مراجعة نقدية لمقالة عن:

دور الاضطرابات الذهانية في التاريخ الديني

Critical review of an article about:
The Role of Psychotic Disorder in Religious History Considered

إيفان د. موراي - مايلز ج. كننغهام - بروس هـ. برايس
Evan D. Murray – Miles G. Cunningham – Bruce H. Price

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي
قسم علم النفس – كلية الآداب – جامعة عين شمس

ملخص المقالة:

قام المؤلفون بتحليل الشخصيات الدينية إبراهيم وموسى وعيسى والقديس بولس من منظور سلوكي وعصبي ونفسي عصبي لتحديد ما إذا كان يمكن تحقيق رؤى جديدة حول طبيعة الوحي المنزل عليهم، حيث يكشف التحليل أن هؤلاء الأفراد لديهم تجارب تشبه تلك التي تم تعريفها الآن على أنها أعراض ذهانية، مما يشير إلى أن تجاربهم ربما كانت مظاهر لاضطرابات ذهانية أولية أو مرتبطة باضطراب المزاج. تتم مناقشة الأساس المنطقي لهذا الاقتراح في كل حالة مع التشخيص التفريقي. ويتم تقييم القيود المتأصلة في الفحص التشخيصي بأثر رجعي وتُقترح النماذج الاجتماعية لعلم النفس المرضي وديناميكيات المجموعة كتفسيرات لكيفية انجذاب الأتباع وظهور أنظمة معتقدات جديدة وإدامتها. يقترح المؤلفون فئة فرعية تشخيصية جديدة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) كوسيلة لتمييز هذا النوع من الأعراض النفسية. تدعم هذه النتائج احتمال أن الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية أولية ومرتبطة باضطراب المزاج كان لهم تأثير هائل على تشكيل الحضارة الغربية ومن المأمول أن تترجم هذه النتائج إلى زيادة التعاطف والتفاهم للأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي.

كلمات مفتاحية: مراجعة نقدية – الاضطرابات الذهانية – التاريخ الديني.

مراجعة نقدية لمقالة عن:

دور الاضطرابات الذهانية في التاريخ الديني

Critical review of an article about:
The Role of Psychotic Disorder in Religious History Considered

إيفان د. موراي - مايلز ج. كننغهام - بروس هـ. برايس
Evan D. Murray – Miles G. Cunningham – Bruce H. Price

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي
قسم علم النفس – كلية الآداب – جامعة عين شمس

مقدمة المقالة:

أوضح رجل في أواخر العشرينيات من عمره مصاب بالفصام المصحوب بجنون العظمة (فصام بارانوي)، خلال تقييم عصبي أنه يستطيع قراءة الأفكار وأنه سمع لسنوات أصواتًا تكشف أشياء عن الأصدقاء والغرباء على حد سواء. كان يعتقد أن الله اختاره لإرشاد البشرية. وقد قللت الأدوية المضادة للذهان التي وصفها له أطباؤه النفسيون من هذه القدرات وخفضت الأصوات، وبالتالي لم يتناولها. وسأل: "كيف تعرف أن الأصوات ليست حقيقية؟" ، "كيف تعرف أنني لست المسيح؟"، وأكد أن: "الله والملائكة تحدثوا مع بعض الأشخاص في الكتاب المقدس".

وبعد ذلك تأملنا ما قاله حيث أثار أسئلة مؤثرة نادراً ما تتم مناقشتها في الطب الأكاديمي. وفي كل يوم، يواجه الأطباء، والممرضون، وعلماء النفس، والأخصائيون الاجتماعيون على حد سواء الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية ويهتمون بهم. حوالي ١% من زيارات غرفة الطوارئ و٠,٥% من جميع زيارات الرعاية الأولية في الولايات المتحدة مرتبطة بأعراض ذهانية. ما يصل إلى ٦٠% من المصابين بالفصام لديهم أوهام دينية عظيمة تتكون من الاعتقاد بأنهم قديسون، يعتقدون أنهم آلهة أو شياطين، أو أنبياء، أو يسوع، أو أي شخص آخر مهم. إن ضعف البصيرة حول الإصابة باضطراب عقلي هو جزء لا يتجزأ من الحالة، ويحدث في ٣٠% إلى ٥٠% من الأشخاص المصابين بالفصام. كيف نفسر لأصدقائنا

المرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية ليست إشارات خارقة للطبيعة عندما تعترف حضارتنا بظواهر مماثلة في الشخصيات الدينية المبجلة؟ على أي أساس نميز بين تجارب المرضى النفسيين وتجارب الشخصيات الدينية في التاريخ؟

كشفت مراجعة الأدبيات الطبية عن القليل من النقاش حول هذه القضايا المحددة باستخدام المبادئ العصبية النفسية العصبية والسلوكية الحديثة. كانت هناك حاجة إلى فحص تجارب الوحي للشخصيات الدينية البارزة لتحديد ما إذا كان من الممكن تحقيق رؤى جديدة حول طبيعتها من خلال تطبيق المبادئ العصبية النفسية والسلوكية. لقد أجرينا هذا الفحص بهدف تعزيز الحوار العلمي حول الحدود العقلانية للتجربة الإنسانية وتثقيف الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي ومقدمي الرعاية الصحية وعامة الناس بأن الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية ربما كان لهم تأثير كبير على تطور الحضارة الغربية. تم اختيار الشخصيات للتحليل بناءً على:

١)- وجود روايات تروي تجارب الفرد وسلوكياته الروحانية.

٢)- التشابه المحتمل لهذه التجارب مع الظواهر النفسية.

٣)- الدرجة العالية من تأثير قصص حياتهم على الحضارة الغربية من حيث التأثير على الموضوعات الموجودة في الأدب والفن، والفكر والممارسات الدينية، والفلسفة، ومفاهيم النظام الاجتماعي، والفقه.

فيما يلي فحص تشخيصي بأثر رجعي لكلا من: (الأنبياء إبراهيم، وموسى، وعيسى، والقديس بولس). ومن المأمول أن يساعد هذا التحقيق في ترجمة التبجيل والحب والإخلاص الذي يشعر به الكثيرون تجاه هذه الشخصيات الدينية إلى الدقة في زيادة التعاطف والتفاهم للأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي.

أ - النبي إبراهيم:

الكتاب المقدس هو المصدر الأول للمعلومات عن حياة النبي إبراهيم، مؤسس اليهودية والمسيحية والإسلام ويعد الوجود التاريخي لإبراهيم هو موضوع بعض الجدل الأكاديمي وستستمر مناقشتنا على أساس أنه كان شخصية تاريخية. يُعتقد عمومًا أن الأحداث التي وقعت خلال حياته قد حدثت في وقت ما بين عامي (٢٠٠٠ قبل الميلاد)، و (١٦٣٠ قبل الميلاد)،

ولكن هذا موضوع لبعض الجدل. يوصف بأنه خاض تجارب روحانية تفاعلية ذات طبيعة سمعية وبصرية (انظر: الشكل ١)، والتي أثرت على سلوكياته طوال معظم حياته.
(انظر: الجدول ١).

تشبه هذه الظواهر إلى حد كبير تلك الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM–IV–TR). وبتطبيق نموذج DSM–IV–TR، يمكن أن تكون تجارب وسلوكيات الإدراك السمعي والبصري (لإبراهيم) تُفهم على أنها هلاوس سمعية (AH)، وهلاوس بصرية (VH)، وأوهام ذات محتوى ديني، ومحتوى فكري من النوع البارانويدي (النوع الفرعي للفصام) (انظر الجدول ١ للحصول على أمثلة).

تحدث هذه المظاهر النفسية معًا ككوكبة من الاضطرابات الذهانية ذات الأصل النفسي الأولي والثانوي للحالات الطبية والعصبية. وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM–IV–TR)، يتطلب تشخيص الفصام ظهور اثنين على الأقل من أصل خمسة أعراض من المعيار (أ) ومن ثم استيفاء المعايير الخمسة المتبقية (انظر الجدول ٢).

قد يتم تحقيق المعيار (أ) نظريًا من خلال وجود خبراته الإدراكية السمعية والبصرية. لم يُذكر أن إبراهيم كان يعاني من أعراض يمكن تقديرها الآن على أنها عدم تنظيم، أو كاتاتونيا، أو أعراض نفسية سلبية (التسطيح العاطفي، أو فقدان القدرة على الحركة، أو عدم القدرة على التصرف)، أو صعوبات معرفية مثل: ضعف التركيز أو الانتباه أو الذاكرة.

إن الافتقار إلى معلومات مفصلة عن حياته يمنعنا من فهم ما إذا كان قد عانى من انخفاض في الأداء الاجتماعي أو المهني، مقارنة بالفترة التي سبقت بداية تجاربه الإدراكية، كما هو مطلوب في المعيار (ب). وتكمل متطلبات المعيار (ج) حول استمرار ومدة الإدراك الأعراض بفترة مئة عام أو أكثر التي مر خلالها بهذه التجارب.

يُشار إلى حالته الصحية الجيدة عمومًا من خلال العمر المزعوم الذي يبلغ (١٧٥) عامًا دون أي عجز مذكور. يبدو أن أبراهيم لم يعاني من أعراض الاكتئاب أو الهوس المنهكة، مما يقلل من احتمالية الإصابة باضطراب المزاج المرتبط بالذهان، مثل: الاكتئاب المصحوب بمظاهر ذهانية، أو الاضطراب ثنائي القطب، أو الاضطراب الفصامي العاطفي.

ويجب استكشاف الأسباب المحتملة الأخرى لمثل هذه التجارب. من المعروف أن تناول المواد المهلوسة ينتج عنه تجارب روحانية. كانت هناك تكهنات بأن النباتات ذات الخصائص ذات

التأثير النفسي كانت موضع تقدير من قبل اليهود القدماء، ولكن لم يتم الكشف عن أي دليل مباشر على استخدامها الفعلي لتحفيز التجارب الروحانية في هذه الفئة من السكان. والاحتمال الآخر هو التجارب الروحانية الناجمة عن الصرع. قد يعاني الأشخاص المصابون بالصرع من أعراض تشبه أعراض شبه الفصامية أو ما بعد الشبه فصامية، والتي لا يمكن تمييزها عن الاضطرابات الذهانية الأولي وتحدث لما يقرب من (٢٪) إلى (٧٪) من الأشخاص المصابين بالصرع؛ و(٢,٢)٪ من نوبات بداية الفص الصدغي التي قد تحدث تكون مرتبطة بالتجارب الدينية.

الشكل ١. منع إبراهيم من ذبح ابنه برؤية الملاك (سفر التكوين ٢٢: ٩-١٢)

لوران دي لا هيير: إبراهيم يضحي بابنه (عام 1650)، متحف سان دوني، ريمس، فرنسا

يتم التعرف على الأوهام العظيمة والمسيانية على أنها تحدث بالترافق مع اضطرابات النوبات الجزئية المعقدة. تظهر الحالات المنشورة أن التجارب الدينية النبوية كانت مذهلة أو منتشية، ولكنها عمومًا غير ناجحة في نقل معلومات مفصلة أو معقدة. ويعدّ ذهان ما بعد النوبة (PIP) هو أكثر شيوعًا ويميل إلى الحدوث على مقربة من مجموعات النوبات ويمكن أن يرتبط أيضًا بتفاقم حديث في تكرار النوبات. ويقدر أنه يمثل ربع الذهان في الصرع ويحدث فيما يصل إلى ١٨% من مرضى الصرع البؤري المستعصي طبياً. ما يصل إلى ٢٥% من الأشخاص الذين يعانون من ذهان ما بعد النوبة قد يكون لديهم أوهام دينية.

فقط ٢% من أولئك الذين يصابون بالذهان بين النوبات لديهم أوهام دينية. لا يمكن تمييز الذهان بين النوبات بسهولة عن الفصام، ولكنه قد يظهر الحفاظ على العاطفة، وأعراض سلبية

أقل، ويمكن القول، بصورة أكبر. قد تكمن أوجه التشابه الأكبر في الأعراض الإيجابية، أي اضطراب التفكير، والأوهام، والهلوسة. لا توجد بيانات انتشار موثوقة، ولكن تم اقتراح أن ما بين ٣٠٪ إلى ٦٠٪ من المرضى الذين يعانون من نوبات جزئية يعانون أيضًا من نوبات معممة ثانوية.

لم يُرو أن إبراهيم كان يعاني من أي عيوب قد تشبه الظواهر التي نفهمها الآن بشكل شائع أنها مصاحبة النوبات. على وجه التحديد، لا توجد علامات على السلوكيات المتكررة، مثل: الرعشة العامة أو الجزئية غير المنضبطة، والهمهمة الفموية الوجهية، والتغيرات السلوكية النمطية، وهالات الخوف المتكررة والمستمرة (على الرغم من أن الخوف قد رافق بعض النوبات)، ونوبات التحديق، وفقدان الوعي، ونوبات السقوط، وعض اللسان، أو سلس البول.

إن قدرته على الانخراط في حوار متنوع مع هلوساته لن تكون نموذجية جدًا للتغير الإدراكي الحسي، نظرًا لأن النوبات تميل إلى أن تكون نمطية بطبيعتها وليست قابلة للتغيير والتفاعل، ومعظم النوبات المعممة، وفي كثير من الأحيان، ترتبط النوبات الجزئية المعقدة بفقدان الذاكرة للفترة أثناء النوبة وبعدها مباشرة، وغالبًا ما يعاني الأشخاص من ضعف إدراكي أساسي يوميًا في الذاكرة والمجالات التنفيذية، ولا توجد مؤشرات على أن إبراهيم شهد أحداثًا حركية غير منضبطة، أو فترات فقدان الذاكرة، أو إعاقات إدراكية من أي نوع. ولا يمكن استبعاد ذهان ما بعد النوبة أو بين النوبات، ولكن لا يتم اقتراحها بشكل خاص على أساس المعلومات المتاحة. يؤدي غياب الحالات العاطفية أو الطبية أو العصبية الظاهرة إلى زيادة احتمالية وجود اضطراب ذهاني. غالبًا ما يكون الفصام مصحوبًا بسلوك غير منظم وعمليات تفكير تتداخل مع وظائف الحياة. في حالة إبراهيم والآخرين الذين تلوه، لم تكن الفوضى أو الضعف الإدراكي واضحين. ومع ذلك، فإن الفصام المصحوب بجنون العظمة (PS) هو نوع فرعي من الفصام الذي يميل إلى إظهار القليل من عدم التنظيم أو عدم التنظيم على الإطلاق، ويحافظ على التأثير الوظيفي، ويرتبط بأداء مهني واجتماعي أفضل.

يعد الاضطراب الذهاني غير المحدد بطريقة أخرى (PD NOS) بديلاً تشخيصيًا معقولًا آخر ويشمل الأشخاص الذين يعانون من أعراض ذهانية والتي لا توجد معلومات أو أعراض كافية أو متناقضة عنها والتي لا تستوفي معايير أي اضطراب ذهاني محدد. يبدو أن الملف السريري لإبراهيم يشبه بشكل أفضل تلك الخاصة بالفصام المصحوب بجنون العظمة أو الاضطراب

الذهاني غير المحدد بطريقة أخرى، وربما أقل احتمالًا، الذهان العاطفي المرتبط بالاضطراب؛ ولذا يعد إبراهيم أول حالة محتملة لاضطراب ذهاني في الأدب.

الجدول ١. أمثلة مختارة من المقاطع ذات الميزات التي تشبه الظواهر النفسية

إبراهيم:

الهلوسة السمعية والبصرية [أ]: سفر التكوين ١٢: ١–٣؛ ١٢:٧؛ ١٣:١٤؛ ١٥: ١– ١١؛ ١٧: ١–٢١؛ ٢٢: ١–٢؛ ٢٢: ١١–١٢ (الشكل ١)

عمليات التفكير [ب] : من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة): سفر التكوين ١٢: ٣ (تتضمن وجهة نظر عالمية تتمحور حول إبراهيم حول توزيع البركات واللعنات العالمية بناءً على تفاعلات الفرد مع إبراهيم)؛ ١٢: ١١–١٣؛ ١٤:٢٢؛ ١٧:١٤؛ ٢٠:١١؛ ٢١: ١١–١٤ (احتمال عدم الثقة، كما رأينا من خلال إرسال ابنه البكر للقضاء على منافس ابنه الثاني)؛ ٢٣: ٤ (أشار إلى نفسه بأنه غريب في أرض حسب أنها ميراثه من الله)؛ ٢٤: ٣ (احتمال عدم الثقة في رفض زاوج ابنه إسحاق مع أي امرأة في منطقته)؛ ٢٥: ٦ (عدم الثقة المحتمل كما رأينا من خلال إرسال جميع أبنائه للقضاء على منافسي إسحاق).

موسى:

الهلوسة السمعية والبصرية ذات الطبيعة المتضخمة مع محتوى الفكر الوهمي: سفر الخروج ٣: ٢ (الشكل ٢)؛ الخروج ٣٣: ٢١–٢٣ المتعلق بـ ٣٤: ٥–٦

محتوى الفكر من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة): الخروج ٣٢: ٢٥–٢٩

الرهاب: الخروج ٣٤: ٣٣

عمليات التفكير المرجعية: خروج ٨: ١٢–١٣، ٨:٣١، ٩:٢٣، ٩:٣٣، ١٠:١٣–١٥، ١٠:٢٢ (عاصفة رملية محتملة)

عيسى:

محتوى الفكر من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة) [ب]: متى ١٠: ٣٤–٣٩، ١٦: ٢١–٢٣، ٢٤: ٤–٢٧؛ مرقس ١٣: ٥–٦؛ لوقا ١٩:١٠؛ يوحنا ٣: ١٨؛ يوحنا ١٤: ٦–١١

الهلاوس السمعية والبصرية أ: متى ٣: ١٦-١٧، ٤: ٣-١١؛ لوقا ١٠: ١٨؛ يوحنا ٦: ٤٦، ٨: ٢٦، ٨: ٣٨-٤٠، ١٢: ٢٨-٢٩.

عمليات التفكير المرجعي: مرقس ٤: ٣٨-٤٠ (الشكل ٣)؛ لوقا ١٨:٣١

بولس:

الهلوسة السمعية والبصرية أ: أعمال الرسل ٩: ٤-٦، ١٦: ٩، ١٨: ٩، ٢٢: ٧-١١. (الشكل ٤)، ١٣:٢٦-١٨؛ ٢ كورنثوس ١٢: ٢-٩

محتوى الفكر من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة) ب: ١ كورنثوس ٢٠:١٠-٢٢؛ ١١: ٢٩-٣٢؛ ١: ٢٠-٢١؛ ٢ كورنثوس ٦: ١٤؛ ١:٧؛ ١١: ١٢-١٥؛ ١١: ٢١-٢٣

أ. ترتبط الهلوسة في جنون العظمة عادةً بموضوعات الأوهام.

ب. محتوى الفكر من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة): الأوهام عادة ما تكون اضطهادية أو عظيمة أو كليهما. قد تحدث أيضًا أوهام تتعلق بموضوعات أخرى، مثل الغيرة أو التدين أو الجسدنة. وعادة ما يتم تنظيمها حول موضوع ما.

جميع المراجع الإنجيلية مأخوذة من الكتاب المقدس المشروح الجديد لأكسفورد مع الأبوكريفا، النسخة القياسية المنقحة. حرره ماي أتش جي، ميتزجر بي إم، نيويورك، مطبعة جامعة أكسفورد، ١٩٧٧.

الجدول ٢. معايير التشخيص لمرض الفصام

أ. الأعراض المميزة: اثنان أو أكثر من الأعراض التالية، كل منها يظهر لفترة طويلة من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو أقل، إذا اختفت الأعراض مع العلاج).

الأوهام

الهلوسة

خطاب غير منظم

سلوك غير منظم إلى حد كبير أو سلوك جامودي

الأعراض السلبية: التسطيح العاطفي، أو العجز، أو الرفض

ملاحظة: مطلوب معيار واحد فقط وهو العرض إذا كانت الأوهام غريبة أو الهلوسة تتكون من صوت يتابع تعليقًا مستمرًا على سلوك الشخص أو أفكاره، أو صوتان أو أكثر يتحدثون مع بعضهم البعض.

ب. الخلل الوظيفي الاجتماعي/المهني: خلال جزء كبير من الوقت منذ بداية الاضطراب، يكون واحد أو أكثر من مجالات الأداء الرئيسية، مثل العمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية، أقل بشكل ملحوظ من المستوى الذي تم تحقيقه قبل الاضطراب.

ج. المدة: تستمر علامات الاضطراب المستمرة لمدة ٦ أشهر على الأقل. يجب أن تتضمن فترة الستة أشهر شهرًا واحدًا على الأقل من الأعراض (أو أقل، إذا اختفت الأعراض مع العلاج)

د. الاستبعاد الفصامي والاضطراب المزاجي

هـ. استبعاد المواد/الحالات الطبية العامة

و. العلاقة مع اضطراب النمو المنتشر

مقتبس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة، مراجعة النص. واشنطن العاصمة، الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ٢٠٠٠، الصفحات من ٢٩٧ إلى ٣٤٣.

ب – موسى:

يُعتقد أن قصة موسى في الكتاب المقدس تدور أحداثها في وقت ما بين ١٥٥٠ قبل الميلاد و١٢٠٠ قبل الميلاد. تتضمن القصص عن موسى قدرًا كبيرًا من المعلومات حول خلفيته، ووظائفه الحياتية، ومعتقداته، وأفعاله، وخبراته الإدراكية (انظر: الشكل ٢).

كان لدى موسى تجارب وسلوكيات إدراكية تجد أقرب تشابه اليوم مع الظواهر المحددة في DSM–IV–TR مثل: الهلاوس السمعية والبصرية، وفرط التدين، العظمة، الأوهام، جنون العظمة، التفكير المرجعي، والرهاب (حول الأشخاص الذين ينظرون إلى وجهه)،(انظر الجدول "٣" للحصول على أمثلة).

قد تحدث العديد من هذه السمات معًا في الفصام، والاضطرابات العاطفية، والاضطراب الفصامي العاطفي. كما لم يبد أن موسى يعاني من أي اضطراب في التنظيم، أو التخشب، أو أعراض نفسية سلبية، أو صعوبات في التركيز، والانتباه، والتفكير والذاكرة (انظر: الجدول ٢).

يمكن نظريًا تحقيق المعيار (أ) لمرض الفصام من خلال تجاربه التي تشبه الأوهام والهلوسة، ولتحقيق المعيار (ب)، يمكن القول: أن الأداء الاجتماعي والمهني لموسى قد انخفض من كونه عضوًا متعلمًا في العائلة المالكة المصرية إلى هارب من المجتمع المصري ليصبح راعيًا يعمل على أطراف الصحراء في أرض أجنبية. (سفر الخروج ٢: ١٥-٢٢).

حدث هروبه من مصر قبل ظهور أعراض الهلوسة السمعية والبصرية، مما يشير إلى انخفاض بارانوي في الأداء قبل بداية الذهان. تشير البادرية إلى الأعراض والعلامات المبكرة للمرض التي تسبق المظاهر المميزة للمرض الحاد والمتطور بالكامل. قد تسبق الفترة البارنويد ظهور الفصام بأشهر تصل إلى ١٠ سنوات في ٧٠% من المرضى وحتى ٢٠ عامًا في بعض الحالات.

كانت الفترة التي مر فيها موسى بهذه التجارب تزيد عن ٤٠ عامًا، مما يستوفي المعيار (ج) وكان أداؤه الاجتماعي ومهاراته القيادية سليمة بما يكفي لجعله أقل احتمالا أن يكون لديه فترات من الاكتئاب الشديد المنهك أو الهوس المزهر الذي قد يقوض فعاليته كقائد. وهذا يمكن أن يفي بالمعيار (د) عن طريق تقليل احتمالية الإصابة بالذهان المرتبط باضطراب المزاج، وتجدر الإشارة إلى أن الكتابات الدينية المنسوبة إلى موسى، أي أسفار موسى الخمسة، يمكن أن توحي بوجود رغبة مبالغ فيها في الكتابة. يعتبر فرط الكتابة هذا نتيجة غير محددة ترتبط بشكل شائع بالهوس أو الهوس الخفيف أو الحالات المختلطة. ومع ذلك، فهي أيضًا سمة من سمات الفصام وصرع الفص الصدغي.

كتب (تريمبل): أن الإخراج المفرط للرسومات لدى مرضى الفصام والصرع نادرًا ما يكون مبدعًا. غالبًا ما تكون روحانية بشكل كبير، ومثابرة وغامضة في المحتوى. على النقيض من الندرة النسبية للشعراء المصابين بالفصام أو الصرع، يلاحظ أن عدد الشعراء الذين يُقترح إصابتهم باضطرابات المزاج ممثلة بأعداد أكبر بكثير. لذلك، يظل الذهان المرتبط باضطراب المزاج قابلاً للتطبيق تمامًا في حالة موسى.

لا يوجد ما يشير في الكتاب المقدس إلى أن موسى عانى من خلل في التمثيل الغذائي أو أنه استخدم الأعشاب المهلوسة كتفسير لتغيراته السلوكية أو الإدراكية. كما لا توجد أيضًا سمات رئيسية، كما ذكرنا سابقًا، تشير إلى الصرع كسبب للتجارب الروحانية. عاش حياة طويلة، تجاوزت ١٠٠ عام، مجادلًا ضد وجود أمراض طبية أو عصبية تقدمية. سيتم استيفاء معايير تشخيص مرض جنون العظمة من خلال غلبة الأوهام والهلوسة في غياب الفوضى أو الأعراض النفسية السلبية أو الضعف الإدراكي.

لقد لوحظ وجود ميل متزايد للعنف لدى بعض الأفراد الذين يعانون من جنون العظمة ويمكن اعتبار ميل موسى المتزايد للعنف بمثابة تأكيد لتشخيص جنون العظمة وقد تشمل البدائل التشخيصية المعقولة هي الاضطراب الذهاني غير المحدد، والاضطراب ثنائي القطب، والاضطراب الفصامي العاطفي. إذا كانت الأسفار الخمسة الأولى من الكتاب المقدس تُنسب إلى موسى، فإن الاضطراب ثنائي القطب أو ربما الاضطراب الفصامي الوجداني سيكون أكثر خطورة ويتناسب مع قدراته الكتابية.

موسى عند الشجيرة المشتعلة (١٦١٣–١٤) برسم دومينيكو فيتي، في متحف تاريخ الفن، فيينا، النمسا

ج – عيسى:

عيسى هو الشخصية الأساسية للمسيحية، ويُعتقد أنه عاش في الفترة ما بين (٧-٢ ق.م)،(٢٦-٣٦ م). يذكر العهد الجديد (NT) أن يسوع قد اختبر وأظهر سلوكًا يشبه إلى حد كبير الظواهر المحددة في DSM-IV-TR مثل: الهلوسة السمعية والبصرية، والأوهام، والتفكير المرجعي (انظر: الشكل ٣)، ومحتوى الفكر من النوع المصاب بجنون العظمة (النوع الفرعي لجنون العظمة)، وفرط التدين (انظر: الجدول ١).

كما أنه لا يبدو أن لديه علامات أو أعراض عدم التنظيم، أو أعراض نفسية سلبية، أو ضعف إدراكي، أو أعراض اضطراب المزاج. ولا تذكر روايات العهد الجديد عن يسوع أي عجز. فيما يتعلق بالأسباب المحتملة للتغيرات الإدراكية والسلوكية، قد يتم التساؤل عما إذا كان الجوع والاضطرابات الأيضية موجودة أم لا.

ربما كانت التجارب الشبيهة بالهلوسة التي مر بها يسوع في الصحراء أثناء صيامه لمدة (٤٠) يومًا (لوقا ٤: ١-١٣) ناجمة عن الجوع والاضطرابات الأيضية. إن الجدال ضد هذه التفسيرات لجميع تجاربه هو أنه كان لديه تجارب روحانية أو وحيية سبقت صيامه في الصحراء ثم خلال الفترة التالية. خلال هذه الفترات، ليس هناك ما يشير إلى المجاعة أو الاضطراب الأيضي. إذا كان هناك أي شيء، فإن القصص عن يسوع وأتباعه تشير إلى أنهم كانوا يأكلون جيدًا نسبيًا، مقارنة بأتباع معاصره، يوحنا المعمدان (لوقا ٧: ٣٣-٣٤).

من الممكن حدوث أعراض ذهانية مرتبطة بالصرع، لكن لم يُذكر أن يسوع لديه أي من السمات المميزة للصرع المذكورة سابقًا. ولا يمكن إثبات حدوث انخفاض في أدائه المهني والاجتماعي بسبب نقص المعلومات الكافية. يبدو أن تجاربه قد حدثت على مدار العام الذي سبق وفاته على الأقل.

إن غياب الأمراض الجسدية أو الصرع الواضح يجعل المسببات النفسية الأولية أكثر منطقية. كما رأينا في الحالات السابقة، يمكن تصور تجارب يسوع ضمن إطار جنون العظمة أو الذهان. قد تشمل الاحتمالات المعقولة الأخرى الاضطرابات ثنائية القطب، والفصام الوجداني.

الجدول ٣. العلامات السريرية وأعراض الفصام

السلوكيات المتشابهة	الشخصيات الدينية			
	إبراهيم	موسى	عيسى	بولس
الهلوسة السمعية	+	+	+	+
الهلوسة البصرية	+	+	+	+
الإفراط في التدين	+	+	+	+
العظمة	+	+	+	+
الأوهام	+	+	+	+
جنون العظمة	+	+	+	+
الفوضى	—	—	—	—
أعراض سلبية	—	—	—	—
مدة الأعراض	سنوات	٤٠ سنة	سنة ١	سنوات
انخفاض في الأداء المهني	ا	+	ا	ا

+: موجود؛ –: غير موجود؛ ا : أدلة غير قاطعة أو مجهولة.

هناك خطر انتحار مدى الحياة بنسبة ٥% إلى ١٠% لدى الأشخاص المصابين بالفصام. حيث يُعرَّف الانتحار على أنه: قتل النفس مع وجود دليل على نية إنهاء حياة الشخص.

ويروي العهد الجديد: وعي يسوع بأن الناس كانوا يعتزمون قتله واتخاذه خطوات لتجنب الخطر حتى الوقت الذي سمح فيه بالقبض عليه. وقد شرح مسبقاً لأتباعه ضرورة موته كمقدمة لعودته (متى ١٦: ٢١–٢٨؛ مرقس ٨: ٣١؛ يوحنا ١٦: ١٦–٢٨).

إذا حدث هذا بالطريقة الموصوفة، فيبدو أن يسوع قد وضع نفسه عمدًا في الظروف التي توقع فيها إعدامه. على الرغم من أن الفصام يرتبط بزيادة خطر الانتحار، إلا أن هذه لن تكون حالة نموذجية. لم تكن الاضطرابات المزاجية الأكثر شيوعًا المصاحبة للانتحار، مثل: الاكتئاب

واليأس، والعزلة الاجتماعية، موجودة، ولكن عوامل الخطر الأخرى، مثل: العمر والجنس الذكري، كانت موجودة. يوصف الانتحار بالوكالة بأنه: "أي حادث يتسبب فيه فرد انتحاري في موته بواسطة شخص آخر."، هناك تشابه محتمل بين معتقدات يسوع وسلوكه الذي أدى إلى موته إلى الموت بالوكالة. ذلك الشخص الذي يتعمد شكلاً من أشكال الانتحار بالوكالة.

الشكل ٣. القارب الذي كان يحمل يسوع وأتباعه قبل أن يأمر يسوع العاصفة بأن تهدأ (مرقس ٤: ٣٨-٤٠)

عاصفة: على (بحيرة طبريا) برسم رامبرانت فان راين (١٦٣٣؛ مكان وجودها غير معروف منذ سرقة متحف إيزابيلا ستيوارت غاردنر في ١٩٩٠)

د – القديس بولس (شاول الطرسوسي)

عاش القديس بولس في القرن الأول الميلادي. لقد تم التكهن بأن تجاربه الدينية نتجت عن صرع الفص الصدغي. قد نقول أنه ليس من الضروري استدعاء الصرع كتفسير لهذه التجارب، تراوح مزاج القديس بولس في رسائله من النشوة إلى دموع الحزن، مما يشير إلى تقلبات مزاجية ملحوظة. وأيد وفرة من الخبرات الإدراكية السمعية والبصرية السامية (كورنثوس الثاني ١٢: ٢-٩) التي تشبه الهلوسة المرتبطة بجنون العظمة ذات المحتوى الفكري الوهمي. لقد أظهر زيادة في التدين، والخوف من الأرواح الشريرة، وهو ما يشبه جنون العظمة. قد تحدث هذه المظاهر معًا، بالاشتراك مع الحالات الذهانية الأولية والمرتبطة باضطراب المزاج.

في ٢ كورنثوس ١٢: ٧، يقول القديس بولس: "أعطيت شوكة في الجسد ملاك الشيطان ليلطمني لئلا أرتفع". تم التكهن بأن هذه الشوكة هي المرجع لنوبات الصرع وقد افترضت نظريات أخرى أن الشوكة كانت عجزًا جسديًا، أو مقاومة إخوانه اليهود، أو شيطانًا مزعجًا. نقترح أنه رأى ظهورًا أو صوتًا فهمه على أنه رسول شيطاني مضايق من الشيطان. ربما أصابه هذا التصور بقدر من التعليقات السلبية من النوع المميز للحالات الذهانية، مما أدى إلى ضائقة نفسية.

إن تعقيد تفاعلات بولس في تجاربه الإدراكية يثقل كاهل النوبة الصرعية كسبب، وكذلك عدم وجود أدلة على مرافقات الصرع الأكثر شيوعا، مثل التغيرات السلوكية النمطية المتكررة والأعراض المعرفية، كما نوقش سابقا. ومع ذلك، يظهر بولس عددًا من السمات الشخصية المشابهة لسمات الشخصية بين التفاعلات التي وصفها جيشويند، مثل المشاعر العميقة؛ ربما الفكر الظرفي وزيادة الاهتمام بالقضايا الفلسفية والأخلاقية والدينية؛ وزيادة الكتابة، غالبًا حول موضوعات دينية أو فلسفية؛ وربما نقص الرغبة الجنسية (كورنثوس الأول ٧:٨-٩).

هذه الخصائص مثيرة للجدل فيما يتعلق بخصوصيتها للصرع، مع رجحان دراسات أكبر لا تؤكد نوع شخصية محددًا مرتبطًا باضطرابات النوبات. قد توجد أيضًا ميزات مماثلة في الاضطراب ثنائي القطب والفصام. كما ذكرنا سابقًا، تميل الكتابة المنتجة إلى الارتباط بقوة مع اضطرابات المزاج أكثر من الذهان أو الصرع. وهذا مقنع تجاه إصابة بولس باضطراب مزاجي، وليس بالفصام أو الصرع. إن تحول بولس الديني على الطريق إلى دمشق (أعمال الرسل ٩:١-١٩، ٢٢:٦-١٣، ٢٦:٩-١٦) هو حدث يُفهم على أنه تميز بالبداية الحادة للعمى.

حيث تم الافتراض بأن هذا العمى كان بعد النكبة بطبيعته أو نفسي المنشأ. يبدو أن هناك نقص في الوضوح بشأن ما إذا كان هذا عمى بصري حرفي أو مجازي، حيث يشير بولس إلى الأشخاص خارج نظام معتقداته المباشر على أنهم عميان روحيين أو لديهم عمى روحي وعيونهم مغلقة عن الحق الروحي (أعمال الرسل ٢٨: ٢٦؛ رومية ١١: ٨، ١١: ١٠؛ كورنثوس الثاني ٤: ٣-٥؛ أفسس ١: ١٨).

تساهم الاختلافات في حسابات تجربة التحويل الثلاثة الأكثر تفصيلاً في هذا الغموض. أعمال الرسل (٢٦: ١٢–١٨) يروي تحوله، حيث كلفته رؤية يسوع بأن يفتح روحيًا أعين الأشخاص الذين سيُرسل إليهم (انظر: الشكل ٤).

في هذا الحساب، لا يوجد ذكر لبداية فقدان البصر الحاد الذي يليه استعادته. قد يشير تطبيق استعارة العمى في أعمال الرسل (٢٦:١٢–١٨) إلى أن: فقدان بولس للبصر كان مجازيًا بنفس القدر وكان بمثابة وصف لإدراكه العميق لشعوره فجأة بأنه فقد الفهم الروحي؛ أي يدرك أن عينيه مغمضتان روحيًا، قبل إتمام تحوله إلى المذهب الديني الجديد.

وفي مثل هذه الحالة العاطفية، يُعتقد أنه ربما كان بحاجة إلى التشجيع والمساعدة العاطفية للوصول إلى دمشق. والاحتمال الآخر هو العمى بسبب اضطراب التحويل وغياب نوبات أخرى من فقدان البصر (أي عدم وجود صورة نمطية للحدث)، وغياب السمات التي غالبًا ما تُرى مع العمى التالي للنشبة (نوبة صرع عامة، أو فقدان الوعي بسبب العجز، أو العودة التدريجية للرؤية)، ووجود مزاج معقد – تجارب سمعية بصرية متطابقة تشبه الهلوسة، واحتمال عودة بصره المفاجئة بلمسة رحيمة لا تتناسب جيدًا مع النمط العصبي الذي يمكن تمييزه بسهولة لفقدان البصر وتجاربه الإدراكية، وتقلب المزاج، والأعراض الشبيهة بالعظمة، وزيادة المخاوف بشأن النقاء الديني، والأعراض الشبيهة بجنون العظمة يمكن اعتبارها تشبه مرض الطيف الذهاني (انظر: الجدول ١).

يمكن أن تشمل التشخيصات النفسية التي قد تشمل كوكبة من التجارب والمظاهر الفصام المصحوب بجنون العظمة، أو الذهان، أو اضطراب المزاج (الذهان المرتبط به)، أو الاضطراب الفصامي العاطفي. إن قدرة بولس المحفوظة على الكتابة وتنظيم أفكاره من شأنها أن تفضل تفسيرًا مرتبطًا باضطراب المزاج لتجاربه الدينية.

تعليق حول التشخيص الفارقي:

على الرغم من أن إبراهيم كان لديه تجربة إعلانية أثناء النوم (أي النبوة التي تنبأت باستعباد نسله في مصر [التكوين ١٥: ١٢–١٦])، وكان لبولس رؤى أثناء الليل (أعمال الرسل ١٦: ٩، ١٨: ٩)؛ معظم الكشوفات التي عاشتها هذه الشخصيات لا يتم تفسيرها بشكل جيد من خلال ظواهر النوم مثل الأحلام. قد تؤدي مجموعة من الحالات الأخرى إلى التعجيل بتجارب إدراكية شبيهة بالوحي (الجدول ٤).

ولعل في مقدمة هذه الاحتمالات الحالات الذهانية ما بعد النوبة وبين النوبات، والتي لا يمكن استبعادها تماما، إذ يمكن أن تغيب التشنجات في بعض الحالات، وغياب الوصف في المصادر لا ينفي احتمال حدوث النوبات. لقد حدث الخوف مع عدد من تجارب إبراهيم وموسى، مما يزيد من احتمال ظهور هالة من الخوف. ليس كل تجربتهم الروحانية يتم سردها على أنها مرتبطة بالخوف، مما يشير إلى عدم وجود صورة نمطية تشبه النوبات. في حالة أن الحالات الذهانية المرتبطة بالنوبات كانت مسببة، فإن الطريق إلى الذهان سيكون مختلفًا، لكن فرضية وجود دور تكويني للذهان في تجاربهم الوحيية ستظل قابلة للتطبيق.

ومع ذلك، استنادًا إلى الأوصاف المتاحة التي تذكر سمات تحمل تشابهًا صارخًا مع الأعراض الذهانية وغياب ذكر الأحداث التي تشبه النوبات الصريحة، فمن الأكثر بخلًا تفسير هذه التجارب على أنها من المحتمل أن تكون ناجمة عن حالة نفسية أولية. الشروط المتبقية في الجدول ٤ لا يتم اقتراحها بشكل خاص من خلال المراجعة الطبية لمادة المصدر.

الشكل ٤. شاول الطرسوسي يرى رؤيا يسوع بينما كان في الطريق إلى دمشق (أعمال الرسل ١:٩-١٩، ٦:٢٢-١٣، ٩:٢٦-١٦)

تحويل شاول بواسطة مايكل أنجلو بوناروتي (١٥٤٢-١٥٤٥)، كابيلا باولينا، قصر الفاتيكان، مدينة الفاتيكان

يعد الاضطراب الذهاني المشترك (folie à deux) احتمالًا لكل موضوع من الموضوعات التي تمت مناقشتها. السمة الأساسية لهذه الحالة هي الوهم الذي يتطور لدى فرد منخرط في علاقة وثيقة مع شخص آخر، يُطلق عليه أحيانًا "المحفز" أو "الحالة الأولية"، والذي يعاني بالفعل من اضطراب ذهاني مع أوهام بارزة.

يشترك الفرد كليًا أو جزئيًا في المعتقدات الوهمية للحالة الأولية. في موضوعاتنا، لا يوجد شركاء مقربون معروفون لديهم طيف وحجم مماثل من الأعراض الذين قد يخدمون دور الحالة الأولية. على العكس من ذلك، ربما كان كل واحد من أفرادنا قد خدم من الناحية النظرية كحالة أولية في علاقة اضطراب ذهاني مشترك.

من بين التفسيرات النفسية الأخرى، التي ينبغي ذكرها من أجل الاكتمال، تلك التجارب الروحانية التي تحدث نتيجة لقوى اللاوعي. قد تظهر هذه عن طريق اضطراب التحويل أو حالة انفصامية مثل حالة تشبه النشوة أو اضطراب الهوية الانفصامية (فعل).

والاحتمال الآخر هو التحريف المتعمد للإعلان الخارق للطبيعة. ستتطلب هذه الفرضية استيفاءً كبيرًا لدعمها. والحجة ضد ذلك هي أن المصادر المستخدمة تبدو صادقة تمامًا بشأن إيمانها بالأصل الإلهي لهذه التجارب.

قد تكون الحالة المعقدة للغاية هي حالة الاضطراب الذهاني المصاحب للتحريفات المتعمدة وأعراض التحول والغيبوبة الانفصامية وتم ذكر هذه الفرضيات لضمان التقييم المناسب للإمكانيات على الرغم من عدم القدرة المعترف بها على إثبات حدوث أي من هذه العمليات.

الجدول ٤. أسباب الذهان الثانوية للحالات الطبية أو العصبية

أورام الدماغ
الصداع النصفي المعقد
الهذيان
مرض الخرف
التهاب الدماغ (المعدي، المناعة الذاتية، أو الأباعد الورمية)
خلل الغدد الصماء
الصرع (نوبي، بعد النوبات، وبين النوبات)
الصور التنويمية
العدوى (مثل الزهري العصبي)
سوء التغذية / المجاعة
الاضطرابات الأيضية
أمراض التخزين الأيضية
الباراسومنيا
حالات التسمم والتسمم
السكتة الدماغية
عقابيل إصابات الدماغ المؤلمة – نقص الفيتامينات (B1 أو B12)

حدود التحليل

المصادر التي تم الاعتماد عليها لاستخلاص المعلومات حول موضوعاتنا ليست سجلات طبية. يواجه القارئ الحديث تحديات في تفسير أحداث بعيدة كل البعد عن عصرنا وثقافتنا والتي يتم سردها بلغة مختلفة من جانب مؤلفين لديهم تحيزاتهم الخاصة. قد يكون من المفترض أن موضوعاتنا لا يمكن فهمها إلا في سياق هذه العوامل ووفقًا لمعايير التجربة الدينية في عصرهم. وقد ينصح آخرون بضرورة تفسير هذه الكتابات الدينية بشكل غير حرفي فقط، أي بشكل مجازي وتجريدي، وبالتالي القضاء على إمكانية التدقيق الطبي.

لا يزال البعض الآخر قد يقترح أن المعرفة الطبية تكون دائمًا في حالة تغير مستمر، مما يجعل هذا النوع من التحليل غير دائم بسبب اعتماده على الرواج الطبي السائد في ذلك الوقت.

ويمكن أيضًا التأكيد على أن التشخيص بأثر رجعي يمثل انتهاكًا للمبادئ الطبية. منذ صدور رأي طبي لمريض لم تتم رؤيته أو فحصه مطلقًا.

بدءًا من النقطة الأخيرة، نظرًا لأن ذلك سيشكل عائقًا أمام أي قدرة مسبقة على استخلاص معلومات حول الأشخاص غير الحاضرين للفحص، فمن وجهة نظرنا أنه من المبالغة في التبسيط الإشارة إلى أن كل التشخيص يجب أن يعتمد أخلاقيًا ومنهجيًا على حضور المريض شخصيا. تعتمد مجالات الطب السلوكي والعصبي في كثير من الأحيان على ملاحظات العائلة والأصدقاء وزملاء مرضانا بسبب تحفظ المرضى في بعض الأحيان عن التحدث عن أعراضهم، أو عدم كفاية المعلومات، أو عدم دقة التقارير الذاتية.

تُستخدم عينات من كتابات المريض بشكل متكرر لتقييم الحركة، ومحتوى الفكر، ووظيفة اللغة، والتنظيم، والقدرة على التجريد. علاوة على ذلك، فإن التقدم في فهم علم وظائف الأعضاء البشرية قد أتاح لك لدينا بعض الثقة في تفسير أنواع معينة من النتائج، مثل تلك المنسوبة إلى الطبيب الهندي شوشروتا في القرن السادس قبل الميلاد، الذي وصف البول الحلو. لم يكن من الضروري أن نكون حاضرين للتعرف على حالة محتملة لمرض السكري. وكذلك قد تحمل حالات أخرى من خلال وصفها في الأدب علامات كافية تسمح بالنقاش حول أسبابها.

تحتوي الأرقام التي ناقشناها على معلومات يمكن الاعتماد عليها، حيث يعتقد التقليد الديني أن بعضها من تأليف الأفراد (موسى وبولس)، وبعضها من تأليف زملاء مقربين (يسوع، وبولس)، الذين من المحتمل أن يقدموا المزيد من المعلومات عما هو متاح لمعظم الأشخاص الذين ولدوا قبل العصر الحالي.

نحن ندرك وجود قيود مهمة بقدر ما نتعامل مع هذه الوثائق المصدرية على أنها على الأرجح عبارة عن مركبات من وجهات نظر المؤلفين ومعتقداتهم، ومعظمهم لم يكن ليعرفهم شخصيًا، سيكون هذا مشابهًا للكتاب القدماء الآخرين الذين رووا قصصًا عن أشخاص وأحداث لم يكونوا حاضرين ليشهدوها. ويعتمد هذا التحليل على أن مصادرنا تعكس، إلى حد ما، الأشخاص والأحداث الفعلية كما كانت.

يتم بعد ذلك تذكير القارئ بأن المقابلة والفحص الطبي ليسا ثابتين بأي شكل من الأشكال بشكل عام. من المفهوم أنه يجب على الطبيب تعديل كل من المقابلة والفحص وفقًا للغرض والفحص وفقا للظروف. قد يقصر الطبيب النفسي الفحص على مناقشة المشاعر والتصورات

ذات الصلة، ولا يلمس المريض جسديًا أبدًا، ولكنه لا يزال يستنتج بشكل موثوق مستوى اليقظة والتوجيه والانتباه والقدرة على التنظيم الذاتي وإدراك الإشارات الاجتماعية وتنظيم الفكر واللغة والقدرات والذاكرة والبصيرة والحكم والذكاء العام، من بين أمور أخرى.

قد يؤكد الجراح على ضرورة جس الكتلة لتحديد خصائصها. وهذه الأساليب مختلفة جدًا ويتم تعديلها وفقًا لأهداف محددة. إن نموذج فهم السلوك من حيث العلاقة بين الدماغ والسلوك هو إلى حد كبير نتاج أبحاث الدماغ في القرن الماضي، ولم يكن متاحًا لأسلافنا. إنه تمرين مفيد لتطبيق نماذجنا الحديثة حول كيفية ارتباط السلوك بالتشريح العصبي لاختبار حدود التوطين والتشخيص مع التعرف على حدودها والتدقيق فيها.

يمكننا أن نلخص بإيجاز مثالاً لكيفية أن فهم التشريح العصبي الوظيفي الحديث يمكن أن يسمح بدرجة من التمييز لم يكن من الممكن الوصول إليها سابقًا حول فرد غير حاضر للفحص. وبعيدًا عن الأسئلة حول صحة التأليف وواقع الأحداث، سننظر إلى ما يمكن تحديده عن القديس بولس ظاهريًا من يده. تشير كتاباته إلى أنه سافر كثيرًا، ونجا من العديد من الصعوبات الجسدية (كورنثوس الثاني ١١: ٢٣–٢٧).

ستتطلب هذه الأنشطة الحد الأدنى من الوظيفة الحركية والإحساس والتنسيق بشكل عام. ومن المعروف الآن أن هذه القدرات يتم تحقيقها من خلال عمل دوائر قشرية–تحت قشرية محددة في الدماغ (في الفصين الأمامي والجداري) ترتبط في نوع من المعالجة المتوازية ويتم تعديلها بواسطة المخيخ. تتكون الدوائر القشرية–تحت القشرية من المناطق القشرية المستهدفة، ولها مكونات الجسم المخطط (المذنب، البطامة، المخطط البطني)، والكرة الشاحبة، والنيجرا الكبيرة، والمهاد، والتي تعود بعد ذلك إلى القشرة. يبدو أنه سليم تمامًا، ليتحمل مثل هذا السفر الطويل والمشقة. إن ذكريات بولس التفصيلية للأحداث وإشاراته إلى محتويات الرسائل السابقة تدعم أنظمة الذاكرة السليمة، سواء الدلالية أو العرضية، في وقت كتابته.

من المفهوم الآن، أن أنظمة الذاكرة هذه تعتمد على دوائر الدماغ العميقة التي تتكون من الحصين، والقبو، والجسم الحلمي، والجهاز الحلمي المهادي، والنواة الأمامية للمهاد والتلفيف الحزامي (دائرة بابيز). تحدث بولس إلى العديد من الأشخاص في رحلاته، مشيرًا إلى الوظيفة الملائمة للغة، والتي تعتمد على الهياكل الدماغية البيريسيلفية. تشير قدرته على تكوين علاقات اجتماعية والتحدث بشكل مقنع باستخدام بعض اللغات المجازية إلى وظائف أساسية محفوظة

نسبيًا للفص الجبهي والأنظمة الحوفية، التي تشرف على التنظيم الذاتي والعواطف والتجريد والقدرة على تنظيم الأفكار وتركيز الانتباه.

إن قدرته على الحفاظ على اليقظة والتحدث وتناول الطعام والتنفس تدعم جذع الدماغ الذي يعمل بشكل مناسب. ولأغراض محددة، يمكن أن يكون هذا الفحص أكثر تنويرًا من فحص طبيب متدرب في القرن الأول يجلس في الغرفة مع القديس بولس أو فحص طبيب في القرن الحادي والعشرين دون التدريب المناسب.

يمكن تحقيق تقييم أكثر دقة للإدراك والسلوك من خلال تطبيق الأساليب العصبية النفسية والسلوكية التي تستخدم الفهم الحديث لأنماط الأمراض العصبية والنفسية. يمكن أن يكون المخزون السابق لأنظمة بولس العصبية السليمة عمومًا كبيرًا امتدت إلى كل من مواضيعنا. سيكون هذا أول جرد من نوعه يدعم الحفاظ العام على مثل هذه الأنظمة العصبية لإبراهيم وموسى وعيسى والقديس بولس.

ومن المسلم به أن التحليلات الطبية، في النهاية، عرضة لأن تكون غير صحيحة أو غير كاملة، ويجب أن تكون مفتوحة دائمًا للمراجعة عندما تتوفر معلومات جديدة. وبدون التدقيق الأكاديمي في الأساليب والاستنتاجات، لا يمكن تحقيق تحسينات في الفهم.

وننتقل الآن إلى عدة خطوط أو نقاط منطقية تدعم مصداقية مقترحاتنا، وهي كما يلي:

النقطة الأولي:

أسفرت أبحاث الفصام عن أدلة دامغة لدعم نموذج الضعف الوراثي، إلى جانب الضغوطات البيئية والنفسية الاجتماعية، وهو ما يسمى بنموذج الاستعداد والإجهاد، كآلية يحدث بها الفصام.

تشير الخصائص السريرية أو الإكلينيكية عبر الثقافات، إلى زيادة خطر الإصابة بالاضطراب وفقًا لدرجة القرابة للمتضررين، ومجموعة من الجينات المحددة التي تؤثر على خطر الإصابة بالفصام، وزيادة انتشار تشوهات نمو الدماغ الدقيقة لدى الأشخاص المصابين بالفصام والتفاعلات بين التأثيرات الجينية والبيئية والتي، على حد علمنا، لم يكن من المتوقع أن تكون مختلفة لدى الأشخاص الذين يعيشون في العالم القديم.

النقطة الثانية:

تتعلق بالتعرف على الذهان في صفحات الكتابات القديمة. لقد عرف الذهان بأسماء عديدة عبر التاريخ. في الآونة الأخيرة فقط تم تطوير تسميات أكثر دقة. لا ينبغي أن يكون مفاجئًا أننا سنواجه صعوبات في التعرف على الحالات في الكتابات القديمة عندما ننظر من خلال عيون المؤلفين القدماء.

ويرى الفهم الحديث للذهان أن السمة المركزية هي عمليات التفكير التي تعكس رؤية مشوهة للغاية للواقع أو فقدان كامل للاتصال بالواقع. حيث يشير DSM–IV–TR إلى أن مصطلح "ذهاني" يشير إلى مجموعة من الأعراض التي قد تختلف إلى حد ما عبر فئات التشخيص، ولكنه يشير بشكل عام إلى الأوهام، أو أي هلوسة بارزة، أو كلام غير منظم، أو سلوك غير منظم أو جامد والوهم هو اعتقاد خاطئ مبني على استنتاج غير صحيح حول الواقع الخارجي والذي يتم دعمه بقوة على الرغم مما يعتقده الجميع تقريبًا وعلى الرغم مما يشكل دليلاً أو دليلًا واضحًا لا يقبل الجدل على عكس ذلك.

وهذا الاعتقاد ليس مقبولا عادة من جانب الأعضاء الآخرين في ثقافة الشخص أو ثقافته الفرعية. وتحدث الإدانة الوهمية بشكل متواصل. وتشير صور موضوعاتنا إلى أنهم ربما وجدوا أن تجاربهم الخاصة غير قابلة للتصديق تمامًا لأنفسهم، أو فهموا أن تجاربهم الخاصة لا يمكن تصديقها تمامًا بالنسبة لهم.

وسيكون من الصعب على الآخرين تصديق التجارب، أو أن معاصريهم اعتبروهم مجانين. يروي (سفر التكوين: ١٢–٢٠) أن الله قطع وعود البركات والذرية والأرض لإبراهيم. وعلى الرغم من هذه التأكيدات، فإن خوف إبراهيم من الموت دفعه إلى تسليم زوجته للملوك مرتين لكي يمنع إعدامه. وموسى، من جانبه، يشير إلى الله في (سفر الخروج ٤: ١) أن الرسالة التي أُعطي ليحملها إلى بني إسرائيل لن يصدقها الشعب الذي نعتبره الآن مشركين، ومؤمنين بالخرافات، وبالتالي من الأرجح أن تقبل مثل هذه الأحداث. ويبدو أن عودتهم السريعة إلى الممارسات الدينية السابقة على الرغم من سلسلة المعجزات (الخروج ٣٢) تدعم قلق موسى.

يؤكد (مرقس ٣: ٢١)مناسبة نظر فيها أصدقاء يسوع وعائلته على أنه مجنون أو "مختل"، ومن جوهر روايته أن أهل بلدته (مرقس ٦: ١–٦) والسلطات الدينية في ذلك الوقت لم يقبلوا رسالته أيضًا.

صرخ فستوس المعاصر للقديس بولس، الحاكم الروماني المحلي لليهودية، في أعمال (الرسل ٢٦-٢٤) أن بولس بدا "مجنونًا" أو غير عاقل. وهذه الأحداث هي الأقرب في الوقت المناسب إلى موضوعاتنا وقد تشير إلى عمليات تفكير من النوع الذهاني.

النقطة الثالثة:

تتحدث عن القلق بشأن ضرورة أخذ العوامل الدينية والثقافية السائدة في الاعتبار. يعترف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) بأن الهلوسة البصرية والسمعية ذات المحتوى الديني قد تكون جزءًا من تجربة دينية طبيعية في بعض الثقافات.

ويلاحظ ريديجر أن هناك ميلًا للعقلية الغربية إلى اعتبار التجارب الروحية مرضية وأنه قد يكون هناك الاعتماد المفرط للتفسير النفسي على الوجود المادي. ويقترح أن هناك فقدان للوعي بالظواهر التجريبية التي توجد خارج النطاق الضيق من الوعي الذي يفهمه علم النفس وأن هناك الكثير لنتعلمه من التقاليد الشرقية في هذا الصدد.

ويوصي بنهج يربط الظواهر التي تقع خارج النموذج النفسي بالعلوم الطبية بدلاً من علم الأمراض. ويتناغم مع هذا المنظور الاعتراف بأن بعض التجارب الروحية يمكن أن يكون لها آثار مفيدة للغاية في تغيير حياة بعض الأفراد، مما يسمح لهم بالتغلب على العقبات وتغيير السلوكيات المدمرة.

وردًا على هذه الأفكار، نؤكد على أن نيتنا ليست إثبات أن تجارب موضوعاتنا لا يمكن أن تكون نتاج تجارب دينية عادية في سياق العوامل الثقافية؛ إنها تطبيق نموذج سلوكي عصبي حديث على تجارب موضوعاتنا وبالتالي تعزيز الحوار حول الحدود العقلانية للتجربة الإدراكية. وفي هذا الصدد، نشير إلى أن تجاربهم، إذا حدثت كما رويت، يمكن أيضًا تصورها على أنها طيف ذهاني بسبب تشابهها، من حيث طبيعتها المتكررة، وكثافتها، وموضوعها، وصفاتها الشبيهة بالعظمة، وتشابهها مع الظواهر الذهانية السمعية والبصرية.

ومن المسلم به أن محتوى الأوهام والهلوسة الفصامية يتأثر بشكل كبير بالخلفية الاجتماعية والثقافية. يمكن أن تؤدي التجارب الثقافية المختلفة إلى أشكال ومحتوى وهمي مختلف. تفترض معايير DSM-IV-TR قدرتنا على تمييز الظواهر الذهانية عن التجارب الطبيعية الأخرى في سياق ثقافة معينة. ولسوء الحظ، لا تتوفر الخوارزميات القائمة على الأدلة لتحقيق ذلك.

وما يزيد من تعقيد مهمتنا هو الفجوة الزمنية التي يجب أن نعمل عليها. إن التغلب على هذه العقبات إلى حد ما يمكن تحقيقه مرة أخرى من خلال الاعتماد على وجهات نظر الأشخاص الأقرب في الزمن والثقافة إلى مواضيعنا.

وجد المؤمنون الأوائل أن تجارب الرعايا بعيدة بما فيه الكفاية عن نطاق الحياة الطبيعية بحيث يمكن فهمها على أنها نتاج لعلاقة غير عادية للغاية مع قوة إلهية. ربما كان لدى أولئك الذين لم يؤمنوا أسباب مختلفة، بعضها كان من الممكن أن تكون الرسالة بعيدة جدًا عن واقعهم بحيث لا يمكن قبولها.

من وجهة نظر اليوم، إذا كانت تجارب موضوعاتنا قد نتجت فقط عن التقارب بين التجارب الدينية الفردية والمجتمعية العادية، لكان علينا أن نتوقع العديد من هذه القصص، وبالتالي لا يوجد سبب لنلاحظها الآن بسبب طبيعتها الدنيوية. ولا يقدم الأدب الباقي، سواء كان من العصر اليوناني الكلاسيكي أو العصر الروماني أو أصل الكتاب المقدس، الدعم الذي كان شائعا في العالم القديم أن يكون لدى عامة السكان تجارب سمعية بصرية متكررة واسعة النطاق مثل تجارب موضوعاتنا.

إن سكان الأتباع الأوائل لهذه الأنظمة العقائدية الجديدة، مثل أولئك الذين خضعوا للدراسة، سيشكلون مجموعات صغيرة قادرة على قبول المعتقدات قبل ظهور الضغوط الاجتماعية المرتبطة بديناميكيات المجموعة الأكبر. كيف نفسر وجود التابعين الأوائل؟ ولن يكون وجودهم متوقعًا من خلال الارتباط بأفراد لديهم رؤية مشوهة للغاية للواقع.

قد تكون النماذج الاجتماعية لعلم النفس المرضي مفيدة لفهم كيفية حدوث ذلك. تشير نظرية المسافة الاجتماعية ونظرية اضطراب الاتصالات إلى أنه يمكن تحقيق التمييز بين العقل والذهان، بناءً على الدرجة التي تعيق بها المعتقدات أو تسهل التواصل والقبول من المجتمع. أولئك الذين ينحرفون بشكل مفرط عن المعايير المجتمعية لا يرتبطون بالناس، ولا يتم فهمهم، ويصبحون معزولين اجتماعيًا ووصموا، ويمكن وصفهم على أنهم غير عاقلين.

وجهة النظر هذه قد تحدد بأن العاقل هو أي شخص قادر على الحفاظ على القبول والتواصل مع مجموعة اجتماعية. لا تأخذ هذه النظرية في الاعتبار الأفراد الذين يبدو أنهم يظهرون أوهامًا مستمرة من جنون العظمة والعظمة والمسيانية، والذين اجتذبوا، في العصر الحديث،

عددًا من الأتباع. اثنان من هؤلاء الأفراد هما ديفيد كوريش، من طائفة درافيديون، ومارشال أبلوايت، من طائفة بوابة السماء.

وهناك آخرون في الآونة الأخيرة ادعوا أنهم إما نبي أو مسيح، يسوع، بوذا، أفاتار، أو المهدي، الذين التف حولهم الأتباع. إذا اعتبرنا ديفيد كوريش ومارشال أبلوايت على أنهما معتقدات ذات طيف ذهاني، فإن الفرضية القائلة بأن تشخيص الذهان يجب أن يعتمد بشكل صارم على عدم القدرة على الحفاظ على مجموعة اجتماعية لا يمكن الدفاع عنها.

يبدو أن مجموعة فرعية من الأفراد الذين يعانون من أعراض ذهانية قادرون على تكوين روابط ومجتمعات اجتماعية مكثفة على الرغم من أن لديهم رؤية مشوهة للغاية للواقع. تم تأكيد وجود مجموعة فرعية أفضل أداءً اجتماعيًا من الأفراد الذين يعانون من أعراض من النوع الذهاني من خلال الأبحاث التي تشير إلى أن التجارب الشبيهة بالذهان، بما في ذلك المعتقدات الشبيهة بالأوهام الغريبة وغير الغريبة، توجد بشكل متكرر في عامة السكان. وهذا يدعم فكرة أن الأعراض الذهانية من المحتمل أن تكمن في سلسلة متصلة.

قد توفر نماذج علم النفس السياسي للعلاقات بين القائد والأتباع رؤى مفيدة حول كيفية تجمع الأتباع الأوائل حول موضوعاتنا. قام ويلنر باستطلاع الأدبيات المتعلقة بموضوع القيادة الكاريزمية وعرّفها بأنها علاقة بين القائد ومجموعة من التابعين.

والتي تتميز بالخصائص التالية:

١. ينظر أتباع القائد إلى القائد على أنه خارق إلى حد ما.

٢. يصدق الأتباع كلام القائد بشكل أعمى.

٣. يلتزم المتابعون دون قيد أو شرط توجيهات القائد للعمل.

٤. يقدم الأتباع للقائد دعمًا عاطفيًا غير مشروط.

كما يحدد ويلنر أربعة "عوامل محفزة" يشترك فيها القادة الكاريزميون. العامل الأول هو استيعاب القائد لواحدة أو أكثر من الأساطير السائدة في مجتمعه أو ثقافته. والثاني هو أداء ما يبدو أنه إنجاز استثنائي أو بطولي. والثالث هو إسقاط امتلاك الصفات بهالة خارقة أو قوية. وأخيرا، هناك قدرة بلاغية متميزة.

ومن المعقول التكهن بوجود ديناميكية كاريزمية بين القيادة ومجموعة الأتباع بين رعايانا وأتباعهم. لا يمكن تقديم أي تعليق إضافي حول إبراهيم في هذا الصدد نظرًا لقلة المعلومات

المتاحة عنه. شعر موسى أنه ليس متحدثًا جيدًا، وطلب تعيين أخوه هارون للتحدث نيابة عنه أمام المجتمع (خروج ٤: ١٠-١٦). وهذا يثير أسئلة مثيرة للاهتمام حول الأدوار التي قد يساهم بها أفراد المجتمع في عمل ديناميكية القيادة والأتباع من أجل استكمال أوجه القصور لدى القائد. تحتوي روايات يسوع وبولس على تفاصيل يمكن أن تتناسب مع نموذج السلوك الجماعي للقائد الكاريزمي والتابع.

سيعتمد إنشاء المجموعات واستدامتها على آليات إضافية:

لاحظ ويلفريد بيون (ثلاثة أنماط) من السلوك الجماعي التي تحدث عند البالغين الأصحاء والناضجين، حيث يتصرف أعضاء المجموعة كما لو كانوا مسيطرين:

أ – مجموعة التابعة.

ب – ومجموعة الاقتران.

ج – ومجموعة القتال والفرار.

تلجأ المجموعة التابعة: إلى قائد مطلق القدرة من أجل الأمن، وتتصرف كما لو أنها لا تملك عقولًا مستقلة خاصة بها. يبحث الأعضاء بشكل أعمى عن التوجيهات ويتبعون الأوامر دون أدنى شك. إنهم يميلون إلى إضفاء المثالية على القائد ووضعه على قاعدة التمثال. عندما يفشل القائد في تلبية معايير القدرة المطلقة والمعرفة المطلقة، تنشأ فترة من الإنكار، ثم الغضب وخيبة الأمل.

في حين أن مجموعة الاقتران: يتصرف الأعضاء كما لو أن هدف المجموعة هو جلب المسيح، الشخص الذي سينقذهم. هناك جو من التفاؤل والأمل بأن عالماً جديداً أصبح قاب قوسين أو أدنى.

وتنظم مجموعة القتال والفرار نفسها: فيما يتعلق بالتهديد الخارجي المتصور. حيث يتم اعتبار المجموعة نفسها جزءًا مثاليًا من آلية الاستقطاب، في حين يُنظر إلى السكان الخارجيين بانتظام على أنهم دوافع خبيثة.

إن تهديد العالم الخارجي يشكل في الوقت نفسه تهديداً لوجود الجماعة ومبرراً لوجودها. كل نوع من أنواع المجموعات هذه يميز بانتظام أتباعه في العلاقات الكاريزمية بين القائد والأتباع، ومن المعقول أن نقترح أن واحدًا أو أكثر من هذه الأنواع من ديناميكيات المجموعة كانت

موجودة بدرجات متفاوتة، سواء في وقت واحد أو في تسلسلات مختلفة، في مجموعات موضوعاتنا عندما طوروا معتقداتهم مع مرور الوقت.

كيف يرتقي الأشخاص المصابون بمرض عقلي إلى مناصب قيادية؟ يضع ناصر قائمي فرضية مفادها أن هناك عناصر أساسية مرتبطة بالمرض العقلي قد تكون مفيدة للقدرات القيادية: الواقعية والمرونة والتعاطف والإبداع.

ويؤدي تحليله للعديد من القادة السياسيين والعسكريين ورجال الأعمال البارزين ومراجعته للأبحاث النفسية إلى اقترح أن الاكتئاب يمكن أن يرتبط بزيادة في كل من هذه الصفات، ويمكن أن يرتبط الهوس بتعزيز الإبداع والمرونة. فالاكتئاب يشجع القادة على أن يكونوا أكثر واقعية وتعاطفا، في حين أن الهوس يعزز كونهم أكثر إبداعا ومرونة.

ويضيف أنه: عندما يحدث الاكتئاب والهوس معا في الاضطراب ثنائي القطب، فقد يؤدي ذلك إلى زيادة أخرى في المهارات القيادية. يقترح أن مثل هؤلاء الأفراد يستفيدون بشكل غير مباشر من الدخول والخروج من هذه الحالات المزاجية بالإضافة إلى كونهم في حالة جيدة بين النوبات. إذا كان هذا صحيحًا، فمن المرجح أن يكون الأشخاص الذين أجرينا عليهم الدراسة أكثر عرضة للإصابة بحالات ذهانية مرتبطة بالاضطراب الوجداني، وحالات ذهانية.

وبالتالي كان من الممكن أن يستفيدوا من قضاء فترات في حالات مزاجية مختلفة، بما في ذلك حالاتهم الصحية. حيث من المتوقع أن تتأثر جودة الواقعية بشكل سلبي للغاية في حالة الذهان، خاصة عند الحكم عليها من وجهة نظر الحساسيات الحديثة. وفيما يتعلق بالمعتقدات الدينية التي نشأت خلال الفترات التاريخية التي سبقت ظهور الفهم المتزايد للعالم الطبيعي، ربما كان من الممكن الحكم على هذه الخاصية بشكل أقل، وبالتالي، المزيد من التسامح الثقافي أو قبول مجموعة واسعة من الأفكار.

يعد الاضطراب الذهاني المشترك وسيلة أخرى ربما يكون الأتباع الأوائل قد تلقوا من خلالها معتقداتهم، حيث يمثل كل فرد من أفرادنا حالة أولية. على الرغم من أنها تحدث في المقام الأول في شكل علاقة ثنائية، فقد تم الإبلاغ عن حدوث أوهام جنون العظمة في بعض الأحيان في مجموعات شبيهة بالطائفة الكبيرة التي يصبح أعضاؤها مشبعين بالتفكير بجنون العظمة للعضو المهيمن. أطلق (نورمان كاميرون) على هذا اسم: "المجتمع الزائف المصاب بجنون

العظمة"، يُستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى مؤامرة اضطهادية متخيلة موجهة إلى عضو المجموعة.

بمجرد الانفصال عن النسيج الاجتماعي للمجموعة، لوحظ أن العديد من الأعضاء يستعيدون القدرة على رؤية الآخرين دون مستويات غير ضرورية من الشك. وقد يقع هذا النمط من سلوك المجموعة على طول سلسلة متواصلة مع نمط مجموعة القتال والهروب التي وصفها ويلفريد بيون. وبشكل أكثر تأملًا، كان من الممكن أن يكون كل فرد من رعايانا وأتباعهم إما البادئ أو المتلقي في سلسلة من الأشخاص الذين ينقلون المعتقدات الشبيهة بالوهم. سيكون كل مستلم بعد ذلك بمثابة الحالة الأولية لفرد آخر.

لم يتم الإبلاغ عن أي حالات لمثل هذه السلسلة من نقل المعتقدات الشبيهة بالوهم للمؤلفين، وبالتالي، فإن هذا الاحتمال هو تخميني إلى حد كبير. وبشكل عام، فإن بصيرة الفرد وقابليته للاستدلال هما من الوسائل المهمة التي يتم من خلالها التمييز بين عمليات التفكير العاقل والذهاني. أحد القيود المهمة على هذا التحليل هو أننا لا نستطيع الآن أن نعرف إلى أي درجة تم تعزيز معتقدات الأشخاص الخاضعين للدراسة والحفاظ عليها داخل "فقاعة صغيرة" ثقافية، وإلى أي درجة كانت معتقداتهم قابلة للتغيير من خلال عمليات معقولة.

أخيرًا، وردًا على الاقتراح القائل بأنه من المستحسن للغاية التفسير غير الحرفي للكتابات الدينية، لوحظ أنه منذ أقدم العصور، فهم المؤمنون تجارب رعايانا على أنها حدثت حرفيًا كما هو موصوف. وعلى هذا النحو، فإن عددًا كبيرًا من هذه التجارب يحمل تشابهًا مذهلاً مع ظواهر نفسية جيدة التوصيف. وهذا يثير احتمال وجود درجة غير عادية من الدقة في المصادر فيما يتعلق بهذه التفاصيل.

إن مناقشة الدور المحتمل لما هو خارق للطبيعة هو خارج نطاق مقالتنا وهو مخصص لمجتمعات المؤمنين وعلماء الدين واللاهوتيين، مع استثناء واحد. من رأينا أن المحاسبة النفسية العصبية للسلوك لا ينبغي النظر إليها على أنها تستبعد دور ما هو خارق للطبيعة. هنا، تم اقتراح آليات عصبية نفسية يمكن من خلالها فهم السلوكيات والأفعال. بالنسبة لأولئك الذين يؤمنون بالقوى الخارقة للطبيعة القادرة على كل شيء، وكلية المعرفة، لا ينبغي أن يشكل هذا أي عائق، بل قد يكون بمثابة تفسير آلي لكيفية حدوث الأحداث. لا يقصد عدم الاحترام تجاه معتقدات أي شخص أو هذه الشخصيات الجليلة.

إذا تم إدراك ذلك بعد قراءة هذا التحليل، فقد يتم التساؤل عما إذا كانت هناك وصمة عار في ذهن القارئ بشأن المرض العقلي. ويرفض المؤلفون أي وصمة عار تجاه الأشخاص المصابين بمرض عقلي.

الاتجاهات المستقبلية:

قد يتم تسهيل البحث في هذا الشكل المفترض من العرض النفسي من خلال تطوير فئة فرعية تشخيصية جديدة من DSM لمرض الفصام أو الذهان وتحسين الاعتراف بوجود سلسلة متواصلة من الأعراض الذهانية.

يمكن الإشارة إلى هذه الفئة الفرعية على أنها متغير عظيم أو فوق الحجابي (فوق [فوق أو بعد] الحجابي [العقل]). وقد يشمل أولئك الذين تظهر عليهم الأعراض لمدة (٦) أشهر أو أكثر، مع نظام وهمي منظم وغير غريب نسبيًا، وعظمة، ونرجسية متوهمة في كثير من الأحيان، وهلوسة محتملة، وشعور شديد للغاية بأنهم تم اختيارهم بشكل خارق للطبيعة لمهمة ما من شأنه أن يدرك أنه عندما يحدث هذا لدى الأفراد الذين يتمتعون عمومًا بذكاء متوسط أو أعلى، ومهارات اتصال قوية، ودرجة عالية من الكاريزما المغناطيسية، والقدرة على توليد التعاطف بشكل فعال.

فقد يكون هؤلاء الأفراد قادرين على إقناع المجموعات أو السكان أو أسرهم باتباع توجيهاتهم لفترات زمنية غير محددة. حيث تعتمد أهدافهم جزئيًا أو كليًا على عمليات التفكير الذهاني أو مستوحاة منها.

فقد تؤدي عمليات التفكير هذه إلى معتقدات ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمعتقدات مجتمعية شائعة أخرى، لكنها ليست قابلة للعقل بشكل كبير. قد يُظهر الأفراد المتأثرون قدرة محفوظة على الحفاظ على مجموعة اجتماعية، ويكونون مقنعين للغاية، ويصبحون مرتفعين اجتماعيًا في مجموعة ويمارسون تأثيرًا مفرطًا على الآخرين في المجموعة.

كما قد تؤدي معتقداتهم إلى رعاية أنشطة مميتة للنفس وللآخرين وتقع خارج نطاق معايير مجتمعهم ولا يتواجد عدم التنظيم، والأعراض النفسية السلبية، والخلل المعرفي بشكل ملحوظ. قد تكون السمات العاطفية موجودة، ولكنها ليست موهنة عادة. قد يكون التدين المفرط مرافقًا متكررًا، ولكنه ليس مطلوبًا بالضرورة، نظرًا لأن التفاني الشديد لأنظمة معتقدات اجتماعية

وسياسية أخرى أو قوى خارج كوكب الأرض أو قوى خارقة للطبيعة قد تكون بمثابة بدائل. وهؤلاء الأفراد قادرون على التأثير بشكل غير عادي على الأفراد والمجتمع.

خاتمة:

نقترح أن بعض الشخصيات الدينية الأكثر أهمية في الحضارة ربما كانت لديهم أعراض ذهانية ساهمت في إلهام اكتشافاتهم. ومن المأمول أن يؤدي هذا التحليل إلى إنشاء حوار علمي حول الحدود العقلانية للتجربة الإنسانية وأن يعمل على تثقيف عامة الناس والأشخاص المصابين بأمراض عقلية ومقدمي الرعاية الصحية حول احتمال أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الطيف الذهاني الأولية والمزاجية المرتبطة باضطرابات الطيف الذهاني كان لهم تأثير هائل على الحضارة.

نشكر ستيفن شاشتر، الحاصل على دكتوراه في الطب، أستاذ علم الأعصاب، كلية الطب بجامعة هارفارد؛ وجيفري ريديجر، الحاصل على دكتور في الطب، وماجستير في الطب، أستاذ مساعد في الطب النفسي، كلية الطب بجامعة هارفارد؛ ومركز الدماغ والقانون والسلوك في مستشفى ماساتشوستس العام، بوسطن، ماساتشوستس.

المراجع

1. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, et al: Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. Acad Emerg Med 2004; 11:193–195
2. Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, et al: Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. Psychiatr Serv 2008; 59:808–811
3. Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, et al: Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? Medicina (Kaunas) 2008; 44:529–535
4. Baier M: Insight in schizophrenia: a review. Curr Psychiatry Rep 2010; 12:356–361
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, pp 297–343
6. Shannon B: Biblical entheogens: a speculative hypothesis. Time and Mind 2008; 1:51–74
7. Elliott B, Joyce E, Shorvon S: Delusions, illusions, and hallucinations in epilepsy, 2: complex phenomena and psychosis. Epilepsy Res 2009; 85:172–186
8. Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O: Psychosis in epilepsy patients. Epilepsia 2007; 48(Suppl 9):17–19
9. de Araújo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, et al: Psychoses of epilepsy: a study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies. Epilepsy Behav 2011; 20:655–658
10. Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes. Psychiatry Clin Neurosci 1998; 52:321–325
11. Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I: Postictal psychoses: in comparison with acute interictal psychoses. Jpn J Psychiatry Neurol 1994; 48:209–211
12. Brewerton TD: Hyperreligiosity in psychotic disorders. J NervMent Dis 1994; 182:302–304
13. Landtblom AM, Lindehammar H, Karlsson H, et al: Insularcortex activation in a patient with “sensed presence”/ecstatic seizures. Epilepsy Behav 2011; 20:714–718

14. Picard F, Craig AD: Ecstatic epileptic seizures: a potential window on the neural basis for human self-awareness. Epilepsy Behav 2009; 16:539–546
15. Asheim Hansen B, Brodtkorb E: Partial epilepsy with “ecstatic” seizures. Epilepsy Behav 2003; 4:667–673
16. Naito H, Matsui N: Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia. J Nerv Ment Dis 1988; 176:123–124
17. Cirignotta F, Todesco CV, Lugaresi E: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoevsky epilepsy). Epilepsia 1980; 21:705–710
18. Prendergast J, Spira P, Schnieden V: Post-ictal psychosis: anunusual clinical entity. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33: 433–435
19. Dongier S: Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes occurring in 516 epileptics between clinical seizures. Epilepsia 1959/1960; 1:117–142
20. Kanemoto K: Postictal psychoses, in Progress in Epileptic Disorders: Neuropsychiatric Issues in Epilepsy. Mont rouge, France. Edited by Inoue Y, Matsuura M. John Libbey Eurotext, 2010, pp 27–34
21. Umbricht D, Degreef G, Barr WB, et al: Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. Am J Psychiatry 1995; 152:224–231
22. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al: Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. Arch Neurol 1996; 53:258–263
23. Trimble M, Kanner A, Schmitz B: Postictal psychosis. Epilepsy Behav 2010; 19:159–161
24. Kanemoto K: Postictal psychoses, revisited, in The Neuropsychiatry of Epilepsy. Edited by Trimble MR, Schmitz B. Cambridge, U.K., New York, Cambridge Univ. Press, 2002, pp 117–131
25. Devinsky O: Epilepsy: Patient and Family Guide, 3rd Edition. Demos Health, 2007, pp 20
26. Holmes GL: Epilepsy.com. Temporal Lobe Epilepsy. http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe; last accessed 05/28/2011)

27. Professional Advisory Board: EpilepsyFoundation.org. Temporal Lobe Epilepsy. http://www.epilepsyfoundation.org/about/types/syndromes/temporallobe.cfm; last accessed June 4, 2011)
28. Dolgoff-Kaspar R, Ettinger AB, Golub SA, et al: Numinous like auras and spirituality in persons with partial seizures. Epilepsia 2011; 52:640–644 10.1111/j.1528- PubMed 1167.2010.02957.x. Epub 2011 Feb 5.
29. Cavanna AE, Cavanna S, Cavanna A: Epileptic seizures and spirit possession in Haitian culture: report of four cases and review of the literature. Epilepsy Behav 2010; 19:89–91
30. Bortz JJ: Neuropsychiatric and memory issues in epilepsy. Mayo Clin Proc 2003; 78:781–787
31. Patrikelis P, Angelakis E, Gatzonis S: Neurocognitive and behavioral functioning in frontal lobe epilepsy: a review. Epilepsy Behav 2009; 14:19–26
32. Hoffmeier, James K: Israel in Egypt: The Evidence for the Authenticity of the Exodus Tradition. Oxford University Press, 1999
33. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Hoyer C, et al: The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? Compr Psychiatry 2007; 48:479–488
34. Yung AR, McGorry PD: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull 1996; 22:353–370
35. Flaherty AW: Frontotemporal and dopaminergic control of idea-generation and creative drive. J Comp Neurol 2005; 493:147–153
36. Flaherty A: The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain. New York, Mariner Books, 2005, p 41
37. Trimble MR. The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief. Baltimore, MD, Johns Hopkins, 2007, p 101–114
38. Nestor PG: Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. Am J Psychiatry 2002; 159:1973–1978
39. Hor K, Taylor M: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol 2010; 24(Suppl):81–90
40. Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. Curr Psychiatry Rep 2002; 4:279–283
41. Lord V: Suicide by Cop: Inducing Officers to Shoot. New York, Loose Leaf Law Publications, 2004

42. Keram E, Farrell B: Suicide by Cop: Issues in Outcome and Analysis. Suicide and Law Enforcement, 2001, pp 587–599
43. Landsborough D: St Paul and temporal lobe epilepsy. JNeurol Neurosurg Psychiatry 1987; 50:659–664 44. Rieu CH: Introduction, notes, in The Acts of the Apostles. Translated by Rieu CH. New York, Penguin Classics, 1957, pp 9–39, 133–136, 170–171
45. Pfleiderer O: Lectures on the influence of the Apostle Paul on the development of Christianity, delivered in London and Oxford, April and May, 1885. Williams and Norgate, 1897, p 43
46. The New Oxford Annotated Bible with the Apocrypha: Revised Standard Version. Edited by May HG, Metzger BM. New York, Oxford University Press, 1977, pp 1408
47. The Reformation Study Bible New King James Version Sproul RC. Nashville, TN, Thomas Nelson Publishers, 1995, p 1408
48. Geschwind N: Behavioural changes in temporal lobe epilepsy. Psychol Med 1979; 9:217–219
49. Geschwind N: Interictal behavioral changes in epilepsy. Epilepsia 1983; 24(Suppl 1):S23–S30
50. Waxman SG, Geschwind N: The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. Arch Gen Psychiatry 1975; 32:1580–1586
51. Benson DF: The Geschwind syndrome. Adv Neurol 1991; 55:411–421
52. Schachter S: Religion and the Brain: Evidence from Temporal Lobe Epilepsy, in Where God and Science Meet: How Brain and Evolutionary Studies Alter Our Understanding of Religion, Vol 2. Edited by McNamara P. Westport, CT, Praeger, 2006, pp 171–188
53. Devinsky O, Najjar S: Evidence against the existence of temporal lobe epilepsy personality syndrome. Neurology 1999; 53(Suppl 2):S13–S25
54. Mungas D: Interictal behavior abnormality in temporal lobe epilepsy: a specific syndrome or nonspecific psychopathology? Arch Gen Psychiatry 1982; 39:108–111
55. Rodin E, Schmaltz S: The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. Neurology 1984; 34:591–596
56. Stark-Adamec C, Adamec RE, Graham JM, et al: Complexities in the complex partial seizures personality controversy. Psychiatr J (Univ Ott) 1985; 10:231–236

57. Stevens JR: Interictal clinical manifestations of complex partial seizures, in Advances in Neurology. Edited by Penry JK, Daly DD. New York, Raven, 1975, pp 85–107
58. Stern A: [The problem of St. Paul's epilepsy]. Psychiatr Neurol (Basel) 1957; 133:276–284
59. Brorson JR, Brewer K: St Paul and temporal lobe epilepsy. JNeurol Neurosurg Psychiatry 1988; 51:886–887
60. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, et al: Folie à deux and shared psychotic disorder. Curr Psychiatry Rep 2007; 9:200–205
61. James W: The Varieties of Religious Experience. New York, Barnes & Noble Classics, 1902, 2004, pp 416–417
62. Karenberg A: Retrospective diagnosis: use and abuse in medical historiography. Prague Med Rep 2009; 110:140–145
63. Price BH, Richardson EP Jr: The neurologic illness of Eugene O'Neill: a clinicopathological report. N Engl J Med 2000; 342:1126–1133
64. Kahn CR, King GL, Moses AC, (eds): Joslin's Diabetes Mellitus, 14th Ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005, p 2
65. Friedman RE. Who Wrote the Bible? Harper One, January 1,1987, pp 15–33
66. Erhman BD. The New Testament: A Historical Introduction to the Early Christian Writings, 5th Ed. New York, Oxford Univ. Press, 2011
67. Murray ED, Price BH: The neurological examination, in Comprehensive Clinical Psychiatry, 1st Ed. Edited by Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, et al. Philadelphia, PA, Mosby/ Elsevier, 2008
68. Ovsiew F, Murray ED, Price BH: Neuropsychiatric approach to the psychiatric inpatient, in Principles of Inpatient Psychiatry, 1st Edition. Edited by Ovsiew F, Munich R. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2008
69. Legesse B, Price BH, Murray ED: Brain–behavior relations, in Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Edition. Edited by Ramachandran VS. New York, Academic Press, 2012
70. Murray ED, Buttner N, Price BH: Depression and psychosis in neurological practice, in Neurology in Clinical Practice, 6th Ed. Edited by Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. London, UK, Butterworth Heinemann, 2012
71. Zubin J, Spring B: Vulnerability: a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 1977; 86:103–126

72. Russo J, Vitaliano PP, Brewer DD, et al: Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. J Abnorm Psychol 1995; 104: 197–204
73. Portin P, Alanen YO: A critical review of genetic studies of schizophrenia, II: molecular genetic studies. Acta Psychiatr Scand 1997; 95:73–80
74. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001, p 26
75. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 1999, pp 269–284
76. van Os J, Kapur S: Schizophrenia. Lancet 2009; 374:635–645
77. Smith MS: The Origins of Biblical Monotheism: Israel's Polytheistic Background and the Ugaritic Texts. New York, Oxford Univ. Press, 2001, pp 135–157
78. Rediger J: Bipolar disorder and western anosognosia, in The Psychospiritual Clinician's Handbook: Alternative Methods for Understanding and Treating Mental Disorders. Edited by Mijares S, Khalsa G. Binghamton, NY, Haworth Reference Press, 2005, pp 205–231
79. Mohr S, Huguelet P: The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. Swiss Med Wkly 2004; 134:369–376
80. Kim K, Hwu H, Zhang LD, et al: Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai, and Taipei: a transcultural study. J Korean Med Sci 2001; 16:88–94
81. Vardy MM, Kaplan BM: Christ/messiah delusions revisited: toward an anthropological definition of religious delusions. Psychoanal Rev 2008; 95:473–487
82. Reavis DJ: The Ashes of Waco: An Investigation. Syracuse Univ Press, 1998
83. Snow RL: Deadly Cults: The Crimes of True Believers. Westport, CT, Praeger, 2003

84. The MI5 Messiah: Why David Shayler Believes He's the Son of God; Mail Online. London, UK, Dailymail.co.uk; 2007
85. The Argus, Visit from the "Siberian Jesus" November 9, 2002
86. Akimoto H: The Aum Cult leader Asahara's mental deviation and its social relations. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60:3–8
87. Kalchuri B: Meher Prabhu: Lord Meher, The Biography of the Avatar of the Age, Meher Baba Manifestation, Inc., 1986
88. Hardy R: Confusion surrounds Najaf battle. BBC News, January 31, 2007
89. Pechey R, Halligan P: The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. Psychopathology 2011; 44:106–115
90. Strauss JS: Hallucinations and delusions as points on continua function: rating scale evidence. Arch Gen Psychiatry 1969; 21:581–586
91. Ellett L, Lopes B, Chadwick P: Paranoia in a nonclinical population of college students. J Nerv Ment Dis 2003; 191:425–430
92. Kelleher I, Cannon M: Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. Psychol Med 2011; 41:1–6
93. Wilner AR: The Spellbinders: Charismatic Political Leadership. New Haven, CT, Yale University Press, 1984
94. Bion WR: Experiences in Groups and Other Papers. London, UK, Tavistock, 1961
95. Post JM: Leaders and Their Followers in a Dangerous World: The Psychology of Political Behavior. Ithaca, NY, Cornell University Press, 2004, pp 187–199
96. Ghaemi N: A First-Rate Madness: Uncovering the Links Between Leadership and Mental Illness. New York, Penguin, 2011
97. Cameron N: The paranoid pseudo community. Am J Sociol1943; 49:37–38
98. Cameron N: Paranoid conditions and paranoia: American Handbook of Psychiatry, Vol I. New York, Basic Books, 1959a
99. Cameron N: The paranoid pseudo community revisited. Am JSociol 1959b; 65:57–61
100. Myers PL: Paranoid pseudo community beliefs in a sectmilieu. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1988; 23:252–255

مراجعة نقدية لمقالة:
دور الاضطرابات الذهانية في التاريخ الديني علمية نقدية

إذا تأملنا مفهوم المرض في الطب النفسي المعاصر، وجدناه يثير مشكلة كانت محور التفكير الفلسفي منذ أقدم العصور، أليس المرض النفسي مزيجاً فريداً من المعرفة والجهل؟ أليس العلاج بالتحليل النفسي ضرباً من الجدل بين الطبيب ومريضه تنبثق عنه معرفة هي الشفاء؟ ألا يذكرنا ذلك بالجدل عند "سقراط"؟ أن الشعار الفلسفي الأول "اعرف نفسك" هو الطريق إلى الحكمة وهو المعنى المتضمن في منهج التحليل النفسي.

ولهذا فالإنسان –عادة– لا يعرف نفسه إلا حين يعرف للحياة معنى، والمعرفة هنا ليست غاية نسعى إليها، وإنما هي وسيلة للسيطرة على الأشياء وهو ما أشار إليه "فرنسيس بيكون" ومن بعده "أوجست كونت" في قولهما: "إذا عرفت استطعت". فبازدياد ثروتنا العقلية، تزداد وسائلنا الفنية والتطبيقية في معالجة مشكلات الحياة المادية والمعنوية.

إلا أن تزييف المعرفة في الأمراض العقلية والنفسية، عادة ما يرجع إلى اللبس بين الأخيلة وعالم الواقع، كأن الحدود التي تفصل بين الذات وما عداها قد انطمست معالمها، وهذا يتضمن بالضرورة ضرباً من التفكير السحري، ما دام المريض يعجز عن التمييز بين ما هو ذاتي وما هو موضوعي، فتكتسب رغباته قوة الواقع، ويتراءى له مصدر مخاوفه خارجياً، وهو في الحقيقة داخلي، وبعبارة قصيرة فإن قدرة المريض على اختبار الواقع يعوزها السداد، وهو ما يحدث للنائم في أحلامه، حتى صح القول بأن الحلم مرض عقلي يستغرق الليل، وأن المرض العقلي حلم طويل يستغرق الليل والنهار.

وعادة ما يتبين لنا أن تحليل اضطراب المعرفة لدى المرضى يردنا دائماً إلى مطلع حياتهم، أي إلى مرحلة الطفولة، وهذا يوحي إلينا بأن للمعرفة مسيرة تبدأ من الطفولة وتنمو كما ينمو كل ما يتصل بالكائن الحي، مع العلم بأن المعرفة هنا لا تستند إلى أساليب الاستنتاج المنطقي، وإنما تستند إلى إطلاق المريض لخواطره العنان، وهذا ما يساعده –أي المريض– على أن تتداعى له المعاني على نحو غير النحو المنطقي المألوف، وبعبارة أخرى: فإن إدراك اللبس هو الشفاء الذي يهدينا إلى معرفة الحقيقة الواقعة.

ولكن من جانب آخر ماذا يعني لنا الفصام Schizophrenia، وخاصة أن الأقدمون قد عرفوا هذا المرض منذ تاريخ بعيد، ووصـــفوه بعدة طرق حتى بدأ "كريبلين Kraeplin" بتســـمية هذا المرض بالخرف المبكر Dementia Precox عام ١٩١١، اعتقاداً منه أنه مرض يتميز بالخرف ويبدأ في سن مبكرة أي بعكس خرف الشيخوخة، وكان أول من سمى المرض بالفصام هو "بلوير" عام ١٩١١، أما معنى الكلمة الحرفي فمشتق من كلمتين، سكيز Schiz ومعناها الانقسام أو الانفصال وفرينا Phrenia ومعناها العقل أي انقسام أو انفصام العقل، وليست الشخصية كما يعتقد الكثيرون.

ولهذا فإن الفصـــام ما هو إلا مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفســـية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك، وأهم هذه الأعراض اضـــطرابات التفكير، واضـــطرابات الوجدان والإدراك والإرادة والســـلوك، وعادة ما يصـــيب الفصـــام حوالي ٠,٨٥% إلى ٣% من المجموع العام للشـــعب، كما يمثل مرض الفصام حوالي ٦٠% إلى ٧٠% من المرضى نزيلي مستشفيات الصحة النفسية، كما أن ٧٠% من حالات الفصـام تظهر بين سـن ١٥ إلى ٤٠ سـنة، وتصـل إلى أقصـاها في أواخر الحلقة الثالثة من العمر، وبالإضـــافة إلى الأعراض الســـابقة للفصـــام فهناك أعراض أخرى يمكن إيجازها كما يلي:

١- الضـــلالات Delusion: وهو اعتقاد خاطئ يؤمن به المريض إيماناً راســـخاً لا يحيد عنه مع استحالة إقناعه منطقياً بعدم صحته مثل:

- ضـــلالات الاضـــطهاد Persecutary: كأن يشـــكو المريض من أناس تتعقبه وتعامله معاملة سيئة.
- ضـــلالات العظمة Grandiose: وفيها يؤمن المريض إيماناً راســـخاً بأنه أذكى أو أقوى البشر أو أنه أوتي قوة خارقة للشفافية والكشف عن الظواهر الغيبية.
- ضـــلالات توهم العلل البدنية (التوهم المرضـــي) Hypochondriasis: وفيها ينتبه المريض انتباهاً مركزاً على وظائف أعضـــاء جســـده، ثم اقتناعه بأنه يعاني من مرض لا يرجى شفائه.

- ضـلالات التأويل أو التلميح أو الإشـارة Delusion of Reference: وهنا يفسـر المريض أي حركة أو إشارة أو كلمة أو حتى النشرات الإخبارية أو الإعلانات إنما تصدر للإشارة أو التلميح إلى تصرفاته مما يجعله ينعزل عن الآخرين.
- ضـــلالات الأهميـة أو المعرفـة Delusions of Significance: وفيـه يعتري المريض اقتناعاً كاملاً بأنه على معرفة واتصـــال بكل ما يحدث في العلن أو في الخفاء.
- ضـــلالات التأثير Delusion of influence: وفيها يشـــعر المريض بأنه تحت تأثير قوى داخلية أو خارجية ويصبح أسير لهذه الأفكار.

٢- الهلاوس Hallucinations: وهي تعني اسـتجابات حسـية لأشـياء لا وجود لها، وقد تكون هذه الهلاوس:

- هلاوس سمعية: كأن يسمع المريض أصوات تناديه أو تأمره بأعمال أو أفعال ما.
- هلاوس بصرية: كأن يرى المريض أشياء أو أشخاص لا وجود لهم إلا في عينه.
- هلاوس شمية: كأن يشم المريض روائح لا يشمها إلا هو.
- هلاوس ذوقية: كأن يحس المريض بطعم شيء غير موجود.
- هلاوس لمسية: وهنا يدرك المريض كأن أشياء تزحف على جلده أو تحت الجلد أو أن هناك أحد ما يضربه بآلات حادة أو صدمه بالكهرباء.

٣- اضـطراب السـلوك: ويتم التعبير عن اضـطراب السـلوك بالانزواء والعزلة سـواء في الحياة العائلية أو الاجتماعية أو الجنسية.

٤- الأعراض الكتانونية أو التصلبية Catatonic Symptoms: وتتمثل في:

- السبات والذهول والغيبوبة الكتاوتونية.
- الوضع أو المداومة على حركة أو وضع معين.
- السلبية المطلقة.
- اضطراب الكلام.
- المداومة على الحركات المشابهة.
- الطاعة العمياء الأوتوماتيكية.

٥- الأعراض الخاصة باضطراب الانفعال: وتتمثل في:

- عدم اتساق الانفعال: وهنا يستجيب الفصامي بالضحك في حالة وجود خبر محزن أو يستجيب بالبكاء في حالة وجود حدث سعيد، وقد يستجيب بالضحك والبكاء في وقت واحد دون وجود أي موقف خارجي يستدعي ذلك الانفعال المختلط.
- التبلد الانفعالي: وهنا يصبح المريض غير مبال أو مهتم بالأحداث التي تدور حوله، ويستجيب لها الأفراد الآخرين.
- شكل الانفعال: يتعرض مريض الفصام لذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة، فهو عرضه لحالات وقتية من النشوة والطرب والخوف والرعب والقلق، وتظهر هذه الانفعالات فجأة وتلقائية دون سبب أو تفسير.

٦- الأعراض الخاصة باضطراب الإرداة: وهنا يعاني المريض من عدم القدرة على المبادة بوضع الخطط أو تنفيذ الأنشطة الموجهة نحو هدف.

٧- الأعراض الخاصة باضطرابات التفكير: وتتمثل في:

- اضطراب التعبير عن التفكير: وفيها يمزج المريض الواقع بالخيال، أو إقامة علاقات بين مفاهيم غير موجودة أو باستخدام ارتباطات وتفسيرات شخصية وذاتية للغاية.
- اضطراب مجرى التفكير: ويأخذ اضطراب مجرى التفكير عدة مظاهر كما يلي:
  - توقف التفكير: وهنا يحدث توقف مفاجئ للتفكير وقد يتبعه بعد ذلك تتابع أفكار جديدة تماماً.
  - توقف الأفكار: وهنا يشكو المريض من ازدحام رأسه بالأفكار المتعددة وعدم قدرته على التعبير عنها.
  - اضطراب التحكم في الأفكار: وتأخذ مظاهر متعددة منها ما يلي:
    - سحب الأفكار: وهنا يشكو المريض من أن أفكاره تسحب منه بواسطة قوى خارجية أو من الآخرين.

- إقحام الأفكار: وهنا يشـــعر المريض أن هناك أفكار غريبة تفرض عليه بواسطة قوى خارجية لا يستطيع مقاومتها.
- إذاعة وقراءة الأفكار: وهنا يشـــعر المريض أن الناس يقرؤون أفكاره ويذيعونها دون تصريح منه بذلك.

- اضــطراب محتوى التفكير: والمقصــود هنا هو وجود الضــلالات والهذاءات وهي عبارة عن معتقدات خاطئة لا يوجد لها أســاس من المنطق أو غير متسق مع الواقع.

٨- اضطراب اللغة: ومن خصائص اضطراب اللغة لدى الفصامي ما يلي:

- عدم اتساق الحديث وعدم ترابطه.
- الحديث لفترة طويلة في موضوعات تافهة.
- التوقف التام عن الحديث لمدة ساعات أو أيام.
- استخدام لغة جديدة خاصة بالمريض ولا يفهمها غيره من الناس.
- عدم القابلية للفهم.

تقسيم أنواع الفصام:

وعادة ما يتم تقسيم الفصام إلى عدة أنواع يمكن إيجازها كما يلي:

١- فصـام بسـيط Simple: ويبدأ في سـن مبكرة من سـن ١٥: ٢٥ سـنة، وتطوره بطيء وتدريجي وينتهي بتدهور مسـتمر في الشـخصـية ومن أعراضـه اضـطراب الوجدان واضطراب التفكير والتوهم المرضي.

٢- فصام هيبفريني (البلوغ/ المراهقة) Hebephrenic: ويبدأ من سن ١٥: ٢٥ سنة ومن أعراضه اضطرابات الإرادة والسلبية، واضطراب الوجدان والهلاوس.

٣- فصـام كتاتوني (تصـلبي/ تخشـبي) Catatonic: وقد يأخذ شـكلين، أولهما: فصـام كتانوني منسـحب في شكل سبات وبكم أو أن يتخذ المريض وضـع الجنين، وثانيهما: فصام كتانوني متهيج في شكل نشاط حركي مفرط.

٤- فصـام بارانويدى Paranoid: ويظهر بعد سـنة ٣٠ سـنة مصـحوباً بوجود ضـلالات والشعور بالاضطهاد وهذاءات العظمة.

٥- فصـــام غير مميز Acute Undifferentiated: عادة ما تكون بدايته حادة ومفاجئة وتنتهي بعد عدة أســابيع أو شــهور دون تدهور مصــحوباً بتشــوش الوعي واختلاط التفكير.

٦- اكتئاب ما بعد الفصـــام Post-Schizophrenic Depression: وهي عبارة عن نوبة اكتئابية قد تطول مدتها في مرحلة تعقب مرضاً فصامياً.

٧- الفصـــام المتبقي Residual: وهو يعقب الإصـــابة بنوبة فصـــام حيث تظل بعض الأعراض الفصامية موجودة بصورة ضئيلة باهتة.

٨- الفصـــام الوجداني Schizo Affective: وهنا يظهر مزيج من أعراض الفصـــام مع مظاهر صريحة من الاكتئاب أو الهوس.

٩- أنواع أخرى غير محـددة Unclassifed: العلاج بـالعقـاقير، وبـالكهربـاء، والعلاج النفســي بأنواعه (الفردي والجمعي والأســري)، أو علاجات اجتماعية ومهنية وتأهيلية وسلوكية، وتدريب المهارات الاجتماعية، والعلاج بالعمل.

ووفقاً لهذه المقالة: فلا تنطبق عليها معايير المنهج العلمي والإكاديمي ســـواء في الاســتدلال، أو في التشــخيص النفســي الإكلينيكي؛ وخاصــة انه لا توجد أي ادلة علمية أو وثائق مثبتة، مثلما فعل فرويد في تحليل شــخصــية ليوناردو دافنســشــي من خلال تحليل رسوماته ومخطوطاته، او من خلال سيرته الذاتية، ومن خلال منهج دراسة الحالة.

حيث يعتبر التشخيص النفسي الإكلينيكي Clinical Psychodiagnosis أو التقييم الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation، أو ما يسمى بالتشخيص أو التقييم النفسي الإكلينيكي Psychodiagnosis Clinical Assessment من أهم المجالات التي يعمل فيها الأخصـــائي النفســـي الإكلينيكي. والمعنى الشـــامل للتشـــخيص في علم النفس الإكلينيكي هو: فهم المشـكلات والاضـطرابات النفسـية أو العصـابية والذهانية للفرد، والتنبؤ بسير المرض Prognosis، وبذلك تصبح خطوة أساسية تسبق العلاج النفسي، إذن بدون التشخيص الصحيح لا يمكن توجيه المريض إلى العلاج المناسب.

وكلمة تشـــخيص Diagnosis مســـتمدة من أصـــل إغريقي يعني: "الفهم الكامل"، بمعنى: فحص الأعراض المرضـــية واســـتنتاج الأســـباب، وتجميع الملاحظات في صـــورة متكاملة، ثم نسـبتها إلى مرض معين محدد. فالتشـخيص إذن هو فهم للمرض وبيان العلاقة

بين الأعراض المرضية في زملة مرضية Syndrome. وتصنيف الأعراض المرضية إما تصنيفاً وصفياً Descriptive elssification ، أو تبعاً لعلاقا طبيعية حيوية Taxonomy، بالإضافة أيضاً لما يسمى بالتشخيص الفارقي Differenrtial Diagnosis، وفيه يحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يفرق بين مرض وآخر.

أما مصطلح التقييم النفسي الإكلينيكي Clinical Assessment or Evaluation فإنه مأخوذ في اللغة الإنجليزية من وضع قيمة للشيء بقصد تحديد الضريبة التي تؤخذ عليه، وفي اللغة العربية تحديد قيمة الشيء.

ولكن ما المقصود بالتقييم الإكلينيكي؟ يقصد بهذا المصطلح عدة معان منها ما يلي:

- الطرق التي نفهم بها الآخرين أي كيف نكون فكرة أو انطباعاً عن شخص معين.
- جمع المعلومات الخاصة بفرد من الأفراد والمجال الذي يعيش فيه، وتنظيمها وتفسيرها.
- وصف سلوك الأفراد في مجالات حياتهم الطبيعية وتفسيره، والتنبؤ بسلوكهم في المستقبل.
- وبناءً لما سبق فإن التقييم الإكلينيكي هو العملية التي تستخدم للوصول إلى قرار ولتكوين صورة أو نموذج ملائم عن المريض موضوع المساعدة.

ووفقاً لما سبق فإن هناك نوعان من التصنيفات والتي تساعدنا بشكل عملي ومنهجي في إجراء العملية التشخيصية بشكل سليم، ويمكن توضيحهما من خلال طرح تساؤل ألا وهو: كيف لنا أن نعرف أن طفلاً ما أو مراهقاً ما أو شخصاً ما يعاني من العصاب أو الذهان أو مصاباً باضطرابات الشخصية؟

هناكن مدخلان للإجابة عن هذا السؤال وهما كما يلي:

أ) النظم الفئوية، وهذا مدخل الطب النفسي(*).

ب) والنظام البُعدي، أي المعتمد على الأبعاد، وهذا مدخل سيكولوجي.

(*) أحمد محمد عبد الخالق (٢٠١٦): اكتئاب الطفولة والمراهقة، مكتبة الانجلو امصرية، القاهرة، ص.ص: ٥٥-٥٧.

أولاً: النظم الفئوية Categorical Systems:

تسمى النظم التصنيفية للعصاب وللذهان ولاضطرابات الشخصية ولاضطرابات النمائية والارتقائية في الطب النفسي نظماً فئوية تعتمد على عدد الأعراض، وشدتها، ودوامها، ومدى إعاقتها للفرد. ومن أكثر النظم الفئوية شيوعاً: الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM–5) بإصداراته السابقة واللاحقة والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA)، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (ICD–10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) .

وتُعد هذه النظم الفئوية هادياً للأطباء وللأخصائيين النفسيين أثناء العملية التشخيصية، فضلاً عن أهميتها في إجراء الأبحاث والتدريب والعلاج الإكلينيكي. ومع ذلك فهناك اتفاق واسع على أن نظام التصنيف الفئوي في الطب النفسي ينقصه الصدق، وخاصة فيما يتعلق بإعطاء وزن واحد للمحكات التشخيصية.

ثانياً: النظام البُعدي المعتمد على Dimensional System:

والافتراض العام لهذا المنحى هو أن الوحدات المرضية كمية –[فالفروق بين الأفراد سواء في العصاب أو الذهان أو الاضطرابات الشخصية أو في الاضطرابات النمائية والارتقائية هي فروق كمية وليست نوعية؛ فالفرق في الدرجة وليس في النوع]– ومستمرة، وخطية، وأن الفرق بين الأفراد يُنظر إليها على ضوء الابتعاد عن المستويات الكمية للأعراض، كما يعتمد النظام البعدي على تقدير السلوك والتحليلات الإحصائية.

والميزة الأساسية للمنحى البُعدي في التصنيف، أن تجمعات السلوك والانفعالات تُستخرج من خلال البيانات العملية الواقعية ويتم مقارنة سلوك الأفراد بالمعايير السوية؛ أي بالمتغيرات التطورية، وبالصفحات النفسية الإكلينيكية لعينات وشرائح عمرية مختلفة، ووفقاً للنوع (ذكور/ إناث) أيضاً.

ومع ذلك فإن المشكلة الاساسية في المنهج البُعدي، أنه لا يسمح بتكوين تشخيص إكلينيكي بشكل قاطع؛ وهذا راجع إلى أسباب كثيرة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: نوع الإجراءات الإحصائية المستخدمة في التقنين واستخراج المعايير، وعدد بنود الاختبار ومضمونها، وعدد أفراد العينة المستخدمة في التحليل، هذا بالإضافة إلى ثبات وصدق الاختبار.

مقارنة بين المنحى الفئوي والمنحى البُعدي:

لكل من المنحى الفئوي والمنحى البُعدي مزايا خاصة، فالمدخل الفئوي مطلوب لاتخاذ القرار الإكلينيكي، ولكن المنحى البُعدي يسمح بفحص كل الجوانب الخاصة بتدرج خطورة الحالة، ويجعل من الممكن دراسة متعلقات هذه الخطورة، كما يفضل بعض الباحثين المدخل البُعدي أيضاً لأنه يعطي قوة إحصائية أكبر عند تحليل البيانات، ومع ذلك فإن المدخل البُعدي غالباً ما يكون مقصوراً على القياس من خلال فترات حديثة من الزمن (كالأسبوع، أو الشهر المنقضي)، على العكس من المدخل الفئوي التي يمكن أن تطوع للتقدير خلال تاريخ الحياة، ومع ذلك فإن كل مدخل له استخدامات خاصة في مختلفة السياقات، وإن كان استخدامهما معاً هو الأفضل على كل المستويات.

إشكاليات حول التشخيص أو التقييم الإكلينيكي:

يختلف الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون في موضع التقييم (التشخيص) الإكلينيكي أثناء عملهم مع الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة. فالبعض يرى أن التشخيص أو التقييم الإكلينيكي يجب أن يسبق العلاج أو المساعدة التي يقدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، في حين أن البعض الآخر يرى أن يتم التشخيص في أثناء عمليات العلاج أو المقابلة الإرشادية، بل أن البعض يستبعد التشخيص أو التقييم الإكلينيكي من عملية العلاج أو الإرشاد على اعتبار أنه عملية لا ضرورة لها أو أنه معطل، ويرى أنصار هذا الرأي أن التشخيص يضع المريض وراء ستار من التسمية والتصنيف بحيث يخفي السمات الخاصة بالمريض ومعالم شكواه عن المعالج النفسي، ولذلك فالتشخيص أو التقييم في نظرهم أمر يأتي مصاحباً للعمل العلاجي ويتدرج معه على أساس أنه جزء منه وليس سابقاً عليه. ومن ثم فالتشخيص قد يأخذ إحدى صورتين وهما كما يلي[٢] (*):

الصورة الأولى:

وهي التشخيص وفقاً للتصنيف الذي يأخذ به الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وهذا النوع من التشخيص ينحصر في وضع تسمية للمرض أو الشكوى التي يعاني منها المريض،

(*) عطية محمود هنا، محمد سامي هنا (١٩٧٣): علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، "التشخيص النفسي"، دار النهضة العربية، القاهرة ص.ص: ٨٢-٨٤.

وهو الصورة التي يأخذ بها معظم الأطباء النفسيين وبعض الأخصائيين النفسيين، ومثل هذا التشخيص مفيد في بعض الحالات التي تستدعي تدخل علاجي فوري، ومن ثم يصبح معرفة تطور الحالة والعوامل المؤثرة في ذلك أمراً يستلزمه علاج المريض بسرعة لإنقاذه من أخطار مرضه.

الصورة الثانية:

التشخيص وفقاً لديناميات المرض النفسي، وفي هذه الحالة تدرس الحالة من جميع جوانبها وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها؛ فضلاً عن آثار البيئة والمجال الذي نشأ فيها. أما الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون القائلون بضرورة التشخيص وأهميته، وأنه لابد وأن يسبق العلاج خطوات محددة يتم بمقتضاها التشخيص وفقاً لما يلي:

المرحلة الأولى:

وهي مرحلة الإعداد Preparation Stage: وفيها يتعرف الأخصائي النفسي الإكلينيكي وزملاؤه على مشكلة المريض، ويضعون الخطة اللازمة لدراسة حالته، تتضمن هذه المرحلة العمليات التالية:

١- اتصال الأخصائي النفسي بجهة التحويل والمعلومات التي ترسلها جهة التحويل سواء في صورة تقارير أو خطابات.
٢- المعلومات الولية الت يجمعها الأخصائي النفسي في المقابلة المبدئية.
٣- القرارات المبدئية بصدد قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.
٤- اختيار أدوات التقييم من اختبارات ومقاييس شخصية.

المرحلة الثانية:

وهي مرحلة تلقي المعلومات Input Stage وتتضمن هذه المرحلة العمليات الآتية:

١- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائيين والمريض، وهذه قد تستلزم تعديلات في أهداف التقييم ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.
٢- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضاً مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة:

وهي مرحلة معالجة المعلومات Processing Stage وفيها يقوم الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة بها Assign Meaning وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيداً للاستفادة منها في الخطة العلاجية، ويرتبط بهذا المرحلة وضع صورة مبدئية واضحة للمريض يمكن العمل وفقاً لها.

المرحلة الرابعة:

هي مرحلة تقديم المعلومات Output Stage وتتضمن هذه المرحلة كتابة التقرير Report Writing واجتماعات مناقشة الحالة ثم اتخاذ القرارات الأخيرة بشأن العلاج وأسلوب العمل مع الحالة والاتصال بها وينقل الأخصائي ما وصل إليه من معلومات إلى غيره من الأخصائيين أو يتابع خطة العلاج التي يكون قد استقر عليها الرأي إذا كان هو المعالج النفسي ذاته.

إذن فإن عمل الأخصائي في التشخيص أو التقييم الإكلينيكي هو عمل المستشار الفني والعملي ويتمثل هذا في صياغة الأسئلة التي يجيب عنها، وفي تحليله للمواد المختلفة التي يحصل عليها وفي النتائج التي يعرضها وكذا المقترحات والتوصيات التي يقدمها.

ومن ثم فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتركز في الفرد بكليته بوصفه جشطالت، وليس في مجموعة الاختبارات والوسائل التي يستخدمها، ومن الأدوات والوسائل المستخدمة في التقييم النفسي الإكلينيكي ما يلي:

١- تاريخ الحالة Case History أواسترجاع الخبرات Anamnesis تعتبر من أهم مصادر المعلومات عن الحالة.

٢- كما تعتبر المقابلة التشخيصية diagnostic Interviewing من أهم مصادر المعلومات بما تتضمنه من الحصول على معلومات وما تتيحه من فرص للملاحظة المباشرة للمريض في موقف المقابلة.

وينبغي أن نشير هنا إلى أهمية المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة من حيث أنها تصف سلوك المريض في مواقف حقيقية في حين يعتمد إجراء الاختبارات على مواقف مصطنعة أو متخيلة.

٣- الاختبارات النفسية Psychological Test وهي تعد أداة هامة من حيث أنها تكمل المعلومات التي نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقي عليها أضواء جديدة، كما أنها كثيراً ما تسد الثغرات التي توجد في مجموعة المعلومات التي لدينا، كما أنها تعين في التنبؤ بدرجة عالية ويمكن تلخيص الدور الذي تقوم به الاختبارات والمقاييس السيكولوجية في العمل الإكلينيكي في ثلاث نقاط كما يلي:

٣/ ١- تقييم إمكانيات الفرد وقدراته.

٣/ ٢- تقديم وصف تشخيصي لسلوك الفرد بما في ذلك مشاعره واتجاهاته وأفكاره.

٣/ ٣- تقديم ديناميات السلوك من خلال ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية حيث تساعد نتائج هذه الاختبارات في إدراك العوامل المؤثرة في سلوك الفرد، وفي رسم خطة العلاج وذلك عن طريق الاتجاهات التي تكشف عنها هذه الاختبارات.

ويجب ملاحظة أن كل حالة Case من الحالات التي ندرسها هي حالة فريدة في نوعها، ومن ثم تتطلب دراسة خاصة تتلاءم معها، وتتفق مع ظروفها، ومستوياتها العقلية، وإمكانياتها الاجتماعية، فضلاً عن السن والتعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، ومن ثم رسم صورة ملائمة للعمل مع الحالة يعقبها اتخاذ القرارات الخاصة بها؛ ولذا فهناك اتجاهان في تحديد النواحي العامة لدراسة الحالة Case Study، وهما كما يلي:

الاتجاه الأول:

وهو الاتجاه الذي يركز على الخصائص والصفات التي تتميز بها الحالة بما في ذلك البيانات الأولية، والخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعي، ثم النواحي الدراسية والمهنية، ثم الشكوى وأسبابها والأمراض التي يعاني منها المريض وغير ذلك، وهذا الاتجاه تحليلي في أساسه وطبيعته.

الاتجاه الثاني:

وهو الاتجاه الذي يهتم بعرض صورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي التكيف والحياة المختلفة، وهو اتجاه تركيبي في أساسه وطبيعته، والتي يطلق عليها في الحقيقة

صياغة الأخصائي النفسي الإكلينيكي للحالة Formulation of the Case، ومع ذلك ففي كلا الاتجاهين يهتم الأخصائي بالشكوى والأمراض وتطورها؛ وأسبابها والاقتراحات الخاصة بالعلاج.

وبناء على ما سبق تعد هذه المقالة: رؤية ذاتية تعبر عن وجهه نظر كتاب المقالة حيث لا تنطبق عليها معايير الموضوعية، ولا تنطبق عليها خطوات المنهج العلمي، وخاصة منهج دراسة الحالة المتبعة في التشخيص بكافة أشكاله سواء الفئوي أو الكمي، بالاضافة إلى ان الدين ثابت بالضرورة، بينما العلم متغير، وخاصة أن الأديان والظاهرة الدينية تثير اليوم أكبر الأسئلة، وتغير أعرق المجتمعات، وتجتاح حياتنا بأكملها، ولن نستطيع فهم ما يجري إلا من خلال العمق العلمي والمعرفي، وخاصة أن الدين ساعد الإنسان على الصمود أمام تحديات الحياة والكون.

فعالم النفس: يدرس الدين لا ليكشف كونه حقاً أو باطلاً، بل لمجرد أنه معنى برفاقه من البشر وبأعمال عقولهم، والباحث النفساني قد يكون له – بصفة كونه إنساناً أو فيلسوفاً – دينه أو فلسفته الخاصة؛ ولكن ذلك لا ينبغي أن يكدر عليه نزاهته في دراسة شعائر الفرق الأخرى أو عقائد الأجناس الأخرى.

وبناء على ما سبق: كان هناك عدداً قليلاً جدا من علماء النفس، والمحللين النفسيين مثل "وليم جيمس " William James"، وكارل يونج " Carl G.YUNG" ، و " أ.أبريل" .A. Brill A" ، و"هنرى لينك " Henry Link" أدركوا أهمية الدين والإيمان بالله فى تحقيق الصحة النفسية، وأشاروا إلى الدور الهام الذى يقوم به الايمان فى بث الامن والطمأنينة فى النفس، وفى التخلص عن القلق، ومن الاضطراب النفس (محمد عثمان نجاتي، ٢٠٠٥ :٢٧٥).

حيث يسعى علم النفس منذ بداية نشأته إلى: معرفة النفس الإنسانية على نحو يتسم بالعمق ونفاذ البصيرة وسير أغوار الحياة النفسية للإنسان وصولاً إلى القوانين التي تحكمها، شأنه في ذلك شأنه في العلوم الأخرى، فالعلم مهمته الأساسية اكتشاف القوانين الموضوعية التي تحكم الظواهر التي تنصب عليها الدراسة العلمية. فالموقف العلمي يدرك في الشيء العناصر التي يشترك بها مع غيره، ليصنف الأشياء في زمرة تنطبق عليها خصائص مشتركة وتخضع لقوانين واحدة، وهو ما تفتقد إليه هذه المقالة ايضاً.

فليس ثمة عاطفة إنسانية أبعد غوراً وأشد لصوقاً بالنفس وأعظم تأثيراً في حياة الشعوب والأفراد من العاطفة الدينية، ولقد صحب الدين الإنسانية منذ نشأتها، فهو قرينها وموجهها، وليست تلك العاطفة وهما أو خيالاً، ولكنها عنصر جوهري في فطرة كل إنسان (روجيه باستيد، ١٩٥١: ١)، ومن ثم فليس من المستغرب أن يكون الدين موجوداً منذ أكثر من ١٠٠,٠٠٠ عام (Benjamin, B., 2915).

وهو الأمر الذي يؤكده أيضاً (ليوتولستوى، ٢٠٢٢: ١٥ –١٦) في أن الدين أبدى. إن الدين – فوق الفلسفة – لهو الرباط الذي يربط البشر في العمل بمبدأ مشترك يسمى مبدأ التجديد وفي إحساس مشترك. إن الدين هو الذي يرفع لواء الإنسانية في وسط أمم الأرض، الدين هو الإنسانية؛ ومن ثم فالناس في حاجة إلى الوحدة والارتقاء، ولا يمكن النجاح بلا هذه الوحدة فقد توجد الحركة، ولكنها غير متجهة إلى مركز واحد فيحدث في الأول شقاق ثم نزاع، وأخيراً تسود الفوضى ولا يطيق البشر البقاء في الفوضى فلابد من اخماد نيرانها، ولا يتسنى لأحد ذلك إلا بإعلان مبادىء أدبية غير قابلة للتبديل.

ومن ثم فلا يوجد أمل للإنسانية إلا في الوحدة، في إيمان واحد، في رباط واحد، في غاية واحدة، ورجاء واحد، ولذا فلا يستطيع أحد أن يقول: نصفي حر، ونصفي الآخر مستعبد، الحياة الاجتماعية هي لي، وأما الحياة الدينية فهي للغير، لأن النفس غير قابلة للتجزئة، والحرية هبه الله على الإنسان والذي يبارك في قواه فتؤتى أثماراً صالحة.

ولذا، فمن المظاهر الأساسية لفقدان مجتمع من المجتمعات توازنه التاريخي وفاعليته الابداعية في معركته الحضارية الطويلة، الاختلال العميق الذي يعتري بوصلة وعيه ولا وعيه، وما ينتج ذلك من اضطراب وتشوش بالغ في منظومة قيمه ومعتقداته ومعاييره ومفاهيمه، وفي مثل هذه الحالة من عدم التوازن الحضاري عادة ما تتحول المفاهيم بما تختزنه من دلالات معرفية ونفسية واجتماعية أصيلة (عبدالسلام محمد، ٢٠٠٨: ٣٠٩).

ومن حيث فلسفة الدين:

يميز ماكس شيلر Max Scheler – فيلسوف الماني – بين ثلاثة أنواع من العلم بالله وهي: المعرفة الميتافيزيقية العقلية بالله، المعرفة الطبيعية بالله، المعرفة الوضعية بالله.

أ – المعرفة الميتافيزيقية العقلية:

تقوم علي التمييز بين الوجود النسبي والوجود المطلق أي الموجود بذاته، والأول يجمع بين الوجود والعدم، وهو يتوقف علي الوجود المطلق، والوجود المطلق هو العلة الأولي، وعلة العالم، بينما الوجود النسبي وجود ممكن عارض.

ب – أما المعرفة الطبيعية والوضعية بالله:

فتقومان علي الفعل الديني، وهو فعل نسيج وحده، لا يمكن رده إلي أية ظاهرة نفسية، ولا يستطيع المرء تعريفه إلا بواسطة سرد أنواع الموضوعات المعطاة في هذا الفعل، وهي موضوعات من نوع ما هو الهي، والالهي مطلق ومقدس.

وبناء على ما سبق تُعد المقالة الحالية مفتقدة ايضاً ليس فقط للأسس العلمية والمنهجية بل ومفتقدة ايضاً للنظرة الفلسفية للبحث العلمي.

وهو الأمر الذى تؤكده فينومينولوجيا الدين ايضاً:

تسعي لفهم الطبيعة النهائية لما هو الهي ومقدس، ودراسة تجليات الألوهية في الشؤون الانسانية، وتحليل فعل الايمان، فالانسان بطبعه يبحث عن الله، إنه باحث عن الله من خلال الشعائر الدينية مثل الصلاة والتضحية، تنبع من صميم الانسان. والله يقابل الانسان في منتصف الطريق إليه (عبد الرحمن بدوي، ١٩٨٤ : ٤١)، وبالاضافة لما سبق فإن معايير التشخيصية الخاصة (DSM) فهي معايير ذاتية متغيرة بناء على سياسات خاصة وهو الأمر الخاطيء الذى وقع فيه الباحثين.

المراجع:

١-روجيه باســـتيد (١٩٥١). مبادىء علم الاجتماع الديني، ترجمة: محمود قاســـم، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٢-عبد الرحمن بدوي (١٩٨٤). موسوعة الفلسفة، الجزء الأول، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

٣- عبد الرحمن بدوي (١٩٨٤). موســوعة الفلســفة، الجزء الثالث، المؤســســة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

عبد الرحمن بدوي (١٩٨٤). موسوعة الفلسفة، الجزء الثاني، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

٤-عبدالســـلام محمد طويل (٢٠٠٨). إشـــكالية العلمانية في الفكر العربي المعاصـــر: عبدالوهاب المسيري نموذجاً، (في): عبدالوهاب المسيري، مجلة أوراق فلسفية، العدد (١٩)، كتاب غير دوري، القاهرة ص ص: ٣٠٩ – ٣٤٤.

٥-ليو تولســتوى (٢٠٢٢). فلســفة الحياة، ترجمة: بباوي غالي الدويري، أقلام عربية للنشــر والتوزيع ، القاهرة.

٦-محمد عثمان نجاتي (٢٠٠٥). الحديث النبوي وعلم النفس، ط هـ، دار الشروق، القاهرة.

7- Benjamin Beit – Hallahmi. (2009). Morality and immorality among the irreligious, Atheism and Secularity, 1 – 113.

Critical review of an article about: The Role of Psychotic Disorder in Religious History Considered

Prepard by:

Prof. Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab
Psychology and Clinical Psychology- Department of Psychology- Faculty of Arts- Ain Shams University

Abstract:

This research aims to respond to the allegations and scientific claim of this article through a critical review of this article, which claims the following:

The authors analyze the religious figures Abraham, Moses, Jesus, and Saint Paul from behavioral, neurological, and neuropsychological perspective to determine whether new insights into the nature of their revelation can be achieved. The analysis reveals that these individuals had experiences resembling those now defined as psychotic symptoms, suggesting that their experiences may have been psychotic disorders or associated with a mood disorder.

The research concluded that what was stated in this article is incorrect by refuting everything stated in this article in form and content.

Key words: Critical Review - Psychotic Disorders- Religious History

---

(مجلة الطب النفسي العصبي وعلم الأعصاب السريري ٢٠١٢؛ ٢٤: ٤١٠–٤٢٦)

(The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 24:410-426)