مجلة الأسرة والمجتمع
مجلة دولية محكمة نصف سنوية
تصدر بثلاث لغات
FAMILY AND SOCIETY JOURNAL
International Biannual Journal
refereed Issued in three languages
الترقيم الدولي: ISSN:2392-5337 الترقيم الإلكتروني: EISSN: 2602-6716
https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/236

المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	تاريخ إرسال المقال: 09 /06/ 2022	تاريخ القبول: 22 /06/ 2022	تاريخ النشر: 30 /06/ 2022	الصفحة: 344 – 362

الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري : دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا–

Delirium psychological disorder between scientific orientation and metaphysical belief in the social and family milieu: A comparative analytical field study of cases with chronic delirium- paraphrenia-

نسيمة أزرو	جامعة الجزائر 2 ابو القاسم سعدالله (الجزائر)	nassima.azou@univ-alger2.dz

ملخص:

تُمَيِّز الهذاءات المزمنة اضطراب البارافرينيا، وهذا البحث يُسلِّطُ الضوء على سبل التكفل العلاجي بها من خلال مقارنة حالات أُخضِعت لبرنامج علاج نفسي متكامل مع حالات أخرى تلجأ لطرق أخرى في التعامل مع هذه الاضطرابات. استخدمنا المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة باستخدام المقابلة المحددة برائز إكلينيكي، كما وظّفنا المنهج الوصفي لتحليل المعلومات وتتبع الحالات. أظهرت النتائج أن الاضطرابات الهذائية المزمنة هي أمراض نفسية ذهانية مهيكلة يكون العلاج النفسي الطبي والتكفل الاجتماعي لها هو الأساس، وتدخل بعض الظواهر الهذائية في خلفية غيبية، وهي حالات آنية غير متعلقة بالاضطراب الهذائي المهيكل، أما الطرق الخاطئة في التعامل مع هذه الحالات والممارسات الاجتماعية غير الخاضعة للعقل، فقد تؤثر سلبا على تطور الحالة وتؤدي إلى سوء التكفل بها وتدهورها كما قد يصبح علاجها مستعصيا، فالعمل المتكامل الأطراف بإشراك الأسرة طرفًا فاعلاً والمرشد الاجتماعي والديني والطبيب العقلي والنفسي ضروري جداً في علاجنا المقترح.

الكلمات المفتاحية: الهذاءات المزمنة، البارافينيا، البرانويا، التكفل النفسي ، الاعتقاد الميتافيزيقي

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

Abstract:

Chronic hallucinations characterize paraphrenic disorder, and this research sheds light on ways to treat it by comparing cases who were subjected to an integrated psychological treatment program with other cases who resort to other methods of dealing with these disorders. We used the clinical case-based approach using the clinically defined interview, and we also added the descriptive approach to analyze information and track cases. The results showed that chronic delusional disorders are structured psychotic psychiatric diseases for which medical psychotherapy and social care are the basis, and some delusional phenomena are involved in a metaphysical background, and they are immediate cases that are not related to the structured delusional disorder, as for the wrong ways in dealing with these cases and social practices that are not subject to For the mind, it may negatively affect the development of the condition and lead to its poor care and deterioration, and its treatment may become intractable. Integrated work involving the family as an active party, the social and religious counselor, and the psychiatrist and psychiatrist is very necessary in our proposed treatment

.Keywords: Chronicle Delusion, Paraphrenia, Psychological Treatment, Paranoia, Metaphysical Belief.

–مقدِّمة:

يسـبب الاضـطراب النفسـي اختلالاً في التوازن العام وفقدان مقومات الحياة المتناغمة، وتُعدُّ البارافرينيا من الأمراض النفسـية الذهانية المتميزة بغياب السـياق التفككي (syndrome dissociatif)، فالمريض يحتفظ بالبناء الفكري المنتظم نسبيا ما يجعل العائلة والمحيطين به أمام إشكالية التشخيص والتوجه العلاجي السليم، فغالبا–ولسوء الحظ– نجد في مجتمعنا شيوع فكرة وجود سببية غيبية للمرض دون أدنى تفكير في إمكانية استشارة المختص النفسي أو طبيب الأمراض العقلية، هنا يصبحُ التكَفّل بالحالات أكثر صعوبة بعد تصرفات لاعقلانية أو مغلطة لدى أفراد حتى من فئة المثقفين.

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

تتميز البارافرينيا أيضا بالهذاءات التخيلية غير المنطقية والكذب المرضي مع تزامن الأفكار الإضطهادية وأفكار العظمة في آن واحد. يؤدي العلاج النفسي الطبي بالمصابين بهذا الاضطراب إلى الاستقرار على العموم رغم وجود احتمالية الانتكاسات، أما لدى الحالات المستعصية فيكون تطور الحالة نحو التدهور الفكري والشخصي العام. والتكفل النفسي السليم يكون ببرنامج علاجي متكامل على عدة أصعدة، على مستوى الطب النفسي، وطبيب الأمراض العقلية، والأخصائي الاجتماعي، وتكفّل المحيط الأسري الاجتماعي.

هذا البرنامج العلاجي أثبتَ على نجاعته لدى الحالات التي أخضعناها له من خلال النتائج الإيجابية المحققة مع المريض ومحيطه.

مُصطلح البارافرينيا خضع لاختلاف في الاستعمال بين مُتبني ومعارض، ونحن كباحثين تَبنّينا دلالته على الاضطراب الهذائي التخيلي المزمن ذو الطابع الإستحواذي والتفكير الاضطهادي المتوازي مع أفكار العظمة في آن واحد، في حين يُبدي المريض تكيّفًا اجتماعيا جيدا.

تلجأُ بعض الممارسات الاجتماعية إلى طرق علاجية غير سليمة جهلا منها بطبيعة هذا المرض، واعتقادا بوجود تأويلات غيبية مثل المس أو السحر أو العين .... إلخ، ونحن في الممارسة العيادية نجد أنفسنا كمختصين أمام الكثير من هذه الحالات التي تأتي بعد استشارة عدة جهات حتى المشعوذ أو الساحر، والمريض في هذه الحالة قد يكون متبنيا لهذه الاعتقادات، ما يسبب مقاومته وعدم تعاون عائلته في العلاج، وهذا يُلزمنا إخضاعهم جميعا إلى الإرشاد الجماعي وتصحيح الأفكار قبل الاهتمام بالمريض نفسه.

في دراستنا هذه، تناولنا حالات مختارة بشكل قصدي تجنبا للوقوع أمام إشكالية التشخيص ، فالبعض يرى أن التكفل بالطرق العلاجية الدينية (الرقية الشرعية) هو الأنسب وآخرون يرون أن العلاج الطبي بالأدوية هو الأساس.... إلخ، فهل الإشكال يكمن فيمن يضع التشخيص أم في التشخيص في حد ذاته؟

مما سبق، سنحاول تحديد المفاهيم حول هذا الموضوع لتوضيح الغموض بشأن التأويلات المتعلقة به في الوسط الاجتماعي وسنسعى إلى تطبيق برنامج للتكفل النفسي الفعال مبنى من خلال العمل العيادي والملاحظة الميدانية التتبعية مع إشراك إيجابي للأطراف ذات العلاقة بالمريض وبهذا تتكامل الأدوار في العلاج ، وحتى يتحقق ذلك نطرح التساؤل التالي:

كيف يتناول المجتمع والدين علاج الاضـــطرابات الهذائية المزمنة؟ وما نظرة علماء النفس والطب العقلي لهذه المعتقدات؟ كيف نعمل على تصـــحيح الممارســـات الخاطئة في المجتمع؟ وكيف يتم توظيف ذلك لصـــالح العلاج النفسي؟

بغية إجلاء هذه التساؤلات طرحنا الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

الهذاءات التخيلية المزمنة هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفاسير الغيبية وخاضعة للتناول العلمي البحت، حيث يكون العلاج النفسـي والدوائي أسـاس التكفل الناجح، أما حالات المس والسـحر فهي مشـاكل شـائعة في المجتمعات وتمثل حالات آنية، أو استجابة لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية.

الفرضيات الجزئية:

- ربما لا ترتبط كل الاضـطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سـببية بالتفسـيرات الغيبية، بل قد تكون اضـطرابات نفسية مهيكلة يكون التكفل النفسي فيها أساس العلاج.
- قد تدخل بعض الظواهر الهذائية في إطار ذو خلفية غيبية، وهي حالات آنية غير متعلقة بالاضـــطراب الهذائي التابع للبارانويا، هنا يكون التدخل الديني والإسناد النفسي متكاملان في التكفل بالحالات.
- ربما يتوجب أن يقوم بناء البرنامج العلاجي على التكفل النفسي لحالات الهذاءات المزمنة، هذا البرنامج يبدأ أساسـا من المحيط الاجتماعي والأسري، لأن وضـوح التشـخيص يُؤَثِّر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسـة الحالية إلى توضـيح أهمية التكفل النفسـي بالاضـطرابات الهذائية المزمنة —البارافرينيا– وتبيين كيفية تعامل 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.

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

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، وإشراك الأطراف ذات العلاقة ثم نقوم بتتبع تطور الحالة ونقارنها مع حالات أخرى توجهت للعلاج بطرق مغايرة وذلك لاستخلاص أهمية التكفل النفسي ودوره ضمن برنامج علاجي متكامل الأطراف.

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من كونها تمس موضوعا نفسيا واجتماعيا، حيث تحوَّل من كونه موضوعا طبياً نفسياً إلى ظاهرة اجتماعية متفشية بسبب الفهم أو التناول الخاطئ لها. شَغلنا هذا الموضوع على وجه الخصوص كوننا ممارسين نفسانيين ميدانيين نستقبل حالات كثيرة منها لكنها تصل إلينا بعد معاينة عدة أطراف حتى من غير المختصين أو أصحاب العلم بسبب الاعتقاد بوجود المسببات الغيبية كالسحر والعين والشعوذة.... ، من المهم وضع الحدود الفاصلة أمام ما هو خاص بالمجال العلمي كاضطراب نفسي بحت، وما هو ضمن نطاق الغيبيات كالمس والسحر وما شابه وذلك، كما نحاول من خلال العلاج تدعيم الدفاعات النفسية للمريض لاسترجاع درجة مقبولة من التوازن النفسي.

حدود الدراسة:

تم تحديد الدراسة واستخلاص نتائجها ضمن الحدود التالية:

الحدود البشرية: تناولنا في الدراسة الحالية ست حالات من الجنسين (خمسُ ذكور وامرأة واحدة)، اختيرت بطريقة قصدية وأخضعت للبحث العلمي التتبعي.

الحدود الزمانية: دام الاستقصاء الاستطلاعي ثلاث سنوات امتدت ما بين (2010 و2013) حددت خلالها الخلفيات الميدانية للبحث واختبار الأدوات الاستقصائية، أما الدراسة الأساسية فقد دامت ما بين (2013 و2016)، وفيها طُبِّقَت المنهجية الأساسية للتأكد من فرضيات البحث.

الحدود المكانية: أُجريت الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية –بوزريعة– (الجزائر العاصمة)، عيادة الصحة النفسية المقام الجميل والمركز الصحي 180 مسكن–بوزريعة– كما أخذت حالات أخرى من ولاية تيزي وزو والبويرة.

1. الاضطرابات الهذائية المزمنة

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

سلامة العقل والنفس هما ميزات التكيف السليم مع المحيط الواقع ومؤشر مهم على التوافق مع الذات، لذا فالإصابة بما يُخِلُّ بهذا التوازن تحرم الفرد والجماعة من الراحة النفسية، والهذاء المزمن من بين الاضطرابات النفسية الذهانية التي تعيق الحياة الصحية.

تعرف الدكتورة " فرانسواز جيليمات **(GUILLEMETTE FRANCOISE)** الاضطراب الذُهاني كالتالي :" المرض العقلي الذهاني هو اضطراب في السلوك، كلما كان هناك ضغط نفسي شديد، ما يخل بالدفاعات النفسية المعتادة حيث يصبح توظيف العقلنة غير ممكنٍ .....اضطراب السلوك يظهر بالتالي كمنتج للنشاط النفسي الذي يعبر نسبيا عن الضغوط الداخلية " **(Guillemette ,F (2007) , p56)**. (ترجمتنا)

في العصور الوسطى كان يطلق على الاضطرابات الذهانية تسمية الجنون الذي يعبر عن غموض غريب ينتمي إلى ظواهر ما وراء الطبيعة (**PARAPHENOMENE**) والتي تتسم بقوى شيطانية استحواذية ، بالتالي، تحت هذا المعتقد، كان المصاب بهذه الاضطرابات يُحرق مثله مثل الساحر بهدف تطهير نفسه ، ومنذ تلك الحقبة من التاريخ المظلم للشعوب تتالت جهود ذوي الاتجاهات العلمية سواء الطبية أو القانونية ...، ثم وضع قانون سنة 1838م يَضبط عملية حجز المرضى بعد مصادقة لويس فليب (**LOUIS PHILIPPE**) على ذلك , ويعطيهم صفة المرضى عوض المجانين، وبعد الحرب العالمية الثانية صار يُتكفَّلُ بالمرضى يتكفل نفسيا ودوائيا مع بعض العلاجات الصدمية، ثم ازدهر بعدها العلاج بالتحليل النفسي وعرف الطب العقلي في هذه المرحلة ثلاثة اتجاهات هي:

-اتجاه النموذج التنظيمي: ويهتم بالأصل العضوي في سبب الإصابة

-اتجاه النموذج التحليلي النفسي: يهتم باختلال التوازن الداخلي للفرد والبحث عن نمط التوظيف النفسي والحياة اللاشعورية.

-النموذج الاجتماعي: يستند إلى مفهوم التكوين الاجتماعي وأثره على ظهور المرض العقلي وأثر البيئة باعتبارها مولد الضغط والاضطراب.

1. 1 أعراض الاضطرابات الذهانية

من أهم أعراض الاضطرابات الذهانية نجد:

- **التفكك** : عدم التمكن من الربط الفعلي بين الأفكار والخبرات الشخصية.
- **الهلاوس**: مدرك حسي غير متواجد في الواقع الخارجي

- **الهذاء أو الزور**: لغةً بمعنى الهذر بكلام غير مفهوم ، والزور هو الانحراف عن الواقع بأفكار زائفة بسبب شدة الانفعال التَّخيلي، وهو ترجمة للكلمة اليونانية بارانويا(**PARANOIA**) والذي يكون الهذاء فيها عرضا أساسيا متواترا بين هذاء العظمة والاضطهاد

ومن بين أنواع الهذاءات نجد:

- **الهذاءات السوداوية**: الاعتقاد بالذنب و المسؤولية عن كل المصائب.
- **الهذاءات الإضطهادية**: الاعتقاد بأن الآخرين يتآمرون عليه ليضطهدوه.
- **هذاءات العظمة**: اعتقاد المريض بأنه شخص عظيم

- **الهوس**: الفرط المزاجي دون الكبح الأخلاقي.
- **الاكتئاب**: نوبات من سوداوية المزاج من خفض النشاط الحركي.
- **اضطراب التفكير**: الانتقال اللامنطقي من فكرة إلى أخرى.
- **الخجل**: انحلال السلوك الذهني.
- **سوء التوجه الزماني والمكاني**: فقدان التحكم في البعد الزماني والمكاني.
- **اضطراب الذاكرة**: فقدان ذكريات معينة أو العكس تذكر أدنى التفاصيل.

البلادة الانفعالية والانسحاب: فقدان كل حافز للتفاعل الاجتماعي وعدم الاكتراث للمحيط.

1. 2 البارانويا و اثيولوجية الهذاء :

لغويا: البارانويا كلمة مترجمة من اليونانية يرجع استخدامها في الطب العقلي لأكثر من ألفي سنة وكان الإغريق يطلقونها على كل الاضطرابات العقلية الخطيرة، وهو يعني في الأصل الإغريقي: "المنطق على جه "
(PARA - NOIA = Pensé à coté)

اصطلاحا: البرانويا اضطراب وظيفي جزئي للقوى العقلية متميز بالهذاءات والأفكار الزائفة التي تنمو بشكل منتظم آخذا صفة الهيكلة منطقيا، ويكون الاضطراب جزئياً حيث تحتفظ الشخصية بباقي سماتها باتزان نسبي .

يُعرِّف عبد الحميد محمد الشاذلي البرانويا كالتالي: "الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية، تميزها الأوهام والهذاءات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد وتكون الشخصية متماسكة رغم وجود المرض ومنتظمة نسبيا مع اتصال لا بأس به مع الواقع ولا يوجد تغير في السلوك العام، ويطلق في بعض الأحيان على هذا المرض

اســـم الجنون العاقل، حيث يبدو المريض منطقيا ومرتبا في كلامه ولكن هذا الكلام مبني على فكرة خاطئة وهو انه عظيم مضطهد، ويكثر ظهور الهذاء في منتصف العمر(مرحلة الرشد) " (**الشاذلي، عبد الحميد محمد(2001)، ص152**). إذن المصـــاب بهذا الهذاء البارانوي تترســـخ لديه الأفكار الزائفة، فيرى نفســـه متميزا عن الآخرين ولديه قوى خارقة وذكاءً متفوقاً ما يمده باستحقاق الامتيازات الخاصة التي يحسده الناس عليها لذلك يبيتون له الأذى و المكائد، هذا ما يولد شعور الاضطهاد والعظمة في آن واحد. تنمو هذه المعتقدات لتصبح منطقا خاصا لديه، ونظاما متماسكا صلبا يصعب اختراقه أو تغييره مع بقاء الجوانب العقلية الوظيفية سليمة وتكيف اجتماعي مقبول فلا تصنف الحالة إكلينيكيا على أنها بارانويا إلا إذا كانت الهذاءات هي العرض الرئيسي مع عدم وجود أعراض ذهانية أخرى.

تُعرَّف الهذاءات في موسـوعة علم النفس الحديث على أنها: "من أعراض الذهان العقلي، وقد تكون منظمة في ذهن المريض أي بُني بعضـها فوق بعض ولكنها عديمة الأسـاس أو السـند الواقعي الحقيقي وهي معتقدات زائفة ...السبب في أنه يعتقد في صـحتها، أنه بناها في الأصـل لكي يحل بها مشـكلة ما يعاني منها ولكي يتكيف وإياها وللحماية من الشـــعور القاتل بالقلق والخوف وبذلك يقترب تفســـير حدوث الهذاءات من تفســـير عملية التبرير اللاشعورية" (**العيسوي، محمد عبدالرحمان (1999) ص ص191–190**)

1. 3 البارافرينيا :

ظهر مصـــطلح البرافرينيا في الطب النفس و العقلي منذ ســـنة 1863م في كتابات الباحث هولاك كاهلبوم (**KAHLBOUM HOULAK .F**) قبل أن يُوصـف بأنهُ شـكل من أشـكال الهذاء المزمن الوسـيطي من طرف الباحث كريبلين (**KEEREBLIN**) في ســـنة **1912م حيث يقولُ عنهُ** ما نويل كازانوفال (**MANUEL CASANOVAL**)وزملائه ما يلي: "نشر كريبلين مصطلح البرافرينيا بحيث أصبح أكثر شعبية واستخداماً لتمييز مجموعة غير مؤكدة متواجدة بين البرانويا والجنون المبكر وحدد البرافرينيا في المقام الأول كاضـــطراب هذائي مع الاحتفاظ بشـكل أفضـل بالعاطفة والإرادة وعدم تواجد التدهور الخطير الملاحظ في الجنون المبكر. صـنّفَ كريبلين البـارافرينيـا إلى بارافرينيـا منتظمـة (**SYSTEMATICA**) فـانتـازيـة أو تخيليـة(**Fantastica**) والروايـة الخرافيـة (**confabulante, casanoval (2001) ,p2**) (ترجمتنا).

تشرح فرانسواز شيركات (**CHERGET.F**) البارافرينيا كالتالي: " هي اضطراب ذهاني مزمن يتميز بميكانيزم تخيلي متعلق بمواضـــيع فـانتـازيـة، والتحولات الكونيـة، وجنون العظمـة، والتحولات الجســـديـة، والمســـخ (Métamorphoses). فالمريض لا يسـعى إلى إقناع الآخرين، هذا الاضـطراب يبدأ عموما من حوالي (35–40

سنة) ولا يبدو أنه يسبب حالة انعزال اجتماعي كبير، التخيل المرضي يكون بصورة كبيرة وفائضة، ما يصعب عملية التفريق بين الخيال والواقع.

نلاحظ نوعين من البارافرينيا: البارافرينيا المنتظمة (**Systématique**) حيث يُوجِد المريض نفسه في محور هذاءاته، وفي البارافرينيا الروائية الخرافية (**COMFABULATOIRE.P**) يعاش الواقع بطريقة تخيلية محضة" **(CHERGET, F (2001), pp 17-18)** (ترجمتنا).

تحديد المصطلح لا يزال موضوع جدال من حيث التسمية والتصنيف وفقا للتناول النظري لهذا الأخير. فمثلا تناوله الباحث "سيقلاس" (**SEGLAS**)سنة **1887**م بتسمية بارانويا هلوسية وهذاء التخيل من طرف ديبري (**DUBRE**) في سنة **1911**م، وذهان هلوسي مزمن سنة **1911** من طرف باليث (**BALLET**)، وذهان الفانتازيا من طرف أندري آي (**EY.H**) سنة **1973**م.

2. طرق التكفل العلاجي بين نهج الأسرة والمجتمع والتوجه العلمي:

تختلف طرق التكفل العلاجي بالمصابين بالاضطرابات النفسية تبعا لطبيعة الحالة المرضية وكذا تداعيات الاضطراب على المدى البعيد، لذلك يكون العلاج على عدة مستويات، منها ما هو نفسي، ومنها ما يرتبط بدور العائلة، ومنها ما هو متعلق بالمجتمع والميولات والاعتقادات الميتافيزيقة...

2. 1 التكفل النفسي:

تولَّدَ مفهوم التكفل النفسي بعد فترات تاريخية متعاقبة وممارسات تجريبية لم تحدد علميا إلا بعد الثورة الفرنسية في **1789**م، بعد اعتبار المرض النفسي والعقلي مرضاً مماثلاً لأي مرض آخر وأصبح ينظر للمرضى بطريقة أكثر إنسانية، أقيمت المستشفيات الخاصة بالعلاج النفسي بعيدا عن طرق الحجز والضرب....، التي كانت تمارس قديما، واعتبر كريبلين (**Kreaplin**)، (**1856م–1923م**) أبو الطب الحديث، حيث اهتم بدراسة علم النفس الفيزيولوجي وعلاقته ببناء طرق العلاج النفسي، وقد تطور مفهوم التكفل النفسي في مطلع القرن **20** مع دراسات جولتون (**Goltan**) في إنجلترا التي أكدت على أهمية الدراسة التتبعية، ما فتح الآفاق أمام المختص النفسي للعمل بطرق أكثر دقة.

عرَّفَ أحمد فائق العلاج النفسي كالتالي: "العلاج النفسي في قوامه هو معاونة المريض على اكتشاف أثر التثبيت الطفلي على سلوكه والدوافع التي أدت إلى هذا التثبيت...ويقوم المعالج في عملية العلاج بدور أقرب إلى الأنا الأعلى أكثر اعتدالا من الأنا الأعلى لدى المريض بمعنى أنه من خلال طرح المريض عليه وبتفسير الطرح يسمح

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

بتعديل نظام الكبث بما يتيح للمريض فرصـــة اختبار الواقع واســـتغلال طاقاته أفضـــل اســـتغلال".(**أحمد فائق، 2001،ص328–329**)

يقول إســحاق رمزي:"لم يعرض أدلر (**Adler**) على المعالج إلا أن يقوم بواجبات أربعة: أولها يوثق علاقته بالمريض، والثاني يكشـف عن الخطأ في أسـلوب حياته، والثالث يشـجعه ويبث الثقة في نفسـه، والرابع يقوي في نفسـه الروح الاجتماعية " (**إسحاق رمزي، 1952، ص 234**).

2. 2 التكفل النفسي الاجتماعي:

عرف المؤتمر الســـنوي للخدمة الاجتماعية 1964 م خدمة الفرد على أنها: "طريقة من طرف الخدمة الاجتماعية، تســتهدف التدخل و التأثير في حياة الفرد الاجتماعية والنفســية لتحســن وتوجيه وتدعيم أدائه الاجتماعي...وهي مهارة علائقية توجه طاقات الفرد وإمكانات المجتمع لتحقيق أفضـــل درجة من الأداء الاجتماعي "(**عبد الفتاح عثمان، 1980، ص30**).

أما التكفل النفســـي الاجتماعي فهو أحد فروع خدمة الفرد الاجتماعية حيث يوضـــحه شـــيري موريس (**MORIS .Ch**)في قوله: "الخدمة الاجتماعية النفسية هي أحد فروع خدمة الفرد الاجتماعية والتي تعالج الحالات النفســية في العيادة أو المســتشــفى أين تنســق الخدمة الاجتماعية مع الطب النفســي وعلم النفس الاكلينيكي" **(Cherry, Moris (2002), p100)** (ترجمتنا).

بالتالي التكفل النفسي الاجتماعي بالمرضى يكون بفهم سيكولوجية حياتهم ضمن ظروفهم المحيطة و مساعدتهم على المواجهة الفعالة بتنمية الذات ضـــمن التأهيل الاجتماعي، مع تجنب التصـــادم مع المعايير الثقافية و العقائدية للجماعة، خاصة إذا كان هذا الفرد ينتمي إلى مجتمع يتبنى اعتقادات أو ممارسات غير سليمة كاستشارة البعض من غير ذوي العلم لعلاج اضـــطرابات هامة مثل الهذاءات المزمنة، وما يزيد من حدة الاضـــطراب عدم إمكانية توظيف الدفاعات يشكل سليم فيختل التوازن بين دوافع الراحة النفسية وميكانزمات الضبط الثقافية، بالتالي للمجتمع دور هام في تأمين الراحة النفسية، وقد أدرك الطبيب النفسي أهمية فهم المرض العقلي والنفسي في إطار الأسرة والمجتمع والدين والأصـــل القومي، وذلك بتتبع الحالة داخل مجتمعها ومحاولة تعديل التوجهات الخاطئة كاســتشــارة الســاحر والعراف لمعالجة المصاب بالبارافرينيا.

ويكون المعالج النفسي الاجتماعي والمساعد الاجتماعي في احتكاك مباشر مع حالةٍ مَرضية تعيش في مجتمع كثيرا ما يتبنى اعتقادات متوارثة يَصعب حراكها وتغييرها بسبب فقدان المرونة الفكرية، وسيطرة الأفكار المغلطة التي أصبحت

مع الوقت والممارسة تضاهي المقومات الثقافية أو العقائدية وينغلق عليها المجتمع. التكفل الاجتماعي هنا يكون ضمن معرفة الحدود التي تضبطها المرونة والسلاسة في التعامل مع الأمور.

2. 3 التكفل العلاجي بتدخل المرشد الديني:

يتناول المرشد الديني الحالات المصابة بالهذاءات المزمنة وفق مقتضيات الحالة وميولها الفكري (ولسنا هنا في صدد الحديث عن جدلية الإصابة بالمس أو السحر أو العين وما ينتج من استجابات سلوكية إثرها فهو موضوع ليس ضمن نطاق دراستنا)، هناك حالات ترتاح بالتكفل بالطرق البديلة كالرقية الشرعية أو التوجيه الإصلاحي أو الإرشادي أو الحجامة...، مهملة دور العلم والمختص، وهنا يكون دور المرشد توجيه المريض ومحيطه وتوعيتهم وإعادة تصحيح الممارسات الخاطئة كدعمٍ للعلاج الأساسي، وهو نوع من العلاج المعرفي القائم على الإرشاد والإقناع، فدور المرشد الديني هنا بالغ الأهمية لما له من مكانة ومصداقية في المجتمعات، كما ان كلامه مدعم بشواهد دينية مسلم بها في الاعتقاد، وإن كانت هذه الطرق (الرقية ، الحجامة ...) تزيد من راحة المريض واسترخائه الفكري، إلا أنها بالنسبة لحالات الهذاءات المزمنة تبقى طرقا إسنادية لا يمكن الاكتفاء بها فقط، فرجل الدين ذو الدراية بالعلوم الإنسانية له دور توعوي وتدعيمي مهم وقلّمَا تعارضُ توجيهاته بخلاف المتخصص النفسي المضبوط بالموضوعية وحدود التدخل العلاجي التي تحترم حريات الاعتقاد.

3. إجراءات الدراسة الميدانية

تبنّينا في دراستنا إجراءات منهجية جاءت وفق ما يلي:

3. 1 منهج الدراسة

اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج العيادي المرتكز على دراسة حالة باستخدام المقابلة المحددة برائز إكلينيكي معتمد في تشخيص وتقييم تطور الحالة المرضية عند المصابين بالاضطرابات النفسية العقلية الذهانية، كما وضفنا المنهج الوصفي لتحليل المعلومات وتتبع الحالات.

3 .2 حالات الدراسة

تناولت الدراسة ستّ حالات مصابة بالاضطرابات الهذانية –البارفرينيا– وخاضعة لبرنامج علاجي متكامل، وحالتين تلجآن في علاجهما إلى الرقية الشرعية كبديل للعلاج، وحالتين تعتمدان على المشعوذين والعرافين في التعامل العلاجي.

الحدود العمرية كانت ما بين 25 سنة إلى 50 سنة من بين الجنسيين 5 رجال وامرأة، اختيرت الحالات بطريقة قصدية باستعمال أسلوب المعاينة غير الاحتمالية من خلال دراسة تاريخ الحالات ودراسة الملفات الطبية، وحالات أخرى أخضعت للملاحظة القصدية والمقابلة المسحية معها ومع العائلة قبل إدماجهم في الدراسة.

طُبِّق أيضا اختيار تشخيص وتقييم الاضطرابات الشخصية المتعدد الأوجه مينيسوتا (**$MMPI_2$**) على مرحلتين قبلية وبعدية للحالات الخاضعة للعلاج المتكامل وبمرحلة تشخيصية للحالات الستة المدروسة.

3 .3 أدوات الدراسة

اعتمدنا في هذه الدراسة على تقنيات استقصائية لجمع المعلومات وأخرى تحليلية تشخيصية للتحقّق من الفروض المطروحة، وكان التحليل إكلينيكيا بالملاحظة القصدية والمقابلة التتبعية.

3 .3 .1 رائز الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (**$MMPI_2$**)

استعملنا في دراسة الحالة وتقييم تطورها رائز الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (**$MMPI_2$**) وهو مقياس معياري مقنّن صمّمهُ سنة 1940 عالم النفس شارك هاتا واي (**S .R.Hathaway**)، والطبيب الفرنسي شارلي ماكنلي (**Mckinley J.c**). هو اختبار يعتمد على التقرير الذاتي والكشف عن أهم سيمات الشخصية والاضطرابات النفسية والذهانية، ويساعد أيضا على المتابعة التقييمية للحالة المرضية بعد العلاج .

3. 3. 1 .1 تطبيقه:

- يطبق هذا الاختبار فرديا أو جماعيا، ليس هناك وقت محدد للإجابة لكن عموما يتراوح زمن إتمامه بين **50** إلى **90** دقيقة، أما بالنسبة للعمر فيطبق على الحالات من سن **16** سنة فما فوق، ويجب أن يكون لدى المفحوص مستوى من الفهم والقراءة.
- يضم الاختبار عدة أبعاد للشخصية منها النواحي الاجتماعي والدينية والنزعات السادية والمازوشية والهلاوس والهذاءات والمخاوف المرضية والحالات الانفعالية كالوساوس والعظمة والشعور بالقهر، صنفت هذه الأبعاد إلى أربعة مقاييس للصدق وعشرة مقاييس إكلينيكية تمكن الباحث من رسم صورة عن مواطن الاضطراب في شخصية المفحوص.
- يحتوى المقياس في الصورة المعدلة من (**567**) عبارة رتبت بحيث يمكن أن يستجاب للفقرات (**370**) الأولى، والتي تصحح على أساسها كل مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية وهي النسخة المختصرة للاختبار، الإجابة على البنود يكون بتصنيفها ضمن (**3**) مجموعات (صحيح، خاطئ، لا أعلم).

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

3. 3. 1. 2 تحليل نتائجه

تحليل النتائج بعد تفريغها وتحويل العلامات الخام إلى علامات معيارية **(T)** يُرسم مُنحَنى بروفيل الشخصية وفق العلامات **(T)** المتحصل عليها على منحنيات وفق الجنس، وتحلَّل النتائج كمّيًا وإكلينيكيًا.

3. 3. 2 برنامج العلاج المتكامل المطبق في هذه الدراسة

حاولنا في هذا البرنامج العلاجي النفسي الطبي المتكامل الإلمام بكل الجوانب ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة مع حالة المريض وذلك سواء من الجانب الطبي النفسي بالعلاج بالعقاقير أم بالإشراف على الجانب النفسي والانفعالي بالعلاج من طرف المختص النفسي العيادي، والاستعانة بالمختص الاجتماعي من أجل التكفل بمحيط المريض الأسري والمهني والاجتماعي لتحسيسهم بأهمية التعاون في علاج هذه الحالات.

يكون دور رجل الدّين إرشاديا توجيهيا وتدعيميا للخطة العلاجية وذلك لما لرجال الدين في مجمعنا من مكانة مرجعية في حياة الأفراد. كما أدمجت الحالات الخاضعة لهذا البرنامج العلاجي المتكامل في مجموعات العلاج الجماعي **(Thérapie de groupe)** التي تساعد كثيرا في تفريغ الانفعالات السلبية ومشاركة المعَاش النفسي والأفكار مع حالات مشابهة، ما يحدُّ من حساسية المريض ويساعد في ضبط الأفكار الهذائية لديه، كما يدعم هذا العلاج بإدماج الحالات في أعمال ومِهن وانشغالات يميلون إليها وهو علاج بالعمل والهوايات (الرياضية، النحت ، الرسم....) مما ينمي الاحساس بالذات والمكانة الاجتماعية، فيساعد ذلك على مقاومة أفكار الاضطهاد التي كانت تغذي لديهم الإحساس بالقهر والضغط النفسي .

وقد حدد برنامجنا العلاجي مراحل إخضاع المفحوص لهذه الأنواع العلاجية وفق حالته وذلك بعد تحضيره لذلك، حتى يكون متعاونا معنا وطرفا فاعلا في علاجه، وحاولنا قدر المستطاع إبقاء التواصل في العمل مع كل المختصين المتدخلين في هذا العلاج من أجل متابعة الحالة وتطورها.

4. عرض النتائج ومناقشتها:

جاءت النتائج كماهي في الجدول الموالي رقم **01**

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

الجدول رقم01: ملخص نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا $MMPI_2$

طرق العلاج / نتائج السلالم الاكلينيكية لرائز MPPI	العلاج النفسي المتكامل				اللجوء للمشعوذ والسحرة		توظيف الرقية الشرعية	
	قبل الخضوع للعلاج		بعد الخضوع للعلاج					
	الحالة -1-	الحالة -2-	الحالة -1-	الحالة -2-	الحالة -1-	الحالة -2-	الحالة -1-	الحالة -2-
الهيبوكندري (Hypocondrie) (HS)	T=83	T=58	T=65	T=51	T=73	T=48	T=89	T=83
الاكتئاب (Dépression) (D)	T=83	T=52	T=63	T=63	T=45	T=63	T=86	T=79
الهستيرياالتحويلية (Hy) (Hystérie de conversion)	T=72	T=49	T=64	T=47	T=45	T=43	T=78	T=89
الانحراف السكوباتي(PD) (Dérivation psychopathique)	T=70	T=58	T=61	T=61	T=60	T=64	T=69	T=79
الذكورة-الانوثة(M -F) (Masculinité-féminité)	T=48	T=56	T=42	T=42	T=79	T=40	T=41	T=46
البارانويا (Paranoïa) (PA)	T=84	T=85	T=86	T=84	T=96	T=60	T=98	T=61
البسيكاستينيا (Psychasthénie) (PT)	T=83	T=52	T=82	T=78	T=66	T=51	T=92	T=66
الفصام (Schizophrénie) (SC)	T=101	T=79	T=82	T=89	T=85	T=45	T=105	T=72
الهيبومانيا (Hypomanie) (MA)	T=69	T=72	T=82	T=79	T=62	T=63	T=82	T=48
الانطواءالاجتماعي (SI) (Introversion sociale)	T=57	T=59	T=65	T=71	T=58	T=46	T=65	T=50

4. 1 الفرضية البحثية الأولى

بالنسبة للفرضية الأولى والتي مفادها احتمالية عدم ارتباط كل الاضطرابات الهذائية التخيلية بعلاقة سببية بالتفسيرات الغيبية بل قد تكون اضطرابات نفسية مهيكلة أساس علاجها هو التكفل النفسي.

للبحث في مدى سلامة هذا الافتراض حلّلنا ملاحظاتنا التي جمعت بطريقة قصدية حول الحالات المدروس من خلال دراسة تاريخ الحالة والمعلومات عن الأسرة واعتقاداتها، وذلك من خلال المقابلة العيادية الفردية مع المفحوص والتواصل مع العائلة، من خلال تحليل هذه الملاحظات بالإضافة إلى نتائج الاختبار المتعدد الأوجه للشخصية لمينيسوتا ($MMPI_2$) وجدنا أنه كل الحالات المدروسة تقريباً (ما عدى حالة واحدة) اعتادت الذهاب إلى المشعوذين، وأظهرت نتائج ذات دلالة مرضية في السلالم الإكلينيكية خاصة المتعلقة باضطراب البارانويا

والشيزوفرينيا والانحراف السيكوباتي ما يدل على وجود اضطراب هذائي لدى هذه الحالات حيث كانت قيم هذه السلالم لديها كما يلي:

- **الحالتان الخاضعتان للعلاج المتكامل:**

– الحالة الأولى: النقطة المعيارية T لسلم البارانويا(pa=84)والنقطة المعيارية لسلم الشيزوفرينيا(Sc=101) سلم الانحراف السيكوباتي (pd =70) ،وسلم الهبيومانيا(Ma=69) لبسيكاستينيا (Pt =83) وهي كلها درجات فوق المتوسط العادي تدل على وجود اضطراب ذهاني هذائي،

– الحالة الثانية النتائج هي: البارانويا (Pa=85) الشيزوفرينيا (Sc= 79) الهيومانيا (Ma= 72) وهو الثالوث الذهاني هذه القيم المعيارية تدل على وجود اضطراب هذائي.

- **الحالتان اللتان خضعتا فقط للرقية الشرعية:**

– الحالة الأولى: البارانويا (Pa= 98) سلم الشيزوفرينيا (Sc=105)، سلم الهيومانيا (Ma= 28) والبسيكاستينيا (PT=92).

– الحالة الثانية: سلم البارانويا(pa =61) سلم الشيزوفرينيا (Sc=72)، سلم الانحراف السيكوباتي (pd=79) سلم الهيبوكوندري (Hs= 83).

- **الحالتان اللتان تزوران المشعوذين:**

– بالنسبة للحالة الأولى سلم البارانويا (pa=96)،سلم الفصام(sc=85)،سلم البسيكاستينيا (pt=66)وسلم الهيبومانيا (Hs=73).

– الحالة الثانية: سلم الفصام(sc=45)،سلم الهيستيريا(Hy= 44) سلم الهيبومانيا(Hs=48).

هذه الدرجات المعيارية تُظهر أن كل هذه الحالات تظهر اضطراباً هذائياً تخيلياً وهو اضطراب من صنف الذهانات، وهذا ما يؤكد فرضيتنا الأولى.

4. 2 الفرضية البحثية الثانية

الفرضية الثانية مفادها احتمالية 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 العلاج.

عنوان المقال: الاضطراب النفسي الهذائي ما بين التوجه العلمي والاعتقاد الميتافيزيقي في الوسط الاجتماعي والأسري - دراسة ميدانية تحليلية مقارنة لحالات مصابة بالهذاء المزمن- البارافرينيا-	المؤلفة : نسيمة أزرو	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	الصفحة: 344 – 362

من خلال استقصائنا لبعض الحالات، بعض الرقاة الشرعيين لاحظنا بعض الظواهر التي لم نتمكن تفسيرها علميا وبعد البحث استثنيناها من بحثنا كونها ظواهر خارجة عن موضوعنا حيث يبدو الاضطراب السلوكي الذي تظهره ضمن الظواهر الغيبية وذلك ما أكد الفرضية الثانية لهذا البحث .

4. 3 الفرضية البحثية الثالثة

أفادت الفرضية الثالثة للدراسة احتمالية وجوب قيام البرنامج العلاجي المقترح على التكفل النفسي لحالات الهذاءات المزمنة وهو يبدأ أساسا من المحيط الاجتماعي والأسري لأن وضوح التشخيص يؤثر على ميول واتجاه المريض نحو التفاعل الإيجابي في العلاج.

أظهرت النتائج أن قيم السلالم الخاصة بالحالتين اللتين أخضعتا للبرنامج العلاجي المقترح والدالة على الاضطرابات الهذائية قد انخفضت بشكل ملموس حيث كانت:

- الحالة الأولى كالتالي: سلم البارانويا (Pa=84)وسلم الفصام(Sc=101)، وسلم الانحراف السيكوباتي (pd= 70)، سلم الهيبوكوندري (HS=83)، وسلم الاكتئاب(D= 83)، وسلم البسيكاستينيا (pt= 83)، وهي كلها درجات مرتفعة جدّا تدل على الاضطراب، أما بعد إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي المقترح وبعد التكفل وإرشاد الوسط العائلي أصبحت النتائج في إعادة تطبيق الاختبار كالتالي: البارانويا (pa= 48)، وسلم الفصام (Sc= 89)، وسلم الانحراف السكوباتي (HS= 61)، والهيبومانيا (Ma= 79). وهنا نلاحظ انخفاضاً في قيم أغلب السلالم ودخول بعضها في التوزان العادي.
- الحالة الثانية: قبل بداية إخضاعها للبرنامج العلاجي المقترح: سلم الفصام(Sc=79)، وسلم البارانويا(pa= 85)، وسلم الهيبومانيا(Ma= 72)، وهي درجات معيارية تدل على الاضطراب الهذائي أما بعد إخضاع الحالة للبرنامج العلاجي المقترح أصبحت النتائج كالتالي: سلم الفصام(Sc=82)، وسلم البارانويا(pa= 85)، وسلم الهيبومانيا (Ma = 82) مع انخفاض قيم أغلب السلالم الأخرى كما هو موضح في الجدول (رقم 1)، وهي نتائج تظهر تحسناً لدى الحالة رغم بقائها ضمن التوظيف الذهاني.

هذه النتائج أكدت فرضية الدراسة الثالثة فالعلاج المتكامل أظهر نتائج ملموسة مع حالات الهذاءات المزمنة واستقراراً في الحالة رغم بقائها ضمن التوظيف الذهاني.

4. 4 عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية العامة

نص الافتراض العام للدراسة على أنّ الهذاءات المزمنة التخيلية هي اضطرابات نفسية خارجة عن التفاسير الغيبية خاضعة للتناول العلمي البحث ، حيث يكون العلاج النفسي والدوائي أساس التكفل الناجع ، أما حالات المس والسحر فهي مشاكل شائعة في المجتمعات تمثل حالات آنية أو استجابة لعوامل خارجة عن التفسير العلمي وليست نمطا في الشخصية.

للبحث في مدى هذا الاستيفاء، لجأنا إلى الملاحظة العيادية القصدية لحالات أخضعت لعلاجي متكامل حددنا مراحله وأطرافه الفاعلة، ووظّفت الملاحظة لجمع البيانات عن الحالة وتطورها لتوظيفها في التحليل الكيفي، كما استعمل رائز الشخصية المتعدد الأوجه لمينيسوتا (MMPI-2) حيث طبق في مرحلتين : الأولى في بداية التكفل النفسي بالحالات، والثانية عند مشارفة إنهاء العلاج بهدف تقييمي تتبعي لتطور الحالة وتحديد مدى نجاعة البرنامج العلاجي المطبق، وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (1).

ففي المرحلة الأولى أظهرت الحالتان الخاضعتان للعلاج النفسي المتكامل بروتوكولات تدل على وجود اضطرابات هامة جدًّا بدرجات متفاوتة هيمنت فيها درجات السلالم الدالة على الاضطرابات الذهانية خاصة البارانويا بالدرجة الأولى والفصام والهيبومانيا والبسيكاستينيا، وذلك يدل على الاضطراب الذهاني الحاد، وقد كان سلم الانحراف السيكوباتي أيضا في المستوى المرضى لدى الحالتين، بعد مرحلة العلاج المطبق مع هاتين الحالتين انخفضت بعض درجات السلالم الإكلينيكية التي كانت تدل على الاضطراب الذهاني خاصة، رغم بقاء البعض منها فوق المتوسط العادي وذلك دال على تحسن التفكير الهذائي واستقرار الحالة مع بقاء التنظيم الشخصي في مؤشرات الحالة الذهانية، وهو دال من جهة أخرى على أصل الهذاءات لدى هذه الحالات، فلو كان الهذاء لديها نابعاً من ظاهرة آنية غيبية كالسحر مثلا لكانت نتائج السلالم قد عادت إلى المتوسط العادي بعد استقرار الهذاءات، لكن بقاء الدرجات فوق المتوسط يدل على نمط التوظيف العقلي. من جهة ثالثة، لاحظنا انخفاض كل سلالم الثالوث العصابي عند الحالتين بعدما كانت مرتفعة جدّا قبل بداية العلاج، وهو دال على تراجع الضغط النفسي ما يفسر الاختفاء النسبي للهذاءات عند الحالتين بعد إخضاعهما للعلاج النفسي المتكامل. أما فيما يخص سلم الانحراف السيكوباتي فنلاحظ أن الدرجات استقرت في قيمة معيارية (T= 61) عند الحالتين بعد العلاج وهي قيمة ضمن المتوسط العادي، وهو مؤشر آخر على استقرار الحالة.

مع مقارنة نتائج هاتين الحالتين المعالجتين مع الحالة الأخرى التي ضـمتها دراسـتنا والتي مثلت الحالات الضـابطة، كونها لم تخضع لأي علاج نفسي أو طبي بل لجأت إما لطرق الشعوذة و السحر أو لطرق إسنادية كالرقية الشرعية أو الحجامة، كانت النتائج لديها دالة جدًّا بالنسـبة للسـلالم الإكلينيكية والتي عبرت عن وجود اضـطرابات ذهانية مهمة من خلال الثالوث الذهاني وسلم الانحراف السيكوباتي فقد قاربت الدرجة المعيارية فيها T من (95 إلى 105) في سلم البارانويا والفصام وما بين(T=70إلى 90) بالنسبة لسلم الانحراف السيكوباتي. أما في الثالوث العصابي فكانت الدرجات مرتفعة في نفس الوقت خاصـة في سـلم الاكتئاب والهيسـتيريا والهيبوكوندريا وهو دال على مدى اتساع وأهمية الحصر النفسي لدى هذه الحالات ووجود اضطرابات مصاحبة للاضطرابات الذهانية لديها ، كما تدل هذه النتائج على أنه ليس كل الحالات التي تذهب إلى العراف أو المرشـد مصـابة بظواهر غيبية بل معظمها تكون ضـمن الاضـطراب النفسـي الذهاني، ومقارنة هذه النتائج يظهر أن اسـتقرار الحالة النفسـية كان من خلال العلاج العلمي والمتكامل وليس عن طريق سبل غير علمية أو أحادية الطرف وهو ما يثبت في الأخير فرضيتنا العامة في هذه الدراسة التي ذكرناها أعلاه .

خـاتمة:

مما سـبق عرضـه، يتضـح أن الطرق الخاطئة في التعامل مع هذه حالات وممارسـات اجتماعية غير الخاضـعة للعقل والتحكيم العلمي، قد تؤثر سـلبا على تطور الحالة، وقد تدخل المريض في متاهات سـوء التكفل بسـبب سـوء التشـخيص والتوجه، ولربما استغرق المرض مدة طويلة لإيجاد السبيل السليم لعلاجه ما يسبب تدهر حالة الهذاءات لديه كما قد يكون علاجها هنا مستعصيا.

من جهة أخرى يشـكل العمل المتكامل الأطراف بإشراك الأسرة كطرف فاعل والمرشـد الاجتماعي والديني والطبيب العقلي والنفسي من جهة ثانية ضرورياً جدًّا في علاجنا المقترح.

وفي الأخير نؤكد أن التشـخيص السليم هو أساس التوجه العلاجي السليم، رغم تكلفة العلاج المتكامل وقتاً وجهدًا يبقى هذا هو السبيل الأنسب للتكفل بالحالات المصابة بالاضطرابات الهذائية الذهانية المزمنة (البارانويا).

الاقتراحات:

- إجراء المزيد من الدراسـات حول موضـوع التكفل النفسـي بالحالات المصـابة بالهذاءات المزمنة (البارافرينيا) وخلفياته النفسية و الاجتماعية.
- بناء برامج توعية للمحيط العائلي والاجتماعي الذي تعيش فيه هذه الحالة المصابة بالاضطرابات الهذائية المزمنة

- التعمق في دراسة الظواهر الغريبة ذات العلاقة بالمس والسحر...، من طرف رجال الاختصاص.

المراجع:

1. إسحاق، رمزي(1952). **علم النفس الفردي أصوله وتطبيقاته**، لبنان: دار المعارف، ط2.
2. مندكار، فرح إبن إسماعيل(2008). **الرقية الشـــرعية بين التنزيل والتطبيق**، الكويت: مجالس الهدى للإنتاج والتوزيع جامعة الكويت، ط1.
3. عبد الفتاح، عثمان(1980). **خدمة الفرد في المجتمع النامي**، القاهرة: مصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1.
4. فائق، أحمد(2001). **الأمراض النفسية الإجتماعية نحو نظرية في إضطراب علاقة الفرد بالمجتمع**، مصر: مكتبة الإنجلو المصرية، مطبعة أبناء وهبة حسان.
5. الأشقر، عمر سليمان (1997). **عالم الجن والشياطين**، الأردن: دار الناس للنشر والتوزيع، الطبعة العاشرة.
6. الحنفي، عبد المنعم (1999). **موسـوعة الطب النفسـي في الاضـطرابات النفسـية وطرق علاجها نفسـيا الكتاب الجامع**، القاهرة: مكتبة مدبولي، ط1، المجلد 2.
7. العسـوي، محمد عبد الرحمان (1419 هـ/1999م). **موسـوعة علم النفس الحديث في علم النفس الشـواذ والصـحة النفسية**، بيروت لبنان: دار الراتب الجامعية، ط1، المجلد 5.
8. الشاذلي، عبد الحميد محمد(2001). **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، مصر: المكتبة الجامعية للإسكندرية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية أسوان، ط1.

9. Casanoral, Manual.f (2001). **Démêler la pathologie de la Schizophrénie et paraphrénie**, France: Etude publiée par acta neuro pathologie springer, verlage.
10. Cherry, Morris (2002/2003). **Social case work in Great Britain**, Great Britain: op-cit
11. Clerget, Françoise (2000/2001). « **Accueil familial thérapeutique : l'interaction familiale comme vecteur de santé »**, Thèse de DUEPSS sous la direction de J.C mandes Shield, France: Université de Franche-Comté .I.U.T de Belfort – Montbéliard.
12. Fuchseur, Tomas (1994) **uprooting and late–life psychosis**. USA : Arche psychiatry clin neuro- sciences.
13. Guillemette, S (2006/2007). **Les psychotiques vieillissants, où ? quant ? comment ? Pour quoi?**. E.H.P.A.D: France : Université de paris v .faculté Cochin port royal.