire de la psychologie, 4 Edition janine fauve (larousse), Paris, 1999.

Les revues scientifiques :

1. Der A. Aziz, une maladie qui se Passe souvent de traitement, revue mensuelle d’information médicale, santé + psy N° 44- Mars 2007.

Site internet :

1. Manuel casanoval : démêler la pathologie de la schizophrénie et paraphrénie ; étude pubier par Acta neuropathologie ; springer- verlage, 15décembre 2001.
2. Geopsy.com, psychiatrie de l’adulte- psychologie inter culturelle et psychothérapie pathos – générale.
3. geopsy.com psychiatrie adult.
4. Acte de neuropathologie ; springer ; virlag 2001, DOI 10.1007/= 00401_ 001_0468_6
Reçu, novembre 2000/révisé, accepté : 4 septembre 2001 publier en ligne le : 15.12.2001 .5
5. Thomas Fuchs, Eur Arch psychiatry clin (1994) (Springer – verlag),
Neurosci. (Uprroting and late- lifs psychois) 1994

Springer – Verlag. Received: 2 March 1994/ accepted 27 April 1994

الملاحق

الملحق رقم (01)

دليل المقابلة العيادية

المحور الأول: التعريف بالحالة (معلومات عامة)

الاسم:.....	الجنس:.....
العمر:.....	المستوى الدراسي:.....
المهنة:.....	الحالة الاجتماعية:.....
البيئة الاجتماعية:.....	عدد الإخوة:.....
الترتيب العائلي:.....	الحالة الاقتصادية:.....
الهوايات والأنشطة:.....	

المحور الثاني: مشكلة الحالة

- مما تعاني الحالة؟
- منذ متى بدأ ظهور الأعراض أو التغيرات السلوكية؟
- فيما تتمثل هذه الأعراض وكيف تظهر؟
- هل هناك أعراض أو سوابق مرضية لدى الحالة؟
- هل توجد أو كانت توجد سوابق مرضية لدى أحد من أفراد العائلة؟
- إذا نعم، ما هي؟
- هل هناك حدث صدمي أو اعتداء أو فقدان.. لدى الحالة قبل ظهور الاضطراب الحالي؟
- هل عاينت الحالة طبيباً مختصاً من قبل؟

- إذا نعم، ما هو السبب وما كان التشخيص والعلاج؟
- هل تنازل أو يتناول المفحوص علاج دوائي؟
- إذا نعم، ما هي الأدوية ومنذ متى بدأ بتناول الدواء؟
-
- هل خضعت الحالة لأي علاج من نوع آخر؟
- إذا نعم، ما هو العلاج ولدى أي مختص؟
- هل لجأت الحالة لطرق العلاج البديل؟
- إذا كان نعم، اذكر نوع العلاج ولدى من؟

المحور الثالث: البحث في تاريخ الحالة

- كم يبلغ العمر؟
- ما هي الرتبة في العائلة؟
- ما هو مقر السكن؟
- ما هو المستوى الدراسي ونوع الوظيفة إذا كان موظفاً؟
-
- ما هي الحالة الاجتماعية: متزوج، أعزب، مطلق، أرمل
- ما هي الحالة الاقتصادية والثقافية للحالة والعائلة؟
- الحالة الصحية العامة حالياً وسابقاً؟
- هل أظهرت الحالة في سلوكها اللفظي أفكاراً هذائية من قبل؟
- حالياً، حول أي موضوع تتمحور أفكاره الهذائية؟
- في أي سن بدأ ظهور الهذات لديه لأول مرة؟
- هل استمرت لمدة طويلة؟
- إذا كان نعم، حدد كم من الوقت؟

- تحت أي ظروف شخصية أو عائلية أو اجتماعية أو مهنية لوحظ ظهور هذه الهذات؟
.....
- هل عوونت الحالة من طرف طبيب أمراض عقلية أو مختص نفسي من قبل؟
إذا كان نعم، حدد العلاج الذي أخضع له وكم دام من مدة؟
.....

المحور الرابع: الحياة العلائقية العائلية: الزوجية، الاجتماعية، والمهنية

1) على مستوى العائلة:

أ. العلاقة مع الأب:

- ما هو سن الأب؟.....
- ما هي مهنته ومستواه التعليمي والثقافي؟.....
- ما نوع العلاقة بين المفحوص والأب؟.....
- كيف يمكنك أن تصف طبع الأب وشخصيته عموماً؟.....
- ما هي نوع العلاقة بين الأب والأم وبين الأب والأخوة؟.....

ب. العلاقة مع الأم:

- كم يبلغ سن الأم؟.....
- ما هي مهنتها إذا كانت عاملة؟.....
- ما هو مستواها التعليمي أو الثقافي؟.....
- ما نوع العلاقة بين المفحوص والأم؟.....
- كيف يمكنك أن تصف طبع وشخصية الأم؟.....
- ما هي نوع العلاقة بين الأم والأخوة؟.....

ج. العلاقة مع الأخوة والأخوات:

- كم لديك من أخ وأخت؟.....
- كيف هي علاقتك معهم؟.....
- مع من تحس أن علاقتك معهم هي الأقرب؟.....

- مع من تجد صعوبة في التوصل أو التعامل؟

(2) العلاقة الزوجية: (إن كان متزوجا)

- كم عمر الزوج(ة)؟.....
- منذ كم سنة وأنتما متزوجان؟
- هل الزوج(ة) عامل(ة)؟
- إذا كان نعم، حدد نوع الوظيفة؟
- كيف تعرفت على الزوج(ة)؟.....
- هل العلاقة بينكما يسودها الاستقرار أم هناك صراع؟
- ما سبب الصراع إن وجد؟
- هل الزوج(ة) صعب المزاج أو الطبع أم هو مرن ومتفهم؟
- هل هناك حب بينكما؟
- هل الزوج(ة) يتفهم حالتك عندما تكون في حالة سيئة؟
- هل هناك وساوس أو شكوك أو غيرة اتجاه الزوج(ة)؟
- إذا كان نعم، حدد كيف ولماذا؟
- هل تعتقد أن الزوج(ة) وفي أم لا؟
- إذا كان لا، حدد لماذا؟

(3) العلاقة الاجتماعية مع الأصدقاء والجيران:

- هل لديك أصدقاء؟.....
- هل هم أكثر أم قليلون؟
- كيف هي علاقتك معهم؟
- هل لديك صديق مقرب؟
- هل تثقك به جيدة؟
- إذا كان لا، وضح لماذا؟
- هل تغير شعورك نحو أحد الأصدقاء؟
- إذا كان نعم، حدد مع من ولماذا؟

- كيف هي علاقتك مع الجيران؟
- هل هناك من بينهم من تعتقد أنه يحسدك أو يببب لك الأذى؟
- هل تعتقد أن جيرانك أو أصدقائك يحاولون دوما اضطهادك أو يحاولون الكيد لك؟
-
- هل منهم من يحتقرك؟
- هل تعتقد أنهم يعاملونك بدونية أو بتقليل الشأن عمدا؟
- هل تعتقد أنك أفضل منهم مكانة أو كفاءة أو انتماء؟
- إذا كان نعم، وضح ذلك؟
- هل يغارون منك لهذا السبب؟
- هل يحاولون دوما إيذائك؟

(4) طبيعة العلاقة المهنية (مع زملاء العمل)

- هل أنت راض عن وظيفتك؟
- هل أنت متميز عن الآخرين في عملك؟
- هل تواجه مشاكل في أداء عملك؟
- كيف تصف علاقاتك مع زملاء العمل؟
- هل تعتقد أن رئيسك في العمل يحاول الضغط عليك عمدا؟
- هل هو يحاول احتقارك أو التقليل من شأنك لأنه يغار منك؟
- هل تعتقد أنك أفضل من رئيسك في العمل أو من زملائك؟
- هل تعتقد أن أحدا يحاول التربص بك؟
- هل أنت مضطهد في العمل؟

المحور الخامس: التاريخ المرضي الشخصي والعائلي

- هل عانيت من اضطراب نفسي أو عضوي من قبل؟
- إذا كان نعم، حدد فيما تمثل ومنذ متى؟
- هل خضعت لعلاج بالأدوية؟

-
-
- ما هي الأدوية التي تناولتها؟
 - هل تتناول أي دواء حالياً؟
 - إذا كان نعم، ما نوعه؟
 - هل أصبت بصدمة نفسية من قبل؟
 - إذا كان نعم، منذ متى وفي أي ظروف؟
 - هل تعتقد أن سلوكك تغير منذ ذلك الوقت؟
 - هل عانيت من هلاوس أو أفكار غريبة أو وساوس أو أفكار استحواذية؟
 - هل تحس بالغيرة الشديدة من أشخاص معينين؟
 - إذا كان نعم، من هم ولماذا؟
 - هل تعتقد أنك مصاب بالعين أو الحسد؟
 - هل تعتقد أن هناك مؤامرات تحاك ضدك؟
 - من طرف من وكيف؟
 - هل تعتقد أن الناس من حولك يتغامزون عليك؟
 - هل تعتقد أنهم يحاولون احتقارك؟
 - هل يتفهم من حولك أفكارك؟
 - هل يعتبرك الناس غريب الأطوار؟
 - هل هناك في العائلة أو الأصدقاء من يفكر مثلك؟
 - هل عانى أحد من أفراد العائلة من اضطراب نفسي أو عقلي أو عضوي مزمن من قبل؟
 - إذا كان نعم، حدد من يكون وما نوع الاضطراب؟
 - هل تعاني من اضطرابات في النوم؟
 - إذا كان نعم، منذ متى؟
 - كيف تصف حياتك الجنسية؟
 - إذا كانت مضطربة حدد لماذا ومنذ متى؟
 - هل تعرضت من قبل لتحرشات جنسية أو اعتداءات؟

- نعم:..... من طرف من ومنذ متى؟
- هل تميل للانعزال عن الآخرين؟
- هل تعتقد بوجود أذى يتربص بك في أي وقت؟
- هل تعتقد بأن هناك من يريد قتلك أو سرقتك أو التآمر عليك؟
- إذا كان نعم، من يكون هذا الشخص ولماذا يريد أذيتك؟
- هل تحس بأن ثقتك بنفسك تضعف أحياناً؟
- هل تعتقد بأنك متميز ومتفوق؟
- إذا نعم، وضح كيف؟
- هل تعتقد أنك مختار من طرف قوة غيبية أو إلهية بسبب تميزك عن الآخرين؟
- هل أنت مختار لأداء مهمة معينة؟
- إذا كان نعم، حدد نوع هذه المهمة؟
- هل تحس أو تسمع أو تتذوق أشياء لا يحس بها الآخرون؟
- إذا كان نعم، حددها؟
- هل ينصفك المجتمع والعائلة أم أنهم يجحدونك حقك؟
- إذا كان نعم، وضح ذلك

المحور السادس: التطور الحسي الحركي

- هل الحمل كان مرغوب به أم لا؟
- هل الولادة كانت طبيعية أو بعملية جراحية أو بمضاعفات؟
- الرضاعة هل كانت طبيعية أم اصطناعية؟
- التسنين هل تم في السن المناسبة أم تأخر؟
- المشي هل كان في أوانه أم متأخراً؟
- الكلام: في 3 سنوات أم قبلاً أم بعدها؟
- النظافة: متى اكتسب النظافة بالنسبة للتبول والتبرز؟

المحور السابع: التمدرس

- في أي سن كان دخول المدرسة؟
- كيف كانت النتائج الدراسية؟
- هل كان هناك تراجع في مرحلة ما بخصوص النتائج؟
- إذا كان نعم، حدد السنة والسبب؟
- ما هي أعلى درجة علمية محققة؟
- هل عانى من صعوبات في مادة معينة؟
- كيف كانت العلاقة مع المدرسين والإدارة والزملاء في المدرسة؟
- هل تعتقد أنك كنت دوماً متفوقاً في كل المستويات؟

المحور الثامن: الحياة العاطفية

- هل كانت لديك علاقات عاطفية؟
- إذا نعم، حدد في أي سن كانت لك أول علاقة عاطفية؟
- هل عانيت من قبل من الفشل في تكوين أو الاحتفاظ بأي علاقة عاطفية؟
- إذا كان نعم، هل تستطيع تحديد الأسباب؟
- هل علاقاتك تستمر طويلاً؟
- هل لديك تجارب جنسية؟
- هل كانت لديك ميولات جنسية مثلية؟
- إذا كان نعم، وضح في أي سن بدأت تحس بهذه الميولات؟

المحور التاسع: المراهقة

- كيف مرت مرحلة المراهقة عليك؟
- هل كانت متأزمة؟
- هل كان المحيطون بك يتفهمون هذه المرحلة؟
- هل كنت منعزلاً أم تحب المخالطة؟

-
-
- هل أظهرت نوبات من الغضب أو العنف؟.....
 - هل عانيت من نوبات الخجل أو الاكتئاب والعزلة؟.....
 - هل أثرت التغيرات النفسية والجسدية في هذه المرحلة على نظرتك أو ثقتك بنفسك؟.....
 - كيف تعاملت العائلة معك في هذه المرحلة؟.....

الملحق رقم 2 - شبكة الملاحظة الإكلينيكية لتقييم السلوكيات المرضية

الاسم:..... السن:..... المكان:..... الملاحظ:.....
 اللقب:..... التاريخ:..... مدة الملاحظة:.....

موضوع الملاحظة	التقييم (الحكم)		تكرار الملاحظة	الدلالة الإكلينيكية للعرض الملاحظ	تحليل نتائج الملاحظة
	موجود	غير موجود			
1-1- الاضطرابات الهذائية	1. الأعراض			الانحراف عن الواقع بأفكار زائفة	
	1-1- هذات العظمة			- وجود أفكار التميز بقدرات خارقة والتفوق	
	2-1- هذات الاضطهاد			- وجود أفكار تربص الآخرين به	
	3-1- الهذات السوداوية			- الاعتقاد بالذنب والمسؤولية عن كل المصائب	
	4-1- توهم المرض			- توهم المرض مع عدم وجوده	
	5-1- بطئ التفكير			- التباطؤ في النشاط الفكري	
	6-1- تطير الأفكار			- وجود أفكار متسارعة	
	7-1- الحس الهذائي			- أفكار بظهور مواضيع غريبة أو تحولات جسدية شخصية أو متعلقة بالعالم بأكمله	
	8-1- الكذب المرضي La			- خطاب مفبرك أو مصطنع على طريقة رواية مغامرات،	

					fabulation، أو الرواية الخرافية
	- إنتاج تخيلي محض. - الخطاب يبقى معقول لكن تجمع الأحداث يصبح غير معقول - الكذب المرضي لا يتواجد في الشكل النقي بل هناك تجربة تكوينية هلوسية في فترة ما - اللجوء للكذب المرضي يحمي المريض من التفكك فهو وسيلة للتنظيم والتطبيع الاجتماعي - رواية خرافية وإنتاج تخيلي خصب. - الهلاوس النفسية اللفظية وأحيانا بصرية - الأوتوماتيكية الفكرية				
	- غير شديدة مرضية ليس لها سبب واقعي				9-1- هذاء الغير
	- الاعتقاد بأن أحد من ذوي السلطة أو المشاهير يحبه ويراسله - الشك في سلوك الزوج أو الجنسية المثلية				10-1- الهذاء الجنسي
	- الإصرار على المطالبة بالحقوق واقتعال المشاكل والشكاوى القانونية				11-1- هذاء المشاكسة
	- هذاء وقتي قصير المدى يصاحبه الهلاوس				12-1- الهذاء الفصامي
	- هذاء متقمص وإيحاء من مريض إلى شخص آخر قريب				13-1- الهذاء المنقول (التثائي)
	- الاعتقاد بأنه ضحية سحر أو مس أو تسمم				14-1- الهذاء الغيبي

					- الفانتازيا الوهمية تكون بمواضيع متنوعة، رجعية، مبهرة، وراثية، أساطير متعلقة بالخالق، تحولات جسدية أو كونية، شخصيات غير واضحة، وضعيات ومشاهد بشعة تعبر عن مخلوقات غريبة وغير واقعية
				1-15- اندماج متناقض لوحدة التركيب النفسي	- الميل للميثولوجيا والأساطير مع تكيف مقبول مع الواقع اليومي - سلامة القدرات المعرفية والذاكرة والسلوك الاجتماعي
				1-16- طبيعة الموضوع الهذائي	- مواضيع أسطورية غريبة - مواضيع جنسية - مواضيع متعلقة بالعظمة - التحولات الجسدية أو الجنسية
-2-				الاضطراب التفككي Trouble dissociatif	- عدم القدرة على الربط بين الأفكار والخبرات الشخصية - عدم القدرة على القيام بعمليات الحكم والتفكير المنطقي - عدم القدرة على إدراك أي حدث خارجي
-3-				الهلاوس Hallucinations	
				أ/ الهلاوس البصرية	- مدرك بصري غير متواجد في الواقع
				ب/ الهلاوس السمعية	- مدرك سمعي غير متواجد في الواقع
				ج/ الهلاوس الشمية	- مدرك شممي غير موجود في الواقع

	د/ الهلاوس اللمسية				- مدرك لمسي غير واقعي	
	هـ/ الهلاوس التذوقية				- مدرك تذوقي غير موجود في الواقع	
-4-	الهوس La manie				- الفراط المزاجي والإثارة دون كبح أخلاقي - إيماءات جسدية وسلوك تحرري - انفجارات تصويتية - الحماس الغريزي العنيف - فراط الحركة مع السخرية - الكذب والقذف والنميمة والتهكم بمزاج فاحش - العدوانية وعدم التركيز - تمزيق الملابس، أكل الفضلات - عقلنة ضعيفة - الاعتداء وانتهاك الحرمات بشكل غير مسؤول وغير واعي - التفكير باستعلاء وعظمة - تفكك النشاط الذهني	
-5-	الاكتئاب La dépression				- الإحباط التام مع انعدام الاهتمام بالعالم الخارجي وغياب المحفز للتنبساط - هبوط المزاج يظهر حالة المعاناة الشديدة واليأس - الشعور بالذنب والرغبة في الانتحار - غياب الأسباب المنطقية لهذه السلوكات - اضطراب التغذية	

					- تصيب العرق في الحالة الحادة - الارتعاش والبكاء والوهن	
					ب/ الهذيان السوداوي	
					- غلو في التشاؤم العصابي المنشأ قد يؤدي إلى ظهور الهلوس الحسية	
-6-	البلادة الانفعالية والانسحاب				- فقدان حافز التفاعل الاجتماعي - هبوط انفعالي حاد - بطئ الاستجابات السلوكية الحركية والتعبيرية الفكرية (الكلام النمطي) - التصلب أو السبات التخشبي	
-7-	اضطرابات التفكير				- الانتقال اللامنطقي من فكرة لأخرى - الشك وتوهم المرض في أعضاء الجسم	
-8-	اضطراب الذاكرة				- فقدان جزء من الذاكرة أو تذكر أدنى التفاصيل	
-9-	سوء التوجه الزماني المكاني				- فقدان التحكم في البعد الزماني والمكاني - فقدان القدرة على التعرف على الأشخاص (مؤشر عن التفكك أحياناً)	

موضوع الملاحظة	موجود	غير موجود	تكرار الملاحظة	تحليل نتائج الملاحظة
II. الميكانيزمات الموظفة				
1. الإزاحة				
الإسقاط				
التفكك				
التأويل				
الإنشطار				
التحويل				
التقمص				
الكبت				
النفى				
III. التفاعل مع العلاجات المطبقة	جيد	نوعا ما	ضعيف	تحليل نتائج الملاحظة
1. الالتزام في المتابعة النفسية "Thérapie individuelle"				
2. المتابعة بالعلاج العائلي "Thérapie Familiale"				
3. العلاج الدوائي "La cure par traitement "médicamenteux"				

				4. العلاج الجماعي "Thérapie de groupe"
				5. العلاج بالعمل والهوايات "Thérapie par occupation"
				6. التفاعل مع المرشد الديني "L'orientation religieuse"

الملحق رقم (3)

خطوات العلاج المتكامل المطبق مع الحالات المدروسة

تم تطبيق العلاج المتكامل مع الحالات المدروسة على مراحل نذكرها كما يلي:

المرحلة الأولى: المرحلة الاستقصائية

كان هدفنا في هذه المرحلة هو تحديد البطاقة الإكلينيكية للحالات المدروسة والتي من خلالها جمعت المعلومات العامة المتعلقة بالحياة الشخصية والعائلية والمهنية، كما حددت الإشكالية المرضية بدقة بعد عدد من المقابلات الاستقصائية بلغت عند الحالة الأولى 8 حصص وعند الحالة الثانية 10 حصص، كما تم تحديد وجود أي اضطرابات مصاحبة نفسية كانت أو عضوية أو عقلية وذلك بالنسبة للمفحوص، وكذا لدى العائلة حدد إذا ما كانت هناك اضطرابات أو سوابق مرضية خاصة نفسية أو عقلية، ونشير أنه خلال هذه المرحلة ركزنا على بناء علاقة علاجية أساسها التفهم والثقة والمرونة حتى تضمن تعاون المفحوص مع الحصص العلاجية والتتبعية.

المرحلة الثانية: تحليل البطاقة الإكلينيكية

قمنا بتحليل المعلومات المستقاة في المرحلة الأولى تحليلًا إكلينيكيًا بربط المعطيات مع الملاحظات المجموعة من خلال متابعة الحالات وبتوظيف شبكة ملاحظة مبنية وفق محاور ذات علاقة بالإشكالية المرضية، كما تم هذا التحليل أيضا على ضوء معطيات الملف الطبي الخاص بالحالات المدروسة والملاحظات المقدمة من طرف العائلة وطبيب الأمراض العقلية الذي يتابع هذه الحالة بالعلاج الدوائي. هدفنا في هذه المرحلة كان تحديد الخلفيات السببية لظهور الاضطراب وكيفية تطوره حتى نتمكن من ضبط خطة علاجية تناسب كل مفحوص حسب حالته، وقد دامت هذه المرحلة من 4 إلى 5 حصص عند الحالة الأولى

والثانية الخاضعتين للعلاج وكانت عند الحالة الثنية أصعب وأطول بسبب طبيعة الحالة وإشكالياتها المتشعبة.

المرحلة الثالثة: بناء الخطة العلاجية

من خلال هذه المرحلة التي بدأت في الشهر الخامس لدى الحالة الأولى والشهر السادس لدى الحالة الثانية، قمنا بوضع خطة علاجية لكل حالة وفق ما توصلنا إليه في المراحل السابقة وذلك بتحديد الأهداف العلاجية والأطراف المتدخلة في العلاج وطريقة العمل مع كل حالة على حدا سواء في العلاج الفردي، أو العائلي أو الجماعي، أو باستخدام سبل علاجية توصلنا إلى تحقيق الأهداف المسطرة، هذه الطرق العلاجية وظفناها حسب مخطط زمني يتناسب وتطور الحالة المعالجة وطبيعة الملاحظة المستقاة آخذين بالاعتبار تغير هذه الملاحظات من مرحلة لأخرى، وعموما كان تقرير إدماج الحالة ضمن إحدى هذه الطرق راجعا لتقييم المعالج النفسي وبالتعاون مع طبيب الأمراض العقلية.

الأهداف العامة لهذه الخطة العلاجية بالنسبة للحالتين الخاضعتين لها كانت كالتالي:

1) الهدف الأول: تحقيق التواصل وعلاقة الثقة مع المفحوص

اعتمدنا هنا على المقابلة العيادية الفردية النصف موجهة حتى نترك للحالتين المجال للتعبير عن الانفعالات التي تجد التفهم لدينا وعدم الحكم عليها أو على صدقها أو غرابيتها... هذا التفريع الوجداني والفكري ساعد كلا الحالتين على الإحساس بالراحة والتخلص من الضغط والحصر النفسي، كما مكنا من التواصل مع الحالتين رغم صعوبة الأمر خاصة لدى الحالة الأولى التي كان الهذاء لديها بغزارة وبطبيعة الغرابة والخرافة مع أساطير مبنية لم يتم التحكم فيها بسهولة، كما كان يعاني من الهذاء ذات المواضيع الدينية القهرية. لكن كونه ينتمي لعائلة متفتحة ساعدنا ذلك كثيرا في التحكم في هذا النوع من الهذات لديه، أما بالنسبة للحالة الثانية فكانت تعاني من هذات العظمة والاضطهاد من

مواضيع ذات علاقة بالسحر والمس، وكان التعامل مع هذه الحالة صعبا أيضا لكن ليس مثل الحالة الأولى، بل لمسنا اختفاء لهذه الهذات تدريجيا مع حصص المتابعة خاصة بعد إدماج العائلة في العلاج ونشير إلى أن الهذات كانت تعود للظهور من فترة لأخرى لكن ليس بنفس الدرجة كما في البداية وفي نهاية العلاج تم التحكم بها نسبيا.

(2) الهدف الثاني: التواصل مع الوسط العائلي

حاولنا التواصل مع عائلتي الحاليتين المعالجتين لهدفين، أولهما هو فهم المحيط الذي يعيش فيه المفحوص وثانيهما هو إدماج العائلة في العلاج وتوعيتهم بضرورة فهم حالة المفحوص، بالنسبة للحالة الأولى كانت العائلة متعاونة لكن الأب لم يتعاون لا بالحضور ولا بطريقة التعامل مع المفحوص، وهو ما سبب لنا نكسات متكررة في مراحل العلاج خاصة وأن الأب كان لديه دور محوري في معاش الحالة المعالجة ومن أهم مسببات الضغط والاضطهاد وفق ما يقوله المفحوص. أما الأفراد الآخرون فقد تعاونوا مع العلاج بشكل إيجابي ما ساعدنا في المضي قدما في خطتنا العلاجية، أما بالنسبة للحالة الثانية فقد تعاونت العائلة بشكل جيد وهو الأمر الذي سهل علينا المرور إلى مراحل مواءمة ولقد حقق هذا الهدف عموما مع الحاليتين الخاضعتين للعلاج.

(3) الهدف الثالث: تحقيق تفاعل إيجابي واستقرار مع العلاج الدوائي

لتحقيق هذا الهدف قمنا بالتأكيد مرارا على أهمية تناول الدواء وضرورته في هذه الحالات، كما تواصلنا مع طبيب الأمراض العقلية من أجل تقييم ومتابعة سير العلاج والتشاور في خصوص القيام بأي تغييرات لازمة في الخطة العلاجية بالنسبة للحاليتين كانت هذه الخطوة محققة حيث لمسنا تفاعلا إيجابيا بهذا الخصوص.

4) الهدف الرابع: التحكم في الهذات

بالنسبة للحالة الأولى تم التوصل إلى بناء علاقة علاجية بسهولة لكن وجود الإحساس بالذنب وضرورة تلقي الحد وفق الشريعة الدينية جعلنا نقرر إدماج المرشد الديني في هذه المرحلة بهدف إرشادي ديني وذلك لما لرجل الدين في مجتمعنا من أهمية ومكانة في حياة الأفراد، كان لهذا الإجراء فائدة كبيرة في خطتنا العلاجية وذلك لما لاحظناه بعده من انطفاء تدريجي لهذه الأفكار الاضطهادية لدى هذه الحالة، كما أصبح المفحوص لا يلجئ للماضي في حديثه ولا للتفكير في العقاب، كما أصبح المفحوص لا يلجئ للماضي في حديثه ولا للتفكير في العقاب كما أصبح يبني خططا مستقبلية سواء بخصوص التكوين أو الدراسة أو العمل وحتى الزواج وتكوين عائلة وذلك رغبة منه ليبرهن لعائلته أنه رجل منتج وقادر على تكوين عائلة. بالنسبة للحالة الثانية كان تدخل رجل الدين في نفس المرحلة تقريبا وخاصة للتحكم في الأفكار القهرية وهذات الاضطهاد الذي كان يعتبر أن زوجته وعائلتها هي من تحاول أن تعيشه فيه بسبب أنها تسحره وتحاول إيذائه حتى يتمكنوا من استغلال أمواله والتحكم به، وتدخل الإمام بالرقية، ثم التوعية والإرشاد كان جد إيجابيا خاصة بعدما أكد له أنه غير مصاب لا بالسحر ولا بالمس. في هذه المرحلة كان دورنا كمعالج نفسي هو تدعيم هذه الأفكار الإيجابية ومحو السلبية منها، وذلك بإدماج الحالة الأولى في تكوين مهني والذي حقق فيه نجاحا وكذلك إدماجه في الدراسة بالمراسلة الأمر الذي اقترحه هو أولا علينا ومن تم دعمنا نحن من خلال العلاج المطبق.

5) الهدف الخامس: استرجاع علاقة متوازنة مع الواقع

في هذه المرحلة اعتمدنا تعليمات علاجية ضرورية بالنسبة للحالتين، فالحالة الأولى عانت من هذات متعلقة بالبطولات الخرافية وكان يجب كثيرا تقليد أبطال الأفلام وتقمص شخصياتهم، كما كانت لديه أفكار جهادية وانتحارية في بلدان محتلة، هذه الهذات تجعل المفحوص في حالة منفصلة تماما عن الواقع وهذه الحالة تزيد سوء كلما تابع المفحوص هذه

الأفلام أو الأخبار الدولية، لذلك طلبنا منه التخلي عن هذه الأفلام والأخبار تدريجياً لما لها من أثر سلبي على العلاج ولأنها تغذي الأفكار الهذائية لديه ولقد كانت الاستجابة لهذه التعليمات إيجابية ورغم بعض المقاومة والتراجع أحياناً إلا أنه تم التحكم في هذا السلوك في هذه المرحلة، أما لدى الحالة الثانية فكانت متعلقة بمشاهدة الأخبار الحربية والسياسية، ما شكل لديه أفكار بقدرته على قيادة العالم، كما كان يعاني من عدم قدرته على النوم دون السماع لصوت التلفاز، لأن هناك أحد ما يتكلم معه من التلفاز ويحاوره لكونه شخصية مهمة ويعتقد أحياناً أن هذا التلفاز يسكنه جني يملئ عليه عدم إطفاء التلفاز وإلا فسوف يؤذيه... وللتحكم في هذه الأفكار الهذائية أعطينا تعليمات علاجية لتغيير هذا السلوك تدريجياً بدءاً بتعويض مشاهدة الأخبار بأفلام وثائقية ووصولاً إلى التوقف عن مشاهدة الأخبار نهائياً وذلك لما لها من أثر سلبي على حالة هذا المفحوص وتحقيق هذا الهدف استغرق مدة أطول لدى هذه الحالة بسبب النكوص المتكرر ومقاومة التغيير ولقد استعنا بالمرشد الديني في هذه المرحلة أيضاً بالنسبة للحالة الثانية من أجل التحكم في أفكار السحر والتمس وهو ما كان له أثر إيجابي.

(6) الهدف السادس: الإدماج الاجتماعي

الحالة الأولى كانت متفاعلة إيجابياً مع هذا الهدف، ومستعدة للاندماج الاجتماعي بحماسة وما ساعد على ذلك كونها تتابع العلاج الجماعي منذ فترة ما أدى إلى تقاسم الخبرات والمعاش النفسي مع حالات مشابهة. كما أن تعاون بعض أفراد الأسرة والمستوى الثقافي لديهم دفع المفحوص دوماً لتحقيق صورة إيجابية اجتماعياً وقد أدمج في مجموعة الدراسة بالمراسلة وكذا التكوين المهني حيث أتم تكوينه في صناعة الحلويات وبدأ بالعمل في هذا المجال سنة 2016، كما كون عدة صداقات بعدما كان يعاني من العزلة بسبب عدم تفهم الآخرين له، حاول أيضاً بناء علاقة عاطفية بهدف الزواج وتكوين عائلة، أما الحالة الثانية فقد أدمجت في جماعة للعمل بالهوايات (تزيين المنازل وصناعة الورود)، التواجد

ضمن هذه الجماعات أتاحت له الفرصة لتكوين علاقات صداقة بعدما كان لا يخرج تماما من المنزل لاعتقاده أن الآخرين يحاولون دوما أذيته أو قتله لأنه إنسان مهم وعظيم ومتفوق في كل المجالات، فهم يحققون عليه لأنهم يغارون منه، بعد هذه المرحلة تمكن المفحوص من التخلص من هذه الأفكار وتحقيق تغيير إيجابي في حياته الاجتماعية، كما استرجع علاقته الزوجية بعدما وصلت إلى مرحلة الطلاق بسبب اعتقاده بأن زوجته هي جني يحاول إخضاعه للسحر والأذى وقد كان يراها مشوهة بأعين حمراء... هذه الهذات تراجعت وانطفأت تدريجيا بعد النجاح من إخراجه من العزلة التي كان يعيش فيها، ونشير هنا إلى أنه قد لجئ للرقية الشرعية في هذه المرحلة ولم يظهر أنه مصاب بأي مس أو سحر.

ملاحظات:

- ❖ التواصل مع طبيب الأمراض العقلية والمسؤول على العلاج الجماعي ومع الأسرة والمرشد الديني كان يتم باستمرار كلما وجدنا ضرورة لتدعيم علاج الحالتين.
- ❖ جمعت مختلف الملاحظات باستمرار وفق محاور شبكة الملاحظة خلال كل المراحل المذكورة.
- ❖ وظفت الملاحظات في تتبع الحالات وتقييم تطورها وتقييم تحقيق الأهداف العلاجية كما وظف رائز الشخصية المتعددة الأوجه "مينيسوتا2" (MMPI) لنفس الهدف.
- ❖ استدعاء أفراد العائلة من أجل العلاج العائلي كان في مرحلة متقدمة بعد استرجاع مستوى مقبول في العلاقة مع الواقع لدى المفحوص، وذلك حتى يتمكن من ضمان التواصل بين أفراد العائلة.
- ❖ تم قطع العلاج بعد تحضير المفحوص لذلك بحصتين وبعد تحقيق الأهداف المسطرة.